



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σχολή Επιστημών Υγείας

Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗ
ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ
ΣΧΟΛΕΙΟΥ – ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ»**

Μιχαηλίδου Σοφία

A.M. 20161307

**Επιβλέπουσα: Βασιλική Μπενέτου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Υγιεινής &
Επιδημιολογίας**

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Γεράσιμος Κολαΐτης, Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής

Βασιλική Μπενέτου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Υγιεινής και Επιδημιολογίας

Ανδρονίκη Νάσκα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Υγιεινής και Επιδημιολογίας

ΑΘΗΝΑ,

Ιούνιος 2019



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σχολή Επιστημών Υγείας

Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗ
ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ
ΣΧΟΛΕΙΟΥ – ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ»**

Μιχαηλίδου Σοφία

A.M. 20161307

**Επιβλέπουσα: Βασιλική Μπενέτου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Υγιεινής &
Επιδημιολογίας**

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Γεράσιμος Κολαΐτης, Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής

Βασιλική Μπενέτου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Υγιεινής και Επιδημιολογίας

Ανδρονίκη Νάσκα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Υγιεινής και Επιδημιολογίας

ΑΘΗΝΑ,

Ιούνιος 2019

Περιεχόμενα

| | |
|--|-----------|
| Περιεχόμενα | 2 |
| Ευχαριστίες | 4 |
| Περίληψη | 5 |
| Abstract | 7 |
| 1. Εισαγωγή | 9 |
| 2. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση | 11 |
| 2.1 Ορισμός ψυχικής υγείας- ψυχικής ασθένειας | 11 |
| 2.2 Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας | 13 |
| 2.3 Συνεργασία σχολείου με Ψυχοκοινωνική Υπηρεσία (ΨΚΥ)..... | 17 |
| 2.4 Απόψεις των εκπαιδευτικών για τη ψυχική ασθένεια | 20 |
| 3. Μεθοδολογία | 27 |
| 3.1 Σχεδιασμός και Διεξαγωγή της Έρευνας | 27 |
| 3.2 Πληθυσμός | 27 |
| 3.3 Διαδικασία επιλογής δείγματος..... | 27 |
| 3.4 Διαδικασία συλλογής στοιχείων | 28 |
| 3.5 Μέσα συλλογής δεδομένων | 29 |
| 3.6 Στατιστική ανάλυση | 37 |
| 4. Αποτελέσματα | 39 |
| 4.1 Αποτελέσματα ανάλυσης από το Αυτοσχέδιο Ερωτηματολόγιο | 39 |
| 4.2 Απόψεις για την ψυχική ασθένεια (ΟΜΙ) | 45 |
| 5. Συζήτηση | 68 |
| 5.1 Απόψεις των εκπαιδευτικών για τη ψυχική ασθένεια | 68 |
| 5.2 Απόψεις για τη ψυχική ασθένεια σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία | 69 |

| | |
|---|-----------|
| 5.3 Απόψεις για τη σχέση ψυχικής ασθένειας- σχολείου και για τη συνεργασία σχολείου- ΨΚΥ | 70 |
| 5.4 Περιορισμοί της μελέτης – Προτάσεις για μελλοντική έρευνα | 73 |
| 6. Επίλογος..... | 75 |
| Βιβλιογραφικές Αναφορές..... | 77 |
| Παράρτημα | 86 |

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας τη συγγραφή της διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις εγκάρδιες ευχαριστίες μου σε όλους εκείνους που συνέβαλαν με τον τρόπο τους στην εκπόνηση του παρόντος ερευνητικού εγχειρήματος.

Πρωτίστως, θα ήθελα να ευχαριστήσω με απεριόριστο σεβασμό την Καθηγήτρια Κυρία Βασιλική Μπενέτου για την καίρια και ουσιαστική εποπτεία της. Κυρίως όμως, θα ήθελα να την ευχαριστήσω από βάθος καρδιάς, για την υποστήριξη που παρείχε με ένα απaráμιλλο δείγμα ευγένειας, το οποίο καθίσταται από μόνο του κινητήριο παράγοντα.

Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες στον αξιότιμο Καθηγητή Κύριο Γεράσιμο Κολαΐτη, Υπεύθυνο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος, για την ενεργή παρουσία και την πολύτιμη καθοδήγηση του καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος, καθώς και στην Κυρία Καλλιόπη Τριανταφύλλου για την αμέριστη βοήθεια και συνεργασία της.

Η μελέτη αυτή δε θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς το ενδιαφέρον και τη συμβολή όλων των συναδέλφων εκπαιδευτικών που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα παρέχοντας πολύτιμο χρόνο. Ιδιαίτερες ευχαριστίες, επίσης, θα ήθελα να εκφράσω και στην Κυρία Έφη Χριστοπούλου, Σχολική Σύμβουλο Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, για την εμπιστοσύνη που μου έχει προσφέρει όλα αυτά τα χρόνια.

Τέλος, ένα τεράστιο ευχαριστώ σε όλους τους δικούς μου ανθρώπους για την υπομονή, κατανόηση και υποστήριξη που έχουν δείξει στη μακρά πορεία των σπουδών μου χαρίζοντας μου δύναμη σε όλες τις δύσκολες στιγμές.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ψυχική ασθένεια και το στίγμα που επιφέρει έχουν αποτελέσει αντικείμενο έντονου ερευνητικού ενδιαφέροντος. Οι έρευνες για τη ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων εστιάζουν στη σημασία της πρόληψης και της προαγωγής της ψυχικής υγείας εντός της σχολικής κοινότητας, όπως μέσω της συνεργασίας σχολείου και ψυχοκοινωνικής υπηρεσίας (ΨΚΥ). Οι εκπαιδευτικοί συμμετέχουν στη διαμόρφωση των στάσεων των μαθητών σε διάφορα θέματα και για το λόγο αυτό είναι σημαντικό να διερευνηθούν οι απόψεις τους για τη ψυχική ασθένεια. Επιπλέον, τα δεδομένα για το θέμα αυτό στην Ελλάδα είναι λίγα.

Στόχος: Η καταγραφή των απόψεων των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ψυχική ασθένεια, η διερεύνηση της συσχέτισής τους με διάφορα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά καθώς και η πιθανή διαμόρφωση των απόψεων αυτών σε σχέση με την ύπαρξη ή όχι συνεργασίας σχολείου και ψυχοκοινωνικής υπηρεσίας.

Υλικό και Μέθοδος: Συνολικά 156 εν ενεργεία εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας, δημόσιας και ιδιωτικής εκπαίδευσης, σε σχολεία της Αθήνας, συμμετείχαν στην έρευνα κατά το διάστημα Οκτώβριος 2018- Μάρτιος 2019. Για τη μέτρηση των απόψεων για τη ψυχική ασθένεια χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Απόψεων για τη Ψυχική Ασθένεια- OMI

Αποτελέσματα: Οι εκπαιδευτικοί που δίδασκαν σε Λύκειο σε σύγκριση με αυτούς που δίδασκαν σε Δημοτικό και Γυμνάσιο ($p=0,047$) και όσοι πίστευαν ότι η ψυχική ασθένεια αφορά τους μαθητές σε σχέση με τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς ή όλη τη σχολική κοινότητα ($p=0,049$) βρέθηκαν να εμφανίζουν περισσότερες κοινωνικές διακρίσεις. Το ανώτερο επίπεδο σπουδών σε σχέση με το κατώτερο επίπεδο σχετίστηκε με μικρότερη τάση για απομόνωση των ψυχικά ασθενών ($p=0,007$), ενώ όσοι πίστευαν ότι η ψυχική ασθένεια αφορά τους γονείς σε σχέση με τους μαθητές, τους εκπαιδευτικούς ή όλη τη σχολική κοινότητα σχετίζονταν με περισσότερη τάση απομόνωσης ($p=0,002$). Οι άντρες ($p=0,006$) σε σχέση με τις γυναίκες και οι συμμετέχοντες που ήταν αρνητικοί/ουδέτεροι στη συνεργασία σχολείου-ΨΚΥ σε σχέση με αυτούς που ήταν θετικοί ($p=0,043$) φάνηκε να εμφανίζουν χαμηλότερη κοινωνική μέριμνα. Όσοι πίστευαν ότι η ψυχική ασθένεια αφορά τους μαθητές σε σχέση με τις άλλες προαναφερόμενες ομάδες είχαν ισχυρότερη διαπροσωπική ενδοψυχική αιτιολογία ($p=0,045$). Οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων σε όλες τις

διαστάσεις της κλίμακας OMI δεν διέφεραν σημαντικά ανάλογα με την ύπαρξη ή όχι ΨΚΥ στο σχολείο.

Συμπεράσματα: Οι απόψεις των εκπαιδευτικών για τη ψυχική ασθένεια βρέθηκε να σχετίζονται με το φύλο, το επίπεδο σπουδών, τη βαθμίδα εκπαίδευσης που διδάσκουν καθώς και με ποιον θεωρούν ότι αφορά περισσότερο η ψυχική ασθένεια μέσα στη σχολική κοινότητα. Παράλληλα η ύπαρξη ή η συνεργασία με ψυχοκοινωνική υπηρεσία στο σχολείο δε βρέθηκε να σχετίζεται με τις απόψεις των εκπαιδευτικών για την ψυχική ασθένεια σε αυτό το δείγμα.

Λέξεις κλειδιά: ψυχική ασθένεια, στίγμα, σχολείο, ψυχοκοινωνική υπηρεσία, απόψεις εκπαιδευτικών

Abstract

Introduction: Mental illness and the public stigma associated with it has long been the subject of scientific research. Research on mental health of children and adolescents focuses on the significance of prevention and promotion of mental health within the educational framework, such as through the collaboration between the school unit and the psycho-social services. Teachers are considered important in shaping students' opinion. In Greece there is lack of information regarding teachers' views on mental illness.

Purpose: To study teachers' opinions towards mental illness, their association with sociodemographic characteristics and the effect of psycho-social services in forming these opinions.

Material and Method: A total of 156 active teachers in primary and secondary, public and private schools in Athens, Greece participated in the study during October 2018-March 2019. Opinions about mental illness were collected with the *Opinion about Mental Illness Scale*.

Results: Participants working in senior high-schools in comparison with those working in elementary and high schools ($p=0,047$) and those having the view that mental illness concerns the students' compared to teachers, parents or the whole school community ($p=0,049$) were more prone to social discrimination. Participants of a higher educational level were less likely to be inclined towards the isolation of mental patients compared to those of the lower educational level ($p=0,007$). Those who believed that mental illness concerns primarily the parents were more prone to seclusion ($p=0,002$). Male teachers in comparison to female ($p=0,006$) and those who were negative/neutral to a collaboration between the school unit and the psycho-social services in comparison to those who were positive ($p=0,043$) demonstrated less social concern. Those who supported the idea that mental illness concerns the students in comparison to other aforementioned categories, proved to have a strong intrapersonal, intrapsychic cause ($p=0,045$). The existence of psycho-social services was not associated with participants' opinions on mental illness.

Conclusion: Teachers' opinions on mental illness were associated with gender, educational level, primary or secondary level of teaching and opinion about who is

associated the most with mental illness in the school community. The collaboration with a psycho-social service was not associated with participants' opinions on mental illness in this sample.

Key Words: mental illness, stigmatization, school, psycho-social services, teachers' views

1. Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η ψυχική υγεία δεν περιγράφει απλώς την απουσία κάποιας ψυχικής διαταραχής αλλά είναι μια έννοια ευρύτερη, που συνιστά ανθρώπινο δικαίωμα και βασική προϋπόθεση για την ατομική και κοινωνική ευημερία. Ωστόσο, τα στατιστικά δεδομένα δείχνουν ότι πάνω από το ένα τρίτο των ανθρώπων στις περισσότερες χώρες αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας (WHO, 2001).

Η κοινωνική ένταξη και η προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχική αναπηρία αποτελεί βασική προτεραιότητα. Το στίγμα έχει περιγραφεί ως μια δεύτερη ασθένεια αφού βλάπτει με διάφορους τρόπους όσους χαρακτηρίζονται δημόσια ως ψυχικά ασθενείς (Schulze & Angermeyer, 2003). Έχει βρεθεί ότι επηρεάζει άμεσα την πρόληψη, την πρόωμη ανίχνευση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την ποιότητα ζωής, συντηρώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο αποξένωσης και μειονεξίας (Corrigan et al., 2014; Corrigan, 2016; Γιαννόπουλος, 2011).

Τις τελευταίες δεκαετίες καταγράφεται μια αύξηση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά και οι έφηβοι. Η διαπίστωση αυτή υπαγόρευσε την αναγκαιότητα να εφαρμοστούν νέες μορφές παρέμβασης και πρόληψης για την παροχή ψυχολογικών υπηρεσιών σε μεγαλύτερο ποσοστό παιδιών που έχουν ανάγκη (WHO, 2005; Rutter, 1995). Για το λόγο αυτό υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον για την προαγωγή της ψυχικής υγείας στη σχολική κοινότητα και τη συνεργασία σχολείου με ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες (Χατζηχρήστου, 2004; 2011; Masten & Motti, 2009).

Οι εκπαιδευτικοί φαίνεται να θεωρούν τα θέματα ψυχικής υγείας ξεχωριστά από τα ακαδημαϊκά θέματα, κυρίως όμως επειδή υπάρχει το στίγμα που συνοδεύεται από φόβο, παρεξήγηση και άγνοια (Baker, 2005; Hinshaw, 2005). Το αποτέλεσμα συχνά περιλαμβάνει στερεότυπα και προκαταλήψεις που οδηγούν σε προσωπικές συμπεριφορές και προσδοκίες των εκπαιδευτικών, οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν τη μαθησιακή διαδικασία, τις μελλοντικές επιλογές και τα επίπεδα αποτελεσματικότητας των παιδιών με ψυχική ασθένεια (Roig, 2011; Graham et al., 2011; Rothi et al., 2008).

Η παρούσα διπλωματική εργασία εστιάζεται ακριβώς στις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη «ψυχική ασθένεια» και το «στίγμα» στο σχολικό περιβάλλον. Οι έρευνες στο συγκεκριμένο ερευνητικό πεδίο είναι ελάχιστες στη χώρα μας. Για όλους αυτούς τους λόγους θεωρούμε ότι η παρούσα μελέτη έρχεται να συμπληρώσει ένα σημαντικό κενό στη διασύνδεση ψυχικής υγείας παιδιών/ εφήβων και σχολικής κοινότητας.

2. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

2.1 Ορισμός ψυχικής υγείας- ψυχικής ασθένειας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) «η ψυχική υγεία είναι μια κατάσταση συναισθηματικής και κοινωνικής ευημερίας κατά την οποία το άτομο έχει επίγνωση των ικανοτήτων του, μπορεί να αντιμετωπίσει τη φυσιολογική αγωνία της ζωής, να εργαστεί παραγωγικά ή γόνιμα και είναι σε θέση να συμβάλλει στο κοινωνικό σύνολο» (WHO, 2001). Με βάση αυτόν τον ορισμό, η ψυχική υγεία δεν περιγράφει απλώς την απουσία κάποιας ψυχικής διαταραχής αλλά είναι μια έννοια ευρύτερη, που συνιστά ανθρώπινο δικαίωμα και βασική προϋπόθεση για την ατομική και κοινωνική ευημερία.

Η ψυχική ασθένεια αναφέρεται στο φάσμα των γνωστικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών (Johnstone, 2001). Ωστόσο, είναι δύσκολο να αποδοθεί με σαφήνεια τι ακριβώς ορίζεται ως ψυχική ασθένεια και διαταραχή. Τόσο οι ορισμοί όσο και τα διαγνωστικά και ταξινομητικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται ευρέως για τις ψυχικές διαταραχές μεταβάλλονται συνεχώς, ανάλογα με την εκάστοτε εποχή, τον τόπο και τον πολιτισμό. Επίσης, σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει μια συνέχεια μεταξύ ψυχικής υγείας και ψυχικής ασθένειας, πράγμα που καθιστά ακόμα πιο δύσκολη τη διάγνωση.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, πάνω από το ένα τρίτο των ανθρώπων στις περισσότερες χώρες αναφέρουν προβλήματα σε κάποιο σημείο της ζωής τους, τα οποία ταιριάζουν στα κριτήρια διάγνωσης ενός ή περισσότερων από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές (WHO, 2001). Αντίστοιχα, με στοιχεία από την Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2005) φαίνεται ότι η ψυχική ασθένεια πλήττει έναν στους τέσσερις ευρωπαϊούς πολίτες, με την αυτοκτονία να είναι από τις συχνότερες αιτίες θανάτου.

Παρότι οι ψυχικές διαταραχές δεν προκαλούν μεγάλο ποσοστό θνησιμότητας ωστόσο συνδέονται με χρόνια ασθένεια και ανικανότητα και αποτελούν παράγοντα επιβάρυνσης σε οικονομικό, κοινωνικό, εκπαιδευτικό και ποινικό επίπεδο. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η επιβάρυνση που προκαλείται στη δημόσια υγεία από τη ψυχική ασθένεια θεωρείται πολυεπίπεδη και αφορά τόσο τους άμεσα πάσχοντες, την οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, όσο και μια «κρυμμένη» επιβάρυνση που αναφέρεται στον στιγματισμό και την παραβίαση των ανθρώπινων δικαιωμάτων (WHO, 2001).

Για να αντιμετωπιστούν όλες αυτές οι προκλήσεις τα τελευταία χρόνια υπάρχει συντονισμένη προσπάθεια σχεδιασμού στρατηγικής για τη ψυχική υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο (Γιαννακόπουλος, 2011). Σε αυτό το πλαίσιο, το ενδιαφέρον της δημόσιας υγείας φαίνεται να έχει μετατοπιστεί από το βιοιατρικό μοντέλο διάγνωσης-θεραπείας στις έννοιες προαγωγής και πρόληψης της ψυχικής υγείας. Η έμφαση δίνεται πρωτίστως στη δημιουργία προστατευτικών συστημάτων για τη θετική προσαρμογή και τη ψυχική ανθεκτικότητα του ατόμου ακόμα και όταν υπάρχουν αντιξοότητες ή παράγοντες κινδύνου (Gilbert, 2002).

Επίσης, βασική προτεραιότητα αποτελεί η κοινωνική ένταξη και η προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχική αναπηρία. Ο ΠΟΥ έχει διακηρύξει ότι ο στιγματισμός της ψυχικής ασθένειας είναι το πιο σημαντικό εμπόδιο που πρέπει να αντιμετωπιστεί στην κοινότητα και προτείνει το σχεδιασμό εθνικών προγραμμάτων για τη μείωση του στιγματισμού και των διακρίσεων (WHO, 2001). Συγκεκριμένα το άρθρο 13 της Συνθήκης ΕΚ κατοχυρώνει νομικά τη δράση σε κοινοτικό επίπεδο για την καταπολέμηση των διακρίσεων (Γιαννακόπουλος, 2011).

2.2 Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας

Μια σύντομη ιστορική αναδρομή δείχνει ότι η ψυχική ασθένεια ανέκαθεν προκαλούσε φόβο και γεννούσε προκαταλήψεις στον κοινό νο. Ο στιγματισμός και οι διακρίσεις για τη ψυχική ασθένεια καταγράφονται με διαφορετικές εκφάνσεις σε όλες τις εποχές (Γιαννακόπουλος, 2011; Οικονόμου, 2008). Όπως ορίζεται σήμερα το στίγμα της ψυχικής νόσου αποτελεί ένα φαινόμενο κοινωνικής διάκρισης το οποίο επηρεάζει τους ψυχικά πάσχοντες, το οικογενειακό τους περιβάλλον και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και συνδέεται με την περιθωριοποίηση και τον κοινωνικό αποκλεισμό (Αρβανίτη, 2008).

Η Κοινωνική Ψυχιατρική αποτέλεσε μεγάλη στροφή σε αυτές τις κυρίαρχες αντιλήψεις για τη ψυχική ασθένεια, οι οποίες ωστόσο αποδεικνύονται βαθιά ριζωμένες και ανθιστάμενες στην αλλαγή. Συγκεκριμένα η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στοχεύει στην εξάλειψη του στίγματος, των προκαταλήψεων και του ιδρυματισμού και στη φροντίδα των πασχόντων μέσα στην κοινότητα μέσω της ευρύτερης συνεργασίας όλων των άμεσα εμπλεκόμενων (Μαδιανός, 2000).

Καθώς η πλειοψηφία των ανθρώπων με ψυχική ασθένεια περιθάλπονται τώρα μέσα στην κοινότητα, οι αρνητικές απόψεις του κοινού μπορεί να έχουν μεγαλύτερες αρνητικές συνέπειες για τους ίδιους και τις οικογένειες τους. Το στίγμα έχει περιγραφεί ως μια δεύτερη ασθένεια, ίσως και καταστροφικότερη από την ίδια τη ψυχική νόσο, αφού βλάπτει με διάφορους τρόπους όσους χαρακτηρίζονται δημόσια ως ψυχικά ασθενείς (Schulze & Angermeyer, 2003).

Ως βασικές συνέπειες του στιγματισμού έχουν βρεθεί η δυσκολία εύρεσης εργασίας και στέγης, η μειωμένη υποστήριξη και λήψη υπηρεσιών υγείας, η συχνή ποινοποίηση της ψυχικής ασθένειας, η τάση αποφυγής του στιγματισμού που δυσχεραίνει την αναζήτηση φροντίδας και κυρίως ο αυτοστιγματισμός, με την αίσθηση της

ντροπής, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοαποτελεσματικότητα (Corrigan et al., 2002; Link. 1982; Link et al., 1987). Όλα αυτά μπορεί να δυσχεράνουν σημαντικά την κοινωνική ένταξη, να μειώσουν τις προσδοκίες ζωής και να υποβαθμίσουν την ποιότητα ζωής αποτελώντας σημαντικά εμπόδια στην πρόγνωση, στη θεραπεία και στην αποκατάσταση της ψυχικής ασθένειας (Link et al., 2001; Corrigan et al., 2004; Overton, 2008;).

Οι πρώτες συστηματικές μελέτες σχετικά με τις στάσεις της κοινότητας απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ τη δεκαετία του 1950. Έκτοτε έχουν πραγματοποιηθεί διάφορες έρευνες σε όλον τον κόσμο για τις απόψεις του γενικού πληθυσμού σχετικά με τη ψυχική ασθένεια. Φαίνεται ότι οι πλέον κυρίαρχες λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με τη ψυχική ασθένεια είναι οι εξής: ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι βίαιοι και επικίνδυνοι, έχουν χαμηλό δείκτη νοημοσύνης ή είναι αναπτυξιακά ανάπηροι, δεν μπορούν να είναι λειτουργικοί, να ασκήσουν ένα επάγγελμα και να συνεισφέρουν στην κοινωνία, στερούνται δύναμη θέλησης, είναι αδύναμοι ή τεμπέληδες, απρόβλεπτοι και πρέπει να κατηγορηθούν για την κατάσταση τους (Angermeyer & Dietrich, 2006; Link et al., 2004; Link et al., 1999).

Στην Ελλάδα μέχρι το 1977 είχαν γίνει μόνο δύο μελέτες στον γενικό πληθυσμό με το θέμα των απόψεων και των πεποιθήσεων των Ελλήνων για τη ψυχική νόσο (Vasiliou & Vassiliou, 1964; Georgas et al., 1977). Οι μελέτες αυτές έδειξαν σημαντικές αλλαγές στις πεποιθήσεις σχετικά με την αιτιολογία της ψυχικής νόσου (επίδρασης της κληρονομικότητας) και πιο εύκολη αναζήτηση ψυχιατρικής βοήθειας σε περίπτωση ψυχιατρικού προβλήματος από τους νέους ανθρώπους.

