



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

**ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑ: ΜΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ
ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΠΡΟΣ ΤΑ
ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΗΣ ΕΛΕΝΗΣ ΜΑΥΡΟΥΔΗ

ΦΛΩΡΙΝΑ

ΙΟΥΝΙΟΣ 2023

Φύλλο Εξέτασης

1.Επόπτης: _____

Βαθμός: _____

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

2.Επόπτης: _____

Βαθμός: _____

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

Ο/η συγγραφέας ΜΑΥΡΟΥΔΗ ΕΛΕΝΗ βεβαιώνει ότι το περιεχόμενο του παρόντος έργου είναι αποτέλεσμα προσωπικής εργασίας και ότι έχει γίνει η κατάλληλη αναφορά στις εργασίες τρίτων, όπου κάτι τέτοιο ήταν απαραίτητο, σύμφωνα με τους κανόνες της ακαδημαϊκής δεοντολογίας.

Υπογραφή: ΜΑΥΡΟΥΔΗ ΕΛΕΝΗ

Ημερομηνία: 27-5-2023

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	σελ.6
ABSTRACT.....	σελ.7
1.ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ.8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.1. Ψυχική υγεία/ ασθένεια στην κοινωνία.....	σελ.8
1.1.1. Ψυχική υγεία και ψυχική νόσος.....	σελ.8
1.1.2. Θεωρητικά μοντέλα της ψυχικής ασθένειας.....	σελ.9
1.1.3. Η ψυχική ασθένεια στην κοινωνία.....	σελ.10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.2. Το στίγμα και τα είδη του.....	σελ.11
1.2.1. Ορισμοί στίγματος.....	σελ.11
1.2.2. Είδη στίγματος.....	σελ.12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.3. Θεωρίες για το στίγμα.....	σελ.14
1.3.1. Corrigan & Watson.....	σελ.14
1.3.2. Link & Phelan.....	σελ.15
1.3.3. Sartorius.....	σελ.15
1.3.4. Thornicroft.....	σελ.16
1.3.5. Κοινωνική Απόσταση.....	σελ.16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.4. Ευρήματα προηγούμενων ερευνών.....	σελ.18
1.4.1. Φύλο.....	σελ.18

1.4.2. Ηλικία.....σελ.19	σελ.19
1.4.3. Τόπος Διαμονής.....σελ.20	σελ.20
1.4.4. Μορφωτικό Επίπεδο.....σελ.21	σελ.21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.5. Συνέπειες και αντιμετώπιση τους στίγματος της ψυχικής ασθένειας..σελ.21	σελ.21
1.5.1. Συνέπειες στίγματος.....σελ.21	σελ.21
1.5.2. Αντιμετώπιση του στίγματος.....σελ.23	σελ.23
1.5.2.1. Διαμαρτυρία.....σελ.23	σελ.23
1.5.2.2. Εκπαίδευση.....σελ.24	σελ.24
1.5.2.3 Επαφή.....σελ.25	σελ.25
2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ.....σελ.26	σελ.26
3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.....σελ.27	σελ.27
4. ΜΕΘΟΔΟΣ.....σελ.28	σελ.28
4.1. Δείγμα.....σελ.28	σελ.28
4.2. Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων.....σελ.28	σελ.28
4.3. Διαδικασία.....σελ.31	σελ.31
5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....σελ.33	σελ.33
5.1. Περιγραφικοί Στατιστικοί Δείκτες.....σελ.33	σελ.33
5.2. Έλεγχος Υποθέσεων / Κύρια Αποτελέσματα.....σελ.35	σελ.35
5.3. Δευτερεύοντα Αποτελέσματα.....σελ.47	σελ.47

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗσελ.73
6.1. Συμπεράσματα.....σελ.73
6.2. Περιορισμοί έρευνας.....σελ.75
6.3. Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.....σελ.76
7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑσελ.78
8. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑσελ.83

Περίληψη

Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας αποτελεί ένα καθολικό πρόβλημα, το οποίο δυσχεραίνει την καθημερινότητα των ατόμων με ψυχική νόσο ενώ, παράλληλα, παρεμποδίζει την θεραπευτική τους πορεία. Πλήθος ερευνών εστιάζουν την προσοχή τους στο παραπάνω φαινόμενο και συγκεκριμένα, στους παράγοντες που διαιωνίζουν τις στιγματιστικές αντιλήψεις του πληθυσμού. Η παρούσα εργασία αποτελεί μια μελέτη των στιγματιστικών ή μη στάσεων και της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης του πληθυσμού προς τα άτομα με ψυχική ασθένεια. Το δείγμα συνίσταται από 110 άτομα και συλλέχθηκε από την Πάτρα και την Λήμνο. Η μέθοδος συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο. Οι στατιστικές αναλύσεις με βάση το φύλο, την ηλικία, τον τόπο διαμονής και το μορφωτικό επίπεδο, ως παράγοντες που επηρεάζουν την ύπαρξη στίγματος, δεν απέφεραν κάποια στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Διαπιστώθηκε υψηλή αρνητική συσχέτιση μεταξύ των στάσεων της ψυχικής ασθένειας και της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης. Η περαιτέρω διερεύνηση του θέματος κρίνεται απαραίτητη με σκοπό την γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Λέξεις – Κλειδιά: στίγμα, ψυχική ασθένεια, κοινωνική απόσταση, στάσεις απέναντι στην σοβαρή ψυχική νόσο

Abstract

Mental illness stigma composes a general problem, which holds back the lives of mental patients and impedes their treatment. A lot of surveys are focusing on the phenomenon above and especially, on the factors that perpetuate people's stigmatizing attitudes. The present paper involves a comparative study of the stigma related attitudes and the social distance toward mental patients. The sample consists of 110 people and was collected from Patra and Lemnos. The method used for data collection was the questionnaire. Statistical analysis based on gender, place of residence, age, and education, didn't yield statistically significant results. A strong negative correlation was established between mental illness attitudes and social distance. Further investigation needs to be done to generalize the results.

Key words: stigma, mental illness, social distance, attitudes towards severe mental illness

1. Θεωρητική Εισαγωγή

Κεφάλαιο 1.1. Ψυχική υγεία / ασθένεια στην κοινωνία

1.1.1 Ψυχική υγεία και ψυχική νόσος

Ο άνθρωπος από πάντοτε θεωρούσε ότι η υγεία είναι το πολυτιμότερο και το πιο σημαντικό αγαθό. Με το άκουσμα της λέξης «υγεία» οι περισσότεροι άνθρωποι σκέφτονται αμέσως την σωματική, αγνοώντας το πόσο στενά συνδεδεμένη είναι με την κοινωνική, αλλά και με την ψυχική υγεία. Η άρρηκτη σύνδεση των τριών πτυχών της υγείας που αναφέρθηκε, καθιστά σαφή την επίδραση που έχει η ψυχική υγεία στην ανάπτυξη και την ευεξία των ατόμων, των κοινωνιών και των χωρών (Οικονόμου και συν., 2001).

Η έννοια της ψυχικής υγείας έκανε την παρθενική της εμφάνιση στις Η.Π.Α. και ταυτιζόταν με τον όρο «ψυχική υγιεινή». Οι δύο έννοιες άρχισαν να λαμβάνουν συστηματικό ενδιαφέρον κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα, καθώς ολοένα και περισσότεροι ερευνητές, θέλησαν να συγκεντρώσουν περισσότερα στοιχεία για την πρόληψη των ψυχικά ασθενών και όχι αποκλειστικά για την εκ των υστέρων φροντίδα τους. Σύμφωνα με τους Ζήση και Στυλιανίδη (2004) η έννοια της ψυχικής υγείας είναι, μεταξύ άλλων, πολυδιάστατη, αφαιρετική και υποκειμενική και γι' αυτό είναι δύσκολο να αποδοθεί ένας σαφής ορισμός. Η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η ψυχική υγεία είναι μια κατάσταση ευημερίας, στην οποία το άτομο είναι σε θέση να συνειδητοποιήσει τις δικές του ικανότητες, να ανταπεξέρχεται στις φυσιολογικές πιέσεις της ζωής και να προσφέρει εν γένει στο σύνολο της κοινωνίας.

Στον αντίποδα της ψυχικής ασθένειας βρίσκεται η ψυχική νόσος. Οι δυο αυτές έννοιες βρίσκονται στα αντίθετα άκρα του ίδιου συνεχούς, όμως πολλοί είναι εκείνοι που

υποστηρίζουν, πως ένας ψυχικά υγιής άνθρωπος μπορεί να είναι και ψυχικά ασθενής. Ο όρος «ψυχική ασθένεια» έχει λάβει πλήθος σημασιών κατά καιρούς, από μεγάλο ποσοστό ερευνητών. Σε γενικές γραμμές, η ψυχική ασθένεια περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων, τα οποία προκαλούν στο άτομο μεταβολές στη συμπεριφορά, στην σκέψη και την συναισθηματική του υπόσταση, ενώ πολλές φορές είναι ορατή και μια έκπτωση στην εγκεφαλική του δραστηριότητα. Η ψυχική ασθένεια αποτελεί προειδοποιητικό σημάδι για την ενδεχόμενη ύπαρξη ανισορροπίας ή διαταραχής στην βιοψυχική υπόσταση του ατόμου, γεγονός που υποδεικνύει την αναγκαιότητα της πρόληψης ή της θεραπείας της (Ζήση & Στυλιανίδη, 2004).

1.1.2. Θεωρητικά μοντέλα ψυχικής ασθένειας

Οι θεωρητικοί προσανατολισμοί στην ψυχολογία παρέχουν ένα πλαίσιο οργάνωσης της υπάρχουσας γνώσης για την ψυχική ασθένεια και βοηθούν το άτομο να καταλήξει σε συμπεράσματα όσον αφορά την ανθρώπινη πραγματικότητα. Τα διαφορετικά θεωρητικά μοντέλα υποδεικνύουν την αξιολόγηση των ψυχολογικών προβλημάτων, την διαδικασία αντιμετώπισης για να επιτευχθεί το προσδοκώμενο αποτέλεσμα, καθώς και τη μέθοδο διεξαγωγής της έρευνας γύρω από την ψυχική ασθένεια. Παρακάτω, αναλύονται συνοπτικά τρία θεωρητικά μοντέλα εκ του συνόλου, τα οποία είναι το βιοϊατρικό, το γνωστικό-συμπεριφορικό και η ψυχαναλυτική θεωρία.

Το βιολογικό ή ιατρικό μοντέλο (βιοϊατρικό) αντιλαμβάνεται την ψυχική ασθένεια ως αποτέλεσμα γενετικών, βιοχημικών ή οργανικών παραγόντων. Η ψυχική ασθένεια θεωρείται, για τους υποστηρικτές του βιοϊατρικού μοντέλου, ως εκδήλωση μιας δυσλειτουργίας του οργανισμού και οι αιτίες εμφάνισης της οφείλονται σε τρεις ενδογενείς κατηγορίες: α) λοιμώδη νοσήματα ή μολυσματικές ασθένειες, β) συστημικές ασθένειες και γ) τραυματικές ασθένειες. Η διαρκώς εξελισσόμενη νευροεπιστήμη και η φαρμακολογία συνέβαλαν στην

ανάδειξη του βιοϊατρικού μοντέλου και υποκίνησαν την διεξαγωγή πλήθος ερευνών για να αναδείξουν την αποτελεσματικότητά του (Heiden & Hersen, 1995).

Η ψυχαναλυτική θεωρία, θεωρείται από πολλούς ως η πιο σημαντική και ριζοσπαστική προσέγγιση για την διερεύνηση διάφορων μορφών ψυχοπαθολογίας. Η συγκεκριμένη θεώρηση αναπτύχθηκε από τον Sigmund Freud και δίνει έμφαση στα ασυνείδητα κίνητρα, στις ενστικτώδεις ορμές, στις ψυχοσεξουαλικές ενορμήσεις και στους μηχανισμούς άμυνας του ατόμου. Ο Freud διαχωρίζει τον ψυχισμό του ατόμου σε τρία συστήματα: το ασυνείδητο, το προσυνειδητό και το συνειδητό και υποστηρίζει ότι, στις περισσότερες περιπτώσεις, η ψυχική ασθένεια είναι αποτέλεσμα σεξουαλικού τραύματος που συνέβη στην πρώιμη παιδική ηλικία (Heiden & Hersen, 1995).

Η γνωστική - συμπεριφορική προσέγγιση, όπως άλλωστε υποδηλώνεται και από το όνομα της, δίνει έμφαση στις γνωστικές διεργασίες που μεσολαβούν μεταξύ ερεθίσματος και συμπεριφοράς. Συγκεκριμένα η γνωστική - συμπεριφορική προσέγγιση υποστηρίζει ότι οι σκέψεις επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του ατόμου, καθώς και ότι οι περισσότερες ψυχικές ασθένειες μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσα από σύντομες, δομημένες και άκρως διδακτικές συνεδρίες. Σκοπός της θεραπείας είναι να αντιληφθεί ο πελάτης τις δυσλειτουργικές σκέψεις που διαμορφώνει και να είναι να σε θέση να αντιμετωπίσει μόνος του τα αρνητικά συναισθήματα και τη συμπεριφορά που τις συνοδεύουν (Heiden & Hersen, 1995).

1.1.3. Η ψυχική ασθένεια στην κοινωνία

Για το ευρύ κοινό, η εικόνα της ψυχικής ασθένειας είναι συνδεδεμένη με εκδηλώσεις επιθετικής συμπεριφοράς και με την ύπαρξη παραισθήσεων. Μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού ταυτίζει τους ψυχικά ασθενείς με την αίσθηση βίας και κινδύνου. Παρά την μεγάλη προσπάθεια που καταβάλλουν οι ειδικοί ψυχικής υγείας για να αλλάξουν αυτή τη

λανθασμένη αντίληψη, η άγνοια που κυριαρχεί γύρω από την ψυχική ασθένεια, ωθεί το κοινωνικό σύνολο σε διακρίσεις και στην διαιώνιση των στερεοτυπικών τους απόψεων. Απόρροια της άγνοιας των στερεοτύπων και των διακρίσεων προς τους ψυχικά ασθενείς είναι ο στιγματισμός τους. Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας είναι ένα καθολικό φαινόμενο με ολέθριες επιπτώσεις τόσο στον ίδιο το στιγματιζόμενο, όσο και στους οικείους του. Σε αυτό το σημείο, αξίζει να αναφερθεί ότι οι ψυχικές ασθένειες δεν έχουν οικονομικά, κοινωνικά ή μορφωτικά επίπεδα, αλλά πλήττουν όλες τις πληθυσμιακές ομάδες. Συγκεκριμένα, υπολογίζεται ότι το 10% του ενήλικου πληθυσμού αποτελείται από άτομα με κάποιου είδους ψυχική ασθένεια, ενώ σε παγκόσμιο επίπεδο, αναμένεται ότι το 20-25% του συνόλου θα ασθενήσει ψυχικά τουλάχιστον μια φορά στη ζωή του. Τα παραπάνω στοιχεία υποδεικνύουν ότι η ψυχική ασθένεια δεν θα πρέπει να αποτελεί ένα θέμα «ταμπού» και, συνεπώς, δεν θα πρέπει να αποτελεί αιτία στιγματισμού. Η προστασία, η προώθηση και η αποκατάσταση της ψυχικής υγείας είναι ένα ζήτημα καίριας σημασίας και η μερίμνα σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο, κρίνεται απαραίτητη (Ζήση, 2013).

Κεφάλαιο 1.2.

1.2.1. Ορισμοί στίγματος

Ο όρος στίγμα δημιουργήθηκε αρχικά, από τους Αρχαίους Έλληνες, οι οποίοι τον χρησιμοποιούσαν για να αναφερθούν σε σημάδια του σώματος, που υποδήλωναν κάτι αρνητικό όσον αφορά την ηθική υπόσταση του φορέα τους. Συγκεκριμένα, τα σημάδια αυτά, ήταν συνήθως καψίματα ή ουλές, που προκαλούνταν στο σώμα των εγκληματιών, των δούλων, και των προδοτών, για να γνωστοποιήσουν το κακό ποιόν του χαρακτήρα τους και να αποφευχθεί η συναναστροφή μαζί τους (Bos et al., 2013). Με τη πάροδο των αιώνων η λέξη «στίγμα» άρχισε να αφορά περισσότερο την ηθική- κοινωνική υποβάθμιση του ατόμου

και έπαψε να σχετίζεται με τον σωματικό στιγματισμό. Ως εμπειρικό φαινόμενο, το στίγμα, καταγράφηκε για πρώτη φορά από τον Erving Goffman (1963), ο οποίος κάνει λόγο για σπύλωση της ταυτότητας του ατόμου που φέρει ένα κοινωνικά ανεπιθύμητο χαρακτηριστικό και απώλεια της κοινωνικής του υπόστασης. Πιο συγκεκριμένα, ο Goffman ορίζει το στίγμα ως «γνώρισμα, βαθιά δυσφημιστικό», με βάση το οποίο, τα άτομα, μπορεί να χαρακτηριστεί «από ολοκληρωμένο, σε σπυλωμένο και ελλιπές».

Οι έρευνες για το στίγμα, ως αντικείμενο μελέτης, ενισχύθηκαν σημαντικά, κυρίως λόγω του ενδιαφέροντος που προκάλεσε η «θεωρία του χαρακτηρισμού» ή «θεωρία της απόδοσης ετικέτας» (Labeling theory). Σύμφωνα με τον Thomas Scheff, η στάση του κοινού προς τα άτομα που θεωρούνται διαφορετικά, δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την συμπεριφορά των τελευταίων, αλλά από την «ετικέτα» που τους έχει αποδοθεί. Συνεπώς, το άτομο αποστασιοποιείται από ένα ψυχικά ασθενή, όχι λόγω της προσωπικής του εμπειρίας, αλλά εξαιτίας των προκαθορισμένων στερεοτύπων που συνοδεύουν τον όρο «ψυχική ασθένεια» (Scheff, 1966). Πλήθος ερευνητών εκτός του Goffman έχουν επιχειρήσει να αποδώσουν τον ορισμό του στίγματος και να περιγράψουν με σαφήνεια την σημασία του, ως εμπειρικό φαινόμενο. Μεταξύ άλλων, οι Stafford & Scott το 1986, πρότειναν ότι «το στίγμα είναι ένα χαρακτηριστικό ενός ατόμου το οποίο έρχεται σε αντίθεση με μια νόρμα του κοινωνικού συνόλου». Στην συνέχεια οι Crocker και συν. το 1998 υποστήριξαν ότι «τα άτομα που στιγματίζονται κατέχουν (ή θεωρείται ότι κατέχουν), ένα χαρακτηριστικό ή μια ιδιότητα, που συγκλίνουν σε μια μη αποδεκτή από το κοινό, κοινωνική ταυτότητα (Link & Phelan, 2001). Παρά το γεγονός ότι υπάρχει αφθονία ορισμών, όσον αφορά στην συγκεκριμένη έννοια, το πρώτο βήμα για την κατανόηση του στίγματος αποτελεί η μελέτη της διαδικασίας στην οποία υφίσταται, αλλά και η μελέτη των ειδών του.

1.2.2.Είδη στίγματος

Μέσα από την επισκόπηση της διεθνούς και εγχώριας βιβλιογραφίας, καθίσταται δυνατή η επαρκής πληροφόρηση για τα βασικά είδη του στίγματος. Παρά το γεγονός ότι υπάρχει μια σύγχυση ως προς τους διαφορετικούς τύπους στίγματος, καθώς αναδύονται συνεχώς καινούριοι, στο συγκεκριμένο σημείο θα γίνει αναφορά σε πέντε εξ αυτών, οι οποίοι είναι: το κοινωνικό στίγμα, ο αυτό-στιγματισμός, το θεσμοθετημένο στίγμα, η αποφυγή ετικέτας και το στίγμα κατά συσχετισμό.

Το κοινωνικό ή δημόσιο στίγμα (public stigma) υφίσταται όταν το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο υιοθετεί τις προκαταλήψεις γύρω από τους ψυχικά ασθενείς με αποτέλεσμα να γίνονται διακρίσεις εις βάρος τους και να θεωρούνται άτομα προς αποφυγή (Corrigan & Bink, 2016). Η παραπάνω πρακτική, οδηγεί στον αυτό-στιγματισμό (self stigma) των ψυχικά ασθενών, οι οποίοι εξαιτίας των διακρίσεων και της απομόνωσης που βιώνουν, εσωτερικεύουν τις απόψεις του κοινού και καταλήγουν να στιγματίζουν οι ίδιοι τον εαυτό τους. Όπως το κοινωνικό στίγμα, έτσι και ο αυτό-στιγματισμός, έχει γνωστικές, συμπεριφορικές και συναισθηματικές συνέπειες, οι οποίες βλάπτουν το άτομο τόσο σε άμεσο όσο και σε έμμεσο επίπεδο. Το θεσμοθετημένο στίγμα (structural stigma) αφορά τους τρόπους, με τους οποίους οι κοινωνικές ιδεολογίες και οι θεσμοί διαιώνίζουν ή επιδεινώνουν το ευρύτερο θέμα του στίγματος. Πλήθος άρθρων που διερευνούν το στίγμα αναγνωρίζουν ότι το τελευταίο, αναπαράγει την υπάρχουσα κοινωνική ανισότητα, ενώ παράλληλα, ενισχύεται από την ηγεμονία και από την κοινωνική, οικονομική και πολιτική εξουσία. Συνεπώς η εξέταση του θεσμοθετημένου στίγματος προϋποθέτει σε αρχικό στάδιο, την διερεύνηση του κοινωνικού περιβάλλοντος στο οποίο υφίσταται, καθώς και των παραγόντων που επιτρέπουν την διαίωνιση του (Bos et al., 2013). Η αποφυγή ετικέτας, ως ένα από τα είδη του στίγματος, έχει να κάνει με την τάση των ατόμων που αντιμετωπίζουν κάποια ψυχική ασθένεια, να μην αναζητούν την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης, γιατί φοβούνται ότι με αυτόν τον τρόπο θα επωμιστούν την «ετικέτα ή ταμπέλα» του ψυχικά ασθενή. Σε σχετική

έρευνα για την αποφυγή ετικέτας διαπιστώθηκε, ότι σχεδόν το 50% των ατόμων που επαρκούσαν τα κριτήρια διάγνωσης μιας ψυχικής ασθένειας, δεν αναζήτησαν κάποια μορφή βοήθειας από ειδικούς ψυχικής υγείας (Corrigan & Bink, 2016). Ο τελευταίος τύπος στίγματος που θα αναλυθεί, είναι το στίγμα κατά συσχετισμό (stigma by association). Αξίζει να επισημανθεί ότι το στίγμα, σαν φαινόμενο, δεν επηρεάζει αποκλειστικά το άτομο που στιγματίζεται. Πληθώρα ερευνών υποδεικνύουν ότι πολλοί άνθρωποι, που σχετίζονται με κάποιον που υφίσταται στιγματισμό (οικογένεια, φίλοι, συνεργάτες) νιώθουν συστηματική υποτίμηση. Η προαναφερθείσα υποτίμηση δεν λαμβάνει μέρος μόνο όταν υπάρχει κάποια σχέση με τα άτομα που στιγματίζονται, αλλά πολλές φορές απλά και μόνο επειδή οι τελευταίοι βρίσκονται κοντά τους. Το συγκεκριμένο είδος στίγματος συνδέεται με χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και υψηλή ψυχολογική δυσφορία και στις περισσότερες περιπτώσεις συναντάται στις οικογένειες των στιγματισμένων ασθενών (Bos et al., 2013).

Κεφάλαιο 1.3. Θεωρίες για το στίγμα.

Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας είναι ένα φαινόμενο που έχει εγείρει μεγάλο ενδιαφέρον τόσο στον κλάδο της ψυχολογίας όσο και της κοινωνιολογίας. Ως εκ τούτου, έχουν αναπτυχθεί πολλές θεωρίες προκειμένου να εξηγήσουν το πώς διαμορφώνεται αλλά και ποιοι παράγοντες συντελούν στην ενίσχυση του. Οι θεωρίες που θα αναλυθούν στην συνέχεια είναι αυτές των Corrigan και Watson, των Link και Phelan, του Sartorius και του Thornicroft, με σκοπό την σφαιρική κατανόηση του όρου του στίγματος.

