



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Στάθμιση της Κλίμακας Αλληλεπίδρασης με Άτομα με Αναπηρία σε σπουδαστές επαγγελματιών υγείας

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ:

Γιαννακούδη Σοφία Α.Μ.:2135

Γιαννίκη Μαρία Α.Μ.:2137

Εποπτεύουσα καθηγήτρια: Μπανιά Θεοφανή

Αίγιο- 2019



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ**
UNIVERSITY OF PATRAS

**University of Patras
School of Health Rehabilitation Sciences
Physiotherapy Department**

Cross-validation of the Interaction with Disabled Persons Scale in undergraduate healthcare students

**Undergraduate Students:
Giannakoudi Sofia**

Gianniki Maria

**Supervisor:
Bania Theofani**

Aigio, 2019

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την διεκπεραίωση της παρούσας ερευνητικής εργασίας, θα θέλαμε πρωτίστως να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτρια Μπανιά Θεοφανή για την αगाστή συνεργασία και την πολύτιμη συμβολή της στην ολοκλήρωσή της, την εμπιστοσύνη που μας έδειξε, καθώς και την άμεση ανταπόκρισή της όσες φορές την χρειαστήκαμε.

Ακόμη, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την κυρία Χαριτάκη Γαρυφαλλιά για την ωφέλιμη βοήθεια της στην παραγοντική ανάλυση, καθώς και όλους τους σπουδαστές που συμμετείχαν στην έρευνα και συντέλεσαν στη συλλογή των δεδομένων για την τελική συγγραφή της εργασίας.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο «Στάθμιση της Κλίμακας Αλληλεπίδρασης με Άτομα με Αναπηρία σε σπουδαστές επαγγελματιών υγείας» διενεργήθηκε στα πλαίσια της ολοκλήρωσης του προπτυχιακού προγράμματος σπουδών στο Πανεπιστήμιο Πατρών, τμήμα Φυσικοθεραπείας με έδρα το Αίγιο. Καθώς ο χαρακτήρας της εργασίας είναι ερευνητικός ήταν απαραίτητη η συλλογή δεδομένων με την κλίμακα Αλληλεπίδρασης με Άτομα με Αναπηρία. Με την κλίμακα αυτή αξιολογήθηκε η στάση και συμπεριφορά σπουδαστών επαγγελματιών υγείας. Η γνώση της συμπεριφοράς ενός ατόμου απέναντι σε ένα άτομο με αναπηρία, μας βοηθά να καταλάβουμε την αλληλεπίδραση που υπάρχει μεταξύ τους (Yuker et al., 1965). Δύο βασικά κριτήρια ώστε να εξασφαλιστούν αξιόπιστα και έγκυρα αποτελέσματα από μια αξιολόγηση, για έρευνες που λαμβάνουν χώρο στον τομέα της υγείας, είναι η αναζήτηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας. Ένα όργανο αξιολόγησης δεν μπορεί να δώσει χρήσιμα αποτελέσματα, αν δεν έχει παρουσιάσει πρώτα ένα ικανοποιητικό επίπεδο αξιοπιστίας (reliability) και εγκυρότητας (validity).

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία, αρχικά, παρουσιάζεται μια σύντομη εισαγωγή που θα οδηγήσει ομαλά στην προβολή του θέματος της έρευνας. Έπειτα, θα γίνεται μία γενική αναφορά σε ορισμούς που θα βοηθήσουν στην καλύτερη κατανόηση της κατάστασης που επικρατεί γύρω από το ευρύ φάσμα των ατόμων με νοητικές και σωματικές αναπηρίες, αλλά και ορισμούς που θα βοηθήσουν στην κατανόηση της μελέτης. Παρακάτω θα αναλύεται η μεθοδολογία και οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν στο ερευνητικό κομμάτι καθώς και στα αποτελέσματα, τα οποία θα εμφανίζονται συγχρόνως και σε μορφή πινάκων ή διαγραμμάτων. Στο κεφάλαιο της «συζήτησης» θα γίνεται λεπτομερής επεξήγηση των αποτελεσμάτων και σύγκρισή τους με άλλες έγκυρες μελέτες καθώς και όπου χρειάζεται θα συζητούνται οι λόγοι για τους οποίους βρέθηκαν συγκεκριμένα αποτελέσματα. Στο τέλος θα γίνεται συνοπτική ανάπτυξη των συμπερασμάτων που έχουν προκύψει από την έρευνα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Άσχημη συμπεριφορά προς τα άτομα με αναπηρία μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο όπως μειωμένη αυτοεκτίμηση, αλλά και μειωμένη αποτελεσματικότητα της θεραπείας που παρέχεται στα άτομα με αναπηρία. Μια θετική στάση και συμπεριφορά πρέπει να εκπαιδευεται νωρίς όσο οι επαγγελματίες υγείας είναι ακόμη σπουδαστές και επομένως αξιολόγηση της στάσης των σπουδαστών απέναντι στα άτομα με «αναπηρία» είναι πολύ σημαντική.

Σκοπός: Η Κλίμακα Αλληλεπίδρασης με Άτομα με Αναπηρία (ΚΑΑΑ) είναι μια κλίμακα που μετρά τη στάση απέναντι στα άτομα με αναπηρία δίνοντας έμφαση στα αρνητικά συναισθήματα. Αποτελείται από 20 ερωτήσεις υποκειμενικής φύσεως σχετικά με την στάση των σπουδαστών γενικότερα πάνω στα άτομα με αναπηρία. Εφόσον είναι πολύ σημαντική η αξιολόγηση της στάσης των σπουδαστών, αυτή θα πρέπει να γίνεται με έγκυρα και αξιόπιστα εργαλεία. Σκοπός, επομένως, αυτής της μελέτης ήταν να σταθμιστεί η ΚΑΑΑ σε σπουδαστές επαγγελματιών υγείας.

Μεθοδολογία: Η ΚΑΑΑ, διανεμήθηκε και συμπληρώθηκε από σπουδαστές επαγγελματιών υγείας σε δύο διαφορετικά εκπαιδευτικά ιδρύματα της Ελλάδας. Η κλίμακα διανεμήθηκε για δεύτερη φορά μετά το χρονικό διάστημα των τριών εβδομάδων, ώστε να εκτιμηθεί και η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων. Για την εγκυρότητα διάκρισης, οι σπουδαστές χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, στην πρώτη ομάδα συμπεριλαμβάνονταν όσοι είχαν παρακολουθήσει και ολοκληρώσει τουλάχιστον μια κλινική που να έρχονται σε επαφή με άτομα με αναπηρία και στην δεύτερη ομάδα όσοι δεν είχαν παρακολουθήσει μια τέτοια κλινική.

Αποτελέσματα: 327 σπουδαστές συμμετείχαν στην έρευνα με μέσο όρο ηλικίας τα 21,25 έτη, 118 σπουδαστές και 209 σπουδάστριες. Η επεξηγηματική παραγοντική ανάλυση έβγαλε 6 παράγοντες που αιτιολογούν το 55,66% της συνολικής διακύμανσης. Οι σπουδαστές που παρακολούθησαν κλινική με άτομα με αναπηρία (1^η ομάδα) βαθμολόγησαν την ΚΑΑΑ με μέση διαφορά 4,5 βαθμούς (95% διάστημα εμπιστοσύνης: -6,6 ως -2,4) λιγότερο από την ομάδα σπουδαστών που δεν παρακολούθησαν κλινική με άτομα με αναπηρία (2^η ομάδα). Το αποτέλεσμα αυτό υποδεικνύει ότι η 1^η ομάδα κατέχει πιο θετική στάση απέναντι στα άτομα με αναπηρία συγκριτικά με την 2^η ομάδα. Επιπλέον, η ΚΑΑΑ παρουσίασε σημαντικό βαθμού αξιοπιστία καθώς ο συντελεστής ενδοσυσχέτισης ήταν 0,86 και ο δείκτης εσωτερικής συνοχής Chronbach's α για την κλίμακα με τις 20 ερωτήσεις βρέθηκε 0,87, ενώ για την κλίμακα με τις 17 ερωτήσεις βρέθηκε 0,93.

Συμπεράσματα: Η παρούσα έρευνα επικεντρώθηκε στην διαπολιτισμική στάθμιση της ΚΑΑΑ σε σπουδαστές επαγγελματιών υγείας. Στην Ελλάδα δεν έχει σταθμιστεί, ακόμη, κατάλληλα κανένα εργαλείο αυτοαξιολόγησης της στάσης σπουδαστών απέναντι σε άτομα με αναπηρία. Η ΚΑΑΑ σε σπουδαστές επαγγελματιών υγείας απέδειξε επαρκή ποσότητα εγκυρότητας και αξιοπιστίας για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς των Ελλήνων σπουδαστών επαγγελματιών υγείας απέναντι σε άτομα με αναπηρία. Ακόμη, υπήρξαν ενδείξεις ότι η παρακολούθηση των κλινικών εντός του προγράμματος σπουδών ενδεχομένως επηρεάζει την στάση των σπουδαστών απέναντι στα άτομα με αναπηρία.