Οι αλλαγές των απόψεων από το 1964 στο 1977, παρόλο που φαίνονται καταρχήν ως θετική εξέλιξη των στάσεων των Ελλήνων, παρατηρήθηκαν μόνο εφόσον

το δείγμα καλούνταν να απαντήσει σε γενικές ερωτήσεις σχετικά με την ψυχική ασθένεια. Όταν χρειάστηκε να απαντήσει σε ερωτήσεις ειδικές και προσωπικές (γάμος με ψυχικά ασθενή, επαγγελματική συνεργασία κτλ.), τότε οι απόψεις που εκφράστηκαν δήλωναν την έλλειψη εμπιστοσύνης απέναντι στους ψυχικά νοσούντες και την τάση για διατήρηση κοινωνικής απόστασης (Madianos et al., 1987).

Μια αδυναμία αυτών των μελετών ήταν η έλλειψη ενός ευαίσθητου και αξιόπιστου εργαλείου που να αποκαλύπτει τους πιθανούς παράγοντες που συμβάλουν στη διαμόρφωση των στάσεων του κοινού απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Το 1978 οι Koutrelakos και Gedeon χρησιμοποίησαν την κλίμακα OMI (Opinions about Mental Illness) των Cohen και Struening, η οποία αποδείχθηκε ένα χρήσιμο εργαλείο για τη μέτρηση των στάσεων (η δημιουργία και το περιεχόμενο της κλίμακας περιγράφονται σε επόμενο κεφάλαιο). Η κλίμακα OMI χρησιμοποιήθηκε αρκετές φορές έκτοτε και το 1994 σταθμίστηκε για τον Ελληνικό πληθυσμό (Madianos & Economou, 1999).

Παρά τις τεράστιες αλλαγές που έγιναν τις τελευταίες δεκαετίες, κυρίως στο θέμα συνθηκών νοσηλείας και θεραπείας, η αντίληψη του μεγαλύτερου μέρους της κοινής γνώμης για την ψυχική ασθένεια φαίνεται να μη διαφέρει και πολύ από το παρελθόν. Η άγνοια, ο φόβος, η προκατάληψη και η αρνητική προβολή τους από τα Μ.Μ.Ε. διατηρούν και σήμερα το στίγμα των ψυχικών νόσων (Shomerus et al., 2012).

Αυτό που φαίνεται είναι ότι η πλειοψηφία του πληθυσμού, ακόμα και εκείνων που είναι ενημερωμένοι, υιοθετούν λανθασμένες αντιλήψεις και αρνητικές στάσεις για αυτούς που αναγνωρίζουν ως ψυχικά πάσχοντες (Angremeyer & Dietrich, 2006; Shomerus et al., 2012; Αρβανίτη, 2008). Ενδιαφέρον παρουσιάζει πανελλαδική έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής

Υγείας το 2000 και έδειξε πως ο γενικός πληθυσμός φοβάται τη συναναστροφή με ψυχικά ασθενείς περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη στιγματισμένη ομάδα ανθρώπων» (Πρόγραμμα «αντι- στίγμα», ΕΠΨΥ, 2000).

Το μέγεθος της δημόσιας αποδοχής ή απόρριψης φαίνεται να καθορίζεται σε κάποιο βαθμό από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που αποδίδονται αποκλειστικά στους ψυχικά ασθενείς. Κυρίαρχα μεταξύ αυτών έχουν βρεθεί ότι είναι η απρόβλεπτη συμπεριφορά και η έλλειψη καταλογισμού, τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ασθενών, τα είδη συμπτωμάτων και η διαγνωστική κατηγορία, η «ορατότητα» της διαταραγμένης συμπεριφοράς και ο βαθμός που η αποκλίνουσα συμπεριφορά περιλαμβάνει τη βία ως κύριο συστατικό (Angermeyer & Matchinger, 2004; Γιαννακόπουλος, 2011).

Επίσης, μεταβλητές και χαρακτηριστικά του γενικού πληθυσμού έχουν συσχετιστεί με τις στάσεις προς τον ψυχικά ασθενή. Φαίνεται ότι οι στάσεις διαμορφώνονται κυρίως σε σχέση με το επάγγελμα, την ηλικία, το εκπαιδευτικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο καθώς και την προσωπική εμπειρία με ψυχικά ασθενείς (Crisp et al., 2000; Corrigan, 2004; Angremeyer & Dietrich, 2006). Τέλος, κάθε κοινωνικό πλαίσιο και κοινότητα έχει διαφορετικό επίπεδο εξοικείωσης, διαφορετικές εμπειρίες και αντιλήψεις αναφορικά με τη ψυχική ασθένεια και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Για αυτό πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τόσο τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πληθυσμού όσο και του πλαισίου εντός του οποίου λαμβάνει χώρα η εκάστοτε έρευνα για το στίγμα της ψυχικής ασθένειας (Γιαννακόπουλος, 2011).

2.3 Συνεργασία σχολείου με Ψυχοκοινωνική Υπηρεσία (ΨΚΥ)

Σύγχρονη βιβλιογραφική ανασκόπηση επιβεβαιώνει ότι τις τελευταίες δεκαετίες σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες έχει αυξηθεί η συχνότητα των προβλημάτων ψυχικής υγείας και ψυχικών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους (Bor et al., 2014). Η ανομοιομορφία στους ορισμούς, στις μεθόδους και στα διαγνωστικά εργαλεία καθιστά δύσκολο τον ακριβή υπολογισμό του αριθμού των παιδιών που παρουσιάζουν προβλήματα ψυχικής υγείας (Rutter, 1995; Collishaw et al., 2004).

Σύμφωνα με στοιχεία που δίνει ο ΠΟΥ από επιδημιολογικές μελέτες, το ποσοστό αυτό κυμαίνεται μεταξύ 10%- 20%, ενώ δεν παρέχεται συμβουλευτική υποστήριξη στην πλειονότητα των παιδιών και εφήβων που την έχουν ανάγκη. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας των παιδιών ποικίλλουν από ήπιες δυσκολίες έως διαγνωσμένες ψυχικές διαταραχές. Διάφοροι παράγοντες, ατομικοί, περιβαλλοντικοί και κοινωνικοοικονομικοί έχει βρεθεί να συνιστούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων (WHO, Atlas Mental Health, 2005).

Τα διεθνή επιδημιολογικά στοιχεία και το ερευνητικό ενδιαφέρον για τη ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων επισήμαναν την ανάγκη για μια σειρά σχετικών μεταρρυθμίσεων στους τομείς της υγείας, της παιδείας και της κοινωνικής πρόνοιας. Το σύστημα φροντίδας για παιδιά και εφήβους ορίζεται πλέον ως «ένα ενιαίο, πολυδύναμο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλων απαραίτητων υπηρεσιών, που διαρθρώνονται σε ένα συνεργατικό δίκτυο φορέων με σκοπό να αντιμετωπίσουν τις πολλαπλές και μεταβαλλόμενες ανάγκες των παιδιών και εφήβων με σοβαρές συναισθηματικές διαταραχές» (Stroul & Friedman, 1986).

Σήμερα τρία είναι τα βασικά μοντέλα που κυριαρχούν στην παροχή υπηρεσιών και φροντίδας σε παιδιά και εφήβους: 1) υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα νοσοκο-

μεία, στα κέντρα και στην κοινότητα, 2) σχολικές ψυχολογικές υπηρεσίες ενταγμένες μέσα στο σχολείο και 3) υπηρεσίες ψυχικής υγείας της κοινότητας ή άλλων φορέων ή κέντρων των πανεπιστημίων συνδεδεμένων με το σχολείο (Χατζηχρήστου, 2004; 2011)

Οι μεγάλες μεταρρυθμίσεις των τελευταίων δυο δεκαετιών, κυρίως στην Αμερική, υποδεικνύουν τρόπους σύνδεσης της παραδοσιακής εκπαίδευσης με υπηρεσίες φροντίδας για παιδιά και εφήβους. Αποβλέπουν στη διασύνδεση σχολείου- οικογένειας- κοινότητας με σκοπό τη συνεργασία και εμπλοκή όλων των σημαντικών άλλων στη ζωή ενός παιδιού. (Χατζηχρήστου, 2004; Atkins et al., 2010; Adelman & Taylor, 2000). Έτσι, μπορούμε να μιλάμε πλέον για σχολείο με πολυδύναμες υπηρεσίες (full-service school), στο οποίο όλες οι υπηρεσίες, εκπαιδευτικές, ιατρικές, ψυχικής υγείας, κοινωνικές κ.ά. ενοποιούνται για την αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών των μαθητών τους (Dryfoos, 1994).

Τα σχολεία που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας συναντώνται στη σύγχρονη βιβλιογραφία με τον όρο Σχολεία με Ενταγμένες Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας- ΣμΕΥΨΥ (School Based Mental Health Services- SBMHS). Τα ΣμΕΥΨΥ ποικίλουν ανάμεσα σε εκείνα που παρέχουν την ελάχιστη συμβουλευτική υποστήριξη και σε εκείνα που διαθέτουν πλήρως ενσωματωμένες και ανεπτυγμένες ψυχολογικές υπηρεσίες, με προγράμματα πρόληψης, αξιολόγησης, διάγνωσης και θεραπευτικής παρέμβασης στα πλαίσια του σχολείου (Satcher, 2004; S.H. Stephan et al., 2007).

Οι υπηρεσίες που παρέχουν τα σχολεία αυτά υπακούν σε ένα τρίπτυχο μοντέλο ψυχικής υγείας (Satcher, 2004; S.H. Stephan et al., 2007; Χατζηχρήστου, 2004). Το πρώτο κομμάτι αφορά στα προγράμματα πρόληψης και προώθησης της ψυχικής

υγείας και συναισθηματικής ανάπτυξης. Τα προγράμματα αυτά απευθύνονται σε όλα το μαθητικό πληθυσμό του σχολείου.

Το δεύτερο κομμάτι αφορά στη βοήθεια που παρέχεται στους μαθητές με κάποιες εντοπισμένες ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, οι οποίοι ωστόσο είναι ενσωματωμένοι και διατηρούν υψηλή λειτουργικότητα στο σχολικό πλαίσιο, τόσο σε γνωστικό-μαθησιακό όσο και σε ψυχοσυναισθηματικό επίπεδο. Σε αυτή την κατηγορία μπορεί να συγκαταλέγονται και οι μαθητές οι οποίοι παρουσιάζουν συνδυαστικά μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς.

Τέλος, μένουν οι υπηρεσίες φροντίδας και θεραπείας για εκείνες τις περιπτώσεις παιδιών που λόγω σοβαρών ψυχικών διαταραχών χρειάζονται ένα καθεστώς ειδικής αγωγής και φροντίδας. Τα παιδιά αυτά μπορεί ακόμα και να χρειαστεί να νοσηλευτούν για κάποιο διάστημα και μετά να επιστρέψουν στο σχολικό περιβάλλον. Τίθεται λοιπόν το ζήτημα πως γίνεται η ένταξη τους και πως το σχολείο μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες τους (Masten & Motti 2009; Satcher, 2004; Stephan, 2007).

Στο άρθρο του Satcher D. (2004) στην Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδιατρικής, παρατίθενται τα βασικότερα πλεονεκτήματα από την ένταξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα σχολεία αλλά και οι προκλήσεις που η ένταξη αυτή καλείται να αντιμετωπίσουν. Ως βασικότερο πλεονέκτημα αναφέρεται ότι όλη η σχολική κοινότητα, μαθητές, γονείς και εκπαιδευτικοί εξοικειώνονται με έννοιες ψυχικής υγείας και έτσι μπορεί να αποφευχθεί το στίγμα για όσα παιδιά είναι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Βέβαια, η παροχή ψυχολογικών υπηρεσιών εντός σχολείου ενέχει τον κίνδυνο της στιγματοποίησης από τους συνομήλικους. Αυτό απαιτεί μεγάλη διακριτικότητα αφενός στον τρόπο χειρισμού της παροχής των υπηρεσιών καθώς και ενδυνάμωση

ατομικά στο κάθε παιδί- λήπτη αλλά και προγράμματα ενσωμάτωσης και αποστιγματοποίησης της ψυχικής υγείας σε επίπεδο σχολικής κοινότητας.

Σίγουρα χρειάζεται προσπάθεια στην ενσωμάτωση της έννοιας της ψυχικής υγείας στο σχολικό πλαίσιο. Μέχρι η σχολική κοινότητα και οι εκπαιδευτικοί να είναι σε θέση να συζητούν ανοιχτά τους όρους και τις συνθήκες ψυχικής υγείας και να παρέχουν ευκαιρίες σε ένα ασφαλές περιβάλλον, το κοινωνικό στίγμα είναι πιθανό να συνεχιστεί. Σε αυτό το πλαίσιο οι ανάγκες των νέων κινδυνεύουν να παραμένουν στην καλύτερη περίπτωση με ελλιπή αντιμετώπιση ή στη χειρότερη περίπτωση χωρίς υποστήριξη.

2.4 Απόψεις των εκπαιδευτικών για τη ψυχική ασθένεια

Παρά την πληθώρα ερευνών για το στίγμα γενικά και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων, υπάρχουν λιγότερες πληροφορίες σχετικά με αυτούς τους παράγοντες σε ένα σχολικό πλαίσιο. Τα σχολεία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη ψυχική ευημερία και υποστήριξη των παιδιών και στη μείωση του στίγματος που συνδέεται με τη ψυχική ασθένεια.

Είναι σημαντικό οι εκπαιδευτικοί να μην βλέπουν τέτοιες συζητήσεις αρνητικά, αμήχανα ή ως ταμπού. Κάτι τέτοιο μπορεί να οδηγήσει τα παιδιά να αντιληφθούν τα προβλήματα ψυχικής υγείας ως μη φυσιολογικά, ως κάτι που προκαλεί φόβο και πρέπει να κρατηθεί κρυμμένο. Μια τέτοια απροθυμία σχετικά με θέματα ψυχικής ασθένειας από τους εκπαιδευτικούς μπορεί να υποδηλώνει αρνητικές τους αντιλήψεις ή/και κενά στις γνώσεις τους μαζί με αισθήματα ανεπάρκειας και αναποτελεσματικότητας για να τα διαχειριστούν (Graham et al., 2011; Παναγοπούλου, 2014; Χυδίρογλου, 2016).

Πρόσφατη έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο δείχνει τη δυσκολία που αντιμετωπίζει το εκπαιδευτικό προσωπικό να έρθει αντιμέτωπο με θέματα ψυχικής ασθένειας, γεγονός που οφείλεται στο φόβο του στίγματος και στην επιθυμία προστασίας των παιδιών. Χαρακτηριστικά το σχόλιο «Είναι πάρα πολύ ο ελέφαντας στο δωμάτιο», που είναι και ο τίτλος της έρευνας, δείχνει την απροθυμία ορισμένων εκπαιδευτικών να συζητήσουν την ψυχική υγεία και την ψυχική ασθένεια με παιδιά (Danby & Hamilton, 2016).

Σε αντίθεση με τη σημαντική βιβλιογραφία σχετικά με τις εμπειρίες στίγματος των ενηλίκων, οι γνώσεις μας για τις εμπειρίες στίγματος μεταξύ των διαγνωσμένων νέων με τέτοιες διαταραχές είναι αραιές (Hinshaw, 2005). Ωστόσο, έχει βρεθεί ότι οι νέοι τείνουν να είναι πιο επιρρεπείς στο στίγμα και λιγότερο πρόθυμοι να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Βασικό ρόλο έχει βρεθεί ότι διαδραματίζουν οι αντιλήψεις και στάσεις που κυριαρχούν στην οικογένεια και στο σχολικό περιβάλλον (Chandra & Minkovitz, 2006; Kranke & Floersch, 2009)

Από την πλευρά του σχολείου οι νέοι αναφέρονται στις συμπεριφορές των συνομηλίκων και των εκπαιδευτικών. Σε σχετική έρευνα βρέθηκε ότι όσο αντιλαμβάνονται τις συμπεριφορές αυτές ως παράγοντες στιγματισμού ή διακρίσεων τόσο αισθάνονται μεγαλύτερη ντροπή για το πρόβλημά τους, το κρατούν μυστικό και παρουσιάζουν απόσυρση από την κοινωνική επαφή (Moses, 2010). Σε канаδική έρευνα που διεξήχθη το 2013 η πλειοψηφία των νέων ανέφερε το στίγμα στο σχολικό περιβάλλον ως το μεγαλύτερο εμπόδιο για την πρόσβαση στις σχολικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Bowers et al., 2013).

Στο σχολικό σύστημα συχνά οι σχολικοί ψυχολόγοι/σύμβουλοι είναι οι μόνοι επαγγελματίες που επικεντρώνονται στα προβλήματα ψυχικής υγείας των μαθητών.

Οι εκπαιδευτικοί που έχουν λάβει κάποια πρόσθετη εκπαίδευση τείνουν να έχουν μεγαλύτερη ανοχή σε διαταρακτικές συμπεριφορές και είναι σε καλύτερη θέση να εντοπίσουν ψυχικά προβλήματα (Johnson & Fullwood, 2006). Συχνά οι εκπαιδευτικοί τείνουν να χρησιμοποιούν ταξινομητική και διαγνωστική ορολογία, ωστόσο οι διαταραχές και οι όροι φαίνεται να παρεξηγούνται, να παρερμηνεύονται και να χρησιμοποιούνται στιγματιστικά από την πλειοψηφία του προσωπικού στο σχολικό σύστημα (Baker, 2005).

Λιγότερα είναι γνωστά ειδικά για τις απόψεις και τις προσδοκίες των εκπαιδευτικών για μαθητές με ψυχικές ασθένειες (Roeser, 2001). Εξαίρεση αποτελεί η ΔΕΠΥ, η οποία έχει μελετηθεί εκτενώς και έχει βρεθεί ότι η άποψη των εκπαιδευτικών και η αντίδραση στους μαθητές με αυτή τη διαταραχή επηρεάζει το ακαδημαϊκό επίτευγμα, τη συμπεριφορά, τις αυτο-αντιλήψεις και τις σχέσεις τους με τους συνομηλίκους (Ohan et al., 2011; Sherman et al., 2008).

Η εκπαίδευση παιδιών με ψυχικές ασθένειες είναι ένα περίπλοκο ζήτημα αφενός επειδή οι εκπαιδευτικοί φαίνεται να θεωρούν τα θέματα ψυχικής υγείας ξεχωριστά από τα ακαδημαϊκά θέματα, κυρίως όμως επειδή υπάρχει το στίγμα που συνοδεύεται από φόβο, παρεξήγηση και άγνοια (Hinshaw, 2005; Baker, 2005). Το αποτέλεσμα συχνά περιλαμβάνει στερεότυπα και προκαταλήψεις που οδηγούν σε προσωπικές συμπεριφορές και προσδοκίες των εκπαιδευτικών, οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν τη μαθησιακή διαδικασία, τις μελλοντικές επιλογές και τα επίπεδα αυτο-αποτελεσματικότητας των παιδιών με ψυχική ασθένεια (Roig, 2011).

Σχετική έρευνα υποδηλώνει ότι οι εκπαιδευτικοί τείνουν να απομακρύνονται από τους μαθητές που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας ή/ και εμφανίζουν συμπεριφορές που θεωρούνται απειλητικές ή προκλητικές. Αυτά τα αποτελέσματα

είναι ανησυχητικά, καθώς οι μαθητές που είναι αποξενωμένοι από τους εκπαιδευτικούς είναι λιγότερο πιθανό να λαμβάνουν επαρκή ή ποιοτικά ερεθίσματα, πιο πιθανό να στραφούν προς το περιθώριο και να χάσουν το ακαδημαϊκό τους ενδιαφέρον (Cameron & Sheppard, 2006).

Παράλληλα, φαίνεται ότι η λεκτική εχθρότητα των εκπαιδευτικών, η χρήση πολύ αυστηρών πειθαρχικών πρακτικών και ο εκφοβισμός συμβάλλουν στην αρνητική εικόνα εαυτού αυτών των μαθητών καθώς και στις αρνητικές αντιλήψεις των συμμαθητών, γεγονός που οδηγεί σε έναν φαύλο κύκλο που μπορεί να ενισχύσει συμπτώματα ή προβλήματα κοινωνικές σχέσεις στο σχολείο (Cameron & Sheppard, 2006).

Μια πολύ σημαντική έρευνα πραγματοποιήθηκε το 2011 στον Καναδά και εξετάζει τις προσδοκίες και τη συνακόλουθη συμπεριφορά των εκπαιδευτικών για τους μαθητές που έχουν κάποια διάγνωση ψυχικής ασθένειας (EBD- Emotional & Behavioral Disorders ή/και ψυχιατρική νοσηλεία). Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν ότι οι προσδοκίες των εκπαιδευτικών, όσον αφορά τη συνεργασία και τον αυτοέλεγχο των μαθητών, μειώνονται έντονα όταν υπάρχει διάγνωση και το στίγμα της ψυχικής ασθένειας. Επίσης, τα χρόνια διδακτικής εμπειρίας και το επίπεδο εκπαίδευσης, με πιστοποίηση στην ειδική αγωγή, βρέθηκαν να επηράζουν θετικά το αίσημα αυτοαποτελεσματικότητας των εκπαιδευτικών όταν εργάζονται με παιδιά που έχουν θέματα ψυχικής ασθένειας (Roig, 2011).

Υπάρχουν λίγες μελέτες που αξιολογούν άμεσα τις απόψεις των εκπαιδευτικών σε σχέση με τα προβλήματα ψυχικής υγείας στην τάξη. Μια επίσης σημαντική έρευνα πραγματοποιήθηκε το 2011 στην Αυστραλία σε εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας, ιδιωτικής και δημόσιας εκπαίδευσης (Graham et al., 2011).

Τα ευρήματα αυτής της μελέτης υπογραμμίζουν μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ εκπαιδευτικών και σχολικών δομών «ψυχικής υγείας», τη σημασία που αποδίδουν τα σχολεία στην προαγωγή της ψυχικής υγείας, τα ζητήματα εμπιστοσύνης των εκπαιδευτικών, τη σύγκρουση ταυτότητας ρόλων και τη σχολική κουλτούρα καθώς φάνηκε ότι οι εκπαιδευτικοί έχουν το δικό τους αίσθημα «ψυχικής ευεξίας».

Σύμφωνα με τους ερευνητές ένα βασικό ζήτημα που φάνηκε να προκύπτει από τα ευρήματα είναι η αίσθηση απομόνωσης όπως εκφράζεται από πολλούς εκπαιδευτικούς. Επομένως, μια βασική πρόκληση φαίνεται να είναι το πώς τα σχολεία θα μπορέσουν να αναπτύξουν περισσότερο υποστηρικτικούς μηχανισμούς για τα θέματα ψυχικής υγείας με την ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ δασκάλων με γονείς, μαθητές και φορείς παροχής ψυχολογικών υπηρεσιών (Graham et al., 2011).

Μια άλλη σημαντική έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία το 2012 εξετάζοντας τις αντιλήψεις και τις εμπειρίες των εκπαιδευτικών όσον αφορά τη συνεργασία με τους σχολικούς ψυχολόγους προκειμένου να υποστηρίξουν εκείνους τους μαθητές με συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες. Σύμφωνα με τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας, οι σχολικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας και οι σχολικοί ψυχολόγοι εκτιμώνται ιδιαίτερα από τους εκπαιδευτικούς. Ωστόσο, φαίνεται να υπάρχουν αρκετά επιμέρους ζητήματα τα οποία οι δάσκαλοι πιστεύουν ότι περιορίζουν την παροχή αυτών των υπηρεσιών (Rothi et al., 2008).