1.3.1. Corrigan & Watson

Σύμφωνα με τους Corrigan και Watson, το στίγμα μπορεί να είναι εμφανές και να συνδέεται με ένα εξωτερικό χαρακτηριστικό του ατόμου, αλλά και λανθάνον. Η θεωρία τους

υποστηρίζει ότι το στίγμα είναι το αποτέλεσμα τριών συμπεριφορικών- γνωστικών διεργασιών: των στερεοτύπων, των προκαταλήψεων και των διακρίσεων. Τα *στερεότυπα* είναι γνωσιακές δομές που υιοθετούνται μέσω της κοινωνικής μάθησης και αφορούν στην - συχνά άκριτη- εφαρμογή γενικεύσεων, παραβλέποντας τις ατομικές διαφορές. Οι *προκαταλήψεις* είναι οι συναισθηματικές αντιδράσεις του ατόμου στα στερεότυπα και εκφράζονται με μια δυσμενή στάση απέναντι σε μια κοινωνική ομάδα και τα μέλη της. Τέλος, οι *διακρίσεις* υφίστανται με τη μορφή αρνητικών συμπεριφορών προς τους στιγματιζόμενους, και απορρέουν από τις προκαταλήψεις (Οικονόμου και συν., 2020).

1.3.2. Link & Phelan

Το μοντέλο που παρουσίασαν οι Link και Phelan το 2001, εμπεριέχει, εκτός από τον όρο του στίγματος, και κάποιες αλληλένδετες με αυτό έννοιες όπως είναι η ετικετοποίηση, η στερεοτυποποίηση, ο κοινωνικός διαχωρισμός, η απώλεια της κοινωνικής θέσης και οι διακρίσεις. Εν ολίγοις, οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι το στίγμα είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των παραπάνω μεταβλητών, όπου το στιγματιζόμενο υποκείμενο αντιμετωπίζεται ως μέλος μιας έξω-ομάδας. Τέλος, οι Link και Phelan υποδεικνύουν την ύπαρξη τριών κατηγοριών διακρίσεων: τις *απευθείας διακρίσεις*, οι οποίες είναι ξεκάθαρες συμπεριφορές απόρριψης, τις *δομικές διακρίσεις*, οι οποίες σχετίζονται με θεσμούς και κοινωνικές δομές και τις *λανθάνουσες διακρίσεις*, οι οποίες υφίστανται όταν το άτομο θεωρείται υποδεέστερο και επικίνδυνο λόγω της ψυχικής του ασθένειας (Οικονόμου και συν., 2020).

1.3.3. Sartorius

Το τρίτο θεωρητικό μοντέλο που θα αναλυθεί είναι αυτό του Sartorius. Η συγκεκριμένη θεωρία επιχειρεί να αναλύσει την διαδικασία του στίγματος με τη μορφή ενός φαύλου κύκλου. Συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ότι ένα χαρακτηριστικό ενός ατόμου

(οτιδήποτε μπορεί να το διαφοροποιεί από το κοινωνικό σύνολο), μπορεί να λάβει φορτίο αρνητικού περιεχομένου και ως εκ τούτου το άτομο που το φέρει να στιγματιστεί. Με τη σειρά του, ο στιγματισμός αυτός επιφέρει διακρίσεις σε βάρος του ατόμου, οδηγώντας το σε μειονεκτική θέση και τραυματίζοντας το ανεπανάληπτα. Έτσι, η χαμηλή αυτοεκτίμηση του στιγματιζόμενου επιδεινώνει την όποια «αναπηρία» του, εξασθενεί τις αντιστάσεις του και ο κύκλος συνεχίζεται με την εκ νέου μεγέθυνση του αρχικού χαρακτηριστικού που τον διαφοροποιεί (Sartorius, 2007).

1.3.4. Thornicroft

Το τελευταίο θεωρητικό μοντέλο για το στίγμα, διαφοροποιείται αρκετά από τα υπόλοιπα. Αναλυτικότερα, οι Thornicroft et al. (2007), υποστήριξε ότι το στίγμα της ψυχικής ασθένειας προκύπτει ως αποτέλεσμα τριών παραγόντων: της άγνοιας, της προκατάληψης και των διακρίσεων. Το μοντέλο κάνει λόγο για την άγνοια και την ελλιπή ενημέρωση του κοινού όσον αφορά στις ψυχικές ασθένειες, εξαιτίας του μεγάλου όγκου πληροφοριών που δέχεται καθημερινά. Συνεπώς, κυριαρχούν αισθήματα φόβου και άγχους στην ιδέα οποιασδήποτε επαφής με ψυχικά ασθενείς, καθώς και διακρίσεις σε βάρος των τελευταίων, υπονομεύοντας έτσι την αξία τους και δυσκολεύοντας την καθημερινότητά τους.

1.3.5 Κοινωνική Απόσταση

Μια σχετική με το στίγμα έννοια αποτελεί και η κοινωνική απόσταση, για την οποία γίνεται λόγος και στο ερευνητικό μέρος της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας. Οι στάσεις στιγματισμού απέναντι σε άτομα με κάποια ψυχική ασθένεια, σε πολλές περιπτώσεις, εξετάζονται ερευνητικά, ως προς την επιθυμία διατήρησης κοινωνικής απόστασης αλλά και άρνησης επαφής με έναν ψυχικά ασθενή. Για τον παραπάνω λόγο, υπάρχει μεγάλο ιστορικό ερευνών που σχετίζονται με την κοινωνική απόσταση (η προθυμία ή η απροθυμία ενός ατόμου να αλληλεπιδράσει και να συνάψει κοινωνικές σχέσεις με κάποιον άλλο) , ήδη από

τη δεκαετία του 1920. Η πρώτη κλίμακα, με σκοπό την έγκυρη διερεύνηση της κοινωνικής απόστασης, κατασκευάστηκε από τον Emery Bogardus το 1928 και στόχευε, κυρίως, στην μέτρηση των φυλετικών διακρίσεων. Με τη πάροδο του χρόνου, στη συγκεκριμένη κλίμακα προστέθηκε η ψυχολογική διάσταση της ψυχικής ασθένειας, με αποτέλεσμα η κοινωνική απόσταση να αφορά πλέον, την απόσταση που επιθυμεί να λάβει ένα άτομο ή μία ομάδα προς τα άτομα με ψυχικές ασθένειες. (Mather et al., 2017).

Μέσα από μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας είναι δυνατή η πληροφόρηση για τα διαφορετικά είδη της κοινωνικής απόστασης, όπως αυτά αναπτύχθηκαν από τον Kadushin. Σύμφωνα με τις μελέτες του, υπάρχουν τέσσερα είδη κοινωνικής απόστασης: η κανονιστική (normative), η διαδραστική (interactive), η πολιτισμική (cultural) ή κοινωνική απόσταση αποτίμησης (valuational) και οι προσωπικές απόψεις για την απόσταση (Lopez, 2021). Η κανονιστική κοινωνική απόσταση σχετίζεται με την ύπαρξη προδιαγεγραμμένων ρόλων και, συγκεκριμένα, αναφέρεται στον βαθμό και στον τρόπο αλληλεπίδρασης που υπάρχει μεταξύ δύο ή περισσότερων προσώπων ή καταστάσεων (Kadushin, 1962). Στη συνέχεια, η διαδραστική κοινωνική απόσταση αναφέρεται στις αλληλεπιδράσεις των ρόλων, δηλαδή στον βαθμό της πραγματικής και ουσιώδους αλληλεπίδρασης, που μετράται ως ποσοστό σε κάθε δεδομένη κατάσταση. Το επόμενο είδος κοινωνικής απόστασης, η πολιτισμική, σχετίζεται με τον βαθμό ομοιοφιλίας (φιλίας μεταξύ ομοίων) που υφίσταται μεταξύ δύο ατόμων ή καταστάσεων. Τέλος, η προσωπική κοινωνική απόσταση αφορά στον βαθμό κατανόησης και άρρητης επικοινωνίας που λαμβάνει χώρα μεταξύ δύο προσώπων ή καταστάσεων (Kadushin, 1962).

Η επισκόπηση επιστημονικών άρθρων σχετικά με την κοινωνική απόσταση και το στίγμα, παρέχει σημαντικές, αλλά και ενδιαφέρουσες πληροφορίες σχετικά με την συμπεριφορά των ατόμων και τις πρακτικές που ακολουθούν κατά την συνδιαλλαγή τους με ψυχικά ασταθή άτομα. Μελέτες που ολοκληρώθηκαν στην Γερμανία, τη Ρωσία αλλά και τη

Μογγολία έδειξαν τον βαθμό προθυμίας ή απροθυμίας των συμμετεχόντων για αλληλεπίδραση με άτομα που αντιμετωπίζουν κάποια ψυχική ασθένεια, ενώ παράλληλα, αποδείχθηκε ότι η κοινωνική απόσταση που επιθυμούσαν να διατηρήσουν, επηρεαζόταν άμεσα από τις γενικότερες αντιλήψεις τους για αυτήν. (Dietrich et al., 2004). Εν συνεχεία, σε έρευνα που έλαβε μέρος στο Νότιο Σουδάν, τα αποτελέσματα κατέδειξαν, μεταξύ άλλων, ότι οι συμμετέχοντες που διατηρούσαν αρνητική στάση απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια και, συγκεκριμένα, όσοι τα θεωρούσαν επικίνδυνα και απρόβλεπτα, σημείωναν μεγαλύτερα σκορ στην κλίμακα κοινωνικής απόστασης (Ayazi et al., 2013).

Κεφάλαιο 1.4 Ευρήματα προηγούμενων ερευνών

Οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί για το στίγμα της ψυχικής ασθένειας, έχουν καταδείξει μια γενικότερη αρνητική στάση που επικρατεί γύρω από τους ψυχικά πάσχοντες και τους οικείους τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό των μελετών αυτών, εξετάζουν τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού, κυρίως, για τον καίριο ρόλο που διαδραματίζουν στην μελλοντική, θετική ή αρνητική, στάση του ατόμου προς τα άτομα με ψυχικές ασθένειες. Τα ευρήματα ερευνών που παρουσιάζονται στην συνέχεια αφορούν στο φύλο, την ηλικία, τον τόπο διαμονής και το μορφωτικό επίπεδο και έχουν σκοπό να εισαγάγουν τον αναγνώστη στο υπό διερεύνηση θέμα.

1.4.1. Φύλο

Ένας από τους παράγοντες που έχει μελετηθεί για την συσχέτιση του με την εμφάνιση στιγματιστικών αντιλήψεων είναι το φύλο. Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από πλήθος ερευνών υποδηλώνουν, σχεδόν στο σύνολό τους, ότι οι γυναίκες είναι κατά βάση πιο ευαισθητοποιημένες με το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και έχουν ευνοϊκότερη στάση

απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Στην έρευνα της Schroeder και συν., όπου συμμετείχαν 749 άτομα, τα ευρήματα συνέστησαν ότι οι γυναίκες είχαν λιγότερο στιγματιστικές αντιλήψεις σε σχέση με τους άνδρες. Ακόμη, βρέθηκε ότι οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες (36-50), υιοθετούσαν πιο ευνοϊκές αντιλήψεις προς τους ψυχικά ασθενείς σε σχέση με τις γυναίκες ηλικίας 35 ετών και κάτω (Schroeder et al., 2020). Στην συνέχεια, η έρευνα που διεξήχθη από τους Corrigan και Watson, παρόλο που προηγείται χρονικά, φαίνεται να συμφωνεί με τα προηγούμενα ευρήματα, καθώς και σε αυτή τη μελέτη τα δεδομένα κατέδειξαν ότι οι γυναίκες ήταν λιγότερο πιθανό να υιοθετήσουν αρνητικές στάσεις και προκαταλήψεις προς τους ψυχικά ασθενείς. Οι ερευνητές υποστήριξαν ότι αυτή η στάση των γυναικών μπορεί να οφείλεται γενικότερα στον υψηλότερο βαθμό κοινωνικής εμπάθειας που διαθέτουν (Corrigan & Watson, 2007). Τέλος, άλλη μια έρευνα που μελέτησε το ρόλο του φύλου και τις στάσεις απέναντι στη ψυχική ασθένεια είναι αυτή του Holzinger και συνεργατών. Από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας προέκυψε ότι οι γυναίκες δεν αποδίδουν το φταίξιμο στους ασθενείς για οποιαδήποτε ψυχική ασθένεια, όσο οι άνδρες, ενώ ταυτόχρονα είναι πιο πρόθυμες να βοηθήσουν εθελοντικά σε δομές στήριξης ψυχικών ασθενών (Holzinger et al.2011).

1.4.2. Ηλικία

Πέρα από το φύλο, η ηλικία είναι ακόμη ένας παράγοντας, που έχει απασχολήσει πολλούς ερευνητές για την σχέση του με την ύπαρξη στιγματιστικών αντιλήψεων. Στην έρευνα που διεξήγαγε ο Bradbury (2020), μία εκ των υποθέσεων υποστήριξε ότι οι νέοι ηλικίας 16-18 ετών θα είχαν λιγότερο στιγματιστικές απόψεις σε σχέση με τα άτομα άνω των 40, όμως απορρίφθηκε. Τα δεδομένα έδειξαν ότι τα άτομα με ηλικία 40 ετών και άνω, είχαν πιο ευνοϊκές στάσεις προς άτομα με σχιζοφρένεια και αγχώδεις διαταραχές, σε σχέση με τους νεότερους συμμετέχοντες. Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν και στην έρευνα των Wong και συν., στην οποία συμμετείχαν 4.122 άτομα με σκοπό την μείωση των στιγματιστικών

αντιλήψεων που είχαν υιοθετήσει. Τα δεδομένα της έρευνας κατέδειξαν ότι οι πιο νεαροί συμμετέχοντες ηλικίας 18-24, παρόλο που είχαν αρνητικότερες στάσεις προς τους ψυχικά ασθενείς συγκριτικά με τους μεγαλύτερους σε ηλικία συμμετέχοντες, κατάφεραν να ευαισθητοποιηθούν σε μεγάλο βαθμό και να βελτιώσουν τις απόψεις τους (Wong et al., 2017).

1.4.3. Τόπος Διαμονής

Άλλη μια παράμετρος που απασχόλησε τους ερευνητές, ως προβλεπτικός παράγοντας του στίγματος της ψυχικής ασθένειας, είναι ο τόπος διαμονής. Ειδικότερα, οι μελετητές που εισήγαγαν την παράμετρο της διαμονής στις έρευνες τους για το στίγμα, προσπάθησαν να εξιχνιάσουν αν υπάρχουν διαφορές στις στιγματιστικές απόψεις, ανάμεσα σε κατοίκους πόλεων και επαρχίας. Οι περισσότερες έρευνες στο σύνολο τους, απέδειξαν μέσα από πλήθος έγκυρων δεδομένων ότι οι κάτοικοι επαρχιακών και απομακρυσμένων περιοχών τείνουν να υιοθετούν αρνητικότερες στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, προωθώντας έτσι τον στιγματισμό τους. Μια σχετική έρευνα πραγματοποιήθηκε από τους Al-Alawi και συν. στο Ομάν. Από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε ότι κάτοικοι των μη αστικών περιοχών του Ομάν, ήταν πιο προκατειλημμένοι και υιοθετούσαν αρνητικότερες στάσεις προς τα άτομα με ψυχική ασθένεια, σε σχέση με τους κατοίκους των πόλεων. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι το συγκεκριμένο φαινόμενο μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα που μένουν στα αστικά κέντρα του Ομάν, έρχονται καθημερινά σε επαφή με διαφορετικές φυλές και εθνικότητες και έτσι έχουν διευρύνει τους ορίζοντες τους (Al-Alawi et al., 2017). Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν και από την μελέτη του Jones και συν., στην οποία συμμετείχαν 3.047 άτομα. Μέσα από την ανάλυση δεδομένων φάνηκε ξανά, ότι τα άτομα που ζούσαν στην επαρχία και γενικότερα, σε μη αστικές περιοχές, σημείωναν υψηλότερα σκορ στιγματιστικών πεποιθήσεων, σε σχέση με τους συμμετέχοντες που ζούσαν σε πόλεις (Jones et al., 2011). Τέλος, αξίζει να αναφερθεί και η έρευνα των Deng et al., η οποία

πραγματοποιήθηκε στην Κίνα. Τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας καταδεικνύουν, ότι οι ειδικοί ψυχικής υγείας των επαρχιακών περιοχών κατείχαν αρνητικές πεποιθήσεις προς τα άτομα με ψυχικές ασθένειες και τους οικείους τους και επιθυμούσαν μεγαλύτερη κοινωνική απόσταση από αυτούς, σε σχέση με τους ειδικούς ψυχικής υγείας των αστικών περιοχών. Η παρούσα έρευνα αποτελεί τρανή απόδειξη πως το στίγμα της ψυχικής ασθένειας μπορεί να προαχθεί και να διαιωιστεί και από τους ίδιους τους ειδικούς ψυχικής υγείας, (Deng et al., 2021).

1.4.4. Μορφωτικό επίπεδο

Το τελευταίο δημογραφικό χαρακτηριστικό που ερευνάται από πολλούς επιστήμονες, είναι το μορφωτικό επίπεδο. Όπως και στο μεγαλύτερο ποσοστό ερευνών, έτσι και στην έρευνα των Corrigan και Watson (2007), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο δεν αντιμετώπιζαν τα άτομα με ψυχική ασθένεια ως επικίνδυνα και έδειχναν ευνοϊκότερη στάση απέναντι τους. Ίδια αποτελέσματα φαίνεται να προκύπτουν και στην έρευνα των Gonzales και συν., οι οποίοι, εκτός από το μορφωτικό επίπεδο, εξέτασαν και άλλους παράγοντες που πιθανόν να σχετίζονται με στιγματιστικές αντιλήψεις, όπως η πολιτική ιδεολογία (Gonzales et al., 2017).

Κεφάλαιο 1.5. Συνέπειες και αντιμετώπιση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας

1.5.1. Συνέπειες του στίγματος.

Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας είναι ένα φαινόμενο που επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό διάφορες πτυχές της ζωής, τόσο των στιγματιζόμενων, όσο και των οικείων τους. Στην καθημερινότητα τους, πολλά άτομα με ψυχική ασθένεια έρχονται συχνά αντιμέτωπα με τον κοινωνικό στιγματισμό, ο οποίος εκδηλώνεται με τη μορφή της κοινωνικής απόστασης,

της απομόνωσης, του αυτό-στιγματισμού και της μοναχικότητας. Την ίδια στιγμή, άτομα με σοβαρές ψυχικές παθήσεις κινδυνεύουν να πέσουν θύματα βίας και εχθρότητας (φραστικής και σωματικής κακοποίησης), καθώς και σεξουαλικής και οικονομικής εκμετάλλευσης (Henderson & Gronholm, 2018).

Μια από τις πιο σοβαρές, ίσως, συνέπειες του στίγματος είναι αυτό-στιγματισμός. Είναι αποδεδειγμένο, πως ένα τεράστιο ποσοστό του κοινωνικού συνόλου θεωρεί ότι όλοι οι ψυχικά ασθενείς στο σύνολο τους είναι επικίνδυνοι και άτομα προς αποφυγή. Η παραπάνω πεποίθηση πυροδοτεί την ύπαρξη στερεοτυπικών αντιλήψεων, καθώς και την κοινωνική απομόνωση των ατόμων με ψυχική ασθένεια, οι οποίοι, στην προσπάθεια τους να αποφύγουν την μοναχικότητα και την απόρριψη στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, συχνά δεν επιθυμούν την λήψη ψυχολογικής υποστήριξης. Διεθνείς ερευνητικές αποσκοπήσεις υποδηλώνουν, ότι ο υψηλός βαθμός αυτό-στιγματισμού υποσκάπτει την δέσμευση του ασθενούς στην θεραπευτική διαδικασία, λόγω συναισθημάτων ντροπής και επιθυμίας αποφυγής της «ταμπέλας» του ψυχικά ασθενή. Το κοινωνικό στίγμα εν ολίγοις, ορθώνεται ως εμπόδιο στην προσπάθεια των ψυχικά ασθενών να ξεπεράσουν τα προβλήματα τους, υπονομεύοντας με αυτόν τον τρόπο την ποιότητα της ζωής τους και την διεκδίκηση μια αυτόνομης κοινωνικής θέσης (Οικονόμου και συν., 2020).

Οι συνέπειες το κοινωνικού στιγματισμού είναι σε μεγάλο ποσοστό πρακτικές και δυσχεραίνουν την καθημερινότητα των ατόμων με ψυχική ασθένεια. Μια εξ αυτών, αφορά στον επαγγελματικό τομέα, όπου σχετικές έρευνες υποδηλώνουν την δυσκολία πολλών εργαζόμενων, με οποιαδήποτε μορφή ψυχικής ασθένειας, να αναζητήσουν ή να διατηρήσουν την εργασία τους (Delman et al., 2017). Στον εκπαιδευτικό τομέα, μαθητές με ψυχική ασθένεια αλλά ακόμη και με συμπτώματα ψυχικής ασθένειας, αναφέρουν ότι έρχονται συνεχώς αντιμέτωποι με τις αρνητικές στάσεις των συμμαθητών τους, οι οποίες περιλαμβάνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό, τον τερματισμό φιλικών σχέσεων και τη

μοναχικότητα (Elkington et al., 2011). Αξίζει να σημειωθεί σε αυτό το σημείο, και η δυσκολία που αντιμετωπίζουν πολλοί στιγματιζόμενοι, όσον αφορά την εύρεση κατοικίας. Η απροθυμία των ιδιοκτητών να παραχωρήσουν το σπίτι τους σε κάποιον ψυχικά ασθενή, σε συνδυασμό με τις μειωμένες επαγγελματικές ευκαιρίες και την ελλιπή ψυχολογική υποστήριξη που παρέχεται, συντελούν στην ύπαρξη ενός μεγάλου ποσοστού αστέγων ανάμεσα στα άτομα με ψυχική ασθένεια (Honey et al, 2017). Συνεπώς, γίνεται αντιληπτό πως το κοινωνικό στίγμα και ο αυτό-στιγματισμός μπορούν να γίνουν η αιτία καταστροφικών επιπτώσεων στο άτομο, το οποίο αποφεύγει να αναζητήσει βοήθεια, με αποτέλεσμα τα συμπτώματα να επιδεινώνονται και το ίδιο να βιώνει συναισθήματα ανικανότητας και ενοχής (Οικονόμου και συν., 2020).

1.5.2. Αντιμετώπιση στίγματος

Η αντιμετώπιση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας αποτελεί ένα πολυδιάστατο ζήτημα, δεδομένης της πολυπλοκότητας του ίδιου του στίγματος, ως φαινομένου. Σε αυτό το σημείο της εργασίας, θα αναλυθούν, κυρίως, οι τρόποι αντιμετώπισης του δημόσιου ή κοινωνικού στίγματος, καθώς το τελευταίο αποτελεί τον πρωταρχικό λόγο εμφάνισης τόσο του αυτό-στιγματισμού όσο και της ετικετοποίησης. Πλήθος δράσεων έχουν λάβει μέρος, με σκοπό την αλλαγή των στρεβλών πεποιθήσεων για την ψυχική νόσο και την βελτίωση των στάσεων απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια. Παρά την γκάμα προτάσεων που έχουν επινοηθεί, οι τρεις στρατηγικές, που ξεχωρίζουν για την εξομάλυνση των στερεοτυπικών αντιλήψεων και τη μείωση του κοινωνικού στίγματος, είναι η διαμαρτυρία, η εκπαίδευση και η επαφή (Κορδώση και συν., 2015).