Λέξεις κλειδιά: Κλίμακα Αλληλεπίδρασης με Άτομα με Αναπηρία, ΚΑΑΑ, εγκυρότητα, αξιοπιστία, σπουδαστές επαγγελματιών υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
Κεφάλαιο 1^ο.....	4
1.1 Αναπηρία.....	4
1.2 Ορισμός στάσης και συμπεριφοράς	5
1.3 Επιπτώσεις αρνητικών στάσεων του γενικού πληθυσμού	6
1.4 Στάση επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία	6
1.5 Στάση σπουδαστών επαγγελμάτων υγείας	8
1.5.1 Η στάση σπουδαστών επαγγελμάτων υγείας στην Ελλάδα	10
1.6 Τρόποι αποφυγής αρνητικών συμπεριφορών.....	12
1.7 Κλίμακες που μελετούν την στάση απέναντι στα άτομα με αναπηρία	12
1.8 Περιγραφή του προβλήματος.....	15
Κεφάλαιο 2^ο.....	17
2.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	17
2.1 Είδος μελέτης και χρονικό διάστημα	17
2.2 Εργαλείο μέτρησης	17
2.3 Ηθικά θέματα	19
2.4 Διαδικασία πραγμάτωσης	19
2.5 Μέθοδος ανάλυσης.....	21
Κεφάλαιο 3^ο.....	23
3.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	23
3.1 Συμμετέχοντες	23
3.2 Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.....	23
3.3 Εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής.....	25
3.4 Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας.....	29
3.5 Εγκυρότητα διάκρισης.....	29
3.6 Αξιοπιστία των επαναληπτικών μετρήσεων	32

ΣΥΖΗΤΗΣΗ	33
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ.....	39
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	40
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ.....	41
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	50

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1: Κλίμακες αξιολόγησης της στάσης απέναντι στα άτομα με αναπηρία	13
Πίνακας 2: Συχνότητα σπουδαστών ανά εξάμηνο φοίτησης	23
Πίνακας 3: Συχνότητα επαφής με άτομα με αναπηρία όλων των σπουδαστών	24
Πίνακας 4: Συντελεστές συσχέτισης των ερωτήσεων με τον παράγοντα τους.....	26
Πίνακας 5: Εξάμηνο φοίτησης για τους σπουδαστές της Α' και Β' ομάδας	30
Πίνακας 6: Συχνότητα επαφής με άτομα με αναπηρία της κάθε ομάδας	31
Πίνακας 7: Αποτελέσματα independent t-test.....	31
Πίνακας 8: Συντελεστής Ενδοσυσχέτισης	32

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

Διάγραμμα 1: Προτεινόμενη προσαρμογή μοντέλου.....	28
--	----

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Η.Π.Α.: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

ΚΑΑΑ: Κλίμακα Αλληλεπίδρασης με Άτομα με Αναπηρία

ΣΕΥΠ: Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας

ΤΕΙ: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

ATDP: Attitude Toward Disabled Persons

IDP: Interaction with Disabled Persons

RSI: Rehabilitation Situations Inventory

SADP: Scale of Attitudes Toward Disabled Persons

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μεταχείριση του ασθενή καθορίζει την ομαλή και άρτια συνεργασία ανάμεσα στον ειδικό και τον ασθενή. Ωστόσο, ειδικά ο τομέας των επιστημών υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές) καλείται να αντιμετωπίσει μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης στην παροχή έργου καθώς κύριο και μοναδικό μέλημά του είναι η φροντίδα και η κάλυψη της προσωπικής υγείας και ακεραιότητας. Κάθε πράξη ή έκφραση μπορεί να αποδειχθεί καθοριστική, διότι η επαφή του επαγγελματία υγείας και του ασθενή έρχεται σε αρμονία μόνο όταν η αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών είναι εύρυθμη. Συνεπώς είναι φυσικό μία αρνητική στάση συμπεριφοράς να επηρεάσει την πορεία μιας θεραπείας σε μικρό ή μεγάλο βαθμό. Ιδιαίτερα κρίσιμη είναι η κατάσταση όταν οι μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας έρχονται αντιμέτωποι με ειδικούς πληθυσμούς όπως τα άτομα με σωματική και νοητική αναπηρία (Duckworth, 1988; Paris, 1993; Peat, 1997; Jones & Itamar, 1997; Antonak & Livneh, 2000), διότι η αναπηρία συγχέεται συχνά ως μη φυσιολογικό χαρακτηριστικό (Raymond et al., 2002). Τα άτομα με σωματικές και πνευματικές ανεπάρκειες δεν ήταν πλήρως αποδεκτά από τις κοινωνίες καθ' όλη τη διάρκεια της ιστορίας. Έχουν υποφέρει από την απόρριψη, τον αποκλεισμό και τις διακρίσεις σε πολλές χώρες (Northway 1997, 2000; Seccombe, 2007).

Η σχέση μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ατόμων με ειδικές ανάγκες δεν είναι ικανοποιητική. Οι μελέτες δείχνουν ότι η προηγούμενη γνώση σχετικά με την αναπηρία έχει θετικό αντίκτυπο στις στάσεις απέναντι στα άτομα με αναπηρία (Chen et al., 2002; Tervo et al, 2002; 2004). Η ανάλογη και ανάρμοστη αντιμετώπιση των ατόμων με αναπηρία πηγάζει από την παιδεία και την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας από την πρώιμη ηλικία των σπουδών τους. Οι σπουδαστές επαγγελματιών υγείας παίρνουν τα κατάλληλα εφόδια, ώστε να εισέλθουν στον τομέα τους και να εξελιχθούν αργότερα σε σωστούς φροντιστές υγείας. Οι έννοιες του σπουδαστή και του επαγγελματία είναι αλληλένδετες, καθώς, ανεξαιρέτως του ότι πρόκειται για το ίδιο πρόσωπο, η ολοκλήρωση της προσωπικότητας και του χαρακτήρα του σπουδαστή αποτυπώνεται μετέπειτα στο πρόσωπο του επαγγελματία, και επομένως πάνω στη δουλειά του. Για παράδειγμα, η φιλανθρωπική οργάνωση Kings Fund (1987) παρουσίασε καινοτόμες προσεγγίσεις για την βελτίωση της στάσης των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Πρότεινε δηλαδή, να συμπεριλαμβάνεται στην εκπαίδευση τους η αλληλεπίδραση με άτομα με αναπηρία διότι θα ήταν βοηθητικό στην μετέπειτα θεραπεία

τους. Όμως, κάτι τέτοιο πρέπει να πραγματοποιείται από την αρχή της εκπαίδευσης τους, ώστε όντας σπουδαστές να μην προλάβουν να σχηματίσουν προκατειλημμένες συμπεριφορές και να μην δημιουργηθούν προστατευτικά τείχη ανάμεσα στον σπουδαστή και τα άτομα με αναπηρία. Η προπτυχιακή εκπαίδευση των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνει διαδικασίες κριτικής σκέψης και ανάλυσης απέναντι στα άτομα με αναπηρία. (Seccombe 2007).

Παρόλα αυτά, αρκετοί σπουδαστές επαγγελματιών υγείας δεν γνωρίζουν τον σωστό τρόπο φροντίδας των ατόμων με αναπηρία και διαθέτουν αρνητική στάση απέναντι στα άτομα αυτά. Θα μπορούσε να χαρακτηριστεί από πολλούς ως προκατάληψη, η οποία διαμορφώνει την ψυχολογία και αυτή με τη σειρά της την βιοψυχοκοινωνική απολαβή των ατόμων με αναπηρία. Για παράδειγμα, πολλοί άνθρωποι λανθασμένα πιστεύουν ότι τα άτομα με αναπηρίες διαθέτουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους, υποτιμούν τις ικανότητές τους ή κατέχουν ένα αόριστο αίσθημα απόρριψης (Jung, 2011). Αυτή η αρνητική κοινωνική αντίληψη εκφράζεται ως κοινωνική προκατάληψη, στιγματισμός και κοινωνική απόσταση, περιορίζοντας την κοινωνική ένταξη των ανθρώπων με αναπηρίες (Park & Kim, 2017). Εφόσον, λοιπόν, τα άτομα με αναπηρία βιώνουν διαφορετική μεταχείριση και η διάθεση προς το πρόσωπό τους είναι αρνητική έπεται μία ανεπιτυχής θεραπεία. Οι Park & Kim (2017) αναφέρουν επίσης, συγκεκριμένα για τον κλάδο της φυσικοθεραπείας, ότι προκειμένου να αυξηθεί η ικανοποίηση στην εργασία και στην ποιότητα της φυσικοθεραπείας, είναι απαραίτητο να βοηθηθούν οι σπουδαστές ώστε να εξαλείψουν τις προκαταλήψεις εναντίον των ατόμων με αναπηρίες και να αναπτύξουν θετικές στάσεις πριν από την αποφοίτηση και προτού εργαστούν στο πεδίο αυτό. Βέβαια, οι στάσεις και η συμπεριφορά των σπουδαστών στο προπτυχιακό επίπεδο εξαρτώνται κατά κύριο λόγο από τις εμπειρίες ζωής που διαμορφώνονται από τις οικογένειες και από τις δικές τους στάσεις (Sahin & Akyol, 2010).

Έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχει συσχέτιση της στάσης απέναντι στα άτομα με αναπηρία με παράγοντες όπως είναι η ηλικία, η εθνικότητα, το φύλο, η εκπαίδευση, η γνώση, η προηγούμενη εμπειρία και η συχνότητα και ποιότητα επαφής με άτομα με αναπηρία, αν και αυτά τα ευρήματα δεν είναι σταθερά μεταξύ των διαφορετικών πληθυσμών και περιβαλλόντων (Yuker et al., 1970; Rimmerman et al., 2000; Tervo et al, 2004; Matziou et al., 2009; Ten Klooster et al, 2009; Page & Islam, 2015; Velonaki et al., 2015; Benomir et al 2016). Για παράδειγμα, αρκετοί φοιτητές ιατρικής δεν γνωρίζουν προσωπικά κάποιο άτομο με νοητική ή σωματική αναπηρία και γι' αυτό δεν αισθάνονται σίγουροι για το πώς θα έχουν

μια καλή επικοινωνία και πως θα εργαστούν με κάποιον με γνωστική δυσλειτουργία ή με κάποιον που δεν έχει λόγο. Μια θετική προσωπική εμπειρία μπορεί να βοηθήσει να ξεπεραστούν τα εμπόδια αυτά και να νιώσουν άνετα και με αυτοπεποίθηση όταν δουλεύουν με άτομα με διαφορετικές γνωστικές και επικοινωνιακές ικανότητες από αυτούς (Tracy & Iacono, 2008). Επιπρόσθετα, χρησιμοποιώντας την κλίμακα Attitudes Toward Disabled Persons (ATDP), η Paris (1993) διαπίστωσε ότι οι τεταρτοετείς σπουδαστές ιατρικής είχαν πολύ πιο θετική στάση απέναντι στην αναπηρία απ' ό,τι οι σπουδαστές του πρώτου έτους. Ακόμη, βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της στάσης και του φύλου των σπουδαστών, καθώς οι σπουδάστριες είχαν θετικότερη στάση από τους σπουδαστές. Οι Matziou et al. (2009) σε μελέτη σε νοσηλευτές και σπουδαστές νοσηλευτικής βρήκαν και εδώ ότι οι γυναίκες είχαν περισσότερο θετικές στάσεις από τους άντρες. Συσχέτιση της στάσης βρέθηκε ακόμη και με την εθνικότητα, με τους Καυκάσιους σπουδαστές να έχουν θετικότερη στάση από όλους τους υπόλοιπους (Αφροαμερικάνους, Ισπανούς και άλλους) και τους Ασιάτες να διαθέτουν την αρνητικότερη στάση απέναντι στα άτομα με αναπηρία.

Εντός των ελλαδικών συνόρων, οι στάσεις απέναντι στα άτομα με σωματικές αναπηρίες είναι γενικά αρνητικές, σε σύγκριση με εκείνες που αναφέρονται σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες (Kritsotakis et al, 2017). Σύμφωνα είναι και οι Matziou et al. (2009) οι οποίοι έχοντας ως δείγμα νοσηλευτές και σπουδαστές νοσηλευτικής συμπέραναν μια γενική αρνητική στάση απέναντι στα παιδιά με αναπηρία. Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Kritsotakis et al. (2017), προσέφερε μία διαυγή εικόνα για την δυσμενή μεταχείριση που δέχονται τα άτομα με αναπηρία όπως και οι φροντιστές τους, καθώς και για τις διακρίσεις και προκαταλήψεις που αντιμετωπίζουν από προσωπικό και κοινωνικό τομέα. Όπως φαίνεται από την έρευνα, αυτό αποδεικνύει την έλλειψη εκπαίδευσης και ενημέρωσης, ανεπαρκών προσωπικών δεξιοτήτων, και αδυναμία ή δυσφορία κατά την επαφή με άτομα με αναπηρία. Αρκετοί γονείς παιδιών με νοητική υστέρηση ανέφεραν αρνητικές στάσεις, κοινωνικούς και φυσικούς φραγμούς, ανεπαρκή υποστήριξη, καθοδήγηση και πληροφόρηση, καθώς και δυσκολίες επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας και εκπαίδευσης σε πολλές χώρες από όλο τον κόσμο συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας (Loukisas & Papoudi, 2016; Papadopoulou et al., 2017).

Κεφάλαιο 1^ο

1.1 Αναπηρία

Ο ορισμός της αναπηρίας αποτελεί ένα δύσκολο θέμα. Ένα κομμάτι της δυσκολίας του ορισμού της αναπηρίας οφείλεται στο γεγονός ότι η αναπηρία είναι μια πολύπλοκη και πολυδιάστατη έννοια. Εξαιτίας της εκτενούς ποικιλίας της φύσης του προβλήματος, ένας διεθνής ορισμός που να περιέχει όλες τις περιστάσεις είναι απίθανο να υπάρξει στην πραγματικότητα (Slater et al., 1974). Πάντως έχουν γίνει προσπάθειες για να οριστεί η έννοια της αναπηρίας με απλές προτάσεις, θεωρητικά μοντέλα, σύστημα ταξινόμησης και με διαφορετικούς τύπους μέτρησης.

Ορισμός αναπηρίας: Η αναπηρία είναι μια κατάσταση μειωμένης λειτουργικότητας που σχετίζεται με πάθηση, διαταραχή, τραυματισμό ή άλλες καταστάσεις υγείας, τις οποίες το ίδιο το άτομο τις βιώνει ως βλάβη, περιορισμό των δραστηριοτήτων ή περιορισμό συμμετοχής (WHO, 2006). Η αναπηρία μπορεί να περιλαμβάνει κάποια σωματική, αισθητηριακή (τύφλωση, κώφωση), νοητική και ψυχική ή πολλαπλή βλάβη, να είναι ορατή ή μη, προοδευτική, με διακυμάνσεις ή μόνιμη (Bogadan & Biklin, 1981; Hoghton et al., 2013).

Η αναπηρία είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο που μπορεί να προκύψει από ένα ευρύ φάσμα ασθενειών και τραυματισμών που πλήττουν ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού (Sahin & Akyol, 2010; WHO, 2006). Πάνω από ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι, περίπου το 15% του συνολικού πληθυσμού, έχει κάποιον τύπο αναπηρίας. Η ταξινόμηση International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ορίζει την αναπηρία ως έναν γενικό όρο για την βλάβη, τον περιορισμό δραστηριοτήτων και συμμετοχής. Η αναπηρία που είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο αφορά την αλληλεπίδραση μεταξύ των ατόμων με μια πάθηση (π.χ. εγκεφαλική παράλυση, Σύνδρομο Down και κατάθλιψη) και των προσωπικών και περιβαλλοντικών παραγόντων τους (π.χ. αρνητικές στάσεις, δυσπρόσιτη μεταφορά και πρόσβαση σε δημόσια κτίρια και περιορισμένη κοινωνική στήριξη και επομένως περιορισμένη κοινωνική συμμετοχή (WHO, 2001). Ο αριθμός των ατόμων με αναπηρίες αυξάνεται λόγω της αύξησης του πληθυσμού, της γήρανσης, της εμφάνισης χρόνιων παθήσεων και των ιατρικών προόδων για τη διατήρηση και παράταση της ζωής (WHO, 2006).

Η κοινωνική ενσωμάτωση των ατόμων με αναπηρία σε όλες τις πτυχές της ζωής είναι ένα αδιαμφισβήτητο δικαίωμα. Το γεγονός αυτό δίνει έμφαση στα βασικά έγγραφα, όπως στη

Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, στη Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία κ.λπ. Η ένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες αποτελεί προτεραιότητα για τη χώρα μας, όπως και άλλες αναπτυγμένες χώρες της Δύσης. Η ενσωμάτωση είναι μια μακρά και δύσκολη διαδικασία που δεν πραγματοποιείται αμέσως. Αυτή η διαδικασία έχει τις ρίζες της στην ανθρώπινη παιδική ηλικία και συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Μια πολύ σημαντική πτυχή που καθιστά δυνατή την διαδικασία ένταξης σχετίζεται με τη στάση των ατόμων απέναντι στην αναπηρία. Η κατανόηση της υγείας αλλά και των περιβαλλοντικών πτυχών της αναπηρίας αφήνει περιθώρια για την εξέταση των παρεμβάσεων υγείας που βελτιώνουν την λειτουργικότητα καθώς επίσης και τις παρεμβάσεις που θα αλλάξουν το περιβάλλον για να βελτιώσουν την συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία (Bickenbach et al., 1999). Αυτή η διαδικασία μπορεί να πραγματοποιηθεί ευκολότερα εάν η κοινωνία είναι ανοιχτή και συνεργατική με τα άτομα με αναπηρία (Gezim Dibra & Bushati, 2013).

