



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις Στάσεις Και τις Αντιλήψεις των
Φοιτητών Νοσηλευτικής Απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Νόσο»**

Σβάρνα Χριστίνα

A.M. Φοιτητή: 01247

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΙΩΑΝΝΑ: Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής - Κοινωνικής
Ψυχιατρικής

2021 - 2022

Ευχαριστίες

Θέλω να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια της πτυχιακής μου εργασίας, κα. Ιωάννα Παπαθανασίου για την πολύτιμη βοήθεια και την καθοδήγηση που μου παρείχε για την ολοκλήρωση της εργασίας μου.

Επιπλέον, θέλω να ευχαριστήσω όλους τους φοιτητές που συμμετείχαν στην έρευνα και με βοήθησαν με αυτόν τον τρόπο στη συγκέντρωση των στοιχείων και κατά συνέπεια στην εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας.

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη	4
Abstract	5
 <u>Θεωρητικό Μέρος</u>	
Εισαγωγή	6
1.Ψυχική Ασθένεια	6
2.Στιγματισμός	7
3.Στάσεις απέναντι στις ψυχικές ασθένειες	10
4.Στάσεις φοιτητών απέναντι στις ψυχικές ασθένειες	15
5.Προσεγγίσεις για την αλλαγή στάσεων	21
 <u>Ερευνητικό Μέρος</u>	
1.Σκοπός της έρευνας	25
2.Ερευνητικά Ερωτήματα	25
3.Μέθοδος της Ερευνάς	25
3.1 Δείγμα	26
3.2. Εργαλεία Έρευνας	26
3.3 Διαδικασία Χορήγησης	27
3.4. Στατιστική Ανάλυση	28
4. Αποτελέσματα έρευνας	29
 Συζήτηση	 67
 Βιβλιογραφικές αναφορές	 71
 Παράρτημα	 81
 Ερωτηματολόγιο έρευνας	 82

Περίληψη

Το στίγμα αναφέρεται στην απαξίωση, την υποτίμηση και την ντροπή ενός ατόμου λόγω χαρακτηριστικών ή ιδιοτήτων που έχει. Γενικά, το στίγμα οδηγεί σε αρνητικές κοινωνικές εμπειρίες όπως η απομόνωση, η απόρριψη, η περιθωριοποίηση και οι διακρίσεις. Εάν σχετίζεται με μια κατάσταση υγείας όπως η ψυχική ασθένεια, το στίγμα μπορεί να επηρεάσει την ασθένεια και την πορεία θεραπείας ενός ατόμου, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης σε κατάλληλη ιατρική θεραπεία. Το στίγμα έχει επίσης αναφερθεί ότι επηρεάζει τις οικογένειες ή τους συγγενείς των ασθενών, μαζί με επαγγελματίες που εργάζονται σε χώρους ψυχικής υγείας.

Η παρούσα εργασία έχει σκοπό να διερευνήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν τις στάσεις και τις αντιλήψεων των φοιτητών νοσηλευτικής απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο.

Για τον σκοπό της εργασίας, θα πραγματοποιηθεί μια συγχρονική μελέτη. Το δείγμα της έρευνας, θα προέλθει από φοιτητές του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, στους οποίους θα χορηγηθούν αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν, ότι οι 204 φοιτητές της νοσηλευτικής που λάβανε μέρος στην έρευνα γνωρίζουν για το ψυχικό στίγμα και αντιμετωπίζουν θετικά τα άτομα με ψυχική ασθένεια. Όσοι όμως ζούνε σε πόλεις, έχουν έρθει σε επαφή με άτομα με ψυχική νόσο και οι γυναίκες δείχνουν περισσότερη συναισθηματικότητα προς τα άτομα με ψυχική ασθένεια.

Συμπερασματικά μπορούμε να αναφέρουμε, ότι η περισσότερη γνώση για τις ψυχικές διαταραχές οδηγεί σε λιγότερο στιγματισμό.

Λέξεις-κλειδιά: στίγμα, στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική ασθένεια, μείωση στίγματος.

ABSTRACT

Stigma refers to disparaging, belittling and shaming a person because of characteristics or qualities they have. In general, stigma leads to negative social experiences such as isolation, rejection, marginalization and discrimination. If associated with a health condition such as mental illness, stigma can affect a person's illness and treatment course, including access to appropriate medical treatment. Stigma has also been reported to affect patients' families or relatives, along with professionals working in mental health settings.

This paper aims to investigate the factors that influence the attitudes and perceptions of nursing students towards serious mental illness.

For the purpose of the paper, a cross-sectional study will be carried out. The research sample will come from students of the Nursing department of the University of Thessaly, who will be given self-completed questionnaires.

The results of the research showed that the 204 nursing students who took part in the research know about mental stigma and treat people with mental illness positively. But those who live in cities have been in contact with people with mental illness and women show more emotionality towards people with mental illness.

In conclusion, we can state that more knowledge about mental disorders leads to less stigmatization.

Keywords: stigma, attitudes towards serious mental illness, stigma reduction.

Εισαγωγή

1. Ψυχική Ασθένεια

Η ψυχική ασθένεια νοσολογικά σχετίζεται με ένα φάσμα συμπτωμάτων του συναισθήματος, της σκέψης και της συμπεριφοράς. Επεκτεινόμενη πέρα από τις ιατρικές διαστάσεις, προσδιορίζει ένα έντονα αρνητικό, κοινωνικό φαινόμενο (Οικονόμου-Λαλιώτη, 2011). Σήμερα, οι ψυχικές διαταραχές διευρύνονται, αντανakλώντας μία κοινωνική παθολογία, η οποία είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης ψυχο-βιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, η ανάπτυξη των οποίων ευνοείται σε περιόδους ύφεσης και κοινωνικής κρίσης (Κολίσης, 2011) και δύνανται να προκαλέσουν ταλαιπωρία και να θέσουν κίνδυνο κοινωνικής απομόνωσης του ατόμου (Axenet al., 2020). Οι ψυχικές διαταραχές γενικά χαρακτηρίζονται από κάποιο συνδυασμό μη φυσιολογικών σκέψεων, συναισθημάτων, συμπεριφορών και σχέσεων με άλλα άτομα ευτυχώς, όμως, οι περισσότερες από αυτές τις διαταραχές μπορούν να αντιμετωπιστούν με επιτυχία (Puspitasari et al., 2020).

Η ψυχική ασθένεια μπορεί να επηρεάσει οποιονδήποτε, σε οποιαδήποτε ηλικία, φύλο, πολιτισμό, εθνικότητα ή κοινωνική τάξη (Dan, Tarun D and Taghi, 2003). Περίπου 450 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν παρουσιάσει μια νευρολογική ή ψυχιατρική διαταραχή ή διαταραχή συμπεριφοράς, περίπου το 25% όλων των κατοίκων στον κόσμο παρουσιάζει ψυχιατρική διαταραχή ή διαταραχή συμπεριφοράς σε μια συγκεκριμένη στιγμή ζωής του, ωστόσο ένα σημαντικό μέρος από αυτούς δεν διαγιγνώσκεται με ψυχική διαταραχή ή δεν αντιμετωπίζεται ορθά (Kastrup and Ramos, 2007).

Σύμφωνα με μελέτη των Auerbach et al. (2018), η οποία περιλαμβάνει τα αρχικά αποτελέσματα από το πρώτο στάδιο του προγράμματος World Mental Health International College Student του ΠΟΥ, το οποίο πραγματοποίησε μια σειρά ερευνών σε 19 κολέγια από 8 χώρες, Αυστραλία, Βέλγιο, Γερμανία, Μεξικό, Βόρεια Ιρλανδία, Νότια Αφρική, Ισπανία, Ηνωμένες Πολιτείες, έδειξε ότι το 1/3 των πρωτοετών φοιτητών σε αυτά τα 19 κολέγια στις 8 χώρες εμφάνισαν τουλάχιστον μία κοινή διαταραχή άγχους, διάθεσης ή χρήσης ουσιών κατά τα κριτήρια του DSM-IV. Οι διαταραχές αυτές είχαν συνήθως πρόωμη έναρξη έως τη μέση εφηβεία και παρέμειναν μέχρι και την ολοκλήρωση της έρευνας. Ακόμη, οι ισχυρότεροι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης ψυχικής νόσου μετά από προσυμπτωματικό έλεγχο ήταν η ηλικία, το γυναικείο φύλο, οι άγαμοι γονείς, η απουσία θρησκευτικών πεποιθήσεων, η μη ετεροφυλοφιλική συμπεριφορά, η χαμηλή επίδοση στο γυμνάσιο και η ύπαρξη εξωτερικών κινήτρων για φοίτηση στο κολέγιο.

Ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους είναι δύσκολο να εξακριβωθεί, καθώς το ποσοστό των εφήβων και των παιδιών που εμφανίζουν κάποια ψυχική διαταραχή διαφοροποιείται ουσιαστικά ανάλογα με την μεθοδολογία της έρευνας. Παρ' όλ' αυτά, κατά τους Merikangas, Nakamura and Kessler (2022), περίπου το ένα τέταρτο των νέων εμφάνισε κάποια ψυχική διαταραχή κατά τη διάρκεια του περασμένου έτους, περίπου το ένα τρίτο κατά τη διάρκεια της ζωής του, ενώ οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι πιο συχνές στα παιδιά, ακολουθούμενες από διαταραχές συμπεριφοράς, διαταραχές διάθεσης και διαταραχές χρήσης ουσιών. Ειδικότερα, σύμφωνα με μετα-ανάλυση των Polanczyk et al. (2015), η οποία περιλάμβανε 41 έρευνες, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε 27 χώρες από κάθε περιοχή του κόσμου, έδειξε ότι ο παγκόσμιος επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους ήταν 13,4%.

«Ο παγκόσμιος επιπολασμός οποιασδήποτε αγχώδους διαταραχής ήταν 6,5%, οποιασδήποτε καταθλιπτικής διαταραχής ήταν 2,6%, η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας ήταν 3,4%, και οποιαδήποτε διασπαστική διαταραχή ήταν 5,7%. Τα ευρήματά αυτά μας υποδηλώνουν ότι οι ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν σημαντικό αριθμό παιδιών και εφήβων παγκοσμίως.» (Polanczyk et al., 2015, p. 345).

Επομένως, τα ποσοστά αυτά καθιστούν απαραίτητη την πρόωπη και έγκαιρη παρέμβαση πριν/κατά την έναρξη των ψυχικών διαταραχών για να βελτιωθεί η έκβαση και να οδηγήσει στην προαγωγή μιας καλής ψυχικής υγείας του εκάστοτε ατόμου. Σε 192 μελέτες (n = 708.561), το ποσοστό των ατόμων με εμφάνιση οποιασδήποτε ψυχικής διαταραχής πριν από την ηλικία των 14, 18, 25 ετών ήταν 34,6%, 48,4%, 62,5% και η μέγιστη ηλικία ήταν 14,5 έτη. «Συγκεκριμένα για τις νευροαναπτυξιακές διαταραχές: 61,5%, 83,2%, 95,8%, 5,5 έτη, για τις αγχώδεις διαταραχές: 38,1%, 51,8%, 73,3%, 5,5 έτη, για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή: 24,6%, 45,1%, 64,0%, 14,5 έτη, για τις διατροφικές διαταραχές: 15,8%, 48,1%, 82,4%, 15,5 έτη, διαταραχές συμπεριφοράς/χρήσης ουσιών: 2,9%, 15,2%, 48,8%, 19,5 έτη, για τις διαταραχές φάσματος σχιζοφρένειας/πρωτοπαθείς ψυχωτικές καταστάσεις: 3%, 12,8%, 2,3%, 47%, 20,5 έτη, διαταραχές προσωπικότητας: 1,9%, 9,6%, 47,7%, 20,5 έτη και για τις διαταραχές διάθεσης: 2,5%, 11,5%, 34,5%, 20,5 έτη.» (Solmietal., 2022, p. 281).

Ο ρυθμός ανόδου της γνώσης για την ψυχική ασθένεια γενικά θεωρείται επιβραδυνόμενος, σε σύγκριση με άλλους ιατρικούς τομείς (Γιαννακόπουλος, 2011), ενώ και οι ειδικοί της ψυχικής υγείας δεν εξελίσσονται ικανοποιητικά στο επάγγελμά τους και είναι δυσαρεστημένοι, τόσο από τις ανεπαρκείς επαγγελματικές και επιστημονικές προοπτικές, όσο και από τις υποβαθμισμένες συνθήκες εργασίας. Ωστόσο, το ευρύ κοινό στις ΗΠΑ και την Ευρώπη έχει δείξει αυξημένη κατανόηση και αποδοχή της ψυχικής ασθένειας και της θεραπείας της την τελευταία δεκαετία (Parcesepe and Cabassa 2013; Schomerus et al. 2012).

2. Στιγματισμός

Ο στιγματισμός αφορά την απόδοση ανεπιθύμητων και μειωτικών χαρακτηρισμών σε άτομα ή ομάδες, στερώντας τους το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής. Έτσι, διαμορφώνεται η κοινωνική ταυτότητα των ατόμων, αλλά και ο αυτό-προσδιορισμός τους (αυτό-στιγματισμός) (Οικονόμου-Λαλιώτη, 2011), ο οποίος αναστέλλει τη λειτουργικότητα των ψυχικά ασθενών, τη συμμετοχή τους σε θεραπεία, αλλά και σε επικοινωνία με το περιβάλλον (Καρύδη, 2011). Ο όρος αυτό-στιγματισμός εμπερικλείει ουσιαστικά «το σύστημα των παραμέτρων εκείνων που δηλώνουν τους τρόπους με τους οποίους ο ασθενής αντιλαμβάνεται και διαχειρίζεται τα βιώματα που προκύπτουν αφενός από την ίδια τη νόσο συνολικά, αφετέρου από τις αρνητικές κοινωνικές αντιδράσεις με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπος.» (Καρύδη, 2011, σ. 96). Η διάκριση αυτή αναγκάζει τα άτομα να αποφεύγουν την αναζήτηση αντιμετώπισης του προβλήματός τους – κυρίως λόγω αισθήματος ντροπής (Γιαννακόπουλος, 2011) - ενώ οδηγεί στον κοινωνικό τους αποκλεισμό (Οικονόμου-Λαλιώτη, 2011). Χαρακτηριστική είναι η αναφορά σε «ιδρυματοποίηση» των ψυχικά ασθενών μέσα στην κοινότητα (Σταμάτης και Κονίδα, 2013), η οποία έρχεται σε αντίθεση με τις θεμελιώδεις ευρωπαϊκές ανθρωπιστικές αξίες (Γιαννακόπουλος, 2011).

Οι σύγχρονοι ορισμοί του στιγματισμού βασίζονται σε κοινωνιολογικές και ψυχολογικές θεωρίες, με κύριους εκπροσώπους τους Erving Goffman και Thomas Scheff. «Η σύγχρονη κατανόησή μας για τον στιγματισμό και τις επιπτώσεις του πηγάζει σε μεγάλο βαθμό από το θεμελιώδες έργο του Erving Goffman, που διεξήχθη στις αρχές της

δεκαετίας του 1960.»(Stuart, 2008, p.185). Το στίγμα είναι ένα πραγματικό χαρακτηριστικό, το οποίο βλάπτει τη φήμη του φορέα και τον υποβιβάζει κοινωνικά (Hinsaw and Stier, 2008), με την κοινωνική υποτίμηση και την κοινωνική απόρριψη να αποτελούν τις συνηθέστερες εμπειρίες των ατόμων με ψυχική ασθένεια. Απ' την άλλη πλευρά, ο Thomas Scheff, αναγνωρίζει το κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο του στίγματος (Yangetal., 2007), ήτοι είναι ένα κοινωνικό κατασκεύασμα που αντανακλά σχέσεις εξουσίας, οι οποίες λειτουργούν σε κοινωνικά επίπεδα· οι ισχυρές ομάδες στην κοινωνία επιβάλλουν στερεότυπα σε αυτούς που θεωρούν ανεπιθύμητους, τους οποίους στη συνέχεια υποτιμούν και κάνουν διακρίσεις (Heathertonetal., 2000) Αυτή η έννοια του στίγματος αντιστοιχεί με μια θεμελιωμένη άποψη της κοινωνικής ψυχολογίας ότι ο στιγματισμός συνδέεται με την ανθρώπινη γνώση μέσω στερεοτύπων και προκατάληψης (HinsawandStier, 2008).«Ο Goffman ήταν βαθιά επικριτικός με τα ψυχιατρικά νοσοκομεία για τα στιγματιστικά και αντιθεραπευτικά τους αποτελέσματα και, μαζί με άλλους, όπως ο Szasz και ο Scheff, ενίσχυσε την αντίληψη ότι το στίγμα είχε τις ρίζες του στη φύση της ψυχιατρικής διάγνωσης και θεραπείας.»(Stuart, 2008, p. 185).Αξίζει, επίσης, να αναφερθεί ότι ως διαστάσεις του στιγματισμού ορίζονται τα αρνητικά στερεότυπα ή στάσεις και τα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά, όπως οι διακρίσεις και η υποτίμηση.

Το κοινωνικό στίγμα συνδέεται άμεσα με τις διαταραχές ψυχικής υγείας, παρόλο που, όπως προαναφέρθηκε, ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων εμφανίζουν σήμερα ψυχικές διαταραχές. «Οι Οικονόμου και Σταλίκας (2007) περιγράφουν τα κίνητρα των ατόμων που στιγματίζουν αλλά και την κοινωνική προέλευση του φαινομένου. Αναφέρουν ότι «σε προσωπικό και ψυχολογικό επίπεδο, ο στιγματισμός λειτουργεί για το άτομο που στιγματίζει ως μια πρακτική που αυξάνει την αυτοπεποίθηση, την αίσθηση ελέγχου της εξωτερικής πραγματικότητας και μειώνει το άγχος. Ωστόσο, η απειλή που σηματοδοτεί για το άτομο που στιγματίζει αυτό που εκλαμβάνεται ως «επικίνδυνα διαφορετικό» έχει και κοινωνική προέλευση.» (Γιανναδάκη και Σαπουντζή, 2009, σ. 65) Τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας βιώνουν συνεχώς διακρίσεις σε όλες τις πτυχές της ζωής τους, οι οποίες δύνανται να τους εμποδίσουν να επιδιώξουν τους στόχους της ζωής τους, όπως μία θέση εργασίας, την ευκαιρία να ζήσουν ανεξάρτητα και με ασφάλεια, με αποτέλεσμα την απώλεια της ανεξάρτητης λειτουργίας τους, πέρα από τις βλάβες που σχετίζονται με τις ίδιες τις ψυχικές διαταραχές (Mukolo, Heflinger and Wallston, 2010). Οι διαταραχές ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν τα άτομα συνήθως υποτιμώνται λόγω του στίγματος που εμπλέκεται στην κοινότητα, κατά συνέπεια πολλοί άνθρωποι, οι οποίοι πάσχουν από σοβαρές ψυχικές ασθένειες να μην αναζητούν την κατάλληλη ιατρική βοήθεια, όπως, για παράδειγμα, οι άντρες με σεξουαλικές διαταραχές, οι οποίοι ως επί των πλείστων απομονώνονται και δεν θέλουν να αναζητήσουν θεραπεία. Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας έχει συχνά θεωρηθεί ως πιθανή αιτία απροθυμίας στην αναζήτηση ψυχιατρικής βοήθειας (Schomerus et al. 2012).Επιπλέον, οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές συνδέονται με την κοινωνική απόσταση από τον γενικό πληθυσμό (Alonso et al., 2009).

Μία έρευνα των Mukolo, Heflinger and Wallston (2010) με στόχο την διερεύνηση του στιγματισμού των παιδιών με ψυχική νόσο, η οποία μέσω της συστηματικής ανασκόπησης συμπεριέλαβε 222 άρθρα, τα οποία ήταν σχετικά με το στίγμα παιδικής ψυχικής ασθένειας, έδειξε συμφωνία σε τρεις διαστάσεις του στίγματος, τα αρνητικά στερεότυπα, την υποτίμηση και τις διακρίσεις, σε δύο πλαίσια στιγματισμού, τον εαυτό και το ευρύ κοινό και σε δύο στόχους προς στιγματισμό, τον εαυτό ή το άτομο και την οικογένεια. Οι πληροφορίες, οι οποίες αφορούσαν την θεωρία, τις εμπειρίες και τα εννοιολογικά πλαίσια σχετικά με τον αυτό-στιγματισμό στους παιδικούς πληθυσμούς ήταν ελάχιστα.

Σύμφωνα με μία ακόμη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των Schomerus and Angermeyer (2008), αποδείχθηκε ότι ο στιγματισμός και ο αυτοστιγματισμός συνδέεται με την δυσκολία ή άρνηση αναζήτησης ψυχιατρικής

βοήθειας για ένα ψυχικό πρόβλημα, ήτοι αποτελούσε κατασταλτικό παράγοντα για τους ψυχικά πάσχοντες, ενώ οι παρεμβάσεις δείχνουν ότι ο αποστιγματισμός δύναται να οδηγήσει σε αυξημένη ετοιμότητα για αναζήτηση ψυχιατρικής βοήθειας, όπως επίσης και η γνώση για τις ψυχικές ασθένειες φαίνεται να είναι τουλάχιστον εξίσου σημαντική.

Μία συγχρονική έρευνα, διεξάχθηκε με στόχο τον εντοπισμό των συσχετίσεων και τον αντίκτυπο του στίγματος σε άτομα με κοινές ψυχικές διαταραχές. Στην έρευνα αυτήν συμμετείχαν 8796 ενήλικες του Βελγίου, της Γαλλίας, της Γερμανίας, της Ιταλίας, της Ολλανδίας και της Ισπανίας, οι οποίοι δεν έχουν νοσηλευτεί σε κάποια ψυχιατρική κλινική. Τα αποτελέσματα της έδειξαν ότι οι 815 συμμετέχοντες παρουσίασαν μία ψυχική διαταραχή με διάρκεια 12 μηνών και σημαντική αναπηρία, καθώς και το 14,8% των συμμετεχόντων είχε αντιληφθεί τον στιγματισμό. Το στίγμα συνδέθηκε σημαντικά με τη χαμηλή εκπαίδευση, το να είναι κάποιος παντρεμένος ή να συμβιώνει με τον σύντροφο του και την ανεργία. Το αντιληπτό στίγμα συσχετίστηκε με μειωμένη ποιότητα ζωής, υψηλότερο περιορισμό εργασίας και ρόλου και υψηλότερο κοινωνικό περιορισμό. Επομένως, άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι πιθανότερο να αναφέρουν στιγματισμό εάν έχουν χαμηλότερη εκπαίδευση, είναι παντρεμένα ή είναι άνεργα. Το αντιληπτό στίγμα σχετίζεται με σημαντική μείωση της ποιότητας ζωής και της καθημερινής λειτουργικότητας του ατόμου (Alonso and Angermeyer, 2008).

Επιπρόσθετα, 168 προπτυχιακούς φοιτητές, εκ των οποίων οι 96 ήταν γυναίκες και οι 72 άνδρες, έλαβαν μέρος στην έρευνα των Phelan and Basow (2007), και διάβασαν τρία σενάρια, τα οποία περιέγραφαν είτε άνδρες είτε γυναίκες με συμπτώματα κατάθλιψης, κατάχρησης αλκοόλ και κοινού στρες. Όπως είχε προβλεφθεί, οι συμμετέχοντες, οι οποίοι χαρακτήρισαν το υποκείμενο ψυχικά άρρωστο είχαν περισσότερες πιθανότητες να θεωρήσουν το υποκείμενο ως επικίνδυνο. Εν συνεχεία, αυτή η άποψη οδήγησε σε αυξημένη επιθυμία για κοινωνική απόσταση, ενώ, αντιθέτως, η ενσυναίσθηση, συσχετίστηκε με μειωμένη επιθυμία για κοινωνική απόσταση.

Εν κατακλείδι, στην Ελλάδα αρκετές πρωτογενείς έρευνες έχουν εξετάσει τον στιγματισμό των ατόμων με ψυχική νόσο. Έτσι, ως προς αξιολόγηση όλων των διαθέσιμων δεδομένων και κατανόηση της σχέσης μεταξύ του πολιτισμικού πλαισίου και του σχηματισμού στιγματιστικών στάσεων διεξήχθη μία έρευνα των Tzounara, Papadopoulos and Randhawa (2016). Ο ακριβής στόχος της ήταν η διερεύνηση του επιπολασμού του δημόσιου στιγματισμού των ψυχικών ασθενειών στον ελληνικό ή/και στον ελληνοκυπριακό πληθυσμό. Οι πρωτογενείς έρευνες, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν στην προκειμένη έρευνα συμπεριέλαβαν το γενικό πληθυσμό, τους φοιτητές, τους επαγγελματίες υγείας, τους αστυνομικούς, τους εργοδότες και τα μέλη της οικογένειας. *«Ο στιγματισμός εντοπίζεται σταθερά σε μέτριες και υψηλές αναλογίες σε όλες αυτές τις ομάδες, ιδιαίτερα όσον αφορά τις κοινωνικές διακρίσεις και περιορισμούς, την κοινωνική απόσταση και τον αυταρχισμό. Ωστόσο, εντοπίστηκαν επίσης ορισμένες ενδείξεις καλοσύνης και θετικότητας προς την κοινωνική φροντίδα.»* (Tzounara, Papadopoulos and Randhawa, 2016, p.292).

3. Στάσεις απέναντι στις ψυχικές ασθένειες

Οι αρνητικές στάσεις και τα στερεότυπα απέναντι στις ψυχικές ασθένειες αναφέρονται συστηματικά στις διεθνείς μελέτες και καθοδηγούνται από όλα τα μέλη της κοινωνίας (Aruna et al., 2016). Οι στάσεις είναι κύριοι καθοριστικοί παράγοντες της συμπεριφοράς κι έχουν ευρεία επιρροή στην κοινωνία (Al-Adawi et al., 2000). Οι Bohner and Dicke (2011) ορίζουν μια στάση ως την «αξιολόγηση ενός αντικειμένου μέσω σκέψης που κυμαίνεται από το συνηθισμένο έως το αφηρημένο, συμπεριλαμβανομένων των πραγμάτων, των ανθρώπων, των ομάδων και των ιδεών». Οι αρνητικές

στάσεις από την πλειονότητα των ανθρώπων προς τα άτομα ή τα χαρακτηριστικά των ατόμων προκαλούν στιγματισμό και μπορεί να οδηγήσουν σε μεροληπτική, ενώ και εν δυνάμει παράνομη, συμπεριφορά (Bedaso et al., 2016). «Οι αντιλήψεις συνεπάγονται μια διαδικασία μέσω της οποίας τα άτομα διαχειρίζονται τις αισθητηριακές πληροφορίες και τις ερμηνεύουν. Η γνώση σχετίζεται με την απόκτηση, τη διατήρηση και τη χρήση πληροφοριών σύμφωνα με τις δυνατότητές του. Η στάση αναφέρεται στην τάση ενός ατόμου να αντιδρά σε ορισμένες καταστάσεις με συγκεκριμένους τρόπους, να βλέπει και να ερμηνεύει τα γεγονότα σύμφωνα με αρκετές τάσεις ή οργανώνουν τις απόψεις σε συνεκτικές και αλληλένδετες δομές. Οι αντιλήψεις, η γνώση και η στάση είναι σημαντικές για την αύξηση της ευαισθητοποίησης των μαθητών για προβλήματα ψυχικής υγείας» (Puspitasari et al., 2020, p. 846). Οι αρνητικές στάσεις απέναντι στις ψυχικές διαταραχές οδηγούν σε σημαντικές προκαταλήψεις για τα άτομα με ψυχικές ασθένειες, οι οποίες δύνανται να εκδηλωθούν με τη μορφή φόβου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα στην ενίσχυση των πεποιθήσεων στιγματισμού που παρουσιάζονται στην ψυχιατρική, έχοντας σημαντικό αντίκτυπο στη ζωή τόσο των ψυχικά ασθενών, όσο και των οικογενειών τους, αλλά και των ψυχιάτρων τους, ενώ, επίσης, δύναται να εμποδίσουν την παροχή επαρκών και κατάλληλων ιατρικών υπηρεσιών σε άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές (Aruna et al., 2016). Κατά την έρευνα των Stone et al. (2019), οι γενικοί ιατροί ανέφεραν αρνητικές στάσεις απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές, οι οποίες στάσεις ήταν κατά βάση αρνητικότερες από τις ανάλογες στάσεις των ειδικών ψυχικής υγείας, καθώς και ήταν σταθερά αρνητικότερες σε σύγκριση με τις στάσεις τους απέναντι σε άτομα χωρίς ψυχική νόσο. Ακόμη, οι αρνητικές αυτές στάσεις έχουν αρνητική επίδραση στη λήψη αποφάσεων από τον γενικό ιατρό.