1.5.2.1. Διαμαρτυρία. Η στρατηγική της διαμαρτυρίας έχει ως μέλημα την μείωση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας μέσω της εναντίωσης και της αποδοκιμασίας. Επικεντρώνεται σε δομικό επίπεδο και στοχεύει στην εκ θεμελίων αλλαγή της συμπεριφοράς

και των πρακτικών μεγάλων οργανώσεων και θεσμών (Stuart, 2016). Η διαμαρτυρία αναφέρεται, κυρίως, προς τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, εξαιτίας της αρνητικής αναπαράστασης της ψυχικής ασθένειας και των νοσούντων, αλλά και για την, συχνά, στιγματιστική γλώσσα που χρησιμοποιείται για τους ψυχικά ασθενείς και τις οικογένειές τους. Συγκεκριμένα, πρόκειται για την διαμαρτυρία όλων εκείνων, που έχουν την ικανότητα να δουν καθαρά την αλήθεια της ψυχικής ασθένειας, καταφέροντας να μην επηρεαστούν από την κοινή γνώμη και τις λανθασμένες αντιλήψεις που κυριαρχούν και διαιωίζουν τον στιγματισμό. Τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, δεδομένης της δυνατότητας τους να διαμορφώνουν αντιλήψεις και απόψεις, μπορούν να παίξουν καθοριστικό ρόλο στην αντιμετώπιση του στίγματος. Η ψυχική ασθένεια δεν θα πρέπει, σε καμία περίπτωση να αποτελεί θέμα ψυχαγωγίας, αλλά κατανόησης. Μέσα από την διαμαρτυρία του κοινού και την αποδοκιμασία των στιγματιστικών αντιλήψεων από τα Μ.Μ.Ε, μπορεί να επιτευχθεί ένα μεγάλο βήμα προς την αντιμετώπιση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας, αλλά και προς την αύξηση της ευαισθητοποίησης γύρω από τα άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο (Κορδώση και συν., 2015). Ένα παράδειγμα της στρατηγικής της διαμαρτυρίας αποτελεί το πρόγραμμα *StigmaWatch*, το οποίο έδινε την δυνατότητα σε άτομα με ψυχική ασθένεια, συγγενείς και γενικότερα υποστηρικτές, να αναφέρουν παράπονα και ενοχλήσεις, σε περιπτώσεις που τα Μ.Μ.Ε παρουσίαζαν και προωθούσαν στιγματιστικές απόψεις. Η συγκεκριμένη πρακτική ξεκίνησε το 1999 και, σχεδόν μία δεκαετία αργότερα, παρουσιάστηκε μείωση της αρνητικής έκθεσης των ψυχικών ασθενειών, αλλά και των προσβλητικών σχολίων των δημοσιογράφων, από 33% σε 10% και έπειτα σε 5% (Stuart, 2016).

1.5.2.2. Εκπαίδευση. Η εκπαίδευση είναι, ίσως, η πιο διαδεδομένη πρακτική για την μείωση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας. Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις λειτουργούν σε γνωστικό επίπεδο, παρέχοντας πληροφορίες, με σκοπό να καταρρίψουν μύθους και ανακρίβειες γύρω από την ψυχική ασθένεια. Η βάση της συγκεκριμένης στρατηγικής είναι το

γεγονός, ότι το στίγμα ενισχύεται από την παραπληροφόρηση, τα στερεότυπα και τις αόριστες υποθέσεις. Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις παρέχουν ψυχο - εκπαιδευτικές και εμπειριστατωμένες πληροφορίες γύρω από τα άτομα με ψυχική ασθένεια, είτε μέσω του διαδικτύου (π.χ. βίντεο, ιστοσελίδες), είτε μέσω δια ζώσης συναντήσεων (Casados, 2017). Αξίζει να αναφερθεί, ότι η εκπαίδευση των ίδιων των ειδικών ψυχικής υγείας θα πρέπει να κινείται στον άξονα αποφυγής του στίγματος, καθώς είναι πολύ μικρός ο αριθμός των επαγγελματιών, που λαμβάνουν τον παράγοντα στίγμα κατά τη θεραπευτική διαδικασία (Κορδώση και συν., 2015). Μετά - αναλύσεις που είχαν ως ερευνητικό αντικείμενο το στίγμα, υποδεικνύουν ότι η εκπαίδευση επιδρά θετικά στην μείωση των στρεβλών πληροφοριών και των στερεοτυπικών απόψεων του κοινού, καθώς και στην μείωση της κοινωνικής απόστασης (Casados, 2017).

1.5.2.3. Επαφή. Μια, επίσης γνωστή, στρατηγική για την μείωση του στίγματος αποτελεί και η επαφή. Η πρόσωπο με πρόσωπο επαφή και συνδιαλλαγή, προτάθηκε πρώτη φορά από τον Allport και στόχευε, γενικότερα, στην εξάλειψη των ρατσιστικών αντιλήψεων (Ungar et al., 2015). Η επαφή με την ψυχική ασθένεια μειώνει αισθητά τη τάση του ατόμου να υιοθετεί στερεότυπα και να προβαίνει σε προκαταλήψεις. Όσο πιο μακριά βρίσκεται κανείς από τον φορέα μιας ψυχικής ασθένειας, τόσο πιο στρεβλή και λανθασμένη εικόνα σχηματίζει για εκείνο. Αντιθέτως, η επαφή και η μείωση της απόστασης, φέρνει το άτομο πιο κοντά στην πραγματικότητα και το βοηθάει να αναλογιστεί με ρεαλισμό τις πρωταρχικές του απόψεις, πέρα από το φάσμα του στίγματος. Η δυνατότητα επαφής με άτομα με ψυχικές ασθένειες, ακούγοντας τα βιώματα τους και την πορεία της νόσου τους, μπορεί να αποτελέσει ένα πρώτης τάξεως «χτύπημα» στο υπάρχον στίγμα και στην διαίωνιση του (Κορδώση και συν., 2015).

2. Ερευνητικοί Στόχοι

- 1. Να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ των στάσεων απέναντι στην σοβαρή ψυχική νόσο και την επιθυμητή κοινωνική απόσταση από άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο σε κατοίκους Πάτρας και Λήμνου.
- 2. Να διερευνηθεί η επίδραση του τόπου κατοικίας στην διαμόρφωση των στάσεων και στην επιθυμητή κοινωνική απόσταση από άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο σε κατοίκους Πάτρας και Λήμνου.
- 3. Να διερευνηθεί η επίδραση του φύλου στην διαμόρφωση των στάσεων και στην επιθυμητή κοινωνική απόσταση από άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο σε κατοίκους Πάτρας και Λήμνου.
- 4. Να διερευνηθεί η επίδραση της ηλικίας στην διαμόρφωση των στάσεων και στην επιθυμητή κοινωνική απόσταση από άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο σε κατοίκους Πάτρας και Λήμνου.
- 5. Να διερευνηθεί η επίδραση του μορφωτικού επίπεδου στην διαμόρφωση των στάσεων και στην επιθυμητή κοινωνική απόσταση από άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο σε κατοίκους Πάτρας και Λήμνου.

3. Ερευνητικές Υποθέσεις

- 1. Αναμένεται ότι όσο πιο θετικές είναι οι στάσεις απέναντι στην σοβαρή ψυχική νόσο, τόσο μικρότερη θα είναι η επιθυμητή κοινωνική απόσταση από τους ψυχικά ασθενείς και στις δυο περιοχές (Ayazi et al., 2013 , Dietrich et al., 2004)
- 2. Αναμένεται ότι οι γυναίκες θα έχουν ευνοϊκότερες στάσεις απέναντι στην σοβαρή ψυχική νόσο και μειωμένη επιθυμητή κοινωνική απόσταση τόσο στην περιοχή της Πάτρας, όσο και στην περιοχή της Λήμνου (Schroeder et al., 2020, Corrigan & Watson, 2007, Holzinger et al. 2011).
- 3. Αναμένεται ότι οι συμμετέχοντες που έχουν τόπο κατοικίας την Πάτρα θα έχουν ευνοϊκότερες στάσεις απέναντι στην σοβαρή ψυχική νόσο και θα επιθυμούν μικρότερη κοινωνική απόσταση από τους ψυχικά ασθενείς, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που έχουν τόπο κατοικίας την Λήμνο (Al-Alawi et al., 2017, Jones et al., 2011, Deng et al., 2021).
- 4. Αναμένεται ότι οι συμμετέχοντες μεγαλύτερης ηλικίας θα έχουν ευνοϊκότερες στάσεις απέναντι στην σοβαρή ψυχική νόσο και μειωμένη επιθυμητή κοινωνική απόσταση τόσο στην περιοχή της Πάτρας, όσο και στην περιοχή της Λήμνου (Bradbury, 2020, Wong et al., 2017).
- 5. Αναμένεται ότι οι συμμετέχοντες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο θα έχουν ευνοϊκότερες στάσεις απέναντι στην σοβαρή ψυχική νόσο και μειωμένη επιθυμητή κοινωνική απόσταση τόσο στην περιοχή της Πάτρας, όσο και στην περιοχή της Λήμνου (Gonzales et al., 2017, Corrigan & Watson, 2007).

4. Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα αποτελεί συγχρονική μελέτη και ως εργαλείο συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο.

4.1. Δείγμα

Η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα είναι η δειγματοληψία ευκολίας και η δειγματοληψία χιονοστιβάδας. Συγκεκριμένα, το δείγμα λήφθηκε από δυο γεωγραφικές περιφέρειες (Λήμνος, Πάτρα) και αποτελούνταν από 210 ενήλικές. Η ευρεία πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι γυναίκες, με ποσοστό 76,7% ($N=161$), ενώ το υπολειπόμενο 23,3% αποτελείται από άνδρες ($N=49$). Ως προς την ηλικιακή κατανομή, η ευρύτερη πλειοψηφία του δείγματος ανήκει στην ηλικιακή τάξη των 18-29 ετών ($N=70$, 33,3%). Ακολουθούν οι ηλικιακές τάξεις των 30-40 ετών ($N=49$, 23,3%) και των 41-50 ετών ($N=48$, 22,9%). Οι συμμετέχοντες ηλικίας 51-60 ετών καταλαμβάνουν το 13,8% ($N=29$), ενώ οι ηλικιακές τάξεις των 61-70 ετών και των άνω των 70 ετών καταλαμβάνουν το 4,8% ($N=10$) και το 1,9% του δείγματος ($N=4$) αντίστοιχα. Ως προς την γεωγραφική κατανομή του δείγματος, μπορεί να διαπιστωθεί ότι είναι σχεδόν ίσα μοιρασμένο, καθώς οι κάτοικοι της Λήμνου αποτελούν το 47,6% του δείγματος ($N=100$) και οι κάτοικοι της Πάτρας αποτελούν το υπολειπόμενο 52,4% ($N=110$). Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, το 48,1% του δείγματος αποτελείται από απόφοιτους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($N=101$), ενώ οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας συνιστούν το 35,2% ($N=74$). Μικρότερα ποσοστά φαίνεται να καταλαμβάνουν οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού Διπλώματος ($N=23$, 11%), οι απόφοιτοι Πρωτοβάθμιας ($N=10$, 4,8%) και οι συμμετέχοντες που επέλεξαν κανένα από αυτά ($N=2$, 1%).

4.2. Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων

Για την συλλογή των δεδομένων της παρούσα έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο σε διαδικτυακή μορφή, αποτελούμενο από δύο κλίμακες και ερωτήσεις κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών.

1. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Οι συμμετέχοντες, στην αρχή του ερωτηματολογίου, συμπλήρωσαν τα δημογραφικά τους στοιχεία, τα οποία αναφέρονταν στο φύλο, την ηλικία, τον τόπο διαμονής, το εκπαιδευτικό επίπεδο και την οικογενειακή τους κατάσταση.

2. Κλίμακα Στάσεων απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Νόσο (ASMI - Attitudes towards Severe Mental Illness)

Η Κλίμακα Στάσεων απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Νόσο (ASMI), αναπτύχθηκε με σκοπό την αποτύπωση των στερεοτυπικών αντιλήψεων και των στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο. Σχεδιάστηκε και εγκυροποιήθηκε από τον Μαδιανό και συν. το 2012, με σκοπό να εξυπηρετηθούν οι στόχοι της έρευνας που πραγματοποιούσαν εκείνο το διάστημα. Η κλίμακα αποτελείται από 30 λήμματα, των οποίων οι απαντήσεις ακολουθούν 5-βάθμια κλίμακα τύπου Likert (4-Συμφωνώ, 3-Μάλλον Συμφωνώ, 0-Δεν Ξέρω/Δεν Απαντώ, 2-Μάλλον Διαφωνώ, 1-Διαφωνώ) και κάποια εξ αυτών έχουν ανεστραμμένη βαθμολόγηση με σκοπό την αποφυγή μεροληπτικού σφάλματος (Madianos et al.,2012).

Μέσα από την διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της κλίμακας αναδείχθηκαν τέσσερις επί μέρους παράγοντες: τα «Στερεότυπα» (11 λήμματα), η «Αισιοδοξία» (6 λήμματα), η «Εσωτερίκευση» (7 λήμματα) και η «Κατανόηση» (6 λήμματα). Η υποκλίμακα των Στερεοτύπων αφορά κοινώς υποστηριζόμενες απόψεις όσον αφορά την ψυχική ασθένεια. Η υποκλίμακα της Αισιοδοξίας αφορά θετικές αντιλήψεις και συμπεριφορές έναντι ατόμων με σοβαρή ψυχική νόσο. Η υποκλίμακα της Εσωτερίκευσης περιλαμβάνει λήμματα που

αντιστοιχούν σε στρατηγικές αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας και του στίγματος που την συνοδεύει και, τέλος, η υποκλίμακα της Κατανόησης συνίσταται από έξι δηλώσεις, που κωδικοποιούν και ελέγχουν το πώς αισθάνονται τα άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο για την ασθένεια τους. Οι αρνητικά διατυπωμένες δηλώσεις αντιστράφηκαν, ώστε ολόένα και υψηλότερα σκορ να αντιστοιχούν σε συμπεριφορές και στάσεις που δεν στιγματίζουν τα άτομα με ψυχική ασθένεια.

Η Κλίμακα Στάσεων απέναντι στη Σοβαρή Ψυχική Νόσο (ASMI), έχει αρκετά καλές ψυχομετρικές ιδιότητες (ο δείκτης αξιοπιστίας *Cronbach* έχει τιμή $\alpha=0,88$, ενώ οι υποκλίμακες ξεχωριστά κυμαίνονται από $\alpha=0,79$ έως $\alpha=0,86$) (Madianos et al., 2012).

3. Κλίμακα Κοινωνικής Απόστασης (Social Distance Scale)

Η Κλίμακα Κοινωνικής Απόστασης (SDS) αποτυπώνει την επιθυμία διατήρησης απόστασης από ασθενείς με ψυχικές διαταραχές σε διάφορες κοινωνικές συναναστροφές. Η αρχική κλίμακα δημιουργήθηκε από τον Bogardus, το 1925 και χρησιμοποιήθηκε για την μελέτη των στάσεων του πληθυσμού απέναντι σε εθνικές και φυλετικές μειονότητες. Η προσαρμογή και η στάθμιση στην ελληνική γλώσσα έγινε από την Οικονόμου και συν. το 2010 και περιλαμβάνει 14 λήμματα, τα οποία περιγράφουν κοινωνικές συναναστροφές διάφορων ειδών με ασθενείς με σχιζοφρένεια (κάποια από αυτά έχουν ανεστραμμένη βαθμολόγηση για την αποφυγή μεροληπτικού σφάλματος (Οικονόμου και συν., 2010).

Η τελική βαθμολόγηση της κλίμακας προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση και κατ' επέκταση μεγαλύτερο βαθμό στίγματος. Οι απαντήσεις ακολουθούν μια 5-βάθμια κλίμακα Likert, (1- Σίγουρα Ναι, 5-Σίγουρα Όχι).

Η κλίμακα Κοινωνικής Απόστασης διακρίνεται σε τρεις υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα ονομάζεται «Σταθερές Σχέσεις» και περιλαμβάνει 5 λήμματα, τα οποία σχετίζονται με σταθερές κοινωνικές σχέσεις μέτριας εγγύτητας. Η δεύτερη υποκλίμακα, με τίτλο «Σχέσεις Εμπιστοσύνης» αποτελείται από 5 λήμματα, που αντικατοπτρίζουν κοινωνικές σχέσεις υψηλής εγγύτητας και χαρακτηρίζονται από αισθήματα εμπιστοσύνης απέναντι στον ασθενή. Η τελευταία υποκλίμακα ονομάζεται «Προσωρινές Σχέσεις» και αποτελείται από 4 λήμματα που αναφέρονται σε σχέσεις περιορισμένης εγγύτητας με κάποιο άτομο με ψυχική ασθένεια (Οικονόμου και συν., 2010).

Μέσα από την διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της κλίμακας προέκυψε πως παρουσιάζει αρκετά καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, με τιμή Cronbach $\alpha=0.83$.

4.3. Διαδικασία

Κατόπιν εξασφάλισης της έγκρισης διεξαγωγής της έρευνας από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε) του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας, ξεκίνησε η διαδικασία σχεδιασμού το ερωτηματολογίου και της συλλογής των δεδομένων, η οποία είχε διάρκεια δύο μήνες (Δεκέμβριος 2022- Ιανουάριος 2023). Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε με την συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου, το οποίο συνιστούσαν δύο κλίμακες και κάποιες ερωτήσεις κοινωνικό - δημογραφικού χαρακτήρα (Οικονόμου και συν., 2010).

Η σύνθεση της δομής του εν λόγω ερωτηματολογίου έγινε μέσω της υπηρεσίας Google Forms, της Google, η οποία είναι μια διαδικτυακή υπηρεσία διεξαγωγής ερευνών και παρέχεται από την Google σε όλους τους εγγεγραμμένους χρήστες της. Μετά την ολοκλήρωση του, το link του ερωτηματολογίου αναρτήθηκε στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, ενώ ταυτόχρονα στάλθηκε και μεμονωμένα σε άτομα του στενού κύκλου των ερευνητών, με σκοπό την διάδοση του. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν

εθελοντική και άκρως ανώνυμη. Για τυχόν απορίες και διευκρινήσεις, στην αρχή του ερωτηματολογίου υπήρχαν γενικές πληροφορίες για τους σκοπούς και τους στόχους της ερευνάς, καθώς και τα στοιχεία των ερευνητών, σε περίπτωση που κάποιος συμμετέχων ήθελε να επικοινωνήσει.

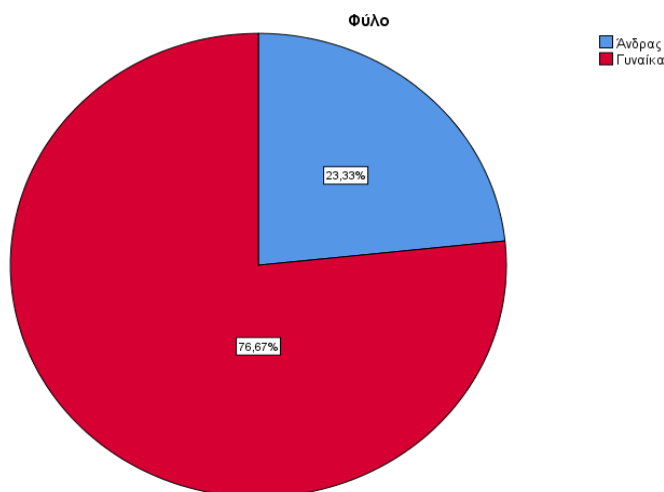
Τα άτομα που επέλεξαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, έπρεπε να συμπληρώσουν τα κοινωνικό - δημογραφικά στοιχεία, τα οποία αποτελούνταν από πέντε ερωτήσεις, και έπειτα προχωρούσαν στην συμπλήρωση των δύο κλιμάκων. Σε περίπτωση που ορισμένες απαντήσεις του ερωτηματολογίου, που είχαν τεθεί ως απαραίτητες, ήταν κενές, ζητούνταν από τους ερωτώμενους να επανεξετάσουν την πορεία τους και να μελετήσουν τις απαντήσεις που δεν είχαν συμπληρώσει. Μόλις οι συμμετέχοντες υπέβαλαν το ερωτηματολόγιο πατώντας το κουμπί «Submit», τα αποτελέσματα αποθηκεύονταν αυτόματα στον διακομιστή, όπου πρόσβαση είχαν μόνο οι ερευνητές, τηρώντας έτσι τις αρχές του κώδικα Ηθικής και Δεοντολογίας. Τέλος, υπήρχε η δυνατότητα εξαγωγής των απαντήσεων σε αρχείο excel, με σκοπό να ξεκινήσει η επεξεργασία τους (Οικονόμου και συν., 2010).

5. Αποτελέσματα

Στην τρέχουσα ενότητα, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας ώστε να προσεγγιστούν τα ερευνητικά ερωτήματα με τους κατάλληλους επαγωγικούς ελέγχους.

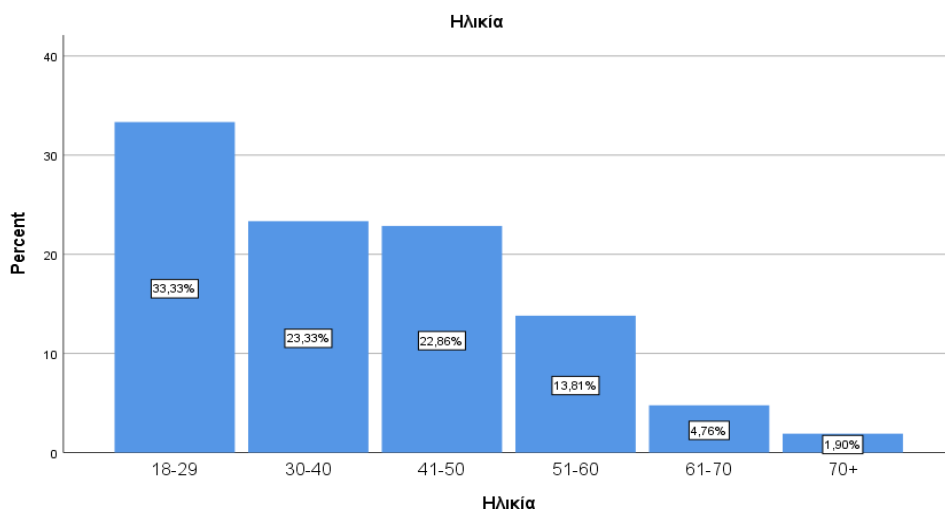
5.1. Περιγραφικοί Στατιστικοί Δείκτες

Το δείγμα της έρευνας απαρτίζεται από 210 άτομα, εκ των οποίων οι γυναίκες εκπροσωπούν το ποσοστό του 76,7% ($N=161$), ενώ το υπολειπόμενο 23,3% είναι άνδρες ($N=49$).



Γράφημα 1: Κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο

Όσον αφορά στην ηλικιακή κατανομή του δείγματος, μπορεί να διαπιστωθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 18-29 ετών ($N=70$, 33,3%). Ακολουθούν οι ηλικιακές ομάδες των 30-40 ετών και των 41-50 ετών με τα αντίστοιχα ποσοστά να ανέρχονται σε 23,3% ($N=49$ άτομα) και 22,9% ($N=48$). Οι συμμετέχοντες ηλικίας 51-60 ετών καταλαμβάνουν το 13,8% ($N=29$) ενώ οι ηλικιακές ομάδες των 61-70 ετών και των μεγαλύτερων των 70 ετών καταλαμβάνουν το 4,8% ($N=10$) και το 1,9% ($N=4$) αντίστοιχα.

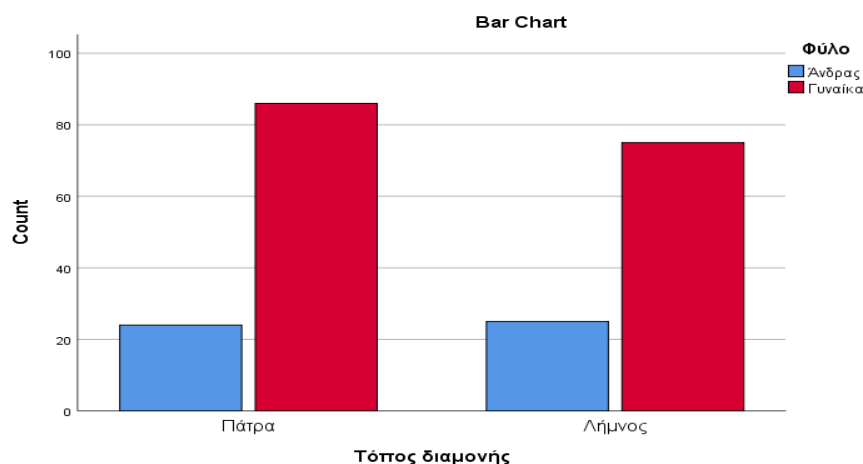


Γράφημα 2: Ραβδόγραμμα ηλικιών του δείγματος

Το δείγμα της παρούσας έρευνας λήφθηκε από την Λήμο και την Πάτρα.