1.2 Ορισμός στάσης και συμπεριφοράς

Οι στάσεις και συμπεριφορές είναι σημαντικές επειδή διαμορφώνουν τις ανθρώπινες αντιλήψεις του κοινωνικού και φυσικού κόσμου και επηρεάζουν τις αυτονόητες συμπεριφορές (Crano & Prislin, 2008). Το πρώτο βήμα για την ακριβή μέτρηση και ερμηνεία των στάσεων και συμπεριφορών είναι να ορίσουμε την έννοια της ίδιας της στάσης ή συμπεριφοράς. Η στάση αναφέρεται στην διάθεση ή το συναίσθημα ενός ατόμου ως προς την ετοιμότητα να απαντήσει και να σκεφτεί σχετικά με ένα συγκεκριμένο άτομο ή αντικείμενο συμπεριφοράς και ως προς τα δεδομένα, την γνώση και τα πιστεύω που τον προβληματίζουν αντίστοιχα (Rajecki, 1990; Sears et al., 1991). Ο Allport (1935) όρισε την στάση ως «μία νοητική και νευρική κατάσταση ετοιμότητας, οργανωμένης μέσω της εμπειρίας, ασκώντας μία διευθυντική και δυναμική επιρροή στην ανταπόκριση του ατόμου σε όλα τα αντικείμενα και τις καταστάσεις με τα οποία σχετίζεται» (Schwarz & Bohner, 2001). Ο Russell Fazio (1995) ορίζει τη στάση ως «μία σύνδεση στη μνήμη μεταξύ ενός δεδομένου αντικειμένου και μιας δεδομένης συνολικής αξιολόγησης του αντικειμένου» (Maio & Haddock, 2009). Επίσης, οι στάσεις αναφέρονται σε πεποιθήσεις που στρέφονται προς ένα πρόσωπο, αντικείμενο ή γεγονός, και μπορούν να διευκολύνουν θετικές ή αρνητικές αντιδράσεις (Eagly & Chaiken, 1993; Perry, 2008). Επιπλέον, δεδομένου ότι η στάση μπορεί να οριστεί ως μια πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει την αγάπη, τη συμπεριφορά και τη γνώση, είναι επιδεκτική στην αλλαγή και την παραλλαγή (De Laat et al., 2013).

1.3 Επιπτώσεις αρνητικών στάσεων του γενικού πληθυσμού

Σύμφωνα με τον Chubon (1982) οι αρνητικές στάσεις απέναντι στα άτομα με αναπηρία μπορεί να αποτελέσουν «αόρατα» εμπόδια στην κοινωνική ενσωμάτωση και στην παροχή κοινοτικών πόρων του ατόμου με αναπηρία. Τα συμπεριφορικά εμπόδια αυτά μειώνουν τις πιθανές ευκαιρίες δίνοντας τελικά το αποτέλεσμα της μειωμένης πιθανότητας για μια επιτυχημένη ενσωμάτωση των ατόμων με αναπηρία στην κοινωνία (Rao, 2004; Zascavage & Keefe, 2004). Αρκετές μελέτες διερευνούν τις συμπεριφορές και αντιληπτικές ικανότητες και έχουν βρει ότι η αρνητική συμπεριφορά του γενικού πληθυσμού απέναντι στα άτομα με αναπηρία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ζωή των ατόμων με αναπηρία με διαφορετικούς επιζήμιους τρόπους. Συγκεκριμένα μπορούν να επιδράσουν αρνητικά στην ιδέα που έχουν τα άτομα με αναπηρία για τον εαυτό τους, στην αυτοεκτίμηση τους και στην αντίληψη που έχουν για την αναπηρία τους (Hergenrather & Rhodes, 2007). Επομένως, οι αρνητικές συμπεριφορές στα άτομα με ειδικές ανάγκες, αποτρέπουν τα άτομα αυτά από την πλήρη ενσωμάτωση από την κοινότητα, που θα έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία εύρεσης εργασίας, ανάπτυξης κοινωνικών σχέσεων και χρήσης υπηρεσιών αποκατάστασης (Brodwin & Orange, 2002; Hergenrather et al., 2005).

1.4 Στάση επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία

Έχει δοθεί μεγάλη προσοχή στην βιβλιογραφία για τις συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας και των σπουδαστών επαγγελματιών υγείας στα άτομα με αναπηρία κατά την αποκατάστασή τους. Επιπλέον, όχι μόνο έχουν βρεθεί ομοιότητες μεταξύ της γενικών κοινωνικών συμπεριφορών και εκείνων που κατέχουν οι εργαζόμενοι της υγειονομικής περίθαλψης (Wicas E et al., 1971; Brillhart B. et al., 1990), αλλά γενικά οι επαγγελματίες υγείας έχουν πιο αρνητικές στάσεις από τις πιθανόν αναμενόμενες (Chubon, 1982).

Η στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία είναι σημαντικός παράγοντας για την αποκατάστασή τους (Peat, 1997; Chubon, 1982). Στην πραγματικότητα, τα άτομα με αναπηρία εξαρτώνται από τους επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας όλη τη ζωή τους και συχνά τους θεωρούν πιο κοντά από τα μέλη της οικογένειάς τους (Scullion, 1999; Bilge et al., 2005; Seccombe, 2007). Η επιτυχής θεραπεία περιορίζεται από τις αρνητικές συμπεριφορές που οδηγούν ή υποστηρίζουν μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Σύμφωνα με την Gething & Westbrook, (1983) οι επαγγελματίες υγείας είναι μεταξύ των σημαντικότερων παραγόντων για τα άτομα με αναπηρία στον αγώνα τους να αντιμετωπίσουν

σχετικά δύσκολες καταστάσεις ζωής. Η ύπαρξη αναπηρίας συχνά οδηγεί σε απώλεια της αυτοεκτίμησης. Στην προσπάθεια να αποδεχτεί τη νέα κατάσταση το άτομο είναι πολύ ευαίσθητο από τους τρόπους που οι άλλοι αντιδρούν σε αυτόν, ιδιαίτερα από ανθρώπους όπως είναι οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι θεωρούνται καταρτισμένοι και διαθέτουν υψηλά προσόντα. Σε μια ανασκόπηση, οι Yunker et al (1970) σχολίασαν ότι οι επαγγελματίες ξεκινούν με πολύ ευνοϊκές στάσεις αλλά αυτές συχνά γίνονται πιο αρνητικές.

Η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας επηρεάζεται πρωτίστως από το επίπεδο της επαγγελματικής εκπαίδευσης. Συγκεκριμένα, το 2005 στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (Η.Π.Α.) διαπιστώθηκε ότι το έλλειμμα στην εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας δυσχέρανε την μετέπειτα πορεία της κοινωνικής ένταξης και άρα την ψυχική υγεία των ατόμων με αναπηρία (Rimmer & Rowland, 2008). Οι White & Olson (1998) διερεύνησαν και σύγκριναν τις στάσεις των διαφόρων κατηγοριών επαγγελματιών υγείας. Διαπίστωσαν ότι οι εργοθεραπευτές είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες σε σύγκριση με τους νοσηλευτές ή τους φυσιοθεραπευτές. Άλλες μελέτες, έχουν δημοσιευτεί με διαφορετικά ευρήματα όσον αφορά τη συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των επαγγελματιών υγείας και της στάσης (Yunker et al., 1970). Οι Bakheit και Shanmugalingam (1997) και Dorji και Solomon (2009) βρήκαν μία αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των επαγγελματιών υγείας και της συμπεριφοράς τους στα άτομα με αναπηρία, που ίσως να οφείλεται στην έλλειψη της εκπαίδευσης των παλαιότερων επαγγελματιών υγείας. Όμως, ο παράγοντας που επηρεάζει περισσότερο την στάση των επαγγελματιών έχει αποδειχθεί ότι είναι η αλληλεπίδραση με άτομα με αναπηρία (Antonak, 1981).

Εφόσον, τα άτομα με αναπηρία βιώνουν διαφορετική μεταχείριση από τους επαγγελματίες και η διάθεση προς το πρόσωπό τους είναι αρνητική η θεραπεία που θα ακολουθήσει δεν θα είναι ολοκληρωμένη και ποιοτική (Albrecht et al., 2003; Byron & Dieppe, 2000; Jackson, 2007). Αυτό εξηγείται από τις λανθασμένες αντιλήψεις και παρερμηνείες των ειδικών που αποτελούν καθοριστικό παράγοντα, αλλοιώνοντας την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, συμμετέχοντες σε μια εστιασμένη ομάδα μελέτης αναφέρουν ότι οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας ήταν φτωχές και πως εστίαζαν στην αναπηρία και όχι στο κύριο πρόβλημα του ασθενή (Morrison et al., 2008). Ο Kerr (1970), ένας επαγγελματίας με ειδικές ανάγκες, περιγράφει τρόπους με τους οποίους οι επαγγελματίες υγείας αντανάκλουν αρνητικές συμπεριφορές με λεπτές, μη λεκτικές μεθόδους, δίδοντας στα άτομα με ειδικές ανάγκες το μήνυμα ότι είναι κατώτεροι και ανεπαρκείς. Για παράδειγμα, η λιγότερο ευνοϊκή στάση του παρόχου περίθαλψης υγείας και η

εστίαση στην αναπηρία και όχι στο άτομο ως ύπαρξη μπορεί να οδηγήσει σε αποτυχία της θεραπείας, παρέχοντας κακή μεταχείριση και παραμέληση της γενικής προληπτικής φροντίδας (Byron & Dieppe, 2000; Martin et al., 2005; Kirschner et al., 2007). Επιπλέον, η εσφαλμένη αντίληψη πως η ποιότητα ζωής ενός ασθενούς με σωματική αναπηρία είναι «φτωχή ούτως ή άλλως», απλά λόγω της ύπαρξης της αναπηρίας, μπορεί να οδηγήσει σε λιγότερο αποτελεσματική αντιμετώπιση άμεσων προβλημάτων (Healthy People, 2010; Chan et al., 1999). Επιπλέον, οι φραγμοί της στάσης αναπτύσσονται όταν οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν ότι τα άτομα με αναπηρίες είναι άρρωστα, ανεπαρκή ή μη φυσιολογικά και χρειάζονται διόρθωση ή αφομοίωση στο κοινωνικό σύνολο (Marks, 2007).