Παρά την πληθώρα ερευνών για τις απόψεις του γενικού πληθυσμού και τη ψυχική ασθένεια, η βιβλιογραφική αναζήτηση καταδεικνύει περιορισμένο αριθμό μελετών που να ερευνά εστιασμένα τις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με το θέμα αυτό. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι πρώτες σχετικές έρευνες τη δεκαετία του 1960, στις οποίες επισημαίνεται η ανάγκη να ληφθούν σοβαρά υπόψη τα συναισθήματα, οι

σκέψεις και οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών προκειμένου να βελτιωθεί η κοινή γνώμη για τα θέματα ψυχικής υγείας.

Η πρώτη έρευνα πραγματοποιήθηκε το 1967 σε 107 εκπαιδευτικούς στην Ουάσιγκτον και η δεύτερη το 1969 σε 360 εκπαιδευτικούς σε σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης της Βόρειας Καρολίνας. Βρέθηκε ότι οι εκπαιδευτικοί είναι πιο καλά ενημερωμένοι σε θέματα ψυχικής ασθένειας και αντιλαμβάνονται περισσότερο τις σχετικές έννοιες, είναι πιο αισιόδοξοι για την πρόγνωση/ πορεία μιας ψυχικής ασθένειας και γενικά διατηρούν πιο θετικές απόψεις και στάσεις συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Όσον αφορά όμως τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις, αυτές δυστυχώς μοιάζουν με εκείνες του γενικού πληθυσμού, θεωρώντας γενικά τους ψυχικά ασθενείς ανάξιους εμπιστοσύνης και επικίνδυνους. (Rabkin & Suchoski, 1967; Bentz et al., 1969).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι, ενώ σε αυτές τις πρώτες έρευνες πριν 50 χρόνια είχε φανεί ότι οι στάσεις και οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τη ψυχική ασθένεια είναι πιο θετικές από του γενικού πληθυσμού, σε μια αντίστοιχη έρευνα το 2012 βρέθηκαν αντίθετα αποτελέσματα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 260 εκπαιδευτικούς, σε 2 πόλεις της Τουρκίας (Uşak και Istanbul). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ενώ το 60% είχε υψηλότερες βαθμολογίες, το 40% των εκπαιδευτικών είχε χαμηλότερες βαθμολογίες από το μέσο όρο γενικής κατάταξης στις 3 διαστάσεις που εξετάστηκαν από την κλίμακα OMI. Τα ευρήματα αυτά οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι δάσκαλοι, οι οποίοι αποτέλεσαν αντικείμενο της συγκεκριμένης έρευνας, έδειξαν αρνητική στάση απέναντι στη ψυχική ασθένεια (Gur et al., 2012).

Η συζήτηση υποδηλώνει την ανάγκη να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στις παραδοχές, τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τις στάσεις καθώς και στην κατάρτιση των εκπαι-

δευτικών σε σχέση με την ψυχική υγεία των παιδιών. Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι η εκπαίδευση των εκπαιδευτικών για την παροχή πρώτων βοηθειών σε θέματα ψυχικής υγείας μπορεί να έχει θετικές επιπτώσεις στις πεποιθήσεις, στη μείωση ορισμένων πτυχών του στιγματισμού και στην αύξηση της εμπιστοσύνης τους για την αυτοαποτελεσματικότητα στην παροχή βοήθειας (Jorm et al., 2010; Whitley et al., 2012).

Είναι σημαντικό να ενισχυθούν οι θετικές στάσεις με τη βελτίωση της γνώσης και της κατανόησης σε σχέση με τις ψυχικές ασθένειες, προκειμένου τα άτομα με ψυχικές ασθένειες να επιβιώσουν σε μια κοινωνία όπου δεν υπάρχει στίγμα και διακρίσεις. Με αυτή την έννοια, είναι απαραίτητο οι εκπαιδευτικοί και το προσωπικό του σχολείου να ενημερώνονται και να αυξάνεται η ευαισθητοποίησή τους όσον αφορά τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεδομένου ότι παίζουν καθοριστικό ρόλο τόσο στην πρόληψη όσο και στον εντοπισμό και στην παρέμβαση στα προβλήματα ψυχικής υγείας των παιδιών και των εφήβων.

3. Μεθοδολογία

3.1 Σχεδιασμός και Διεξαγωγή της Έρευνας

Για την υλοποίηση της παρούσας εργασίας διενεργήθηκε περιγραφική συγχρονική έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε συνολικά σε 12 σχολεία της Αθήνας, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, εκ των οποίων τα 4 είναι ιδιωτικά: Λεόντειος Αθηνών & Ν. Σμύρνης, Μοντεσσοριανή Σχολή, Pierce και τα 8 δημόσια: 3 στο Γαλάτσι, 5 στη Ν. Σμύρνη . Η συλλογή των πληροφοριών διήρκεσε 6 μήνες. Ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 2018 και ολοκληρώθηκε τον Μάρτιο του 2019.

3.2 Πληθυσμός

Ως πληθυσμός αναφοράς της παρούσας εργασίας θεωρήθηκαν οι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην περιοχή της Αττικής για το σχολικό έτος 2018-2019. Το δείγμα επιλέχθηκε από τους εν ενεργεία εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Αθήνα για το σχολικό έτος 2018-2019. Ο τελικός πληθυσμός της έρευνας αποτελείται από 156 εν ενεργεία εκπαιδευτικούς, οι οποίοι δέχτηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη κατά το διάστημα που διεξήχθη, από τον Οκτώβριο 2018 έως τον Μάρτιο 2019.

3.3 Διαδικασία επιλογής δείγματος

Τα ιδιωτικά και δημόσια σχολεία της Αθήνας στα οποία πραγματοποιήθηκε η έρευνα επιλέχθηκαν από την ερευνήτρια λόγω ισχύουσας ή και παρελθούσας επαγγελματικής συνεργασίας και ως εκ τούτου δυνατότητας πρόσβασης. Για τη διαδικασία επιλογής του τελικού δείγματος των εκπαιδευτικών πραγματοποιήθηκε μη

τυχαία δειγματοληψία και συγκεκριμένα δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling) στα συγκεκριμένα σχολεία.

3.4 Διαδικασία συλλογής στοιχείων

Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν σε έντυπη μορφή και η διανομή τους έγινε δια ζώσης σε κάθε σχολείο από την υπεύθυνη ερευνήτρια. Είχε προηγηθεί επικοινωνία με τις διευθύνσεις των σχολείων ώστε να υπάρξει σχετική ενημέρωση και να δοθεί η άδεια χορήγησης. Στην αρχική επίσκεψη, πριν τη χορήγηση των ερωτηματολογίων, δόθηκαν προφορικές πληροφορίες στο σύνολο των εκπαιδευτικών σχετικά με την περιγραφή και τον σκοπό της έρευνας, την επιλογή των υποψηφίων και την εθελοντική συμμετοχή τους. Επίσης, επισημάνθηκε ότι τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα είναι ανώνυμα και θα τηρηθούν οι κανόνες για την προστασία των δεδομένων και χρήση τους αποκλειστικά για τους σκοπούς της έρευνας αυτής. Για όλα αυτά ακολουθούσε και έγγραφη ενημέρωση στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου, την οποία οι συμμετέχοντες έπρεπε να υπογράψουν δηλώνοντας ότι έλαβαν γνώση και συναινούν.

Από κάθε συμμετέχοντα ζητήθηκε να συμπληρώσει δυο ερωτηματολόγια. Το πρώτο ήταν αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο και αφορούσε κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία, την εξοικείωση με τη ψυχική ασθένεια, την ενσωμάτωση της έννοιας «ψυχική ασθένεια» στο σχολικό πλαίσιο και τη συνεργασία σχολείου-ψυχοκοινωνικής υπηρεσίας. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο περιείχε τη σταθμισμένη Κλίμακα Απόψεων για τη Ψυχική Ασθένεια - OMI (Opinions about Mental Illness) για την μέτρηση των απόψεων σχετικά με τη ψυχική ασθένεια. Για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων δόθηκε χρονικό περιθώριο δεκαπέντε ημερών, ώστε να

πραγματοποιηθεί σε ήσυχο περιβάλλον και εκτός φόρτου σχολικού ωραρίου. Η ερευνήτρια ήταν διαθέσιμη για οποιαδήποτε διευκρίνιση κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης όσο και μετέπειτα για όποιον επιθυμούσε να ενημερωθεί για τα αποτελέσματα της έρευνας.

3.5 Μέσα συλλογής δεδομένων

Στην παρούσα εργασία επιλέχθηκαν οι όροι «ψυχική ασθένεια» και «ψυχική διαταραχή» να χρησιμοποιηθούν με τη στενή ιατρική έννοια, για να αναφερθούν στην ασθένεια που οδηγεί το άτομο σε νοσηλεία ή/ και εξωτερική παρακολούθηση σε κάποιο ψυχιατρικό νοσοκομείο ή ψυχιατρική κλινική. Επιλέχθηκε να γίνει αυτή η διαφοροποίηση από τον γενικό και ευρέως χρησιμοποιούμενο όρο «προβλήματα ψυχικής υγείας» γιατί θεωρήθηκε ότι ο τρόπος που ορίζει ο καθένας ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας μπορεί να υποπέσει σε υποκειμενικές αξιολογήσεις.

Για τις μετρήσεις των απόψεων των εκπαιδευτικών για τη ψυχική ασθένεια και τη συνεργασία σχολείου- ψυχοκοινωνικής υπηρεσίας αξιοποιήθηκαν τα παρακάτω εργαλεία:

A. Αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο κοινωνικό- δημογραφικών στοιχείων, εξοικείωσης με ψυχική ασθένεια, σχέσης «ψυχικής ασθένειας- σχολικής κοινότητας» και συνεργασίας «σχολείου- ψυχοκοινωνικής υπηρεσίας» και

B. Η Κλίμακα Απόψεων για τη Ψυχική Ασθένεια – OMI.

A. Αυτοσχέδιο Ερωτηματολόγιο

Σε κάθε έναν που δέχτηκε να συμμετέχει στην έρευνα δόθηκε ανοιχτός φάκελος ο οποίος περιείχε:

- Έντυπο ενημέρωσης σχετικά με: α) το θέμα της έρευνας, β) τη διατήρηση της ανωνυμίας, γ) έγγραφη συγκατάθεση συμμετοχής, δ) τη σημαντικότητα της συμπλήρωσης όλων των ερωτήσεων και ε) στοιχεία επικοινωνίας με την ερευνήτρια.
- Έντυπο κοινωνικό- δημογραφικών στοιχείων στο οποίο οι ερωτηθέντες καλούνταν να απαντήσουν στα εξής (Ερωτήσεις 1-8): Φύλο, ηλικία, ανώτατο επίπεδο εκπαίδευσης (ΑΕΙ, Μεταπτυχιακό, Διδακτορικό, Άλλο), τόπο καταγωγής, βαθμίδα εκπαίδευσης στην οποία διδάσκουν (δημοτικό, γυμνάσιο, λύκειο), καθεστώς εκπαίδευσης στην οποία εργάζονται (δημόσιο, ιδιωτικό), έτη διδασκαλίας και ειδικότητα. Στο θέμα της ειδικότητας η απάντηση αφορούσε με ποια συγκεκριμένη ειδικότητα εργάζονταν στο χώρο της εκπαίδευσης. Για τις ανάγκες της στατιστικής ανάλυσης η «ειδικότητα» κατηγοριοποιήθηκε ως εξής: Ειδικό Εκπαιδευτικό Προσωπικό (ΕΕΠ), Ξένες Γλώσσες, Εικαστικά, Θεατρική Αγωγή, Φιλολόγος, Δάσκαλος, Πληροφορική, Μαθηματικός, Φυσική Αγωγή, Μουσική, Ειδικής Αγωγής, Θεολόγος, Κοινωνιολόγος.
- Βαθμός οικειότητας- εξοικείωσης με τη ψυχική ασθένεια (Ερώτηση 9). Επιλέχθηκαν κάποιες ερωτήσεις από την Κλίμακα αναφερόμενης Οικειότητας- Εξοικείωσης με τη Ψυχική ασθένεια (Level of Contact Report - LCR), η οποία μετρά την εξοικείωση με την ψυχική διαταραχή. Στην αρχική μορφή της κλίμακας 12 καταστάσεις βαθμολογούνται ανάλογα με την εξοικείωση που δημιουργείται από την επαφή με ψυχικά ασθενή. Τα θέματα για τη δημιουργία αυτής της κλίμακας υιοθετήθηκαν από άλλες κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν σε έρευνες για το στίγμα της ψυχικής νόσου.

Τα θέματα αυτής της κλίμακας, τόσο στην αρχική της μορφή όσο και στις ερωτήσεις που επιλέχθηκαν για το παρόν ερωτηματολόγιο, δεν έχουν απαντήσεις, απλώς σημειώνονται αυτά που αφορούν στην εμπειρία του ερωτηθέντα. Ο κάθε συμμετέχοντας μπορεί να βάλει σε κύκλο περισσότερες από μία απαντήσεις-θέματα, αλλά καταγράφεται η μεγαλύτερη στον αριθμό. Ο βαθμός οικειότητας- εξοικείωσης στις ερωτήσεις που επιλέχθηκαν για το παρόν ερωτηματολόγιο κυμαίνεται από τον ελάχιστο (1): «Ποτέ δεν έχει πέσει στην αντίληψή μου κάποιος με ψυχική ασθένεια» έως τον υψηλότερο (6): «Εγώ ο ίδιος αντιμετωπίζω ψυχική ασθένεια». Αυτό είναι και το θέμα που δηλώνει την μεγαλύτερη οικειότητα από αυτά που έχουν απαντηθεί (Corrigan et al., 2001).

- Σχέση ψυχικής ασθένειας- σχολείου (Ερωτήσεις 10-11):

Σε αυτό το στάδιο οι ερωτηθέντες καλούνταν να αποτυπώσουν την άποψή τους για τη σχέση της ψυχικής ασθένειας με το σχολείο. Αρχικά καλούνταν να απαντήσουν κατά πόσο πιστεύουν ότι η ψυχική ασθένεια σχετίζεται με το χώρο του σχολείου επιλέγοντας από μια εξαθέσια κλίμακα μεταξύ (1) «Καθόλου» έως (5) «Πάρα πολύ» και (6) «Δεν ξέρω, δεν απαντώ». Η επόμενη ερώτηση είχε να κάνει με το ποιους θεωρούν ότι αφορά η ψυχική ασθένεια στη σχολική κοινότητα. Εδώ μπορούσαν να σημειώσουν περισσότερες της μιας απαντήσεις, επιλέγοντας ανάμεσα στους μαθητές, στους γονείς, στους εκπαιδευτικούς και σε όλη τη σχολική κοινότητα.

- Συνεργασία σχολείου- Ψυχοκοινωνικής Υπηρεσίας (ΨΚΥ) (Ερωτήσεις 12-13)

Στο σημείο αυτό οι ερωτηθέντες διαχωρίζονταν ανάλογα με το αν το σχολείο στο οποίο εργάζονται έχει δική του ή συνεργάζεται με κάποια ΨΚΥ και σε εκείνους οι οποίοι εργάζονται σε σχολείο που δεν έχει ούτε συνεργάζεται με

κάποια ΨΚΥ. Όσοι ανήκαν στην πρώτη κατηγορία, δηλαδή το σχολείο στο οποίο εργάζονται έχει δική του ή συνεργάζεται με κάποια ΨΚΥ, καλούνταν να απαντήσουν σε 3 ερωτήσεις (12.1 – 12.3). Για τη στάση τους απέναντι στην ΨΚΥ (Θετική, Αρνητική, Αδιάφορη, Δεν ξέρω/ δεν απαντώ), τη χρήση που κάνουν επιλέγοντας από μια εξαθέσια κλίμακα μεταξύ (1) «Καθόλου» έως (5) «Πάρα πολύ» και (6) «Δεν ξέρω, δεν απαντώ» και πως πιστεύουν ότι τους βοηθάει η συνεργασία του σχολείου με ΨΚΥ. Εδώ μπορούσαν να σημειώσουν περισσότερες της μιας απαντήσεις, επιλέγοντας ανάμεσα σε:

- Να παραπέμψετε κάποιον μαθητή σας ή/ και γονέα
- Να συμβουλευτείτε για κάτι που αφορά μαθητή σας ή/και γονέα
- Να συμβουλευτείτε για κάτι που αφορά εσάς τον ίδιο
- Συμμετοχή σε ψυχοεκπαιδευτικές επιμορφώσεις ή/ και προγράμματα
- Δε βοηθάει σε κανένα σημείο
- Άλλο (περιγράψτε τι):

Αντίστοιχα, όσοι ανήκαν στη δεύτερη κατηγορία, δηλαδή το σχολείο στο οποίο εργάζονταν ούτε έχει ούτε συνεργάζεται με κάποια ΨΚΥ, καλούνταν να απαντήσουν σε 3 ερωτήσεις (12.4 – 12.6).). Για τη στάση τους απέναντι στην ΨΚΥ (Θετική, Αρνητική, Αδιάφορη, Δεν ξέρω/ δεν απαντώ), την ανάγκη που νιώθουν για τη συνεργασία του σχολείου με ΨΚΥ, επιλέγοντας από μια εξαθέσια κλίμακα μεταξύ (1) «Καθόλου» έως (5) «Πάρα πολύ» και (6) «Δεν ξέρω, δεν απαντώ» και σε ποιο σημείο θα ήθελαν να τους βοηθήσει η συνεργασία του σχολείου με ΨΚΥ. Εδώ μπορούσαν να σημειώσουν περισσότερες της μιας απαντήσεις, επιλέγοντας ανάμεσα σε:

- Να παραπέμψετε κάποιον μαθητή σας ή/ και γονέα
- Να συμβουλευτείτε για κάτι που αφορά μαθητή σας ή/και γονέα

- Να συμβουλευτείτε για κάτι που αφορά εσάς τον ίδιο
- Συμμετοχή σε ψυχοεκπαιδευτικές επιμορφώσεις ή/ και προγράμματα
- Δε βοηθάει σε κανένα σημείο
- Άλλο (περιγράψτε τι):

Στο τέλος υπήρχε μια κοινή ερώτηση και για τις δυο κατηγορίες συμμετεχόντων που ήταν ανοιχτού τύπου και μπορούσαν αν ήθελαν να προσθέσουν κάτι σχετικά με τη ψυχική ασθένεια και τη συνεργασία σχολείου με ΨΚΥ.

B. Κλίμακα Απόψεων για τη Ψυχική Ασθένεια - Opinions about Mental

Illness (OMI)

Η κλίμακα αυτή επιλέχθηκε ως το κύριο ψυχομετρικό εργαλείο για τη μέτρηση των απόψεων των εκπαιδευτικών απέναντι στη ψυχική ασθένεια. Η OMI αναπτύχθηκε από τους Cohen and Struening το 1962 και θεωρούνταν ένα ευρείας χρήσης και έγκυρο εργαλείο προσδιορισμού και διάκρισης των αντιλήψεων της κοινότητας απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Όπως η πρώτη έκδοση των Cohen and Struening, έτσι και η ελληνική έκδοση, περιέχουν 51 θέματα τύπου Likert με απαντήσεις από 1-6 για το κάθε ένα από αυτά. Η μέτρηση με τη μέθοδο Likert συνίσταται στη διατύπωση του βαθμού συμφωνίας με μια σειρά από θετικές και αρνητικές προτάσεις-απόψεις που αφορούν το αντικείμενο της στάσης. Η βαθμολογία 1 αποτελεί το ένα άκρο: «συμφωνώ απόλυτα» και η βαθμολογία 6 το άλλο άκρο: «διαφωνώ απόλυτα». Το διάστημα μεταξύ των άκρων θεωρείται ότι είναι συνεχές και αποτελείται από τις βαθμολογίες: 2 «συμφωνώ», 3 «μάλλον συμφωνώ», 4 «μάλλον διαφωνώ», 5 «διαφωνώ». Το κάθε θέμα βαθμολογείται με τον αριθμό που δίνεται ως απάντηση. Δεν υπάρχουν αρνητικές απαντήσεις.

Στην Ελλάδα η κλίμακα OMI έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες που έχουν σχέση με τις στάσεις απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες στον γενικό πληθυσμό, σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας και σε φοιτητές (Madianos et al., 1987; Madianos & Economou, 1999; Koutrelakos et al., 1978; Κουτρελάκος, 1984; Αρβανίτη, 2008).

Η κλίμακα OMI το 1962

Η κλίμακα OMI αρχικά χορηγήθηκε σε διάφορες ομάδες εργαζόμενων σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία στην Αμερική και αργότερα χρησιμοποιήθηκε σε έρευνες ομάδων γενικού πληθυσμού.

Η παραγοντική ανάλυση της κλίμακας OMI το 1962 ανέδειξε 5 παράγοντες οι οποίοι περιγράφονται ως εξής (Madianos et al., 1987; Koutrelakos et al., 1978):

A) Αυταρχισμός. Το περιεχόμενο αυτού του παράγοντα αναφέρεται στην υποταγή στην αυθεντία και στην υιοθέτηση λαϊκών αντιλήψεων για την αιτιολογία των ψυχικά ασθενών (π.χ. ασθένεια, στενοχώριες, έλλειψη ηθικού σθένους). Στα θέματα που διαμορφώνουν τον παράγοντα αυτό οι ψυχικά πάσχοντες περιγράφονται ως διαφορετικοί και κατώτεροι.

B) Ευγενικά αισθήματα. Το περιεχόμενο αυτού του παράγοντα υπογραμμίζει την υποχρέωση της κοινωνίας για φροντίδα και προσφορά θεραπείας.

Γ) Ιδεολογία ψυχικής υγιεινής. Το περιεχόμενο αυτού του παράγοντα εκφράζει τις πεποιθήσεις των ειδικών σε σχέση με την ψυχική υγεία: το ότι δηλαδή ο ψυχικά ασθενής θεωρείται διαφορετικός μόνο κατά βαθμό από τους άλλους, ότι επιδέχεται θεραπεία και ότι δικαιούται φροντίδα και νοσηλεία

Δ) Κοινωνικός αποκλεισμός. Το περιεχόμενο αυτού του παράγοντα αναφέρεται στην ανάγκη προστασίας της κοινωνίας από τους ψυχικά ασθενείς. Στα θέματά

που διαμορφώνουν τον παράγοντα αυτό οι ψυχικά ασθενείς περιγράφονται ως απειλή για την κοινωνία.

Ε) Διαπροσωπική αιτιολογία. Το περιεχόμενο αυτού του παράγοντα αναφέρεται στην αιτιολογία της ψυχικής ασθένειας. Θεωρείται ότι η ψυχική νόσος συνδέεται με τις εμπειρίες που είχαν οι ασθενείς στην παιδική τους ηλικία σε σχέση με τους γονείς τους ή άλλα σημαντικά πρόσωπα. Η ασυνήθιστη συμπεριφορά τους θεωρείται ένας τρόπος χειρισμού των προβλημάτων και των συγκρούσεών τους.

