

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ



Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Τμήμα Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας ΤΕΙ Αθηνών

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Στάσεις φοιτητών ιατρικής και ψυχολογίας απέναντι

στην ψυχική ασθένεια - (μια) συγχρονική μελέτη

Τρικούπη-Μπάγια Ιωάννα (Α.Μ.: 20160347)

Αθήνα, 2019

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	
Εισαγωγή.....	1
1. Θεωρητικό πλαίσιο.....	4
1.1. Αιτιακές αποδόσεις.....	4
1.1.1. Θεωρία απλοϊκής ψυχολογίας του Heider.....	4
1.1.2. Μοντέλο συνδιακύμανσης του Kelley.....	4
1.1.3. Θεωρία απόδοσης του Weiner.....	5
1.1.4. Θεωρία βιολογικής ουσιοκρατίας σε σχέση με τις ψυχικές διαταραχές	5
1.2. Στάσεις	6
1.2.1. Μεταβλητές που σχετίζονται με τις στάσεις	6
1.3. Στίγμα	7
1.4. Θεωρία αυτό-εκπληρούμενης προφητείας	8
1.5. Συσχέτιση αιτιακών αποδόσεων και στάσεων	9
1.6. Θεωρία εγγύτητας Allport.....	9
1.7. Στάσεις κοινωνίας απέναντι στην ψυχική ασθένεια.....	10
1.8. Συνέπειες των αρνητικών στάσεων στα άτομα με ψυχική διαταραχή	10
1.9. Ιατρικά μοντέλα.....	11
1.9.1. Βιοϊατρικό μοντέλο	11
1.9.2. Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο.....	11
1.10. Ψυχικές διαταραχές που θα μελετηθούν	11
1.11. Στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στις παραπάνω διαταραχές 13	
1.12. Σχετικές έρευνες.....	18
1.13. Η παρούσα έρευνα.....	18
2. Μέθοδος	19
2.1. Ο σκοπός του προγράμματος	19
2.2. Οι στόχοι του προγράμματος.....	19
2.3. Διαδικασία.....	21
2.4. Δείγμα.....	22
2.5. Εργαλεία.....	24
2.5.1. Κλίμακα Αιτιακών Πεποιθήσεων Για Τις Ψυχικές Διαταραχές.....	24
2.5.2. Ερωτηματολόγιο στάσεων.....	24

2.5.3.	Κλίμακα Σημασιολογικής Διαφοροποίησης.....	25
3.	Αποτελέσματα.....	26
3.1.	Συσχέτιση Αιτιακών Αποδόσεων της Ψυχικής Ασθένειας (<i>MDCB</i>) και υπό-κλιμάκων του Ερωτηματολογίου Στάσεων (<i>AQ27</i>).....	27
3.2.	Σύγκριση μέσων τιμών αιτιακών αποδόσεων (<i>MDCB</i>) με βάση την καταγωγή των συμμετεχόντων.....	27
3.3.	Σύγκριση μέσων τιμών στάσεων (<i>AQ</i>) και με βάση τις γνώσεις Ψυχοπαθολογίας και Ψυχιατρικής.....	28
3.4.	Σύγκριση μέσων τιμών στάσεων (<i>AQ</i>) με βάση το εάν γνωρίζουν κάποιο άτομο στο κοινωνικό τους περιβάλλον με κάποια ψυχική διαταραχή.....	29
3.5.	32
3.6.	Σύγκριση μέσων τιμών αιτιακών αποδόσεων (<i>MDCB</i>) και των στάσεων (<i>AQ</i>) με βάση το τμήμα σπουδών.....	32
3.7.	Στατιστικές αναλύσεις για την ομάδα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής.....	34
3.7.1.	Σύγκριση μέσων τιμών των στάσεων (<i>AQ</i>) με βάση τις γνώσεις.....	34
3.7.2.	Σύγκριση μέσων τιμών των στάσεων (<i>AQ</i>) με βάση το εάν έχουν κάποιο φίλο με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.....	35
3.7.3.	Σύγκριση μέσων τιμών αιτιακών αποδόσεων (<i>MDCB</i>) και των στάσεων (<i>AQ</i>) με βάση το τμήμα σπουδών.....	36
3.8.	Στατιστικές αναλύσεις για την ομάδα της σχιζοφρένειας.....	38
3.8.1.	Σύγκριση μέσων τιμών των στάσεων (<i>AQ</i>) με βάση τις γνώσεις.....	38
3.8.2.	Σύγκριση μέσων τιμών των στάσεων (<i>AQ</i>) με βάση το εάν έχουν κάποιο άτομο με σχιζοφρένεια στην οικογένεια.....	39
3.8.3.	Σύγκριση μέσων τιμών των στάσεων (<i>AQ</i>) με βάση το εάν έχουν κάποιο γνωστό με σχιζοφρένεια στο περιβάλλον τους.....	40
3.8.4.	Σύγκριση μέσων τιμών αιτιακών αποδόσεων (<i>MDCB</i>) και των στάσεων (<i>AQ</i>) με βάση το τμήμα σπουδών.....	41
3.9.	Στατιστικές αναλύσεις για την ομάδα της μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας.....	42
3.9.1.	Σύγκριση μέσων τιμών των στάσεων (<i>AQ</i>) με βάση τις γνώσεις.....	43
3.9.2.	Σύγκριση μέσων τιμών των στάσεων (<i>AQ</i>) με βάση το εάν έχουν κάποιο φίλο με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας.....	44
3.9.3.	Σύγκριση μέσων τιμών αιτιακών αποδόσεων (<i>MDCB</i>) και των στάσεων (<i>AQ</i>) με βάση το τμήμα σπουδών.....	45
3.10.	Σύγκριση των μέσων τιμών στο ερωτηματολόγιο στάσεων ανάμεσα στις τρεις ομάδες.....	46
4.	Συμπεράσματα.....	49
4.1.	Περιορισμοί της έρευνας.....	53

4.2. Δυνατά σημεία της έρευνας.....	53
4.3. Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες	53
Βιβλιογραφία.....	54
Παράρτημα.....	60

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Περίληψη

Το στίγμα επηρεάζει αρνητικά όλους όσους βρίσκονται στο χώρο της ψυχικής υγείας από τους ίδιους τους ασθενείς μέχρι και τους επαγγελματίες υγείας. Από την μία οι ασθενείς εξαιτίας του στίγματος μπορεί να μην αναζητήσουν βοήθεια και αν ζητήσουν να αντιμετωπίσουν δυσκολίες και από την άλλη οι επαγγελματίες υγείας λόγω των προκαταλήψεων και των στάσεών τους να αδυνατούν να δημιουργήσουν θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς τους. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να μελετήσει τις αιτιακές αποδόσεις και τις στάσεις φοιτητών Ψυχολογίας και Ιατρικής απέναντι στα άτομα με ψυχική διαταραχή. Οι φοιτητές συμμετείχαν στην έρευνα μέσω διαδικτύου συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο στο Google Forms. Η έρευνα χωρίστηκε σε πέντε φάσεις. Πρώτα εκτιμήθηκαν οι αιτιακές αποδόσεις των φοιτητών για την ψυχική ασθένεια. Έπειτα, υπήρχαν τρεις βινιέτες, οι οποίες παρουσιάστηκαν τυχαιοποιημένα σε κάθε συμμετέχοντα και από αυτές προέκυψαν τρεις διαφορετικές πειραματικές συνθήκες: (α) η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, (β) η σχιζοφρένεια και (γ) η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας. Μετά την βινιέτα που διάβασαν, οι φοιτητές συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο στάσεων, με το οποίο αξιολογήθηκαν οι στάσεις τους απέναντι στο άτομο της βινιέτας. Στην συνέχεια, συμπλήρωσαν την Κλίμακα Σημασιολογικής Διαφοροποίησης και τέλος, τα κοινωνικοδημογραφικά τους στοιχεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες που αποδίδουν την ψυχική ασθένεια σε βιολογικούς παράγοντες τείνουν να θεωρούν επικίνδυνα τα άτομα με κάποια ψυχική διαταραχή και όσοι δεν έχουν γνώσεις Ψυχοπαθολογίας έχουν περισσότερο αρνητικές στάσεις απέναντι στα άτομα αυτά. Όσον αφορά την κάθε διαταραχή ξεχωριστά, οι συμμετέχοντες στην ομάδα της κατάθλιψης παρουσίασαν λιγότερο αρνητικές στάσεις, ενώ στην ομάδα της σχιζοφρένειας σημείωσαν υψηλά ποσοστά στο κομμάτι της επικινδυνότητας και της αποφυγής.

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Εισαγωγή

Η Ψυχολογία αποτελεί μία από τις σύγχρονες επιστήμες, εάν σκεφτεί κανείς ότι η πρώτη σχολή ψυχολογίας ιδρύθηκε το 1890 από τον Wundt στη Λειψία της Γερμανίας. Αντικείμενο της επιστήμης της ψυχολογίας είναι η μελέτη της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Διάφοροι και διαφορετικοί κλάδοι της Ψυχολογίας εξετάζουν διαφορετικές πτυχές της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Η Κλινική Ψυχολογία, για παράδειγμα, μελετά κυρίως την αποκλίνουσα συμπεριφορά, η Κοινωνική Ψυχολογία προσεγγίζει την ανθρώπινη συμπεριφορά ως προϊόν κοινωνικής αλληλεπίδρασης, ενώ η Ψυχολογία της Υγείας ασχολείται με την υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας, αλλά και τη σχέση επαγγελματικών υγείας και ασθενών. Αναμφισβήτητα, η Ψυχολογία είναι άρρητα συνδεδεμένη με αυτό που αποκαλούμε «υγεία» με τη στενή και την ευρεία έννοια του όρου.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υγεία ορίζεται ως «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Δυστυχώς, ένα άτομο με ψυχικές δυσκολίες αντιμετωπίζεται συχνά από την κοινωνία με στερεότυπα, προκαταλήψεις και διακρίσεις, που εδράζονται στο λεγόμενο στίγμα της ψυχικής ασθένειας (mental illness stigma). Για αυτό το λόγο, ένας από τους στόχους του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας είναι η καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας και του αποκλεισμού-περιθωριοποίησης των ψυχικά ασθενών από την κοινωνική ζωή.

Τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί μία ραγδαία αύξηση των εκδηλώσεων και των εκστρατειών ενημέρωσης για την ψυχική υγεία και την ψυχική ασθένεια. Ταυτόχρονα, τα ποσοστά των ψυχικών ασθενών φαίνεται να αυξάνονται. Ωστόσο, παρά τις προσπάθειες ενημέρωσης του κοινού, συχνά η συμπεριφορά αυτών των ανθρώπων ερμηνεύεται με βάση αρνητικές στάσεις που έχουν διαμορφωθεί από την κοινωνία, με αποτέλεσμα οι ψυχικά ασθενείς να αποτελούν μία από τις στιγματισμένες ομάδες στο κοινωνικό πλαίσιο.

Οι στάσεις είναι αυτές που συμβάλλουν στην ερμηνεία συμπεριφορών και διαμορφώνονται με βάση τις εμπειρίες του κάθε ανθρώπου (Χουντουμάδη, & Πατεράκη, 2008) και το στίγμα είναι τα χαρακτηριστικά εκείνα μίας ομάδας που οδηγούν στην αρνητική αξιολόγηση και την κοινωνική απομόνωση των ατόμων

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ

ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

αυτής της ομάδας (Χαντζή, 2010). Σύμφωνα με τους Corrigan και Watson (2002), το στίγμα για τις ψυχικές διαταραχές είναι μεγαλύτερο από τις σωματικές ασθένειες και αυτό επαληθεύεται από το γεγονός ότι πολλοί από τους ανθρώπους που έχουν διαγνωστεί με κάποια ψυχική διαταραχή, δεν εκδηλώνουν τις σκέψεις και τον προβληματισμό τους γύρω από τη διαταραχή τους στον κοινωνικό τους περίγυρο, διότι φοβούνται ότι θα περιθωριοποιηθούν.

Το στίγμα επηρεάζει αρνητικά όλους όσους βρίσκονται στο χώρο της ψυχικής υγείας από τους ίδιους τους ασθενείς μέχρι και τους επαγγελματίες υγείας (Swenson, Sanderson, Dulit & Linehan, 2001). Οι άνθρωποι με μία ψυχική διαταραχή πιο δύσκολα θα αναζητήσουν βοήθεια με αποτέλεσμα να μη συμμορφώνονται στη φαρμακευτική αγωγή τους, ενώ παράλληλα επηρεάζονται τόσο κοινωνικά λόγω της περιθωριοποίησής τους όσο και επαγγελματικά εξαιτίας της δυσκολίας εύρεσης εργασίας. Επιπλέον, μία από τις σημαντικότερες συνέπειες είναι ότι τα συμπτώματα της ψυχικής ασθένειας μπορεί να ενταθούν λόγω των παραπάνω και να δημιουργήσουν νέες δυσκολίες. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι το στίγμα για τις ψυχικές ασθένειες μπορεί να είναι ακόμη πιο επιβλαβές από τις ίδιες τις ασθένειες (Locke, 2010· Tzouvara, Papadopoulos, & Randhawa, 2016).

Αυτοί που εργάζονται και συμβάλλουν στο χώρο της ψυχικής υγείας είναι οι ψυχίατροι, οι κλινικοί ψυχολόγοι, οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές, οι εργασιοθεραπευτές, οι σύμβουλοι και οι ψυχοθεραπευτές. Όλες οι παραπάνω ειδικότητες ονομάζονται *σύμπλεγμα Ψ* (Κοππάση & Βακάκη, 2004). Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, το στίγμα επηρεάζει και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Έχοντας αρνητικές στάσεις για κάποιους ασθενείς, αυτό μπορεί να επηρεάσει τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης, να μειώσει την αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και να προκαλέσει συνέπειες στους ίδιους τους ασθενείς (Imbeau, Bouchard, Terradas & Simard, 2014).

Ανάμεσα στα επαγγέλματα ψυχικής υγείας υπάρχουν και διαφορετικά μοντέλα που υιοθετούν. Πιο συγκεκριμένα, στη σχολή της Ιατρικής υιοθετούν το βιολογικό μοντέλο, το οποίο αποδίδει τις σωματικές και ψυχικές ασθένειες σε γενετικούς παράγοντες, ενώ στη σχολή της Ψυχολογίας υιοθετούν το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, με βάση το οποίο μία ασθένεια οφείλεται σε συνδυασμό

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ

ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων (Κοππάση & Βακάκη, 2004). Τα μοντέλα αυτά μπορούν να επηρεάσουν τις απόψεις και τις στάσεις που υιοθετούν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς.

Πέρα, όμως, από το μοντέλο που μπορεί να επηρεάσει τις στάσεις των επαγγελματιών, σημαντικό ρόλο στην υιοθέτηση αρνητικών στάσεων παίζει και η κάθε ψυχική διαταραχή. Σύμφωνα με έρευνες, υπάρχουν ορισμένες διαταραχές που είναι πιο στιγματισμένες από άλλες. Πιο συγκεκριμένα, η σχιζοφρένεια φαίνεται να είναι από τις πιο στιγματισμένες ψυχικές διαταραχές (Borenstein, 2011). Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θεωρούν τους ασθενείς με σχιζοφρένεια επικίνδυνους και συχνά μεταφέρουν τα στερεότυπα της κοινωνίας στο χώρο εργασίας τους (Read, Haslam, Sayce & Davies, 2006). Εκτός από τη σχιζοφρένεια, η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας αποτελεί στιγματισμένη ψυχική διαταραχή. Οι ασθενείς με αυτήν τη διάγνωση είναι περιθωριοποιημένοι από το σύστημα υγείας και την κοινωνία, καθώς επίσης αντιμετωπίζονται από τους επαγγελματίες υγείας ως «δύσκολοι» ασθενείς (Sulzer, 2015), με αποτέλεσμα η περίθαλψή τους να υποβαθμίζεται. Επιπλέον, οι ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή έρχονται αντιμέτωποι με δυσκολίες τόσο σε επαγγελματικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο εξαιτίας του στίγματος (Roeloffs, Shebourne, Unützer, Fink, Tang & Wells, 2003).

Από τα παραπάνω, λοιπόν, φαίνεται ότι υπάρχουν στερεότυπα στην κοινωνία που μεταφέρονται και στο χώρο ψυχικής υγείας και με αυτόν τον τρόπο οι επαγγελματίες υγείας υιοθετούν συγκεκριμένες στάσεις απέναντι σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές. Οι ασθενείς με τη σειρά τους αντιμετωπίζουν δυσκολίες λόγω των στάσεων αυτών και η θεραπεία τους επηρεάζεται αρνητικά.

Αυτοί είναι οι λόγοι εκπόνησης της παρούσας έρευνας με θέμα τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Πιο συγκεκριμένα, θα ερευνηθούν οι στάσεις απέναντι στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, τη σχιζοφρένεια και τη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που θα αποτελούν το δείγμα της έρευνας θα είναι φοιτητές Ιατρικής και Ψυχολογίας προκειμένου να εξεταστεί και το κατά πόσο το μοντέλο που υιοθετούν επηρεάζει τις στάσεις τους.

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

1. Θεωρητικό πλαίσιο

Παρακάτω παρουσιάζονται τα κυριότερα θεωρητικά μοντέλα από το πεδίο, τα οποία ερμηνεύουν την ανθρώπινη συμπεριφορά κυρίως στον τομέα της Κοινωνικής Ψυχολογίας. Έτσι, θα δημιουργηθεί ένα θεωρητικό πλαίσιο που θα λειτουργήσει ως καμβάς για την αποτύπωση της προβληματικής της παρούσας έρευνας.

1.1. Αιτιακές αποδόσεις

Ένας παράγοντας που επηρεάζει τον τρόπο που αντιλαμβάνονται οι άνθρωποι και οι επαγγελματίες υγείας τη συμπεριφορά των άλλων είναι οι αιτιακές αποδόσεις. Είναι αυτές που διαμορφώνουν τις αντιλήψεις των ανθρώπων σε σχέση με μία συμπεριφορά και κατά επέκταση σε σχέση με μία ψυχική διαταραχή. Οι αιτιακές αποδόσεις είναι η τάση των ανθρώπων να αποδίδουν τη συμπεριφορά τους σε κάποια αίτια και κίνητρα. Έχουν αναπτυχθεί πολλές θεωρίες αιτιακών αποδόσεων με επικρατέστερες αυτές των Heider, Kelley και Weiner.

1.1.1. Θεωρία απλοϊκής ψυχολογίας του Heider

Σύμφωνα με τη θεωρία του Heider, οι άνθρωποι βασίζονται σε κάποιους κανόνες για να καταλήξουν σε ορισμένα συμπεράσματα ως προς την παρατηρούμενη συμπεριφορά των άλλων (Χουντουμάδη, & Πατεράκη, 2008). Μέσω της εσωτερικής απόδοσης, τα αίτια βρίσκονται σε παράγοντες, όπως η προδιάθεση και η προσωπικότητα, ενώ με βάση την εξωτερική απόδοση, οι αιτίες της συμπεριφοράς είναι περιβαλλοντικοί παράγοντες (Χαντζή, 2010). Με άλλα λόγια, είναι η προσπάθεια ενός ατόμου να ερμηνεύσει ένα γεγονός και η ερμηνεία που δίνει για αυτό αποτελεί την αιτιακή του απόδοση.

1.1.2. Μοντέλο συνδιακύμανσης του Kelley

Είναι η εξέλιξη της θεωρίας του Heider, καθώς προσθέτει τρεις παράγοντες, με βάση τους οποίους οι άνθρωποι οδηγούνται σε εσωτερική ή εξωτερική απόδοση μίας συμπεριφοράς. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- Μοναδικότητα: ο τρόπος με τον οποίο συμπεριφέρεται το άτομο σε διαφορετικές συνθήκες. Για παράδειγμα, εάν το άτομο γελάει με τα πάντα ή μόνο με ένα συγκεκριμένο ανέκδοτο.
- Συνέπεια: εάν η συμπεριφορά αυτή επαναλαμβάνεται.

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

- Συναίνεση: ο βαθμός με τον οποίο οι άλλοι άνθρωποι θα συμπεριφέρονταν με τον ίδιο τρόπο στο ίδιο ερέθισμα (Χαντζή, 2010).

Όταν, για παράδειγμα, υπάρχει υψηλή συνέπεια, αλλά χαμηλή μοναδικότητα και συναίνεση τότε οι άνθρωποι οδηγούνται σε εσωτερική απόδοση. Όταν υπάρχει υψηλή μοναδικότητα και χαμηλή συνέπεια και συναίνεση, τότε θα καταλήξουν σε εξωτερική απόδοση (Strong, 2010).

