



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



Διπλωματική Εργασία

« Επιθυμία για κοινωνική απόσταση από τους ψυχικά ασθενείς και το στίγμα για την ψυχική ασθένεια στους κατοίκους της Λάρισας, σε συσχέτιση με την προηγούμενη επαφή »

Φοιτητής: Μόκκας Νικόλαος, Ψυχολόγος

A.M.: 7018005

Υπεύθυνη καθηγήτρια: Κα Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής και Ψυχικής Υγείας και Φροντίδας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Ακαδημαϊκό έτος 2019-2020, Λάρισα



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



Διπλωματική Εργασία

*« Επιθυμία για κοινωνική απόσταση από τους ψυχικά ασθενείς και το
στίγμα για την ψυχική ασθένεια στους κατοίκους της Λάρισας, σε
συσχέτιση με την προηγούμενη επαφή »*

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**Ευαγγελία Κοτρώτσιου: Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής και
Ψυχικής Υγείας και Φροντίδας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Επιβλέπουσα
Καθηγήτρια**

**Μαίρη Γκούβα: Αν. Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών, ΤΕΙ Ηπείρου, Μέλος
Τριμελούς Επιτροπής**

**Παραλίκας Θεοδόσης: Επίκουρος Καθηγητής και Μέλος Δ.Ε.Π. του
Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς
Επιτροπής**

Ακαδημαϊκό έτος 2019-2020, Λάρισα



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ

« Desire for social distance towards mentally ill people and the stigmatizing/prejudiced attitudes about mental illness, among the residents of Larissa city, in relation to their familiarity with mental illness (previous contact level report) »

Ακαδημαϊκό έτος 2019-2020, Λάρισα

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα.....	3
Ευχαριστίες-Πρόλογος.....	4
Περίληψη στα Ελληνικά.....	5
Περίληψη στα Αγγλικά.....	6
Εισαγωγή.....	7

A. Γενικό μέρος

1.Ψυχική Υγεία/Ασθένεια - Ψυχικά Άρρωστος.....	11
2.Στάσεις - Προκαταλήψεις	14
3.Στερεότυπα – Κοινωνική Απόσταση.....	18
4.Στίγμα.....	23
5.Εξοικείωση – Αλλαγή Στάσεων.....	27

B. Ειδικό μέρος

Ερευνητική Μεθοδολογία.....	32
Σκοπός Μελέτης.....	32
Ερευνητική Διαδικασία.....	33
Στατιστική Μεθοδολογία.....	35
Δειγματοληπτική Μέθοδος.....	36
Αποτελέσματα.....	36
Συζήτηση.....	57
• Περιορισμοί	60
Συμπεράσματα.....	60
• Προτάσεις Για Μελλοντική Έρευνα.....	62
Βιβλιογραφία.....	64
Παράρτημα I.....	68
Παράρτημα II.....	69

Ευχαριστίες-Πρόλογος

Η παρούσα Διπλωματική Εργασία εκπονήθηκε κατά τη διάρκεια του ακαδημαϊκού έτους 2019 - 2020, στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών “ Ψυχική Υγεία” του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Με τον τρόπο αυτό πέφτει η αυλαία ενός διετούς και συνάμα πολύ εποικοδομητικού κύκλου, στην διάρκεια του οποίου εμπλούτισα σημαντικά τις θεωρητικές αλλά και πρακτικές μου γνώσεις γύρω από το φάσμα της ψυχικής υγείας. Σαφώς και ήταν μια πολύ όμορφη εμπειρία, καθώς πέρα από το γνωστικό κομμάτι, γνώρισα και αντάλλαξα απόψεις, τόσο με τους εξέχοντες καθηγητές μου, όσο και με τους συμφοιτητές μου, τους οποίους και ευχαριστώ για το κοινό μας αυτό ταξίδι.

Στις μέρες μας, πιστεύουμε ότι το στίγμα για τους ψυχικά ασθενείς και απόψεις όπως, ότι, όσοι νοσούν ψυχικά ή επισκέπτονται κάποιον ψυχολόγο-ψυχαναλυτή είναι τρελοί, ανήκουν στο παρελθόν ή μόνο σε κάποιες μεμονωμένες περιοχές (πχ. στα χωριά). Αν και ο τομέας της Ψυχιατρικής-Ψυχολογίας έχει εξελιχθεί αρκετά, οι μελέτες στον σύγχρονο δυτικό κόσμο δείχνουν ότι ο γενικός πληθυσμός διατηρεί αρνητικές στάσεις απέναντι σε όσους πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια. Σαν αποτέλεσμα, προσδοκώ τα αποτελέσματα της εργασίας αυτής να είναι σύμφωνα με τη προγενέστερη βιβλιογραφία και να αναδείξουν το πόσο καλά τα στερεότυπα αυτά κρατούν στις μέρες μας αλλά και πόσο μεγάλη θα είναι η επιθυμία του πληθυσμού να κρατήσει κοινωνική απόσταση από τα άτομα αυτά. Όλα αυτά μάλιστα σε μια μεγάλη πόλη της Ελλάδος, τη Λάρισα. Τέλος, η εργασία θα αναδείξει τη σπουδαιότητα του αποστιγματισμού της ψυχικής ασθένειας στις μέρες μας.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να βεβαιώσω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα καθαρά δικής μου εργασίας και δεν αποτελεί σε καμία περίπτωση προϊόν αντιγραφής. Σε όλες τις δημοσιευμένες αλλά και μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω, έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου αυτό απαιτείται, καθώς και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τελευταίο τμήμα της εργασίας, αυτό της Βιβλιογραφίας.

Τελειώνοντας την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την οικογένειά μου, για τη στήριξη, την ενθάρρυνση και την συμπαράσταση που μου πρόσφεραν σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου, τα δύο αυτά όμορφα χρόνια, την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου σε όλο αυτό το ταξίδι, κα Κοτρώτσιου Ευαγγελία, για την βοήθειά της καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας με τη συνεχή της καθοδήγηση-υποστήριξη, και τις ουσιώδεις συμβουλές της και τέλος σε όλους αυτούς που πρόθυμα αφιέρωσαν χρόνο στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η εξοικείωση με την ψυχική νόσο, η επιθυμία να απομακρυνθεί κάποιος από τα άτομα με ψυχική ασθένεια και κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες έχουν συνδεθεί με συνθήκες που οδηγούν σε θετικότερη στάση απέναντι στην ψυχική νόσο.

Σκοπός: Η διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων των Λαρισαίων πολιτών για τη ψυχική αρρώστια και την επιθυμία τους για κοινωνική απόσταση από τους ψυχικά ασθενείς σε συσχέτιση με την εξοικείωση τους με την ψυχική διαταραχή αλλά και των δημογραφικών τους χαρακτηριστικών.

Μέθοδος: Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Ψυχική Υγεία» του Γενικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας από τον Δεκέμβριο του 2019 έως τον Ιούνιο του 2020. Ο εντοπισμός των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε στη **Λάρισα** το χειμώνα του 2019-2020, με την μέθοδο της **ευκαιριακής δειγματοληψίας (n=220)**. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: α) **Το Ερωτηματολόγιο LCR (Level of Contact Report)** για τη μέτρηση της εξοικείωση με την ψυχική διαταραχή, β) **Το Ερωτηματολόγιο SDS (Social Distance Scale - Κλίμακα Κοινωνικής Απόστασης)** για τη μέτρηση της προθυμίας ή της απροθυμίας του συμμετέχοντα να αλληλεπιδράσει σε δραστηριότητες ή να δεσμευθεί σε σχέσεις με κάποιον ψυχικά ασθενή, γ) **Το Ερωτηματολόγιο OMI (Opinion about Mental Illness - Γνώμη για την ψυχική αρρώστια)** για τη μέτρηση των στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο, και τέλος, δ) **ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων-δεδομένων**.

Αποτελέσματα: Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση εφαρμόστηκε για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, από την οποία προέκυψε, ότι η επιθυμία για κοινωνική απόσταση από τους ψυχικά ασθενείς σχετίζεται θετικά με τον βαθμό εξοικείωσης, ενώ αντίθετα αρνητικά με τη γνώμη/στάσεις για την ψυχική νόσο.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα-πορίσματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν και τονίζουν το σπουδαίο ρόλο της επαφής-εξοικείωσης με την ψυχική αρρώστια και της επιθυμίας για κοινωνική απόσταση από αυτή στη διαμόρφωση θετικών-αρνητικών στάσεων και αντιλήψεων για την ψυχική νόσο.

Λέξεις Ευρετηριασμού: ψυχική αρρώστια, κοινωνική απόσταση, βαθμός εξοικείωσης (επαφή), στάσεις, προκατάληψη-στίγμα

Summary/Abstract

Introduction: Familiarity with, social distance from people with mental illness and socio - demographic characteristics has been linked to conditions that lead to weaker prejudiced beliefs and a more positive opinion about mental illness.

Aim: The relation of the attitudes and perceptions of the citizens of Larissa city towards mental illness and their desire for social distance from the mentally ill people, in relation to their familiarity with mental illness and their demographic characteristics.

Method: This research was conducted as part of the Postgraduate Program "Mental Health" General Department, of University of Thessaly from December 2019 to June 2020. In the winter of 2019-2020, a **convenience sampling survey** was conducted in Greece, **Larissa City (n=220)**. The research tools which were used were: a) **Familiarity** was assessed using **the Level of Contact Report**, b) **The Social Distance Scale**, to measure the desire for social distance from people with mental illness c) Attitudes about mental illness were assessed using **The Opinions About Mental Illness (OMI) Questionnaire** and finally d) **a questionnaire for the socio - demographic information**.

Results: Univariate and multivariate analysis was applied for the statistical analysis of the data, which showed that: Desire for social distance from people with mental illness is positively related with the familiarity (with mental illness) but on the other hand is negatively related to the opinions / attitudes about mental illness.

Conclusions: The results from this study highlight and emphasize the important role of familiarity (with mental illness) and the desire for social distance (from people with mental illness) in the formation of positive/negative (prejudiced) attitudes and perceptions about mental illness.

Key Words: mental illness, social distance, familiarity, attitudes, prejudice-stigma

Εισαγωγή

Η καλή ψυχική υγεία είναι μια κατάσταση ευεξίας που επιτρέπει στο άτομο να αναπτύσσει τις προσωπικές του ικανότητες του, να διαχειρίζεται ικανοποιητικά τις στρεσογόνες καταστάσεις της ζωής, να εργάζεται αποτελεσματικά αλλά και να συμβάλλει στην πρόοδο της κοινότητάς του (World Health Organization, 2011).

Στον αντίποδα, κατά τον Basaglia (1979), η ψυχική ασθένεια αποτελεί ιστορικό-κοινωνικό προϊόν που έχει την ιστορία του και τους λόγους ύπαρξής του. Για να την ορίσουμε καλύτερα, η ψυχική ασθένεια, ως νοσολογικός όρος, προσπαθεί να αποσαφηνίσει και εξηγήσει ένα εύρος συμπτωμάτων της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς του ατόμου (Byrne, 2001). Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι μια ομάδα του πληθυσμού που κατεξοχήν υφίσταται στιγματισμό και στερεοτυπικές συμπεριφορές κι αυτό είναι φαινόμενο που διατηρήθηκε μέσα από τους αιώνες της ανθρωπότητας (Byrne, 2001). Ακόμα και πολύ παλιότερα, οι άνθρωποι πίστευαν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές κατέχονται από κακά πνεύματα-δαιμόνια (ανιμισμός).

Διαβάζοντας κανείς μελέτες από όλον τον κόσμο αντιλαμβάνεται εύκολα ότι ένα αρκετά μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού υιοθετεί στιγματιστικές-αρνητικές στάσεις απέναντι στην ψυχική νόσο. Οι προκατειλημμένες και στερεοτυπικές αυτές απόψεις για την ψυχική ασθένεια δεν περιορίζονται μόνο στα μη ενημερωμένα άτομα, αλλά αντίθετα διαμορφώνονται και στους καλά εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας. Επομένως, τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις και οι διακρίσεις για την ψυχική ασθένεια αποτελούν συνιστώσες των στιγματιστικών στάσεων (Anagnostopoulos & Hantzi, 2011). Οι πρώτες συστηματικές μελέτες που έδειξαν με επιστημονικά σωστή μεθοδολογία (με τη χρήση κλιμάκων) ότι οι στάσεις του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική νόσο ήταν ιδιαίτερα αρνητικές και απορριπτικές, ήταν στις ΗΠΑ τη δεκαετία του 1950 (Corrigan et al., 1999).

Όπως έχει παρατηρηθεί, σε συνθήκες οικονομικής κρίσης, σαν αυτή που βιώνουμε στην Ελλάδα σήμερα, η ψυχική υγεία των ανθρώπων βρίσκεται σε κίνδυνο, καθώς ευνοείται η εκδήλωση συμπτωμάτων ψυχικών διαταραχών και κυρίως κατάθλιψης (Frangos et al., 2012). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, έρευνες που έγιναν στην Ελλάδα, αναφορικά με τις στάσεις του γενικού πληθυσμού απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, τη δεκαετία του '90, έδειξαν ότι τα στοιχεία της προκατάληψης, της απόρριψης και του στιγματισμού που αναφέρθηκαν από τους ερωτηθέντες επηρεάζονται από το φύλο, την ηλικία, τη μόρφωσή και την εργασία τους, το κοινωνικο-οικονομικό τους προφίλ και τις προηγούμενες εμπειρίες που είχαν από ψυχικά πάσχοντες (Madianos et al., 1999). Μεταγενέστερες έρευνες επίσης έδειξαν ότι η ηλικία (και συγκεκριμένα η ηλικιακή ομάδα 50-65 χρονών), το ανδρικό

φύλο και η κατώτερη εκπαίδευση συνδέονται με πιο αρνητικές στάσεις-προκατάληψη απέναντι στους ψυχικά ασθενείς και μεγαλύτερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση (Yuan et al., 2016).

Επιπλέον, έρευνες τόνισαν ότι οι συμμετέχοντες στις μελέτες χαρακτήριζαν τους ψυχικά αρρώστους ως «πάσχοντες» και ως άτομα επικίνδυνα για την κοινωνία. Συγκεκριμένα, ως άτομα που θα πρέπει να αποστασιοποιούνται από το κοινωνικό σύνολο (Angermeyer and Dietrich, 2006). Μάλιστα, πρόσφατη μελέτη ανέφερε ότι τα άτομα που ήταν εξοικειωμένοι με την ψυχική ασθένεια ήταν λιγότερο πιθανό να πιστεύουν ότι οι ψυχικά νοσούντες με σχιζοφρένεια ή σοβαρή κατάθλιψη είναι επικίνδυνα και σαν αποτέλεσμα ήταν πιο πρόθυμοι να έχουν σχέσεις με αυτά (Angermeyer et al., 2011; 2005). Άλλωστε, και προηγούμενες μελέτες που έγιναν σε 3 χώρες (Ρωσία, Γερμανία και Μογγολία) έδειξαν ότι η επιθυμία των συμμετεχόντων για κοινωνική απόσταση από άτομα με ψυχική διαταραχή (πχ κατάθλιψη και σχιζοφρένεια) συσχετίζεται άμεσα με τις πεποιθήσεις τους για αυτή (Dietrich et al., 2004; Wood et al., 2014). Συνοψίζοντας, όλες οι βιβλιογραφικές πηγές μας από την παγκόσμια βιβλιογραφία και έρευνες δείχνουν πως οι ψυχικά ασθενείς προκαλούν το φόβο στο κοινό.

Ωστόσο, θετική έκβαση αποτελεί το γεγονός ότι πολλές μελέτες της βιβλιογραφίας έδειξαν ότι η εξοικείωση με τους ψυχικά ασθενείς μειώνει την επιθυμία για κοινωνική απόσταση από αυτούς καθώς και τις προκαταλήψεις-στίγμα (Corrigan et al., 2001). Συγκεκριμένα, όπως προέκυψε από τα αποτελέσματα μιας σχετικά πρόσφατης έρευνας, υψηλός βαθμός εξοικείωσης με την ψυχική ασθένεια συνδέεται με μειωμένες προκαταλήψεις-στίγμα και οδηγεί σε μείωση της επιθυμίας για κοινωνική απόσταση από τους ψυχικά ασθενείς (Anagnostopoulos & Hantzi, 2011).

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, είναι σημαντικό να μελετηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων των Λαρισαίων πολιτών για τη ψυχική αρρώστια και την επιθυμία τους για κοινωνική απόσταση από τους ψυχικά ασθενείς σε συσχέτιση με την εξοικείωση τους με την ψυχική διαταραχή. Όλα τα παραπάνω σε μια σύγχρονη καθημερινότητα που οι ψυχικά άρρωστοι δεν είναι απλά μια ακόμη περιθωριοποιημένη κοινωνική ομάδα, αλλά καθρεφτίζουν το φόβο, το στρες και το θυμό ολόκληρης της ανθρωπότητας, την παντελής αποδιοργάνωση και την έλλειψη ορίων, τα οποία συμβάλλουν μαζί στην αποτελεσματική θεραπεία-αντιμετώπιση (Link et al., 1987).

Κλείνοντας, προσδοκώ τα αποτελέσματα της εργασίας αυτής να τεκμηριώσουν τα πορίσματα της προγενέστερης βιβλιογραφίας, τονίζοντας και αναδεικνύοντας το πόσο καλά το στίγμα και οι προκαταλήψεις διατηρούνται στις μέρες μας, αλλά και πόσο απρόθυμοι είναι οι άνθρωποι να αλληλεπιδράσουν και να δημιουργήσουν σχέσεις με ψυχικά άρρωστα άτομα. Τέλος, θα καταστεί σαφής η σπουδαιότητα του αποστιγματισμού της ψυχικής ασθένειας στις μέρες μας και θα τονιστεί το πόσο

σπουδαία είναι η σωστή-έγκυρη ενημέρωση των ανθρώπων μέσω των φορέων εκπαίδευσης (ακόμα και στα σχολεία στα παιδιά) αλλά και με διάφορες άλλες ομιλίες, συνέδρια. Μόνο έτσι θα επιτευχθεί η εξοικείωση με την ψυχική ασθένεια και τα στερεότυπα-στίγμα θα εξαλειφθούν οριστικά.

Για να μελετηθεί αφενός, το στίγμα απέναντι στην ψυχική ασθένεια, αλλά και αφετέρου η ερευνητική μας διατριβή, πρέπει να γίνει αναφορά στα «συστατικά» του στοιχείου:

- Ψυχική Υγεία/Ασθένεια
- Στάσεις
- Προκαταλήψεις
- Στερεότυπα
- Κοινωνική Απόσταση
- Εξοικείωση-Αλλαγή Στάσεων

Γενικό Μέρος

1. Ψυχική Υγεία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υγεία δεν ορίζεται μόνο ως «απουσία ασθένειας ή αναπηρίας αλλά ως κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας»

Η ψυχική υγεία, όπως ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Η ψυχική υγεία αφορά την ικανότητά μας να απολαμβάνουμε τη ζωή και να αντιμετωπίζουμε τις καθημερινές της προκλήσεις (WHO, 2011). Με την έννοια αυτή, επιδρά όχι μόνο στο άτομο, αλλά και στην υγιή λειτουργία της οικογένειας, της κοινότητας και της κοινωνίας, έχοντας θετικό αντίκτυπο στο ανθρώπινο, κοινωνικό και οικονομικό κεφάλαιο μιας χώρας. Υπάρχει λοιπόν μια σχέση αλληλεξάρτησης μεταξύ ψυχικής υγείας και κοινωνικοοικονομικών συνθηκών. Επομένως, η απουσία μιας αναγνωρισμένης ψυχικής διαταραχής δεν είναι κατ' ανάγκη δείκτης ψυχικής υγείας. Η ψυχική υγεία δηλαδή εξαρτάται σε τεράστιο βαθμό τόσο από εξωτερικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες, (τέτοιοι είναι οι ψυχολογικές πιέσεις, το στρες, αρνητικά ή και θετικά συμβάντα ζωής), όσο και από εσωτερικούς-ενδοψυχικούς ατομικούς παράγοντες που συνήθως σχετίζονται με τη διαμόρφωση της προσωπικότητας. Για να γίνει αυτό αντιληπτό, θα μπορούσαμε να πούμε ότι κάτι ανάλογο συμβαίνει και σε ένα στρατόπεδο, όπου το αν κανείς θα ανταπεξέλθει ψυχικά, εξαρτάται τόσο από τις περιβαλλοντικές συνθήκες που επικρατούν γύρω και μέσα στη μονάδα (πχ οι σχέσεις που έχουν δημιουργηθεί εντός της), όσο και την ψυχική αντοχή, την ανθεκτικότητα και φυσικά την προσωπικότητα των ανθρώπων που αλληλοσυνδέονται στον ίδιο χώρο. Ωστόσο, η ψυχική υγεία εξαρτάται επίσης και από βιολογικούς παράγοντες που επιδρούν στη συμπεριφορά από την γέννησή μας. Με άλλα λόγια, η έννοια της υγείας και ειδικά της ψυχικής, δεν αποδίδεται μόνο από την ιατρική, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως είναι οι περιβαλλοντικοί, οι οικονομικοί και οι εργασιακοί. Για τους παραπάνω λόγους, στην ψυχιατρική παρατηρείται μετατόπιση του κέντρου βάρους από τη νόσο στο άτομο, το οποίο αντιμετωπίζεται ολιστικά με βάση τις ιδιαίτερες ψυχοσωματικές ανάγκες του (Christodoulou & Christodoulou, 2013). Γίνεται έτσι αντιληπτή η μεγάλη σπουδαιότητα-σημασία της ψυχικής υγείας, η αλληλεξάρτησή της με τη σωματική υγεία και ο αντίκτυπος των ψυχικών διαταραχών σε προσωπικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο. Για αυτό το λόγο και αποκτά όλο και περισσότερη αναγνώριση, τόσο από την πολιτική ηγεσία, όσο και από το ευρύ κοινό.

Εν κατακλείδι, η Ψυχική Υγεία αν και θα έπρεπε δεν ήταν και δεν είναι ένα θέμα που απασχολούσε ή απασχολεί την κοινή γνώμη των ατόμων στην καθημερινότητά τους. Εντούτοις, παρατηρούμε ότι τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια τάση να προβάλλεται όλο και συχνότερα από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και μάλιστα με έναν τρόπο μη ορθό/ενδεδειγμένο. Στην συντριπτική πλειοψηφία όλων

αυτών που έχουν προβληθεί, τα περισσότερα χρησιμοποιήθηκαν για κέρδος και εμπορικό σκοπό, παρά ως μορφωτικό/εκπαιδευτικό υλικό, ώστε επιτέλους η κοινωνία να μάθει πιο πολλά για αυτήν και να δραστηριοποιηθεί άμεσα και γρήγορα υπέρ των ασθενών αυτών.

1.1 Ψυχική Ασθένεια/Ψυχικά Άρρωστος

Κατά τον Basaglia (1979), η ψυχική ασθένεια είναι ένα ιστορικό-κοινωνικό προϊόν που έχει την ιστορία του και τους λόγους ύπαρξής του. Με την προσέγγιση αυτή, γίνεται μια προσπάθεια διερεύνησης της ψυχικής ασθένειας όχι μόνο ως ενός βιολογικά καθορισμένου φαινομένου, ψυχολογικά και κοινωνιολογικά συνδιαμορφώμενου, αλλά και ως ενός πολιτισμικού και κοινωνιολογικού κατασκευάσματος, που αντικατοπτρίζει τους κοινωνικούς κανόνες, νόρμες, ιδεολογίες του κοινωνικού και πολιτισμικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο εκδηλώνεται. Έτσι, η εμφάνιση της ψυχικής ασθένειας αλλά και ο τρόπος με τον οποίο εκδηλώνεται, γίνεται αντιληπτή και αντιμετωπίζεται, είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης του εκάστοτε ανθρώπου με τις οικονομικές, πολιτικές, κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες που επικρατούν στο εκάστοτε χωροχρονικό πλαίσιο.

Η ψυχική ασθένεια, ως κοινωνικό φαινόμενο, εντάσσεται σ' ένα έντονα αρνητικά φορτισμένο πλαίσιο. Οι επιστημονικές εξελίξεις και η ανάπτυξη των θεραπευτικών μεθόδων αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας (φαρμακευτική αντιμετώπιση στον κλινικό τομέα και ψυχοκοινωνικές μέθοδοι) δεν ανέτρεψαν, ούτε εξάλειψαν παγιωμένες αντιλήψεις για αυτήν και έτσι παραμένει να είναι συνώνυμη με την τρέλα, το ανεξήγητο, το φόβο (Οικονόμου, 2011). Ο γενικός πληθυσμός συνεχίζει ακόμη και στις μέρες μας να φέρεται στους ψυχικά ασθενείς με έλλειψη εμπιστοσύνης, αποδοκιμασία, υποτίμηση, αποφυγή, αποκλεισμό, φόβο και αποστροφή (Stier & Hinshaw, 2007; Anagnostopoulos & Hantzi, 2011).