Μία άλλη έρευνα των τελευταίων ετών έδειξε υψηλό επίπεδο συγκράτησης και μυστικότητας μεταξύ ασθενών που είχαν κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια, αλλά επίσης παρατηρήθηκε και κάποιος μέτριος βαθμός στερεοτυπικών αντιλήψεων εκ μέρους των ίδιων των γιατρών (Chien et al., 2014). Γεγονός είναι ότι ακόμα και επαγγελματίες υγείας, συχνά αποφεύγουν την ανάμιξή τους με δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, λόγω του στιγματισμού των ειδικοτήτων (Οικονόμου-Λαλιώτη, 2011). Ενώ, σύμφωνα με την Lyons (2013), μετά από συστηματική ανασκόπηση 32 εργασιών από 22 διαφορετικές χώρες, με συνολικό δείγμα 12.144 φοιτητών από 74 ιατρικές σχολές, βρέθηκε ότι οι συνολικές στάσεις απέναντι στην ψυχιατρική ήταν θετικές, ωστόσο, η ψυχιατρική ως επιλογή επαγγελματική δεν παρουσίασε υψηλές βαθμολογίες, ενώ, επίσης, δεν ήταν δημοφιλής επιλογή για πολλούς φοιτητές.

Σύμφωνα με μία διαπολιτισμική έρευνα των Griffiths et al. (2006), με σκοπό να συγκρίνει τις στάσεις του γενικού πληθυσμού σε Αυστραλία και Ιαπωνία απέναντι στη σχιζοφρένεια, αλλά και να συγκρίνει τη φύση και την έκταση του στιγματισμού των ατόμων με αυτήν την διαταραχή και στις δύο αυτές χώρες, έδειξε ότι το προσωπικό στίγμα και η κοινωνική απόσταση ήταν στατιστικά σημαντικότερα μεταξύ των Ιαπώνων έναντι του πληθυσμού της Αυστραλίας, ενώ το αντίστροφο ίσχυε σε σχέση με την αντίληψη των στάσεων και της μεροληπτικής συμπεριφοράς. Ο γενικός πληθυσμός και στις δύο χώρες έδειξε μεγαλύτερη κοινωνική απόσταση, μεγαλύτερο προσωπικό στίγμα και μεγαλύτερο αντιληπτό στίγμα για τη σχιζοφρένεια, ιδιαίτερα στη χρόνια μορφή της, παρά για την κατάθλιψη. Υπήρχαν ελάχιστα στοιχεία για διαφοροποίηση στο στίγμα για την κατάθλιψη με και χωρίς αυτοκτονία για κάθε χώρα. Επιπλέον, λόγω της περιορισμένης έρευνας, η οποία, ωστόσο, προτείνει ότι οι Αφροαμερικανοί είναι πιθανότερο από τους Καυκάσιους να πιστεύουν ότι τα άτομα με ψυχικές ασθένειες είναι επικίνδυνα, οι Anglin, Link & Phelan (2006) επανεξέτασαν αυτό το ζήτημα κι αξιολόγησαν εάν οι φυλετικές διαφορές επεκτείνονται και στις πεποιθήσεις σχετικά με το πώς πρέπει να αντιμετωπίζονται τα άτομα με ψυχικές ασθένειες, εάν είναι βίαια. Η έρευνα επικεντρώθηκε στους 81 Αφροαμερικανούς και 590 Καυκάσιους συμμετέχοντες, οι οποίοι έλαβαν μέρος σε ένα πείραμα βινιέτας σχετικά με ένα άτομο με

σχιζοφρένεια ή μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Οι Αφροαμερικανοί ήταν όντως πιθανότερο από τους Καυκάσιους να πιστεύουν ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια ή σοβαρή κατάθλιψη θα έκαναν κάτι βίαιο σε άλλους ανθρώπους. Ταυτόχρονα, ήταν λιγότερο πιθανό να πιστέψουν ότι αυτά τα άτομα έπρεπε να κατηγορηθούν και να τιμωρηθούν για βίαιη συμπεριφορά, ενώ οι φυλετικές αυτές διαφορές δεν αποδίδονταν σε κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες. Επομένως, η μελέτη αυτή βρήκε φυλετικές διαφορές στις στιγματιστικές στάσεις απέναντι στα άτομα με ψυχικές ασθένειες. Ωστόσο, η αρνητική αντίληψη των Αφροαμερικανών δεν οδήγησε απαραίτητα στην έγκριση της σκληρότερης μεταχείρισης των ψυχικά ασθενών.

Ακόμη, αναφορικά με παλαιότερες έρευνες, η στάση των πολιτών γενικότερα απέναντι στους ψυχικά ασθενείς έχει αποδειχθεί ότι ποικίλλει ανάλογα με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του εκάστοτε πληθυσμού (Taylor & Dear, 1981; Bhugra & Scott, 1989; Brockington, Hall, Levings & Murphy, 1993). Χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, η κοινωνική τάξη και η εκπαίδευση φάνηκαν ότι καθορίζουν τις στάσεις απέναντι στην ψυχική υγεία. Ωστόσο, τα ποσοστά των χαρακτηριστικών αυτών στις διάφορες έρευνες φαίνεται να παρουσιάζουν διαφοροποίηση. Αυτές οι διαφορές μπορεί, εν μέρει, να είναι λόγω των διαφορετικών υπό μελέτη πληθυσμών και των μεθοδολογιών έρευνας που χρησιμοποιούνται για την διεξαγωγή τους.

Σύμφωνα με τους Chang et al. (2017) και Henderson et al. (2014), αποδείχτηκαν συσχετίσεις, μεταξύ αρνητικών, στιγματιστικών στάσεων και διαφόρων προσωπικών, δημογραφικών και επαγγελματικών παραγόντων, όπως η εθνικότητα, το εισόδημα του νοικοκυριού, ο εργασιακός ρόλος, η εργασιακή εμπειρία και η ηλικία. Η διαχρονική μελέτη των Wolff, Pathare, Craig & Leff (1996), διεξήχθη για την διερεύνηση των στάσεων απέναντι στους ψυχικά ασθενείς και τη συσχέτισή της με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, ενώ εξέτασε, επίσης, τις αναμενόμενες προθέσεις συμπεριφοράς των συμμετεχόντων προς τους ψυχικά ασθενείς. Με βάση το δείγμα της έρευνας, το οποίο αποτελείτο από 215 συμμετέχοντες, ο μόνος καθοριστικός παράγοντας του «Φόβου και του Αποκλεισμού» ήταν η απόκτηση παιδιών, οι κύριοι καθοριστικοί παράγοντες του «Κοινωνικού Ελέγχου» ήταν η κοινωνική τάξη, η εθνικότητα, η ηλικία, η ψυχική ασθένεια και η απόκτηση παιδιών, ο κύριος καθοριστικός παράγοντας της «Καλής Θέλησης» ήταν το μορφωτικό επίπεδο. Οι συμμετέχοντες με παιδιά, ειδικά κάτω των 18 ετών και οι «μη Καυκάσιοι» συμμετέχοντες ήταν πιθανότερο να έχουν αρνητική στάση απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Σύμφωνα με μία άλλη έρευνα των Madianos, Madianou, Vlachonikolis & Stefanis (1987), η οποία διεξήχθη στην Αθήνα, διερεύνησε τις στάσεις απέναντι στις ψυχικές ασθένειες σε ένα δείγμα 1574 συμμετεχόντων, κατοίκων δύο δήμων στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας πριν από την ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην περιοχή. Η έρευνα αυτή στόχευε να προσδιορίσει τα χαρακτηριστικά αυτών των στάσεων, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι η κοινή γνώμη για την ψυχική ασθένεια επηρεάζει τη χρήση των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και το επίπεδο επανένταξης των ατόμων με νοητική υστέρηση στην κοινωνία. Οι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες, οι οποίοι επηρέασαν αρνητικά τις στάσεις των συμμετεχόντων, κυρίως όσον αφορά τις κοινωνικές διακρίσεις και τον περιορισμό, ήταν η ηλικία, η εκπαίδευση, η επαγγελματική κατάσταση και ο τρόπος διαμονής έως 18 ετών. Επίσης, η μελέτη των Ayazi et al. (2014), διερευνά τις στάσεις και την κοινωνική απόσταση απέναντι στους ψυχικά ασθενείς σε μια χώρα με χαμηλό εισόδημα. Διερευνήθηκαν συσχετίσεις μεταξύ διαφόρων κοινωνικο - δημογραφικών μεταβλητών και στάσεων απέναντι στους ψυχικά νοσούντες, όπως και της κοινωνικής απόστασης από τους ψυχικά ασθενείς. Τα ευρήματα έδειξαν ότι τα χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης συσχετίστηκαν θετικά με την κοινωνική απόσταση και οι χριστιανικές ή μουσουλμανικές πεποιθήσεις, σε σύγκριση με τις παραδοσιακές πεποιθήσεις, συσχετίστηκαν αρνητικά με την κοινωνική απόσταση. Η εξοικείωση με την

ψυχική ασθένεια ή την ψυχολογική δυσφορία δεν συσχετίστηκε σημαντικά με την κοινωνική απόσταση. Οι συμμετέχοντες που πίστευαν ότι οι ψυχικά άρρωστοι ήταν επικίνδυνοι είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα κοινωνικής απόστασης. Τέλος, όσον αφορά την ηλικία, πραγματοποιήθηκε μία έρευνα μόνο σε ηλικιωμένο πληθυσμό με καταγωγή από την Κίνα (Lai, 2007). Αυτή η έρευνα εξέτασε τα αποτελέσματα της στάσης απέναντι στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων Κινέζων. «Τα δεδομένα λήφθηκαν από κοινοτικές έρευνες που χρησιμοποιούν μικτές μεθόδους δειγματοληψίας, 4.240 ηλικιωμένων Κινέζων, 55 ετών και άνω στην Κίνα, το Χονγκ Κονγκ, την Ταϊβάν, τον Καναδά και τις Ηνωμένες Πολιτείες.» (Lai, 2007, p. 243). Η επίδραση της στάσης των ηλικιωμένων απέναντι στην ψυχική υγεία ήταν ισχυρότερη από τους περισσότερους άλλους προγνωστικούς παράγοντες. Επιπρόσθετα, κατά την έρευνα των Jagdeo, Cox, Stein & Sareen (2009), αποδείχτηκε ότι αρνητικές στάσεις απέναντι στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας επικρατούν στο Οντάριο και στις Ηνωμένες Πολιτείες και είναι συχνότερες σε νεαρούς ενήλικες, ειδικά σε αυτούς με χαμηλότερη εκπαίδευση και κοινωνικοοικονομικούς πόρους, αλλά και σε αυτούς με προβλήματα χρήσης ουσιών ή εξάρτησης. Ανάλογα ευρήματα υπήρξαν και στην έρευνα των Leaf, Bruce, Tischler & Holzer (1987), όπου διερευνήθηκε η στάση απέναντι στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι θετικά διατεθειμένοι στη χρήση αυτών των υπηρεσιών. Οι στάσεις αυτές επηρεάστηκαν κυρίως από την ηλικία, το φύλο, τη φυλή, την εκπαίδευση και το εισόδημα των υποκειμένων.

Ένας επιπρόσθετος παράγοντας, ο οποίος δύναται να επηρεάσει τις στάσεις του πληθυσμού απέναντι στις ψυχικές διαταραχές είναι η συναισθηματική νοημοσύνη. Η αξιολόγηση των στάσεων και της επιρροής της συναισθηματικής νοημοσύνης σε αυτούς, είναι οι στόχοι της έρευνας των Carmona-Navarro & Pichardo-Martínez (2012). Οι επαγγελματίες νοσηλευτές απάντησαν σε ένα ερωτηματολόγιο που αξιολογούσε τη στάση απέναντι στην αυτοκτονία και τη συναισθηματική νοημοσύνη. Τα αποτελέσματα δείχνουν μια γενικά αρνητική στάση απέναντι στην αυτοκτονική συμπεριφορά. Η κατοχή υψηλότερου βαθμού εκπαίδευσης στην ψυχική υγεία και υψηλού επιπέδου συναισθηματικής νοημοσύνης συνδέεται με μια θετικότερη στάση απέναντι σε ασθενείς με αυτοκτονική συμπεριφορά. Επιπλέον, καθώς ο στιγματισμός της ψυχικής ασθένειας περιλαμβάνει αρνητικές αντιλήψεις ή στάσεις για την ψυχική ασθένεια και τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες, δημιουργώντας προβληματικές συνέπειες τόσο για το γενικό πληθυσμό όσο και για τα άτομα με ψυχικές ασθένειες, η συναισθηματική νοημοσύνη περιλαμβάνει την ικανότητα ενός ατόμου να αναγνωρίζει, να ερμηνεύει και να ρυθμίζει τα συναισθήματα και τις συναισθηματικές του αντιδράσεις (Armstrong, 2015). Έτσι, η έρευνα της Armstrong (2015), είχε ως στόχο να αξιολογήσει το επίπεδο εξοικείωσης με την ψυχική ασθένεια ως πιθανό προγνωστικό παράγοντα για τον στιγματισμό της ψυχικής ασθένειας για να βοηθήσει στην αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ του στιγματισμού της ψυχικής ασθένειας και της συναισθηματικής νοημοσύνης, να προσδιορίσει εάν τα υψηλότερα ποσοστά συναισθηματικής νοημοσύνης σχετίζονται με μειωμένη πιθανότητα αρνητικών στάσεων απέναντι στις ψυχικές ασθένειες κι εάν η αυξημένη εξοικείωση σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά συναισθηματικής νοημοσύνης και με μειωμένη πιθανότητα να στιγματιστεί η ψυχική ασθένεια. Τα ευρήματα πρότειναν ότι η συναισθηματική νοημοσύνη και το στίγμα της ψυχικής ασθένειας συσχετίζονται και ότι υπάρχει σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ της συναισθηματικής νοημοσύνης και του επιπέδου εξοικείωσης με την ψυχική ασθένεια. Τέλος, η έρευνα των Reichel & Louis (2004), εξέτασε την επίδραση ενός προγράμματος για την ανάπτυξη της συναισθηματικής νοημοσύνης στις στάσεις μεταπτυχιακών φοιτητών σε μαθήματα διαταραχών ομιλίας σε ένα πανεπιστήμιο της Νέας Υόρκης, σε σύγκριση με τις στάσεις μιας ομάδας ελέγχου σε άλλο πανεπιστήμιο της Νέας Υόρκης χωρίς ανάλογη

εκπαίδευση. Τα αποτελέσματα, έδειξαν μέτριες ποσοτικές αλλαγές, όπως αναμενόταν, και πολύ θετικές εντυπώσεις σχετικά με την αξία των εννοιών της συναισθηματικής νοημοσύνης στην παρέμβαση του τραυλισμού.

Καταληκτικά, πολλές έρευνες έχουν, επίσης, δείξει ότι η περισσότερη γνώση σε σχέση με τις ψυχικές διαταραχές οδηγεί σε λιγότερο στιγματισμό (Hansson, Stjernsward and Svensson, 2016; Henderson et al., 2016). Ο στόχος της έρευνας των Lien et al. (2019), είναι να διερευνήσει τις στάσεις των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης απέναντι στις ψυχικές ασθένειες με την πάροδο του χρόνου, καθώς και εάν ο στιγματισμός που σχετίζεται με τις ψυχικές ασθένειες εμφανίζεται και στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίοι έχουν στιγματιστικές στάσεις ή συμπεριφορές δύνανται να θεωρηθούν ως βασικό εμπόδιο στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, επηρεάζοντας σημαντικά την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Οι Lien et al. (2019), μέσα από μία μετα-ανάλυση των βαθμολογιών της Social Distance Scale, Opinions about MentalIllness και Community Attitudes towards MentalIllness μεταξύ επαγγελματιών υγείας και φοιτητές, με αριθμό δείγματος 15.653 άτομα, από το 1966 έως το 2016. Τα αποτελέσματά μας έδειξαν ότι τόσο η κοινωνική απόσταση όσο και οι στάσεις των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης προς την ψυχική ασθένεια έχουν γίνει όλο και πιο θετικό με την πάροδο του χρόνου. Επιπλέον, οι στάσεις κυμαίνονται από την αποδοχή και την ανεκτικότητα έως την αρνητικότητα και τον φόβο (Abi Doumit et al., 2019). Όταν απεικονίζεται μια θετική στάση, ακολουθεί μια υποστηρικτική και «ανοιχτόμυαλη» συμπεριφορά, όπως η πρόσληψη ενός ατόμου που πάσχει από μία σοβαρή ψυχική διαταραχή, αντίθετα, όταν οι στάσεις είναι αρνητικές, οδηγεί σε αποφυγή, κοινωνικό αποκλεισμό και διακρίσεις (Abi Doumit et al., 2019).

4. Στάσεις φοιτητών απέναντι στις ψυχικές ασθένειες

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στα άτομα με ψυχικές ασθένειες είναι ως επί το πλείστον αρνητική. Παγκοσμίως, μετά από μελέτες, έχουν αναφερθεί παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την στάση του εκάστοτε ατόμου απέναντι στους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, παρομοίως και των φοιτητών. Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, την σχολή φοίτησης και την συναναστροφή με άτομα με ψυχικές διαταραχές, ενώ μελέτες που έγιναν σε διαφορετικούς τομείς έχουν δείξει ότι το στίγμα προς τα ψυχικά άρρωστα άτομα είναι κυρίως βαθιά ριζωμένο σε διάφορους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες (Girmaetal., 2013; Songetal., 2005).

Σύμφωνα με έρευνα των Adewuja & Makanjuola (2005), η οποία διεξήχθη για να εξετάσει την κοινωνική απόσταση των φοιτητών ενός Πανεπιστημίου της Νιγηρίας απέναντι σε άτομα με ψυχικές ασθένειες, όπως και τις πιθανές κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές, οι οποίες δύνανται να επηρεάσουν την στάση αυτή των φοιτητών, έδειξε συμπερασματικά ότι το 65% των φοιτητών κρατούσαν σημαντική κοινωνική απόσταση από τους ψυχικά ασθενείς, καθώς και ότι η κοινωνική απόσταση αυξάνονταν, ενώ αυξανόταν ταυτόχρονα και το επίπεδο οικειότητας, που απαιτείται μεταξύ της σχέσης φοιτητών και ψυχικά ασθενών. Τα ποσοστά αυτά φάνηκε ότι ήταν υψηλότερα από αυτά των δυτικών χωρών. Επιπλέον, οι προγνωστικοί παράγοντες της κοινωνικής απόστασης από τους ψυχικά ασθενείς αποδείχτηκε ότι περιλαμβάνουν το γυναικείο φύλο, σπουδές εκτός ιατρικών σχολών και η μη ύπαρξη μέλους της οικογένειας με ψυχική ασθένεια. Έτσι αντιλαμβανόμαστε, ότι η κοινωνική απόσταση των φοιτητών της Νιγηρίας από τους ψυχικά ασθενείς είναι υψηλή, καθώς και επιβεβαιώνεται η αρχική υπόθεση ότι ο στιγματισμός και η αρνητική στάση απέναντι στους ψυχικά ασθενείς είναι το ίδιο σοβαρά στην Αφρική όπως αντίστοιχα και στους δυτικούς πολιτισμούς. Επιπροσθέτως, μία

συγχρονική μελέτη του Al-Naggar (2013), σε φοιτητικό πληθυσμό στην Μαλαισία, με στόχο τον προσδιορισμό της στάσης των φοιτητών απέναντι σε άτομα με ψυχικές ασθένειες, έχοντας ως κριτήριο ένταξης στην έρευνα οι νέοι να φοιτούν σε σχολές Ιατρικής και κριτήριο αποκλεισμού νέοι, οι οποίοι φοιτούν σε άλλες σχολές, όπως και το προσωπικό τους και οι διδάσκοντες. Έδειξε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων παρουσίαζε μέτρια έως καλή στάση απέναντι σε άτομα με ψυχικές ασθένειες, ενώ «η μονομεταβλητή ανάλυση έδειξε ότι η οικογενειακή κατάσταση επηρέασε τη στάση των φοιτητών πανεπιστημίου απέναντι στα άτομα με ψυχικές ασθένειες. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, έδειξε ότι το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ επηρέασαν σημαντικά τη στάση των φοιτητών έναντι των ατόμων με ψυχικές ασθένειες.» (Al-Naggar, 2013, p.15) .

Ειδικότερα, όσον αφορά το φύλο, κατά τους Savrun et al. (2007), τα αποτελέσματα της έρευνας τους έδειξαν ότι στις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν, οι γυναίκες είχαν σημαντικά στατιστικά μικρότερη αρνητική στάση από τους άνδρες συμμετέχοντες, ενώ η επίδραση του φύλου συνεχίστηκε μετά τον έλεγχο της ηλικίας και του οικογενειακού εισοδήματος των υποκειμένων. Ακόμη, η στάση των γυναικών με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο γονέων και θετικότερη στάση για τη θεραπεία της ψυχικής ασθένειας προβλέπεται λιγότερο στιγματιστική απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Επομένως, «τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η διαφορά φύλου σε αυτό το δείγμα έχει αντίκτυπο στο φαινόμενο του στιγματισμού με ανεξάρτητο τρόπο. Μία θετικότερη άποψη των φοιτητριών του Πανεπιστημίου για τους ψυχικά ασθενείς μπορεί να οφείλεται στη συγκριτικά πιο αισιόδοξη στάση τους σχετικά με τη δυνατότητα θεραπείας των ασθενειών αυτών. Η παρατηρούμενη διαφορά φύλου φαίνεται να τονίζεται από το γεγονός ότι το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων των φοιτητριών ήταν υψηλότερο από αυτό των φοιτητών.» (Savrun et al., 2007, p. 57). Ωστόσο, μία ακόμη έρευνα των Mahto et al. (2009), έδειξε ότι η πλειονότητα των φοιτητών με καταγωγή από την Ινδία, εκ της οποίας οι 42 ήταν άνδρες και οι 38 ήταν γυναίκες, ήταν ουδέτεροι, όσον αφορά το στοιχείο, «Ο νόμος πρέπει να επιτρέπει σε μια γυναίκα να χωρίσει από τον σύζυγό της μόλις αυτός εγκλειστεί σε ψυχιατρείο με σοβαρή ψυχική ασθένεια», της κλίμακας Opinion about Mental Illness Scale (OMI), ήτοι ήταν ουδέτεροι το 46% των ανδρών και το 56 των γυναικών της έρευνας. Επομένως, δεν προέκυψε σημαντικό επίπεδο διαφοράς μεταξύ ανδρών και γυναικών, όσον αφορά την άποψη σχετικά με την ψυχική ασθένεια.

Ακολούθως, οι στάσεις των φοιτητών ιατρικής και των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές δύνανται επηρεάζουν τη φροντίδα, την οποία θα παρέχουν σε αυτούς τους ασθενείς. Πολλές παλαιότερες μελέτες (Arkar and Eker, 1997; Calvert et al., 1999; Fabrega, 1995; Galletly et al., 1995) δεν έδειξαν σημαντική επίδραση των προπτυχιακών σπουδών στις στάσεις των μαθητών απέναντι στους ψυχιατρικούς ασθενείς. Αντίστοιχα, μία πρόσφατη μελέτη των Tork & Abdel-Fattah (2015), για την διερεύνηση των στάσεων των φοιτητών ιατρικής σχολής έναντι μη ιατρικών σχολών απέναντι στις ψυχικές ασθένειες και στα άτομα με ψυχική διαταραχή, είχε παρόμοια αποτελέσματα. Οι περισσότεροι φοιτητές της ιατρικής (93,6%) διαφώνησαν με τη δήλωση: «Εάν ιδρύθηκε μονάδα ψυχικής υγείας στον δρόμο ή την κοινότητά μου, θα φύγω από την κοινότητα» έναντι φοιτητών μη ιατρικών σχολών (85,5%). Οι διαφορές, δηλαδή, δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Οι φοιτητές ιατρικής και μη ιατρικής απάντησαν ανάλογα. Ωστόσο, το 86,2% των φοιτητών ιατρικής σε σύγκριση με το 87% των φοιτητών μη ιατρικής συμφώνησαν ότι «Οι ψυχικά πάσχοντες ασθενείς αντιμετωπίζονται και αποκαθίστανται, τα άτομα πρέπει να τους κάνουν φίλους» Οι φοιτητές του πανεπιστημίου ιατρικής και μη ιατρικής δείχνουν σε γενικές γραμμές παρόμοια θετική στάση απέναντι σε άτομα με ψυχική ασθένεια. Ειδικότερα, η έρευνα των Shehata & Abdeldaim (2020), για την αξιολόγηση των πεποιθήσεων περί στιγματισμού για ψυχικές ασθένειες μεταξύ των φοιτητών, σε Πανεπιστήμιο της Αιγύπτου, απέδειξε

ότι οι φοιτητές φαρμακευτικής έχουν περισσότερες αρνητικές πεποιθήσεις για την ψυχική ασθένεια, ενώ οι φοιτητές βιολογίας δείχνουν θετικότερη στάση απέναντι στην ψυχική ασθένεια κι έπειτα ακολουθούν οι φοιτητές της ιατρικής. Επιπλέον, ακόμη μία αξιολογη έρευνα στον τομέα αυτόν, είναι των Happell et al. (2018), η οποία εξέτασε τη στάση των φοιτητών νοσηλευτικής απέναντι στην έννοια της ψυχικής ασθένειας και της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας σε τέσσερις ευρωπαϊκές χώρες, την Ιρλανδία, την Φινλανδία, τη Νορβηγία και την Ολλανδία και την Αυστραλία. Οι στάσεις απέναντι στην νοσηλευτική ψυχικής υγείας ήταν στο σύνολο τους ευνοϊκές, εν αντιθέσει με τις στάσεις απέναντι στην ψυχική ασθένεια, όπου παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις, ήτοι οι φοιτητές από την Αυστραλία και την Ιρλανδία έτειναν να έχουν θετικότερη στάση ως προς την ψυχική ασθένεια έναντι των φοιτητών από τη Φινλανδία, τη Νορβηγία και την Ολλανδία. Ακόμη, όσον αφορά τις στάσεις απέναντι στα άτομα με ψυχικές ασθένειες και τις πεποιθήσεις σχετικά με τα αίτια της ψυχικής ασθένειας μεταξύ φοιτητών ιατρικής από τις Ηνωμένες Πολιτείες, τη Βραζιλία, τη Γκάνα, τη Νιγηρία και την Κίνα, πραγματοποιήθηκε έρευνα από τους Stefanovics et al. (2016). Τα ευρήματα της παρουσίασαν σημαντικές διαφορές στις στάσεις των φοιτητών ιατρικής μεταξύ αυτών των πέντε χωρών, οι οποίες υποδηλώνουν κοινωνικοπολιτισμικές διαφορές στις στάσεις, με εμφάνιση υψηλότερων ποσοστών στιγματιστικών στάσεων στις αναπτυσσόμενες χώρες. Αναλυτικότερα, οι φοιτητές Ιατρικής των ΗΠΑ σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία από όλους τους υπόλοιπους φοιτητές, ακολουθούμενοι από εκείνους από τη Βραζιλία. Οι μαθητές από τη Νιγηρία και τη Γκάνα σημείωσαν τη χαμηλότερη βαθμολογία στη μη υπερφυσική αιτιολογία της ψυχικής ασθένειας και οι φοιτητές από την Κίνα παρουσίασαν τη χαμηλότερη βαθμολογία στην κοινωνική αποδοχή και την αποδοχή της δημόσιας πολιτικής που αφορά τα άτομα με ψυχικές ασθένειες.

Ακόμη μία έρευνα, η οποία αξίζει να αναφερθεί, είναι των Kotera, Ting & Neary (2020), η οποία διερευνά τις στάσεις των φοιτητών της Μαλαισίας ως προς την ψυχική υγεία και τις συγκρίνει με αυτές των φοιτητών του Ηνωμένου Βασιλείου, ήτοι για να γίνει μία διαπολιτισμική σύγκριση. Το δείγμα της έρευνας αποτελείτο από 153 φοιτητές από την Μαλαισία, των οποίων οι βαθμολογίες συγκρίθηκαν με αυτές 105 φοιτητών από το Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ και στις δύο χώρες οι φοιτητές παρουσιάζουν διαταραγμένη ψυχική υγεία, η οποία επιδεινώνεται από την αρνητική τους στάση απέναντι στις ψυχικές ασθένειες. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έδειξαν ότι οι φοιτητές από την Μαλαισία σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία σε προβλήματα ψυχικής υγείας, αρνητικές στάσεις απέναντι στην ψυχική υγεία και χαμηλότερη βαθμολογία στην αυτοσυμπόνια και την ανθεκτικότητα σε σύγκριση με τους φοιτητές του Ηνωμένου Βασιλείου. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας συσχετίστηκαν θετικά με αρνητικές στάσεις ψυχικής υγείας και αρνητικά με τη αυτοσυμπόνια και την ανθεκτικότητα· η υψηλή αυτοσυμπόνια αποδυνάμωσε τις επιπτώσεις των αρνητικών στάσεων ψυχικής υγείας στα προβλήματα ψυχικής υγείας, ενώ η ανθεκτικότητα δεν επηρέασε ο αντίκτυπος των αρνητικών στάσεων ψυχικής υγείας στα προβλήματα ψυχικής υγείας.