1.1.3. Θεωρία απόδοσης του Weiner

Η θεωρία του Weiner είναι μία δυναμική θεωρία και δημιουργήθηκε για την ερμηνεία των αποδόσεων σε σχέση με την επιτυχία και την αποτυχία ενός ατόμου σε ένα έργο. Σύμφωνα με τον ίδιο, υπάρχουν τρεις διαστάσεις επίδοσης:

- Έδρα: εάν σχετίζεται με το άτομο ή με την κατάσταση. Για παράδειγμα, έξυπνος μαθητής ή εύκολο διαγώνισμα.
- Σταθερότητα: αν υπάρχει αλλαγή στο χρόνο ή είναι σταθερό.
- Δυνατότητα ελέγχου: εάν η επίδοση του ατόμου βρίσκεται στον έλεγχό του (Χαντζή, 2010).

Η θεωρία αυτή εφαρμόζεται και στο κομμάτι του στίγματος στο χώρο της ψυχικής υγείας. Πιο αναλυτικά, εάν η ψυχική ασθένεια αποδίδεται σε εσωτερική έδρα, έχει τον έλεγχο το άτομο και για αυτό το λόγο προκαλούνται αρνητικά συναισθήματα. Αντιθέτως, όταν η ψυχική διαταραχή αποδίδεται σε εξωτερική έδρα, τότε δεν είναι υπεύθυνο το άτομο και συνεπώς δημιουργούνται θετικά συναισθήματα και οι άνθρωποι είναι συμπονετικοί μαζί του (Strong, 2010).

1.1.4. Θεωρία βιολογικής ουσιοκρατίας σε σχέση με τις ψυχικές διαταραχές

Η θεωρία της βιολογικής ουσιοκρατίας υποστηρίζει ότι η συμπεριφορά υποδηλώνει έμφυτες ιδιότητες των ατόμων ή των ομάδων στις οποίες ανήκουν (Χαντζή, 2010). Σύμφωνα με τους Lee, Laurent, Wykes, Andren, Bourassa και McKibbin (2014), η βιολογική ουσιοκρατία, κατά την οποία οι ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε γενετικά αίτια, επηρεάζει την επιθυμία για κοινωνική απόσταση από τους ασθενείς. Επιπλέον, οι γενετικές πεποιθήσεις συμβάλλουν στην υιοθέτηση χειρότερης συμπεριφοράς απέναντι στους ασθενείς με ψυχική διαταραχή (Sears, Pomerantz, Segrist & Rose,

2011). Οι γενετικές αποδόσεις θα αυξήσουν την επιθυμία για κοινωνική απόσταση μόνο από τις διαταραχές, οι οποίες θεωρούνται επικίνδυνες. Μία από τις διαταραχές που αποδίδονται σε γενετικούς παράγοντες είναι η σχιζοφρένεια, η οποία θεωρείται μία από τις σοβαρότερες διαταραχές και αυτό γιατί θεωρείται ότι η διαταραχή δεν ελέγχεται από το άτομο και επομένως το άτομο αυτό είναι επικίνδυνο (Λογδανίδου, Μαλλιοπούλου & Γεωργάκα, 2018). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να αποκτούν μεγαλύτερη κοινωνική απόσταση από τα άτομα με σχιζοφρένεια. Από την άλλη πλευρά, η κατάθλιψη θεωρείται ότι οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες θεωρώντας τη διαταραχή υπό τον έλεγχο του ατόμου.

Η θεωρία των αιτιακών αποδόσεων έχει μεγάλο ενδιαφέρον στο χώρο της ψυχικής υγείας, όπου υπάρχει μεγάλος στιγματισμός των ψυχικά ασθενών και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την κατανόηση της σύνδεσης των στάσεων και των συμπεριφορών των επαγγελματιών υγείας απέναντι σε αυτούς τους ασθενείς (Strong, 2010).

1.2. Στάσεις

Εκτός από τις αιτιακές αποδόσεις, οι στάσεις είναι μία από τις βασικές μεταβλητές στο χώρο της κοινωνικής ψυχολογίας, διότι είναι αυτές που παρακινούν το άτομο στη συμπεριφορά. Με βάση τις στάσεις, δηλαδή, το άτομο αντιδρά και συμπεριφέρεται στο κοινωνικό πλαίσιο. Πιο αναλυτικά, οι στάσεις είναι οι μαθημένες σταθερές προδιαθέσεις του ατόμου απέναντι σε άτομα, ομάδες, αντικείμενα, ιδέες ή καταστάσεις, οι οποίες διαμορφώνονται από τις εμπειρίες του με το περιβάλλον και καθορίζουν τις αντιδράσεις του (Χουντουμάδη, & Πατεράκη, 2008). Υποστηρίζεται, επίσης, ότι εάν οι άνθρωποι δεν είχαν τις στάσεις, η ζωή τους θα ήταν δύσκολη, καθώς θα αντιμετώπιζαν δυσκολίες στην ερμηνεία των γεγονότων και των αντιδράσεών τους (Χαντζή, 2010).

1.2.1. Μεταβλητές που σχετίζονται με τις στάσεις

Μία από τις μεταβλητές που αναφέρθηκαν και παραπάνω και σχετίζεται με τις στάσεις των ψυχικών διαταραχών είναι η **κοινωνική απόσταση**. Πρόκειται για την επιθυμία ενασχόλησης σε υποθετικές δραστηριότητες με ένα συγκεκριμένο ασθενή (Lee, Laurent, Wykes, Andren, Bourassa & McKibbin, 2014).

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Μία παρόμοια μεταβλητή είναι η **κοινωνική αποδοχή** για το πόσο πρόθυμοι είναι αποδεχτούν τον ασθενή σε διάφορες κοινωνικές σχέσεις, όπως για παράδειγμα ως συνάδελφο, ως γείτονα, ως φίλο (Schomerus, Matschinger & Angermeyer, 2014).

Άλλη μεταβλητή είναι η **αντιληπτή επικινδυνότητα**, η οποία ορίζεται ως η αντίληψη των ατόμων σχετικά με την πιθανότητα ο ασθενής να προβεί σε βίαιες πράξεις απέναντι σε άλλους (Mannarini, Boffo, Rossi & Balottin, 2017).

Επιπλέον, η **ενσυναίσθητική ανησυχία** περιλαμβάνει έξι συναισθήματα από το συμπονετικός έως συγκινημένος σε σχέση με τον ασθενή (Lee, Laurent, Wykes, Andren, Bourassa & McKibbin, 2014).

Τέλος, είναι σημαντικές οι έννοιες των **αξιών** και των **ιδεολογιών**, οι οποίες σχετίζονται με τις στάσεις. Οι αξίες βρίσκονται πίσω από τη δομή και την οργάνωση των στάσεων, ενώ οι ιδεολογίες, όπως οι θρησκευτικές, συμβάλλουν στην ερμηνευτική λειτουργία και αποτελεί ένα σύνολο πεποιθήσεων (Χαντζή, 2010).

1.3. Στίγμα

Μία άλλη μεταβλητή στο χώρο της Κοινωνικής Ψυχολογίας που παίζει σημαντικό ρόλο και σχετίζεται και αυτή με τις στάσεις είναι το στίγμα. Το στίγμα είναι τα χαρακτηριστικά εκείνα μίας ομάδας που οδηγούν στην αρνητική αξιολόγηση και την κοινωνική απομόνωση των ατόμων αυτής της ομάδας (Χαντζή, 2010). Κατά τις Χουντουμάδη και Πατεράκη (2008), στίγμα αποτελεί το χαρακτηριστικό που ανήκει σε μία κοινωνική ταυτότητα και για αυτό το λόγο απομονώνονται τα άτομα αυτά από το κοινωνικό πλαίσιο. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας είναι στιγματισμένοι με αποτέλεσμα οι επαγγελματίες υγείας να διατηρούν μία απόσταση και να συμπεριφέρονται με αρνητικό τρόπο απέναντί τους (Aviram, Brodsky & Stanley, 2006).

1.3.1. Διαγνωστική ταμπέλα

Η διαγνωστική ταμπέλα είναι η διάγνωση που δίνεται σε έναν ασθενή από τους ψυχιάτρους με βάση τα εγχειρίδια ταξινομικών κριτηρίων που χρησιμοποιούν. Για τους επαγγελματίες υγείας, η διάγνωση είναι η πρώτη πληροφορία που λαμβάνουν για έναν ασθενή και με βάση αυτήν την πληροφορία μπορούν να διαμορφώσουν το πλάνο θεραπείας του κάθε ασθενή. Ωστόσο, η διάγνωση μπορεί να λειτουργήσει και με άλλον τρόπο· δημιουργώντας προσδοκίες και διαμορφώνοντας τις στάσεις των

επαγγελματιών υγείας για τον ασθενή και κατ' επέκταση στο στιγματισμό των ασθενών (Strong, 2010).

1.3.2. Το στίγμα στην ψυχική υγεία

Υπάρχει έντονο στίγμα στα άτομα που έχουν διαγνωστεί με κάποια ψυχική διαταραχή. Σύμφωνα με τους Corrigan και Watson (2003), το στίγμα για τις ψυχικές διαταραχές είναι μεγαλύτερο από τις σωματικές ασθένειες και αυτό διότι υπάρχει η πεποίθηση ότι οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές έχουν τον έλεγχο της κατάστασης τους και είναι υπεύθυνοι για αυτήν. Θεωρείται, επίσης, ότι οι άνθρωποι αυτοί είναι επικίνδυνοι και ανεύθυνοι και για αυτό είναι λιγότερο πιθανό να τους προσλάβουν σε μία θέση εργασίας.

Αυτό που έχει σημασία, ωστόσο, στο στίγμα είναι ο τρόπος που λειτουργεί. Πίσω από το στίγμα υπάρχουν τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις και η διακρίσεις. Τα στερεότυπα είναι το γνωστικό κομμάτι, το οποίο είναι η αρνητική πεποίθηση για μία ομάδα ανθρώπων, όπως τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Οι προκαταλήψεις είναι η συνέχεια των στερεοτύπων και αποτελεί το συναισθηματικό κομμάτι του στίγματος, καθώς προκαλούν αρνητικά συναισθήματα προς την ομάδα αυτή, όπως ο φόβος και ο θυμός. Η διάκριση είναι το συμπεριφορικό κομμάτι, διότι είναι η συμπεριφορά που προκαλείται ως αντίδραση στην προκατάληψη. Η συμπεριφορά αυτή μπορεί να είναι η απομόνωση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (Corrigan & Watson, 2002).

1.4. Θεωρία αυτό-εκπληρούμενης προφητείας

Μία αρχή που σχετίζεται άμεσα με το στίγμα είναι αυτή της αυτό-εκπληρούμενης προφητείας. Σύμφωνα με αυτήν τη θεωρία, μία προσδοκία για τη συμπεριφορά ενός ή περισσότερων ατόμων είναι ικανή να οδηγήσει στην εκδήλωση αυτής της συμπεριφοράς (Χουντουμάδη και Πατεράκη, 2008). Μορφή αυτό-εκπληρούμενης προφητείας αποτελεί το φαινόμενο Rosenthal, όπου ο ίδιος ο Rosenthal μαζί με τον Jacobson μέτρησαν το επίπεδο νοημοσύνης μαθητών ενός σχολείου, επέλεξαν τελείως τυχαία το 20% αυτών και ενημέρωσαν τους δασκάλους ότι τα επιλεγμένα παιδιά είναι εξαιρετικά ευφυή. Έπειτα από λίγους μήνες, επανεξετάστηκαν όλοι οι μαθητές και τα συγκεκριμένα παιδιά παρουσίασαν σημαντική πρόοδο. Το πείραμα αυτό απέδειξε το γεγονός ότι οι προσδοκίες των δασκάλων είχαν αντίκτυπο στην πρόοδο των μαθητών επαληθεύοντας τη θεωρία της αυτό-εκπληρούμενης προφητείας (Νιάρη & Μανούσου, 2016).

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

1.5. Συσχέτιση αιτιακών αποδόσεων και στάσεων

Όπως έχει αναφερθεί προηγουμένως οι αιτιακές αποδόσεις είναι η τάση των ανθρώπων να αποδίδουν τη συμπεριφορά των ίδιων ή των άλλων σε κάποια αιτία. Με άλλα λόγια, η ερμηνεία μίας συμπεριφοράς ονομάζεται αιτιακή απόδοση. Υπάρχουν οι εσωτερικές αποδόσεις, όπου η συμπεριφορά αποδίδεται σε εσωτερικά αίτια, όπως η προσωπικότητα, και οι εξωτερικές αποδόσεις, στις οποίες η συμπεριφορά ερμηνεύεται με βάση εξωτερικούς παράγοντες, όπως οι συνθήκες (Χαντζή, 2010).

Πέρα από τις αιτιακές αποδόσεις, υπάρχουν οι στάσεις, οι οποίες επηρεάζουν τις αντιδράσεις των ανθρώπων. Οι στάσεις είναι μαθημένες σταθερές προδιαθέσεις του ατόμου απέναντι σε άλλα άτομα, ομάδες, ιδέες, και άλλα (Χουντουμάδη, & Πατεράκη, 2008).

Με βάση τα παραπάνω αξίζει να αναφερθεί η συσχέτιση των αιτιακών αποδόσεων και των στάσεων. Οι αιτιακές αποδόσεις επηρεάζουν τις στάσεις. Με βάση τις αιτιακές αποδόσεις που έχει το άτομο για μία συμπεριφορά, διαμορφώνονται οι στάσεις του απέναντι στο άτομο που εκδηλώνει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Πιο αναλυτικά, η στάση αποτελεί τη δυναμική συμπεριφορά ενός ατόμου. Επομένως, μία αιτιακή απόδοση μπορεί να προβλέψει μία συμπεριφορά μέσω του διαμεσολαβητικού παράγοντα των στάσεων.

1.6. Θεωρία εγγύτητας Allport

Ωστόσο, οι στάσεις και οι αιτιακές αποδόσεις επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες. Ένας από αυτούς τους παράγοντες είναι η επαφή μεταξύ δύο ομάδων. Σύμφωνα, λοιπόν, με τη θεωρία του Allport, όταν δύο ομάδες ατόμων αλληλεπιδρούν, διαμορφώνουν κοινούς στόχους και συνεργάζονται. Πιο συγκεκριμένα, ανάμεσα σε αυτά τα άτομα υπάρχει ισότητα, καθώς κανείς δεν ηγείται, ενώ για την επίτευξη των κοινών στόχων θα πρέπει να δημιουργηθούν κοινωνικά μέτρα έτσι ώστε να συνεργαστούν ομαλά οι δύο ομάδες. Με αυτόν τον τρόπο, συνεπώς, τα άτομα έρχονται σε επαφή με αποτέλεσμα να μειώνεται η προκατάληψη και να ανακατασκευάζονται οι στάσεις τους (Allport, 1954).

Ένα παράδειγμα της θεωρίας του Allport αποτελούν οι άνθρωποι που έχουν στο περιβάλλον τους ένα άτομο που έχει διαγνωστεί με κάποια ψυχική διαταραχή. Με βάση τη θεωρία, οι άνθρωποι αυτοί φαίνεται να μην έχουν το ίδιο αρνητικές

στάσεις σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν επαφή με κάποιον με ψυχική ασθένεια. Επομένως, η επαφή με άτομα με κάποια ψυχική διαταραχή θα μπορούσε να συμβάλει στη μείωση των προκαταλήψεων και την καταπολέμηση του στίγματος.

1.7. Στάσεις κοινωνίας απέναντι στην ψυχική ασθένεια

Σε αυτό το σημείο έχει μεγάλο ενδιαφέρον να αναφερθεί ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζει η κοινωνία την ψυχική ασθένεια και πιο συγκεκριμένα, να αναφερθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διαμόρφωση των στάσεων αυτών. Σύμφωνα με έρευνες, τα δημογραφικά ενός ατόμου παίζουν καθοριστικό ρόλο στον τρόπο που θα ερμηνεύσει την ψυχική ασθένεια. Πρώτα από όλα, υπάρχουν διαφορές στις στάσεις των ατόμων σε σχέση με το φύλο. Οι γυναίκες φαίνεται να είναι λιγότερο αρνητικές απέναντι στα άτομα με ψυχική διαταραχή συγκριτικά με τους άντρες (Wilson, Ballman, & Buczek, 2015). Επιπλέον, η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των στάσεων. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία και ανήκουν σε χαμηλό εκπαιδευτικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο έχουν περισσότερο αρνητικές στάσεις (Zissi, 2000). Η ύπαρξη μικρών παιδιών στην οικογένεια, επίσης, συντελεί στη δημιουργία αρνητικών στάσεων στα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχικές δυσκολίες (Zissi, 2000). Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει την ερμηνεία της ψυχικής διαταραχής είναι η καταγωγή. Στις αγροτικές περιοχές, οι άνθρωποι έχουν διαμορφώνουν πιο αρνητικές στάσεις από αυτούς που ζουν σε αστικές περιοχές (Zissi, 2006· Tzouvara, Papadopoulou, & Randhawa, 2016). Οι γνώσεις του ατόμου, τέλος, σχετικά με την ψυχική υγεία και ασθένεια φαίνεται να είναι καθοριστικές στη μείωση του στίγματος σύμφωνα με την Ζήση (2000).

1.8. Συνέπειες των αρνητικών στάσεων στα άτομα με ψυχική διαταραχή

Όλα όσα αναφέρθηκαν προκαλούν συνέπειες στα άτομα που αντιμετωπίζουν μία ψυχική ασθένεια σε κάθε επίπεδο. Αρχικά, σε ψυχολογικό επίπεδο, το στίγμα που δέχονται τους δημιουργεί υψηλά επίπεδα άγχους με αποτέλεσμα να εντείνονται τα συμπτώματα της διαταραχής (Λογδανίδου, Μαλλιοπούλου & Γεωργάκα, 2018). Επιπρόσθετα, τα άτομα αυτά είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν δυσκολίες στην εύρεση εργασίας και στη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων εξαιτίας της ψυχικής διαταραχής. Οι αρνητικές στάσεις και το στίγμα θεωρούνται από πολλούς ερευνητές

πολύ πιο επιβλαβείς σε σχέση με τις ίδιες τις διαταραχές (Λογδανίδου, Μαλλιοπούλου & Γεωργάκα, 2018).

1.9. Ιατρικά μοντέλα

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που ανήκουν στο σύμπλεγμα ψ μπορεί να έρθουν σε επαφή με άτομα με κάποια ψυχική διαταραχή. Για αυτόν το λόγο, αξίζει να αναφερθεί ότι ο κλάδος της ψυχιατρικής και της ψυχολογίας παρουσιάζουν πολλές διαφορές και μία από αυτές είναι ο τρόπος που αντιμετωπίζουν τις ασθένειες και τις διαταραχές. Οι ψυχίατροι τείνουν να υιοθετούν το βιοϊατρικό μοντέλο, ενώ οι ψυχολόγοι το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο.

1.9.1. Βιοϊατρικό μοντέλο

Το βιοϊατρικό μοντέλο που ισχύει μέχρι και σήμερα βασίζεται στους βιολογικούς παράγοντες της ασθένειας. Μία ασθένεια, δηλαδή, οφείλεται σε έναν εξωτερικό ή έναν εσωτερικό τραυματισμό. Εξωτερικός τραυματισμός μπορεί να είναι σωματικός, ενώ εσωτερικός να είναι ένα μικρόβιο (Havelka, Lučanin & Lučanin, 2009).

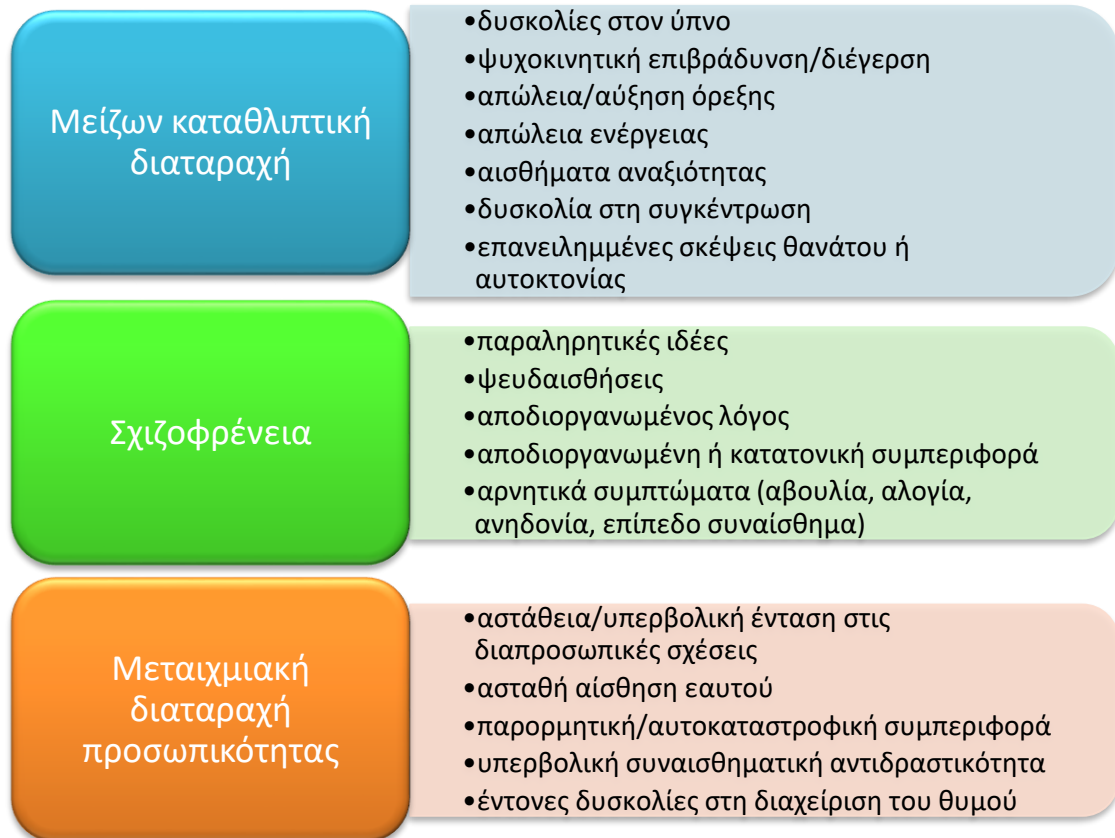
1.9.2. Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο

Αντίθετα, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο βασίζεται στην αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Στη διαδικασία, λοιπόν, της αξιολόγησης, της πρόληψης και της θεραπείας των ασθενειών παίζουν ρόλο όλοι οι παραπάνω παράγοντες, χωρίς να υποτιμάει το ρόλο των βιολογικών παραγόντων (Havelka, Lučanin & Lučanin, 2009).