Συγκεκριμένα, το ποσοστό των συμμετεχόντων με καταγωγή από την Πάτρα ανέρχεται σε 52,4% ($N=110$), ενώ το ποσοστό των διαμενόντων στην Λήμο, σε 47,6% ($N=100$ άτομα).

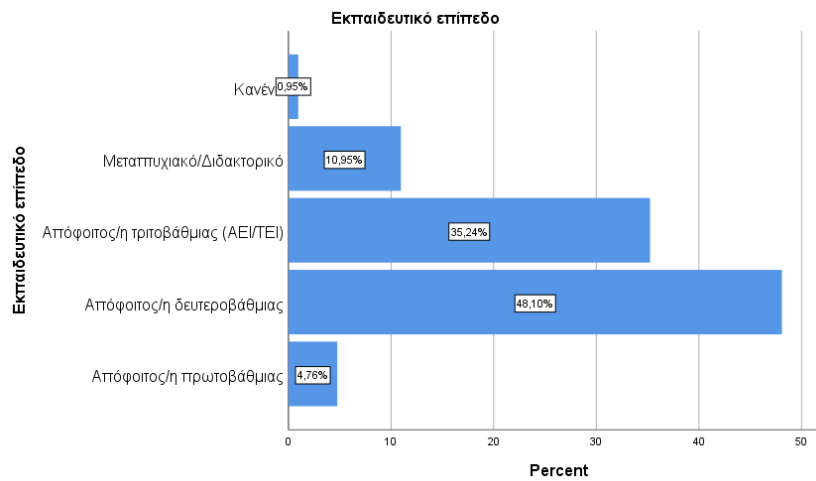
Στο ραβδόγραμμα που ακολουθεί παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος ανά γεωγραφική περιοχή, ενώ ταυτόχρονα γίνεται και ο διαχωρισμός ανά φύλο.



Γράφημα 3: Ραβδόγραμμα τόπου διαμονής και φύλου

Τέλος, όσον αφορά στο εκπαιδευτικό επίπεδο του δείγματος, το μεγαλύτερο ποσοστό εκπροσωπείται από τους απόφοιτους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($N=101$, 48,1%), ενώ ακολουθούν οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας (ΑΕΙ/ΤΕΙ) ($N=74$, 35,2%). Μικρότερα ποσοστά καταλαμβάνουν οι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος ($N=23$, 11%), οι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ($N=10$, 4,8%) και οι έχοντες επιλέξει την επιλογή «κανένα»

($N=2$, 1%). Η κατανομή του δείγματος αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο αποτυπώνεται στο ακόλουθο ραβδόγραμμα.



Γράφημα 4: Ραβδόγραμμα Σχετικών Συχνοτήτων Εκπαιδευτικού Επιπέδου

5.2. Έλεγχος Υποθέσεων/ Κύρια Αποτελέσματα

Συσχέτιση μεταξύ των δύο κλιμάκων

Προκειμένου να εξεταστεί η 1^η υπόθεση, όσον αφορά στην συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων, θα υπολογιστεί, αρχικά, ο συντελεστής συσχέτισης *Pearson*.

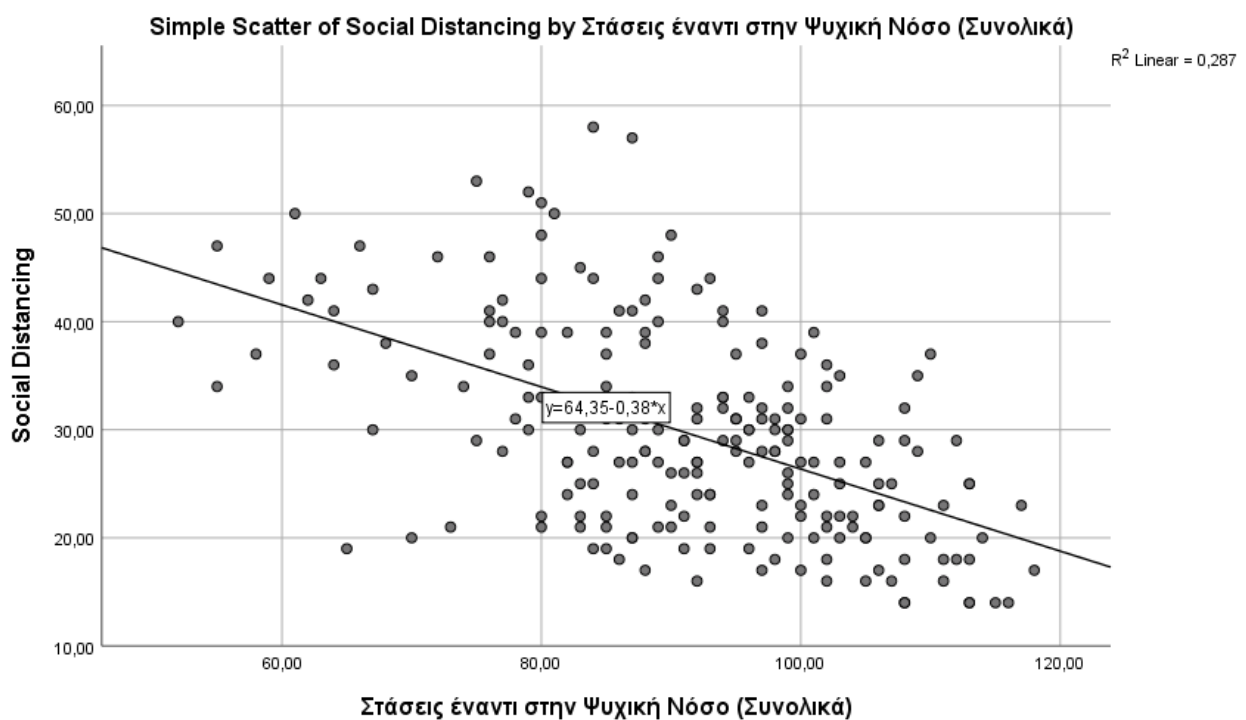
Πίνακας 11: Συντελεστής συσχέτισης *Pearson* για της Κλίμακα των Στάσεων απέναντι στην Σοβαρή Ψυχική Νόσο και την Κλίμακα της Κοινωνικής Αποστασιοποίησης

		Στάσεις έναντι στην Ψυχική Νόσο (Συνολικά)	Social Distancing
Στάσεις έναντι στην Ψυχική Νόσο (Συνολικά)	Pearson Correlation	1	-,536**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	210	210
Social Distancing	Pearson Correlation	-,536**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	210	210

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

Μπορεί να διαπιστωθεί ότι με $r=-0,536$, $p=0,000<0,05$ εντοπίζεται στατιστικά σημαντική, μέτριας προς ισχυρής ισχύος, αρνητική γραμμική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας κοινωνικής απόστασης από τους ψυχικά πάσχοντες και της κλίμακας των στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο, και έτσι η υπόθεση επιβεβαιώνεται.

Στο ακόλουθο γράφημα αποτυπώνονται οι τιμές των δυο κλιμάκων μαζί με την παλινδρομική τους γραμμή.



Γράφημα 9: Στάσεις έναντι στην Ψυχική Νόσο και Κοινωνική αποστασιοποίηση

Κλίμακα Στάσεων Απέναντι στην Σοβαρή Ψυχική Νόσο

Η κλίμακα των στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική νόσο, συνίσταται από 30 δηλώσεις. Το δείγμα κλήθηκε να αποτυπώσει τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας του επιλέγοντας κατάλληλα από μια 5-βαθμια κλίμακα τύπου Likert («Συμφωνώ»: 4, «Μάλλον Συμφωνώ»: 3, «Μάλλον Διαφωνώ»: 2, «Διαφωνώ»: 1, «Δεν ξέρω/δεν απαντώ»: 0).

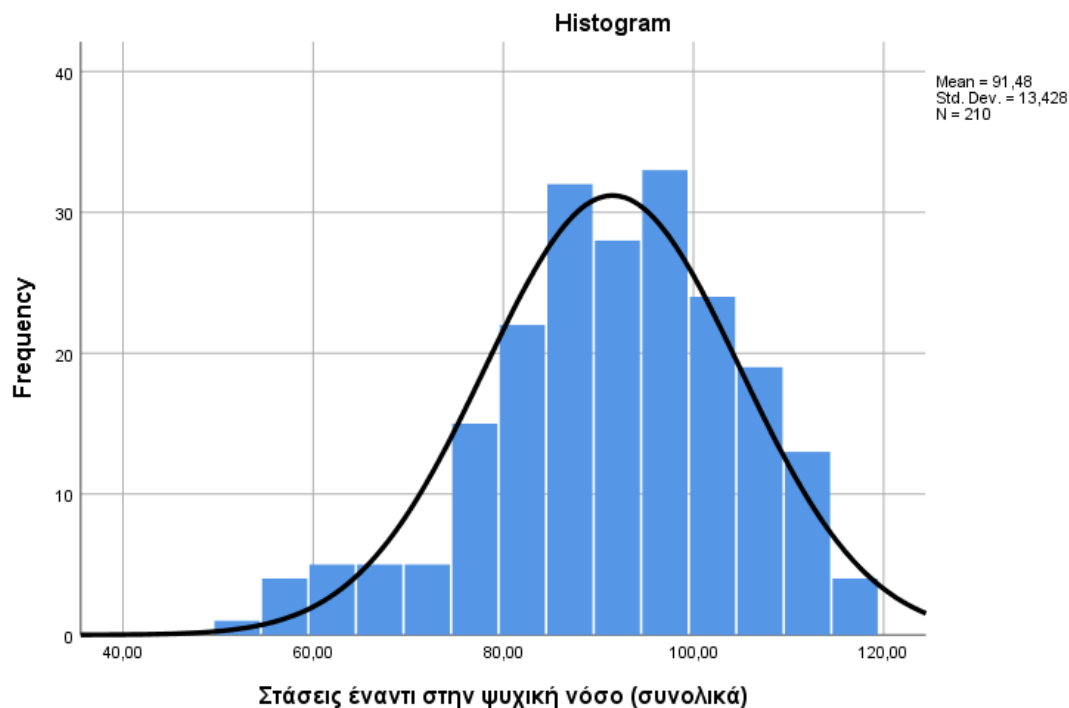
Από την συνολική κλίμακα των στάσεων έναντι στην ψυχική νόσο, προκύπτουν 4 επιπλέον υποκλίμακες, οι οποίες αναφέρονται παρακάτω:

- **Stereotyping:** Η εν λόγω υποκλίμακα, αποτελείται από 11 δηλώσεις οι οποίες αφορούν σε κοινώς υποστηριζόμενες αντιλήψεις σχετικά με την ψυχική ασθένεια.
- **Optimism:** Συνίσταται από 6 δηλώσεις, οι οποίες αφορούν σε θετικές αντιλήψεις και συμπεριφορές απέναντι στους ασθενείς με σοβαρή ψυχική νόσο.
- **Coping:** Συνίσταται από 7 δηλώσεις, οι οποίες αντιστοιχούν σε στρατηγικές αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας και το στίγμα, το οποίο την συνοδεύει.
- **Understanding:** Συνίσταται από 6 δηλώσεις οι οποίες κωδικοποιούν και ελέγχουν το πως αισθάνονται οι ασθενείς με βαριά ψυχική νόσο, σχετικά με την ασθένειά τους.

Αξίζει να αναφερθεί, ότι το σύνολο των αρνητικά διατυπωμένων δηλώσεων, αντιστράφηκε, ώστε, τελικά, υψηλότερο σκορ σε κάθε μία από τις εν λόγω κλίμακες, να αντιστοιχεί σε συμπεριφορές και στάσεις οι οποίες δεν στιγματίζουν τους ασθενείς με ψυχική νόσο.

Αρχικά, θα εξεταστεί η κλίμακα των στάσεων συνολικά, προσεγγίζοντας τα ερευνητικά ερωτήματα, ενώ σε τελικό στάδιο (δευτερεύοντα αποτελέσματα), θα εξεταστεί κάθε μια από τις υποκλίμακες ξεχωριστά. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η υποκλίμακα των στάσεων αποτελείται από 30 δηλώσεις, των οποίων οι απαντήσεις βαθμονομήθηκαν από το 0 μέχρι το 4. Η κλίμακα αναμένεται να έχει εύρος από 30 μέχρι 120, ενώ είναι προφανές ότι (μετά την αντιστροφή) χαμηλές τιμές της κλίμακας (κοντά στο 30) αντιστοιχούν σε στιγματιστικές στάσεις και συμπεριφορές, ενώ αντίστροφα υψηλές συγκριτικά τιμές (κοντά στο 120) αντιστοιχούν σε μη στιγματιστικές συμπεριφορές, στάσεις και αντιλήψεις. Αντίστοιχα, τιμές κοντά στο 75 αναμένεται να αντιστοιχούν σε ουδετερότητα.

Στο παρακάτω γράφημα φαίνεται ότι το δείγμα εμφανίζει μέτρια μη σιγματιστικές συμπεριφορές με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 91,48 ($TA: 13,43$) με ελάχιστη τιμή 52,00 και μέγιστη 118,00.



Γράφημα 5: Ιστόγραμμα στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο

Στην συνέχεια εξετάζεται η 2^η υπόθεση, για τον έλεγχο της οποίας πραγματοποιήθηκε αρχικά ο στατιστικός έλεγχος *Levene* και έπειτα, έλεγχος *t-test*. Μεταξύ των δύο φύλων, προέκυψε, ότι οι γυναίκες εμφανίζουν συγκριτικά υψηλότερο σκορ στις στάσεις τους απέναντι στην ψυχική νόσο με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 91,76 ($TA: 13,04$), σαφώς υψηλότερη από την 90,57 ($TA: 14,73$) των ανδρών.

H0: Δεν υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της μέσης στάσης έναντι στην ψυχική νόσο μεταξύ των δύο φύλων.

H1: Υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της μέσης στάσης έναντι στην ψυχική νόσο μεταξύ των δύο φύλων.

Από τον στατιστικό έλεγχο του *Levene* προκύπτει ότι με $F=0,254$, $p=0.615 > 0,05$ η μηδενική υπόθεση περί ισότητας των διακυμάνσεων δεν μπορεί να απορριφθεί και ως εκ

τούτου οι διακυμάνσεις θεωρούνται άνισες. Ακολούθως, από τον στατιστικό έλεγχο t-test προκύπτει ότι με $t=-0,541$, $df=208$, $p=0,589>0,05$ η μηδενική υπόθεση δεν μπορεί να απορριφθεί και ως εκ τούτου δεν εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στις στάσεις απέναντι στην ψυχική νόσο μεταξύ των δύο φύλων.

Πίνακας 1: Αποτελέσματα t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων για τις στάσεις απέναντι στην ψυχική νόσο για τα δύο φύλα

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Στάσεις έναντι στην Ψυχική Νόσο (Συνολικά)	Equal variances assumed	,254	,615	-,541	208	,589	-1,18634	2,19454	-5,51272	3,14005
	Equal variances not assumed			-,507	72,405	,614	-1,18634	2,34186	-5,85430	3,48163

Κατά την διερεύνηση της 3^{ης} υπόθεσης πραγματοποιήθηκε και πάλι ο έλεγχος της ισότητας των διασπορών των δυο πληθυσμών (*Levene's test*) και ο στατιστικός έλεγχος *t-test*. Από τις πρωταρχικές αναλύσεις διαπιστώθηκε ότι η μέση τιμή στην εν λόγω κλίμακα είναι πολύ κοντά και για τις δύο περιοχές. Ειδικότερα, η μέση τιμή για τους κατοίκους της Πάτρας ανέρχεται σε 91,83 (*TA*: 13,63), ενώ αντίστοιχα, για τους κατοίκους της Λήμνου η αντίστοιχη μέση τιμή ανέρχεται σε 91,10 (*TA*: 13,26).

H0: Δεν υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της μέσης στάσης έναντι στην ψυχική νόσο αναλόγως του τόπου κατοικίας (Πάτρα ή Λήμνος)

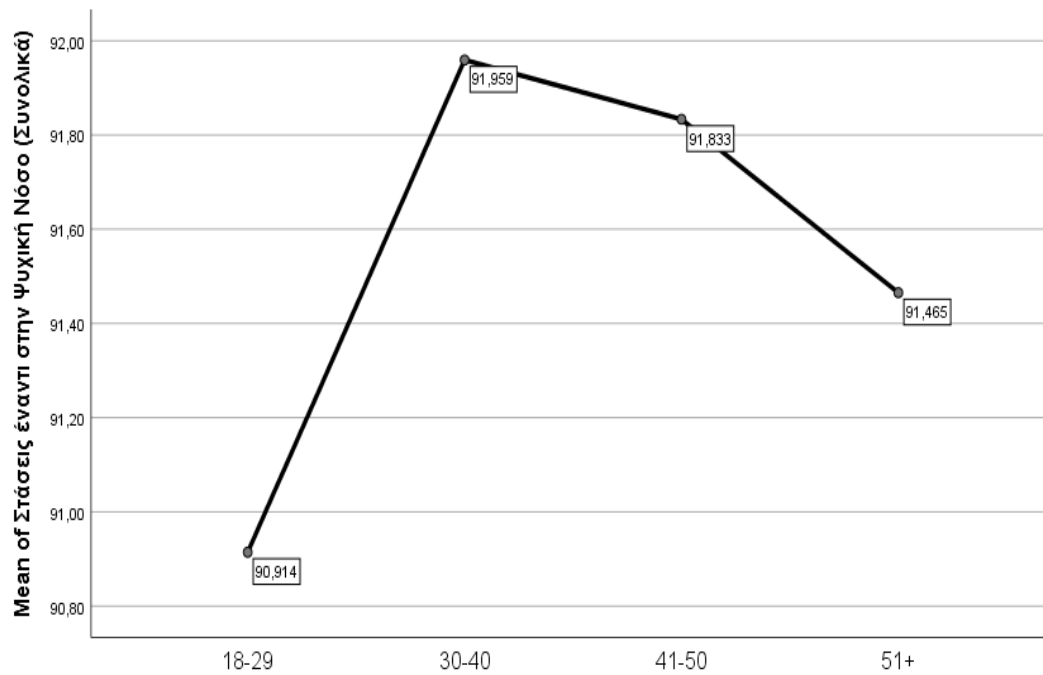
H1: Υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της μέσης στάσης έναντι στην ψυχική νόσο αναλόγως του τόπου κατοικίας (Πάτρα ή Λήμνος).

Από τον στατιστικό έλεγχο του *Levene* διαφαίνεται ότι με $F=0,034$, $p=0.853>0,05$ η μηδενική υπόθεση περί ισότητας των διακυμάνσεων δεν μπορεί να απορριφθεί και ως εκ τούτου οι διακυμάνσεις θεωρούνται άνισες. Ακολούθως, από τον στατιστικό έλεγχο *t-test* προκύπτει ότι με $t=0,391$, $df=208$, $p=0,696>0,05$, η μηδενική υπόθεση δεν μπορεί να απορριφθεί και ως εκ τούτου δεν εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στις στάσεις απέναντι στην ψυχική νόσο μεταξύ των διαμενόντων στην Λήμνο και εκείνων που διαμένουν στην Πάτρα.

Πίνακας 2: Αποτελέσματα *t-test* ανεξαρτήτων δειγμάτων για τις στάσεις έναντι στην ψυχική νόσο αναλόγως του τόπου κατοικίας

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Στάσεις έναντι στην Ψυχική Νόσο (Συνολικά)	Equal variances assumed	,034	,853	,391	208	,696	,72727	1,85910	-2,93782	4,39237
	Equal variances not assumed			,392	207,035	,696	,72727	1,85665	-2,93310	4,38765

Για τον υπολογισμό 4^η υπόθεσης, και προκειμένου να διασφαλιστεί η στατιστική εγκυρότητα των ελέγχων, οι ηλικιακές κατηγορίες των 51-60, 61-70 και 70+ συμπύχθηκαν σε μια ενιαία, η οποία ονομάστηκε 51+. Για τον έλεγχο της παρούσας υπόθεσης υλοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης κατά έναν παράγοντα (*One - Way ANOVA*). Αναλυτικότερα, χαμηλότερη συγκριτικά βαθμολογία εντοπίζεται στους συμμετέχοντες ηλικίας 18- 29 έτη, ενώ η αντίστοιχη μέγιστη εντοπίζεται στους συμμετέχοντες ηλικίας 30-40 με 91,95 (*TA*: 12,59).



Γράφημα 6: Διάγραμμα μέσων τιμών στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο για τις διάφορες ηλικιακές κατηγορίες

H0: Δεν υφίσταται διαφοροποίηση στις μέσες στάσεις έναντι στην ψυχική νόσο μεταξύ των διαφορετικών ηλικιακών κατηγοριών

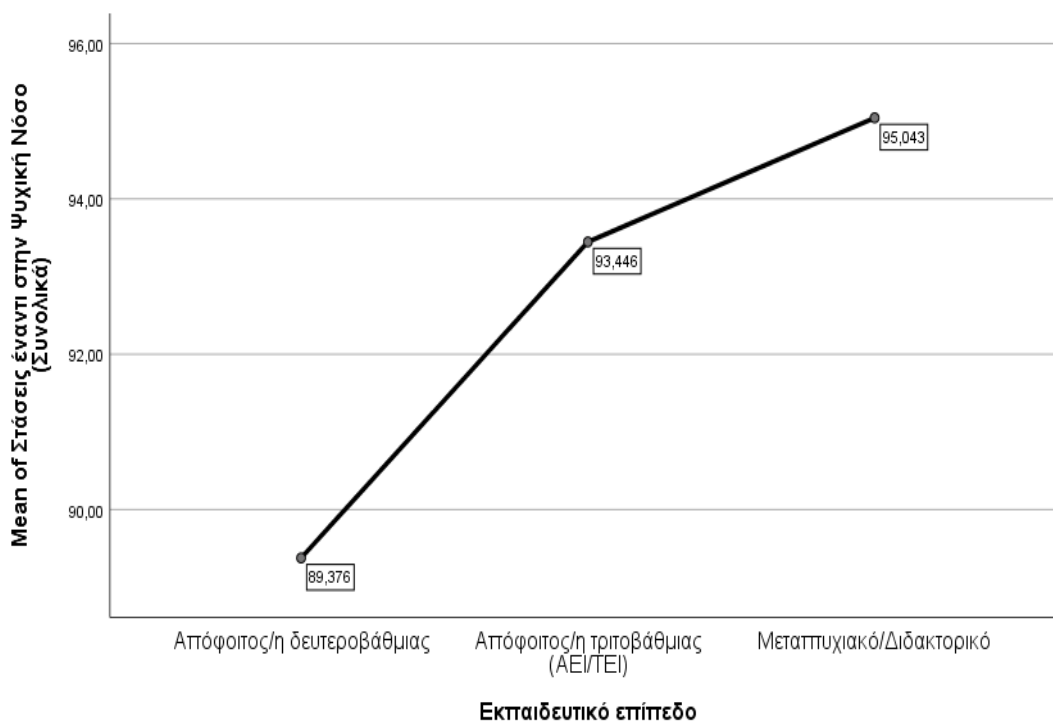
H1: Υφίσταται διαφοροποίηση στις μέσες στάσεις έναντι στην ψυχική νόσο μεταξύ των διαφορετικών ηλικιακών κατηγοριών.

Από τον παρακάτω πίνακα, διαπιστώνεται ότι με $F(3,206)=0,072$, $p=0,975>0,05$ δεν εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην στάση έναντι στην ψυχική νόσο αναλόγως των ηλικιακών κατηγοριών και επομένως η μηδενική υπόθεση δεν μπορεί να απορριφθεί..