Ένας ακόμη προκλητικός παράγοντας για αρνητική στάση απέναντι σε ψυχικά ασθενείς είναι η μη επαφή των φοιτητών με αυτά τα άτομα. Έτσι, μέσα από την έρευνα των Chung, Chen & Liu (2001), υποστηρίζεται ότι η μεγαλύτερη κοινωνική απόσταση συνδέεται με λοιπές σπουδές εκτός ιατρικής, με μη συναναστροφή με ψυχικά ασθενείς και με το γυναικείο φύλο. Τα άτομα χωρίς προηγούμενη επαφή με ψυχικά ασθενείς κράτησαν μεγαλύτερη απόσταση από έναν ασθενή με ψυχική διαταραχή, ο οποίος έλαβε εξιτήριο και λάμβανε ψυχιατρική φροντίδα, από έναν ασθενή, ο οποίος δεν χρειαζόταν φάρμακα ούτε ψυχιατρική παρακολούθηση. Αντίθετα, οι συμμετέχοντες της έρευνας, οι οποίοι είχαν προηγούμενη επαφή με ψυχικά ασθενείς ήταν πιο πρόθυμοι να αλληλεπιδράσουν με έναν ψυχικά ασθενή, ο οποίος είχε

πάρει εξιτήριο και λάμβανε ψυχιατρική φροντίδα σε σύγκριση με ένα άτομο που χαρακτηρίστηκε ως ψυχικά άρρωστο μόνο, αλλά κι έναν ασθενή που δεν είχε εισαχθεί ποτέ στο νοσοκομείο.

Επιπλέον, αναφορικά με μία παλαιότερη έρευνα των Silvadecrane & Spielberg (1981), είχε ερευνηθεί η στάση 309 φοιτητών, Άγγλων, Ισπανοαμερικάνων και Αφρικανοαμερικάνων, ηλικίας 18 – 35 ετών, απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Τόσο οι Αφρικανοαμερικάνοι, όσο και οι Ισπανοαμερικάνοι είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες αυταρχισμού, ενώ μόνο οι Αφρικανοαμερικάνοι είχαν υψηλότερες βαθμολογίες κοινωνικού περιορισμού στην κλίμακα Opinions About Mental Illness Scale, υποδεικνύοντας αρνητικότερες στάσεις απέναντι στους ψυχικούς ασθενείς. Οι βαθμολογίες, οι οποίες υποδείκνυαν μια πατερναλιστική στάση απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, ήταν χαμηλότερες στους Αφρικανοαμερικανούς, επίσης, παρά στους Ισπανόφωνους ή στους Άγγλους. Ωστόσο, και οι τρεις ομάδες δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές στις πεποιθήσεις τους ότι η ψυχική ασθένεια ήταν μια ασθένεια όπως κάθε άλλη. Ακόμη μία έρευνα στις ΗΠΑ, είναι των Chiles, Stefanovics and Rosenheck (2017), η οποία πραγματοποιήθηκε για να εξετάσει τη στάση των φοιτητών ιατρικής απέναντι στις ψυχικές ασθένειες, τις αιτίες της ψυχικής νόσου, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας καθώς και κατά πόσο αλλάζουν οι στάσεις των φοιτητών καθώς προχωρούν στην εκπαίδευσή τους. Η παραγοντική ανάλυση εντόπισε τρεις παράγοντες, οι οποίοι αντικατοπτρίζουν την κοινωνική αποδοχή της ψυχικής ασθένειας, την πίστη σε υπερφυσικά αίτια και την πίστη σε βιοψυχοκοινωνικά αίτια. Οι φοιτητές που είχαν ολοκληρώσει τη γραμματεία της ψυχιατρικής ήταν πιο πιθανό να πιστεύουν ότι οι αγχώδεις διαταραχές και ο διαβήτης θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά. Οι μαθητές που ανέφεραν προσωπικές εμπειρίες με ψυχικές ασθένειες έδειξαν σημαντικά μεγαλύτερη κοινωνική αποδοχή και οι φοιτητές, οι οποίοι γεννήθηκαν εκτός ΗΠΑ ήταν πιθανότερο να υποστηρίξουν υπερφυσικές αιτίες ψυχικής ασθένειας. Συμπερασματικά, *«οι κοινωνικοπολιτισμικές επιρροές και η προσωπική εμπειρία με ψυχικές ασθένειες έχουν μεγαλύτερη επίδραση από την ιατρική εκπαίδευση στη στάση απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια. Οι σπουδές στην ψυχιατρική φαίνεται να έχει μικρή αλλά σημαντική επίδραση στις στάσεις των μαθητών σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.»* (Chiles, Stefanovics and Rosenheck, 2017, p.320). Έπειτα, οι ερευνητές Chiles, Stefanovics and Rosenheck το 2018, πραγματοποίησαν ακόμη μία έρευνα, η οποία εξέτασε τις στάσεις των ειδικευόμενων ψυχιάτρων σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες και τα αίτια τους, καθώς κι αν οι στάσεις τους αυτές διέφεραν από τις στάσεις των φοιτητών της ιατρικής, οι οποίοι μελετήθηκαν στην προηγούμενη έρευνα (Chiles, Stefanovics and Rosenheck, 2017) χρησιμοποιώντας την ίδια μεθοδολογία. Στην παραγοντική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν τρεις παράγοντες, οι οποίοι είχαν εντοπιστεί προηγουμένως και οι οποίοι αντικατοπτρίζουν την κοινωνική αποδοχή της ψυχικής ασθένειας, την πίστη σε υπερφυσικά αίτια και την πίστη σε βιοψυχοκοινωνικά αίτια. Οι ειδικευόμενοι ψυχίατροι με υψηλότερο ποσοστό προσωπικών εμπειριών με ψυχικές ασθένειες, ήταν σημαντικά πιο πρόθυμοι να αποκτήσουν διαπροσωπική επαφή με τους ψυχικά ασθενείς, ενώ οι συμμετέχοντες, οι οποίοι είχαν περισσότερη επαγγελματική εμπειρία εκτός από την σχολή ιατρικής ή τη μεταπτυχιακή τους εκπαίδευση ήταν λιγότερο πιθανό να πιστεύουν σε υπερφυσικές αιτίες ψυχικής ασθένειας. *«Οι γυναίκες ειδικευόμενες ήταν πιο πρόθυμες να συναναστραφούν με ψυχικά άρρωστους και ήταν λιγότερο πιθανό να πιστέψουν σε υπερφυσικές αιτίες για ψυχικές ασθένειες από τους άνδρες συναδέλφους τους. Στη μελέτη αυτή, η αυξημένη κοινωνική αποδοχή των ψυχικά ασθενών σχετίζεται με την ύπαρξη προσωπικών εμπειριών, την προηγμένη εκπαίδευση στην ψυχιατρική και το γυναικείο φύλο. Τόσο οι επαγγελματικές εμπειρίες εκτός εκπαίδευσης όσο και το γυναικείο φύλο μείωσαν την πίστη σε υπερφυσικές αιτίες.»* (Chiles, Stefanovics and Rosenheck, 2018, p. 581).

Καταληκτικά, στον ελλαδικό χώρο, δεν έχουν υπάρξει πολλές έρευνες για τις στάσεις των φοιτητών σε σχέση με τις ψυχικές ασθένειες και τους παράγοντες που τις προκαλούν. Ωστόσο, σύμφωνα με την έρευνα των Madianos et al. (2012), οι γυναίκες εξέφρασαν περισσότερες στερεοτυπικές απόψεις σχετικά με μία σοβαρή ψυχική ασθένεια και τα άτομα, τα οποία υποφέρουν από αυτήν κι έχουν λιγότερο ευνοϊκή στάση απέναντι σε άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια σε σύγκριση με τους άντρες. Επίσης, τα ευρήματα έδειξαν ότι οι γυναίκες υποστηρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι οι ψυχικά ασθενείς πρέπει να είναι ανοιχτά για την ασθένειά τους και μπορούν να κατανοήσουν καλύτερα πώς σκέφτεται ή αισθάνεται ένα άτομο με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Ενώ, όσον αφορά τον τόπο διαμονής, στατιστικά σημαντική επίδραση βρέθηκε μόνο για τις βαθμολογίες των στερεοτύπων, ήτοι οι κάτοικοι της Αττικής εμφανίζουν λιγότερες στερεοτυπικές πεποιθήσεις από τους ερωτηθέντες από άλλες περιοχές. Ακόμη, σύμφωνα με την μελέτη της Χρυσικού (2022), έχει αποδειχθεί ότι οι σπουδαστές των τμημάτων νοσηλευτικής παρουσιάζουν θετικότερη στάση, με σημαντική διαφορά, σε σχέση με τους σπουδαστές Κοινωνικής Εργασίας. *«Πιο συγκεκριμένα στην υποκλίμακα για την επικινδυνότητα της κλίμακας Beliefs for Mental Illness, το σκορ ήταν 3.2 θετικών στάσεων έναντι 1,8 αρνητικών. Για την υποκλίμακα που αφορά τις κοινωνικές δεξιότητες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές το μεγαλύτερο σκορ το συγκεντρώνουν οι θετικές στάσεις 6,4 έναντι των αρνητικών 3.6 και τέλος η υποκλίμακα για την αποθεραπεία οι αρνητικές στάσεις υπερिशχύουν 3,3 έναντι των θετικών με 2,7.»* (Χρυσικού, 2022, σ. 6). Σύμφωνα με την έρευνα των Γιανναδάκη και Σαπουντζή (2009, σ. 5), *«προκύπτει ότι η πλειοψηφία των σπουδαστών δεν γνωρίζει τι είναι η σχιζοφρένεια και όταν εκφέρει άποψη γι' αυτήν τις περισσότερες φορές δεν είναι σωστή και επιστημονική. Αποδείχτηκε, ότι οι απόψεις τους για τις ψυχικές διαταραχές και τη σχιζοφρένεια ειδικότερα, δε φαίνεται να διαμορφώνονται από τις γνώσεις και τις εμπειρίες τους. Επίσης, παρατηρήθηκαν αρνητικές και λανθασμένες απόψεις/στάσεις σε αρκετούς τομείς που αφορούν την πορεία-πρόγνωση, την αιτιολογία, την θεραπεία, την αντιμετώπιση από το περιβάλλον και την λειτουργικότητα των ατόμων με σχιζοφρένεια, ενώ μόνο στους τομείς συμπτώματα-κλινική εικόνα και νομοθεσία – κρατική μέριμνα οι σπουδαστές εκφράζουν πιο θετικές και σωστές απόψεις/στάσεις. Τέλος, προέκυψε ότι οι απόψεις των σπουδαστών της Σ.Ε.Υ.Π δε διαφέρουν σημαντικά από τις απόψεις των υπόλοιπων σχολών (Σ.Δ.Ο, Σ.Τ.Ε.Φ, Σ.Τ.Ε.Γ). Διαφοροποίηση υπάρχει μόνο σε ελάχιστες ερωτήσεις, στις οποίες οι σπουδαστές της Σ.Ε.Υ.Π. έχουν πιο θετικές και επιστημονικές απόψεις.»*. Τέλος, η έρευνα των Economou et al. (2012) στην Ελλάδα, είχε στόχο την διερεύνηση των πεποιθήσεων και των στάσεων των φοιτητών της ιατρικής απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια, πριν ακόμη κάνουν την ειδικότητά τους στην ψυχιατρική, κι έπειτα την αξιολόγηση της επίδρασης της ψυχιατρικής και την αλλαγή τους. Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι φοιτητές δεν υποστήριξαν τα αναμενόμενα πρότυπα, τα οποία συνδέονται με τα άτομα με σχιζοφρένεια, όπως το «είναι επικίνδυνοι», «τεμπέληδες» ή «χαμηλότερης νοημοσύνης», αλλά στήριξαν την άποψη ότι τα άτομα αυτά «είναι απρόβλεπτα» και πάσχουν από «διχασμένη προσωπικότητα». Επιπλέον, το βασικό επίπεδο της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης βρέθηκε ότι αυξάνεται καθώς αυξανόταν η οικειότητα μέσω της προσωπικής αλληλεπίδρασης και η μόνη μεταβλητή, η οποία σχετίζεται με αυτήν ήταν η προσωπική εμπειρία σοβαρής ψυχικής ασθένειας. *«Με την ολοκλήρωσή της ειδικότητας τους βρέθηκαν οι περισσότεροι φοιτητές να πιστεύουν ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να αναρρώσουν, δεν έχουν εικόνα για την κατάστασή τους, δεν μπορούν να πάρουν λογικές αποφάσεις, δεν μπορούν να εργαστούν σε κανονικές θέσεις εργασίας και είναι επικίνδυνα για το κοινό. Δεν καταγράφηκε διαφορά στις βαθμολογίες κοινωνικής απόστασης.»* (Economou et al., 2012, p. 17).

5. Προσεγγίσεις για την αλλαγή των στάσεων

Εξαιτίας του στιγματισμού των ψυχικά ασθενών και του συνακόλουθου κοινωνικού αποκλεισμού τους, υπάρχει η υπόθεση ότι εκστρατείες ενημέρωσης σε επίπεδο κοινότητας μπορεί να επιδράσουν ευεργετικά στις στάσεις των πολιτών απέναντί τους και να συμβάλλουν στην αλλαγή των στερεοτύπων για τους ψυχικά πάσχοντες. *«Σύμφωνα με τον Γεώργια (1995), η αλλαγή των στάσεων των πολιτών, όσον αφορά κρίσιμα ζητήματα της κοινωνίας, είναι κύριο μέλημα κάθε κράτους. Συνεχίζει λέγοντας, ότι στην πραγματικότητα, οι φορείς του κράτους δεν συνειδητοποιούν ότι το πρόβλημα είναι ουσιαστικά η αλλαγή των στάσεων. Αντίθετα, προσπαθούν να αλλάξουν κατευθείαν τη συμπεριφορά των πολιτών. Δεν γνωρίζουν δηλαδή, τη συνάρτηση της συμπεριφοράς με τη στάση- ότι η συμπεριφορά κατευθύνεται , τόσο από το γνωστικό στοιχείο, όσο και από το συναισθηματικό στοιχείο της στάσης.»* (Γιανναδάκη και Σαπουντζή, 2009, σ. 70)

Ο ΠΟΥ, αναγνωρίζοντας την επίδραση των παραπάνω παραγόντων, από τις αρχές του 2000, έθεσε τις αρχές της πολιτικής για την ψυχική υγεία, για την προσαρμογή των εθνικών πολιτικών, που αφορούσαν πολλαπλές κεντρικές δράσεις και προγράμματα έρευνας, εκπαίδευσης, νομοθεσίας κλπ., όπως και τη «συνηγορία» για την ψυχική υγεία, που σχετίζεται περισσότερο με την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και τον περιορισμό του στίγματος (ΠΟΥ, 2003). Επίσης, από τις προηγούμενες δεκαετίες, η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρία υιοθέτησε διεθνώς το Πρόγραμμα “Open the Doors”, με σκοπό την καταπολέμηση του στίγματος της σχιζοφρένειας, με τη λογική του ανοίγματος των ασθενών προς την κοινωνία και αντίστροφα, έναντι του εγκλεισμού τους. Στην Ελλάδα, το αντίστοιχο πρόγραμμα αποσκοπούσε στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, στην ανάπτυξη δράσεων για την αντιστροφή αρνητικών απόψεων και τη βελτίωση των στάσεων των πολιτών (Οικονόμου-Λαλιώτη, 2011). *«Ο εκπαιδευτικός τομέας είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με τον ερευνητικό, καθώς μέσα από τη διερεύνηση των γνώσεων και της στάσης του κόσμου αναδύθηκε η επιτακτική ανάγκη ενημέρωσης. Η επιστημονική ομάδα του Προγράμματος «αντί-στίγμα» έχει σχεδιάσει ειδικές παρεμβάσεις προσαρμοσμένες στις ιδιαίτερες ανάγκες της εκάστοτε πληθυσμιακής ομάδας (επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ασθενείς και οικογένειες, μαθητές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, φοιτητές Ιατρικής και Ψυχολογίας κ.ά.), με απώτερο πάντα στόχο την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση»*(Οικονόμου-Λαλιώτη, 2011, σ. 89).

Οι προσεγγίσεις, οι οποίες προτείνονται, με βάση μια ανασκόπηση της κοινωνικο-ψυχολογικής έρευνας, για την βελτίωση, αλλά και την αλλαγή των στάσεων απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, είναι δύο: η εκπαίδευση και η επαφή με ψυχικά νοσούντες (Corrigan and Penn, 1999).

Οι εκπαιδευτικές προσεγγίσεις για τις πεποιθήσεις περί στιγματισμού, αμφισβητούν τα ανακριβή στερεότυπα για τις ψυχικές ασθένειες, αντικαθιστώντας τα με τεκμηριωμένες πληροφορίες, μέσω εκπαιδευτικών στρατηγικών, όπως βιβλία, φυλλάδια, ταινίες, βίντεο, ιστοσελίδες, podcast, εικονική πραγματικότητα και άλλα οπτικοακουστικά βοηθήματα (Finkelstein, Lapshin and Wasserman, 2008). Επομένως, για τη βελτίωση των γνώσεων προτείνεται η εκπαίδευση, η οποία δυνητικά μπορεί να βελτιώσει τις στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, αν και σπάνια συμβάλλει σε αλλαγή συμπεριφοράς, που είναι και το ζητούμενο. Σε παλαιότερη έρευνα της δεκαετίας του '90 στην Αυστραλία, η ενημέρωση της κοινότητας για τους ψυχικά ασθενείς, αφενός ενίσχυσε την ανεκτικότητα των στάσεων των πολιτών, αφετέρου δεν αύξησε αυτές τις στάσεις και δεν αποδείχθηκε αλλαγή στη συμπεριφορά τους. Άλλος παράγοντας, που αποδείχθηκε περισσότερο αποτελεσματικός για την ενημέρωση των πολιτών, ήταν η ραδιοφωνική εκστρατεία, σε κάποιες περιπτώσεις, παρότι δε φανερώθηκε καταπολέμηση της κοινωνικής απομόνωσης των ψυχικά ασθενών. Επίσης, παρεμβάσεις σε σχολεία έδειξαν σημαντική άνοδο της γνώσης και του ενδιαφέροντος για γνωριμία με ψυχικά ασθενείς,

αν και δεν υπήρξε βελτίωση στο αίσθημα άνεσης απέναντι στην ασθένεια (Γιαννακόπουλος, στο ίδιο). Άλλη πρόσφατη έρευνα εξωτερικού σε πολίτες έδειξε ότι η γνώση για την ψυχική ασθένεια επιδρούσε σημαντικά κατά του κοινωνικού περιορισμού και της αυταρχικότητας απέναντι στους ασθενείς, αν και όχι σε όλο το ερευνητικό δείγμα (Bedaso et al., 2016). Σύμφωνα με έρευνα των Minoetal. (2008), αναπτύχθηκε ένα νέο εκπαιδευτικό πρόγραμμα διάρκειας 1 ώρας για την αλλαγή της στάσης απέναντι στις ψυχικές ασθένειες. Η έρευνα διεξήχθη σε 95 φοιτητές ιατρικής προκειμένου να διερευνηθούν οι επιπτώσεις του στη στάση τους απέναντι στις ψυχικές ασθένειες. Μετά το πρόγραμμα, παρατηρήθηκαν ευνοϊκές αλλαγές νοοτροπίας όσον αφορά τις «ψυχιατρικές υπηρεσίες», τα «ανθρώπινα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών», την «ανεξαρτησία των ασθενών στην κοινωνική ζωή» και την «αιτία και τα χαρακτηριστικά της ψυχικής ασθένειας», ενώ οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες φοιτητές ήταν θετικοί σε κάποια επαφή με έναν ψυχικά ασθενή. Ακόμη, αναφορικά με την έρευνα των Iheanacho et al. (2014), η οποία αξιολόγησε τις πεποιθήσεις σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές και τις αλλαγές που επέφερε μία εκπαιδευτική παρέμβαση στις πεποιθήσεις αυτές φοιτητών ιατρικής και νοσηλευτικής, έδειξε ότι η παραγοντική ανάλυση προσδιόρισε τέσσερις τομείς: (1) κοινωνικοποίηση με άτομα με ψυχικές ασθένειες, (2) πίστη στη μαγεία ή τις κατάρες ως αιτίες ψυχικής ασθένειας, (3) ευνοϊκές στάσεις για την ομαλοποίηση της ζωής των ατόμων με ψυχική ασθένεια και (4) βιοψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις στην ψυχική ασθένεια. Οι μεγαλύτερες αλλαγές παρατηρήθηκαν στις στάσεις, οι οποίες ευνοούσαν την ομαλοποίηση της ζωής των ατόμων με ψυχικές ασθένειες, την κοινωνικοποίηση με ψυχικά ασθενείς και τις βιοψυχοκοινωνικές προοπτικές σε σχέση με τις ψυχικές ασθένειες. Στην Κύπρο, στόχος της έρευνας των Nikolaou and Petkari (2021, p. 891) ήταν *«ήταν (α) να εξετάσει τα επίπεδα επαφής και στιγματισμού προς τη σχιζοφρένεια σε Κύπριους φοιτητές προγραμμάτων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία και φοιτητές άλλων προγραμμάτων και (β) να εξετάσει εάν η επιτυχής αναγνώριση ενός ατόμου με σχιζοφρένεια μέσω ενός χρονογραφήματος και η εκτίμηση των επιπέδων σοβαρότητας σχετιζόταν με στιγματιστικές στάσεις.»* Οι φοιτητές, οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα σπούδαζαν σε προπτυχιακό επίπεδο και επιλέχθηκαν με την μέθοδο της σκόπιμης δειγματοληψίας από κυπριακά πανεπιστήμια. Ο συνολικός αριθμός του δείγματος ήταν 152 φοιτητές, στους οποίους δόθηκε ένα χρονογράφημα που απεικονίζει ένα άτομο με σχιζοφρένεια. Για την εξέταση των ποσοστών στιγματισμού και της επαφής με ψυχικές ασθένειες χρησιμοποιήθηκαν τα εργαλεία Opinions on Mental Illness και BAE. Τα ευρήματα έδειξαν ότι *«η παρακολούθηση ενός προγράμματος, το οποίο σχετίζεται με την ψυχική υγεία και το να είσαι άνδρας συνδέθηκε με θετικότερες απόψεις σχετικά με την κοινωνική ένταξη, ενώ το επίπεδο επαφής και η ικανότητα αναγνώρισης της ψυχικής κατάστασης και εκτίμησης της σοβαρότητάς της δεν σχετιζόνταν με το στίγμα.»* (Nikolaou and Petkari (2021, p. 891)

Η δεύτερη στρατηγική, η οποία χρησιμοποιείται για την αλλαγή των στάσεων απέναντι σε ψυχικά ασθενείς, είναι η διαπροσωπική επαφή με κάποιο άτομο με ψυχική διαταραχή. Τα άτομα του γενικού πληθυσμού που συναντούν και αλληλοεπιδρούν με άτομα με ψυχικές ασθένειες είναι πιθανό να μειώσουν τα επίπεδα προκατάληψης τους (Corrigan, 2005). Μία έρευνα, η οποία διεξήχθη σε 118 φοιτητές για να εξεταστεί η σχέση μεταξύ των γνώσεων των φοιτητών κοινωνικής εργασίας σχετικά με τα άτομα με σχιζοφρένεια, της επαφής με άτομα με σχιζοφρένεια και της στάσης τους απέναντι στα άτομα αυτά. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η γνώση και η επαφή των φοιτητών με τα άτομα με σχιζοφρένεια σχετίζονται σημαντικά με την καλύτερη στάση απέναντι σε αυτόν τον πληθυσμό. Τα ευρήματα αποκάλυψαν μια σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ της γνώσης και της επαφής με άτομα με σχιζοφρένεια, έτσι ώστε η γνώση να σχετίζεται μόνο με θετικές στάσεις μεταξύ των φοιτητών, οι οποίοι είχαν πιο προσωπική επαφή με άτομα με την προκειμένη ασθένεια (Eack and Newhill, 2008).

Εν συνεχεία, φοιτητές κοινωνικής εργασίας, 60 σε αριθμό, συμμετείχαν σε ένα οιοονοί πείραμα, το οποίο εξέτασε τον βαθμό στον οποίο η γνώση και η επαφή με άτομα με σχιζοφρένεια κατά τη διάρκεια παρακολούθησης ενός μεταπτυχιακού μαθήματος για τις σοβαρές ψυχικές ασθένειες, θα επηρέαζε τη στάση τους απέναντι σε άτομα με αυτή τη διαταραχή. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική βελτίωση στις γνώσεις και τις γενικές στάσεις των φοιτητών μετά το εν λόγω μάθημα κι έδειξαν ότι η απόκτηση γνώσεων για τη σχιζοφρένεια σχετιζόταν μόνο με τη γενική βελτίωση της στάσης όταν συνοδευόταν από σημαντική προσωπική κοινωνική επαφή (Eack, Newhill and Watson, 2012). Επιπροσθέτως, τρεις συστηματικές ανασκοπήσεις προσπάθησαν να κατανοήσουν την διαδικασία σχετικά με την αλλαγή του στίγματος του κοινού. Οι Holzinger et al. (2008) συνόψισαν 51 μελέτες παρεμβάσεων που στοχεύουν στο δημόσιο στίγμα και πραγματοποιήθηκαν σε πραγματικές συνθήκες με μέλη του ευρύτερου κοινού· κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η εκπαίδευση και η διαπροσωπική επαφή φαίνεται να έχουν θετικές επιδράσεις στις στάσεις. Τα ευρήματά τους σχετικά με τον αντίκτυπο στη συμπεριφορά ήταν λιγότερο σαφή. Μια άλλη παλαιότερη ανασκόπηση επικεντρώθηκε αποκλειστικά στα αποτελέσματα της διαπροσωπικής επαφής με ψυχικά ασθενείς (Couture, 2003). Η συστηματική ανασκόπηση αυτή εξέτασε 22 μελέτες, χωρίζοντάς τις σε αναδρομικές, ήτοι αναφορά των επιπτώσεων προηγούμενης επαφής και προοπτικές, ήτοι τα αποτελέσματα της προγραμματισμένης επαφής όπου ένα άτομοαλληλοεπιδρά με μια ομάδα. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι και οι δύο τύποι είχαν ισχυρές αντίστροφες επιδράσεις στο στίγμα. Σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση των Corriganetal. (2012), η οποία περιλάμβανε 72 άρθρα, με συνολικά 38.364 συμμετέχοντες από 14 χώρες, έδειξε ότι τόσο η εκπαίδευση όσο και η επαφή είχαν θετικά αποτελέσματα στη μείωση του στίγματος για ενήλικες και εφήβους με ψυχική ασθένεια. *«Ωστόσο, η επαφή ήταν καλύτερη από την εκπαίδευση στη μείωση του στίγματος για τους ενήλικες. Για τους εφήβους, βρέθηκε το αντίθετο μοτίβο: η εκπαίδευση ήταν πιο αποτελεσματική. Συνολικά, η επαφή πρόσωπο με πρόσωπο ήταν πιο αποτελεσματική από την επαφή μέσω βίντεο.»* (Corriganetal., 2012, p. 963).

Έρευνες σε άτομα που σχετίζονταν με τον υγειονομικό χώρο παρουσίασαν επίσης έλλειμμα γνώσεων των ερωτώμενων. Σε μελέτη εξωτερικού σε προπτυχιακούς φοιτητές ιατρικής, οι γνώσεις τους φάνηκαν ανεπαρκείς απέναντι στις ψυχικές ασθένειες και τονίσθηκε η ανάγκη για καλύτερα εκπαιδευτικά μέτρα για τη διαμόρφωση θετικών στάσεων του υγειονομικού προσωπικού (Arguna et al., 2016). Άλλη έρευνα σε Έλληνες σπουδαστές παραϊατρικών σχολών και κοινωνικής εργασίας έδειξε ότι στην πλειοψηφία τους δε γνώριζαν τι ήταν η σχιζοφρένεια και οι απόψεις τους ήταν λανθασμένες και μη επιστημονικές, σχετικά με τα αίτια, την πρόγνωση, την αντιμετώπιση της κατάστασης και τη λειτουργικότητα των ασθενών. Οι γνώσεις τους ήταν περισσότερο ορθές σχετικά με τα συμπτώματα, την κλινική εικόνα και τη νομοθεσία, αλλά οι απόψεις τους δε διαμορφώνονταν τελικά από τις γνώσεις και τις εμπειρίες τους (Γιανναδάκη & Σαπουντζή, 2009).