Σύμφωνα με τον Οικονόμου (2011), η ψυχική ασθένεια, ως νοσολογικός όρος, επιχειρεί να ερμηνεύσει ένα εύρος συμπτωμάτων της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς του ατόμου. Στην προσπάθεια μας να σκιαγραφήσουμε τον ψυχικά άρρωστο θα επικαλεστούμε το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοια (2002), σύμφωνα με το οποίο ο επιπολασμός, η εκδήλωση και η πορεία των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών καθορίζεται από ποικίλους παράγοντες. Αυτοί είναι:

- Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες: Η Φτώχεια (ανεργία, χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, περιθωριοποίηση, έλλειψη στέγης)- Έρευνες που έγιναν σε χώρες όπως η Βραζιλία, η Χιλή, και η Ινδία, τονίζουν πως η συχνότητα εμφάνισης ψυχικών ασθενειών σε φτωχούς είναι η διπλάσια από ότι σε πλουσίους).

- Φύλο: Πρόσφατες έρευνες δείχνουν πως παίζει ρόλο στα είδη των ασθενειών που αναπτύσσουν τα 2 φύλα. Για παράδειγμα οι γυναίκες αναπτύσσουν πιο συχνά αγχώδεις διαταραχές και κατάθλιψη ενώ οι άνδρες πιο συχνά διαταραχές λόγω κατάχρησης ουσιών αλλά και διάφορες διαταραχές αντικοινωνικής προσωπικότητας.
- Ηλικία: Από έρευνες φάνηκε πως όσο μεγαλώνει ο άνθρωπος τόσο περισσότερο αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών. Συγκεκριμένα, όπως έχει βρεθεί η τρίτη ηλικία (Άνθρωποι άνω των 65) παρουσιάζουν σε ποσοστό 11.2%. με συνηθέστερη ασθένεια αυτή της κατάθλιψης.
- Σοβαρές απειλές όπως συγκρούσεις, καταστροφές, πόλεμοι, κοινωνικές αναταραχές, σεισμοί, τσουνάμι, επηρεάζουν μεγάλο αριθμό ατόμων και έχουν ως επακόλουθο ψυχικά προβλήματα. Η πιο συχνή διάγνωση είναι η Post-Traumatic Stress Disorder -PTSD.
- Ύπαρξη σοβαρών σωματικών ασθενειών (πχ. Aids, καρκίνος, αναπηρία) συχνά κάνει τους ανθρώπους να υποφέρουν από ψυχολογικές επιπτώσεις (αγχώδεις/καταθλιπτικές διαταραχές καθώς και άλλα προβλήματα).
- Οικογενειακό περιβάλλον: Πλήθος μελετών έδειξαν πως το οικογενειακό περιβάλλον όχι μόνο ευθύνεται για την ανάπτυξη ψυχικών ασθενειών, αλλά ότι το θετικό/αρνητικό κλίμα στο σπίτι συμβάλλει στην καλύτερευση/χειροτέρευση της κατάστασης των ψυχικά αρρώστων.

Οι ψυχικές διαταραχές και οι διαταραχές της συμπεριφοράς που εκδηλώνονται θεωρούνται κλινικά σημαντικές καταστάσεις οι οποίες χαρακτηρίζονται από μεταβολές στη σκέψη, στην διάθεση ή την συμπεριφορά και που συνδυάζονται με προσωπική δυσφορία και /ή έκπτωση της λειτουργικότητας. Οι ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς δεν είναι απλά διαφοροποιήσεις μέσα στα πλαίσια της φυσιολογικής διακύμανσης, αλλά αναφέρονται σε σαφώς ανώμαλα ή παθολογικά αίτια. Αυτές οι εκδηλώσεις, για να κατηγοριοποιηθούν ως διαταραχές, πρέπει να έχουν διάρκεια, να υποτροπιάζουν και να προκαλούν κάποιο βαθμό προσωπικής δυσφορίας ή έκπτωσης της λειτουργικότητας σε έναν ή περισσότερους τομείς της ζωής (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2002). Για αυτό και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει αναπτύξει μια σύγχρονη ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς με κλινικές περιγραφές και διαγνωστικές οδηγίες για χρήση στην κλινική πράξη και έρευνα (ICD-10, World Health Organization, 2001) με στόχο την καλύτερη και έγκυρη διάγνωση και θεραπεία.

Κλείνοντας, να τονίσουμε ότι η μελέτη μας εστιάζει γενικότερα σε ολόκληρο το φάσμα της ψυχικής ασθένειας και όχι σε κάποια συγκεκριμένη, καθώς θέλουμε με τον τρόπο αυτό να εξετάσουμε σφαιρικά τις υπάρχουσες προκαταλήψεις, στάσεις και στερεότυπα γύρω από αυτές.

2. Στάσεις

Ο όρος στάση πρωτοεμφανίστηκε στην παγκόσμια βιβλιογραφία, στις αρχές του 20ού αιώνα μέσα από τις σχετικές έρευνες και μελέτες των τότε ερευνητών πάνω στο θέμα αυτό. Ένας από αυτούς ήταν και ο Allport. Για τους κοινωνικούς ψυχολόγους η στάση ορίζεται ως ο τρόπος που εκτιμούμε οτιδήποτε μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο στη σκέψη μας: είτε είναι κάποιο πρόσωπο, μια συμπεριφορά, ένα φυσικό αντικείμενο, μια ιδέα, ένας θεσμός, και άλλα. Επίσης εμπεριέχει τις προθέσεις και την ετοιμότητα για δράση ενός ανθρώπου έναντι καταστάσεων που σχετίζονται με το αντικείμενο αυτό (Λαμπρίδης 2004).

Σημαντικό είναι να αντιληφτούμε το πώς διαμορφώνονται οι στάσεις των ατόμων στην καθημερινή μας ζωή. Για να το κάνουμε αυτό, πρέπει αρχικά να δούμε το πώς δομείται η στάση. Συγκεκριμένα, οι στάσεις παρουσιάζουν μια τριμελής δομή:

- Το συναίσθημα που μας γεννά το εκάστοτε αντικείμενο και η στάση μας για αυτό,
- Τις πληροφορίες και τις ιδέες που έχουμε αποκτήσει για αυτό και
- Το πώς θα αντιδράσουμε/πράξουμε (η συμπεριφορά μας δηλαδή) έναντι στο αντικείμενο (Λαμπρίδης 2004). Τα 3 παραπάνω στοιχεία συντελούν στην δημιουργία των στάσεων στο άτομο και ενεργοποιούνται κάθε φορά.

Για παράδειγμα, αναφορικά και με τη δική μας μελέτη, η στάση ενός ατόμου απέναντι στην μετακόμιση στην πολυκατοικία του ενός ψυχικά ασθενή μπορεί να περιλαμβάνει:

- Έντονα συναισθήματα όπως φόβο, τρόμο, αίσθημα ανασφάλειας
- Γνωστικές διεργασίες (οι ιδέες, οι απόψεις και οι πεποιθήσεις του ατόμου για τους ψυχικά νοσούντες και γενικά οι κοινωνικές επιδράσεις που θα έχει το συμβάν)
- Έκδηλη συμπεριφορά (πχ μπορεί να είναι πρόθυμο και να στηρίξει το όλο θέμα ή να είναι αντίθετο και να διαφωνήσει/ενεργήσει αρνητικά απέναντι σε αυτό)

Σαν αποτέλεσμα, η αρνητική αυτή στάση μπορεί να προκαλέσει (Anagnostopoulos & Xantzi 2011):

1. Ακόμα μεγαλύτερο φόβο, δυσπιστία, άγχος, αίσθημα ανασφάλειας ως συναισθηματική αντίδραση του ατόμου

2. σε γνωστικές αντιδράσεις (το άτομο αναλογίζεται τις αρνητικές συνέπειες της ύπαρξης ενός ψυχικά αρρώστου στην πολυκατοικία του)
3. Αντιδράσεις σε συμπεριφορικό επίπεδο (το άτομο αντιτίθεται σφοδρά και επιχειρεί δρώντας απορριπτικά και υποτιμητικά να διώξει τον ψυχικά ασθενή ένοικο)

Γενικά, μπορούμε να πούμε ότι οι στάσεις ενισχύουν την προσαρμοστικότητα του ατόμου στις συνθήκες, βοηθώντας το πολλές φορές να αποφύγει δυσάρεστα συμβάντα, αυξάνουν τις γνωστικές του ικανότητες αφού μέσω των στάσεων γίνεται πιο άμεσα η κατηγοριοποίηση σε καλά και κακά αντικείμενα, βελτιώνουν την αυτοεκτίμηση του μέσω των μηχανισμών άμυνας που χρησιμοποιεί (κυρίως απώθηση, άρνηση, προβολή, μέσω των οποίων απορρίπτει πλευρές της ρεαλιστικής πραγματικότητας) και τέλος του δίνουν την δυνατότητα να εκφράσει ευκολότερα τις ηθικές του αξίες, αντλώντας έτσι ικανοποίηση και αυτό-επιβεβαίωση της εικόνας τους (Πχ μια θετική στάση προς τους ψυχικά ασθενείς εκφράζει την ηθική αξία του αλτρουισμού (Howe & Krosnick, 2017)). Επομένως από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι οι στάσεις εξυπηρετούν ποικίλες λειτουργίες στο άτομο.

Σημαντικό στοιχείο αποτελεί το γεγονός ότι οι θετικές στάσεις μας προϋδεάζουν να προσεγγίσουμε ευνοϊκά ένα αντικείμενο προς εκτίμηση, ενώ οι αρνητικές στάσεις να το απορρίπτουμε-υποτιμούμε. Ωστόσο, οι στάσεις μας δεν εναρμονίζονται πάντα με τη συμπεριφορά μας. Με άλλα λόγια μπορεί να έχουμε μια θετική στάση απέναντι σε ένα αντικείμενο, εντούτοις να συμπεριφερόμαστε με αρνητικό τρόπο προς αυτό (και το αντίθετο). Σαν αποτέλεσμα (από τα αντιφατικά αυτά αποτελέσματα) γεννήθηκε το ερευνητικό ερώτημα 'πότε και υπό ποιές προϋποθέσεις τελικά οι στάσεις μας κατευθύνουν και τη συμπεριφορά μας'. Έχει βρεθεί ότι οι ισχυρές στάσεις παραμένουν αναλλοίωτες στο χρόνο, αντιστέκονται σε τυχόν απόπειρες αλλαγής, ενώ τέλος επηρεάζουν την επεξεργασία δεδομένων και γενικότερα τη συμπεριφορά μας. Οι παράγοντες που ορίζουν την δύναμη των στάσεων και τη συνέπεια-συσχέτιση ανάμεσα στις στάσεων και τη συμπεριφορά είναι (Howe & Krosnick, 2017):

- Η εμπειρία, διότι οι στάσεις που έχουν σχηματιστεί σύμφωνα με την προσωπική εμπειρία του ατόμου επιδρούν ισχυρότερα στη συμπεριφορά του, συγκριτικά με τις στάσεις που έχουν διαμορφωθεί στηριζόμενες σε έμμεσες πληροφορίες.
- Ο βαθμός που το άτομο θεωρεί με σιγουριά ότι μια στάση είναι σωστή και λογική.
- Η ποσότητα των δεδομένων. Συγκεκριμένα όσο πιο πολλές είναι οι πληροφορίες που λαμβάνει το άτομο για κάποιο αντικείμενο και όσο μεγαλύτερος ο βαθμός που αυτές συμφωνούν μεταξύ τους ως προς το περιεχόμενό τους, τόσο δυναμώνει και η επίδρασή τους στις στάσεις και στη συμπεριφορά γενικότερα.

- Η σαφήνεια της πεποιθήσης. Συγκεκριμένα, όσο πιο ξεκάθαρα θετικές ή αρνητικές είναι οι πεποιθήσεις και τα συναισθήματά μας προς ένα αντικείμενο, τόσο πιο αυξημένη είναι και η συσχέτιση ανάμεσα στις στάσεις και τις πράξεις μας.
- Η ακρότητα. Μάλιστα, όσο πιο ακραία είναι μια στάση, τόσο περισσότερο πιθανό είναι να δράσουμε σύμφωνα με αυτή.
- Το πόσο εύκολα ή δύσκολα μια στάση επαναφέρεται από τη μνήμη.
- Ο βαθμός προσωπικής εμπλοκής και το προσωπικό συμφέρον. Όταν ισχύουν και οι δύο αυτοί παράγοντες, τότε υφίσταται υψηλή αλληλεπίδραση με το αντικείμενο.
- Η χρονική σταθερότητα. Οι στάσεις που διατηρούνται ανέπαφες στο χρόνο ασκούν πιο μεγάλη επίδραση στη συμπεριφορά μας. Στο θέμα της έρευνας μας, φαίνεται πως η πολιτιστική παράδοση είναι ο πιο ισχυρός και καίριας σημασίας παράγοντας αναφορικά με τις στάσεις των ανθρώπων προς τους ψυχικά αρρώστους. Οι παραδοσιακές κοινότητες που εξελίσσονται με αργό ρυθμό, έχουν την τάση να κρατάνε τις ίδιες στάσεις, πεποιθήσεις και συμπεριφορές με το πέρασμα των χρόνων.

Συνοψίζοντας, η στάση καθίσταται ικανή να επιδράσει στη συμπεριφορά μας, είτε μέσω μιας αυτόματης και μη συνειδητής διεργασίας, η οποία δεν χρειάζεται σημαντική γνωστική διεργασία, είτε μέσω μιας ελεγχόμενης-συνειδητής διαδικασίας, η οποία προϋποθέτει γνωστική προσπάθεια και για αυτό επιτελεί ένα λογικό σκοπό.

Κλείνοντας, να αναφέρουμε ότι οι στάσεις ερευνητικά εξετάζονται και αναλύονται συνήθως με τις κλίμακες Likert. Τα ερωτηθέντα άτομα εκφέρουν τις στάσεις τους με βάση κάποιες συγκεκριμένες κλίμακες που τους δίδονται. Οι απαντήσεις κωδικοποιούνται συνήθως από το 1 έως το 5 (άλλες φορές και ως το 7) με τα 2 άκρα να είναι το: «διαφωνώ απόλυτα» και «συμφωνώ απόλυτα». Έτσι ο ερωτώμενος σε μια τέτοια κλίμακα έχει την ευχέρεια να «συμφωνεί» ή να «διαφωνεί» απόλυτα, αλλά μπορεί ακόμη και να μην δηλώνει σίγουρη άποψη αν απαντά στις ενδιάμεσες θέσεις. Οι απαντήσεις κάθε ατόμου που ολοκληρώνει την συμπλήρωση της κλίμακα συναθροίζονται και έτσι συνεπάγεται ο δείκτης που εκφράζει τη θετική ή την αρνητική στάση και η μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων αυτών ονομάζεται παραγοντική ανάλυση (factor analysis).

3. Προκαταλήψεις

Ως προκατάληψη ορίζουμε τις περισσότερες φορές την αρνητική στάση απέναντι στα μέλη μιας συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας, η οποία στάση πηγάζει αποκλειστικά από τη συμμετοχή ενός ανθρώπου σε αυτή τη συγκεκριμένη ομάδα. Σύμφωνα με τον Λαμπρίδη, 2004, οι προκαταλήψεις αυτές

συχνά σχηματίζουν επιφυλακτικές, καχύποπτες, υποτιμητικές, εχθρικές, απορριπτικές και γενικότερα αρνητικές συμπεριφορές στα μέλη μιας κοινωνικής ομάδας για τα μέλη μιας άλλης τα οποία και λογίζονται ως 'εχθροί'. Το άτομο που είναι προκατειλημμένο για κάποιο άλλο μέλος μιας ομάδας, πιστεύει ότι όλα τα μέλη της ομάδας, μοιράζονται όμοια αν όχι παρόμοια χαρακτηριστικά και έχει την τάση να τα αξιολογεί με αρνητικό -προκατειλημμένο τρόπο, απλά και μόνο επειδή υπάγονται σε αυτήν την διαφορετική ομάδα. Για το λόγο αυτό άλλωστε, τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε μέλους της ομάδας, όπως η προσωπικότητα, η συμπεριφορά και ο χαρακτήρας δεν διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο και παραβλέπονται. Στην Κοινωνική Ψυχολογία η προκατάληψη ως έννοια, έχει συχνά αρνητικά φορτισμένο περιεχόμενο και στη συντριπτική της πλειοψηφία διαποτίζει τις κοινωνικές σχέσεις των ανθρώπων με τρόπο αρνητικό. Επιπλέον, οι κοινωνικοί ψυχολόγοι θεωρούν ότι ως ένα σημείο η προκατάληψη είναι απότοκο της μάθησης. Υποστηρίζουν ότι το μίσος, η εχθρότητα και η καχυποψία απέναντι σε μια ομάδα της κοινωνίας 'διδάσκονται' πολύ νωρίς στη ζωή μας, πριν καν το άτομο προλάβει να αναπτύξει και να πάρει αρκετή γνώση για τα μέλη της άλλης ομάδας.

Προηγούμενες έρευνες διατείνονται ότι τα τελευταία χρόνια, το φαινόμενο της προκατάληψης ελαττώνεται σημαντικά, αρκετά όμως στοιχεία δείχνουν ότι η προκατάληψη όχι μόνο δεν εξασθένησε, αλλά μάλλον απέκτησε μια νέα μορφή στην σύγχρονη κοινωνία. Παρωχημένες μορφές προκατάληψης παραγκωνίζονται από μια σύγχρονη και καινούρια παραλλαγή, προσαρμόζοντας έτσι στην αναμόρφωση των κοινωνικών δομών και κανόνων. Η παλιά προκατάληψη (η έκδηλη μορφή) εκφερόταν άμεσα-ευθέως και ανοιχτά. Ως μια ολοκληρωτικά ρατσιστική εκδοχή, η μορφή αυτή προκατάληψης, περιλάμβανε την ακράδαντη πεποίθηση-πλάνη της γενετικής υπεροχής των μελών της μιας ομάδας (έναντι της άλλης) και ταυτοχρόνως την έντονη απροθυμία για διαπροσωπική επαφή με τα μέλη άλλων ομάδων. Η τωρινή μορφή προκατάληψης καθίσταται πιο διακριτική-αφανής, πιο λεπτή και δυσδιάκριτη (η άδηλη μορφή) στην καθημερινότητα μας. Διακρίνεται ως επί το πλείστον από την πλήρη απουσία θετικά διακειμένων αισθημάτων και όχι τόσο από την παρουσία σημαντικά ισχυρών αρνητικών, για τα μέλη άλλων ομάδων (Λαμπρίδης, 2004).

Συνοψίζοντας και για να γίνουν τα παραπάνω πιο κατανοητά, να αναφέρουμε μερικές από τις πιο συνηθισμένες μορφές προκατάληψης που διατηρούνται και επικρατούν στις μέρες μας, όπως ο ρατσισμός, ο σεξισμός, η προκατάληψη σε βάρος των ηλικιωμένων, των ομοφυλόφιλων, των ατόμων με κάποια φυσική ή διανοητική-ψυχική αναπηρία και άλλες πολλές. Με άλλα λόγια θα μπορούσαμε να πούμε ότι η προκατάληψη είναι ένα είδος διομαδικής μεροληψίας. Η μεροληψία εμπεριέχει τη διάκριση (δηλαδή τη συμπεριφορά), την προκατάληψη (τις στάσεις) και τα στερεότυπα (τη γνωστική διάσταση). Για αυτό το λόγο, πολλοί ερευνητές διατυπώνουν και τεκμηριώνουν ότι το στίγμα τελικά συγκροτείται από την προκατάληψη που βασίζεται σε αρνητικά στερεότυπα. Έτσι, τονίζεται το γεγονός ότι η μείωση

του στίγματος, των στερεοτύπων και των προκαταλήψεων είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με σοβαρές ψυχικές ασθένειες. Προηγούμενες μελέτες άλλωστε ανέδειξαν ότι μόνο με τη μείωση των στερεοτύπων και των προκαταλήψεων για τις σοβαρές αυτές ψυχικές νόσους θα μπορούσε ενδεχομένως να μειωθεί δραστικά η κοινωνική διάκριση που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αυτές τις διαταραχές (Corrigan & Penn, 1999).

4. Στερεότυπα

Ορίζοντας τα στερεότυπα θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι γενικευμένες και ευρέως διαδεδομένες πεποιθήσεις μεταξύ των μελών μιας ομάδας ως προς το τι γνωρίσματα και χαρακτηριστικά έχουν και το πώς συμπεριφέρονται τα μέλη μιας άλλης ομάδας. Έχουν να κάνουν με τις αντιλήψεις που διαχωρίζουν τους ανθρώπους σε κατηγορίες, τονίζοντας και αυξάνοντας τις διαφορές μεταξύ των ομάδων διαφορετικών κατηγοριών «οι άλλοι και εμείς». Το φύλο, η εθνικότητα, η ηλικία, η εκπαίδευση, ο πλούτος και άλλα πολλά ατομικά χαρακτηριστικά αποτελούν τη βάση για τη δημιουργία των στερεοτύπων. Διαμορφώνονται σε μεγάλο βαθμό με την ψευδαίσθηση της συνάφειας, σύμφωνα με την οποία οι άνθρωποι τείνουν να υπερεκτιμούν το βαθμό στον οποίο δύο δεδομένα συνδέονται μεταξύ τους (π.χ. αν σε μια ταινία εμφανιστεί ένας σχιζοφρενής δολοφόνος, τότε θα υπάρχει η τάση να εμφανιστεί η στερεοτυπική πεποίθηση ότι όλοι οι σχιζοφρενείς είναι δολοφόνοι) (Townsend, 1979). Τα στερεότυπα θεωρούνται κατά τον Corrigan, 2003: 1) εμπειρικές γνωστικές κατασκευές που μαθαίνονται από τα περισσότερα μέλη μιας κοινωνικής ομάδας, 2) 'κοινωνικά', γιατί αντιπροσωπεύουν πεποιθήσεις για διάφορες ομάδες ανθρώπων, για τις οποίες ισχύει μια καθολική συμφωνία, αναφορικά με τα γνωρίσματα που τους αποδίδονται ως τυπικά και συνηθισμένα και 3) 'αποδοτικά', γιατί οι άνθρωποι με τα στερεότυπα έχουν την δυνατότητα να σχηματίσουν ταχύτατα γνώμη και εντύπωση (κοινωνική αναπαράσταση) για τα μέλη μιας στερεοτυπημένης ομάδας (Αλεξάνδρα Χαντζή 2013).

Δεν θα ήταν υπερβολή να πούμε ότι τα στερεότυπα έχουν σκοπό ύπαρξης, καθώς: 1) Κάνουν ευκολότερη τη σύνθετη κοινωνική πραγματικότητα και τις εκάστοτε πληροφορίες που δεχόμαστε (απλοποιούμε με αυτά τον κόσμο μας), 2) προσανατολίζουν τη νεοαποκτηθείσα γνώση στις ήδη ταξινομημένες κατηγορίες που έχουμε, 3) ορίζουν τη συμπεριφορά διαφορετικών ομάδων της κοινωνίας όταν αυτές αλληλεπιδρούν μεταξύ τους 4) θωρακίζουν την αυτό-εικόνα μας και την αυτοεκτίμηση μας, αλλά και τη συνοχή των κοινωνικών ομάδων που τυχόν να ανήκουμε 5) Ενισχύουν κατά κάποιο τρόπο την παράδοση μας και τις κληρονομημένες πεποιθήσεις μας (Townsend, 1979).

Μοντέλο περιεχομένου στερεοτύπων (ΜΠΣ)

Όπως αναφέρεται στις σημειώσεις της Χαντζή Α. (2013), η Susan Fiske και οι συνεργάτες της (2002) ξεκινούν με τη διαπίστωση ότι δεν είναι όλα τα στερεότυπα ίδια. Κάποιες στερεοτυποποιημένες ομάδες θεωρούνται μη ικανές και όχι χρήσιμες π.χ. ηλικιωμένοι, ενώ άλλες θεωρούνται ανταγωνιστικά απειλητικές π.χ. στελέχη επιχειρήσεων. Κάποιες ομάδες θεωρούνται ήπιες και άκακες π.χ. νοικοκυρές, ενώ άλλες θεωρούνται ψυχρές και απάνθρωπες π.χ. οι πλούσιοι.