Πίνακας 3: Αποτελέσματα Ανάλυσης Διακύμανσης στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο για τις διαφορετικές ηλικιακές κατηγορίες

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
BetweenGroups	39,655	3	13,218	,072	,975
WithinGroups	37644,768	206	182,742		
Total	37684,424	209			

Τέλος, εξετάζεται η 5^η υπόθεση, στην οποία ξανά διεξήχθη στατιστικός έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης κατά έναν παράγοντα. Οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού, εμφανίζουν κατά μέσο όρο υψηλότερο σκορ στην κλίμακα των στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο, έναντι των λοιπών κατηγοριών, όπως παρατηρείται και στο ακόλουθο γράφημα.



Γράφημα 7: Μέσες τιμές στάσεων απέναντι στην ψυχική νόσο αναλόγως του επιπέδου εκπαίδευσης

Παρ' όλα αυτά, με $F(2,195)=2,937$, $p=0,055 > 0,05$ δεν εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στις στάσεις έναντι της ψυχικής νόσου για τις διαφορετικές κατηγορίες εκπαίδευσης, με τα αποτελέσματα να αναλύονται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 4: Αποτελέσματα Ανάλυσης Διακύμανσης στάσεων έναντι στην ψυχική νόσο για τις διαφορετικές ηλικιακές κατηγορίες

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
BetweenGroups	1023,946	2	511,973	2,937	,055
WithinGroups	33988,943	195	174,302		
Total	35012,889	197			

Κλίμακα Κοινωνικής Απόστασης

Η κλίμακα της κοινωνικής απόστασης συνίσταται από 14 δηλώσεις, οι οποίες βαθμολογούνται κατάλληλα, μέσα από μια 5-βάθμια κλίμακα τύπου Likert («Σίγουρα ΝΑΙ»:1, «Σίγουρα ΟΧΙ»:5).

Με την παραπάνω κωδικοποίηση, συγκριτικά χαμηλές τιμές (κοντά στο 1) υποδηλώνουν συμφωνία με την πρόταση και ως εκ τούτου χαμηλή κοινωνική απόσταση, ενώ αντίστοιχα υψηλές τιμές (κοντά στο 5) υποδηλώνουν διαφωνία με την πρόταση και ως εκ τούτου υψηλή κοινωνική απόσταση.

Για τις αρνητικά διατυπωμένες δηλώσεις (α/α 1,2,4,5,7) η βαθμολογία αντιστράφηκε, ώστε υψηλότερη συγκριτικά βαθμολογία, να αντιστοιχεί σε χαμηλότερη εμφάνιση του υπό εξέταση χαρακτηριστικού.

Η εν λόγω κλίμακα αναμένεται να έχει εύρος από 14 μέχρι 70, ενώ χαμηλές συγκριτικά τιμές (κοντά στο 14) αναμένεται να αντιστοιχούν σε συμφωνία με τις δηλώσεις και ως εκ τούτου χαμηλή εμφάνιση κοινωνικής απόστασης, ενώ υψηλές τιμές (κοντά στο 70) αναμένεται να αντιστοιχούν με διαφωνία και ως εκ τούτου υψηλή εμφάνιση κοινωνικής απόστασης. Τιμές κοντά στο 42 αναμένεται να αντιστοιχούν σε ουδετερότητα.

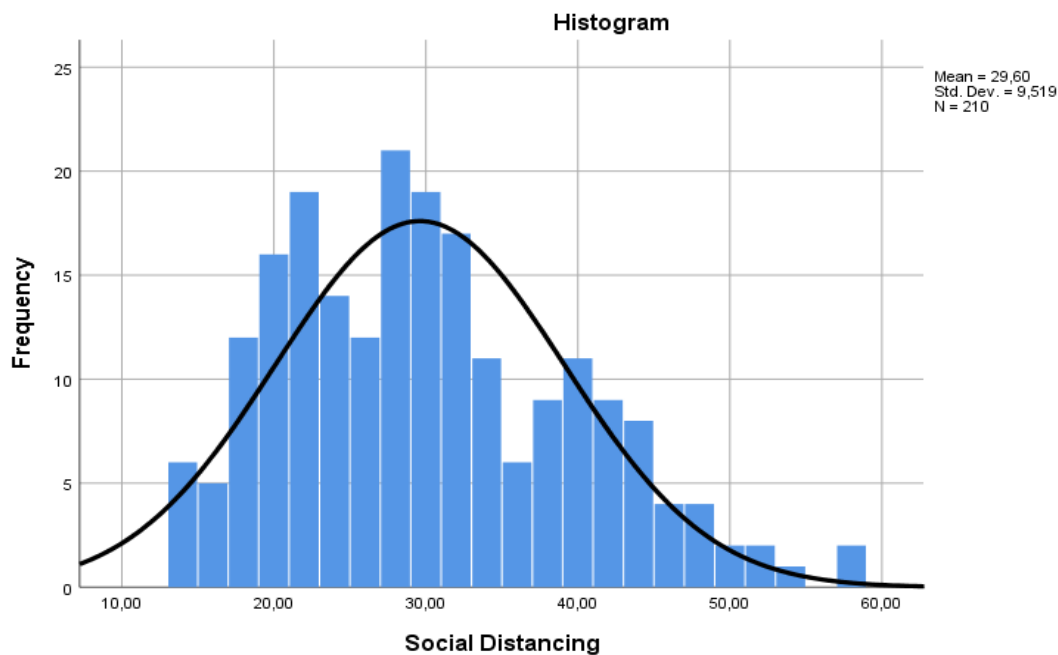
Η κλίμακα της κοινωνικής απόστασης συνίσταται από τρεις υποκλίμακες,

- Προσωρινές σχέσεις (temporary relations): 1, 2, 7, 10
- Σταθερές Σχέσεις (stable relations): 4, 11, 12, 13, 14
- Σχέσεις Εμπιστοσύνης (trust relations): 3, 5, 6, 8, 9

Αρχικά, θα εξεταστεί συνολικά, η κλίμακα της κοινωνικής απόστασης, ενώ στην συνέχεια θα αναλυθούν οι τρεις υποκλίμακες μαζί με τις επιμέρους δηλώσεις που τις συνιστούν (δευτερεύοντα αποτελέσματα).

Εξετάζοντας την συνολική κλίμακα της κοινωνικής αποστασιοποίησης και με βάση το γράφημα 8, μπορεί να διαπιστωθεί ότι το δείγμα εν γένει είναι αρνητικό στην διατήρηση

κοινωνικής αποστασιοποίησης με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 29,60 ($TA: 9,52$).



Γράφημα 8: Ιστόγραμμα συνολικής κοινωνικής αποστασιοποίησης (total social distance)

Στην συνέχεια εξετάζεται και η 2^η υπόθεση, χρησιμοποιώντας τον στατιστικό έλεγχο t -test. Αρχικά, τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι οι άνδρες εμφανίζουν συγκριτικά υψηλότερο σκορ στην εν λόγω κλίμακα με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 31,45 ($TA: 9,85$), σε σχέση με την 29,04 ($TA: 9,37$) των γυναικών.

Για τον έλεγχο της υπόθεσης πραγματοποιήθηκε, αρχικά, ο στατιστικός έλεγχος του Levene, με βάση τον οποίο οι διακυμάνσεις μπορούν να θεωρηθούν ίσες. Ακολούθως, με τον στατιστικό έλεγχο t -test, με $t=1,558$, $df=208$, $p=0,121$, δεν εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην μέση τιμή της συνολικής κοινωνικής αποστασιοποίησης απέναντι στους ψυχικά ασθενείς με βάση το φύλο.

Πίνακας 5: Αποτελέσματα t -test ανεξαρτήτων δειγμάτων για την κοινωνική αποστασιοποίηση αναλόγως του φύλου

Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means
---	------------------------------

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Social Distancing	Equal variances assumed	,065	,799	1,558	208	,121	2,41171	1,54781	-,63970	5,46313
	Equal variances not assumed			1,517	76,349	,133	2,41171	1,58970	-,75421	5,57764

Έπειτα, εξετάζεται η 3^η υπόθεση, για τον έλεγχο της οποίας χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος *t-test*, όπως και προηγουμένως. Οι κάτοικοι της Λήμνου φαίνεται να επιθυμούν περισσότερη κοινωνική απόσταση από τους ψυχικά ασθενείς, με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 30,12 (*TA*: 9,21), σε σχέση με τους κατοίκους της Πάτρας, των οποίων η αντίστοιχη μέση τιμή ανέρχεται σε 29,13 (*TA*: 9,81).

Ο έλεγχος *t-test* που υλοποιήθηκε και παρουσιάζεται παρακάτω, υποδηλώνει ότι εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην επιθυμία για κοινωνική απόσταση μεταξύ των κατοίκων της Λήμνου και της Πάτρας.

Πίνακας 6: Αποτελέσματα *t-test* ανεξαρτήτων δειγμάτων για την κοινωνική αποστασιοποίηση αναλόγως του τόπου καταγωγής

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Social Distancing	Equal variances assumed	1,716	,192	-,754	208	,452	-,99273	1,31662	-3,58836	1,60290

Equal variances not assumed			-,756	207,780	,450	-,99273	1,31265	-3,58055	1,59509
-----------------------------	--	--	-------	---------	------	---------	---------	----------	---------

Όσον αφορά στον έλεγχο της 4^{ης} υπόθεσης, διαφαίνεται ότι μικρότερη κοινωνική απόσταση εμφανίζουν οι έχοντες ηλικία από 51+ , ενώ η μέση τιμή για κάθε ηλικιακή κατηγορία αποτυπώνεται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 7: Περιγραφικά στατιστικά κοινωνικής αποστασιοποίησης για τις διάφορες κατηγορίες

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
18-29	70	29,8000	9,20239	1,09990	27,6058	31,9942	14,00	53,00
30-40	49	29,7755	9,37920	1,33989	27,0815	32,4695	14,00	58,00
41-50	48	28,7500	10,31112	1,48828	25,7560	31,7440	14,00	57,00
51+	43	30,0233	9,54809	1,45607	27,0848	32,9617	14,00	51,00
Total	210	29,6000	9,51916	,65688	28,3050	30,8950	14,00	58,00

Υλοποιώντας στατιστικό έλεγχο της ανάλυσης διακύμανσης κατά έναν παράγοντα για την κοινωνική απόσταση αναλόγως της ηλικιακής κατηγορίας, προκύπτει ότι με $F=0,170$, $p=0,917 > 0,05$ δεν εντοπίζεται κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

Πίνακας 4: Ανάλυση Διακύμανσης κατά έναν παράγοντα για την κοινωνική αποστασιοποίηση αναλόγως της ηλικιακής κατηγορίας

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	46,693	3	15,564	,170	,917
Within Groups	18891,707	206	91,707		
Total	18938,400	209			

Τέλος, εξετάζεται η 5^η υπόθεση για τον έλεγχο της οποίας, χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος της ανάλυσης διακύμανσης κατά έναν παράγοντα. Υψηλότερη μέση τιμή εντοπίζεται στους κατόχους μεταπτυχιακού/διδακτορικού ενώ ακολουθούν οι απόφοιτοι

πρωτοβάθμιας. Από τα αποτελέσματα, δεν εντοπίζεται κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

Πίνακας 9: Περιγραφικά στατιστικά κοινωνικής αποστασιοποίησης αναλόγως του εκπαιδευτικού επιπέδου

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Απόφοιτος/η δευτεροβάθμιας	101	30,0000	10,09752	1,00474	28,0066	31,9934	14,00	58,00
Απόφοιτος/η τριτοβάθμιας (ΑΕΙ/ΤΕΙ)	74	28,3649	8,28197	,96276	26,4461	30,2836	14,00	57,00
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	23	31,2609	10,72896	2,23714	26,6213	35,9004	14,00	50,00
Total	198	29,5354	9,53946	,67794	28,1984	30,8723	14,00	58,00

Πίνακας 10: Ανάλυση διακύμανσης κατά έναν παράγοντα για την κοινωνική αποστασιοποίηση αναλόγως τ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	191,669	2	95,835	1,054	,351
Within Groups	17735,583	195	90,952		
Total	17927,253	197			

5.3. Δευτερεύοντα Αποτελέσματα

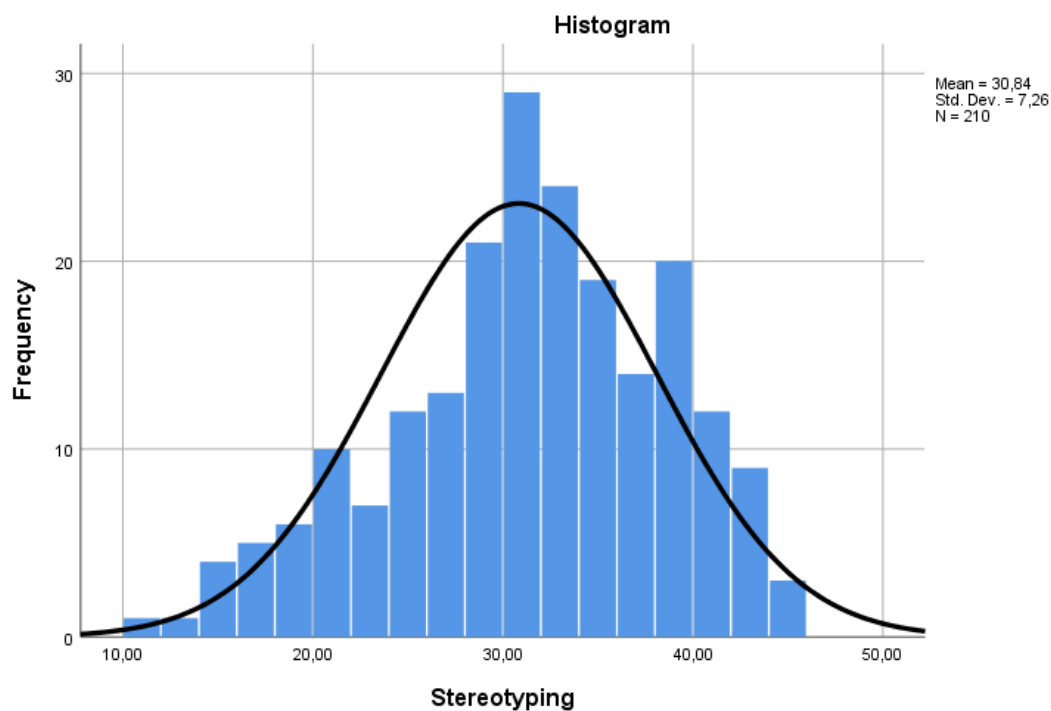
Σε αυτό το σημείο, παρουσιάζονται οι αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν για καθεμία από τις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων ξεχωριστά (με βάση το φύλο, τον τόπο κατοικίας, την ηλικιακή ομάδα και το μορφωτικό επίπεδο).

Στερεότυπα (Stereotyping) (ASMI)

Η υποκλίμακα των στερεοτύπων (Stereotyping) συνίσταται από 11 δηλώσεις (από α/α 1 μέχρι α/α 11), οι οποίες αφορούν στο σύνολό τους κοινώς υποστηριζόμενες αντιλήψεις περί ψυχικής ασθένειας. Για τον υπολογισμό της επιμέρους βαθμολογίας της υποκλίμακας, η βαθμονόμηση των απαντήσεων αντιστράφηκε, ώστε υψηλότερη συγκριτικά βαθμολογία να

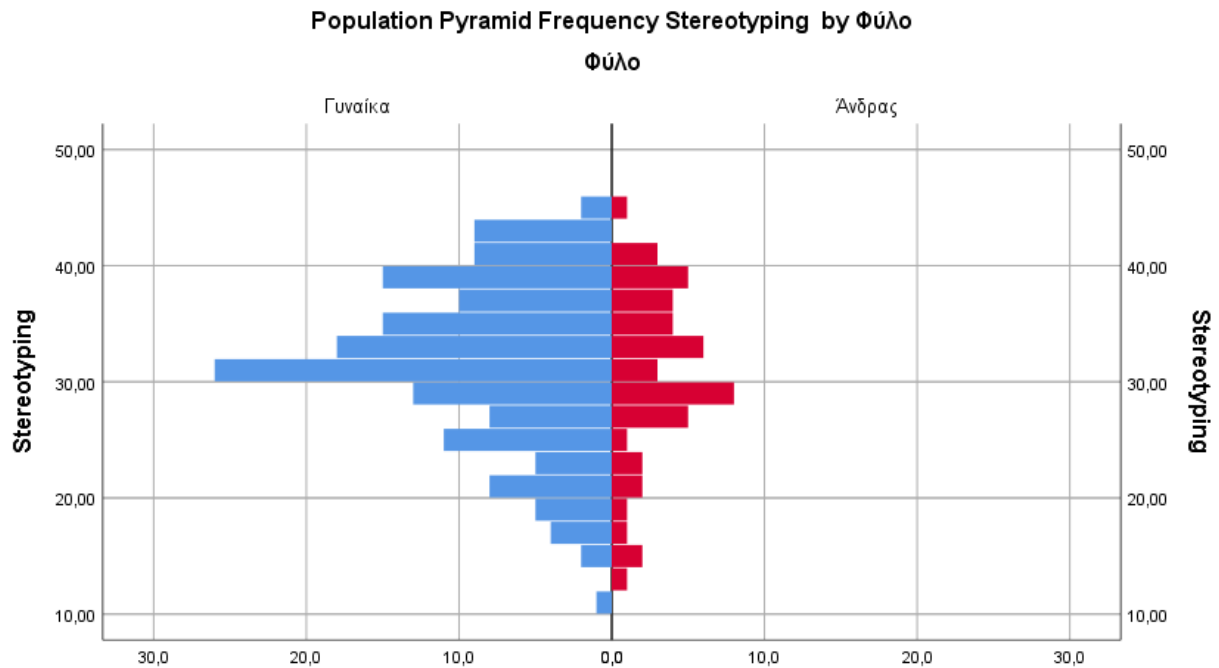
αντιστοιχεί σε μη υιοθέτηση στερεοτυπικών αντιλήψεων απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Η υποκλίμακα αναμένεται να έχει εύρος από 11 μέχρι 44, με μικρότερες συγκριτικά τιμές (κοντά στο 11) να αντιστοιχούν σε χαμηλή εμφάνιση του εξεταζόμενου χαρακτηριστικού ενώ υψηλότερες τιμές (κοντά στο 44) σε υψηλότερη.

Η κατανομή των τιμών της εν λόγω υποκλίμακας, αποτυπώνεται στο ακόλουθο ιστόγραμμα, όπου προκύπτει ότι το δείγμα είναι ουδέτερο προς αρνητικό στο να υιοθετεί στερεοτυπικές αντιλήψεις, με την μέση τιμή να ανέρχεται σε 30,84 ($TA: 7,26$).



Γράφημα 10: Ιστόγραμμα Στερεοτυπικών Αντιλήψεων έναντι στην Ψυχική Νόσο

Έπειτα, εξετάζεται η διαφοροποίηση στην υιοθέτηση στερεοτυπικών αντιλήψεων απέναντι στην ψυχική νόσο μεταξύ των ανδρών και των γυναικών. Η κατανομή των τιμών για τις γυναίκες και τους άνδρες στην υποκλίμακα της κατανόησης, αποτυπώνεται στο ακόλουθο γράφημα:



Γράφημα 11: Ιστόγραμμα Στερεοτυπικών Αντιλήψεων έναντι στην Ψυχική νόσο αναλόγως του φύλου

Για την συγκεκριμένη ανάλυση πραγματοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος t-test ανεξάρτητων δειγμάτων και προέκυψε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην υιοθέτηση στερεοτυπικών αντιλήψεων μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Πίνακας 12: Αποτελέσματα t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων για την υιοθέτηση στερεοτυπικών αντιλήψεων έναντι στην ψυχική νόσο αναλόγως του φύλου

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Stereotyping	Equal variances assumed	,034	,854	-,652	208	,515	-,77374	1,18616	-3,11218	1,56471
	Equal variances not assumed			-,642	77,625	,523	-,77374	1,20458	-3,17206	1,62459

Stereotyping	Equal variances assumed	,017	,896	,814	208	,417	,81727	1,00395	-1,16195	2,79650
	Equal variances not assumed			,815	206,737	,416	,81727	1,00310	-1,16035	2,79490

Όσον αφορά στις διαφορές στην υιοθέτηση στερεοτυπικών αντιλήψεων με βάση την ηλικία, τα αποτελέσματα αποτυπώνονται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 14: Περιγραφικά Στατιστικά Υιοθέτησης στερεοτυπικών αντιλήψεων για τις διάφορες ηλικιακές κατηγορίες

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
18-29	70	30,2714	7,56023	,90362	28,4688	32,0741	11,00	44,00
30-40	49	31,4694	6,88628	,98375	29,4914	33,4474	14,00	42,00
41-50	48	30,8333	7,70005	1,11141	28,5975	33,0692	13,00	43,00
51+	43	31,0465	6,84159	1,04333	28,9410	33,1520	18,00	44,00
Total	210	30,8381	7,26020	,50100	29,8504	31,8258	11,00	44,00

Από την υλοποίηση του στατιστικού ελέγχου ανάλυσης διακύμανσης (*One way ANOVA*), δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην υιοθέτηση στερεοτυπικών αντιλήψεων ανάμεσα στις διάφορες ηλικιακές κατηγορίες.

Πίνακας 15: Αποτελέσματα Ανάλυσης Διακύμανσης κατά έναν παράγοντα για την Υιοθέτηση Στερεοτυπικών αντιλήψεων για τις διάφορες ηλικιακές κατηγορίες

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	43,875	3	14,625	,275	,844
Within Groups	10972,621	206	53,265		
Total	11016,495	209			

Τέλος, για την διερεύνηση των διαφορών στην υιοθέτηση στερεοτυπικών αντιλήψεων μεταξύ των διαφορετικών κατηγοριών εκπαίδευσης, τα αποτελέσματα συνοψίζονται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 16: Περιγραφικά Στατιστικά για την υιοθέτηση στερεοτυπικών αντιλήψεων αναλόγως του επιπέδου εκπαίδευσης.

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Απόφοιτος/η δευτεροβάθμιας	101	29,8218	7,68947	,76513	28,3038	31,3398	11,00	44,00
Απόφοιτος/η τριτοβάθμιας (ΑΕΙ/ΤΕΙ)	74	31,8243	6,75878	,78569	30,2584	33,3902	13,00	43,00
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	23	32,1739	6,08763	1,26936	29,5414	34,8064	21,00	44,00
Total	198	30,8434	7,22381	,51337	29,8310	31,8558	11,00	44,00

Από την υλοποίηση της ανάλυσης διακύμανσης, δεν εντοπίστηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στη μέση υιοθέτηση στερεοτυπικών αντιλήψεων για τις διάφορες κατηγορίες εκπαίδευσης.