Ερευνητικό Μέρος

1.Σκοποί Της Έρευνας

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση της των παραγόντων που επηρεάζουν τις Στάσεις Και τις Αντιλήψεων των Φοιτητών Νοσηλευτικής Απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Νόσο. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας αναμένεται να αναδείξουν την πιθανή συσχέτιση της συναισθηματικής νοημοσύνης και των χαρακτηριστικών της 7 προσωπικότητας των φοιτητών όσον αφορά τις στάσεις τους και τις αντιλήψεις για την ψυχική νόσο. Τα αποτελέσματα θα προσθέσουν σημαντικές γνώσεις, για το στίγμα και τα στερεότυπα των πολιτών για την ψυχική νόσο

2.Ερευνητικά Ερωτήματα

- Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τις στάσεις και τις αντιλήψεις των φοιτητών απέναντι στη ψυχική νόσο;
- Οι απόψεις των φοιτητών αντανακλούν στερεοτυπικές και στιγματιστικές απόψεις για τη ψυχική νόσο;
- Υπάρχει σχέση μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης και αντιλήψεων για την ψυχική νόσο;
- Υπάρχει σχέση μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των φοιτητών και των αντιλήψεων τους για την ψυχική νόσο;
- Η εμπειρία με ψυχικά ασθενείς αποτελεί παράγοντα θετικής προδιάθεσης στην αποδοχή των πασχόντων;
- Υπάρχει σχέση μεταξύ των στάσεων των φοιτητών απέναντι στην ψυχική νόσο ως προς τη σχολή φοίτησης;
- Υπάρχει σχέση του τρόπου καταγωγής με τις στάσεις των φοιτητών απέναντι στην ψυχική νόσο;

3.Μέθοδος της Ερευνάς

Η παρούσα έρευνα αποτελεί συγχρονική μελέτη και ως εργαλείο συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια.

3.1. Δείγμα

Το δείγμα της παρούσας έρευνας περιλαμβάνει 3 διαφορετικές ομάδες φοιτητών του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Αποτελείτε από 115 φοιτητές του Β^{ου} Εξαμήνου, 46 φοιτητές του Δ^{ου} Εξαμήνου και 43 φοιτητές του ΣΤ^{ου} Εξαμήνου. Συνολικά συμμετείχαν 204 άτομα εκ των οποίων το 25,5 ήταν άνδρες και 74,5 γυναίκες.

Τα κριτήρια επιλογής για τον πληθυσμό της έρευνας ήταν:

- Να είναι φοιτητές νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
- Οι φοιτητές να δίνουν τη συγκατάθεσή τους για συμμετοχή στην έρευνα

3.2. Εργαλεία Έρευνας

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τέσσερα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια.

1. Κοινωνικό – δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη:

Το πρώτο μέρος αποτελείται από ερωτήσεις που έχουν ως σκοπό τη συγκέντρωση των δημογραφικών στοιχείων του φοιτητή του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Οι ερωτήσεις αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, το έτος σπουδών, τη καταγωγή, την οικογενειακή κατάσταση, την διαμονή, την οικογενειακή οικονομική κατάσταση)

Το δεύτερο μέρος αποτελείται από ερωτήσεις σχετικά:

- με την συνύπαρξη και την αντιμετώπιση ατόμων με ψυχικές ασθένειες
- για το αν είχαν οι συμμετέχοντες στην οικογένειά τους είχαν ιστορικό διαγνωσμένων με ψυχική διαταραχή, ή άλλα ψυχολογικά προβλήματα
- για το αν γνώριζαν οι συμμετέχοντες τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια

1. Κλίμακα Στάσεων απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Νόσο ή ASMI- Attitudes toward Severe Mental Illness

Για την εκτίμηση των στάσεων των φοιτητών απέναντι στην ψυχική νόσο χρησιμοποιηθεί η Κλίμακα Στάσεων Απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Νοσο (ASMI - Attitudes toward Severe Mental Illness). Η κλίμακα ASMI αποτυπώνει τις στερεοτυπικές αντιλήψεις και στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο. Αποτελείται από 30 λήμματα, των οποίων οι απαντήσεις ακολουθούν 5-βαθμια κλίμακα τύπου Likert από 1=Συμφωνώ, 2= Μάλλον συμφωνώ, 3=Μάλλον διαφωνώ, 4=Διαφωνώ, 5= Δεν ξέρω/Δεν απαντώ. Σχεδιάστηκε και εγκυροποιήθηκε από τους Madianosetal. (2012). Κάποια λήμματα έχουν ανεστραμμένη βαθμολόγηση προς αποφυγή μεροληπτικού σφάλματος. Η διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της κλίμακας ASMI ανέδειξε 4 παράγοντες : τα Στερεότυπα (11 λήμματα), την Αισιοδοξία (6 λήμματα) την Εξωτερίκευση (7 λήμματα) και την Κατανόηση (6 λήμματα).

2. Κλίμακα μέτρησης της συναισθηματικής νοημοσύνης Trait Emotional Intelligence Questionnaire-Short Form (TEIQueSF)’’

Για την εκτίμηση του βαθμού συναισθηματικής νοημοσύνης θα χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο “**Trait Emotional Intelligence Questionnaire-Short Form (TEIQueSF)**” στην Ελληνική του έκδοχή, όπως έχει σταθμιστεί από τους Petrides & Frunhman(2003)Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 30 ερωτήσεις και περιλαμβάνει 4 υποκλίμακες: την ευεξία, τον αυτοέλεγχο, τη συναισθηματικότητα και την κοινωνικότητα. Οι απαντήσεις κυμαίνονται σε μια επτάβαθμη κλίμακα Likert (1= διαφωνώ απόλυτα , 7= Συμφωνώ απόλυτα). Υψηλότερες τιμές, τόσο της ολικής κλίμακας όσο και των υποκλιμάκων δηλώνουν υψηλότερη συναισθηματική νοημοσύνη.

3. Μοντέλο των «Μεγάλων Πέντε Παραγόντων» The Big Five Inventory - (BFI)

Για την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των φοιτητών και των αντιλήψεων τους για την ψυχική νόσο θα χρησιμοποιηθεί η **Κλίμακα The Big Five Inventory - (BFI)** (Παναγιώτου et al, 2003). Το Μοντέλο των «Μεγάλων Πέντε Παραγόντων» περιλαμβάνει 44 δηλώσεις, οι οποίες αναφέρονται στους πέντε παράγοντες της προσωπικότητας, δομημένες σε πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (1=Διαφωνώ έντονα, 5=Συμφωνώ έντονα). Αναλυτικά, το ερωτηματολόγιο των μεγάλων πέντε παραγόντων της προσωπικότητας περιλαμβάνει τους εξής παράγοντες με τον ανάλογο αριθμό δηλώσεων : α) Νευρωτισμός (Neuroticism) – 8 δηλώσεις β) Ευσυνειδησία (Conscientiousness) – 9 δηλώσεις γ) Δεκτικότητα στις εμπειρίες (Openness to experience) – 10 δηλώσεις δ) Προσήνεια (Agreeableness) – 9 δηλώσεις ε) Εξωστρέφεια (Extraversion) – 8 δηλώσεις.

3.3. Διαδικασία Χορήγησης

Πριν ξεκινήσει η χορήγηση των ερωτηματολογίων, λήφθηκε η απαραίτητη άδεια από την επιτροπή δεοντολογίας του τμήματος νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Πριν τη συλλογή των δεδομένων και τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες στη μελέτη ενημερώθηκαν σχετικά με το σκοπό της έρευνας και τη συμμετοχή τους και έδωσαν έγγραφη συγκατάθεσή σε ειδικό έντυπο. Επιπρόσθετα, ενημερώθηκαν για την ανωνυμία των ερωτηματολογίων, η οποία δε θα αποκαλύψει με κανένα τρόπο τα προσωπικά στοιχεία για την ταυτότητα τους, καθώς και για την εθελοντική τους συμμετοχή. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκαν μεμονωμένα για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας.

3.4. Στατιστική Ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών ενώ η διάμεσος και το ενδοτεταρτημορικό εύρος χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών που δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή αλλά και σε περιπτώσεις διευκρινέστερης περιγραφής των μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Έγινε έλεγχος κανονικότητας των κατανομών με το Kolmogorov – Smirnov criterion. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann – Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός Kruskal – Wallis έλεγχος. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,05/κ (κ= αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (rho). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διαστάσεις των κλιμάκων της μελέτης από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Οι αναλύσεις πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έγιναν με τη χρήση λογαριθμικού μετασχηματισμού της εξαρτημένης μεταβλητής λόγω μη ύπαρξης κανονικότητας. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS22.0.

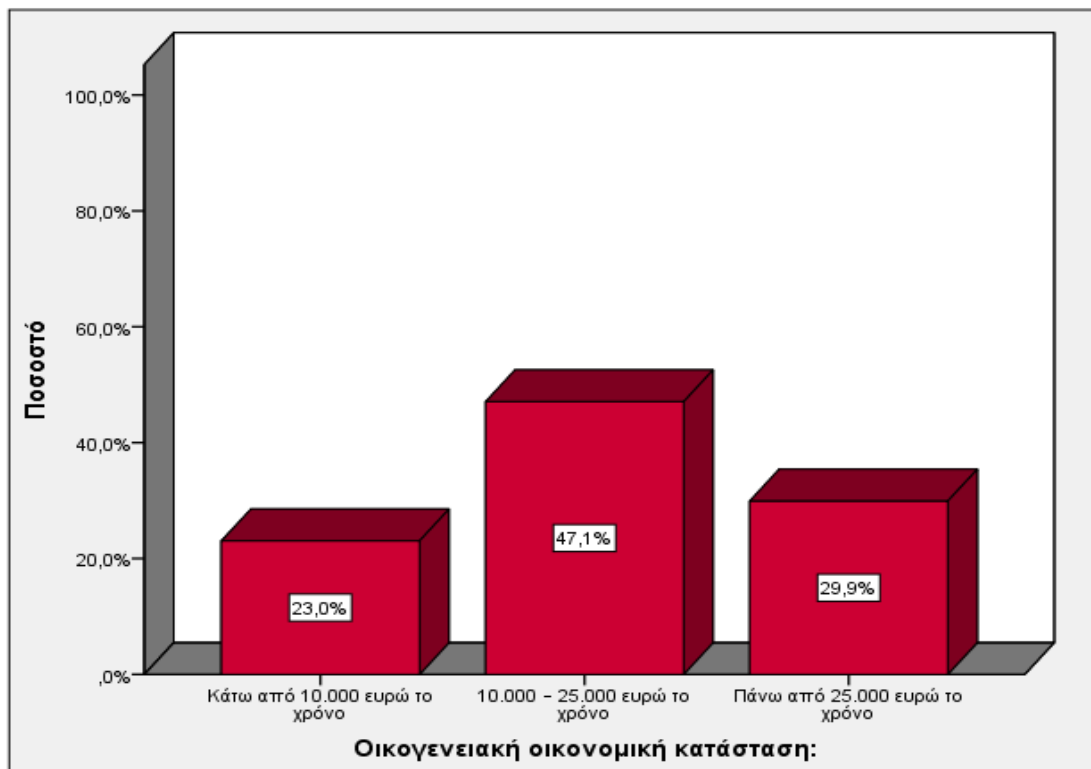
4.Αποτελέσματα Έρευνας

Το δείγμα μας αποτελούνταν από 204 άτομα εκ των οποίων το 25,5 ήταν άνδρες. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

		N	%
Φύλο	Άρρεν	52	25,5
	Θήλυ	152	74,5
Ηλικία, Μέση τιμή (SD)		20,2 (2,9)	
Έτος σπουδών:	Β'Εξάμηνο	115	56,4
	Δ'Εξάμηνο	46	22,5
	Στ'Εξάμηνο	43	21,1
Καταγωγή:	Χωριό	50	24,5
	Κωμόπολη	37	18,1
	Πόλη	117	57,4
Οικογενειακή κατάσταση:	Μόνος/η	93	45,6
	Σε σχέση	100	49,0
	Παντρεμένος/η	10	4,9
	Αρραβωνιασμένος/η	1	0,5
	Διαζευγμένος/η	0	0,0
Διαμονή:	Μόνος/η	94	46,1
	Με τους γονείς	53	26,0
	Άλλο (συγκάτοικο, σύντροφο, σύζυγο)	57	27,9
Οικογενειακή οικονομική κατάσταση:	Κάτω από 10.000 ευρώ το χρόνο	47	23,0
	10.000 – 25.000 το χρόνο	96	47,1
	Πάνω από 25.000 το χρόνο	61	29,9

Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 20,2 έτη (SD=2,9 έτη) και το 56,4% των συμμετεχόντων βρίσκονταν στο δεύτερο εξάμηνο των σπουδών τους. Καταγωγή από πόλη είχε το 57,4% του δείγματος και το 45,6% δεν είχε κάποια σχέση με σύντροφο. Μόνο του διέμενε το 46,1% των συμμετεχόντων και η οικογενειακή οικονομική κατάσταση για το 47,1% κυμαινόταν από 10.000 ευρώ έως 25.000 ευρώ το χρόνο.

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζεται η ετήσια οικογενειακή οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων.



Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται ερωτήσεις σχετικά με την συνύπαρξη και την αντιμετώπιση ατόμων με ψυχικές ασθένειες.

	N	%
Γνωρίζεται κάποιο άτομο με ψυχική ασθένεια?	132	64,7
<i>Αν ναι, ποιά είναι η σχέση σας με τον</i> Συγγενής	46	34,8

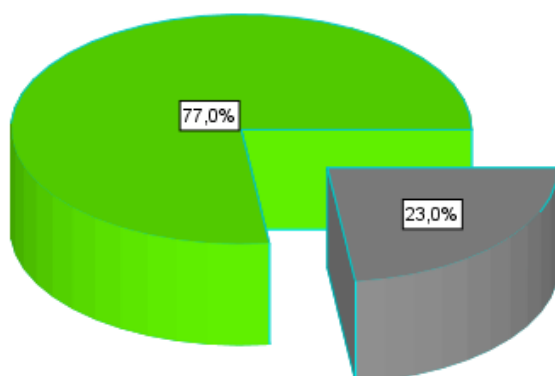
ασθενή;	Φίλος/η	29	22,0
	Γνωστός/η	57	43,2
Έχετε ιστορικό στην οικογένειά σας ατόμων διαγνωσμένων με ψυχική διαταραχή, ή άλλα ψυχολογικά προβλήματα	Ναι	47	23,0
	Όχι	157	77,0
Ζείτε με ένα άτομο που έχει μια ψυχική ασθένεια.	Ναι	6	2,9
	Όχι	198	97,1
Θα νιώθατε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος/α στην οικογένειά σας έχει διαγνωσθεί με σοβαρή ψυχική νόσο;	Ναι	7	3,4
	Όχι	140	68,6
	Δεν είμαι σίγουρος/η	57	27,9
Θα φοβόσασταν να πιάσετε κουβέντα με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;	Ναι	40	19,6
	Όχι	149	73,0
	Δεν είμαι σίγουρος/η	15	7,4
Θα μπορούσατε να διατηρήσετε μία φιλία με κάποιον/α που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνισε σοβαρή ψυχική νόσο;	Ναι	109	53,4
	Όχι	30	14,7
	Δεν είμαι σίγουρος/η	65	31,9
Θα δεχόσασταν να παντρευτείτε κάποιον/α με σοβαρή ψυχική νόσο;	Ναι	26	12,7
	Όχι	107	52,5
	Δεν είμαι σίγουρος/η	71	34,8
Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μια πολυκατοικία όπου έχετε βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για εσάς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα που έμενε ένας ψυχικά ασθενής	Ναι	129	63,2
	Όχι	21	10,3
	Δεν είμαι σίγουρος/η	54	26,5

Το 64,7% γνώριζε κάποιο άτομο με ψυχική ασθένεια με το 43,2% αυτών να είχε κάποιον γνωστό με ψυχική ασθένεια και το 34,8% κάποιον συγγενή. Το 77% δεν είχε ιστορικό στην οικογένειά με άτομα διαγνωσμένα με ψυχική διαταραχή, ή άλλα ψυχολογικά προβλήματα και το 97,1% δεν ζούσε μαζί με άτομο που είχε μια ψυχική ασθένεια. Το 68,6% δεν θα ένιωθε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος/α στην οικογένεια του είχε διαγνωσθεί με σοβαρή ψυχική νόσο και το 73% δεν θα φοβόταν να πιάσει κουβέντα με κάποιον/α που αντιμετώπιζε σοβαρή ψυχική ασθένεια. Το 53,4% θα μπορούσε να διατηρήσει μία φιλία με κάποιον/α που στην πορεία της φιλίας του εμφάνιζε σοβαρή ψυχική νόσο ενώ το 52,5% δεν θα δεχόταν να παντρευτεί κάποιον/α με σοβαρή ψυχική νόσο. Το 63,2% θα αποφασίζε να μείνει σε μια πολυκατοικία όπου είχε βρει διαμέρισμα κατάλληλο για αυτόν αν υπήρχε ένα διαμέρισμα που να έμενε ένας ψυχικά ασθενής.

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζεται το αν είχαν οι συμμετέχοντες στην οικογένειά τους ιστορικό διαγνωσμένων με ψυχική διαταραχή, ή άλλα ψυχολογικά προβλήματα

Έχετε ιστορικό στην οικογένειά σας
ατόμων διαγνωσμένων με ψυχική
διαταραχή, ή άλλα ψυχολογικά
προβλήματα

■ Ναι
■ Όχι



Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται ερωτήσεις σχετικά με την συνύπαρξη και την αντιμετώπιση ατόμων με ψυχικές ασθένειες. (συνέχεια).

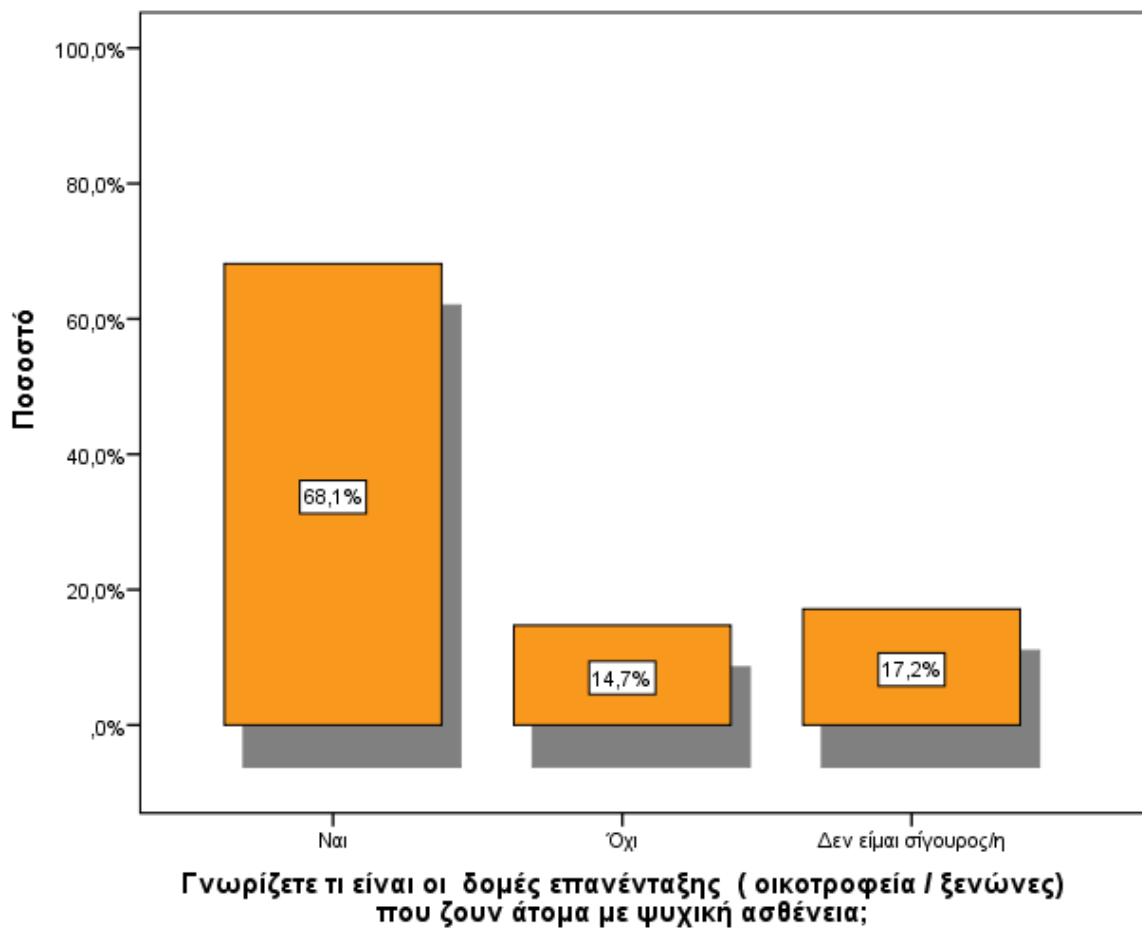
		N	%
Θα νοικιάζατε το σπίτι σας σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;	Ναι	85	41,7
	Όχι	52	25,5
	Δεν είμαι σίγουρος/η	67	32,8
Θα προσλαμβάνετε κάποιο άτομο με ψυχική νόσο;	Ναι	61	29,9
	Όχι	62	30,4
	Δεν είμαι σίγουρος/η	81	39,7
Θα σας αναστάτωνε ή ενοχλούσε να είστε στην ίδια δουλειά με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;	Ναι	25	12,3
	Όχι	114	55,9
	Δεν είμαι σίγουρος/η	65	31,9
Τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία αποτελούν ένα ξεπερασμένο μέσο για τη θεραπεία ατόμων με ψυχικές ασθένειες?	Δεν ξέρω	53	26,0
	Συμφωνώ	104	51,0
	Διαφωνώ	47	23,0

[28]

Γνωρίζετε τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια;	Ναι	139	68,1
	Όχι	30	14,7
	Δεν είμαι σίγουρος/η	35	17,2

Το 41,7% των συμμετεχόντων θα νοίκιαζε το σπίτι του σε κάποιον/α που είχε σοβαρή ψυχική νόσο και το 30% περίπου θα προσλάμβανε κάποιο άτομο με ψυχική νόσο. Το 60% περίπου του δείγματος δεν θα αναστατωνόταν ή θα το ενοχλούσε αν ήταν στην ίδια δουλειά με κάποιον ή κάποια που να αντιμετωπίζει κάποιου είδους σοβαρή ψυχική ασθένεια. Το 51% είχε την άποψη ότι τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία αποτελούν ένα ξεπερασμένο μέσο για τη θεραπεία ατόμων με ψυχικές ασθένειες και το 68,1% γνώριζε τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια.

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζεται το αν γνώριζαν οι συμμετέχοντες τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια.



Κλίμακα Στάσεων Απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Νόσο (ASMI) (Attitude Stoward Severe MentalIllness)

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της βαθμολογίας των διαστάσεων της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI). Υψηλότερη βαθμολογία των συμμετεχόντων στις διαστάσεις υποδηλώνει εντονότερες μη σιγματιστικές απόψεις.

	Ελάχισ τη Τιμή	Μέγιστ η Τιμή	Μέση Τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)
Διάσταση «Στερεότυπα»	3	44	32 (7,1)	33 (27 - 37)
Διάσταση «Αισιοδοξία»	2	24	18,1 (4,9)	19 (16 - 22)
Διάσταση «Εξωτερίκευση»	7	25	20,5 (2,9)	21 (19 - 22)
Διάσταση «Κατανόηση»	0	24	15,5 (5,1)	16 (12 - 19)

Η βαθμολογία της διάστασης «**Στερεότυπα**» κυμαίνεται από 3 έως 44 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 32 μονάδες (SD=7,1 μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 33 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 27 - 37 μονάδες). Η βαθμολογία της διάστασης «**Αισιοδοξία**» κυμαίνεται από 2 έως 24 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 18,1 μονάδες (SD=4,9 μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 19 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 16 - 22 μονάδες). Η βαθμολογία της διάστασης «**Εξωτερίκευση**» κυμαίνεται από 7 έως 25 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 20,5 μονάδες (SD=2,9 μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 21 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 19 - 22 μονάδες). Η βαθμολογία της διάστασης «**Κατανόηση**» κυμαίνεται από 0 έως 24 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 15,5 μονάδες (SD=5,1 μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 16 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 12 - 19 μονάδες).

Trait Emotional Intelligence Questionnaire-Short Form (TEIQue-SF)

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της βαθμολογίας των διαστάσεων και της συνολικής κλίμακας “**TraitEmotionalIntelligenceQuestionnaire-ShortForm (TEIQue-SF)**”. Οι τιμές των διαστάσεων και τη συνολικής κλίμακας κυμαίνονταν από 1 έως 7 μονάδες με υψηλότερες τιμές, τόσο της ολικής κλίμακας όσο και των υποκλιμάκων να δηλώνουν υψηλότερη συναισθηματική νοημοσύνη από την πλευρά των συμμετεχόντων.

	Ελάχισ τη Τιμή	Μέγιστ η Τιμή	Μέση Τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)
Διάσταση «Ευεξία»	1,5	7	4,9 (1)	4,9 (4,3 – 5,6)
Διάσταση «Αυτοέλεγχο»	1,8	6,8	4,4 (1)	4,3 (3,7 – 5,2)

Διάσταση «Συναισθηματικότητα»	1,5	7	4,9 (1,4)	4,8 (4 - 6)
Διάσταση «Κοινωνικότητα»	1,3	6,8	4,6 (1,1)	4,5 (3,8 – 5,3)
Συνολική βαθμολογία κλίμακας συναισθηματικής νοημοσύνης	1,9	6,5	4,7 (0,9)	4,6 (4,1 – 5,3)

Η βαθμολογία της διάστασης «Ευεξία» παίρνει τιμές από 1,5 έως 7 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 4,9 μονάδες (SD=1 μονάδα) και η διάμεσος τιμή ήταν 4,9 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 4,3 – 5,6 μονάδες). Η βαθμολογία της διάστασης «Αυτοέλεγχος» κυμαίνεται από 1,8 έως 6,8 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 4,4 μονάδες (SD=1 μονάδα) και η διάμεσος τιμή ήταν 4,3 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 3,7 – 5,2 μονάδες). Η βαθμολογία της διάστασης «Συναισθηματικότητα» κυμαίνεται από 1,5 έως 7 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 4,9 μονάδες (SD=1,4 μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 4,8 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 4 – 6 μονάδες). Η βαθμολογία της διάστασης «Κοινωνικότητα» κυμαίνεται από 1,3 έως 6,8 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 4,6 μονάδες (SD=1,1 μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 4,5 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 3,8 – 5,3 μονάδες). Η **συνολική βαθμολογία της κλίμακας συναισθηματικής νοημοσύνης** παίρνει τιμές από 1,9 έως 6,5 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 4,7 μονάδες (SD=0,9 μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 4,6 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 4,1 – 5,3 μονάδες).

Κλίμακα TheBig Five Inventory - (BFI) (Παναγιώτου et al (2003))

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της βαθμολογίας των διαστάσεων της κλίμακας του μοντέλου των «Μεγάλων Πέντε Παραγόντων» “*TheBigFiveInventory - (BFI) Παναγιώτου et al (2003)*”. Οι τιμές των διαστάσεων της κλίμακας κυμαίνονταν από 1 έως 5 μονάδες με *υψηλότερες τιμές να δηλώνουν εντονότερη συμφωνία των συμμετεχόντων στις αντιλήψεις τους σχετικά με τη ψυχική νόσο αναφορικά με παράγοντες εξωστρέφειας, προσήνειας, ευσυνειδησίας, νευρωτισμού και δεκτικότητας στις εμπειρίες αντίστοιχα.*

	Ελάχισ τη Τιμή	Μέγισ τη Τιμή	Μέση Τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)
Εξωστρέφεια	2,1	3,7	3 (0,3)	3 (2,8 – 3,2)
Προσήνεια	2,3	4,2	3,1 (0,3)	3,1 (2,9 – 3,3)
Ευσυνειδησία	1,8	3,8	2,9 (0,3)	2,8 (2,6 – 3,1)
Νευρωτισμός	2,2	3,8	2,9 (0,3)	2,9 (2,7 – 3,1)
Δεκτικότητα στις εμπειρίες	2,1	4,2	3,2 (0,4)	3,3 (3 – 3,4)

Η βαθμολογία της διάστασης «**Εξωστρέφεια**» παίρνει τιμές από 2,1 έως 3,7 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 3 μονάδες ($SD=0,3$ μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 3 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 2,8 – 3,2 μονάδες). Η βαθμολογία της διάστασης «**Προσήνεια**» κυμαίνεται από 2,3 έως 4,2 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 3,1 μονάδες ($SD=0,3$ μονάδα) και η διάμεσος τιμή ήταν 3,1 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 2,9 – 3,3 μονάδες). Η βαθμολογία της διάστασης «**Ευσυνειδησία**» κυμαίνεται από 1,8 έως 3,8 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 2,9 μονάδες ($SD=0,3$ μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 2,8 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 2,6 – 3,1 μονάδες). Η βαθμολογία της διάστασης «**Νευρωτισμός**» κυμαίνεται από 2,2 έως 3,8 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 2,9 μονάδες ($SD=0,3$ μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 2,9 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 2,7 – 3,1 μονάδες). Η βαθμολογία της διάστασης «**Δεκτικότητα στις εμπειρίες**» κυμαίνεται από 2,1 έως 4,2 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 3,2 μονάδες ($SD=0,4$ μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 3,3 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 3 – 3,4 μονάδες).

Συσχέτιση διαστάσεων κλίμακας Στάσεων Απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Νόσο (ASMI) με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Στερέτυπα» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI) ανάλογα με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες.