1.10. Ψυχικές διαταραχές που θα μελετηθούν

Οι ψυχικές διαταραχές που επιλέχθηκαν για να παρουσιαστούν στην έρευνα είναι η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, η σχιζοφρένεια και η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας. Το κριτήριο που επιλέχθηκαν ήταν να ανήκουν σε διαφορετική διαγνωστική ομάδα στο DSM. Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο για τις ψυχικές διαταραχές της Αμερικανικής Ψυχολογικής Εταιρείας είναι το DSM. Το τελευταίο και ενημερωμένο DSM εκδόθηκε το 2013 και ονομάζεται DSM-V (APA, 2018).

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ



1.10.1. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή

Η **μείζονα καταθλιπτική διαταραχή** ανήκει στις **διαταραχές διάθεσης** και για τη διάγνωση απαιτούνται 5 από τα 9 συμπτώματα. Τα συμπτώματα είναι τα εξής: *δυσκολίες στον ύπνο, ψυχοκινητική επιβράδυνση/διέγερση, απώλεια/αύξηση όρεξης, απώλεια ενέργειας, αισθήματα αναξιότητας, δυσκολία στη συγκέντρωση, επανελημμένες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας* (Αυδή & Ρούσση, 2010).

Συχνά, τα άτομα με κατάθλιψη προτιμούν να απομακρύνονται από τους άλλους με αποτέλεσμα να απομονώνονται και να παραμελούν τον εαυτό τους, όπως για παράδειγμα την εμφάνισή τους (Αυδή & Ρούσση, 2010).

1.10.2. Σχιζοφρένεια

Για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας, η οποία ανήκει στα κλινικά σύνδρομα, το άτομο θα πρέπει να παρουσιάζει *έκπτωση στη λειτουργικότητά του* στην εργασία του και την κοινωνική του ζωή, ενώ τα συμπτώματα θα πρέπει να υπάρχουν για τουλάχιστον έξι μήνες. Το σχιζοφρενικό άτομο θα πρέπει να έχει δύο ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα: *παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος*

λόγος, αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά, αρνητικά συμπτώματα (αβουλία, αλογία, ανηδονία, επίπεδο συναίσθημα) (Αυδή & Ρούσση, 2010).

Οι συνέπειες των συμπτωμάτων εμφανίζονται όχι μόνο στη ζωή του ίδιου του ασθενή αλλά και στον κοινωνικό του περίγυρο. Οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις μπορούν να προκαλέσουν δυσφορία στην οικογένεια και τους φίλους του ατόμου, ενώ πολλές φορές η παράξενη συμπεριφορά του μπορούν να οδηγήσουν στην απώλεια φίλων ή ακόμη και στη δίωξή του (Αυδή & Ρούσση, 2010).

1.10.3. Μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας

Ο όρος που χρησιμοποιείται για τη συγκεκριμένη διαταραχή στα Αγγλικά είναι “*Borderline*”, ενώ στα Ελληνικά χρησιμοποιούνται τρεις όροι για να αποδώσουν το συγκεκριμένο όρο: μεταιχμιακή, μεθοριακή ή οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Τα βασικότερα κριτήρια για τη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας, η οποία ανήκει στο cluster B των διαταραχών προσωπικότητας, είναι το άτομο να παρουσιάζει *αστάθεια και υπερβολική ένταση στις διαπροσωπικές σχέσεις, να έχει ασταθή αίσθηση του εαυτού, να παρουσιάζει παρορμητική και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, να έχει υπερβολική συναισθηματική αντιδραστικότητα και έντονες δυσκολίες στη διαχείριση του θυμού* (Αυδή & Ρούσση, 2010). Γενικότερα, η συμπεριφορά των ατόμων με τη διαταραχή αυτή είναι απρόβλεπτη και όπως αναφέρουν και οι επαγγελματίες υγείας «*αντιδρούν υπερβολικά με αρνητικούς τρόπους με αποτέλεσμα να προκαλούν αντιδράσεις*» (Howe, 2013). Επιπλέον, τα άτομα αυτά παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά αυτοκτονιών. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι πάνω από το 10% πεθαίνουν από αυτοκτονία (Howe, 2013). Ο επιπολασμός της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας ανέρχεται στο 2% του γενικού πληθυσμού (Giannouli, Perogamvros, Berk, Svigos & Vaslamatzis, 2009).

1.11. Στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στις παραπάνω διαταραχές

Αυτό που έχει ενδιαφέρον είναι ο τρόπος με τον οποίο συμπεριφέρονται οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στους ασθενείς με τις υπό μελέτη διαταραχές. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω στην θεωρία του Allport, όταν δύο ομάδες ανθρώπων έρχονται σε επαφή έχουν κοινούς στόχους. Έτσι και στην περίπτωση του επαγγελματία ψυχικής υγείας και του ατόμου με κάποια ψυχική διαταραχή. Αποκτούν

μεταξύ τους μία θεραπευτική σχέση, η οποία θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από καλή συναισθηματική επαφή, οικειότητα, σεβασμό και αμοιβαία εμπιστοσύνη (Λίλου, 2018). Ωστόσο, δεν δημιουργείται πάντα αυτή η σχέση ανάμεσα στον θεραπευτή και τον ασθενή εξαιτίας των στάσεων του επαγγελματία και του στίγματος που δέχεται ο ασθενής. Στις παρακάτω υποενότητες παρουσιάζονται οι στάσεις των επαγγελματιών σε σχέση με την κάθε διαταραχή ξεχωριστά.

1.11.1. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή

Η στάση των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με την κατάθλιψη είναι καλύτερη συγκριτικά με τις άλλες δύο διαταραχές. Οι περισσότεροι κοινοποιούν τη διάγνωση με τους συγγενείς του ασθενή, κάτι το οποίο είναι αποτέλεσμα των καμπανιών ενημέρωσης του κοινού για τη συγκεκριμένη διαταραχή (Björkman, Angelman & Jönsson, 2008). Όσον αφορά την κοινωνική απόσταση, οι επαγγελματίες παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά στην κατάθλιψη σε σχέση με τη σχιζοφρένεια (Lee, Laurent, Wykes, Andren, Bourassa & McKibbin, 2014).

1.11.2. Σχιζοφρένεια

Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι από τα πιο στιγματισμένα άτομα με ψυχική διαταραχή. Αυτό συμβαίνει, σύμφωνα με τη Borenstein (2011), από τότε που το βιοϊατρικό μοντέλο άρχισε να επικρατεί. Οι βιολογικές αιτιακές αποδόσεις της σχιζοφρένειας φαίνεται να σχετίζονται θετικά με τις αντιλήψεις για την επικινδυνότητα, το φόβο, την απρόβλεπτη συμπεριφορά και την κοινωνική απόσταση από άτομα με σχιζοφρένεια (Read, Haslam, Sayce & Davies, 2006). Το προσωπικό ψυχικής υγείας φαίνεται να μεταφέρει τα στερεότυπα που υπάρχουν στην κοινωνία για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια στο επάγγελμά τους (Björkman, Angelman & Jönsson, 2008). Πιο συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που θεωρούν τους ασθενείς με σχιζοφρένεια επικίνδυνους είναι αυτοί με τη λιγότερη εργασιακή εμπειρία και πιο νέοι σε ηλικία (Read, Haslam, Sayce & Davies, 2006). Επιπλέον, 79% των φοιτητών της ιατρικής θα ήθελε να έχει φίλο ένα άτομο με σχιζοφρένεια, ενώ μόλις το 6% θα παντρευόταν ένα τέτοιο άτομο (Üçok, Polat, Sartorius, Erkoç & Ataklı, 2004). Οι ψυχίατροι, επίσης, παρουσιάζουν περισσότερα αρνητικά στερεότυπα σε σχέση με το κοινό και έχουν την τάση να μην κοινοποιούν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας στους συγγενείς με την αντίληψη ότι δε γνωρίζουν

λεπτομέρειες για τη συγκεκριμένη διαταραχή και αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα να μη συμμορφώνεται ο ασθενής στη θεραπεία (Björkman, Angelman & Jönsson, 2008).

1.11.3. Μετايχμιακή διαταραχή προσωπικότητας

Στο σύστημα υγείας, οι ασθενείς με μετايχμιακή διαταραχή προσωπικότητας αντιμετωπίζονται ως οι αποδιοπομπαίοι τράγοι, διότι υπάρχουν προκαταλήψεις προς τους συγκεκριμένους ασθενείς από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας. Από τη μία, οι νοσηλεύτριες τούς θεωρούν *«μία ισχυρή, επικίνδυνη και ασταμάτητη δύναμη, η οποία αφήνει πίσω της ένα ίχνος καταστροφής»* (Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Για αυτό το λόγο αφιερώνουν λιγότερο χρόνο σε αυτούς, ενώ έχουν και χαμηλές προσδοκίες για την έκβαση της θεραπείας τους. Τα άτομα που διαγιγνώσκονται με μετايχμιακή διαταραχή προσωπικότητας, λοιπόν, επισημαίνονται ως «δύσκολοι» ασθενείς (Sulzer, 2015), με αποτέλεσμα το προσωπικό να παρέχει λιγότερη ενσυναίσθηση σε σχέση με ασθενείς με σχιζοφρένεια ή κατάθλιψη (Gallop, Lancee & Garfinkel, 1989· Fraser & Gallop, 1993· Markham & Trower, 2003). Αναλυτικότερα, το νοσηλευτικό προσωπικό δεν επιδεικνύει την ίδια ενσυναίσθηση, συμπόνια και αισιοδοξία σε αντίθεση με άλλους ασθενείς (Bodner, Cohen-Fridel & Iancu, 2011).

Σε έρευνα στην Ελλάδα συμμετείχαν 127 νοσηλευτές από ψυχιατρικά και γενικά νοσοκομεία της χώρας. Στόχος της έρευνας ήταν να προσδιοριστούν οι γνώσεις, οι στάσεις και η εμπειρία των νοσηλευτών και να γίνει η σύγκριση μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονται στα γενικά και αυτών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία (Giannouli, Perogamvros, Berk, Svigos & Vaslamatzis, 2009). Γενικότερα, με βάση τα αποτελέσματα, μόνο το 4.3% των νοσηλευτών δεν έχουν εκπαιδευτεί σχετικά με τη μετايχμιακή διαταραχή προσωπικότητας, ενώ παρατηρήθηκε από το 95,6% των νοσηλευτών επιθυμία για να αφιερώνουν δύο ώρες κάθε μήνα για να εκπαιδευτούν στη συγκεκριμένη διαταραχή. Περίπου οι μισοί συμμετέχοντες έχουν γνώσεις για τη μετايχμιακή διαταραχή, ενώ το 85,5% χαρακτηρίζουν δύσκολη τη διαχείριση των ασθενών αυτών. Ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα είναι το γεγονός ότι οι νοσηλευτές των ψυχιατρικών νοσοκομείων έχουν τρεις φορές λιγότερη επαφή με μετايχμιακούς ασθενείς το μήνα και τέσσερις φορές λιγότερη επαφή καθημερινά. Σύμφωνα με τους ερευνητές, τα αποτελέσματα αυτά μπορούν να ερμηνευτούν λόγω της υποδιάγνωσης της συγκεκριμένης διαταραχής και επίσης τα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας τα επισκέπτονται ασθενείς με ψυχώσεις σε αντίθεση με τα

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ

ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

γενικά νοσοκομεία, τα οποία επισκέπτονται ασθενείς με κατάθλιψη και άλλα σύνδρομα συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών προσωπικότητας.

Από την άλλη πλευρά, οι ψυχολόγοι εκφράζουν λιγότερη ανταγωνιστικότητα απέναντι στους μεταιχμιακούς ασθενείς σε σχέση με τους ψυχιάτρους και τους νοσηλευτές, ενώ παράλληλα τους θεωρούν λιγότερο χειριστικούς (Bodner, Cohen-Fridel & Iancu, 2011).

Σύμφωνα με πολλές έρευνες (Cleary et al. 2002,; James & Cowman 2007,; Giannouli et al. 2009,; Strong 2010), η πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας αναφέρουν καθημερινή ή εβδομαδιαία επαφή με μεταιχμιακούς ασθενείς. Ωστόσο, μόνο το 3% έως 32% έχουν εκπαιδευτεί στη συγκεκριμένη διαταραχή. Φαίνεται, όμως, ότι όλοι οι συμμετέχοντες επιθυμούν περαιτέρω ενημέρωση και εκπαίδευση σχετικά με τη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας και είναι πρόθυμοι να αφιερώσουν τουλάχιστον μία ώρα το μήνα για την εκπαίδευση (Dickens, Lamont & Gray, 2016).

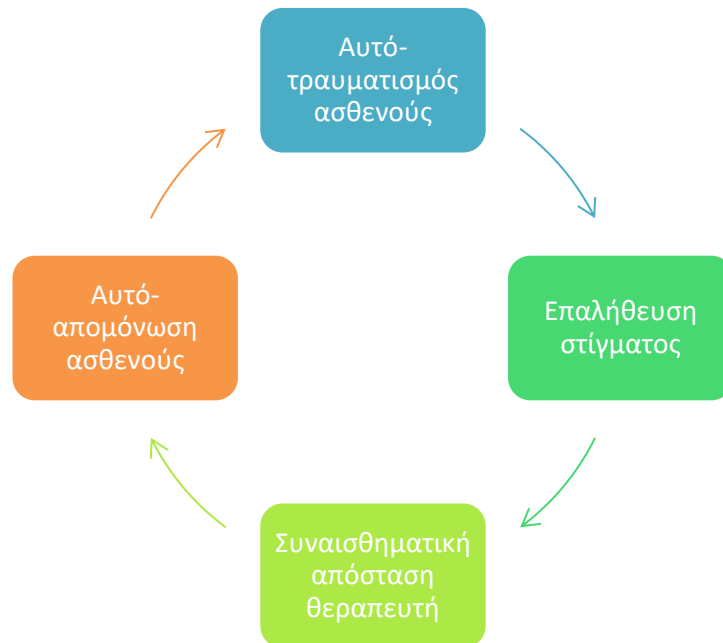
Παρόλο που όλοι οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν αυτούς τους ασθενείς πιο δύσκολους από ασθενείς με άλλες ψυχικές διαταραχές (Sansone & Sansone, 2013), όλοι πιστεύουν ότι μπορούν να βελτιωθούν αρκεί να λαμβάνουν συναισθηματική υποστήριξη, περιορισμό και ψυχολογική και φαρμακευτική θεραπεία όταν εισάγονται στις κλινικές (Bodner, Cohen-Fridel & Iancu, 2011). Από τη δική τους μεριά, οι ασθενείς θεωρούν την αναζήτηση βοήθειας από τους επαγγελματίες υγείας ως πρόκληση (Lawn & McMahon, 2015). Πρόκειται, λοιπόν, για μία «αντιθεραπευτική» αντιμετώπιση των ασθενών με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας (Dickens, Lamont, & Gray, 2016).

Οι αρνητικές στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους μεταιχμιακούς ασθενείς έχουν ως συνέπεια το στιγματισμό τους και κατ' επέκταση στη διαμόρφωση των προσδοκιών των θεραπειών για τη συμπεριφορά, τις αντιδράσεις και τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία. Έτσι, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος σύμφωνα με τους Aviram, Brodsky και Stanley (2006). Πιο συγκεκριμένα, ο ασθενής με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας αυτό-τραυματίζεται, γεγονός που επαληθεύει το στίγμα που επικρατεί. Το στίγμα καθιερώνει ορισμένες προκαταλήψεις για τους ασθενείς αυτούς και έτσι οδηγεί το θεραπευτή να κρατάει συναισθηματική

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ

ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

απόσταση από τον ασθενή, ο οποίος με τη σειρά του αυτό-απομονώνεται (self-loathing) και καταλήγει και πάλι στον αυτό-τραυματισμό του.



Σχήμα 1: Κύκλος επιβεβαίωσης στιγματισμού και δυσλειτουργικής συμπεριφοράς στη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας

Με βάση τα παραπάνω, τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις των επαγγελματιών φαίνεται να επηρεάζουν και να διαμορφώνουν αρνητικά τη θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς τους. Η σχέση αυτή μπορεί να χαρακτηριστεί δυσλειτουργική, καθώς δεν υπάρχει ενσυναίσθηση και ειλικρίνεια (Gallop, Lancee & Garfinkel, 1989· Fraser, & Gallop, 1993· Markham, & Trower, 2003). Με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, ορισμένα χαρακτηριστικά που μπορούν να βοηθήσουν στη δημιουργία μίας λειτουργικής θεραπευτικής σχέσης και επικοινωνίας είναι τα παρακάτω. Σημαντικό ρόλο, κατά τους Bodner, Shrira, Hermesh, Ben-Ezra και Ianzu (2015), παίζει ο φόβος θανάτου του επαγγελματία υγείας, διότι συσχετίζεται θετικά με τα αρνητικά αισθήματα του ίδιου προς τα άτομα με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας. Επιπλέον, η προσοχή του επαγγελματία κατά την αλληλεπίδρασή του με τον ασθενή μπορεί να συντελέσει θετικά στη θεραπευτική τους σχέση (Levy, Beeneey, Wasserman & Clarkin, 2010), ενώ παράλληλα η επικέντρωση στο «εδώ και τώρα» έχει ως αποτέλεσμα θετικές συμπεριφορές και αντιδράσεις απέναντι στους ασθενείς (Stroud, & Parsons, 2013). Τέλος, σύμφωνα με τους Langley & Klorper (2005), η εμπιστοσύνη αποτελεί το κρίσιμο στοιχείο για την εδραίωση της θεραπευτικής σχέσης.

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

1.12. Σχετικές έρευνες

Έχοντας αναλύσει τους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη θεραπευτική σχέση και τη δημιουργία αρνητικών στάσεων απέναντι στα άτομα με ψυχική διαταραχή, παρουσιάζονται παρακάτω τα δεδομένα ερευνών που διερεύνησαν τη συσχέτιση αιτιακών αποδόσεων και στάσεων στο χώρο της ψυχικής ασθένειας.

Στόχος της έρευνας των Lee, Laurent, Wykes, Andren, Bourassa και McKibbin (2014) ήταν να διερευνήσουν την επίδραση της αιτιακών αποδόσεων των ψυχικών διαταραχών στην κοινωνική απόσταση και στις αποφάσεις βοήθειας. Οι διαταραχές παρουσιάζονταν σε βινιέτες με τα συμπτώματα κατάθλιψης, σχιζοφρένειας και διπολικής διαταραχής ξεχωριστά. Στην πρώτη ομάδα των συμμετεχόντων οι διαταραχές παρουσιάστηκαν ως βιολογικές, ενώ στη δεύτερη περιβαλλοντικές. Οι συμμετέχοντες, ήταν φοιτητές ψυχολογίας, οι οποίοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια των παραπάνω μεταβλητών. Με βάση τα αποτελέσματα, οι συμμετέχοντες της πρώτης ομάδας με τις βιολογικές διαταραχές παρουσίασαν μεγαλύτερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση σε σχέση με τη δεύτερη ομάδα. Επιπλέον, η μεταβλητή που μεσολαβούσε στην επιθυμία για κοινωνική απόσταση από τους ασθενείς με σχιζοφρένεια ήταν η αντίληψη κινδύνου.