Η Κλίμακα OMI το 1994

Η κλίμακα OMI χρησιμοποιήθηκε το 1979/80 και το 1994 σε γενικό πληθυσμό της Αθήνας που εξυπηρετούνταν από Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας το οποίο ιδρύθηκε το 1979. Ο κύριος στόχος της έρευνας ήταν: α) να διερευνήσει τις στάσεις της κοινότητας απέναντι στην ψυχική νόσο πριν την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην περιοχή σε σχέση με το μελλοντικό σχεδιασμό και την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας και προγραμμάτων πρόληψης και β) να ανιχνευθούν οι πιθανές διαφορές στις στάσεις της κοινότητας απέναντι στην ψυχική νόσο 14 χρόνια μετά την προηγούμενη έρευνα (1979/80) και μετά την εφαρμογή των κοινοτικών προγραμμάτων παρέμβασης για την ψυχική υγεία (Madianos & Economou, 1999).

Η ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν στην Ελλάδα, αποκάλυψε 5 διαφορετικούς παράγοντες που αφορούν στον ελληνικό πληθυσμό:

Α) Κοινωνική διάκριση (16 θέματα: 4-6,7,9,11,14-17,19,21,24,35,42,45,48). Ο παράγοντας αυτός διαμορφώνεται από τα θέματα που αποδίδουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στους ψυχικά πάσχοντες. Περιγράφονται ως κατώτεροι σε σχέση με τον «κανονικό» πληθυσμό. Π.χ: θέμα 11: «υπάρχει κάτι γύρω από τους ψυχικά αρρώστους που τους κάνει να ξεχωρίζουν από τους άλλους ανθρώπους». Η βαθμολογία

μετρά πόσο κάποιος δεν κάνει κοινωνικές διακρίσεις και κυμαίνεται από -14, θετικότερη στάση έως 66, αρνητικότερη στάση.

B) Κοινωνικός περιορισμός (13 θέματα: 26,29,31,32,34,36,37,39,40,43,46,49,51). Ο παράγοντας αυτός διαμορφώνεται από τα θέματα που περιγράφουν την απόρριψη απέναντι στους ψυχικά ασθενείς και την ανάγκη για προληπτικά, περιοριστικά μέτρα κατά τη διάρκεια και μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Π.χ. θέμα 31: «ο καλύτερος τρόπος να χειριστούμε αρρώστους ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι να τους έχουμε πίσω από κλειστές πόρτες». Η βαθμολογία μετρά πόσο κάποιος δεν επιζητά την απομόνωση των ψυχικά ασθενών και κυμαίνεται από -4, θετικότερη στάση έως 61, αρνητικότερη στάση.

Γ) Κοινωνική φροντίδα (8 θέματα: 12,18,22,23,28,33,38,47). Ο παράγοντας αυτός διαμορφώνεται από τα θέματα που περιγράφουν μια θετική στάση απέναντι στην ιδεολογία αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου προτείνοντας βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και κοινωνική υποστήριξη. Π.χ. θέμα 18: «Από τον κρατικό προϋπολογισμό θα πρέπει να ξοδεύονται περισσότερα χρήματα για την φροντίδα και τη θεραπεία εκείνων που πάσχουν από σοβαρή ψυχική αρρώστια». Η βαθμολογία μετρά πόσο κάποιος είναι υπέρ της κοινωνικής μέριμνας των ψυχικά ασθενών και κυμαίνεται από -10, αρνητικότερη στάση έως 30, θετικότερη στάση.

Δ) Κοινωνική ενσωμάτωση (8 θέματα: 2,3,8,13,27,41,44,50). Ο παράγοντας αυτός διαμορφώνεται από τα θέματα που περιγράφουν την ανάγκη ενθάρρυνσης για ισοτιμία στην κοινωνική συμμετοχή και ενσωμάτωση σε κάθε πτυχή της ζωής στην κοινότητα. Π.χ. θέμα 3: «οι περισσότεροι άνθρωποι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν είναι επικίνδυνοι». Η βαθμολογία μετρά πόσο κάποιος επιδιώκει την επανένταξη των ψυχικά ασθενών και κυμαίνεται από -7, αρνητικότερη στάση έως 33, θετικότερη στάση.

Ε) Αιτιολογία (6 θέματα: 1,5,10,20,25,30). Ο παράγοντας αυτός διαφοροποιείται από τους άλλους 4 παράγοντες. Διαμορφώνεται από τα θέματα που περιγράφουν αντιλήψεις σχετικά με τον ρόλο της οικογένειας στην αιτιολογία της ψυχικής νόσου. Π.χ. θέμα 20: « οι ψυχικά άρρωστοι προέρχονται από οικογένειες όπου οι γονείς έδειξαν λίγο ενδιαφέρον για τα παιδιά τους». Η βαθμολογία μετρά πόσο κάποιος αποδίδει ισχυρή ενδοπροσωπική αιτιολογία στη ψυχική ασθένεια και κυμαίνεται από -4, αρνητικότερη έως 28, θετικότερη.

Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's α για κάθε ένα από τους 5 παράγοντες ξεπερνά το ελάχιστο 0.50 και έτσι η Ελληνική αυτή έκδοση της ΟΜΙ μπορεί να θεωρηθεί ως αξιόπιστη ώστε να μετρά στάσεις απέναντι στην ψυχική ασθένεια στον ελληνικό πληθυσμό.

3.6 Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Για τη σύγκριση όλων των διαστάσεων της κλίμακας ΟΜΙ ανάλογα με την ύπαρξη ή μη Ψυχοκοινωνικής Υπηρεσίας έγινε πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης (MANOVA). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής

είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διάφορες κλίμακες από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

4. Αποτελέσματα

4.1 Αποτελέσματα ανάλυσης από το Αυτοσχέδιο Ερωτηματολόγιο

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 156 εκπαιδευτικοί με μέση ηλικία τα 43,5 έτη (SD=9,3 έτη). Στον **Πίνακα 1**, δίνονται τα βασικά δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 1. Βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στην έρευνα

| Χαρακτηριστικά | | N | % |
|--|--------------|------------|------|
| Φύλο | Γυναίκα | 126 | 81,3 |
| | Άντρας | 29 | 18,7 |
| Ηλικία (έτη), μέση τιμή (SD) | | 43,5 (9,3) | |
| Ανώτατο επίπεδο σπουδών | ΑΕΙ | 91 | 58,7 |
| | Μεταπτυχιακό | 54 | 34,8 |
| | Διδακτορικό | 6 | 3,9 |
| | Άλλο | 4 | 2,6 |
| Τόπος διαμονής κατά τη σχολικής σας φοίτησης | Αθήνα | 106 | 69,3 |
| | Επαρχία | 44 | 28,8 |
| | Εξωτερικό | 3 | 2,0 |

N=αριθμός, %= ποσοστό επί τις εκατό

Το 81,3% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Οι περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες ήταν πτυχιούχοι ΑΕΙ με το ποσοστό να είναι 58,7% και με Μεταπτυχιακές σπουδές το 34,8%. Επίσης, η πλειονότητα των συμμετεχόντων μεγάλωσαν στην Αθήνα.

Στον **Πίνακα 2**, δίνονται στοιχεία που αφορούν στο επάγγελμα των συμμετεχόντων. Πιο συγκεκριμένα σχετικά με τη βαθμίδα και το καθεστώς εκπαίδευσης στο οποίο εργάζονται, τα έτη διδακτικής εμπειρίας και την ειδικότητα τους.

Πίνακας 2. Στοιχεία επαγγέλματος των εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στην έρευνα

| | | N | % |
|---|----------------|------------|----------|
| Βαθμίδα εκπαίδευσης στην οποία διδάσχετε: | Δημοτικό | 121 | 79,1 |
| | Γυμνάσιο | 24 | 15,7 |
| | Λύκειο | 19 | 12,4 |
| Καθεστώς εκπαίδευσης στην οποία διδάσχετε: | Δημόσια | 80 | 51,6 |
| | Ιδιωτική | 75 | 48,4 |
| Ειδικότητα | ΕΕΠ | 8 | 5,1 |
| | Ξένες Γλώσσες | 14 | 9,0 |
| | Εικαστικά | 5 | 3,2 |
| | Θεατρική Αγωγή | 1 | 0,6 |
| | Φιλολόγος | 20 | 12,8 |
| | Δάσκαλος | 88 | 56,4 |
| | Πληροφορική | 2 | 1,3 |
| | Μαθηματικός | 4 | 2,6 |
| | Φυσική Αγωγή | 4 | 2,6 |
| | Μουσική | 2 | 1,3 |
| | Ειδικής Αγωγής | 6 | 3,8 |
| | Θεολόγος | 1 | 0,6 |
| | Κοινωνιολόγος | 1 | 0,6 |
| Έτη διδακτικής εμπειρίας, μέση τιμή (SD) | | 18,2 (9,8) | |

N=αριθμός, %= ποσοστό επί τις εκατό

Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες εργάζονταν στο δημοτικό με το ποσοστό να είναι 79,1%. Επίσης, το 51,6% των συμμετεχόντων εργαζόταν στη δημόσια εκπαίδευση και το 56,4% ήταν δάσκαλοι. Ο μέσος αριθμός ετών διδακτικής εμπειρίας των συμμετεχόντων ήταν 18,2 (SD=9,8 έτη).

Στον **Πίνακα 3.** παρουσιάζεται η οικειότητα- εξοικείωση των συμμετεχόντων με την ψυχική ασθένεια.

Πίνακας 3. Οικειότητα- εξοικείωση των συμμετεχόντων με τη ψυχική ασθένεια

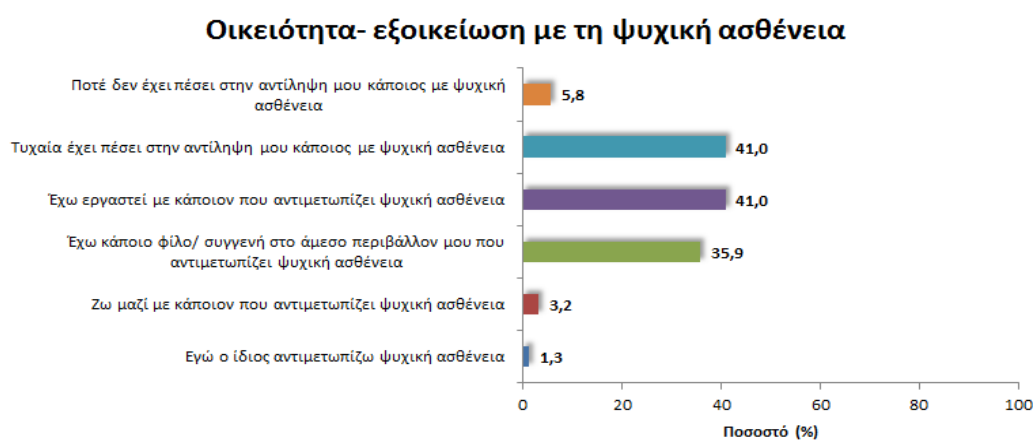
| Οικειότητα- εξοικείωση με τη ψυχική ασθένεια | N | % |
|---|----------|----------|
| Ποτέ δεν έχει πέσει στην αντίληψη μου κάποιος με ψυχική ασθένεια | 9 | 5,8 |
| Τυχαία έχει πέσει στην αντίληψη μου κάποιος με ψυχική ασθένεια | 64 | 41,0 |
| Έχω εργαστεί με κάποιον που αντιμετωπίζει ψυχική ασθένεια | 64 | 41,0 |
| Έχω κάποιο φίλο/ συγγενή στο άμεσο περιβάλλον μου που αντιμετωπίζει ψυχική ασθένεια | 56 | 35,9 |
| Ζω μαζί με κάποιον που αντιμετωπίζει ψυχική ασθένεια | 5 | 3,2 |
| Εγώ ο ίδιος αντιμετωπίζω ψυχική ασθένεια | 2 | 1,3 |

N=αριθμός, %= ποσοστό επί τις εκατό

Το 41,0% των συμμετεχόντων είχε εργαστεί με κάποιον που αντιμετωπίζει ψυχική ασθένεια και στο ίδιο ποσοστό είχε πέσει στην αντίληψή του κάποιος με ψυχική ασθένεια. Επίσης, το 35,9% των συμμετεχόντων είχε κάποιο φίλο/ συγγενή στο άμεσο περιβάλλον τους που αντιμετωπίζει ψυχική ασθένεια.

Η οικειότητα- εξοικείωση των συμμετεχόντων με την ψυχική ασθένεια δίνεται στο **Γράφημα 1**.

Γράφημα 1. Οικειότητα- εξοικείωση των συμμετεχόντων με τη ψυχική ασθένεια



Στον **Πίνακα 4**. Παρουσιάζονται τα στοιχεία που αφορούν στις απόψεις των εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στην έρευνα για τη σχέση της ψυχικής ασθένειας με το σχολείο.

Πίνακας 4. Απόψεις των συμμετεχόντων για τη σχέση ψυχικής ασθένειας -σχολείου

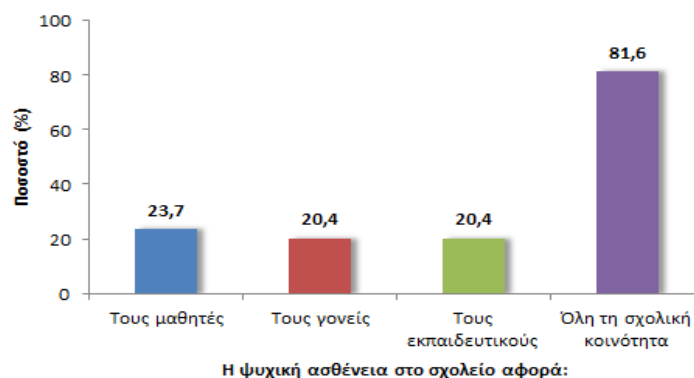
| | | N | % |
|---|--------------------------|-----|------|
| Η ψυχική ασθένεια έχει σχέση με το χώρο του σχολείου | Πάρα πολύ | 29 | 19,0 |
| | Πολύ | 37 | 24,2 |
| | Αρκετά | 42 | 27,5 |
| | Λίγο | 18 | 11,8 |
| | Καθόλου | 16 | 10,5 |
| | Δεν ξέρω, δεν απαντώ | 11 | 7,2 |
| Η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά: | Τους μαθητές | 36 | 23,7 |
| | Τους γονείς | 31 | 20,4 |
| | Τους εκπαιδευτικούς | 31 | 20,4 |
| | Όλη τη σχολική κοινότητα | 124 | 81,6 |

N=αριθμός, %= ποσοστό επί τις εκατό

Το 27,5% των συμμετεχόντων πίστευε ότι η ψυχική ασθένεια έχει αρκετά σχέση με το χώρο του σχολείου και το 24,2% ότι είχε πολλή σχέση. Επίσης, το 81,6% των συμμετεχόντων πίστευε ότι η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά όλη τη σχολική κοινότητα.

Στο **Γράφημα 2**. παρουσιάζονται οι απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με το ποιους αφορά η ψυχική ασθένεια στο σχολείο.

Γράφημα 2. Ποιους αφορά η ψυχική ασθένεια στο σχολείο



Στον ακόλουθο πίνακα (**Πίνακας 5**) δίνονται τα ποσοστά των εκπαιδευτικών ανάλογα με το αν στο σχολείο στο οποίο εργάζονταν ήταν με ή χωρίς Ψυχοκοινωνική Υπηρεσία (ΨΚΥ)

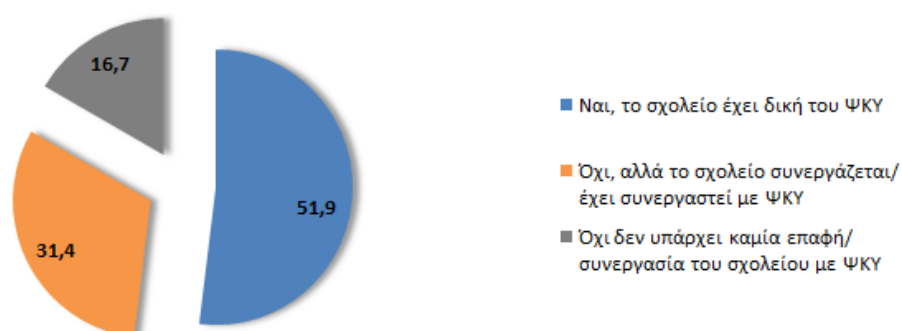
Πίνακας 5. Ποσοστά εκπαιδευτικών που εργάζονται σε σχολείο με/χωρίς ΨΚΥ

| | | N | % |
|--|--|----|------|
| Το σχολείο στο οποίο εργάζεστε έχει ΨΚΥ | Ναι, έχει δική του | 81 | 51,9 |
| | Όχι, αλλά συνεργάζεται/ έχει συνεργαστεί | 49 | 31,4 |
| | Όχι δεν υπάρχει καμία επαφή/ συνεργασία | 26 | 16,7 |

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που εργάζονταν σε σχολείο με/ χωρίς Ψυχοκοινωνική Υπηρεσία.

Γράφημα 3. Ποσοστά εκπαιδευτικών που εργάζονται σε σχολείο με/χωρίς ΨΚΥ

Στο σχολείο στο οποίο εργάζεστε υπάρχει Ψυχοκοινωνική Υπηρεσία (ΨΚΥ)



Στον **Πίνακα 6**, δίνονται στοιχεία που αφορούν στις απόψεις των συμμετεχόντων εκπαιδευτικών για τη συνεργασία σχολείου- ΨΚΥ ανάλογα με το αν το σχολείο στο οποίο εργάζονταν είχε ή όχι ΨΚΥ.

Πίνακας 6. Στάση των συμμετεχόντων για τη συνεργασία σχολείου- ΨΚΥ

| | | N | % |
|---|-------------------------------------|----|------|
| Με ΨΚΥ: | | | |
| Ποια είναι η στάση σας για τη συνεργασία σχολείου-ΨΚΥ; | Θετική | 75 | 92,6 |
| | Αρνητική | 0 | 0,0 |
| | Αδιάφορη | 6 | 7,4 |
| | Δεν ξέρω, δεν απαντώ | 0 | 0,0 |
| Πόσο συχνά κάνετε χρήση της ΨΚΥ; | Ποτέ | 6 | 7,4 |
| | Σπάνια | 14 | 17,3 |
| | Μερικές φορές | 16 | 19,8 |
| | Συχνά | 28 | 34,6 |
| | Πολύ συχνά | 17 | 21,0 |
| | Δεν ξέρω, δεν απαντώ | 0 | 0,0 |
| Σε ποια σημεία πιστεύετε ότι σας βοηθάει η συνεργασία σχολείου- ΨΚΥ; | Παραπομπή μαθητή/ γονέα | 65 | 80,2 |
| | Συμβουλευτική σας για μαθητή/ γονέα | 78 | 96,3 |
| | Συμβουλευτική για εσάς τον ίδιο | 42 | 51,9 |
| | Ψυχ/κές επιμορφώσεις- προγράμματα | 44 | 54,3 |
| | Δεν βοηθάει | 2 | 2,5 |
| | Άλλο | 0 | 0,0 |
| Χωρίς ΨΚΥ: | | | |
| Ποια είναι η στάση σας γενικά για τη συνεργασία σχολείου-ΨΚΥ | Θετική | 46 | 92,0 |
| | Αρνητική | 1 | 2,0 |
| | Αδιάφορη | 1 | 2,0 |
| | Δεν ξέρω, δεν απαντώ | 2 | 4,0 |
| Νιώθετε την ανάγκη για τη συνεργασία σχολείου με κάποια ΨΚΥ | Πάρα πολύ | 24 | 46,2 |
| | Πολύ | 15 | 28,8 |
| | Αρκετά | 10 | 19,2 |
| | Λίγο | 2 | 3,8 |
| | Καθόλου | 0 | 0,0 |
| | Δεν ξέρω, δεν απαντώ | 1 | 1,9 |
| Σε ποια σημεία θα θέλατε να σας βοηθήσει η συνεργασία σχολείου- ΨΚΥ | Παραπομπή μαθητή/ γονέα | 45 | 86,5 |
| | Συμβουλευτική σας για μαθητή/ γονέα | 48 | 92,3 |
| | Συμβουλευτική για εσάς τον ίδιο | 23 | 44,2 |
| | Ψυχ/κές επιμορφώσεις- προγράμματα | 34 | 65,4 |
| | Δεν βοηθάει | 0 | 0,0 |
| | Άλλο | 0 | 0,0 |

N=αριθμός, %= ποσοστό επί τις εκατό

Το 51,9% των συμμετεχόντων εργαζόταν σε σχολείο που είχε τη δική του ΨΚΥ, το 31,4% σε σχολείο που δεν είχε δική του ΨΚΥ αλλά συνεργαζόταν με κάποια και το υπόλοιπο 16,7% σε σχολείο που δεν είχε δική του ΨΚΥ και δεν συνεργαζόταν με κάποια. Το 92,6% των συμμετεχόντων που εργάζονταν σε σχολείο που είχε τη δική του ΨΚΥ είχε θετική στάση όσον αφορά τη συνεργασία του σχολείου με τη ΨΚΥ όπως και το 92,0% των συμμετεχόντων που εργάζονταν σε σχολείο που δεν είχε τη δική του ΨΚΥ. Ο κυριότερος λόγος που χρησιμοποιούν την ΨΚΥ ή θα ήθελαν να την χρησιμοποιούν ήταν το να συμβουλευτούν για κάτι που αφορά μαθητή ή/και γονέα και ακολουθεί η παραπομπή κάποιου μαθητή ή/και γονέα.

4.2 Απόψεις για την ψυχική ασθένεια (OMI)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της Κλίμακας OMI.

Πίνακας 7. Βαθμολογίες συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας OMI

| | Ελάχιστη τιμή | Μέγιστη τιμή | Μέση τιμή | SD |
|-------------------------------|----------------------|---------------------|------------------|-----------|
| Κοινωνική διάκριση | -14,00 | 47,00 | 19,57 | 10,38 |
| Κοινωνικός περιορισμός | -4,00 | 31,00 | 13,50 | 6,32 |
| Κοινωνική φροντίδα | -10,00 | 30,00 | 22,62 | 4,18 |
| Κοινωνική ενσωμάτωση | -7,00 | 25,00 | 15,96 | 4,58 |
| Αιτιολογία | -4,00 | 21,00 | 8,62 | 4,85 |

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική διάκριση» ήταν 19,57 μονάδες (SD=10,38 μονάδες), στη διάσταση «Κοινωνικός περιορισμός» ήταν 13,50 μονάδες (SD=6,32 μονάδες), στη διάσταση «Κοινωνική φροντίδα» ήταν 22,62 μονάδες (SD=4,18 μονάδες), στη διάσταση «Κοινωνική ενσωμάτωση» ήταν 15,96 μονάδες (SD=4,58 μονάδες) και στη διάσταση «Αιτιολογία» ήταν 8,62 μονάδες (SD=4,).

Με βάση τις μέσες τιμές που βρέθηκαν σε κάθε διάσταση φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες δεν κάνουν πολύ έντονες κοινωνικές διακρίσεις όσον αφορά τη ψυχική ασθένεια, δεν επιζητούν πολύ την κοινωνική απομόνωση των ψυχικά ασθενών, είναι αρκετά ψηλά υπέρ της κοινωνικής μέριμνας, επιδιώκουν στο μέσο την κοινωνική επανένταξη των ψυχικά ασθενών και αποδίδουν χαμηλά τη ψυχική ασθένεια σε ενδοπροσωπική αιτιολογία.

Στη συνέχεια ακολουθεί συσχέτιση των διαστάσεων της κλίμακας OMI με τα δημογραφικά, επαγγελματικά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και με στοιχεία που αφορούν στις απόψεις τους για τη σχέση σχολείου και ψυχικής ασθένειας.

Στον **Πίνακα 8**, δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνική διάκριση» ανάλογα με το φύλο και τα διάφορα επαγγελματικά τους στοιχεία.