		Διάσταση «Στερεότυπα»		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)	
Φύλο	Άρρεν	30,8(8,1)	33 (26,5 - 36,5)	0,285+
	Θήλυ	32,4(6,7)	33 (28 - 38)	
Έτος σπουδών:	Β' ΕΞΑΜΗΝΟ	31,1(7,4)	32 (26 - 37)	0,126‡
	Δ' ΕΞΑΜΗΝΟ	33,2(6,8)	35 (30 - 38)	
	ΣΤ' ΕΞΑΜΗΝΟ	33(6,2)	33 (28 - 38)	
Καταγωγή	Χωριό-Κωμόπολη	31,8(8,2)	33 (26 - 38)	0,664+
	Πόλη	32,1(6,1)	33 (28 - 36)	
Είστε σε σχέση ή παντρεμένος;	Όχι	32,7(7)	33 (28 - 38)	0,190+
	Ναι	31,4(7,1)	33 (27 - 36)	
Διαμονή:	Μόνος/η	32,3(7)	34 (28 - 38)	0,339‡
	Με τους γονείς	31,4(5,6)	31 (27 - 35)	
	Άλλο (συγκάτοικο, σύντροφος, σύζυγος)	32(8,3)	34 (28 - 38)	
Οικογενειακή οικονομική κατάσταση:	Κάτω από 10.000 ευρώ το χρόνο	31,3(6,9)	31 (27 - 36)	0,581‡
	10.000 – 25.000 το χρόνο	32,2(7,6)	33 (27 - 38)	
	Πάνω από 25.000 το χρόνο	32,2(6,4)	34 (28 - 36)	
Γνωρίζεται κάποιο άτομο με ψυχική ασθένεια?	Ναι	32,6(7,2)	33,5 (28,5 - 38)	0,053+
	Όχι	30,8(6,8)	31,5 (26 - 36)	
Αν ναι, ποιά είναι η σχέση σας με τον ασθενή;	Συγγενής	32,2(8,1)	32 (27 - 38)	0,132‡
	Φίλος/η	34,8(5,8)	36 (33 - 38)	
	Γνωστός/η	31,9(6,9)	33 (27 - 37)	
Έχετε ιστορικό στην οικογένειά σας ατόμων διαγνωσμένων με ψυχική διαταραχή, ή άλλα ψυχολογικά προβλήματα	Ναι	32,3(7,5)	32 (28 - 38)	0,675+
	Όχι	31,9(7)	33 (27 - 37)	
Ζείτε με ένα άτομο	Ναι	33,3(3,7)	32,5 (32 - 37)	0,776+

που έχει μια ψυχική ασθένεια.	Όχι	31,9(7,1)	33 (27 - 37)	
-------------------------------	-----	-----------	--------------	--

‡Mann – Whitneytest+KruskalWallistest

Δεν βρέθηκε κάποια διαφορά ανάμεσα στη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Στερεότυπα» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI) και τους δημογραφικούς παράγοντες.

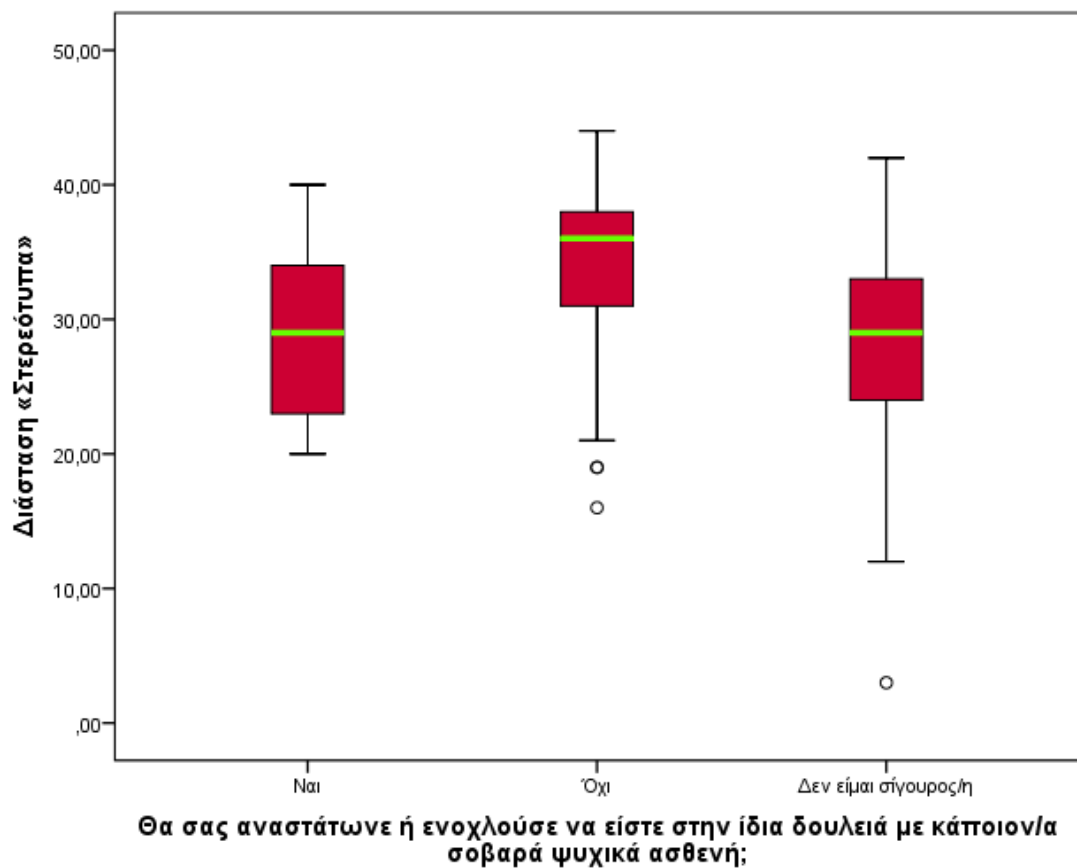
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Στερεότυπα» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI) ανάλογα με ερωτήσεις σχετικά με την αντιμετώπιση τους απέναντι σε άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή.

		Διάσταση «Στερεότυπα»		P
		Μέση τιμή ή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)	
Θα νιώθατε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος/α στην οικογένειά σας έχει διαγνωσθεί με σοβαρή ψυχική νόσο;	Όχι	33,7(5,8)	35 (30 - 38)	<0,001+
	Ναι /Δεν είμαι σίγουρος/η	28,2(8,1)	28 (24 - 34)	
Θα φοβόσασταν να πιάσετε κουβέντα με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;	Όχι	32,9(7)	34 (30 - 38)	0,001+
	Ναι /Δεν είμαι σίγουρος/η	29,5(6,8)	29 (25 - 34)	
Θα μπορούσατε να διατηρήσετε μία φιλία με κάποιον/α που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνισε σοβαρή ψυχική νόσο;	Ναι	33,9(5,9)	35 (30 - 38)	<0,001‡
	Όχι	30,6(6,5)	32,5 (27 - 35)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	29,3(8,1)	30 (25 - 35)	
Θα δεχόσασταν να παντρευτείτε κάποιον/α με σοβαρή ψυχική νόσο;	Ναι	34(5,1)	35 (30 - 38)	0,014‡
	Όχι	30,5(7,8)	31 (26 - 36)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	33,5(6,1)	34 (30 - 38)	
Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μια πολυκατοικία όπου έχετε βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για εσάς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα που έμενε ένας ψυχικά ασθενής;	Ναι	32,5(6,8)	34 (28 - 38)	0,392‡
	Όχι	30,6(7,3)	30 (26 - 35)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	31,4(7,7)	32 (27 - 37)	
Θα νοικιάζατε το σπίτι σας σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;	Ναι	33,4(6)	35 (29 - 38)	0,009‡
	Όχι	29,7(7)	30 (25 - 35,5)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	31,9(8)	33 (27 - 38)	
Θα προσλαμβάνετε κάποιο άτομο με ψυχική νόσο;	Ναι	34(5,9)	35 (31 - 38)	0,026‡
	Όχι	30,5(7,5)	31 (26 - 36)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	31,6(7,2)	33 (27 - 37)	
Θα σας αναστάτωνε ή ενοχλούσε να είστε στην ίδια δουλειά με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;	Ναι	29,4(6,5)	29 (23 - 34)	<0,001‡
	Όχι	34,6(5,7)	36 (31 - 38)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	28,4(7,5)	29 (24 - 33)	
Τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία αποτελούν ένα ξεπερασμένο μέσο για τη θεραπεία ατόμων με ψυχικές ασθένειες;	Δεν ξέρω	29,8(7,9)	31 (25 - 35)	0,001‡
	Συμφωνώ	31,8(6,6)	33 (27 - 37)	
	Διαφωνώ	34,8(6,1)	36 (32 - 39)	
Γνωρίζετε τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια;	Ναι	33(6,5)	34 (30 - 38)	0,008‡
	Όχι	29,9(6,1)	28 (26 - 36)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	29,7(9,1)	31 (25 - 36)	

‡Mann – Whitneytest+KruskalWallistest

Μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Σtereότυπα» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI), δηλαδή λιγότερο έντονες στιγματιστικές απόψεις σχετικά με τα στερεότυπα που επικρατούν για τα άτομα με ψυχική νόσο εμφανίζουν οι συμμετέχοντες που δεν θα ένιωθαν ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος/α στην οικογένειά τους έχει διαγνωσθεί με σοβαρή ψυχική νόσο καθώς και όσοι δεν θα φοβόντουσαν να πιάσουν κουβέντα με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή. Μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι, μεγαλύτερη βαθμολογία είχαν οι συμμετέχοντες που θα μπορούσαν να διατηρήσουν μία φίλια με κάποιον/α που στην πορεία της φιλίας τους εμφάνισε σοβαρή ψυχική νόσο συγκριτικά με εκείνους που δεν θα μπορούσαν ($p=0,016$) ή δεν ήταν σίγουροι αν μπορούν ($p<0,001$). Επιπλέον, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι, περισσότερο έντονες στιγματιστικές απόψεις σχετικά με τα στερεότυπα που επικρατούν για τα άτομα με ψυχική νόσο εμφανίζουν οι συμμετέχοντες που δεν θα δέχονταν να παντρευτούν κάποιον/α με σοβαρή ψυχική νόσο σε σχέση με εκείνους που δεν ήταν σίγουροι ($p=0,011$). Ακόμα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι, μεγαλύτερη βαθμολογία είχαν οι συμμετέχοντες που θα νοίκιαζαν το σπίτι τους σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο συγκριτικά με εκείνους που δεν θα το έκαναν ($p=0,002$) αλλά και εκείνοι που δεν θα τους ενοχλούσε να ήταν στην ίδια δουλειά με κάποιον/ που αντιμετώπιζε κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια συγκριτικά με εκείνους που είτε θα τους ενοχλούσε ($p<0,001$) είτε δεν ήταν σίγουροι αν θα τους ενοχλούσε ($p<0,001$). Τέλος, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι, λιγότερο έντονες στιγματιστικές απόψεις σχετικά με τα στερεότυπα που επικρατούν για τα άτομα με ψυχική νόσο εμφανίζουν οι συμμετέχοντες που διαφωνούσαν σχετικά με την άποψη ότι τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία αποτελούν ένα ξεπερασμένο μέσο για τη θεραπεία ατόμων με ψυχικές ασθένειες σε σχέση με τους συμμετέχοντες που είτε συμφωνούσαν ($p=0,007$) είτε δεν ήξεραν ($p<0,001$) αλλά και όσοι γνώριζαν τι είναι οι δομές επανένταξης(οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια συγκριτικά με όσους δεν γνώριζαν ($p=0,007$).

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Σtereότυπα» ανάλογα με το αν θα τους αναστάτωνε ή ενοχλούσε να ήταν στην ίδια δουλειά με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή.



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αισιοδοξία» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI) ανάλογα με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες.

	Διάσταση «Αισιοδοξία»		P
	Μέση τιμή	Διάμεσος	

		(SD)	(Ενδ. Εύρος)	
Φύλο	Άρρεν	16,7(5,6)	18 (13 - 21)	0,045+
	Θήλυ	18,5(4,6)	19 (16 - 22)	
Έτος σπουδών:	Β' ΕΞΑΜΗΝΟ	18,2(5)	19 (16 - 22)	0,749‡
	Δ' ΕΞΑΜΗΝΟ	17,7(5)	18 (15 - 22)	
	ΣΤ' ΕΞΑΜΗΝΟ	18(4,5)	19 (15 - 21)	
Καταγωγή	Χωριό-Κωμόπολη	17,9(5,3)	19 (16 - 22)	0,939+
	Πόλη	18,2(4,6)	19 (15 - 22)	
Είστε σε σχέση ή παντρεμένος;	Όχι	18,7(4,4)	19 (16 - 22)	0,224+
	Ναι	17,6(5,3)	19 (15 - 22)	
Διαμονή:	Μόνος/η	18,4(5,1)	19,5 (16 - 22)	0,465‡
	Με τους γονείς	18,2(4,1)	18 (16 - 21)	
	Άλλο (συγκάτοικο, σύντροφος, σύζυγος)	17,4(5,2)	19 (15,5 - 21)	
Οικογενειακή οικονομική κατάσταση:	Κάτω από 10.000 ευρώ το χρόνο	17(5,2)	18 (14 - 20)	0,108‡
	10.000 – 25.000 το χρόνο	18(5)	19 (16 - 22)	
	Πάνω από 25.000 το χρόνο	19(4,5)	20 (17 - 22)	
Γνωρίζεται κάποιο άτομο με ψυχική ασθένεια?	Ναι	18,3(4,9)	19 (16 - 22)	0,308+
	Όχι	17,7(4,9)	18 (15 - 21)	
Αν ναι, ποιά είναι η σχέση σας με τον ασθενή;	Συγγενής	18,9(4,6)	19,5 (16 - 23)	0,552‡
	Φίλος/η	18,3(4,8)	19 (17 - 22)	
	Γνωστός/η	17,7(5,2)	18 (16 - 21)	
Έχετε ιστορικό στην οικογένειά σας ατόμων διαγνωσμένων με ψυχική διαταραχή, ή άλλα ψυχολογικά προβλήματα	Ναι	18,9(4,7)	20 (16 - 22)	0,176+
	Όχι	17,8(5)	18 (15 - 22)	
Ζείτε με ένα άτομο που έχει μια ψυχική ασθένεια.	Ναι	18,8(2,9)	17,5 (17 - 22)	0,969+
	Όχι	18(5)	19 (16 - 22)	

‡Mann – Whitneytest+KruskalWallistest

Οι γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Αισιοδοξία» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI), δηλαδή ήταν περισσότερο αισιόδοξες αναφορικά με τα άτομα που αντιμετώπιζαν κάποιου είδους ψυχική νόσο.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αισιοδοξία» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI) ανάλογα με ερωτήσεις σχετικά με την αντιμετώπιση τους απέναντι σε άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή.

		Διάσταση «Αισιοδοξία»		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)	
Θα νιώθατε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος/α στην οικογένειά σας έχει διαγνωσθεί με σοβαρή ψυχική νόσο;	Όχι	18,9(4,4)	19 (17 - 22)	0,001+
	Ναι /Δεν είμαι σίγουρος/η	16,2(5,5)	17 (12 - 20)	
Θα φοβόσασταν να πιάσετε κουβέντα με κάποιον/α σοβαρά	Όχι	18,3(5)	19 (16 - 22)	0,108+
	Ναι /Δεν είμαι σίγουρος/η	17,4(4,7)	18 (15 - 21)	

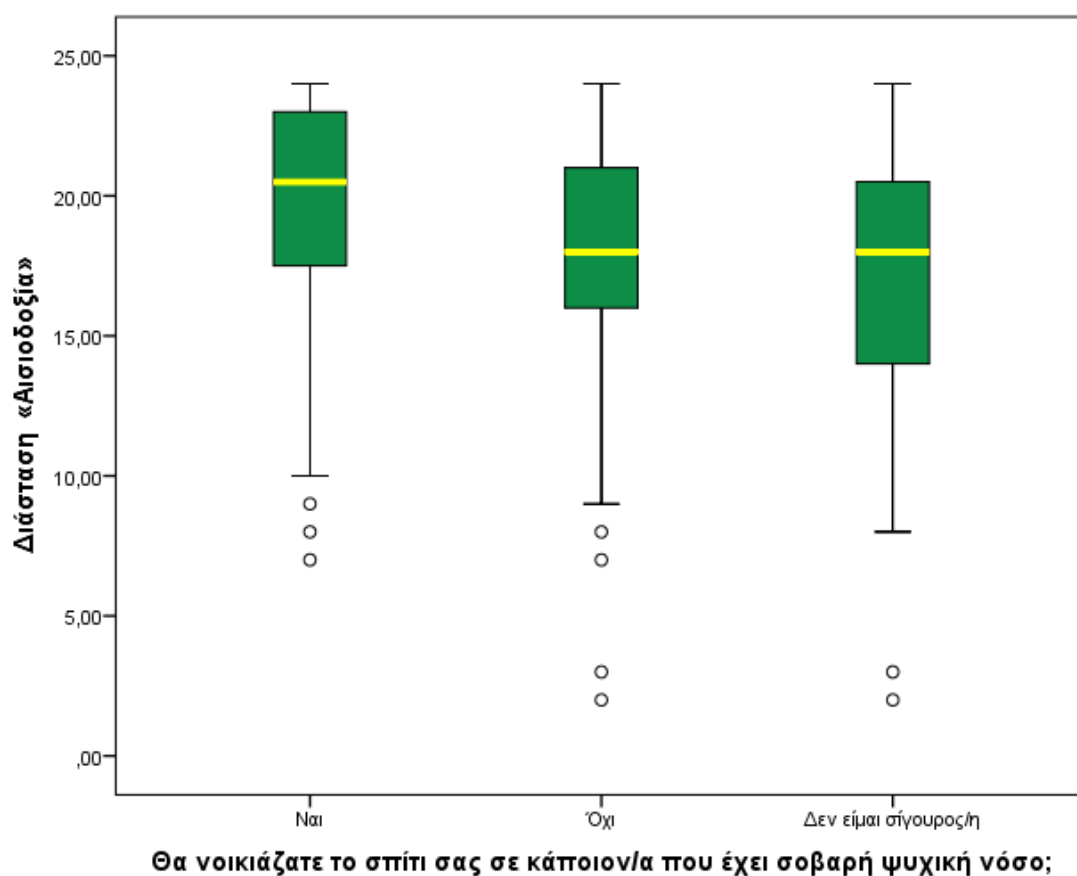
ψυχικά ασθενή;				
Θα μπορούσατε να διατηρήσετε μία φιλία με κάποιον/α που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνισε σοβαρή ψυχική νόσο;	Ναι	19,5(4)	20 (17 - 23)	<0,001‡
	Όχι	17,9(4,6)	18 (17 - 21)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	15,7(5,6)	16 (12 - 20)	
Θα δεχόσασταν να παντρευτείτε κάποιον/α με σοβαρή ψυχική νόσο;	Ναι	20(3,3)	21 (18 - 23)	0,098‡
	Όχι	17,6(5,1)	18 (15 - 21)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	18(5)	19 (16 - 22)	
Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μια πολυκατοικία όπου έχετε βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για εσάς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα που έμενε ένας ψυχικά ασθενής;	Ναι	18,4(4,9)	19 (16 - 23)	0,192‡
	Όχι	18,6(3,1)	18 (17 - 20)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	16,9(5,3)	18 (13 - 21)	
Θα νοικιάζατε το σπίτι σας σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;	Ναι	19,7(4)	20,5 (17,5 - 23)	<0,001‡
	Όχι	16,9(5,2)	18 (16 - 21)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	16,9(5,1)	18 (14 - 21)	
Θα προσλαμβάνετε κάποιο άτομο με ψυχική νόσο;	Ναι	20,1(3,3)	20 (18 - 23)	0,001‡
	Όχι	17,8(4,9)	18 (15 - 22)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	16,8(5,4)	18 (14 - 21)	
Θα σας αναστάτωνε ή ενοχλούσε να είστε στην ίδια δουλειά με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;	Ναι	18(4,4)	19 (16 - 21)	0,001‡
	Όχι	19,2(4,3)	20 (17 - 23)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	16,2(5,5)	17 (13 - 20)	
Τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία αποτελούν ένα ξεπερασμένο μέσο για τη θεραπεία ατόμων με ψυχικές ασθένειες;	Δεν ξέρω	16,3(6,1)	17 (12 - 21)	0,072‡
	Συμφωνώ	18,8(4)	19 (17 - 22)	
	Διαφωνώ	18,4(4,9)	19 (15 - 23)	
Γνωρίζετε τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια;	Ναι	18,7(4,4)	19 (17 - 22)	0,026‡
	Όχι	17,7(4,6)	17,5 (15 - 21)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	15,8(6,2)	17 (10 - 21)	

‡Mann – Whitneytest+KruskalWallistest

Περισσότερο αισιόδοξοι σχετικά με τα άτομα που αντιμετώπιζαν κάποια ψυχική νόσο, δηλαδή μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Αισιοδοξία» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI) είχαν και οι συμμετέχοντες που δεν θα ένιωθαν ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος/α στην οικογένειά τους έχει διαγνωσθεί με σοβαρή ψυχική νόσο συγκριτικά με εκείνους που θα ένιωθαν ή δεν θα ήταν σίγουροι. Μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι, μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Αισιοδοξία» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI) είχαν οι συμμετέχοντες που θα μπορούσαν να διατηρήσουν μία φιλία με κάποιον/α που στην πορεία της φιλίας τους εμφάνισε σοβαρή ψυχική νόσο συγκριτικά με εκείνους που δεν ήταν σίγουροι αν μπορούν ($p<0,001$). Ακόμα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι, μεγαλύτερη βαθμολογία είχαν οι συμμετέχοντες που θα νοίκιαζαν το σπίτι τους σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο συγκριτικά με εκείνους που είτε δεν θα το έκαναν ($p=0,001$) είτε δεν ήταν σίγουροι αν θα το έκαναν ($p=0,001$), αλλά και όσοι θα προσλάμβαναν κάποιο άτομο με ψυχική διαταραχή συγκριτικά με εκείνους που είτε δεν θα προσλάμβαναν ($p=0,006$) είτε δεν ήταν σίγουροι ($p<0,001$). Επίσης, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι, μεγαλύτερη βαθμολογία είχαν οι συμμετέχοντες που δεν θα τους ενοχλούσε να ήταν στην ίδια δουλειά με κάποιον/ που αντιμετώπιζε κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια συγκριτικά με εκείνους που δεν ήταν σίγουροι αν θα τους ενοχλούσε ($p<0,001$). Τέλος, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι,

περισσότερο αισιόδοξοι σχετικά με τα άτομα που αντιμετώπιζαν κάποια ψυχική νόσο ήταν οι συμμετέχοντες που γνώριζαν τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια συγκριτικά με όσους δεν ήταν σίγουροι αν γνώριζαν ($p=0,012$).

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αισιοδοξία» ανάλογα με το αν θα νοίκιαζαν το σπίτι τους σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο.



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εξωτερίκευση» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI) ανάλογα με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες.

		Διάσταση «Εξωτερίκευση»		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)	
Φύλο	Άρρεν	20(3,9)	21 (19 - 22)	0,552+
	Θήλυ	20,6(2,4)	21 (19 - 22)	
Έτος σπουδών:	Β' ΕΞΑΜΗΝΟ	20,7(3)	21 (20 - 22)	0,296‡
	Δ' ΕΞΑΜΗΝΟ	20(3)	21 (19 - 22)	
	ΣΤ' ΕΞΑΜΗΝΟ	20,4(2,3)	21 (19 - 22)	
Καταγωγή	Χωριό-Κωμόπολη	20,2(3,2)	21 (19 - 22)	0,822+
	Πόλη	20,6(2,6)	21 (19 - 22)	
Είστε σε σχέση ή παντρεμένος;	Όχι	20,5(3)	21 (20 - 22)	0,750+
	Ναι	20,5(2,7)	21 (19 - 22)	
Διαμονή:	Μόνος/η	20,3(3)	21 (19 - 22)	0,807‡
	Με τους γονείς	20,8(2,6)	21 (19 - 22)	
	Άλλο (συγκάτοικο, σύντροφος, σύζυγος)	20,4(2,9)	21 (19 - 22)	
Οικογενειακή οικονομική κατάσταση:	Κάτω από 10.000 ευρώ το χρόνο	20(2,7)	21 (19 - 22)	0,134‡
	10.000 – 25.000 το χρόνο	20,6(3,2)	22 (20 - 22)	
	Πάνω από 25.000 το χρόνο	20,6(2,3)	21 (19 - 22)	
Γνωρίζεται κάποιο άτομο με ψυχική ασθένεια?	Ναι	20,4(2,9)	21 (19 - 22)	0,617+
	Όχι	20,7(2,7)	21 (19 - 22)	
Αν ναι, ποιά είναι η σχέση σας με τον ασθενή;	Συγγενής	20,4(2,6)	21 (19 - 22)	0,964‡
	Φίλος/η	20,3(3,1)	21 (19 - 22)	
	Γνωστός/η	20,3(3,2)	21 (19 - 22)	
Έχετε ιστορικό στην οικογένειά σας ατόμων διαγνωσμένων με ψυχική διαταραχή, ή άλλα ψυχολογικά προβλήματα	Ναι	20,9(2,6)	22 (20 - 22)	0,294+
	Όχι	20,3(2,9)	21 (19 - 22)	
Ζείτε με ένα άτομο που έχει μια ψυχική ασθένεια.	Ναι	19(1,8)	18,5 (18 - 20)	0,051+
	Όχι	20,5(2,9)	21 (19 - 22)	

‡Mann – Whitney test + Kruskal Wallis test

Δεν βρέθηκε κάποια διαφορά ανάμεσα στη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εξωτερίκευση» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI) και τους δημογραφικούς παράγοντες.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εξωτερίκευση» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI) ανάλογα με ερωτήσεις σχετικά με την αντιμετώπιση τους απέναντι σε άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή.

	Διάσταση «Εξωτερίκευση»	P
--	-------------------------	---

		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)	
Θα νιώθατε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος/α στην οικογένειά σας έχει διαγνωσθεί με σοβαρή ψυχική νόσο;	Όχι	20,3(2,8)	21 (19 - 22)	0,062+
	Ναι /Δεν είμαι σίγουρος/η	20,8(3)	22 (20 - 22)	
Θα φοβόσασταν να πιάσετε κουβέντα με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;	Όχι	20,3(2,9)	21 (19 - 22)	0,071+
	Ναι /Δεν είμαι σίγουρος/η	20,9(2,9)	22 (19 - 23)	
Θα μπορούσατε να διατηρήσετε μία φίλια με κάποιον/α που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνισε σοβαρή ψυχική νόσο;	Ναι	20,8(2,4)	22 (20 - 22)	0,315‡
	Όχι	20,1(3,2)	20 (19 - 22)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	20,1(3,4)	21 (19 - 22)	
Θα δεχόσασταν να παντρευτείτε κάποιον/α με σοβαρή ψυχική νόσο;	Ναι	20,1(1,9)	20 (19 - 22)	0,001‡
	Όχι	21(2,8)	22 (20 - 22)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	19,7(3,1)	20 (18 - 22)	
Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μια πολυκατοικία όπου έχετε βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για εσάς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα που έμενε ένας ψυχικά ασθενής;	Ναι	20,6(2,7)	21 (19 - 22)	0,407‡
	Όχι	20,9(2,2)	22 (20 - 22)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	20(3,4)	21 (19 - 22)	
Θα νοικιάζατε το σπίτι σας σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;	Ναι	20,7(2,4)	22 (19 - 22)	0,087‡
	Όχι	20,9(2,8)	22 (20 - 23)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	19,9(3,3)	21 (19 - 22)	
Θα προσλαμβάνετε κάποιο άτομο με ψυχική νόσο;	Ναι	20,8(1,9)	21 (20 - 22)	0,024‡
	Όχι	21,1(2,3)	22 (20 - 22)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	19,7(3,6)	21 (18 - 22)	
Θα σας αναστάτωνε ή ενοχλούσε να είστε στην ίδια δουλειά με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;	Ναι	20,4(3,3)	21 (19 - 22)	0,495‡
	Όχι	20,4(2,7)	21 (19 - 22)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	20,6(3,1)	22 (19 - 22)	
Τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία αποτελούν ένα ξεπερασμένο μέσο για τη θεραπεία ατόμων με ψυχικές ασθένειες;	Δεν ξέρω	20,2(3,1)	21 (18 - 22)	0,493‡
	Συμφωνώ	20,8(2,5)	21 (19 - 22)	
	Διαφωνώ	20,1(3,3)	21 (19 - 22)	
Γνωρίζετε τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια;	Ναι	20,5(2,6)	21 (19 - 22)	0,170‡
	Όχι	21,2(2,6)	22 (20 - 23)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	19,7(3,8)	21 (18 - 22)	

‡Mann – Whitneytest+KruskalWallistest

Μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι, μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Εξωτερίκευση» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI) εμφανίζουν οι συμμετέχοντες που δεν θα δέχονταν να παντρευτούν κάποιον/α με σοβαρή ψυχική νόσο σε σχέση με εκείνους που είτε δεν ήταν σίγουροι ($p=0,002$), είτε θα δέχονταν ($p=0,009$). Ακόμα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι, μεγαλύτερη βαθμολογία είχαν οι συμμετέχοντες που δεν θα προσλάμβαναν κάποιο άτομο με ψυχική νόσο συγκριτικά με εκείνους που δεν ήταν σίγουροι αν θα το έκαναν ($p=0,008$).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κατανόηση» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI) ανάλογα με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες.