1.5 Στάση σπουδαστών επαγγελματιών υγείας

Όσο σημαντική θεωρείται η στάση των επαγγελματιών υγείας τόσο κρίσιμη στέφεται και η στάση των μελλοντικών αντικαταστατών τους. Οι ερχόμενοι επιστήμονες οφείλουν να εκπαιδεύονται και να ευαισθητοποιούνται από την ήδη νεαρή φοιτητική τους ζωή ώστε με την θετική τους στάση ήδη να βοηθούν στην διαδικασία της ενσωμάτωσης των ατόμων με αναπηρία στο κοινωνικό σύνολο. Η ευσυνείδητη αντιμετώπιση των ατόμων με αναπηρία έρχεται από τη μικρή ηλικία όπου κάθε ειδικευόμενος βρίσκεται στη φάση διαμόρφωσης επαγγελματικού χαρακτήρα και προσωπικότητας ώστε αυτά να δέσουν και να αφομοιωθούν στο καθήκον ενός επαγγελματία υγείας. Συνεπώς, κρίνεται ζωτικής σημασίας η ύπαρξη θετικών στάσεων από τους σπουδαστές απέναντι στα άτομα με αναπηρία και αν δεν υφίσταται αυτό, πρέπει να την καλυτερέψουν όσο ακόμα βρίσκονται στο στάδιο εκπαίδευσης έτσι ώστε να προληφθούν τα αποτελέσματα αρνητικής στάσης των επαγγελματιών υγείας όσο το δυνατόν περισσότερο.

Στην Τουρκία, όσον αφορά τις προσαρμογές στο πρόγραμμα σπουδών ώστε να είναι αποτελεσματικό, είναι σημαντικό οι σπουδαστές να αποκτήσουν γνώση και δεξιότητες που σχετίζονται με τις στάσεις, κατά τη διάρκεια του προ κλινικού σταδίου, πριν δηλαδή συναντήσουν ασθενείς (Sahin & Akyol, 2010).

Στην μελέτη που διεξήχθη από τη Lyons (1991), οι στάσεις των σπουδαστών εργοθεραπείας μετρήθηκαν με τη χρήση της ATDP-A κλίμακας, κατά τη διάρκεια των τεσσάρων ετών της προπτυχιακής εκπαίδευσής τους, χωρίς να βρεθεί σημαντική διαφορά στις συμπεριφορές των σπουδαστών. Ωστόσο, στην έρευνα που διεξήγαγαν οι Estes et al. (1991), παρατηρήθηκαν σημαντικά περισσότερες θετικές στάσεις απέναντι στα άτομα με αναπηρίες

στους φοιτητές εργοθεραπείας κατά το τέταρτο εξάμηνο σπουδών τους, σε σύγκριση με το πρώτο εξάμηνο, όταν η στάση τους μετρήθηκε με την κλίμακα Interaction with Disable People (IDP) (Brown et al., 2009). Από άλλη έρευνα προέκυψε ότι οι στάσεις των σπουδαστών φυσικοθεραπείας απέναντι σε άτομα με η αναπηρία είναι λιγότερο θετικές από εκείνες των επαγγελματιών φυσικοθεραπευτών (Au & Man, 2006).

Ο Mitchell (1984) διαπίστωσε ότι οι στάσεις των φοιτητών ιατρικής προς τα άτομα με αναπηρία έγιναν πιο θετικές κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους. Η επαφή με τα άτομα αυτά στη βάση της «ισότιμης κατάστασης» σε συνδυασμό με την εκπαιδευτική πληροφόρηση και ενημέρωση αποδείχθηκε ότι είναι αποτελεσματική στην αλλαγή αυτών των αρνητικών αντιλήψεων (Block, 1974). Οι μελέτες που αναφέρονται παραπάνω χρησιμεύουν στο να υποδείξουν ότι η στάση των φοιτητών επιστημών υγείας προς τα άτομα με αναπηρίες μπορεί να αλλάξει, δηλαδή, να βελτιωθεί, να επιδεινωθεί ή να παραμείνει η ίδια κατά τη διάρκεια της εκπαιδευτικής τους πορείας (Rezler et al., 1974; Mitchel et al., 1984; Duckworth, 1988). Εντούτοις, τέτοια ευρήματα δεν φαίνεται να υπάρχουν για τον ελλαδικό χώρο και επομένως, το τι γίνεται στα Ελληνικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα και σε ειδικά Ιδρύματα που εκπαιδεύουν επαγγελματίες υγείας, χρειάζεται διερεύνηση.

Έχουν εντοπιστεί τρία βασικά ζητήματα για την αντιμετώπιση του προβλήματος των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης όσον αφορά την προσέγγιση των ατόμων με αναπηρία: έλλειψη εξειδικευμένων γνώσεων για την αναπηρία, αίσθηση δυσφορίας κατά τη διάρκεια θεραπειών των ατόμων αυτών και συμπεριφορές και λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με την αναπηρία (Tervo et al., 2004; Drainoni et al., 2006; Jackson, 2007).

Συχνά οι σπουδαστές επαγγεμάτων υγείας υποθάλπουν στην συμπεριφορά τους αρνητική στάση για τους ασθενείς με αναπηρία (Tervo et al., 2002; Tervo et al., 2004; Au & Man, 2006; Matziou et al., 2009) και νιώθουν άβολα κατά τη διάρκεια επαφής τους με τα άτομα αυτά (Shah et al., 2005; Jain, 2006). Οι Tervo et al. (2004) αναφέρουν πως οι σπουδαστές επαγγεμάτων υγείας διαθέτουν λιγότερο θετικές στάσεις απέναντι στα άτομα με αναπηρία και ότι αυτές διαφέρουν ανάλογα με τον κλάδο σπουδών. Γενικότερα παρατηρείται ότι οι σπουδαστές εργοθεραπείας έχουν θετικότερες στάσεις από τους σπουδαστές φυσικοθεραπείας και οι σπουδαστές νοσηλευτικής είχαν τις λιγότερο θετικές συμπεριφορές απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Ακόμη μια μελέτη απέδειξε ότι οι σπουδαστές εργοθεραπείας είχαν πιο θετική στάση συγκριτικά με σπουδαστές φυσικοθεραπείας κατά την έναρξη μέχρι την λήξη των αντίστοιχων εκπαιδευτικών

προγραμμάτων τους (Stachura, 2007). Ακόμη, οι Tervo et al. (2002) χρησιμοποιώντας τις κλίμακες ATDP, SADP και RSI διερεύνησαν διαφορετικές πτυχές της στάσης των φοιτητών επιστημών υγείας απέναντι σε άτομα με αναπηρία από τον Καναδά και τις ΗΠΑ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των 2 ομάδων σπουδαστών που ανήκαν σε διαφορετική χώρα.

Οι Uysal et al. (2014) βρήκαν ότι σπουδαστές στην Τουρκία είχαν αρνητικές στάσεις απέναντι στα άτομα με αναπηρία συγκριτικά με αντίστοιχους σπουδαστές διεθνώς. Ωστόσο, όπως προαναφέρθηκε, η προηγούμενη εμπειρία επαφής καθώς και πρώιμες και συχνές συναντήσεις με άτομα με αναπηρία κατά τη διάρκεια εκπαίδευσης τους μπορεί να βελτιώσει την στάση των σπουδαστών (Messmer et al., 1990; McKenna et al., 2001; Larson McNeal et al., 2002; Thistlethwaite & Ewart, 2003; Tervo et al., 2004; Jackson, 2007; Brown et al., 2010).

Στον παγκόσμιο χώρο, οι κοινωνικές ανισότητες που δημιουργούνται μεταξύ των ατόμων με και χωρίς αναπηρία φαίνεται πως δεν προκύπτουν άμεσα λόγω της αναπηρίας, αλλά εξαιτίας της δυσκολίας προσβασιμότητας των ατόμων με αναπηρία στις δραστηριότητες του συνόλου (Harrison, 2006). Ερευνητές των Η.Π.Α διαπίστωσαν ότι μια συνδυασμένη γνωστική και συμπεριφορική παρέμβαση που έφερε τους σπουδαστές σε επαφή με σπουδαστές με σωματική αναπηρία οδήγησε σε θετική αλλαγή της στάσης (Krahé & Altwasser, 2006). Άλλη έρευνα έδειξε πόσο θετικά αποτελέσματα, δηλαδή θετικές συμπεριφορές, προσδίδουν γενικά οι εμπειρίες αλληλεπίδρασης με άτομα με αναπηρία, ειδικά για τους Λευκούς φοιτητές (Hu S, 2003). Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η εκπαίδευση και οι παρεμβάσεις που δίνουν τη δυνατότητα στους σπουδαστές πανεπιστημίων να αλληλοεπιδράσουν με άτομα με αναπηρία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της στάσης (Kate Magsamen-Conrad, 2016). Ωστόσο, πολλά εκπαιδευτικά προγράμματα που θέτουν ως στόχο την αλλαγή της στάσης σε θετική απέτυχαν. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι στάσεις των συμμετεχόντων γίνονται πιο αρνητικές (Wright, 1980). Η αποτυχία αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι τα συγκεκριμένα προγράμματα αυτά επικεντρώνονται στις δυσκολίες που συναντούν και την θλίψη που αισθάνονται τα άτομα με αναπηρία.

1.5.1 Η στάση σπουδαστών επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα

Φαίνεται να μην υπάρχει επένδυση στη δημόσια εκπαίδευση για την συμπεριφορική μέριμνα των Ελλήνων σπουδαστών των τμημάτων υγείας και πρόνοιας, που αποτελεί το

προπύργιο των ενεργειών για τη βελτίωση της στάσης. Επιπρόσθετα, αν και τα πολιτικά και τα νομικά δικαιώματα των ατόμων με νοητική υστέρηση βελτιώνονται σταθερά στην Ελλάδα, παρατηρείται έλλειψη εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας και συνέχειας της περίθαλψης (Anagnostopoulos & Soumaki, 2011) και έλλειψη εξειδικευμένης εκπαίδευσης και γνώσης μεταξύ των νοσοκόμων, τουλάχιστον σε σχέση με τους κωφούς ασθενείς (Velonaki et al., 2015). Οι Έλληνες δεν έχουν τις απαραίτητες γνώσεις για να χειριστούν τα άτομα με αναπηρίες ή να τους δώσουν την κατάλληλη βοήθεια. Επίσης, πολλοί επαγγελματίες υγείας δεν γνωρίζουν τον κατάλληλο τρόπο φροντίδας αυτών των ατόμων. Οι οικογένειες των παιδιών με αναπηρίες διαμαρτύρονται για προβλήματα επικοινωνίας και «φτωχές» σχέσεις με τους επαγγελματίες υγείας, καθυστερήσεις στην ανίχνευση και θεραπεία, ανεπαρκή πληροφόρηση, καθοδήγηση και υποστήριξη, ανεπαρκή εξειδικευμένη ολιστική φροντίδα και έλλειψη υπηρεσιών οικιακής φροντίδας (Kottaridi, 2000). Επομένως, κρίνεται επείγουσα η ανάγκη ενημέρωσης του προπτυχιακού προγράμματος σπουδών στην Ελλάδα για την προετοιμασία των μελλοντικών επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης περί κατάλληλης φροντίδας των ατόμων με αναπηρίες (Kritsotakis et al, 2017).

Οι Zaromatidis et al. (1999) συμπέρανε ότι οι Ελληνοαμερικανοί πολίτες είχαν πιο θετικές στάσεις απέναντι στα άτομα με αναπηρία από ότι οι Έλληνες. Σε μια μελέτη μεταξύ τριών χωρών, οι ερωτηθέντες στις Η.Π.Α. είχαν τις πιο θετικές αντιλήψεις, ακολουθούμενοι από αυτούς της Δανίας και της Ελλάδας (Jacques et al., 1970). Επιπλέον, στην Ελλάδα η εθνική οικονομία και πολιτική δεν ευνοεί τα άτομα με αναπηρία με αποτέλεσμα τη δημιουργία της αίσθησης της αποξένωσης και του διαφορετικού εκ του συνόλου. Ταυτόχρονα, δεν ενισχύει την επένδυση της δημόσιας εκπαίδευσης για την αντιληπτική μέριμνα των Ελλήνων σπουδαστών των τμημάτων υγείας και πρόνοιας, που αποτελεί το προπύργιο των ενεργειών για την βελτίωση της στάσης. Η αλληλεπίδραση με παιδιά ή ενήλικες με αναπηρία είναι εξαιρετικά περιορισμένη ώστε να δοθούν τα απαραίτητα ερεθίσματα.

Υπάρχει στον Ελλαδικό χώρο μια μελέτη που διερεύνησε την συμπεριφορά σπουδαστών ιατρικής, νοσηλευτικής και κοινωνικής εργασίας με τις κλίμακες Attitudes Toward Disabled People—Form B και Community Living Attitudes Scale—Intellectual Disability (CLAS-ID μεταφρασμένες στα ελληνικά (Kritsotakis et al., 2017). Σύμφωνα με την μελέτη αυτή, η στάση των ελλήνων φοιτητών είναι φτωχή απέναντι στα άτομα με σωματική και νοητική αναπηρία συγκριτικά με τους φοιτητές του εξωτερικού. Γι' αυτόν τον λόγο οι

ερευνητές επισημαίνουν την άμεση ανάγκη αναβάθμισης του προπτυχιακού προγράμματος σπουδών στην Ελλάδα, ώστε να προετοιμάζονται οι μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας για την σωστή φροντίδα των ατόμων με αναπηρία.

1.6 Τρόποι αποφυγής αρνητικών συμπεριφορών

Οι ερευνητικές προσπάθειες πρέπει να επεκταθούν ώστε να βρουν καλύτερο τρόπο για να μελετήσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν τον σχηματισμό αρνητικών ή θετικών στάσεων απέναντι στα άτομα με αναπηρίες σε πολλαπλά κοινωνικά πλαίσια, και να προσδιορίσουν την αποτελεσματικότητα διαφορετικών στρατηγικών για την αλλαγή των αρνητικών στάσεων απέναντι στα άτομα με αναπηρίες.

Αρχικά, με την προώθηση των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία νωρίς στο πρόγραμμα σπουδών ίσως οι σπουδαστές καταφέρουν να αποφύγουν τη διάθεση αρνητικών στάσεων και συμπεριφορών απέναντι σε άτομα με αναπηρία. Ακόμη, η ενημέρωση των σπουδαστών μέσα από ημερίδες για τον σημαντικό ρόλο που έχουν στην κοινωνία τα άτομα με ειδικές ανάγκες θα συντελέσει στην θετικότερη στάση απέναντι στα άτομα αυτά. Τέλος, πρέπει να πραγματοποιούνται εκπαιδευτικά προγράμματα παράλληλα, κατά τη διάρκεια φοίτησης των σπουδαστών ώστε να μπορούν οι ίδιοι να κατανοήσουν την αναπηρία και να αναπτύξουν μια κατάλληλη συμπεριφορά απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα μπορεί να συμπεριλαμβάνουν διάφορες εκπαιδευτικές στρατηγικές όπως διαλέξεις, συζητήσεις στην τάξη, εργαστήρια, παιχνίδια με «ρόλους», μαθησιακές δραστηριότητες που βασίζονται σε βιώματα, χρήση βιντεοταινιών, ανάγνωση εργασιών, συμμετοχές σε συνέδρια και επισκέψεις σε κοινωνικούς φορείς (Caldwell-Colbert et al., 1998; Crotty et al., 2000; Thistlethwaite & Ewart, 2003; Saketkoo et al., 2004; Byron et al., 2005; Martin et al., 2005; Harward et al., 2006).

1.7 Κλίμακες που μελετούν την στάση απέναντι στα άτομα με αναπηρία

Για την έρευνα της συμπεριφοράς έχουν δημιουργηθεί πολλά εργαλεία, τα οποία έχουν σχεδιαστεί για να μετρούν την στάση που έχει το άτομο όταν συναναστρέφεται με κάποιο άτομο με αναπηρία. Κάποιες κλίμακες έχουν χρησιμοποιηθεί για την μέτρηση της στάσης του γενικού πληθυσμού, ενώ άλλες για πιο συγκεκριμένες ομάδες ατόμων, όπως είναι οι επαγγελματίες υγείας. Υπάρχουν, όμως, και κλίμακες που έχουν χρησιμοποιηθεί για την μέτρηση της στάσης των σπουδαστών (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Κλίμακες αξιολόγησης της στάσης απέναντι στα άτομα με αναπηρία

Κλίμακα και συγγραφείς	Βαθμολογία κλίμακας	Ερωτήσεις	Περιγραφή κλίμακας
Attitude Toward Disabled Persons Scale (ATDP) (Yuker et al.,1966)	-3: Διαφωνώ πάρα πολύ με +3: συμφωνώ πάρα πολύ	30	Μονοδιάστατη κλίμακα, μετρά γενικευμένη συμπεριφορά απέναντι σε ένα σύνολο ατόμων με σωματική αναπηρία. Οι απαντήσεις αφορούν απόψεις για την συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία στην κοινωνία/κοινότητα.
Scale of Attitudes Toward Disabled Persons (SADP) (Antonak, 1982)	-3: διαφωνώ πάρα πολύ με +3: συμφωνώ πάρα πολύ	24	Πολυδιάστατη κλίμακα που συνίσταται από 3 υποκατηγορίες (Οπτιμισμός-Ανθρώπινα δικαιώματα, Συμπεριφορικές παρανοήσεις, Πεσιμισμός-Απόγνωση) και μετρούν την στάση απέναντι σε ένα σύνολο ατόμων με αναπηρία.
Interaction with Disabled Persons Scale (IDP) (Gething, 1991)	6 μονάδες βαθμολογίας από 1: διαφωνώ πάρα πολύ με 6: συμφωνώ πάρα πολύ	20	Πολυδιάστατη κλίμακα που συνίσταται από 6 υπό-θέματα (Ευαισθησία, Διαχείριση, Επίπεδο ενημέρωσης) και μετρά την προσωπική στάση απέναντι στα άτομα με αναπηρία, δίνοντας έμφαση στα αρνητικά συναισθήματα.
Disability Attitudes in Health Care (DAHC) (Chadd & Pangilinan, 2011)	1: διαφωνώ έντονα με 6: συμφωνώ έντονα	17	Κλίμακα που μετρά την στάση απέναντι στα άτομα με αναπηρία, συγκεκριμένα στον χώρο των επαγγελματιών υγείας.

1.7.1 Εγκυρότητα και αξιοπιστία σε κλίμακες μέτρησης της στάσης σε σπουδαστές.

Πριν γίνει αναφορά της «εγκυρότητας» και «αξιοπιστίας» των κλιμάκων, θα ήταν βοηθητική η παράθεση των δύο αυτών όρων, που αποτελούν βασικά ψυχομετρικά συστατικά μιας κλίμακας. Η εγκυρότητα καθορίζει πότε μια έρευνα μετρά πραγματικά αυτό που έχει σκοπό να μετρήσει ή πόσο αληθή είναι τα αποτελέσματα της έρευνας. Με άλλα λόγια, αν επιτρέπει το ερευνητικό εργαλείο να πετύχει το κέντρο του στόχου του ερευνητικού αντικειμένου που θα μελετηθεί. Οι ερευνητές γενικά καθορίζουν την εγκυρότητα ζητώντας μια σειρά ερωτήσεων και συχνά αναζητούν τις απαντήσεις στην έρευνα άλλων (Jorpe, 2000). Ο βαθμός που τα αποτελέσματα είναι σύμφωνα με την πάροδο του χρόνου και ακριβή ως προς την αναπαράσταση του συνολικού δείγματος μιας μελέτης αναφέρεται ως αξιοπιστία και αν τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να αναπαραχθούν κάτω από μια παρόμοια μεθοδολογία, τότε το ερευνητικό εργαλείο θεωρείται αξιόπιστο (Jorpe, 2000).

Η ATDP είναι μια κλίμακα που έχει χρησιμοποιηθεί πολύ συχνά για την μέτρηση της στάσης του ατόμου απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Όμως, ο μονοδιάστατος χαρακτήρας της αποτελεί μειονέκτημα, αφού δεν μπορεί να υποστηρίξει την πολυδιάστατη φύση της στάσης. Επιπλέον, είναι σχεδιασμένη γενικά για κοινωνικές συμπεριφορές και δεν είναι εξειδικευμένη για επαγγελματίες υγείας. Έχει βρεθεί ότι η ATDP έχει σημαντική αξιοπιστία και εγκυρότητα για την αξιολόγηση της στάσης σπουδαστών. Σε μια συγκριτική μελέτη 338 σπουδαστών ιατρικής η αξιοπιστία της ATDP βρέθηκε υψηλή με δείκτη 0,88 και της SADP επίσης υψηλή με δείκτη 0,79 (Tervo et al., 2004). Σε μια άλλη μελέτη η οποία ήταν διαπολιτισμική με δείγμα 90 σπουδαστών ιατρικής, χρησιμοποιήθηκαν και πάλι οι δυο αυτές κλίμακες και απέδειξαν επίσης υψηλό δείκτη αξιοπιστίας με την ATDP να διαθέτει 0,86 και η SADP 0,82 (Tervo et al., 2002).

Η κλίμακα IDP (Gething, 1991) δημιουργήθηκε για να καλύψει κάποια προβλήματα που παρουσίασε η ATDP, συμπεριλαμβανομένου της παρωχημένης γλώσσας (π.χ. αποτυχία χρήσης πρώτου προσώπου) και του μονοδιάστατου χαρακτήρα της δεδομένου της πολυδιάστατης φύσης της στάσης απέναντι στην αναπηρία. Οι Thomas et al. (2003) σε μια πρώτη έρευνα σε 358 σπουδαστές και σε δεύτερη έρευνα σε 274 σπουδαστές, βρήκαν υψηλό δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's α , 0,75 και 0,76 αντίστοιχα για την κλίμακα IDP.

Οι Chadd & Pangilinan, 2011, δημιούργησαν μια νέα κλίμακα την Disability Attitudes in Health Care (DAHC), το δείγμα της έρευνας περιλάμβανε 121 σπουδαστές ιατρικής και 28 ιατρούς, βρήκαν υψηλή αξιοπιστία, με τον δείκτη Cronbach's α να είναι 0,74 και υψηλή εγκυρότητα κριτηρίου 0,54, συγκρίνοντας την με την κλίμακα ATDP.

1.8 Περιγραφή του προβλήματος

Μια έρευνα μόνο έχει πραγματοποιηθεί σε σπουδαστές επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα από τους Kritsotakis et al., 2017. Αφορά την εξέταση και σύγκριση της στάσης των προπτυχιακών σπουδαστών επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Για την μέτρηση της στάσης, οι ερευνητές χρησιμοποίησαν τις κλίμακες Attitudes Toward Disabled People—Form B” (ATDP-B; Yunker, Block, & Campbell, 1960) και “Community Living Attitudes Scale—Intellectual Disability (CLAS-ID). Το δείγμα περιλάμβανε 1045 σπουδαστές νοσηλευτικής, κοινωνικής εργασίας και ιατρικής. Ως συμπέρασμα η μελέτη καταλήγει ότι η στάση των ελλήνων σπουδαστών απέναντι στα άτομα με σωματική αναπηρία είναι ανεπαρκής διότι οι βαθμολογίες ήταν χαμηλότερες από εκείνες των αναπτυγμένων χωρών. Επομένως το πρόγραμμα των προπτυχιακών σπουδών στην Ελλάδα χρήζει αναβάθμισης. Ωστόσο, όσον αφορά τις δύο κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτήν την μελέτη, οι ερευνητές δεν ακολούθησαν μια τυποποιημένη διαδικασία μετάφρασης με μια προς τα πίσω διαδικασία μετάφρασης από τα ελληνικά στα αγγλικά των δύο εργαλείων. Επίσης, η αξιοπιστία της ΚΑΑΑ στις επαναληπτικές μετρήσεις δεν εξετάστηκε σε πιλοτική μελέτη, αν και αυτός ο τύπος της αξιοπιστίας κρίνεται πολύ σημαντικός καθώς υποδηλώνει αν μια κλίμακα μπορεί να υποστεί αλλαγές στο πέρασμα του χρόνου (Portney & Watkins, 2008). Επομένως, λαμβάνοντας υπόψη και όσα ειπώθηκαν παραπάνω για την αναγκαιότητα της εκτίμησης της στάσης των σπουδαστών επαγγελματιών υγείας προς τα άτομα με αναπηρία, φαίνεται να υπάρχει ανάγκη για ένα εργαλείο αξιολόγησης της στάσης των σπουδαστών επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία με επαρκή διαδικασία μετάφρασης, και επαρκή αξιολόγησης της αξιοπιστίας. Φαίνεται δηλαδή ότι δεν μπορεί να μετρηθεί ακόμη αξιόπιστα και έγκυρα η στάση των σπουδαστών επαγγελματιών υγείας οπότε είναι απαραίτητη μια τέτοια μελέτη. Μια κλίμακα με σημαντικό βαθμού αξιοπιστία και εγκυρότητα είναι σημαντική γιατί μπορούμε να συλλέξουμε δεδομένα από σπουδαστές επαγγελματιών υγείας προκειμένου να τα χρησιμοποιήσουν οι ακαδημαϊκοί για να βελτιώσουν τη στάση των σπουδαστών επαγγελματιών υγείας.

Πρόσφατα έχει γίνει στάθμιση σε επαγγελματίες υγείας της Κλίμακας Αλληλεπίδρασης με Άτομα με Αναπηρία (ΚΑΑΑ) η οποία κλίμακα μεταφράστηκε με επαρκή και αξιόπιστη διαδικασία στα ελληνικά (Banía et al, 2019). Ωστόσο δεν έχει σταθμιστεί η ίδια κλίμακα για την εκτίμηση της στάσης των Ελλήνων σπουδαστών επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Επομένως, για αυτόν τον λόγο και επειδή η μελέτη των Kritsotakis et al. (2017) δεν επαρκούσε για τους προαναφερθείς λόγους, ο κύριος σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας ήταν να πραγματοποιηθεί η διαπολιτισμική στάθμιση της ΚΑΑΑ σε Έλληνες σπουδαστές επαγγελματιών υγείας.

Επιμέρους στόχοι είναι:

- α) η εκτίμηση της εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής της ΚΑΑΑ**
- β) η εκτίμηση της αξιοπιστίας επαναλαμβανόμενων μετρήσεων της ΚΑΑΑ**
- γ) η εκτίμηση της εγκυρότητας διάκρισης της ΚΑΑΑ**

Κεφάλαιο 2^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 Είδος μελέτης και χρονικό διάστημα

Πρόκειται για μελέτη εγκυρότητας και αξιοπιστίας της Κλίμακας Αλληλεπίδρασης με Άτομα με Αναπηρία. Οι συμμετέχοντες ήταν προπτυχιακοί σπουδαστές τμημάτων επαγγελματίων υγείας από τις πόλεις Αιγίου, Θεσσαλονίκης και Πάτρας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε προπτυχιακούς σπουδαστές από τρία τμήματα Σχολών Επαγγελματίων Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΠ) καθώς επίσης και σε ένα τμήμα Πανεπιστημιακού ιδρύματος, κατά τη διάρκεια του χειμερινού και εαρινού εξαμήνου του ακαδημαϊκού έτους 2018-2019.