Πίνακας 8. Βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική διάκριση» ανάλογα με φύλο/ επαγγελματικά στοιχεία των συμμετεχόντων

| | | Κοινωνική διάκριση | | P Student's t-test |
|---|------------------------------|--------------------|-------|-----------------------|
| | | Μέση τιμή | SD | |
| Φύλο | Γυναίκα | 19,63 | 10,00 | 0,921 |
| | Άντρας | 19,41 | 12,36 | |
| Επίπεδο σπουδών | ΑΕΙ/ Άλλο | 20,33 | 10,54 | 0,263 |
| | Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό | 18,37 | 10,17 | |
| Διδάσκω σε Δημοτικό | Όχι | 19,16 | 11,56 | 0,789 |
| | Ναι | 19,73 | 10,19 | |
| Διδάσκω σε Γυμνάσιο | Όχι | 20,01 | 10,09 | 0,279 |
| | Ναι | 17,43 | 12,27 | |
| Διδάσκω σε Λύκειο | Όχι | 18,95 | 10,37 | 0,038 |
| | Ναι | 24,39 | 10,04 | |
| Καθεστώς εκπαίδευσης στην οποία διδάσκετε: | Δημόσια | 20,63 | 10,65 | 0,217 |
| | Ιδιωτική | 18,53 | 10,12 | |

Οι εκπαιδευτικοί που δίδασκαν σε λύκειο σε σύγκριση με τους εκπαιδευτικούς των άλλων βαθμίδων (Δημοτικό, Γυμνάσιο) είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική διάκριση», υποδηλώνοντας ότι κάνουν περισσότερες διακρίσεις για τους ψυχικά πάσχοντες σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Στον **Πίνακα 9**, δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της διάστασης «Κοινωνική διάκριση» με την ηλικία τους και τα έτη διδακτικής εμπειρίας τους.

Πίνακας 9. Συντελεστής συσχέτισης Pearson (r) της διάστασης «Κοινωνική διάκριση» με ηλικία και τα έτη διδακτικής εμπειρίας συμμετεχόντων

| | | Κοινωνική διάκριση |
|---------------------------------|---|---------------------------|
| Ηλικία | R | 0,01 |
| | P | 0,928 |
| Έτη διδακτικής εμπειρίας | R | 0,11 |
| | P | 0,167 |

Δεν βρέθηκε συσχέτιση της διάστασης «Κοινωνική διάκριση» με την ηλικία και τα έτη διδακτικής εμπειρίας των συμμετεχόντων.

Στον **Πίνακα 10**, δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνική διάκριση» ανάλογα με την οικειότητα- εξοικείωση που ένιωθαν με τη ψυχική ασθένεια.

Πίνακας 10. Βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική διάκριση» ανάλογα με την οικειότητα- εξοικείωση των συμμετεχόντων με τη ψυχική ασθένεια

| | | Κοινωνική διάκριση | | P Student's t-test |
|---|-----|--------------------|-------|--------------------------|
| | | Μέση τιμή | SD | |
| <u>Οικειότητα- εξοικείωση με τη ψυχική ασθένεια</u> | | | | |
| Ποτέ δεν έχει πέσει στην αντίληψη μου κάποιος με ψυχική ασθένεια | Όχι | 19,38 | 10,30 | 0,338 |
| | Ναι | 23,00 | 11,92 | |
| Τυχαία έχει πέσει στην αντίληψη μου κάποιος με ψυχική ασθένεια | Όχι | 20,14 | 10,36 | 0,429 |
| | Ναι | 18,78 | 10,44 | |
| Έχω εργαστεί με κάποιον που αντιμετωπίζει ψυχική ασθένεια | Όχι | 19,00 | 10,25 | 0,414 |
| | Ναι | 20,41 | 10,60 | |
| Έχω κάποιο φίλο/ συγγενή στο άμεσο περιβάλλον μου που αντιμετωπίζει ψυχική ασθένεια | Όχι | 19,49 | 10,87 | 0,911 |
| | Ναι | 19,69 | 9,55 | |
| Ζω μαζί με κάποιον που αντιμετωπίζει ψυχική ασθένεια | Όχι | 19,61 | 10,51 | 0,766 |
| | Ναι | 18,20 | 5,72 | |
| Εγώ ο ίδιος αντιμετωπίζω ψυχική ασθένεια | Όχι | 19,51 | 10,44 | 0,591 |
| | Ναι | 23,50 | 3,54 | |

Δεν βρέθηκε συσχέτιση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνική διάκριση» με την οικειότητα- εξοικείωση που ένιωθαν με τη ψυχική ασθένεια.

Στον Πίνακα 11. δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνική διάκριση» ανάλογα με τις απόψεις τους για τη σχέση σχολείου και ψυχικής ασθένειας.

Πίνακας 11. Βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική διάκριση» ανάλογα με τις απόψεις των συμμετεχόντων για τη σχέση σχολείου- ψυχικής ασθένειας

| | | Κοινωνική διάκριση | | P Student's t-test |
|---|------------------------------|--------------------|-------|--------------------------|
| | | Μέση τιμή | SD | |
| Η ψυχική ασθένεια έχει σχέση με το χώρο του σχολείου | Πολύ/ Πάρα πολύ | 18,91 | 10,63 | 0,359 ⁺ |
| | Αρκετά | 18,38 | 9,25 | |
| | Λίγο/ Καθόλου | 21,61 | 10,98 | |
| <u>Η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά:</u> | | | | |
| Τους μαθητές | Όχι | 18,47 | 10,34 | 0,023 |
| | Ναι | 23,06 | 10,39 | |
| Τους γονείς | Όχι | 19,12 | 10,75 | 0,319 |
| | Ναι | 21,27 | 9,43 | |
| Τους εκπαιδευτικούς | Όχι | 19,17 | 10,70 | 0,379 |
| | Ναι | 21,07 | 9,69 | |
| Όλη τη σχολική κοινότητα | Όχι | 22,26 | 10,61 | 0,139 |
| | Ναι | 18,95 | 10,43 | |
| Στο σχολείο στο οποίο εργάζεστε υπάρχει ΨΚΥ | Ναι, έχει δική του | 19,47 | 10,60 | 0,897 ⁺ |
| | Όχι, αλλά συνεργάζεται | 20,09 | 10,11 | |
| | Όχι, καμία επαφή/ συνεργασία | 18,92 | 10,53 | |
| Ποια είναι η στάση σας για τη συνεργασία σχολείου- ΨΚΥ; | Θετική | 19,42 | 10,03 | 0,939 |
| | Αρνητική/ Αδιάφορη | 19,13 | 17,12 | |

⁺ANOVA

Οι συμμετέχοντες που πίστευαν ότι η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά τους μαθητές είχαν υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική διάκριση» σε στατιστικά σημαντικό βαθμό υποδηλώνοντας ότι κάνουν περισσότερες διακρίσεις για τους ψυχικά ασθενείς σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που πίστευαν ότι η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά τους εκπαιδευτικούς, τους γονείς ή όλη τη σχολική κοινότητα.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Κοινωνική διάκριση» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά, επαγγελματικά στοιχεία των συμμετεχόντων, την εξοικειώσή τους με την ψυχική υγεία και τη σχέση σχολείου και ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης, με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method), δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 12. Πολυπαραγοντική ανάλυση στη διάσταση «Κοινωνική Διάκριση» *

| | | β+ | SE++ | P |
|---|---------------|-----------|-------------|--------------|
| Διδάσκω σε Λύκειο | Όχι (αναφορά) | | | |
| | Ναι | 5,16 | 2,69 | 0,047 |
| Η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά τους μαθητές | Όχι (αναφορά) | | | |
| | Ναι | 4,01 | 2,02 | 0,049 |

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

*έχουν ληφθεί υπόψη στο μοντέλο η ηλικία, το φύλο, το επίπεδο σπουδών, τα έτη διδακτικής εμπειρίας, το καθεστώς εκπαίδευσης, ο βαθμός οικειότητας με τη ψυχική ασθένεια, η συνεργασία σχολείου με ΨΚΥ

Όσοι δίδασκαν στο λύκειο και όσοι πίστευαν ότι η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά τους μαθητές βρέθηκαν να σχετίζονται με τη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική διάκριση» σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που δίδασκαν σε λύκειο είχαν κατά 5,16 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας ότι κάνουν περισσότερες διακρίσεις, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν δίδασκαν σε λύκειο. Οι συμμετέχοντες που πίστευαν ότι η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά τους μαθητές είχαν κατά 4,01 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που πίστευαν.

Στον **Πίνακα 13**, δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνικός περιορισμός» ανάλογα με το φύλο και τα διάφορα επαγγελματικά τους στοιχεία.

Πίνακας 13. Βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικός περιορισμός» ανάλογα με φύλο/ επαγγελματικά στοιχεία των συμμετεχόντων

| | | Κοινωνικός περιορισμός | | P Student's t-test |
|---|---------------------------|------------------------|------|--------------------|
| | | Μέση τιμή | SD | |
| Φύλο | Γυναίκα | 13,52 | 6,27 | 0,804 |
| | Άντρας | 13,19 | 6,63 | |
| Επίπεδο σπουδών | ΑΕΙ/ Άλλο | 14,61 | 6,66 | 0,004 |
| | Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό | 11,54 | 5,20 | |
| Διδάσκω σε Δημοτικό | Όχι | 11,32 | 5,29 | 0,034 |
| | Ναι | 14,04 | 6,51 | |
| Διδάσκω σε Γυμνάσιο | Όχι | 13,90 | 6,37 | 0,059 |
| | Ναι | 11,17 | 5,86 | |
| Διδάσκω σε Λύκειο | Όχι | 13,52 | 6,56 | 0,828 |
| | Ναι | 13,17 | 4,76 | |
| Καθεστώς εκπαίδευσης στην οποία διδάσκετε: | Δημόσια | 14,36 | 6,85 | 0,072 |
| | Ιδιωτική | 12,51 | 5,59 | |

Οι συμμετέχοντες που είχαν μεταπτυχιακό/διδακτορικό είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικός Περιορισμός» σε στατιστικά σημαντικό βαθμό σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ ή είχαν άλλη εκπαίδευση υποδηλώνοντας ότι επιζητούν λιγότερο την απομόνωση των ψυχικά ασθενών. . Αντίθετα, οι εκπαιδευτικοί που δίδασκαν σε δημοτικό είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικός Περιορισμός», υποδηλώνοντας ότι επιζητούν περισσότερο την απομόνωση των ψυχικά ασθενών, σε σύγκριση με τους εκπαιδευτικούς που δίδασκαν σε Γυμνάσιο ή Λύκειο.

Στον **Πίνακα 14**, δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της διάστασης «Κοινωνικός Περιορισμός» με την ηλικία τους και τα έτη διδακτικής εμπειρίας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 14. Συντελεστές συσχέτισης Pearson της διάστασης «Κοινωνικός Περιορισμός» με ηλικία/ έτη διδακτικής εμπειρίας συμμετεχόντων

| | | Κοινωνικός περιορισμός |
|---------------------------------|---|------------------------|
| Ηλικία | R | -0,03 |
| | P | 0,698 |
| Έτη διδακτικής εμπειρίας | R | 0,02 |
| | P | 0,852 |

Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της διάστασης «Κοινωνικός Περιορισμός» με την ηλικία και τα έτη διδακτικής εμπειρίας των συμμετεχόντων.

Στον **Πίνακα 15**, δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνικός Περιορισμός» ανάλογα με την οικειότητα- εξοικείωση που ένιωθαν με τη ψυχική ασθένεια.

Πίνακας 15. Βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικός Περιορισμός» ανάλογα με την οικειότητα- εξοικείωση των συμμετεχόντων με τη ψυχική ασθένεια

| | | Κοινωνικός περιορισμός | | P Student's t-test |
|--|-----|------------------------|------|--------------------|
| | | Μέση τιμή | SD | |
| <u>Οικειότητα- εξοικείωση με τη ψυχική ασθένεια</u> | | | | |
| Ποτέ δεν έχει πέσει στην αντίληψη μου κάποιος με ψυχική ασθένεια | Όχι | 13,30 | 6,14 | 0,096 |
| | Ναι | 17,13 | 8,66 | |
| Τυχαία έχει πέσει στην αντίληψη μου κάποιος με ψυχική ασθένεια | Όχι | 14,00 | 6,62 | 0,261 |
| | Ναι | 12,83 | 5,86 | |
| Έχω εργαστεί με κάποιον που αντιμετωπίζει ψυχική ασθένεια | Όχι | 13,11 | 6,10 | 0,356 |
| | Ναι | 14,08 | 6,63 | |
| Έχω κάποιο φίλο/ συγγενή στο άμεσο περιβάλλον μου που αντιμετωπίζει ψυχική ασθένεια | Όχι | 13,78 | 6,39 | 0,473 |
| | Ναι | 13,00 | 6,21 | |
| Ζω μαζί με κάποιον που αντιμετωπίζει ψυχική ασθένεια | Όχι | 13,56 | 6,34 | 0,541 |
| | Ναι | 11,80 | 5,85 | |
| Εγώ ο ίδιος αντιμετωπίζω ψυχική ασθένεια | Όχι | 13,50 | 6,32 | 0,911 |
| | Ναι | 14,00 | 8,49 | |

Δεν υπήρξε συσχέτιση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνικός Περιορισμός» με την οικειότητα που ένιωθαν με τη ψυχική ασθένεια.

Στον Πίνακα 16. δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνικός Περιορισμός» ανάλογα με τις απόψεις τους για τη σχέση σχολείου και ψυχικής ασθένειας.

Πίνακας 16. Βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικός Περιορισμός» ανάλογα με τις απόψεις των συμμετεχόντων για τη σχέση σχολείου- ψυχικής ασθένειας

| | | Κοινωνικός περιορισμός | | p Student's t-test |
|---|----------------------------|-------------------------------|-----------|---------------------------|
| | | Μέση τιμή | SD | |
| Η ψυχική ασθένεια έχει σχέση με το χώρο του σχολείου | Πολύ/ Πάρα πολύ | 12,65 | 5,97 | 0,109+ |
| | Αρκετά | 13,05 | 5,87 | |
| | Λίγο/ Καθόλου | 15,47 | 7,74 | |
| <u>Η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά:</u> | | | | |
| Τους μαθητές | Όχι | 12,66 | 6,05 | 0,008 |
| | Ναι | 15,94 | 6,81 | |
| Τους γονείς | Όχι | 12,59 | 6,04 | 0,001 |
| | Ναι | 16,79 | 6,66 | |
| Τους εκπαιδευτικούς | Όχι | 12,86 | 6,19 | 0,032 |
| | Ναι | 15,69 | 6,67 | |
| Όλη τη σχολική κοινότητα | Όχι | 16,44 | 6,81 | 0,006 |
| | Ναι | 12,74 | 6,09 | |
| Στο σχολείο στο οποίο εργάζεστε υπάρχει ΨΚΥ | Ναι, έχει δική του | 12,99 | 5,57 | 0,466+ |
| | Όχι, αλλά συνεργάζεται | 14,42 | 7,18 | |
| | Όχι καμία επαφή/συνεργασία | 13,38 | 6,86 | |
| Ποια είναι η στάση για τη συνεργασία σχολείου - ΨΚΥ; | Θετική | 13,05 | 5,61 | 0,276 |
| | Αρνητική/ Αδιάφορη | 10,75 | 7,69 | |

+ANOVA

Οι συμμετέχοντες που πίστευαν ότι η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά τους μαθητές, τους γονείς ή/και τους εκπαιδευτικούς είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικός Περιορισμός», υποδηλώνοντας ότι επιζητούν περισσότερο την κοινωνική απομόνωση των ψυχικά ασθενών, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν πίστευαν ότι η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά τους μαθητές, τους γονείς ή τους εκπαιδευτικούς. Αντίθετα, οι συμμετέχοντες που πίστευαν ότι η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά όλη τη σχολική κοινότητα είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικός Περιορισμός», υποδηλώνοντας ότι επιζητούν λιγότερο την απομόνωση των ψυχικά ασθενών, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν πίστευαν ότι η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά όλη τη σχολική κοινότητα.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Κοινωνικός Περιορισμός». Τα αποτελέσματα της ανάλυσης, με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method), δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 17. Πολυπαραγοντική ανάλυση στη διάσταση «Κοινωνικός Περιορισμός»

| | | β⁺ | SE⁺⁺ | P |
|--|---------------------------|----------------------|------------------------|--------------|
| Ανώτατο επίπεδο σπουδών | ΑΕΙ/ Άλλο (αναφορά) | | | |
| | Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό | -2,82 | 1,04 | 0,007 |
| Η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά τους γονείς | Όχι (αναφορά) | | | |
| | Ναι | 3,88 | 1,26 | 0,002 |

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή

* έχουν ληφθεί υπόψη στο μοντέλο η ηλικία, το φύλο, τα έτη διδακτικής εμπειρίας, η βαθμίδα εκπαίδευσης, το καθεστώς εκπαίδευσης, ο βαθμός οικειότητας με τη ψυχική ασθένεια, η συνεργασία σχολείου με ΨΚΥ

Το ανώτατο επίπεδο σπουδών και η άποψη ότι η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά τους γονείς βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διά-

σταση «Κοινωνικός περιορισμός». Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακό/διδακτορικό είχαν κατά 2,82 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ ή άλλης εκπαίδευση, υποδηλώνοντας ότι επιζητούν λιγότερο την απομόνωση των ψυχικά ασθενών. Οι συμμετέχοντες που πίστευαν ότι η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά τους γονείς είχαν κατά 3,88 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας ότι επιζητούν περισσότερο την απομόνωση των ψυχικά ασθενών, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που πίστευαν ότι αφορά τους μαθητές, τους εκπαιδευτικούς ή/και όλη τη σχολική κοινότητα.

Στον **Πίνακα 18**, δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνική Φροντίδα» ανάλογα με το φύλο και τα διάφορα επαγγελματικά τους στοιχεία.

Πίνακας 18. Βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική Φροντίδα» ανάλογα με φύλο/ επαγγελματικά στοιχεία των συμμετεχόντων

| | | Κοινωνική φροντίδα | | P Student's t-test |
|----------------------------|------------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------------------|
| | | Μέση τιμή | SD | |
| Φύλο | Γυναίκα | 23,05 | 3,20 | 0,010 |
| | Άντρας | 20,83 | 6,82 | |
| Επίπεδο σπουδών | ΑΕΙ/ Άλλο | 22,68 | 4,62 | 0,839 |
| | Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό | 22,54 | 3,44 | |
| Διδάσκω σε Δημοτικό | Όχι | 22,00 | 3,70 | 0,345 |
| | Ναι | 22,80 | 4,33 | |
| Διδάσκω σε Γυμνάσιο | Όχι | 22,74 | 4,26 | 0,497 |
| | Ναι | 22,09 | 3,93 | |
| Διδάσκω σε Λύκειο | Όχι | 22,66 | 4,35 | 0,836 |
| | Ναι | 22,44 | 2,97 | |

| | | | | |
|---|----------|-------|------|-------|
| Καθεστώς εκπαίδευσης στην οποία διδάσκετε: | Δημόσια | 22,62 | 4,86 | 0,977 |
| | Ιδιωτική | 22,64 | 3,38 | |

Οι άντρες είχαν χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις γυναίκες σε στατιστικά σημαντικό βαθμό στη διάσταση «Κοινωνική Φροντίδα», υποδηλώνοντας ότι είναι λιγότερο υπέρ της κοινωνικής μέριμνας των ψυχικά ασθενών. .

Στον **Πίνακα 19**, δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της διάστασης «Κοινωνική Φροντίδα» ανάλογα με την ηλικία και τα έτη διδακτικής εμπειρίας των συμμετεχόντων.

***Πίνακας 19.** Συντελεστές συσχέτισης Pearson (r) της διάστασης «Κοινωνική Φροντίδα» με ηλικία/ έτη διδακτικής εμπειρίας των συμμετεχόντων*

| | | Κοινωνική φροντίδα |
|---------------------------------|---|---------------------------|
| Ηλικία | R | -0,07 |
| | P | 0,400 |
| Έτη διδακτικής εμπειρίας | R | -0,01 |
| | P | 0,869 |

Δεν υπήρξε συσχέτιση της διάστασης «Κοινωνική Φροντίδα» με την ηλικία και τα έτη διδακτικής εμπειρίας των συμμετεχόντων.

Στον **Πίνακα 20**, δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνική Φροντίδα» ανάλογα με την οικειότητα- εξοικείωση που ένιωθαν με τη ψυχική ασθένεια.

Πίνακας 20. Βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική Φροντίδα» ανάλογα με την οικειότητα- εξοικείωση των συμμετεχόντων με τη ψυχική ασθένεια

| | | Κοινωνική φροντίδα | | P Student's t-test |
|---|-----|--------------------|------|--------------------------|
| | | Μέση τιμή | SD | |
| <u>Οικειότητα- εξοικείωση με τη ψυχική ασθένεια</u> | | | | |
| Ποτέ δεν έχει πέσει στην αντίληψη μου κάποιος με ψυχική ασθένεια | Όχι | 22,60 | 4,22 | 0,779 |
| | Ναι | 23,00 | 3,67 | |
| Τυχαία έχει πέσει στην αντίληψη μου κάποιος με ψυχική ασθένεια | Όχι | 22,89 | 3,15 | 0,338 |
| | Ναι | 22,23 | 5,32 | |
| Έχω εργαστεί με κάποιον που αντιμετωπίζει ψυχική ασθένεια | Όχι | 22,90 | 4,71 | 0,310 |
| | Ναι | 22,21 | 3,25 | |
| Έχω κάποιο φίλο/ συγγενή στο άμεσο περιβάλλον μου που αντιμετωπίζει ψυχική ασθένεια | Όχι | 22,36 | 4,70 | 0,299 |
| | Ναι | 23,09 | 2,99 | |
| Ζω μαζί με κάποιον που αντιμετωπίζει ψυχική ασθένεια | Όχι | 22,57 | 4,22 | 0,392 |
| | Ναι | 24,20 | 2,39 | |
| Εγώ ο ίδιος αντιμετωπίζω ψυχική ασθένεια | Όχι | 22,59 | 4,19 | 0,419 |
| | Ναι | 25,00 | 2,83 | |

Δεν υπήρξε συσχέτιση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνική Φροντίδα» σε σχέση με την οικειότητα- εξοικείωση που ένιωθαν με τη ψυχική ασθένεια.

Στον **Πίνακα 21**, δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνική Φροντίδα» ανάλογα με τις απόψεις των συμμετεχόντων για τη σχέση σχολείου και ψυχικής ασθένειας.