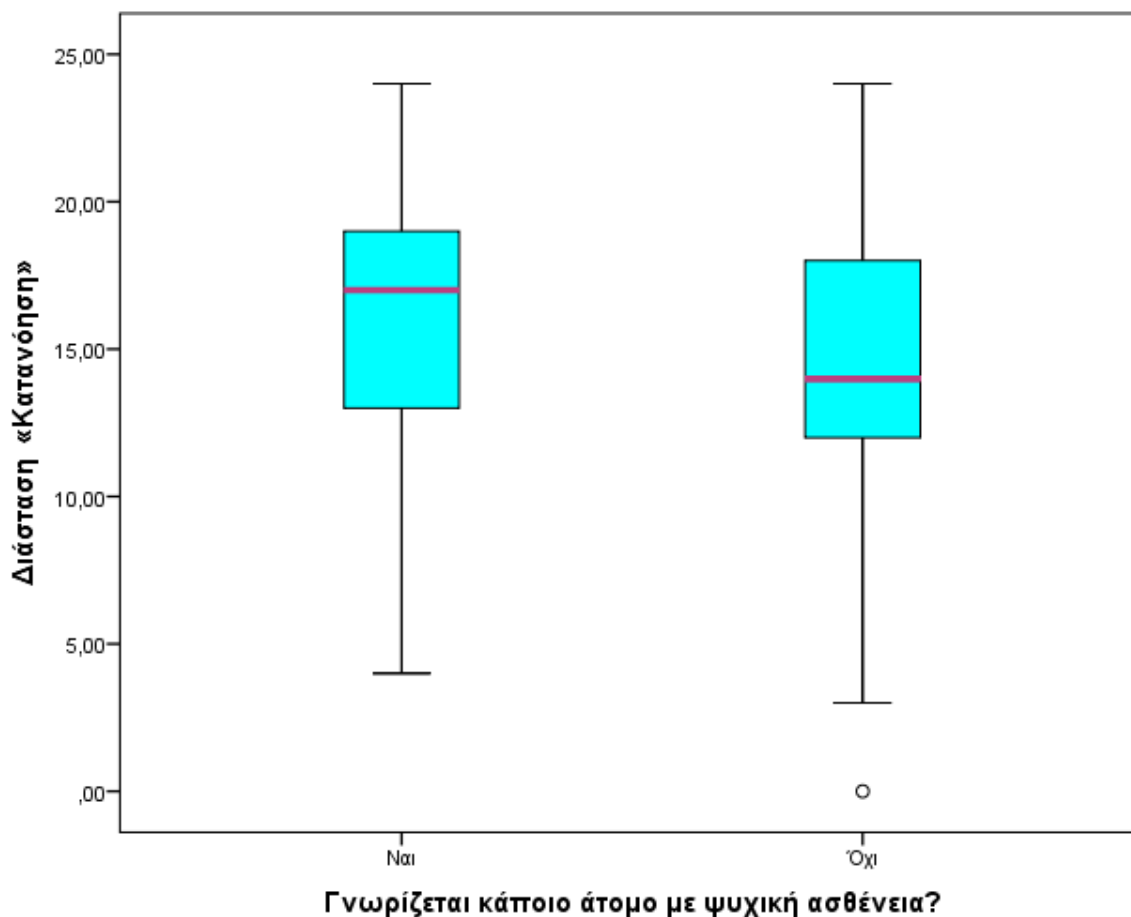
		Διάσταση «Κατανόηση»		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)	
Φύλο	Άρρεν	14,5(5,1)	15,5 (12 - 17,5)	

	Θήλυ	15,8(5,1)	16 (13 - 19)	0,104+
Έτος σπουδών:	Β' ΕΞΑΜΗΝΟ	15,2(5,6)	16 (12 - 19)	0,308‡
	Δ' ΕΞΑΜΗΝΟ	15,1(4,9)	16 (13 - 18)	
	ΣΤ' ΕΞΑΜΗΝΟ	16,7(3,8)	17 (13 - 19)	
Καταγωγή	Χωριό-Κωμόπολη	15,8(5,4)	16 (12 - 19)	0,325+
	Πόλη	15,3(4,9)	16 (12 - 18)	
Είστε σε σχέση ή παντρεμένος;	Όχι	15,6(5,3)	16 (13 - 19)	0,724+
	Ναι	15,4(5,1)	16 (12 - 19)	
Διαμονή:	Μόνος/η	15,4(5,7)	16 (13 - 19)	0,726‡
	Με τους γονείς	15,4(4,2)	16 (12 - 18)	
	Άλλο (συγκάτοικο, σύντροφος, σύζυγος)	15,8(5)	16 (12 - 19)	
Οικογενειακή οικονομική κατάσταση:	Κάτω από 10.000 ευρώ το χρόνο	15,3(6,1)	16 (10 - 21)	0,952‡
	10.000 – 25.000 το χρόνο	15,4(5,3)	16 (13 - 19)	
	Πάνω από 25.000 το χρόνο	15,7(4,1)	16 (13 - 18)	
Γνωρίζεται κάποιο άτομο με ψυχική ασθένεια?	Ναι	16(4,9)	17 (13 - 19)	0,035+
	Όχι	14,5(5,5)	14 (12 - 18)	
Αν ναι, ποιά είναι η σχέση σας με τον ασθενή;	Συγγενής	15,8(5,3)	16,5 (12 - 19)	0,708‡
	Φίλος/η	16,7(4,1)	17 (15 - 19)	
	Γνωστός/η	15,9(4,9)	16,5 (12 - 19)	
Έχετε ιστορικό στην οικογένειά σας ατόμων διαγνωσμένων με ψυχική διαταραχή, ή άλλα ψυχολογικά προβλήματα	Ναι	14,9(5)	15 (12 - 18)	0,326‡
	Όχι	15,6(5,2)	16 (12 - 19)	
Ζείτε με ένα άτομο που έχει μια ψυχική ασθένεια.	Ναι	17(1,1)	17 (17 - 18)	0,449+
	Όχι	15,4(5,2)	16 (12 - 19)	

‡Mann – Whitneytest+KruskalWallistest

Οι συμμετέχοντες που γνώριζαν κάποιο άτομο με ψυχική ασθένεια είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Κατανόηση» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI), δηλαδή ήταν περισσότερο κατανοητικοί σε σχέση με εκείνους που δεν γνώριζαν.

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κατανόηση» ανάλογα με το αν γνώριζαν κάποιο άτομο με σοβαρή ψυχική νόσο.



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κατανόηση» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI) ανάλογα με ερωτήσεις σχετικά με την αντιμετώπιση τους απέναντι σε άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή.

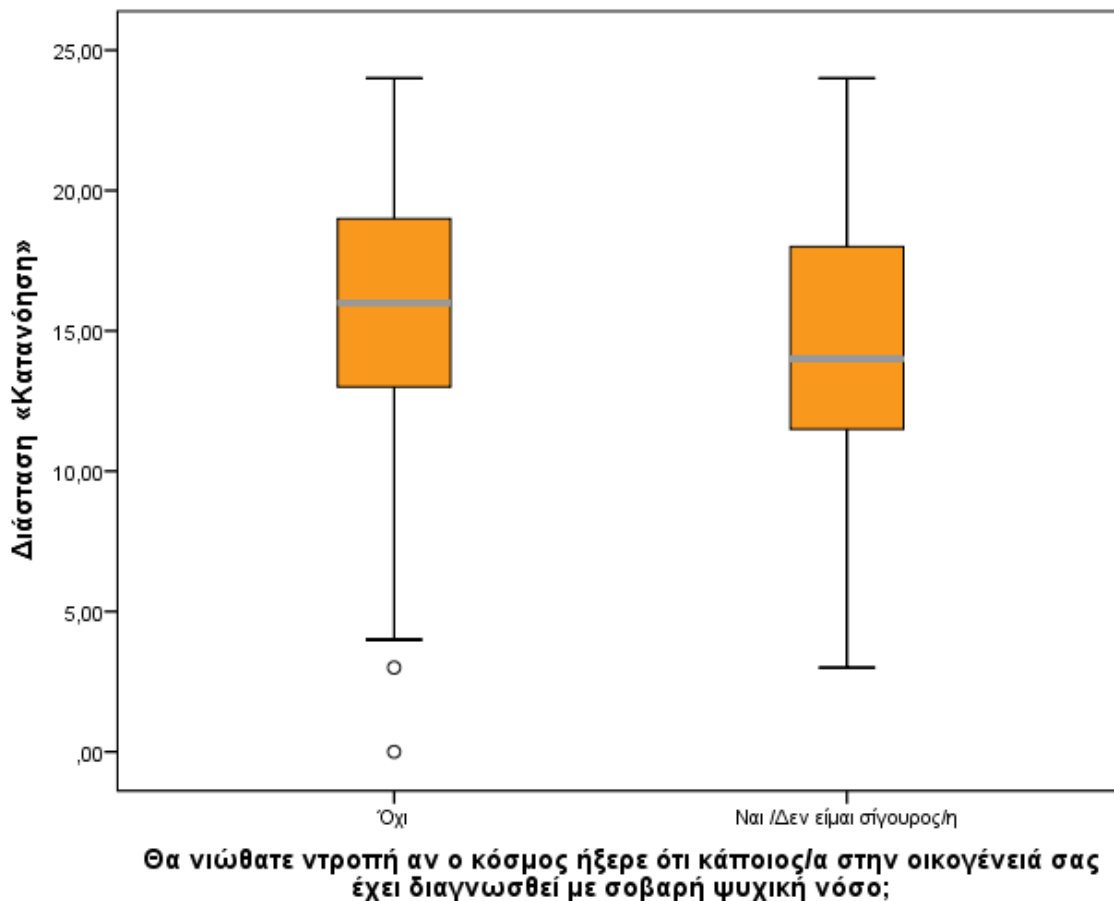
		Διάσταση «Κατανόηση»		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)	
Θα νιώθατε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος/α στην οικογένειά σας έχει διαγνωσθεί με σοβαρή ψυχική νόσο;	Όχι	16(5,2)	16 (13 - 19)	0,017+
	Ναι / Δεν είμαι σίγουρος/η	14,3(4,9)	14 (11,5 - 18)	
Θα φοβόσασταν να πιάσετε κουβέντα με	Όχι	15,6(5,4)	16 (13 - 19)	0,376+

κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;	Ναι /Δεν είμαι σίγουρος/η	15,1(4,3)	16 (12 -18)	
Θα μπορούσατε να διατηρήσετε μία φιλία με κάποιον/α που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνισε σοβαρή ψυχική νόσο;	Ναι	15,6(4,8)	16 (13 - 18)	0,195‡
	Όχι	16,9(4,9)	18 (14 - 21)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	14,7(5,7)	16 (11 - 19)	
Θα δεχόσασταν να παντρευτείτε κάποιον/α με σοβαρή ψυχική νόσο;	Ναι	17,2(4,6)	18 (14 - 21)	0,063‡
	Όχι	14,9(4,6)	15 (12 - 18)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	15,7(5,9)	17 (12 - 20)	
Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μια πολυκατοικία όπου έχετε βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για εσάς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα που έμενε ένας ψυχικά ασθενής	Ναι	15,4(4,9)	16 (12 - 19)	0,436‡
	Όχι	16,7(5,9)	16 (14 - 21)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	15,1(5,3)	16 (12 - 18)	
Θα νοικιάζατε το σπίτι σας σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;	Ναι	16,2(4,9)	17 (13 - 19,5)	0,178‡
	Όχι	15,1(4,7)	15,5 (12,5 - 18)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	14,8(5,7)	16 (11 - 18)	
Θα προσλαμβάνετε κάποιο άτομο με ψυχική νόσο;	Ναι	16,4(5,5)	17 (14 - 21)	0,140‡
	Όχι	15,1(4,4)	15 (12 - 18)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	15(5,3)	16 (12 - 19)	
Θα σας αναστάτωνε ή ενοχλούσε να είστε στην ίδια δουλειά με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;	Ναι	15,2(4,2)	15 (13 - 18)	0,190‡
	Όχι	15,8(5,4)	17 (13 - 19)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	15(5)	14 (12 - 19)	
Τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία αποτελούν ένα ξεπερασμένο μέσο για τη θεραπεία ατόμων με ψυχικές ασθένειες?	Δεν ξέρω	14,5(5,9)	15 (9 - 18)	0,182‡
	Συμφωνώ	15,5(4,6)	16 (13 - 19)	
	Διαφωνώ	16,5(5,1)	16 (13 - 20)	
Γνωρίζετε τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια;	Ναι	15,9(5,2)	16 (13 - 19)	0,016‡
	Όχι	13(4,6)	14 (10 - 16)	
	Δεν είμαι σίγουρος/η	15,7(5)	17 (12 - 19)	

‡Mann – Whitneytest+KruskalWallistest

Μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Κατανόηση» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI), δηλαδή περισσότερη κατανόηση, είχαν οι συμμετέχοντες που δεν ένιωθαν ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος/α στην οικογένειά τους έχει διαγνωσθεί με σοβαρή ψυχική νόσο σε σχέση με όσους θα ένιωθαν ή δεν ήταν σίγουροι αν θα ένιωθαν. Ακόμα μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι, οι συμμετέχοντες που γνώριζαν τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία, έδειχνα δηλαδή περισσότερο κατανόηση απέναντι σε άτομα που αντιμετώπιζαν ψυχική νόσο, σε σχέση με τους συμμετέχοντες που δεν γνώριζαν ($p=0,004$).

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κατανόηση» ανάλογα με το αν θα ένιωθαν ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος/α στην οικογένειά τους έχει διαγνωσθεί με σοβαρή ψυχική νόσο.



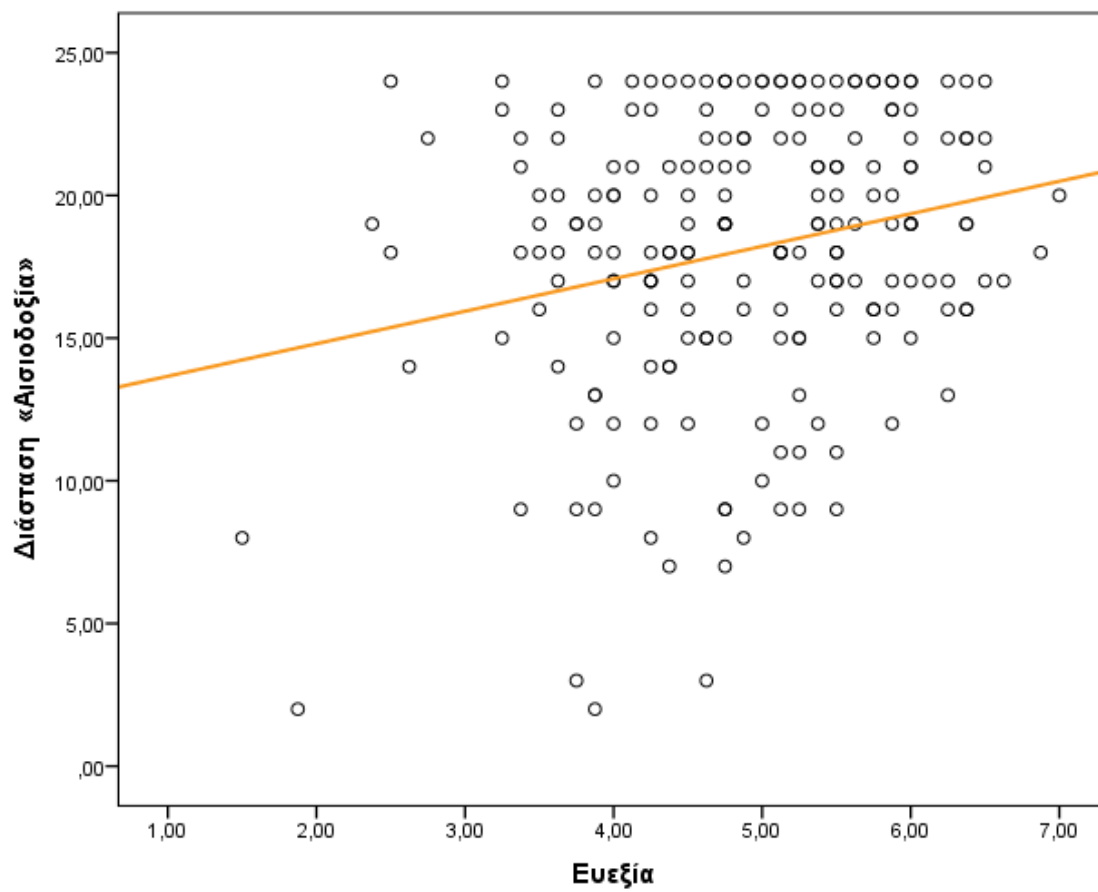
Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman (ρ) μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI), και της ηλικίας, των διαστάσεων και της συνολικής κλίμακας συναισθηματικής νοημοσύνης (TEIQue-SF) αλλά και των διαστάσεων της κλίμακας του μοντέλου των «Μεγάλων Πέντε Παραγόντων» (BFI).

		Κλίμακα στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI)			
		«Στερεότυπα»	«Αισιοδοξία»	«Εξωτερίκευση»	«Κατανόηση»
Ηλικία	ρ	0,16	-0,03	-0,08	0,01
	P	0,023	0,659	0,283	0,919
Κλίμακα συναισθηματικής νοημοσύνης (TEIQue-SF)					
Ενεξία	ρ	0,10	0,18	0,16	0,04
	P	0,135	0,008	0,020	0,557
Αυτοέλεγχος	ρ	0,07	0,03	0,10	-0,07

	P	0,307	0,635	0,160	0,349
<i>Συναισθηματικότητα</i>	rho	-0,06	0,10	0,14	-0,10
	P	0,376	0,154	0,053	0,167
<i>Κοινωνικότητα</i>	rho	0,09	0,16	0,19	0,11
	P	0,188	0,023	0,006	0,109
<i>Συνολική βαθμολογία συναισθηματικής νοημοσύνης</i>	rho	0,07	0,14	0,16	0,001
	P	0,344	0,040	0,019	0,953
Διαστάσεις κλίμακας του μοντέλου των «Μεγάλων Πέντε Παραγόντων» (BFI).					
<i>Εξωστρέφεια</i>	rho	-0,10	0,001	0,001	0,02
	P	0,157	0,988	0,959	0,724
<i>Προσήνεια</i>	rho	-0,06	0,03	-0,07	-0,10
	P	0,424	0,700	0,307	0,155
<i>Ευσυνειδησία</i>	rho	0,06	-0,07	-0,11	0,10
	P	0,404	0,351	0,122	0,167
<i>Νευρωτισμός</i>	rho	0,001	0,03	0,04	-0,08
	P	0,993	0,687	0,598	0,261
<i>Δεκτικότητα στις εμπειρίες</i>	rho	-0,04	0,03	-0,03	-0,13
	P	0,587	0,721	0,638	0,066

Η ηλικία βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με τη βαθμολογία της διάστασης «Στερεότυπα» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI). Ειδικότερα, όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία των συμμετεχόντων τόσο λιγότερα στερεότυπα εμφάνιζαν για τα άτομα με ψυχική νόσο. Ακόμα οι διαστάσεις «Αισιοδοξία» και «Εξωτερίκευση» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI) βρεθήκαν να συσχετίζονται θετικά με τις διαστάσεις «Ενεξία» και «Κοινωνικότητα» αλλά και με τη βαθμολογία της συνολικής κλίμακας συναισθηματικής νοημοσύνης (TEIQue-SF). Πιο αναλυτικά, όσο περισσότερη αισιοδοξία ένιωθαν οι συμμετέχοντες για τα άτομα με ψυχική νόσο αλλά και όσο περισσότερο πίστευαν ότι πρέπει να εξωτερικεύεται η κατάσταση τους τόσο εντονότερη ήταν η συναισθηματική τους νοημοσύνη.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας της διάστασης «Αισιοδοξία» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI) με τη βαθμολογία της διάστασης «Ενεξία» της κλίμακας συναισθηματικής νοημοσύνης (TEIQue-SF).



Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες των διαστάσεων της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI) και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, ερωτήσεις σχετικά με τη ψυχική νόσο, τις διαστάσεις και τη συνολική κλίμακα συναισθηματικής νοημοσύνης (TEIQue-SF) αλλά και τις διαστάσεις της κλίμακας του μοντέλου των «Μεγάλων Πέντε Παραγόντων» (BFI). Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης - αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στους ακόλουθους πίνακες.

Στον επόμενο πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης που σαν εξαρτημένη μεταβλητή έχει τη διάσταση «Στερεότυπα».

	β+	SE++	P
Θα νιώθατε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος/α στην οικογένειά σας έχει διαγνωσθεί με σοβαρή ψυχική νόσο;			
<i>Όχι(αναφορά)</i>			
<i>Ναι /Δεν είμαι σίγουρος/η</i>	-0,12	0,04	0,003
Θα μπορούσατε να διατηρήσετε μία φίλια με κάποιον/α που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνισε σοβαρή ψυχική νόσο;			
<i>Ναι(αναφορά)</i>			
<i>Όχι</i>	-0,10	0,05	0,041
<i>Δεν είμαι σίγουρος/η</i>	-0,11	0,04	0,005
Θα σας αναστάτωνε ή ενοχλούσε να είστε στην ίδια δουλειά με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;			
<i>Ναι (αναφορά)</i>			
<i>Όχι</i>	0,15	0,05	0,006
<i>Δεν είμαι σίγουρος/η</i>	-0,01	0,06	0,863
Τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία αποτελούν ένα ξεπερασμένο μέσο για τη θεραπεία ατόμων με ψυχικές ασθένειες?			
<i>Δεν ξέρω(αναφορά)</i>			
<i>Συμφωνώ</i>	0,04	0,04	0,369
<i>Διαφωνώ</i>	0,12	0,05	0,020
Γνωρίζετε τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια;			
<i>Ναι(αναφορά)</i>			
<i>Όχι</i>	-0,02	0,05	0,656
<i>Δεν είμαι σίγουρος/η</i>	-0,10	0,05	0,033

+ συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

Το αν οι συμμετέχοντες θα ένιωθαν ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος/α στην οικογένειά τους έχει διαγνωσθεί με σοβαρή ψυχική νόσο, το αν θα μπορούσαν να διατηρήσουν μία φίλια με κάποιον/α που στην πορεία της φιλίας τους εμφάνισε σοβαρή ψυχική νόσο, το αν θα τους αναστάτωνε ή ενοχλούσε να είναι στην ίδια δουλειά με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή, το αν θεωρούσαν οι συμμετέχοντες ότι τα με μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία αποτελούν ένα ξεπερασμένο μέσο για τη θεραπεία ατόμων με ψυχικές ασθένειες αλλά και το αν γνώριζαν τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια βρεθήκαν να συσχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της διάστασης «Στερεότυπα» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI). Πιο αναλυτικά:

- Όσοι από τους συμμετέχοντες θα ένιωθαν ντροπή ή δεν ήταν σίγουροι αν θα ένιωθαν, αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος/α στην οικογένειά τους έχει διαγνωσθεί με σοβαρή ψυχική νόσο είχαν λιγότερη βαθμολογία στη

διάσταση «Στερεότυπα», δηλαδή εντονότερες στερεοτυπικές απόψεις για τα άτομα με ψυχική διαταραχή συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που δεν θα ένιωθαν ντροπή.

- Όσοι από τους συμμετέχοντες δεν θα μπορούσαν να διατηρήσουν μία φιλία με κάποιον/α που στην πορεία της φιλίας τους εμφάνισε σοβαρή ψυχική νόσο ή δεν ήταν σίγουροι αν θα μπορούσαν είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Στερεότυπα» συγκριτικά με εκείνους που θα μπορούσαν.
- Οι συμμετέχοντες που δεν θα τους αναστάτωνε ή ενοχλούσε να είναι στην ίδια δουλειά με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή παρουσίαζαν λιγότερες στερεοτυπικές αντιλήψεις συγκριτικά με όσους θα τους ενοχλούσε ή θα τους αναστάτωνε κάτι τέτοιο.
- Οι συμμετέχοντες που διαφωνούσαν σχετικά με το ότι τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία αποτελούν ένα ξεπερασμένο μέσο για τη θεραπεία ατόμων με ψυχικές ασθένειες σε σχέση με εκείνους που δεν ήξεραν είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Στερεότυπα».
- Οι συμμετέχοντες που δεν ήταν σίγουροι αν γνώριζαν τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια εμφάνιζαν εντονότερες στερεοτυπικές αντιλήψεις συγκριτικά με εκείνους που γνώριζαν.

Στον επόμενο πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης που σαν εξαρτημένη μεταβλητή έχει τη διάσταση «Αισιοδοξία».

	β^+	SE+	P
		+	
Φύλο			
Άρρεν(αναφορά)			
Θήλυ	0,13	0,05	0,01
		1	
Θα μπορούσατε να διατηρήσετε μία φιλία με κάποιον/α που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνισε σοβαρή ψυχική νόσο;			

<i>Ναι (αναφορά)</i>			
<i>Όχι</i>	-0,09	0,06	0,15 3
<i>Δεν είμαι σίγουρος/η</i>	-0,19	0,05	<0,0 01
Θα σας αναστάτωνε ή ενοχλούσε να είστε στην ίδια δουλειά με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;			
<i>Ναι (αναφορά)</i>			
<i>Όχι</i>	0,14	0,07	0,04 3
<i>Δεν είμαι σίγουρος/η</i>	-0,08	0,07	0,29 5
Γνωρίζετε τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια;			
<i>Ναι (αναφορά)</i>			
<i>Όχι</i>	-0,06	0,06	0,35 4
<i>Δεν είμαι σίγουρος/η</i>	-0,16	0,06	0,00 7
Ευεξία	0,08	0,02	<0,0 01

⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

Το φύλο των συμμετεχόντων, το αν θα μπορούσαν να διατηρήσουν μία φιλία με κάποιον/α που στην πορεία της φιλίας τους εμφάνισε σοβαρή ψυχική νόσο, το αν θα τους αναστάτωνε ή ενοχλούσε να είναι στην ίδια δουλειά με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή, το αν γνώριζαν τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια αλλά και η βαθμολογία της διάστασης «Ευεξία» της κλίμακα συναισθηματικής νοημοσύνης (TEIQue-SF) βρεθήκαν να συσχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της διάστασης «Αισιοδοξία» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI). Πιο αναλυτικά:

- Οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Αισιοδοξία», δηλαδή ήταν περισσότερο αισιόδοξες σε σχέση με τους άντρες.
- Όσοι από τους συμμετέχοντες δεν ήταν σίγουροι αν θα μπορούσαν να διατηρήσουν μια φιλία με κάποιον/α που στην πορεία της φιλίας τους εμφάνισε σοβαρή ψυχική νόσο είχαν μικρότερη βαθμολογία στη διάσταση «Αισιοδοξία» συγκριτικά με εκείνους που θα μπορούσαν.
- Οι συμμετέχοντες που δεν θα τους αναστάτωνε ή ενοχλούσε να είναι στην ίδια δουλειά με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή ήταν περισσότερο αισιόδοξοι ως προς τα άτομα με ψυχική νόσο συγκριτικά με όσους θα τους ενοχλούσε ή θα τους αναστάτωνε κάτι τέτοιο.

- Οι συμμετέχοντες που δεν ήταν σίγουροι αν γνώριζαν τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια είχαν μικρότερη βαθμολογία συγκριτικά με εκείνους που γνώριζαν.
- Υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Ευεξία» της κλίμακα συναισθηματικής νοημοσύνης (TEIQue-SF) σχετίζονταν με σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Αισιοδοξία».

Στον επόμενο πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης που σαν εξαρτημένη μεταβλητή έχει τη διάσταση «Εξωτερίκευση».

	$\beta+$	SE+ +	P
Θα προσλάβετε κάποιο άτομο με ψυχική νόσο;			
<i>Ναι (αναφορά)</i>			
<i>Όχι</i>	0,001	0,03	0,877
<i>Δεν είμαι σίγουρος/η</i>	-0,06	0,03	0,015
Κοινωνικότητα	0,02	0,01	0,015

⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

Το αν οι συμμετέχοντες θα προσλάμβαναν κάποιο άτομο με ψυχική νόσο αλλά και η βαθμολογία της διάστασης «Κοινωνικότητα» της κλίμακα συναισθηματικής νοημοσύνης (TEIQue-SF) βρέθηκαν να συσχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της διάστασης «Εξωτερίκευση» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI). Πιο συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες που δεν ήταν σίγουροι αν θα προσλάμβαναν κάποιο άτομο με ψυχική νόσο είχαν μικρότερη βαθμολογία συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που θα το προσλάμβαναν.
- Υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικότητα» της κλίμακα συναισθηματικής νοημοσύνης (TEIQue-SF) σχετίζονταν με σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Εξωτερίκευση».