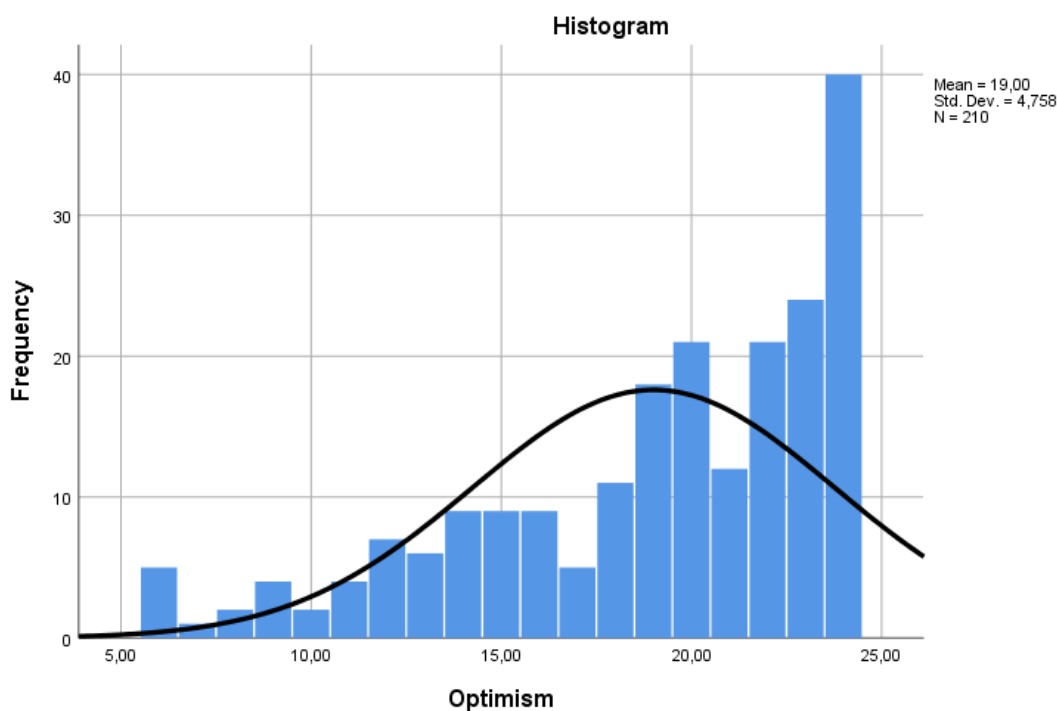
Πίνακας 17: Αποτελέσματα Ανάλυσης Διακύμανσης κατά έναν Παράγοντα (ANOVA) για την υιοθέτηση στερεοτυπικών αντιλήψεων αναλόγως της

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	217,334	2	108,667	2,106	,125
Within Groups	10062,813	195	51,604		
Total	10280,146	197			

Αισιοδοξία (Optimism)(ASMI)

Η υποκλίμακα της αισιοδοξίας, κωδικοποιήθηκε με 6 προτάσεις (α/α 12 έως α/α 17), οι οποίες αφορούν σε αντιλήψεις και συμπεριφορές έναντι των ασθενών με σοβαρή ψυχική νόσο. Το σύνολο των κωδικοποιημένων συμπεριφορών είναι διατυπωμένες θετικά: αφορούν σε θετικές συμπεριφορές έναντι των ασθενών, ενώ το δείγμα κλήθηκε να αποτυπώσει τη συμφωνία ή τη διαφωνία του με χρήση της 5-βάθμιας κλίμακας τύπου Likert όπως περιγράφηκε και παραπάνω.

Η κατανομή των τιμών της κλίμακας, αποτυπώνεται στο ακόλουθο ιστόγραμμα, όπου φαίνεται ότι το δείγμα υιοθετεί θετικές αντιλήψεις και στάσεις απέναντι στα άτομα με ψυχική νόσο, καθώς η μέση τιμή της κλίμακας ανέρχεται σε 19,00 ($TA: 4,75$).



Γράφημα 13: Ιστόγραμμα τιμών υποκλίμακας αισιοδοξίας

Έπειτα, εξετάστηκε η ύπαρξη διαφοροποίησης των αντιλήψεων με βάση το φύλο, όπου οι γυναίκες φάνηκε να υιοθετούν θετικές αντιλήψεις και στάσεις με την μέση τιμή να ανέρχεται σε 19,22 ($TA: 4,39$), σαφώς υψηλότερη από την 18,29 ($TA: 5,79$) των ανδρών. Από τον στατιστικό έλεγχο του *Levene* διαπιστώθηκε ότι οι και οι γυναίκες και οι Άνδρες εμφανίζουν άνισες διακυμάνσεις ($f=6,798$, $p=0,010 < 0,05$). Ακολούθως από τον στατιστικό έλεγχο *t-test* φάνηκε ότι δεν εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην τιμή της κλίμακας της αισιοδοξίας, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

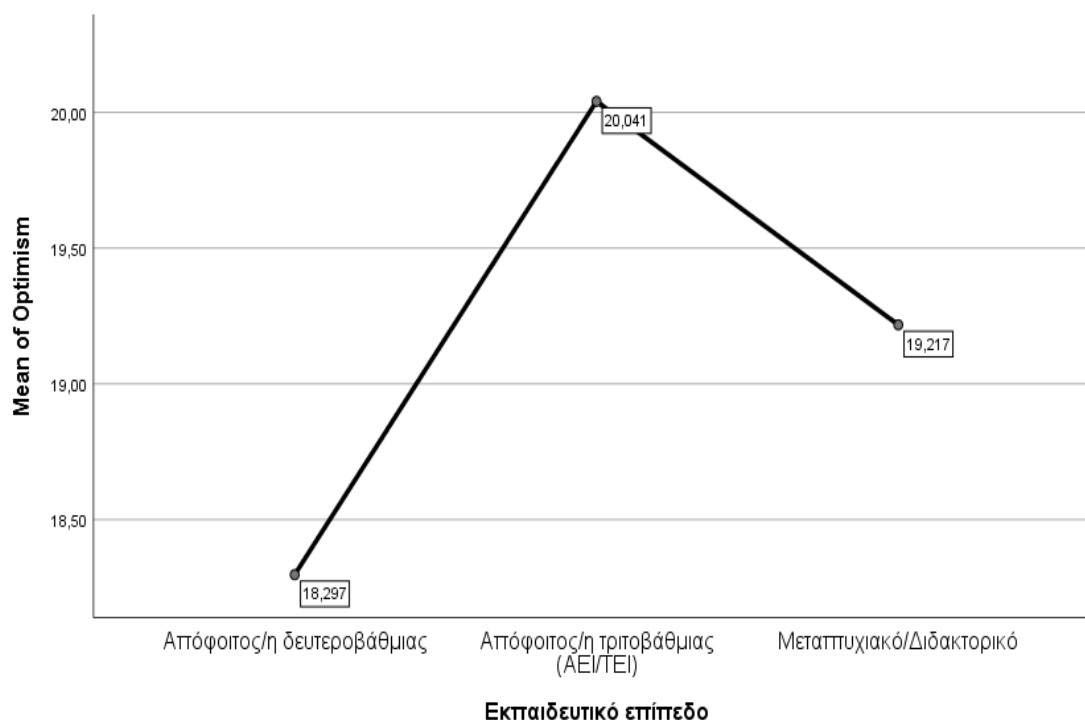
Equal variances not assumed			-,712	206,568	,477	-,46818	,65776	-1,76497	,82861
-----------------------------	--	--	-------	---------	------	---------	--------	----------	--------

Στην συνέχεια εξετάζονται οι τιμές της κλίμακας αισιοδοξίας με βάση την ηλικιακή ομάδα. Τα αποτελέσματα υπέδειξαν ότι υψηλότερη τιμή της κλίμακας αισιοδοξίας εντοπίστηκε στους έχοντες ηλικία 41-50 έτη, ενώ αντίστοιχα η χαμηλότερη τιμή εντοπίστηκε στους συμμετέχοντες ηλικίας 51+ έτη. Για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας υλοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης κατά έναν παράγοντα, με τα αποτελέσματά του να αποτυπώνονται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 20: Ανάλυση Διακύμανσης κατά έναν παράγοντα για την κλίμακα της αισιοδοξίας αναλόγως της ηλικιακής κατηγορίας

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	42,767	3	14,256	,626	,599
Within Groups	4688,228	206	22,758		
Total	4730,995	209			

Από την εξέταση της διαφοροποίηση της κλίμακας της αισιοδοξίας, με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο, προκύπτει το ακόλουθο γράφημα:



Γράφημα 14: Διάγραμμα μέσων τιμών κλίμακας αισιοδοξίας αναλόγως του εκπαιδευτικού επιπέδου

Προκειμένου να ελεγχθεί η στατιστική σημαντικότητα των διαφορών που παρουσιάστηκαν παραπάνω, υλοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA). Στον παρακάτω πίνακα εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στην κλίμακα της αισιοδοξίας με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο, με τους απόφοιτους τριτοβάθμιας να υιοθετούν συγκριτικά πιο αισιόδοξες στάσεις έναντι των υπολοίπων.

Πίνακας 21: Ανάλυση Διακύμανσης κατά έναν παράγοντα για την κλίμακα της αισιοδοξίας αναλόγως της κατηγορίας εκπαίδευσης

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	130,508	2	65,254	3,049	,049
Within Groups	4173,881	195	21,405		
Total	4304,389	197			

Για την διαπίστωση μεταξύ ποιών κατηγοριών εντοπίζεται η εμφανιζόμενη διαφορά, πραγματοποιήθηκε ανάλυση *posthoc*, με την μέθοδο *LSD (Least Significant Differences)*. Από την συγκεκριμένη ανάλυση προέκυψε ότι στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση

τιμή της υποκλίμακας της αισιοδοξίας εντοπίζεται μεταξύ των αποφοίτων τριτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

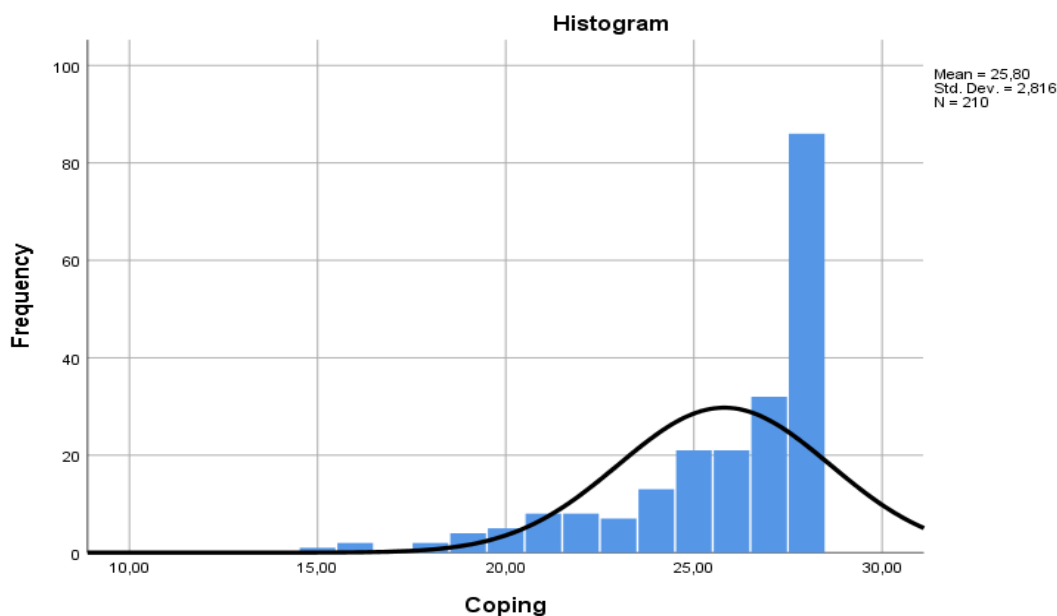
Πίνακας 22: Posthocανάλυση για την υποκλίμακα της αισιοδοξίας αναλόγως των κατηγοριών εκπαίδευσης

(I) Εκπαιδευτικό επίπεδο	(J) Εκπαιδευτικό επίπεδο	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Απόφοιτος/η δευτεροβάθμιας	Απόφοιτος/η τριτοβάθμιας (ΑΕΙ/ΤΕΙ)	-1,74351*	,70794	,015	-3,1397	-,3473
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	-,92036	1,06890	,390	-3,0285	1,1877
Απόφοιτος/η τριτοβάθμιας (ΑΕΙ/ΤΕΙ)	Απόφοιτος/η δευτεροβάθμιας	1,74351*	,70794	,015	,3473	3,1397
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	,82315	1,10448	,457	-1,3551	3,0014
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	Απόφοιτος/η δευτεροβάθμιας	,92036	1,06890	,390	-1,1877	3,0285
	Απόφοιτος/η τριτοβάθμιας (ΑΕΙ/ΤΕΙ)	-,82315	1,10448	,457	-3,0014	1,3551

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Εσωτερίκευση (Coping)(ASMI)

Η εν λόγω υποκλίμακα αποτελείται από 7 δηλώσεις (α/α 18 έως 24) και αποτιμά τις στρατηγικές αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας και το στίγμα, το οποίο την συνοδεύει. Οι ερωτήσεις που συνιστούν την συγκεκριμένη υποκλίμακα αθροίστηκαν, (εύρος 7-28). Αξίζει να αναφερθεί ότι όσες από τις δηλώσεις ήταν αρνητικά διατυπωμένες (α/α18, 20 και 22), αντεστράφησαν, ώστε τελικά υψηλότερο σκορ να αντιστοιχεί σε καλύτερη αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας και θετικότερες στάσεις και αντιλήψεις εν γένει. Από την κατανομή των τιμών της υποκλίμακας, που παρουσιάζεται παρακάτω, διαφαίνεται ότι το δείγμα εμφανίζει ισχυρή θετική στάση στην αντιμετώπιση της ψυχική ασθένειας.



Γράφημα 15: Ιστόγραμμα υποκλίμακας coping

Ο έλεγχος τυχών διαφορών στις αντιλήψεις περί αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας, ανέδειξε μικρές διαφοροποιήσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών, με την μέση τιμή για τις γυναίκες να ανέρχεται σε 25,89 ($TA: 2,92$) και την αντίστοιχη τιμή για τους άνδρες να ανέρχεται σε 25,51 ($TA: 2,45$). Υλοποιώντας τον στατιστικό έλεγχο t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων, προέκυψε ότι η παραπάνω διαφοροποίηση δεν είναι στατιστικά σημαντική ($t=-0,836$, $df=206$, $p=0,404 > 0.05$).

Πίνακας 23: Αποτελέσματα t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων για την υποκλίμακα της αντιμετώπισης αναλόγως του φύλου

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Coping	Equal variances assumed	1,323	,251	-,836	208	,404	-,38421	,45973	-1,29053	,52212
	Equal variances not assumed			-,917	93,191	,361	-,38421	,41889	-1,21602	,44761

Στην συνέχεια, εξετάστηκε η διαφοροποίηση των αντιλήψεων περί αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας με βάση τον τόπο καταγωγής. Για τους μεν κατοίκους της Πάτρας η αντίστοιχη μέση τιμή ανέρχεται σε 25,88 (*TA*: 2,95), ενώ για τους δε κατοίκους της Λήμνου η μέση τιμή ανέρχεται σε 25,72 (*TA*: 2,67). Για την εξέταση της στατιστικής σημαντικότητας των παραπάνω διαφορών υλοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων όπου με $t=0.415$, $df=205$, $p=0.678>0.05$ δεν εντοπίστηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά.

Ο έλεγχος της μέσης τιμής της κλίμακας με βάση την ηλικία, ανέδειξε ότι η υψηλότερη μέση τιμή εμφανίζεται στους έχοντες ηλικία 41-50 και λαμβάνει τιμή 26,02 (*TA*: 2,60). Ακολουθούν οι έχοντες ηλικία 51+ με 25,81 (*TA*: 3,02). Από την ανάλυση διακύμανσης κατά έναν παράγοντα, διαπιστώθηκε ότι δεν εντοπίζεται κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην μέση τιμή της υποκλίμακας coping αναλόγως της ηλικίας.

Πίνακας 5: Αποτελέσματα ανάλυσης διακύμανσης κατά έναν παράγοντα για την υποκλίμακα coping αναλόγως της ηλικίας

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3,253	3	1,084	,135	,939
Within Groups	1653,742	206	8,028		
Total	1656,995	209			

Τέλος, κατά τον έλεγχο τη διαφοροποίησης στην υποκλίμακα coping με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης, φάνηκε ότι υψηλότερη μέση τιμή εντοπίζεται στους κατόχους μεταπτυχιακού/διδακτορικού η οποία ανέρχεται σε 26,65 (*TA*: 0,753). Ακολουθούν οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας για τους οποίους η μέση τιμή ανέρχεται σε 25,76 (*TA*: 1,089) και, τέλος, έπονται οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας με 25,468 (*TA*: 0,972). Από τον στατιστικό έλεγχο της ανάλυσης διακύμανσης κατά έναν παράγοντα, δεν εντοπίστηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην μέση τιμή αναλόγως του εκπαιδευτικού επιπέδου.

Πίνακας 6: Ανάλυση διακύμανσης κατά έναν παράγοντα για την υποκλίμακα coping αναλόγως του επιπέδου εκπαίδευσης.

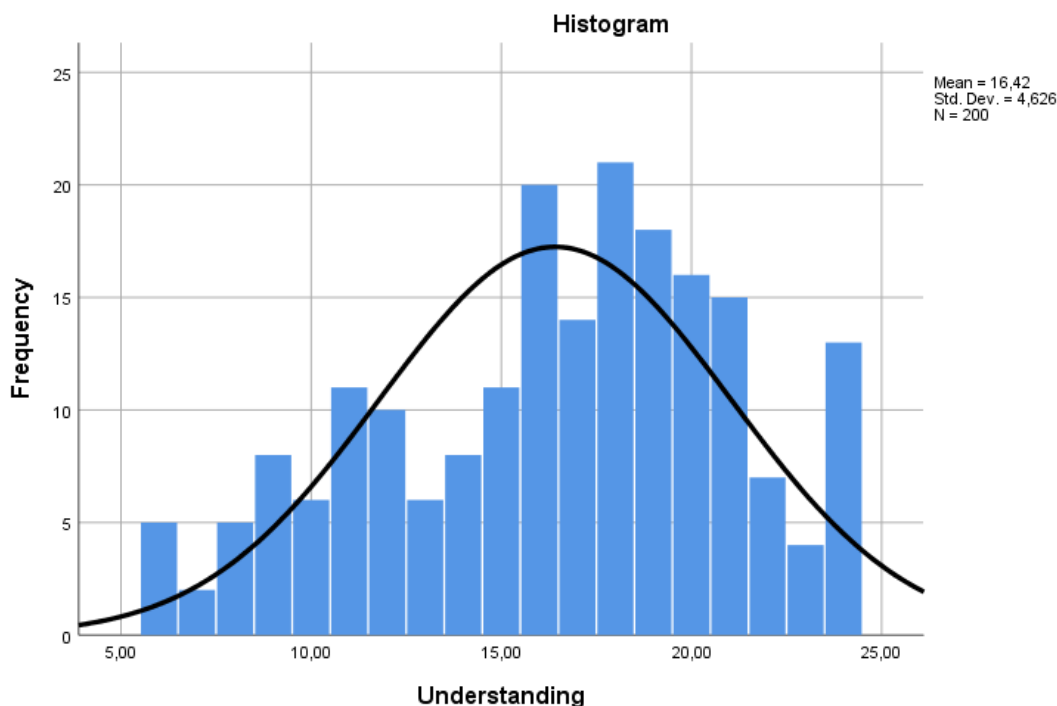
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	17,769	2	8,885	1,166	,314
Within Groups	1485,731	195	7,619		
Total	1503,500	197			

Κατανόηση (Understanding)(ASMI)

Η υποκλίμακα της κατανόησης (understanding) κωδικοποιήθηκε με μια σειρά 6 ερωτήσεων (α/α 25 έως α/α 30) της 5-βάθμιας κλίμακας Likert, οι οποίες βαθμονομήθηκαν από το 0 μέχρι το 4, με το 1 να αντιστοιχεί στο Διαφωνώ και το 4 στο Συμφωνώ, ενώ η απάντηση δεν γνωρίζω κωδικοποιήθηκε με 0. Η παραπάνω υποκλίμακα κωδικοποιεί και ελέγχει το πως αισθάνονται οι πάσχοντες με βαριές ψυχολογικές ασθένειες και ο περίγυρος τους, εξαιτίας της ασθένειάς τους.

Οι απαντήσεις των εν λόγω δηλώσεων αθροίστηκαν, ενώ είναι εμφανές ότι το εύρος της εν λόγω κλίμακας αναμένεται να είναι από 6 μέχρι 24, όπου συγκριτικά χαμηλές τιμές (κοντά στο 6) αντιστοιχούν σε διαφωνία του δείγματος με τις δηλώσεις και ως εκ τούτου χαμηλή εμφάνιση του εξεταζόμενου χαρακτηριστικού, ενώ αντίστοιχα υψηλές τιμές του δείγματος (κοντά στο 24) αντιστοιχούν σε συμφωνία του δείγματος με τις δηλώσεις και χαμηλή εμφάνιση του εξεταζόμενου χαρακτηριστικού.

Η κατανομή των τιμών του δείγματος υπέδειξε, ότι το δείγμα εμφανίζει μέτρια κατανόηση στην ψυχική νόσο, με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 16,41 (TA: 4,63), όπως παρουσιάζεται και στο ακόλουθο ιστόγραμμα:



Γράφημα 16: Ιστόγραμμα Υποκλίμακας Κατανόησης

Ο έλεγχος τυχών διαφοροποιήσεων στην υποκλίμακα της κατανόησης, με βάση το φύλο, ανέδειξε ότι οι άνδρες κατά μέσο όρο να δείχνουν μεγαλύτερη κατανόηση, με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 17,04 (*TA*: 4,40), τιμή υψηλότερη από την αντίστοιχη των γυναικών, για τις οποίες ανέρχεται σε 16,22 (*TA*: 4,69). Από την υλοποίηση του στατιστικού ελέγχου *t*-test ανεξαρτήτων δειγμάτων για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας της παραπάνω διαφοροποίησης, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι με $t=1.064$, $df=198$, $p=0.289 > 0.05$ δεν εντοπίζεται κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση αναλόγως του φύλου.

Εξετάζοντας την διαφοροποίηση στην υποκλίμακα της κατανόησης με βάση τον τόπο κατοικίας, μπορεί να διαπιστωθεί ότι οι κάτοικοι της Πάτρας φαίνεται να έχουν συγκριτικά υψηλότερη μέση τιμή στην εν λόγω κλίμακα (*MT*: 16,64, *TA*: 4,67) σε σχέση με τους κατοίκους της Λήμνου (*MT*: 16,18, *TA*: 4,59). Παρ' όλα αυτά, από την υλοποίηση του στατιστικού ελέγχου *t*-test, με $t=0.698$, $df=198$, $p=0.486 > 0.05$ δεν εντοπίζεται κάποια

στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην μέση τιμή της κλίμακας της κατανόησης με βάση τον τόπο διαμονής.

Εξετάζοντας τη διαφοροποίηση των μέσων τιμών της υποκλίμακας, με βάση την ηλικιακή ομάδα, εντοπίζονται μικρές διαφορές, καθώς για το σύνολο των ηλικιακών κατηγοριών η μέση τιμή εντοπίζεται κοντά στην τιμή 16, όπως αποτυπώνεται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 26: Περιγραφικά στατιστικά υποκλίμακας κατανόησης αναλόγως της ηλικίας

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
18-29	67	16,5970	4,56953	,55826	15,4824	17,7116	6,00	24,00
30-40	47	16,5106	4,52468	,65999	15,1821	17,8391	6,00	24,00
41-50	44	16,1818	4,71155	,71029	14,7494	17,6143	8,00	24,00
51+	42	16,2619	4,88432	,75367	14,7398	17,7840	7,00	24,00
Total	200	16,4150	4,62599	,32711	15,7700	17,0600	6,00	24,00

Από τον στατιστικό έλεγχο της ανάλυσης διακύμανσης κατά έναν παράγοντα, προκύπτει, ότι με $F(3,196)=0.093$, $p=0.964>0.05$ δεν εντοπίζεται κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην υποκλίμακα της κατανόησης με βάση την ηλικιακή ομάδα.

Τέλος, όσον αφορά στην ύπαρξη διαφοροποιήσεων της ως άνω υποκλίμακας, με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο, είναι αντιληπτό, ότι δεν διαπιστώνονται υψηλές διαφοροποιήσεις, ενώ τα περιγραφικά στατιστικά έχουν όπως στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 27: Περιγραφικά Στατιστικά υποκλίμακας κατανόησης για τις διαφορετικές κατηγορίες εκπαιδευτικού επιπέδου

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Απόφοιτος/η δευτεροβάθμιας	96	16,0729	4,89521	,49961	15,0811	17,0648	6,00	24,00
Απόφοιτος/η τριτοβάθμιας (ΑΕΙ/ΤΕΙ)	72	16,2778	4,70607	,55462	15,1719	17,3837	6,00	24,00

Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	21	18,1429	3,53957	,77240	16,5317	19,7541	11,00	24,00
Total	189	16,3810	4,71224	,34276	15,7048	17,0571	6,00	24,00

Από τον στατιστικό έλεγχο της ανάλυσης διακύμανσης κατά έναν παράγοντα, φάνηκε ότι με $F(2,186)=1.703$, $p=0.185>0.05$ δεν εντοπίζεται κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην μέση τιμή της υποκλίμακας της κατανόησης με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο.