Πίνακας 21. Βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική Φροντίδα» ανάλογα με τις απόψεις των συμμετεχόντων για τη σχέση σχολείου- ψυχικής ασθένειας

| | | Κοινωνική φροντίδα | | P Student's t-test |
|---|-----------------------------|---------------------------|-----------|---------------------------|
| | | Μέση τιμή | SD | |
| Η ψυχική ασθένεια έχει σχέση με το χώρο του σχολείου | Πολύ/ Πάρα πολύ | 22,55 | 5,28 | 0,931+ |
| | Αρκετά | 22,57 | 3,19 | |
| | Λίγο/ Καθόλου | 22,88 | 3,32 | |
| <u>Η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά:</u> | | | | |
| Τους μαθητές | Όχι | 22,68 | 4,48 | 0,977 |
| | Ναι | 22,66 | 3,11 | |
| Τους γονείς | Όχι | 22,79 | 4,46 | 0,520 |
| | Ναι | 22,23 | 2,85 | |
| Τους εκπαιδευτικούς | Όχι | 22,74 | 4,44 | 0,689 |
| | Ναι | 22,40 | 3,02 | |
| Όλη τη σχολική κοινότητα | Όχι | 22,11 | 2,85 | 0,442 |
| | Ναι | 22,80 | 4,43 | |
| Στο σχολείο στο οποίο εργάζεστε υπάρχει ΨΚΥ | Ναι, έχει δική του | 22,89 | 3,35 | 0,321+ |
| | Όχι, αλλά συνεργάζεται | 21,88 | 5,54 | |
| | Όχι καμία επαφή/ συνεργασία | 23,15 | 3,53 | |
| Ποια είναι η στάση σας για τη συνεργασία σχολείου-ΨΚΥ; | Θετική | 22,94 | 3,23 | 0,045 |
| | Αρνητική/ Αδιάφορη | 19,75 | 12,59 | |

+ANOVA

Οι συμμετέχοντες που είχαν θετική στάση όσον αφορά τη συνεργασία του σχολείου με τη ΨΚΥ είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική Φροντίδα», υποδηλώνοντας ότι είναι περισσότερο θετικοί με την κοινωνική μέριμνα των ψυχικά ασθενών, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που είχαν Αρνητική/ Αδιάφορη στάση.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Κοινωνική Φροντίδα». Τα αποτελέσματα της

ανάλυσης, με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method), δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 22. Πολυπαραγοντική ανάλυση στη διάσταση «Κοινωνική Φροντίδα» *

| | | β^+ | SE ⁺⁺ | P |
|--|--------------------|-----------|------------------|--------------|
| Φύλο | Γυναίκα (αναφορά) | | | |
| | Άντρας | -2,47 | 0,89 | 0,006 |
| Ποια είναι η στάση για τη συνεργασία του σχολείου- ΨΚΥ; | Θετική (αναφορά) | | | |
| | Αρνητική/ Αδιάφορη | -3,15 | 1,54 | 0,043 |

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή

*έχουν ληφθεί υπόψη στο μοντέλο η ηλικία, το επίπεδο σπουδών, τα έτη διδακτικής εμπειρίας, το καθεστώς εκπαίδευσης, ο βαθμός οικειότητας με τη ψυχική ασθένεια, η σχέση της ψυχικής ασθένειας με το σχολείο

Το φύλο και η στάση των συμμετεχόντων σχετικά με τη συνεργασία του σχολείου με τη ΨΚΥ βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική φροντίδα». Συγκεκριμένα, οι άντρες είχαν κατά 2,47 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις γυναίκες, υποδηλώνοντας ότι είναι λιγότερο υπέρ της κοινωνικής μέριμνας των ψυχικά ασθενών,. Οι συμμετέχοντες που είχαν αρνητική/ουδέτερη στάση όσον αφορά τη συνεργασία του σχολείου με τη ΨΚΥ είχαν κατά 3,15 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας ότι είναι λιγότερο υπέρ της κοινωνικής μέριμνας των ψυχικά ασθενών, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που είχαν θετική στάση όσον αφορά τη συνεργασία του σχολείου με τη ΨΚΥ .

Στον **Πίνακα 23**, δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνική Ενσωμάτωση» ανάλογα με το φύλο και τα διάφορα επαγγελματικά τους στοιχεία.

Πίνακας 23. Βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική Ενσωμάτωση» ανάλογα με φύλο/ επαγγελματικά στοιχεία συμμετεχόντων

| | | Κοινωνική ενσωμάτωση | | P Student's t-test |
|---|---------------------------|----------------------|------|--------------------|
| | | Μέση τιμή | SD | |
| Φύλο | Γυναίκα | 16,06 | 4,25 | 0,550 |
| | Άντρας | 15,46 | 6,02 | |
| Επίπεδο σπουδών | ΑΕΙ/ Άλλο | 15,42 | 4,71 | 0,072 |
| | Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό | 16,82 | 4,29 | |
| Διδάσκω σε Δημοτικό | Όχι | 16,13 | 4,62 | 0,788 |
| | Ναι | 15,88 | 4,60 | |
| Διδάσκω σε Γυμνάσιο | Όχι | 15,83 | 4,53 | 0,540 |
| | Ναι | 16,46 | 4,93 | |
| Διδάσκω σε Λύκειο | Όχι | 15,90 | 4,77 | 0,818 |
| | Ναι | 16,16 | 3,22 | |
| Καθεστώς εκπαίδευσης στην οποία διδάσκετε: | Δημόσια | 15,57 | 4,76 | 0,309 |
| | Ιδιωτική | 16,35 | 4,41 | |

Δεν υπήρξε συσχέτιση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνική Ενσωμάτωση» με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στον **Πίνακα 24**, δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της διάστασης «Κοινωνική Ενσωμάτωση» με την ηλικία τους και τα έτη διδακτικής εμπειρίας τους.

Πίνακας 24. Συντελεστές συσχέτισης Pearson (r) της διάστασης «Κοινωνική Ενσωμάτωση» με ηλικία/ έτη διδακτικής εμπειρίας συμμετεχόντων

| | Κοινωνική ενσωμάτωση | |
|---------------------------------|----------------------|-------|
| Ηλικία | R | -0,05 |
| | P | 0,569 |
| Έτη διδακτικής εμπειρίας | R | -0,03 |
| | P | 0,676 |

Δεν υπήρξε συσχέτιση της διάστασης «Κοινωνική Ενσωμάτωση» με την ηλικία και τα έτη διδακτικής εμπειρίας των συμμετεχόντων.

Στον **Πίνακα 25**, δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνική Ενσωμάτωση» ανάλογα με την οικειότητα- εξοικείωση που ένιωθαν οι συμμετέχοντες με τη ψυχική ασθένεια.

Πίνακας 25. Βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική Ενσωμάτωση» ανάλογα με την οικειότητα- εξοικείωση των συμμετεχόντων με τη ψυχική ασθένεια

| | Κοινωνική ενσωμάτωση | | P Student's t-test |
|---|----------------------|-------|--------------------|
| | Μέση τιμή | SD | |
| <u>Οικειότητα- εξοικείωση με τη ψυχική ασθένεια</u> | | | |
| Ποτέ δεν έχει πέσει στην αντίληψη μου κάποιος με ψυχική ασθένεια | Όχι | 16,11 | 0,066 |
| | Ναι | 12,86 | |
| Τυχαία έχει πέσει στην αντίληψη μου κάποιος με ψυχική ασθένεια | Όχι | 15,82 | 0,651 |
| | Ναι | 16,17 | |
| Έχω εργαστεί με κάποιον που αντιμετωπίζει ψυχική ασθένεια | Όχι | 16,09 | 0,675 |
| | Ναι | 15,77 | |
| Έχω κάποιο φίλο/ συγγενή στο άμεσο περιβάλλον μου που αντιμετωπίζει ψυχική ασθένεια | Όχι | 15,73 | 0,433 |
| | Ναι | 16,34 | |
| Ζω μαζί με κάποιον που αντιμετωπίζει ψυχική ασθένεια | Όχι | 16,00 | 0,566 |
| | Ναι | 14,80 | |
| Εγώ ο ίδιος αντιμετωπίζω ψυχική ασθένεια | Όχι | 16,00 | 0,359 |
| | Ναι | 13,00 | |

Δεν υπήρξε συσχέτιση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνική Ενσωμάτωση» με την οικειότητα που ένιωθαν με τη ψυχική ασθένεια.

Στον **Πίνακα 26**, δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνική Ενσωμάτωση» ανάλογα με τις απόψεις τους για τη σχέση σχολείου και ψυχικής ασθένειας.

Πίνακας 26. Βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική Ενσωμάτωση» ανάλογα με τις απόψεις των συμμετεχόντων για τη σχέση σχολείου- ψυχικής ασθένειας

| | | Κοινωνική ενσωμάτωση | | P Student's t-test |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------|---------------------------|
| | | Μέση τιμή | SD | |
| Η ψυχική ασθένεια έχει σχέση με το χώρο του σχολείου | Πολύ/ Πάρα πολύ | 16,31 | 5,24 | 0,715+ |
| | Αρκετά | 15,60 | 4,11 | |
| | Λίγο/ Καθόλου | 15,71 | 4,28 | |
| <u>Η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά:</u> | | | | |
| Τους μαθητές | Όχι | 16,08 | 4,66 | 0,799 |
| | Ναι | 15,86 | 4,19 | |
| Τους γονείς | Όχι | 16,20 | 4,56 | 0,366 |
| | Ναι | 15,34 | 4,47 | |
| Τους εκπαιδευτικούς | Όχι | 16,02 | 4,69 | 0,958 |
| | Ναι | 16,07 | 3,97 | |
| Όλη τη σχολική κοινότητα | Όχι | 15,74 | 4,36 | 0,717 |
| | Ναι | 16,09 | 4,59 | |
| Στο σχολείο στο οποίο εργάζεστε υπάρχει ΨΚΥ | Ναι, έχει δική του | 16,15 | 4,11 | 0,307+ |
| | Όχι, αλλά συνεργάζεται | 15,16 | 5,36 | |
| | Όχι καμία επαφή/ συνεργασία | 16,80 | 4,38 | |
| Ποια είναι η στάση για τη συνεργασία σχολείου-ΨΚΥ; | Θετική | 16,18 | 4,14 | 0,088 |
| | Αρνητική/ Αδιάφορη | 13,14 | 9,34 | |

⁺ANOVA

Δεν βρέθηκε συσχέτιση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Κοινωνική Ενσωμάτωση» με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Κοινωνική Ενσωμάτωση» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά, επαγγελματικά στοιχεία των συμμετεχόντων, την οικειότητα- εξοικείωσή τους με την ψυχική ασθένεια και τις απόψεις τους για τη σχέση σχολείου και ψυχικής ασθένειας, αλλά δεν βρέθηκε κανένας παράγοντας να σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση αυτή.

Στον **Πίνακα 27**, δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αιτιολογία» ανάλογα με το φύλο και τα διάφορα επαγγελματικά τους στοιχεία.\

Πίνακας 27. Βαθμολογία στη διάσταση «Αιτιολογία» ανάλογα με φύλο/ επαγγελματικά στοιχεία των συμμετεχόντων

| | | Αιτιολογία | | P Student's t-test |
|---|------------------------------|------------|------|--------------------------|
| | | Μέση τιμή | SD | |
| Φύλο | Γυναίκα | 8,63 | 4,62 | 0,997 |
| | Άντρας | 8,63 | 5,93 | |
| Ανώτατο επίπεδο σπουδών | ΑΕΙ/ Άλλο | 8,97 | 4,89 | 0,298 |
| | Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό | 8,12 | 4,81 | |
| Διδάσκω σε Δημο- τικό | Όχι | 8,09 | 5,20 | 0,494 |
| | Ναι | 8,75 | 4,68 | |
| Διδάσκω σε Γυμνά- σιο | Όχι | 8,90 | 4,74 | 0,088 |
| | Ναι | 7,08 | 4,83 | |
| Διδάσκω σε Λύκειο | Όχι | 8,34 | 4,82 | 0,077 |
| | Ναι | 10,42 | 4,22 | |
| Καθεστώς εκπαί- δευσης στην οποία διδάσκετε: | Δημόσια | 8,93 | 5,07 | 0,444 |
| | Ιδιωτική | 8,32 | 4,65 | |

Δεν υπήρξε συσχέτιση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αιτιολογία» με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στον **Πίνακα 28**, δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης Pearson της διάστασης «Αιτιολογία» με την ηλικία και τα έτη διδακτικής εμπειρίας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 28. Συντελεστές συσχέτισης Pearson (r) της διάστασης «Αιτιολογία» με ηλικία/ έτη διδακτικής εμπειρίας συμμετεχόντων

| | | Αιτιολογία |
|---------------------------------|---|------------|
| Ηλικία | R | -0,10 |
| | p | 0,224 |
| Έτη διδακτικής εμπειρίας | R | -0,03 |
| | p | 0,732 |

Δεν υπήρξε συσχέτιση της διάστασης «Αιτιολογία» με την ηλικία και τα έτη διδακτικής εμπειρίας των συμμετεχόντων.

Στον Πίνακα 29. δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αιτιολογία» ανάλογα με την οικειότητα-εξοικείωσή τους με τη ψυχική ασθένεια.

Πίνακας 29. Βαθμολογία στη διάσταση «Αιτιολογία» ανάλογα με την οικειότητα- εξοικείωση των συμμετεχόντων με τη ψυχική ασθένεια

| | Αιτιολογία | | P Student's t-test | |
|---|------------|-------|--------------------------|-------|
| | Μέση τιμή | SD | | |
| <u>Οικειότητα- εξοικείωση με τη ψυχική ασθένεια</u> | | | | |
| Ποτέ δεν έχει πέσει στην αντίληψη μου κάποιος με ψυχική ασθένεια | Όχι | 8,50 | 4,80 | 0,177 |
| | Ναι | 10,88 | 5,46 | |
| Τυχαία έχει πέσει στην αντίληψη μου κάποιος με ψυχική ασθένεια | Όχι | 9,06 | 4,93 | 0,199 |
| | Ναι | 8,03 | 4,70 | |
| Έχω εργαστεί με κάποιον που αντιμετωπίζει ψυχική ασθένεια | Όχι | 8,55 | 4,77 | 0,828 |
| | Ναι | 8,73 | 4,98 | |
| Έχω κάποιο φίλο/ συγγενή στο άμεσο περιβάλλον μου που αντιμετωπίζει ψυχική ασθένεια | Όχι | 8,64 | 5,01 | 0,966 |
| | Ναι | 8,60 | 4,59 | |
| Ζω μαζί με κάποιον που αντιμετωπίζει ψυχική ασθένεια | Όχι | 8,61 | 4,91 | 0,794 |
| | Ναι | 9,25 | 1,26 | |
| Εγώ ο ίδιος αντιμετωπίζω ψυχική ασθένεια | Όχι | 8,60 | 4,87 | 0,687 |
| | Ναι | 10,00 | 1,41 | |

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αιτιολογία» με την οικειότητα- εξοικείωση που ένιωθαν με τη ψυχική ασθένεια.

Στον Πίνακα 30. δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αιτιολογία» ανάλογα με τις απόψεις τους για τη σχέση σχολείου και ψυχικής ασθένειας.

Πίνακας 30. Βαθμολογία στη διάσταση «Αιτιολογία» ανάλογα με τις απόψεις των συμμετεχόντων για τη σχέση σχολείου- ψυχικής ασθένειας

| | | <u>Αιτιολογία</u> | | P Student's t-test |
|--|-----------------------------|-------------------|-----------|-----------------------------------|
| | | Μέση τιμή | SD | |
| Η ψυχική ασθένεια έχει σχέση με το χώρο του σχολείου | Πολύ/ Πάρα πολύ | 8,66 | 4,79 | 0,264+ |
| | Αρκετά | 7,65 | 4,58 | |
| | Λίγο/ Καθόλου | 9,48 | 5,08 | |
| <u>Η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά:</u> | | | | |
| Τους μαθητές | Όχι | 8,22 | 4,72 | 0,045 |
| | Ναι | 10,11 | 5,21 | |
| Τους γονείς | Όχι | 8,47 | 4,86 | 0,321 |
| | Ναι | 9,47 | 5,00 | |
| Τους εκπαιδευτικούς | Όχι | 8,48 | 4,82 | 0,342 |
| | Ναι | 9,43 | 5,18 | |
| Όλη τη σχολική κοινότητα | Όχι | 9,70 | 5,25 | 0,227 |
| | Ναι | 8,44 | 4,80 | |
| Στο σχολείο στο οποίο εργάζεστε υπάρχει ΨΚΥ | Ναι, έχει δική του | 8,45 | 4,41 | 0,063+ |
| | Όχι, αλλά συνεργάζεται | 7,87 | 4,90 | |
| | Όχι καμία επαφή/ συνεργασία | 10,67 | 5,71 | |
| Ποια είναι η στάση σας για τη συνεργασία σχολείου- ΨΚΥ; | Θετική | 8,65 | 4,78 | 0,822 |
| | Αρνητική/ Αδιάφορη | 8,25 | 5,90 | |

⁺ANOVA

Οι συμμετέχοντες που πίστευαν ότι η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά τους μαθητές είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Αιτιολογία», υποδηλώνοντας περισσότερη ισχυρή διαπροσωπική ενδοψυχική αιτιολογία, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν πίστευαν ότι η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά τους μαθητές.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Αιτιολογία». Τα αποτελέσματα της ανάλυσης,

με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method), δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 31. Πολυπαραγοντική ανάλυση στη διάσταση «Αιτιολογία»*

| | | β^+ | SE ⁺⁺ | P |
|---|---------------|-----------|------------------|--------------|
| Η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά τους μαθητές | Όχι (αναφορά) | | | |
| | Ναι | 1,89 | 0,94 | 0,045 |

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

*έχουν ληφθεί υπόψη στο μοντέλο η ηλικία, το φύλο, το επίπεδο σπουδών, τα έτη διδακτικής εμπειρίας, το καθεστώς εκπαίδευσης, ο βαθμός οικειότητας με τη ψυχική ασθένεια, η συνεργασία σχολείου με ΨΚΥ

Μόνο το αν πίστευαν οι συμμετέχοντες ότι η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά τους μαθητές βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αιτιολογία». Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που πίστευαν ότι η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά τους μαθητές είχαν κατά 1,89 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας περισσότερη ισχυρή διαπροσωπική ενδοψυχική αιτιολογία, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν το πίστευαν.

Για τη σύγκριση όλων των διαστάσεων της κλίμακας OMI ανάλογα με την ύπαρξη ή μη ΨΚΥ έγινε πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης (MANOVA). Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας OMI, ανάλογα με την ύπαρξη ή μη ΨΚΥ στο σχολείο που εργάζονταν.

Πίνακας 32. Σύγκριση όλων των διαστάσεων της κλίμακας OMI ανάλογα με την ύπαρξη ή μη ΨΚΥ

| | Στο σχολείο που εργάζεστε υπάρχει ΨΚΥ | | | | P MANOVA |
|-------------------------------|---------------------------------------|-------|-----------|-------|----------|
| | Όχι | | Ναι | | |
| | Μέση τιμή | SD | Μέση τιμή | SD | |
| Κοινωνική διάκριση | 19,68 | 10,20 | 19,47 | 10,60 | |
| Κοινωνικός περιορισμός | 14,07 | 7,04 | 12,99 | 5,57 | 0,221 |
| Κοινωνική φροντίδα | 22,32 | 4,94 | 22,89 | 3,35 | |

| | | | | |
|-----------------------------|-------|------|-------|------|
| Κοινωνική ενσωμάτωση | 15,74 | 5,06 | 16,15 | 4,11 |
| Αιτιολογία | 8,82 | 5,31 | 8,45 | 4,41 |

Δεν διέφεραν οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων της κλίμακας ΟΜΙ, ανάλο-
γα με την ύπαρξη ή μη ΨΚΥ στο σχολείο που εργάζονταν σε στατιστικά σημαντικό
βαθμό.

5. Συζήτηση

Στόχος της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η καταγραφή των απόψεων των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ψυχική ασθένεια και η διερεύνηση της συσχέτισης των απόψεων αυτών με τη συνεργασία σχολείου και Ψυχοκοινωνικής Υπηρεσίας (ΨΚΥ). Επιπλέον, διερευνήθηκε η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των απόψεων για τη ψυχική ασθένεια με κοινωνικό- δημογραφικά χαρακτηριστικά.

5.1 Απόψεις των εκπαιδευτικών για τη ψυχική ασθένεια

Οι έρευνες που έχουν διερευνήσει το θέμα αυτό φαίνεται να παρουσιάζουν αντικρουόμενα συμπεράσματα. Οι πρώτες σχετικές έρευνες που είχαν πραγματοποιηθεί στην Αμερική τη δεκαετία του '60 έδειξαν ότι οι εκπαιδευτικοί είναι πιο καλά ενημερωμένοι σε θέματα ψυχικής ασθένειας και αντιλαμβάνονται περισσότερο τις σχετικές έννοιες και γενικά διατηρούν πιο θετικές απόψεις και στάσεις συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Όσον αφορά τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις αυτές φαίνεται να μοιάζουν με εκείνες του γενικού πληθυσμού θεωρώντας γενικά τους ψυχικά ασθενείς ανάξιους εμπιστοσύνης και επικίνδυνους (Rubkin & Suchoski, 1967; Bentz et al., 1969). Αντίθετα, σε έρευνα του 2012 που πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία, ενώ το 60% των δασκάλων είχαν υψηλότερες βαθμολογίες από το μέσο όρο γενικής κατάταξης, το 40% αυτών είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες. Το συμπέρασμα έδειξε ότι οι δάσκαλοι, οι οποίοι αποτέλεσαν αντικείμενο αυτής της έρευνας, είχαν αρνητική στάση απέναντι στις ψυχικές ασθένειες (Gur et al., 2012).

5.2 Απόψεις για τη ψυχική ασθένεια σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία

Στη μελέτη αυτή το φύλο βρέθηκε να σχετίζεται με τη διάσταση «Κοινωνική Φροντίδα» και οι άντρες είχαν κατά 2,47 μονάδες βαθμολογία υποδηλώνοντας ότι είναι λιγότερο υπέρ της κοινωνικής μέριμνας των ψυχικά ασθενών, σε σύγκριση με τις γυναίκες. Πράγματι, στις περισσότερες έρευνες έχει βρεθεί ότι το φύλο και το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο έχουν συσχέτιση με τις απόψεις για τη ψυχική ασθένεια (Madianos, 1978; Hinkelman & Granello, 2003; Holzinger et al., 2012; Γιαννακόπουλος, 2011, Roig, 2011).

Σχετικά με το φύλο και τις απόψεις των εκπαιδευτικών κάποια ευρήματα δείχνουν ότι οι γυναίκες επιδεικνύουν μεγαλύτερη ανοχή συγκριτικά με τους άντρες ενώ άλλες έρευνες ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των φύλων. (Droux et al., 2005; Hinkelman & Granello, 2003). Πρέπει ωστόσο να αναφέρουμε ότι στο δείγμα μας η πλειοψηφία (81,3%) ήταν γυναίκες και έτσι το εύρημα που σχετίζει το φύλο με τη διάσταση της κοινωνικής φροντίδας/μέριμνας πρέπει να ερμηνευτεί με προσοχή.

Το ανώτατο επίπεδο σπουδών βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικός Περιορισμός». Συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακό/διδακτορικό είχαν κατά 2,82 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ήταν απλώς απόφοιτοι ΑΕΙ ή άλλης εκπαίδευσης υποδηλώνοντας ότι επιζητούν λιγότερο την απομόνωση των ψυχικά ασθενών. . Το επίπεδο εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών έχει αναφερθεί ως βασική μεταβλητή που σχετίζεται με τις προσδοκίες και την ακαδημαϊκή έκβαση των μαθητών που αναγνωρίζονται με συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες. Φαίνεται ότι καθώς αυξάνεται το επίπεδο εκπαίδευσης και οι εκπαιδευτικοί λαμβάνουν πιο προηγμένη κατάρτιση, οι προσδοκίες για όλους τους μαθητές τείνουν να αυξάνονται και επίσης τεί-

νουν να έχουν μεγαλύτερη ανοχή για τις ενοχλητικές συμπεριφορές (Johnson & Fullwood, 2006; Wagner et al., 2006; Kidger et al., 2009; Roig, 2011).