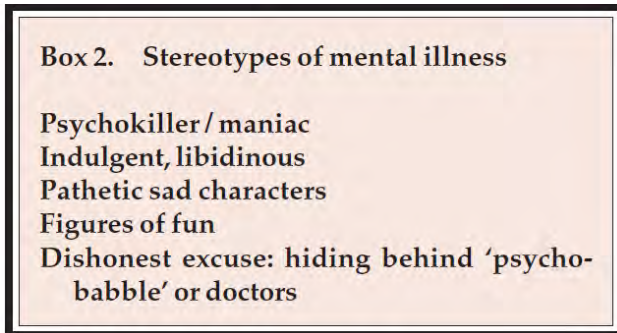
Για πολλά χρόνια η μελέτη των στερεοτύπων είχε επικεντρωθεί στις διαδικασίες στερεοτυποποίησης, δηλαδή διαδικασίες διαμόρφωσης στερεοτύπων που ισχύουν για όλες τις ομάδες και δεν είχε μελετηθεί ιδιαίτερα το περιεχόμενο των στερεοτύπων που υποτίθεται ότι διαφοροποιείται από ομάδα σε ομάδα και ανάλογα με το διομαδικό πλαίσιο. Για το λόγο αυτό η Fiske et al. (2002) προτείνουν ένα μοντέλο πρόβλεψης του περιεχομένου του εκάστοτε στερεοτύπου. Ισχυρίζονται ότι όταν συναντάμε ένα μέλος μιας ομάδας αναρωτιόμαστε αν πρόκειται για φίλο ή εχθρό, δηλαδή (α) αν έχει καλές ή κακές προθέσεις απέναντί μας και (β) αν έχει την ικανότητα να κάνει πράξη τις προθέσεις του. Αυτά τα 2 ερωτήματα παραπέμπουν σε 2 θεμελιώδεις διαστάσεις της κοινωνικής αντίληψης, την θερμότητα (warmth) και την ικανότητα (competence). Βάσει αυτών των 2 διαστάσεων υπάρχουν 4 είδη ομάδων που προκαλούν αντίστοιχα συναισθήματα και συμπεριφορικές τάσεις (βλέπε Παράρτημα Ι).

Μιας και προηγουμένως μιλήσαμε για την προκατάληψη, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι οι δύο αυτές έννοιες (προκατάληψη και στερεότυπα) χρησιμοποιούνται συχνά η μια στη θέση της άλλης και δυστυχώς όχι με ιδιαίτερη ευστοχία. Καταλαβαίνουμε ότι το στερεότυπο αποτελεί το σύνολο των πεποιθήσεων για όλους τους ανθρώπους που αποτελούν μέλη μιας ομάδας, ενώ η προκατάληψη είναι μάλλον περισσότερο μια στάση, συνήθως αρνητικά φορτισμένη, προς κάποιο μέλος μιας ομάδας. Και οι δύο αυτές έννοιες έχουν τη βάση τους σε πληροφορίες που είναι πολλές και ακούγονται συχνά και σαν αποτέλεσμα χαράζονται εύκολα στη μνήμη μας. Οι πληροφορίες που είναι αντίθετες στις προκαταλήψεις και στα στερεότυπα εκφράζονται σπάνια και από λίγους (Λαμπρίδης, 2004).

Συνοψίζοντας, τα αρνητικά στερεότυπα και οι αρνητικές προκαταλήψεις μπορεί να προκαλέσουν αντιδράσεις συμπεριφοράς που είναι άδικες και παράλογες προς τα μέλη μιας άλλης ομάδας, δηλαδή σε διακρίσεις. Οι διακρίσεις είναι αδικαιολόγητες, επιβλαβείς και αρνητικά φορτισμένες πράξεις εις βάρος των μελών μιας ομάδας. Μάλιστα όλα αυτά επειδή απλώς κάποιος μετέχει σε κάποια διαφορετική ομάδα.

Κλείνοντας το κεφάλαιο αυτό κρίνουμε σημαντικό ότι πρέπει να αναφερθούμε στα συνηθέστερα κοινωνικά στερεότυπα που συντηρούν το στιγματισμό των ψυχικά ασθενών: (Byrne, 1997; Angermeyer, 2004)

- Οι ψυχικά ασθενείς είναι απρόβλεπτοι, βίαιοι, επικίνδυνοι.
Ο επιπολασμός της βίας είναι 2% στον γενικό πληθυσμό, 8% ανάμεσα στους σχιζοφρενείς
- Υπάρχει ο φόβος να μολύνουν άλλους με την τρέλα τους.
Η πεποίθηση αυτή είναι ευρέως διαδιδόμενη ακόμη και στις μέρες μας λόγω ημιμάθειας στο κοινό και γίνεται αιτία διακρίσεων.
- Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι αδιάφορα, αναξιόπιστα, και ανίκανα για δουλειά.
Σtereότυπο που στερεί από τους ψυχικά ασθενείς το δικαίωμα να εργαστούν
- Δεν μπορούν να καταλάβουν και να κατανοήσουν βάσιμες πληροφορίες σχετικά με τα αποτελέσματα της θεραπείας τους ή τις καταστάσεις που υφίστανται.
Εντούτοις, η πορεία των σχιζοφρενών ασθενών που λαμβάνουν με συνέπεια και τακτικά τη φαρμακευτική τους αγωγή και παράλληλα κάνουν ψυχοθεραπεία είναι συνήθως καλή.
- Χειροτερεύουν σταδιακά, μέρα με τη μέρα και δεν υπάρχει θεραπεία στην νόσο τους.
Αυτό είναι το χειρότερο στερεότυπο, γιατί αφαιρεί την ελπίδα από όποιον την υιοθετεί και αποτρέπει κάθε προσπάθεια που είναι απαραίτητη για τη θεραπεία.
- Φταίνε οι ίδιοι προσωπικά για την ασθένεια τους (αδύναμος χαρακτήρας), είναι αποτέλεσμα δικών τους λαθών/επιλογών ή ότι υπεύθυνοι για τη σχιζοφρένεια είναι οι γονείς.
Οι περισσότερες ψυχικές ασθένειες (πχ σχιζοφρένεια) αποτελούν πολυπαραγοντικές νόσοι στην αιτιολογία τους στις οποίες εμπλέκονται α) βιολογικοί παράγοντες β) γενετικοί παράγοντες (κληρονομική προδιάθεση) γ) ψυχοκοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες δ) δυσλειτουργικότητα της οικογένειας (για εκδήλωση σχιζοφρένειας).
- Καθίσταται πολύ δύσκολο αν όχι αδύνατο να επικοινωνήσει κανείς μαζί τους.
Πολλές ψυχικές αρρώστιες συχνά ταυτίζονται στο μυαλό μας με τη νοητική υστέρηση. Ωστόσο, οι ψυχικές νόσοι προσβάλλουν ιστορικά όχι μόνο τους λιγότερο ή περισσότερο έξυπνους, αλλά και τις ιδιοφυίες).
- Δεν μπορούν να πάρουν υπεύθυνες αποφάσεις π.χ. που να ζήσουν, τι θέλουν στη ζωή τους.
Αρκετοί ασθενείς με σχιζοφρένεια ζουν ανάμεσά μας χωρίς να γίνεται αντιληπτή η ασθένειά τους, εργάζονται κανονικά, συμμετέχουν σε προγράμματα αποκατάστασης και διασκεδάζουν. Άλλωστε, ο εγκλεισμός στο ψυχιατρείο αποτελεί πια παρελθόν.



Εικόνα 1: Τα στερεότυπα των ψυχικά αρρώστων (Byrne, 2000)

5. Κοινωνική Απόσταση

Υφίσταται μια μεγάλη γκάμα παραγόντων που εξηγούν την ανάγκη απόδοσης στίγματος σε άτομα. Μία παράμετρος που φανερώνει πόσο πολύπλοκο είναι το στίγμα, είναι η επικινδυνότητα των ψυχικών διαταραχών (Jorm et al., 2012). Οι άνθρωποι δυσκολεύονται να αποδεχθούν ή αισθάνονται φόβο για ό,τι διαφέρει από τη νόρμα. Οι στάσεις στιγματισμού απέναντι σε άτομα με ψυχικές διαταραχές εξετάζονται ερευνητικά, ως προς την επιθυμία διατήρησης κοινωνικής απόστασης αλλά και άρνησης διαπροσωπικής επαφής από τον ψυχικά ασθενή (Jorm & Oh, 2009; Angermeyer et al., 2011). Με άλλα λόγια, η κοινωνική απόσταση αντανακλά την προθυμία ή την απροθυμία ενός ανθρώπου να αλληλεπιδράσει σε δραστηριότητες ή να δεσμευτεί σε σχέσεις με κάποιον ψυχικά ασθενή (Link et al., 1987; Corrigan et al., 2001). Προηγούμενες μελέτες που ολοκληρώθηκαν στη Ρωσία, τη Γερμανία και τη Μογγολία έδειξαν ότι το πόσο πρόθυμα ή απρόθυμα οι άνθρωποι αλληλεπιδρούν με άτομα με ψυχική διαταραχή (πχ καταθλιπτική διαταραχή και σχιζοφρένεια) και πόσο κοινωνική απόσταση επιθυμούν από αυτά συσχετίζεται άμεσα με τις πεποιθήσεις τους για αυτή (Dietrich et al., 2004). Συνοψίζοντας, η επιθυμία για κοινωνική απόσταση σχετίζεται με τις τυχόν θετικές/αρνητικές στάσεις απέναντι στους ενήλικες με ψυχική ασθένεια (Cashwell & Smith, 2011).

Γενικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι προκαταλήψεις επηρεάζουν έντονα τις συμπεριφορές διάκρισης και επομένως την κοινωνική απόσταση από τους νοσούντες με ψυχικές διαταραχές (Lauber, 2008). Στην Ελλάδα, ο Madianos et al., (1999), έκανε μια μεγάλη έρευνα αναφορικά με τις στάσεις του γενικού πληθυσμού απέναντι στους ψυχικά αρρώστους. Τα πορίσματα έδειξαν ότι στοιχεία όπως στερεότυπα, προκαταλήψεις και απόρριψη-απροθυμία αλληλεπίδρασης που αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες επηρεάζονται από τη μόρφωσή τους, το πολιτιστικό τους παρελθόν, το κοινωνικο-οικονομικό τους προφίλ και τις προηγούμενες εμπειρίες που είχαν από τους ψυχικά ασθενείς.

Σε μια άλλη έρευνα των Economou et al., (2009), βρέθηκε ότι η γενικότερη συμπεριφορά των Ελλήνων πολιτών εξακολουθεί να έχει αρνητικό πρόσημο προς στους ψυχικά πάσχοντες, καθώς οι στερεοτυπικές τους απόψεις-προκαταλήψεις για την επικινδυνότητα-βίαιη συμπεριφορά των ψυχικά αρρώστων παραμένουν. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (>60%), εξακολουθούν να διατηρούν κοινωνική απόσταση από τα άτομα με σχιζοφρένεια, διατυπώνουν ότι δεν θα παντρεύονταν κάποιον με αυτή την ασθένεια, και τέλος ότι θα ήταν απρόθυμοι τελείως να μοιραστούν ένα δωμάτιο με αυτόν, να δουλέψουν μαζί ή ακόμα και να ανοίξουν μια συζήτηση με κάποιον που νοσεί ψυχικά. Στις μελέτες αναδείχθηκαν δύο ξεχωριστοί παράγοντες, που αντανακλούν συμπεριφορές προκατάληψης ενάντια στις ψυχικές παθήσεις: η αυταρχικότητα (authoritarianism) που εκφράζει ότι τα άτομα με ψυχική ασθένεια είναι κατώτερα από τα φυσιολογικά και γι' αυτό χρειάζονται ειδική μεταχείριση και η αγαθή προαίρεση (benevolence) που υποστηρίζει την καλοσύνη στους αναξιοπαθούντες και οδηγεί σε μια συμπεριφορά που προσομοιάζει εκείνη των γονέων με τα παιδιά τους (Corrigan et al., 2001; Cohen & Struening, 1962). Και στις δύο περιπτώσεις ενισχύεται η κοινωνική απόσταση από τους ψυχικά αρρώστους. (Anagnostopoulos & Hantzi, 2011).

Τα άτομα με ψυχική ασθένεια προκαλούν συναισθηματικές αντιδράσεις καθώς θεωρούνται «απρόβλεπτα, τρομακτικά και απειλητικά» (Link et al., 1999). Κατά τον Lauber et al., (2004), οι αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις βρέθηκαν/συσχετίστηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες για μεγαλύτερη κοινωνική απόσταση. Προηγούμενες έρευνες τόνισαν επίσης ότι οι συμμετέχοντες στις μελέτες χαρακτήριζαν τους ψυχικά αρρώστους ως «πάσχοντες» και ως άτομα επικίνδυνα για την κοινωνία. Συγκεκριμένα ως άτομα που θα πρέπει να αποστασιοποιούνται από το κοινωνικό σύνολο. Ωστόσο, οι ασθενέστερες αντιλήψεις για την επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών συσχετίστηκαν άμεσα και στενά με λιγότερο φόβο τέτοιων ανθρώπων, το οποίο με τη σειρά του συσχετίστηκε με λιγότερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση. (Angermeyer and Dietrich, 2006).

Τέλος, έχει μελετηθεί ερευνητικά, ο τρόπος με τον οποίο τα μέσα μαζικής ενημέρωσης παρουσιάζουν θέματα που αφορούν ψυχικά ασθενείς και την ψυχική ασθένεια γενικότερα. Οι εικόνες που τα μέσα ενημέρωσης δείχνουν είναι τις περισσότερες φορές υπερβολικές, και δεν ανταποκρίνονται στην πραγματική φύση της ασθένειας. Σαν αποτέλεσμα, οι δέκτες όλων αυτών διαμορφώνουν αρνητικές αναπαραστάσεις για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές αφού τους παρουσιάζονται σαν επικίνδυνα, απρόβλεπτα, με πολύ βία μέσα τους, με αυτοκαταστροφικές τάσεις και ανίκανα να ανταπεξέλθουν μόνοι τους στις συνθήκες της ζωής (Anagnostopoulos & Xantzi, 2011). Όλα τα παραπάνω συμβάλλουν στην μεγαλύτερη επιθυμία των ανθρώπων για κοινωνική απόσταση απέναντι σε άτομα με ψυχική ασθένεια.

Κλείνοντας, να τονίσουμε ότι η παγκόσμια βιβλιογραφία έχει αναδείξει ότι η κοινωνική απόσταση είναι μια πολύπλευρη και πολυδιάστατη έννοια που εξαρτάται από ένα πλήθος μεταβλητών, όπως οι κοινωνικο-οικονομικοί και πολιτιστικοί παράγοντες, αλλά και από τη γενική στάση των ανθρώπων απέναντι θέματα ψυχικής υγείας/ασθένειας (Lauber et al., 2004; Lauber & Rossler, 2007).

6. Στίγμα

Ιστορική Αναδρομή

Ο όρος στίγμα αναφέρεται στην σύγχρονη κοινωνία μας για να περιγράψει ένα γνώρισμα απαξιωτικής σημασίας. Πρέπει βέβαια να τονίσουμε ότι αυτό από μόνο του δεν αρκεί. Συγκεκριμένα, πρέπει να υφίσταται μια τέτοια κοινωνική συνθήκη μέσα στην οποία να σχηματιστεί μια συσχέτιση ανάμεσα στη στιγματισμένη ιδιότητα και στο εκάστοτε στερεότυπο. Ο Goffman (2001), αναφέρει επίσης, ότι ο στιγματισμός είναι μια διεργασία δημιουργίας της ταυτότητας του παρεκκλίνοντος. Παρεκκλίνων είναι αυτός που παραβαίνει τους κανόνες της κοινωνικής συμπεριφοράς και άλλα πρότυπα που μπορεί να σχετίζονται με την κοινωνική τάξη, το φύλο, την εθνότητα, την σωματική και ψυχική υγεία, την θρησκεία, την γλώσσα, τον σεξουαλικό προσανατολισμό. Τα άτομα με άλλα λόγια, φέρνουν ένα στίγμα, μια μη επιθυμητή διαφορετικότητα σε σχέση με τις παγιωμένες αντιλήψεις του πληθυσμού που τους επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις (Goffman, 2001).

Κάνοντας μια ιστορική αναδρομή για την καλύτερη κατανόηση του στίγματος της ψυχικής νόσου, καταλαβαίνουμε ότι το στίγμα είναι μια πολύ παλιά εννοιολογική κατασκευή των ανθρώπων. Αρχικά, οι αρχαίοι Έλληνες ήταν αυτοί που επινόησαν τον όρο στίγμα για να καταδείξουν σημάδια του σώματος που γινόταν για να τονίσουν κάτι το αρνητικό αναφορικά με την κατάσταση, την κοινωνικοοικονομική θέση ή την ηθική-πνευματική υπόσταση του φορέα τους. Τα σημάδια αυτά συνήθως ήταν καψίματα, κοψίματα, ουλές και τα έφεραν οι δούλοι, οι εγκληματίες, οι προδότες, κάποιο μολυσμένο άτομο για να τους αποφεύγουν οι πολίτες στους δημόσιους χώρους και τις συγκεντρώσεις. Έπειτα, και κατά τη Ρωμαϊκή αυτοκρατορία συνεχίστηκε ο στιγματισμός στους χριστιανούς, αφού η ομολογία της πίστης μπορούσε να επισύρει και τη διαπόμπευση. Ακόμη και στο Βυζάντιο υπήρχε η διαδικασία της παραδειγματικής πομπής (που ήταν σύμφωνη με τα αρχαιοελληνικά πρότυπα και τον στιγματισμό, για τους κλέφτες, τους ψευδομάρτυρες, παιδεραστές, εμπρηστές κ.α.) πριν την διεκπεραίωση της τελικής ποινής (πχ φυλακή ή εξορία κτλ) (Goffman, 2001). Κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα, οι απόκληροι της κοινωνίας που ζούσαν σε πόλεις (φτωχοί, καθυστερημένοι, παραβάτες του νόμου, ψυχικά ασθενείς) εγκλείονταν στα άσυλα. Κατά τους μετέπειτα χρόνους φτιάχτηκαν τα ψυχιατρικά άσυλα, στα οποία κλείστηκε ένας μεγάλος αριθμός ψυχικά αρρώστων.

Στη νεώτερη Ελληνική πραγματικότητα, αν και θα αναμέναμε την οριστική εξάλειψη του στιγματισμού και της διαπόμπευσης, μια πληθώρα από παραδείγματα μας διαψεύδουν και τονίζουν τη συνέχιση αυτής της 'παράδοσης'. Συγκεκριμένα, στην εποχή μας η λέξη στίγμα χρησιμοποιείται ευρέως και είναι διαδιδόμενη με την πρωταρχική της έννοια της και αναφέρεται περισσότερο στην ηθική, κοινωνική, οικονομική υποβάθμιση και όχι τόσο στο σωματικό στιγματισμό. Μάλιστα, σε περιόδους πολιτικών και κοινωνικών-οικονομικών κρίσεων οι Έλληνες αναβιώνουν τις στιγματιστικές συνήθειες του παρελθόντος, μέχρι και την διαπόμπευση των νεκρών. Το στίγμα άλλωστε τείνει να μεταφέρεται από τον στιγματισμένο άνθρωπο στο στενό του κύκλο, με λιγότερη όμως ένταση. Αυτή είναι και μία αιτία, για την οποία οι διαπροσωπικές σχέσεις είτε αποφεύγονται είτε και αποκόπτονται οριστικά όταν υπάρχουν.

Είδη Στίγματος Και Κοινωνιολογική Προσέγγιση

Το παραδοσιακό καθιερωμένο στερεότυπο του ψυχικά ασθενή είναι παγιωμένο στη συνείδηση του κάθε ανθρώπου και είναι απότοκο πληθώρας διεργασιών μάθησης της πρώιμης παιδικής ηλικίας. Οι αρνητικές στάσεις απέναντι στους ψυχικά νοσούντες διατηρούνται και στην μετέπειτα ενήλικη ζωή (Corrigan, 2003). Ο μηχανισμός που σχηματίζονται τα στερεότυπα στην περίπτωση των ψυχικά αρρώστων δύναται να είναι: μια μερικώς αυθαίρετη γνώμη για λίγα συγκεκριμένα μέλη μιας ομάδας πληθυσμού (πχ των σχιζοφρενών), τελικά σχηματίζει ένα στερεότυπο για ολόκληρη την ομάδα (πχ του συνόλου των ψυχικά αρρώστων). Στο σημείο αυτό μπορούν να αναφερθούν κυρίως τρία είδη στίγματος (Byrne, 2001):

- Αποκρουστικά φυσικά χαρακτηριστικά ή και διάφορες σωματικές δυσπλασίες-αναπηρίες
- Μειονεκτήματα του χαρακτήρα που τα αντιλαμβάνεται κανείς ως αποτελέσματα ασθενούς θέλησης και δύναμης, πχ η ψυχική διαταραχή, η παραβατική συμπεριφορά, οι εξαρτήσεις, εθισμός σε ουσίες (αλκοολισμός) η ομοφυλοφιλία, οι τάσεις αυτοκτονίας κ.α.
- Τα καθολικά στίγματα μιας φυλής, ενός έθνους, μιας θρησκευτικής ή πολιτικής ομάδας, και έχουν να κάνουν με την κοινή καταγωγή τους.

Το στιγματισμένο άτομο τις περισσότερες φορές είναι σε θέση να αναγνωρίζει και να καταλαβαίνει ότι η κοινή γνώμη δεν το αποδέχεται με όρους ισότιμους. Φέρει ένα στερεότυπο και βλέπει στον εαυτό του τις ιδιότητες που οι άλλοι του αποδίδουν στερεοτυπικά. Σαν αποτέλεσμα, στο τέλος θεωρεί ότι πράγματι υπολείπεται συγκριτικά με τους μη στιγματισμένους. Σε αυτήν την περίπτωση αντιδρά ως εξής (Goffman, 2001):

- Επιχειρεί να διορθώσει αμέσως αυτό που πιστεύει ότι οφείλεται για την μειονεκτική του θέση (πχ κάνοντας μια επεμβατική εγχείρηση).
- Προσπαθεί έμμεσα και άμεσα να καλυτερεύσει την κατάστασή του με πολύ κόπο και έντονη προσωπική προσπάθεια (πχ φοιτητής με ψύχωση που ενάντια στην αρνητική συμπτωματολογία της νόσου του διαβάζει πάρα πολύ φοιτητής για να πετύχει στα μαθήματα της σχολής του).
- Κάνει χρήση των μειονεκτικών του χαρακτηριστικών για να καρπωθεί δευτερεύοντα οφέλη (πχ αποφυγή του ανταγωνισμού και λιγότερες κοινωνικές ευθύνες)
- Τέλος, ίσως να δει την όλη κατάσταση ως κάποια θεϊκή δοκιμασία που του επιβάλλεται.

Αντίθετα, ο τρόπος που αντιδρά και συμπεριφέρεται κανείς απέναντι σε έναν στιγματισμένο, του οποίου η διαφορετικότητα γίνεται διακριτή, είναι (Goffman, 2001):

- Να κατασκευάσει μια δική του θεωρία για την κατανόηση και ερμηνεία της κατωτερότητας του διαφορετικού, εκλογικεύοντας συχνά μια εχθρότητα που πηγάζει από άλλες διαφορές π.χ. κοινωνικές
- Να του αποδώσει επιπλέον ελαττώματα με βάση τη μια και αρχική μειονεκτική του ατέλεια (π.χ. μερικοί μπορεί να μιλούν αργά σε έναν ψυχικά άρρωστο σα να είναι και διανοητικά καθυστερημένος).
- Προσπαθώντας να δικαιολογήσει τη δική του συμπεριφορά να θεωρήσει το ψεγάδι-μειονέκτημα ως κάποια δίκαιη-θεϊκή τιμωρία του στιγματισμένου.

Κατά τον Haghghat (2001), η διαδικασία του στιγματισμού, μέσω του σχηματισμού στερεοτύπων και προκαταλήψεων, πηγάζει από του εξής παράγοντες:

- Ιδιοσυγκρασιακούς (Πχ κατά παράδοση αρνητικές ιδιότητες και χαρακτηριστικά αποδίδονται στις μειονοτικές ομάδες. Είναι με άλλα λόγια συνήθως άδικες απόψεις για τους άλλους και μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως μέσο προσαρμογής για την προστασία την οποία παρέχουν).
- Ψυχολογικούς (Ο Sigmund Freud, χρησιμοποιεί τον όρο ‘προβολή’ για να περιγράψει το μηχανισμό με τον οποίο το άτομο αποδίδει σε κάποιο άλλο τις ασυνειδήτες δικές του ιδέες, σκέψεις, ενορμήσεις, κίνητρα και συναισθήματα που του είναι ανεπιθύμητα ή απαράδεκτα. Με τον τρόπο αυτό πχ υποβαθμίζουν τους άλλους, ώστε να νιώσουν πιο έξυπνοι/ανώτεροι και τελικά καλύτερα συγκριτικά με τον εαυτό τους).
- Εξελικτικούς παράγοντες (Ο στιγματισμός ως μια τακτική για επιβίωση των ειδών, μέσω των διακρίσεων. Έτσι αυτοί που συμπεριφέρονται βίαια ή δεν μπορούν να επιβιώσουν αυτόνομα

λόγω κάποιας υποκείμενης ψυχικής ασθένειας, ή έχουν γονίδια κάποιας ψυχικής διαταραχής στιγματίζονται με απώτερο σκοπό να μην εξελιχθούν-αναπαραχθούν).