Στον επόμενο πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης που σαν εξαρτημένη μεταβλητή έχει τη διάσταση «Κατανόηση».

	$\beta+$	SE+ +	P
Γνωρίζεται κάποιο άτομο με ψυχική ασθένεια?			
<i>Ναι(αναφορά)</i>			
<i>Όχι</i>	-0,13	0,06	0,027
Γνωρίζετε τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια;			
<i>Ναι(αναφορά)</i>			
<i>Όχι</i>	-0,18	0,08	0,026
<i>Δεν είμαι σίγουρος/η</i>	0,02	0,08	0,826

⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

Το αν γνώριζαν οι συμμετέχοντες κάποιο άτομο με ψυχική ασθένεια αλλά και το αν γνώριζαν τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια βρεθήκαν να συσχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της διάστασης «Κατανόηση» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI). Πιο αναλυτικά:

- Οι συμμετέχοντες που δεν γνώριζαν κάποιο άτομο με ψυχική ασθένεια σε σχέση με εκείνους που γνώριζαν είχαν μικρότερη βαθμολογία στη διάσταση «Κατανόηση», δηλαδή είχαν λιγότερη κατανόηση ως προς τα άτομα με ψυχική νόσο.
- Οι συμμετέχοντες που δεν γνώριζαν τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια είχαν λιγότερη κατανόηση σε ότι είχε να κάνει με άτομα που αντιμετώπιζαν κάποια ψυχική νόσο συγκριτικά με εκείνους που γνώριζαν.

Συσχέτιση διαστάσεων και συνολικών κλιμάκων μεταξύ τους.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman (ρ) μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις και στη συνολική κλίμακα συναισθηματικής νοημοσύνης (TEIQue-SF) και στις διαστάσεις της κλίμακας του μοντέλου των «Μεγάλων Πέντε Παραγόντων» (BFI).

		Κλίμακα συναισθηματικής νοημοσύνης (TEIQue-SF)				
		Ενεξία	Αυτοέλεγχος	Συναισθηματικότητα	Κοινωνικότητα	Συνολική βαθμολογία συναισθηματικής νοημοσύνης
Διαστάσεις κλίμακας του μοντέλου των «Μεγάλων Πέντε Παραγόντων» (BFI).						
Εξωστρέφεια	r_{ho}	0,00	-0,01	-0,01	0,07	0,03
	r_{ho}	0,99	0,857	0,917	0,327	0,694
Προσήνεια	r_{ho}	-0,02	0,02	-0,02	-0,06	-0,03
	r_{ho}	0,77	0,741	0,755	0,394	0,629
Ευσυνειδησία	r_{ho}	-0,03	-0,08	-0,16	-0,07	-0,10
	r_{ho}	0,69	0,252	0,019	0,321	0,152
Νευρωτισμός	r_{ho}	-0,01	0,05	-0,02	0,01	0,02
	r_{ho}	0,87	0,469	0,754	0,879	0,762
Δεκτικότητα	r_{ho}	0,16	0,13	0,13	0,12	0,18

στις εμπειρίες	ho					
	5	0,02	0,061	0,060	0,097	0,009

Η βαθμολογία της διάστασης «Δεκτικότητα στις εμπειρίες» της κλίμακας του μοντέλου των «Μεγάλων Πέντε Παραγόντων» (BFI) βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με τη βαθμολογία της διάστασης «Ευεξία» αλλά και μη τη συνολική βαθμολογία συναισθηματικής νοημοσύνης. Ειδικότερα, όσο εντονότερες ήταν οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων σχετικά με την δεκτικότητα στις εμπειρίες τόσο εντονότερη ήταν και η ευεξία που ένιωθαν αλλά και γενικότερα τόσο μεγαλύτερη συναισθηματική νοημοσύνη εμφάνιζαν. Ακόμα, η βαθμολογία της διάστασης «Ευσυνειδησία» της κλίμακας του μοντέλου των «Μεγάλων Πέντε Παραγόντων» (BFI) βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με τη διάσταση «Συναισθηματικότητα» της κλίμακας συναισθηματικής νοημοσύνης (TEIQue-SF).

Πολυπαραγοντική ανάλυση διαστάσεων και συνολικής κλίμακας συναισθηματικής νοημοσύνης (TEIQue-SF)

Εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες των διαστάσεων και της συνολικής κλίμακας συναισθηματικής νοημοσύνης (TEIQue-SF) και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, ερωτήσεις σχετικά με τη ψυχική νόσο, αλλά και τις διαστάσεις της κλίμακας του μοντέλου των «Μεγάλων Πέντε Παραγόντων» (BFI). Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης - αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στους ακόλουθους πίνακες.

Στον επόμενο πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης που σαν εξαρτημένη μεταβλητή έχει τη διάσταση «Ευεξία».

	β^+	SE+	P
Φύλο			
Άρρεν(αναφορά)			
Θήλυ	0,08	0,04	0,02
			1
Γνωρίζετε τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια;			
Ναι (αναφορά)			
Όχι	0,07	0,04	0,13
			1
Δεν είμαι σίγουρος/η	-0,13	0,04	0,00
			2

⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

Το φύλο των συμμετεχόντων αλλά και το αν γνώριζαν τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια βρεθήκαν να συσχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της διάστασης «Ευεξία» της κλίμακας συναισθηματικής νοημοσύνης (TEIQue-SF). Πιο αναλυτικά:

- Οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Ευεξία», δηλαδή είχαν εντονότερη ευεξία σε σχέση με τους άντρες.
- Οι συμμετέχοντες που δεν ήταν σίγουροι αν γνώριζαν τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια είχαν μικρότερη βαθμολογία στη διάσταση «Ευεξία» συγκριτικά με εκείνους που γνώριζαν.

Στον επόμενο πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης που σαν εξαρτημένη μεταβλητή έχει τη διάσταση «Αυτοέλεγχο».

	β^+	SE ⁺ +	P
Οικογενειακή οικονομική κατάσταση:			
<i>Κάτω από 10.000 ευρώ το χρόνο (αναφορά)</i>			
<i>10.000 – 25.000 το χρόνο</i>	0,03	0,04	0,38
			6
<i>Πάνω από 25.000 το χρόνο</i>	0,16	0,04	<0,0
			01
Θα προσλαμβάνετε κάποιο άτομο με ψυχική νόσο;			
<i>Ναι (αναφορά)</i>			
<i>Όχι</i>	0,11	0,04	0,00
			7
<i>Δεν είμαι σίγουρος/η</i>	0,01	0,04	0,69
			4
Γνωρίζετε τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια;			
<i>Ναι (αναφορά)</i>			
<i>Όχι</i>	0,06	0,04	0,14
			7
<i>Δεν είμαι σίγουρος/η</i>	-0,11	0,04	0,01
			0

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

Η οικογενειακή οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων, το αν θα προσλάμβαναν κάποιο άτομο με ψυχική νόσο αλλά και το αν γνώριζαν τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική

ασθένεια βρεθήκαν να συσχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της διάστασης «Αυτοέλεγχο» της κλίμακας συναισθηματικής νοημοσύνης (TEIQue-SF). Ειδικότερα:

- Οι συμμετέχοντες με οικογενειακό εισόδημα πάνω από 25.000 ευρώ το χρόνο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Αυτοέλεγχο» συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που η οικογενειακή οικονομική τους κατάσταση ήταν κάτω από 10.000 ευρώ το χρόνο.
- Οι συμμετέχοντες που δεν θα προσλάμβαναν κάποιο άτομο με ψυχική νόσο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που θα το προσλάμβαναν.
- Οι συμμετέχοντες που δεν ήταν σίγουροι αν γνώριζαν τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια είχαν μικρότερη βαθμολογία στη διάσταση «Αυτοέλεγχο» συγκριτικά με εκείνους που γνώριζαν.

Στον επόμενο πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης που σαν εξαρτημένη μεταβλητή έχει τη διάσταση «Συναισθηματικότητα».

	β+	SE++	P
Οικογενειακή οικονομική κατάσταση:			
<i>Κάτω από 10.000 ευρώ το χρόνο (αναφορά)</i>			
<i>10.000 – 25.000 το χρόνο</i>	0,14	0,06	0,013
<i>Πάνω από 25.000 το χρόνο</i>	0,22	0,06	<0,00
		1	
Θα δεχόσασταν να παντρευτείτε κάποιον/α με σοβαρή ψυχική νόσο;			
<i>Ναι (αναφορά)</i>			
<i>Όχι</i>	-0,04	0,07	0,574
<i>Δεν είμαι σίγουρος/η</i>	-0,20	0,07	0,005
Γνωρίζετε τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια;			
<i>Ναι (αναφορά)</i>			
<i>Όχι</i>	0,00	0,06	0,994
<i>Δεν είμαι σίγουρος/η</i>	-0,17	0,06	0,004

⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

Η οικογενειακή οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων, το αν θα παντρεύονταν κάποιο άτομο με σοβαρή ψυχική νόσο αλλά και το αν γνώριζαν τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια βρεθήκαν να συσχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της διάστασης «Συναισθηματικότητα» της κλίμακας συναισθηματικής νοημοσύνης (TEIQue-SF). Ειδικότερα:

- Οι συμμετέχοντες με οικογενειακό εισόδημα είτε από 10.000 ευρώ έως 25.000 ευρώ είτε πάνω από 25.000 ευρώ το χρόνο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Συναισθηματικότητα» συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που η οικογενειακή οικονομική τους κατάσταση ήταν κάτω από 10.000 ευρώ το χρόνο.
- Οι συμμετέχοντες που δεν ήταν σίγουροι αν θα παντρεύονταν κάποιο άτομο με σοβαρή ψυχική νόσο ήταν λιγότερο συναισθηματικοί συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που θα παντρεύονταν.

- Οι συμμετέχοντες που δεν ήταν σίγουροι αν γνώριζαν τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια είχαν μικρότερη βαθμολογία στη διάσταση «Συναισθηματικότητα» συγκριτικά με εκείνους που γνώριζαν.

Στον επόμενο πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης που σαν εξαρτημένη μεταβλητή έχει τη διάσταση «Κοινωνικότητα».

	β+	SE++	P
Καταγωγή			
<i>Χωριό-Κωμόπολη(αναφορά)</i>			
<i>Πόλη</i>	0,12	0,04	0,001
Γνωρίζεται κάποιο άτομο με ψυχική ασθένεια?			
<i>Ναι(αναφορά)</i>			
<i>Όχι</i>	-0,08	0,04	0,043
Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μια πολυκατοικία όπου έχετε βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για εσάς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα που έμενε ένας ψυχικά ασθενής			
<i>Ναι(αναφορά)</i>			
<i>Όχι</i>	0,01	0,06	0,893
<i>Δεν είμαι σίγουρος/η</i>	-0,13	0,04	0,002
Γνωρίζετε τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια;			
<i>Ναι(αναφορά)</i>			
<i>Όχι</i>	0,00	0,05	0,949
<i>Δεν είμαι σίγουρος/η</i>	-0,12	0,05	0,012

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

Η καταγωγή των συμμετεχόντων, το αν γνώριζαν κάποιο άτομο με ψυχική ασθένεια, το αν θα αποφάσιζαν να μείνουν σε μια πολυκατοικία όπου είχαν βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για αυτούς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα που έμενε ένας ψυχικά ασθενής αλλά και το αν γνώριζαν τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια βρεθήκαν να συσχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της διάστασης «Κοινωνικότητα» της κλίμακας συναισθηματικής νοημοσύνης (TEIQue-SF). Αναλυτικότερα:

- Οι συμμετέχοντες που κατάγονταν από πόλη συγκριτικά με εκείνους που κατάγονταν από χωριό ή κωμόπολη είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην διάσταση «Κοινωνικότητα», ήταν δηλαδή περισσότερο κοινωνικοί.
- Οι συμμετέχοντες που δεν γνώριζαν κάποιο άτομο με ψυχική νόσο είχαν μικρότερη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικότητα» σε σχέση με εκείνους που γνώριζαν.
- Οι συμμετέχοντες που δεν ήταν σίγουροι αν θα αποφάσιζαν να μείνουν σε μια πολυκατοικία όπου είχαν βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για αυτούς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα που έμενε ένας ψυχικά ασθενής ήταν λιγότερο κοινωνικοί σε σχέση με όσους θα έμεναν.
- Οι συμμετέχοντες που δεν ήταν σίγουροι αν γνώριζαν τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια είχαν μικρότερη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικότητα» συγκριτικά με εκείνους που γνώριζαν.

Στον επόμενο πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης που σαν εξαρτημένη μεταβλητή έχει τη συνολική βαθμολογία συναισθηματικής νοημοσύνης.

	β+	SE++	P
Καταγωγή			
<i>Χωριό-Κωμόπολη (αναφορά)</i>			
<i>Πόλη</i>	0,06	0,03	0,024
Οικογενειακή οικονομική κατάσταση:			
<i>Κάτω από 10.000 ευρώ το χρόνο (αναφορά)</i>			
<i>10.000 – 25.000 το χρόνο</i>	0,05	0,03	0,090
<i>Πάνω από 25.000 το χρόνο</i>	0,15	0,03	<0,00
		1	
Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μια πολυκατοικία όπου έχετε βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για εσάς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα που έμενε ένας ψυχικά ασθενής			
<i>Ναι (αναφορά)</i>			
<i>Όχι</i>	0,05	0,04	0,262
<i>Δεν είμαι σίγουρος/η</i>	-0,09	0,03	0,003
Γνωρίζετε τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια;			
<i>Ναι (αναφορά)</i>			
<i>Όχι</i>	0,04	0,04	0,268
<i>Δεν είμαι σίγουρος/η</i>	-0,14	0,03	<0,00
		1	

[†] συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

Η καταγωγή των συμμετεχόντων, η οικογενειακή οικονομική τους κατάσταση, το αν θα αποφασίζαν να μείνουν σε μια πολυκατοικία όπου είχαν βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για αυτούς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα που έμενε ένας ψυχικά ασθενής αλλά και το αν γνώριζαν τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια βρεθήκαν να συσχετίζονται ανεξάρτητα με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας συναισθηματικής νοημοσύνης (TEIQue-SF). Αναλυτικότερα:

- Οι συμμετέχοντες που κατάγονταν από πόλη συγκριτικά με εκείνους που κατάγονταν από χωριό ή κωμόπολη είχαν μεγαλύτερη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα συναισθηματικής νοημοσύνης (TEIQue-SF).
- Οι συμμετέχοντες με οικογενειακό εισόδημα πάνω από 25.000 ευρώ το χρόνο είχαν εντονότερη συναισθηματική νοημοσύνη συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που η οικογενειακή οικονομική τους κατάσταση ήταν κάτω από 10.000 ευρώ το χρόνο.
- Οι συμμετέχοντες που δεν ήταν σίγουροι αν θα αποφασίζαν να μείνουν σε μια πολυκατοικία όπου είχαν βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για αυτούς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα που έμενε ένας ψυχικά ασθενής είχαν μικρότερη βαθμολογία δηλαδή ασθενέστερη συναισθηματική νοημοσύνη συγκριτικά με εκείνους που θα έμεναν σίγουρα.
- Οι συμμετέχοντες που δεν ήταν σίγουροι αν γνώριζαν τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια είχαν μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα συναισθηματικής νοημοσύνης (TEIQue-SF) σε σχέση με εκείνους που γνώριζαν.

Συζήτηση

Σύμφωνα με τα κοινωνικοοικονομικά δεδομένα της παρούσας έρευνας, η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 20,2 έτη ($SD=2,9$ έτη) και 74,5% των ερωτώμενων ήταν γυναίκες, το 56,4% των συμμετεχόντων βρίσκονταν στο δεύτερο εξάμηνο των σπουδών τους και το 57,4% κατάγεται από πόλη και για το 47,1% η οικογενειακή οικονομική κατάσταση των ερωτώμενων κυμαινόταν από 10.000 ευρώ έως 25.000 ευρώ το χρόνο. Από τους ερωτώμενους το 64,7% γνώριζε κάποιο άτομο με ψυχική ασθένεια και το 34,8% έχει κάποιον συγγενή με ψυχική ασθένεια. Το 68,6% ανέφερε, ότι δεν θα ένιωθε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος/α στην οικογένεια του είχε διαγνωσθεί με σοβαρή ψυχική νόσο και το 73% δεν θα φοβόταν να πιάσει κουβέντα με κάποιον/α που αντιμετώπιζε σοβαρή ψυχική ασθένεια. Αναφέρθηκε, ότι το 53,4% θα μπορούσε να διατηρήσει μία φίλια με κάποιον/α που στην πορεία της φιλίας του εμφάνιζε σοβαρή ψυχική νόσο ενώ αντίθετα, το 52,5% δεν θα δεχόταν να παντρευτεί κάποιον/α με σοβαρή ψυχική νόσο, τέλος το 63,2% θα αποφάσιζε να μείνει σε μια πολυκατοικία όπου είχε βρει διαμέρισμα κατάλληλο για αυτόν αν υπήρχε ένα διαμέρισμα που να έμενε ένας ψυχικά ασθενής.

Τα αποτελέσματα από την Κλίμακα Στάσεων Απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Νόσο (ASMI - Attitudes toward Severe Mental Illness), έδειξαν, ότι οι φοιτητές δεν συμφωνούν Στερεότυπα, επικροτούν την Αισιοδοξία, την Εξωτερίκευση και την Κατανόηση. Οι απαντήσεις για την εκτίμηση του βαθμού συναισθηματικής νοημοσύνης “TraitEmotionalIntelligenceQuestionnaire-ShortForm (TEIQue-SF)”, μας οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι οι φοιτητές υποστηρίζουν, τον Αυτοέλεγχο, την Συναισθηματικότητα και την Κοινωνικότητα. Τέλος τα αποτελέσματα της διερεύνησης της σχέσης μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των φοιτητών και των αντιλήψεων τους για την ψυχική νόσο, κλίμακα The Big Five Inventory - (BFI), μας επιβεβαίωσαν, ότι τα χαρακτηριστικά την προσωπικότητάς τους έχουν θετική σχέση με τις αντιλήψεις τους σχετικά με την Εξωστρέφεια, την Προσήνεια, την Ευσυνειδησία, τον Νευρωτισμό και την Δεκτικότητα στις εμπειρίες.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου, μπορούμε να πούμε, ότι έχουν απαντηθεί τα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας μου. Συγκεκριμένα οι παράγοντες, που επηρεάζουν τις στάσεις και τις αντιλήψεις των φοιτητών απέναντι στη ψυχική νόσο είναι η γνώση, όσο περισσότερη γνώση σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές τόσο λιγότερος στιγματισμός, λιγότερες στερεοτυπικές και στιγματικές απόψεις. Η συναισθηματική νοημοσύνη έχει θετικό ρόλο στις αντιλήψεις για την ψυχική νόσο όσον αφορά την Εξωτερίκευση, την Ευεξία, την Συναισθηματικότητα και την Κοινωνικότητα. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των φοιτητών σχετίζονται με τις αντιλήψεις σχετικά με την ψυχική νόσο. Συγκεκριμένα οι γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Αισιοδοξία» της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI), δηλαδή ήταν περισσότερο αισιόδοξες αναφορικά με τα άτομα που αντιμετώπιζαν κάποιου είδους ψυχική νόσο. Επίσης, όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία των συμμετεχόντων τόσο λιγότερα στερεότυπα εμφάνιζαν για τα άτομα με ψυχική νόσο. Όσοι από τους φοιτητές είχαν εμπειρία με ψυχικά ασθενείς και γνώριζαν τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια είχαν μεγαλύτερη Κατανόηση της κλίμακας στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο (ASMI). Όσον αφορά την σχέση του τόπου καταγωγής με τις στάσεις των φοιτητών απέναντι στην ψυχική νόσο, παρατηρήσαμε, ότι οι συμμετέχοντες που κατάγονταν από πόλη συγκριτικά με εκείνους που κατάγονταν από χωριό ή κωμόπολη είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην διάσταση «Κοινωνικότητα», ήταν δηλαδή περισσότερο κοινωνικοί. Οι συμμετέχοντες που

δεν ήταν σίγουροι αν θα αποφάσιζαν να μείνουν σε μια πολυκατοικία όπου είχαν βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για αυτούς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα που έμενε ένας ψυχικά ασθενής ήταν λιγότερο κοινωνικοί σε σχέση με όσους θα έμεναν. Οι συμμετέχοντες που δεν ήταν σίγουροι αν γνώριζαν τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια είχαν μικρότερη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικότητα» συγκριτικά με εκείνους που γνώριζαν. Οι φοιτητές που κατάγονταν από πόλη συγκριτικά με εκείνους που κατάγονταν από χωριό ή κωμόπολη είχαν μεγαλύτερη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα συναισθηματικής νοημοσύνης (TEIQue-SF). Οι φοιτητές με οικογενειακό εισόδημα πάνω από 25.000 ευρώ το χρόνο είχαν εντονότερη συναισθηματική νοημοσύνη συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που η οικογενειακή οικονομική τους κατάσταση ήταν κάτω από 10.000 ευρώ το χρόνο. Επίσης, μέσα από τις απαντήσεις παρατηρήσαμε, ότι οι συμμετέχοντες με οικογενειακό εισόδημα πάνω από 25.000 ευρώ το χρόνο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Αυτοέλεγχο» συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που η οικογενειακή οικονομική τους κατάσταση ήταν κάτω από 10.000 ευρώ το χρόνο.

Μελετώντας τα αποτελέσματα της έρευνας, μπορούμε να αναφέρουμε, ότι οι 204 Έλληνες φοιτητές της νοσηλευτικής, οι οποίοι λάβανε μέρος στην συγκεκριμένη έρευνα και σύμφωνα με τα αποτελέσματα από τις κλίμακες (Κλίμακα Στάσεων Απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Νόσο (ASMI - Attitudes toward Severe Mental Illness, κλίμακα βαθμού συναισθηματικής νοημοσύνης “Trait Emotional Intelligence Questionnaire-Short Form και κλίμακα The Big Five Inventory - (BFI)), οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα, μας οδηγούν στο συμπέρασμα, ότι γνωρίζουν αρκετά καλά την έννοια του στίγματος και της ψυχικής νόσου, δεν θεωρούν επικίνδυνα τα άτομα με ψυχική νόσο, θα διατηρούσαν μια φιλία με ένα άτομο το οποίο θα εμφάνιζε κάποια ψυχική νόσο στην διάρκεια της ζωής του, θα μένανε άνετα σε μια πολυκατοικία στην οποία ζει και κάποιο άτομο με ψυχική νόσο αλλά δύσκολα θα παντρεύονταν με ένα άτομο με ψυχική νόσο. Επίσης, συμφωνούν υπέρ της Αισιοδοξίας, της Εξωτέρικευσης, της Κατανόησης, του Αυτοέλεγχου, την Συναισθηματικότητα, την Κοινωνικότητα, την Εξωστρέφεια, την Προσήνεια, την Ευσυνειδησία, τον Νευρωτισμό και την Δεκτικότητα στις εμπειρίες, αλλά δεν συμφωνούν με τα Στερεότυπα. Τα αποτελέσματα της έρευνας, συμφωνούν με τα αποτελέσματα αντίστοιχων ερευνών που μελετήθηκαν στην βιβλιογραφική μελέτη της εργασίας, συγκεκριμένα η Χρυσικού (2022), αναφέρει, ότι οι σπουδαστές των τμημάτων νοσηλευτικής παρουσιάζουν θετικότερη στάση απέναντι σε άτομα με ψυχικές ασθένειες, με σημαντική διαφορά, σε σχέση με τους σπουδαστές Κοινωνικής Εργασίας. Η έρευνα της Lyons (2013), μετά από συστηματική ανασκόπηση 32 εργασιών από 22 διαφορετικές χώρες, με συνολικό δείγμα 12.144 φοιτητών από 74 ιατρικές σχολές, έδειξε, ότι οι συνολικές στάσεις απέναντι στην ψυχιατρική ήταν θετικές. Με την έρευνα των Carmona-Navarro & Pichardo- Martínez (2012), σε επαγγελματίες νοσηλευτές, επαληθεύεται, ότι η κατοχή υψηλότερου βαθμού εκπαίδευσης στην ψυχική υγεία και υψηλού επιπέδου συναισθηματικής νοημοσύνης συνδέεται με μια θετικότερη στάση απέναντι σε ασθενείς με αυτοκτονική συμπεριφορά. Επίσης, η έρευνα των Reichel & Louis (2004), εξέτασε την επίδραση ενός προγράμματος για την ανάπτυξη της συναισθηματικής νοημοσύνης στις στάσεις μεταπτυχιακών φοιτητών σε μαθήματα διαταραχών ομιλίας σε ένα πανεπιστήμιο της Νέας Υόρκης, σε σύγκριση με τις στάσεις μιας ομάδας ελέγχου σε άλλο πανεπιστήμιο της Νέας Υόρκης χωρίς ανάλογη εκπαίδευση. Τα αποτελέσματα, έδειξαν μέτριες ποσοτικές αλλαγές, όπως αναμενόταν, και πολύ θετικές εντυπώσεις σχετικά με την αξία των εννοιών της συναισθηματικής νοημοσύνης στην παρέμβαση του τραυλισμού. Αντίστοιχη μελέτη του Al-Naggar (2013), σε φοιτητικό πληθυσμό στην Μαλαισία, με στόχο τον προσδιορισμό της στάσης των φοιτητών απέναντι σε άτομα με ψυχικές ασθένειες, έχοντας ως κριτήριο ένταξης στην έρευνα οι νέοι να φοιτούν σε σχολές Ιατρικής και κριτήριο

αποκλεισμού νέοι, οι οποίοι φοιτούν σε άλλες σχολές, όπως και το προσωπικό τους και οι διδάσκοντες· έδειξε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων παρουσίαζε μέτρια έως καλή στάση απέναντι σε άτομα με ψυχικές ασθένειες

Υπάρχουν όμως και έρευνες σε φοιτητές με αντίθετα αποτελέσματα, όπως έρευνα των Adewuja & Makanjuola (2005), η οποία διεξήχθη για να εξετάσει την κοινωνική απόσταση των φοιτητών ενός Πανεπιστημίου της Νιγηρίας απέναντι σε άτομα με ψυχικές ασθένειες, όπως και τις πιθανές κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές, οι οποίες δύνανται να επηρεάσουν την στάση αυτή των φοιτητών, έδειξε συμπερασματικά ότι το 65% των φοιτητών κρατούσαν σημαντική κοινωνική απόσταση από τους ψυχικά ασθενείς, καθώς και ότι η κοινωνική απόσταση αυξάνονταν, ενώ αυξανόταν ταυτόχρονα και το επίπεδο οικειότητας, που απαιτείται μεταξύ της σχέσης φοιτητών και ψυχικά ασθενών. Γεγονός, που δεν φαίνεται στην παρούσα έρευνα όπως και σε αντίστοιχες έρευνες οι οποίες γίνανε σε Ευρωπαϊκές χώρες.

Οι αρνητικές στάσεις και τα στερεότυπα απέναντι στις ψυχικές ασθένειες αναφέρονται συστηματικά στις διεθνείς μελέτες και καθοδηγούνται από όλα τα μέλη της κοινωνίας (Aruna *et al.*, 2016). Μία έρευνα των τελευταίων ετών έδειξε υψηλό επίπεδο συγκράτησης και μυστικότητας μεταξύ ασθενών που είχαν κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια, αλλά επίσης παρατηρήθηκε και κάποιος μέτριος βαθμός στερεοτυπικών αντιλήψεων εκ μέρους των ίδιων των γιατρών (Chien *et al.*, 2014). Γεγονός είναι ότι ακόμα και επαγγελματίες υγείας, συχνά αποφεύγουν την ανάμειξή τους με δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, λόγω του στιγματισμού των ειδικοτήτων (Οικονόμου-Λαλιώτη, 2011).