Τέλος, ως προς την εκπαιδευτική βαθμίδα που δίδασκαν οι εκπαιδευτικοί βρέθηκε ότι όσοι δίδασκαν σε λύκειο είχαν κατά 5,16 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική διάκριση», υποδηλώνοντας ότι κάνουν περισσότερες διακρίσεις, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν δίδασκαν σε λύκειο.

Γενικά, από τις διενεργηθείσες μέχρι σήμερα έρευνες έχει βρεθεί ότι οι δάσκαλοι τείνουν να αποδέχονται στο δημοτικό τους μαθητές με ήπιες αναπηρίες, όμως αυτή η αποδοχή φαίνεται να μειώνεται όσο πιο σοβαρός είναι ο βαθμός της αναπηρίας και όσο προχωράνε οι εκπαιδευτικές βαθμίδες (Rothi et al., 2008). Οι εκπαιδευτικοί λοιπόν στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση φαίνεται να δείχνουν λιγότερη αποδοχή στους μαθητές με δυσκολίες. Το γεγονός αυτό μπορεί να σχετίζεται αφενός στην μεγάλη ποσότητα ύλης που υποχρεούνται να καλύπτουν οι καθηγητές σε μικρό χρονικό διάστημα και στο μεγάλο αριθμό μαθητών με τεράστια ανομοιογένεια ικανοτήτων και δυσκολιών. Σε αυτή την ευθύνη προστίθενται η αύξηση της βίας στο σχολικό περιβάλλον και οι ιδιαιτερότητες της εφηβικής ηλικίας. (Van Reusen et al., 2001; Smith, 2000).

5.3 Απόψεις για τη σχέση ψυχικής ασθένειας- σχολείου και για τη συνεργασία

σχολείου- ΨΚΥ

Ο μισός πληθυσμός της μελέτης (51,7%) πίστευε ότι η ψυχική ασθένεια έχει αρκετά έως πολλή σχέση με το χώρο του σχολείου και η πλειοψηφία (81,6%) πίστευε ότι αφορά όλη τη σχολική κοινότητα. Το 83 % εργαζόταν σε σχολείο που είχε κάποια μορφή συνεργασίας με ΨΚΥ και το 92% είχε θετική άποψη για τη συνεργασία σχολείου- ΨΚΥ. Τα αποτελέσματα αυτά φαίνεται να συμφωνούν με την πλειοψηφία των

ερευνών (Rothi et al., 2008; Graham et al., 2011; Reinke et al., 2011, Roig, 2011, Moon et al., 2017)

Η άποψη ότι η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά τους μαθητές βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνική διάκριση». Οι συμμετέχοντες που πίστευαν ότι η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά τους μαθητές είχαν κατά 4,01 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν το πίστευαν.

Το σημαντικό αυτό εύρημα συμφωνεί με αρκετές έρευνες. Σε σχετική έρευνα οι εκπαιδευτικοί ανέφεραν διαφορετικές προσδοκίες για τα παιδιά που έχουν εντοπιστεί με ψυχικές ασθένειες σε σύγκριση με τα άλλα παιδιά στους τομείς του αυτοέλεγχου και της συνεργασίας (Roig, 2011) Επίσης, έχει βρεθεί ότι οι εκπαιδευτικοί τείνουν να απομακρύνονται από τους μαθητές που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας ή/ και εμφανίζουν συμπεριφορές που θεωρούνται απειλητικές ή προκλητικές (Cameron & Sheppard, 2006). Συγκεκριμένα σε έρευνα στην Αγγλία διαπιστώθηκε ότι κάποια σχολεία πίστευαν ότι ο μόνος τρόπος με τον οποίο θα μπορούσαν να αντιμετωπίσουν τα πολύ δύσκολα παιδιά ήταν να τους αποκλείσει «ανεπίσημα» από τη μάθηση (Rothi et al., 2008).

Η άποψη των εκπαιδευτικών ότι η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά τους μαθητές βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά και με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αιτιολογία». Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που πίστευαν ότι η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά τους μαθητές είχαν κατά 1,89 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας περισσότερη ισχυρή διαπροσωπική ενδοψυχική αιτιολογία, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν το πίστευαν.

Σχετικά ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι εκπαιδευτικοί τείνουν να ενοχλούνται περισσότερο από την εξωτερική συμπεριφορά (διαταρακτική συμπεριφορά) παρά από την εσω-

τερίκευση (απόσυρση, κατάθλιψη) των ψυχικών προβλημάτων στους μαθητές τους και πιστεύουν ότι οι μαθητές έχουν μεγαλύτερο έλεγχο στα εξωτερικά προβλήματα συμπεριφοράς (Liljequist & Renk , 2007). Επίσης, σύμφωνα με τη Θεωρία Απόδοσης τρία στοιχεία είναι απαραίτητα για τον προσδιορισμό των προσδοκιών: το κέντρο ελέγχου, η σταθερότητα και ο έλεγχος. Το κέντρο ελέγχου εξετάζει αν η συμπεριφορά οφείλεται σε εσωτερικούς (βιολογικούς) ή εξωτερικούς (περιβαλλοντικούς) παράγοντες. Οι προσδοκίες μειώνονται όταν το κέντρο ελέγχου θεωρείται εσωτερικό και για αυτό η ενδοψυχική αιτιολογία φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά τις αντιλήψεις, τις προσδοκίες και τη συμπεριφορά των εκπαιδευτικών στη σχέση τους με μαθητές με ψυχικές δυσκολίες (Roig, 2011).

Η άποψη των εκπαιδευτικών ότι η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά τους γονείς βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικός Περιορισμός». Οι συμμετέχοντες που πίστευαν ότι η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά τους γονείς είχαν κατά 3,88 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας ότι επιζητούν περισσότερο την απομόνωση των ψυχικά ασθενών, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν το πίστευαν.

Έρευνες σχετικά με την εκπαίδευση και τη ψυχική υγεία δείχνουν ότι οι εκπαιδευτικοί τείνουν να θεωρούν τα θέματα ψυχικής υγείας ξεχωριστά από τα ακαδημαϊκά θέματα (Baker, 2005). Επιπλέον, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία (Rothì et al., 2008) οι καθηγητές βρέθηκε να πιστεύουν ότι αρκετά συχνά οι προσπάθειες των σχολείων για συνεργασία με τις ΨΚΥ παρεμποδίζεται ή καθυστερεί από τους γονείς των μαθητών. Ίσως αυτά τα ευρήματα μπορούν εν μέρει να ερμηνεύσουν το γεγονός ότι κάποιοι εκπαιδευτικοί θεωρούν πως μέσα στη σχολική κοινότητα οι γονείς φέρουν εξολοκλήρου την αποκλειστική ευθύνη για τη ψυχική υγεία των παιδιών. Ωστόσο, το εύρημα αυτό χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση.

Τέλος, οι συμμετέχοντες που είχαν αρνητική/ουδέτερη στάση όσον αφορά τη συνεργασία του σχολείου με τη ΨΚΥ είχαν κατά 3,15 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας ότι είναι λιγότερο υπέρ της κοινωνικής μέριμνας των ψυχικά ασθενών, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που είχαν θετική στάση. Το γεγονός ότι μεγαλύτερο στίγμα και λιγότερη κοινωνική μέριμνα σχετίζονται με αρνητική στάση για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα έχει επιβεβαιωθεί από πολλές έρευνες που μετρούν τις απόψεις του γενικού πληθυσμού σχετικά με τη ψυχική ασθένεια (Corrigan, 2004; Rabkin, 1972; Madianos, 1978; Madianos & Economou, 1999). Το εύρημα αυτό φαίνεται να συμφωνεί και στη δική μας έρευνα όσον αφορά τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη σχολική κοινότητα.

Δε βρέθηκε να διαφέρουν σημαντικά οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων της κλίμακας OMI, ανάλογα με την ύπαρξη ή μη ΨΚΥ στο σχολείο που εργάζονταν. Ωστόσο, θα ήταν χρήσιμο να τονισθεί ότι στο δείγμα της μελέτης η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (83,3%) εργαζόταν σε σχολεία που είχαν δική τους ή συνεργάζονταν με κάποια ΨΚΥ. Επομένως τα όποια ευρήματα χρειάζεται να ερμηνευτούν με προσοχή.

5.4 Περιορισμοί της μελέτης – Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η διεξαγωγή της παρούσας έρευνας παρουσιάζει κάποιους περιορισμούς που κρίνεται απαραίτητο να επισημανθούν.

Το δείγμα της μελέτης μας δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού αναφοράς καθώς η επιλογή των σχολείων από τα οποία προέκυψε το δείγμα των εκπαιδευτικών της μελέτης αυτής δεν ήταν τυχαία. Το γεγονός αυτό περιορίζει τη δυνατότητά μας να γενικεύσουμε τα αποτελέσματα της μελέτης στον ευρύτερο γενικό πληθυσμό των εκπαιδευτικών της Αθήνας. Επιπλέον, η διεξαγωγή της

έρευνας σε ορισμένες περιοχές της Αθήνας περιορίζει την γενίκευση των αποτελεσμάτων σε άλλες περιοχές της Αθήνας με διαφορετικά κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Επίσης, το δείγμα ήταν σχετικά μικρό, γεγονός που έχει περιορίσει την ισχύ της μελέτης να ανιχνεύσει στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Επιπλέον, η συμμετοχή των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (δάσκαλοι) ήταν πολύ μεγαλύτερη από τους εκπαιδευτικούς δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (καθηγητές), ενώ ο αριθμός των αντρών που συμμετείχε στη μελέτη ήταν αρκετά μικρός συγκριτικά με τις γυναίκες. Το γεγονός αυτό περιορίζει την αξία των ευρημάτων μας όσον αφορά το φύλο και τη βαθμίδα εκπαίδευσης που εργάζονται οι εκπαιδευτικοί.

Επίσης, η συμπληρωματική διεξαγωγή μίας ποιοτικής μελέτης θα βοηθούσε στη βαθύτερη κατανόηση των απόψεων των συμμετεχόντων σε σχέση με τα ευαίσθητα αυτά θέματα.

Μια πρόταση για μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να είναι η διεξαγωγή παρεμβατικής μελέτης (με τη χρήση της ψυχοκοινωνικής υπηρεσίας) για την αντιμετώπιση του στίγματος που σχετίζεται με τις ψυχικές διαταραχές των παιδιών στο σχολείο, όπου θα αξιολογηθούν τα αποτελέσματα της παρέμβασης της ψυχο-κοινωνικής υπηρεσίας στις στάσεις και στις απόψεις των εκπαιδευτικών σε διάφορες χρονικές στιγμές. Επίσης, θα ήταν καλό να διεξαχθεί μία παρόμοια μελέτη σε μεγαλύτερο και αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού των εκπαιδευτικών της Αθήνας/Αττικής.

6. Επίλογος

Πλήθος ερευνών έχουν μελετήσει το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και τις αρνητικές επιπτώσεις που αυτό επιφέρει στο άτομο και στην κοινωνία. Η διερεύνηση των απόψεων των εκπαιδευτικών για τη ψυχική ασθένεια και η επίδραση της διασύνδεσης τους με ψυχοκοινωνική υπηρεσία στο πλαίσιο του σχολείου κρίθηκε απαραίτητη καθώς το σχολείο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη ψυχική ευημερία και υποστήριξη των παιδιών.

Τα ευρήματα για τις απόψεις των εκπαιδευτικών από τη συμπλήρωση της κλίμακας «Απόψεις για τη Ψυχική Ασθένεια- ΟΜΙ» οφείλουν να ερμηνευτούν μετά από σύγκριση με αντίστοιχες έρευνες. Οι απόψεις των εκπαιδευτικών για τη ψυχική ασθένεια βρέθηκαν να σχετίζονται με το φύλο καθώς οι απόψεις των ανδρών ήταν λιγότερο θετικές για την κοινωνική μέριμνα των ψυχικά ασθενών σε σύγκριση με τις γυναίκες. Οι απόψεις των εκπαιδευτικών για την ψυχική υγεία βρέθηκαν να σχετίζονται με το επίπεδο εκπαίδευσης καθώς οι εκπαιδευτικοί με ανώτατο επίπεδο σπουδών επιζητούν λιγότερο την απομόνωση των ψυχικά ασθενών σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς με το κατώτερο επίπεδο σπουδών. Η βαθμίδα εκπαίδευσης στην οποία διδάσκουν οι εκπαιδευτικοί σχετίστηκε με τις απόψεις τους για την ψυχική υγεία καθώς οι εκπαιδευτικοί που δίδασκαν σε Λύκειο βρέθηκαν να κάνουν περισσότερες διακρίσεις σε σχέση με τους ψυχικά ασθενείς σε σύγκριση με τους εκπαιδευτικούς που δίδασκαν στις άλλες βαθμίδες.. Τέλος, η ύπαρξη ή μη ψυχοκοινωνικής υπηρεσίας στο σχολείο δε σχετίστηκε με τις απόψεις των εκπαιδευτικών για τη ψυχική ασθένεια.

Χρειάζεται να γίνουν περισσότερες έρευνες σε αντιπροσωπευτικά δείγματα των εκπαιδευτικών στην Ελλάδα για την καταγραφή των απόψεών τους σχετικά με το στίγμα των ψυχικών ασθενειών. Μελέτες παρέμβασης χρησιμοποιώντας ως εργαλείο την ψυχοκοινωνική υπηρεσία στο σχολείο, σε συνδυασμό με ποιοτικά εργαλεία, θα

ήταν καλό να διενεργηθούν για την περαιτέρω διερεύνηση της επιρροής και αποτελεσματικότητας της ψυχοκοινωνικής υπηρεσίας στο χώρο του σχολείου. Τα στοιχεία που θα προκύπτουν από τέτοιου είδους μελέτες θα αποτελέσουν πολύτιμα εργαλεία για την αποστιγματοποίηση και τη διασύνδεση της ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων με κατάλληλες υπηρεσίες στη σχολική κοινότητα.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Adelman, H.S., Taylor, L.(2000). Shaping the future of mental health in schools. *School Psychology and the 21st Century: Millennium Issue*: 49-60
- Angermeyer, M., Dietrich, S., (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3): 163–179
- Angermeyer, M., Matschinger, H., (2004). The Stereotype of Schizophrenia and Its Impact on Discrimination Against People with Schizophrenia: Results from a Representative Survey in Germany. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4): 1049-1061
- Atkins, M.S., Hoagwood, K.E., Kutash, K., Seidman, E. (2010). Toward the Integration of Education and Mental Health in Schools. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 3(1–2): 40–47
- Baker, P. (2005). Managing student behavior: How ready are teachers to meet the challenge? *American Secondary Education*, 33(3), 51-64.
- Bentz, K., Edgerton, W., Miller, F., (1969). Perceptions of mental illness among public school teachers. *Sociology of Education*, 42 (4), 400-406
- Bor, W., Dean, A., Najman, J., Hayatbakhsh, R., (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. volume: 48(7): 606-616
- Bowers, H., Manion, I., Papadopoulos, D., Gauvreau, E., (2013). Stigma in school-based mental health: perceptions of young people and service providers. *Child and adolescent mental health*, 18(3): 165–170
- Cameron, M., Sheppard, S., (2006). School Discipline and Social Work Practice: Application of Research and Theory to Intervention. *Children & Schools*, 28(1): 15-22

- Chandra, A., Minkovitz, CS (2006). Stigma starts early: gender differences in teen willingness to use mental health services. *J. Adolesc. Health.*, 38 (6):754 p.1-8.
- Cohen, J., Struening, E. L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64(5): 349-360
- Collishaw, S., Maughan, B., Goodman, R., Pickels, A., (2004). Time trends in adolescent mental health. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8): 1350-1362
- Corrigan, P. W., Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1): 16-20
- Corrigan, P. W. (2004). *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change*. Washington: American Psychological Association, 1st edition
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7): 614-625.
- Corrigan, P.W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M.A., Penn, D.L. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 953-958.
- Corrigan P., Edwards A., Green A., Diwan S., Penn, D., (2001). Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2): 219–225
- Danby, G., Hamilton, P., (2016). Addressing the ‘elephant in the room’. the role of the primary school practitioner in supporting children’s mental well-being. *Pastoral care in education*, 34 (2): 90-103
- Dryfoos, J. G. (1994). *Full-service schools: A revolution in health and social services for children, youth, and families*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass

- Dupoux et al (2005). Teachers' attitudes toward integration of students with disabilities in Haiti and the United States. *International Journal of Disability, Development and Education*, 52, (1): 43-58
- Friedman, R., Stroul, B., (1986). *A system of care for severely emotionally disturbed children & youth*. CASSP Technical Assistance Center, Georgetown University, Child Development Center, Washington
- Georgas T., Janakis M., Geratsidou O. (1978). Attitudes towards mental health in Athens and provinces. *Arch. Hygiene Supp.*, 114-119.
- Gilbert, P., (2002). Understanding the biopsychosocial approach: Conceptualization. *Clinical Psychology*, V.14, 13-17
- Graham, A., Phelps, R., Maddison, C., Fitzgerald, R., (2011). Supporting children's mental health in schools: teacher views. *Teachers and Teaching theory and practice*, 17(4): 479- 496
- Gur, K., Sener, N., et al., (2012). The beliefs of teachers toward mental illness. *Social and behavioral sciences*, V.47: 1146 – 1152
- Gwin Smith, (2000). Secondary Teachers' Perceptions Toward Inclusion of Students with Severe Disabilities. *National Association of Secondary School Principals*, 84(613): 54-60
- Hayward P. & Bright J.A., (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health*, 6 (4): 345-354
- Hinkelman L. & Granello D.H., (2003) Biological Sex, Adherence to Traditional Gender Roles, and Attitudes Toward Persons with Mental Illness: An Exploratory Investigation. *Journal of Mental Health Counseling*, 25 (4): 259-270.
- Hinshaw, S. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents: developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(7): 714–734

- Holzinger, A., Schomerus, G., et al., (2012). Gender differences in public beliefs and attitudes about mental disorder in western countries: A systematic review of population studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Vol. 21, (1) , pp. 73-85
- Johnson & Fullwood, (2006). Disturbing Behaviors in the Secondary Classroom: How Do General Educators Perceive Problem Behaviors? *Journal of Instructional Psychology*, 33 (1): 20-39
- Johnstone, M. J (2001). Stigma, social justice and the rights of the mentally ill: challenging the status quo. *Aust N Z J Ment Health Nurs*. 10(4): 200-209.
- Jorm, A., Kitchener, B., Sawyer, M., Cvetkovski, S., (2010). Mental health first aid training for high school teachers: a cluster randomized trial. *BMC psychiatry*, 10:51
- Kranke, D., Floersch, J. (2009). Mental health stigma among adolescents: Implications for school social workers. *School Social Work Journal*, 34(1): 28-42.
- Kidger J., Gunnell D., Biddle L., Campbell R., Donovan J., (2009). Part and parcel of teaching? Secondary school staff's views on supporting student emotional health and well-being. *British Educational Research Journal*, 36(6): 919-935
- Koutrelakos J., Gedeon S.M., Struening E.L. (1978). Opinions about Mental Illness: A comparison of American And Greek Professionals and Laymen. *Psychological Reports*, 4: 915-923
- Liljequist, L., Renk, K., (2007). The Relationships among Teachers' Perceptions of Student Behavior, Teachers' Characteristics, and Ratings of Students' Emotional and Behavioral Problems. *Educational Psychology, An International Journal of Experimental Educational Psychology*, 27(4): 557-571
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92, 1461-1500.

- Link, B. G. (1982). Mental patient status, work and income: An examination of the effects of psychiatric label. *American Sociological Review*, 47, 202-215.
- Link, B. G., Phelan, J. C. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89, 1328-1336.
- Link, B. G., Struening, F. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., Phelan, J. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 1621-1626.
- Link B., Yang, L., Phelan, C., Collins, P., (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3): 511-541
- Madianos M., Economou M., et al. (1999). Changes in public attitudes towards mental illness in the Athens area (1979 /1980-1994). *Acta Psych. Scand* 99, 73-78.
- Madianos M., Madianou D., et al. (1987). Attitudes towards mental illness in the Athens area: Implications for community mental health intervention. *Acta Psych. Scand* 75, 158-165.
- Masten, A.S., Motti-Stefanidi, F. (2009). *Understanding and promoting resilience in children: Promotive and protective processes in schools*. Institute of Child Development, Research output
- Moon, J., Williford, A., Mendenhall, A., (2017). Educators' perceptions of youth mental health: Implications for training and the promotion of mental health services in schools. *Children and Youth Service Review*, 73, 384- 391
- Morrison, M., Man, A.F., Drumheller, A., (1994). Multidimensional Locus of Control and Attitudes toward Mental Illness. *Percept Mot Skills*, 78 (3): 1281-2
- Moses, T., (2010). Being treated differently: stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders. *Social Science Medicine*, 70(7): 985-993

- Ohan, J., Visser, T., Strain, M., Allen, L., (2011). Teachers' and education students' perceptions of and reactions to children with and without the diagnostic label "ADHD". *Journal of School Psychology, 49*(1): 81-105
- Overton, S., Medina, S., (2008). The stigma of mental illness. *Journal of Counseling & Development, 86* (2): 143-151
- Rabkin, L., Suchoski, J., (1967). Teachers' views of mental illness: A study of attitudes and information. *Journal of Teacher Education, 18*(1): 36-41
- Rabkin J.G. (1972). Opinions about Mental Illness. A review of the literature. *Psych. Bull, 77*, 153-171.
- Reinke, M., Stormont, M., Herman, K., Puri, R., Goel, N. (2011). Supporting children's mental health in schools: Teacher perceptions of needs, roles, and barriers. *School Psychology Quarterly, 26*(1):1-13.
- Roeser, R., (2001). To Cultivate the Positive ... Introduction to the Special Issue on Schooling and Mental Health Issues. *Journal of School Psychology, 39*(2): 99-110
- Rothi, D., Leavey, G., Best, R., (2008). On the front-line: Teachers as active observers of pupils' mental health Author. *Teaching and Teacher Education, 24*(5): 1217-1231
- Rothi M., Leavey G., Best R., (2008). Recognizing and managing pupils with mental health difficulties: teachers' views and experiences on working with educational psychologists in schools. *Pastoral Care in Education, 26*(3): 127-142
- Roig J.L (2011). *Teacher expectations of children with mental illness in the schools.* (Doctoral Thesis). University of Kentucky, United States
- Rutter, M., Smith, D.J (1995). *Psychosocial disorders in young people: Time trends and their causes.* London: Wiley
- Satcher, D. (2004). School-Based Mental Health Services. *American Academy of Pediatrics, V.113*, (6)

- Schulze, B. and Angermeyer, M.C. (2003) Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, V.56: 299-312.
- Sherman, J., Rasmussen, C., Baydala, L., (2008). The impact of teacher factors on achievement and behavioral outcomes of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a review of the literature. *Journal Educational Research*, 50(4): 347-360
- Schomerus, G., Angermeyer, M., et al., (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*, V. 125: 440–452
- Stephan, H.S., Weist, M., Kataoka, S., Adelsheim, S., Mills, C., (2007). Transformation of Children's Mental Health Services: The Role of School Mental Health. *Psychiatric Services*, 58(10): 1330-1338
- Van Reusen A., Shoho R., Barker S., (2001). High School Teacher Attitudes toward Inclusion. *The High School Journal*, 84(2): 7-20
- Vasiliou G., Vassiliou V. (1968). Attitudes of the Athenian public towards mental illness. *Int. Ment. Hlth. Newsletter*, 71, 1-8.
- Wagner, M., Lynn, N., Renee, C., Phyllis, L., (2006). The Academic Achievement and Functional Performance of Youth with Disabilities. *A Report from the National Longitudinal Transition Study-2 (NLTS2)*. NCSER
- Whitley, J., Smith, D., Vaillancourt, T., (2012). Promoting mental health literacy among educators: critical in school-based prevention and intervention. *Journal of school psychology*, 28 (1): 56–70
- WHO (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: World Health Organization
- WHO (2005). *Atlas Mental Health*, Geneva: World Health Organization