- Οικονομικά κίνητρα (Επικαλείται ο στιγματισμός των άλλων ως ένα δυνατό όπλο στον σύγχρονο κοινωνικοοικονομικό συναγωνισμό. Για αυτό και παρατηρείται ισχυρότερος στιγματισμός στις πιο συμφεροντολογικές κοινωνίες).

Συμπερασματικά, το στίγμα, κοινωνικο-γνωστικά δομείται από τρία στοιχεία: τα στερεότυπα, την προκατάληψη και τη διάκριση (Corrigan, 2003). Κατά τη διεργασία του στιγματισμού οι ατομικές διαφορές εξυψώνονται και έπειτα συσχετίζονται με δυσάρεστες-απόθητες ιδιότητες, ανάλογα με τις επικρατέστερες κοινωνικές πεποιθήσεις-πιστεύω. Τα αρνητικά αυτά στερεότυπα συμβάλλουν στην αυθαίρετη κατηγοριοποίηση των ατόμων, σε προκαταλήψεις/στερεότυπα εις βάρος τους, σε διακρίσεις και σε κοινωνική απομόνωση. Η ψυχική νόσος, αν και με το πέρασμα των αιώνων αποκτήσαμε πολλές γνώσεις για αυτή, συνεχίζει να αποτελεί ένα σημείο ανεπάρκειας και ελαττώματος (για τους πάσχοντες) και οι νοσούντες από αυτή συγκροτούν μια ομάδα πληθυσμού που κατεξοχήν στιγματίζεται. Ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών βασίζεται σε διάφορες προκαταλήψεις, οι οποίες στον μεγαλύτερο βαθμό τους είναι αβάσιμες και αδικαιολόγητες, ειδικά στην εποχή μας που έχουν ανακαλυφθεί πολλές και αποτελεσματικές θεραπείες. Οι πιο βασικές προκαταλήψεις που οδήγησαν στο στιγματισμό πηγάζουν από τα στερεότυπα που εκθέτουν τον ψυχικά πάσχοντα ως επικίνδυνο, βίαιο ανιάτο, ανίκανο, απρόβλεπτο και γενικά ανεύθυνο να ζήσει μόνος του. Τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις και οι κοινωνικές διακρίσεις διαψεύδονται πολύ δύσκολα και πολλές φορές δρουν ασυνείδητα. Συγκεκριμένα, οι προκαταλήψεις είναι αυτές που κάνουν τα άτομα πιο ευάλωτα στην απόρριψη. Με τον τρόπο αυτό ενισχύεται και το φαινόμενο του αυτοστιγματισμού που οδηγεί στην ακόμα μεγαλύτερη απομόνωσή τους. Η κοινωνική απόσυρση των ψυχικά αρρώστων από τα κοινωνικά δρώμενα κλιμακώνει και ενισχύει τα παγιωμένα στερεότυπα των ανθρώπων, ενώ συγχρόνως παρεμποδίζει και κωλύει σε τεράστιο βαθμό την επαφή, την εξοικείωση και την αλληλεπίδρασή τους με το κοινωνικό γίγνεσθαι.

Εν κατακλείδι, σε όλο τον κόσμο γίνεται ένας τεράστιος αγώνας να μετασχηματιστεί η στάση/γνώμη του κόσμου απέναντι στη ψυχική νόσο. Η διεργασία για την αλλαγή αυτή προϋποθέτει την κατάλληλη γνώση, μόρφωση, εκπαίδευση, την εξοικείωση μέσω της άμεσης επαφής, την προσωπική αλληλεπίδραση με ψυχικά πάσχοντες και τέλος την ουσιαστική υποστήριξη της πολιτείας με νομοθετικές ρυθμίσεις, νόμους και θεσμούς. Η καταπολέμηση και η εξουδετέρωση του στίγματος αποτελεί και ατομική ευθύνη για τον καθένα μας ξεχωριστά και συνιστά σημείο σπουδαίας προόδου και στοιχείο ευαισθησίας και ανθρωπισμού για την κάθε σύγχρονη και πολιτισμένη κοινωνία.

7. Εξοικείωση/Αλλαγή Στάσεων

Θεωρία της Επαφής

Έχει βρεθεί ότι οι πιο θετικές σε επαφές περιοχές εμφανίζουν υψηλό ποσοστό μειονοτήτων. Η Ελλάδα ανήκει στις χώρες με το χαμηλότερο επίπεδο επαφών, αν και εμφανίζει το χαμηλότερο διαχωρισμό κατοικίας (Semyonov & Glikman, 2009).

Ο Allport (1954) διετύπωσε τη θεωρία της επαφής, σύμφωνα με την οποία η προκατάληψη μιας ενδοομάδας απέναντι στα μέλη μιας εξωομάδας μπορεί να μειωθεί μέσα από την επαφή. Η επαφή μπορεί να διακριθεί σε άμεση (direct, face-to-face contact), όταν δηλαδή έρχονται σε επαφή μέλη της ενδοομάδας με μέλη της εξωομάδας άμεσα, ή σε έμμεση (indirect), όταν μέλη της ενδοομάδας έρχονται σε επαφή με άλλα άτομα, τα οποία με την σειρά τους διατηρούν σχέσεις, όποιου είδους, με μέλη της συγκεκριμένης εξωομάδας. Οι προϋποθέσεις μιας επιτυχούς επαφής, δηλαδή μιας επαφής που οδηγεί σε μείωση της προκατάληψης, είναι η αλληλεπίδραση (personal interaction), η συνεργασία και ο κοινός στόχος (intergroup cooperation and common goals), το ισότιμο κοινωνικό επίπεδο μεταξύ των μελών των δύο ομάδων (equal status) και η θεσμική υποστήριξη (institutional support). Αυτή η διαδικασία μείωσης της προκατάληψης διαμεσολαβείται από τρεις παράγοντες. Αρχικά, τη γνώση για την εξωομάδα, που έχει μικρή σπουδαιότητα, καθώς η διομαδική επαφή αυξάνει τη γνώση για την εξωομάδα και αυτή η γνώση με τη σειρά της μειώνει την προκατάληψη. Επιπλέον, το διομαδικό άγχος, το οποίο σύμφωνα με τους Stephan and Stephan (1985) μειώνεται μέσα από τη διομαδική επαφή. Η Turner και οι συνεργάτες της πραγματοποίησαν μια έρευνα που αφορούσε τις επιδράσεις της άμεσης και της εκτεταμένης επαφής στην στάση προς την εξωομάδα (Turner, Hewstone, Voci 2007). Όπως φάνηκε από τα αποτελέσματα στην άμεση επαφή η στάση προς την εξωομάδα διαμεσολαβείται μόνο από μεγαλύτερη ένταξη της εξωομάδας στον εαυτό. Από την άλλη πλευρά, στην εκτεταμένη διομαδική επαφή η συμπεριφορά προς την εξωομάδα μεσολαβείται τόσο από τη μείωση του διομαδικού άγχους, τη θετική πρόσληψη των ενδοομαδικών νορμών για την εξωομάδα, καθώς και τη θετική πρόσληψη των εξωομαδικών νορμών για την ενδοομάδα, όσο και από τη μεγαλύτερη ένταξη της εξωομάδας στον εαυτό.

Πολλοί ερευνητές έθεσαν υπό εξέταση αρκετές μεταβλητές που ασκούν επίδραση στην προκατειλημμένη συμπεριφορά. Είδαν ότι η εξοικείωση (familiarity) και ο βαθμός εξοικείωσης (intensity of familiarity) φαίνεται να έχουν την πιο υψηλή στατιστική συσχέτιση με τις προκαταλήψεις. Σαν εξοικείωση ορίζεται η γνώση και η εμπειρία για την ψυχική ασθένεια και η ένταση της εξαρτάται από το βαθμό συγγένειας και τη συχνότητα της επαφής. Μπορεί να είναι από το να έχει δει κανείς έναν

ηθοποιό να υποδύεται τον ρόλο ενός πάσχοντα από ψυχική νόσο, να έχει κανείς έναν φίλο ή συνάδελφο που νοσεί, μέχρι το να έχει έναν συγγενή ψυχικά άρρωστο ή να είναι ο ίδιος ψυχιατρικός ασθενής (Corrigan et al., 2001).

Γύρω από το δικό μας θέμα έρευνας διαβάσαμε ότι πολλές μελέτες ανέφεραν την εξοικείωση με τους ψυχικά αρρώστους ως καθοριστικό παράγοντα που μειώνει την κοινωνική απόσταση από αυτούς καθώς και τις προκαταλήψεις και τις στάσεις τους απέναντι στη ψυχική νόσο (Anagnostopoulos & Hantzi, 2011; Pettigrew, 2008; Pettigrew & Tropp 2013; Corrigan et al., 2001; Link et al., 1987). Μετά την εξοικείωση τα άτομα αυτά δεν λογίζονται πλέον ως ξένα (strangers). Ο Jorm et al., (2012), πρόσθεσε ότι εάν η εξοικείωση με την ψυχική αρρώστια και η σωστή ενημέρωση συμβάλλει σε μείωση των προκαταλήψεων για επικινδυνότητα-βιαιότητα των ψυχικά ασθενών, τότε αναμένεται οι πεποιθήσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (αναφορικά με την επικινδυνότητα των ασθενών) να είναι χαμηλότερες, συγκριτικά πάντα με αυτές του γενικού πληθυσμού, καθώς η εκπαίδευση που υφίστανται, αλλά και η καθημερινή επαφή με τους ασθενείς αποτελεί το κύριο έργο της δουλειάς τους. Αξίζει, κλείνοντας το κομμάτι αυτό, να τονίσουμε ότι καμία μελέτη δεν έχει δείξει ότι η επαγγελματική επαφή με ψυχικά ασθενείς, ενδυναμώνει την πεποίθηση για επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών. Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί από μελέτες ότι η περιορισμένη επαφή με ψυχικά ασθενείς ενισχύει τις αρνητικές απόψεις απέναντί τους. Η εικόνα αυτή αλλάζει μόνο όταν αρχίσει η συστηματική επαφή με τα άτομα αυτά (Björkman et al., 2007).

Επιπλέον, προηγούμενες έρευνες έχουν καταλήξει στο ότι η έλλειψη εξοικείωσης συνδέεται με περισσότερη προκατειλημμένη στάση απέναντι στην ψυχική ασθένεια (Angermeyer, 2005). Βέβαια πρέπει να τονίσουμε ότι η μεμονωμένη γνώση για την κλινική εικόνα της ψυχικής ασθένειας πιθανά διαμορφώνει στερεοτυπικές αντιδράσεις και στιγματιστικές στάσεις. Αντίθετα, η επαφή με ασθενείς που έχουν ξεπεράσει την οξεία φάση, που επισκέπτονται τακτικά τον γιατρό τους και που ζουν πλέον μια 'κανονική' καθημερινότητα είναι αυτή που οδηγεί σημαντικά και σταδιακά στη μείωση των προκαταλήψεων (Corrigan et al., 2001).

Τέλος, να αναφέρουμε μια σχετικά πρόσφατη έρευνα των Anagnostopoulos & Hantzi (2011), σε φοιτητές στην Πάντειο Αθηνών, που εξέτασε τη σχέση μεταξύ προκαταλήψεων, εξοικείωσης με την ψυχική ασθένεια και κοινωνικής απόστασης από τους ψυχικά ασθενείς. Όπως ανέδειξαν τα αποτελέσματα της έρευνας, ο υψηλός βαθμός εξοικείωσης με την ψυχική ασθένεια συσχετίζεται με μειωμένες προκαταλήψεις και συμβάλλει στη μείωση της κοινωνικής απόστασης από τους ψυχικά ασθενείς. Με άλλα λόγια, αν θέλουμε να επιτύχουμε μια ουσιαστική παροχή κοινωνικής φροντίδας

στους ψυχικά ασθενείς, πρέπει πρώτα από όλα να συμβάλλουμε στην μείωση αν όχι άρση των προκαταλήψεων και των προκατειλημμένων αντιλήψεων εις βάρος τους.

Αναθεώρηση στερεοτυπικών πεποιθήσεων - Μείωση της προκατάληψης

Για να ελαττωθεί ουσιαστικά η προκατάληψη και τα στερεότυπα τις περισσότερες φορές χρειάζεται να έρθουν τα μέλη των διαφορετικών ομάδων σε επαφή μεταξύ τους. Η επαφή μέσω βιώματος μπορεί να διαψεύσει το στερεότυπο. Σύμφωνα με την Χαντζή, κάθε μια πληροφορία που δεν επιβεβαιώνει το στερεότυπο επιδρά σε αυτό σε μικρό βαθμό. Τελικά το στερεότυπο μεταβάλλεται από έναν ικανό αριθμό παρόμοιων τέτοιων πληροφοριών (λογιστικό μοντέλο). Όμως για να είναι αποτελεσματική αυτή η επαφή πρέπει να υλοποιείται κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες (Corrigan & Penn, 1999) όπως:

1. Νομοθετικές ρυθμίσεις κατά των διακρίσεων με συντονισμό των φορέων εξουσίας για την καταστολή τους. Σαν αποτέλεσμα τα άτομα φέρονται λιγότερο στερεοτυπικά και προκατειλημμένα για να υπακούσουν στους εκάστοτε νόμους.
2. Δυνατότητα προσωπικής γνωριμίας. Όπως τονίσαμε στην αρχή το εάν η επαφή καταστεί αποτελεσματική προϋποθέτει ικανοποιητική συχνότητα και διάρκεια. Τα άτομα έτσι αναθεωρούν τις διαφωνίες τους, ενώ ενισχύουν τα κοινά τους γνωρίσματα.
3. Ισότιμη θέση. Τα μέλη της στερεοτυποποιημένης ομάδας μπορούν να αντιστρέψουν την αρχική αρνητική εικόνα που είχαν. Σε αντίθετη περίπτωση, οι στερεοτυπικές πεποιθήσεις αντί να εξασθενήσουν θα αυξηθούν.
4. Συνεργασία μεταξύ των ομάδων. Η επαφή μέσα από τη συνεργασία βελτιώνει τις σχέσεις τους, αρκεί η έκβαση της συνεργασίας να είναι επιτυχής. Σε αντίθεση περίπτωση η συνεργασία μπορεί να οξύνει πιο πολύ τις σχέσεις μεταξύ τους.

Αντιδράσεις κατά την επαφή στιγματισμένων (ψυχικά άρρωστοι) και μη στιγματισμένων

Κλείνοντας, να τονίσουμε ότι αν και η επαφή των ανθρώπων με στιγματισμένους ανθρώπους είναι αναγκαία για την μείωση των προκαταλήψεων και των στερεοτυπικών πεποιθήσεων και την ενίσχυση των θετικών στάσεων προς αυτούς, η επαφή πάντα γεννά ποικίλες αντιδράσεις-συμπεριφορές. Αυτό συμβαίνει γιατί ο στιγματισμός των ανθρώπων υφίσταται πάντα στα πλαίσια της συνύπαρξης και της συναναστροφής με 'φυσιολογικούς', σύμφωνα με τα πρότυπα της κοινωνικής πραγματικότητας. Στα πλαίσια των κοινωνικών σχέσεων ο στιγματισμένος μπορεί να (Goffman, 2001):

- Αισθάνεται αβεβαιότητα για το πώς οι άλλοι θα τον υποδεχθούν και θα τον αναγνωρίσουν. Άλλωστε, δεν μπορεί να ξέρει τι πραγματικά σκέφτονται οι άλλοι για αυτόν.
- Νιώθει ότι είναι μονίμως πάνω σε μια σκηνή εκτεθειμένος, καθώς συνέχεια πρέπει να αναρωτιέται τι εντύπωση αφήνει, αλλά και να έρχεται αντιμέτωπος με ενοχλητικές και άβολες κοινωνικές συμπεριφορές όπως το καρφωμένο βλέμμα των άλλων πάνω του.
- Πιστεύει ότι μια τυχαία και τυχόν ακατάλληλη συμπεριφορά-αντίδραση του σε μια περίπτωση μπορεί εσφαλμένα να θεωρηθεί ως απότοκο της διαφορετικότητας του (πχ ψυχικά άρρωστοι δεν παίρνουν μέρος σε αντιπαραθέσεις γιατί η ζωνρή έκφραση ενός συναισθήματος όπως ο θυμός, μπορεί να εκληφθεί ως ένδειξη αδυναμίας τους).
- Βιώνει και αισθάνεται ότι οι υπόλοιποι των βλέπουν με μεγάλη περιέργεια και συχνά παραβιάζεται η ιδιωτική του υπόσταση. Τα άτομα αυτά δεν έχουν κανένα περιθώριο για προσωπική ζωή, εξαιτίας των αδιάκριτων ερωτήσεων που διαρκώς γίνονται δέκτες.
- Αντιδράσει με αμυντική συμπεριφορά (π.χ. κοινωνική απόσυρση).
- Προσπαθήσει να πλησιάσει τους συνανθρώπους του με επιδεικτική-επιδέξια συμπεριφορά, ακόμα και με επιθετικότητα-καχυποψία.

Ειδικό Μέρος

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκοπός Μελέτης

Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων των Λαρισαίων πολιτών (γενικός πληθυσμός) για τη ψυχική αρρώστια και την επιθυμία τους για κοινωνική απόσταση από τους ψυχικά ασθενείς σε συσχέτιση με την εξοικείωση τους με την ψυχική διαταραχή.

Τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα, που μελετώνται, είναι:

- Ποια η σχέση ανάμεσα στις κλίμακες SDS (επιθυμία να απομακρυνθεί κάποιος από τα άτομα με ψυχική ασθένεια) και LCR (εξοικείωση με την ψυχική διαταραχή);
- Ποια η σχέση ανάμεσα στις κλίμακες OMI (θετική/αρνητική γνώμη για την ψυχική αρρώστια) και LCR (εξοικείωση με την ψυχική διαταραχή);
- Ποια η σχέση ανάμεσα στις κλίμακες OMI (θετική/αρνητική γνώμη για την ψυχική αρρώστια) και SDS (επιθυμία να απομακρυνθεί κάποιος από τα άτομα με ψυχική ασθένεια);
- Ποια η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα SDS (επιθυμία να απομακρυνθεί κάποιος από τα άτομα με ψυχική ασθένεια) και το φύλο;
- Ποια η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα OMI (θετική/αρνητική γνώμη για την ψυχική αρρώστια) και το φύλο;
- Ποια η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα SDS (επιθυμία να απομακρυνθεί κάποιος από τα άτομα με ψυχική ασθένεια) και το μορφωτικό επίπεδο;
- Ποια η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα OMI (θετική/αρνητική γνώμη για την ψυχική αρρώστια) και το μορφωτικό επίπεδο;
- Ποια η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα SDS (επιθυμία να απομακρυνθεί κάποιος από τα άτομα με ψυχική ασθένεια) και την ηλικία;
- Ποια η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα OMI (θετική/αρνητική γνώμη για την ψυχική αρρώστια) και την ηλικία;
- Ποια η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα SDS (επιθυμία να απομακρυνθεί κάποιος από τα άτομα με ψυχική ασθένεια) και το εισόδημα;
- Ποια η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα OMI (θετική/αρνητική γνώμη για την ψυχική αρρώστια) και το εισόδημα;

- Ποια η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα SDS (επιθυμία να απομακρυνθεί κάποιος από τα άτομα με ψυχική ασθένεια) και την οικογενειακή κατάσταση;
- Ποια η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα OMI (θετική/αρνητική γνώμη για την ψυχική αρρώστια) και την οικογενειακή κατάσταση;
- Ποια η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα SDS (επιθυμία να απομακρυνθεί κάποιος από τα άτομα με ψυχική ασθένεια) και την επαγγελματική απασχόληση;
- Ποια η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα OMI (θετική/αρνητική γνώμη για την ψυχική αρρώστια) και την επαγγελματική απασχόληση;

Πληθυσμός στόχος

Γενικός πληθυσμός.

Πληθυσμός πρόσβασης

Λαρισαίοι πολίτες.

Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού στη μελέτη

Κριτήρια ένταξης

- Άνδρες και γυναίκες.
- Ηλικία 18 ετών και άνω.
- Ικανότητα επικοινωνίας και γνώση της ελληνικής γλώσσας.

Κριτήρια αποκλεισμού

- Ηλικία κάτω των 18 ετών.
- Δυσκολία κατανόησης της ελληνικής γλώσσας.
- Άρνηση συμμετοχής στη μελέτη.

Ερευνητική διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στη Λάρισα κατά το χρονικό διάστημα 2019-2020 στα πλαίσια του ΠΜΣ Ψυχική Υγεία του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Με την μέθοδο της ευκαιριακής δειγματοληψίας εντοπίστηκαν οι συμμετέχοντες. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια κλειστού τύπου, τα οποία δόθηκαν στα υποκείμενα. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για την

συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και τη διασφάλιση της ανωνυμίας. Η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και η διανομή-συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε αποκλειστικά από τον ερευνητή.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελούνταν από 4 μέρη:

- Κοινωνικό-δημογραφικά δεδομένα
- Ερωτηματολόγιο LCR (Level of Contact Report). Η κλίμακα αυτή μετρά την εξοικείωση με την ψυχική διαταραχή. 12 καταστάσεις βαθμολογούνται ανάλογα με την εξοικείωση που δημιουργείται από την επαφή με ψυχικά ασθενή. Ο βαθμός οικειότητας κυμαίνεται από τον ελάχιστο (1): «ποτέ δεν έπεσε στην αντίληψή μου κάποιος με ψυχική αρρώστια» έως τον υψηλότερο (12): «έχω μια σοβαρή ψυχική αρρώστια». Τα θέματα αυτής της κλίμακας δεν έχουν απαντήσεις, απλώς σημειώνονται αυτά που αφορούν στην εμπειρία του ερωτηθέντα. Ο κάθε ένας που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο αυτό μπορεί να βάλει σε κύκλο περισσότερες από μία απαντήσεις-θέματα, αλλά καταγράφεται η μεγαλύτερη στον αριθμό. Π.χ. αν κάποιος σημειώσει την 1: «ποτέ δεν έπεσε στην αντίληψή μου κάποιος με ψυχική αρρώστια», την 7: «η εργασία μου περιλαμβάνει υπηρεσίες προς ανθρώπους με ψυχική αρρώστια» και την 9: «κάποιος οικογενειακός φίλος πάσχει από σοβαρή ψυχική αρρώστια», στην καταγραφή του ερωτηματολογίου σημειώνεται μόνο η απάντηση 9 επειδή αυτό είναι το θέμα που δηλώνει την μεγαλύτερη οικειότητα από αυτά που έχουν απαντηθεί. Προκειμένου να υπάρχει ευκολότερη κατανόηση της αξιολόγησης, η συνολική βαθμολογία μετατρέπεται σε κλίμακα ποσοστιαίας βαθμονόμησης (0-100%), μέσω υπολογισμού και αναγωγής των αρχικών τιμών. Οι τιμές που προσεγγίζουν το 100 δηλώνουν μεγαλύτερη εξοικείωση με την ψυχική νόσο.
- Ερωτηματολόγιο SDS (Social Distance Scale - Κλίμακα Κοινωνικής Απόστασης). Η κλίμακα αποτελείται από επτά ερωτήσεις και οι συμμετέχοντες βαθμολογούν από το 0-3 την προθυμία ή την απροθυμία του συμμετέχοντα να αλληλεπιδράσει σε δραστηριότητες ή να δεσμευθεί σε σχέσεις με κάποιον ψυχικά ασθενή. Προκειμένου να υπάρχει ευκολότερη κατανόηση της αξιολόγησης, η συνολική βαθμολογία μετατρέπεται σε κλίμακα ποσοστιαίας βαθμονόμησης (0-100%), μέσω υπολογισμού και αναγωγής των αρχικών τιμών. Οι τιμές που προσεγγίζουν το 0 αντιπροσωπεύουν την επιθυμία να απομακρυνθεί κάποιος από τα άτομα με ψυχική ασθένεια.
- Ερωτηματολόγιο OMI (Opinion about Mental Illness - Γνώμη για την ψυχική αρρώστια). Η κλίμακα αυτή αποτελεί ένα ψυχομετρικό εργαλείο για τη μέτρηση των στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο. Αποτελείται από 51 θέματα τύπου Likert με απαντήσεις από 1-6 το κάθε ένα από αυτά. Η μέτρηση με τη μέθοδο Likert συνίσταται στη διατύπωση του βαθμού

συμφωνίας με μια σειρά από θετικές και αρνητικές προτάσεις-απόψεις που αφορούν το αντικείμενο της στάσης. Η βαθμολογία 1 αποτελεί το ένα άκρο: «συμφωνώ απόλυτα» και η βαθμολογία 6 το άλλο άκρο: «διαφωνώ απόλυτα». Το διάστημα μεταξύ των άκρων θεωρείται ότι είναι συνεχές και αποτελείται από τις βαθμολογίες: 2 «συμφωνώ», 3 «μáλλον συμφωνώ», 4 «μáλλον διαφωνώ», 5 «διαφωνώ». Το κάθε θέμα βαθμολογείται με τον αριθμό που δίνεται ως απάντηση. Προκειμένου να υπάρχει ευκολότερη κατανόηση της αξιολόγησης, η συνολική βαθμολογία μετατρέπεται σε κλίμακα ποσοστιαίας βαθμονόμησης (0-100%), μέσω υπολογισμού και αναγωγής των αρχικών τιμών. Οι τιμές που προσεγγίζουν το 100 δηλώνουν θετικότερη στάση απέναντι στην ψυχική νόσο.