Στην έρευνα των Sears, Pomerantz, Segrist και Rose (2011), χορηγήθηκαν στους φοιτητές έξι βινιέτες με τις εξής διαταραχές: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), αυτισμός, αλκοολισμός, σχιζοφρένεια, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και διπολική διαταραχή. Έπειτα, οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο σε 7-βαθμη κλίμακα Likert για τις πεποιθήσεις απόδοσης των διαταραχών και το ερωτηματολόγιο κοινωνικής απόστασης (SDDS). Καμία από τις βιολογικές ή τις συμπεριφορικές πεποιθήσεις δεν κατάφερε να προβλέψει την κοινωνική απόσταση των συμμετεχόντων από τα άτομα που περιγράφονται στις βινιέτες. Οι διαταραχές που παρουσίασαν χαμηλότερο μέσο όρο στην κοινωνική απόσταση ήταν η σχιζοφρένεια και ο αλκοολισμός, ενώ η διπολική διαταραχή σημείωσε τον υψηλότερο.

1.13. Η παρούσα έρευνα

Σύμφωνα με τις παραπάνω θεωρίες και τα αποτελέσματα των ερευνών που παρουσιάστηκαν, διαμορφώθηκε η παρούσα έρευνα. Πιο αναλυτικά, στόχος της ήταν

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ

ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

να διερευνήσει την επίδραση των αιτιακών αποδόσεων της ψυχικής διαταραχής στη διαμόρφωση των αρνητικών στάσεων απέναντι στα άτομα με τη διαταραχή αυτή.

Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες έπρεπε να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο αποδόσεων ψυχικών διαταραχών και έπειτα τους παρουσιάστηκε μία βινιέτα σε κάθε συμμετέχοντα με μία από τις τρεις ψυχικές διαταραχές που διερευνώνται· μείζων καταθλιπτική διαταραχή, σχιζοφρένεια και μταιχιμακή διαταραχή προσωπικότητας. Στη συνέχεια, απάντησαν στο ερωτηματολόγιο στάσεων, από το οποίο προκύπτουν 9 υποκατηγορίες και την κλίμακα σημασιολογικής διαφοροποίησης του Osgood.

2. Μέθοδος

2.1. Ο σκοπός του προγράμματος

Η μελέτη των αιτιακών αποδόσεων και των στάσεων των φοιτητών Ψυχολογίας και Ιατρικής απέναντι στα άτομα με ψυχική διαταραχή.

2.2. Οι στόχοι του προγράμματος

- Να μελετηθεί η επίδραση των αιτιακών αποδόσεων (βιοϊατρική έναντι βιοψυχοκοινωνικής αιτιακής απόδοσης) στις στάσεις απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια
- Να εξεταστεί πώς οι αιτιακές αποδόσεις επιδρούν στις στάσεις ανάλογα με τη συνθήκη-τύπο ψυχικής ασθένειας (σχιζοφρένεια, κατάθλιψη, μταιχιμακή διαταραχή προσωπικότητας)
- Να μελετηθεί η επίδραση των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων στις αποδόσεις και τις στάσεις των φοιτητών. Οι ερευνητικές υποθέσεις

Με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση οι υποθέσεις της έρευνας διαμορφώθηκαν ως εξής:

Σύμφωνα με τους Lee, Laurent, Wykes, Andren, Bourassa και McKibbin (2014), την έρευνα των Sears, Pomerantz, Segrist και Rose (2011) και τα αποτελέσματα των Λογδανίδου, Μαλλιοπούλου & Γεωργάκα (2018), η απόδοση μίας ψυχικής διαταραχής σε βιολογικούς παράγοντες θα δημιουργήσει αρνητικές στάσεις και κοινωνική απομάκρυνση από τα άτομα με τη διαταραχή αυτή, ενώ θα συσχετιστεί και με την μεταβλητή της επικινδυνότητας.

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Δεύτερη υπόθεση της έρευνας ήταν ότι τα δημογραφικά των ατόμων θα επηρεάσουν τις στάσεις τους και συγκεκριμένα, τα άτομα που κατάγονται από μεγάλη πόλη θα έχουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στα άτομα με ψυχική διαταραχή (Zissi, 2006· Tzouvara, Papadopoulos, & Randhawa, 2016).

Επιπλέον, σύμφωνα με τη Giannouli και λοιποί (2009), οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που δεν είχαν εκπαιδευτεί πάνω στην μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας είχαν αρνητικές στάσεις στα άτομα με τη διαταραχή αυτή. Επομένως, όσοι συμμετέχοντες έχουν διδαχτεί μαθήματα Ψυχοπαθολογίας θα έχουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στο άτομο της βινιέτας, καθώς θα γνωρίζουν πληροφορίες σχετικά με τη διαταραχή που περιγράφεται.

Μία ακόμη υπόθεση της έρευνας διαμορφώθηκε με βάση τη θεωρία του Allport (1954). Όσοι συμμετέχοντες έχουν στο άμεσο περιβάλλον τους κάποιο άτομο με μία ψυχική ασθένεια θα έχουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στο άτομο που περιγράφεται στο ερωτηματολόγιο.

Πέμπτη υπόθεση της παρούσας έρευνας σχετίζεται με το τμήμα σπουδών των φοιτητών και πιο αναλυτικά, οι φοιτητές ιατρικής θα έχουν πιο αρνητικές στάσεις απέναντι στα άτομα με ψυχική διαταραχή, γιατί υιοθετούν το βιοϊατρικό μοντέλο και επομένως θα αποδώσουν την ψυχική ασθένεια σε βιολογικούς παράγοντες.

Συγκεκριμένα για κάθε διαταραχή, διαμορφώθηκαν οι παρακάτω υποθέσεις:

Όσον αφορά την κατάθλιψη, οι συμμετέχοντες θα έχουν τις λιγότερο αρνητικές στάσεις συγκριτικά με τη σχιζοφρένεια και τη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας (Lee, Laurent, Wykes, Andren, Bourassa και McKibbin, 2014).

Σχετικά με την σχιζοφρένεια, οι φοιτητές θα σημειώσουν υψηλές τιμές στην κλίμακα των στάσεων και συγκεκριμένα στις υποκατηγορίες επικινδυνότητας και αποφυγής (Λογδανίδου, Μαλλιοπούλου & Γεωργάκα, 2018).

Τέλος, οι συμμετέχοντες που έτυχαν τη βινιέτα με την μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας θα εκδηλώσουν λιγότερη ενσυναίσθηση σε σχέση με τις άλλες δύο διαταραχές που μελετώνται (Gallop, Lancee & Garfinkel, 1989· Fraser, & Gallop, 1993· Markham, & Trower, 2003).

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

2.3. Διαδικασία



Σχήμα 2: Σχέδιο έρευνας

Η έρευνα αυτή αποτελείται από 6 μέρη. Το πρώτο μέρος είναι αυτό των αιτιακών αποδόσεων, στο οποίο χρησιμοποιήθηκε η *Κλίμακα Αιτιακών Πεποιθήσεων για τις Ψυχικές Διαταραχές* και εκτιμήθηκαν οι αιτιακές αποδόσεις των συμμετεχόντων για την ψυχική ασθένεια. Στη συνέχεια, παρουσιάστηκε στους φοιτητές μία βινιέτα, διαφορετική για κάθε ερωτηματολόγιο. Από αυτήν προέκυψαν τρεις διαφορετικές πειραματικές συνθήκες: η πρώτη ήταν η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η δεύτερη η σχιζοφρένεια και η τρίτη η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας. Μαζί με την μελέτη περίπτωσης έγινε και η περιγραφή των συμπτωμάτων σύμφωνα με το DSM. Μετά τη βινιέτα, οι φοιτητές Ιατρικής και Ψυχολογίας κλήθηκαν να συμπληρώσουν το *Ερωτηματολόγιο Στάσεων* των Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan και Kubiak (2003), με το οποίο αξιολογήθηκαν οι στάσεις απέναντι στο άτομο της βινιέτας. Έπειτα, συνέχισαν με την συμπλήρωση της *Κλίμακας Σημασιολογικής Διαφοροποίησης*. Τέλος, οι συμμετέχοντες κατέγραψαν τα κοινωνικοδημογραφικά τους στοιχεία.

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Πρόκειται για μία έρευνα που ανήκει στην κατηγορία των e-survey, διότι το ερωτηματολόγιο κοινοποιήθηκε μέσω διαδικτύου. Δημιουργήθηκαν ερωτηματολόγια στο Google Forms, τα οποία ήταν ίδια σε όλα τα μέρη εκτός από ένα: αυτό της βινιέτας, η οποία σε κάθε ερωτηματολόγιο ήταν διαφορετική. Στο πρώτο ερωτηματολόγιο παρουσιάστηκε μία μελέτη περίπτωσης ενός ατόμου με *μείζονα καταθλιπτική διαταραχή*, στο δεύτερο ερωτηματολόγιο το άτομο είχε διάγνωση *σχιζοφρένειας* και στο τελευταίο αναφερόταν σε ένα άτομο με *μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας*.

Τα 3 ερωτηματολόγια φιλοξενήθηκαν στον ίδιο server, πίσω από τον ίδιο σύνδεσμο. Η εμφάνιση του ερωτηματολογίου για τον κάθε επισκέπτη του συνδέσμου έγινε με τυχαίο τρόπο. Έτσι, προέκυψαν τρεις ανεξάρτητες ομάδες συμμετεχόντων με βάση το ερωτηματολόγιο που συμπλήρωσαν. Το link κοινοποιήθηκε στην πλατφόρμα του Facebook και συγκεκριμένα σε διάφορες ομάδες φοιτητών Ιατρικής και Ψυχολογίας ανά την Ελλάδα. Τέλος, κοινοποιήθηκε και στο προσωπικό μου προφίλ στο LinkedIn.

2.4. Δείγμα

Οι φοιτητές που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν συνολικά 132, από τους οποίους 19 άντρες (14,4%) και 113 γυναίκες (85,6%). Η ηλικία κυμάνθηκε από τα 18 έως τα 52 έτη (Μ.Ο.= 23,56, Τ.Α.=4,48). Από τους 132 συμμετέχοντες, οι 66 ήταν φοιτητές Ιατρικής (50%) και οι υπόλοιποι 66 φοιτητές Ψυχολογίας (50%). *Γνώσεις Ψυχοπαθολογίας και Ψυχιατρικής* είχαν οι 93 φοιτητές (70,5%), ενώ οι 39 δεν είχαν (29,5%). Οι 131 (99,2%) συμμετέχοντες είχαν ελληνική *ιθαγένεια* και μόνο ένας ιορδανική (0,8%). Όσον αφορά την *καταγωγή* τους, η πλειοψηφία καταγόταν από πόλη με πάνω από 10.000 κατοίκους (75,8%), το 12,9% από μικρότερη πόλη από 5.000 έως 10.000 κατοίκους, το 6,8% από κωμόπολη από 2.000 έως 5.000 κατοίκους και το υπόλοιπο 4,5% είχε καταγωγή από χωριό με 500 έως 2.000 κατοίκους. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να σημειώσουν σε ποια *οικονομική κλίμακα* βρίσκονται. Οι πιο πολλοί βρίσκονται στην πρώτη κλίμακα από 0 έως 200€ (40,9%), το 28% βρίσκεται στην δεύτερη κλίμακα των 200-300€, στην τρίτη κλίμακα βρίσκεται το 19,7% 400-600€, στην επόμενη κλίμακα των 600-800€ δήλωσε το 5,3% και στην τελευταία των 800€ και πάνω βρίσκεται το 6,1%. Επιπλέον, οι φοιτητές ανέφεραν την *κοινωνική και πολιτική ιδεολογία* τους με μία 5βαθμη κλίμακα από το

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ

ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

«συντηρητικός» έως το «προοδευτικός». Αξίζει να σημειωθεί πως κανένας δε δήλωσε συντηρητικός και οι περισσότεροι είναι σχεδόν προοδευτικοί με ποσοστό 44,7%, αμέσως μετά το 30,3% βρίσκονται στη μέση της κλίμακας, ενώ το 22% δήλωσε προοδευτικός και μόλις το 3% είναι στο σχεδόν συντηρητικός. Σχετικά με την *θρησκεία*, το 80,3% δήλωσαν Χριστιανοί Ορθόδοξοι, το 17,4% κανένα θρήσκευμα και το 2,3% μουσουλμάνοι. Ως προς τον βαθμό που νιώθουν *θρησκευόμενοι*, οι περισσότεροι βρίσκονταν από το καθόλου έως το μέτρια. Πιο συγκεκριμένα το 81,8% ήταν καθόλου έως μέτρια θρησκευόμενοι και μόλις το 18,2% δήλωσε αρκετά έως πολύ θρησκευόμενοι. Τέλος, οι συμμετέχοντες δήλωσαν εάν ζούσαν μόνοι τους στο διαμέρισμα ή *με συγγάτοικο*. Από τους 132, οι 74 συγκατοικούν (56,1%) και οι 58 μένουν μόνοι τους (43,9%).

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή	Σχιζοφρένεια	Μετايχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας
<ul style="list-style-type: none">• 42 άτομα• 5 άντρες (11,9%) - 37 γυναίκες (88,1%)• 19 - 47 ετών (Μ.Ο.=24,12, Τ.Α.=4,98)• 23 φοιτητές Ιατρικής (54,8%) - 19 φοιτητές Ψυχολογίας (45,2%)• Με γνώσεις 27 άτομα (64,3%) - χωρίς γνώσεις 15 άτομα (35,7%)	<ul style="list-style-type: none">• 47 άτομα• 8 άντρες (17%) - 39 γυναίκες (83%)• 19 - 35 ετών (Μ.Ο.=22,70, Τ.Α.=2,94)• 23 φοιτητές Ιατρικής (48,9%) - 24 φοιτητές Ψυχολογίας (51,1%)• Με γνώσεις 38 άτομα (80,9%) - χωρίς γνώσεις 9 άτομα (19,1%)	<ul style="list-style-type: none">• 43 άτομα• 6 άντρες (14%) - 37 γυναίκες (86%)• 18 - 52 ετών (Μ.Ο.=23,95, Τ.Α.=5,27)• 20 φοιτητές Ιατρικής (46,5%) - 23 φοιτητές Ψυχολογίας (53,5%)• Με γνώσεις 28 άτομα (65,1%) - χωρίς γνώσεις 15 άτομα (34,9%)

Σχήμα 3: Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία για κάθε πειραματική συνθήκη

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

2.5. Εργαλεία

2.5.1. Κλίμακα Αιτιακών Πεποιθήσεων Για Τις Ψυχικές Διαταραχές

Για την εκτίμηση των αιτιακών αποδόσεων των φοιτητών σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες χρησιμοποιήθηκε η *Κλίμακα Αιτιακών Πεποιθήσεων για τις Ψυχικές Διαταραχές* (MDCB) (Παράρτημα 1) (Mannarini & Boffo, 2013), η οποία μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στα Ελληνικά από τους Παπαθανασίου Χ. και Στυλιανίδη Σ. (2018). Την συγκεκριμένη κλίμακα την δημιούργησαν οι Stefania Mannarini και Marilisa Boffo (2013) και υπήρξε επικοινωνία με την τελευταία προκειμένου να δοθεί η άδεια για να χρησιμοποιηθεί η κλίμακα στην παρούσα έρευνα (Παράρτημα 5). Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς με 4βαθμη κλίμακα Likert, όπου το 1 σημαίνει «Δε συμφωνώ καθόλου» και το 4 «Συμφωνώ απόλυτα». Αποτελείται από 30 ερωτήσεις, από τις οποίες οι 14 αναφέρονται σε βιολογικές αιτιακές αποδόσεις μίας ψυχικής διαταραχής και οι 16 σε ψυχοκοινωνικές. Ένα παράδειγμα ερώτησης είναι «*Τα αίτια για τα περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα των ανθρώπων μπορούν να εντοπιστούν στον εγκέφαλο.*». Οι τελευταίες ερωτήσεις αντιστρέφονται για την ανάλυση και δημιουργείται μία νέα μεταβλητή που υποδεικνύει το συνολικό σκορ του ατόμου και αντιπροσωπεύει τις βιολογικές πεποιθήσεις σχετικά με μία ψυχική ασθένεια. Η συγκεκριμένη κλίμακα χρησιμοποιήθηκε και σε άλλες έρευνες μεταξύ άλλων στην έρευνα των Mannarini, Boffo και Ballotin (2013), στην οποία βρέθηκε ότι όταν μία ψυχική διαταραχή αποδίδεται σε ψυχοκοινωνικά αίτια, τότε ο ασθενής θα λάβει πιο ενεργά την θεραπεία. Διενεργήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας του ερωτηματολογίου αυτού και η αξιοπιστία ήταν καλή, με δείκτη Cronbach's $\alpha = .84$.

2.5.2. Ερωτηματολόγιο στάσεων

Το *ερωτηματολόγιο στάσεων* (Attribution Questionnaire – AQ27) των Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan και Kubiak (2003) χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση των στάσεων των φοιτητών Ιατρικής και Ψυχολογίας απέναντι στο άτομο της βινιέτας (Παράρτημα 3). Προτού συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο οι συμμετέχοντες, κλήθηκαν να διαβάσουν την βινιέτα του Χάρη, ο οποίος ήταν ένας άνθρωπος με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, σχιζοφρένεια ή μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας (Παράρτημα 2). Μαζί με την βινιέτα παρουσιάστηκαν και τα κλινικά χαρακτηριστικά κάθε διαταραχής. Το ερωτηματολόγιο αυτό

αποτελείται από 27 ερωτήσεις, όπως «*Θα ένιωθα ενοχλημένος/η από τον Χάρη*» και είναι ένα εργαλείο αυτό-αναφοράς με 9-βαθμη κλίμακα Likert. 1 δηλώνει καθόλου και 9 πάρα πολύ. Από το εργαλείο αυτό προκύπτουν 9 υπό-κλίμακες, οι οποίες είναι οι εξής: 1) κατηγορία: εξετάζεται εάν η ψυχική ασθένεια ελέγχεται από το άτομο και αν είναι το ίδιο υπεύθυνο για αυτήν και τα συμπτώματα, 2) θυμός: ενόχληση για το άτομο με την ψυχική διαταραχή γιατί το κατηγορούν για αυτήν, 3) λύπηση: συμπάθεια προς τον άνθρωπο με την ψυχική ασθένεια, 4) βοήθεια: επιθυμία να στηρίξουν άτομα με μία ψυχική ασθένεια, 5) επικινδυνότητα: η αντίληψη ότι οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν ψυχικές δυσκολίες δεν είναι ασφαλείς και αποτελούν κίνδυνο για τους ίδιους ή τους άλλους, 6) φόβος: τρόμος για το άτομο αυτό, επειδή είναι επικίνδυνο, 7) αποφυγή: προσπάθειες να μείνουν μακριά από τα άτομα με ψυχική διαταραχή, 8) απομόνωση: η ανάγκη να απομονώνουν τα άτομα αυτά σε ιδρύματα και 9) εξαναγκασμός: η υποχρεωτική συμμετοχή σε θεραπεία. Οι ερωτήσεις που αντιστοιχούν στην υπό-κλίμακα της αποφυγής αντιστράφηκαν και δημιουργήθηκαν για όλες τις υπό-κλίμακες νέες μεταβλητές. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές έρευνες παγκοσμίως. Μία από αυτές είναι αυτή του Akile Zorba (2015), ο οποίος ερεύνησε τις στάσεις Τούρκων και Κύπριων που ζουν στην Κύπρο απέναντι στη σχιζοφρένεια. Όπως φάνηκε, οι Τούρκοι έχουν πιο αρνητικές στάσεις απέναντι στα άτομα με σχιζοφρένεια σε σχέση με τους Κύπριους, οι οποίοι είχαν και περισσότερες γνώσεις για την σχιζοφρένεια. Γενικά, είναι ένα εργαλείο με εξαιρετική εγκυρότητα και αξιοπιστία και διενεργήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας του ερωτηματολογίου αυτού και στην παρούσα έρευνα και η αξιοπιστία ήταν καλή, με δείκτη Cronbach's $\alpha = .81$.

2.5.3. Κλίμακα Σημασιολογικής Διαφοροποίησης

Η Κλίμακα Σημασιολογική Διαφοροποίησης (Semantic Differential Scale) του Osgood (1952) χρησιμοποιείται για την εκτίμηση των στάσεων των συμμετεχόντων απέναντι στο άτομο που παρουσιάστηκε στη βινιέτα (Παράρτημα 4). Είναι μία κλίμακα που χρησιμοποιείται για άμεση έκφραση στάσεων και τα δίπολα επιλέγονται από τον εκάστοτε ερευνητή αναλόγως με την έρευνα που διεξάγει. Είναι ένα ερωτηματολόγιο με 7βαθμη κλίμακα Likert, στην οποία το 1 υποδηλώνει το θετικό δίπολο και το 7 το αρνητικό. Τα δίπολα που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα εξής: καλός-κακός, κατανοητός-ακατανόητος, ακίνδυνος-επικίνδυνος, σημαντικός-ασήμαντος,

επιθυμητός-ανεπιθύμητος και όμοιος με εμένα-διαφορετικός από εμένα. Η συγκεκριμένη κλίμακα χρησιμοποιείται παγκοσμίως όχι μόνο σε έρευνες ψυχολογίας αλλά και κοινωνιολογίας και μάρκετινγκ. Μεταξύ άλλων, η κλίμακα αυτή χρησιμοποιήθηκε και στην έρευνα των Servais και Saunders (2007), οι οποίοι διεξήγαγαν έρευνα σε κλινικούς ψυχολόγους και τους ζήτησαν να αξιολογήσουν την θεραπεία που εφαρμόζουν σε άτομα με κατάθλιψη, μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας και σχιζοφρένεια. Τα δίπολα που χρησιμοποίησαν για να χαρακτηρίσουν οι ψυχολόγοι την θεραπεία τους ήταν τα εξής: αποτελεσματική-αναποτελεσματική, κατανοητή-ακατανόητη, ασφαλές-επικίνδυνο, άξιο-ανάξιο, επιθυμία-μη επιθυμία να είσαι μαζί του και όμοιο-ανόμοιο με εμένα. Με βάση την έρευνα, οι κλινικοί ψυχολόγοι αξιολόγησαν ως μη ασφαλές ένα άτομο με μεταιχμιακά στοιχεία, ενώ το άτομο με σχιζοφρένεια βρέθηκε στην χαμηλότερη θέση στην κατανόηση και την αποτελεσματικότητα. Διενεργήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας του ερωτηματολογίου αυτού και η αξιοπιστία ήταν αποδεκτή, με δείκτη Cronbach's $\alpha = .70$.

3. Αποτελέσματα

Για την εξέταση των ερευνητικών υποθέσεων και του ερευνητικού ερωτήματος οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το στατιστικό πακέτο IBM SPSS Statistics 25.0. Αρχικά, έγιναν όλες οι αναλύσεις και για τις τρεις ομάδες συνολικά και έπειτα χωριστά για κάθε ομάδα. Πρώτα από όλα, πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχέτισης των βιολογικών αιτιακών αποδόσεων με τις υπό-κλίμακες του ερωτηματολογίου στάσεων και συγκεκριμένα τις κλίμακες της επικινδυνότητας, της αποφυγής και της απομόνωσης. Στη συνέχεια, έγινε έλεγχος σημαντικότητας των μέσων όρων των κλιμάκων του ερωτηματολογίου των στάσεων με βάση την καταγωγή, τις γνώσεις Ψυχοπαθολογίας και Ψυχιατρικής και του αν γνωρίζουν κάποιο άτομο από το κοινωνικό τους περιβάλλον με κάποια ψυχική ασθένεια. Έγινε, επίσης, έλεγχος διαφοράς των μέσων όρων στις αιτιακές αποδόσεις με βάση το τμήμα σπουδών των συμμετεχόντων.

Εκτός από τις γενικές αναλύσεις, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι και με βάση την κάθε ομάδα των συμμετεχόντων (μείζων καταθλιπτική διαταραχή, σχιζοφρένεια, μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας). Έγινε, λοιπόν, έλεγχος των μέσων όρων για τις κλίμακες του ερωτηματολογίου στάσεων με βάση τις γνώσεις

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Ψυχοπαθολογίας και Ψυχιατρικής και στη συνέχεια με βάση εάν έχουν κάποιο γνωστό άτομο από το περιβάλλον τους με τη συγκεκριμένη διαταραχή (μείζων καταθλιπτική διαταραχή, σχιζοφρένεια, μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας). Επιπλέον, ελέγχθηκε η στατιστική διαφορά των συμμετεχόντων κάθε ομάδας σε σχέση με το ερωτηματολόγιο στάσεων και το τμήμα σπουδών τους. Για τον έλεγχο των υποθέσεων 6, 7 και 8 πραγματοποιήθηκε σύγκριση των μέσων όρων ανεξάρτητων δειγμάτων ανάμεσα στις στάσεις (AQ27) μεταξύ των ομάδων. Τέλος έγινε έλεγχος συσχέτισης μεταξύ των ερωτήσεων της Κλίμακας Σηματολογικής Διαφοροποίησης του Osgood και των υπό-κλιμάκων του Ερωτηματολογίου Στάσεων.

3.1. Συσχέτιση Αιτιακών Αποδόσεων της Ψυχικής Ασθένειας (MDCB) και υπό-κλιμάκων του Ερωτηματολογίου Στάσεων (AQ27)

Από τον έλεγχο συσχέτισης Pearson, έγινε φανερό η στατιστικώς σημαντική συσχέτιση των αιτιακών αποδόσεων της ψυχικής ασθένειας σε βιολογικούς παράγοντες με την κλίμακα της επικινδυνότητας, της αποφυγής και της απομόνωσης. Πιο συγκεκριμένα, οι αιτιακές αποδόσεις παρουσίασαν αρνητική σημαντική συσχέτιση ($r=-.268$, $p<.005$), με την κλίμακα της επικινδυνότητας παρουσίασαν θετική συσχέτιση ($r=.189$, $p<.05$) όπως και με την κλίμακα της απομόνωσης ($r=.290$, $p<.005$). Στις υπόλοιπες υπό-κλίμακες δεν παρουσιάστηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση.

Πίνακας 1: Έλεγχος συσχέτισης MDCB και υπό-κλιμάκων του AQ27

AQ27	Αποφυγή	Επικινδυνότητα	Απομόνωση
MDCBtotal	-,268**	,189*	,290**

Σημειώσεις: (1) ** $p < ,01$, * $p < ,05$. (2) AQ27=Ερωτηματολόγιο στάσεων.

(3) MDCBtotal=Κλίμακα αιτιακών πεποιθήσεων ψυχικών διαταραχών

3.2. Σύγκριση μέσων τιμών αιτιακών αποδόσεων (MDCB) με βάση την καταγωγή των συμμετεχόντων

Για τον έλεγχο της δεύτερης υπόθεσης, πραγματοποιήθηκε σύγκριση μέσων όρων σε ανεξάρτητα δείγματα με βάση την καταγωγή των φοιτητών. Στατιστικώς σημαντική διαφορά βρέθηκε ανάμεσα στους συμμετέχοντες που κατάγονται από πόλη και κωμόπολη. Προϋπόθεση του ελέγχου αυτού είναι η ισότητα των διακυμάνσεων των μεταβλητών που ελέγχεται με το τεστ του Levene's. Εφόσον, το $p<.05$ απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση που σημαίνει ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ των διακυμάνσεων

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ

ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

των δύο ομάδων και για αυτόν το λόγο διαβάζουμε τα αποτελέσματα του ελέγχου του κριτηρίου t για ανεξάρτητα δείγματα της δεύτερης γραμμής στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 2). Παρατηρείται, λοιπόν, μικρή αλλά στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των φοιτητών από πόλη και κωμόπολη ($p < .05$). Οι φοιτητές που κατάγονται από κωμόπολη αποδίδουν ελαφρώς περισσότερο την ψυχική ασθένεια σε βιολογικούς παράγοντες.

Πίνακας 2: Σύγκριση μέσων τιμών σε ανεξάρτητα δείγματα του MDCB με βάση την καταγωγή									
Καταγωγή		Δείγμα		MDCBtotal		T.A.			
Πόλη (>10.000 κάτοικοι)		100		2,46		,35			
Κωμόπολη (2.000-5.000 κάτοικοι)		9		2,60		,15			
Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
MDCBtotal	Equal variances assumed	5,691	,019	-1,215	,227	-,14470	,11910	-,38080	,09140
	Equal variances not assumed			-2,399	,027	-,14470	,06032	-,27137	-,01804

Σημειώσεις: (1) MDCBtotal=Κλίμακα αιτιακών πεποιθήσεων ψυχικών διαταραχών

3.3. Σύγκριση μέσων τιμών στάσεων (AQ) και με βάση τις γνώσεις

Ψυχοπαθολογίας και Ψυχιατρικής

Η επόμενη υπόθεση της παρούσας έρευνας σχετίζεται με τις στάσεις και τις γνώσεις που έχουν οι συμμετέχοντες για την Ψυχοπαθολογία και την Ψυχιατρική. Για αυτόν το λόγο, πραγματοποιήθηκε έλεγχος των μέσων τιμών των συμμετεχόντων στις στάσεις με βάση το εάν έχουν διδαχτεί μαθήματα Ψυχοπαθολογίας ή όχι. Από τον έλεγχο, προέκυψε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των φοιτητών με γνώσεις

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ

ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Ψυχοπαθολογίας και των φοιτητών χωρίς γνώσεις και πιο αναλυτικά, όσοι συμμετέχοντες δεν έχουν διδαχτεί μαθήματα Ψυχιατρικής σκόραραν υψηλότερα στην υπό-κλίμακα του φόβου και της αποφυγής από αυτούς που έχουν γνώσεις ($p<.05$ και $p<.001$ αντίστοιχα).

Πίνακας 3: Σύγκριση μέσων τιμών σε ανεξάρτητα δείγματα του AQ27 με βάση τις γνώσεις Ψυχοπαθολογίας και Ψυχιατρικής

AQ27	Ψυχοπαθολογία	Δείγμα	M.O.	T.A.
Φόβος	Όχι	39	3,60	1,91
	Ναι	93	2,87	1,70
Αποφυγή	Όχι	39	5,07	2,08
	Ναι	93	3,73	1,87

Independent Samples Test

		Levene's Test		t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
AQfear	Equal variances assumed	1,018	,315	2,176	,031	,73091	,33596	,06624	1,39557
AQavoid	Equal variances assumed	,939	,334	3,624	,000	1,33719	,36898	,60721	2,06718

Σημειώσεις: (1) AQ27=Ερωτηματολόγιο στάσεων. (2) AQfear=φόβος. (3) AQavoid=αποφυγή

3.4. Σύγκριση μέσων τιμών στάσεων (AQ) με βάση το εάν γνωρίζουν κάποιο άτομο στο κοινωνικό τους περιβάλλον με κάποια ψυχική διαταραχή

Στην συνέχεια, έγινε σύγκριση μέσων τιμών στις στάσεις με βάση το εάν οι συμμετέχοντες έχουν κάποιο άτομο από το κοινωνικό τους περιβάλλον (οικογένεια, φίλο, γνωστό) με διάγνωση με κάποια ψυχική διαταραχή. Στην ανάλυση σε σχέση με την οικογένεια δεν υπήρξε κάποια στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Ωστόσο, οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο φίλο με μια ψυχική ασθένεια

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ

ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

παρουσίασαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τις κλίμακες της βοήθειας και του φόβου ($p < .05$) με αυτούς που δεν είχαν φίλο με κάποια ψυχική διαταραχή. Πιο συγκεκριμένα, αυτοί που είχαν σκόραραν περισσότερο στην κλίμακα της βοήθειας, που σημαίνει ότι είναι περισσότερο διατεθειμένοι να βοηθήσουν κάποιον που αντιμετωπίζει μία ψυχική διαταραχή, ενώ στην κλίμακα του φόβου σκόραραν λιγότερο, γεγονός που υποδηλώνει ότι αυτοί που δεν έχουν κάποιον φίλο με ψυχική ασθένεια φοβούνται πιο πολύ κάποιον που αντιμετωπίζει ψυχικές δυσκολίες.

Πίνακας 4: Σύγκριση μέσων τιμών σε ανεξάρτητα δείγματα του AQ27 με βάση το εάν έχουν κάποιο φίλο με κάποια ψυχική διαταραχή

AQ27	Φίλο	Δείγμα	M.O.	T.A.
Βοήθεια	Όχι	73	7,2785	1,42402
	Ναι	59	7,8079	,86703
Φόβος	Όχι	73	3,3973	1,96941
	Ναι	59	2,6949	1,45335

Independent Samples Test

		Levene's Test		t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
AQhelp	Equal variances assumed	9,753	,002	-2,504	,014	-,52937	,21142	-,94765	-,11110
	Equal variances not assumed			-2,630	,010	-,52937	,20129	-,92787	-,13087
AQfear	Equal variances assumed	8,524	,004	2,282	,024	,70235	,30776	,09348	1,31121
	Equal variances not assumed			2,355	,020	,70235	,29821	,11232	1,29237

Σημειώσεις: (1) AQ27=Ερωτηματολόγιο στάσεων. (2) AQhelp=βοήθεια (3) AQfear=φόβος.

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ

ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Επιπλέον, στατιστικώς σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν στις μέσες τιμές των συμμετεχόντων που έχουν κάποιο γνωστό στο κοινωνικό τους περιβάλλον και σε αυτούς που δεν έχουν στις κλίμακες της βοήθειας, της επικινδυνότητας, του φόβου, της αποφυγής και της απομόνωσης ($p<.005$, $p<.001$, $p<.005$, $p<.05$ και $p<.05$ αντίστοιχα). Όσοι δεν είχαν κάποιον γνωστό σκόραραν υψηλότερα σε όλες τις παραπάνω κλίμακες εκτός από την κλίμακα της βοήθειας, που σημαίνει ότι φοβούνται περισσότερο ένα άτομο με ψυχική διαταραχή, επειδή το θεωρούν επικίνδυνο και θέλουν να το αποφύγουν, ενώ ταυτόχρονα είναι συμφωνούν περισσότερο με την ιδέα της απομόνωσης αυτών των ατόμων σε σχέση με αυτούς που έχουν κάποιον γνωστό.

Πίνακας 5: Σύγκριση μέσων τιμών σε ανεξάρτητα δείγματα του AQ27

με βάση το εάν έχουν κάποιο γνωστό με κάποια ψυχική διαταραχή

AQ27	Γνωστό	Δείγμα	M.O.	T.A.
Βοήθεια	Όχι	15	6,04	1,58
	Ναι	117	7,70	1,046
Επικινδυνότητα	Όχι	15	4,53	1,83
	Ναι	117	2,78	1,66
Φόβος	Όχι	15	4,55	1,86
	Ναι	117	2,89	1,69
Αποφυγή	Όχι	15	5,33	1,51
	Ναι	117	3,97	2,03
Απομόνωση	Όχι	15	3,42	1,76
	Ναι	117	2,12	1,28

Independent Samples Test

		Levene's Test		t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
AQhelp	Equal variances	5,191	,024	-5,417	,000	-1,65926	,30629	-2,26521	-1,05331

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ

ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

	assumed								
	Equal variances not assumed			-3,950	,001	-1,65926	,42002	-2,55149	- ,76703
AQdanger	Equal variances assumed	,366	,546	3,788	,000	1,74986	,46200	,83585	2,66386
AQfear	Equal variances assumed	,013	,908	3,537	,001	1,66097	,46962	,73189	2,59005
AQavoid	Equal variances assumed	2,487	,117	2,505	,013	1,36182	,54363	,28633	2,43732
AQsegregation	Equal variances assumed	4,144	,044	3,552	,001	1,30256	,36671	,57707	2,02805
	Equal variances not assumed			2,779	,013	1,30256	,46875	,30862	2,29651

Σημειώσεις:(1)AQ27=Ερωτηματολόγιο στάσεων (2)AQhelp=βοήθεια (3)AQdanger= επικινδυνότητα (4) AQfear=φόβος (5)AQavoid=αποφυγή (6)AQsegregation=απομόνωση

3.5.

3.6. Σύγκριση μέσων τιμών αιτιακών αποδόσεων (MDCB) και των στάσεων (AQ) με βάση το τμήμα σπουδών

Ο τελευταίος έλεγχος που έγινε για όλο το δείγμα συνολικά ήταν ο έλεγχος του κριτηρίου t μεταξύ των φοιτητών Ιατρικής και Ψυχολογίας όσον αφορά τις αιτιακές

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ

ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

τους αποδόσεις και τις στάσεις τους. Από τον έλεγχο στις αιτιακές αποδόσεις δε βγήκε κάποια στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ τους. Όμως, όσον αφορά τις στάσεις, οι δύο ομάδες διαφέρουν στις υπό-κλίμακες του φόβου, της απομόνωσης και του εξαναγκασμού ($p < .05$, $p < .05$ και $p < .001$ αντίστοιχα). Οι φοιτητές Ιατρικής φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα φόβου απέναντι στα άτομα με μία ψυχική διαταραχή και να είναι υπέρ της απομόνωσης και του εξαναγκασμού των ατόμων αυτών να συμμορφώνονται με την φαρμακοθεραπεία τους.

Πίνακας 6: Σύγκριση μέσω τιμών σε ανεξάρτητα δείγματα του AQ27 και του MDCB με βάση το τμήμα σπουδών (Ιατρικής-Ψυχολογίας)

AQ27	Τμήμα	Δείγμα	M.O.	T.A.
Φόβος	Ιατρικής	66	3,39	1,90
	Ψυχολογίας	66	2,78	1,63
Απομόνωση	Ιατρικής	66	2,52	1,44
	Ψυχολογίας	66	2,01	1,31
Εξαναγκασμός	Ιατρικής	66	6,15	1,27
	Ψυχολογίας	66	4,62	1,97

Independent Samples Test

		Levene's Test		t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
AQfear	Equal variances assumed	1,581	,211	1,988	,049	,61111	,30746	,00284	1,21938
AQsegretation	Equal variances assumed	1,075	,302	2,107	,037	,50505	,23974	,03075	,97935
AQcoercion	Equal variances assumed	18,717	,000	5,302	,000	1,53030	,28861	,95931	2,10129
	Equal variances not assumed			5,302	,000	1,53030	,28861	,95838	2,10222

Σημειώσεις:(1)AQ27=Ερωτηματολόγιο στάσεων (2)AQfear=φόβος (3)AQsegretation=απομόνωση
(4)AQcoercion=εξαναγκασμός

3.7. Στατιστικές αναλύσεις για την ομάδα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής

Οι παραπάνω στατιστικοί έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν ξανά για κάθε ομάδα.

Παρακάτω θα αναλυθούν οι έλεγχοι που προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές αναλύσεις.

3.7.1. Σύγκριση μέσων τιμών των στάσεων (AQ) με βάση τις γνώσεις

Πρώτα από όλα έγινε σύγκριση μέσων τιμών ανάμεσα στους φοιτητές που έχουν διδαχτεί μαθήματα Ψυχοπαθολογίας όσον αφορά τις στάσεις τους απέναντι σε ένα άτομο με ψυχική διαταραχή. Από τον έλεγχο αυτό, φάνηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ τους στις κλίμακες της αποφυγής ($p < .001$) και του εξαναγκασμού ($p < .05$). Όσοι δεν έχουν γνώσεις Ψυχοπαθολογίας τείνουν να αποφεύγουν άτομα με ψυχικές διαταραχές ενώ είναι περισσότερο σύμφωνοι με τον εξαναγκασμό σε φαρμακοθεραπεία σε σχέση με αυτούς που έχουν γνώσεις.

Πίνακας 7: Σύγκριση μέσων τιμών σε ανεξάρτητα δείγματα του AQ27 με βάση τις γνώσεις Ψυχοπαθολογίας και Ψυχιατρικής

AQ27	Ψυχοπαθολογία	Δείγμα	M.O.	T.A.
Αποφυγή	Όχι	15	6,22	1,85
	Ναι	27	3,91	2,22
Εξαναγκασμός	Όχι	15	6,15	1,15
	Ναι	27	4,92	2,12

Independent Samples Test^a

		Levene's Test		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
AQavoid	Equal	,692	,411	3,41	40	,001	2,30864	,67689	,94061	3,67668

**ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

	variancias assumidas		0	1						
AQcoercion	Equilivariancias assumidas	8,960	,005	2,072	40	,045	1,22963	,59341	,03031	2,42895
	Equilivariancias not assumidas			2,432	39,999	,020	1,22963	,50565	,20768	2,25158

Σημειώσεις: (1)AQ27=Ερωτηματολόγιο στάσεων (2)AQavoid=αποφυγή
(3)AQcoercion=εξαναγκασμός

3.7.2. Σύγκριση μέσων τιμών των στάσεων (AQ) με βάση το εάν έχουν κάποιο φίλο με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή

Στην ομάδα της κατάθλιψης, πραγματοποιήθηκε έλεγχος του κριτηρίου t για τη σύγκριση των μέσων όρων μεταξύ αυτών που έχουν φίλο με κατάθλιψη και αυτών που δεν έχουν. Φάνηκε, λοιπόν, στατιστικώς σημαντική διαφορά στην κλίμακα του εξαναγκασμού. Συγκεκριμένα, όσοι έχουν κάποιον φίλο με κατάθλιψη θα υποχρεώσουν ένα άτομο με ψυχική διαταραχή να συμμετέχει σε μία θεραπεία ($p < .01$).

Πίνακας 8: Σύγκριση μέσων τιμών σε ανεξάρτητα δείγματα του AQ27 με βάση το εάν έχουν κάποιο φίλο με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή

AQ27	Φίλος με κατάθλιψη	Δείγμα	M.O.	T.A.
Εξαναγκασμός	Όχι	31	5,0108	2,03758
	Ναι	11	6,3636	1,04833

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Independent Samples Test^a										
		Levene's Test		t-test for Equality of Means						
				F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
		Lower	Upper							
AQcoercion	Equal variances assumed	7,555	,009	-2,094	40	,043	-1,35288	,64603	-2,65856	-,04720
	Equal variances not assumed			-2,798	34,259	,008	-1,35288	,48356	-2,33533	-,37044

Σημειώσεις: (1)AQ27=Ερωτηματολόγιο στάσεων (2)AQcoercion=εξαναγκασμός

3.7.3. Σύγκριση μέσων τιμών αιτιακών αποδόσεων (MDCB) και των στάσεων (AQ) με βάση το τμήμα σπουδών

Πραγματοποιήθηκε σύγκριση των μέσων όρων των συμμετεχόντων στην ομάδα της κατάθλιψης στις κλίμακες των αιτιακών αποδόσεων και των στάσεων με βάση το τμήμα σπουδών τους και παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στις αιτιακές αποδόσεις και στις κλίμακες του φόβου, της αποφυγής και του εξαναγκασμού ($p < .001$, $p < .05$, $p < .001$ και $p < .005$ αντίστοιχα). Το παράδοξο στη συγκεκριμένη ανάλυση είναι ότι οι φοιτητές Ψυχολογίας σκόραραν υψηλότερα στην κλίμακα αιτιακών αποδόσεων και θεωρούν ότι η ψυχική ασθένεια οφείλεται περισσότερο σε βιολογικούς παράγοντες (Μ.Ο.=2,57, Τ.Α.=0,26). Στις υπόλοιπες κλίμακες οι φοιτητές Ιατρικής σκόραραν υψηλότερα.

Πίνακας 9: Σύγκριση μέσων τιμών σε ανεξάρτητα δείγματα του MDCB και του AQ27 με βάση το τμήμα σπουδών

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Παράγοντες		Τμήμα σπουδών	Δείγμα	M.O.	T.A.					
MDCBtotal		Ιατρικής	23	2,15	,42					
		Ψυχολογίας	19	2,57	,26					
Φόβος		Ιατρικής	23	2,83	1,69					
		Ψυχολογίας	19	1,75	,95					
Αποφυγή		Ιατρικής	23	5,85	2,21					
		Ψυχολογίας	19	3,39	1,77					
Εξαναγκασμός		Ιατρικής	23	6,29	1,18					
		Ψυχολογίας	19	4,24	2,06					
Independent Samples Test^a										
		Levene's Test		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
MDCBtotal	Equal variances assumed	3,966	,053	-3,826	,000	-,42380	,11076	-,64766	-,19994	
AQfear	Equal variances assumed	8,490	,006	2,456	,019	1,07170	,43642	,18966	1,95374	
	Equal variances not assumed			2,583	,014	1,07170	,41498	,22988	1,91352	
AQavoid	Equal variances assumed	,524	,474	3,925	,000	2,46911	,62905	1,19776	3,74046	
AQcoercion	Equal variances assumed	10,935	,002	4,033	,000	2,04424	,50686	1,01984	3,06864	
	Equal variances not assumed			3,838	,001	2,04424	,53265	,95206	3,13642	

Σημειώσεις: (1)MDCBtotal=Κλίμακα αιτιακών πεποιθήσεων για τις ψυχικές διαταραχές
(2)AQfear=φόβος (3)AQavoid=αποφυγή (4)AQcoercion=εξαναγκασμός

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

3.8. Στατιστικές αναλύσεις για την ομάδα της σχιζοφρένειας

Για την ομάδα της σχιζοφρένειας πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι κριτηρίου t για τους μέσους όρους των στάσεων με βάση τις γνώσεις Ψυχοπαθολογίας, το εάν έχουν κάποιο άτομο από το περιβάλλον τους με τη συγκεκριμένη διαταραχή και με βάση το τμήμα σπουδών των συμμετεχόντων.

3.8.1. Σύγκριση μέσων τιμών των στάσεων (AQ) με βάση τις γνώσεις

Από τον έλεγχο του κριτηρίου t για τις μέσες τιμές των συμμετεχόντων στην ομάδα της σχιζοφρένειας στις κλίμακες των στάσεων, προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές σε πέντε από τις εννιά υπό-κλίμακες. Στην υπό-κλίμακα της βοήθειας, όσοι έχουν γνώσεις Ψυχοπαθολογίας είχαν μεγαλύτερο μέσο όρο, ενώ στις υπόλοιπες κλίμακες του θυμού, της επικινδυνότητας, του φόβου και της απομόνωσης είχαν το χαμηλότερο μέσο όρο ($p < .05$, $p < .001$, $p < .005$, $p < .001$ και $p < .05$ αντίστοιχα).

Πίνακας 10: Σύγκριση μέσων τιμών σε ανεξάρτητα δείγματα του AQ27 με βάση τις γνώσεις Ψυχοπαθολογίας και Ψυχιατρικής

AQ27	Ψυχοπαθολογία	Δείγμα	M.O.	T.A.
Θυμός	Όχι	9	3,74	1,23
	Ναι	38	2,09	,84
Βοήθεια	Όχι	9	6,63	1,39
	Ναι	38	7,63	1,07
Επικινδυνότητα	Όχι	9	5,52	2,18
	Ναι	38	3,04	1,88
Φόβος	Όχι	9	5,63	1,83
	Ναι	38	3,01	1,69
Απομόνωση	Όχι	9	3,96	1,41
	Ναι	38	2,48	1,75

Independent Samples Test^a

Levene's Test		t-test for Equality of Means						
F	Sig.	t	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
						Lower	Upper	

**ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

AQanger	Equal varian ces assum ed	2,1 58	,1 49	4,8 32	,000	1,6530 2	,34211	,9639 7	2,342 07
AQhelp	Equal varian ces assum ed	,11 4	,7 38	- 2,3 80	,022	- 1,0019 5	,42105	- 1,850 00	- ,1539 0
AQdanger	Equal varian ces assum ed	,08 5	,7 72	3,4 41	,001	2,4746 6	,71925	1,026 01	3,923 31
AQfear	Equal varian ces assum ed	,07 1	,7 91	4,1 14	,000	2,6208 6	,63701	1,337 85	3,903 87
AQsegretatio n	Equal varian ces assum ed	,41 7	,5 22	2,3 55	,023	1,4805 1	,62855	,2145 5	2,746 47

Σημειώσεις: (1)AQ27=Ερωτηματολόγιο στάσεων (2)AQanger=θυμός (3)AQhelp=βοήθεια (4)AQdanger=επικινδυνότητα (5)AQfear=φόβος (6)AQsegretation=εξαναγκασμός

3.8.2. Σύγκριση μέσων τιμών των στάσεων (AQ) με βάση το εάν έχουν κάποιον άτομο με σχιζοφρένεια στην οικογένεια

Επόμενη στατιστική ανάλυση για την ομάδα της σχιζοφρένειας είναι η σύγκριση των μέσων όρων στις στάσεις με βάση το εάν έχουν κάποιον άτομο στο οικογενειακό τους περιβάλλον με διάγνωση σχιζοφρένειας. Οι μέσοι όροι των συμμετεχόντων με κάποιον άτομο από την οικογένεια διαφέρουν σημαντικά στην υπό-κλίμακα της λύπησης, όπου όσοι δεν έχουν ένα δικό τους οικογενειακό μέλος με σχιζοφρένεια έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο M.O.=6,66, T.A=1.31 (p<.05).

Πίνακας 11: Σύγκριση μέσων τιμών σε ανεξάρτητα δείγματα του AQ27 με βάση το εάν έχουν κάποιον άτομο με σχιζοφρένεια από την οικογένεια

AQ27	Συγγενή	N	Mean	Std.
------	---------	---	------	------

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

						Deviation			
Λύπηση		Όχι	43	6,66	1,31				
		Ναι	4	5,17	1,00				
Independent Samples Test^a									
		Levene's Test		t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
AQpity	Equal variances assumed	,291	,592	2,206	,033	1,49225	,67634	,13003	2,85447

Σημειώσεις: (1)AQ27=Ερωτηματολόγιο στάσεων (2)AQpity=λύπηση

3.8.3. Σύγκριση μέσων τιμών των στάσεων (AQ) με βάση το εάν έχουν κάποιο γνωστό με σχιζοφρένεια στο περιβάλλον τους

Ο ίδιος έλεγχος πραγματοποιήθηκε και για τη σύγκριση των μέσων τιμών των στάσεων όσον αφορά τον κοινωνικό περιβάλλον των συμμετεχόντων. Πιο αναλυτικά, φάνηκε ότι όσοι γνωρίζουν κάποιον από το περιβάλλον με διάγνωση σχιζοφρένειας σκόραραν χαμηλότερα στην υπό-κλίμακα της επικινδυνότητας και της αποφυγής ($p < .05$ και $p < .05$ αντίστοιχα).

Πίνακας 12: Σύγκριση μέσων τιμών σε ανεξάρτητα δείγματα του AQ27 με βάση το εάν έχουν κάποιο άτομο με σχιζοφρένεια από το περιβάλλον τους

AQ27	Γνωστός	Δείγμα	M.O.	T.A.
Επικινδυνότητα	Όχι	24	4,28	2,19

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

		Αποφυγή		Ναι		Όχι			
				23	2,72	24	4,46	1,85	1,81
				23	3,17	23	3,17	1,75	1,75
Independent Samples Test^a									
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
AQdanger	Equal variances assumed	,949	,335	2,621	,012	1,55314	,59264	,35950	2,74678
AQavoid	Equal variances assumed	,648	,425	2,469	,017	1,28442	,52024	,23661	2,33223

Σημειώσεις: (1)AQ27=Ερωτηματολόγιο στάσεων (2)AQdanger=επικινδυνότητα (3)AQavoid=αποφυγή

3.8.4. Σύγκριση μέσων τιμών αιτιακών αποδόσεων (MDCB) και των στάσεων (AQ) με βάση το τμήμα σπουδών

Σύγκριση μεταξύ των μέσων τιμών των συμμετεχόντων έγινε και για τις κλίμακες των αιτιακών αποδόσεων και των στάσεων με βάση το τμήμα σπουδών. Από την ανάλυση, βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μόνο στις υπό-κλίμακες της αποφυγής και του εξαναγκασμού. Οι φοιτητές Ψυχολογίας είχαν μεγαλύτερο μέσο όρο στην κλίμακα της αποφυγής ($p < .05$), ενώ στην κλίμακα του εξαναγκασμού είχαν χαμηλότερο μέσο όρο ($p < .005$).

Πίνακας 13: Σύγκριση μέσων τιμών σε ανεξάρτητα δείγματα του MDCB και του AQ27 με βάση το τμήμα σπουδών

AQ27	Τμήμα σπουδών	Δείγμα	M.O.	T.A.
Αποφυγή	Ιατρικής	23	3,26	1,97

**ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

		Ψυχολογίας	24	4,37	1,65					
Εξαναγκασμός		Ιατρικής	23	6,62	1,02					
		Ψυχολογίας	24	5,08	1,87					
Independent Samples Test^a										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
AQavoid	Equal variances assumed	,105	,747	-2,107	,041	-1,11413	,52889	-2,17937	-,04889	
AQcoercion	Equal variances assumed	11,204	,002	3,480	,001	1,53986	,44244	,64874	2,43097	
	Equal variances not assumed			3,522	,001	1,53986	,43727	,65296	2,42676	

Σημειώσεις: (1)AQ27=Ερωτηματολόγιο στάσεων (2)AQavoid=αποφυγή
(3)AQcoercion=εξαναγκασμός

3.9. Στατιστικές αναλύσεις για την ομάδα της μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας

Οι παραπάνω αναλύσεις έγιναν και για τους συμμετέχοντες στην ομάδα της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας. Από τις αναλύσεις αυτές, βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στους ελέγχους των μέσων όρων με βάση τις

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ

ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

γνώσεις Ψυχοπαθολογίας, το εάν οι συμμετέχοντες έχουν κάποιο φίλο με διάγνωση μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας και με βάση το τμήμα σπουδών.

3.9.1. Σύγκριση μέσων τιμών των στάσεων (AQ) με βάση τις γνώσεις

Στον έλεγχο κριτηρίου t, οι μέσοι όροι των συμμετεχόντων που έχουν διδαχτεί μαθήματα Ψυχοπαθολογίας διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά στις υπό-κλίμακες του ερωτηματολογίου στάσεων και συγκεκριμένα στις κλίμακες της κατηγορίας και της λύπησης. Στην κλίμακα της κατηγορίας, όσοι έχουν κάνει μαθήματα Ψυχοπαθολογίας έχουν υψηλότερο μέσο όσο ($p < .005$), που σημαίνει ότι θεωρούν περισσότερο υπεύθυνο το ίδιο το άτομο για την ασθένειά του, ενώ στην κλίμακα της λύπησης βρέθηκε ότι αυτοί που δεν έχουν διδαχτεί το μάθημα της Ψυχοπαθολογίας παρουσιάζουν υψηλότερο σκορ ($p < .05$).

Πίνακας 14: Σύγκριση μέσων τιμών σε ανεξάρτητα δείγματα του AQ27 με βάση τις γνώσεις Ψυχοπαθολογίας και Ψυχιατρικής

AQ27	Ψυχοπαθολογία	Δείγμα	M.O.	T.A.
Κατηγορία	Όχι	15	2,11	,60
	Ναι	28	3,31	1,22
Λύπηση	Όχι	15	7,09	,99
	Ναι	28	5,93	1,65

Independent Samples Test^a

		Levene's Test for Equality of Variance		t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
AQblame	Equal variances assumed	6,934	,011	-3,574	,001	-1,19841	,33529	-1,87555	-,52127

**ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

	Equal variances not assumed			- 4,3 22	,000	-1,19841	,27726	- 1,758 42	- ,6384 0
AQpity	Equal variances assumed	3,2 11	,0 8 1	2,4 85	,017	1,16032	,46689	,2174 2	2,103 21

Σημειώσεις: (1)AQ27=Ερωτηματολόγιο στάσεων (2)AQblame=κατηγορία (3)AQpity=λύπηση

3.9.2. Σύγκριση μέσων τιμών των στάσεων (AQ) με βάση το εάν έχουν κάποιον φίλο με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας

Πραγματοποιήθηκε σύγκριση των μέσων τιμών στο ερωτηματολόγιο στάσεων με βάση το εάν έχουν φίλο με διάγνωση μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας και βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στο κομμάτι του φόβου. Αναλυτικότερα, όσοι έχουν κάποιον φίλο με τη συγκεκριμένη διαταραχή έχουν χαμηλότερο μέσο όρο από αυτούς που δεν έχουν έναν φίλο με αυτήν τη διάγνωση ($p < .05$).

Πίνακας 15: Σύγκριση μέσων τιμών σε ανεξάρτητα δείγματα του AQ27 με βάση το εάν έχουν κάποιον φίλο με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας

AQ27	Φίλος	Δείγμα	M.O.	T.A.
Φόβος	Όχι	38	3,53	1,59
	Ναι	5	1,87	,96

Independent Samples Test^a

Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
F	Sig.	t	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
						Lower	Upper	

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

AQfear	Equal variances assumed	1,64 9	,20 6	2,28 1	,028	1,66842	,73143	,1912 7	3,1455 7
--------	-------------------------------	-----------	----------	-----------	------	---------	--------	------------	-------------

Σημειώσεις: (1)AQ27=Ερωτηματολόγιο στάσεων (2)AQfear=φόβος

3.9.3. Σύγκριση μέσων τιμών αιτιακών αποδόσεων (MDCB) και των στάσεων (AQ) με βάση το τμήμα σπουδών

Η τελευταία ανάλυση για την ομάδα της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας είναι η σύγκριση μέσων τιμών σχετικά με τις αιτιακές αποδόσεις και τις στάσεις τους με βάση το τμήμα σπουδών τους. Η μόνη υπό-κλίμακα του ερωτηματολογίου στάσεων που βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ήταν αυτή του φόβου, στην οποία οι φοιτητές Ιατρικής είχαν μέσο όρο 3,90 σε αντίθεση με τους φοιτητές Ψυχολογίας που είχαν μέσο όρο 2,86 ($p < .05$).

Πίνακας 16: Σύγκριση μέσων τιμών σε ανεξάρτητα δείγματα του AQ27 με βάση το τμήμα σπουδών

AQ27	Τμήμα σπουδών	Δείγμα	M.O.	T.A.
Φόβος	Ιατρικής	20	3,90	1,63
	Ψυχολογίας	23	2,85	1,46

Independent Samples Test^a

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	Sig. (2- tailed)	Mean Differen ce	Std. Error Differ ence	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lo w er	Upp er
AQfear	Equal variances assumed	,030	,864	2, 21 6	,032	1,04493	,4715 8	,0 92 56	1,997 30

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Σημειώσεις: (1)AQ27=Ερωτηματολόγιο στάσεων (2)AQfear=φόβος

3.10. Σύγκριση των μέσων τιμών στο ερωτηματολόγιο στάσεων ανάμεσα στις τρεις ομάδες

Για τον έλεγχο των υποθέσεων 6, 7 και 8 πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι κριτηρίου t στο ερωτηματολόγιο στάσεων μεταξύ των τριών ομάδων των συμμετεχόντων (μείζων καταθλιπτική διαταραχή, σχιζοφρένεια και μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας).

Σύμφωνα με την υπόθεση της έρευνας, οι συμμετέχοντες της ομάδας της κατάθλιψης θα έχουν λιγότερο αρνητικές στάσεις απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές, ενώ στην ομάδα της σχιζοφρένειας θα παρουσιάσουν υψηλότερα σκορ στις κλίμακες της επικινδυνότητας και της αποφυγής. Από τον έλεγχο t-test, βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις τρεις ομάδες στις υπόκλίμακες του θυμού, της επικινδυνότητας, του φόβου, της αποφυγής και της απομόνωσης. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες στην ομάδα της κατάθλιψης σκόραραν χαμηλότερα από αυτούς στην ομάδα της σχιζοφρένειας και της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας σε όλες τις παρακάτω κλίμακες εκτός από την κλίμακα της αποφυγής, στην οποία είχαν μεγαλύτερο μέσο όρο ($p < .05$). Στη σύγκριση των μέσων τιμών στην ομάδα της σχιζοφρένειας και της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 17: Σύγκριση μέσων τιμών σε ανεξάρτητα δείγματα του AQ27 με βάση την ομάδα

AQ27	Ομάδα	Δείγμα	M.O.	T.A.
AQanger	Κατάθλιψη	42	1,64	0,96
	Σχιζοφρένεια	47	2,40	1,12
AQdanger	Κατάθλιψη	42	2,05	1,20
	Σχιζοφρένεια	47	3,52	2,16
AQfear	Κατάθλιψη	42	2,34	1,49
	Σχιζοφρένεια	47	3,51	1,99
AQavoid	Κατάθλιψη	42	4,74	2,36
	Σχιζοφρένεια	47	3,83	1,88
AQsegretation	Κατάθλιψη	42	1,79	1,06
	Σχιζοφρένεια	47	2,77	1,77
AQ27	Ομάδα	Δείγμα	M.O.	T.A.
AQanger	Κατάθλιψη	42	1,64	0,96

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

	Μετ αιχμιακή	43	2,98	1,57
AQdanger	Κατάθλιψη	42	2,05	1,20
	Μετ αιχμιακή	43	3,31	1,39
AQfear	Κατάθλιψη	42	2,34	1,49
	Μετ αιχμιακή	43	3,34	1,61

Σημειώσεις: (1)AQanger=θυμός, (2)AQdanger=κίνδυνος,
(3)AQfear=φόβος, (4)AQavoid=αποφυγή, (5)AQsegretation=απομόνωση

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Σύγκριση μέσων τιμών κατάθλιψης-μετ αιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας										
AQanger	Equal variances assumed	2,698	,104	-3,412	87	,001	- ,76140	,22313	-1,20490	-,31790
AQdangerr	Equal variances assumed	16,207	,000	-3,907	87	,000	-1,47011	,37627	-2,21799	-,72224
	Equal variances not assumed			-4,026	73,565	,000	-1,47011	,36519	-2,19784	-,74238
AQfear	Equal variances assumed	4,177	,044	-3,103	87	,003	-1,16937	,37687	-1,91845	-,42029

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ

ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

	Equal varian ces not assum ed			- 3,1 53	84,4 84	,00 2	- 1,1693 7	,37088	- 1,90 684	- ,431 90
AQavoid	Equal varian ces assum ed	1,85 3	,1 77	2,0 19	87	,04 7	,90831	,44987	,014 13	1,80 248
AQsegret ation	Equal varian ces assum ed	12,5 59	,0 01	- 3,0 88	87	,00 3	- ,97231	,31486	- 1,59 813	- ,346 48
	Equal varian ces not assum ed			- 3,1 73	76,3 03	,00 2	- ,97231	,30646	- 1,58 264	- ,361 97

Σύγκριση μέσων τιμών κατάθλιψης-μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας

AQanger	Equal varian ces assume d	12 ,6 26	,0 01	- 4,7 30	83	,00 0	- 1,3416 4	,28362	- 1,90 574	- ,777 53
	Equal varian ces not assume d			- 4,7 56	69,7 79	,00 0	- 1,3416 4	,28208	- 1,90 426	- ,779 02
AQdange r	Equal varian ces assume d	,4 94	,4 84	- 4,4 67	83	,00 0	- 1,2624 6	,28264	- 1,82 462	- ,700 29
AQfear	Equal varian ces	,4 32	,5 13	- 2,9 66	83	,00 4	- ,99982	,33713	- 1,67 036	- ,329 27

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

	assume d									
--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Συμπεράσματα

Στη σημερινή εποχή, η επιστήμη της Κοινωνικής Ψυχολογίας και Κοινωνιολογίας εισβάλλει στον τομέα της Ιατρικής και ειδικότερα στη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας. Η παρούσα έρευνα, λοιπόν, εξέτασε τις αιτιώδεις αποδόσεις και τις στάσεις φοιτητών Ιατρικής και Ψυχολογίας απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές και συγκεκριμένα, διερεύνησε τις στάσεις τους απέναντι σε άτομα με διάγνωση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, σχιζοφρένειας και μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας. Εξέτασε, επίσης, τόσο την επίδραση της επαφής με άτομα με κάποια ψυχική ασθένεια όσο και την επίδραση των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων των ατόμων στη διαμόρφωση των στάσεων.

Αρκετοί ερευνητές, ανάμεσά τους οι Lee, Laurent, Wykes, Andren, Bourassa και McKibbin (2014), Sears, Pomerantz, Segrist και Rose (2011) και οι Λογδανίδου, Μαλλιοπούλου και Γεωργάκα (2018) βρήκαν στις έρευνές τους πως αποδίδοντας μία ψυχική ασθένεια σε βιολογικούς παράγοντες οδηγεί στην επιθυμία για απόσταση από τα άτομα αυτά και στην τάση να θεωρούν τη διαταραχή αυτή επικίνδυνη. Στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνεται το εύρημα αυτό, καθώς βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση των βιολογικών αιτιακών αποδόσεων μίας ψυχικής ασθένειας με την επικινδυνότητα και την απομόνωση. Ωστόσο, με την κλίμακα της αποφυγής συσχετίστηκε αρνητικά αποτελώντας ένα από τα παράδοξα αυτής της έρευνας. Πέρα, όμως, από τις δύο αυτές μεταβλητές, οι βιολογικές αιτιώδεις αποδόσεις συσχετίστηκαν θετικά σημαντικά και με την κλίμακα της απομόνωσης.

Εκτός από τις αιτιακές αποδόσεις ενός ατόμου, τα δημογραφικά του στοιχεία επηρεάζουν στη διαμόρφωση των στάσεων απέναντι στα άτομα που αντιμετωπίζουν μία ψυχική διαταραχή. Η Zissi (2006) και οι Tzouvara, Papadopoulos και Randhawa (2016) βρήκαν ότι η καταγωγή ενός ατόμου επηρεάζει τις στάσεις του απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Πιο συγκεκριμένα, οι άνθρωποι από τις αγροτικές περιοχές τείνουν να έχουν πιο αρνητικές στάσεις απέναντι σε αυτούς που προέρχονται από πόλεις. Δε βρέθηκαν διαφορές όσον αφορά τις στάσεις των συμμετεχόντων από πόλεις και

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ

ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

αγροτικές περιοχές, ωστόσο φάνηκε να διαφέρουν σημαντικά ως προς τις αποδόσεις τους. Ειδικότερα, οι φοιτητές από πόλεις αποδίδουν λιγότερο σε βιολογικούς παράγοντες την ψυχική ασθένεια σε σχέση με αυτούς που κατάγονται από κωμόπολη (2.000-5.000 κάτοικοι).

Ένας ακόμη παράγοντας που φαίνεται να επιδρά στην διαμόρφωση των στάσεων ενός ατόμου είναι οι γνώσεις. Σύμφωνα με τους Giannouli, Perogamnos, Berk, Svigos και Vaslamatzis (2009) και με την Ζήση (2000), οι γνώσεις των ατόμων σχετικά με την ψυχική ασθένεια επηρεάζουν τη συμπεριφορά τους. Στην έρευνα των Giannouli και συνεργατών (2009) μόνο οι μισοί συμμετέχοντες είχαν γνώσεις για την μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας με αποτέλεσμα να έχουν πιο αρνητικές στάσεις απέναντι στους ασθενείς αυτούς. Παρόμοια συμπεράσματα είχε στην έρευνά της και η Ζήση (2000), η οποία κατέληξε στο γεγονός ότι αυτοί που έχουν λιγότερες γνώσεις για την ψυχική ασθένεια εκφράζουν πιο αρνητικές στάσεις. Τα αποτελέσματα της έρευνας συμφωνούν με τα ευρήματα των παραπάνω ερευνών. Όσοι φοιτητές δεν έχουν διδαχτεί μαθήματα Ψυχοπαθολογίας τείνουν να έχουν περισσότερο αρνητικές στάσεις και πιο συγκεκριμένα, φάνηκε να έχουν επιθυμία για κοινωνική απόσταση από τα άτομα με μία ψυχική διαταραχή, ενώ ταυτόχρονα βρέθηκε να τους φοβούνται περισσότερο από αυτούς που έχουν γνώσεις Ψυχοπαθολογίας, αποτέλεσμα που επιβεβαιώνει την τρίτη υπόθεση της έρευνας.

Η επόμενη υπόθεση αφορά την επαφή με άτομα με κάποια ψυχική διαταραχή. Η θεωρία της εγγύτητας του Allport (1954) υποστηρίζει ότι όσοι έρχονται σε επαφή έχουν κοινούς στόχους και έτσι μειώνονται οι προκαταλήψεις και το στίγμα μεταξύ τους. Οι συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας κλήθηκαν να αναφέρουν εάν γνωρίζουν κάποιο άτομο από το οικογενειακό ή κοινωνικό τους περιβάλλον με κάποια ψυχική διαταραχή. Βρέθηκε ότι όσοι έχουν φίλο κάποιον με διάγνωση είναι περισσότερο διατεθειμένοι να βοηθήσουν κάποιον που αντιμετωπίζει μία ψυχική ασθένεια, ενώ παράλληλα δεν φοβούνται τόσο όσοι δεν έχουν κάποιον φίλο με ψυχική διαταραχή. Επιπλέον, όσοι φοιτητές έχουν έστω έναν γνωστό στο περιβάλλον που έχει διάγνωση με κάποια ψυχική ασθένεια έχουν λιγότερο αρνητικές στάσεις, καθώς δε φοβούνται τόσο αυτά τα άτομα, δεν τα θεωρούν τόσο επικίνδυνα, δεν επιθυμούν να έχουν απόσταση από αυτά και δεν συμφωνούν τόσο με την ιδέα της απομόνωσής τους. Στο κομμάτι της βοήθειας, επίσης, θέλουν να βοηθήσουν

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ

ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

περισσότερο από αυτούς που δε γνωρίζουν κάποιο άτομο με ψυχική διαταραχή. Όλα αυτά τα ευρήματα έρχονται σε συμφωνία με τη βιβλιογραφία επιβεβαιώνοντας και την τέταρτη υπόθεση.

Το τμήμα που φοιτούν οι συμμετέχοντες μπορεί, επιπλέον, να επηρεάσει τις στάσεις τους απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Είναι γνωστό ότι στα τμήματα Ιατρικής υιοθετούν περισσότερο το βιοϊατρικό μοντέλο αποδίδοντας τις ασθένειες περισσότερο σε γενετικούς παράγοντες σε αντίθεση με τα τμήματα Ψυχολογίας που υιοθετούν το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο θεωρώντας μία ασθένεια αποτέλεσμα βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Με βάση αυτά, διαμορφώθηκε η πέμπτη υπόθεση της έρευνας, η οποία αναφέρει ότι οι φοιτητές της Ιατρικής θα έχουν περισσότερο βιολογικές αιτιακές αποδόσεις από αυτές των φοιτητών Ψυχολογίας. Ωστόσο, κάτι τέτοιο δεν επιβεβαιώθηκε στην έρευνα, καθώς οι φοιτητές των δύο τμημάτων είχαν πολύ μικρή διαφορά.

Οι υπόλοιπες υποθέσεις αναφέρονται στη σύγκριση των τριών διαταραχών (μείζων καταθλιπτική διαταραχή, σχιζοφρένεια, μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας) σε σχέση με τις στάσεις των συμμετεχόντων. Πιο αναλυτικά, με βάση τη βιβλιογραφία, στην ομάδα της κατάθλιψης αναμένεται να σημειωθούν λιγότερο αρνητικές στάσεις (Lee, Laurent, Wykes, Andren, Bourassa & McKibbin, 2014), στην ομάδα της σχιζοφρένειας (Λογδανίδου, Μαλλιοπούλου & Γεωργάκα, 2018), υψηλότερα ποσοστά στις μεταβλητές της επικινδυνότητας και της αποφυγής και στην ομάδα της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας περισσότερο αρνητικές στάσεις στις μεταβλητές που σχετίζονται με την ενσυναίσθηση (βοήθεια, λύπηση) (Gallop, Lancee & Garfinkel, 1989· Fraser & Gallop, 1993· Markham & Trower, 2003). Οι συμμετέχοντες στην ομάδα της κατάθλιψης εξέφρασαν λιγότερο αρνητικές στάσεις από τις άλλες δύο ομάδες εκτός από τη μεταβλητή της αποφυγής, στην οποία είχαν μεγαλύτερο μέσο όρο από αυτόν της ομάδας της σχιζοφρένειας αποτελώντας ένα ακόμη παράδοξο της έρευνας. Στην ομάδα της σχιζοφρένειας παρατηρήθηκαν υψηλά ποσοστά στο κομμάτι της επικινδυνότητας και της αποφυγής επιβεβαιώνοντας έτσι τη βιβλιογραφία, ενώ η υπόθεση για την ομάδα της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας δεν επιβεβαιώθηκε, διότι δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές.

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Συμπερασματικά, οι γνώσεις ψυχικής υγείας και ασθένειας, η επαφή με άτομα που έχουν κάποια ψυχική διαταραχή, η καταγωγή ενός ατόμου καθώς και το που αποδίδει την ψυχική ασθένεια επηρεάζουν τις στάσεις του απέναντι στα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχικές δυσκολίες.

Από αυτά τα ευρήματα, θα μπορούσε να διαμορφωθεί ένα πρόγραμμα προαγωγής υγείας, με το οποίο θα εκπαιδευτούν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας προκειμένου να έχουν πρώτον, περισσότερες γνώσεις περί ψυχοπαθολογίας και δεύτερον, να μπορούν να αποκτήσουν μία θεραπευτική σχέση με όλους τους ασθενείς που έχουν μία ψυχική διαταραχή χωρίς να προβάλλουν σε αυτούς τις προκαταλήψεις και τις στάσεις που δημιουργούνται στην κοινωνία.

Πιο συγκεκριμένα, θα ήταν ωφέλιμο οι επαγγελματίες υγείας να εξειδικεύονται σε ψυχικές διαταραχές έτσι ώστε να μπορούν να διαχειριστούν τους θεραπευόμενους πιο αποτελεσματικά. Για παράδειγμα, οι ψυχολόγοι και οι ψυχίατροι θα μπορούσαν να εξειδικεύονται σε διαταραχές με βάση τους άξονες του DSM, όπως τις Καταθλιπτικές Διαταραχές ή Διαταραχές Προσωπικότητας. Αυτό θα ήταν αποτελεσματικό, καθώς κάθε διαταραχή έχει διαφορετική συμπεριφορά, διαφορετικά συμπτώματα και θεραπεία. Έτσι, οι επαγγελματίες θα γνωρίζουν εκτενέστερα τις διαταραχές του συγκεκριμένου άξονα και θα είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα τον κάθε θεραπευόμενο.

Επιπλέον, είναι πολύ σημαντικό σε κάθε κλινική ιδιωτική ή νοσοκομείου να υπάρχουν επόπτες. Οι επόπτες βοηθούν στην αποφόρτιση των θεραπειών και στην καλύτερη διαχείριση των ασθενών μέσω συζήτησης και συμβουλευτικής. Με την συζήτηση, μπορούν να διαχωρίσουν οι θεραπευτές το προσωπικό από το θεραπευτικό κομμάτι κατά την διάρκεια της θεραπείας. Οι θεραπευτές, με αυτόν τον τρόπο, θα μπορούν να δημιουργήσουν καλύτερη θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς.

Τέλος, με στόχο την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας για τα νέα δεδομένα και τις νέες πρακτικές θα ήταν αποτελεσματικό να οργανώνονται ετήσια σεμινάρια, ημερίδες ή συνέδρια σε κάθε κλινική. Γνωρίζοντας ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν διαθέτουν ελεύθερο χρόνο τους δίνεται έτσι η ευκαιρία να ενημερωθούν για τις νέες έρευνες μέσω των σεμιναρίων.

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Έτσι, θα μπορούσε να μειωθεί το στίγμα των ανθρώπων αυτών, θα υπήρχε λιγότερη επαγγελματική εξουθένωση από την πλευρά των επαγγελματιών, διότι θα αντλούσαν επαγγελματική ικανοποίηση από τη δουλειά τους και τέλος, τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις θα μειώνονταν και στην κοινωνία. Από την πλευρά των ασθενών, θα μειωνόταν το ποσοστό των ανθρώπων που μένουν χωρίς θεραπεία, επειδή φοβούνται να ζητήσουν βοήθεια και θα μειώνονταν οι συνέπειες που έχει το στίγμα στην κοινωνική και επαγγελματική τους ζωή.

4.1. Περιορισμοί της έρευνας

Σε αυτό το σημείο, μετά τη συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας, είναι σημαντικό να αναφερθούν οι περιορισμοί της, οι οποίοι, ενδεχομένως, επηρέασαν τα ευρήματα. Πρώτα απ' όλα, οι γυναίκες ήταν πολύ περισσότερες από τους άντρες. Επίσης, οι περισσότεροι συμμετέχοντες (100) κατάγονται από πόλη και ένας από τους βασικότερους περιορισμούς είναι το γεγονός ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω των Google Forms, που σημαίνει ότι τα στοιχεία των συμμετεχόντων δε μπορούν να διασταυρωθούν. Τέλος, τα ερωτηματολόγια είναι αυτό-αναφοράς χωρίς κάποια παρέμβαση, επομένως δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστούν αιτιώδεις σχέσεις, πέρα από σχέσεις ανάμεσα στις υπό μελέτη ψυχολογικές και κοινωνικές μεταβλητές.

4.2. Δυνατά σημεία της έρευνας

Παρά τους παραπάνω περιορισμούς, η έρευνα έχει και δυνατά σημεία. Ένα από αυτά είναι το γεγονός ότι διερευνήθηκαν οι στάσεις φοιτητών δύο τμημάτων· τμήμα Ιατρικής και Ψυχολογίας, και έτσι ήταν δυνατή η σύγκριση μεταξύ των φοιτητών των δύο τμημάτων. Επιπλέον, εξετάστηκαν οι στάσεις τους απέναντι σε τρεις διαταραχές και όχι μόνο σε μία (κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας). Τέλος, διερευνήθηκαν όχι μόνο οι αιτιακές αποδόσεις αλλά και οι στάσεις των συμμετεχόντων.

4.3. Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Από την παρούσα έρευνα, είναι δυνατόν να γίνουν ορισμένες προτάσεις για μελλοντικές έρευνες. Μία από αυτές είναι το δείγμα να αποτελέσουν όλοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μαζί με τους νοσηλευτές και τους σύμβουλους ψυχικής υγείας. Επιπλέον, θα ήταν ενδιαφέρον να μελετηθούν και άλλες διαταραχές, όπως οι αγχώδεις.

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Βιβλιογραφία

- Allport, G. (1954) *The Nature of Prejudice*. Στο: Αντωνοπούλου, Ν. (2012).
*Στερεοτυπικές και προκαταληπτικές συμπεριφορές των εκπαιδευτικών σε
γγενείς μαθητές και μαθητές πολιτισμικά διαφορετικών ομάδων* (Διδακτορική
διατριβή).
- Αυδή, Ε., & Ρούσση, Π. (επιμ.). (2010). *ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ*. Αθήνα: Gutenberg.
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder,
stigma, and treatment implications. *Harvard review of psychiatry*, 14(5), 249-
256. DOI:
- Björkman, T., Angelman, T., & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with
mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and
somatic care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 22(2), 170-177. doi:
10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., & Iancu, I. (2011). Staff attitudes toward patients with
borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 52(5), 548-555.
DOI: 10.1016/j.comppsy.2010.10.004
- Bodner, E., Shrira, A., Hermesh, H., Ben-Ezra, M., & Iancu, I. (2015). Psychiatrists'
fear of death is associated with negative emotions toward borderline
personality disorder patients. *Psychiatry research*, 228(3), 963-965. doi:
10.1016/j.psychres.2015.06.010
- Borenstein, B. (2011). The effect of biological versus environmental causal
explanations on the stigmatization of major depression and anorexia nervosa.
Ανακτήθηκε στις 22 Μαρτίου 2018 από:
<https://digitalcommons.conncoll.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://scholar.google.gr/&httpsredir=1&article=1013&context=psychhp>
- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An
attribution model of public discrimination towards persons with mental illness.
Journal of health and Social Behavior, 162-179.

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

- Dickens, G. L., Lamont, E., & Gray, S. (2016). Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrative literature review. *Journal of clinical nursing*, 25(13-14), 1848-1875. doi: 10.1111/jocn.13202
- Fraser, K., & Gallop, R. (1993). Nurses' confirming/disconfirming responses to patients diagnosed with borderline personality disorder. *Archives of psychiatric nursing*, 7(6), 336-341. doi: 10.1016/0883-9417(93)90051-W
- Gallop, R., Lancee, W. J., & Garfinkel, P. (1989). How nursing staff respond to the label "borderline personality disorder". *Psychiatric Services*, 40(8), 815-819. doi: 10.1176/ps.40.8.815
- Giannouli, H., Perogamvros, L., Berk, A., Svigos, A., & Vaslamatzis, G. (2009). Attitudes, knowledge and experience of nurses working in psychiatric hospitals in Greece, regarding borderline personality disorder: a comparative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 16(5), 481-487. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01406.x
- Havelka, M., Despot Lučanin, J., & Lučanin, D. (2009). Biopsychosocial model—the integrated approach to health and disease. *Collegium antropologicum*, 33(1), 303-310.
- Howe, E. (2013). Five ethical and clinical challenges psychiatrists may face when treating patients with borderline personality disorder who are or may become suicidal. *Innovations in clinical neuroscience*, 10(1), 14.
- Imbeau, D., Bouchard, S., Terradas, M., & Simard, V. (2014). Attitudes des médecins omnipraticiens et des résidents en médecine familiale à l'endroit des personnes souffrant d'un trouble de personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 273-289. doi: 10.7202/1025917ar
- Κοππάση, Ε., & Βακάκη, Α. (επιμ.) (2004). Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας. Αθήνα: Τυπωθύτω.

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

- Langley, G. C., & Klopper, H. (2005). Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 12(1), 23-32. doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00774.x
- Lawn, S., & McMahon, J. (2015). Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(7), 510-521. doi: 10.1111/jpm.12226
- Lee, A. A., Laurent, S. M., Wykes, T. L., Andren, K. A. K., Bourassa, K. A., & McKibbin, C. L. (2014). Genetic attributions and mental illness diagnosis: effects on perceptions of danger, social distance, and real helping decisions. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(5), 781-789. doi: 10.1007/s00127-013-0764-1
- Levy, K. N., Beeney, J. E., Wasserman, R. H., & Clarkin, J. F. (2010). Conflict begets conflict: Executive control, mental state vacillations, and the therapeutic alliance in treatment of borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, 20(4), 413-422. doi: 10.1080/10503301003636696
- Λίλου, Σ. (2018). Οι στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού της Ψυχιατρικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου απέναντι στους ασθενείς με Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας (Borderline Personality Disorder). Ανακτήθηκε από: <https://apothesis.eap.gr/handle/repo/38922> στις 30-03-2019.
- Λογδανίδου, Μ., Μαλλιοπούλου, Ε., & Γεωργάκα, Ε. (2018). Οι απόψεις των κατοίκων αγροτικών περιοχών της Μακεδονίας για τις ψυχικές διαταραχές: Μια ποιοτική μελέτη. *Hellenic Journal of Psychology [ΨΕΒΕ]*, 15, 302-324.
- Locke, C. R. (2010). *Public attitudes toward mental illness: An experimental design examining the media's impact of crime on stigma* (Διδακτορική διατριβή, The Ohio State University).

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

- Mannarini, S., & Boffo, M. (2013). Assessing mental disorder causal beliefs: a latent dimension identification. *Community mental health journal*, 49(6), 686-693. doi: 10.1007/s10597-012-9581-3
- Mannarini, S., Boffo, M., & Balottin, L. (2013). Beliefs about the patient's role in the psychotherapeutic relationship: a latent trait perspective. *TPM. Test. Psychom. Methodol. Appl. Psychol*, 20, 277-294.
- Markham, D., & Trower, P. (2003). The effects of the psychiatric label 'borderline personality disorder' on nursing staff's perceptions and causal attributions for challenging behaviours. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(3), 243-256. doi: 10.1348/01446650360703366
- Νιάρη, Μ., & Μανούσου, Ε. (2016). Το Φαινόμενο του Πυγμαλίωνα, η επίδρασή του στη μαθησιακή διαδικασία και η διδακτική του αξιοποίηση. *Διεθνές Συνέδριο για την Ανοικτή & εξ Αποστάσεως Εκπαίδευση*, 7(2Α).
- Osgood, C. E. (1952). The nature and measurement of meaning. *Psychological bulletin*, 49(3), 197.
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L., & Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is an illness like any other' approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(5), 303-318. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00824.x
- Roeloffs, C., Sherbourne, C., Unützer, J., Fink, A., Tang, L., & Wells, K. B. (2003). Stigma and depression among primary care patients. *General hospital psychiatry*, 25(5), 311-315. doi: 10.1016/S0163-8343(03)00066-5
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2013). Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder. *Innovations in clinical neuroscience*, 10(5-6), 39.
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2014). Causal beliefs of the public and social acceptance of persons with mental illness: a comparative analysis of schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychological medicine*, 44(2), 303-314. doi:10.1017/S003329171300072X

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

- Sears, P. M., Pomerantz, A. M., Segrist, D. J., & Rose, P. (2011). Beliefs about the biological (vs. nonbiological) origins of mental illness and the stigmatization of people with mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 14*(2), 109-119. doi: 10.1080/15487768.2011.569665
- Servais, L. M., & Saunders, S. M. (2007). Clinical psychologists' perceptions of persons with mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*(2), 214. doi: 10.1037/0735-7028.38.2.214
- Strong, S. (2010). *The Effects of the Label Borderline Personality Disorder on Staff: Attributions and Intended Behaviour* (Διδακτορική διατριβή, University of East Anglia).
- Sulzer, S. H. (2015). Does “difficult patient” status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder. *Social Science & Medicine, 142*, 82-89. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.08.008
- Swenson, C. R., Sanderson, C., Dulit, R. A., & Linehan, M. M. (2001). The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatric Quarterly, 72*(4), 307-324. doi: 10.1023/A:1010337231127
- Tzouvara, V., Papadopoulos, C., & Randhawa, G. (2016). Systematic review of the prevalence of mental illness stigma within the Greek culture. *International Journal of Social Psychiatry, 62*(3), 292-305.
- Üçok, A., Polat, A., Sartorius, N., Erkoç, S., & Ataklı, C. (2004). Attitudes of psychiatrists toward patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 58*(1), 89-91. doi: 10.1111/j.1440-1819.2004.01198.x
- Χαντζή, Α. (επιμ.). (2010). *ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ*. Αθήνα: Gutenberg.
- Χουντουμάδη, Α. & Πατεράκη, Λ. (2008). *Λεξικό Ψυχολογίας*. Αθήνα: Τόπος.
- Wilson, L. C., Ballman, A. D., & Buczek, T. J. (2016). News content about mass shootings and attitudes toward mental illness. *Journalism & Mass Communication Quarterly, 93*(3), 644-658.

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

- Woollaston, K., & Hixenbaugh, P. (2008). 'Destructive Whirlwind': nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 15(9), 703-709. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01275.x
- Zissi, A. (2000). Lay perceptions of mental disorder in agricultural Greece: A qualitative approach. *Journal of Public Mental Health*, 2(1), 33-39.
- Ζήση, Α. (2000). Αντιλήψεις και στάσεις της κοινότητας απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες και στην ψυχική διαταραχή: Ανασκόπηση εμπειρικών ευρημάτων και μεθοδολογικά ζητήματα. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 103(103), 131-164.
- Zorba, A. B. (2015). Mental illness stigma in Turkish and Greek Cypriot Communities living in Cyprus: A pilot study. *The European Journal of Social & Behavioural Sciences*, 13(2), 1747.

Παράρτημα

1. ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΙΤΙΑΚΩΝ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

(Μετάφραση – Προσαρμογή στα Ελληνικά: Παπαθανασίου & Στυλιανίδης, 2018)

Σας ζητάμε να υποδείξετε τον βαθμό συμφωνίας σας σε μια λίστα από δηλώσεις που ακολουθούν. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Παρακαλούμε, εκφράστε το βαθμό συμφωνίας σας για κάθε στοιχείο, χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα βαθμολόγησης:

0 Δεν συμφωνώ καθόλου 1 Συμφωνώ μερικώς 2 Συμφωνώ 3 Συμφωνώ απόλυτα

	Δεν συμφωνώ καθόλου	Συμφωνώ μερικώς	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1. Τα αίτια για τα περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα των ανθρώπων μπορούν να εντοπιστούν στον εγκέφαλο (ΒΑΠ).	0	1	2	3
2. Οι ψυχικές διαταραχές συνήθως προκαλούνται από ένα ασθενές νευρικό σύστημα (ΒΑΠ).	0	1	2	3
3. Πολλοί φυσιολογικοί άνθρωποι θα αρρώσταιναν ψυχικά, αν έπρεπε να ζουν σε πολύ αγχωτικές συνθήκες (ΨΑΠ).	0	1	2	3
4. Μερικοί άνθρωποι γεννιούνται ψυχικά ασταθείς και είναι σχεδόν βέβαιο ότι θα περάσουν μέρος της ζωής τους σε ιδρύματα ψυχικής υγείας (ΒΑΠ).	0	1	2	3
5. Θα έπρεπε να επενδύονται περισσότερα χρήματα για την εξεύρεση σωστών μεθόδων ανατροφής των παιδιών αντί για τον προσδιορισμό της βιογενετικής βάσης των ψυχικών ασθενειών (ΨΑΠ).	0	1	2	3
6. Μερικοί άνθρωποι γεννιούνται καταθλιπτικοί και παραμένουν έτσι σε όλη τη ζωή τους (ΒΑΠ).	0	1	2	3
7. Το ανθρώπινο νευρικό σύστημα έχει ένα όριο ανοχής κάτω από συνθήκες άγχους και το νευρικό σύστημα των ψυχιατρικών ασθενών πιθανότατα να είναι πιο αδύναμο (ΒΑΠ).	0	1	2	3
8. Το γενετικά καθορισμένο είδος του νευρικού σου συστήματος έχει ελάχιστη σχέση με το αν θα γίνεις ψυχωτικός (ΨΑΠ).	0	1	2	3
9. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πιθανώς υποτιμούν το βαθμό στον οποίο μια εγκεφαλική βλάβη	0	1	2	3

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ

ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

είναι υπεύθυνη για την πρόκληση ψυχικής ασθένειας (ΒΑΠ).				
10. Η καλή σχέση και επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας καθορίζουν μια υγιή ψυχολογική ανάπτυξη (ΨΑΠ).	0	1	2	3
11. Τα παιδιά γονέων με σχιζοφρένεια έχουν μεγάλη πιθανότητα να αρρωστήσουν ψυχικά και τα ίδια (ΒΑΠ).	0	1	2	3
12. Μερικοί άνθρωποι γεννιούνται με κάποιο είδος συναισθηματικής αστάθειας που καθιστά εύκολο το να διαταραχθούν ψυχικά (ΒΑΠ).	0	1	2	3
13. Μερικοί άνθρωποι γεννιούνται με μια βιολογικά καθορισμένη τάση να παρουσιάσουν κάποιου είδους ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια της ανάπτυξής τους (ΒΑΠ).	0	1	2	3
14. Μια καλή σχέση με τη μητέρα κατά τα πρώτα έτη ζωής πιθανότατα να εγγυάται μια υγιή ψυχική ανάπτυξη (ΨΑΠ).	0	1	2	3
15. Η πλειονότητα των ψυχολογικών προβλημάτων προκαλείται από γενετικές μεταλλάξεις (ΒΑΠ).	0	1	2	3
16. Οι άνθρωποι, οι οποίοι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις σχέσεις τους και προτιμούν να ζουν απομονωμένοι, είναι πιθανότερο να αρρωστήσουν ψυχικά (ΨΑΠ).	0	1	2	3
17. Είναι αρκετά δύσκολο άνθρωποι με ισορροπημένη ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη να αρρωστήσουν ψυχικά (ΨΑΠ).	0	1	2	3
18. Ένα κοινωνικό περιβάλλον που στερείται μελλοντικών προοπτικών θα μπορούσε να αποτελέσει γόνιμο έδαφος για την εμφάνιση ψυχικής ασθένειας (ΨΑΠ).	0	1	2	3
19. Οι περισσότεροι άνθρωποι που υποφέρουν από ψυχολογικά προβλήματα γεννιούνται με κάποιο ψυχολογικό έλλειμμα (ΒΑΠ).	0	1	2	3
20. Αν οι γονείς υποστηρίζονταν από κοινωνικές πολιτικές στον γονικό τους ρόλο και στα γονικά τους καθήκοντα, πιθανότατα τα παιδιά τους να ήταν ψυχικά υγιή (ΨΑΠ).	0	1	2	3
21. Οι ψυχικές διαταραχές οφείλονται συνήθως σε	0	1	2	3

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ

ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

υποβόσκουσα βιολογική δυσλειτουργία· επομένως, οι ψυχιατρικές θεραπείες θα έπρεπε να αποσκοπούν στη βελτίωση της λειτουργίας του βιολογικού συστήματος του ατόμου (ΒΑΠ).

22. Αν η κοινωνία λάμβανε περισσότερο σοβαρά υπόψη τις ανάγκες των ανθρώπων, πιθανότατα οι ψυχικές ασθένειες να μειώνονταν (ΨΑΠ). 0 1 2 3

23. Η συνεχής προσπάθεια για την επίλυση προβλημάτων της καθημερινότητας, χωρίς όμως επιτυχία, ενδέχεται να προκαλέσει ψυχική ασθένεια (ΨΑΠ). 0 1 2 3

24. Αν τα παιδιά γονέων με σχιζοφρένεια ανατρέφονταν από ψυχικά υγιείς ανθρώπους, πιθανόν να γίνονταν υγιή μεγαλώνοντας (ΨΑΠ). 0 1 2 3

25. Αν οι άνθρωποι μεγαλώσουν σε ένα στερημένο ή δυσλειτουργικό οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, πιθανότατα να μην έχουν υγιή ψυχολογική ανάπτυξη (ΨΑΠ). 0 1 2 3

26. Όταν μια ομάδα ανθρώπων αναγκάζεται να ζει κάτω από ακραίες συνθήκες άγχους, αυτοί που καταρρέουν από την πίεση πιθανόν να είναι όσοι έχουν κληρονομήσει μια αδύναμη ψυχολογική προδιάθεση (ΒΑΠ). 0 1 2 3

27. Η κοινωνία μας συχνά ευνοεί την ανάπτυξη παθολογικών συμπεριφορών, ωθώντας τους ανθρώπους να επιθυμούν την επιτυχία, χωρίς όμως να τους παρέχει τις κατάλληλες ευκαιρίες και τα μέσα για να το επιτύχουν (ΨΑΠ). 0 1 2 3

28. Τα τραύματα στην παιδική ηλικία, όπως η σεξουαλική κακοποίηση ή/και η διαβίωση σε ένα πολύ βίαιο οικογενειακό περιβάλλον, μπορεί να παρεμποδίσουν την υγιή ψυχική ανάπτυξη (ΨΑΠ). 0 1 2 3

29. Ένα καταπιεστικό οικογενειακό περιβάλλον, όπου είναι αδύνατο να εκφραστούν έντονα συναισθήματα, όπως ο θυμός, θα μπορούσε να προκαλέσει στο άτομο συγκεκριμένες ψυχικές ασθένειες (ΨΑΠ). 0 1 2 3

30. Μερικοί άνθρωποι αρρωσταίνουν ψυχικά για να αποδράσουν από τις αφόρητες καταστάσεις του περιβάλλοντος (ΨΑΠ). 0 1 2 3

2. Βινιέτες

A) Κατάθλιψη

Παρακαλούμε, διαβάστε προσεκτικά το παρακάτω κείμενο:

Ο Χάρης είναι ένας τριαντάχρονος, άγαμος άνδρας, ο οποίος έχει διαγνωστεί με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Ζει μόνος σε ένα διαμέρισμα στο κέντρο της πόλης και εργάζεται ως υπάλληλος σε μια δημόσια υπηρεσία. Έχει νοσηλευτεί τρεις φορές μέχρι σήμερα εξαιτίας της ασθένειάς του.

Παρακαλούμε, διαβάστε προσεκτικά τα κλινικά χαρακτηριστικά της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής σύμφωνα με το DSM-V:

- δυσκολίες στον ύπνο
- ψυχοκινητική επιβράδυνση/διέγερση
- απώλεια/αύξηση όρεξης
- απώλεια ενέργειας
- αισθήματα αναξιότητας
- δυσκολία στη συγκέντρωση
- επανειλημμένες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας

B) Σχιζοφρένεια

Παρακαλούμε, διαβάστε προσεκτικά το παρακάτω κείμενο:

Ο Χάρης είναι ένας τριαντάχρονος, άγαμος άνδρας, ο οποίος έχει διαγνωστεί με σχιζοφρένεια. Ζει μόνος σε ένα διαμέρισμα στο κέντρο της πόλης και εργάζεται ως υπάλληλος σε μια δημόσια υπηρεσία. Έχει νοσηλευτεί τρεις φορές μέχρι σήμερα εξαιτίας της ασθένειάς του.

Παρακαλούμε, διαβάστε προσεκτικά τα κλινικά χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας σύμφωνα με το DSM-V:

Χαρακτηριστικά συμπτώματα (2 ή περισσότερα από τα παρακάτω), κάθε ένα από τα οποία να διαρκεί πάνω από 1 μήνα:

- παραληρητικές ιδέες
- ψευδαισθήσεις
- αποδιοργανωμένος λόγος
- αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά
- αρνητικά συμπτώματα

Γ) Μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας

Παρακαλούμε, διαβάστε προσεκτικά το παρακάτω κείμενο:

Ο Χάρης είναι ένας τριαντάχρονος, άγαμος άνδρας, ο οποίος έχει διαγνωστεί με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας. Ζει μόνος σε ένα διαμέρισμα στο κέντρο της πόλης και εργάζεται ως υπάλληλος σε μια δημόσια υπηρεσία. Έχει νοσηλευτεί τρεις φορές μέχρι σήμερα εξαιτίας της ασθένειάς του.

Παρακαλούμε, διαβάστε προσεκτικά τα κλινικά χαρακτηριστικά της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας σύμφωνα με το DSM-V.

- αστάθεια/υπερβολική ένταση στις διαπροσωπικές σχέσεις
- ασταθή αίσθηση εαυτού
- παρορμητική/αυτοκαταστροφική συμπεριφορά
- υπερβολική συναισθηματική αντιδραστικότητα
- έντονες δυσκολίες στη διαχείριση του θυμού

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

3. Ερωτηματολόγιο στάσεων (AQ27)

1. Θα ένιωθα ενοχλημένος/η από τον Χάρη

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου

Πάρα πολύ

2. Θα ένιωθα ανασφαλής κοντά στον Χάρη

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου

Πάρα πολύ

3. Ο Χάρης θα με τρόμαζε

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου

Πάρα πολύ

4. Πόσο νευριασμένος/η θα ήσουν με τον Χάρη

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου

Πάρα πολύ

5. Αν ήμουν υπεύθυνος/η για τη θεραπεία του Χάρη, θα απαιτούσα να παίρνει τα φάρμακά του

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου

Πάρα πολύ

6. Νομίζω ότι ο Χάρης θέτει σε κίνδυνο τους γείτονές του, εκτός κι αν βρίσκεται σε νοσηλεία

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου

Πάρα πολύ

7. Αν ήμουν εργοδότης, θα έπαιρνα συνέντευξη από τον Χάρη

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου πιθανό

Πάρα πολύ πιθανό

8. Θα ήμουν πρόθυμος/η να μιλούσα με τον Χάρη για τα προβλήματά του

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου

Πάρα πολύ

9. Θα ένιωθα λυπημένη για τον Χάρη

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ

ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου

Πάρα πολύ

10. Θα σκεφτόμουν ότι ήταν λάθος του Χάρη που βρίσκεται σε αυτήν την κατάσταση

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου

Πάρα πολύ

11. Πόσο ελέγξιμη είναι η αιτία της κατάστασης του Χάρη;

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Δεν είναι καθόλου

Είναι τελείως υπό

στον έλεγχό του

τον έλεγχό του

12. Πόσο τσαντισμένος/η θα ένιωθες για τον Χάρη;

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου

Πάρα πολύ

13. Πόσο επικίνδυνος θα ένιωθες ότι είναι ο Χάρης;

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου

Πάρα πολύ

14. Πόσο συμφωνείς ότι ο Χάρης πρέπει να αναγκαστεί να μπει σε θεραπεία με τον γιατρό του ακόμη κι αν δε θέλει

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου

Πάρα πολύ

15. Πιστεύω ότι το καλύτερο για τον περίγυρο του Χάρη θα ήταν εάν νοσηλευόταν σε ψυχιατρική κλινική

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου

Πάρα πολύ

16. Θα μοιραζόμουν το αυτοκίνητο με τον Χάρη κάθε μέρα

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου πιθανό

Πάρα πολύ πιθανό

17. Πόσο πιστεύεις ότι ένα άσυλο, όπου ο Χάρης θα ήταν μακριά από τους γείτονες, θα ήταν το καλύτερο μέρος για αυτόν;

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου

Πάρα πολύ

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ

ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

18. Θα ένιωθα απειλημένος/η από τον Χάρη

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου

Πάρα πολύ

19. Πόσο φοβισμένος/η θα ένιωθες για τον Χάρη;

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου

Πάρα πολύ

20. Πόσο πιθανό είναι να βοηθούσες τον Χάρη;

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου

Πάρα πολύ

21. Πόσο σίγουρος/η θα ένιωθες να βοηθούσες τον Χάρη;

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου

Πάρα πολύ

22. Πόση συμπόνια θα ένιωθες για τον Χάρη;

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου

Πάρα πολύ

23. Πόσο υπεύθυνος, πιστεύεις, είναι ο Χάρης για την παρούσα κατάσταση;

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου

Πάρα πολύ

24. Πόσο τρομοκρατημένος θα ένιωθες από τον Χάρη;

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου

Πάρα πολύ

25. Αν ήμουν υπεύθυνος/η για τη θεραπεία του Χάρη, θα τον ανάγκαζα να ζει σε ομαδικό σπίτι

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου

Πάρα πολύ

26. Εάν ήμουν ιδιοκτήτης/τρια σπιτιού, θα νοίκιαζα το διαμέρισμα στο Χάρη

1 2 3 4 5 6 7 8 9

ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ - (ΜΙΑ) ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Καθόλου πιθανό

Πάρα πολύ πιθανό

27. Πόση ανησυχία θα ένιωθες για τον Χάρη;

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Καθόλου

Πάρα πολύ

4. Κλίμακα σημασιολογικής διαφοροποίησης

Παρακαλούμε, αξιολογήστε τον Χάρη με βάση μια σειρά από ζεύγη επιθέτων, χρησιμοποιώντας την προτεινόμενη κλίμακα.

πολύ – αρκετά – λίγο – έτσι κι έτσι – λίγο – αρκετά – πολύ

καλός	1	2	3	4	5	6	7	κακός
κατανοητός	1	2	3	4	5	6	7	ακατανόητος
ακίνδυνος	1	2	3	4	5	6	7	επικίνδυνος
σημαντικός	1	2	3	4	5	6	7	ασήμαντος
επιθυμητός	1	2	3	4	5	6	7	ανεπιθύμητος
όμοιος με εμένα	1	2	3	4	5	6	7	διαφορετικός από εμένα

5. Άδεια χρήσης της κλίμακας MDCB από την Marilisa Boffo



Marilisa Boffo <marilisa.boffo@gmail.com>

Τετ 18/4/2018 2:43 μ.μ.

Εσείς



Dear Ioanna,

thank you for your email. Sure, you are free to use the MDCB dimension for your study, citing the corresponding reference(s).

Attached you find the questionnaire.

Good luck with your study!

Best wishes,
Marilisa

Marilisa Boffo, Ph.D.
Post-doc researcher