- WHO (2001). *The World Health Report 2001 — Mental Health: New Understanding and Hope*. Geneva: World Health Organization
- WHO (2001). *Strengthening mental health promotion*. Geneva: World Health Organization
- Αρβανίτη, Α., (2008). *Στάσεις έναντι των ψυχικά ασθενών σε ομάδες γενικού πληθυσμού*. (Διδακτορική διατριβή). Πανεπιστήμιο Θράκης, Ελλάδα
- Γιαννακόπουλος, Γ., (2011). *Ψυχική Υγεία: Στιγματισμός και Υπέρβαση*. Αθήνα: Εταιρεία Εκπαίδευσης και Ψυχοθεραπείας
- Δεσέρη, Χ., (2014). *Οι απόψεις των παιδιών για τα προβλήματα ψυχικής υγείας των συνομηλίκων τους*. (Διδακτορική διατριβή). Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Ελλάδα
- Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. (2005). *Πράσινη Βίβλος: Βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Προς μια στρατηγική σχετικά με την ψυχική υγεία για την Ευρωπαϊκή Ένωση*. Βρυξέλλες: Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (2000) *Δελτίο Τύπου*. Διαθέσιμο στη διεύθυνση: www.epipsi.gr/openthedoors/docs/deltio_tyrou.doc.
- Κουτρελάκος, Δ., (1984). Στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς στην Ελλάδα. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 55: 21-45
- Μαδιανός, Μ., (2000). *Κοινωνική ψυχιατρική και κοινωνική ψυχική υγιεινή*. Αθήνα: Καστανιώτη
- Οικονόμου, Μ., (2008). Ψυχική ασθένεια και κοινωνικό στίγμα: Διαχρονικές και σύγχρονες προκλήσεις. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 102: 19-26
- Παναγοπούλου, Ε., (2014). *Οι αντιλήψεις των δασκάλων ως προς την ετοιμότητά τους να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν ζητήματα ψυχικής υγείας των μαθητών*. (Μεταπτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Πάτρας, Ελλάδα

Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα. Μια Συλλογή και Παρουσίαση των Ερωτηματολογίων, Δοκιμασιών και Καταλόγων Καταγραφής Χαρακτηριστικών στον Ελληνικό Χώρο*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Χατζηχρήστου, Χ. Γ.(2004). *Εισαγωγή στη Σχολική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Χατζηχρήστου, Χ. Γ.(2011). *Σχολική Ψυχολογία*. Αθήνα: Τυπωθήτω

Παράρτημα



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Ιατρική Σχολή
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Ψυχική Υγεία και Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων»

Έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Ψυχική Υγεία & Ψυχιατρική Παιδιών & Εφήβων», της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, πραγματοποιώ έρευνα με σκοπό τη διερεύνηση των απόψεων των εκπαιδευτικών για ζητήματα σχετικά με την ψυχική ασθένεια. Η έρευνα αυτή έχει εγκριθεί από τριμελή επιτροπή της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Για το λόγο αυτό θα ήθελα να σας προσκαλέσω να πάρετε μέρος στην έρευνα, συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο που θα σας δοθεί σε έντυπη μορφή. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και διασφαλίζουν το απόρρητο των απαντήσεων.

Η συμμετοχή σας σε αυτή την έρευνα είναι σημαντική γιατί η διερεύνηση θεμάτων σχετικών με την ψυχική υγεία αφορά όλους μας και επιτρέπει να πετύχουμε αλλαγές σε επίπεδο πρόληψης και παρέμβασης.

Σας ευχαριστώ πολύ για τη συνεργασία. Είμαι στη διάθεση σας για οποιαδήποτε πρόσθετη πληροφορία.

Μιχαηλίδου Σοφία, Ψυχολόγος

Κινητό:6948605091

sph.michailidou@gmail.com

Δηλώνω ότι διάβασα το παραπάνω κείμενο και ότι δέχομαι να συμμετάσχω εθελοντικά στη μελέτη αυτή.

Υπογραφή:

Ημερ. / /2018

Γενικό Ερωτηματολόγιο:

Παρακαλώ πολύ στις ερωτήσεις 1-8 συμπληρώστε τα προσωπικά σας στοιχεία όπως ζητούνται. Στις ερωτήσεις 9-12 επιλέξτε μια από τις απαντήσεις, εκτός και αν σας δίνεται η δυνατότητα πολλαπλής επιλογής. Η ερώτηση 13 είναι κοινή για όλους.

1. Φύλο:

- Γυναίκα
- Άντρας

2. Ηλικία:

3. Ανώτατο επίπεδο σπουδών που έχετε ολοκληρώσει:

- ΑΕΙ
- Μεταπτυχιακό
- Διδακτορικό
- Άλλο (περιγράψτε τι):

4. Τόπος διαμονής:

- Κατά τη διάρκεια της 12ετούς σχολικής σας φοίτησης (που μεγάλωσα-τε):
.....
- Γωρινός (που κατοικείτε):
.....

5. Βαθμίδα εκπαίδευσης στην οποία διδάσκετε:

- Δημοτικό
- Γυμνάσιο
- Λύκειο

6. Καθεστώς εκπαίδευσης στην οποία διδάσκετε:

- Δημόσια
- Ιδιωτική

7. Ειδικότητα:

8. Έτη διδακτικής εμπειρίας:

9. Οικειότητα- εξοικείωση με τη ψυχική ασθένεια: *(Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις)*

- Ποτέ δεν έχει πέσει στην αντίληψη μου κάποιος με ψυχική ασθένεια
- Τυχαία έχει πέσει στην αντίληψη μου κάποιος με ψυχική ασθένεια
- Έχω εργαστεί με κάποιον που αντιμετωπίζει ψυχική ασθένεια
- Έχω κάποιο φίλο/ συγγενή στο άμεσο περιβάλλον μου που αντιμετωπίζει ψυχική ασθένεια
- Ζω μαζί με κάποιον που αντιμετωπίζει ψυχική ασθένεια
- Εγώ ο ίδιος αντιμετωπίζω ψυχική ασθένεια

10. Η ψυχική ασθένεια έχει σχέση με το χώρο του σχολείου;

- | | | |
|--------------|------------|-------------------------|
| 1) Πάρα πολύ | 2) Πολύ | 3) Αρκετά |
| 4) Λίγο | 5) Καθόλου | 6) Δεν ξέρω, δεν απαντώ |

11. Η ψυχική ασθένεια στο σχολείο αφορά: *(Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις)*

- Τους μαθητές
- Τους γονείς
- Τους εκπαιδευτικούς
- Όλη τη σχολική κοινότητα
-

12. Στο σχολείο στο οποίο εργάζεστε υπάρχει Ψυχοκοινωνική Υπηρεσία (ΨΚΥ);

- Ναι, το σχολείο έχει δική του ΨΚΥ
- Όχι, αλλά το σχολείο συνεργάζεται/ έχει συνεργαστεί με ΨΚΥ
- Όχι δεν υπάρχει καμία επαφή/ συνεργασία του σχολείου με ΨΚΥ

Αν **ΝΑΙ**, δηλαδή το σχολείο στο οποίο εργάζεστε **ΈΧΕΙ ή ΣΥΝΕΡΓΑΖΕΤΑΙ** με κάποια Ψυχοκοινωνική Υπηρεσία:

12.1. Ποια είναι η στάση σας όσον αφορά τη συνεργασία του σχολείου με τη ΨΚΥ;

- Θετική
- Αρνητική
- Αδιάφορη
- Δεν ξέρω, δεν απαντώ

12.2. Πόσο συχνά κάνετε χρήση της ΨΚΥ;

- | | | |
|----------|---------------|-------------------------|
| 1) Ποτέ | 2) Σπάνια | 3) Μερικές φορές |
| 4) Συχνά | 5) Πολύ συχνά | 6) Δεν ξέρω, δεν απαντώ |

12.3. Σε ποια σημεία πιστεύετε ότι σας βοηθάει η συνεργασία του σχολείου με τη ΨΚΥ; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

- Να παραπέμψετε κάποιον μαθητή σας ή/ και γονέα
- Να συμβουλευτείτε για κάτι που αφορά μαθητή σας ή/και γονέα
- Να συμβουλευτείτε για κάτι που αφορά εσάς τον ίδιο
- Συμμετοχή σε ψυχοεκπαιδευτικές επιμορφώσεις ή/ και προγράμματα
- Δε βοηθάει σε κανένα σημείο
- Άλλο (περιγράψτε τι):

Αν **ΟΧΙ**, δηλαδή το σχολείο στο οποίο εργάζεστε **ΔΕΝ ΈΧΕΙ ή ΔΕΝ ΣΥΝΕΡΓΑΖΕΤΑΙ** με κάποια Ψυχοκοινωνική Υπηρεσία:

12.4. Ποια είναι η στάση σας όσον αφορά γενικά τη συνεργασία σχολείου με ΨΚΥ;

- Θετική
- Αρνητική

- Αδιάφορη
- Δεν ξέρω δεν απαντώ

12.5. Νιώθετε την ανάγκη για τη συνεργασία του σχολείου με κάποια ΨΚΥ;

- | | | |
|--------------|------------|-------------------------|
| 1) Πάρα πολύ | 2) Πολύ | 3) Αρκετά |
| 4) Λίγο | 5) Καθόλου | 6) Δεν ξέρω, δεν απαντώ |

12.6. Σε ποια σημεία θα θέλατε να σας βοηθήσει η συνεργασία του σχολείου με ΨΚΥ; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

- Να παραπέμψετε κάποιον μαθητή σας ή/ και γονέα
- Να συμβουλευτείτε για κάτι που αφορά μαθητή σας ή/και γονέα
- Να συμβουλευτείτε για κάτι που αφορά εσάς τον ίδιο
- Συμμετοχή σε ψυχοεκπαιδευτικές επιμορφώσεις ή/ και προγράμματα
- Δε βοηθάει σε κανένα σημείο
- Άλλο (περιγράψτε τι):

13. Σημειώστε παρακάτω αν υπάρχει κάτι που θα θέλατε να προσθέσετε σχετικά με τη ψυχική ασθένεια και τη συνεργασία σχολείου με ΨΚΥ. (Συμπληρώνεται από όλους)

.....

.....

.....

.....

Η ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΑΡΡΩΣΤΙΑ

OMI (Opinion about mental illness)

J. Cohen, E. Struening, 1962

Μετάφραση-στάθμιση Μ. Γ. Μαδιανός 1977

Οι παρακάτω ερωτήσεις αποτελούν γνώμες ή ιδέες γύρω από την ψυχική ασθένεια και τους ψυχικά ασθενείς. Με την έννοια ψυχική ασθένεια αναφερόμαστε στην ασθένεια που οδηγεί το άτομο σε νοσηλεία και/ ή παρακολούθηση σε κάποιο ψυχιατρικό νοσοκομείο ή ψυχιατρική κλινική. Ως ψυχικά ασθενείς εννοούμε τα άτομα, ανεξαρτήτου ηλικίας, που έχουν νοσηλευτεί σε κάποιο ψυχιατρικό νοσοκομείο ή ψυχιατρική κλινική και λαμβάνουν ψυχιατρική παρακολούθηση.

Υπάρχουν πολλές διαφορές στη γνώμη γύρω από αυτό το θέμα. Πολλοί άνθρωποι συμφωνούν με μια ορισμένη απάντηση, ενώ άλλοι διαφωνούν με αυτή την απάντηση. Εμείς θα θέλαμε να μας πείτε τη δική σας προσωπική γνώμη. Να είστε βέβαιοι ότι πολλοί, ανάμεσα σε αυτούς και γιατροί, θα συμφωνήσουν με τη γνώμη σας.

Ακολουθεί μια σειρά ερωτήσεων. Σε κάθε ερώτηση δίνεται μια κλίμακα έξι απαντήσεων: *συμφωνώ απόλυτα-συμφωνώ-μάλλον συμφωνώ-μάλλον διαφωνώ-διαφωνώ-διαφωνώ εντελώς*. Κυκλώστε την απάντηση που αντιστοιχεί στη γνώμη σας για κάθε ερώτηση.

Είναι σημαντικό να προσπαθήσετε να μην παραλείψετε καμία απάντηση!

1. Τα νεύρα σπάνε συνήθως όταν οι άνθρωποι εργάζονται πολύ σκληρά.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

2. Η ψυχική ασθένεια είναι μια ασθένεια σαν όλες τις άλλες.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

3. Οι περισσότεροι άνθρωποι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν είναι επικίνδυνοι.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

4. Έστω και αν οι ασθενείς που βγαίνουν από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία φαίνονται εντάξει, δε θα πρέπει να παντρεύονται.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

5. Εάν οι γονείς αγαπούσαν περισσότερο τα παιδιά τους θα υπήρχε λιγότερη ψυχική ασθένεια.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

6. Είναι εύκολο να αναγνωρίσεις κάποιον που κάποτε αρρώστησε από σοβαρή ψυχική ασθένεια.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

7. Οι άνθρωποι που είναι ψυχικά ασθενείς αφήνουν τα συναισθήματα τους να τους κατευθύνουν. Τα κανονικά άτομα ελέγχουν τη συμπεριφορά τους.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

8. Οι άνθρωποι που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο δεν είναι περισσότεροι επικίνδυνοι από το μέσο κανονικό άτομο.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

9. Όταν κάποιος έχει ένα πρόβλημα ή μια στενοχώρια το καλύτερο είναι να μη το σκέπτεται αλλά να απασχολείται διαρκώς με πιο ευχάριστα πράγματα.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

10. Αν και δεν έχουν συνήθως επίγνωση τούτου, πολλοί άνθρωποι γίνονται ψυχικά ασθενείς για να αποφύγουν τα δύσκολα προβλήματα της καθημερινότητας.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

11. Υπάρχει κάτι γύρω από τους ψυχικά ασθενείς που τους κάνει να ξεχωρίζουν από τους άλλους ανθρώπους.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

12. Αν και οι ασθενείς στα ψυχιατρικά νοσοκομεία συμπεριφέρονται με παράδοξους τρόπους, δεν είναι σωστό να γελάμε με αυτούς.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

13. Οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς επιθυμούν να εργαστούν.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

14. Δεν θα πρέπει να επιτρέπεται στα μικρά παιδιά των ασθενών που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία να τους επισκέπτονται.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

15. Οι άνθρωποι που είναι επιτυχημένοι στη δουλειά τους σπάνια νοσούν ψυχικά.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

16. Οι άνθρωποι δε θα νοσούσαν ψυχικά αν απόφευγαν τις κακές σκέψεις.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

17. Οι ασθενείς στα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι από πολλές πλευρές σαν παιδιά.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

18. Από τον κρατικό -προϋπολογισμό θα πρέπει να ξοδεύονται περισσότερα χρήματα για τη φροντίδα και τη θεραπεία εκείνων που πάσχουν απόσοβαρή ψυχική ασθένεια.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

19. Ένας καρδιοπαθής έχει μια μόνο βλάβη, ενώ ο ψυχικά ασθενής είναι τελείως διαφορετικός από τους άλλους αρρώστους.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

20. Οι ψυχικά ασθενείς προέρχονται από οικογένειες όπου οι γονείς έδειξαν λίγο ενδιαφέρον για τα παιδιά τους.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

21. Οι ψυχικά ασθενείς δε θα πρέπει να νοσηλεύονται στο ίδιο νοσοκομείο με αρρώστους που πάσχουν από σωματική ασθένεια.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

22. Κάθε ένας που κάνει σκληρή προσπάθεια να καλυτερέψει τον εαυτό του αξίζει το σεβασμό των άλλων.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

23. Εάν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μας είχαν πολύ καλά εκπαιδευμένους γιατρούς και αδελφές, πολλοί από τους ασθενείς θα γίνονταν καλά ώστε να ζουν έξω από το νοσοκομείο.

- | | | |
|--------------------|------------|-------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
|--------------------|------------|-------------------|

4) μάλλον διαφωνώ

5) διαφωνώ

6) διαφωνώ εντελώς

24. Θα ήταν ανόητη μια γυναίκα που θα παντρευόταν έναν άντρα που έπασχε από σοβαρή ψυχική ασθένεια, έστω και αν έδειχνε ότι είχε πλήρως αποκατασταθεί.

1) συμφωνώ απόλυτα

2) συμφωνώ

3) μάλλον συμφωνώ

4) μάλλον διαφωνώ

5) διαφωνώ

6) διαφωνώ εντελώς

25. Εάν τα παιδιά ψυχικά ασθενών γονέων ανατρεφόταν από υγιείς γονείς, πιθανώς δε θα νοσούσαν ψυχικά.

1) συμφωνώ απόλυτα

2) συμφωνώ

3) μάλλον συμφωνώ

4) μάλλον διαφωνώ

5) διαφωνώ

6) διαφωνώ εντελώς

26. Οι άνθρωποι που έχουν νοσηλευθεί σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, ποτέ δεν θα ξαναγίνουν ο παλιός τους εαυτός.

1) συμφωνώ απόλυτα

2) συμφωνώ

3) μάλλον συμφωνώ

4) μάλλον διαφωνώ

5) διαφωνώ

6) διαφωνώ εντελώς

27. Πολλοί ψυχικά ασθενείς είναι ικανοί για εξειδικευμένη εργασία ακόμη και αν είναι, κατά κάποιο τρόπο, ψυχικά διαταραγμένοι.

1) συμφωνώ απόλυτα

2) συμφωνώ

3) μάλλον συμφωνώ

4) μάλλον διαφωνώ

5) διαφωνώ

6) διαφωνώ εντελώς

28. Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μας μοιάζουν περισσότερο με φυλακές παρά με χώρους όπου ψυχικά ασθενείς μπορούν να τύχουν της αναγκαίας φροντίδας.

1) συμφωνώ απόλυτα

2) συμφωνώ

3) μάλλον συμφωνώ

4) μάλλον διαφωνώ

5) διαφωνώ

6) διαφωνώ εντελώς

29. Όποιος είναι σε ψυχιατρικό νοσοκομείο δε θα πρέπει να του επιτρέπεται να ψηφίζει.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

30. Η ψυχική ασθένεια πολλών ατόμων οφείλεται σε χωρισμό ή διαζύγιο των γονέων τους στην παιδική ηλικία.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

31. Ο καλύτερος τρόπος να χειριστούμε ασθενείς ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι να τους έχουμε πίσω από κλειστές πόρτες.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

32. Το να νοσηλευτεί κανείς σε ψυχιατρικό νοσοκομείο σημαίνει αποτυχία στη ζωή.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

33. Στους ασθενείς ψυχιατρικών νοσοκομείων θα πρέπει να δίνεται περισσότερος χώρος για ιδιωτική τους χρήση.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

34. Εάν ένας ασθενής σε ψυχιατρικό νοσοκομείο χτυπήσει κάποιον, θα πρέπει να τιμωρηθεί για να μην το ξανακάνει.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

35. Εάν τα παιδιά υγιών γονέων ανατρεφόταν από ψυχικά ασθενείς γονείς, θα γίνονταν τα ίδια πιθανώς ψυχικά ασθενή.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

36. Κάθε ψυχιατρικό νοσοκομείο θα πρέπει να περιβάλλεται από ψηλά κάγκελα και να έχει φύλακες.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

37. Ο νόμος 9α πρέπει να επιτρέπει σε μια γυναίκα να χωρίζει από τον άντρα της αμέσως μετά τον εγκλεισμό του σε ψυχιατρικό νοσοκομείο για σοβαρή ψυχική ασθένεια.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

38. Οι άνθρωποι που δεν μπορούν να εργαστούν εξ' αιτίας μιας ψυχικής ασθένειας θα πρέπει να παίρνουν χρήματα για να ζήσουν.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

39. Η ψυχική ασθένεια συνήθως οφείλεται σε κάποια πάθηση του νευρικού συστήματος.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

40. Όπως και να το δει κανείς, οι άρρωστοι με σοβαρή ψυχική ασθένεια δεν είναι πια πραγματικοί άνθρωποι.

- | | | |
|--------------------|------------|-------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
|--------------------|------------|-------------------|

4) μάλλον διαφωνώ

5) διαφωνώ

6) διαφωνώ εντελώς

41. Τις περισσότερες γυναίκες που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο μπορούν να τις εμπιστεύονται να προσέχουν μικρά παιδιά

(μπέμπη σίτερς).

1) συμφωνώ απόλυτα

2) συμφωνώ

3) μάλλον συμφωνώ

4) μάλλον διαφωνώ

5) διαφωνώ

6) διαφωνώ εντελώς

42. Οι περισσότεροι ασθενείς στα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν ενδιαφέρονται για την εμφάνιση τους.

1) συμφωνώ απόλυτα

2) συμφωνώ

3) μάλλον συμφωνώ

4) μάλλον διαφωνώ

5) διαφωνώ

6) διαφωνώ εντελώς

43. Οι άνθρωποι των γραμμάτων έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν ψυχικά ασθενείς από τους επιχειρηματίες.

1) συμφωνώ απόλυτα

2) συμφωνώ

3) μάλλον συμφωνώ

4) μάλλον διαφωνώ

5) διαφωνώ

6) διαφωνώ εντελώς

44. Πολλοί άνθρωποι που ουδέποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο είναι περισσότερο ψυχικά άρρωστοι από πολλούς νοσηλευόμενους ψυχικά αρρώστους.

1) συμφωνώ απόλυτα

2) συμφωνώ

3) μάλλον συμφωνώ

4) μάλλον διαφωνώ

5) διαφωνώ

6) διαφωνώ εντελώς

45. Αν και ορισμένοι ψυχικά ασθενείς φαίνονται εντάξει, είναι επικίνδυνο να ξεχάσουμε προς στιγμήν ότι είναι ψυχικά ασθενείς.

1) συμφωνώ απόλυτα

2) συμφωνώ

3) μάλλον συμφωνώ

4) μάλλον διαφωνώ

5) διαφωνώ

6) διαφωνώ εντελώς

46. Μερικές φορές η ψυχική ασθένεια αποτελεί τιμωρία για κακές πράξεις.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

47. Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μας θα πρέπει να οργανωθούν κατά τρόπο ώστε να χάνουν τον ασθενή να αισθάνεται, όσο το δυνατό, σα να ζει στο σπίτι του.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

48. Μια από τις κυριότερες αιτίες της ψυχικής ασθένειας είναι η έλλειψη ηθικής δύναμης ή δύναμης θελήσεως.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

49. Δεν μπορούν να γίνουν πολλά πράγματα για τους ασθενείς σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο από το να ζούνε άνετα και να τρώνε καλά.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

50. Πολλοί ψυχικά ασθενείς θα παρέμεναν στο νοσοκομείο μέχρι να γίνουν καλά ακόμη κι αν οι πόρτες δεν ήταν κλειδωμένες.

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |

51. Όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία θα πρέπει να εμποδιστούν να έχουν παιδιά, με. μια ανώδυνη εγχείρηση (στείρωση).

- | | | |
|--------------------|------------|--------------------|
| 1) συμφωνώ απόλυτα | 2) συμφωνώ | 3) μάλλον συμφωνώ |
| 4) μάλλον διαφωνώ | 5) διαφωνώ | 6) διαφωνώ εντελώς |