Στατιστική μεθοδολογία

Για την περιγραφική στατιστική ανάλυση, οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν στη μορφή «μέση τιμή», «τυπική απόκλιση», και «διάμεσος τιμή», ενώ οι διακριτές σε «συχνότητα» και «σχετική συχνότητα (%)».

Για τη μέτρηση της αξιοπιστίας κλιμάκων μελετήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής. Πρόκειται για έναν συντελεστή που αξιολογεί το βαθμό στον οποίο οι ερωτήσεις που συγκροτούν μια κλίμακα μετρούν την ίδια έννοια. Υπολογίζεται μέσω του συντελεστή Cronbach's Alpha (α), ο οποίος εκτιμά το βαθμό συσχέτισης μεταξύ των ερωτήσεων του εργαλείου. Τιμές μεγαλύτερες ή πλησιέστερες στο 0.7 χαρακτηρίζονται ως αποδεκτές. Ένας συντελεστής εσωτερικής συνάφειας Cronbach's Alpha μεταξύ 0.5 και 0.6 θεωρείται αρκετός, στα αρχικά στάδια μιας μελέτης. Στην περίπτωση που η τιμή alpha ξεπερνά το 80%, τότε θεωρείται μία ιδιαίτερα καλή ανάλυση αξιοπιστίας.

Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ δύο συνεχών μεταβλητών έγινε χρήση του δείκτη Pearson ή του Spearman, ανάλογα με το αν ισχύει ή όχι (αντίστοιχα) η παραδοχή της Κανονικότητας. Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ μίας συνεχούς και μία τακτικής μεταβλητής έγινε χρήση του δείκτη συσχέτισης Spearman. Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ μίας συνεχούς και μία διχοτομικής μεταβλητής έγινε χρήση του δείκτη συσχέτισης Point Biserial. Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ μίας συνεχούς και μία ονομαστικής μεταβλητής έγινε χρήση της ανάλυσης διασποράς (ANOVA) ή του ελέγχου των Kruskal-Wallis, ανάλογα με την ικανοποίηση της προϋπόθεσης της Κανονικότητας. Για τον έλεγχο της συνθήκης της Κανονικότητας χρησιμοποιήθηκε, αρχικά, η δοκιμασία Shapiro-Wilk. Εν συνεχεία, σε περίπτωση μη αποδοχής της συνθήκης, έγινε μελέτη των γραφικών αναπαραστάσεων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot».

Για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε χρήση του λογισμικού SPSS 25. Η ελάχιστη τιμή του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας, *p*-value, ορίζεται στο 5%. Ως υποδιαστολή χρησιμοποιείται η τελεία.

Δειγματοληπτική Μέθοδος

Ως καταλληλότερη μέθοδος, για την συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης, κρίθηκε η δειγματοληψία «ευκολίας», καθώς συμμετέχουν σε αυτό όσα άτομα το επιθυμούν. Η ερευνητική χρησιμότητα και η αντιπροσωπευτικότητα ενός τέτοιου δείγματος είναι αμφισβητήσιμη και αφορά σε πιλοτικές έρευνες καθώς δεν ενδείκνυται για εξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων. Ωστόσο, αυτή η τεχνική δειγματοληψίας είναι ευρέως διαδεδομένη όταν δεν υπάρχει άμεση πρόσβαση στον υπό μελέτη πληθυσμό. Σε αυτή την περίπτωση, το επιχείρημα της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος και της γενικευσιμότητας των αποτελεσμάτων αντιστρέφεται. Συγκεκριμένα, θεωρείται ότι τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να γενικευθούν σε πληθυσμούς που έχουν χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά το δείγματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφική ανάλυση του δείγματος

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 220 άτομα, συγκεκριμένα από 109 γυναίκες και 111 άνδρες, ηλικίας από 18 έως 75 ετών ($M = 39.3$, $SD = 13.9$). Αναφορικά με την εργασιακή κατάσταση των συμμετεχόντων το 72,7% είναι εργαζόμενοι, το 23,6% άνεργοι, , ενώ τέλος το 3,6% είναι συνταξιούχοι. Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο του δείγματος το 35,5% είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (το 4,1% απόφοιτοι Γυμνασίου και 31,4 % απόφοιτοι Λυκείου), το 26.4% απόφοιτοι ΤΕΙ και το 38,2% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ. Η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων είναι άγαμοι 47,3%, έγγαμοι 44,5%, διαζευγμένοι 5,9% και χήρος/α (2,3%). Τέλος, το ετήσιο εισόδημα δεν ξεπερνά τις 10.000 € στο 44,5% του δείγματος, βρίσκεται ανάμεσα στις 10.000 € με 20.000 € στο 40%, είναι 20.000 € με 30.000 € στο 11,8 % και άνω των 30.000 € στο 3,6 % του δείγματος. Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφονται αναλυτικά τα χαρακτηριστικά του δείγματος.

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

		N	N %	Mean	Standard Deviation	Min	Median	Max
Φύλο	Γυναίκα	109	49.5					
	Άντρας	111	50.5					
Απασχόληση	Άνεργος/ η	52	23.6					
	Εργαζόμενος/ η	160	72.7					
	Συνταξιούχος	8	3.6					
Επίπεδο εκπαίδευσης	Γυμνάσιο	9	4.1					
	Λύκειο	69	31.4					
	ΤΕΙ	58	26.4					
	ΑΕΙ	84	38.2					
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/ η	104	47.3					
	Έγγαμος/ η	98	44.5					
	Χήρος/ α	5	2.3					
	Διαζευγμένος/ η	13	5.9					
Ετήσιο εισόδημα	<10,000	98	44.5					
	10,000 - 20,000	88	40.0					
	20,000 - 30,000	26	11.8					
	> 30,000	8	3.6					
Ηλικία				39.3	13.9	18	42.0	75

Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται τα βασικά στατιστικά στοιχεία των βαθμολογιών των ερωτηματολογίων LCR, SDS, και OMI. Σε ό,τι αφορά την κλίμακα LCR οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο εξοικείωσης με την ψυχική διαταραχή (52.9 %). Οι τιμές της κλίμακας SDS δηλώνουν ένα μέτριο-υψηλό επίπεδο επιθυμίας να απομακρυνθεί κάποιος από τα άτομα με ψυχική ασθένεια (35.3 %). Τέλος, οι στατιστικοί δείκτες της κλίμακας OMI δηλώνουν ένα μέτριο-υψηλό επίπεδο θετικότερης στάσης απέναντι στην ψυχική νόσο (49.8 %).

Πίνακας 2. Στατιστικοί δείκτες των βαθμολογιών των ερωτηματολογίων LCR, SDS, και OMI (σε εκατοστιαία κλίμακα)

	Mean	Standard Deviation	Minimum	Median	Maximum
LCR score (%)	52.9	26.5	0	54.5	100
SDS score (%)	35.3	21.4	0	33.3	100
OMI score (%)	49.8	9.3	18	49.4	78

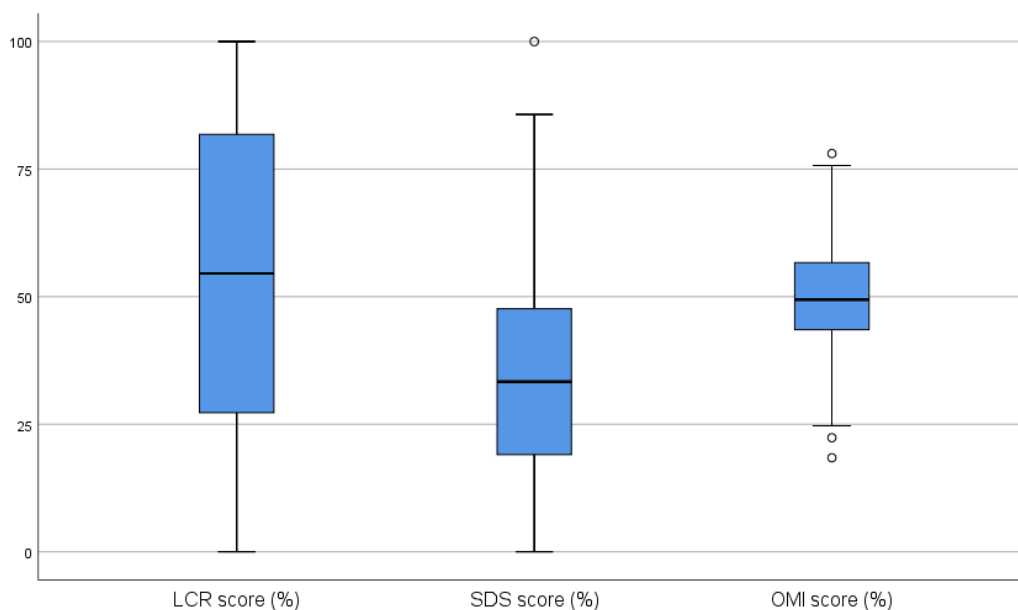
Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (δοκιμασία Shapiro-Wilk), η κλίμακα OMI παρουσιάζει κανονική κατανομή, ενώ οι κλίμακες LCR και SDS δεν παρουσιάζουν. Η μελέτη των γραφικών αναπαραστάσεων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot», των κλιμάκων LCR και SDS, έδειξε ότι μπορεί να υποστηριχτεί η υπόθεση της Κανονικότητας των υπό μελέτη κατανομών τους.

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
LCR score (%)	,187	220	,000	,905	220	,000
SDS score (%)	,099	220	,000	,961	220	,000
OMI score (%)	,033	220	,200*	,993	220	,430

*, This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction



Γράφημα 1. Θηκογράμματα (box-plots) των βαθμολογιών των ερωτηματολογίων LCR, SDS, και OMI (σε εκατοστιαία κλίμακα)

Ανάλυση αξιοπιστίας κλιμάκων

Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφεται η ανάλυση της εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) της εννοιολογικής κατασκευής των ερωτηματολογίων SDS και OMI, ως τιμή του συντελεστή alpha του Cronbach. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι όλες οι υπό μελέτη κλίμακες κρίνονται, σε ότι αφορά την αξιοπιστία τους, ως αποδεκτές.

Πίνακας 3. Ανάλυση της εσωτερικής συνέπειας των SDS, και OMI

	Reliability Statistics	
	Cronbach's Alpha	N of Items
<i>SDS</i>	.868	7
<i>OMI</i>	.852	51

Ερευνητικά ερωτήματα

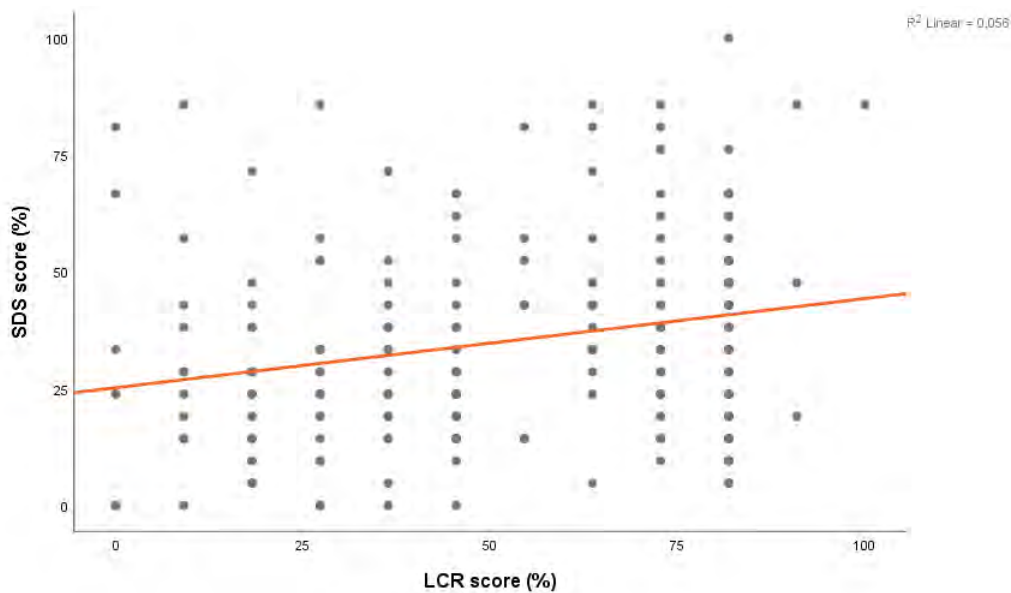
Ποια η σχέση ανάμεσα στις κλίμακες LCR και SDS;

Ανάμεσα στις κλίμακες SDS και LCR βρέθηκε, στατιστικώς σημαντική, ισχυρή θετική συσχέτιση ($r(220) = .236, p < .001$). Συγκεκριμένα, αυξημένο επίπεδο εξοικείωσης με την ψυχική νόσο αντιστοιχεί σε μειωμένη επιθυμία να απομακρυνθεί κάποιος από τα άτομα με ψυχική ασθένεια.

Correlations

		LCR score (%)	SDS score (%)
LCR score (%)	Pearson Correlation	1	.236**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	220	220
SDS score (%)	Pearson Correlation	.236**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	220	220

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

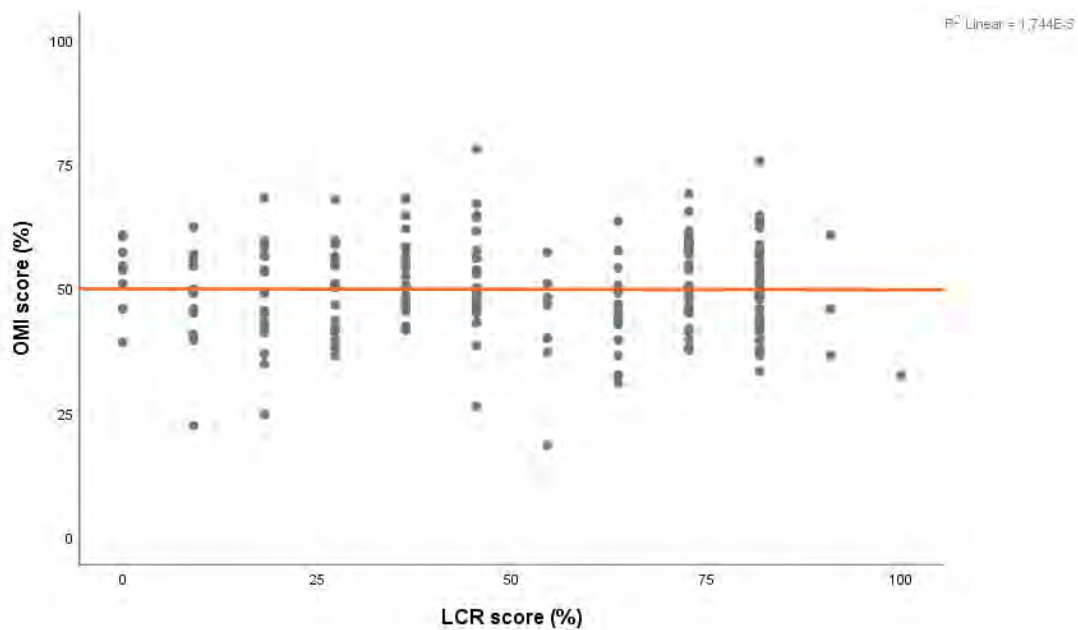


Ποια η σχέση ανάμεσα στις κλίμακες OMI και LCR;

Ανάμεσα στις κλίμακες OMI και LCR δεν βρέθηκε, στατιστικώς σημαντική, συσχέτιση ($r(220) = -.004$, $p = .951$). Αυτό σημαίνει ότι η γνώμη για την ψυχική αρρώστια των συμμετεχόντων δεν εξαρτάται από την εξοικείωση τους με την ψυχική νόσο (προηγούμενη επαφή τους με αυτή).

Correlations

		LCR score (%)	OMI score (%)
LCR score (%)	Pearson Correlation	1	-.004
	Sig. (2-tailed)		.951
	N	220	220
OMI score (%)	Pearson Correlation	-.004	1
	Sig. (2-tailed)	.951	
	N	220	220



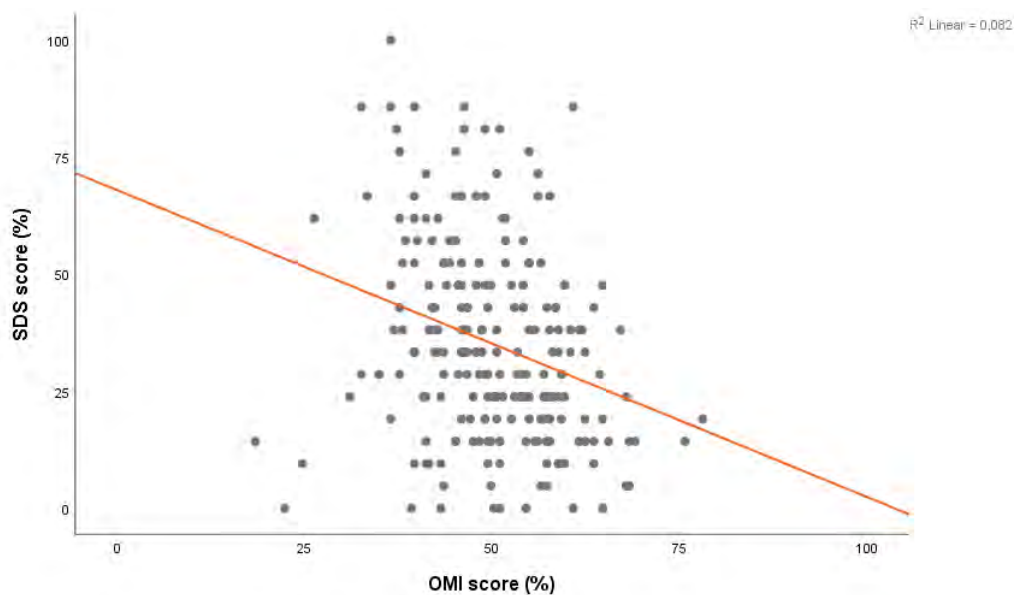
Ποια η σχέση ανάμεσα στις κλίμακες OMI και SDS;

Ανάμεσα στις κλίμακες OMI και SDS βρέθηκε, στατιστικώς σημαντική, αρνητική συσχέτιση ($r(220) = -.286, p < .001$). Συγκεκριμένα, θετικότερη στάση απέναντι στην ψυχική νόσο αντιστοιχεί σε μειωμένη επιθυμία να απομακρυνθεί κάποιος από τα άτομα με ψυχική ασθένεια.

Correlations

		SDS score (%)	OMI score (%)
SDS score (%)	Pearson Correlation	1	-.286**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	220	220
OMI score (%)	Pearson Correlation	-.286**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	220	220

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

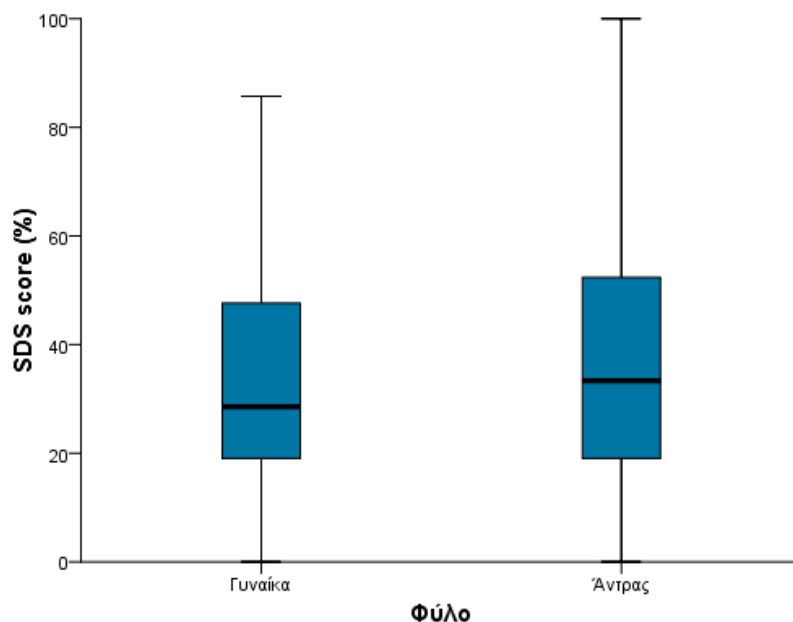


Ποια η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα SDS και το φύλο;

Ανάμεσα στην κλίμακα SDS και το φύλο δεν βρέθηκε, στατιστικώς σημαντική, συσχέτιση ($r_{pb}(220) = .077$, $p = .255$). Με άλλα λόγια δεν βρέθηκαν διαφορές ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες του δείγματος, αναφορικά με την επιθυμία τους να απομακρυνθούν/αλληλεπιδράσουν με άτομα με ψυχική αρρώστια.

Correlations

		SDS score (%)	Φύλο
SDS score (%)	Point Biserial	1	.077
	Sig. (2-tailed)		.255
	N	220	220
Φύλο	Point Biserial	.077	1
	Sig. (2-tailed)	.255	
	N	220	220

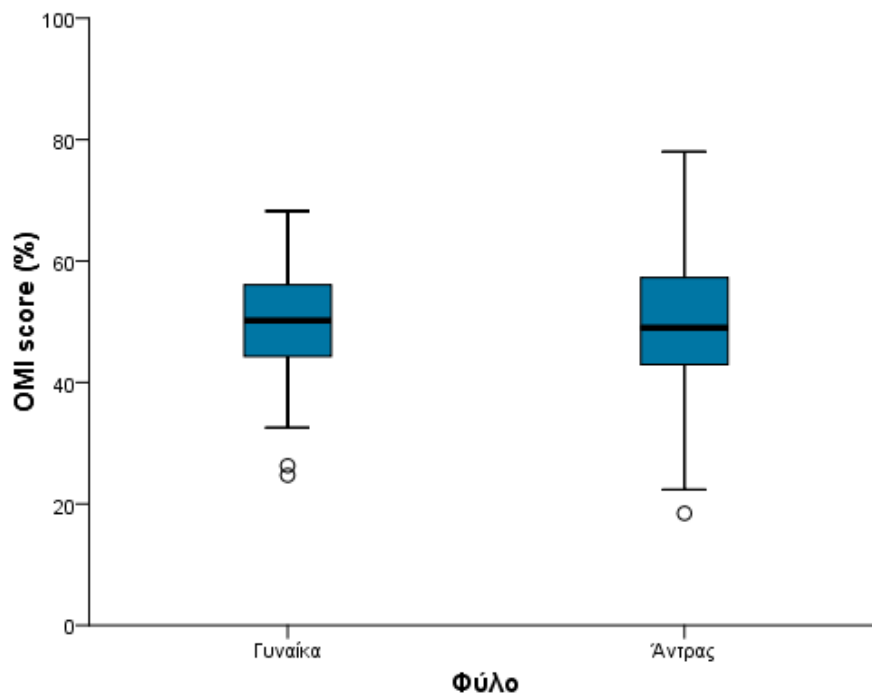


Ποια η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα OMI και το φύλο;

Ανάμεσα στην κλίμακα OMI και το φύλο δεν βρέθηκε, στατιστικώς σημαντική, συσχέτιση ($r_{pb}(220) = -.013, p = .843$). Αυτό συνεπάγεται ότι η γνώμη για την ψυχική αρρώστια δεν διέφερε ανάμεσα στους άντρες και στις γυναίκες συμμετέχοντες.

Correlations

		OMI score (%)	Φύλο
OMI score (%)	Pearson Correlation	1	-.013
	Sig. (2-tailed)		.843
	N	220	220
Φύλο	Pearson Correlation	-.013	1
	Sig. (2-tailed)	.843	
	N	220	220



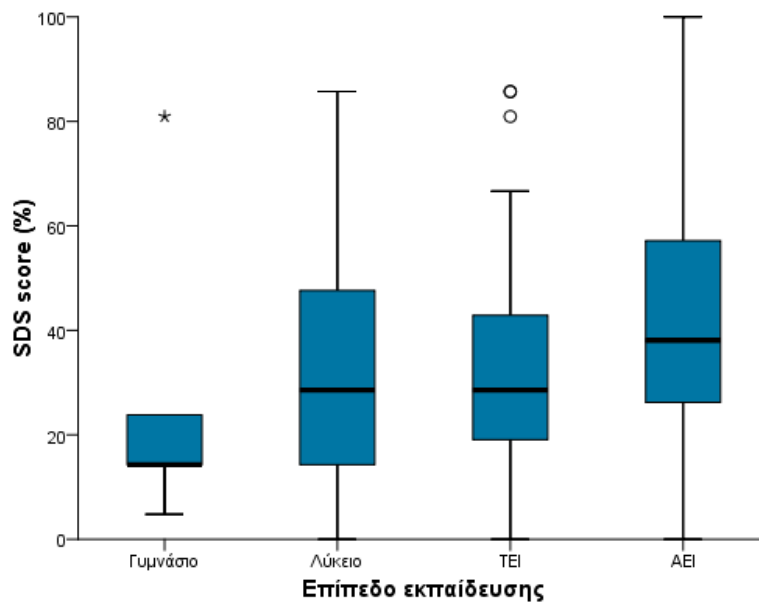
Ποια η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα SDS και το μορφωτικό επίπεδο;

Ανάμεσα στην κλίμακα SDS και το μορφωτικό επίπεδο βρέθηκε, στατιστικώς σημαντική, ισχυρή θετική συσχέτιση ($r_s(220) = .249, p < .001$). Συγκεκριμένα, αυξημένο μορφωτικό επίπεδο αντιστοιχεί σε μειωμένη επιθυμία να απομακρυνθεί κάποιος από τα άτομα με ψυχική ασθένεια.

Correlations

		SDS score (%)		Επίπεδο εκπαίδευσης
Spearman's rho	SDS score (%)	Correlation Coefficient	1.000	.249**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	220	220
Επίπεδο εκπαίδευσης	Επίπεδο εκπαίδευσης	Correlation Coefficient	.249**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	220	220

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



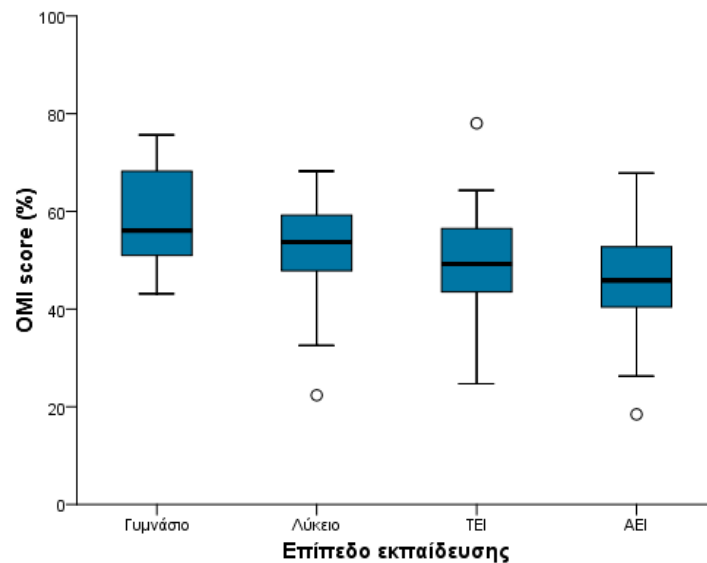
Ποια η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα OMI και το μορφωτικό επίπεδο;

Ανάμεσα στην κλίμακα OMI και το μορφωτικό επίπεδο βρέθηκε, στατιστικώς σημαντική, ισχυρή αρνητική συσχέτιση ($r_s(220) = -.334, p < .001$). Συγκεκριμένα, αυξημένο μορφωτικό επίπεδο αντιστοιχεί σε αρνητικότερη στάση απέναντι στην ψυχική νόσο.

Correlations

		OMI score (%)		Επίπεδο εκπαίδευσης
Spearman's rho	OMI score (%)	Correlation Coefficient	1.000	-.334**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	220	220
Επίπεδο εκπαίδευσης		Correlation Coefficient	-.334**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	220	220

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



Ποια η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα SDS και την ηλικία;

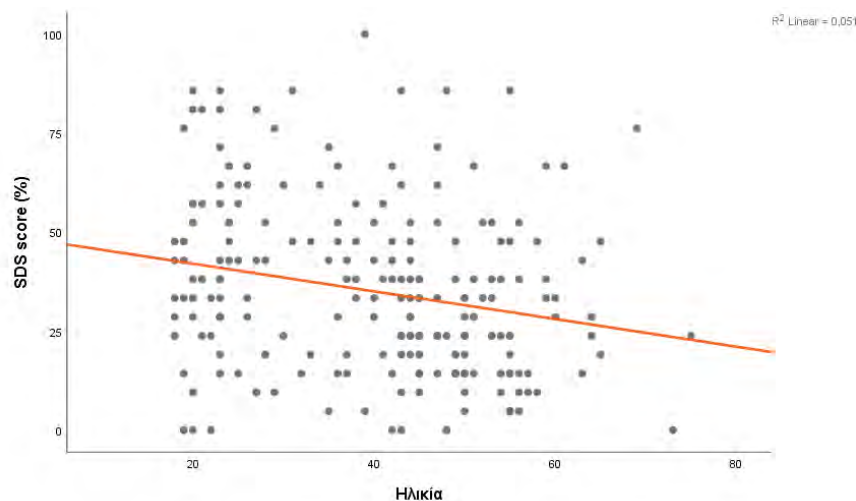
Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (δοκιμασία Shapiro-Wilk), η ηλικία δεν παρουσιάζει κανονική κατανομή. Η μελέτη των γραφικών αναπαραστάσεων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot» έδειξε, επίσης, ότι δεν μπορεί να υποστηριχτεί η υπόθεση της Κανονικότητας της ηλικίας.

Ανάμεσα στην κλίμακα SDS και την ηλικία βρέθηκε, στατιστικώς σημαντική, ισχυρή αρνητική συσχέτιση ($r_s(220) = -.237, p < .001$). Συγκεκριμένα, αυξημένη ηλικία αντιστοιχεί σε αυξημένη επιθυμία να απομακρυνθεί κάποιος από τα άτομα με ψυχική ασθένεια.

Correlations

		SDS score (%)	Ηλικία
Spearman's rho	SDS score (%)	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000
		N	220
Ηλικία	SDS score (%)	Correlation Coefficient	-.237**
		Sig. (2-tailed)	.000
		N	220

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



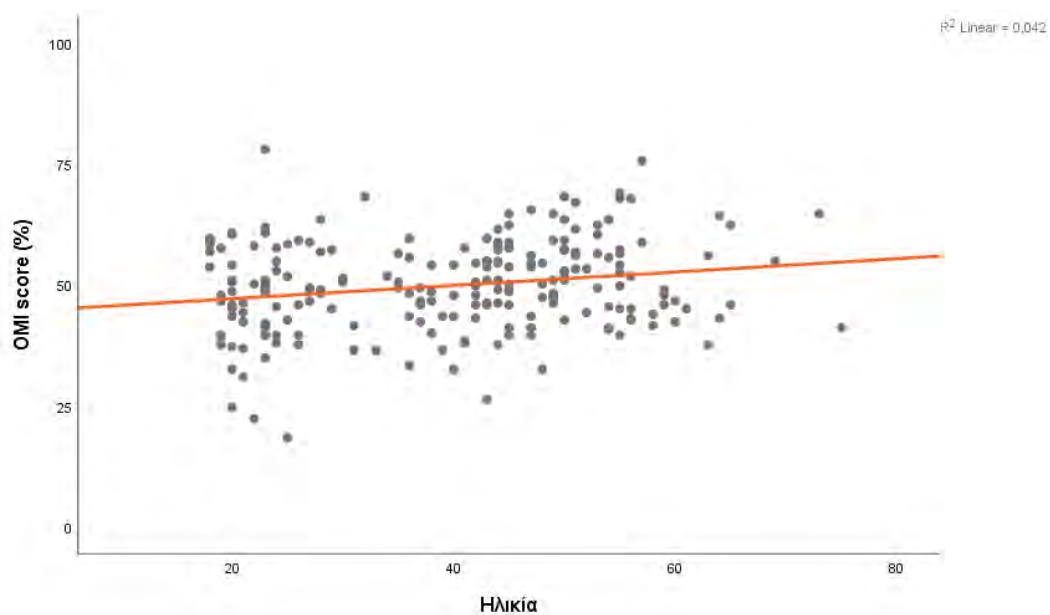
Ποια η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα OMI και την ηλικία;

Ανάμεσα στην κλίμακα OMI και την ηλικία βρέθηκε, στατιστικώς σημαντική, ισχυρή θετική συσχέτιση ($r_s(220) = .182, p = .007$). Συγκεκριμένα, αυξημένη ηλικία αντιστοιχεί σε θετικότερη στάση απέναντι στην ψυχική νόσο.

Correlations

		OMI score (%)	Ηλικία
Spearman's rho	OMI score (%)	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.007**
		N	220
Ηλικία		Correlation Coefficient	.182**
		Sig. (2-tailed)	.007
		N	220

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

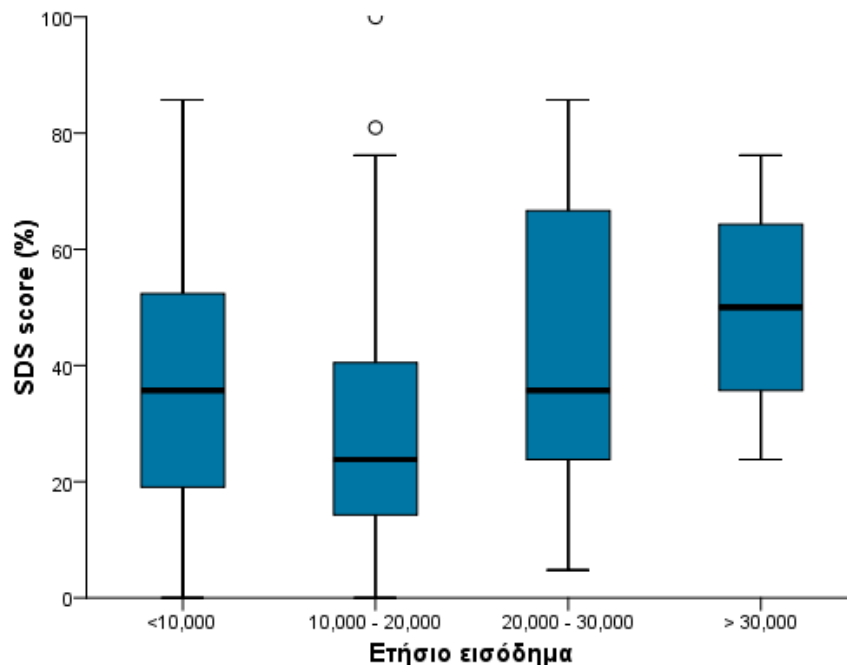


Ποια η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα SDS και το εισόδημα;

Ανάμεσα στην κλίμακα SDS και το εισόδημα δεν βρέθηκε, στατιστικώς σημαντική, συσχέτιση ($r_s(220) = -.004$, $p = .952$). Αυτό σημαίνει ότι η επιθυμία των συμμετεχόντων να απομακρυνθούν/αλληλεπιδράσουν με άτομα με ψυχική αρρώστια δεν επηρεάστηκε από το ετήσιο εισόδημα τους.

Correlations

		Ετήσιο εισόδημα		Ετήσιο εισόδημα	SDS score (%)
Spearman's rho	Ετήσιο εισόδημα	Correlation Coefficient	1.000		-.004
		Sig. (2-tailed)	.		.952
		N	220		220
	SDS score (%)	Correlation Coefficient	-.004		1.000
		Sig. (2-tailed)	.952		.
		N	220		220



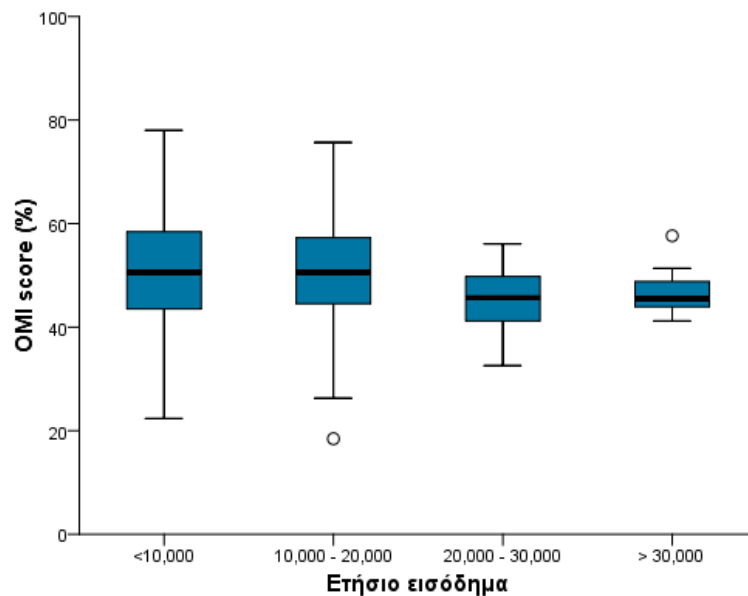
Ποια η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα OMI και το εισόδημα;

Ανάμεσα στην κλίμακα OMI και το εισόδημα βρέθηκε, στατιστικώς σημαντική, ισχυρή αρνητική συσχέτιση ($r_s(220) = -.152, p = .024$). Συγκεκριμένα, αυξημένο ετήσιο εισόδημα αντιστοιχεί σε αρνητικότερη στάση απέναντι στην ψυχική νόσο.

Correlations

		Ετήσιο εισόδημα		OMI score (%)
Spearman's rho	Ετήσιο εισόδημα	Correlation Coefficient	1.000	-.152*
		Sig. (2-tailed)	.	.024
		N	220	220
	OMI score (%)	Correlation Coefficient	-.152*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.024	.
		N	220	220

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



Ποια η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα SDS και την οικογενειακή κατάσταση;

Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (δοκιμασία Shapiro-Wilk), για την κλίμακα SDS, δεν ικανοποιείται η προϋπόθεση της κανονικότητας. Ως εκ τούτου, για τη διερεύνηση της σχέσης του ερωτηματολογίου SDS με την οικογενειακή κατάσταση έγινε χρήση της μεθόδου ελέγχου των Kruskal-Wallis.

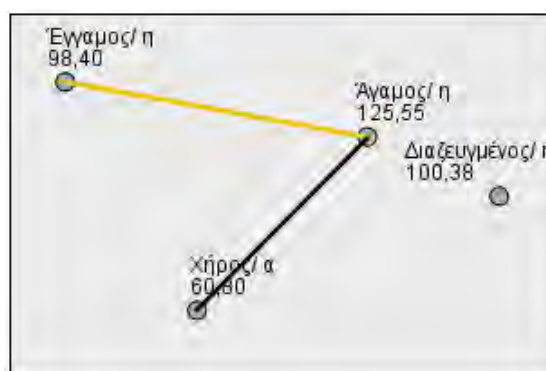
Ο έλεγχος των Kruskal-Wallis αποκάλυψε σημαντική, στατιστικώς, διαφορά στη μέση βαθμολογία της κλίμακας SDS μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων της μεταβλητής «Οικογενειακή κατάσταση» ($\chi^2(3) = 12.801$, $p = .005$). Στατιστικώς σημαντική, διαφορά παρατηρήθηκε ανάμεσα στα έγγαμα και άγαμα άτομα ($p = .014$). Συγκεκριμένα, τα έγγαμα άτομα, σε σχέση με τα άγαμα, εμφανίζουν πιο αυξημένη επιθυμία να απομακρυνθεί κάποιος από τα άτομα με ψυχική ασθένεια.

Tests of Normality

Οικογενειακή κατάσταση	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
SDS score (%) Άγαμος/ η	.066	104	.200*	.975	104	.042
Έγγαμος/ η	.135	98	.000	.928	98	.000
Χήρος/ α	.218	5	.200*	.950	5	.735
Διαζευγμένος/ η	.204	13	.141	.869	13	.051

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction



Ποια η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα OMI και την οικογενειακή κατάσταση;

Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (δοκιμασία Shapiro-Wilk), για την κλίμακα OMI, ικανοποιείται η προϋπόθεση της κανονικότητας. Επίσης, βάσει του ελέγχου ομοιογένειας του Levene, ικανοποιείται και η προϋπόθεση της ομοσκεδαστικότητας. Ως εκ τούτου, για τη διερεύνηση της σχέσης του ερωτηματολογίου OMI με την οικογενειακή κατάσταση έγινε χρήση της ανάλυσης διασποράς (ANOVA).

Tests of Normality

Οικογενειακή κατάσταση	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
OMI score (%)						
Άγαμος/ η	.045	104	.200*	.987	104	.412
Έγγαμος/ η	.053	98	.200*	.991	98	.776
Χήρος/ α	.205	5	.200*	.920	5	.531
Διαζευγμένος/ η	.152	13	.200*	.979	13	.976

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variances

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
OMI score (%)	Based on Mean	.607	3	216	.611
	Based on Median	.560	3	216	.642
	Based on Median and with adjusted df	.560	3	202.52 0	.642
	Based on trimmed mean	.586	3	216	.625

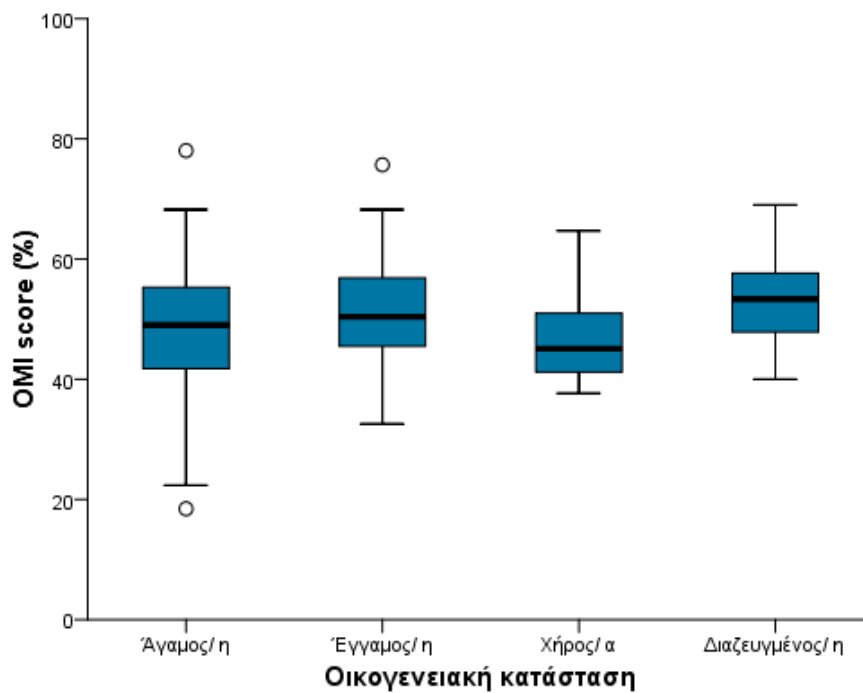
Όπως παρατηρείται από τον επόμενο πίνακα, τα δεδομένα συνηγορούν στο γεγονός ότι η οικογενειακή κατάσταση δεν επηρεάζει τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου OMI ($F(3, 216) = 2.200$,

p = .089). Αυτό σημαίνει ότι η γνώμη των συμμετεχόντων για την ψυχική αρρώστια δεν εξαρτάται από την οικογενειακή τους κατάσταση.

ANOVA

OMI score (%)

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	565.678	3	188.559	2.200	.089
Within Groups	18511.771	216	85.703		
Total	19077.449	219			



Ποια η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα SDS και την επαγγελματική απασχόληση;

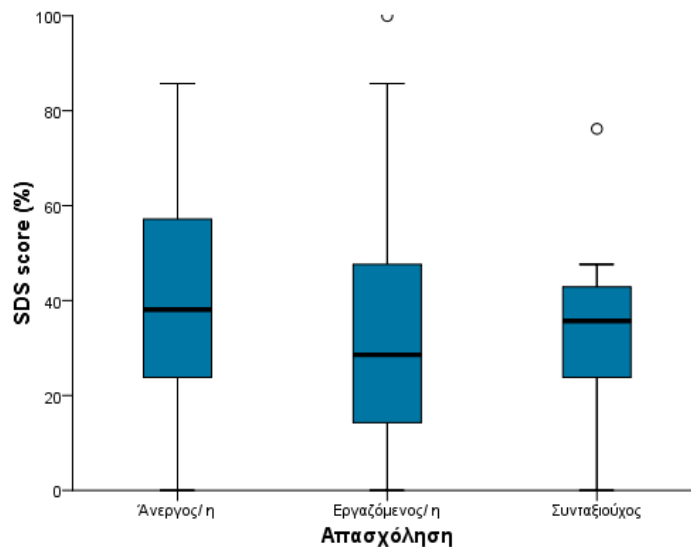
Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (δοκιμασία Shapiro-Wilk), για την κλίμακα SDS, δεν ικανοποιείται η προϋπόθεση της κανονικότητας. Ως εκ τούτου, για τη διερεύνηση της σχέσης του ερωτηματολογίου SDS με την οικογενειακή κατάσταση έγινε χρήση της μεθόδου ελέγχου των Kruskal-Wallis.

Ο έλεγχος των Kruskal-Wallis δεν αποκάλυψε σημαντική, στατιστικώς, διαφορά στη μέση βαθμολογία της κλίμακας SDS μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων της μεταβλητής «Οικογενειακή κατάσταση» ($\chi^2(2) = 5.262, p = .072$). Συμπερασματικά, η επαγγελματική απασχόληση των ατόμων δεν επηρεάζει τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου SDS δηλαδή την προθυμία ή την απροθυμία τους να αλληλεπιδράσουν σε δραστηριότητες ή να δεσμευθούν σε σχέσεις με κάποιον ψυχικά ασθενή..

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Απασχόληση		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
SDS score (%)	Άνεργος/ η	.112	52	.134	.965	52	.134
	Εργαζόμενος/ η	.107	160	.000	.953	160	.000
	Συνταξιούχος	.196	8	.200*	.949	8	.698

*. This is a lower bound of the true significance.



a. Lilliefors Significance Correction

Ποια η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα OMI και την επαγγελματική απασχόληση;

Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (δοκιμασία Shapiro-Wilk), για την κλίμακα OMI, ικανοποιείται η προϋπόθεση της κανονικότητας. Επίσης, βάσει του ελέγχου ομοιογένειας του Levene, ικανοποιείται και η προϋπόθεση της ομοσκεδαστικότητας. Ως εκ τούτου, για τη διερεύνηση της σχέσης του ερωτηματολογίου OMI με την οικογενειακή κατάσταση έγινε χρήση της ανάλυσης διασποράς (ANOVA).

Tests of Normality							
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Απασχόληση		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
OMI score (%)	Άνεργος/ η	.064	52	.200*	.976	52	.369
	Εργαζόμενος/ η	.037	160	.200*	.991	160	.435
	Συνταξιούχος	.220	8	.200*	.922	8	.445

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

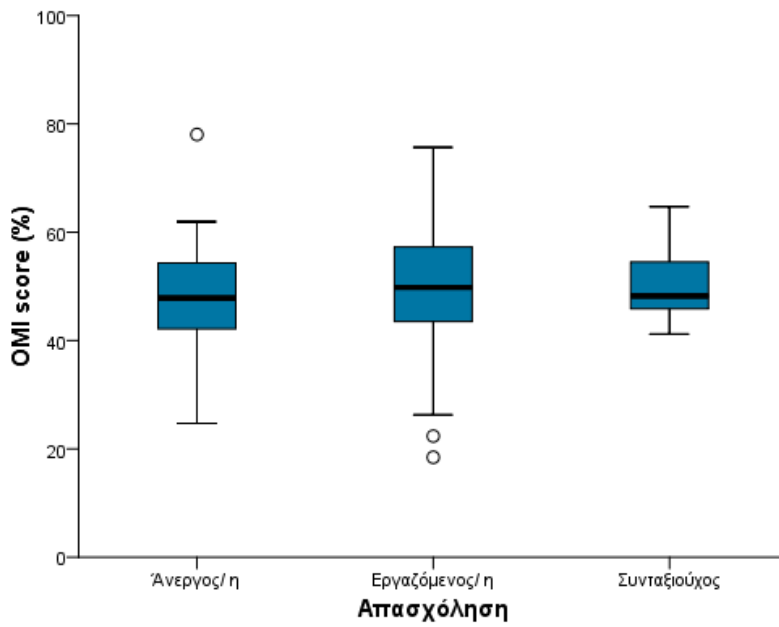
Test of Homogeneity of Variances						
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.	
OMI score (%)	Based on Mean	.440	2	217	.645	
	Based on Median	.632	2	217	.532	
	Based on Median and with adjusted df	.632	2	216.707	.532	
	Based on trimmed mean	.476	2	217	.622	

Όπως παρατηρείται από τον επόμενο πίνακα, τα δεδομένα συνηγορούν στο γεγονός ότι η επαγγελματική απασχόληση των συμμετεχόντων δεν επηρεάζει τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου OMI ($F(2, 217) = .706, p = .495$). Με άλλα λόγια η επαγγελματική απασχόληση δεν μεταβάλλει την γνώμη των ατόμων για την ψυχική αρρώστια.

ANOVA

OMI score (%)

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	123.315	2	61.658	.706	.495
Within Groups	18954.133	217	87.346		
Total	19077.449	219			



Συζήτηση

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τη συσχέτιση των αποτελεσμάτων της μελέτης μας με αποτελέσματα διεθνών μελετών και θα συζητήσουμε κλείνοντας και τους περιορισμούς της.

Ξεκινώντας να υπενθυμίσουμε ότι στην έρευνα αυτή προσπαθήσαμε να μελετήσουμε τη στάση απέναντι στους ψυχικά αρρώστους, αλλά και τη σχέση που έχει με τη θεωρία της επαφής (βαθμός εξοικείωσης), την επιθυμία για κοινωνική απόσταση από αυτούς και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Σε αντιστοιχία με τις προσδοκίες μας και βάσει των αποτελεσμάτων, κάποιες από τις αρχικές μας υποθέσεις επιβεβαιώθηκαν, ενώ υπήρχαν και κάποιες άλλες που δεν επιβεβαιώθηκαν ή και που ήταν αντίθετες με προηγούμενες μελέτες.

Στην αρχή της έρευνας διατυπώθηκαν 2 υποθέσεις που είχαν να κάνουν με τη θεωρία της επαφής (Allport, 1954). Βασική υπόθεση ήταν ότι όσο περισσότερη ήταν η επαφή των συμμετεχόντων με ψυχικά αρρώστους (βαθμός εξοικείωσης), τόσο θετικότερες και λιγότερο αρνητικές στάσεις θα είχαν για αυτούς (Pettigrew, 2013). Δεύτερον, όσο μεγαλύτερη η επαφή, τόσο μικρότερη θα ήταν και η επιθυμία των συμμετεχόντων για κοινωνική απόσταση από αυτούς. Από τις δύο αυτές υποθέσεις μας, στηριζόμενες στην θεωρία της επαφής, επιβεβαιώθηκε μόνο η δεύτερη, καθώς όπως αναμέναμε ο βαθμός εξοικείωσης εμφανίζει στατιστικώς σημαντική, ισχυρή θετική συσχέτιση με την επιθυμία των συμμετεχόντων για κοινωνική απόσταση από τους πρώην φυλακισμένους. Τα αποτελέσματά μας ήταν σύμφωνα με αυτά προηγούμενων ερευνών της βιβλιογραφίας μας που αναδείκνυαν το γεγονός ότι η εξοικείωση με τους ψυχικά ασθενείς μειώνει την επιθυμία για κοινωνική απόσταση από αυτούς καθώς (Corrigan et al., 2001). Επιπλέον, επιβεβαιώσαμε έτσι μερικώς τα αποτελέσματα μιας άλλης έρευνας, σύμφωνα με την οποία ο υψηλός βαθμός εξοικείωσης με την ψυχική ασθένεια συνδέεται με μειωμένες προκαταλήψεις-στίγμα και οδηγεί σε μείωση της επιθυμίας για κοινωνική απόσταση από τους ψυχικά ασθενείς (Anagnostopoulos & Hantzi, 2011). Ωστόσο, εμείς ανάμεσα στις κλίμακες OMI (γνώμη για την ψυχική αρρώστια) και LCR (βαθμός εξοικείωσης) δεν βρήκαμε στατιστικώς σημαντική, συσχέτιση. Το πόρισμα αυτό μπορεί να εξηγείται σύμφωνα με την παγκόσμια βιβλιογραφία από το εύρημα ότι η μεμονωμένη γνώση για την κλινική εικόνα της ψυχικής ασθένειας πιθανά να διαμορφώνει στερεοτυπικές αντιδράσεις και στιγματιστικές στάσεις (Corrigan et al., 2001; Angermeyer, 2005).

Σύμφωνα με τους Jorm & Oh, (2009); Angermeyer et al., (2011), οι στιγματιστικές στάσεις απέναντι σε άτομα με ψυχικές διαταραχές εξετάζονται ερευνητικά, ως προς την επιθυμία διατήρησης κοινωνικής απόστασης αλλά και άρνησης διαπροσωπικής επαφής από τον ψυχικά ασθενή. Με άλλα λόγια, η κοινωνική απόσταση αντανακλά την προθυμία ή την απροθυμία ενός ανθρώπου να αλληλεπιδράσει σε δραστηριότητες ή να δεσμευτεί σε σχέσεις με κάποιον ψυχικά ασθενή (Link et al., 1987; Corrigan et al., 2001). Για τον παραπάνω λόγο στη συνέχεια διατυπώσαμε μια υπόθεση βασισμένη σύμφωνα με τη

βιβλιογραφία στην θεωρία για κοινωνική απόσταση από τους ψυχικά πάσχοντες. Κατά τον Dietrich et al., (2004), με τις έρευνες του που έγιναν σε 3 χώρες (Ρωσία, Γερμανία και Μογγολία) επισημάνθηκε ότι η επιθυμία των συμμετεχόντων για κοινωνική απόσταση από άτομα με ψυχική διαταραχή (πχ κατάθλιψη και σχιζοφρένεια) συσχετίζεται άμεσα με τις πεποιθήσεις τους για αυτή. Τέλος, και ο ίδιος ο Angermeyer et al., (2011) βρήκε ότι οι ερωτηθέντες στην έρευνα του που ήταν εξοικειωμένοι με την ψυχική ασθένεια ήταν λιγότερο πιθανό να πιστεύουν ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια ή σοβαρή κατάθλιψη είναι επικίνδυνα και σαν αποτέλεσμα ήταν πιο πρόθυμοι να έχουν σχέσεις με αυτά. Η υπόθεσή μας αυτή όπως σωστά προβλέψαμε επιβεβαιώθηκε, αφού προέκυψε ότι ανάμεσα στην γνώμη για την ψυχική αρρώστια και την επιθυμία για κοινωνική απόσταση βρέθηκε, στατιστικώς σημαντική, αρνητική συσχέτιση. Συγκεκριμένα, θετικότερη στάση απέναντι στην ψυχική νόσο αντιστοιχεί σε μειωμένη επιθυμία να απομακρυνθεί κάποιος από τα άτομα με ψυχική ασθένεια. Το παραπάνω αποτέλεσμα εξηγείται από το γεγονός ότι οι άνθρωποι, όσο πιο θετική στάση έχουν για κάποιον άλλον, τόσο περισσότερο πρόθυμοι είναι να αλληλεπιδράσουν σε δραστηριότητες ή να δεσμευτούν σε σχέσεις μαζί του.

Στη συνέχεια, οι υποθέσεις μας για το φύλο παρά τις αρχικές μας υποθέσεις που ήταν σύμφωνες με την προηγούμενη βιβλιογραφία (Madianos et al., 1999; Yuan et al., 2016; Savrun et al., 2007), όπου σύμφωνα με τις οποίες οι άντρες θα είχαν αρνητικότερες στάσεις για τους ψυχικά αρρώστους και θα ήταν πιο απρόθυμοι να αλληλεπιδράσουν με αυτούς, δεν επιβεβαιώθηκαν (η τελευταία έρευνα ωστόσο είχε δείξει το αντίστροφο), αφού δεν βρέθηκαν διαφορές ανάμεσα στα 2 φύλα αναφορικά με την επιθυμία τους να απομακρυνθούν/αλληλεπιδράσουν με άτομα με ψυχική αρρώστια αλλά και για τη γνώμη τους για την ψυχική αρρώστια (θετική/αρνητική στάση). Από τα παραπάνω αποτελέσματα εικάζουμε ότι στην Ελλάδα οι στάσεις αντρών και γυναικών προς τους ψυχικά νοσούντες δεν διαφέρουν ουσιαστικά επειδή τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες κατέχουν ίσες θέσεις στην κοινωνία και έτσι τα βιώματα και εμπειρίες τους δεν διαφέρουν πολύ.

Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης επιβεβαιώθηκε η 1 από τις 2 υποθέσεις μας με βάση την προηγούμενη βιβλιογραφία (Madianos et al., 1999; Yuan et al., 2016), σύμφωνα με την οποία, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνεπάγεται με αρνητικότερες στάσεις και λιγότερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση από ψυχικά άρρωστα άτομα. Και στην έρευνα μας βρέθηκε ότι το αυξημένο μορφωτικό επίπεδο αντιστοιχεί σε μειωμένη επιθυμία να απομακρυνθεί κάποιος από τα άτομα με ψυχική ασθένεια, ενώ αντίθετα με ότι περιμέναμε βρέθηκε ότι το αυξημένο μορφωτικό επίπεδο αντιστοιχεί σε αρνητικότερη στάση απέναντι στην ψυχική νόσο. Το πρώτο μας πόρισμα ήταν αναμενόμενο καθώς όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο και οι γνώσεις του ατόμου, τόσο πιο δεκτικός και λιγότερο απορριπτικός γίνεται στην καθημερινότητά του. Το δεύτερο αποτέλεσμα μας ίσως να εξηγείται από το γεγονός ότι διαβάζοντας κανείς για την ψυχική νόσο να αποκτά μια αρνητική αναπαράσταση για αυτή

με βάση του πως αυτή παρουσιάζεται. Πράγματι, ο Lauber et al., (2004), στην έρευνα του έδειξε ότι όσο περισσότερες γνώσεις έχει κανείς σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες, ειδικότερα τη σχιζοφρένεια, τόσο περισσότερο μπορεί να αυξηθεί το στίγμα και η αρνητική του στάση προς αυτή.

Σχετικά με το αν η ηλικία επηρεάζει τα αποτελέσματα μας, επιβεβαιώθηκε η μία από τις δύο υποθέσεις μας. Κατά τους Yuan et al., (2016); Madianos et al., (1999) τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας θα έχουν μια αρνητική αντίληψη και θα επιθυμούν περισσότερο να απομακρυνθούν και να μην αλληλεπιδρούν με ψυχικά άρρωστα άτομα στην καθημερινότητα τους. Πράγματι, η υπόθεση μας αυτή που επιβεβαιώθηκε, αφορούσε την αυξημένη επιθυμία για κοινωνική απόσταση όσο μεγάλωνε η ηλικία των συμμετεχόντων (50-65 ετών). Το πόρισμα εξηγείται μερικώς από το γεγονός ότι οι άνθρωποι αυτοί ίσως να φοβούνται τους ψυχικά αρρώστους. Εντούτοις και κόντρα με τις προηγούμενες βιβλιογραφικές μελέτες, τα αποτελέσματα έδειξαν μια θετικότερη στάση απέναντι στην ψυχική νόσο στις μεγάλες ηλικίες, που ίσως να εξηγείται από τα πολλά βιώματα των ηλικιωμένων ανθρώπων.

Έπειτα, διατυπώσαμε 2 υποθέσεις αναφορικά με το ετήσιο εισόδημα των ατόμων. Σύμφωνα με τον Yuan et al., (2016) το χαμηλό μηνιαίο εισόδημα προέβλεπε μεγαλύτερη προκατάληψη και επιθυμία για κοινωνική απόσταση από την ψυχική αρρώστια. Η πρώτη μας υπόθεση δεν επιβεβαιώθηκε καθώς η επιθυμία των συμμετεχόντων να απομακρυνθούν/αλληλεπιδράσουν με άτομα με ψυχική αρρώστια δεν φάνηκε να επηρεάστηκε από το ετήσιο εισόδημα τους. Αντίθετα, η δεύτερη υπόθεση επιβεβαιώθηκε, αφού μεταξύ της κλίμακας OMI και το εισόδημα βρέθηκε στατιστικώς σημαντική, ισχυρή αρνητική συσχέτιση. Αυτό σημαίνει ότι το αυξημένο ετήσιο εισόδημα αντιστοιχεί σε αρνητικότερη στάση απέναντι στην ψυχική νόσο. Από το παραπάνω αποτέλεσμα εικάζουμε ότι στην Λάρισα και ίσως γενικότερα στην Ελλάδα το υψηλό οικονομικό στάτους να συνεπάγεται με λιγότερη ανεκτικότητα στους ψυχικά ασθενείς κάτι το οποίο είναι αντίθετο με προηγούμενες μελέτες στις οποίες το χαμηλό οικονομικό στάτους είναι αυτό που οδηγεί στην προκατάληψη και τις αρνητικές στάσεις (Yuan et al., 2016).

Στο σημείο αυτό να πούμε ότι οι 2 υποθέσεις μας για την επαγγελματική απασχόληση παρά τις αρχικές μας υποθέσεις που ήταν σύμφωνες με την προηγούμενη βιβλιογραφία (Madianos et al., 1999), δεν επιβεβαιώθηκαν, αφού η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι η επαγγελματική απασχόληση των ατόμων δεν επηρεάζει την προθυμία ή την απροθυμία τους να αλληλεπιδράσουν σε δραστηριότητες ή να δεσμευθούν σε σχέσεις με κάποιον ψυχικά ασθενή ούτε μεταβάλλει την γνώμη τους για την ψυχική αρρώστια. Ωστόσο, αξίζει να τονίσουμε ότι η παγκόσμια βιβλιογραφία δεν έχει καταλήξει σε μια κοινή συσχέτιση μεταξύ επαγγέλματος και στάσης προς τους ψυχικά ασθενείς, καθώς μελέτες αναφέρουν ότι η ανεργία συσχετίζεται με πιο θετικές στάσεις απέναντι στις ψυχικές ασθένειες (Yuan et al., 2016), ενώ άλλες μελέτες καταλήγουν ότι οι άνεργοι ενήλικες είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν αρνητικές στάσεις για τα ψυχικά άρρωστα άτομα (Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 2012).

Κλείνοντας, αναφορικά με το ερώτημα αν η οικογενειακή κατάσταση επιδρά και επηρεάζει τα αποτελέσματά μας, επιβεβαιώθηκε η μία από τις 2 υποθέσεις μας. Ο Yuan et al., (2016), στην έρευνα του κατέληξε στο ότι να είσαι άγαμος, συσχετίζεται με λιγότερες προκαταλήψεις έναντι εκείνων με ψυχική ασθένεια αλλά και με υψηλότερη ανοχή και υποστήριξη για ευρύτερη κοινοτική φροντίδα. Ωστόσο, η δεύτερή μας υπόθεση, αν και ήταν σύμφωνη με την βιβλιογραφία δεν επιβεβαιώθηκε, καθώς η γνώμη/στάση των συμμετεχόντων για την ψυχική αρρώστια δεν φάνηκε να εξαρτάται από την οικογενειακή τους κατάσταση, έπειτα από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων μας. Σημαντικό όμως εύρημα, αποτελεί η επιβεβαίωση της πρώτης μας υπόθεσης σύμφωνα με την οποία τα έγγαμα άτομα, σε σχέση με τα άγαμα, εμφανίζουν πιο αυξημένη επιθυμία να απομακρυνθούν από τους ψυχικά άρρωστους ανθρώπους. Τα αποτελέσματα αυτά ίσως να εξηγούνται από το γεγονός ότι η οικογενειακή κατάσταση σχετίζεται συνήθως άμεσα με την ηλικία, με τους νεότερους ενήλικες να είναι πολύ λιγότερο πιθανό να είναι παντρεμένοι.

Περιορισμοί και μειονεκτήματα της παρούσας έρευνας

Κάποιοι πιθανοί περιορισμοί αυτής της έρευνας πρέπει να ληφθούν υπόψιν. Αρχικά, χρησιμοποιήθηκε ένα ευκαιριακό δείγμα, στο οποίο οι συμμετέχοντες πληρούσαν τα απαιτούμενα κριτήρια και επιλέχθηκαν προς διευκόλυνση των ερευνητών. Συγκεκριμένα, ο σχεδιασμός της συγκεκριμένης εργασίας μας μπορεί να μας οδηγήσει στη διερεύνηση και εξέταση της σχέσης ανάμεσα στον βαθμό εξοικείωσης με την ψυχική νόσο και την επιθυμία να απομακρυνθεί κάποιος από τα άτομα με ψυχική ασθένεια με την γνώμη (θετική ή αρνητική) για την ψυχική αρρώστια των συμμετεχόντων κατά τη συγκεκριμένη χωροχρονική στιγμή. Ένα δεύτερο θέμα αφορά τον αριθμό του δείγματος. Συγκεκριμένα συνελέγη ένας σχετικά μικρός αριθμός ερωτηματολογίων (220). Ένας τρίτος περιορισμός σχετίζεται με την περιοχή κατοικίας, η οποία ήταν στοχευμένη στην Λάρισα ως πόλη (περίπου 300.000 κάτοικοι). Σαν αποτέλεσμα, (σχετικά με την αναγωγή στο γενικό πληθυσμό) οι συμμετέχοντες της έρευνας μπορεί να μην αντιπροσωπεύουν επαρκώς όλους από την γύρω περιοχή της Θεσσαλίας ή ακόμα και από την Ελλάδα ευρύτερα.

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα από την παρούσα μελέτη αναδεικνύουν το δυναμικό και σπουδαίο ρόλο της εξοικείωσης με την ψυχική νόσο, του μορφωτικού επιπέδου και της γνώμης/στάσης για την ψυχική αρρώστια, σε σχέση με το πόσο πρόθυμα ή απρόθυμα κάποιος θα αλληλεπιδρούσε σε δραστηριότητες ή θα δεσμεύονταν σε σχέσεις με κάποιον ψυχικά ασθενή.

Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μας οδηγούν στα παρακάτω συμπεράσματα:

- Σε ό,τι αφορά την προηγούμενη επαφή (LCR), οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο εξοικείωσης με την ψυχική διαταραχή (52.9 %). Οι τιμές της μέτρησης την επιθυμίας για κοινωνική απόσταση (SDS) δηλώνουν ένα μέτριο-υψηλό επίπεδο επιθυμίας να απομακρυνθεί κάποιος από τα άτομα με ψυχική ασθένεια (35.3 %). Τέλος, οι στατιστικοί δείκτες για τη γνώμη για τη ψυχική αρρώστια (OMI) δηλώνουν ένα μέτριο-υψηλό επίπεδο θετικότερης στάσης απέναντι στην ψυχική νόσο (49.8 %).
- Αυξημένο επίπεδο εξοικείωσης-επαφής με την ψυχική νόσο (LCR) αντιστοιχεί σε μειωμένη επιθυμία να απομακρυνθεί κάποιος από τα άτομα με ψυχική ασθένεια (SDS).
- Η γνώμη για την ψυχική αρρώστια των συμμετεχόντων (OMI) δεν εξαρτάται από την εξοικείωση τους με την ψυχική νόσο (LCR - προηγούμενη επαφή τους με αυτή).
- Δεν βρέθηκαν διαφορές ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες του δείγματος, αναφορικά με την επιθυμία τους να απομακρυνθούν/αλληλεπιδράσουν με άτομα με ψυχική αρρώστια (SDS).
- Η γνώμη για την ψυχική αρρώστια (OMI) δεν διέφερε ανάμεσα στους άντρες και στις γυναίκες συμμετέχοντες.
- Το αυξημένο μορφωτικό επίπεδο αντιστοιχεί σε μειωμένη επιθυμία να απομακρυνθεί κάποιος από τα άτομα με ψυχική ασθένεια (SDS).
- Το αυξημένο μορφωτικό επίπεδο αντιστοιχεί σε αρνητικότερη στάση απέναντι στην ψυχική νόσο (OMI).
- Η μεγαλύτερη ηλικία αντιστοιχεί σε αυξημένη επιθυμία να απομακρυνθεί κάποιος από τα άτομα με ψυχική ασθένεια (SDS).
- Η μεγαλύτερη ηλικία αντιστοιχεί σε θετικότερη στάση απέναντι στην ψυχική νόσο (OMI).
- Η επιθυμία των συμμετεχόντων να απομακρυνθούν/αλληλεπιδράσουν με άτομα με ψυχική αρρώστια (SDS) δεν επηρεάστηκε από το ετήσιο εισόδημα τους.
- Το αυξημένο ετήσιο εισόδημα αντιστοιχεί σε αρνητικότερη στάση απέναντι στην ψυχική νόσο (OMI).
- Τα έγγαμα άτομα, σε σχέση με τα άγαμα, εμφανίζουν πιο αυξημένη επιθυμία να απομακρυνθούν από ψυχικά άρρωστους ανθρώπους (SDS).
- Η γνώμη/στάση των συμμετεχόντων για την ψυχική αρρώστια (OMI) δεν εξαρτάται από την οικογενειακή τους κατάσταση.

- Η επαγγελματική απασχόληση των ατόμων δεν επηρεάζει την προθυμία ή την απροθυμία τους να αλληλεπιδράσουν σε δραστηριότητες ή να δεσμευθούν σε σχέσεις με κάποιον ψυχικά ασθενή (SDS).
- Η επαγγελματική απασχόληση των συμμετεχόντων δεν μεταβάλλει την γνώμη τους για την ψυχική αρρώστια (ΟΜΙ).
- Τέλος, θετικότερη στάση απέναντι στην ψυχική νόσο (ΟΜΙ) αντιστοιχεί σε μειωμένη επιθυμία να απομακρυνθεί κάποιος από τα άτομα με ψυχική ασθένεια (SDS).

Κλείνοντας θέλουμε να πιστεύουμε πως εργασία αυτή ανέδειξε τη σπουδαιότητα του αποστιγματισμού της ψυχικής ασθένειας στις μέρες μας και τόνισε το πόσο σπουδαία και αναγκαία είναι η σωστή και έγκυρη ενημέρωση των ανθρώπων μέσω των φορέων εκπαίδευσης (ακόμα και στα σχολεία στα παιδιά) αλλά και με διάφορες άλλες ομιλίες, συνέδρια. Μόνο έτσι θα επιτευχθεί η εξοικείωση με την ψυχική ασθένεια και τα στερεότυπα-στίγμα των ανθρώπων θα εξαλειφθούν καθώς και η επιθυμία τους για κοινωνική απόσταση από τους ψυχικά αρρώστους .

Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Μελλοντικοί ερευνητές θα μπορούσαν μέσα από ένα ευρύτερο πρίσμα να εντοπίσουν τις παραμέτρους των στιγματικών στάσεων των πολιτών απέναντι στους ψυχικά αρρώστους. Σε αυτό θα συνέβαλλε η ύπαρξη ενός μεγαλύτερου δείγματος, πανελλαδικής πιθανότατα εμβέλειας. Επιπροσθέτως, θα ήταν δόκιμο η έρευνα να εστιάσει περισσότερο στις διαφορές ή ομοιότητες μεταξύ κεντρικών και παραμεθόριων περιοχών. Σε αυτήν την περίπτωση προσδοκούμε, σύμφωνα με τη θεωρία της επαφής, ότι οι κάτοικοι παραμεθόριων περιοχών θα έχουν πιο ακραίες, δηλαδή πιο αρνητικές στάσεις και μεγαλύτερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση από τους ψυχικά ασθενείς σε σχέση με τους κατοίκους κεντρικών-αστικών περιοχών.

Μια ακόμη πρόταση προς βελτίωση της μελλοντικής έρευνας αφορά την επαναληπτική μέτρηση (διαχρονική έρευνα). Θα ήταν πολύ ενδιαφέρον, εφόσον έχει πραγματοποιηθεί μέτρηση στιγματικών στάσεων απέναντι στους ψυχικά αρρώστους, να επαναληφθεί μετά από ένα ικανοποιητικό χρονικό διάστημα, ενδεχομένως έπειτα από την ψήφιση και εφαρμογή μιας πολιτικής μεταρρύθμισης στο ‘καλούπι’ και στις συνθήκες δημόσιων (ψυχιατρικών) νοσοκομείων. Στο πλαίσιο αυτό, θα μπορούσε να γίνει σύγκριση των στάσεων απέναντι στους ψυχικά αρρώστους, αφού ίσως στην περίπτωση αυτή, η εμπιστοσύνη των πολιτών στους ψυχικά ασθενείς να αρχίσει να αυξάνεται και πάλι, αλλά και συγχρόνως να μειώνεται η επιθυμία τους για κοινωνική απόσταση από αυτούς, καθώς θα επιτυγχάνεται

η αποτελεσματικότερη αποκατάσταση και η προετοιμασία τους (των ψυχικά ασθενών), για μια επιτυχημένη επανένταξη στην κοινωνία, με αποτέλεσμα να είναι πιο θετική και λιγότερο προκατειλημμένη η στάση των πολιτών απέναντί τους. Τέλος, ένας παράγοντας που θα μπορούσε να επιδράσει στη διαμόρφωση των αποτελεσμάτων είναι η πολιτική ιδεολογία των ανθρώπων. Πιο αναλυτικά, θα ήταν καλό να διερευνηθεί αν η δεξιά, η κεντρώα και η αριστερή ιδεολογία των συμμετεχόντων παίζει ρόλο στη στάση απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Ενδεχομένως, οι δεξιοί και σίγουρα οι ακροδεξιοί να έχουν αρνητικότερη και πιο στιγματική στάση απέναντι τους γενικότερα, σε αντίθεση με τους αριστερούς και κεντρώους οι οποίοι συνηθίζουν να μην βάζουν όλους τους ψυχικά αρρώστους στο ίδιο τσουβάλι, αφού θεωρώντας και πιστεύοντας στην ισότητα όλων των ανθρώπων, τάσσονται υπέρ των ίσων ευκαιριών στη ζωή για όλους.

Βιβλιογραφία

- Abi Doumit, C., Haddad, C., Sacre, H., Salameh, P., Akel, M., Obeid, S., ... & Soufia, M. (2019). Knowledge, attitude and behaviors towards patients with mental illness: Results from a national Lebanese study. *PloS one*, 14(9).
- Anagnostopoulos, F., & Hantzi, A. (2011). Familiarity with and social distance from people with mental illness: Testing the mediating effects of prejudiced attitudes. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 21(5), 451-460.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2004). The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany. *ulletin*, 30(4), 1049-1061.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2005). Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia: trend analysis based on data from two population surveys in Germany. *The British Journal of Psychiatry*, 186(4), 331-334.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2005). Labeling—stereotype—discrimination. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(5), 391-395.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Carta, M. G., & Schomerus, G. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *The British Journal of Psychiatry*, 199(5), 367-372.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Corrigan, P. W. (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia research*, 69(2-3), 175-182.
- Baumann, A. E. (2007). Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: the individual with mental illness as a 'stranger'. *International review of psychiatry*, 19(2), 131-135.
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC health services research*, 10(1), 80.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric treatment*, 6(1), 65-72.
- Byrne, P. (2001). Psychiatric stigma. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3), 281-284.
- Cashwell, C. S., Smith, A. L., Smith, A. L., & Cashwell, C. S. (2011). Social distance and mental illness: Attitudes among mental health and non-mental health professionals and trainees. *The Professional Counselor: Research and Practice*, 1(1), 13-20.

- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry*, 1(1), 16.
- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L., & Penn, D. L. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 27(2), 219-225.
- Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A., & Penn, D. L. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric services*, 52(7), 953-958.
- Corrigan, P. W., Lurie, B. D., Goldman, H. H., Slopen, N., Medasani, K., & Phelan, S. (2005). How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatric Services*, 56(5), 544-550.
- Couture, S., & Penn, D. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of mental health*, 12(3), 291-305.
- Day, E. N., Edgren, K., & Eshleman, A. (2007). Measuring stigma toward mental illness: Development and application of the mental illness stigma scale 1. *Journal of applied social psychology*, 37(10), 2191-2219.
- Dietrich, S., Beck, M., Bujantugs, B., Kenzine, D., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2004). The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(5), 348-354.
- Economou, M., Richardson, C., Gramandani, C., Stalikas, A., & Stefanis, C. (2009). Knowledge About Schizophrenia and Attitudes Towards People with Schizophrenia in Greece. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4), 361–371. <https://doi.org/10.1177/0020764008093957>
- Evans-Lacko, S., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2013). Public knowledge, attitudes and behaviour regarding people with mental illness in England 2009-2012. *The British Journal of Psychiatry*, 202(s55), s51-s57.
- Goffman, E. (2001). Στίγμα–Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας. *Αθήνα: Αλεξάνδρεια*, σ, 63, 32.
- Haghigat, R. (2001). A unitary theory of stigmatisation: Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3), 207-215.
- Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Canar, J., & Kubiak, M. A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 25(3), 447-456.
- Howe, L. C., & Krosnick, J. A. (2017). Attitude strength. *Annual review of psychology*, 68, 327-351.
- Ilic, N., Henderson, C., Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2014). Attitudes towards mental illness. *Health survey for England*, 1-15.

- Jorm, A. F., & Oh, E. (2009). Desire for social distance from people with mental disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(3), 183-200.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., & Henderson, S. (1999). Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(1), 77-83.
- Lauber, C., & Rössler, W. (2007). Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *International review of psychiatry*, 19(2), 157-178.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcató, L., & Rössler, W. (2004). Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community mental health journal*, 40(3), 265-274.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American journal of Sociology*, 92(6), 1461-1500.
- 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.
- Mehta, N., Kassam, A., Leese, M., Butler, G., & Thornicroft, G. (2009). Public attitudes towards people with mental illness in England and Scotland, 1994–2003. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 278-284.
- Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2008). How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *European journal of social psychology*, 38(6), 922-934.
- Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2013). Does intergroup contact reduce prejudice? Recent meta-analytic findings. In *Reducing prejudice and discrimination* (pp. 103-124). Psychology Press.
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011). Stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(12), 1086-1093.
- Savrun, B. M., Arikan, K., Uysal, O., Cetin, G., Poyraz, B. C., Aksoy, C., & Bayar, M. R. (2007). Gender effect on attitudes towards the mentally ill: A survey of Turkish university students. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 44(1), 57-61.
- Stier, A., & Hinshaw, S. P. (2007). Explicit and implicit stigma against individuals with mental illness. *Australian Psychologist*, 42(2), 106-117.
- Subramaniam, M., Abidin, E., Picco, L., Pang, S., Shafie, S., Vaingankar, J. A., ... & Chong, S. A. (2017). Stigma towards people with mental disorders and its components—a perspective from multi-ethnic Singapore. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 26(4), 371-382.
- Todor, I. (2013). Opinions about mental illness. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 82, 209-214.

- Townsend, J. M. (1979). Stereotypes of mental illness: a comparison with ethnic stereotypes. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 3(3), 205-229.
- Turner, R. N., Hewstone, M., & Voci, A. (2007). Reducing explicit and implicit outgroup prejudice via direct and extended contact: The mediating role of self-disclosure and intergroup anxiety. *Journal of personality and social psychology*, 93(3), 369.
- Watson, A. C., Ottati, V., & Corrigan, P. (2003). From whence comes mental illness stigma?. *International Journal of Social Psychiatry*, 49(2), 142-157.
- Wood, L., Birtel, M., Alsawy, S., Pyle, M., & Morrison, A. (2014). Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatry research*, 220(1-2), 604-608.
- Yuan, Q., Abdin, E., Picco, L., Vaingankar, J. A., Shahwan, S., Jeyagurunathan, A., ... & Subramaniam, M. (2016). Attitudes to mental illness and its demographic correlates among general population in Singapore. *PloS one*, 11(11).
- Λαμπρίδης Ε. (2004). Στερεότυπο, Προκατάληψη, Κοινωνική ταυτότητα-μελετώντας τις δυναμικές της κοινωνικής αναπαράστασης για τους τσιγγάνους. Αθήνα: Gutenberg.
- Οικονόμου Μ, Κοκκώση Μ, Τριανταφύλλου Ε, Χριστοδούλου Γ. Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001; 18(3):239-253.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) και Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-Αιγινήτιο Νοσοκομείο. Οι Ψυχικές Διαταραχές στην πρωτοβάθμια φροντίδα-ICD10/Κεφάλαιο V. Γ.Ν. Χριστοδούλου, Β. Αλεβίζος και Β. Μαυρέας (Επιμ.). Εκδ. ΒΗΤΑ. Αθήνα 1998.
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, ΕΚΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΥΓΕΙΑ 2001, Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα, 2002.

Παράρτημα I

Πίνακας Ομάδων

Ενεργή Διευκόλυνση (βοήθεια, προστασία)					
Ικανότητα					
		Μη Ικανοί (Χαμηλό status)	Ικανοί (Υψηλό status)		
Παθητική Βλάβη (αποκλεισμός, υποτίμηση)	Θερμότητα	Θερμοί (Συνεργασία)	<u>Πατερναλιστική</u> <u>Προκατάληψη</u> οίκτος, συμπάθεια	<u>Θαυμασμός</u> θαυμασμός, περηφάνια	Παθητική Διευκόλυνση (συνεργασία, συναναστροφή)
		Ψυχροί (Ανταγωνισμός)	<u>Περιφρονητική</u> <u>Προκατάληψη</u> περιφρόνηση, αηδία	<u>Ζηλόφθονη</u> <u>Προκατάληψη</u> φθόνος, ζήλεια	
Ενεργή Βλάβη (τσακωμός, επίθεση)					

1. Τα 4 είδη ομάδων που προκαλούν αντίστοιχα συναισθήματα και συμπεριφορικές τάσεις.

Παράρτημα II
Ερωτηματολόγιο

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Αγαπητέ Κύριε, Κυρία

Η έρευνα στην οποία σας ζητάμε να λάβετε μέρος αφορά τις απόψεις σας για θέματα που απασχολούν την ελληνική κοινωνία αναφορικά με τις στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς και γενικότερα την ψυχική ασθένεια.

Η έρευνα διεξάγεται στα πλαίσια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας για το ΠΜΣ Ψυχική Υγεία, από το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, και δε θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς τη δική σας συμμετοχή και συνεργασία. Η συμμετοχή σας αφορά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που κρατάτε στα χέρια σας και είναι εθελοντική, που σημαίνει ότι έχετε το δικαίωμα να αρνηθείτε να συμμετάσχετε. Επιπλέον, σε περίπτωση που θελήσετε να διακόψετε τη διαδικασία είστε ελεύθεροι να το κάνετε οποιαδήποτε στιγμή.

Το ερωτηματολόγιο που σας ζητείται να συμπληρώσετε απευθύνεται σε ενήλικες (άνω των 18 ετών) και οι απαντήσεις σας είναι εντελώς ανώνυμες και εμπιστευτικές. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκεί περίπου 15 λεπτά. Σε κανένα σημείο του ερωτηματολογίου δε συμπληρώνετε το όνομά σας και κανένας εκτός από τους ερευνητές δεν έχει πρόσβαση στα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια.

Πρέπει να σας πούμε ότι δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Η καλύτερη απάντηση είναι η δική σας προσωπική άποψη για αυτό και παρακαλείστε να απαντάτε αυθόρμητα και με ειλικρίνεια. Βεβαιωθείτε ότι έχετε απαντήσει σε όλα. Για οποιαδήποτε απορία ή διευκρίνιση σχετικά με την διαδικασία, μη διστάσετε να ζητήσετε περισσότερες πληροφορίες.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία.

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

Ηλικία:

Απασχόληση: Εργαζόμενος/η

Άνεργος/η

Συνταξιούχος

Επίπεδο εκπαίδευσης: Γυμνάσιο

Λύκειο

ΤΕΙ

ΑΕΙ

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος/η

Έγγαμος/η

Διαζευγμένος/η

Χήρος/α

Εισόδημα: Έως 10.000€

10.000€ έως 20.000€

20.000€ έως 30.000€

30.000€ και άνω

A. Οικειότητα — εξοικείωση με την ψυχική νόσο

Θα θέλαμε να σας ρωτήσουμε κάποια πράγματα σχετικά με την ψυχική αρρώστια.

Παρακαλώ, βάλτε ένα σταυρό (+) στο τετραγωνάκι που αντιστοιχεί σε κάθε πρόταση που σας αντιπροσωπεύει. Μπορείτε να σημειώσετε περισσότερες από μία προτάσεις.

1. Ποτέ δεν έπεσε στην αντίληψη μου κάποιος με ψυχική αρρώστια.
2. Τυχαία έπεσε στην αντίληψη μου κάποιος με ψυχική αρρώστια.
3. Έχω παρακολουθήσει φιλμ με θέμα που αφορούσε ψυχική αρρώστια.
4. Έχω παρακολουθήσει ντοκιμαντέρ με θέμα που αφορούσε την ψυχική αρρώστια.
5. Συχνά έχει πέσει στην αντίληψη μου κάποιος με ψυχική αρρώστια.
6. Έχω εργαστεί με κάποιον που έπασχε από ψυχική αρρώστια.
7. Η εργασία μου περιλαμβάνει υπηρεσίες προς ανθρώπους με ψυχική αρρώστια.
8. Παρέχω υπηρεσίες σε ανθρώπους με ψυχική αρρώστια.
9. Κάποιος οικογενειακός φίλος πάσχει από ψυχική αρρώστια.
10. Κάποιος συγγενής πάσχει από ψυχική αρρώστια.
11. Ζω μαζί με κάποιον που πάσχει από ψυχική αρρώστια.
12. Έχω μια σοβαρή ψυχική αρρώστια.

B. Κοινωνική Απόσταση

ΟΔΗΓΙΕΣ: Απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις, αναφέροντας το βαθμό της προθυμίας ή απροθυμίας σας να συμμετάσχετε στα σενάρια που περιγράφονται. Κάθε ερώτηση ακολουθείται από μια κλίμακα με τέσσερις διαβαθμίσεις.

0	1	2	3
Εντελώς απρόθυμος/ η	Μάλλον απρόθυμος/ η	Μάλλον πρόθυμος/η	Απόλυτα πρόθυμος/η

Παρακαλώ, βάλτε ένα σταυρό (+) στο τετραγωνάκι που αντιστοιχεί καλύτερα στη γνώμη σας για κάθε ερώτηση.

Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις, μπορείτε ελεύθερα να δώσετε μόνο τη γνώμη σας. Μην παραλείψετε καμιά απάντηση.

	0	1	2	3
1. Πόσο πρόθυμος θα αισθανόσασταν να νοικιάσετε ένα δωμάτιο του σπιτιού σας σε κάποιον ψυχικά ασθενή;				
2. Πόσο πρόθυμος θα αισθανόσασταν να δουλέψετε με κάποιον ψυχικά ασθενή;				
3. Πόσο πρόθυμος θα αισθανόσασταν να είχατε κάποιον ψυχικά ασθενή στη γειτονιά σας;				
4. Πόσο πρόθυμος θα αισθανόσασταν ένας ψυχικά ασθενής να φροντίζει τα παιδιά σας;				
5. Πόσο πρόθυμος θα αισθανόσασταν τα παιδιά σας να παντρευόταν κάποιον ψυχικά ασθενή;				
6. Πόσο πρόθυμος θα αισθανόσασταν να παρουσιάσετε κάποιον ψυχικά ασθενή στους φίλους σας;				
7. Πόσο πρόθυμος θα αισθανόσασταν να προτείνετε κάποιον ψυχικά ασθενή για δουλειά σε κάποιον γνωστό σας;				

Γ. Η ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΡΡΩΣΤΙΑ

Οι παρακάτω ερωτήσεις αποτελούν γνώμες ή πεποιθήσεις γύρω από την ψυχική αρρώστια και τους ψυχικά αρρώστους. Ψυχική αρρώστια εννοούμε την αρρώστια που φέρνει τον ασθενή στο ψυχιατρικό νοσοκομείο ή στην ψυχιατρική κλινική και ψυχικά αρρώστους εννοούμε τους αρρώστους των ψυχιατρικών νοσοκομείων ή κλινικών. Υπάρχουν πολλές διαφορετικές γνώμες γύρω από αυτό το θέμα...

Θα θέλαμε να μας πείτε τη δική σας γνώμη. Δεν υπάρχει λόγος να δώσετε λανθασμένες απαντήσεις.

Κάθε ερώτηση ακολουθείται από έξι απαντήσεις:

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5	6

Παρακαλώ σημειώστε την απάντηση που αντιστοιχεί στη γνώμη σας για κάθε ερώτηση. Μην παραλείψετε καμία απάντηση.

1. Τα νεύρα σπάνε συνήθως όταν οι άνθρωποι εργάζονται πολύ σκληρά.	1	2	3	4	5	6
2. Η ψυχική αρρώστια είναι μια αρρώστια σαν όλες τις άλλες.	1	2	3	4	5	6
3. Οι περισσότεροι άνθρωποι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν είναι επικίνδυνοι.	1	2	3	4	5	6
4. Έστω και αν οι άρρωστοι που βγαίνουν από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία φαίνονται εντάξει, δε θα πρέπει να παντρεύονται.	1	2	3	4	5	6
5. Εάν οι γονείς αγαπούσαν περισσότερο τα παιδιά τους, θα υπήρχε λιγότερη ψυχική αρρώστια.	1	2	3	4	5	6
6. Είναι εύκολο να αναγνωρίσεις κάποιον που κάποτε αρρώστησε από σοβαρή ψυχική αρρώστια.	1	2	3	4	5	6

7. Οι άνθρωποι που είναι ψυχικά άρρωστοι αφήνουν τα συναισθήματα τους να τους κατευθύνουν. Τα κανονικά άτομα ελέγχουν τη συμπεριφορά τους.	1 2 3 4 5 6
8. Οι άνθρωποι που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο δεν είναι περισσότερο επικίνδυνοι από το μέσο κανονικό άτομο.	1 2 3 4 5 6
9. Όταν κάποιος έχει ένα πρόβλημα ή μια στενοχώρια, το καλύτερο είναι να μην το σκέπτεται, αλλά να απασχολείται διαρκώς με πιο ευχάριστα πράγματα.	1 2 3 4 5 6
10. Αν και δεν έχουν συνήθως επίγνωση τούτου, πολλοί άνθρωποι γίνονται ψυχικά άρρωστοι για να αποφύγουν τα δύσκολα προβλήματα της καθημερινότητας.	1 2 3 4 5 6
11. Υπάρχει κάτι γύρω από τους ψυχικά αρρώστους που τους κάνει να ξεχωρίζουν από τους άλλους ανθρώπους.	1 2 3 4 5 6
12. Αν και οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία συμπεριφέρονται με παράδοξους τρόπους, δεν είναι σωστό να γελάμε με αυτούς.	1 2 3 4 5 6
13. Οι περισσότεροι ψυχικά άρρωστοι επιθυμούν να εργαστούν.	1 2 3 4 5 6
14. Δεν θα πρέπει να επιτρέπεται στα μικρά παιδιά των αρρώστων που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία να τους επισκέπτονται.	1 2 3 4 5 6
15. Οι άνθρωποι που είναι επιτυχημένοι στη δουλειά τους, σπάνια αρρωσταίνουν ψυχικά.	1 2 3 4 5 6
16. Οι άνθρωποι δε θα αρρώσταιναν ψυχικά αν απόφευγαν τις κακές σκέψεις.	1 2 3 4 5 6
17. Οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι από πολλές πλευρές σαν παιδιά.	1 2 3 4 5 6
18. Από τον κρατικό -προϋπολογισμό θα πρέπει να ξοδεύονται περισσότερα χρήματα για τη φροντίδα και τη θεραπεία εκείνων που πάσχουν	1 2 3 4 5 6

από σοβαρή ψυχική αρρώστια.	
19. Ένας καρδιοπαθής έχει μια μόνο βλάβη, ενώ ο ψυχικά άρρωστος είναι τελείως διαφορετικός από τους άλλους αρρώστους.	1 2 3 4 5 6
20. Οι ψυχικά άρρωστοι προέρχονται από οικογένειες όπου οι γονείς έδειξαν λίγο ενδιαφέρον για τα παιδιά τους.	1 2 3 4 5 6
21. Οι ψυχικά άρρωστοι δε θα πρέπει να νοσηλεύονται στο ίδιο νοσοκομείο με αρρώστους που πάσχουν από σωματική αρρώστια.	1 2 3 4 5 6
22. Καθένας που κάνει σκληρή προσπάθεια να καλυτερέψει τον εαυτό του. αξίζει το σεβασμό των άλλων.	1 2 3 4 5 6
23.Εάν τα νοσοκομεία μας είχαν πολύ καλά εκπαιδευμένους γιατρούς και αδελφές, πολλοί από τους αρρώστους θα γίνονταν καλά ώστε να ζουν έξω από το νοσοκομείο.	1 2 3 4 5 6
24. Θα ήταν ανόητη μια γυναίκα που θα παντρευόταν έναν άντρα που έπασχε από σοβαρή ψυχική αρρώστια, έστω και αν έδειχνε ότι είχε πλήρως αποκατασταθεί.	1 2 3 4 5 6
25. Εάν τα παιδιά ψυχικά αρρώστων γονέων ανατρεφόταν από υγιείς γονείς, πιθανώς δε θα αρρώσταιναν ψυχικά.	1 2 3 4 5 6
26. Οι άνθρωποι που έχουν νοσηλευθεί σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, ποτέ δε θα ξαναγίνουν ο παλιός τους εαυτός.	1 2 3 4 5 6
27. Πολλοί ψυχικά άρρωστοι είναι ικανοί για εξειδικευμένη εργασία, ακόμη και αν είναι, κατά κάποιον τρόπο, ψυχικά διαταραγμένοι.	1 2 3 4 5 6
28. Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μας μοιάζουν περισσότερο με φυλακές παρά με χώρους όπου ψυχικά άρρωστα άτομα μπορούν να τύχουν της αναγκαίας φροντίδας.	1 2 3 4 5 6

29. Όποιος είναι σε ψυχιατρικό νοσοκομείο δε θα πρέπει να του επιτρέπεται να ψηφίζει.	1 2 3 4 5 6
30. Η ψυχική αρρώστια πολλών ατόμων οφείλεται σε χωρισμό ή διαζύγιο των γονέων τους στην παιδική ηλικία.	1 2 3 4 5 6
31. Ο καλύτερος τρόπος να χειριστούμε αρρώστους ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι να τους έχουμε πίσω από κλειστές πόρτες.	1 2 3 4 5 6
32. Το να νοσηλευτεί κανείς σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, σημαίνει αποτυχία στη ζωή.	1 2 3 4 5 6
33. Στους αρρώστους ψυχιατρικών νοσοκομείων θα πρέπει να δίνεται περισσότερος χώρος για ιδιωτική τους χρήση.	1 2 3 4 5 6
34. Εάν ένας άρρωστος σε ψυχιατρικό νοσοκομείο χτυπήσει κάποιον, θα πρέπει να τιμωρηθεί για να μην το ξανακάνει.	1 2 3 4 5 6
35. Εάν τα παιδιά υγιών γονέων ανατρεφόταν από ψυχικά άρρωστους γονείς, θα γίνονταν πιθανώς ψυχικά άρρωστοι.	1 2 3 4 5 6
36. Κάθε ψυχιατρικό νοσοκομείο θα πρέπει να περιβάλλεται από ψηλά κάγκελα και να έχει φύλακες.	1 2 3 4 5 6
37. Ο νόμος θα πρέπει να επιτρέπει σε μια γυναίκα να χωρίζει από τον άντρα της αμέσως μετά τον εγκλεισμό του σε ψυχιατρικό νοσοκομείο για σοβαρή ψυχική αρρώστια.	1 2 3 4 5 6
38. Οι άνθρωποι που δε μπορούν να εργαστούν εξ' αιτίας μιας ψυχικής αρρώστιας θα πρέπει να παίρνουν χρήματα για να ζήσουν.	1 2 3 4 5 6
39. Η ψυχική αρρώστια συνήθως οφείλεται σε κάποια πάθηση του νευρικού συστήματος.	1 2 3 4 5 6
40. Όπως και να το δει κανείς, οι άρρωστοι με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν είναι πια πραγματικοί άνθρωποι.	1 2 3 4 5 6

41. Τις περισσότερες γυναίκες που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο μπορούν να τις εμπιστευτούν να προσέχουν μικρά παιδιά (μπέμπυ σίτερς).	1 2 3 4 5 6
42. Οι περισσότεροι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν ενδιαφέρονται για την εμφάνιση τους.	1 2 3 4 5 6
43. Οι άνθρωποι των γραμμάτων έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν ψυχικά άρρωστοι από τους επιχειρηματίες.	1 2 3 4 5 6
44. Πολλοί άνθρωποι που ουδέποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, είναι περισσότερο ψυχικά άρρωστοι από πολλούς νοσηλευόμενους ψυχικά αρρώστους.	1 2 3 4 5 6
45. Αν και ορισμένοι ψυχοπαθείς φαίνονται εντάξει, είναι επικίνδυνο να ξεχάσουμε προς στιγμήν ότι είναι ψυχικά άρρωστοι.	1 2 3 4 5 6
46. Μερικές φορές η ψυχική αρρώστια αποτελεί τιμωρία για κακές πράξεις.	1 2 3 4 5 6
47. Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μας θα πρέπει να οργανωθούν κατά τέτοιο τρόπο ώστε να κάνουν τον άρρωστο να αισθάνεται, όσο το δυνατό, σα να ζει στο σπίτι του.	1 2 3 4 5 6
48. Μια από τις κυριότερες αιτίες της ψυχικής αρρώστιας είναι η έλλειψη ηθικής δύναμης ή δύναμης θελήσεως.	1 2 3 4 5 6
49. Δεν μπορούν να γίνουν πολλά πράγματα για τους αρρώστους σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο από το να ζούνε άνετα και να τρώνε καλά.	1 2 3 4 5 6
50. Πολλοί ψυχικά άρρωστοι θα παρέμεναν στο νοσοκομείο μέχρι να γίνουν καλά ακόμη κι αν οι πόρτες δεν ήταν κλειδωμένες.	1 2 3 4 5 6
51. Όλοι οι άρρωστοι που νοσηλεύονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία θα πρέπει να εμποδιστούν να έχουν παιδιά, με μια ανώδυνη εγχείρηση (στείρωση).	1 2 3 4 5 6