Προσωρινές Σχέσεις (Temporary Relations)(Social Distance Scale)

Μια από τις υποκλίμακες της Κλίμακας της Κοινωνικής Απόστασης είναι η υποκλίμακα των προσωρινών σχέσεων (temporary relations), η οποία αποτελείται από 4 δηλώσεις (α/α 1,2,7,10), στις οποίες το δείγμα αποτύπωσε τη διαφωνία ή τη συμφωνία του με τη χρήση της 5-βάθμιας κλίμακας Likert.

Οι εν λόγω δηλώσεις, αθροιζόμενες, σχηματίζουν την υποκλίμακα των προσωρινών σχέσεων, η οποία αναμένεται να έχει εύρος από 4 μέχρι 20. Χαμηλές συγκριτικά τιμές (κοντά στο 4) αναμένεται να αντιστοιχούν σε συμφωνία με τις δηλώσεις και ως εκ τούτου χαμηλή εμφάνιση του εξεταζόμενου χαρακτηριστικού, ενώ αντίστοιχα συγκριτικά υψηλές τιμές (κοντά στο 20) αναμένεται να αντιστοιχούν σε διαφωνία με τις δηλώσεις και ως εκ τούτου υψηλή εμφάνιση του εξεταζόμενου χαρακτηριστικού (σύναψη προσωρινών σχέσεων με ψυχικά ασθενείς). Τιμές κοντά στο 12 αναμένεται να αντιστοιχούν σε ουδετερότητα.

Από το παρακάτω γράφημα προκύπτει ότι, με μέση τιμή 8,22 ($TA: 3,17$), το δείγμα φαίνεται να συνάπτει προσωρινές σχέσεις με ψυχικά ασθενείς. Ελάχιστη τιμή είναι η τιμή 4,00 και μέγιστη η 17,00. Διάμεσος η 8,00 και επικρατούσα τιμή η 6,00. Αναλυτικότερα τα περιγραφικά στατιστικά αποτυπώνονται και στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 28: Περιγραφικά Στατιστικά Υποκλίμακας Προσωρινών Σχέσεων

N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
---	---------	---------	------	----------------

Temporary Relations	210	4,00	17,00	8,2190	3,17731
Valid N (listwise)	210				

Στην συνέχεια και προκειμένου να επιτευχθεί μια πιο ενδεδειγμένη παρουσίαση των αντιλήψεων του δείγματος, αποτυπώθηκε η μέση τιμή για κάθε μια από τις δηλώσεις που συνιστούν την κλίμακα. Αξίζει να αναφερθεί ότι σε όσες δηλώσεις αντεστράφη η βαθμολόγηση, αυτές διατυπώνονται με την θετική τους έκφραση, όπως στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 29: Μέση τιμή και Τυπική Απόκλιση δηλώσεων που αφορούν την Υποκλίμακα Προσωρινών Σχέσεων

	Mean	Std. Deviation
1. Δεν θα φοβόσασταν να πιάσετε κουβέντα με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;	4,27	,750
2. Δεν θα είχατε πρόβλημα να είστε στην ίδια δουλειά με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;	4,17	,718
7. Δεν θα σας ενοχλούσε αν καθόσασταν στο λεωφορείο δίπλα σε ένα άτομο που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;	4,38	,703
10. Εάν ένα άτομο με σοβαρή ψυχική νόσο εργαζόταν σε κομμωτήριο/κουρείο, θα καθόσασταν να σας κόψει τα μαλλιά;	2,56	1,217

Υπόμνημα: 1: Σίγουρα Ναι, 2: Μάλλον Ναι, 3: Δεν είμαι σίγουρος/η, 4: Μάλλον Όχι, 5:

Σίγουρα Όχι

Στην συνέχεια εξετάστηκε η διαφοροποίηση της μέσης τιμής της υποκλίμακας των προσωρινών σχέσεων με βάση το φύλο. Από την ανάλυση των δεδομένων διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή σε σχέση με τις γυναίκες, αφού η αντίστοιχη μέση τιμή για τους άνδρες ανέρχεται σε 8,86 (*TA*: 3,43) ενώ η αντίστοιχη μέση τιμή για τις γυναίκες ανέρχεται σε 8,02 (*TA*: 3,08). Η παραπάνω εμφανιζόμενη διαφοροποίηση δεν είναι στατιστικά σημαντική ($t=1,664$, $df=208$, $p=0,098>0,05$)

Όσον αφορά στις πιθανές διαφοροποιήσεις της εν λόγω υποκλίμακας με βάση τον τόπο καταγωγής, τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι οι διαμένοντες στην Λήμνο εμφανίζουν συγκριτικά υψηλότερη μέση τιμή, η οποία ανέρχεται σε 8,14 (*TA*: 3,28). Η συγκεκριμένη

τιμή είναι υψηλότερη σε σχέση με τους κατοίκους της Πάτρας για τους οποίους η μέση τιμή ανέρχεται σε 8,14 ($TA: 3,08$). Από τον στατιστικό έλεγχο t-test δεν εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ($t=-0,351$, $df=208$, $p=0,726>0,05$)

Τέλος, δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της υποκλίμακας των προσωρινών σχέσεων με βάση το ηλικιακό επίπεδο [$F(5,204)=0,694$, $p=0,628>0,05$] αλλά ούτε και με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο. [$F(2,198)=0,123$, $p=0,726>0,05$]

Σταθερές Σχέσεις (Stable Relations)(Social Distance Scale)

Η υποκλίμακα των σταθερών σχέσεων με ψυχικά ασθενείς συνίσταται από 5 δηλώσεις, στις οποίες το δείγμα αποτύπωσε τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας του με την βοήθεια μιας 5-βάθμιας κλίμακας Likert. Στην συνέχεια και, αφού οι απαντήσεις του δείγματος βαθμονομήθηκαν, αθροίστηκαν για τον σχηματισμό της εν λόγω υποκλίμακας.

Η υποκλίμακα αναμένεται να έχει εύρος από 5 μέχρι 25, όπου αντίστοιχα μικρές τιμές (κοντά στο 5) αντιστοιχίζονται με συμφωνία του δείγματος με τις εν λόγω δηλώσεις και επακόλουθη εμφάνιση του εξεταζόμενου χαρακτηριστικού (σύναψης σταθερών σχέσεων με ψυχικά ασθενείς), ενώ συγκριτικά υψηλές τιμές (κοντά στο 25) σε έλλειψη εμφάνισης του εν λόγω χαρακτηριστικού και ως εκ τούτου ελλιπή εμφάνιση του εξεταζόμενου χαρακτηριστικού (έλλειψη σύναψης σταθερών σχέσεων με ψυχικά ασθενείς). Τιμές κοντά στο 15 αντιστοιχούν σε ουδετερότητα.

Αρχικά, η κατανομή των τιμών της υποκλίμακας, αποτυπώνεται στο ακόλουθο γράφημα όπου φαίνεται ότι το δείγμα σε γενικές γραμμές εμφανίζεται ουδέτερο προς αρνητικό ($MT: 11,30$, $TA: 4,07$) στην διατήρηση απόστασης στην σύναψη σταθερών σχέσεων με ψυχικά ασθενείς.

Αντίστοιχα, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι το εύρος των τιμών βρίσκεται μεταξύ 7,00 και 24,00, διάμεσος τιμή η 12,00 και επικρατούσα τιμή η 11,00.

Πίνακας 30: Περιγραφικά Στατιστικά Υποκλίμακας Σταθερών Σχέσεων

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Stable Relations	210	5,00	24,00	11,3000	4,06649
Valid N (listwise)	210				

Έπειτα, προκειμένου να εξεταστούν περαιτέρω οι επιμέρους απαντήσεις του δείγματος, βρέθηκαν η μέση τιμή (και η τυπική απόκλιση) σε κάθε μια από τις δηλώσεις της υποκλίμακας. Θα πρέπει, επιπλέον, να αναφερθεί ότι οι αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις (οι οποίες αντεστράφησαν) επαναδιατυπώθηκαν στην θετική τους έκφραση, όπως αναλυτικότερα αποτυπώνονται στον ακόλουθο πίνακα.

Συγκεκριμένα, από τον ακόλουθο πίνακα προκύπτει ότι κατά μέσο όρο το δείγμα φαίνεται να ενοχλείται με το να μένει μαζί με κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο (*MT*: 3,96, *TA*: 0,707). Από την άλλη το δείγμα φαίνεται ουδέτερο προς θετικό στο να νοικιάσει το σπίτι του σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο (*MT*: 2,39, *TA*: 1,080) ή ακόμα και να δώσει δουλειά σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο (*MT*: 2,27 *TA*: 1,033). Τέλος το δείγμα φαίνεται θετικό στο να μείνει σε μια γειτονιά στην οποία λειτουργεί ένα ίδρυμα για περίθαλψη και στέγαση ατόμων με ψυχικές ασθένειες (*MT*: 1,88 *TA*: 1,040) ή ακόμα και να αποφασίζει να μείνει σε μια πολυκατοικία όπου θα υπήρχε ένα διαμέρισμα στο οποίο θα έμενε ένας ψυχικά ασθενής (*MT*: 1,88, *TA*: 0,948).

Πίνακας 31: Μέση τιμή και Τυπική Απόκλιση δηλώσεων που αφορούν στην Υποκλίμακα των Σταθερών Σχέσεων

	Mean	Std. Deviation
4. Δεν θα σας ενοχλούσε να μένατε μαζί με κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;	3,96	,707
11. Θα νοικιάζατε το σπίτι σας σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;	2,39	1,080
12. Θα δίνατε δουλειά σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;	2,27	1,033

13. Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μία γειτονιά όπου έχετε βρει ένα σπίτι κατάλληλο για εσάς και στην οποία λειτουργεί ένα ίδρυμα για την περίθαλψη και στέγαση ατόμων με ψυχικές ασθένειες;	1,88	1,040
14. Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μια πολυκατοικία όπου έχετε βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για εσάς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα που έμενε ένας ψυχικά ασθενής;	1,88	,948

Υπόμνημα: 1: Σίγουρα Ναι, 2: Μάλλον Ναι, 3: Δεν είμαι σίγουρος/η, 4: Μάλλον Όχι, 5:

Σίγουρα Όχι

Στην συνέχεια εξετάστηκε η διαφοροποίηση της μέσης τιμής της υποκλίμακας των σταθερών σχέσεων με βάση το φύλο. Ο έλεγχος t-test που πραγματοποιήθηκε, ανέδειξε οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή σε σχέση με τις γυναίκες, καθώς η αντίστοιχη μέση τιμή για τους άνδρες ανέρχεται σε 12,10 (*TA*: 4,14), ενώ η αντίστοιχη για τις γυναίκες ανέρχεται σε 11,06 (*TA*: 4,03). Η παραπάνω εμφανιζόμενη διαφοροποίηση δεν είναι στατιστικά σημαντική ($t=1,582$, $df=208$, $p=0,115>0,05$).

Όσον αφορά στη διαφοροποίηση της εν λόγω υποκλίμακας με βάση τον τόπο κατοικίας, οι διαμένοντες στην Λήμνο εμφανίζουν συγκριτικά υψηλότερη μέση τιμή, η οποία ανέρχεται σε 11,46 (*TA*: 4,12), σε σχέση με τους κατοίκους της Πάτρας, για τους οποίους η μέση τιμή ανέρχεται σε 11,45 (*TA*: 4,03). Από τον στατιστικό έλεγχο t-test δεν εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ($t=-0,543$, $df=208$, $p=0,588>0,05$).

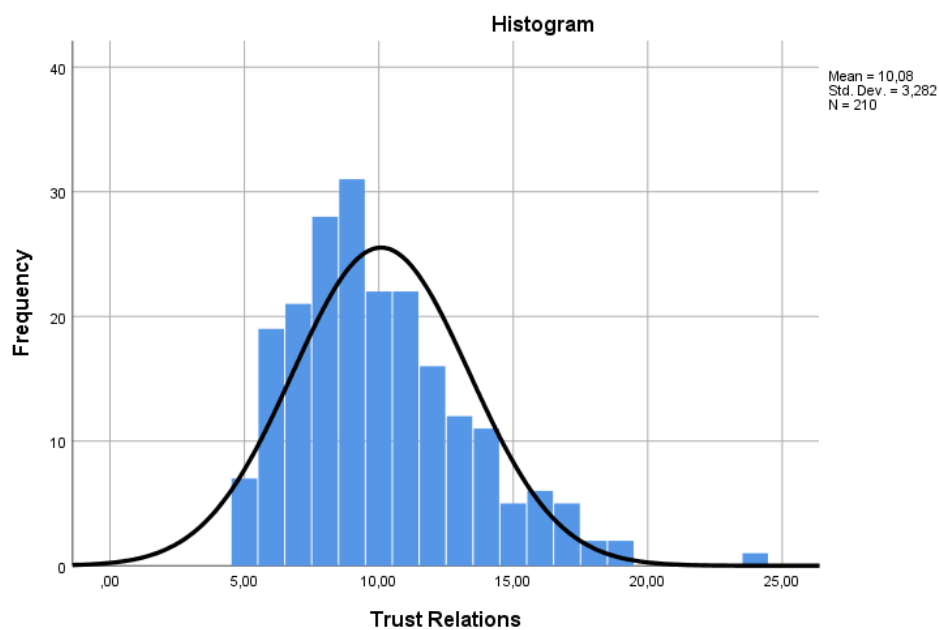
Τέλος, δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της υποκλίμακας των προσωρινών σχέσεων με βάση την ηλικιακή ομάδα [$F(3,206)=0,259$, $p=0,855>0,05$], αλλά ούτε και με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο [$F(2,195)=1,069$, $p=0,345>0,05$].

Σχέσεις Εμπιστοσύνης (Trust Relations)(Social Distance Scale)

Η υποκλίμακα των σχέσεων εμπιστοσύνης (trust relations) με ψυχικά ασθενείς, αποτελείται από 5 δηλώσεις της 5-βάθμιας κλίμακας Likert, όπου το δείγμα αποτύπωσε τον βαθμό της συμφωνίας ή διαφωνίας του. Στην συνέχεια για τον σχηματισμό της υποκλίμακας, οι δηλώσεις αθροίστηκαν. Η υποκλίμακα αναμένεται να έχει εύρος από 5 μέχρι 25. Χαμηλές

τιμές (κοντά στο 5) αντιστοιχούν σε συμφωνία του δείγματος με τις εν λόγω δηλώσεις και επακόλουθη εμφάνιση του εξεταζόμενου χαρακτηριστικού (σύναψη σχέσεων εμπιστοσύνης με ψυχικά ασθενείς), ενώ συγκριτικά υψηλές τιμές (κοντά στο 25) αντιστοιχούν σε έλλειψη εμφάνισης του εν λόγω χαρακτηριστικού και ως εκ τούτου ελλιπή εμφάνιση του εξεταζόμενου χαρακτηριστικού (έλλειψη σύναψης σχέσεων εμπιστοσύνης με ψυχικά ασθενείς). Τιμές κοντά στο 15 αντιστοιχούν σε ουδετερότητα.

Η κατανομή των τιμών του δείγματος, αποτυπώνεται στο ακόλουθο ιστόγραμμα, όπου το δείγμα εντοπίζεται να είναι ουδέτερο προς θετικό στην σύναψη σχέσεων εμπιστοσύνης με ψυχικά ασθενείς.



Γράφημα 17: Ιστόγραμμα τιμών Υποκλίμακας Σχέσεων Εμπιστοσύνης

Τα περιγραφικά στατιστικά, αποτυπώνονται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 32: Περιγραφικά Στατιστικά Υποκλίμακας Σχέσεων Εμπιστοσύνης

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Trust Relations	210	5,00	24,00	10,0810	3,28227
Valid N (listwise)	210				

Έπειτα, προκειμένου να αποκτηθεί μια αναλυτικότερη εικόνα σχετικά με την σύναψη σχέσεων εμπιστοσύνης με ψυχικά ασθενείς, εξετάστηκε η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση όλων των δηλώσεων που συνιστούν την υποκλίμακα ξεχωριστά. Από τον παρακάτω πίνακα, προέκυψε ότι το δείγμα φαίνεται θετικό στο να διατηρήσει μια φιλία με κάποιον/α που στην διάρκεια της φιλίας εμφάνισε ψυχική νόσο ($MT: 1,72$ $TA: 0,963$), ενώ από την άλλη εμφανίζεται ουδέτερο στο να παντρευτεί κάποιον/α με σοβαρή ψυχική νόσο ($MT: 3,14$ $TA: 1,097$). Τέλος, το δείγμα φαίνεται πρόθυμο στο να δανείσει κάτι δικό του σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο ($MT: 1,53$, $TA: 0,740$) ενώ δεν φαίνεται να έχει ιδιαίτερο πρόβλημα στο να ξεκινήσει μια φιλία με κάποιον/α που γνωρίζει ότι έχει σοβαρή ψυχική νόσο ($MT: 2,19$ $TA: 1,002$).

Πίνακας 33: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση δηλώσεων υποκλίμακας Σχέσεων Εμπιστοσύνης

	Mean	Std. Deviation
3. Θα μπορούσατε να διατηρήσετε μία φιλία με κάποιον/α που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνισε σοβαρή ψυχική νόσο;	1,72	,963
5. Δεν θα νιώθατε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος/α στην οικογένειά σας έχει διαγνωσθεί με σοβαρή ψυχική νόσο;	4,66	,549
6. Θα δεχόσασταν να παντρευτείτε κάποιον/α με σοβαρή ψυχική νόσο;	3,14	1,097
8. Θα δανείζατε κάτι δικό σας σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;	1,53	,740
9. Θα ξεκινούσατε φιλία με κάποιον/α που γνωρίζατε ότι έχει σοβαρή ψυχική νόσο;	2,19	1,002

Υπόμνημα: 1: Σίγουρα Ναι, 2: Μάλλον Ναι, 3: Δεν είμαι σίγουρος/η, 4: Μάλλον Όχι, 5:

Σίγουρα Όχι

Στην συνέχεια θα εξετάσουμε την διαφοροποίηση της μέσης τιμής της υποκλίμακας των σταθερών σχέσεων με βάση το φύλο. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή σε σχέση με τις γυναίκες, η οποία ανέρχεται σε 10,50 ($TA: 3,35$) ενώ η αντίστοιχη για τις γυναίκες ανέρχεται σε 9,96 ($TA: 3,263$). Η παραπάνω

εμφανιζόμενη διαφοροποίηση δεν είναι στατιστικά σημαντική ($t=0,946$, $df=208$, $p=0,345>0,05$).

Όσον αφορά στην διαφοροποίηση της εν λόγω υποκλίμακας με βάση τον τόπο κατοικίας, αναδείχθηκε ότι οι διαμένοντες στην Λήμνο εμφανίζουν συγκριτικά υψηλότερη μέση τιμή, η οποία ανέρχεται σε 10,36 ($TA: 3,23$), σε σχέση με τους κατοίκους της Πάτρας, για τους οποίους η μέση τιμή ανέρχεται σε 9,82 ($TA: 3,31$). Από τον στατιστικό έλεγχο t-test δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ($t=-1,176$, $df=208$, $p=0,241>0,05$).

Όπως και για τις υπόλοιπες υποκλίμακες, έτσι και σε αυτήν, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της υποκλίμακας των προσωρινών σχέσεων με βάση την ηλικία [$F(3,206)=0,261$, $p=0,853>0,05$], αλλά ούτε και με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο [$F(2,195)=1,762$, $p=0,174>0,05$].

Συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων

Στην συνέχεια, αποτυπώθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson για κάθε μια από τις υποκλίμακες. Διαπιστώνεται ότι υφίσταται ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας των προσωρινών σχέσεων και των σταθερών σχέσεων ($r=0,778$, $p=0,000<0,05$), γεγονός το οποίο σημαίνει, ότι οι συνάπτοντες προσωρινές σχέσεις με τους ψυχικά ασθενείς φαίνεται να συνάπτουν πιο εύκολα και σταθερές σχέσεις με αυτούς. Πέραν αυτού, υφίσταται ισχυρή γραμμική συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας των σταθερών σχέσεων και των σχέσεων εμπιστοσύνης ($r=0,666$, $p=0,000<0,05$), σύμφωνα με το οποίο οι συνάπτοντες σχέσεις εμπιστοσύνης με τους ψυχικά ασθενείς, φαίνεται να συνάπτουν πιο εύκολα και σταθερές σχέσεις με αυτούς. Συμπερασματικά, λοιπόν, εντοπίζονται ισχυρές γραμμικές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων της κλίμακας της κοινωνικής απόστασης. Στον ακόλουθο πίνακα αποτυπώνονται οι συντελεστές συσχέτισης για κάθε μια υποκλίμακα:

Πίνακας 34: Συντελεστής Συσχέτισης Pearson για τις υποκλίμακες

		Temporary Relations	Stable Relations	Trust Relations	Stereotyping	Optimism	Coping	Understanding
Temporary Relations	Pearson Correlation	1	,778**	,666**	-,468**	-,412**	-,293**	-,018
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,796
	N	210	210	210	210	210	210	200
Stable Relations	Pearson Correlation	,778**	1	,719**	-,460**	-,427**	-,283**	-,009
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,897
	N	210	210	210	210	210	210	200
Trust Relations	Pearson Correlation	,666**	,719**	1	-,507**	-,454**	-,260**	-,096
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,178
	N	210	210	210	210	210	210	200
Stereotyping	Pearson Correlation	-,468**	-,460**	-,507**	1	,597**	,314**	,119
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,093
	N	210	210	210	210	210	210	200
Optimism	Pearson Correlation	-,412**	-,427**	-,454**	,597**	1	,307**	,038
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000	,594
	N	210	210	210	210	210	210	200
Coping	Pearson Correlation	-,293**	-,283**	-,260**	,314**	,307**	1	,016
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000		,826
	N	210	210	210	210	210	210	200
Understanding	Pearson Correlation	-,018	-,009	-,096	,119	,038	,016	1
	Sig. (2-tailed)	,796	,897	,178	,093	,594	,826	
	N	200	200	200	200	200	200	200

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

Όσον αφορά στις υποκλίμακες της Κλίμακας ASMI, εντοπίστηκε μέτριας ισχύος θετική συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας των στερεοτύπων και της αισιοδοξίας ($r=0,597$, $p=0,000<0,05$), καθώς επίσης και μεταξύ των στερεοτύπων και της υποκλίμακας coping ($r=0,314$, $p=0,000<0,05$). Τέλος, εντοπίζεται μέτριας ισχύος θετική συσχέτιση μεταξύ της

υποκλίμακας coping και της αισιοδοξίας ($r=0,307$, $p=0,000<0,05$). Από τα παραπάνω και μιας αφού οι σχέσεις είναι θετικές μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η αύξηση στην τιμή της μιας υποκλίμακας αναμένεται να επιφέρει και αύξηση στην τιμή των υπολοίπων.

Τέλος, εντοπίζεται αρνητική συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων της Κλίμακας της Κοινωνικής Απόστασης και εκείνων της Κλίμακας ASMI (πλην εκείνης της κατανόησης), το οποίο είναι και αναμενόμενο δεδομένης της αρνητικής συσχέτισης μεταξύ των αρχικών κλιμάκων (από τις οποίες προήλθαν).

6. Συζήτηση

6.1. Συμπεράσματα

Οι έρευνες που εστιάζουν στο στίγμα της ψυχικής ασθένειας και στον ρόλο που μπορεί να διαδραματίζουν τα κοινωνικό - δημογραφικά χαρακτηριστικά στην διαίωνιση του, είναι πάρα πολλές σε αριθμό. Στην Ελλάδα, τέτοιου είδους έρευνες είναι ακόμη σε πρωταρχικό στάδιο, με αποτέλεσμα η συγκεκριμένη μελέτη να αποτελεί την πρώτη του είδους της στον ελληνικό χώρο, δεδομένου ότι εξετάζει το στίγμα της ψυχικής ασθένειας υπό το πρίσμα, τόσο του τόπου διαμονής και του φύλου, όσο και της ηλικιακής κατανομής και του εκπαιδευτικού επιπέδου. Η παρούσα έρευνα επιχείρησε να εφαρμόσει την ερευνητική δομή που ακολουθούσαν διεθνείς μελέτες του στίγματος στα ελληνικά δεδομένα, ωστόσο τα αποτελέσματα που προέκυψαν είναι αντικρουόμενα.