Αν και γίνονται παγκοσμίως προσπάθειες για την αντιμετώπιση του στίγματος και ο Π.Ο.Υ. από το 2000 έχει λάβει παγκοσμίως ειδική μέριμνα για την αντιμετώπισή του ακόμη και σήμερα οι ψυχικά ασθενείς βιώνουν το ψυχιατρικό στίγμα. Το στίγμα είναι μια παγκόσμια ανησυχία που επηρεάζει την πορεία της ασθένειας των ανθρώπων, τη διαδικασία θεραπείας, τις διαθέσιμες ευκαιρίες, την ποιότητα ζωής και τα αποτελέσματα ανάρρωσης. Για την εξάλειψή του θα πρέπει να υπάρχει σχετική ενημέρωση των πολιτών σε όλα τα στάδια της εκπαίδευσης, και τα κράτη πρέπει να κάνουν σχετικές ενημερωτικές καμπάνιες, με στόχο την γνώση της ψυχικής ασθένειας και την εξοικείωση με τα άτομα που πάσχουν από ψυχική ασθένεια.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Abi Doumit, C., Haddad, C., Sacre, H., Salameh, P., Akel, M., Obeid, S., Akiki, M., Mattar, E., Hilal, N., Hallit, S. and Soufia, M. (2019). Knowledge, attitude and behaviors towards patients with mental illness: Results from a national Lebanese study. *PloS one*, 14(9), e0222172. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222172>
- Adewuya, A.O. and Makanjuola, R.O.A. (2005). Social distance towards people with mental illness amongst Nigerian university students. *SocPsychiatEpidemiol* 40, pp. 865–868. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0965-3>
- Al-Adawi, S., Dorvlo, A. S., Al-Ismaily, S. S., Al-Ghafry, D. A., Al-Noobi, B. Z., Al-Salmi, A., Burke, D. T., Shah, M. K., Ghassany, H. and Chand, S. P. (2002). Perception of and attitude towards mental illness in Oman. *The International journal of social psychiatry*, 48(4), pp. 305–317. <https://doi.org/10.1177/002076402128783334>
- Al-Naggar, R. A. (2013). Attitudes towards persons with mental illness among university students. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 14(1), pp. 15-24.
- Alonso, J., Buron, A., Rojas-Farreras, S., de Graaf, R., Haro, J. M., de Girolamo, G., Bruffaerts, R., Kovess, V., Matschinger, H., Vilagut, G., and ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2009). Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of affective disorders*, 118(1-3), pp. 180–186. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.006>
- Anglin, D. M., Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Racial differences in stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 57(6), 857–862. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.6.857>
- Arkar, H. and Eker, D. (1997). Influence of a 3-week psychiatric training programme on attitudes toward mental illness in medical students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 32(3), pp. 171–176.
- Armstrong, N.E. (2015), A Study on the Relationship Between Emotional Intelligence and Mental Illness Stigma. *Walden Dissertations and Doctoral Studies*, 1335. <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/1335>
- Aruna, G., Mittal, S., Yadiyal, M. B., Acharya, C., Acharya, S. and Uppulari, C. (2016). Perception, knowledge, and attitude toward mental disorders and psychiatry among medical undergraduates in Karnataka: A cross-sectional study. *Indian journal of psychiatry*, 58(1), pp. 70–76. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.174381>
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., Kessler, R. C. and WHO WMH-ICS Collaborators (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of abnormal psychology*, 127(7), pp. 623–638. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>

- Axen, I., Bjork Bramberg, E., Vaez, M., Lundin, A. and Bergstrom, G. (2020). Interventions for common mental disorders in the occupational health service: a systematic review with a narrative synthesis. *Int Arch Occup Environ Health*, 93, pp. 823–838. doi:10.1007/s00420-020-01535-4
- Ayazi, T., Lien, L., Eide, A., Shadar, E. J., & Hauff, E. (2014). Community attitudes and social distance towards the mentally ill in South Sudan: a survey from a post-conflict setting with no mental health services. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(5), 771–780. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0775-y>
- Bedaso, A., Yeneabat, T., Yohannis, Z., Bedaso, K. and Feyera, F. (2016). “Community Attitude and Associated Factors towards People with Mental Illness among Residents of Worabe Town, Silte Zone, Southern Nation’s Nationalities and People’s Region, Ethiopia”. *Plos Org.*, Available at: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0149429>
- Bohner, G. and Dickel, N. (2011). Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology*, 62, pp. 391–417. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131609>
- Brockington, I. F., Hall, P., Levings, J., C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 162, 93–99. <https://doi.org/10.1192/bjp.162.1.93>
- Bhugra, D. (1989). Attitudes towards mental illness: A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80(1), 1-12.
- Γιανναδάκη, Ν. και Σαπουντζή, Α. Κ. (2009). *Αξιολόγηση των Απόψεων και Στάσεων του Φοιτητικού Πληθυσμού του ΑΤΕΙ Κρήτης απέναντι στη Σχιζοφρένεια και Άλλες Σοβαρές Ψυχικές Διαταραχές*, Πτυχιακή Εργασία. Ηράκλειο: ΑΤΕΙ Κρήτης.
- Γιαννακόπουλος, Γ. (2011). *Ψυχική Ασθένεια: Στιγματισμός και Υπέρβαση*. Αθήνα: Εταιρία Υπέρβασης και Ψυχοθεραπείας.
- Calvert, S. H., Sharpe, M., Power, M. and Lawrie, S. M. (1999). Does undergraduate education have an effect on Edinburgh medical students' attitudes to psychiatry and psychiatric patients?. *The Journal of nervous and mental disease*, 187(12), pp. 757-761.
- Carmona-Navarro, M., & Pichardo-Martínez, M. (2012). Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: influence of emotional intelligence. *Revista latino-americana de enfermagem*, 20, 1161-1168.
- Chang, S., Ong, H. L., Seow, E., Chua, B. Y., Abidin, E., Samari, E., Teh, W. L., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2017). Stigma towards mental illness among medical and nursing students in Singapore: a cross-sectional study. *BMJ open*, 7(12), e018099. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018099>
- Chien, WT, Yeung, F.K.K. and Chan, A.H.L. (2014). Perceived Stigma of Patients with Severe Mental Illness in Hong Kong: Relationships with Patients’ Psychosocial Conditions and Attitudes of Family Caregivers and Health Professionals. *Adm Policy Ment Health*, 41, p. 237.

- Chiles, C., Stefanovics, E. and Rosenheck, R. (2018). Attitudes of U.S. psychiatry residents and fellows towards mental illness and its causes: A comparison study with medical students. *Psychiatric Quarterly*, 89(3), pp. 581–588. <https://doi.org/10.1007/s11126-018-9562-y>
- Chiles, C., Stefanovics, E. and Rosenheck, R. (2017). Attitudes of Students at a US Medical School Toward Mental Illness and Its Causes. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 41(3), pp. 320–325. <https://doi.org/10.1007/s40596-016-0508-0>
- Chung, K. F., Chen, E. Y. and Liu, C. S. (2001). University students' attitudes towards mental patients and psychiatric treatment. *The International journal of social psychiatry*, 47(2), pp. 63–72. <https://doi.org/10.1177/002076400104700206>
- Corrigan, P. (2005). *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D. and Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 63(10), pp. 963–973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Corrigan, P. W. and Penn, D.L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist* 54, pp. 765–776.
- Couture, S. and Penn, D. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: a review of the literature. *Journal of Mental Health* 12, pp. 291–305.
- Dan, C., Tarun, D. and Taghi, Y. (2003). *Investing In Mental Health: Department of Mental Health, Substance Dependence, and Non Communicable Diseases*. WHO, Geneva, Switzerland March, pp. 7–46.
- Eack, S. M., and Newhill, C. E. (2008). An investigation of the relations between student knowledge, personal contact, and attitudes toward individuals with schizophrenia. *Journal of Social Work Education*, 44(3), pp. 77–95. <https://doi.org/10.5175/JSWE.2008.200700009>
- Eack, S. M., Newhill, C. E. and Watson, A. C. (2012). Effects of Severe Mental Illness Education on MSW Student Attitudes About Schizophrenia. *Journal of social work education*, 48(3), pp. 425–438. <https://doi.org/10.5175/JSWE.2012.201000042>
- Economou, M., Peppou, L. E., Louki, E. and Stefanis, C. N. (2012). Medical students' beliefs and attitudes towards schizophrenia before and after undergraduate psychiatric training in Greece. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 66(1), pp. 17–25. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2011.02282.x>
- Fabrega, J. H. (1995). Cultural challenges to the psychiatric enterprise. *Comprehensive Psychiatry*, 36(5), pp. 377–383.
- Finkelstein, J., Lapshin, O. and Wasserman, E. (2008). Randomized study of different anti-stigma media. *Patient Education and Counseling* 71, pp. 204–214.

- Galletly, C. A., Schrader, G. D., Chestemtan, H. M. and Tsourtos, G. (1995). Medical student attitudes to psychiatry: lack of effect of psychiatric hospital experience. *Medical Education*, 29(6), pp. 449-451.
- Girma, E., Tesfaye, M., Froeschl, G., Möller-Leimkühler, A. M., Müller, N. and Dehning, S. (2013). Public stigma against people with mental illness in the Gilgel Gibe Field Research Center (GGFRC) in Southwest Ethiopia. *PloS one*, 8(12), e82116.
- Griffiths, K. M., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, A. F. and Nakane, H. (2006). Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC psychiatry*, 6, p. 21. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-21>
- Hansson, L., Stjernsward, S. and Svensson, B. (2016). Changes in attitudes, intended behaviour, and mental health literacy in the Swedish population 2009–2014: an evaluation of a national antistigma programme. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134, pp. 71–79. <https://doi.org/10.1111/acps.12609>
- Happell, B. (2009). Influencing undergraduate nursing students' attitudes toward mental health nursing: acknowledging the role of theory. *Issues in mental health nursing*, 30(1), pp. 39–46. <https://doi.org/10.1080/01612840802557113>
- Happell, B., Platania-Phung, C., Bocking, J., Scholz, B., Horgan, A., Manning, F., Doody, R., Hals, E., Granerud, A., Lahti, M., Pullo, J., Ellilä, H., Annaliina, V., van der Vaart, K. J., Allon, J., Griffin, M., Russell, S., MacGabhann, L., Bjornsson, E. and Biering, P. (2018). Nursing Students' Attitudes Towards People Diagnosed with Mental Illness and Mental Health Nursing: An International Project from Europe and Australia. *Issues in mental health nursing*, 39(10), pp. 829–839. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1489921>
- Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., Schulze, B., Druss, B., & Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The lancet. Psychiatry*, 1(6), 467–482. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00023-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00023-6)
- Henderson, C., Robinson, E., Evans-Lacko, S., Corker, E., Rebollo-Mesa, I. and Rose, D. (2016). Public knowledge, attitudes, social distance and reported contact regarding people with mental illness 2009–2015. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134, pp. 23–33. <https://doi.org/10.1111/acps.12607>
- Hinshaw, S. P. and Stier, A. (2008). Stigma as related to mental disorders. *Annual review of clinical psychology*, 4, pp. 367–393. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141245>
- Holzinger, A., Dietrich, S., Heitmann, S. and Angermeyer, M. (2008). Evaluation zielgruppenorientierter Interventionen zur Reduzierung des Stigmas psychischer Krankheit [Evaluation of target-group oriented interventions aimed at reducing the stigma surrounding mental illness]. *Psychiatrische Praxis*, 35(8), pp. 376–386. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067396>
- Iheanacho, T., Marienfeld, C., Stefanovics, E. and Rosenheck, R. A. (2014). Attitudes toward mental illness and changes associated with a brief educational intervention for medical and nursing students in Nigeria. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 38(3), pp. 320–324. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0073-3>

- Jagdeo, A., Cox, B. J., Stein, M. B., & Sareen, J. (2009). Negative attitudes toward help seeking for mental illness in 2 population-based surveys from the United States and Canada. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 54(11), 757–766. <https://doi.org/10.1177/070674370905401106>
- Καρύδη, Μ. Β. (2011). Ψυχοκοινωνική και Επαγγελματική Αποκατάσταση. Στο Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Ψυχική Υγεία: Σύγχρονες Προσεγγίσεις – Προβληματισμοί. Αθήνα: Ειδικές Μορφωτικές Εκδηλώσεις «Επιστήμης Κοινωνία», σσ.93-101.
- Kastrup, M. C. and Ramos, A. B. (2007). Global mental health. *Danish medical bulletin*, 54(1), pp. 42–43.
- Κολίσης, Φ. (2011). Διαλύοντας το Μύθο του Γενετικού Προκαθορισμού. Στο Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Ψυχική Υγεία: Σύγχρονες Προσεγγίσεις – Προβληματισμοί. Αθήνα: Ειδικές Μορφωτικές Εκδηλώσεις «Επιστήμης Κοινωνία», σσ. 15-23.
- Kotera, Y., Ting, S. H. and Neary, S. (2021). Mental health of Malaysian university students: UK comparison, and relationship between negative mental health attitudes, self-compassion, and resilience. *Higher education*, 81(2), pp. 403-419.
- Lai D. W. (2009). Older chinese' attitudes toward aging and the relationship to mental health: an international comparison. *Social work in health care*, 48(3), 243–259. <https://doi.org/10.1080/00981380802591957>
- Leaf, P. J., Bruce, M. L., Tischler, G. L., & Holzer, C. E., 3rd (1987). The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *Journal of community psychology*, 15(2), 275–284. [https://doi.org/10.1002/1520-6629\(198704\)15:2<275::aid-jcop2290150216>3.0.co;2-j](https://doi.org/10.1002/1520-6629(198704)15:2<275::aid-jcop2290150216>3.0.co;2-j)
- Lien, Y. Y., Lin, H. S., Tsai, C. H., Lien, Y. J. and Wu, T. T. (2019). Changes in Attitudes toward Mental Illness in Healthcare Professionals and Students. *International journal of environmental research and public health*, 16(23), p. 4655. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234655>
- Lyons Z. (2013). Attitudes of medical students toward psychiatry and psychiatry as a career: a systematic review. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 37(3), pp. 150–157. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.11110204>
- Madianos, M., Economou, M., Peppou, L. E., Kallergis, G., Rogakou, E. and Alevizopoulos, G. (2012). Measuring public attitudes to severe mental illness in Greece: Development of a new scale. *The European Journal of Psychiatry*, 26(1), pp. 55-67.
- Madianos, M. G., Madianou, D., Vlachonikolis, J., & Stefanis, C. N. (1987). Attitudes towards mental illness in the Athens area: implications for community mental health intervention. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 75(2), 158–165. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1987.tb02768.x>
- Mahto, R. K., Verma, P. K., Verma, A. N., Singh, A. R., Chaudhury, S. and Shantna, K. (2009). Students' perception about mental illness. *Industrial psychiatry journal*, 18(2), pp. 92–96. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.62267>

- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F. and Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in clinical neuroscience*, 11(1), pp. 7–20. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.1/krmerikangas>
- Mino, Y., Yasuda, N., Tsuda, T. and Shimodera, S. (2001). Effects of a one-hour educational program on medical students' attitudes to mental illness. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 55(5), pp. 501–507. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2001.00896.x>
- Mukolo, A., Heflinger, C. A. and Wallston, K. A. (2010). The stigma of childhood mental disorders: a conceptual framework. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(2), pp. 92–198. <https://doi.org/10.1097/00004583-201002000-00003>
- Nikolaou, E. and Petkari, E. (2022). Stigma towards schizophrenia in Cyprus: Does studying a mental health related programme make a difference?. *The International journal of social psychiatry*, 68(4), pp. 891–897. <https://doi.org/10.1177/00207640211010208>
- Οικονόμου-Λαλιώτη, Μ. (2011). Το Στίγμα της Ψυχικής Ασθένειας και ο Φαύλος Κύκλος των Επιπτώσεών του». Στο Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Ψυχική Υγεία: Σύγχρονες Προσεγγίσεις – Προβληματισμοί. Αθήνα: Ειδικές Μορφωτικές Εκδηλώσεις «Επιστήμης Κοινωνία», σσ. 85-91.
- Parcesepe, A. M. and Cabassa, L. J. (2013). Public stigma of mental illness in the United States: a systematic literature review. *Administration and policy in mental health*, 40(5), pp. 384–399. <https://doi.org/10.1007/s10488-012-0430-z>
- Phelan, J. E. and Basow, S. A. (2007). College students' attitudes toward mental illness: An examination of the stigma process 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 37(12), pp. 2877–2902.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. and Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 56(3), pp. 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) (2003). *Συνηγορία για την Ψυχική Υγεία*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Puspitasari, I. M., Garnisa, I. T., Sinuraya, R. K. and Witriani, W. (2020). Perceptions, Knowledge, and Attitude Toward Mental Health Disorders and Their Treatment Among Students in an Indonesian University. *Psychology research and behavior management*, 13, pp. 845–854. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S274337>
- Reichel, I., & Louis, K. O. (2004). The Effects of Emotional Intelligence Training in Graduate Fluency Disorders Classes. In H-G Bosshardt, J. S. Yaruss, & H. F. M. Peters (Eds.), *Fluency disorders: Theory, research, treatment, and self-help* (pp. 474–481). Nijmegen, The Netherlands: International Fluency Association/Nijmegen University Press.

- Savrun, B. M., Arikan, K., Uysal, O., Cetin, G., Poyraz, B. C., Aksoy, C. and Bayar, M. R. (2007). Gender effect on attitudes towards the mentally ill: a survey of Turkish university students. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 44(1), pp. 57–61.
- Schomerus, G. and Angermeyer, M. C. (2008). Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know?. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 17(1), pp. 31–37. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00002669>
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G. and Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 125(6), pp. 440–452. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x>
- Shehata, W. M. and Abdeldaim, D. E. (2020). Stigma Towards Mental Illness Among Tanta University Students, Egypt. *Community mental health journal*, 56(3), pp. 464–470. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00502-9>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G. and Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry*, 27(1), pp. 281–295.
- Song, L. Y., Chang, L. Y., Shih, C. Y., Lin, C. Y. and Yang, M. J. (2005). Community attitudes towards the mentally ill: The results of a national survey of the Taiwanese population. *International journal of social psychiatry*, 51(2), pp. 162–176.
- Stefanovics, E. A., Rosenheck, R. A., He, H., Ofori-Atta, A., Cavalcanti, M. and Chiles, C. (2016). Medical Student Beliefs and Attitudes Toward Mental Illness Across Five Nations. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(12), pp. 909–915. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000610>
- Stone, E. M., Chen, L. N., Daumit, G. L., Linden, S. and McGinty, E. E. (2019). General Medical Clinicians' Attitudes Toward People with Serious Mental Illness: A Scoping Review. *The journal of behavioral health services & research*, 46(4), pp. 656–679. <https://doi.org/10.1007/s11414-019-09652-w>
- Stuart H. (2008). Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 7(3), pp. 185–188. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00194.x>
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225–240. <https://doi.org/10.1093/schbul/7.2.225>
- Thompson, A. H., Stuart, H., Bland, R. C., Arboleda-Florez, J., Warner, R., Dickson, R. A., Sartorius, N., López-Ibor, J. J., Stefanis, C. N., Wig, N. N. and WPA (World Psychiatric Association) (2002). Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37(10), pp. 475–482. <https://doi.org/10.1007/s00127-002-0583-2>
- Tork, H. M. and Abdel-Fattah, A. E. (2015). Female students' attitude toward mental illness in Qassim University, KSA. *Am J NursSci*, 4, p. 50.

- Tzouvara, V., Papadopoulos, C. and Randhawa, G. (2016). Systematic review of the prevalence of mental illness stigma within the Greek culture. *The International journal of social psychiatry*, 62(3), pp. 292–305.
<https://doi.org/10.1177/0020764016629699>
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., &Leff, J. (1996). Community attitudes to mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 168(2), 183-190.
- Χρυσικού, Ε. (2022). *Ατομικοί και κοινωνικοί προσδιοριστές για τις στάσεις φοιτητών Σχολών Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας για τα άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές*. Μεταπτυχιακή Διατριβή. Ηράκλειο: ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο.
- Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S. andGood, B. (2007). Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. *Social science & medicine* (1982), 64(7), pp. 1524–1535.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.013>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο Έρευνας

Κλίμακα Στάσεων Απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Νοσο (ASMI)Attitud esto ward Severe Mental Illness.

Σας παρακαλώ όπως διαβάσετε προσεκτικά τις παρακάτω απόψεις και σημειώστε αν κάθε

άποψη σας αφορά.

A/ A		Συμφ ωνώ	Μάλλ ον συμφων ώ	Μάλλο ν διαφωνώ	Διαφ ωνώ	Δεν ξέρω/ δεν απαντώ
1	Μια σοβαρή ψυχική αρρώστια συνήθως φταίει για όλα τα κακά που συμβαίνουν σ' έναν άρρωστο					
2	Όσο και να προσπαθήσει ποτέ ένας ψυχικά άρρωστος δεν θα καταφέρει να γίνει σαν τους άλλους ανθρώπους					
3	Ένα άτομο με σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα είναι αποτυχημένο					
4	Η σοβαρή ψυχική αρρώστια κάνει το άτομο που πάσχει από αυτή να φαίνεται από μακριά ότι είναι άρρωστο					
5	Οι άνθρωποι με σοβαρή ψυχική αρρώστια παύουν να είναι όπως όλοι οι άνθρωποι					
6	Είναι εύκολο να καταλάβουν οι άλλοι αν κάποιος είναι ψυχικά άρρωστος					
7	Όταν αρρωστήσει ένα άτομο από σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι τότε θα είναι όλη τη ζωή του άρρωστο					
8	Τα άτομα που πάσχουν από σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι επικίνδυνα					

9	Όταν ένα σοβαρά ψυχικά άρρωστο άτομο παίρνει ψυχοφάρμακα θα τα παίρνει όλη τη ζωή του					
10	Όλα τα ψυχοφάρμακα προκαλούν εξάρτηση					
11	Ένας σοβαρά ψυχικά άρρωστος δεν μπορεί να αποκτήσει νέες γνώσεις					
12	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι ικανό να τα καταφέρει στη ζωή του					
13	Το ότι παίρνει ψυχοφάρμακα ένα άτομο δεν το κάνει να διαφέρει από τους άλλους					
14	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν διαφέρει από τους άλλους ανθρώπους					
15	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί να δουλέψει σε μια εργασία					

A		Συμφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/δεν απαντώ
16	Ένας ψυχικά άρρωστος μπορεί να εκπαιδευτεί σε ένα επάγγελμα					
17	Η σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί πλέον και να θεραπεύεται					
18	Είναι καλύτερα κάποιος με σοβαρή ψυχική αρρώστια να αποφεύγει τους ανθρώπους					
19	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν πρέπει να το κρύβει από					

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

	κατώτερο από τους άλλους ανθρώπους					
--	------------------------------------	--	--	--	--	--

Trait Emotional Intelligence Questionnaire -Short Form (TEIQue-SF)”

Οδηγίες: Παρακαλώ απαντήστε κυκλώνοντας τον αριθμό που δηλώνει πόσο πολύ συμφωνείτε ή διαφωνείτε με την κάθε πρόταση παρακάτω. Αν **διαφωνείτε** απόλυτα με μια πρόταση, **κυκλώστε ένα αριθμό κοντά στο 1**. Αν **συμφωνείτε** απόλυτα με μια πρόταση, **κυκλώστε ένα αριθμό κοντά στο 7**. Αν δεν είστε σίγουροι για το αν συμφωνείτε ή διαφωνείτε, κυκλώστε ένα αριθμό κοντά στο 4. Εργαστείτε γρήγορα, αλλά προσεχτικά. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις.

1. Μου είναι εύκολο να μιλάω για τα συναισθήματά μου σε άλλους ανθρώπους.							
2. Συχνά δυσκολεύομαι να δω τα πράγματα από την μεριά του άλλου.							
3. Είμαι άνθρωπος με κίνητρα.							
4. Δυσκολεύομαι να ελέγξω τα συναισθήματά μου.							
5. Η ζωή μου δεν είναι ευχάριστη.							
6. Είμαι κοινωνικός με τους συμμαθητές μου.							
7. Αλλάζω συχνά γνώμη.							
8. Δυσκολεύομαι να καταλάβω τι ακριβώς νιώθω.							
9. Αισθάνομαι καλά με την εμφάνιση μου.							

10. Δυσκολεύομαι να υπερασπιστώ τα δικαιώματά μου.							
11. Μπορώ να κάνω τους ανθρώπους να νιώθουν καλύτερα όταν θέλω.							
12. Κάποιες φορές νιώθω ότι η ζωή μου θα είναι δυσάρεστη.							
13. Μερικοί παραπονιούνται κάποιες φορές ότι τους μεταχειρίζομαι άσχημα.							
14. Δυσκολεύομαι να τα καταφέρω όταν αλλάζουν τα πράγματα στη ζωή μου.							
15. Μπορώ να αντιμετωπίσω το άγχος.							
16. Δεν ξέρω πως να δείξω στους κοντινούς μου ανθρώπους ότι τους νοιάζομαι.							
17. Μπορώ να μπω στη θέση του άλλου και να καταλάβω πως νιώθει.							
18. Δυσκολεύομαι να βρίσκω κίνητρα.							
19. Μπορώ να ελέγξω το θυμό μου όταν θέλω.							
20. Είμαι ευτυχισμένος με τη ζωή μου.							
21. Θα περιέγραφα τον εαυτό μου ως καλό μεσολαβητή.							
22. Κάποιες φορές μπλέκομαι σε καταστάσεις που θα προτιμούσα να μην είχα εμπλακεί.							
23. Δίνω μεγάλη προσοχή στα συναισθήματά μου.							
24. Αισθάνομαι καλά με τον εαυτό μου.							
25. Συνηθίζω να κάνω πίσω έστω και αν έχω δίκαιο.							
26. Δεν μπορώ να αλλάξω τον τρόπο που αισθάνονται οι άλλοι.							
27. Πιστεύω ότι τα πράγματα θα εξελιχθούν καλά στη ζωή μου.							
28. Κάποιες φορές εύχομαι να είχα καλύτερες σχέσεις με τους γονείς μου.							
29. Προσαρμόζομαι εύκολα σε καινούριες συνθήκες.							

30. Προσπαθώ να ελέγχω τη σκέψη μου και να μην ανησυχώ πάρα πολύ για όσα συμβαίνουν γύρω μου.							
---	--	--	--	--	--	--	--

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Συμπληρώστε με ένα X το τετραγωνάκι της επιλογής σας. Δεν υπάρχει καμία σωστή ή λανθασμένη απάντηση. Μην ξοδέψετε πάρα πολύ χρόνο σε οποιαδήποτε δήλωση. Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.

A1. Φύλο:

Άρρεν Θήλυ

A2. Ηλικία:

A3. Τμήμα σπουδών:

A4. Έτος σπουδών:

A5. . Καταγωγή:

1) Χωριό 2) Κωμόπολη 3) Πόλη

A6. Οικογενειακή κατάσταση:

1) Μόνος/η 2) Σε σχέση 3) Παντρεμένος/η 4) Αρραβωνιασμένος/η 5) διαζευγμένος/η

A7. Διαμονή:

1) Μόνος/η 2) Με τους γονείς 3) Άλλο (συγκάτοικο, σύντροφο, σύζυγο)

A7. Οικογενειακή οικονομική κατάσταση:

1) Κάτω από 10.000 ευρώ το χρόνο

2) 10.000 – 25.000 το χρόνο

3) Πάνω από 25.000 το χρόνο

A8. Γνωρίζεται κάποιο άτομο με ψυχική ασθένεια?

1) Ναι, κάποιον συγγενή

2) Ναι, κάποιον φίλο/η

3) Ναι, κάποιον γνωστό/η

4) Όχι

A9. Έχετε ιστορικό στην οικογένειά σας ατόμων διαγνωσμένων με ψυχική διαταραχή, ή άλλα ψυχολογικά προβλήματα

1) Ναι

2) Όχι

A10. Ζείτε με ένα άτομο που έχει μια ψυχική ασθένεια.

1) Ναι

2) Όχι

A12. Θα νιώθατε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος/α στην οικογένειά σας έχει διαγνωσθεί με σοβαρή ψυχική νόσο;

1) Ναι

2) Όχι

3) Δεν είμαι σίγουρος/η

A 13. Θα φοβόσασταν να πιάσετε κουβέντα με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;

1) Ναι

2) Όχι

A14. Θα μπορούσατε να διατηρήσετε μία φίλια με κάποιον/α που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνισε σοβαρή ψυχική νόσο;

4) Ναι

5) Όχι

6) Δεν είμαι σίγουρος/η

A15. Θα δεχόσασταν να παντρευτείτε κάποιον/α με σοβαρή ψυχική νόσο;

1) Ναι

2) Όχι

3) Δεν είμαι σίγουρος/η

A16. Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μια πολυκατοικία όπου έχετε βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για εσάς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα που έμενε ένας ψυχικά ασθενής

1) Ναι

β) Όχι

γ) Δεν είμαι σίγουρος/η

A17. Θα νοικιάζατε το σπίτι σας σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;

1) Ναι,

2) Όχι,

3) Δεν είμαι σίγουρος/η

A18. Θα προσλαμβάνετε κάποιο άτομο με ψυχική νόσο;

- 1) Ναι,
- 2) Όχι,
- 3) Δεν είμαι σίγουρος/η

A19. Θα σας αναστάτωνε ή ενοχλούσε να είστε στην ίδια δουλειά με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;

- 1) Ναι,
- 2) Όχι,
- 3) Δεν είμαι σίγουρος/η

A20. Τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία αποτελούν ένα ξεπερασμένο μέσο για τη θεραπεία ατόμων με ψυχικές ασθένειες?

- 1) Δεν ξέρω
- 2) Συμφωνώ
- 3) Διαφωνώ

A21. Γνωρίζετε τι είναι οι δομές επανένταξης (οικοτροφεία / ξενώνες) που ζουν άτομα με ψυχική ασθένεια;

- 1) Ναι,
- 2) Όχι
- 3) Δεν είμαι σίγουρος/η

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας