



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΕΓΚΑΙΡΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΩΣΗ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Στάσεις κοινωνικών λειτουργών (επαγγελματιών και φοιτητών) απέναντι στην ψυχική
ασθένεια»

ΜΙΧΕΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑΝΤΖΕΛΑ

A.M.: 74502822000029

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

*Στεφανής Νικόλαος - Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διευθυντής της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής του
Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών*

*Λέκκος Πέτρος - Ψυχίατρος Συνεργάτης του Τμήματος Ιατρικής του Εθνικού και Καποδιστριακού
Πανεπιστημίου Αθηνών*

*Ξενάκη Αήδα – Αλκυστης - Ψυχίατρος Συνεργάτης του Τμήματος Ιατρικής του Εθνικού και
Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών*

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2024

ΑΘΗΝΑ

«Δεν υπάρχει υγεία, χωρίς ψυχική υγεία»

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Έρευνα επικεντρώνεται στις αντιλήψεις των Κοινωνικών Λειτουργών σχετικά με την Ψυχική Ασθένεια, στο πλαίσιο των προκλήσεων της σύγχρονης ψυχιατρικής και κοινωνικής φροντίδας. Στόχος της έρευνας είναι η διερεύνηση των στάσεων, των απόψεων και των κοινωνικών αντιλήψεων αυτών των επαγγελματιών πρώτης γραμμής, καθώς και του ρόλου τους στην υποστήριξη ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Η έρευνα βασίζεται σε μικτή μεθοδολογία, συνδυάζοντας ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα, χρησιμοποιώντας την Κλίμακα «Opinion About Mental Illness» (OMI) ως κύριο εργαλείο συλλογής δεδομένων. Στατιστικές αναλύσεις διεξήχθησαν για την κατανόηση των παραγόντων, που επηρεάζουν τις αντιλήψεις των Κοινωνικών Λειτουργών, όπως η Κοινωνική Διάκριση, Κοινωνική Φροντίδα και Κοινωνική Ενσωμάτωση.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στη μείωση του στίγματος και την προώθηση της κοινωνικής ένταξης ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Παράλληλα, αναδεικνύονται τα εμπόδια που προκύπτουν από κοινωνικές προκαταλήψεις και τις ανισότητες πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Συμπερασματικά, η έρευνα προτείνει την ενίσχυση της εκπαίδευσης και της ευαισθητοποίησης των Κοινωνικών Λειτουργών, καθώς και την ανάγκη για ολοκληρωμένες πολιτικές ψυχικής υγείας, που προάγουν τη δίκαιη και ισότιμη πρόσβαση στην ψυχοκοινωνική φροντίδα.

Λέξεις κλειδιά: Ψυχική Ασθένεια, Κοινωνική Εργασία, Αντιλήψεις, Στίγμα, Έγκαιρη Παρέμβαση, Ψυχική Υγεία, Κοινωνική Ένταξη, Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Κοινωνική Δικαιοσύνη

ABSTRACT

This postgraduate research focuses on the perceptions of Social Workers regarding Mental Illness within the context of modern psychiatric and social care challenges. The aim of the study is to explore the attitudes, opinions and social perceptions of these frontline professionals, as well as their role in supporting individuals with mental disorders.

The research employs a mixed – methods approach, combining quantitative and qualitative data, with the Opinion on Mental Illness Scale (OMI) serving as the primary data collection tool. Statistical analyses were conducted to understand the factors influencing Social Workers' perceptions, including Social Discrimination, Social Care and Social Integration.

The findings reveal that Social Workers play a critical role in reducing stigma and promoting the social inclusion of individuals with the mental disorders. However, challenges arise from social prejudices and inequalities in access to mental health services.

In conclusion, the study advocates for enhanced education and awareness for Social Workers and highlights the need for comprehensive mental health policies that promote fair and equitable access to psychosocial care.

Keywords: Mental Illness, Social Work, Perceptions, Stigma, Early Intervention, Mental Health, Social Inclusion, Mental Health Services, Social Workers, Social Justice

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω την ειλικρινή μου ευγνωμοσύνη στους ανθρώπους που με στήριξαν καθ' όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Πρώτα απ' όλα, ένα μεγάλο «ευχαριστώ» στους γονείς μου, οι οποίοι στάθηκαν δίπλα μου με αμέριστη αγάπη, υπομονή και κατανόηση σε κάθε βήμα αυτής της διαδρομής. Η εμπιστοσύνη τους στις δυνατότάτες μου και η διαρκής τους υποστήριξη ήταν για μένα πολύτιμες.

Θα ήθελα, επίσης, να ευχαριστήσω τους κοντινούς μου ανθρώπους, που με την συντροφιά και την κατανόησή τους μου έδωσαν δύναμη να συνεχίσω. Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλονται σε εκείνους, που με τη σταθερή τους παρουσία, την υπομονή και την αγάπη τους, μου προσέφεραν την ασφάλεια και την έμπνευση, που χρειαζόμουν στις πιο δύσκολες στιγμές.

Σε όλους εσάς, οφείλω ένα μεγάλο μέρος της ολοκλήρωσης αυτού του ταξιδιού και σας ευχαριστώ από καρδιάς.

Πίνακας Περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
Πίνακας Περιεχομένων	6
Πίνακας Πινάκων & Διαγραμμάτων	9
Εισαγωγή	11
Κεφάλαιο 1. Σύγχρονες Προσεγγίσεις και Εξελίξεις στην Ψυχική Υγεία.....	12
1.1 Ολοκληρωμένη Προσέγγιση στην Ψυχική Υγεία: Βιολογικές, Ψυχολογικές και Κοινωνικές Προοπτικές.....	12
1.2 Η Εξέλιξη της Αντίληψης για την Ψυχική Ασθένεια: Από την Αρχαία Δαιμονολογία στη Σύγχρονη Παγκόσμια Ψυχική Υγεία	14
1.3 Σημερινή Κατάσταση: Προκλήσεις και Ανισότητες στην Ψυχική Υγεία	17
1.4 Η Σημασία της Πρόληψης και της Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψυχική Ασθένεια	18
Κεφάλαιο 2. Στάσεις και Αντιλήψεις για την Ψυχική Ασθένεια	20
2.1 Στάσεις του Κοινού για την Ψυχική Ασθένεια	20
2.2 Στάσεις των Επαγγελματιών Υγείας για την Ψυχική Ασθένεια	21
2.3 Στάσεις των Οικογενειών και Φροντιστών για την Ψυχική Ασθένεια	22
2.4 Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και Ψυχική Ασθένεια	23
2.5 Κοινωνική Πολιτική και Στάσεις για την Ψυχική Ασθένεια	24
Κεφάλαιο 3. Ο Ρόλος των Κοινωνικών Λειτουργών στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας	26
3.1 Ο Ρόλος και η Σημασία της Κοινωνικής Εργασίας: Σύγχρονος Ορισμός και Εφαρμογές .	26
3.2 Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε Μονάδα Έγκαιρης Παρέμβασης στη Ψύχωση...	28
3.3 Κοινωνική Εργασία σε Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου.....	29
3.4 Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας.....	30
3.5 Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε Πλαίσιο Απεξάρτησης Ουσιών.....	31
3.6 Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε Ψυχογηριατρικό πλαίσιο.....	32
Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα Προηγούμενων Ερευνών.....	34
4.1 Στάσεις των Κοινωνικών Λειτουργών Απέναντι Στην Ψυχική Νόσο: Αποτελέσματα και Προκλήσεις.....	34
Κεφάλαιο 5. Μεθοδολογία Έρευνας.....	37
5.1. Σκοπός & Στόχοι Έρευνας.....	37

5.2. Ερευνητικά Ερωτήματα & Ερευνητικές Υποθέσεις	38
5.3. Επιλογή & Τεκμηρίωση Ερευνητικής Μεθόδου.....	39
5.4. Εργαλείο Διεξαγωγής Έρευνας/ Κλίμακα Γνώμης Για Την Ψυχική Ασθένεια (ΟΜΙ).....	41
5.5. Τρόπος Συλλογής Δεδομένων Έρευνας.....	42
5.6. Δειγματοληψία Έρευνας	42
5.7. Δικαιολόγηση Μεθόδων / Τεχνικών Στατιστικής Ανάλυσης	43
5.8. Διαδικασία Ελέγχου Αξιοπιστίας Ερευνητικού Εργαλείου	44
Κεφάλαιο 6. Στατιστική Ανάλυση	46
6.1. Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση Δημογραφικών Στοιχείων.....	46
6.2. Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση Κλίμακας Γνώμης Για Την Ψυχική Ασθένεια (ΟΜΙ)	55
6.2.1. Κοινωνική Διάκριση.....	55
6.2.2. Κοινωνικός Περιορισμός.....	59
6.2.3. Κοινωνική Φροντίδα	62
6.2.4. Κοινωνική Ενσωμάτωση	65
6.2.5. Αιτιολογία.....	67
6.3. Επαγωγική Στατιστική Ανάλυση	70
6.3.1. Έλεγχος Κανονικότητας Μεταβλητών	70
6.3.2. Ερευνητικό Ερώτημα 1 - Έλεγχος Ερευνητικής Υπόθεσης 1.....	74
6.3.3. Ερευνητικό Ερώτημα 2 - Έλεγχος Ερευνητικής Υπόθεσης 2.....	76
6.3.4. Ερευνητικό Ερώτημα 3 - Έλεγχος Ερευνητικής Υπόθεσης 3.....	77
6.3.5. Ερευνητικό Ερώτημα 4 – Έλεγχος Ερευνητικής Υπόθεσης 5	80
6.3.6. Ερευνητικό Ερώτημα 5 – Έλεγχος Ερευνητικής Υπόθεσης 6	82
6.4. Ανάλυση Περιεχομένου Ανοικτών Ερωτήσεων.....	90
Κεφάλαιο 7. Συμπεράσματα Έρευνας.....	96
7.1. Συμπεράσματα Περιγραφικής Στατιστικής Ανάλυσης	96
7.2. Συμπεράσματα Επαγωγικής Στατιστικής Ανάλυσης	98
7.3. Συμπεράσματα Ποιοτικής Ανάλυσης Περιεχομένου Ανοικτών Ερωτήσεων	102
Κεφάλαιο 8. Συζήτηση - Προτάσεις	104
8.1. Συζήτηση Αποτελεσμάτων	104
8.2. Περιορισμοί Έρευνας.....	106
8.3. Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα	107
Βιβλιογραφικές Αναφορές	108
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	108
Ελληνική Βιβλιογραφία	117
Παραρτήματα	119

Μέρος Α – Ερωτηματολόγιο.....	119
Μέρος Β – Άδεια Χρήσης Ερωτηματολογίου ΟΜΙ.....	127
Μέρος Γ – Μέθοδος Υπολογισμού Παραγόντων Κλίμακας «Opinion About Mental Illness» (ΟΜΙ).....	128

Πίνακας Πινάκων & Διαγραμμάτων

Πίνακας 4.1. Αξιοπιστία Ερωτηματολογίου ΟΜΙ & 5 Παραγόντων ΟΜΙ.....	45
Πίνακας 1. Φύλο	46
Διάγραμμα 1. Φύλο	46
Πίνακας 2. Ηλικία	47
Διάγραμμα 2. Ηλικία.....	47
Πίνακας 3. Οικογενειακή κατάσταση	48
Διάγραμμα 3. Οικογενειακή κατάσταση	48
Πίνακας 4. Τόπος διαμονής.....	49
Διάγραμμα 4. Τόπος διαμονής	49
Πίνακας 5. Επίπεδο σπουδών.....	50
Διάγραμμα 5. Επίπεδο σπουδών	50
Πίνακας 6. Έτος φοίτησης	51
Διάγραμμα 6. Έτος φοίτησης	51
Πίνακας 7. Εργασία ως Κοινωνικός Λειτουργός	52
Διάγραμμα 7. Εργασία ως Κοινωνικός Λειτουργός.....	52
Πίνακας 8. Φορέας Απασχόλησης	53
Πίνακας 8. Φορέας Απασχόλησης	53
Πίνακας 9. Τομέας Απασχόλησης.....	54
Διάγραμμα 9. Τομέας Απασχόλησης	54
Πίνακας 11. Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση Παράγοντα «Κοινωνική Διάκριση»	55
Διάγραμμα 10. Περιγραφικά Μέτρα Παράγοντα «Κοινωνική Διάκριση»	55
Πίνακας 12. Περιγραφικά Στατιστικά Μέτρα Ερωτήσεων Παράγοντα «Κοινωνική Διάκριση»	58
Πίνακας 13. Περιγραφική Στατιστική Παράγοντα «Κοινωνικός Περιορισμός»	59

Διάγραμμα 11. Περιγραφικά Μέτρα Παράγοντα «Κοινωνικός Περιορισμός»	59
Πίνακας 14. Περιγραφικά Στατιστικά Μέτρα Παράγοντα «Κοινωνικός Περιορισμός»	61
Πίνακας 15. Περιγραφική Στατιστική Παράγοντα «Κοινωνική Φροντίδα»	62
Διάγραμμα 12. Περιγραφικά Μέτρα Παράγοντα «Κοινωνικός Περιορισμός»	63
Πίνακας 16. Περιγραφικά Στατιστικά Μέτρα Παράγοντα «Κοινωνική Φροντίδα»	64
Πίνακας 17. Περιγραφική Στατιστική Παράγοντα «Κοινωνική Ενσωμάτωση»	65
Διάγραμμα 13. Περιγραφικά Μέτρα Παράγοντα «Κοινωνική Ενσωμάτωση»	65
Πίνακας 18. Περιγραφικά Στατιστικά Μέτρα Παράγοντα «Κοινωνική Ενσωμάτωση»	67
Πίνακας 19. Περιγραφική Στατιστική Παράγοντα «Αιτιολογία»	68
Διάγραμμα 14. Περιγραφικά Μέτρα Παράγοντα «Αιτιολογία»	68
Πίνακας 20. Περιγραφικά Στατιστικά Μέτρα Παράγοντα «Αιτιολογία»	69
Πίνακας 21. Έλεγχος Κανονικότητας Μεταβλητών	70
Πίνακας 22. Έλεγχος Ερευνητικής Υπόθεσης 1	75
Πίνακας 23. Έλεγχος Ερευνητικής Υπόθεσης 2	77
Πίνακας 24. Έλεγχος Ερευνητικής Υπόθεσης 3	78
Πίνακας 24. Έλεγχος Ερευνητικής Υπόθεσης 4	79
Πίνακας 25. Έλεγχος Ερευνητικής Υπόθεσης 5	81
Πίνακας 26. 5 Παράγοντες ΟΜΙ * Φύλο	83
Πίνακας 27. 5 Παράγοντες ΟΜΙ * Οικογενειακή Κατάσταση	84
Πίνακας 28. 5 Παράγοντες ΟΜΙ * Τόπος Διαμονής	85
Πίνακας 29. 5 Παράγοντες ΟΜΙ * Επίπεδο Σπουδών	86
Πίνακας 30. 5 Παράγοντες ΟΜΙ * Εργασία ως Κοινωνικός Λειτουργός	87
Πίνακας 31. 5 Παράγοντες ΟΜΙ * Φορέας Απασχόλησης	88
Πίνακας 31. 5 Παράγοντες ΟΜΙ * Τομέας Απασχόλησης	89

Εισαγωγή

Η ψυχική ασθένεια περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων, που επηρεάζουν τη γνωστική, συναισθηματική και συμπεριφορική ευημερία (WHO, 2022). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) εκτιμά πως πάνω από 1 δισεκατομμύριο άτομα αντιμετωπίζουν ζητήματα ψυχικής υγείας, γεγονός που επιβαρύνει σημαντικά τα συστήματα υγείας και την οικονομία, ενώ υπολογίζεται ότι μέχρι το 2030 η κατάθλιψη θα είναι η κύρια αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας παγκοσμίως (WHO, 2011 & 2023). Αυτός ο επιπολασμός υπογραμμίζει τον διάχυτο αντίκτυπο των καταστάσεων ψυχικής υγείας στα άτομα, τις οικογένειες και τις κοινωνίες στο σύνολό τους.

Το τοπίο των ψυχικών ασθενειών είναι πολύπλευρο, περιλαμβάνοντας διαταραχές όπως το άγχος, η διπολική διαταραχή, η σχιζοφρένεια και άλλες (WHO, 2022). Η πολυπλοκότητά της υπερβαίνει τα απλά διαγνωστικά κριτήρια, καθώς διαπλέκεται με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, πολιτισμικά πλαίσια και πρόσβαση σε επαρκείς πόρους για θεραπεία και υποστήριξη (Clark et al., 2017). Παρά τα βήματα ευαισθητοποίησης και μείωσης του στίγματος, οι κοινωνικές στάσεις και οι παρανοήσεις γύρω από την ψυχική υγεία εξακολουθούν να υφίστανται, δημιουργώντας εμπόδια στην αναζήτηση έγκαιρης και αποτελεσματικής φροντίδας (Stellis Health, 2024).

Η κατανόηση και η θεραπεία των ψυχικών ασθενειών έχουν εξελιχθεί με την πάροδο του χρόνου, μεταβαίνοντας από την ιδρυματική περίθαλψη σε μοντέλα φροντίδας με βάση την κοινότητα, τονίζοντας τη σημασία των ολοκληρωμένων προσεγγίσεων στις οποίες συμμετέχουν επαγγελματίες ψυχικής υγείας, φροντιστές και ποικίλοι ενδιαφερόμενοι (Montenegro Cortés et al., 2023). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι αρωγοί στην παροχή υποστήριξης, στην υπεράσπιση περιθωριοποιημένων πληθυσμών και στην πλοήγηση στο περίπλοκο πλέγμα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Η παρούσα έρευνα επιχειρεί να εισέλθει στη σφαίρα της ψυχικής ασθένειας, με στόχο, όχι μόνο να δια φωτίσει τις πολυπλοκότητές της, αλλά και να διερευνήσει τις αντιλήψεις, τις στάσεις και τις απόψεις των κοινωνικών λειτουργών απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Εμβαθύνοντας στις απόψεις αυτών των επαγγελματιών πρώτης γραμμής, η παρούσα έρευνα επιδιώκει να συμβάλει στη βαθύτερη κατανόηση των κοινωνικών στάσεων και προσεγγίσεων που διαμορφώνουν την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας αλλά και τη διαμόρφωση πολιτικών.

Κεφάλαιο 1. Σύγχρονες Προσεγγίσεις και Εξελίξεις στην Ψυχική Υγεία

Το παρόν κεφάλαιο εστιάζει στις νέες προσεγγίσεις και τις εξελίξεις που έχουν διαμορφώσει την κατανόηση και τη διαχείριση της ψυχικής υγείας στην σύγχρονη εποχή. Η ανάγκη για μία ολοκληρωμένη προσέγγιση, που συνδυάζει βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές προοπτικές, γίνεται όλο και πιο επιτακτική, δεδομένης της πολυπλοκότητας των ψυχικών διαταραχών. Εξετάζοντας την εξέλιξη την αντίληψης για την ψυχική ασθένεια, αναδεικνύεται η μετάβαση από δαιμονολογικές και θρησκευτικές εξηγήσεις προς μία επιστημονικά τεκμηριωμένη κατανόηση. Σήμερα, η ψυχική υγεία αντιμετωπίζει ποικίλες προκλήσεις, όπως οι ανισότητες πρόσβασης στις υπηρεσίες, ενώ η πρόληψη και η έγκαιρη παρέμβαση αποτελούν καίριους παράγοντες για τη βελτίωση της ψυχικής ευημερίας σε παγκόσμιο επίπεδο. Το κεφάλαιο αυτό προσφέρει μία συνολική εικόνα των τρεχουσών εξελίξεων, δίνοντας έμφαση στη σημασία της συνεργασίας μεταξύ των διαφορετικών προσεγγίσεων για την επίτευξη αποτελεσματικών λύσεων στον τομέα της ψυχικής υγείας.

1.1 Ολοκληρωμένη Προσέγγιση στην Ψυχική Υγεία: Βιολογικές, Ψυχολογικές και Κοινωνικές Προοπτικές

Σύμφωνα με το καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 1948) ως υγεία ορίζεται *«η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»* (σ. 1). Ο ορισμός της ψυχικής υγείας είναι ένα πολυσύνθετο ζήτημα που μπορεί να περιλαμβάνει διάφορες προσεγγίσεις και κριτήρια. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2022) ορίζει την ψυχική υγεία ως μία κατάσταση ψυχικής ευημερίας, όπου το άτομο έχει την ικανότητα να αντιμετωπίζει τα καθημερινά άγχη, να αναγνωρίζει τις ικανότητές τους, να εργάζεται αποτελεσματικά και παραγωγικά και να συνεισφέρει στο περιβάλλον, που διαμένει.

Η ψυχική νόσος αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων, που επηρεάζουν τη διάθεση, τη σκέψη και τη συμπεριφορά ενός ατόμου (Beacon Health System, 2022). Αυτές οι καταστάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή και πολλές άλλες μορφές ψυχικής διαταραχής (WHO, 2022). Η κατανόηση και η προσέγγιση της

ψυχικής νόσου έχει εξελιχθεί σημαντικά με την πάροδο των χρόνων και οι εννοιολογικές προσεγγίσεις μπορούν να ταξινομηθούν σε κατηγορίες: βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική.

Η βιολογική προσέγγιση εστιάζει στις βιολογικές αιτίες της ψυχικής νόσου, όπως η γενετική προδιάθεση, οι αλλαγές στη δομή του εγκεφάλου και οι ανισορροπίες των νευροδιαβιβαστών (National Institutes of Health (US), 2007). Μελέτες δείχνουν ότι συγκεκριμένες γενετικές μεταλλάξεις, πολυμορφισμοί ή επιγενετικές αλλαγές μπορούν να αλλάξουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου με τρόπο, που να επηρεάσει την τυπική καλωδίωσή του, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών σε οποιοδήποτε στάδιο ζωής του ατόμου (Shabir, 2021). Ακόμα, επιστημονικά ευρήματα αποδεικνύουν ότι διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια, η διπολική διαταραχή και η μείζονα κατάθλιψη μοιράζονται κάποιες γενετικές δυσλειτουργίες (Smoller et al., 2013).

Η ψυχολογική προσέγγιση της ψυχικής νόσου εστιάζει στην κατανόηση του ρόλου των ψυχολογικών παραγόντων στην δημιουργία και διατήρηση των ψυχικών διαταραχών. Αυτή η προσέγγιση περιλαμβάνει διάφορες θεωρίες. Η ψυχοδυναμική θεωρία του Freud εξετάζει τις ασυνείδητες συγκρούσεις και τις παιδικές εμπειρίες, που διαμορφώνουν την ψυχική υγεία (Traylor et al., 2022). Παράλληλα, η γνωστική – συμπεριφορική θεωρία, όπως διατυπώθηκε από τον Beck, εστιάζει στο πώς οι αρνητικές σκέψεις και τα δυσλειτουργικά πρότυπα συμπεριφοράς μπορούν να συμβάλουν στην εμφάνιση και διατήρηση ψυχικών διαταραχών (Beck & Fleming, 2021).

Η κοινωνική προσέγγιση αναγνωρίζει ότι παράγοντες, όπως η μετανάστευση, το εισόδημα, η εκπαίδευση και η στέγαση επηρεάζουν την εμφάνιση και την εξέλιξη της ψυχικής νόσου (Kirkbride et al., 2024). Αυτοί οι παράγοντες επηρεάζονται από την κατανομή των πόρων και των πολιτικών αποφάσεων και συχνά οδηγούν σε κοινωνικές ανισότητες (Kirkbride et al., 2024). Η παρέμβαση σε αυτούς τους παράγοντες είναι απαραίτητη και αποτελεί ζήτημα κοινωνικής δικαιοσύνης, για την μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων και τη βελτίωση της ψυχικής υγείας (Kirkbride et al., 2024).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι, η ολοένα αυξανόμενη θετική στάση απέναντι στα ζητήματα ψυχικής υγείας συνεχώς αυξάνει τον αριθμό των ατόμων, που αναζητούν υποστήριξη τα τελευταία 20 χρόνια (Kirkbride et al., 2024). Αυτό, έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της πίεσης στις υπηρεσίες παροχής ψυχικής υγείας, ενώ τα στοιχεία παγκοσμίως αποδεικνύουν ότι οι οικονομικές επενδύσεις σε αυτές τις υπηρεσίες είναι ελλιπείς (Kirkbride et al., 2024).

Συμπερασματικά, η ψυχική νόσος είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που απαιτεί μια ολοκληρωμένη και πολυδιάστατη προσέγγιση για την κατανόηση και τη θεραπεία της. Η συνεργασία μεταξύ των διαφόρων προσεγγίσεων μπορεί να προσφέρει μια πιο πλήρη κατανόηση της ψυχικής νόσου και να βοηθήσει στην ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών θεραπευτικών παρεμβάσεων.

1.2 Η Εξέλιξη της Αντίληψης για την Ψυχική Ασθένεια: Από την Αρχαία Δαιμονολογία στη Σύγχρονη Παγκόσμια Ψυχική Υγεία

Η αντίληψη της ψυχικής ασθένειας έχει εξελιχθεί σημαντικά από τις αρχαίες κοινωνίες μέχρι σήμερα, με τις απόψεις να διαμορφώνονται και να επηρεάζονται από τις πολιτιστικές, θρησκευτικές και επιστημονικές αντιλήψεις κάθε εποχής.

Αρχέγονη Δαιμονολογία

Πριν την εποχή της επιστημονικής έρευνας οι συμπεριφορές που φαίνονταν να βρίσκονται πέρα από τον ανθρώπινο έλεγχο αποδίδονταν σε υπερφυσικές αιτίες (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Πολλοί αρχαίοι φιλόσοφοι, θεολόγοι και γιατροί απέδιδαν αυτές τις συμπεριφορές στην δυσαρέσκεια των θεών ή στην κατοχή του ατόμου από δαίμονες (Kring et al. 2010). Παραδείγματα δαιμονολογικής σκέψης εντοπίζονται σε κείμενα των αρχαίων Κινέζων, Αιγυπτίων, Βαβυλωνίων και Ελλήνων, ενώ η αντίληψη ότι η αποκλίνουσα συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα κατοχής του ατόμου από πνεύματα οδήγησε στον εξορκισμό (Kring et al. 2010).

Αρχαία Εποχή

Στις αρχαίες κοινωνίες, όπως στην Ελλάδα και την Αίγυπτο, η ψυχική ασθένεια θεωρούταν συχνά αποτέλεσμα υπερφυσικών δυνάμεων ή θεϊκής τιμωρίας (Kring et al. 2010). Κατά τον 5^ο αιώνα π.Χ. ο Ιπποκράτης, ο πατέρας της ιατρικής, διαχώρισε την ιατρική από την δεισιδαιμονία υποστηρίζοντας ότι οι αποκλίσεις στην σκέψη και τη συμπεριφορά είναι ενδείξεις ενός είδους παθολογίας του εγκεφάλου και για αυτό πρέπει να αντιμετωπίζονται, όπως οι άλλες ασθένειες (Kring et al. 2010). Ήταν από τους πρώτους, που ταξινόμησε τις ψυχικές διαταραχές σε τρεις κατηγορίες: τη μανία, τη μελαγχολία και τη φρενίτιδα και πίστευε ότι η ψυχική υγεία εξαρτάται από την ισορροπία των τεσσάρων χυμών του σώματος: το αίμα, τη μαύρη χολή, την κίτρινη χολή και το φλέγμα (Kring et al. 2010).

Μεσαίωνας (5^{ος} – 15^{ος} αιώνας μ.Χ.)

Κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα, η αντίληψη της ψυχικής ασθένειας επηρεάστηκε έντονα από τη θρησκεία (Kring et al. 2010). Οι εκκλησίες απέκτησαν περισσότερη επιρροή και οι χριστιανικές μονές ανέλαβαν τον ρόλο των γιατρών ως θεραπευτές και ως αυθεντίες στις ψυχικές διαταραχές (Kring et al. 2010). Οι μοναχοί φρόντιζαν τους ψυχικά πάσχοντες με προσευχές, με «μαγικά φίλτρα» και με άλλες θρησκευτικές τελετές, ενώ η αναχρονιστική αντίληψη, ότι οι ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε υπερφυσικά αίτια, επέστρεψε (Kring et al. 2010). Ωστόσο, υπήρχαν και κάποιες εξελίξεις στην κατανόηση της ψυχικής υγείας, με τους Άραβες ιατρούς να διατηρούν και να επεκτείνουν τις γνώσεις της αρχαίας ελληνικής ιατρικής (Kring et al. 2010).

Αναγέννηση και Διαφωτισμός (15^{ος} – 18^{ος} αιώνας μ.Χ.)

Έπειτα από την σταδιακή εξαφάνιση της λέπρας από την Ευρώπη, η προσοχή στράφηκε στους ψυχικά ασθενείς (Kring et al. 2010). Τα λεπροκομεία μετατράπηκαν σε άσυλα, όπου εκεί ξεκίνησε, συστηματικά, ο περιορισμός των ψυχικά πασχόντων (Kring et al. 2010). Αν και η αποκλίνουσα συμπεριφορά αποτέλεσε μελέτη για την ιατρική, οι θεραπείες, που εφαρμόζονταν, δεν ήταν ηθικές και αποτελεσματικές (Kring et al. 2010). Ωστόσο, σταδιακά, ξεκίνησε να αναγνωρίζεται η ανάγκη για ηθική και ανθρωπιστική μεταχείριση και έτσι σε κάποια άσυλα οι ασθενείς διαβιούσαν σε ένα ήσυχο περιβάλλον, έχοντας την δυνατότητα για εργασία, αλληλεπίδραση με τους συνοδούς και συμμετοχή σε δραστηριότητες (Kring et al. 2010).

19ος και 20ός Αιώνας

Ο 19ος αιώνας είδε την ανάπτυξη της ψυχιατρικής ως επιστημονικού κλάδου, καθώς παρατηρήθηκε μία επιστροφή στις βιολογικές ερμηνείες της ψυχικής ασθένειας (Kring et al. 2010). Οι εξελίξεις, που πραγματοποιήθηκαν σε άλλους κλάδους της ιατρικής, έδειξαν ότι ο εγκέφαλος και η συμπεριφορά συνδέονται (Kring et al. 2010). Οι αρχικές έρευνες στη γενετική της ψυχικής ασθένειας και οι βιολογικές προσεγγίσεις, άσκησαν επιρροή στην θεραπεία, ωστόσο, σταδιακά, αυτές αντικαταστάθηκαν από τις φαρμακευτικές θεραπείες (Kring et al. 2010). Αργότερα, η θεωρία του Sigmund Freud και η ψυχαναλυτική προσέγγιση άνοιξαν νέους δρόμους στην κατανόηση της ψυχικής ασθένειας, ενώ έννοιες, όπως οι μηχανισμοί άμυνας και η σημασία του πρώιμου περιβάλλοντος για την εμφάνιση των ψυχολογικών ζητημάτων, αποτελούν αντικείμενο συζήτησης έως και σήμερα (Kring et al. 2010).

Σύγχρονη Εποχή

Από το δεύτερο μέρος του 20^{ου} αιώνα σημειώθηκαν σημαντικές επιστημονικές και κλινικές εξελίξεις στη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, καθώς εισήχθη ένα ευρύ φάσμα φαρμακοθεραπειών και ψυχοθεραπειών (Stein et al., 2022). Ωστόσο, ασκήθηκε μία εκτενής κριτική στις φαρμακολογικές παρεμβάσεις και στα θεμέλια του «ιατρικού μοντέλου», ενώ τονίστηκε η ανάγκη οικοδόμησης κοινοτικής ψυχιατρικής (Stein et al., 2022).

Στον 21^ο αιώνα, η έννοια της παγκόσμιας ψυχικής υγείας¹ έχει γίνει σημαντική για την κατανόηση και τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών (Stein et al., 2022). Αυτή η νέα προσέγγιση βασίστηκε σε διάφορους τομείς, όπως η διαπολιτισμική ψυχιατρική, η ψυχιατρική επιδημιολογία, η εφαρμοσμένη επιστήμη και το κίνημα για τα ανθρώπινα δικαιώματα (Stein et al., 2022). Η παγκόσμια ψυχική υγεία έχει οδηγήσει σε πολλές νέες έρευνες και κλινικές στρατηγικές, όπως η αλλαγή καθηκόντων, που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές σε διάφορα περιβάλλοντα και μπορούν να εφαρμοστούν ευρέως (Stein et al., 2022). Ωστόσο, έχει δεχθεί κριτική επειδή, ενίοτε, εξάγει δυτικά πρότυπα σε άλλες χώρες με τρόπο, που θεωρείται ακατάλληλος και επιβλητικός (Stein et al., 2022).

Συμπέρασμα

Η αντίληψη της ψυχικής ασθένειας έχει περάσει από πολλά στάδια και έχει επηρεαστεί από ποικίλους παράγοντες. Από τις δεισιδαιμονίες και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις της αρχαιότητας και του Μεσαίωνα, στη σταδιακή επιστημονική προσέγγιση και ανθρωπιστική μεταχείριση των ασθενών κατά την Αναγέννηση και τον Διαφωτισμό, μέχρι τις σύγχρονες πολυδιάστατες προσεγγίσεις, η ιστορία της ψυχικής υγείας ανατακτά την εξέλιξη της κοινωνικής και επιστημονικής μας κατανόησης.

¹ Η παγκόσμια ψυχική υγεία είναι ένας τομέας, που αναπτύσσεται και επικεντρώνεται στην πρόληψη και θεραπεία ψυχικών διαταραχών και διαταραχών χρήσης ουσιών, καθώς και στην προώθηση της ψυχικής υγείας παγκοσμίως. Στοχεύει στην εξασφάλιση ίσης πρόσβασης στην ψυχική υγεία και αντλεί γνώσεις από διάφορους κλάδους, όπως οι νευροεπιστήμες, η γονιδιωματική, οι κοινωνικές επιστήμες, η επιδημιολογία, και η έρευνα στις υπηρεσίες υγείας (Collins, 2020).

1.3 Σημερινή Κατάσταση: Προκλήσεις και Ανισότητες στην Ψυχική Υγεία

Η ψυχική υγεία αποτελεί κρίσιμο τομέα της δημόσιας υγείας, με την τρέχουσα κατάσταση να παρουσιάζει ποικίλες προκλήσεις και ανισότητες, επηρεαζόμενες από κοινωνικές και πολιτισμικές διαφορές, καθώς και από την πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Οι *κοινωνικές και πολιτισμικές* διαφορές παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ψυχική υγεία των ατόμων και των κοινοτήτων. Η βιβλιογραφική έρευνα υπογραμμίζει την διαφορετική κατανόηση της υγείας και της ασθένειας μεταξύ των πολιτισμών (Gopalkrishnan, 2018). Οι πολιτισμικές αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια επηρεάζουν την αιτιολογία της νόσου και τον τρόπο, που τα άτομα διαχειρίζονται τα συμπτώματά τους και αναζητούν θεραπεία (Gopalkrishnan, 2018). Ακόμα, οι πολιτισμικές αντιλήψεις, επιδρούν στον βαθμό υποστήριξης, που δέχονται τα άτομα, από το οικογενειακό τους σύστημα, στις οδούς που ακολουθούν για να λάβουν υπηρεσίες, στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας τους, αλλά και στην θεραπευτική σχέση, ενώ το στίγμα, ο ρατσισμός και οι διακρίσεις επιδρούν σημαντικά στην αναζήτηση της θεραπείας (Gopalkrishnan, 2018).

Παράλληλα, η *κοινωνικοοικονομική ανισότητα* συνδέεται άμεσα με τη ψυχική υγεία. Άτομα με χαμηλό εισόδημα αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών διαταραχών, καθώς είναι πιο ευάλωτα σε παράγοντες όπως το άγχος, η ανεργία και η περιορισμένη πρόσβαση σε πόρους υγείας (Inglis et al., 2022). Η ανισότητα στην κατανομή των κοινωνικών και οικονομικών πόρων οδηγεί σε άνισες ευκαιρίες για την αντιμετώπιση των προκλήσεων της καθημερινότητας. Τα άτομα, που βρίσκονται σε δυσμενέστερη κοινωνικο-οικονομική θέση είναι πιο πιθανό να βιώσουν συνεχές άγχος και ανασφάλεια, ενώ το παρατεταμένο άγχος μπορεί να επιδεινώσει την ψυχική υγεία, οδηγώντας σε καταστάσεις, όπως η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές (Antunes et al., 2019).

Επιπροσθέτως, η *πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας* παρουσιάζει σημαντικές διαφορές παγκοσμίως, επηρεαζόμενη από διάφορους παράγοντες, όπως η γεωγραφική θέση, η οικονομική κατάσταση και οι υγειονομικές πολιτικές (Wainberg et al., 2017). Παγκοσμίως μεγάλη μερίδα των ατόμων, που χρειάζονται φροντίδα, έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Wainberg et al., 2017). Το στίγμα, οι ελλείψεις πόρων, τα κατακερματισμένα μοντέλα παροχής υπηρεσιών και οι περιορισμένες αλλαγές στην πολιτική για

την ψυχική υγεία, ενισχύουν το χάσμα στη θεραπεία της ψυχικής ασθένειας (Wainberg et al., 2017).

Η τρέχουσα κατάσταση της ψυχικής υγείας αποδεικνύει την ανάγκη για ενίσχυση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, την καταπολέμηση του στίγματος και την εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης για όλους. Η αντιμετώπιση των κοινωνικών και πολιτισμικών διαφορών, καθώς και η βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποτελεί κρίσιμο ζήτημα για την βελτίωση της συνολικής ψυχικής υγείας των πληθυσμών.

1.4 Η Σημασία της Πρόληψης και της Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψυχική Ασθένεια

Η ψυχική υγεία αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την ευημερία των ατόμων και των κοινωνιών (Gautam et al., 2024). Οι ψυχικές ασθένειες, όπως η κατάθλιψη και το άγχος, επηρεάζουν εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως (WHO, 2022). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2023), εκτιμάται ότι πάνω από 1 δισεκατομμύριο άτομα αντιμετωπίζουν ψυχικές διαταραχές, νευρολογικές διαταραχές και διαταραχές χρήσης ουσιών, γεγονός που επιβαρύνει σημαντικά τα συστήματα υγείας και την οικονομία. Η πρόληψη και η έγκαιρη παρέμβαση αποτελούν δύο από τις πιο σημαντικές στρατηγικές για τη μείωση του φορτίου αυτών των διαταραχών και την προαγωγή της ψυχικής υγείας (Colizzi et al., 2020).

Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών περιλαμβάνει δράσεις, που στοχεύουν στη μείωση των παραγόντων κινδύνου και την ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων, που συμβάλλουν στην ψυχική ευεξία (Singh et al., 2022). Οι προληπτικές παρεμβάσεις μπορούν να ενσωματωθούν σε διάφορα επίπεδα, από το ατομικό έως το κοινωνικό επίπεδο (Singh et al., 2022). Για παράδειγμα, προγράμματα που προωθούν την εκπαίδευση στη διαχείριση του άγχους και την ενίσχυση της ανθεκτικότητας μπορούν να συμβάλλουν στη μείωση της επίπτωσης των ψυχικών διαταραχών (Fenwick-Smith et al., 2018). Επίσης, η πρόληψη περιλαμβάνει και τη διαμόρφωση περιβαλλόντων, που υποστηρίζουν την ψυχική υγεία, όπως τα σχολεία και οι χώροι εργασίας (Wynne et al., 2014 & Wiedermann et al., 2023).

Η έγκαιρη παρέμβαση σε άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα ψυχικών διαταραχών μπορεί να αποτρέψει την επιδείνωση της κατάστασης τους και να βελτιώσει τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα (Colizzi et al., 2020). Οι παρεμβάσεις, αυτές, συχνά περιλαμβάνουν την παροχή ψυχοθεραπευτικής υποστήριξης, τη φαρμακευτική αγωγή και την ψυχοεκπαίδευση των ατόμων

και των οικογενειών τους σχετικά με τη διαχείριση της ασθένειας (Bird et al., 2010). Έρευνες έχουν δείξει ότι η έγκαιρη παρέμβαση στην ψύχωση, για παράδειγμα, σχετίζεται με θετικά αποτελέσματα στην κλινική και λειτουργική αποκατάσταση των ατόμων (O'Connell et al., 2021). Η πρόληψη και η έγκαιρη παρέμβαση όχι μόνο βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ατόμων, αλλά μειώνουν, επίσης, το οικονομικό φορτίο που σχετίζεται με την ψυχική ασθένεια (Singh et al., 2022).

Συνολικά, η πρόληψη και η έγκαιρη παρέμβαση στην ψυχική ασθένεια αποτελούν καίριες στρατηγικές για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την αποφυγή των σοβαρών επιπτώσεων των ψυχικών διαταραχών. Ενσωματώνοντας αυτές τις πρακτικές σε όλες τις πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης και της κοινωνίας, μπορεί να δημιουργηθεί ένα πιο υγιές και παραγωγικό περιβάλλον για όλους.

Κεφάλαιο 2. Στάσεις και Αντιλήψεις για την Ψυχική Ασθένεια

Στο κεφάλαιο αυτό εξετάζονται οι στάσεις και οι αντιλήψεις, που υιοθετούνται από διάφορες κοινωνικές ομάδες και θεσμούς απέναντι στην ψυχική ασθένεια, καθώς και ο ρόλος που παίζει το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο στη διαμόρφωση αυτών των στάσεων. Οι στάσεις αυτές δεν είναι μονοδιάστατες, αλλά επηρεάζονται από κοινωνικές προκαταλήψεις, πολιτισμικές αντιλήψεις και την επιρροή των μέσων μαζικής ενημέρωσης, οδηγώντας συχνά σε στίγμα και κοινωνικό αποκλεισμό των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Το στίγμα, αυτό, μπορεί να ενισχυθεί ή να μειωθεί ανάλογα με τις πολιτικές που εφαρμόζονται, την εκπαίδευση και την ευαισθητοποίηση του κοινού.

Το κεφάλαιο αναλύει, αρχικά, τις στάσεις του γενικού πληθυσμού, εστιάζοντας στις διαφορές που παρουσιάζονται ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο και τις κοινωνικές αντιλήψεις. Στην συνέχεια, εξετάζεται οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας, οι οποίες διαμορφώνονται από την επαγγελματική τους εκπαίδευση και την κοινωνική τους εμπειρία και πώς αυτή επηρεάζει την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν. Ακολουθεί η διερεύνηση των στάσεων των οικογενειών και των φροντιστών, των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, καθώς και των προκλήσεων, που αντιμετωπίζουν στο ρόλο τους.

Επιπλέον, αναλύεται η συμβολή των μέσων μαζικής ενημέρωσης στη διαμόρφωση της κοινής γνώμης για την ψυχική ασθένεια, καθώς τα μέσα συχνά αναπαράγουν αρνητικά στερεότυπα, που ενισχύουν το στίγμα. Τέλος, γίνεται αναφορά στον ρόλο της κοινωνικής πολιτικής στη διαμόρφωση αυτών των στάσεων και στην προώθηση της κοινωνικής δικαιοσύνης και της προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

2.1 Στάσεις του Κοινού για την Ψυχική Ασθένεια

Οι στάσεις του κοινού απέναντι στην ψυχική ασθένεια επηρεάζονται από κοινωνικές και πολιτισμικές προκαταλήψεις, οι οποίες συχνά συμβάλλουν στο ευρύτερο κοινωνικό στίγμα, που αφορά την ψυχική υγεία, οδηγώντας σε διακρίσεις και κοινωνικό αποκλεισμό των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές (Ahad et al., 2023). Το στίγμα μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την κοινωνική αποδοχή και την ένταξη των ατόμων στην κοινότητα (Ahad et al., 2023). Μελέτες έχουν δείξει, ότι στις δυτικές κοινωνίες το στίγμα προέρχεται από διαστρεβλωμένες αντιλήψεις

για τις ψυχικές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένης της αντίληψης ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι επικίνδυνα (Ahad et al., 2023).

Η κοινωνική και πολιτισμική διάσταση του στίγματος είναι ιδιαίτερα σημαντική. Για παράδειγμα, σε πολλές παραδοσιακές κοινωνίες, η ψυχική ασθένεια θεωρείται συχνά ντροπή για την οικογένεια, γεγονός που οδηγεί σε αποκλεισμό και απομόνωση των πασχόντων (Ahad et al., 2023). Αντίθετα, σε κοινωνίες με μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση και αποδοχή της ψυχικής ασθένειας, το στίγμα μπορεί να είναι λιγότερο έντονο, επιτρέποντας στα άτομα να ζητούν βοήθεια και να λαμβάνουν υποστήριξη (Corrigan et al., 2014).

Εν κατακλείδι, το στίγμα, που περιβάλλει την ψυχική ασθένεια, παραμένει ένα σημαντικό εμπόδιο για την κοινωνική αποδοχή και την ένταξη των ατόμων, που αντιμετωπίζουν ψυχικές διαταραχές (Knaak et al., 2017). Η κατανόηση και η αλλαγή των κοινωνικών και πολιτισμικών αντιλήψεων είναι κρίσιμες για την καταπολέμηση των προκαταλήψεων και την ενίσχυση της υποστήριξης προς αυτά τα άτομα (Thornicroft et al., 2016). Η κοινωνική επαφή με άτομα, που αντιμετωπίζουν ψυχικές διαταραχές, αποτελεί μία σημαντική αποτελεσματική παρέμβαση για τη βραχυπρόθεσμη μείωση του στίγματος και για τη δημιουργία ενός πιο συμπεριληπτικού και υποστηρικτικού περιβάλλοντος (Thornicroft et al., 2016).

2.2 Στάσεις των Επαγγελματιών Υγείας για την Ψυχική Ασθένεια

Για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας το στίγμα μπορεί να οδηγήσει σε εξουθένωση και απογοήτευση, επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Ahad et al., 2023). Ακόμα, είναι δυνατόν να επηρεάσει αρνητικά την δημιουργία και το περιεχόμενο της θεραπευτικής σχέσης, ανάμεσα στον επαγγελματία υγείας και τον θεραπευόμενο, έχοντας αντίκτυπο στο αποτέλεσμα της φροντίδας (Ahad et al., 2023).

Οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών λειτουργών, διαμορφώνονται από την εκπαίδευση, την εμπειρία και το κοινωνικό τους πλαίσιο. Οι κοινωνικοί λειτουργοί, που εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας, συχνά, βρίσκονται σε θέση να επηρεάσουν τις ζωές των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, γεγονός που καθιστά τις αντιλήψεις τους ιδιαίτερα σημαντικές (Ahmedani, 2011). Παρά την εκπαίδευση και την κατάρτιση, οι επαγγελματίες υγείας δεν μένουν ανεπηρέαστοι από προκαταλήψεις, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Arif & Schlotfeldt, 2021).

Στοιχεία δείχνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας παρουσιάζουν τα ίδια επίπεδα μη συνειδητής προκατάληψης με τον ευρύτερο πληθυσμό, τα οποία μπορούν να οδηγήσουν σε αναποτελεσματική θεραπεία ή να συμβάλλουν σε ανισότητες της υγείας (Arif & Schlotfeldt, 2021). Συνεπώς, είναι απαραίτητο οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις, που μπορεί να φέρουν, προκειμένου να εξασφαλίσουν την παροχή ποιοτικής και δίκαιης φροντίδας (Hall et al., 2015). Η συνεχής εκπαίδευση, η αυτογνωσία και η ευαισθητοποίηση σε θέματα προκαταλήψεων αποτελούν κρίσιμα εργαλεία για τη βελτίωση θεραπευτικών αποτελεσμάτων και την ενίσχυση της εμπιστοσύνης στη θεραπευτική σχέση (FitzGerald & Hurst, 2017). Με αυτόν τον τρόπο, οι επαγγελματίες μπορούν να συμβάλλουν ουσιαστικά στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία και στη βελτίωση της συνολικής φροντίδας, που παρέχουν.

2.3 Στάσεις των Οικογενειών και Φροντιστών για την Ψυχική Ασθένεια

Οι οικογένειες και οι φροντιστές των ατόμων με ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζουν πολλές προκλήσεις. Οι αντιλήψεις, που αναπτύσσονται για την ψυχική ασθένεια, διαμορφώνονται από την προσωπική τους εμπειρία και μπορούν να καθарίσουν τον τρόπο με τον οποίο παρέχουν υποστήριξη στο άτομο (Phillips et al., 2022). Η φροντίδα ενός ατόμου με ψυχική ασθένεια μπορεί να είναι ιδιαίτερα απαιτητική και συχνά ενδέχεται να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση, οικονομικές δυσκολίες, επαγγελματικούς προορισμούς και αρνητικά συναισθήματα (Phillips et al., 2022), ενώ το στίγμα μπορεί να δυσκολέψει την αναζήτηση της κατάλληλης υποστήριξης (Ahad et al., 2023).

Η στήριξη που προσφέρουν οι οικογένειες είναι καθοριστική για την πορεία της ψυχικής ασθένειας και την αποκατάσταση του ατόμου (Ong et al., 2021). Μελέτες έχουν δείξει ότι μέσω της ψυχοεκπαίδευσης των οικογενειών, τα ποσοστά υποτροπής και επανεισαγωγής στο νοσοκομείο των ατόμων με ψυχικές ασθένειες μπορούν να μειωθούν (Ong et al., 2021). Ακόμα, μέσω αυτής, οι οικογένειες μπορούν να εξαλείψουν τους μύθους και τις παρανοήσεις, που αφορούν την ψυχική ασθένεια (Ong et al., 2021). Ωστόσο, είναι αξιοσημείωτο ότι οι οικογένειες χρειάζονται επίσης υποστήριξη και καθοδήγηση για να διαχειριστούν αποτελεσματικά τις προκλήσεις που προκύπτουν από τη φροντίδα ενός ατόμου με ψυχική διαταραχή. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι οικογενειακοί φροντιστές είναι καλό να συμμετέχουν σε ομάδες υποστήριξης,

προκειμένου να λάβουν υποστήριξη και πληροφορίες από άλλα άτομα με παρόμοιες εμπειρίες στην φροντίδα ατόμων με ψυχική ασθένεια (Azman et al., 2017).

2.4 Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και Ψυχική Ασθένεια

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης χρησιμεύουν ως κεντρική πηγή πληροφόρησης και παίζουν κρίσιμο ρόλο στη διαμόρφωση των αντιλήψεων του κοινού για την ψυχική ασθένεια ((Srivastava et al., 2018). Οι μελέτες δείχνουν ότι η απεικόνιση των ψυχικά πασχόντων στα μέσα ενημέρωσης είναι συχνά αρνητική, ενισχύοντας στερεότυπα και προκαταλήψεις (Stuart, 2006). Οι ταινίες, οι τηλεοπτικές σειρές και τα ειδησεογραφικά ρεπορτάζ τείνουν να παρουσιάζουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές ως επικίνδυνα και απρόβλεπτα, συμβάλλοντας έτσι στην ενίσχυση του στίγματος (Stuart, 2006).

Η αρνητική, αυτή, απεικόνιση έχει σημαντικές επιπτώσεις στις στάσεις και τις αντιλήψεις του κοινού, ενισχύοντας το φόβο και την απομόνωση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (Stuart, 2006). Ακόμα, φαίνεται να επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση των ατόμων, την αναζήτηση βοήθειας, την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και το αποτέλεσμα της θεραπείας (Stuart, 2006). Ωστόσο, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης έχουν, επίσης, τη δύναμη να αμφισβητήσουν αυτές τις αντιλήψεις, στο δημόσιο διάλογο και στην παρουσίαση θετικών ιστοριών ατόμων, που ζουν με ψυχικές διαταραχές (Stuart, 2006).

Σε αυτό το πλαίσιο, είναι απαραίτητο τα μέσα μαζικής ενημέρωσης να αναλάβουν την ευθύνη τους και να επιδιώξουν την πιο δίκαιη και αντικειμενική παρουσίαση των ψυχικών διαταραχών. Μέσα από την προώθηση θετικών προτύπων, την ανάδειξη ιστοριών επιτυχούς διαχείρισης της ψυχικής υγείας και την αποδόμηση στερεοτύπων, μπορούν να συμβάλλουν στη μείωση του στίγματος και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η αλλαγή αυτή όχι μόνο θα επηρεάσει θετικά τις αντιλήψεις του κοινού, αλλά θα ενισχύσει, επίσης, της κοινωνική συνοχή και την αλληλεγγύη.

2.5 Κοινωνική Πολιτική και Στάσεις για την Ψυχική Ασθένεια

Το στίγμα, που περιβάλλει την ψυχική υγεία, αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια για την ανάπτυξη αποτελεσματικών κοινωνικών πολιτικών (Ahad et al., 2023). Παρά τις προόδους στην κατανόηση των ψυχικών διαταραχών, οι πολιτικές ψυχικής υγείας συχνά παραμένουν υποχρηματοδοτούμενες και υποβαθμισμένες, γεγονός που ενισχύει τις διακρίσεις και τον αποκλεισμό των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (Thornicroft et al., 2016).

Η διαμόρφωση κοινωνικών πολιτικών, που δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές μπορεί να ενισχύσει το στίγμα, καθώς υποδηλώνει ότι τα ζητήματα ψυχικής υγείας δεν είναι προτεραιότητα για την κοινωνία (Stuart, 2016). Οι ανεπαρκείς υπηρεσίες και η ελλιπής υποστήριξη οδηγούν σε αυξημένη απομόνωση και κοινωνικό αποκλεισμό, εντείνοντας το αίσθημα αναξιοσύνης και στιγματισμού στους πάσχοντες (Stuart, 2016).

Παράλληλα, η έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης και ενημέρωσης για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής ενισχύει τις λανθασμένες αντιλήψεις και τα στερεότυπα σχετικά με την ψυχική υγεία (Henderson et al., 2017). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την υιοθέτηση πολιτικών, που όχι μόνο δεν προωθούν την ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, αλλά συχνά τους αποκλείουν από βασικές κοινωνικές παροχές, όπως η πρόσβαση σε επαρκή υγειονομική περίθαλψη και η οικονομική στήριξη (Kirkbride et al., 2024).

Επιπλέον, το στίγμα, που υπάρχει γύρω από την ψυχική ασθένεια, έχει επιπτώσεις στη διαμόρφωση πολιτικών, που αφορούν την αγορά εργασίας (Østerud, 2022). Οι εργοδότες συχνά αντιμετωπίζουν με καχυποψία τους εργαζομένους με ψυχικές διαταραχές, γεγονός, που οδηγεί σε διακρίσεις στην πρόσληψη, στην προαγωγή και στη διατήρηση της εργασίας (Ahad et al., 2023). Η απουσία υποστηρικτικών πολιτικών στον εργασιακό χώρο συμβάλλει περαιτέρω στην περιθωριοποίηση των ατόμων αυτών (Blommaert & Coenders, 2024).

Ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις ότι η βελτίωση την κοινωνικής πολιτικής μπορεί να μειώσει το στίγμα. Προγράμματα που στοχεύουν στην εκπαίδευση των υπευθύνων χάραξης πολιτικής και στην ενημέρωση του κοινού έχουν δείξει ότι μπορούν να συμβάλλουν στη μείωση των αρνητικών αντιλήψεων και στη προώθηση πιο δίκαιων και συμπεριληπτικών πολιτικών (Stuart, 2016). Η υιοθέτηση μιας προσέγγισης, που βασίζεται στην κοινωνική ένταξη και στα ανθρώπινα δικαιώματα μπορεί να συμβάλει στην άρση του στιγματισμού και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (Mann et al., 2016).

Η ενσωμάτωση αυτών των προσεγγίσεων στην κοινωνική πολιτική αποτελεί κρίσιμο βήμα για τη μείωση του στίγματος και την προώθηση της ισότητας στην ψυχική υγεία. Μόνο μέσα από μία συντονισμένη προσπάθεια εκπαίδευσης, ενημέρωσης και ανάπτυξης κατάλληλων πολιτικών είναι εφικτό να εξαλειφθούν οι διακρίσεις και να διασφαλιστεί ότι όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε δίκαιη και ίση μεταχείριση (Stuart, 2016).

Κεφάλαιο 3. Ο Ρόλος των Κοινωνικών Λειτουργών στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας

Η κοινωνική εργασία, ως ένα σημαντικό πεδίο τόσο της εφαρμοσμένης κοινωνικής επιστήμης όσο και της ανθρώπινης φροντίδας, διαδραματίζει έναν κρίσιμο ρόλο στον τομέα της ψυχικής υγείας. Ο ρόλος αυτός είναι πολυδιάστατος και περιλαμβάνει μια σειρά από δραστηριότητες και παρεμβάσεις, που αποσκοπούν στην υποστήριξη ατόμων με ψυχικές διαταραχές, στην ενδυνάμωση των οικογενειών τους και στην προώθηση της κοινωνικής συνοχής και ευημερίας. Γίνεται αναφορά στον σύγχρονο ορισμό της κοινωνικής εργασίας, όπως έχει διατυπωθεί από διεθνείς οργανισμούς, δίνοντας έμφαση στην πολυδιάστατη φύση του επαγγέλματος και στις εφαρμογές του σε διάφορους τομείς, συμπεριλαμβανομένου του πεδίου της ψυχικής υγείας. Μέσα από τον ορισμό αυτό, αναδεικνύεται η σημασία της κοινωνικής εργασίας στη διασύνδεση ατόμων και κοινωνικών δομών, κάτι που είναι κεντρικό στην αντιμετώπιση των προκλήσεων, που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ψυχικές ασθένειες.

Στη συνέχεια, εξετάζεται ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε διάφορα πλαίσια ψυχικής υγείας, όπως οι Μονάδες Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση, τα Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και τα Πλαίσια Απεξάρτησης Ουσιών. Κάθε υποκεφάλαιο προσφέρει μια λεπτομερή ανάλυση των καθηκόντων και των ευθυνών των κοινωνικών λειτουργών σε αυτά τα διαφορετικά περιβάλλοντα, αναδεικνύοντας την προσαρμοστικότητα και την ευρύτητα του ρόλου τους.

Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την ανάδειξη της σημασίας της διεπιστημονικής συνεργασίας και της συνεχούς εκπαίδευσης των κοινωνικών λειτουργών, ως κρίσιμων παραγόντων για την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Μέσω αυτής της διεξοδικής ανάλυσης, καθίσταται σαφές ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένοι με τη προώθηση της ψυχικής υγείας και την ενίσχυση της ποιότητας ζωής των ατόμων και των οικογενειών τους.

3.1 Ο Ρόλος και η Σημασία της Κοινωνικής Εργασίας: Σύγχρονος Ορισμός και Εφαρμογές

Σύμφωνα με τη Διεθνή Ομοσπονδία των Κοινωνικών Λειτουργών (International Federation of Social Workers – IFSW) (2014) και την Διεθνή Ένωση των Σχολών Κοινωνικής Εργασίας (International Association of Schools of Social Work – IASSW), ο παγκόσμιος ορισμός για το

επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού, όπως ορίστηκε τον Ιούλιο του 2014 στη Γενική Συνέλευση της IFSW, που έλαβε χώρα στη Μελβούρνη, είναι ο εξής: «Η Κοινωνική Εργασία είναι εφαρμοσμένο επάγγελμα αλλά και ακαδημαϊκό πεδίο που προωθεί την κοινωνική αλλαγή και ανάπτυξη, την κοινωνική συνοχή, την ενδυνάμωση και απελευθέρωση των ανθρώπων. Οι αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της συλλογικής ευθύνης και του σεβασμού της διαφορετικότητας είναι κεντρικές στην κοινωνική εργασία, η οποία θεμελιώνεται από τις θεωρίες της κοινωνικής εργασίας, των κοινωνικών επιστημών, των ανθρωπιστικών επιστημών και τη γηγενή γνώση, και συνδέει ανθρώπους και δομές για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της ζωής αλλά και να ενισχύσει την ευημερία τους. Ο παραπάνω ορισμός μπορεί να διευρυνθεί σε εθνικό ή/και σε περιφερειακό επίπεδο».

Η Κοινωνική Εργασία ως εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη αναγνωρίζει ότι οι αλληλένδετοι ιστορικοί, κοινωνικοοικονομικοί, πολιτιστικοί, τοπικοί, πολιτικοί και ατομικοί παράγοντες μπορούν να λειτουργήσουν ως ευκαιρίες ή/και εμπόδια στην ευημερία και ανάπτυξη του ατόμου (IFSW, 2014).

Οι κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονται, κυρίως, με ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, με άτομα ή ομάδες που βιώνουν σημαντικές αναπτυξιακές αλλαγές και στρεσογόνα γεγονότα ζωής, αλλά και με άτομα των οποίων η υγεία και η κοινωνική ευεξία έχει επηρεαστεί από κοινωνικούς παράγοντες (Καλοκαιρινού κ.ά., 2016). Ενδεικτικά, κάποιοι από τους τομείς, που έχουν την δυνατότητα οι κοινωνικοί λειτουργοί να ασκήσουν το έργο τους, είναι της εκπαίδευσης, της μετανάστευσης, της κοινωνικής φροντίδας, της τοπικής αυτοδιοίκησης, της απεξάρτησης, της υγείας και της ψυχικής υγείας (NASW, 2019).

Στον τομέα της ψυχικής υγείας εφαρμόζεται η Κλινική Κοινωνική Εργασία. Σε αυτόν τον τομέα οι κοινωνικοί λειτουργοί παρέχουν υπηρεσίες που σχετίζονται με την διάγνωση, την συμβουλευτική και την θεραπεία σε άτομα, σε ομάδες και σε οικογένειες, που λαμβάνουν θεραπεία σε πλαίσια ψυχικής υγείας (ΠΔ 50/1989, άρθρο 1, παρ. 3γ).

Σε καθέναν από αυτούς τους τομείς οι κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονται για την προώθηση της κοινωνικής αλλαγής, την κοινωνική ανάπτυξη, την κοινωνική συνοχή και την ενδυνάμωση και απελευθέρωση των ανθρώπων, λαμβάνοντας υπόψιν τον σύγχρονο ορισμό της Κοινωνικής Εργασίας (IFSW, 2014).

3.2 Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε Μονάδα Έγκαιρης Παρέμβασης στη Ψύχωση

Οι πρώτες Μονάδες Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση ξεκίνησαν την λειτουργία τους στην Ελλάδα το 2023 και αποτέλεσαν ορόσημο για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση της χώρας (Hub ΕΚΠΑ, 2023). Οι μονάδες αυτές έχουν ως κύριο στόχο την έγκαιρη ανίχνευση, διάγνωση και θεραπεία των πρώτων συμπτωμάτων της ψύχωσης, πριν αυτά εξελιχθούν σε μία πλήρως ανεπτυγμένη διαταραχή (McGorry et al., 2008). Οι υπηρεσίες αυτές βασίζονται στην κατανόηση ότι η έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να μειώσει τη σοβαρότητα και τη διάρκεια της ψυχωσικής κρίσης, να βελτιώσει την πρόγνωση και να περιορίσει τις αρνητικές συνέπειες για τον ασθενή και την οικογένειά του (O'Connell et al., 2021).

Οι Μονάδες Έγκαιρης Παρέμβασης παρέχουν μία ολιστική και πολυδιάστατη προσέγγιση στη θεραπεία, η οποία συνήθως περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία, εκπαίδευση και υποστήριξη για την επανένταξη στο κοινωνικό και επαγγελματικό περιβάλλον (ΚΥΑ, Γ3α,β/Γ.Π.οικ.37334/2021). Η θεραπεία είναι συχνά προσαρμοσμένη στις ατομικές ανάγκες και μπορεί να περιλαμβάνει την οικογενειακή θεραπεία, την εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους και την ενθάρρυνση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης (ΚΥΑ, Γ3α,β/Γ.Π.οικ.37334/2021).

Ο κοινωνικός λειτουργός στις Μονάδες Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση έχουν ένα πολυδιάστατο ρόλο, που συμβάλλει ουσιαστικά στην ολιστική φροντίδα των ατόμων. Αναλαμβάνει τη διαχείριση των αιτημάτων υποστήριξης, εξασφαλίζοντας την εξεύρεση απαραίτητων κοινοτικών πόρων, που ενισχύουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες (ΚΥΑ, Γ3α,β/Γ.Π.οικ.37334/2021). Παράλληλα, είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση των παραπομπών ιατρικών περιστατικών, διασφαλίζοντας την ομαλή και αποτελεσματική ένταξη των ασθενών στο κατάλληλο θεραπευτικό πλαίσιο (ΚΥΑ, Γ3α,β/Γ.Π.οικ.37334/2021).

Στο πλαίσιο υποστήριξης των ασθενών και των οικογενειών τους, ο κοινωνικός λειτουργός παρέχει ατομική συμβουλευτική ή και ομαδική συμβουλευτική οικογένειας, συμβάλλοντας στην ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής τους ευημερίας (ΚΥΑ, Γ3α,β/Γ.Π.οικ.37334/2021). Μέσω της λήψης λεπτομερών κοινωνικών ιστορικών, αξιολογεί τις ατομικές ανάγκες των ασθενών και συμμετέχει ενεργά στην εκπόνηση εξατομικευμένων σχεδίων φροντίδας και αποκατάστασης (ΚΥΑ, Γ3α,β/Γ.Π.οικ.37334/2021).

Οι κατ' οίκον επισκέψεις αποτελούν σημαντικό μέρος των δραστηριοτήτων του, επιτρέποντας την παροχή υποστήριξης σε ένα οικείο και ασφαλές περιβάλλον για το άτομο (ΚΥΑ, Γ3α,β/Γ.Π.οικ.37334/2021). Σε περιπτώσεις κρίσεων, συνεργάζεται στενά με την πολυκλαδική ομάδα και τον επιστημονικά υπεύθυνο, προκειμένου να διασφαλιστεί η άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση των επεισοδίων και η συνέχιση της θεραπευτικής διαδικασίας (ΚΥΑ, Γ3α,β/Γ.Π.οικ.37334/2021).

Επιπλέον, αναλαμβάνει την εκπαίδευση σε κοινωνικές και ατομικές δεξιότητες και στον επαγγελματικό προσανατολισμό (ΚΥΑ, Γ3α,β/Γ.Π.οικ.37334/2021). Μέσω της διασύνδεσης με κρατικούς φορείς και μη, διευκολύνει την πρόσβαση των ασθενών σε ποικίλες υπηρεσίες και υποστηρικτικά δίκτυα, συμβάλλοντας στην κοινωνική αποκατάσταση και εργασιακή ένταξη/επανένταξη (ΚΥΑ, Γ3α,β/Γ.Π.οικ.37334/2021).

Τέλος, επιμελείται τη διατήρηση και ενημέρωση των αρχείων κοινωνικών ιστορικών και αποτυπώνει την εργασία με στατιστικά στοιχεία, συμβάλλοντας στην αξιολόγηση κι βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών (ΚΥΑ, Γ3α,β/Γ.Π.οικ.37334/2021). Όλες αυτές οι δραστηριότητες πραγματοποιούνται σε στενή συνεργασία με την Πολυκλαδική Ομάδα της Μονάδας, εξασφαλίζοντας μια συντονισμένη και ολοκληρωμένη προσέγγιση στη φροντίδα ατόμων, που βιώνουν ψυχωτικά επεισόδια (ΚΥΑ, Γ3α,β/Γ.Π.οικ.37334/2021).

3.3 Κοινωνική Εργασία σε Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου

Η κλινική κοινωνική εργασία διαφέρει ουσιαστικά από την Ψυχιατρική και την Ψυχολογία. Επικεντρώνεται στο κοινωνικό πλαίσιο της συμπεριφοράς και στη διερεύνηση των κοινωνικών-εξωτερικών παραγόντων, που επηρεάζουν την ψυχική ασθένεια (Βερικάκη, 2014). Ενώ, οι άλλες επιστήμες εστιάζουν στις νευροβιολογικές πτυχές, η κοινωνική εργασία στοχεύει στην αντιμετώπιση των αρνητικών κοινωνικών επιπτώσεων της ψυχικής νόσου, όπως η απομόνωση και το στίγμα (Βερικάκη, 2014). Ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει ενεργά στην διεπιστημονική ομάδα, προσφέροντας την κοινωνική διάσταση κάθε περίπτωσης και συνεισφέροντας στη εκτίμηση και παρακολούθηση της πορείας του ασθενούς (Βερικάκη, 2014). Η συνεργασία με άλλες ειδικότητες είναι απαραίτητη για την εφαρμογή ενός κοινού πλάνου δράσης (Βερικάκη, 2014).

Σημαντικός τομέας της κλινικής κοινωνικής εργασίας είναι η αλληλεπίδραση με την οικογένεια του ασθενούς, καθώς το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει την πορεία της ψυχικής νόσου. Οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί εστιάζουν στη μελέτη της οικογενειακής δυναμικής, όπως το συναισθηματικό κλίμα, την οικογενειακή επιβάρυνση και το εκφραζόμενο συναίσθημα, καθώς αυτά τα στοιχεία συνδέονται με την υποτροπή και την επανεισαγωγή του ασθενούς σε ψυχιατρικές δομές. Η κατανόηση των δυνάμεων, που επιδρούν αρνητικά στον ασθενή και η ενίσχυση των θετικών στοιχείων είναι καθοριστική για τη βελτίωση της λειτουργικότητας του.

Η ανάπτυξη μιας στενής θεραπευτικής συμμαχίας μεταξύ του κοινωνικού λειτουργού και του ασθενούς είναι κρίσιμη, καθώς ενισχύει την αυτοεκτίμηση και την προσωπική επάρκεια του ατόμου, υποστηρίζοντας την υιοθέτηση νέων δεξιοτήτων και την ενδυνάμωση του «εγώ» του (Βερικάκη, 2014). Οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί προσαρμόζουν την μέθοδο προσέγγισης και τον σχεδιασμό αποκατάστασης σύμφωνα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε ασθενούς (Βερικάκη, 2014). Κατά την διάρκεια της νοσηλείας, οι στρατηγικές προσέγγισης περιλαμβάνουν την παροχή συμβουλευτικής, την τροποποίηση της συμπεριφοράς, τη συνεργασία με φορείς στην κοινότητα και η ψυχοεκπαίδευση (Βερικάκη, 2014).

Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός σε ένα ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου αξιολογεί την λειτουργικότητα του ατόμου, τα θετικά και αρνητικά στοιχεία της οικογένειας, την κοινωνικο-οικονομική του κατάσταση και τις πιθανότητες αποκατάστασης μέσω εξωνοσοκομειακών δομών και κοινωνικών παροχών (Βερικάκη, 2014). Με αυτόν τον τρόπο, διαμορφώνεται μία ολοκληρωμένη προσέγγιση που ενσωματώνει την αλληλεπίδραση με την οικογένεια και τις κοινωνικές συνθήκες, διασφαλίζοντας μια αποτελεσματική υποστήριξη για τον ασθενή.

3.4 Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας

Ο κοινωνικός λειτουργός σε ένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας έχει στενή συνεργασία με τον ψυχίατρο και τις άλλες ειδικότητες, έχοντας κύρια ευθύνη την επικοινωνία με την οικογένεια του ασθενούς (Δημητρακοπούλου, 2014). Είναι συχνά ο πρώτος που έρχεται σε επαφή με τον ενδιαφερόμενο, αξιολογεί το περιστατικό και προωθεί την εσωτερική παραπομπή στον κατάλληλο θεραπευτή (Δημητρακοπούλου, 2014). Συλλέγει και αναλύει πληροφορίες μέσω του ψυχοκοινωνικού ιστορικού και της μελέτης του ατόμου και της οικογένειας, συμβάλλοντας στη διαμόρφωση του θεραπευτικού πλάνου (Δημητρακοπούλου, 2014). Παρεμβαίνει θετικά στα οικογενειακά

δυναμικά, συμβάλλει στην εκπαίδευση των κοινωνικών δεξιοτήτων και αναπτύσσει σχέδια δράσης που ενσωματώνονται στην θεραπεία (Δημητρακοπούλου, 2014). Σχεδιάζει και υλοποιεί προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και συμμετέχει σε κοινοτικές παρεμβάσεις και εκπαιδευτικά και ερευνητικά προγράμματα (Δημητρακοπούλου, 2014). Αναλαμβάνει, επίσης, παραπομπές σε άλλες υπηρεσίες και μεριμνεί για την υποστήριξη ατόμων χωρίς κοινωνικό δίκτυο (Δημητρακοπούλου, 2014). Επιπλέον, ο κοινωνικός λειτουργός έχοντας την κατάλληλη εκπαίδευση σε ψυχοθεραπευτικό μοντέλο, μπορεί να αναλαμβάνει ψυχοθεραπείες σε άτομα, ομάδες ή οικογένειες (Δημητρακοπούλου, 2014). Τέλος, σημαντικός είναι ο ρόλος του στον θεσμό της δικαστικής συμπαράστασης, όπου συμμετέχει στον συντονισμό και στην εποπτεία της εκτέλεσης της διεξαγωγής της κοινωνικής έρευνας, που απαιτείται, για τον ορισμό του δικαστικού συμπαραστάτη (Δημητρακοπούλου, 2014).

Η ανάπτυξη μεθόδων κοινωνικής εργασίας στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας επικεντρώνεται στην κατανόηση και αντιμετώπιση των βιοψυχοκοινωνικών αναγκών του ατόμου (Δημητρακοπούλου, 2014). Ο κοινωνικός λειτουργός, εξατομικευμένα, επιδιώκει να βελτιώσει τις διαπροσωπικές σχέσεις και να ενισχύσει τα δυναμικά του ατόμου, προκειμένου να επιτύχει ψυχοσυναισθηματική ισορροπία (Δημητρακοπούλου, 2014). Η εργασία με ομάδες, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν κοινά στοιχεία στα αιτήματα των ληπτών υπηρεσιών, αποδεικνύεται αποτελεσματική, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον για έκφραση και αυτογνωσία (Δημητρακοπούλου, 2014). Οι ομάδες αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν χρόνιους ασθενείς, οικογένειες ή εθελοντές και στόχο έχουν την επανακοινωνικοποίηση, την ψυχοεκπαίδευση και την ψυχαγωγία, βοηθώντας στη συμφιλίωση με τη νόσο και στη μείωση του άγχους (Δημητρακοπούλου, 2014). Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στις ομάδες οικογενειών, όπου στόχος είναι η υποστήριξη, η βελτίωση της επικοινωνίας και η αναγνώριση των αλλαγών που πρέπει να γίνουν, ώστε να μειωθούν τα συμπτώματα και οι δυσλειτουργικές καταστάσεις (Δημητρακοπούλου, 2014). Η αποτελεσματική θεραπεία απαιτεί τη συνεργασία με την οικογένεια, η οποία αποτελεί βασικό πλαίσιο ανάπτυξης του ατόμου (Δημητρακοπούλου, 2014).

3.5 Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε Πλαίσιο Απεξάρτησης Ουσιών

Η κοινωνική εργασία εστιάζει στην υποστήριξη των ατόμων και των οικογενειών τους που αντιμετωπίζουν καταστάσεις «κρίσης», όπως η ουσιοεξάρτηση, που εντάσσεται στον τομέα της

ψυχικής υγείας (Παπαβασιλείου, 2014). Η θεραπευτική προσέγγιση στην οικογένεια ενός ουσιοεξαρτημένου ατόμου σε πρόγραμμα απεξάρτησης είναι εξαιρετικά σημαντική (Παπαβασιλείου, 2014). Ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να έχει ειδική εκπαίδευση σε αυτό το πεδίο και να είναι συνεχώς ενημερωμένος (Παπαβασιλείου, 2014).

Η οικογένεια παίζει καθοριστικό ρόλο τόσο στην έναρξη της χρήσης ουσιών, συνήθως κατά την εφηβεία, όσο και στην εξέλιξη της εξάρτησης (Παπαβασιλείου, 2014). Η δυναμική του οικογενειακού περιβάλλοντος μπορεί να επηρεάσει την εμφάνιση αντικοινωνικής συμπεριφοράς και τη χρήση ουσιών (Παπαβασιλείου, 2014). Η εφηβεία χαρακτηρίζεται από την ανάγκη του ατόμου για αυτονομία και πειραματισμό, όμως η έλλειψη ουσιαστικής επικοινωνίας και η ανεπάρκεια ορίων στην οικογένεια μπορούν να οδηγήσουν σε εξάρτηση (Παπαβασιλείου, 2014). Η χρήση ουσιών αν και φαίνεται να απομακρύνει τον χρήστη από την οικογένεια, στην πραγματικότητα ενισχύει την εξάρτηση από αυτήν (Παπαβασιλείου, 2014). Η «ψευδοεξανομή» αναφέρεται στην ψευδαίσθηση της ανεξαρτησίας, που δημιουργείται μέσω της χρήσης ουσιών, ενώ ο χρήστης παραμένει εξαρτημένος από την οικογένειά του (Παπαβασιλείου, 2014). Η οικογένεια συχνά βιώνει έντονα συναισθήματα και δυσκολεύεται να διαχειριστεί την κατάσταση, με αποτέλεσμα να επικεντρώνεται αποκλειστικά στο πρόβλημα της χρήσης (Παπαβασιλείου, 2014).

Η θεραπευτική παρέμβαση στην οικογένεια είναι μία από τις πιο υποσχόμενες μεθόδους αντιμετώπισης της ουσιοεξάρτησης (Παπαβασιλείου, 2014). Προϋποθέτει τη συνεργασία του ατόμου και την οικογένειά του, καθώς και την ανάλυση και αξιολόγηση της δομικής οργάνωσης της οικογένειας (Παπαβασιλείου, 2014). Η προσέγγιση αυτή επιδιώκει την ενημέρωση της οικογένειας, τη μείωση του άγχους και τη δημιουργία ενός πλαισίου συνεργασίας, που θα ενισχύσει θετικά την πορεία του ατόμου προς την απεξάρτηση (Παπαβασιλείου, 2014). Η παράλληλη θεραπεία ατόμου και οικογένειας αυξάνει τις πιθανότητες επιτυχούς αντιμετώπισης του προβλήματος (Παπαβασιλείου, 2014).

3.6 Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε Ψυχογериατρικό πλαίσιο

Το ψυχογериατρικό οικοτροφείο είναι μία μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης υψηλής προστασίας, η οποία φιλοξενεί άτομα άνω των 65 ετών με ψυχικές διαταραχές (Κανελλοπούλου, 2014). Στόχος του οικοτροφείου είναι να διασφαλίσει την διαμονή των ασθενών στην κοινότητα

και τη συσχέτιση των σχέσεών τους με την τοπική κοινωνία (Κανελλοπούλου, 2014). Φιλοξενεί 15 άτομα μικτού φύλου, που δεν έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον (Κανελλοπούλου, 2014).

Το οικοτροφείο λειτουργεί ανοικτά στην κοινότητα, επιδιώκοντας την ουσιαστική αλληλεπίδραση με αυτήν (Κανελλοπούλου, 2014). Προσπαθεί να αναπτύξει στενές σχέσεις με την γειτονιά και την ευρύτερη κοινωνική και πολιτιστική ζωή της πόλης (Κανελλοπούλου, 2014). Ως εστία κοινωνικότητας και κοινωνικοποίηση, το οικοτροφείο ενθαρρύνει την ομαλή ενσωμάτωση των ενοίκων στην κοινωνικό ιστό, υποστηριζόμενο από τον κοινωνικό λειτουργό, που παίζει κρίσιμο ρόλο στην κινητοποίηση και ενίσχυση αυτής της διαδικασίας (Κανελλοπούλου, 2014).

Οι υπηρεσίες που προσφέρονται περιλαμβάνουν εξατομικευμένα προγράμματα αποκατάστασης, τακτική ιατρική παρακολούθηση, φαρμακευτική αγωγή και ψυχολογική στήριξη, τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο (Κανελλοπούλου, 2014). Επιπλέον, παρέχονται προγράμματα πρόληψης και υποστήριξης σε ιατρικά ζητήματα, ενώ δίνεται έμφαση στην κοινωνικοποίηση μέσω την συμμετοχής σε δράσεις και εκδηλώσεις εντός και εκτός της κοινότητας (Κανελλοπούλου, 2014). Παράλληλα, υποστηρίζονται οι σχέσεις των ενοίκων με τις οικογένειές τους και προωθείται η καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής νόσου (Κανελλοπούλου, 2014). Ο κοινωνικός λειτουργός στο ψυχογηριατρικό πλαίσιο είναι υπεύθυνος για την εκτίμηση και διαχείριση των κοινωνικών και προνοιακών αναγκών των ενοίκων, τη διατήρηση των σχέσεων με την οικογένεια και το κοινωνικό τους δίκτυο, καθώς και για την συνεργασία με την κοινότητα (Κανελλοπούλου, 2014). Χρησιμοποιεί διάφορες μεθόδους κοινωνικής εργασίας, όπως εργασία σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο, καθώς και εργασία με την κοινότητα (Κανελλοπούλου, 2014). Επίσης, συμμετέχει σε διαγνωστικό έργο, ενημερώνει τα ψυχοκοινωνικά ιστορικά των ενοίκων και οργανώνει υποστηρικτικές ομάδες με τις οικογένειες τους (Κανελλοπούλου, 2014).

Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός διασφαλίζει τα ατομικά δικαιώματα των ενοίκων και συντονίζει την ομαλή συνεργασία μεταξύ του προσωπικού και των άλλων μελών της θεραπευτικής ομάδας (Κανελλοπούλου, 2014). Συμβάλλει στη διασύνδεση του οικοτροφείου με την κοινότητα μέσω της οργάνωσης δραστηριοτήτων και εκδηλώσεων και αξιοποιεί κοινοτικές πηγές για την προαγωγή την ψυχικής υγείας των ενοίκων (Κανελλοπούλου, 2014).

Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα Προηγούμενων Ερευνών

Το παρόν κεφάλαιο παρουσιάζει τα ευρήματα από προηγούμενες έρευνες που εξετάζουν τις στάσεις διαφόρων επαγγελματικών ομάδων, φοιτητών και άλλων πληθυσμών απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Συγκεκριμένα, αναλύονται οι απόψεις κοινωνικών λειτουργών, φοιτητών κοινωνικής εργασίας και άλλων επαγγελματιών υγείας και πώς οι απόψεις αυτές επηρεάζονται από την εκπαίδευση, το περιβάλλον εργασίας και άλλους παράγοντες. Μέσα από τις έρευνες αυτές, αναδεικνύονται οι διαφορές στις στάσεις απέναντι στην ψυχική ασθένεια και η σημασία της εκπαίδευσης στην καλλιέργεια θετικότερων αντιλήψεων.

4.1 Στάσεις των Κοινωνικών Λειτουργών Απέναντι Στην Ψυχική Νόσο: Αποτελέσματα και Προκλήσεις

Η έρευνα που διεξήχθη το 2021 στο Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» στη Θεσσαλονίκη εξέταζε τις στάσεις των Ελλήνων επαγγελματιών υγείας για την ψυχική ασθένεια (Porfyri et al., 2022). Συμμετείχαν 479 εργαζόμενοι από διάφορες υπηρεσίες του Νοσοκομείου, με εξαίρεση το προσωπικό της Ψυχιατρικής Κλινικής (Porfyri et al., 2022). Το δείγμα περιλάμβανε και Κοινωνικούς Λειτουργούς (Porfyri et al., 2022). Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογήσει τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ψυχική ασθένεια ήταν το ερωτηματολόγιο “Opinion About Mental Illness” (OMI) (Porfyri et al., 2022). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί εμφάνισαν μεγαλύτερη ευαισθησία και θετικές στάσεις στους παράγοντες «Κοινωνική Φροντίδα» και «Κοινωνική Ενσωμάτωση» των ψυχικά πασχόντων, αν και γενικά όλοι οι επαγγελματίες υγείας εμφάνισαν κάποιου βαθμού προκαταλήψεις για του ψυχικά πάσχοντες και την ψυχική ασθένεια (Porfyri et al., 2022).

Σε έρευνα που διεξήχθη το 2018 εξέταζε την επίδραση του τύπου του δεσμού των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στις στάσεις τους απέναντι στην ψυχική ασθένεια, στην κοινωνική απόσταση, που διατηρούν από τους ψυχικά πάσχοντες, και στην εργασιακή ικανοποίηση (Παπακώστα-Γάκη κ.α., 2019). Συμμετείχαν 323 επαγγελματίες από διάφορες ειδικότητες, όπως ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και νοσηλεύτες (Παπακώστα-Γάκη κ.α., 2019). Η μέτρηση των στάσεων έγινε με το Ερωτηματολόγιο “Opinion About Mental Illness” (OMI) (Παπακώστα-Γάκη κ.α., 2019). Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, που αποτελούσαν το 9,9% του δείγματος, έδειξαν πιο θετικές

στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς σε σύγκριση με άλλες ειδικότητες, ιδιαίτερα στον παράγοντα «Κοινωνική Φροντίδα» (Παπακώστα-Γάκη κ.α., 2019). Παρουσίασαν, επίσης, μεγαλύτερη εργασιακή ικανοποίηση από επαγγελματίες, όπως οι νοσηλευτές, που είχαν τις χαμηλότερες βαθμολογίες στον παράγοντα «Κοινωνική Φροντίδα» και την υψηλότερη κοινωνική απόσταση (Παπακώστα-Γάκη κ.α., 2019). Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί φαίνεται να συνδυάζουν την επαγγελματική τους ικανοποίηση με μια θετικότερη στάση προς τους ψυχικά ασθενείς, διαφοροποιούμενοι, έτσι, από άλλες ειδικότητες (Παπακώστα-Γάκη κ.α., 2019).

Σε έρευνα που διεξήχθη το 2012, στο πλαίσιο της Παγκόσμιας Διάσκεψης για την Ψυχολογία και την Κοινωνιολογία, διερεύνησε τις απόψεις των φοιτητών Πανεπιστημίου στη Ρουμανία για την ψυχική ασθένεια (Todor, 2013). Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την μέτρηση των στάσεων των φοιτητών ήταν το Ερωτηματολόγιο “Opinion About Mental Illness” (OMI) (Todor, 2013). Η έρευνα περιελάμβανε 150 προπτυχιακούς φοιτητές από το Πανεπιστήμιο της Alba Iulia (Todor, 2013). Το δείγμα επιλέχθηκε από τρεις διαφορετικούς κλάδους σπουδών: Οικονομικά, Κοινωνική Εργασία και Ορθόδοξη Θεολογία (Todor, 2013). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι στάσεις των φοιτητών απέναντι στην ψυχική ασθένεια ποικίλλουν ανάλογα με τον τομέα σπουδών τους (Todor, 2013). Οι φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας παρουσίασαν τις πιο θετικές στάσεις, ειδικά όσον αφορά τον παράγοντα «Αυταρχισμός» και «Ιδεολογία Ψυχικής Υγιεινής», γεγονός που αποδίδεται στην εκπαίδευσή τους σε θέματα ψυχικής υγείας (Todor, 2013). Αντίθετα, οι φοιτητές της Ορθόδοξης Θεολογίας είχαν τις πιο αρνητικές στάσεις, πιθανώς λόγω έλλειψης γνώσεων για την ψυχική υγεία (Todor, 2013). Οι φοιτητές των Οικονομικών βρίσκονταν ενδιάμεσα, με χαμηλές βαθμολογίες, ιδιαίτερα στον παράγοντα «Κοινωνικός Περιορισμός», δείχνοντας μία πιο ανεκτική προσέγγιση σε κάποιους τομείς, αλλά συνολικά λιγότερο θετική από την Κοινωνική Εργασία (Todor, 2013).

Η μελέτη πτυχιακής εργασίας που διεξήχθη το 2008 είχε σκοπό να εξετάσει τις στάσεις των φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας απέναντι στις ψυχικές διαταραχές και τους ψυχικά πάσχοντες, καθώς και το εάν το εκπαιδευτικό τους πρόγραμμα επηρεάζει αυτές τις στάσεις (Δεπάστας & Παπαχρονάκη, 2008). Η μελέτη περιελάμβανε ένα τυχαίο δείγμα 129 φοιτητών από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας και το Τμήμα Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης. Από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας συμμετείχαν 69 φοιτητές (32 από το Α΄ εξάμηνο και 37 από το Ζ΄ εξάμηνο), ενώ από το Τμήμα Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών συμμετείχαν 60 φοιτητές (19

από το Α' εξάμηνο και 41 από το Ζ' εξάμηνο) (Δεπάστας & Παπαχρονάκη, 2008). Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο “Opinion About Mental Illness” (OMI) (Δεπάστας & Παπαχρονάκη, 2008). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι φοιτητές του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας είχαν πιο θετικές στάσεις απέναντι στην ψυχική νόσο σε σύγκριση με τους φοιτητές του άλλου Τμήματος (Δεπάστας & Παπαχρονάκη, 2008). Επιπλέον, οι φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας του Ζ' εξαμήνου εμφάνισαν πιο θετικές αντιλήψεις από τους φοιτητές του Α' εξαμήνου, υποδεικνύοντας ότι η εκπαίδευση παίζει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση των στάσεων απέναντι στην ψυχική υγεία (Δεπάστας & Παπαχρονάκη, 2008). Επίσης, οι φοιτητές που προέρχονταν από μη αστικά κέντρα είχαν πιο θετικές στάσεις σε σχέση με εκείνους από τα αστικά κέντρα (Δεπάστας & Παπαχρονάκη, 2008). Συνολικά, τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία της εκπαίδευσης και του περιβάλλοντος καταγωγής στη διαμόρφωση των στάσεων απέναντι στην ψυχική ασθένεια (Δεπάστας & Παπαχρονάκη, 2008).

Τα αποτελέσματα των ερευνών που αναλύθηκαν στο παρόν υποκεφάλαιο αποδεικνύουν ότι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί εμφανίζουν γενικά θετικές στάσεις απέναντι στην ψυχική ασθένεια, με έμφαση στον παράγοντα της «Κοινωνικής Φροντίδας» και της «Κοινωνικής Ενσωμάτωσης» των ψυχικά ασθενών. Παρά τις θετικές αυτές στάσεις, παρατηρούνται ακόμα κάποιες προκαταλήψεις, γεγονός που υποδηλώνει την ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση. Επιπλέον, η σύνδεση της επαγγελματικής ικανοποίησης των Κοινωνικών Λειτουργών με τις πιο θετικές στάσεις τους δείχνει πως η εκπαίδευση και η επαγγελματική εμπειρία μπορούν να διαδραματίσουν κρίσιμο ρόλο στη διαμόρφωση αυτών των στάσεων. Συνολικά, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί διαφέρουν από άλλες επαγγελματικές ομάδες, καθώς είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένοι και υποστηρικτικοί προς τους ψυχικά πάσχοντες, αναδεικνύοντας τη σημασία του ρόλου τους στη φροντίδα της ψυχικής υγείας.

Κεφάλαιο 5. Μεθοδολογία Έρευνας

5.1. Σκοπός & Στόχοι Έρευνας

Η παρούσα έρευνα σκοπεύει να διερευνήσει τις στάσεις και τις αντιλήψεις επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών και φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας ως προς την ψυχική νόσο.

Ειδικότερα, οι ερευνητικοί στόχοι προσδιορίζονται ως εξής:

1. Διερεύνηση της διαφοροποίησης στις αντιλήψεις επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών και Φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας για την ψυχική ασθένεια.
2. Διερεύνηση της διαφοροποίησης στις αντιλήψεις φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας που βρίσκονται στα τελευταία έτη της εκπαίδευσής τους σε σχέση με αυτούς που βρίσκονται στα αρχικά έτη ως προς την αιτιολόγηση της ψυχικής ασθένειας.
3. Διερεύνηση της διαφοροποίησης στις αντιλήψεις επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών που εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας και υγείας σε σχέση με άλλους τομείς απασχόλησης σχετικά με την κοινωνική φροντίδα.
4. Διερεύνηση της επίδρασης των κοινωνικο/πολιτισμικών χαρακτηριστικών στην διαφοροποίηση των αντιλήψεων για την ψυχική ασθένεια.
5. Διερεύνηση της επίδρασης των δημογραφικών χαρακτηριστικών των επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών και φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας στις αντιλήψεις τους για την ψυχική ασθένεια.

5.2. Ερευνητικά Ερωτήματα & Ερευνητικές Υποθέσεις

Τα Ερευνητικά Ερωτήματα είναι τα εξής:

1. Ερευνητικό Ερώτημα 1. «Υπάρχουν διαφορές στις αντιλήψεις μεταξύ επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών και Φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας για την ψυχική ασθένεια;»
2. Ερευνητικό Ερώτημα 2. «Υπάρχουν διαφορές στις αντιλήψεις μεταξύ των φοιτητών κοινωνικής εργασίας που βρίσκονται στα τελευταία έτη της εκπαίδευσής τους σε σχέση με αυτούς που βρίσκονται στα αρχικά έτη ως προς την αιτιολόγηση της ψυχικής ασθένειας»
3. Ερευνητικό Ερώτημα 3. «Υπάρχουν διαφορές στις αντιλήψεις μεταξύ των επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών που εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας και υγείας σε σχέση με άλλους τομείς απασχόλησης σχετικά με την κοινωνική φροντίδα»
4. Ερευνητικό Ερώτημα 4. «Οι στάσεις και οι αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια επηρεάζονται από τα κοινωνικο/πολιτισμικά χαρακτηριστικά»
5. Ερευνητικό Ερώτημα 5. «Υπάρχουν διαφορές στις αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος»

Οι Ερευνητικές Υποθέσεις είναι οι εξής:

1. Ερευνητική Υπόθεση 1. «Οι επαγγελματίες Κοινωνικοί Λειτουργοί έχουν διαφορετικές στάσεις και αντιλήψεις, κοινωνική διάκριση, κοινωνικός περιορισμός, κοινωνική φροντίδα, κοινωνική ενσωμάτωση, αιτιολογία, για την ψυχική ασθένεια σε σχέση με τους φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας»
2. Ερευνητική Υπόθεση 2. «Οι προπτυχιακοί φοιτητές κοινωνικής εργασίας που βρίσκονται στα τελευταία έτη της εκπαίδευσής τους αιτιολογούν διαφορετικά την ψυχική ασθένεια σε σχέση με αυτούς που βρίσκονται στα αρχικά έτη.»
3. Ερευνητική Υπόθεση 3. «Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί που εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας και υγείας έχουν πιο θετικές αντιλήψεις - αυξημένη κοινωνική φροντίδα - για τους ψυχικά πάσχοντες σε σχέση με αυτούς που εργάζονται σε άλλους τομείς με λιγότερη εμπειρία στην ψυχική νόσο».

4. Ερευνητική Υπόθεση 4 «Ο Κοινωνικός Περιορισμός διαφοροποιείται (μειώνεται) όταν στο στενό περιβάλλον ενυπάρχει άτομο που αντιμετωπίζει ή αντιμετωπίζει ένα ζήτημα ψυχικής υγείας»
5. Ερευνητική Υπόθεση 5. «Οι στάσεις και οι αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια (κοινωνική διάκριση, κοινωνικός περιορισμός, κοινωνική φροντίδα, κοινωνική ενσωμάτωση, αιτιολογία) συσχετίζονται με τα κοινωνικο/πολιτισμικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, τόπος διαμονής, εργασία, φορέας και τομέας εργασίας)».
6. Ερευνητική Υπόθεση 6. «Οι στάσεις και αντιλήψεις ως προς την κοινωνική διάκριση, τον κοινωνικό περιορισμό, την κοινωνική φροντίδα, την κοινωνική ενσωμάτωση, και την αιτιολογία, για την ψυχική ασθένεια, διαφοροποιούνται με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος»

5.3. Επιλογή & Τεκμηρίωση Ερευνητικής Μεθόδου

Το μεθοδολογικό υπόβαθρο της έρευνας επαφίεται στα εξής:

1. **Παραγωγική προσέγγιση.** Στην παραγωγική προσέγγιση, η ερευνήτρια βασίζεται σε προηγούμενες θεωρητικές προσεγγίσεις για να διαμορφώσει τις ερευνητικές της υποθέσεις και να δημιουργήσει ένα πλαίσιο για τη διερεύνηση και ανάλυση των δεδομένων. Αυτό σημαίνει ότι η ερευνήτρια ξεκινά από γενικές θεωρητικές αρχές και χρησιμοποιεί αυτές για να διατυπώσει συγκεκριμένες υποθέσεις που θα δοκιμάσει μέσω της έρευνας της. Η υιοθέτηση μιας αμερόληπτης και ανεξάρτητης στάσης είναι ουσιαστική στην παραγωγική προσέγγιση. Αυτό διασφαλίζει ότι οι προσωπικές προκαταλήψεις και οι υποκειμενικές απόψεις της ερευνήτριας δεν θα επηρεάσουν τα αποτελέσματα της μελέτης. Η διατήρηση αυτής της στάσης είναι κρίσιμη για την αξιοπιστία των συμπερασμάτων της έρευνας, καθώς επιτρέπει την αντικειμενική ανάλυση των δεδομένων και την ακριβή ερμηνεία τους, ανεξάρτητα από τις αρχικές θεωρητικές υποθέσεις. Συμπερασματικά, η παραγωγική προσέγγιση απαιτεί την ανάπτυξη υποθέσεων με βάση τις υπάρχουσες θεωρίες και την αντικειμενική δοκιμή αυτών των υποθέσεων μέσω της ανεξάρτητης συλλογής και ανάλυσης δεδομένων.

Αυτή η διαδικασία προάγει την επιστημονική έρευνα και ενισχύει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της μελέτης (Fricke et al., 2022).

2. **Είδη Έρευνας.** Η παρούσα έρευνα εσωκλείει τέσσερα είδη έρευνας, δηλαδή την περιγραφική, τη διερευνητική, την επισκοπική και την συσχετιστική. Ο συνδυασμός των επιμέρους ειδών έρευνας επιτρέπει την κατανόηση του αντικειμένου της έρευνας, και την κατάκτηση της επιστημονικής γνώσης. Η ερευνήτρια εστιάζει στη συγκέντρωση και επεξεργασία δεδομένων για την περιγραφή του υπό εξέταση ζητήματος, αναζητά αιτιώδεις σχέσεις και αξιολογεί διαφοροποιήσεις και συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών. Η χρήση ποσοτικών μεθόδων, όπως γραφήματα και πίνακες, βοηθά στην παρουσίαση των δεδομένων με σαφή και κατανοητό τρόπο. Με αυτόν τον τρόπο, η ερευνήτρια μπορεί να παρουσιάσει μια σαφή εικόνα των αντιλήψεων των επαγγελματιών και φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας προς την ψυχική νόσο μέσα από την χρήση περιγραφικών στατιστικών που επιτρέπει την αποτύπωση αλληλεξαρτήσεων ανάμεσα στις εξαρτημένες και ανεξάρτητες. Η ανάλυση των δεδομένων της Κλίμακας OMI (Opinion about Mental Illness) επιτρέπει την κατανόηση απόψεων σχετικά με την ψυχική νόσο. Η έρευνα μπορεί να προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως βάση για περαιτέρω ανάλυση ή μελλοντική έρευνα, συμβάλλοντας στην εξαγωγή ερευνητικών συμπερασμάτων (Gupta & Gupta, 2022).
3. **Ποσοτική μεθοδολογία.** Η επιλογή της ποσοτικής μεθόδου έρευνας είναι σημαντική και συνάδει με τους στόχους και τη φύση της μελέτης. Η ποσοτική μέθοδος επιτρέπει την ανάλυση και κατανόηση των στάσεων και των απόψεων των Εσωτερικών Ελεγκτών μέσω αξιόπιστων αριθμητικών μετρήσεων, γεγονός που ενισχύει την επιστημονική και αντικειμενική προσέγγιση της έρευνας. Επομένως, αυτή η επιλογή αναμένεται να συμβάλει στην επιτυχία και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της μελέτης, όπως υποστηρίζει και ο Powell (2020).

5.4. Εργαλείο Διεξαγωγής Έρευνας / Κλίμακα Γνώμης Για Την Ψυχική Ασθένεια (ΟΜΙ)

Η αξιολόγηση των απόψεων ως προς την ψυχική νόσο πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας την Κλίμακα Γνώμης για τη Ψυχική Ασθένεια (ΓΨΑ), γνωστή και ως Opinion about Mental Illness (ΟΜΙ). Η κλίμακα αυτή αναπτύχθηκε από τους Cohen και Struening το 1962 και μεταφράστηκε στα ελληνικά από τον Μαδιανό και συνεργάτες το 1977. Το ερευνητικό εργαλείο δίδει τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες στην έρευνα να εκφράσουν το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας τους σε 51 προτάσεις, με μια κλίμακα απαντήσεων από το 1 (συμφωνώ απολύτως) έως το 6 (διαφωνώ απολύτως). Δεν υπάρχουν αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις. Η κλίμακα ΟΜΙ διερευνά 5 επιμέρους παράγοντες των αντιλήψεων αναφορικά με την ψυχική ασθένεια, τους εξής: Κοινωνική Διάκριση, Κοινωνικό Περιορισμό, Κοινωνική Φροντίδα, Κοινωνική Ενσωμάτωση και Αιτιολογία (Marcussen, Gary & Serpe, 2021).

Στο πλαίσιο της έρευνας, το δείγμα κλήθηκε να εκφράσει τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας του σε 51 προτάσεις, χρησιμοποιώντας μια κλίμακα από το 1 (συμφωνώ απολύτως) έως το 6 (διαφωνώ απολύτως) σε ερωτήσεις με απόλυτα καταφατική διατύπωση. Η κλίμακα ΟΜΙ εξετάζει πέντε παράγοντες των αντιλήψεων σχετικά με την ψυχική ασθένεια: **Κοινωνική Διάκριση, Κοινωνικό Περιορισμό, Κοινωνική Φροντίδα, Κοινωνική Ενσωμάτωση** και **Αιτιολογία**. Η διαδικασία υπολογισμού της βαθμολογίας για κάθε παράγοντα περιλαμβάνει την άθροιση όλων των απαντήσεων και την αφαίρεση αυτού του αθροίσματος από μια κατάλληλη σταθερά. Αυτή η μαθηματική πράξη δημιουργεί διαφοροποιημένα εύρη τιμών για κάθε παράγοντα. Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία, τόσο υψηλότερη είναι η συμφωνία του δείγματος στον συγκεκριμένο παράγοντα. Η εκτίμηση του κάθε παράγοντα προέρχεται από τους παρακάτω εξισώσεις υπολογισμού βαθμολογίας όπως και το εύρος τιμών, ορίζονται ως εξής (Porfyri et al., 2023):

1. Κοινωνική Διάκριση = $82 - (4+6+7+9+11+14+15+16+17+19+21+24+35+42+45+48)$, με εύρος βαθμολογίας Κλίμακας -14 έως 66
2. Κοινωνικός Περιορισμός = $74 - (26+29+31+32+34+36+37+39+40+43+46+49+51)$, με εύρος βαθμολογίας Κλίμακας -4 έως 61

3. Κοινωνική Φροντίδα = $38 - (12+18+22+23+28+33+38+47)$, με εύρος βαθμολογίας Κλίμακας -10 έως 30
4. Κοινωνική Ενσωμάτωση = $41 - (2+3+8+13+27+41+44+50)$, με εύρος βαθμολογίας Κλίμακας -7 έως 33
5. Αιτιολογία = $32 - (1+5+10+20+25+30)$ με εύρος βαθμολογίας Κλίμακας -4 έως 26

5.5. Τρόπος Συλλογής Δεδομένων Έρευνας

Στην παρούσα έρευνα, η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ενός ερωτηματολογίου με αυστηρή δομή, το οποίο περιλάμβανε κλειστού (διχοτομικές, διαβαθμισμένης κλίμακας) και ανοικτού τύπου ερωτήσεις. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, μέσω των ερωτηματολογίων, ελέγχθηκαν για την ακρίβεια και την επάρκειά τους.

Η έρευνα υλοποιήθηκε με την αποστολή 200 ερωτηματολογίων μέσω διαδικτύου μέσω του Microsoft Forms σε επαγγελματίες και φοιτητές/τριες Κοινωνικής Εργασίας. Η έρευνα ολοκληρώθηκε με τη συλλογή 160 ερωτηματολογίων. Με την ποσόστωση ανταπόκρισης στην έρευνα να ορίζεται στο 80%.

Μετά το πέρας της έρευνας, τα ποσοτικά δεδομένα καταχωρήθηκαν, κωδικοποιημένα, σε φύλλα Microsoft Excel και καταχωρήθηκαν εκ νέου στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS - Statistical Package for Social Sciences - όπου και αναλύθηκαν περαιτέρω (Roni & Djajadikerta, 2021).

5.6. Δειγματοληψία Έρευνας

Ο πληθυσμός και δείγμα της έρευνας εδράζεται στην μεθοδολογία της δειγματοληψίας ευκολίας ή ευχέρειας. Η δειγματοληψία ευκολίας επέτρεψε στην ερευνήτρια να συγκεντρώσει δείγματα και να προχωρήσει τη μελέτη καθώς η πρόσβαση στον πληθυσμό των συνολικά 160 επαγγελματιών και φοιτητών/τριων Κοινωνικής Εργασίας, ήταν αρκετά περιορισμένη ώστε να εξασφαλίσει την όσο το δυνατό μεγαλύτερη αντιπροσώπευση (Παπαγεωργίου, 2016).

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελούνταν από 160 άτομα, 130 Γυναίκες (81,3%) και 30 άνδρες (18,8%), μέσης ηλικίας $32,01 \pm 10,701$ έτη, 112 επαγγελματίες Κοινωνικοί Λειτουργοί (99 Γυναίκες, 13 Άνδρες) (70%) και 48 Φοιτητές/τριες Κοινωνικής εργασίας (30%) (32 Γυναίκες, 6 Άνδρες). Από τους 112 Κοινωνικούς Λειτουργούς οι 80 βρίσκονται υπό καθεστώς ενεργής εργασίας και απασχολούνται κατά 8,8% στον τομέα της υγείας, 21,3% της ψυχικής υγείας, 22,5% στην τοπική αυτοδιοίκηση, 5% στον τομέα των εξαρτήσεων, 6,3% στην παιδική προστασία, 26,3% στην ειδική αγωγή, 3,8% στην τρίτη ηλικία και 6,3% στην μετανάστευση.

5.7. Δικαιολόγηση Μεθόδων / Τεχνικών Στατιστικής Ανάλυσης

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποίησε διάφορες μεθοδολογικές τεχνικές μέσω του λογισμικού SPSS. Οι τεχνικές αυτές περιλαμβάνουν (Χαλικιάς, 2015):

1. **Ανάλυση Αξιοπιστίας** του εργαλείου διεξαγωγής της έρευνας μέσω του ελέγχου Αξιοπιστίας (Reliability Test) και τη διεξαγωγή του δείκτη Alpha του Cronbach.
2. **Περιγραφική ανάλυση** (Descriptive Statistics) για την παρουσίαση περιγραφικών στατιστικών μέτρων (πλήθος, ποσόστωση, μέσος όρος, τυπική απόκλιση, επικρατούσα τιμή) του συνόλου των ερωτήσεων σε πίνακες και διαγράμματα που αναλύουν τα δεδομένα με στατιστικό τρόπο και παρέχουν μια οπτική αναπαράσταση των δεδομένων που συλλέχθηκαν και αναλύθηκαν κατά τη διάρκεια της μελέτης:
 - ο Ανάλυση περιγραφικών στατιστικών μέτρων κοινωνικο/δημογραφικών χαρακτηριστικών.
 - ο Ανάλυση περιγραφικών στατιστικών μέτρων της κλίμακας «Opinion about Mental Illness» (OMI) και των 5 Παραγόντων της Κλίμακας OMI για την ανάλυση των απαντήσεων σχετικά με τις απόψεις για την ψυχική νόσο.
3. **Επαγωγική στατιστική ανάλυση:**
 - ο Έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών (Testing for Normality of Variables). Στην παρούσα έρευνα προέκυψε το σύνολο των μεταβλητών να μην ακολουθούν

την κανονική κατανομή, στοιχείο που καθοδηγεί την ερευνήτρια στο να χρησιμοποιήσει μη παραμετρικές στατιστικές μεθόδους για την περαιτέρω ανάλυση.

- ο Έλεγχος ερευνητικών υποθέσεων (Hypothesis Testing) μέσω κατάλληλων στατιστικών δοκιμών ανάλογα με τη φύση των δεδομένων και των υποθέσεων της έρευνας. Δηλαδή, ο έλεγχος **Διαφοροποίησης των μέσων όρων των μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με** μη παραμετρικό έλεγχο Mann-Whitney U Test και ο έλεγχος **των συσχετίσεων** μεταξύ μεταβλητών με την εξαγωγή του δείκτη γραμμικής συσχέτισης Spearman.

Επιπλέον, πραγματοποιείται Ποιοτική Ανάλυση Περιεχομένου των 3 ανοικτών ερωτήσεων του ερευνητικού εργαλείου. Στην περίπτωση των ανοικτών ερωτήσεων για την κωδικοποίηση αξιοποιήθηκε η Ποιοτική Ανάλυση Περιεχομένου, προκειμένου να αναδυθούν και να οριστούν οι κατηγορίες ανάλυσης από τις απαντήσεις των ερωτώμενων (Chevance et al., 2020).

5.8. Διαδικασία Ελέγχου Αξιοπιστίας Ερευνητικού Εργαλείου

Ο παρακάτω Πίνακας 1 παραθέτει τον έλεγχο αξιοπιστίας του ερευνητικού εργαλείου, ως προς το σύνολό του αλλά και κάθε επιμέρους Παράγοντα του OMI. Ο δείκτης Cronbach's α υπολογίστηκε ως εξής (Χαλικιάς, 2015):

1. Ερωτηματολόγιο OMI: 0,866 ή 86,6%
2. Ενότητα Α. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά: 0,789 ή 78,9%
3. 5 Παράγοντες Ερωτηματολογίου OMI
 - ✓ Κοινωνική Διάκριση 0,860 ή 86%
 - ✓ Κοινωνικός Περιορισμός 0,800 ή 80%
 - ✓ Κοινωνική Φροντίδα 0,808 ή 80,8%

✓ Κοινωνική Ενσωμάτωση 0,846 ή 84,6%

✓ Αιτιολογία 0,766 ή 76,6%

Οι Δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's α για το συνολικό ερευνητικό εργαλείο ΟΜΙ αλλά και των Πέντε Παραγόντων του ΟΜΙ του εμφανίζονται να είναι υψηλότεροι από το κριτήριο του 0,70 με αποτέλεσμα να προάγουν μια υψηλή αξιοπιστία για το ερωτηματολόγιο, αλλά και οι ερωτήσεις του να διαθέτουν συνέπεια, συνοχή και να είναι εύκολα αντιληπτές από το δείγμα.

Πίνακας 5.1. Αξιοπιστία Ερωτηματολογίου ΟΜΙ & 5 Παραγόντων ΟΜΙ

<i>Έλεγχος Αξιοπιστίας</i>	Cronbach's α	N of Items
<i>Δημογραφικά Χαρακτηριστικά</i>	0,789	9
<i>Ερωτηματολόγιο ΟΜΙ</i>	0,866	51
<i>5 Παραγόντες ΟΜΙ</i>		
<i>Κοινωνική Διάκριση</i>	0,860	17
<i>Κοινωνικός Περιορισμός</i>	0,800	13
<i>Κοινωνική Φροντίδα</i>	0,808	8
<i>Κοινωνική Ενσωμάτωση</i>	0,846	8
<i>Αιτιολογία</i>	0,766	6

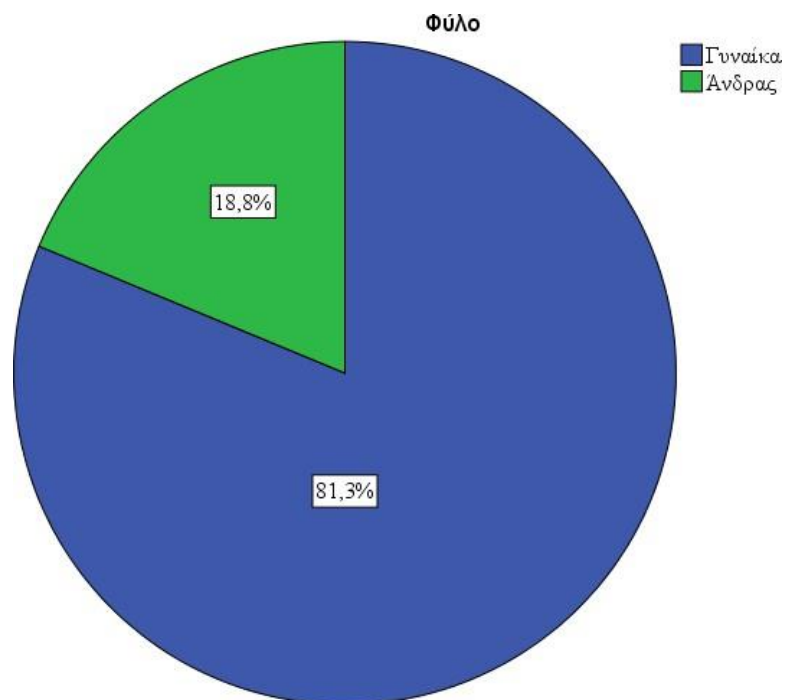
Κεφάλαιο 6. Στατιστική Ανάλυση

6.1. Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση Δημογραφικών Στοιχείων

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 130 Γυναίκες (81,3%) και 30 άνδρες (18,8%) (Πίνακας 1, Διάγραμμα 1).

Πίνακας 1. Φύλο

Φύλο				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Γυναίκα	130	81,3	81,3
	Άνδρας	30	18,8	100,0
	Total	160	100,0	

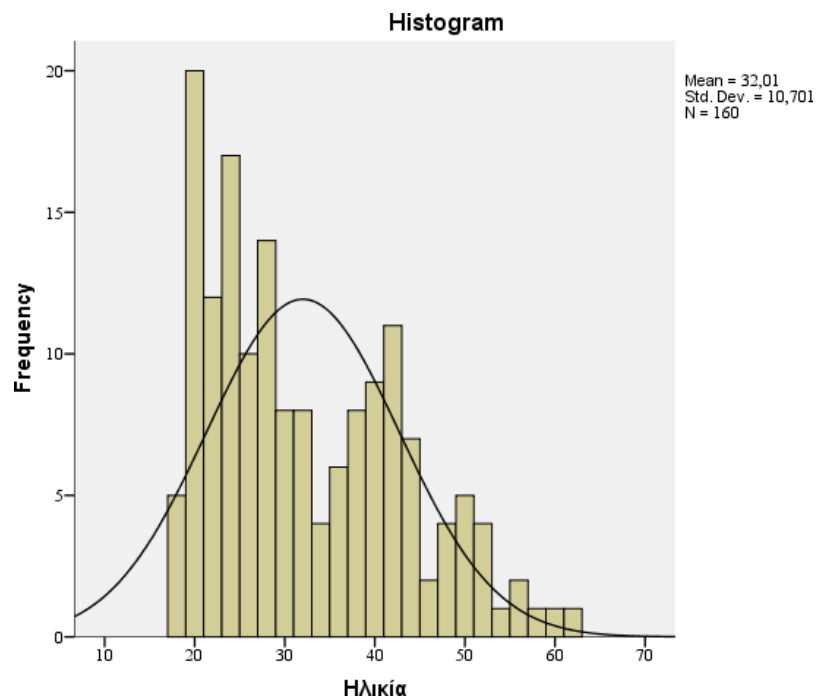


Διάγραμμα 1. Φύλο

Η μέση ηλικία για το σύνολο του δείγματος των 160 ατόμων που συμμετείχαν στη έρευνα υπολογίστηκε σε $32,01 \pm 10,701$ έτη (Πίνακας 2, Διάγραμμα 2)

Πίνακας 2. Ηλικία

<i>Descriptive Statistics</i>					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
<i>Ηλικία</i>	160	18	62	32,01	10,701
<i>Valid N (listwise)</i>	160				

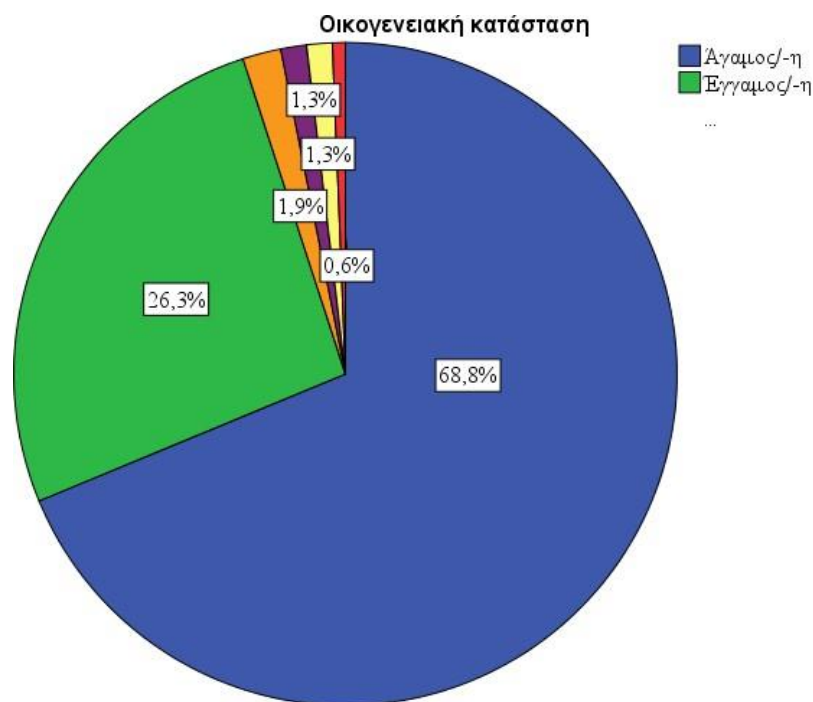


Διάγραμμα 2. Ηλικία

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση τα 110 άτομα από το σύνολο των συμμετεχόντων στην έρευνα δήλωσε ότι ήταν άγαμοι (68,8%), 42 έγγαμοι (26,3%), 3 διαζευγμένοι (1,9%), 2 σε συμβίωση (1,3%), 2 σε σχέση (1,3%) και 1 σε συγκατοίκηση (0,6%) (Πίνακας 3, Διάγραμμα 3).

Πίνακας 3. Οικογενειακή κατάσταση

<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Άγαμος/-η	110	68,8	68,8	68,8
Έγγαμος/-η	42	26,3	26,3	95,0
Διαζευγμένος/-η	3	1,9	1,9	96,9
Συμβίωση	2	1,3	1,3	98,1
Σε σχέση	2	1,3	1,3	99,4
Συγκατοίκηση	1	,6	,6	100,0
Total	160	100,0	100,0	

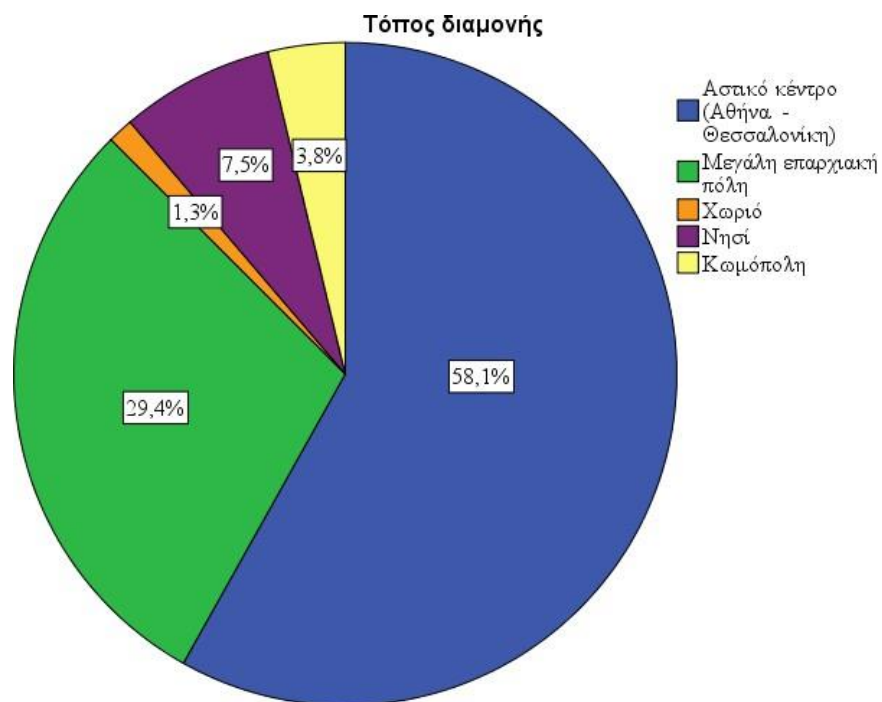


Διάγραμμα 3. Οικογενειακή κατάσταση

Αναφορικός προς τον τόπο διαμονής, 93 άτομα από το σύνολο των 160 συμμετεχόντων στην έρευνα δήλωσαν ότι διαμένουν σε αστικό κέντρο (58,1%), 47 ότι διαμένουν σε μεγάλη επαρχιακή πόλη (29,4%), 2 σε χωριό (1,3%), 12 σε νησί (7,5%) και 6 σε κωμόπολη (3,8%) (Πίνακας 4, Διάγραμμα 4).

Πίνακας 4. Τόπος διαμονής

<i>Τόπος διαμονής</i>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Αστικό κέντρο (Αθήνα - Θεσσαλονίκη)	93	58,1	58,1
	Μεγάλη επαρχιακή πόλη	47	29,4	87,5
	Χωριό	2	1,3	88,8
	Νησί	12	7,5	96,3
	Κωμόπολη	6	3,8	100,0
	Total	160	100,0	100,0

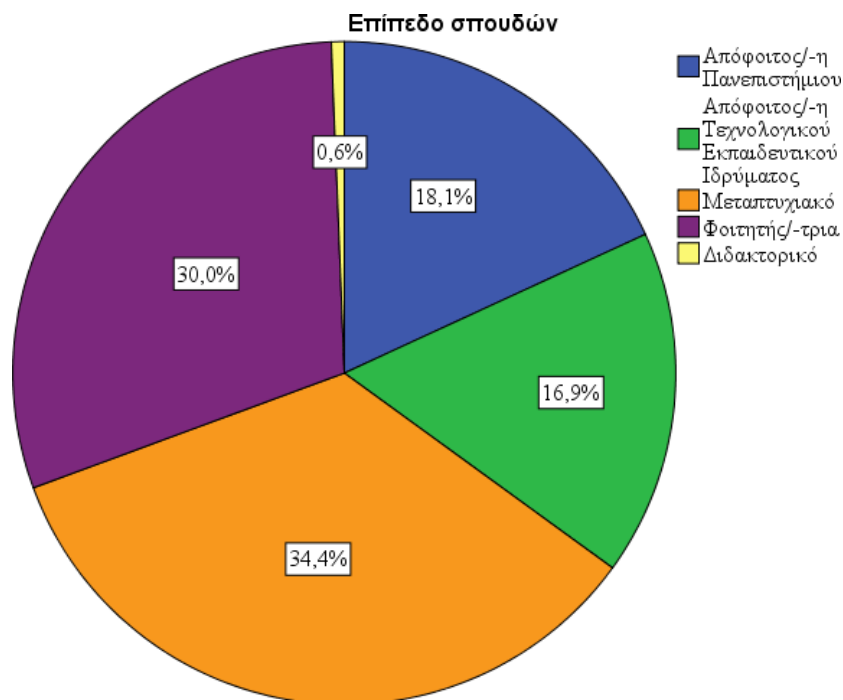


Διάγραμμα 4. Τόπος διαμονής

Αναφορικά με το επίπεδο σπουδών 29 από τα 160 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι είναι απόφοιτοι πανεπιστημίου 18,1% 27 απόφοιτοι τεχνολογικού επαγγελματικού ιδρύματος 16,9%, 55 κατείχαν μεταπτυχιακό τίτλο 34,4%, ένα άτομο κατείχε διδακτορικό δίπλωμα 0,6% και 48 άτομα δήλωσαν ότι βρίσκονται ακόμα υπό καθεστώς φοίτησης σε κάποιο πανεπιστήμιο 30% (Πίνακας 5, Διάγραμμα 5).

Πίνακας 5. Επίπεδο σπουδών

<i>Επίπεδο σπουδών</i>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Απόφοιτος/-η Πανεπιστήμιου	29	18,1	18,1	18,1
Απόφοιτος/-η Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος	27	16,9	16,9	35,0
Μεταπτυχιακό	55	34,4	34,4	69,4
Φοιτητής/-τρια	48	30,0	30,0	99,4
Διδακτορικό	1	,6	,6	100,0
Total	160	100,0	100,0	

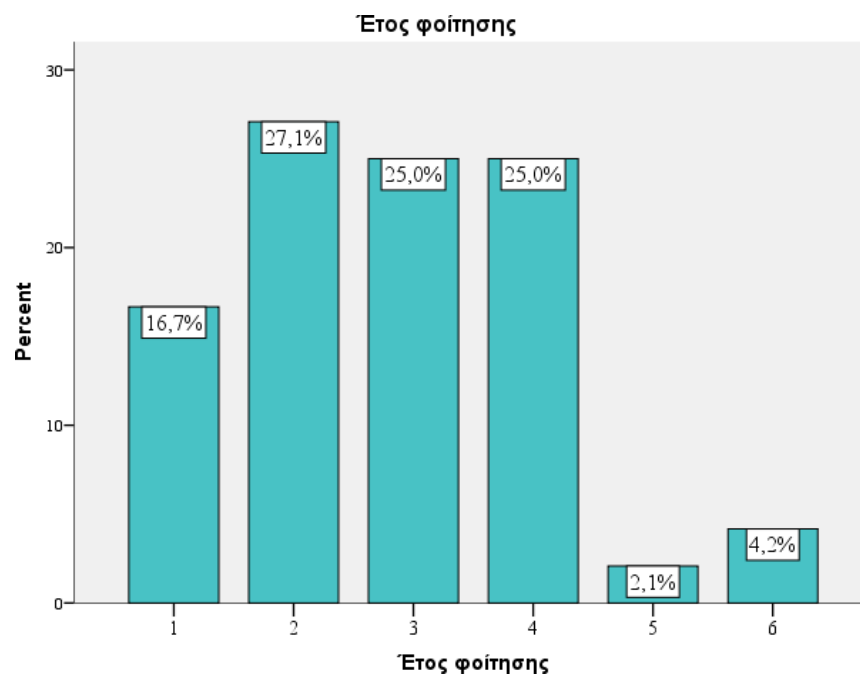


Διάγραμμα 5. Επίπεδο σπουδών

Αναφορικά με τα έτη φοίτησης, από τα 48 άτομα του δείγματος που δήλωσαν φοιτητές/τριες Κοινωνικής Εργασίας, το 16,7% βρίσκονταν στο 1ο έτος σπουδών, το 27,1% στο 2ο, το 25% στο 3ο, το 25% στο 4ο, το 2,1% στο 5ο και 4,2% στο 6ο (Πίνακας 6, Διάγραμμα 6).

Πίνακας 6. Έτος φοίτησης

<i>Έτος φοίτησης</i>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<i>Valid</i>	1	8	5,0	16,7
	2	13	8,1	27,1
	3	12	7,5	25,0
	4	12	7,5	25,0
	5	1	,6	2,1
	6	2	1,3	4,2
<i>Missing</i>	Total	48	30,0	100,0
	System	112	70,0	
<i>Total</i>		160	100,0	

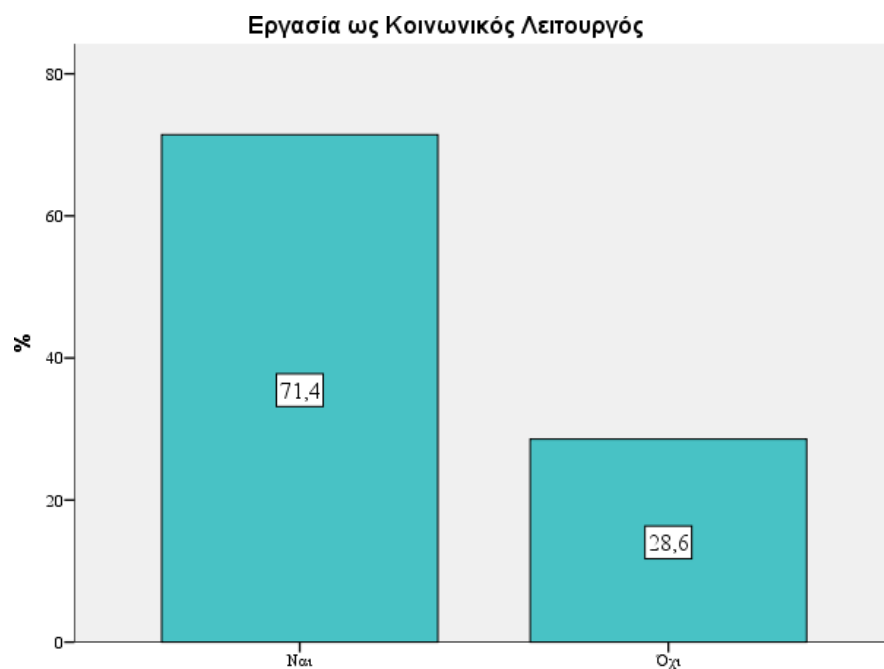


Διάγραμμα 6. Έτος φοίτησης

Από το σύνολο των 160 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 112 απάντησαν υπό την ιδιότητα του Κοινωνικού Λειτουργού, οι 80 από τους οποίους βρίσκονταν σε καθεστώς ενεργής εργασίας (71,4%) και οι 32 όχι (28,6%) (Πίνακας 7, Διάγραμμα 7).

Πίνακας 7. Εργασία ως Κοινωνικός Λειτουργός

<i>Εργασία ως Κοινωνικός Λειτουργός</i>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	80	50,0	71,4	71,4
	Όχι	32	20,0	28,6	100,0
	Total	112	70,0	100,0	
Missing	System	48	30,0		
Total		160	100,0		

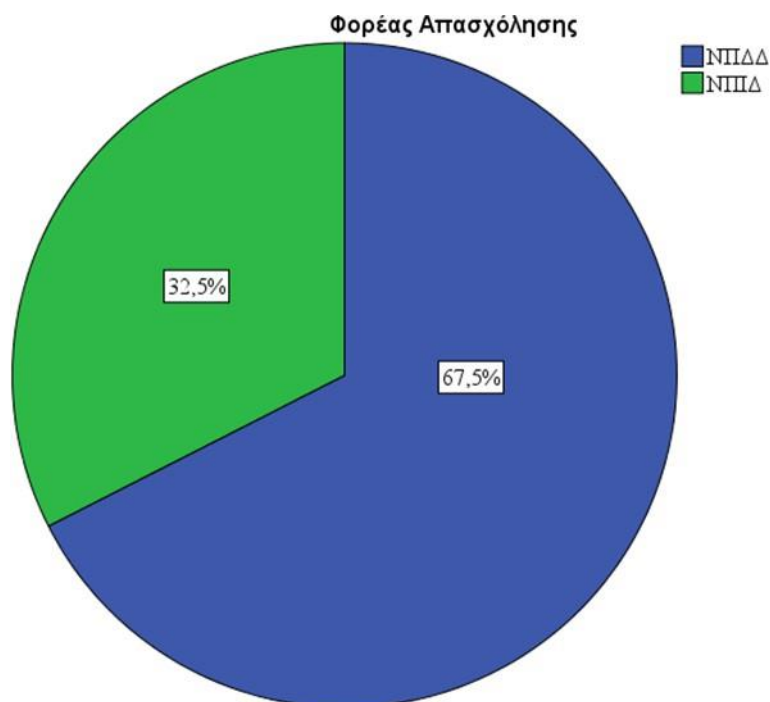


Διάγραμμα 7. Εργασία ως Κοινωνικός Λειτουργός

Αναφορικά με το φορέα απασχόλησης τα 80 άτομα τα οποία βρίσκονταν υπό ενεργή εργασία, τα 54 άτομα (67,5%) εργάζονταν σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και τα 26 άτομα (32,5%) σε Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (Πίνακας 8, Διάγραμμα 8).

Πίνακας 8. Φορέας Απασχόλησης

<i>Φορέας Απασχόλησης</i>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<i>Valid</i>	ΝΠΔΔ	54	33,8	67,5	67,5
	ΝΠΙΔ	26	16,3	32,5	100,0
	Total	80	50,0	100,0	
<i>Missing System</i>		80	50,0		
<i>Total</i>		160	100,0		

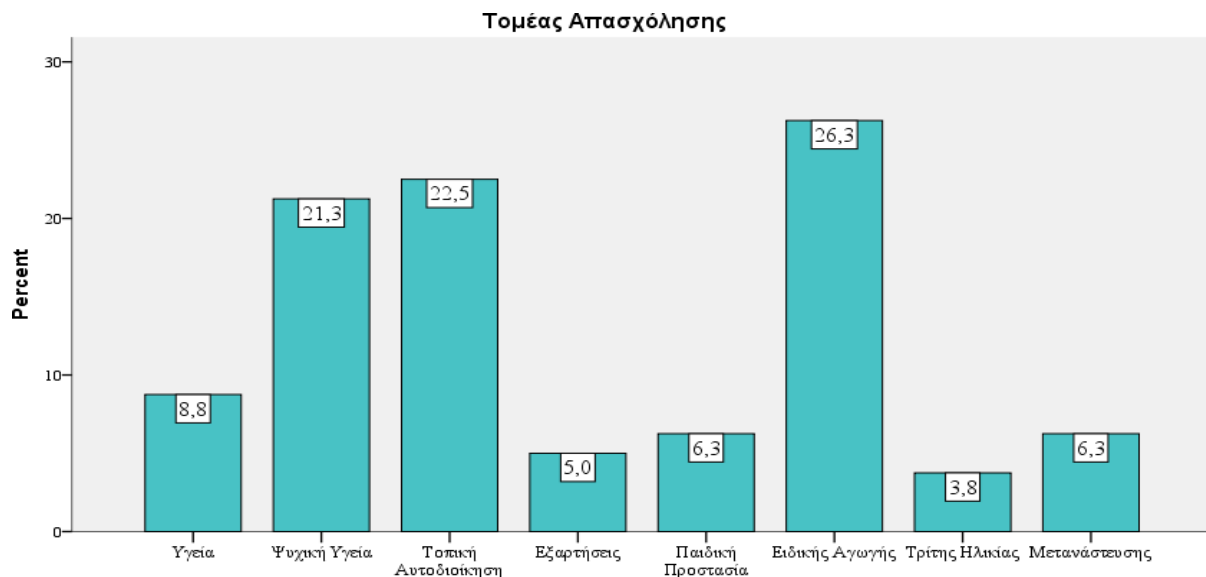


Διάγραμμα 8. Φορέας Απασχόλησης

Αναφορικά με τον τομέα απασχόλησης τα 80 ενεργά εργαζόμενα άτομα απασχολούνταν κατά 8,8% στον τομέα της υγείας, 21,3% της ψυχικής υγείας, 22,5% στην τοπική αυτοδιοίκηση, 5% στον τομέα των εξαρτήσεων, 6,3% στην παιδική προστασία, 26,3% στην ειδική αγωγή, 3,8% στην τρίτη ηλικία και 6,3% στην μετανάστευση (Πίνακας 9, Διάγραμμα 9).

Πίνακας 9. Τομέας Απασχόλησης

<i>Τομέας Απασχόλησης</i>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<i>Valid</i>	Υγεία	7	4,4	8,8
	Ψυχική Υγεία	17	10,6	21,3
	Τοπική Αυτοδιοίκηση	18	11,3	22,5
	Εξαρτήσεις	4	2,5	5,0
	Παιδική Προστασία	5	3,1	6,3
	Ειδικής Αγωγής	21	13,1	26,3
	Τρίτης Ηλικίας	3	1,9	3,8
	Μετανάστευσης	5	3,1	6,3
	Total	80	50,0	100,0
<i>Missing System</i>		80	50,0	
<i>Total</i>		160	100,0	



Διάγραμμα 9. Τομέας Απασχόλησης

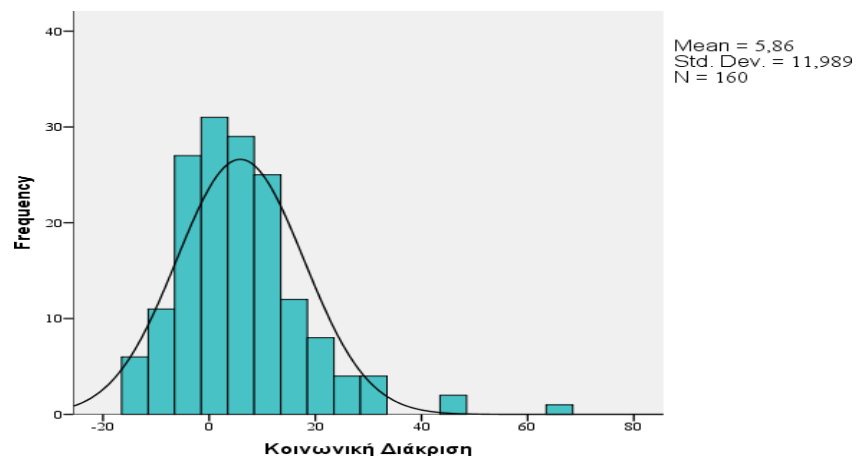
6.2. Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση Κλίμακας Γνώμης Για Την Ψυχική Ασθένεια (ΟΜΙ)

6.2.1. Κοινωνική Διάκριση

Η βαθμολογία του παράγοντα της «**Κοινωνικής Διάκρισης**» μπορεί να κυμανθεί από -14 έως 66. Ο Μέσος Όρος της βαθμολογίας του Παράγοντα προσδιορίστηκε ως $5,86 \pm 11,989$ όπου καταγράφεται ιδιαίτερα σε πολύ χαμηλά επίπεδα (Πίνακας 10, Διάγραμμα 10).

Πίνακας 10. Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση Παράγοντα «Κοινωνική Διάκριση»

<i>Statistics</i>		
<i>N</i>	<i>Κοινωνική Διάκριση</i>	
	Valid	160
	Missing	0
	Mean	5,86
	Std. Deviation	11,989
	Minimum	-14
	Maximum	66



Διάγραμμα 10. Περιγραφικά Μέτρα Παράγοντα «Κοινωνική Διάκριση»

Ακολουθεί ο Πίνακας 11 με τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα του συνόλου των ερωτήσεων που απαρτίζουν τον Παράγοντα «Κοινωνική Διάκριση». Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 11 το δείγμα των 160 ατόμων αποφάνθηκε με βάση μια εξαβάθμια κλίμακα Likert (1 Συμφωνώ απολύτως, ..., 6 Διαφωνώ απολύτως).

Οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων του δείγματος για τις 15 ερωτήσεις έχει ως εξής (Πίνακας 12):

- ✓ Παρόλο που οι ασθενείς, που βγαίνουν από τα ψυχιατρεία, μπορεί να φαίνονται εντάξει....: MO 5,36, TA ,993
- ✓ Είναι εύκολο να αναγνωρίσει κανείς κάποιον που κάποτε πέρασε μια σοβαρή: MO 4,64, TA 1,295
- ✓ Οι ψυχικά ασθενείς αφήνουν τα συναισθήματά τους να τους κυβερνούν: MO 4,89, TA 1,303
- ✓ 9. Όταν ένα άτομο έχει κάποιο πρόβλημα ή στενοχώρια, είναι καλύτερο να μην το σκέπτεται ... MO 4,43, TA 1,548
- ✓ 11. Υπάρχει κάτι στους ψυχικά ασθενείς που κάνει εύκολη τη διάκρισή τους: MO 4,69, TA 1,265
- ✓ 14. Τα μικρά παιδιά ασθενών σε ψυχιατρεία δεν πρέπει να επιτρέπεται να τους επισκέπτονται: MO 4,86, TA 1,271
- ✓ 15. Άνθρωποι πετυχημένοι στην εργασία τους σπάνια αρρωσταίνουν ψυχικά: MO 5,46, TA ,931
- ✓ 16. Οι άνθρωποι δεν θα αρρώσταιναν ψυχικά εάν απέφευγαν τις κακές σκέψεις: MO 5,21, TA 1,133
- ✓ 17. Οι ασθενείς ψυχιατρείων είναι σε πολλά πράγματα σαν τα παιδιά: MO 3,93, TA 1,641
- ✓ 19. Ένας καρδιακός έχει πρόβλημα με ένα μόνο πράγμα, ενώ ένας ψυχασθενής είναι: MO 4,18, TA 1,616

- ✓ 21. Άνθρωποι με ψυχικές ασθένειες δεν θα πρέπει ποτέ να νοσηλεύονται ...: ΜΟ 4,66, ΤΑ 1,303
- ✓ 24. Μια γυναίκα θα πρέπει, να είναι ανόητη για να παντρευτεί έναν άντρα που ...: ΜΟ 5,12, ΤΑ 1,146
- ✓ 35. Εάν παιδιά φυσιολογικών γονιών μεγαλώσουν με ψυχικά ασθενείς γονείς, πιθανότατα ...: ΜΟ 4,66, ΤΑ 1,365
- ✓ 45. Παρόλο που μερικοί ψυχικά ασθενείς φαίνονται καλά, είναι επικίνδυνο να ξεχνά ...: ΜΟ 4,65, ΤΑ 1,375
- ✓ 48. Μία από τις κύριες αιτίες της ψυχικής ασθένειας είναι η έλλειψη ηθικής δύναμης ...: ΜΟ 5,10, ΤΑ 1,347

Πίνακας 11. Περιγραφικά Στατιστικά Μέτρα Ερωτήσεων Παράγοντα «Κοινωνική Διάκριση»

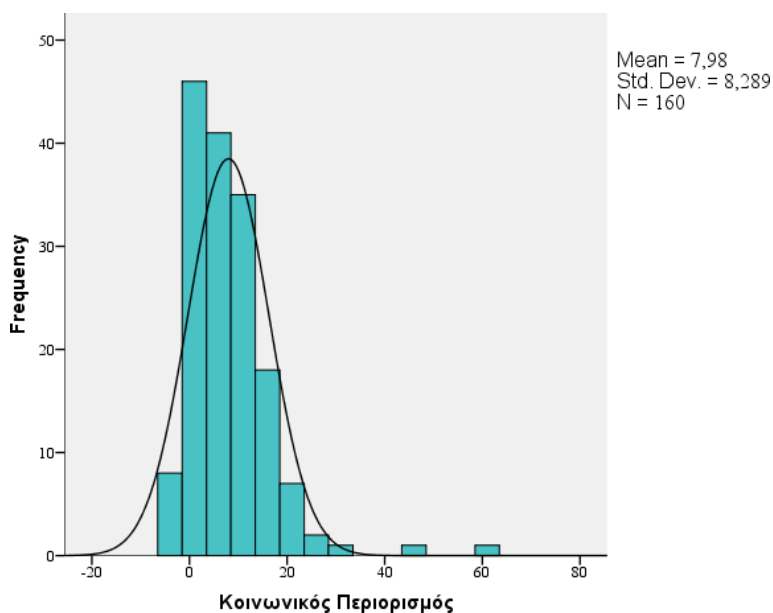
<u>Κοινωνική Διάκριση</u>	ΜΟ	ΤΑ	Επικρατούσα Τιμή	Ελάχιστο	Μέγιστο
4. Παρόλο που οι ασθενείς, που βγαίνουν από τα ψυχιατρεία, μπορεί να φαίνονται εντάξει....	5,36	,993	6,00	1	6
6. Είναι εύκολο να αναγνωρίσει κανείς κάποιον που κάποτε πέρασε μια σοβαρή	4,64	1,295	5,00	1	6
7. Οι ψυχικά ασθενείς αφήνουν τα συναισθήματά τους να τους κυβερνούν	4,89	1,303	5,00	1	6
9. Όταν ένα άτομο έχει κάποιο πρόβλημα ή στενοχώρια, είναι καλύτερο να μην το σκέπτεται ...	4,43	1,548	5,00	1	6
11. Υπάρχει κάτι στους ψυχικά ασθενείς που κάνει εύκολη τη διάκρισή τους	4,69	1,265	5,00	1	6
14. Τα μικρά παιδιά ασθενών σε ψυχιατρεία δεν πρέπει να επιτρέπεται να τους Επισκέπτονται	4,86	1,271	5,00	1	6
15. Άνθρωποι πετυχημένοι στην εργασία τους σπάνια αρρωσταίνουν ψυχικά	5,46	,931	6,00	1	6
16. Οι άνθρωποι δεν θα αρρώσταιναν ψυχικά εάν απέφευγαν τις κακές σκέψεις	5,21	1,133	6,00	1	6
17. Οι ασθενείς ψυχιατρείων είναι σε πολλά πράγματα σαν τα παιδιά	3,93	1,641	4,00	1	6
19. Ένας καρδιακός έχει πρόβλημα με ένα μόνο πράγμα, ενώ ένας ψυχασθενής είναι ...	4,18	1,616	5,00	1	6
21. Άνθρωποι με ψυχικές ασθένειες δεν θα πρέπει ποτέ να νοσηλεύονται	4,66	1,303	5,00	1	6
24. Μια γυναίκα θα πρέπει, να είναι ανόητη για να παντρευτεί έναν άντρα που.....	5,12	1,146	5,00	1	6
35. Εάν παιδιά φυσιολογικών γονιών μεγαλώσουν με ψυχικά ασθενείς γονείς, πιθανότατα .	4,66	1,365	5,00	1	6
45. Παρόλο που μερικοί ψυχικά ασθενείς φαίνονται καλά, είναι επικίνδυνο να ξεχνά .	4,65	1,375	5,00	1	6
48. Μία από τις κύριες αιτίες της ψυχικής ασθένειας είναι η έλλειψη ηθικής δύναμης ..	5,10	1,347	6,00	1	6
Σύνολο	4,79	1,30	5,20	1	6

6.2.2. Κοινωνικός Περιορισμός

Η βαθμολογία του παράγοντα της «Κοινωνικός Περιορισμός» μπορεί να κυμανθεί από -14 έως 61. Ο Μέσος Όρος της βαθμολογίας του Παράγοντα προσδιορίστηκε ως $7,98 \pm 8,289$ όπου καταγράφεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα (Πίνακας 12, Διάγραμμα 11).

Πίνακας 12. Περιγραφική Στατιστική Παράγοντα «Κοινωνικός Περιορισμός»

Statistics	
N	Κοινωνικός Περιορισμός
	Valid
	160
	Missing
	0
	Mean
Std. Deviation	
Minimum	
Maximum	



Διάγραμμα 11. Περιγραφικά Μέτρα Παράγοντα «Κοινωνικός Περιορισμός»

Ακολουθεί ο Πίνακας 13 με τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα του συνόλου των ερωτήσεων που απαρτίζουν τον Παράγοντα «Κοινωνικός Περιορισμός». Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 13 το δείγμα των 160 ατόμων αποφάνθηκε με βάση μια εξαβάθμια κλίμακα Likert (1 Συμφωνώ απολύτως, ..., 6 Διαφωνώ απολύτως).

Οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων του δείγματος για τις 15 ερωτήσεις που εμπεριέχονται στον παράγοντα «Κοινωνικός Περιορισμός» έχει ως εξής (Πίνακας 13):

1. 26. Άνθρωποι που υπήρξαν ασθενείς σε ψυχιατρείο, ποτέ δεν θα ξαναβρούν τον παλιό .: MO 4,81, TA 1,219
2. 29. Όποιος βρίσκεται σε ψυχιατρείο με ψυχική ασθένεια, δεν θα πρέπει να ψηφίζει: MO 5,11, TA 1,182
3. 31. Ο καλύτερος τρόπος χειρισμού ασθενών στα ψυχιατρεία είναι οι κλειδωμένες πόρτες: MO 5,49, TA ,978
4. 32. Το να είναι κανείς ασθενής σε ψυχιατρείο ισοδυναμεί με αποτυχία στη ζωή: MO 5,64, TA ,849
5. 34. Αν ένας ασθενής ψυχιατρείου επιτεθεί σε κάποιον, πρέπει να τιμωρηθεί για να μην το ξανακάνει: MO 4,91, TA 1,263
6. 36. Κάθε ψυχιατρείο θα πρέπει να περιβάλλεται από έναν ψηλό φράχτη και να φρουρείται: MO 5,11, TA 1,363
7. 37. Ο νόμος θα πρέπει να επιτρέπει σε μια γυναίκα να χωρίζει τον άντρα της σε περίπτωση...: MO 4,01, TA 1,669
8. 39. Η ψυχική ασθένεια προκαλείται συνήθως από κάποια αρρώστια του νευρικού συστήματος: MO 3,83, TA 1,460
9. 40. Άσχετα με το πώς το βλέπει κανείς, ασθενείς με σοβαρή ψυχική ασθένεια δεν είναι ...: MO 5,61, TA ,761

10. 43. Είναι πιθανότερο να αρρωστήσει ψυχικά ένας καθηγητής πανεπιστημίου παρά ένας ...: MO 5,06, TA 1,145
11. 46. Μερικές φορές η ψυχική ασθένεια είναι τιμωρία για κακές πράξεις: MO 5,68, TA ,842
12. 49. Ελάχιστα μπορούν να γίνουν για τους ασθενείς ψυχιατρείων πέρα από του να ...: MO 5,23, TA 1,285
13. 51. Όλοι οι ασθενείς ψυχιατρείων πρέπει να εμποδίζονται να κάνουν παιδιά με μια ...: MO 5,27, TA 1,175

Πίνακας 13. Περιγραφικά Στατιστικά Μέτρα Παράγοντα «Κοινωνικός Περιορισμός»

<i>Κοινωνικός Περιορισμός</i>	MO	TA	Επικρατούσα Τιμή	Ελάχιστο	Μέγιστο
26. Άνθρωποι που υπήρξαν ασθενείς σε ψυχιατρείο, ποτέ δεν θα ξαναβρούν τον παλιό ...	4,81	1,219	5,00	1	6
29. Όποιος βρίσκεται σε ψυχιατρείο με ψυχική ασθένεια, δεν θα πρέπει να Ψηφίζει	5,11	1,182	5,00	1	6
31. Ο καλύτερος τρόπος χειρισμού ασθενών στα ψυχιατρεία είναι οι κλειδωμένες πόρτες	5,49	,978	6,00	1	6
32. Το να είναι κανείς ασθενής σε ψυχιατρείο ισοδυναμεί με αποτυχία στη ζωή	5,64	,849	6,00	1	6
34. Αν ένας ασθενής ψυχιατρείου επιτεθεί σε κάποιον, πρέπει να τιμωρηθεί για να μην το ξανακάνει	4,91	1,263	5,00	1	6
36. Κάθε ψυχιατρείο θα πρέπει να περιβάλλεται από έναν ψηλό φράχτη και να φρουρείται	5,11	1,363	6,00	1	6
37. Ο νόμος θα πρέπει να επιτρέπει σε μια γυναίκα να χωρίζει τον άντρα της σε περίπτωση ...	4,01	1,669	4,00	1	6
39. Η ψυχική ασθένεια προκαλείται συνήθως από κάποια αρρώστια του νευρικού συστήματος	3,83	1,460	4,00	1	6

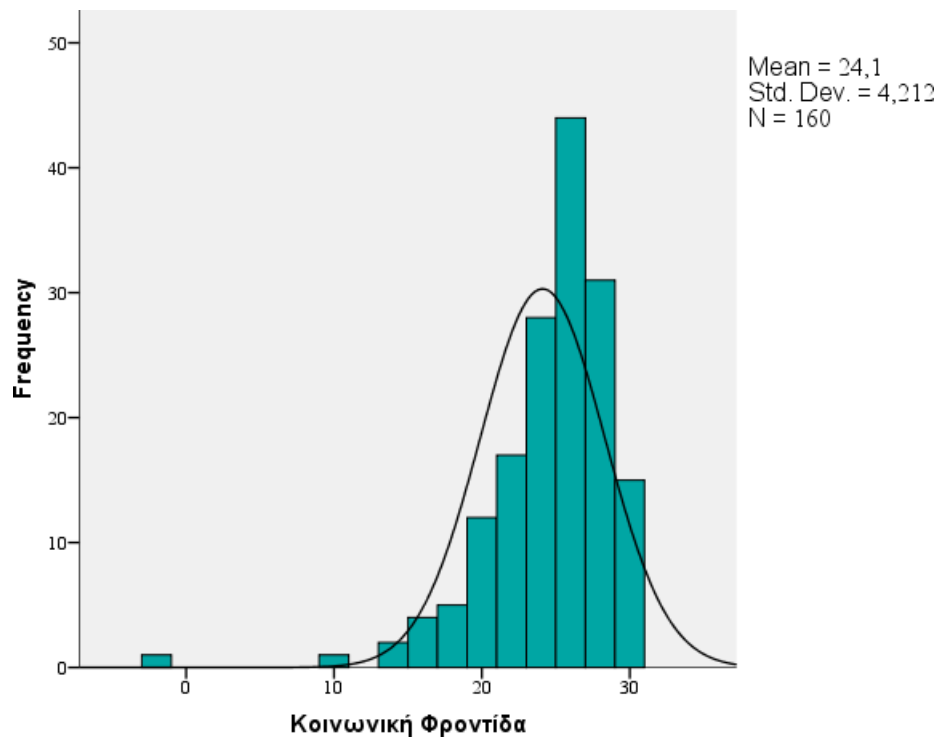
40. Άσχετα με το πώς το βλέπει κανείς, ασθενείς με σοβαρή ψυχική ασθένεια δεν είναι ...	5,61	,761	6,00	1	6
43. Είναι πιθανότερο να αρρωστήσει ψυχικά ένας καθηγητής πανεπιστημίου παρά ένας ...	5,06	1,145	5,00	1	6
46. Μερικές φορές η ψυχική ασθένεια είναι τιμωρία για κακές πράξεις	5,68	,842	6,00	1	6
49. Ελάχιστα μπορούν να γίνουν για τους ασθενείς ψυχιατρείων πέρα από του να ...	5,23	1,285	6,00	1	6
51. Όλοι οι ασθενείς ψυχιατρείων πρέπει να εμποδίζονται να κάνουν παιδιά με μια ...	5,27	1,175	6,00	1	6
Σύνολο	5,06	1,17	5,38	1	6

6.2.3. Κοινωνική Φροντίδα

Η βαθμολογία στην «κοινωνική φροντίδα» μπορεί να κυμανθεί από -2 έως 30. Με μέση τιμή $24,10 \pm 4,212$, παρατηρεί κανείς πως η ιδεολογία της ψυχικής υγιεινής, η οποία υποστηρίζει ότι η ψυχική ασθένεια δεν διαφέρει από οποιαδήποτε άλλη ασθένεια, κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα αποδοχής (Πίνακας 14, Διάγραμμα 12).

Πίνακας 14. Περιγραφική Στατιστική Παράγοντα «Κοινωνική Φροντίδα»

<i>Statistics</i>		
<i>N</i>	<i>Κοινωνική Φροντίδα</i>	
	Valid	160
	Missing	0
	Mean	24,10
	Median	25,00
	Std. Deviation	4,212
	Minimum	-2
	Maximum	30



Διάγραμμα 12. Περιγραφικά Μέτρα Παράγοντα «Κοινωνικός Περιορισμός»

Οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων του δείγματος για τις 8 ερωτήσεις που εμπεριέχονται στον παράγοντα «Κοινωνική Φροντίδα» έχει ως εξής (Πίνακας 15):

- ✓ 12. Παρόλο που οι ασθενείς των ψυχιατρικών συμπεριφέρονται περίεργα, είναι λάθος...: MO 1,50, TA 1,046
- ✓ 18. Για τη φροντίδα και θεραπεία ατόμων με σοβαρές ψυχικές ασθένειες ...: MO 1,88, TA 1,140
- ✓ 22. Καθένας που καταβάλλει σοβαρή προσπάθεια να θεραπευτεί, αξίζει το σεβασμό...: MO 1,38, TA ,845
- ✓ 23. Εάν τα νοσοκομεία μας είχαν αρκετούς εκπαιδευμένους γιατρούς, νοσοκόμες ...: MO 2,41, TA 1,420

- ✓ 28. Τα ψυχιατρεία μας μοιάζουν περισσότερο με φυλακές παρά με μέρη όπου ...: ΜΟ 2,20, ΤΑ 1,382
- ✓ 33. Στους ασθενείς ψυχιατρείων θα πρέπει να παρέχονται περισσότερες δυνατότητες ...: ΜΟ 1,64, ΤΑ ,804
- ✓ 38. Άνθρωποι ανίκανοι για εργασία, λόγω ψυχικής ασθένειας, πρέπει να χρηματοδοτούνται ...: ΜΟ 1,48, ΤΑ ,760
- ✓ 47. Τα ψυχιατρεία μας θα πρέπει να οργανωθούν με τρόπο ώστε να αισθάνονται...: ΜΟ 1,48, ΤΑ ,847.

Πίνακας 15. Περιγραφικά Στατιστικά Μέτρα Παράγοντα «Κοινωνική Φροντίδα»

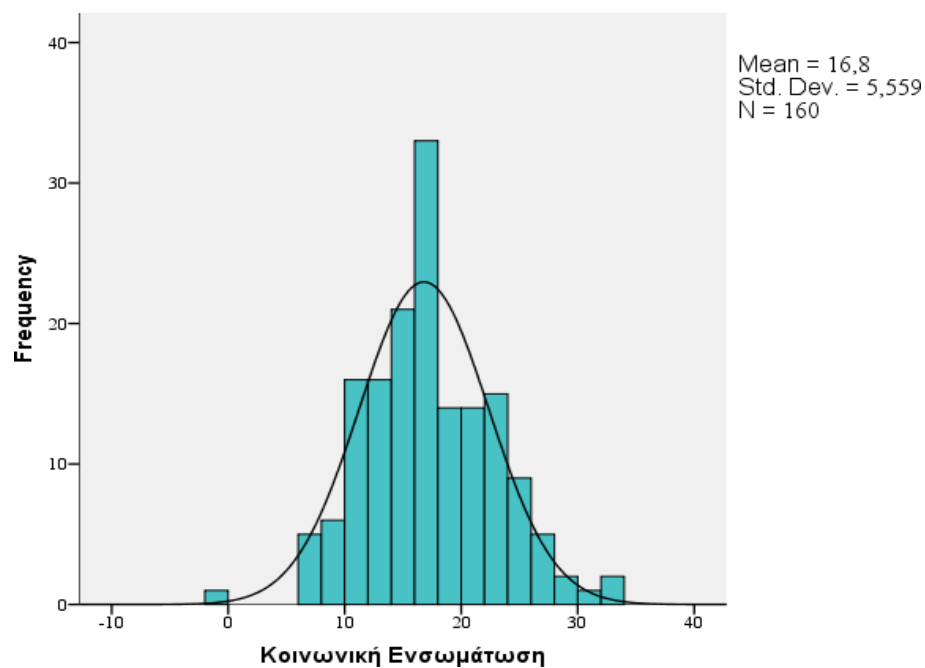
<i>Κοινωνική Φροντίδα</i>	Mean	Std. Deviation	Median	Min	Max
12. Παρόλο που οι ασθενείς των ψυχιατρείων συμπεριφέρονται περίεργα, είναι λάθος .	1,50	1,046	1,00	1	6
18. Για τη φροντίδα και θεραπεία ατόμων με σοβαρές ψυχικές ασθένειες ...	1,88	1,140	2,00	1	6
22. Καθένας που καταβάλλει σοβαρή προσπάθεια να θεραπευτεί, αξίζει το σεβασμό....	1,38	,845	1,00	1	6
23. Εάν τα νοσοκομεία μας είχαν αρκετούς εκπαιδευμένους γιατρούς, νοσοκόμες	2,41	1,420	2,00	1	6
28. Τα ψυχιατρεία μας μοιάζουν περισσότερο με φυλακές παρά με μέρη όπου	2,20	1,382	2,00	1	6
33. Στους ασθενείς ψυχιατρείων θα πρέπει να παρέχονται περισσότερες δυνατότητες	1,64	,804	1,50	1	5
38. Άνθρωποι ανίκανοι για εργασία, λόγω ψυχικής ασθένειας, πρέπει να χρηματοδοτούνται	1,48	,760	1,00	1	5
47. Τα ψυχιατρεία μας θα πρέπει να οργανωθούν με τρόπο ώστε να αισθάνονται ...	1,48	,847	1,00	1	6
Σύνολο	1,75	1,03	1,44	1,00	5,75

6.2.4. Κοινωνική Ενσωμάτωση

Η βαθμολογία στην «Κοινωνική Ενσωμάτωση» μπορεί να κυμανθεί από -1 έως 33. Με μέση τιμή $16,80 \pm 5,559$ συμπεραίνεται πως η επιθυμία για ενθάρρυνση των ψυχικά ασθενών να συμμετέχουν ισότιμα στην κοινωνική ζωή κυμαίνεται σε επίπεδα άνω του μετρίου (Πίνακας 16, Διάγραμμα 13).

Πίνακας 16. Περιγραφική Στατιστική Παράγοντα «Κοινωνική Ενσωμάτωση»

<i>Statistics</i>		
<i>Κοινωνική Ενσωμάτωση</i>		
<i>N</i>	Valid	160
	Missing	0
	<i>Mean</i>	16,80
	<i>Median</i>	16,00
	<i>Std. Deviation</i>	5,559
	<i>Minimum</i>	-1
	<i>Maximum</i>	33



Διάγραμμα 13. Περιγραφικά Μέτρα Παράγοντα «Κοινωνική Ενσωμάτωση»

Οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων του δείγματος για τις 8 ερωτήσεις που εμπεριέχονται στον παράγοντα «Κοινωνική Ενσωμάτωση» έχει ως εξής (Πίνακας 17):

- ✓ 2. Η ψυχική ασθένεια είναι μια ασθένεια σαν όλες τις άλλες: MO 2,94, TA 1,707
- ✓ 3. Οι περισσότεροι ασθενείς των ψυχιατρείων δεν είναι επικίνδυνοι: MO 2,85, TA 1,626
- ✓ 8. Άνθρωποι που κάποτε νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρείο δεν είναι περισσότερο επικίνδυνοι ...: MO 2,20, TA 1,340
- ✓ 13. Οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς θέλουν να εργάζονται: MO 2,60, TA 1,177
- ✓ 27. Πολλοί ψυχικά ασθενείς είναι ικανοί για εξειδικευμένη χειρωνακτική εργασία,...: MO 2,93, TA 1,598
- ✓ 41. Στις περισσότερες γυναίκες που νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρείο μπορεί να ανατεθεί η φύλαξη παιδιών: MO 3,38, TA 1,449
- ✓ 44. Πολλοί που ποτέ δεν υπήρξαν ασθενείς ψυχιατρείου είναι σε μεγαλύτερο βαθμό ...: MO 3,63, TA 1,632
- ✓ 50. Πολλοί ψυχικά ασθενείς θα παρέμεναν στο νοσοκομείο μέχρι να γίνουν τελείως ...: MO 3,61, TA 1,538

Πίνακας 17. Περιγραφικά Στατιστικά Μέτρα Παράγοντα «Κοινωνική Ενσωμάτωση»

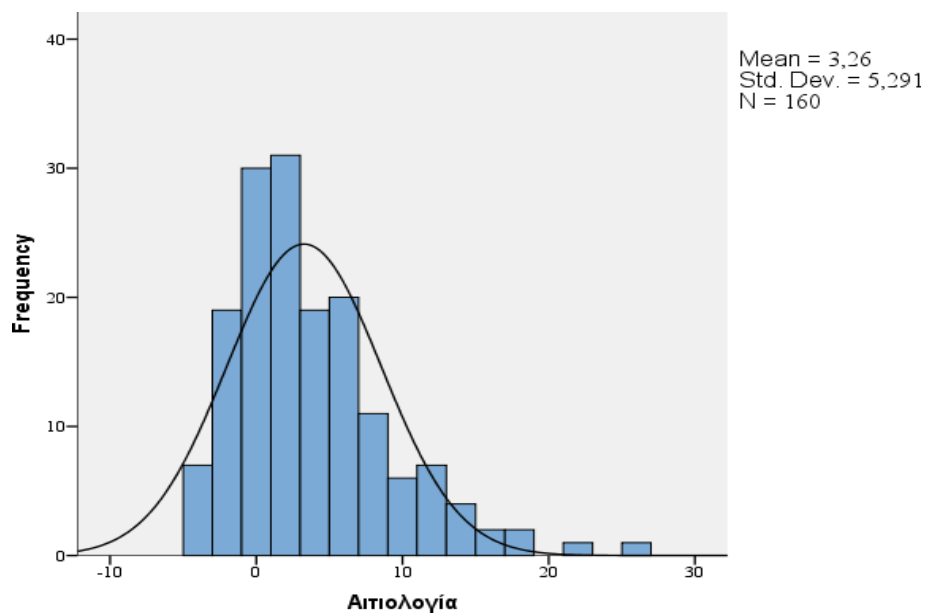
<i>Κοινωνική Ενσωμάτωση</i>	Mean	Std. Deviation	Median	Minimum	Maximum
2. Η ψυχική ασθένεια είναι μια ασθένεια σαν όλες τις άλλες	2,94	1,707	2,00	1	6
3. Οι περισσότεροι ασθενείς των ψυχιατρείων δεν είναι Επικίνδυνοι	2,85	1,626	2,00	1	6
8. Άνθρωποι που κάποτε νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρείο δεν είναι περισσότερο επικίνδυνοι ...	2,20	1,340	2,00	1	6
13. Οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς θέλουν να εργάζονται	2,60	1,177	2,00	1	6
27. Πολλοί ψυχικά ασθενείς είναι ικανοί για εξειδικευμένη χειρωνακτική εργασία, ...	2,93	1,598	2,00	1	6
41. Στις περισσότερες γυναίκες που νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρείο μπορεί να ανατεθεί η φύλαξη παιδιών	3,38	1,449	3,00	1	6
44. Πολλοί που ποτέ δεν υπήρξαν ασθενείς ψυχιατρείου είναι σε μεγαλύτερο βαθμό ...	3,63	1,632	4,00	1	6
50. Πολλοί ψυχικά ασθενείς θα παρέμεναν στο νοσοκομείο μέχρι να γίνουν τελείως ...	3,61	1,538	4,00	1	6
Σύνολο	3,02	1,51	2,63	1,00	6,00

6.2.5. Αιτιολογία

Τέλος, η βαθμολογία στο Παράγοντα «Αιτιολογία» μπορεί να κυμανθεί από -4 έως 26. Με μέση τιμή $3,26 \pm 5,291$ συμπεραίνεται ότι η άποψη πως οι διαπροσωπικές σχέσεις, ειδικά στην παιδική ηλικία, ευθύνονται για την ύπαρξη κάποιας ψυχικής νόσου, κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα (Πίνακας 18, Διάγραμμα 14).

Πίνακας 18. Περιγραφική Στατιστική Παράγοντα «Αιτιολογία»

<i>Statistics</i>		
<i>Αιτιολογία</i>		
<i>N</i>	Valid	160
	Missing	0
	<i>Mean</i>	3,26
	<i>Median</i>	2,00
	<i>Std. Deviation</i>	5,291
	<i>Minimum</i>	-4
	<i>Maximum</i>	26



Διάγραμμα 14. Περιγραφικά Μέτρα Παράγοντα «Αιτιολογία»

Οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων του δείγματος για τις 6 ερωτήσεις που εμπεριέχονται στον παράγοντα «Αιτιολογία» έχει ως εξής (Πίνακας 19):

- ✓ 1. Οι νευρικοί κλονισμοί συνήθως προέρχονται από την πολλή δουλειά: MO 4,48, TA 1,298

- ✓ 5. Εάν οι γονείς αγαπούσαν τα παιδιά τους περισσότερο, θα υπήρχαν λιγότεροι ψυχασθενείς: ΜΟ 4,74, ΤΑ 1,434
- ✓ 10. Παρόλο που συνήθως δεν το καταλαβαίνουν, πολλοί άνθρωποι γίνονται ψυχικά: ΜΟ 4,81, ΤΑ 1,406
- ✓ 20. Οι ψυχικά ασθενείς προέρχονται από οικογένειες που οι γονείς ενδιαφέρονται: ΜΟ 4,85, ΤΑ 1,304
- ✓ 25. Εάν τα παιδιά ψυχικά ασθενών γονιών ανατρέφονταν από φυσιολογικούς: ΜΟ 4,90, ΤΑ 1,260
- ✓ 30. Η ψυχική ασθένεια πολλών ανθρώπων προκαλείται από χωρισμό ή διαζύγιο των: ΜΟ 4,74, ΤΑ 1,362

Πίνακας 19. Περιγραφικά Στατιστικά Μέτρα Παράγοντα «Αιτιολογία»

<i>Αιτιολογία</i>	Mean	Std. Deviation	Median	Minimum	Maximum
<i>1. Οι νευρικοί κλονισμοί συνήθως προέρχονται από την πολλή δουλειά</i>	4,48	1,298	5,00	1	6
<i>5. Εάν οι γονείς αγαπούσαν τα παιδιά τους περισσότερο, θα υπήρχαν λιγότεροι ψυχασθενείς</i>	4,74	1,434	5,00	1	6
<i>10. Παρόλο που συνήθως δεν το καταλαβαίνουν, πολλοί άνθρωποι γίνονται ψυχικά ...</i>	4,81	1,406	5,00	1	6
<i>20. Οι ψυχικά ασθενείς προέρχονται από οικογένειες που οι γονείς ενδιαφέρονται ...</i>	4,85	1,304	5,00	1	6
<i>25. Εάν τα παιδιά ψυχικά ασθενών γονιών ανατρέφονταν από φυσιολογικούς</i>	4,90	1,260	5,00	1	6
<i>30. Η ψυχική ασθένεια πολλών ανθρώπων προκαλείται από χωρισμό ή διαζύγιο των</i>	4,74	1,362	5,00	1	6
Σύνολο	4,75	1,34	5,00	1	6

6.3. Επαγωγική Στατιστική Ανάλυση

6.3.1. Έλεγχος Κανονικότητας Μεταβλητών

Η παρούσα ενότητα είναι αφιερωμένη στον έλεγχο της κανονικής κατανομής των δεδομένων κάθε μεταβλητής. Για να απορριφθεί η κανονικότητα της κατανομής των δεδομένων πρέπει η τιμή Sig. του ελέγχου των Kolmogorov – Smirnov και των Shapiro – Wilk να είναι μικρότερη ή ίση από το επίπεδο σημαντικότητας 5%, διαφορετικά γίνεται αποδεκτή. Στον Πίνακα 20 φαίνεται πως το σύνολο των μεταβλητών συγκεντρώνει τιμή σημαντικότητας (Sig.) μικρότερη του επιπέδου σημαντικότητας του 5%. Επομένως, προκύπτει πως δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή και οποιαδήποτε επαγωγική στατιστική ανάλυση πρέπει να ακολουθήσει μη παραμετρικές τεχνικές.

Πίνακας 20. Έλεγχος Κανονικότητας Μεταβλητών

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
1. Οι νευρικοί κλονισμοί συνήθως προέρχονται από την πολλή Δουλειά	,299	160	,000	,847	160	,000
2. Η ψυχική ασθένεια είναι μια ασθένεια σαν όλες τις άλλες	,315	160	,000	,818	160	,000
3. Οι περισσότεροι ασθενείς των ψυχιατρείων δεν είναι επικίνδυνοι	,299	160	,000	,840	160	,000
4. Παρόλο που οι ασθενείς, που βγαίνουν από τα ψυχιατρεία, μπορεί να φαίνονται εντάξει....	,292	160	,000	,631	160	,000
5. Εάν οι γονείς αγαπούσαν τα παιδιά τους περισσότερο, θα υπήρχαν λιγότεροι ψυχασθενείς	,316	160	,000	,782	160	,000
6. Είναι εύκολο να αναγνωρίσει κανείς κάποιον που κάποτε πέρασε μια σοβαρή	,327	160	,000	,815	160	,000
7. Οι ψυχικά ασθενείς αφήνουν τα συναισθήματά τους να τους Κυβερνούν	,322	160	,000	,759	160	,000

8. Άνθρωποι που κάποτε νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρείο δεν είναι περισσότερο επικίνδυνοι	,359	160	,000	,732	160	,000
9. Όταν ένα άτομο έχει κάποιο πρόβλημα ή στενοχώρια, είναι καλύτερο να μην το σκέπτεται ...	,276	160	,000	,827	160	,000
10. Παρόλο που συνήθως δεν το καταλαβαίνουν, πολλοί άνθρωποι γίνονται ψυχικά ...	,303	160	,000	,776	160	,000
11. Υπάρχει κάτι στους ψυχικά ασθενείς που κάνει εύκολη τη διάκρισή τους	,323	160	,000	,813	160	,000
12. Παρόλο που οι ασθενείς των ψυχιατρείων συμπεριφέρονται περίεργα, είναι λάθος .	,390	160	,000	,529	160	,000
13. Οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς θέλουν να εργάζονται	,301	160	,000	,858	160	,000
14. Τα μικρά παιδιά ασθενών σε ψυχιατρεία δεν πρέπει να επιτρέπεται να τους επισκέπτονται	,287	160	,000	,801	160	,000
15. Άνθρωποι πετυχημένοι στην εργασία τους σπάνια αρρωσταίνουν Ψυχικά	,333	160	,000	,585	160	,000
16. Οι άνθρωποι δεν θα αρρώσταιναν ψυχικά εάν απέφευγαν τις κακές σκέψεις]	,290	160	,000	,688	160	,000
17. Οι ασθενείς ψυχιατρείων είναι σε πολλά πράγματα σαν τα παιδιά	,236	160	,000	,872	160	,000
18. Για τη φροντίδα και θεραπεία ατόμων με σοβαρές ψυχικές ασθένειες ...	,284	160	,000	,738	160	,000
19. Ένας καρδιακός έχει πρόβλημα με ένα μόνο πράγμα, ενώ ένας ψυχασθενής είναι ...	,283	160	,000	,852	160	,000
20. Οι ψυχικά ασθενείς προέρχονται από οικογένειες που οι γονείς ενδιαφέρονται	,302	160	,000	,788	160	,000
21. Άνθρωποι με ψυχικές ασθένειες δεν θα πρέπει ποτέ να νοσηλεύονται	,298	160	,000	,834	160	,000
22. Καθένας που καταβάλλει σοβαρή προσπάθεια να θεραπευτεί, αξίζει το σεβασμό....	,428	160	,000	,498	160	,000
23. Εάν τα νοσοκομεία μας είχαν αρκετούς εκπαιδευμένους γιατρούς, νοσοκόμες	,313	160	,000	,816	160	,000

24. Μια γυναίκα θα πρέπει, να είναι ανόητη για να παντρευτεί έναν άντρα που.....	,296	160	,000	,722	160	,000
25. Εάν τα παιδιά ψυχικά ασθενών γονιών ανατρέφονταν από φυσιολογικούς	,275	160	,000	,793	160	,000
26. Άνθρωποι που υπήρξαν ασθενείς σε ψυχιατρείο, ποτέ δεν θα ξαναβρούν τον παλιό .	,330	160	,000	,787	160	,000
27. Πολλοί ψυχικά ασθενείς είναι ικανοί για εξειδικευμένη χειρωνακτική εργασία,.....	,282	160	,000	,859	160	,000
28. Τα ψυχιατρεία μας μοιάζουν περισσότερο με φυλακές παρά με μέρη όπου	,326	160	,000	,773	160	,000
29. Όποιος βρίσκεται σε ψυχιατρείο με ψυχική ασθένεια, δεν θα πρέπει να ψηφίζει	,275	160	,000	,739	160	,000
30. Η ψυχική ασθένεια πολλών ανθρώπων προκαλείται από χωρισμό ή διαζύγιο των	,308	160	,000	,803	160	,000
31. Ο καλύτερος τρόπος χειρισμού ασθενών στα ψυχιατρεία είναι οι κλειδωμένες πόρτες	,362	160	,000	,557	160	,000
32. Το να είναι κανείς ασθενής σε ψυχιατρείο ισοδυναμεί με αποτυχία στη ζωή	,425	160	,000	,461	160	,000
33. Στους ασθενείς ψυχιατρείων θα πρέπει να παρέχονται περισσότερες δυνατότητες	,288	160	,000	,719	160	,000
34. Αν ένας ασθενής ψυχιατρείου επιτεθεί σε κάποιον, πρέπει να τιμωρηθεί για να μην το ξανακάνει	,273	160	,000	,796	160	,000
35. Εάν παιδιά φυσιολογικών γονιών μεγαλώσουν με ψυχικά ασθενείς γονείς, πιθανότατα .	,274	160	,000	,836	160	,000
36. Κάθε ψυχιατρείο θα πρέπει να περιβάλλεται από έναν ψηλό φράχτη και να φρουρείται	,313	160	,000	,691	160	,000
37. Ο νόμος θα πρέπει να επιτρέπει σε μια γυναίκα να χωρίζει τον άντρα της σε περίπτωση	,165	160	,000	,889	160	,000
38. Άνθρωποι ανίκανοι για εργασία, λόγω ψυχικής ασθένειας, πρέπει να χρηματοδοτούνται	,359	160	,000	,621	160	,000

39. Η ψυχική ασθένεια προκαλείται συνήθως από κάποια αρρώστια του νευρικού συστήματος	,196	160	,000	,898	160	,000
40. Άσχετα με το πώς το βλέπει κανείς, ασθενείς με σοβαρή ψυχική ασθένεια δεν είναι ...	,401	160	,000	,543	160	,000
41. Στις περισσότερες γυναίκες που νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρείο μπορεί να ανατεθεί η φύλαξη Παιδιών	,192	160	,000	,917	160	,000
42. Οι περισσότεροι ασθενείς στα ψυχιατρεία δεν ενδιαφέρονται για την εμφάνισή τους	,215	160	,000	,877	160	,000
43. Είναι πιθανότερο να αρρωστήσει ψυχικά ένας καθηγητής πανεπιστημίου παρά ένας ...	,255	160	,000	,777	160	,000
44. Πολλοί που ποτέ δεν υπήρξαν ασθενείς ψυχιατρείου είναι σε μεγαλύτερο βαθμό ...	,193	160	,000	,903	160	,000
45. Παρόλο που μερικοί ψυχικά ασθενείς φαίνονται καλά, είναι επικίνδυνο να ξεχνά .	,275	160	,000	,835	160	,000
46. Μερικές φορές η ψυχική ασθένεια είναι τιμωρία για κακές Πράξεις	,447	160	,000	,423	160	,000
47. Τα ψυχιατρεία μας θα πρέπει να οργανωθούν με τρόπο ώστε να αισθάνονται .	,365	160	,000	,594	160	,000
48. Μία από τις κύριες αιτίες της ψυχικής ασθένειας είναι η έλλειψη ηθικής δύναμης ..	,298	160	,000	,693	160	,000
49. Ελάχιστα μπορούν να γίνουν για τους ασθενείς ψυχιατρείων πέρα από του να ..	,306	160	,000	,626	160	,000
50. Πολλοί ψυχικά ασθενείς θα παρέμεναν στο νοσοκομείο μέχρι να γίνουν τελείως	,183	160	,000	,904	160	,000
51. Όλοι οι ασθενείς ψυχιατρείων πρέπει να εμποδίζονται να κάνουν παιδιά με μια ...	,346	160	,000	,672	160	,000
a. Lilliefors Significance Correction						

6.3.2. Ερευνητικό Ερώτημα 1 - Έλεγχος Ερευνητικής Υπόθεσης 1

Για να δοθεί απάντηση στο Ερευνητικό Ερώτημα 1. «Υπάρχουν διαφορές στις αντιλήψεις μεταξύ επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών και Φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας για την ψυχική ασθένεια;», διαμορφώθηκε η Ερευνητική Υπόθεση 1. «Οι επαγγελματίες Κοινωνικοί Λειτουργοί έχουν διαφορετικές στάσεις και αντιλήψεις, κοινωνική διάκριση, κοινωνικός περιορισμός, κοινωνική φροντίδα, κοινωνική ενσωμάτωση, αιτιολογία, για την ψυχική ασθένεια σε σχέση με τους φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας» και η αντίστοιχη μηδενική της Ερευνητική Υπόθεση 1₀. «Οι επαγγελματίες Κοινωνικοί Λειτουργοί δεν έχουν διαφορετικές στάσεις και αντιλήψεις, κοινωνική διάκριση, κοινωνικός περιορισμός, κοινωνική φροντίδα, κοινωνική ενσωμάτωση, αιτιολογία, για την ψυχική ασθένεια σε σχέση με τους φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας».

Ο έλεγχος της 1^{ης} Ερευνητικής Υπόθεσης αφορά στην επιβεβαίωση ή όχι της διαφοροποίησης της στάσης για την ψυχική ασθένεια μεταξύ επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών και Φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας και ειδικά ως προς την κοινωνική διάκριση, τον κοινωνικό περιορισμό, την κοινωνική φροντίδα, την κοινωνική ενσωμάτωση και την αιτιολογία. Ο επαγωγικός έλεγχος πραγματοποιείται με την μη παραμετρική διαδικασία ελέγχου Mann – Whitney U Test, η οποία χρησιμοποιείται εφόσον τα δεδομένα των μεταβλητών δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, για τη σύγκριση των μέσων τιμών δύο ανεξάρτητων μεταβλητών και συγκρίνει τις κατατάξεις (ranks) των δεδομένων. Από την εκτέλεση του ελέγχου προκύπτει ο παρακάτω Πίνακας 21.

Από τα αποτελέσματα που παρατίθενται στον Πίνακα 21 προκύπτει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών και Φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας για τους παράγοντες Κοινωνική Διάκριση (Sig. ,525), Κοινωνικός Περιορισμός (Sig. ,510) και Κοινωνική Φροντίδα (Sig. ,959). Ενώ, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τους παράγοντες Κοινωνική Ενσωμάτωση (Sig. ,004) και Αιτιολογία (Sig. ,023).

Επομένως, η Ερευνητική Υπόθεση 1 επιβεβαιώνεται ως προς τα δύο σκέλη της και υπάρχει διαφοροποίηση της στάσης των επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών από τους Φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας σχετικά με την Κοινωνική Ενσωμάτωση, με τους επαγγελματίες (mean rank 71,76) να υπερέχουν των φοιτητών (mean rank 52,40) και σχετικά με την Αιτιολογία, με τους επαγγελματίες (mean rank 70,26) να υπερέχουν των φοιτητών (mean rank 54,90).

Επομένως, η Ερευνητική Υπόθεση 1 επιβεβαιώνεται μερικώς.

Πίνακας 21. Έλεγχος Ερευνητικής Υπόθεσης 1

Ranks				
	Εργασία	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Κοινωνική Διάκριση	Κοινωνικός Λειτουργός	80	66,11	5289,00
	Φοιτητής/τρια Κοινωνικής Εργασίας	48	61,81	2967,00
	Total	128		
Κοινωνικός Περιορισμός	Κοινωνικός Λειτουργός	80	66,17	5293,50
	Φοιτητής/τρια Κοινωνικής Εργασίας	48	61,72	2962,50
	Total	128		
Κοινωνική Φροντίδα	Κοινωνικός Λειτουργός	80	64,63	5170,50
	Φοιτητής/τρια Κοινωνικής Εργασίας	48	64,28	3085,50
	Total	128		
Κοινωνική Ενσωμάτωση	Κοινωνικός Λειτουργός	80	71,76	5741,00
	Φοιτητής/τρια Κοινωνικής Εργασίας	48	52,40	2515,00
	Total	128		
Αιτιολογία	Κοινωνικός Λειτουργός	80	70,26	5621,00
	Φοιτητής/τρια Κοινωνικής Εργασίας	48	54,90	2635,00
	Total	128		

Test Statistics^a					
	Κοινωνική Διάκριση	Κοινωνικός Περιορισμός	Κοινωνική Φροντίδα	Κοινωνική Ενσωμάτωση	Αιτιολογία
Mann-Whitney U	1791,000	1786,500	1909,500	1339,000	1459,000
Wilcoxon W	2967,000	2962,500	3085,500	2515,000	2635,000
Z	-,636	-,658	-,052	-2,867	-2,277
Asymp. Sig. (2-tailed)	,525	,510	,959	,004	,023

a. Grouping Variable: Εργασία

6.3.3. Ερευνητικό Ερώτημα 2 - Έλεγχος Ερευνητικής Υπόθεσης 2

Για να δοθεί απάντηση στο Ερευνητικό Ερώτημα 2. *«Υπάρχουν διαφορές στις αντιλήψεις μεταξύ των φοιτητών κοινωνικής εργασίας που βρίσκονται στα τελευταία έτη της εκπαίδευσής τους σε σχέση με αυτούς που βρίσκονται στα αρχικά έτη ως προς την αιτιολόγηση της ψυχικής ασθένειας»*, διαμορφώθηκε η Ερευνητική Υπόθεση 2. *«Οι προπτυχιακοί φοιτητές κοινωνικής εργασίας που βρίσκονται στα τελευταία έτη της εκπαίδευσής τους αιτιολογούν διαφορετικά την ψυχική ασθένεια σε σχέση με αυτούς που βρίσκονται στα αρχικά έτη.»* και η αντίστοιχη μηδενική της Ερευνητική Υπόθεση 2₀. *«Οι προπτυχιακοί φοιτητές κοινωνικής εργασίας που βρίσκονται στα τελευταία έτη της εκπαίδευσής τους δεν αιτιολογούν διαφορετικά την ψυχική ασθένεια σε σχέση με αυτούς που βρίσκονται στα αρχικά έτη.»*.

Ο έλεγχος της 2^{ης} Ερευνητικής Υπόθεσης αφορά στην επιβεβαίωση ή όχι της διαφοροποίησης της στάσης μεταξύ φοιτητών κοινωνικής εργασίας που βρίσκονται στα τελευταία έτη της εκπαίδευσής τους (4^ο, 5^ο και 6^ο έτος φοίτησης) σε σχέση με αυτούς που βρίσκονται στα αρχικά έτη (1^ο, 2^ο και 3^ο έτος φοίτησης) ως προς την αιτιολόγηση της ψυχικής ασθένειας. Ο επαγωγικός έλεγχος πραγματοποιείται με την μη παραμετρική διαδικασία ελέγχου Mann – Whitney U Test, η οποία χρησιμοποιείται εφόσον τα δεδομένα των μεταβλητών δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, για τη σύγκριση των μέσων τιμών δύο ανεξάρτητων μεταβλητών και συγκρίνει τις κατατάξεις (ranks) των δεδομένων. Από την εκτέλεση του ελέγχου προκύπτει ο παρακάτω Πίνακας 22.

Από τα αποτελέσματα που παρατίθενται στον Πίνακα 22 προκύπτει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των 15 φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας που βρίσκονται στα τελευταία έτη της εκπαίδευσής τους (4ο, 5ο και 6ο έτος φοίτησης) (mean rank 25,11) σε σχέση με αυτούς (N 33) που βρίσκονται στα αρχικά έτη (1ο, 2ο και 3ο έτος φοίτησης) (mean rank 23,17) ως προς την αιτιολόγηση της ψυχικής ασθένειας (Sig. ,654).

Επομένως, η Ερευνητική Υπόθεση 2 απορρίπτεται.

Πίνακας 22. Έλεγχος Ερευνητικής Υπόθεσης 2

Ranks				
Αιτιολογία	Φοίτηση	N	Mean Rank	Sum of Ranks
	1ο έως 3ο έτος φοίτησης	33	25,11	828,50
	4ο έως 6ο έτος φοίτησης	15	23,17	347,50
	Total	48		
Test Statistics ^a				
			Αιτιολογία	
Mann-Whitney U			227,500	
Wilcoxon W			347,500	
Z			-,449	
Asymp. Sig. (2-tailed)			,654	
a. Grouping Variable: Φοίτηση				

6.3.4. Ερευνητικό Ερώτημα 3 - Έλεγχος Ερευνητικής Υπόθεσης 3

Για να δοθεί απάντηση στο Ερευνητικό Ερώτημα 3. «Υπάρχουν διαφορές στις αντιλήψεις μεταξύ των επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών που εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας και υγείας σε σχέση με άλλους τομείς απασχόλησης σχετικά με την κοινωνική φροντίδα», διαμορφώθηκε η Ερευνητική Υπόθεση 3. «Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί που εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας και υγείας έχουν πιο θετικές αντιλήψεις - αυξημένη κοινωνική φροντίδα - για τους ψυχικά πάσχοντες σε σχέση με αυτούς που εργάζονται σε άλλους τομείς με λιγότερη εμπειρία στην ψυχική νόσο» και η αντίστοιχη μηδενική της Ερευνητική Υπόθεση 3₀. «Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί που εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας και υγείας δεν έχουν πιο θετικές αντιλήψεις - αυξημένη κοινωνική φροντίδα - για τους ψυχικά πάσχοντες σε σχέση με αυτούς που εργάζονται σε άλλους τομείς με λιγότερη εμπειρία στην ψυχική νόσο.».

Ο έλεγχος της 3^{ης} Ερευνητικής Υπόθεσης αφορά στην επιβεβαίωση ή όχι της διαφοροποίησης της στάσης μεταξύ επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών που εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας και υγείας έχουν πιο θετικές αντιλήψεις - αυξημένη κοινωνική φροντίδα - για τους ψυχικά πάσχοντες σε σχέση με αυτούς που εργάζονται σε άλλους τομείς με λιγότερη εμπειρία στην ψυχική νόσο (Τοπική Αυτοδιοίκηση, Εξαρτήσεις, Παιδική Προστασία, Ειδική Αγωγή, Τρίτη

Ηλικία, Μετανάστευση, κ.ά.). Ο επαγωγικός έλεγχος πραγματοποιείται με την μη παραμετρική διαδικασία ελέγχου Mann – Whitney U Test, η οποία χρησιμοποιείται εφόσον τα δεδομένα των μεταβλητών δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, για τη σύγκριση των μέσων τιμών δύο ανεξάρτητων μεταβλητών και συγκρίνει τις κατατάξεις (ranks) των δεδομένων. Από την εκτέλεση του ελέγχου προκύπτει ο παρακάτω Πίνακας 23.

Από τα αποτελέσματα που παρατίθενται στον Πίνακα 23 προκύπτει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών που εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας και υγείας (mean rank 39,13) ως προς την κοινωνική φροντίδα για τους ψυχικά πάσχοντες σε σχέση με αυτούς που εργάζονται σε άλλους τομείς με λιγότερη εμπειρία στην ψυχική νόσο (mean rank 41,09) (Sig. ,728).

Επομένως, η Ερευνητική Υπόθεση 3 απορρίπτεται.

Πίνακας 23. Έλεγχος Ερευνητικής Υπόθεσης 3

<i>Ranks</i>				
<i>Κοινωνική Φροντίδα</i>	Εμπειρία στη ψυχική νόσο	N	Mean Rank	Sum of Ranks
	Ψυχική Υγεία & Υγεία	24	39,13	939,00
	Τοπική Αυτοδιοίκηση, Εξαρτήσεις, Παιδική Προστασία, Ειδική Αγωγή, Τρίτη Ηλικία, Μετανάστευση, κ.ά.	56	41,09	2301,00
<i>Test Statistics^a</i>				
Mann-Whitney U Wilcoxon W Z Asymp. Sig. (2-tailed)			Κοινωνική Φροντίδα	
			639,000	
			939,000	
			-,348	
			,728	

a. Grouping Variable: Εμπειρία στη ψυχική νόσο

Επιπλέον, μια ακόμη Ερευνητική Υπόθεση, η 4^η, υπό την σκέπη του Ερευνητικού Ερωτήματος 3. Η Ερευνητική Υπόθεση 4 προσδιορίστηκε ως «**Ο Κοινωνικός Περιορισμός διαφοροποιείται (μειώνεται) όταν στο στενό περιβάλλον ενυπάρχει άτομο που αντιμετωπίζει ή αντιμετωπίζει ένα ζήτημα ψυχικής υγείας**» και η αντίστοιχη μηδενική της 4₀ «**Ο Κοινωνικός Περιορισμός δεν διαφοροποιείται (μειώνεται) όταν στο στενό περιβάλλον ενυπάρχει άτομο που αντιμετωπίζει ή αντιμετωπίζει ένα ζήτημα ψυχικής υγείας**».

Εδώ, σημειώνεται πως το δείγμα των συμμετεχόντων στην έρευνα, στα 103 άτομα (66%) ενυπάρχει στο στενό περιβάλλον τους ένα άτομο που αντιμετωπίζει ή αντιμετωπίζει ένα ζήτημα ψυχικής υγείας. Ο έλεγχος της 4^{ης} Ερευνητικής Υπόθεσης αφορά στην επιβεβαίωση ή όχι της διαφοροποίησης του Κοινωνικού Περιορισμού (μειώνεται) όταν στο στενό περιβάλλον ενυπάρχει άτομο που αντιμετωπίζει ή αντιμετωπίζει ένα ζήτημα ψυχικής υγείας. Ο επαγωγικός έλεγχος πραγματοποιείται με την μη παραμετρική διαδικασία ελέγχου Mann – Whitney U Test, η οποία χρησιμοποιείται εφόσον τα δεδομένα των μεταβλητών δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή. Από τα αποτελέσματα του Πίνακα 24 προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση (μείωση) της άποψης ως προς τον Κοινωνικό Περιορισμό με την ύπαρξη (mean rank 77,80) ή όχι ατόμου με ψυχική νόσο στο στενό περιβάλλον (mean rank 79,86) (Sig. ,787).

Επομένως, η Ερευνητική Υπόθεση 4 απορρίπτεται.

Πίνακας 24. Έλεγχος Ερευνητικής Υπόθεσης 4

Ranks				
Κοινωνικός Περιορισμός	Ζήτημα ψυχικής υγείας στο στενό περιβάλλον	N	Mean Rank	Sum of Ranks
	Ναι	103	77,80	8013,50
	Όχι	53	79,86	4232,50
	Total	156		

Test Statistics ^a	
Mann-Whitney U Wilcoxon W Z Asymp. Sig. (2-tailed)	Κοινωνικός Περιορισμός
	2657,500
	8013,500
	-,270
	,787

a. Grouping Variable: Ζήτημα ψυχικής υγείας στο στενό περιβάλλον

6.3.5. Ερευνητικό Ερώτημα 4 – Έλεγχος Ερευνητικής Υπόθεσης 5

Για να δοθεί απάντηση στο Ερευνητικό Ερώτημα 4. «*Οι στάσεις και οι αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια επηρεάζονται από τα κοινωνικο/πολιτισμικά χαρακτηριστικά*» θα εντοπιστούν οι πιθανές στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των επιπέδων βαθμολογίας στους επιμέρους παράγοντες της Κλίμακας Γνώμης για την Ψυχική Ασθένεια και των κοινωνικο/πολιτιστικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Έτσι, διαμορφώθηκε η Ερευνητική Υπόθεση 5. «*Οι στάσεις και οι αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια (κοινωνική διάκριση, κοινωνικός περιορισμός, κοινωνική φροντίδα, κοινωνική ενσωμάτωση, αιτιολογία) συσχετίζονται με τα κοινωνικο/πολιτισμικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, τύπος διαμονής, εργασία, φορέας και τομέας εργασίας)*» και η αντίστοιχη μηδενική της ΕΥ50 «*Οι στάσεις και οι αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια (κοινωνική διάκριση, κοινωνικός περιορισμός, κοινωνική φροντίδα, κοινωνική ενσωμάτωση, αιτιολογία) δεν συσχετίζονται με τα κοινωνικο/πολιτισμικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, τύπος διαμονής, εργασία, φορέας και τομέας εργασίας)*».

Ο έλεγχος για την επιβεβαίωση ή την απόρριψη της 5^{ης} Ερευνητικής Υπόθεσης πραγματοποιείται με τη βοήθεια της μη παραμετρικής διαδικασίας προσδιορισμού του συντελεστή συσχέτισης Spearman (r), εφόσον οι υπό συσχέτιση μεταβλητές δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή. Ο συντελεστής συσχέτισης Spearman αναδεικνύει τη θετική ή αρνητική συσχέτιση των μεταβλητών η οποία θεωρείται στατιστικά σημαντική όταν το κριτήριο ελέγχου Sig. (2-tailed) είναι μικρότερο του 0,05.

Από τα δεδομένα του Πίνακα 25 επιβεβαιώνονται τέσσερις συσχετίσεις, της Κοινωνικής Ενσωμάτωσης με την Ηλικία (r ,228, Sig. ,004) και της Αιτιολογίας με την Ηλικία (r ,158, Sig. ,046), το Επίπεδο σπουδών (r -,215, Sig. ,006) και της Εργασίας ως Κοινωνικός Λειτουργός (r ,267, Sig. ,004).

Επομένως, η Ερευνητική Υπόθεση 5 επιβεβαιώνεται μερικώς.

Πίνακας 25. Έλεγχος Ερευνητικής Υπόθεσης 5

<i>Spearman's rho</i>		Κοινωνική Διάκριση	Κοινωνικός Περιορισμός	Κοινωνική Φροντίδα	Κοινωνική Ενσωμάτωση	Αιτιολογία
<i>Φύλο</i>	Correlation Coefficient	-,047	-,042	,004	-,047	-,117
	Sig. (2-tailed)	,552	,601	,962	,551	,141
	N	160	160	160	160	160
<i>Ηλικία</i>	Correlation Coefficient	,119	,142	-,020	,228**	,158*
	Sig. (2-tailed)	,134	,073	,797	,004	,046
	N	160	160	160	160	160
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	Correlation Coefficient	,039	,025	-,119	,066	,046
	Sig. (2-tailed)	,625	,756	,135	,407	,562
	N	160	160	160	160	160
<i>Τόπος διαμονής</i>	Correlation Coefficient	-,022	,052	-,004	,022	,078
	Sig. (2-tailed)	,782	,516	,960	,786	,325
	N	160	160	160	160	160
<i>Επίπεδο σπουδών</i>	Correlation Coefficient	-,123	-,024	,007	-,146	-,215**
	Sig. (2-tailed)	,121	,764	,926	,065	,006
	N	160	160	160	160	160
<i>Εργασία ως Κοινωνικός Λειτουργός</i>	Correlation Coefficient	,149	,150	,005	,015	,267**
	Sig. (2-tailed)	,117	,114	,959	,875	,004
	N	112	112	112	112	112
<i>Φορέας Απασχόλησης</i>	Correlation Coefficient	,128	,091	,025	-,018	-,044
	Sig. (2-tailed)	,256	,420	,826	,874	,698
	N	80	80	80	80	80
<i>Τομέας Απασχόλησης</i>	Correlation Coefficient	,050	-,030	,014	,188	-,104
	Sig. (2-tailed)	,658	,793	,904	,095	,361
	N	80	80	80	80	80
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,269	,796	.
	N	160	160	160	160	160

6.3.6. Ερευνητικό Ερώτημα 5 – Έλεγχος Ερευνητικής Υπόθεσης 6

Για να δοθεί απάντηση στο Ερευνητικό Ερώτημα 5. «Υπάρχουν διαφορές στις αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος;», διαμορφώθηκε η Ερευνητική Υπόθεση 6. «Οι στάσεις και αντιλήψεις ως προς την κοινωνική διάκριση, τον κοινωνικό περιορισμό, την κοινωνική φροντίδα, την κοινωνική ενσωμάτωση, και την αιτιολογία, για την ψυχική ασθένεια, διαφοροποιούνται με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος» και η αντίστοιχη μηδενική της Ερευνητική Υπόθεση 6₀. «Οι στάσεις και αντιλήψεις ως προς την κοινωνική διάκριση, τον κοινωνικό περιορισμό, την κοινωνική φροντίδα, την κοινωνική ενσωμάτωση, και την αιτιολογία, για την ψυχική ασθένεια, δεν διαφοροποιούνται με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος».

Ο έλεγχος της 6^{ης} Ερευνητικής Υπόθεσης αφορά στην επιβεβαίωση ή όχι της διαφοροποίησης της στάσης του δείγματος προς την ψυχική ασθένεια με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και ειδικά ως προς την κοινωνική διάκριση, τον κοινωνικό περιορισμό, την κοινωνική φροντίδα, την κοινωνική ενσωμάτωση και την αιτιολογία. Από την εκτέλεση του ελέγχου προκύπτουν οι παρακάτω Πίνακες με τα αντίστοιχα ευρήματα.

Από τα αποτελέσματα που παρατίθενται στον Πίνακα 26 προκύπτει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των 5 Παραγόντων της ΟΜΙ και του φύλου, ειδικά τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας προσδιορίστηκαν ανά Παράγοντα ως εξής, Κοινωνική Διάκριση (Sig. ,676), Κοινωνικός Περιορισμός (Sig. ,405), Κοινωνική Φροντίδα (Sig. ,645), Κοινωνική Ενσωμάτωση (Sig. ,575) και Αιτιολογία (Sig. ,438).

Πίνακας 26. 5 Παράγοντες OMI * Φύλο

<i>5 Παράγοντες OMI</i>	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation	t	Sig.
<i>Κοινωνική Διάκριση</i>	Γυναίκα	130	6,05	11,918	0,421	0,676
	Άνδρας	30	5,00	12,462		
<i>Κοινωνικός Περιορισμός</i>	Γυναίκα	130	8,21	8,571	0,840	0,405
	Άνδρας	30	6,97	6,970		
<i>Κοινωνική Φροντίδα</i>	Γυναίκα	130	24,20	3,690	0,464	0,645
	Άνδρας	30	23,67	6,036		
<i>Κοινωνική Ενσωμάτωση</i>	Γυναίκα	130	16,95	5,152	0,566	0,575
	Άνδρας	30	16,17	7,130		
<i>Αιτιολογία</i>	Γυναίκα	130	3,44	5,102	0,784	0,438
	Άνδρας	30	2,50	6,079		

Από τα αποτελέσματα που παρατίθενται στον Πίνακα 27 προκύπτει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των 5 Παραγόντων της OMI και της οικογενειακής κατάστασης, ειδικά τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας προσδιορίστηκαν ανά Παράγοντα ως εξής Κοινωνική Διάκριση (Sig. ,544), Κοινωνικός Περιορισμός (Sig. ,508), Κοινωνική Φροντίδα (Sig. ,474), Κοινωνική Ενσωμάτωση (Sig. ,861) και Αιτιολογία (Sig. ,466).

Πίνακας 27. 5 Παράγοντες ΟΜΙ * Οικογενειακή Κατάσταση

		N	Mean	Std. Deviation	F	Sig.
<i>Κοινωνική Διάκριση</i>	Άγαμος/-η	110	6,19	13,133	1,252	0,544
	Έγγαμος/-η	42	5,45	8,454	1,305	
	Διαζευγμένος/-η	3	9,00	14,526	8,386	
	Συμβίωση	2	-2,00	9,899	7,000	
	Σε σχέση	2	9,00	4,243	3,000	
	Συγκατοίκηση	1	-14,00	.	.	
	Total	160	5,86	11,989	,948	
<i>Κοινωνικός Περιορισμός</i>	Άγαμος/-η	110	8,05	8,944	,853	0,508
	Έγγαμος/-η	42	8,45	6,489	1,001	
	Διαζευγμένος/-η	3	7,33	8,327	4,807	
	Συμβίωση	2	-1,00	1,414	1,000	
	Σε σχέση	2	9,50	6,364	4,500	
	Συγκατοίκηση	1	-3,00	.	.	
	Total	160	7,98	8,289	,655	
<i>Κοινωνική Φροντίδα</i>	Άγαμος/-η	110	24,40	3,829	,365	0,474
	Έγγαμος/-η	42	23,43	5,209	,804	
	Διαζευγμένος/-η	3	24,00	2,646	1,528	
	Συμβίωση	2	25,00	1,414	1,000	
	Σε σχέση	2	24,50	3,536	2,500	
	Συγκατοίκηση	1	17,00	.	.	
	Total	160	24,10	4,212	,333	
<i>Κοινωνική Ενσωμάτωση</i>	Άγαμος/-η	110	16,64	5,502	,525	0,861
	Έγγαμος/-η	42	17,12	5,844	,902	
	Διαζευγμένος/-η	3	19,67	4,726	2,728	
	Συμβίωση	2	18,50	9,192	6,500	
	Σε σχέση	2	13,50	4,950	3,500	
	Συγκατοίκηση	1	16,00	.	.	
	Total	160	16,80	5,559	,439	
<i>Αιτιολογία</i>	Άγαμος/-η	110	3,14	5,380	,513	0,466
	Έγγαμος/-η	42	3,64	5,258	,811	
	Διαζευγμένος/-η	3	3,00	2,646	1,528	
	Συμβίωση	2	-,50	,707	,500	
	Σε σχέση	2	9,00	4,243	3,000	
	Συγκατοίκηση	1	-2,00	.	.	
	Total	160	3,26	5,291	,418	

Από τα αποτελέσματα που παρατίθενται στον Πίνακα 28 προκύπτει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των 5 Παραγόντων της ΟΜΙ και του τύπου διαμονής, ειδικά τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας προσδιορίστηκαν ανά Παράγοντα ως εξής Κοινωνική Διάκριση (Sig. ,544), Κοινωνικός Περιορισμός (Sig. ,508), Κοινωνική Φροντίδα (Sig. ,474), Κοινωνική Ενσωμάτωση (Sig. ,861) και Αιτιολογία (Sig. ,466).

Πίνακας 28. 5 Παράγοντες ΟΜΙ * Τόπος Διαμονής

		N	Mean	Std. Deviation	F	Sig.
<i>Κοινωνική Διάκριση</i>	Αστικό κέντρο*	93	5,94	11,364	0,418	0,796
	Μεγάλη επαρχιακή πόλη	47	5,43	13,505		
	Χωριό	2	13,50	14,849		
	Νησί	12	3,92	11,453		
	Κωμόπολη	6	9,33	11,622		
	Total	160	5,86	11,989		
<i>Κοινωνικός Περιορισμός</i>	Αστικό κέντρο	93	7,28	6,583	0,545	0,703
	Μεγάλη επαρχιακή πόλη	47	9,19	11,458		
	Χωριό	2	11,50	2,121		
	Νησί	12	8,58	6,708		
	Κωμόπολη	6	6,83	7,026		
	Total	160	7,98	8,289		
<i>Κοινωνική Φροντίδα</i>	Αστικό κέντρο	93	24,14	4,338	0,613	0,654
	Μεγάλη επαρχιακή πόλη	47	23,81	4,277		
	Χωριό	2	23,50	3,536		
	Νησί	12	25,67	2,902		
	Κωμόπολη	6	22,83	4,446		
	Total	160	24,10	4,212		
<i>Κοινωνική Ενσωμάτωση</i>	Αστικό κέντρο	93	16,74	5,287	0,256	0,905
	Μεγάλη επαρχιακή πόλη	47	16,49	5,989		
	Χωριό	2	16,00	2,828		
	Νησί	12	17,92	5,977		
	Κωμόπολη	6	18,17	7,195		
	Total	160	16,80	5,559		
<i>Αιτιολογία</i>	Αστικό κέντρο	93	2,96	5,034	0,691	0,600
	Μεγάλη επαρχιακή πόλη	47	3,34	5,821		
	Χωριό	2	8,50	4,950		
	Νησί	12	4,33	5,399		
	Κωμόπολη	6	3,50	5,244		
	Total	160	3,26	5,291		

* Αστικό κέντρο (Αθήνα - Θεσσαλονίκη)

Από τα αποτελέσματα που παρατίθενται στον Πίνακα 29 προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ Παραγόντων Κοινωνική Ενσωμάτωση (Sig. ,022) και Αιτιολογία (Sig. ,013) της ΟΜΙ και του επιπέδου σπουδών, ενώ δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των Παραγόντων Κοινωνική Διάκριση (Sig. ,255), Κοινωνικός Περιορισμός (Sig. ,101), Κοινωνική Φροντίδα (Sig. ,960) σε επίπεδο σπουδών.

Πίνακας 29. 5 Παράγοντες ΟΜΙ * Επίπεδο Σπουδών

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	F	Sig.
<i>Κοινωνική Διάκριση</i>	Απόφοιτος/-η Πανεπιστήμιου	29	5,72	8,510	1,580	1,347	0,255
	Απόφοιτος/-η ΤΕΙ	27	10,30	14,147	2,723		
	Μεταπτυχιακό	55	5,22	13,514	1,822		
	Φοιτητής/-τρια	48	4,02	10,307	1,488		
	Διδακτορικό	1	13,00	.	.		
	Total	160	5,86	11,989	,948		
<i>Κοινωνικός Περιορισμός</i>	Απόφοιτος/-η Πανεπιστήμιου	29	7,07	5,952	1,105	1,972	0,101
	Απόφοιτος/-η ΤΕΙ	27	9,07	10,691	2,058		
	Μεταπτυχιακό	55	9,13	9,644	1,300		
	Φοιτητής/-τρια	48	6,25	5,475	,790		
	Διδακτορικό	1	24,00	.	.		
	Total	160	7,98	8,289	,655		
<i>Κοινωνική Φροντίδα</i>	Απόφοιτος/-η Πανεπιστήμιου	29	24,31	3,947	,733	0,156	0,960
	Απόφοιτος/-η ΤΕΙ	27	23,67	4,429	,852		
	Μεταπτυχιακό	55	23,96	5,128	,691		
	Φοιτητής/-τρια	48	24,35	3,070	,443		
	Διδακτορικό	1	25,00	.	.		
	Total	160	24,10	4,212	,333		
<i>Κοινωνική Ενσωμάτωση</i>	Απόφοιτος/-η Πανεπιστήμιου	29	17,10	4,507	,837	<u>2,951</u>	<u>0,022</u>
	Απόφοιτος/-η ΤΕΙ	27	16,74	5,149	,991		
	Μεταπτυχιακό	55	18,44	6,397	,863		
	Φοιτητής/-τρια	48	14,77	4,834	,698		
	Διδακτορικό	1	17,00	.	.		
	Total	160	16,80	5,559	,439		
<i>Αιτιολογία</i>	Απόφοιτος/-η Πανεπιστήμιου	29	3,48	3,582	,665	<u>3,265</u>	<u>0,013</u>
	Απόφοιτος/-η ΤΕΙ	27	4,41	6,812	1,311		
	Μεταπτυχιακό	55	4,47	6,000	,809		
	Φοιτητής/-τρια	48	1,08	3,560	,514		
	Διδακτορικό	1	4,00	.	.		
	Total	160	3,26	5,291	,418		

Από τα αποτελέσματα που παρατίθενται στον Πίνακα 30 προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ του Παράγοντα Αιτιολογία (Sig. ,002) της ΟΜΙ και της εργασίας ως Κοινωνικός Λειτουργός, ενώ δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των Παραγόντων Κοινωνική Διάκριση (Sig. ,232), Κοινωνικός Περιορισμός (Sig. ,268), Κοινωνική Φροντίδα (Sig. ,504) και Κοινωνική Ενσωμάτωση (Sig. ,798) και της εργασίας στο επάγγελμα του Κοινωνικού Λειτουργού.

Πίνακας 30. 5 Παράγοντες ΟΜΙ * Εργασία ως Κοινωνικός Λειτουργός

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	F	Sig.
<i>Κοινωνική Διάκριση</i>	Ναι	80	5,21	12,346	1,380	1,445	0,232
	Όχι	32	8,25	11,376	2,011		
	Total	112	6,08	12,105	1,144		
<i>Κοινωνικός Περιορισμός</i>	Ναι	80	7,94	9,085	1,016	1,240	0,268
	Όχι	32	10,03	8,738	1,545		
	Total	112	8,54	8,998	,850		
<i>Κοινωνική Φροντίδα</i>	Ναι	80	24,36	3,559	,398	0,449	0,504
	Όχι	32	23,81	4,728	,836		
	Total	112	24,21	3,914	,370		
<i>Κοινωνική Ενσωμάτωση</i>	Ναι	80	17,68	5,416	,606	0,065	0,798
	Όχι	32	17,97	5,665	1,001		
	Total	112	17,76	5,464	,516		
<i>Αιτιολογία</i>	Ναι	80	2,95	4,986	,557	<u>10,268</u>	<u>0,002</u>
	Όχι	32	6,47	5,869	1,038		
	Total	112	3,96	5,465	,516		

Από τα αποτελέσματα που παρατίθενται στον Πίνακα 31 προκύπτει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των 5 Παραγόντων της ΟΜΙ και του Φορέα Απασχόλησης. Ειδικά, το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για τους πέντε παράγοντες προσδιορίστηκε ως εξής: Κοινωνική Διάκριση (Sig. ,642), Κοινωνικός Περιορισμός (Sig. ,968), Κοινωνική Φροντίδα (Sig. ,510) και Κοινωνική Ενσωμάτωση (Sig. ,664) Αιτιολογία (Sig. ,650) της ΟΜΙ και της εργασίας στο επάγγελμα του Κοινωνικού Λειτουργού.

Πίνακας 31. 5 Παράγοντες OMI * Φορέας Απασχόλησης

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	F	Sig.
<i>Κοινωνική Διάκριση</i>	NΠΔΔ	54	5,33	14,625	1,990	0,217	0,642
	NΠΠΔ	26	6,81	9,712	1,905		
	Total	80	5,81	13,184	1,474		
<i>Κοινωνικός Περιορισμός</i>	NΠΔΔ	54	8,13	10,658	1,450	0,002	0,968
	NΠΠΔ	26	8,04	5,929	1,163		
	Total	80	8,10	9,345	1,045		
<i>Κοινωνική Φροντίδα</i>	NΠΔΔ	54	24,13	3,866	,526	0,438	0,510
	NΠΠΔ	26	24,69	2,811	,551		
	Total	80	24,31	3,549	,397		
<i>Κοινωνική Ενσωμάτωση</i>	NΠΔΔ	54	17,94	5,311	,723	0,191	0,664
	NΠΠΔ	26	17,38	5,500	1,079		
	Total	80	17,76	5,344	,598		
<i>Αιτιολογία</i>	NΠΔΔ	54	3,28	5,675	,772	0,207	0,650
	NΠΠΔ	26	2,69	4,714	,924		
	Total	80	3,09	5,359	,599		

Από τα αποτελέσματα που παρατίθενται στον Πίνακα 32 προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ του Παράγοντα Κοινωνικός Περιορισμός (Sig. ,003) της OMI και του τομέα απασχόλησης, ενώ δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των Παραγόντων Κοινωνική Διάκριση (Sig. ,057), Κοινωνική Φροντίδα (Sig. ,969) και Κοινωνική Ενσωμάτωση (Sig. ,068) και Αιτιολογίας (Sig. ,178) και του τομέα απασχόλησης.

Επομένως, η Ερευνητική Υπόθεση 6 επιβεβαιώνεται μερικώς.

Πίνακας 32. 5 Παράγοντες ΟΜΙ * Τομέας Απασχόλησης

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	F	Sig.
<i>Κοινωνική Διάκριση</i>	Υγεία	7	2,14	9,990	2,074	0,057
	Ψυχική Υγεία	17	7,59	15,601		
	Τοπική Αυτοδιοίκηση	18	3,72	8,982		
	Εξαρτήσεις	4	6,75	9,845		
	Παιδική Προστασία	5	12,20	12,637		
	Ειδικής Αγωγής	21	2,81	10,328		
	Τρίτης Ηλικίας	3	29,33	33,292		
	Μετανάστευσης	5	4,60	7,335		
	Total	80	5,86	13,145		
<u>Κοινωνικός Περιορισμός</u>	Υγεία	7	6,00	6,055	<u>3,396</u>	<u>0,003</u>
	Ψυχική Υγεία	17	9,88	8,184		
	Τοπική Αυτοδιοίκηση	18	4,94	5,641		
	Εξαρτήσεις	4	7,25	4,787		
	Παιδική Προστασία	5	12,40	7,668		
	Ειδικής Αγωγής	21	7,76	7,981		
	Τρίτης Ηλικίας	3	28,33	29,143		
	Μετανάστευσης	5	3,40	3,130		
	Total	80	8,19	9,311		
<i>Κοινωνική Φροντίδα</i>	Υγεία	7	24,71	2,752	0,254	0,969
	Ψυχική Υγεία	17	24,41	2,476		
	Τοπική Αυτοδιοίκηση	18	24,44	3,914		
	Εξαρτήσεις	4	25,00	4,761		
	Παιδική Προστασία	5	22,60	5,683		
	Ειδικής Αγωγής	21	24,19	3,614		
	Τρίτης Ηλικίας	3	23,67	6,028		
	Μετανάστευσης	5	25,20	2,387		
	Total	80	24,33	3,525		
<i>Κοινωνική Ενσωμάτωση</i>	Υγεία	7	18,71	5,589	1,995	0,068
	Ψυχική Υγεία	17	14,53	4,849		
	Τοπική Αυτοδιοίκηση	18	17,72	4,535		
	Εξαρτήσεις	4	22,50	4,509		
	Παιδική Προστασία	5	15,60	7,503		
	Ειδικής Αγωγής	21	17,81	4,781		
	Τρίτης Ηλικίας	3	22,33	9,238		
	Μετανάστευσης	5	19,60	4,930		
	Total	80	17,55	5,393		
<i>Αιτιολογία</i>	Υγεία	7	1,86	3,237	1,508	0,178
	Ψυχική Υγεία	17	5,29	6,322		
	Τοπική Αυτοδιοίκηση	18	2,39	4,146		
	Εξαρτήσεις	4	3,00	4,690		

Παιδική Προστασία	5	3,60	2,966	1,327		
Ειδικής Αγωγής	21	2,10	4,024	,878		
Τρίτης Ηλικίας	3	9,67	14,844	8,570		
Μετανάστευσης	5	,60	4,506	2,015		
Total	80	3,15	5,308	,594		

6.4. Ανάλυση Περιεχομένου Ανοικτών Ερωτήσεων

Το ερευνητικό εργαλείο περιλαμβάνει τρεις ερωτήσεις ανοικτού τύπου για τις οποίες εκτελείται ανάλυση περιεχομένου ώστε να αναδειχθούν οι πιο δημοφιλείς απαντήσεις.

Σχετικά, με το αν υπήρχαν επιπλέον διαθέσιμοι πόροι για την ψυχική υγεία, σε ποιους τομείς θα τους αξιοποιούσε το δείγμα, προέκυψαν οι εξής απαντήσεις:

1. Αναβάθμιση / Αναδιοργάνωση υποδομών, κτηρίων, εξοπλισμού και προσωπικού (εκπαίδευση, υγεία, τρίτη ηλικία σχολεία, φυλακές, ψυχιατρεία)
2. Ανάπτυξη Εργαστηρίων Ψυχοθεραπείας και Κατάθλιψης
3. Ανάπτυξη νέων θεραπευτικών μεθόδων και φαρμάκων για αντιμετώπιση ψυχικών ασθενειών
4. Ανάπτυξη πλατφορμών τηλεψυχιατρικής για την παροχή συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας εξ αποστάσεως,
5. Ανάπτυξη προγραμμάτων ψυχικής υγείας σε σχολεία και πανεπιστήμια για την υποστήριξη μαθητών και φοιτητών με προβλήματα ψυχικής
6. Αντι-ψυχιατρικοποίηση επαγγελματιών υγείας
7. Αποασυλοποίηση – Αποιδρυματοποίηση – Αποστιγματισμός
8. Αύξηση Μονάδων (Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης, Ξενώνες, Οικοτροφεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας) και ενδιάμεσων Δομών: Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης, Κέντρα Ημέρας, Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας, Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας, Παιδοψυχιατρικών Υπηρεσιών, ΜΚΟ, Κέντρα Πρώιμης Παρέμβασης, Καταφυγίων για Αστέγους, Κλινικών και Ξενώνων Εφήβων για την αποφυγή της ιδρυματοποίησης
9. Δημιουργία γραμμών βοήθειας και κέντρων κρίσης 24/7 για άμεση υποστήριξη ατόμων σε κρίση

10. Δημιουργία δικτύων φροντιστών για την ανταλλαγή εμπειριών και την αλληλοϋποστήριξη
11. Δωρεάν πρόσβαση σε δομές και ειδικούς ψυχικής υγείας υπηρεσίες ειδικά των ανασφάλιστων ασθενών)
12. Εκπαιδευτικά προγράμματα για την προαγωγή της ψυχικής υγείας
13. Εκπαιδευτικά σεμινάρια και εργαστήρια για την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας
14. Εκστρατείες ενημέρωσης μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης για την ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τα ζητήματα ψυχικής υγείας
15. Ενημέρωση πολιτών για την ψυχική ασθένεια - Αγωγή κοινότητας
16. Εξωνοσοκομειακή δευτεροβάθμια φροντίδα ληπτών ψυχικής υγείας - Μείωση νοσηλίων
17. Επανένταξη – Προγράμματα απασχόλησης για ψυχικά ασθενείς
18. Επένδυση στην υποστηριζόμενη εργασία (ΚΟΙΣΠΕ)
19. Θεραπεία μέσω Τέχνης και Δημιουργικότητας
20. Κατ' οίκον Βοήθεια
21. Καταπολέμηση στίγματος
22. Κατάρτιση / εξειδίκευση προσωπικού ψυχικής υγείας - Προγράμματα συνεχούς εκπαίδευσης για επαγγελματίες υγείας ώστε να ενημερώνονται για τις νέες εξελίξεις και μεθόδους στην ψυχική υγεία - Παροχή υποτροφιών και ευκαιριών επαγγελματικής κατάρτισης
23. Παιδοψυχολογία – Παιδοψυχιατρική
24. Παροχή ολιστικής υποστήριξης σε ασθενείς
25. Προγράμματα για την Πρόληψη Αυτοκτονιών
26. Προγράμματα Πρόληψης και Αντιμετώπιση Βίας
27. Προγράμματα στήριξης και συμβουλευτικής ανηλίκων και οικογενειών
28. Πρόσληψη ανθρώπινου δυναμικού (ψυχίατροι, ψυχολόγοι) σε δημόσιες δομές ψυχικής υγείας (κλινικές, ψυχιατρεία)
29. Συμβουλευτική και υποστήριξη σε απομακρυσμένες περιοχές
30. Υποστήριξη Ευάλωτων Ομάδων
31. Χρηματοδότηση στη Έρευνα και Ανάπτυξη
32. Ψυχική Υγεία και Εθισμός στην Τεχνολογία
33. Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη Μεταναστών και Προσφύγων

Στη δεύτερη ερώτηση «**Κατά την γνώμη σας, τί είδους εκπαίδευση, θεωρείτε αναγκαία για τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, που εργάζονται στον τομέα της Ψυχικής Υγείας;**». Το σύνολο του δείγματος αποφάνθηκε με μια πληθώρα προτάσεων σχετικά με τις μορφές εκπαίδευσης με κύριο σκοπό τη εξειδίκευση των επαγγελματιών σε ζητήματα ψυχικής νόσου, την ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων (ενσυναίσθηση, ανθεκτικότητα και αυτοφροντίδα), την ανάπτυξη γνώσεων βιολογίας, ιατρικής, ψυχοθεραπείας και ψυχολογίας, αλλά και για την πρόληψη, τα συμπτώματα και την προαγωγή της ψυχικής υγείας μέσω προπτυχιακών και μεταπτυχιακών προγραμμάτων, διδακτορικών αλλά και σεμιναρίων αλλά και η απόκτηση βιωματικής εμπειρίας σε Δομές και Νοσοκομεία, σε τομείς, όπως:

1. Αξιολόγηση ψυχικής υγείας, σχεδιασμός και εφαρμογή πλάνων παρέμβασης
2. Ατομική Ψυχοθεραπεία
3. Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία
4. Γνωστική Αναλυτική Ψυχολογία - Ψυχανάλυση
5. Διαχείριση κρίσεων ασθενών και τεχνικές αποφυγής σύγκρουσης
6. Εκπαίδευση σε εγκλεισμό και υποτροπή
7. Επαγγελματική Εξουθένωση
8. Επικοινωνία
9. Εποπτεία
10. Ηθική Στην Ψυχική Υγεία
11. Κατανόηση Τραύματος
12. Κλινική Εκπαίδευση
13. Κλινική Κοινωνική Εργασία
14. Κλινική Ψυχιατρική
15. Κοινωνική Εργασία
16. Κοινωνική Πρόνοια
17. Κοινωνική Ψυχιατρική
18. Νομικά Δικαιώματα Ασθενών Ψυχικής Υγείας
19. Οικογενειακή Συμβουλευτική
20. Ολιστική Διεπαγγελματική Συνεργασία
21. Πολυπολιτισμικότητα
22. Προσωποκεντρική Ψυχοθεραπεία

23. Συνηγορία
24. Συστημική Ψυχοθεραπεία
25. Φαρμακευτική
26. Φαρμακολογία – Ψυχοφαρμακολογία
27. Ψυχιατρική
28. Ψυχοδυναμική Προσέγγιση
29. Ψυχοθεραπεία
30. Ψυχοθεραπευτική Ψυχοδυναμικής Κατεύθυνσης
31. Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη
32. Ψυχολογία
33. Ψυχοπαθολογία

Στην τρίτη ερώτηση «**Τί πιστεύετε ότι θα μπορούσαν να αναβαθμίσουν σημαντικά τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας; Γράψτε τρεις**», το δείγμα των συμμετεχόντων στην έρευνα αποφάνθηκε με τις εξής προτάσεις:

1. Αλλαγή υφιστάμενων προγραμμάτων από-ασυλοποίησης
2. Ανάπτυξη Εξειδικευμένων Κέντρων Ψυχικής Υγείας
3. Ανάπτυξη Εξειδικευμένων Προγραμμάτων Τρίτης Ηλικίας
4. Ανάπτυξη και Εφαρμογή Ψηφιακών Εργαλείων και Εφαρμογών (Εθνικό Μητρώο Ψυχικής Υγείας, Εξ αποστάσεως Υπηρεσίες)
5. Ανάπτυξη Προγραμμάτων Ψυχικής Υγείας
6. Ανάπτυξη Υπηρεσιών για Ευάλωτες Ομάδες (Παιδιά, Έφηβοι, Μετανάστες)
7. Ανάπτυξη Ψυχοεκπαιδευτικών Προγραμμάτων
8. Αύξηση Κρατικής Υποστήριξης
9. Αύξηση υποστήριξης για Κρίσεις Ψυχικής Υγείας και Οικογένειες Ασθενών
10. Αύξηση χρηματοδότησης και πόρων
11. Βελτίωση συνεργασίας μεταξύ Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας ΨΥ
12. Δημιουργία Δικτύων Υποστήριξης
13. Διασύνδεση Κοινωνικών Υπηρεσιών
14. Διεπαγγελματική συνεργασία, επικοινωνία και κοινή στόχευση
15. Διεπιστημονικές Ομάδες,

16. Διεύρυνση Γεωγραφικής Κάλυψης
17. Δομές ανοικτές στην Κοινότητα
18. Δωρεάν υπηρεσίες
19. Έγκαιρη παρέμβαση
20. Εκπαίδευση, ενημέρωση και ευαισθητοποίηση προσωπικού στη Ψυχική Υγεία
21. Εκσυγχρονισμός Νοσηλευτικών Μονάδων
22. Εναλλακτικά Προγράμματα θεραπειών χωρίς ψυχιατρική αγωγή
23. Ενίσχυση πρόληψης μέσω εκπαίδευσης στα σχολεία
24. Ενίσχυση προσωπικού, ενημερώσεις, επιμορφώσεις και εκπαίδευση εργαζόμενων
25. Ενίσχυση Διαπολιτισμικότητας
26. Ενίσχυση επαγγελματικής ανάπτυξης των ψυχολόγων
27. Ενίσχυση προσβασιμότητας σε Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας
28. Ενίσχυση υπηρεσιών για θύματα βίας
29. Ενσωμάτωση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας
30. Ενσωμάτωση Ψυχικών Υπηρεσιών σε Ολοκληρωμένες Μονάδες Υγείας
31. Εξατομικευμένα Σχέδια Θεραπείας
32. Εξειδικευμένο προσωπικό
33. Έξω νοσοκομειακή παρακολούθηση
34. Επαρκής στελέχωση Δομών Ψυχικής Υγείας
35. Επαρκής χρηματοδότηση
36. Ευέλικτες Πολιτικές Εργασίας
37. Καλύτερες κτιριακές υποδομές
38. Καλύτερη εκπαίδευση και κατάρτιση των επαγγελματιών Ψ.Υ.
39. Καλύτερη στελέχωση υπηρεσιών Ψ.Υ.
40. Κατ' οίκον επισκέψεις
41. Κατάλληλες υποδομές
42. Καταρτισμένο προσωπικό (ψυχολόγοι, ψυχίατροι, σύμβουλοι)
43. Κλινική Εποπτεία
44. Μεγαλύτερη διάθεση πόρων - Χρηματοδότηση
45. Μείωση στίγματος
46. Νομοθεσία

47. Περισσότερα Κέντρα Ημέρας και παρέμβαση στο χώρο του ασθενούς έγκαιρη παρέμβαση.
48. Ποιότητα Ψυχικών Υπηρεσιών
49. Ποιοτικότερες και περισσότερες εγκαταστάσεις/ υποδομές/ εξοπλισμός
50. Προγράμματα Αποκατάστασης και Ανάπτυξης Προγραμμάτων Αυτοβοήθειας
51. Προγράμματα Πρόληψης
52. Προγράμματα Υποστήριξης στο Χώρο Εργασίας,
53. Προώθηση Πολυεπιστημονικής Προσέγγισης
54. Προώθηση Συνεργασίας με Μη Κερδοσκοπικούς Οργανισμούς
55. Συνεργασία, διασύνδεση και συντονισμός Υπηρεσιών ΨΥ
56. Τηλε-υγεία
57. Τηλεψυχιατρική
58. Τοπικές Πρωτοβουλίες Υποστήριξης
59. Υποδομές
60. Υποστήριξη Οικογενειών και Φροντιστών
61. Ψηφιακή Τεχνολογία - Εφαρμογές για την παροχή υποστήριξης και θεραπείας σε πραγματικό χρόνο

Κεφάλαιο 7. Συμπεράσματα Έρευνας

7.1. Συμπεράσματα Περιγραφικής Στατιστικής Ανάλυσης

Τα επιμέρους συμπεράσματα της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης για τα κοινωνικο/δημογραφικά στοιχεία παρατίθενται παρακάτω:

1. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 130 Γυναίκες (81,3%) και 30 άνδρες (18,8%)
2. Μέση ηλικία δείγματος $32,01 \pm 10,701$ έτη
3. Οικογενειακή κατάσταση: άγαμοι (68,8%), έγγαμοι (26,3%), διαζευγμένοι (1,9%), συμβίωση (1,3%), σχέση (1,3%) και συγκατοίκηση (0,6%).
4. Τόπος διαμονής: αστικό κέντρο (58,1%), μεγάλη επαρχιακή πόλη (29,4%), χωριό (1,3%), νησί (7,5%) και κωμόπολη (3,8%).
5. Επίπεδο σπουδών: απόφοιτοι πανεπιστημίου 18,1%, απόφοιτοι ΤΕΙ 16,9%, μεταπτυχιακό 34,4%, διδακτορικό 0,6% και 48 άτομα υπό καθεστώς φοίτησης στον τομέα της Κοινωνικής Εργασίας (30%).
6. Έτος φοίτησης: 16,7% στο 1^ο έτος, 27,1% στο 2^ο, 25% στο 3^ο, 25% στο 4^ο, 2,1% στο 5^ο και 4,2% στο 6^ο.
7. Εργασία: Από τους 112 επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς, το 71,4% βρίσκονταν υπό ενεργό εργασία.
8. Φορέας απασχόλησης ενεργών Κοινωνικών Λειτουργών: 67,5% εργάζονταν σε ΝΠΔΔ και 32,5% σε ΝΠΙΔ.
9. Τομέας απασχόλησης ενεργών Κοινωνικών Λειτουργών: 8,8% τομέας υγείας, 21,6% ψυχικής υγείας, 22,5% τοπική αυτοδιοίκηση, 5% εξαρτήσεις, 6,3% παιδική προστασία, 26,3% ειδική αγωγή, 3,8% τρίτη ηλικία και 6,3% μετανάστευση.

Τα επιμέρους συμπεράσματα της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης για τους 5 Παράγοντες της Κλίμακας Γνώμης για την Ψυχική Ασθένεια (ΟΜΙ) παρατίθενται παρακάτω:

1. **Κοινωνική Διάκριση.** Η μέση βαθμολογία της «Κοινωνικής Διάκρισης» προσδιορίστηκε ως $5,86 \pm 11,989$ όπου καταγράφεται ιδιαίτερα χαμηλός με αποτέλεσμα να συμπεραίνεται πως η περιγραφή των ασθενών με ψυχική νόσο ως κατώτερων και η αυταρχικότητα με την οποία αντιμετωπίζονται, κυμαίνεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα.
2. **Κοινωνικός Περιορισμός.** Η μέση βαθμολογία της «Κοινωνικός Περιορισμός» προσδιορίστηκε ως $7,98 \pm 8,289$ όπου καταγράφεται ιδιαίτερα χαμηλός με αποτέλεσμα να συμπεραίνεται πως ο κοινωνικός περιορισμός των ασθενών με ψυχική νόσο κατά τη νοσηλεία τους αλλά και την έξοδό τους από μια δομή, κυμαίνεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα.
3. **Κοινωνική Φροντίδα.** Η μέση βαθμολογία της «Κοινωνικής Φροντίδας» προσδιορίστηκε ως $24,10 \pm 4,212$, παρατηρεί κανείς πως η ιδεολογία της ψυχικής υγιεινής, η οποία υποστηρίζει ότι η ψυχική ασθένεια δεν διαφέρει από οποιαδήποτε άλλη ασθένεια, κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα αποδοχής. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει μια αυξανόμενη αναγνώριση και κατανόηση ότι η ψυχική υγεία πρέπει να αντιμετωπίζεται με την ίδια σοβαρότητα και προσοχή όπως και η σωματική υγεία. Αυτή η προσέγγιση ενσωματώνει την ιδέα ότι οι ψυχικές ασθένειες έχουν βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνιστώσες, και ότι απαιτούν μια ολοκληρωμένη θεραπευτική προσέγγιση. Τα υψηλά επίπεδα αυτής της ιδεολογίας μπορεί να αντανακλώνται στην εκπαίδευση ειδικών της ψυχικής υγείας, στην ευαισθητοποίηση του κοινού, καθώς και στις πολιτικές και πρακτικές που υποστηρίζουν την ισότητα της ψυχικής και σωματικής υγείας. Η ιδεολογία αυτή έχει συμβάλει στη μείωση του στίγματος που συνδέεται με τις ψυχικές ασθένειες και έχει ενισχύσει την πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Πίνακας 14, Διάγραμμα 12).
4. **Κοινωνική Ενσωμάτωση.** Η μέση βαθμολογία της «Κοινωνικής Ενσωμάτωσης» προσδιορίστηκε ως $16,80 \pm 5,559$ συμπεραίνεται πως η επιθυμία για ενθάρρυνση των ψυχικά ασθενών να συμμετέχουν ισότιμα στην κοινωνική ζωή, χωρίς κανέναν περιορισμό, είναι ένα σημαντικό εύρημα που αναδεικνύεται από την έρευνα. Το επίπεδο αυτής της ανάγκης κυμαίνεται σε επίπεδα άνω του μετρίου. Αυτό υποδηλώνει ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι φοιτητές κοινωνικής εργασίας αναγνωρίζουν σε μεγάλο βαθμό τη

σημασία της κοινωνικής ενσωμάτωσης και της εξάλειψης των διακρίσεων εις βάρος των ψυχικά ασθενών. Η αναγνώριση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς η ενθάρρυνση της ισότιμης συμμετοχής μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ψυχικά ασθενών και στην προώθηση μιας πιο δίκαιης και συμπεριληπτικής κοινωνίας. Η ανάλυση των δεδομένων υποδεικνύει ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι φοιτητές κοινωνικής εργασίας είναι ευαισθητοποιημένοι και πρόθυμοι να υποστηρίξουν την κοινωνική ενσωμάτωση των ψυχικά ασθενών, γεγονός που είναι ενθαρρυντικό για τις μελλοντικές προσπάθειες και πολιτικές που αποσκοπούν στην κοινωνική ένταξη αυτής της ευάλωτης ομάδας.

5. **Αιτιολογία.** Η μέση βαθμολογία της «Αιτιολογίας» προσδιορίστηκε ως $3,26 \pm 5,291$, συμπεραίνεται ότι η άποψη πως οι διαπροσωπικές σχέσεις, ειδικά στην παιδική ηλικία, ευθύνονται για την ύπαρξη κάποιας ψυχικής νόσου, φαίνεται να κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα. Αυτό σημαίνει ότι σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι φοιτητές κοινωνικής εργασίας πιθανόν να μην θεωρούν τις διαπροσωπικές σχέσεις ως τον κύριο παράγοντα που συμβάλλει στην ανάπτυξη ψυχικών νόσων. Αντιθέτως, μπορεί να αποδίδουν μεγαλύτερη έμφαση σε άλλους παράγοντες, όπως γενετικούς, βιολογικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η χαμηλή αυτή εκτίμηση αντικατοπτρίζεται στα αποτελέσματα που παρουσιάζονται σε διάφορους πίνακες και διαγράμματα της έρευνας.

7.2. Συμπεράσματα Επαγωγικής Στατιστικής Ανάλυσης

Τα επιμέρους συμπεράσματα της επαγωγικής στατιστικής ανάλυσης παρατίθενται παρακάτω:

1. **Ερευνητική Υπόθεση 1.** *«Οι επαγγελματίες Κοινωνικοί Λειτουργοί έχουν διαφορετικές στάσεις και αντιλήψεις, κοινωνική διάκριση, κοινωνικός περιορισμός, κοινωνική φροντίδα, κοινωνική ενσωμάτωση, αιτιολογία, για την ψυχική ασθένεια σε σχέση με τους φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας»:* Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών και Φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας για τους παράγοντες Κοινωνική Διάκριση (Sig. ,525), Κοινωνικός Περιορισμός (Sig. ,510) και

Κοινωνική Φροντίδα (Sig. ,959). Ενώ, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τους παράγοντες Κοινωνική Ενσωμάτωση (Sig. ,004) και Αιτιολογία (Sig. ,023). Επομένως, η Ερευνητική Υπόθεση 1 επιβεβαιώνεται ως προς τα δύο σκέλη της και υπάρχει διαφοροποίηση της στάσης των επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών από τους Φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας σχετικά με την Κοινωνική Ενσωμάτωση, με τους επαγγελματίες (mean rank 71,76) να υπερέχουν των φοιτητών (mean rank 52,40) και σχετικά με την Αιτιολογία, με τους επαγγελματίες (mean rank 70,26) να υπερέχουν των φοιτητών (mean rank 54,90).

2. **Ερευνητική Υπόθεση 2.** *«Οι προπτυχιακοί φοιτητές κοινωνικής εργασίας που βρίσκονται στα τελευταία έτη της εκπαίδευσής τους αιτιολογούν διαφορετικά την ψυχική ασθένεια σε σχέση με αυτούς που βρίσκονται στα αρχικά έτη»:* Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των 15 φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας που βρίσκονται στα τελευταία έτη της εκπαίδευσής τους (4ο, 5ο και 6ο έτος φοίτησης) (mean rank 25,11) σε σχέση με αυτούς (N 33) που βρίσκονται στα αρχικά έτη (1ο, 2ο και 3ο έτος φοίτησης) (mean rank 23,17) ως προς την Αιτιολόγηση της ψυχικής ασθένειας (Sig. ,654). Επομένως, η Ερευνητική Υπόθεση 2 απορρίπτεται.
3. **Ερευνητική Υπόθεση 3.** *«Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί που εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας και υγείας έχουν πιο θετικές αντιλήψεις - αυξημένη κοινωνική φροντίδα - για τους ψυχικά πάσχοντες σε σχέση με αυτούς που εργάζονται σε άλλους τομείς με λιγότερη εμπειρία στην ψυχική νόσο»:* Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών που εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας και υγείας (mean rank 39,13) ως προς την Κοινωνική Φροντίδα για τους ψυχικά πάσχοντες σε σχέση με αυτούς που εργάζονται σε άλλους τομείς με λιγότερη εμπειρία στην ψυχική νόσο (mean rank 41,09) (Sig. ,728). Επομένως, η Ερευνητική Υπόθεση 3 απορρίπτεται.
4. **Ερευνητική Υπόθεση 4.** *«Ο Κοινωνικός Περιορισμός διαφοροποιείται (μειώνεται) όταν στο στενό περιβάλλον ενυπάρχει άτομο που αντιμετώπιζε ή αντιμετωπίζει ένα ζήτημα ψυχικής υγείας»:* Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση (μείωση) της άποψης ως προς τον Κοινωνικό Περιορισμό με την ύπαρξη (mean rank 77,80) ή όχι ατόμου με

ψυχική νόσο στο στενό περιβάλλον (mean rank 79,86) (Sig. ,787). Επομένως, η Ερευνητική Υπόθεση 4 απορρίπτεται.

5. **Ερευνητική Υπόθεση 5.** *«Οι στάσεις και οι αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια (κοινωνική διάκριση, κοινωνικός περιορισμός, κοινωνική φροντίδα, κοινωνική ενσωμάτωση, αιτιολογία) συσχετίζονται με τα κοινωνικο/πολιτισμικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, τόπος διαμονής, εργασία, φορέας και τομέας εργασίας)»:* Επιβεβαιώνονται τέσσερις συσχετίσεις, της Κοινωνικής Ενσωμάτωσης με την Ηλικία (r ,228, Sig. ,004) και της Αιτιολογίας με την Ηλικία (r ,158, Sig. ,046), το Επίπεδο σπουδών (r -,215, Sig. ,006) και της Εργασίας ως Κοινωνικός Λειτουργός (r ,267, Sig. ,004). Επομένως, η Ερευνητική Υπόθεση 5 επιβεβαιώνεται μερικώς.

6. **Ερευνητική Υπόθεση 6.** *«Οι στάσεις και αντιλήψεις ως προς την κοινωνική διάκριση, τον κοινωνικό περιορισμό, την κοινωνική φροντίδα, την κοινωνική ενσωμάτωση, και την αιτιολογία, για την ψυχική ασθένεια, διαφοροποιούνται με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος»:*

- ο **Φύλο:** Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των 5 Παραγόντων της ΟΜΙ και του φύλου, ειδικά τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας προσδιορίστηκαν ανά Παράγοντα ως εξής, Κοινωνική Διάκριση (Sig. ,676), Κοινωνικός Περιορισμός (Sig. ,405), Κοινωνική Φροντίδα (Sig. ,645), Κοινωνική Ενσωμάτωση (Sig. ,575) και Αιτιολογία (Sig. ,438).
- ο **Οικογενειακή κατάσταση:** Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των 5 Παραγόντων της ΟΜΙ και της οικογενειακής κατάστασης, ειδικά τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας προσδιορίστηκαν ανά Παράγοντα ως εξής Κοινωνική Διάκριση (Sig. ,544), Κοινωνικός Περιορισμός (Sig. ,508), Κοινωνική Φροντίδα (Sig. ,474), Κοινωνική Ενσωμάτωση (Sig. ,861) και Αιτιολογία (Sig. ,466).
- ο **Τόπος διαμονής:** Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των 5 Παραγόντων της ΟΜΙ και του τόπου διαμονής, ειδικά τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας προσδιορίστηκαν ανά Παράγοντα ως εξής Κοινωνική Διάκριση

(Sig. ,544), Κοινωνικός Περιορισμός (Sig. ,508), Κοινωνική Φροντίδα (Sig. ,474), Κοινωνική Ενσωμάτωση (Sig. ,861) και Αιτιολογία (Sig. ,466).

- ο **Επίπεδο σπουδών:** Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ Παραγόντων Κοινωνική Ενσωμάτωση (Sig. ,022) και Αιτιολογία (Sig. ,013) της ΟΜΙ και του επιπέδου σπουδών, ενώ δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των Παραγόντων Κοινωνική Διάκριση (Sig. ,255), Κοινωνικός Περιορισμός (Sig. ,101), Κοινωνική Φροντίδα (Sig. ,960) σε επίπεδο σπουδών.
- ο **Εργασία ως Κοινωνικός Λειτουργός:** Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ του Παράγοντα Αιτιολογία (Sig. ,002) της ΟΜΙ και της εργασίας ως Κοινωνικός Λειτουργός, ενώ δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των Παραγόντων Κοινωνική Διάκριση (Sig. ,232), Κοινωνικός Περιορισμός (Sig. ,268), Κοινωνική Φροντίδα (Sig. ,504) και Κοινωνική Ενσωμάτωση (Sig. ,798) και της εργασίας στο επάγγελμα του Κοινωνικού Λειτουργού.
- ο **Φορέας Απασχόλησης:** Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των 5 Παραγόντων της ΟΜΙ και του Φορέα Απασχόλησης, ήτοι Κοινωνική Διάκριση (Sig. ,642), Κοινωνικός Περιορισμός (Sig. ,968), Κοινωνική Φροντίδα (Sig. ,510) και Κοινωνική Ενσωμάτωση (Sig. ,664) Αιτιολογία (Sig. ,650).
- ο **Τομέας απασχόλησης:** Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ του Παράγοντα Κοινωνικός Περιορισμός (Sig. ,003) της ΟΜΙ και του Τομέα απασχόλησης, ενώ δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των Παραγόντων Κοινωνική Διάκριση (Sig. ,057), Κοινωνική Φροντίδα (Sig. ,969) και Κοινωνική Ενσωμάτωση (Sig. ,068) και Αιτιολογίας (Sig. ,178) και του τομέα απασχόλησης.

7.3. Συμπεράσματα Ποιοτικής Ανάλυσης Περιεχομένου Ανοικτών Ερωτήσεων

Από την ποιοτική ανάλυση περιεχομένου των ανοικτών ερωτήσεων του ερευνητικού εργαλείου προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα:

1. **Διάθεση πόρων στην ψυχική υγεία:** Η διάθεση πόρων σε διάφορους τομείς της ψυχικής υγείας προσδιορίστηκε στην αναβάθμιση υποδομών, κτηρίων, εξοπλισμού και προσωπικού (εκπαίδευση, υγεία, τρίτη ηλικία σχολεία, φυλακές, ψυχιατρεία, έρευνα και ανάπτυξη), στην επαύξηση Μονάδων (Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης, Ξενώνες, Οικοτροφεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Γραμμών Βοήθειας Και Κέντρων Κρίσης 24/7) και Δομών (Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης, Κέντρα Ημέρας, Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας, Εργαστηρίων Ψυχοθεραπείας και Κατάθλιψης, Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας, Παιδοψυχιατρικών Υπηρεσιών, ΜΚΟ, Κέντρα Πρώιμης Παρέμβασης, Καταφυγίων για Αστέγους, Κλινικών και Ξενώνων Εφήβων) με σκοπό την επίτευξη «Αποασυλοποίησης – Αποιδρυματοποίησης – Αποστιγματισμού» και στη δημιουργία Δικτύων Φροντιστών ανταλλαγής εμπειριών και την αλληλοϋποστήριξης. Επιπλέον, αναδείχθηκε η διάθεση πόρων σε εκπαιδευτικά προγράμματα, σεμινάρια και εργαστήρια για την κατάρτιση / εξειδίκευση προσωπικού ψυχικής υγείας και την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας και η πρόσληψη νέου και εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί) στις δομές ψυχικής υγείας. Επιπρόσθετα, προτάθηκαν η ανάπτυξη πλατφορμών τηλε-ψυχιατρικής, νέων θεραπευτικών μεθόδων και φαρμάκων αντιμετώπισης ψυχικών ασθενειών και νέων Προγραμμάτων Καταπολέμηση στίγματος, Παιδοψυχολογίας – Παιδοψυχιατρικής, Ενημέρωσης πολιτών, Πρόληψης Αυτοκτονιών, Απασχόλησης ψυχικά ασθενών, Εθισμός στην Τεχνολογία, Υποστήριξη Μεταναστών και Προσφύγων, Αντιμετώπιση Βίας, Συμβουλευτικής και υποστήριξης ευάλωτων ομάδων, οικογενειών και φροντιστών με σκοπό την παροχή ολιστικής φροντίδας και υποστήριξης.
2. **Εκπαίδευση Κοινωνικών Λειτουργών τομέα της Ψυχικής Υγείας:** Η εκπαίδευση με κύρια επιδίωξη την εξειδίκευση των επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών στην ψυχική νόσο περιλαμβάνει την ανάπτυξη δεξιοτήτων (ενσυναίσθηση, ανθεκτικότητα και

αυτοφροντίδα), γνώσεων (βιολογίας, γενικής ιατρικής, ψυχιατρικής (κλινική), ψυχοπαθολογίας, ψυχοθεραπείας, ψυχολογίας, φαρμακολογίας, ψυχοφαρμακολογίας κλινικής κοινωνικής εργασίας) και την προαγωγή της ψυχικής υγείας μέσω προπτυχιακών και μεταπτυχιακών προγραμμάτων, διδακτορικών αλλά και εργαστηρίων και σεμιναρίων αλλά και μέσω της βιωματικής εμπειρίας – πρακτικής άσκησης σε Δομές και Νοσοκομεία. Η εκπαίδευση μπορεί να περιλαμβάνει ένα σύνολο από τομές ενδιαφέροντος όπως η αξιολόγηση της ψυχικής υγείας, ο σχεδιασμός και η εφαρμογή πλάνων παρέμβασης, η ψυχοθεραπεία (ατομική, προσωποκεντρική, ψυχοδυναμική, συστημική), οι θεραπευτικές παρεμβάσεις (γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, γνωστική αναλυτική ψυχολογία – ψυχανάλυση, κατανόηση τραύματος), η διαχείριση κρίσεων ασθενών, η ηθική στην ψυχική υγεία, η οικογενειακή συμβουλευτική, η Εποπτεία, η Κοινωνική Πρόνοια, Ολιστική Διεπαγγελματική Συνεργασία, η Πολυπολιτισμικότητα και η Συνηγορία.

3. **Προτάσεις αναβάθμισης Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας** μπορούν να συμπεριλάβουν την ανάπτυξη Εξειδικευμένων Ψυχοεκπαιδευτικών Προγραμμάτων (ψυχικής υγείας, τρίτης ηλικίας, εναλλακτικών θεραπειών χωρίς αγωγή, αποκατάστασης, αυτοβοήθειας, πρόληψης, υποστήριξης στο χώρο εργασίας, αποασυλοποίησης), την ανάπτυξη Ψηφιακών Εργαλείων και Εφαρμογών (Εθνικό Μητρώο Ψυχικής Υγείας, Εξ αποστάσεως Υπηρεσίες, Τηλε-υγεία, Τηλε-ψυχιατρική, Δίκτυα Υποστήριξης) για την παροχή υποστήριξης και θεραπείας σε πραγματικό χρόνο, την ενσωμάτωση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και σε εκσυγχρονισμένες και ολοκληρωμένες Μονάδες Υγείας και την ελεύθερη και δωρεάν πρόσβαση σε αυτές, την βελτίωση της συνεργασίας μεταξύ Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Ψυχικής Υγείας, την διασύνδεση των Κοινωνικών Υπηρεσιών, τη συνεργασία με ΜΚΟ και Κέντρα (Ημέρας) Ψυχικής Υγείας, την ανάπτυξη Υπηρεσιών για Ευάλωτες Ομάδες (Παιδιά, Οικογένειες, Φροντιστές, ΑΜΕΑ, Έφηβοι, Μετανάστες, θύματα βίας), την αύξηση της κρατικής χρηματοδότησης και υποστήριξης, την εκπαίδευση και ενίσχυση του επαγγελματιών ψυχικής υγείας με ενημερώσεις, επιμορφώσεις και εκπαίδευση (πολυπολιτισμικότητα, διαπολιτισμικότητα, ηθική, νομοθεσία, επαγγελματική εξουθένωση) και η επάρκεια των Δομών Ψυχικής Υγείας σε στελέχωση, εξοπλισμό, υποδομές. Όλες οι προτάσεις συνηγορούν στην επίτευξη καλύτερης ποιότητας παρεχόμενων Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

Κεφάλαιο 8. Συζήτηση - Προτάσεις

8.1. Συζήτηση Αποτελεσμάτων

Η παρούσα έρευνα επιδιώκει να διερευνήσει τις στάσεις και τις αντιλήψεις επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών και φοιτητών/φοιτητριών Κοινωνικής Εργασίας σχετικά με την ψυχική ασθένεια, αναλύοντας διάφορους παράγοντες που επηρεάζουν αυτές τις αντιλήψεις. Τα αποτελέσματα της έρευνας παρουσιάζουν σημαντικές ενδείξεις για τις διαφορές και τις ομοιότητες στις απόψεις μεταξύ των δύο ομάδων, όπως αναλύονται στους παράγοντες της Κλίμακας «Opinion about Mental Illness» (OMI).

Κοινωνική Διάκριση

Τα ευρήματα δείχνουν ότι ο μέσος όρος της βαθμολογίας για τον παράγοντα «Κοινωνική Διάκριση» είναι 5,86, καταγράφοντας σχετικά χαμηλά επίπεδα διάκρισης. Αυτό το αποτέλεσμα συνάδει με προηγούμενες μελέτες που υποστηρίζουν ότι οι επαγγελματίες στον τομέα της υγείας τείνουν να έχουν μειωμένες προκαταλήψεις και στερεότυπα έναντι των ψυχικά ασθενών, πιθανώς λόγω της εκπαίδευσης και της επαγγελματικής εμπειρίας τους (Porfyri et al., 2022). Παρόμοιες τάσεις έχουν αναφερθεί και στη διεθνή βιβλιογραφία, όπου επαγγελματίες, που εργάζονται στενά με ψυχικά ασθενείς δείχνουν μεγαλύτερη κατανόηση και λιγότερες διακρίσεις (Porfyri et al., 2022).

Κοινωνικός Περιορισμός

Ο παράγοντας «Κοινωνικός Περιορισμός» κατέγραψε έναν μέσο όρο 7,98, υποδεικνύοντας χαμηλό επίπεδο περιοριστικών απόψεων απέναντι στους ψυχικά ασθενείς. Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζουν την άποψη ότι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, ιδιαίτερα αυτοί που έχουν εμπειρία στο τομέα την ψυχικής υγείας, έχουν συνειδητοποιήσει τη σημασία της κοινωνικής ενσωμάτωσης και απορρίπτουν τους περιορισμούς, που επιβάλλονται στους ψυχικά ασθενείς λόγω της ασθένειάς τους (Bark et al., 2023).

Κοινωνική Φροντίδα

Η υψηλή βαθμολογία στον παράγοντα «Κοινωνική Φροντίδα» (Μ.Ο. 24,10) καταδεικνύει μία γενική αποδοχή της ιδεολογίας της ψυχικής υγιεινής, η οποία υποστηρίζει ότι η ψυχική ασθένεια δεν διαφέρει από άλλες ασθένειες. Αυτή η προσέγγιση αντικατοπτρίζει τις σύγχρονες τάσεις στη βιβλιογραφία, οι οποίες υποστηρίζουν την ανάγκη για ισότιμη μεταχείριση των ψυχικά ασθενών και την παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών, που ενισχύουν την αυτονομία τους (WHO, 2023).

Κοινωνική Ενσωμάτωση

Η μέση τιμή 16,80 στον παράγοντα «Κοινωνική Ενσωμάτωση» υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες στη μελέτη αναγνωρίζουν τη σημασία της κοινωνικής ένταξης των ψυχικά ασθενών. Αυτό το εύρημα συνάδει με τις απόψεις, που εκφράζονται στη βιβλιογραφία, όπου η κοινωνική ενσωμάτωση θεωρείται κρίσιμη για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ψυχικά ασθενών και τη μείωση των αρνητικών κοινωνικών συνεπειών της ψυχικής ασθένειας (Smith, 2021).

Αιτιολογία

Τέλος, τα αποτελέσματα της έρευνας για τον παράγοντα «Αιτιολογία» δείχνουν ότι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί και οι φοιτητές/φοιτήτριες Κοινωνικής Εργασίας δεν θεωρούν τις διαπροσωπικές σχέσεις ως τον κύριο παράγοντα, που συμβάλλει στην ανάπτυξη ψυχικών νόσων. Με μέση βαθμολογία 3,26, φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα αποδίδουν μεγαλύτερη έμφαση σε άλλους παράγοντες, όπως οι γενετικοί, βιολογικοί ή περιβαλλοντικοί παράγοντες. Αυτή η τάση αντανακλά τη σύγχρονη βιβλιογραφία, η οποία αναδεικνύει τη σημασία ενός πολυπαραγοντικού μοντέλου στην κατανόηση της ψυχικής υγείας, το οποίο ενσωματώνει βιοψυχοκοινωνικά στοιχεία (Tripathi et al., 2019). Ειδικότερα, οι σύγχρονες έρευνες υποστηρίζουν ότι οι βιολογικοί παράγοντες, όπως η γενετική προδιάθεση, καθώς και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως το κοινωνικό πλαίσιο και η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη ψυχικών ασθενειών (Joaquim et al., 2021).

Προτάσεις για Βελτίωση τη Ψυχικής Υγείας

Οι συμμετέχοντες ανέδειξαν την ανάγκη για αυξημένη διάθεση πόρων στην ψυχική υγεία, με έμφαση στην αναβάθμιση υποδομών, εξοπλισμού και προσωπικού. Αυτή η ανάγκη συνδέεται με τις διεθνείς προσπάθειες αποασυλοποίησης και αποστιγματισμού των ψυχικά ασθενών, καθώς και

με την ενίσχυση ολοκληρωμένων και προσβάσιμων υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Schomerus et al., 2021 & Das et al., 2024). Παράλληλα, η ανάγκη για περαιτέρω εκπαίδευση και εξειδίκευση των Κοινωνικών Λειτουργών στον τομέα της Ψυχικής Υγείας υπογραμμίστηκε έντονα, με τη βιβλιογραφία να υποστηρίζει ότι η εξειδικευμένη εκπαίδευση βελτιώνει την ποιότητα των υπηρεσιών και μειώνει το επαγγελματικό άγχος (Kourgiantakis et al., 2019). Οι προτάσεις περιλαμβάνουν, επίσης, την ενσωμάτωση ψηφιακών εργαλείων και εφαρμογών για την βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες (Li, 2023), καθώς και τη διασύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με το εθνικό σύστημα υγείας και τις ΜΚΟ για την παροχή ολοκληρωμένη φροντίδας. Συνολικά, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας δείχνουν ότι, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί και οι φοιτητές/φοιτήτριες της Κοινωνικής Εργασίας έχουν επίγνωση των σύγχρονων προσεγγίσεων σχετικά με την ψυχική υγεία, ενώ παράλληλα αναγνωρίζεται η ανάγκη για περαιτέρω εκπαίδευση και ενημέρωση. Οι προτάσεις για αύξηση των πόρων, εκπαίδευση και χρήση τεχνολογιών ευθυγραμμίζονται με τις διεθνείς τάσεις, υποδεικνύοντας την ανάγκη συνεχούς ανάπτυξης και καινοτομίας στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας.

8.2. Συζήτηση Απορριπτέων Ερευνητικών Υποθέσεων

Ερευνητική Υπόθεση 2

Η Ερευνητική Υπόθεση 2. *«Οι προπτυχιακοί φοιτητές κοινωνικής εργασίας που βρίσκονται στα τελευταία έτη της εκπαίδευσής τους αιτιολογούν διαφορετικά την ψυχική ασθένεια σε σχέση με αυτούς που βρίσκονται στα αρχικά έτη»*, δεν επιβεβαιώθηκε.

Ένας πιθανός λόγος, για τον οποίο δεν επιβεβαιώθηκε η Ερευνητική Υπόθεση 2, μπορεί να είναι οι φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας, ανεξαρτήτως έτους φοίτησης, μοιράζονται παρόμοια επίπεδα εκπαίδευσης και εκθέσεων σε θέματα ψυχικής υγείας και ενδεχομένως έχουν δεχτεί ομοιόμορφη εκπαίδευση, που αμβλύνει τις όποιες διαφορές θα μπορούσαν να αναπτυχθούν. Παράλληλα, οι επαγγελματικές αξίες της Κοινωνικής Εργασίας, οι οποίες περιλαμβάνουν σεβασμό στην ατομικότητα, κατανόηση της πολυπλοκότητας της ψυχικής υγείας και αποδοχή των κοινωνικών παραγόντων ως παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική ασθένεια, είναι πιθανόν να επιδρούν εξίσου σε όλους τους φοιτητές ανεξαρτήτως επιπέδου σπουδών.

Τέλος, χρειάζεται να ληφθεί υπόψη και ο μικρός αριθμός συμμετεχόντων, καθώς η μικρή δειγματοληψία αυξάνει την πιθανότητα μη στατιστικά σημαντικών διαφορών, περιορίζοντας τη γενίκευση των αποτελεσμάτων (Faber & Fonseca, 2014).

Ερευνητική Υπόθεση 3

Η Ερευνητική Υπόθεση 3. *«Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί που εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας και υγείας έχουν πιο θετικές αντιλήψεις - αυξημένη κοινωνική φροντίδα - για τους ψυχικά πάσχοντες σε σχέση με αυτούς που εργάζονται σε άλλους τομείς με λιγότερη εμπειρία στην ψυχική νόσο»*, δεν επιβεβαιώθηκε.

Μία πιθανή εξήγηση είναι ότι η εκπαίδευση και η ευαισθητοποίηση των Κοινωνικών Λειτουργών γύρω από τα ζητήματα ψυχικής υγείας έχει γενικά βελτιωθεί σε όλους τους τομείς, με αποτέλεσμα οι διαφορές στις αντιλήψεις μεταξύ αυτών, που εργάζονται με ψυχικά πάσχοντες και εκείνων που δεν εργάζονται να μειώνονται. Επιπλέον, οι στάσεις απέναντι στην ψυχική νόσο διαμορφώνονται όχι μόνο από την εμπειρία στον συγκεκριμένο τομέα, αλλά και από την εκπαίδευση και τις αρχές του Κώδικα Δεοντολογίας των Κοινωνικών Λειτουργών (IFSW, 2018). Αυτό σημαίνει ότι πολλοί επαγγελματίες έχουν πλέον πρόσβαση σε γνώσεις και εργαλεία, που επιτρέπουν να αντιμετωπίζουν την ψυχική νόσο με ενσυναίσθηση και επαγγελματισμό, ακόμα και αν δεν εργάζονται άμεσα στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Επιπλέον, το ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον μπορεί να παίζει ρόλο. Οι κοινωνικές αντιλήψεις για την ψυχική υγεία γίνονται όλο και πιο θετικές, ενισχυμένες από τις καμπάνιες αποστιγματοποίησης και τις αυξανόμενες πρωτοβουλίες για την ψυχική ευεξία σε παγκόσμιο επίπεδο (Latha et al., 2020). Αυτή η κοινωνική αλλαγή μπορεί να επηρεάσει τις απόψεις των κοινωνικών λειτουργών, μειώνοντας τις διαφοροποιήσεις στις αντιλήψεις τους, ανεξάρτητα από τον τομέα εργασίας τους.

Τέλος, πρέπει να ληφθεί υπόψιν και η δυνατότητα των οργανισμών, που απασχολούν κοινωνικούς λειτουργούς, να παρέχουν υποστήριξη και συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Πολλοί οργανισμοί στον χώρο της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας, λόγω αυξημένων απαιτήσεων, ενισχύουν την συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε ζητήματα, όπως η ψυχική υγεία, γεγονός που μπορεί να εξομαλύνει τις διαφορές στην κατανόηση και τη στάση των επαγγελματιών προς την ψυχική νόσο, ανεξαρτήτως του τομέα εργασίας.

Συνοψίζοντας, η μη επιβεβαίωση της υπόθεσης μπορεί να σχετίζεται με την εκτεταμένη εκπαίδευση, την αυξανόμενη ευαισθητοποίηση και τις αλλαγές στις κοινωνικές αντιλήψεις, που σταδιακά εξισώνουν τις στάσεις των κοινωνικών λειτουργών προς την ψυχική υγεία, ανεξαρτήτως εμπειρίας στον συγκεκριμένο τομέα.

Ερευνητική Υπόθεση 4

Η Ερευνητική Υπόθεση 4. «Ο Κοινωνικός Περιορισμός διαφοροποιείται (μειώνεται) όταν στο στενό περιβάλλον ενυπάρχει άτομο που αντιμετώπιζε ή αντιμετωπίζει ένα ζήτημα ψυχικής υγείας», δεν επιβεβαιώθηκε.

Ένας λόγος, ενδεχομένως, που η παραπάνω Ερευνητική Υπόθεση δεν επιβεβαιώνεται, μπορεί να είναι η ανθεκτικότητα και σταθερότητα στις επαγγελματικές αξίες των συμμετεχόντων. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί φαίνεται πως διατηρούν θετικές στάσεις και επαγγελματική ουδετερότητα απέναντι στα άτομα με ψυχική ζητήματα, γεγονός που αποδεικνύει την κατανόηση και αποδοχή, που έχουν ήδη ενσωματώσει ως επαγγελματίες.

Επιπλέον, η έλλειψη διαφοροποίησης ενδέχεται να αντανάκλα τη συνεπή επαγγελματική τους εκπαίδευση, η οποία προάγει την αποδοχή και ενσυναίσθηση προς όλα τα άτομα, ανεξάρτητα από το ιστορικό τους. Ως αποτέλεσμα, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί φαίνεται να διατηρούν υψηλά επίπεδα κατανόησης και αποδοχής απέναντι στην ψυχική ασθένεια, ανεξάρτητα από τις προσωπικές εμπειρίες. Αυτό πιθανόν να υποδηλώνει ότι οι παρεμβάσεις εκπαίδευσης και μείωσης του στίγματος είναι αποτελεσματικές και προσφέρουν στους Κοινωνικούς Λειτουργούς τη δυνατότητα να αντιμετωπίζουν επαγγελματικά την ψυχική υγεία χωρίς προκαταλήψεις.

Συνολικά, τα αποτελέσματα μπορούν να ερμηνευθούν θετικά, καθώς φαίνεται ότι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί διατηρούν ενσωματωμένες αντιλήψεις για την ψυχική υγεία, που βασίζονται σε επαγγελματικές αρχές ενσυναίσθησης και αποδοχής, αντί να επηρεάζονται αποκλειστικά από προσωπικές εμπειρίες. Αυτή η σταθερότητα στις επαγγελματικές αξίες πιθανόν να αντικατοπτρίζει τη βαθιά κοινωνική αλλαγή, που συντελείται στον χώρο της Κοινωνικής Εργασίας, ενισχύοντας την αποδοχή και την στήριξη προς τα άτομα με ψυχική ζητήματα.

8.3. Περιορισμοί Έρευνας

Παρά τα χρήσιμα ευρήματα, η παρούσα έρευνα δεν ήταν απαλλαγμένη από περιορισμούς. Ένας από τους κυριότερους περιορισμούς ήταν το σχετικά μικρό δείγμα των κοινωνικών λειτουργών που συμμετείχαν στην έρευνα, το οποίο μπορεί να επηρεάσει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, ένας από τους κύριους περιορισμούς της έρευνας είναι η περιορισμένη γεωγραφική κάλυψη. Η έρευνα διεξήχθη σε συγκεκριμένες περιοχές, γεγονός που μπορεί να περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε άλλες περιοχές ή πληθυσμούς. Επιπλέον, η μεθοδολογία βασίστηκε σε αυτοαναφορικές απαντήσεις, οι οποίες μπορεί να επηρεαστούν από την κοινωνική

επιθυμία των συμμετεχόντων να παρουσιάσουν τον εαυτό τους με θετικό τρόπο.

8.4. Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα

Με βάση τα ευρήματα και τους περιορισμούς της παρούσας έρευνας, υπάρχουν πολλές κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα. Πρώτον, θα ήταν ωφέλιμο να διεξαχθούν μελέτες με μεγαλύτερο και πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα κοινωνικών λειτουργών από διάφορες περιοχές και πολιτισμικά πλαίσια, ώστε να ενισχυθεί η γενίκευση των αποτελεσμάτων. Δεύτερον, η διερεύνηση της συμβολής των εκπαιδευτικών προγραμμάτων στη διαμόρφωση των αντιλήψεων των κοινωνικών λειτουργών για την ψυχική ασθένεια θα μπορούσε να προσφέρει σημαντικές γνώσεις για τη βελτίωση της εκπαίδευσης στον τομέα αυτό.

Επιπλέον, η χρήση διαφορετικών μεθοδολογικών προσεγγίσεων, όπως οι συνεντεύξεις ή η παρατήρηση, θα μπορούσε να προσφέρει πιο πλούσια και ακριβή δεδομένα, αποκαλύπτοντας βαθύτερες πτυχές των αντιλήψεων και των πρακτικών των κοινωνικών λειτουργών. Τέλος, η μελέτη των επιπτώσεων των πολιτισμικών διαφορών στις αντιλήψεις και πρακτικές των κοινωνικών λειτουργών θα μπορούσε να συμβάλει στη διαμόρφωση πιο ευαίσθητων και προσαρμοσμένων πολιτικών ψυχικής υγείας.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Ahad, A. A., Sanchez-Gonzalez, M., & Junquera, P. (2023). Understanding and Addressing Mental health stigma across Cultures for Improving Psychiatric Care: A Narrative review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.39549>
- Ahmedani, B. K. (2011, January 1). *Mental health stigma: society, individuals, and the profession*. PubMed Central (PMC). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3248273/>
- Antunes, A., Frاسquilho, D., Zóximo, J. R., Silva, M., Cardoso, G., Ferrão, J., & Caldas-De-Almeida, J. M. (2019). Exploring socioeconomic and mental health trajectories during times of economic recession: a qualitative study with primary health care users and professionals. *Journal of Mental Health*, 29(5), 597–604. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581343>
- Arif, S. A., & Schlotfeldt, J. (2021). Gaps in measuring and mitigating implicit bias in healthcare. *Frontiers in Pharmacology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.633565>
- Azman, A., Singh, P. S. J., & Sulaiman, J. (2017). The mentally ill and their impact on family caregivers: A qualitative case study. *International Social Work*, 62(1), 461–471. <https://doi.org/10.1177/0020872817731146>
- Bark, H., Dixon, J., & Laing, J. (2023). The Professional Identity of Social Workers in Mental Health Services: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(11), 5947. <https://doi.org/10.3390/ijerph20115947>
- Beacon Health System. (2022, December 13). *Mental illness*. https://www.beaconhealthsystem.org/library/diseases-and-conditions/mental-illness?content_id=CON-20374949
- Beck, J. S., & Fleming, S. (2021). A brief history of Aaron T. Beck, MD, and Cognitive Behavior Therapy. *Clinical Psychology in Europe*, 3(2). <https://doi.org/10.32872/cpe.6701>

- Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J., & Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 350–356. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074526>
- Blommaert, L., & Coenders, M. (2024). Understanding public support for workplace diversity and antidiscrimination policies in Europe. *Frontiers in Sociology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2024.1256751>
- Chevance, A., Ravaud, P., Tomlinson, A., Le Berre, C., Teufer, B., Touboul, S., ... & Tran, V. T. (2020). Identifying outcomes for depression that matter to patients, informal caregivers, and health-care professionals: qualitative content analysis of a large international online survey. *The Lancet Psychiatry*, 7(8), 692–702. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30191-7](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30191-7)
- Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow, W. E., & Reed, G. M. (2017). Three Approaches to Understanding and Classifying Mental Disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDOC). *Psychological Science in the Public Interest*, 18(2), 72–145. <https://doi.org/10.1177/1529100617727266>
- Colizzi, M., Lasalvia, A., & Ruggeri, M. (2020). Prevention and early intervention in youth mental health: is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care? *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00356-9>
- Collins, P. Y. (2020). What is global mental health? *World Psychiatry*, 19(3), 265–266. <https://doi.org/10.1002/wps.20728>
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37–70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Das, A., Sarkhel, S., Brahma, A., & Akula, V. (2024). Development of mental health human resources for mental well-being. *Indian Journal of Psychiatry*, 66(Suppl 2), S391–S402. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_639_23
- Faber, J., & Fonseca, L. M. (2014). How sample size influences research outcomes. *Dental Press*

- Journal of Orthodontics*, 19(4), 27–29. <https://doi.org/10.1590/2176-9451.19.4.027-029.ebo>
- Fenwick-Smith, A., Dahlberg, E. E., & Thompson, S. C. (2018). Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC Psychology*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0242-3>
- FitzGerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Medical Ethics*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8>
- Fricke, W., Greenwood, D. J., Larrea, M., & Streck, D. (2022). On social productivity and future perspectives on action research. *IJAR–International Journal of Action Research*, 18(1), 8-27. <https://www.mybib.com/tools/apa-citation-generator#:~:text=https%3A//www.budrich%2Djournals.de/index.php/ijar/article/view/39897>
- Gautam, S., Jain, A., Chaudhary, J., Gautam, M., Gaur, M., & Grover, S. (2024). Concept of mental health and mental well-being, it's determinants and coping strategies. *Indian Journal of Psychiatry*, 66(Suppl 2), S231–S244. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_707_23
- Gopalkrishnan, N. (2018). Cultural Diversity and Mental Health: Considerations for Policy and practice. *Frontiers in Public Health*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00179>
- Gupta, A., & Gupta, N. (2022). *Research methodology*. SBPD Publications.
- Hall, W. J., Chapman, M. V., Lee, K. M., Merino, Y. M., Thomas, T. W., Payne, B. K., Eng, E., Day, S. H., & Coyne-Beasley, T. (2015). Implicit Racial/Ethnic Bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: A Systematic review. *American Journal of Public Health*, 105(12), e60–e76. <https://doi.org/10.2105/ajph.2015.302903>
- Henderson, C., Robinson, E., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2017). Relationships between anti-stigma programme awareness, disclosure comfort and intended help-seeking regarding a mental health problem. *The British Journal of Psychiatry*, 211(5), 316–322. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.195867>

- Hub ΕΚΠΑ. (2023, October 20). *Εγκαίνια της Μονάδας Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση «Πειραιώς 33»* [19/10/23, 7μ.μ.]. <https://hub.uoa.gr/inauguration-of-the-early-intervention-unit-in-psychosis/>
- Inglis, G., Jenkins, P., McHardy, F., Sosu, E., & Wilson, C. (2022). Poverty stigma, mental health, and well-being: A rapid review and synthesis of quantitative and qualitative research. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 33(4), 783–806. <https://doi.org/10.1002/casp.2677>
- International Federation of Social Workers (IFSW) (2014, August 6). *Global Definition of Social Work – International Federation of Social Workers*. Ifsw.org. <https://www.ifsw.org/global-definition-of-social-work/>
- International Federation of Social Workers (IFSW) (2018, July 2). *Global Social Work Statement of Ethical Principles*. Ifsw.org. <https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles/>
- Joaquim, R. M., Guatimosim, R. F., Da Silva Araújo, R. J., Nardi, A. E., Veras, A. B., & De Medeiros Alves, V. (2021). Vulnerability biomarkers for mental illness and suicide risk: Regards for the development of pharmacological and psychological therapies. *Current Research in Behavioral Sciences*, 2, 100050. <https://doi.org/10.1016/j.crbeha.2021.100050>
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
- Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111–116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>
- Kourgiantakis, T., Sewell, K., McNeil, S., Logan, J., Lee, E., Adamson, K., McCormick, M., & Kuehl, D. (2019). Social work education and training in mental health, addictions and suicide: a scoping review protocol. *BMJ Open*, 9(6), e024659. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024659>
- Kring, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M., & Johnson, S. L. (2010). *Ψυχοπαθολογία*. (Θ. Καραμπα,

Μετ.). Αθήνα: Gutenberg.

- Latha, K., Meena, K., Pravitha, Dasgupta, M., & Chaturvedi, S. (2020). Effective use of social media platforms for promotion of mental health awareness. *Journal of Education and Health Promotion*, 9(1), 124. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_90_20
- Li, J. (2023). Digital technologies for mental health improvements in the COVID-19 pandemic: a scoping review. *BMC Public Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15302-w>
- Mann, S. P., Bradley, V. J., & Sahakian, B. J. (2016, June 1). *Human Rights-Based Approaches to Mental Health: A Review of programs*. PubMed Central (PMC). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5070696/>
- Marcussen, K., Gary, K. M., & Serpe, R. T. (2021). Meaning matters: Measuring the mental illness identity. *Social Science Research*, 100(1), 102617. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2021.102617>
- McGorry, P. D., Killackey, E., & Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*, 7(3), 148–156. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00182.x>
- Montenegro, C., Irrázaval, M., González, J., Thomas, F., & Urrutia, J. (2023). Moving psychiatric deinstitutionalization forward: A scoping review of barriers and facilitators. *Cambridge Prisms Global Mental Health*, 10. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.18>
- National Association of Social Workers. (2019) *Types of social work*. <https://www.socialworkers.org/News/Facts/Types-of-Social-Work>
- National Institutes of Health (US). (2007). *NIH Curriculum Supplement Series*. NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20364/>
- O’Connell, N., O’Connor, K., McGrath, D., Vagge, L., Mockler, D., Jennings, R., & Darker, C. D. (2021). Early Intervention in Psychosis services: A systematic review and narrative synthesis of the barriers and facilitators to implementation. *European Psychiatry*, 65(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2260>
- Ong, H., Fernandez, P., & Lim, H. (2021). Family engagement as part of managing patients with mental illness in primary care. *Singapore Medical Journal*, 62(5), 213–219.

<https://doi.org/10.11622/smedj.2021057>

Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Braz J Psychiatry*. 2020;42:232-235. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>

Østerud, K. L. (2022). Mental illness stigma and employer evaluation in hiring: Stereotypes, discrimination and the role of experience. *Sociology of Health & Illness*, 45(1), 90–108. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13544>

Phillips, R., Durkin, M., Engward, H., Cable, G., & Iancu, M. (2022). The impact of caring for family members with mental illnesses on the caregiver: a scoping review. *Health Promotion International*, 38(3). <https://doi.org/10.1093/heapro/daac049>

Porfyri, G., Athanasiadou, M., Siokas, V., Angelopoulos, K., Skarpari, S., Zagalioti, S., Dardiotis, E., Rudolf, J., Deretzi, G., Konsta, A., & Diakogiannis, I. (2023). Mental illness through the perspective of undergraduate medical students in Greece: a cross-sectional study at Aristotle University of Thessaloniki. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1228539>

Porfyri, G., Athanasiadou, M., Siokas, V., Giannoglou, S., Skarpari, S., Kikis, M., Myroforidou, A., Anoixa, M., Zerakis, N., Bonti, E., Konsta, A., Diakogiannis, I., Rudolf, J., & Deretzi, G. (2022). Mental health-related stigma discrimination and prejudices among Greek healthcare professionals. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1027304>

Powell, T. C. (2020). Can quantitative research solve social problems? Pragmatism and the ethics of social research. *Journal of Business Ethics*, 167(1), 41-48. <https://doi.org/10.1007/s10551-019-04196-7>

Roni, S. M., & Djajadikerta, H. G. (2021). *Data analysis with SPSS for survey-based research*. Singapore: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-981-16-0193-4>

Schomerus, G., Baumann, E., Sander, C., Speerforck, S., & Angermeyer, M. C. (2021). Some good news for psychiatry: resource allocation preferences of the public during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*, 20(2), 301–302. <https://doi.org/10.1002/wps.20875>

- Shabir, O. (2021, March 22). *The Genetics of Mental Disorder*. News-Medical.net. <https://www.news-medical.net/health/The-Genetics-of-Mental-Disorder.aspx>
- Singh, V., Kumar, A., & Gupta, S. (2022). Mental Health Prevention and Promotion—A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.898009>
- Smith, P. (2021). *Social integration of people with severe mental illness : a challenge for health care systems and policies*. <http://hdl.handle.net/2078.1/252238>
- Smoller, J., Kendler, K., Craddock, N., Lee, P., Neale, B., Nurnberger, J., Ripke, S., Santangelo, S., Statistical, S., Anney, R., Buitelaar, J., Fanous, A., Faraone, S., Hoogendijk, W., Lesch, K., Levinson, D., Perlis, R., Purcell, S., Rietschel, M., . . . Devlin, B. (2013). Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet*, 381(9875), 1371–1379. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)62129-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)62129-1)
- Srivastava, K., Chaudhury, S., Bhat, P., & Mujawar, S. (2018). Media and mental health. *Industrial Psychiatry Journal*, 27(1), 1. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_73_18
- Stein, D. J., Shoptaw, S. J., Vigo, D. V., Lund, C., Cuijpers, P., Bantjes, J., Sartorius, N., & Maj, M. (2022). Psychiatric diagnosis and treatment in the 21st century: paradigm shifts versus incremental integration. *World Psychiatry*, 21(3), 393–414. <https://doi.org/10.1002/wps.20998>
- Stellis Health. (2024, August 29). *Promoting mental health Awareness: Breaking the stigma*. <https://stellishealth.com/promoting-mental-health-awareness-breaking-the-stigma/>
- Stuart, H. (2006). Media Portrayal of Mental Illness and its Treatments. *CNS Drugs*, 20(2), 99–106. <https://doi.org/10.2165/00023210-200620020-00002>
- Stuart, H. (2016). Reducing the stigma of mental illness. *Cambridge Prisms Global Mental Health*, 3. <https://doi.org/10.1017/gmh.2016.11>
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C., & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123–1132. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00298-6)

- Todor, I. (2013). Opinions about Mental Illness. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 82, 209–214. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.247>
- Traylor, J., Overstreet, L., & Lang, D. (2022, August 1). *Psychodynamic Theory: Freud*. Pressbooks. <https://iastate.pressbooks.pub/individualfamilydevelopment/chapter/freuds-psychodynamic-theory/>
- Tripathi, A., Das, A., & Kar, S. K. (2019). Biopsychosocial model in Contemporary Psychiatry: Current validity and future Prospects. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 41(6), 582–585. https://doi.org/10.4103/ijpsym.ijpsym_314_19
- Wainberg, M. L., Scorza, P., Shultz, J. M., Helpman, L., Mootz, J. J., Johnson, K. A., Neria, Y., Bradford, J. E., Oquendo, M. A., & Arbuckle, M. R. (2017). Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective. *Current Psychiatry Reports*, 19(5). <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0780-z>
- WHO, (2023). *Mental health: Promoting and protecting human rights*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/mental-health-promoting-and-protecting-human-rights>
- WHO. (2023). *World Mental Health Day 2023: mental health is a basic human right*. World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean. <https://www.emro.who.int/media/news/world-mental-health-day-2023-mental-health-is-a-basic-human-right.html>
- Wiedermann, C. J., Barbieri, V., Plagg, B., Marino, P., Piccoliori, G., & Engl, A. (2023). Fortifying the Foundations: A comprehensive approach to enhancing mental health support in educational policies amidst crises. *Healthcare*, 11(10), 1423. <https://doi.org/10.3390/healthcare11101423>
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the world health organization*. World Health Organization. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- World Health Organization. (2011). *Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-en.pdf

World Health Organization. (2022, June 17). *Mental health*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

World Health Organization: WHO. (2022, June 8). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Wynne, R., Broeck, D., V., K, V., & Park, A. (2014). Promoting mental health in the workplace: guidance to implementing a comprehensive approach. *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/publication/277476748_Promoting_mental_health_in_the_workplace_guidance_to_implementing_a_comprehensive_approach

- Βερικάκη, Ο., (2014). Ο κοινωνικός λειτουργός σε ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου. Στο Σ. Μαρτινάκη & Δ. Μπουρίκος (Επιμ.) *Κοινωνική Εργασία & Ψυχική Υγεία* (σ. 178 – 190) Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.
- Δεπάστας, Χ., & Παπαχρονάκη, Ε., (2008). *Στάσεις των φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης απέναντι στις ψυχικές διαταραχές και τους ψυχικά ασθενείς*. <https://apothesis.lib.hmu.gr/bitstream/handle/20.500.12688/1352/Depastas2008.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Δημητρακοπούλου, Σ., (2014). Το κλινικό έργο του κοινωνικού λειτουργού σε κέντρο ψυχικής υγείας (ΚΨΥ). Κοινωνική εργασία σε άτομα, ομάδα και οικογένεια στους τομείς πρόληψης θεραπείας και αποκατάστασης. Στο Σ. Μαρτινάκη & Δ. Μπουρίκος (Επιμ.) *Κοινωνική Εργασία & Ψυχική Υγεία* (σ. 211 – 216) Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.
- Καλοκαιρινού, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α., Λάγιου, Α., Λιονής, Χ., Μαρκάκη, Ά., Μποδοσάκης, Π., Παπαδακάκη, Μ., & Σακελλάρη, Ε. (2015). *Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας* [Κεφάλαιο]. Στο Καλοκαιρινού, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α., Λάγιου, Α., Λιονής, Χ., Μαρκάκη, Ά., Μποδοσάκης, Π., Παπαδακάκη, Μ., & Σακελλάρη, Ε. 2015. *Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας* [Εργαστηριακός Οδηγός]. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις. <https://hdl.handle.net/11419/3310>
- Κανελλοπούλου, Δ., (2014). Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε ψυχογηριατρικό πλαίσιο. Στο Σ. Μαρτινάκη & Δ. Μπουρίκος (Επιμ.) *Κοινωνική Εργασία & Ψυχική Υγεία* (σ. 271 – 275) Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.
- Κοινή Υπουργική Απόφαση Γ3α,β/Γ.Π.οικ.37334/2021 - ΦΕΚ 2639/Β/18-6-2021. (χ.χ.). e-nomothesia.gr | Τράπεζα Πληροφοριών Νομοθεσίας. <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/koine-upourgike-apophase-g3a-bgp-oik-37334-2021.html>
- Παπαβασιλείου, Π., (2014). Ουσιοεξαρτήσεις. Ο κοινωνικός λειτουργός σε πλαίσιο απεξάρτησης ουσιών. Στο Σ. Μαρτινάκη & Δ. Μπουρίκος (Επιμ.) *Κοινωνική Εργασία & Ψυχική Υγεία* (σ. 258 – 270) Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.

Παπαγεωργίου, Ι. (2016). *Θεωρία δειγματοληψίας*. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.

Παπακώστα-Γάκη, Ε., Τσούνης, Α., Καφέτσιος, Κ., (2019). *Η επίδραση του προσανατολισμού δεσμού των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στις στάσεις τους για την ψυχική ασθένεια και στην εργασιακή τους ικανοποίηση*. Archives of Hellenic Medicine. 36. 218-229.
https://www.researchgate.net/publication/331431113_E_epidrase_tou_prosanatolismou_desmou_ton_epangelmaton_psychikes_ygeias_stis_staseis_tous_gia_ten_psychike_asthe_neia_kai_sten_ergasiake_tous_ikanopoiiese

ΠΔ αριθ. 50/1989 «Καθορισμός Επαγγελματικών Δικαιωμάτων των Πτυχιούχων του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων» (ΦΕΚ 23Α) <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/proedriko-diatagma-50-1989-phek-23a-26-1-1989.html>

Χαλικιάς, Μ. (2015). *Μεθοδολογία έρευνας και εισαγωγή στη στατιστική ανάλυση δεδομένων με το IBM SPSS Statistics*. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.

Παραρτήματα

Μέρος Α – Ερωτηματολόγιο

Ερωτηματολόγιο

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΕΓΚΑΙΡΗ ΠΕΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΩΣΗ



ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Αγαπητή/-ε συμμετέχουσα/-οντα,

Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στην κατανόηση των στάσεων των κοινωνικών λειτουργών, επαγγελματιών και φοιτητών/-τριών, απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Η μελέτη αυτή διεξάγεται στα πλαίσια της εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας για την απόκτηση του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών «Εγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση».

Οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν αυστηρά εμπιστευτικές. Όλα τα δεδομένα, που θα συλλεχθούν, θα είναι ανώνυμα, διασφαλίζοντας το απόρρητο και την εμπιστευτικότητα των απόψεών σας.

Η συμμετοχή στην παρούσα έρευνα είναι απολύτως εθελοντική. Μπορείτε να αποσυρθείτε ανά πάσα στιγμή χωρίς καμία υποχρέωση.

Εάν έχετε οποιεσδήποτε ερωτήσεις ή ανησυχίες σχετικά με την έρευνα ή τους στόχους της, μπορείτε να επικοινωνήσετε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.

Η συμβολή σας, μέσω αυτού του ερωτηματολογίου, είναι εξαιρετικά πολύτιμη για την εκπόνηση της συγκεκριμένης έρευνας. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι περίπου στα 15 λεπτά.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την προθυμία σας να συμμετάσχετε στην έρευνα.

MIXELAKH MARIANTZEΛA

Email: mmichelaki@med.uoa.gr

Ψηφιακή Δήλωση Συγκατάθεσης

Με την συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου, συναινώ στη συμμετοχή μου στην έρευνα με τίτλο "Αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια". Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι μπορώ να αποσυρθώ ανά πάσα στιγμή χωρίς καμία κύρωση.

Κατανοώ ότι οι απαντήσεις μου θα παραμείνουν ανώνυμες και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της έρευνας.

Δηλώνω ότι είμαι άνω των 18 ετών και ότι έχω κατανοήσει πλήρως τις πληροφορίες που παρέχονται σε αυτήν τη δήλωση.

Ναι ☐

Δυνατότητα Ανάκλησης Συμμετοχής Στην Έρευνα

Εάν, για οποιονδήποτε λόγο, αργότερα επιθυμήσετε να ανακαλέσετε τη συμμετοχή σας στην έρευνα, παρακαλούμε επικοινωνήστε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου αναφέροντας το μοναδικό προσωπικό κωδικό, που θα συμπληρώσετε στο παρακάτω πλαίσιο, όπου σύμφωνα με αυτόν θα πραγματοποιηθεί η αναγνώριση του ερωτηματολογίου σας.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ

Συμπλήρωσε με **X** ή $\surd$ την πρόταση που σε αντιπροσωπεύει ή συμπλήρωσε το κενό

Φύλο

Γυναίκα ☐

Ανδρας ☐

Άλλο: _____

Ηλικία: _____

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος/-η ☐

Έγγαμος/-η ☐

Διαζευγμένος/-η ☐

Σε διάσταση ☐

Χήρος/-α ☐

Άλλο: _____

Τόπος διαμονής:

Αστικό κέντρο (Αθήνα - Θεσσαλονίκη) ☐

Μεγάλη επαρχιακή πόλη ☐

Κωμόπολη ☐

Χωριό ☐

Νησί ☐

Άλλο: _____

Επίπεδο σπουδών:

Απόφοιτος/-η Πανεπιστήμιου ☐

Απόφοιτος/-η Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος ☐

Φοιτητής/-τρια ☐

Μεταπτυχιακό ☐

Διδακτορικό ☐

Μεταδιδακτορικό ☐

Άλλο: _____

Έτος φοίτησης (απαντούν μόνο οι προπτυχιακοί φοιτητές/-τριες):

1° ☐

2° ☐

3° ☐

4° ☐

Άλλο: _____

Εργάζεστε αυτήν την περίοδο ως Κοινωνικός/-ή Λειτουργός; (απαντούν μόνο οι επαγγελματίες):

Ναι ☐

Όχι ☐

Φορέας Απασχόλησης (απαντούν μόνο οι επαγγελματίες):

ΝΠΔΔ ☐

ΝΠΙΔ ☐

Άλλο: _____

Τομέας Απασχόλησης (απαντούν μόνο οι επαγγελματίες):

Τομέας Υγείας ☐

Τομέας Ψυχικής Υγείας ☐

Τομέας Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Δήμοι, Περιφέρειες, Δομές Καταπολέμησης της Φτώχειας) ☐

Τομέας Εξαρτήσεων ☐

Τομέας Παιδικής Προστασίας ☐

Τομέας Ειδικής Αγωγής ☐

Τομέας 3ης Ηλικίας ☐

Τομέας Μετανάστευσης ☐

Άλλο: _____

Στάσεις Απέναντι στην Ψυχική Ασθένεια
(Opinion Towards Mental Illness [OMI]) – J. Cohen, E. L. Struening, 1962
Μετάφραση – Στάθμιση Μ. Γ. Μαδιανός 1977.

Οι παρακάτω ερωτήσεις εκφράζουν διάφορες θέσεις για την ψυχική ασθένεια και τους ψυχικά ασθενείς. Οι προτάσεις αναφέρονται στα χαρακτηριστικά της ψυχικής ασθένειας, στις αιτίες της, στον αντίκτυπό της στην κοινωνική συμπεριφορά, καθώς και στα θεραπευτικά μέτρα, που η κοινωνία πρέπει να λάβει. Οι στάσεις γύρω από το θέμα ποικίλλουν. Παρακαλούμε να μας εκφράσετε τη δική σας γνώμη.

Στις επόμενες ερωτήσεις σας ζητείται να δηλώσετε τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας ως εξής:

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

Παρακαλώ σημειώστε την απάντηση που αντιστοιχεί στη γνώμη σας για κάθε ερώτηση.
Δεν υπάρχει σωστή ή λάθος απάντηση. Μας ενδιαφέρει μόνο η γνώμη σας.
Μη παραλείψετε καμία απάντηση.

	1	2	3	4	5	6
1. Οι νευρικοί κλωνισμοί συνήθως προέρχονται από την πολλή δουλειά.						
2. Η ψυχική ασθένεια είναι μια ασθένεια σαν όλες τις άλλες.						
3. Οι περισσότεροι ασθενείς των ψυχιατρικών δεν είναι επικίνδυνοι.						
4. Παρόλο που οι ασθενείς, που βγαίνουν από τα ψυχιατρεία, μπορεί να φαίνονται εντάξει, δεν θα πρέπει να τους επιτρέπεται να παντρεύονται.						
5. Εάν οι γονείς αγαπούσαν τα παιδιά τους περισσότερο, θα υπήρχαν λιγότεροι ψυχασθενείς.						
6. Είναι εύκολο να αναγνωρίσει κανείς κάποιον που κάποτε πέρασε μια σοβαρή ψυχική ασθένεια.						
7. Οι ψυχικά ασθενείς αφήνουν τα συναισθήματά τους να τους κυβερνούν οι φυσιολογικοί άνθρωποι δίνουν λύση στα θέματα που τους απασχολούν με τη σκέψη.						
8. Άνθρωποι που κάποτε νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρείο δεν είναι περισσότερο επικίνδυνοι από τον μέσο πολίτη.						
9. Όταν ένα άτομο έχει κάποιο πρόβλημα ή στενοχώρια, είναι καλύτερο να μην το σκέπτεται και να ασχολείται με πιο ευχάριστα πράγματα.						
10. Παρόλο που συνήθως δεν το καταλαβαίνουν, πολλοί άνθρωποι γίνονται ψυχικά ασθενείς για να αποφύγουν τα δύσκολα προβλήματα της καθημερινής ζωής.						
11. Υπάρχει κάτι στους ψυχικά ασθενείς που κάνει εύκολη τη διάκρισή τους από τους φυσιολογικούς ανθρώπους.						
12. Παρόλο που οι ασθενείς των ψυχιατρικών συμπεριφέρονται περίεργα, είναι λάθος να γελάμε μαζί τους.						
13. Οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς θέλουν να εργάζονται.						
14. Τα μικρά παιδιά ασθενών σε ψυχιατρεία δεν πρέπει να επιτρέπεται να τους επισκέπτονται.						
15. Άνθρωποι πετυχημένοι στην εργασία τους σπάνια αρρωσταίνουν ψυχικά.						
16. Οι άνθρωποι δεν θα αρρώσταιναν ψυχικά εάν απέφευγαν τις κακές σκέψεις.						
17. Οι ασθενείς ψυχιατρικών είναι σε πολλά πράγματα σαν τα παιδιά.						
18. Για τη φροντίδα και θεραπεία ατόμων με σοβαρές ψυχικές ασθένειες θα πρέπει να διατίθενται περισσότερα από τα χρήματα που εισπράττονται από φόρους.						
19. Ένας καρδιακός έχει πρόβλημα με ένα μόνο πράγμα, ενώ ένας ψυχασθενής είναι τελείως διαφορετικός από άλλους ασθενείς.						
20. Οι ψυχικά ασθενείς προέρχονται από οικογένειες που οι γονείς ενδιαφέρονται ελάχιστα για τα παιδιά τους.						
21. Άνθρωποι με ψυχικές ασθένειες δεν θα πρέπει ποτέ να νοσηλεύονται στο ίδιο νοσοκομείο με ανθρώπους που πάσχουν από σωματικές ασθένειες.						
22. Καθένας που καταβάλλει σοβαρή προσπάθεια να θεραπευτεί, αξίζει το σεβασμό των άλλων.						

23. Εάν τα νοσοκομεία μας είχαν αρκετούς εκπαιδευμένους γιατρούς, νοσοκόμες και βοηθούς, πολλοί από τους ασθενείς θα γίνονταν αρκετά καλά για να ζήσουν έξω από το νοσοκομείο.						
24. Μια γυναίκα θα πρέπει, να είναι ανόητη για να παντρευτεί έναν άντρα που είχε σοβαρή ψυχική ασθένεια, έστω και αν φαίνεται να έχει τελείως θεραπευτεί.						
25. Εάν τα παιδιά ψυχικά ασθενών γονιών ανατρέφονταν από φυσιολογικούς γονείς, πιθανότατα δεν θα γίνονταν ψυχικά ασθενείς.						
26. Άνθρωποι που υπήρξαν ασθενείς σε ψυχιατρείο, ποτέ δεν θα ξαναβρούν τον παλιό τους εαυτό.						
27. Πολλοί ψυχικά ασθενείς είναι ικανοί για εξειδικευμένη χειρωνακτική εργασία, έστω και αν σε ορισμένες εκδηλώσεις τους είναι ψυχικά πολύ διαταραγμένοι.						
28. Τα ψυχιατρεία μας μοιάζουν περισσότερο με φυλακές παρά με μέρη όπου φροντίζουν ψυχικά ασθενείς.						
29. Όποιος βρίσκεται σε ψυχιατρείο με ψυχική ασθένεια, δεν θα πρέπει να ψηφίζει.						
30. Η ψυχική ασθένεια πολλών ανθρώπων προκαλείται από χωρισμό ή διαζύγιο των γονιών τους κατά την παιδική ηλικία.						
31. Ο καλύτερος τρόπος χειρισμού ασθενών στα ψυχιατρεία είναι οι κλειδωμένες πόρτες.						
32. Το να είναι κανείς ασθενής σε ψυχιατρείο ισοδυναμεί με αποτυχία στη ζωή.						
33. Στους ασθενείς ψυχιατρείων θα πρέπει να παρέχονται περισσότερες δυνατότητες για προσωπική ζωή.						
34. Αν ένας ασθενής ψυχιατρείου επιτεθεί σε κάποιον, πρέπει να τιμωρηθεί για να μην το ξανακάνει.						
35. Εάν παιδιά φυσιολογικών γονιών μεγαλώσουν με ψυχικά ασθενείς γονείς, πιθανότατα θα γίνουν ψυχικά ασθενείς.						
36. Κάθε ψυχιατρείο θα πρέπει να περιβάλλεται από έναν ψηλό φράχτη και να φρουρείται.						
37. Ο νόμος θα πρέπει να επιτρέπει σε μια γυναίκα να χωρίζει τον άντρα της σε περίπτωση που αυτός εγκλείεται σε ψυχιατρείο με σοβαρή ψυχική ασθένεια.						
38. Άνθρωποι ανίκανοι για εργασία, λόγω ψυχικής ασθένειας, πρέπει να χρηματοδοτούνται για τα απαραίτητα της ζωής τους.						
39. Η ψυχική ασθένεια προκαλείται συνήθως από κάποια αρρώστια του νευρικού συστήματος.						
40. Άσχετα με το πώς το βλέπει κανείς, ασθενείς με σοβαρή ψυχική ασθένεια δεν είναι πια πραγματικοί άνθρωποι.						
41. Στις περισσότερες γυναίκες που νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρείο μπορεί να ανατεθεί η φύλαξη παιδιών.						
42. Οι περισσότεροι ασθενείς στα ψυχιατρεία δεν ενδιαφέρονται για την εμφάνισή τους.						
43. Είναι πιθανότερο να αρρωστήσει ψυχικά ένας καθηγητής πανεπιστημίου παρά ένας επιχειρηματίας.						
44. Πολλοί που ποτέ δεν υπήρξαν ασθενείς ψυχιατρείου είναι σε μεγαλύτερο βαθμό ψυχικά άρρωστοι από αυτούς που βρίσκονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία.						

45. Παρόλο που μερικοί ψυχικά ασθενείς φαίνονται καλά, είναι επικίνδυνο να ξεχνά κανείς έστω και για μια στιγμή ότι είναι ψυχικά ασθενείς.						
46. Μερικές φορές η ψυχική ασθένεια είναι τιμωρία για κακές πράξεις.						
47. Τα ψυχιατρεία μας θα πρέπει να οργανωθούν με τρόπο ώστε να αισθάνονται οι ασθενείς όσο το δυνατόν σαν σπίτι τους.						
48. Μία από τις κύριες αιτίες της ψυχικής ασθένειας είναι η έλλειψη ηθικής δύναμης ή δυνατής θέλησης.						
49. Ελάχιστοι μπορούν να γίνουν για τους ασθενείς ψυχιατρείων πέρα από του να εξασφαλίζεται η άνεση και η καλή διατροφή τους.						
50. Πολλοί ψυχικά ασθενείς θα παρέμεναν στο νοσοκομείο μέχρι να γίνουν τελείως καλά, ακόμη και αν οι πόρτες ήταν ξεκλειδωτές.						
51. Όλοι οι ασθενείς ψυχιατρείων πρέπει να εμποδίζονται να κάνουν παιδιά με μια ανώδυνη επέμβαση.						

Πόροι και Ανάγκες στην Ψυχική Υγεία

Οι ακόλουθες ερωτήσεις είναι ανοιχτού τύπου, δηλαδή δεν περιορίζονται σε συγκεκριμένες απαντήσεις και σας επιτρέπουν να εκφράσετε ελεύθερα τις απόψεις, τις εμπειρίες και τις σκέψεις σας. Παρακαλώ γράψτε τις απαντήσεις σας με σαφήνεια και συντομία, αναφέροντας όσο το δυνατόν περισσότερες λεπτομέρειες, που θεωρείτε σημαντικές.

Αν υπήρχαν επιπλέον διαθέσιμοι πόροι για την ψυχική υγεία, σε ποιους τομείς θα τους αξιοποιούσατε; *Γράψτε τρεις*

Κατά την γνώμη σας, τί είδους εκπαίδευση θεωρείτε αναγκαία για τους κοινωνικούς λειτουργούς, που εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας;

Τί πιστεύετε ότι θα μπορούσαν να αναβαθμίσουν σημαντικά τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας; *Γράψτε τρεις*

Έχετε στο στενό σας περιβάλλον άτομο που αντιμετωπίζει ή αντιμετωπίζει ζήτημα ψυχικής υγείας;

Ναι ☐

Όχι ☐

Δεν απαντώ ☐

Μέρος Β – Άδεια Χρήσης Ερωτηματολογίου ΟΜΙ

Η σχετική άδεια παραχωρήθηκε έπειτα από γραπτή επικοινωνία με την δημιουργό/μεταφράστρια του ερωτηματολογίου, την Κα Οικονόμου. Η γραπτή επικοινωνία παραμένει αρχειοθετημένη. Κατόπιν αιτήματος υπάρχει η δυνατότητα γνωστοποίησης.

Μέρος Γ – Μέθοδος Υπολογισμού Παραγόντων Κλίμακας «Opinion About Mental Illness» (OMI)

Κοινωνική διάκριση	4+6+7+9+11+14+15+16+17+19+21+24+35+42+45+48
Κοινωνικός περιορισμός	26+29+31+32+34+36+37+39+40+43+46+49+51
Κοινωνική φροντίδα	12+18+22+23+28+33+38+47
Κοινωνική ενσωμάτωση	2+3+8+13+27+41+44+50
Αιτιολογία	1+5+10+20+25+30

Μέρος Δ – Συνοπτικός Πίνακας Στατιστικά Σημαντικών Συσχετίσεων

Ερευνητικό Ερώτημα	Παράγοντας	Χαρακτηριστικά Δείγματος	Σημαντική Συσχέτιση (Sig.)	Σχόλια
«Υπάρχουν διαφορές στις αντιλήψεις μεταξύ επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών και Φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας για την ψυχική ασθένεια;»	Κοινωνική Ενσωμάτωση	Σύγκριση Επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών και Φοιτητών/τριών Κοινωνικής Εργασίας	Sig. ,004	Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ Επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών και Φοιτητών/τριων με την μεταβλητή Κοινωνική Ενσωμάτωση
	Αιτιολογία	Σύγκριση Επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών και Φοιτητών/τριών Κοινωνικής Εργασίας	Sig. ,023	Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ Επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών και Φοιτητών/τριων με την μεταβλητή Αιτιολογία
	Κοινωνική Ενσωμάτωση	Ηλικία	Sig. ,004	Στατιστικά σημαντική συσχέτιση της

				ηλικίας με την μεταβλητή Κοινωνικής Ενσωμάτωσης
<i>«Οι στάσεις και οι αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια επηρεάζονται από τα κοινωνικο/πολιτισμικά χαρακτηριστικά»</i>	Αιτιολογία	Ηλικία	Sig. ,046	Στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας με την μεταβλητή Αιτιολογία
<i>«Υπάρχουν διαφορές στις αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος;»</i>	Κοινωνική Ενσωμάτωση	Επίπεδο Σπουδών	Sig. ,022	Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της μεταβλητής Κοινωνική Ενσωμάτωση και του Επιπέδου Σπουδών
	Αιτιολογία	Επίπεδο Σπουδών	Sig. ,013	Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της μεταβλητής Αιτιολογία και του Επιπέδου Σπουδών
	Αιτιολογία	Εργασία ως Κοινωνικός/ή Λειτουργός	Sig. ,002	Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της μεταβλητής Αιτιολογία και της Εργασίας ως Κοινωνικός/ή Λειτουργός
	Κοινωνικός Περιορισμός	Τομέας Απασχόλησης	Sig. ,003	Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της μεταβλητής Κοινωνικός Περιορισμός και του Τομέα Απασχόλησης
<i>«Οι στάσεις και οι αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια</i>	Αιτιολογία	Επίπεδο Σπουδών	Sig. ,006	Στατιστικά σημαντική συσχέτιση του

<i>επηρεάζονται από τα κοινωνικο/πολιτισμικά χαρακτηριστικά»</i>				Επιπέδου Σπουδών με την μεταβλητή Αιτιολογία
	Αιτιολογία	Εργασία ως Κοινωνικός/ή Λειτουργός	Sig. ,004	Στατιστικά σημαντική συσχέτιση της Εργασίας ως Κοινωνικός/ή με την μεταβλητή Αιτιολογία

Σας ευχαριστώ για το χρόνο σας.