Από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων διαπιστώθηκε ότι το δείγμα δεν φαίνεται να υιοθετεί στιγματιστικές στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στους ασθενείς με σοβαρή ψυχική νόσο. Οι συμμετέχοντες δείχνουν να απέχουν από την υιοθέτηση στιγματιστικών ή κοινώς υποστηριζόμενων αντιλήψεων απέναντι στην ψυχική ασθένεια, ενώ, σε αντίθεση με τα διεθνή ερευνητικά δεδομένα, φαίνεται να υιοθετούν θετικές αντιλήψεις και συμπεριφορές απέναντι στα άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο. Ταυτόχρονα, τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι υιοθετούνται ισχυρά θετικές στάσεις απέναντι στις στρατηγικές αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας και του στίγματος, το οποίο την συνοδεύει, ενώ αναδείχθηκε μέτρια προς ισχυρή κατανόηση της ψυχικής νόσου και του στίγματος γενικότερα.

Όσον αφορά στον έλεγχο των υποθέσεων, αξίζει να αναφερθεί ότι δεν εντοπίστηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην υιοθέτηση στιγματιστικών στάσεων και συμπεριφορών μεταξύ των δύο φύλων, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών, στις οποίες οι γυναίκες φαίνεται να υιοθετούσαν ευνοϊκότερες στάσεις και αντιλήψεις προς τους ψυχικά ασθενείς (Schroeder et al., 2020, Corrigan & Watson, 2007, Holzinger et al. 2011). Το ίδιο ισχύει και για την υπόθεση που αφορά στον τόπο διαμονής, καθώς μέσα από την πραγματοποίηση του στατιστικού ελέγχου t-test, δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα με αυτά των διεθνών ερευνών, τα οποία υποστηρίζουν ότι οι κάτοικοι επαρχιακών περιοχών είναι πιο αρνητικοί και προκατειλημμένοι στην ψυχική νόσο και τους ψυχικά ασθενείς (Al-Alawi et al., 2017, Jones et al., 2011, Deng et al., 2021). Αντίστοιχα, δεν διαπιστώθηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ούτε με βάση το ηλικιακό επίπεδο, αλλά ούτε και με βάση το μορφωτικό υπόβαθρο του δείγματος, παρόλο που σε προηγούμενες έρευνες είχαν αναδειχθεί ενδιαφέροντα ευρήματα (Bradbury, 2020, Wong et al., 2017) (Gonzales et al., 2017, Corrigan & Watson, 2007). Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση διαπιστώθηκε στην υποκλίμακα της αισιοδοξίας (ASMI) και μόνο μεταξύ των κατηγοριών εκπαίδευσης, με τους απόφοιτους τριτοβάθμιας (ΑΕΙ/ΤΕΙ) να διαφέρουν στατιστικά σημαντικά από τους απόφοιτους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Από την άλλη, το δείγμα φαίνεται να είναι αρνητικό στην διατήρηση κοινωνικής απόστασης από τους ψυχικά πάσχοντες, ενώ ταυτόχρονα φαίνεται πρόθυμο στην σύναψη σχέσεων εμπιστοσύνης ή μακροχρόνιων σχέσεων με ψυχικά ασθενείς. Από τις στατιστικές αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν (*one-way ANOVA*, t-test) δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στην επιθυμία διατήρησης κοινωνικής απόστασης με βάση το φύλο, τον τόπο κατοικίας (Πάτρα – Λήμνος), την ηλικιακή ομάδα ή το μορφωτικό επίπεδο, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τα έως τώρα ερευνητικά δεδομένα.

Πέραν όσων αναφέρθηκαν παραπάνω, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική, μέτριας ισχύος, αρνητική συσχέτιση μεταξύ των στάσεων απέναντι στην σοβαρή ψυχική νόσο και της επιθυμητής κοινωνικής απόστασης από τους ψυχικά ασθενείς, υπό την έννοια ότι θετικότερες στάσεις απέναντι στα άτομα με κάποια ψυχική νόσο αναμένεται να μειώσουν επιθυμητή κοινωνική απόσταση του δείγματος. Η επιβεβαίωση της συγκεκριμένης υπόθεσης έρχεται σε απόλυτη συμφωνία με τα ερευνητικά δεδομένα που παρατέθηκαν από προϋπάρχουσες έρευνες για το στίγμα της ψυχικής ασθένειας (Ayazi et al., 2013, Dietrich et al., 2004).

Τέλος, εντοπίστηκε ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ των ισχυρών σχέσεων, των προσωρινών σχέσεων και των σχέσεων εμπιστοσύνης, οι οποίες αποτελούν υποκλίμακες της Κλίμακας της Κοινωνικής Απόστασης. Το συγκεκριμένο εύρημα δεν σχετίζεται με κάποια από τις ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν, αλλά αποτελεί αποτέλεσμα δευτερεύουσας ανάλυσης. Συγκεκριμένα, μέσα από αυτήν τη συσχέτιση αναδείχθηκε ότι όταν ένα άτομο σχετίζεται με έναν ψυχικά ασθενή, συνάπτει πέραν των προσωρινών σχέσεων, μόνιμες σχέσεις αλλά και σχέσεις εμπιστοσύνης.

6.2. Περιορισμοί έρευνας

Η παρούσα έρευνα εξετάζει το στίγμα της ψυχικής ασθένειας σε δυο γεωγραφικές περιοχές (αστικό κέντρο – επαρχία/νησί), καθώς και την επίδραση διάφορων άλλων κοινωνικό – δημογραφικών παραγόντων, που ενδεχομένως, να επιδρούν στην υιοθέτηση στιγματιστικών ή μη αντιλήψεων. Υπάρχουν, ωστόσο, κάποιοι περιορισμοί που πρέπει να διευκρινιστούν και να ληφθούν σοβαρά υπόψη, δεδομένου ότι εμποδίζουν την γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Αρχικά, το δείγμα της έρευνας μπορεί να χαρακτηριστεί ως μικρό τόσο συνολικά, αλλά και ως προς τις δυο γεωγραφικές περιοχές ξεχωριστά. Η συλλογή των δεδομένων

κατέστη δυσχερής, λόγω δυσκολίας προσέγγισης του δείγματος αλλά και του δισταγμού μεγάλου ποσοστού των υποκειμένων, παρόλο που η συμμετοχή τους ήταν ανώνυμη. Επίσης, δεδομένου ότι η συμμετοχή ήταν εθελοντική, πιθανώς δέχθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα κάτοικοι της Λήμνου ή της Πάτρας με θετικότερες στάσεις από τις αναμενόμενες.

Στους περιορισμούς της παρούσας έρευνας θα πρέπει να συμπεριληφθούν και τα μειονεκτήματα της χρήσης ερωτηματολογίου, δεδομένου ότι ως μέθοδος συλλογής δεδομένων διέπεται από κάποιες αδυναμίες. Αρχικά αξίζει να αναφερθεί ότι τα ερωτηματολόγια συχνά συνοδεύονται από χαμηλά ποσοστά απόκρισης, το οποίο είναι, ίσως, το μεγαλύτερο τους ελάττωμα. Το γεγονός ότι δεν υπάρχει η ευκαιρία να διατυπωθούν διευκρινιστικές ερωτήσεις από την μεριά του δείγματος, αποτελεί έναν ακόμη περιορισμό της παρούσας έρευνας, καθώς είναι πιθανό, σε πολλές περιπτώσεις, οι απαντήσεις που δόθηκαν να ήταν επιπόλαιες ανακριβείς ή ακόμη και παραπλανητικές. Τέλος, όσον αφορά το διαδικτυακό ερωτηματολόγιο, το οποίο υφίσταται και στην συγκεκριμένη περίπτωση, θα πρέπει να σημειωθεί ότι απαιτείται πρόσβαση στο δίκτυο, καθώς και βασικές γνώσεις χρήσης Η/Υ. Οι παραπάνω προϋποθέσεις ενδεχομένως να απέτρεψαν μεγάλο ποσοστό πιθανών συμμετεχόντων να λάβουν μέρος στην έρευνα, εμποδίζοντας, έτσι, την συγκέντρωση μεγαλύτερου αριθμού συμμετεχόντων.

6.3. Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι στιγμής για το στίγμα της ψυχικής ασθένειας, έχουν καταφέρει να συλλέξουν σημαντικές πληροφορίες για τους τρόπους εμφάνισης και διατήρησης του φαινομένου. Ακόμη, σημαντική πρόοδος έχει σημειωθεί και στην μελέτη διάφορων κοινωνικό – δημογραφικών παραγόντων και στην πιθανή συσχέτιση τους με τον στιγματισμό των ψυχικά ασθενών.

Παρόλο που τέτοιου είδους έρευνες συνεχίζουν να παρέχουν σημαντικά στοιχεία για την καταπολέμηση του φαινομένου, αλλά και για διάφορες κοινωνικές πτυχές του ατόμου, κρίνεται απαραίτητη μια πιο συστηματική και αξιόπιστη μελέτη, η οποία θα περιέχει μεγαλύτερο και πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα. Μια μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να εξετάσει τις αντιλήψεις του πληθυσμού απέναντι στην σοβαρή ψυχική νόσο και την επιθυμητή κοινωνική απόσταση σε δυο διαφορετικά αστικά κέντρα, ή δυο διαφορετικά νησιά, με σκοπό την ανάδειξη πιο εξειδικευμένων αποτελεσμάτων.

Ο αριθμός των υποθέσεων που μπορούν να ελεγχθούν, σχετικά με το στίγμα της ψυχικής ασθένειας είναι μεγάλος, ενώ τα αποτελέσματα που ενδεχομένως να προκύψουν κρίνονται ανεκτίμητης αξίας. Η συνεχής ενημέρωση επί του θέματος και η ανάδειξη νέων στοιχείων, αποτελούν το μόνο «όπλο» για την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος της ψυχικής ασθένειας και την βελτίωση της καθημερινότητας των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας.

6. Βιβλιογραφία

- Al-Alawi, M., Al-Sinawi, H., Al-Adawi, S., Jeyaseelan, L. & Murthi, S. (2017). Public perception of mental illness in Oman: a cross sectional study. *International Journal of Culture and Mental Health*, 10(4), 389–399.
<https://doi.org/10.1080/17542863.2017.1325916>
- Ayazi, T., Lien, L., Eide, A., Shadar, E. J. S. & Hauff, E. (2013). Community attitudes and social distance towards the mentally ill in South Sudan: a survey from a post-conflict setting with no mental health services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(5), 771–780. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0775-y>
- Bos, A. E. R., Pryor J. B., Reeder, G. D. & Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 1-9.
<https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746147>
- Bradbury, A. (2020). Mental Health Stigma: the Impact of Age and Gender on Attitudes. *Community Mental Health Journal*, 56(5). <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00559-x>
- Casados, A. T. (2017). Reducing the stigma of mental illness: Current approaches and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(3), 306-323. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12206>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2007). The Stigma of Psychiatric Disorders and the Gender, Ethnicity, and Education of the Perceiver. *Community Mental Health Journal*, 43(5), 439–458. <https://doi.org/10.1007/s10597-007-9084-9>

- Corrigan, P. W. & Bink, A. B. (2016). The Stigma of Mental Illness. *Encyclopedia of Mental Health*, 230–234. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00170-1>
- Delman, J., Kovich, L., Burke, S., & Martone, K. (2017). The promise of demand side employer-based strategies to increase employment rates for people living with serious mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 40(2), 179–182. <https://doi.org/10.1037/prj0000264>
- Deng, Y., Wang, A. L., Frasso, R., Ran, M. S., Zhang, T. M., Kong, D., & Wong, Y. L. I. (2021). Mental health-related stigma and attitudes toward patient care among providers of mental health services in a rural Chinese county. *International Journal of Social Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/0020764021992807>
- 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. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01363.x>
- Elkington, K. S., Hackler, D., McKinnon, K., Borges, C., Wright, E. R., & Wainberg, M. L. (2011). Perceived Mental Illness Stigma Among Youth in Psychiatric Outpatient Treatment. *Journal of Adolescent Research*, 27(2), 290–317. <https://doi.org/10.1177/0743558411409931>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of a spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Gonzales, L., Chan, G., & Yanos, P. T. (2017). Individual and neighborhood predictors of mental illness stigma in New York state. *Stigma and Health*, 2(3), 175–181. <https://doi.org/10.1037/sah0000043>
- Heiden, L.A. & Hersen, M. (1995). *Εισαγωγή στην Κλινική Ψυχολογία*. Πεδίο

- Henderson, C., & Gronholm, P. (2018). Mental Health Related Stigma as a “Wicked Problem”: The Need to Address Stigma and Consider the Consequences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1158. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061158>
- Holzinger, A., Floris, F., Schomerus, G., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2011). Gender differences in public beliefs and attitudes about mental disorder in western countries: A systematic review of population studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(01), 73–85. <https://doi.org/10.1017/s2045796011000552>
- Honey, A., Nugent, A., Hancock, N., & Scanlan, J. (2017). “It’s hard work, believe me!”: Active efforts to optimise housing by people who live with mental illness and access housing assistance. *Australian Journal of Social Issues*, 52(4), 347–366. <https://doi.org/10.1002/ajs4.24>
- Jones, A. R., Cook, T. M., & Wang, J. (2011). Rural–urban differences in stigma against depression and agreement with health professionals about treatment. *Journal of Affective Disorders*, 134(1-3), 145–150. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.013>
- Kadushin, C. (1962). Social distance between client and professional. *American Journal of Sociology*, 67, 517–531.
- Κορδώση, Α., Σαρίδη, Μ. & Σουλιώτης, Κ. (2015). Το κοινωνικό στίγμα της ψυχικής ασθένειας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 7(1), 8-18. Ανακτήθηκε από: https://www.researchgate.net/publication/277775254_The_stigma_of_mental_illness
- Link, B.G. & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

- López, D. G. (2021). A Phenomenological Approach to the Study of Social Distance. *Human Studies*, 44. <https://doi.org/10.1007/s10746-021-09582-7>
- Madianos, M., Economou, M., Peppou, L. E., Kallergis, G., Rogakou, E., & Alevizopoulos, G. (2012). Measuring public attitudes to severe mental illness in Greece: Development of a new scale. *The European Journal of Psychiatry*, 26(1), 55–67. <https://doi.org/10.4321/s0213-61632012000100006>
- Mather, D. M., Jones, S. W. & Moats, S. (2017). Improving upon Bogardus: Creating a more sensitive and dynamic social distance scale. *Survey Practice*, 10(4), 1-9. <https://doi.org/10.29115/SP-2017-0026>
- Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε. & Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία: Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 239-253
- Οικονόμου, Μ., Πέππου, Ε., Λούκη, Ε., Χαρίτση, Μ., Στεφανής, Κ.Ν. (2010). Κλίμακα Κοινωνικής Απόστασης: Ελληνική προσαρμογή και ψυχομετρικές ιδιότητες. *Ψυχιατρική*, 21(3), 217-225.
- Οικονόμου, Μ., Μπεχράκη, Α. & Χαρίτση, Μ. (2020). Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας: Ιστορική αναδρομή και θεωρητική πλαισίωση. *Ψυχιατρική*, 31(1), 36-46.
- Sartorius, N. (2007). Stigma and mental health. *The Lancet*, 370(9590), 810–811. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61245-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61245-8)
- Scheff, T.J. (1966). *Being Mentally Ill - A Sociological Theory*. Aldine.

- Schroeder, S., Tan, C. M., Urlacher, B., & Heitkamp, T. (2020). The Role of Rural and Urban Geography and Gender in Community Stigma Around Mental Illness. *Health Education & Behavior*. <https://doi.org/10.1177/1090198120974963>
- Stuart, H. (2016). Reducing the Stigma of Mental Illness. *Global Mental Health*, 3(17). <https://doi.org/10.1017/gmh.2016.11>
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*, 190(3), 192–193. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025791>
- Ungar, T., Knaak, S., & Szeto, A. C. (2015). Theoretical and Practical Considerations for Combating Mental Illness Stigma in Health Care. *Community Mental Health Journal*, 52(3), 262–271. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9910-4>
- Wong, E. C., Collins, R. L., Cerully, J. L., Yu, J. W., & Seelam, R. (2017). Effects of contact-based mental illness stigma reduction programs: age, gender, and Asian, Latino, and White American differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(3), 299–308. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1459-9>
- Ζήση, Α. & Στυλιανίδης, Σ. (2004). Αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας: Αποσαφηνίσεις και προοπτικές. *Εγκέφαλος*, 41(1).
- Ζήση, Α. (2013). *Κοινωνία, κοινότητα και ψυχική υγεία*. Gutenberg.

8. Παράρτημα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΤΑΣΕΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ ΣΟΒΑΡΗ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ.

Σας παρακαλούμε να διαβάσετε προσεκτικά τις παρακάτω απόψεις και να σημειώσετε τον βαθμό διαφωνίας ή συμφωνίας σας. Η σοβαρή ψυχική αρρώστια αναφέρεται στις ασθένειες που πληρούν τα παρακάτω κριτήρια):

α) Διάγνωση μη οργανικής ψύχωσης ή διαταραχής της προσωπικότητας

β) Με παρατεταμένη διάρκεια και μακροπρόθεσμη θεραπεία (τουλάχιστον διετή)

		<i>ΣΥΜΦΩΝΩ</i>	<i>ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ</i>	<i>ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ</i>	<i>ΔΙΑΦΩΝΩ</i>	<i>ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ</i>
1	Μια σοβαρή ψυχική αρρώστια συνήθως φταίει για όλα τα κακά που συμβαίνουν σε έναν άρρωστο.					
2	Όσο και να προσπαθήσει ποτέ ένας ψυχικά					

	άρρωστος δεν θα καταφέρει να γίνει σαν τους άλλους ανθρώπους					
3	Ένα άτομο με σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα είναι αποτυχημένο					
4	Η σοβαρή ψυχική αρρώστια κάνει το άτομο που πάσχει από αυτή να φαίνεται από μακριά ότι είναι άρρωστο					
5	Οι άνθρωποι με σοβαρή ψυχική αρρώστια παύουν να είναι όπως όλοι οι					

	άνθρωποι					
6	Είναι εύκολο να καταλάβουν οι άλλοι αν κάποιος είναι ψυχικά άρρωστος					
7	Όταν αρρωστήσει ένα άτομο από σοβαρή ψυχική αρρώστια τότε θα είναι όλη τη ζωή του αρρώστου					
8	Τα άτομα που πάσχουν από σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι επικίνδυνα					
9	Όταν ένα σοβαρά ψυχικά άρρωστο άτομο παίρνει ψυχοφάρμακα θα τα παίρνει όλη τη ζωή του					

10	Όλα τα ψυχοφάρμακα προκαλούν εξάρτηση					
11	Ένας σοβαρά ψυχικά άρρωστος δεν μπορεί να αποκτήσει νέες γνώσεις					
12	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι ικανό να τα καταφέρει στη ζωή του					
13	Το ότι παίρνει ψυχοφάρμακα ένα άτομο δεν το κάνει να διαφέρει από τους άλλους					
14	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δε διαφέρει από τους					

	άλλους ανθρώπους					
15	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί να δουλέψει σε μια εργασία					
16	Ένας ψυχικά άρρωστος μπορεί να εκπαιδευτεί σε ένα επάγγελμα					
17	Η σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί πλέον και να θεραπεύεται					
18	Είναι καλύτερα κάποιος με σοβαρή ψυχική αρρώστια να αποφεύγει τους ανθρώπους					
19	Ένα άτομο με σοβαρή					

	<p>ψυχική αρρώστια δεν πρέπει να το κρύβει από τους συγγενείς του ή τους φίλους του</p>					
20	<p>Είναι προτιμότερο ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια να κάνει παρέα μόνο με ανθρώπους που έχουν επίσης ψυχιατρικό πρόβλημα</p>					
21	<p>Οι φίλοι δεν πρέπει να αποφεύγουν ένα άτομο όταν αυτό αρρωστήσει από σοβαρή ψυχική αρρώστια</p>					
22	<p>Ένας ψυχικά άρρωστος πρέπει να</p>					

	<p>κρύβει το πρόβλημά του για να μη δυσκολευθεί στις κοινωνικές του σχέσεις με τους άλλους</p>					
23	<p>Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια πρέπει να ζητάει βοήθεια από ειδικό π.χ. ψυχίατρο</p>					
24	<p>Ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν πρέπει να το βάζει κάτω</p>					
25	<p>Ένα άτομο που έχει ψυχολογικό πρόβλημα συνήθως νοιώθει ότι είναι</p>					

	υπεύθυνο για ό,τι συνέβη					
26	Συνήθως ένα άτομο με ψυχική αρρώστια νοιώθει ότι είναι βάρος στην οικογένειά του					
27	Ο κόσμος συμπεριφέρεται διαφορετικά σ' ένα άτομο όταν αυτό αρρωστήσει ψυχιατρικά					
28	Όταν αρρωστήσει ένα άτομο ψυχικά τότε το κατηγορούν για ό,τι κακό συμβαίνει στην οικογένειά του					
29	Είναι δύσκολο οι					

	άλλοι να νιώσουν ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια					
30	Ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή ψυχική αρρώστια νοιώθει συνήθως κατώτερο από τους άλλους ανθρώπους					

ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΣΤΑΣΗΣ

Παρακαλούμε απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις σχετικά με το πώς θα

ανταποκριθείτε απέναντι σε άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο σε διάφορες

καταστάσεις;(σημειώστε X ή √ στο κουτάκι που σας αντιπροσωπεύει)

	Σίγουρα Ναι	Μάλλον Ναι	Δεν είμαι σίγουρος/η	Μάλλον Όχι	Σίγουρα Όχι
1. Θα φοβόσασταν να					

<p>πιάσετε κουβέντα με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;</p>					
<p>2. Θα σας αναστάτωνε ή ενοχλούσε να είστε στην ίδια δουλειά με κάποιον/α σοβαρά ψυχικά ασθενή;</p>					
<p>3. Θα μπορούσατε να διατηρήσετε μία φίλια με κάποιον/α που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνισε σοβαρή ψυχική νόσο;</p>					
<p>4. Θα σας αναστάτωνε ή θα σας ενοχλούσε να μένατε μαζί με</p>					

κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;					
5. Θα νιώθατε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος/α στην οικογένειά σας έχει διαγνωσθεί με σοβαρή ψυχική νόσο;					
6. Θα δεχόσασταν να παντρευτείτε κάποιον/α με σοβαρή ψυχική νόσο;					
7. Θα σας ενοχλούσε αν καθόσασταν στο λεωφορείο δίπλα σε ένα άτομο που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;					
8. Θα δανείζατε κάτι δικό					

<p>σας σε</p> <p>κάποιον/α που έχει</p> <p>σοβαρή</p> <p>ψυχική νόσο;</p>					
<p>9. Θα ξεκινούσατε φιλία</p> <p>με</p> <p>κάποιον/α που γνωρίζατε</p> <p>ότι έχει</p> <p>σοβαρή ψυχική νόσο;</p>					
<p>10. Εάν ένα άτομο με</p> <p>σοβαρή</p> <p>ψυχική νόσο εργαζόταν</p> <p>σε</p> <p>κομμωτήριο/κουρείο, θα</p> <p>καθόσασταν να σας</p> <p>κόψει τα</p> <p>μαλλιά;</p>					
<p>11. Θα νοικιάζατε το</p> <p>σπίτι σας σε</p> <p>κάποιον/α που έχει</p> <p>σοβαρή</p>					

ψυχική νόσο;					
12. Θα δίνετε δουλειά σε κάποιον/α που έχει σοβαρή ψυχική νόσο;					
13. Θα αποφασίζετε να μείνετε σε μία γειτονιά όπου έχετε βρει ένα σπίτι κατάλληλο για εσάς και στην οποία λειτουργεί ένα ίδρυμα για την περίθαλψη και στέγαση ατόμων με ψυχικές ασθένειες;					
14. Θα αποφασίζετε να μείνετε σε μια πολυκατοικία όπου έχετε βρει					

ένα διαμέρισμα κατάλληλο για εσάς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα που έμενε ένας ψυχικά ασθενής					
---	--	--	--	--	--