2.2 Εργαλείο μέτρησης

Κύριο εργαλείο της έρευνας αποτέλεσε η πολυδιάστατη Κλίμακα Αλληλεπίδρασης με Άτομα με Αναπηρία (ΚΑΑΑ), η οποία είναι η πρώτη κλίμακα που σχεδιάστηκε και τυποποιήθηκε στην Αυστραλία (IDPS) μεταξύ 1988 – 1991 από την Gething. Σχεδιάστηκε για να διερευνήσει συμπεριφορές σε ένα βαθύτερο επίπεδο με την διερεύνηση της απάντησης σε κάτι το διαφορετικό και μη οικείο, όπως προτάθηκε από συγγραφείς όπως ο Simpson (1980) και ο Wright (1983), για να υπογραμμίσει την τάση να επισημαίνονται οι διαφορές μεταξύ ατόμων με αναπηρία και άλλων ατόμων. Η κλίμακα αυτή σχεδιάστηκε για να μετρήσει την μη αποδεκτή ή αρνητική στάση απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Συγκεκριμένα μετράει γενικευμένες συμπεριφορές που υπάρχουν σε προσωπικό επίπεδο, δηλαδή την συμπεριφορά ατόμων όσον αφορά το επίπεδο δυσφορίας που νιώθουν κατά τη διάρκεια επαφής με άτομα με αναπηρία, υπογραμμίζοντας αρνητικές στάσεις και προβλέπεται να είναι στενά συνδεδεμένη με την εξοικείωση ή το επίπεδο προηγούμενης στενής επαφής με ανθρώπους με αναπηρίες. Η κλίμακα IDP διεξήγαγε εκτενείς εκτιμήσεις προκειμένου να διαπιστωθεί η εγκυρότητα, οι ψυχομετρικές ιδιότητες και η δυνατότητα εφαρμογής του εργαλείου.

Για την δημιουργία της ελληνικής ΚΑΑΑ, μια προς τα εμπρός διαδικασία μετάφρασης από τα αγγλικά στα ελληνικά και μια προς τα πίσω διαδικασία μετάφρασης από τα ελληνικά στα αγγλικά πραγματοποιήθηκε, όπως αναφέρεται στην τρέχουσα βιβλιογραφία. Για την προς τα εμπρός διαδικασία μετάφρασης επιλέγεται ένας μεταφραστής, κατά προτίμηση

επαγγελματίας υγείας, οικείος με την ορολογία του τομέα που ανήκει το εργαλείο μέτρησης και με τεχνικές συνέντευξης. Ο μεταφραστής πρέπει να έχει πολλές γνώσεις για την κουλτούρα της αγγλικής καθομιλουμένης, αλλά η μητρική του γλώσσα πρέπει να είναι η ίδια με την γλώσσα που θα μεταφραστεί. Για την προς τα πίσω διαδικασία μετάφρασης το εργαλείο μεταφράζεται στα αγγλικά από κάποιον μεταφραστή ανεξάρτητο από το εργαλείο, που η μητρική του γλώσσα είναι τα αγγλικά και δεν έχει γνώσεις για το εργαλείο μέτρησης (WHO, 2001). Οι μεταφραστές της ελληνικής ΚΑΑΑ στόχευσαν περισσότερο στην εννοιολογική παρά στην κατά λέξη μετάφραση της κλίμακας, πράγμα που σημαίνει ότι σε ορισμένα σημεία χρησιμοποιήθηκαν πρωτότυπες ελληνικές εκφράσεις αντί της ακριβής μετάφρασης των αγγλικών λέξεων. Η λογική εγκυρότητα της κλίμακας εξετάστηκε, ζητώντας από επαγγελματίες υγείας που μιλούν την ελληνική γλώσσα να συμπληρώσουν την κλίμακα που είναι μεταφρασμένη στα ελληνικά και να παρέχουν γνώμη σχετικά με την αντίληψη/κατανόηση της κάθε ερώτησης. Βασισμένη σε παρατήρηση επαγγελματιών υγείας, έγιναν μερικές τροποποιήσεις στην κλίμακα και έτσι θεωρήθηκε η τελική έκδοση της ΚΑΑΑ στα ελληνικά (Bania et al., 2019).

Σε κάθε μια από τις 20 ερωτήσεις που περιέχει υποδεικνύονται 6 επίπεδα κλιμάκωσης και οι βαθμολογίες κυμαίνονται από «Συμφωνώ πάρα πολύ» σε «Διαφωνώ πάρα πολύ». Η βαθμολογία αντιστρέφεται στις ερωτήσεις 10, 14, 15 για να αποφευχθούν πιθανές μεροληπτικές απαντήσεις. Η τελική βαθμολογία της κλίμακας υπολογίζεται με την πρόσθεση όλων των απαντήσεων του ατόμου που τις έχει συμπληρώσει. Η ερώτηση 19 εξαιρείται όπως συμβουλεύει η Gething (1991). Οι πιθανές βαθμολογίες της κλίμακας κυμαίνονται στους 20 με 114 βαθμούς. Όσο χαμηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο πιο θετική αξιολογείται η στάση, όσον αφορά την αντιλαμβανόμενη ενόχληση στην κοινωνική αλληλεπίδραση με κάποιο άτομο με αναπηρία. Η κλίμακα περιλαμβάνει ερωτήσεις που σχετίζονται με ποικίλες πτυχές της αλληλεπίδρασης με τα άτομα αυτά, εστιάζοντας στην δυσφορία στην κοινωνική συμπεριφορά (π.χ. νιώθω άβολα και δυσκολεύομαι να χαλαρώσω μαζί τους), στην διαχείριση της επαφής με τα άτομα αυτά (π.χ. νιώθω απογοητευμένος επειδή δεν ξέρω πώς να βοηθήσω), πληροφορίες για την αναπηρία (π.χ. νιώθω ότι έχω άγνοια για τα άτομα με αναπηρία) και τέλος, με την ευαισθησία του ατόμου (π.χ. τρέμω στη σκέψη ότι θα μπορούσα να καταλήξω έτσι) (Bania et al., 2019). Όπως προαναφέρθηκε η κλίμακα αυτή έχει μεταφραστεί στα ελληνικά επίσημα και έχει επιδείξει σημαντικό βαθμό εγκυρότητας και αξιοπιστίας για μετρήσεις σε επαγγελματίες υγείας (Bania et al., 2019).

2.3 Ηθικά θέματα

Η επιτροπή δεοντολογίας της ΣΕΥΠ του πρώην Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΤΕΙ) Δυτικής Ελλάδας πραγματοποίησε έλεγχο και ενέκρινε το πρωτόκολλο της μελέτης.

2.4 Διαδικασία πραγμάτωσης

Αρχικά γινόταν επαφή με τους σπουδαστές στον χώρο φοίτησης τους, όπου οι δύο ερευνήτριες έδιναν τις απαραίτητες πληροφορίες για την μελέτη. Συγχρόνως διανεμήθηκαν ένα φύλλο πληροφοριών για την μελέτη στους σπουδαστές, για να διαβάσουν μόνοι τους ό,τι ήθελαν, καθώς και μια φόρμα αποδοχής συμμετοχής στην μελέτη η οποία κρίνεται αναγκαία για λόγους βιοηθικής, την οποία και υπέγραφαν (Παράρτημα 1 και 2). Επειδή ο τύπος της αναπηρίας δεν προσδιορίζεται από την κλίμακα, δεν προσδιορίστηκε ούτε από τις ερευνήτριες στους συμμετέχοντες. Οι σπουδαστές συμπλήρωσαν την κλίμακα μόνοι τους χωρίς την βοήθεια από κανέναν.

Τα δεδομένα της μελέτης λήφθηκαν από τους σπουδαστές με τη διανομή και συμπλήρωση της ΚΑΑΑ (Παράρτημα 3) και ενός φυλλαδίου όπου οι σπουδαστές συμπλήρωσαν τα δημογραφικά στοιχεία τους (Παράρτημα 4). Τα δημογραφικά στοιχεία αφορούσαν βασικές πληροφορίες όπως την ηλικία, το φύλο, τη θρησκεία, την εθνικότητα, το έτος σπουδών, το τμήμα σπουδών, την συχνότητα επαφής με άτομα με αναπηρία και την διάρκεια εργασίας με άτομα με αναπηρία καθώς και αν υπάρχει ή όχι αναπηρία στον ίδιο τον σπουδαστή. Τα στοιχεία αυτά επιλέχθηκαν επειδή αποτελούν δεδομένα τα οποία μπορούν να επηρεάσουν την στάση των ανθρώπων απέναντι σε άτομα με αναπηρία (Tervo, 2002; Matziou et al., 2009; Benomir et al., 2016). Οι σπουδαστές που είχαν αναπηρία, δεν προσδιόριζαν τον τύπο της αναπηρίας και συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα. Επιπλέον, υπήρχε ερώτηση για το αν οι σπουδαστές είχαν παρακολουθήσει και ολοκληρώσει κλινική κατά την οποία είχαν έρθει σε επαφή με άτομα με αναπηρία. Η διαδικασία συμπλήρωσης των δημογραφικών στοιχείων και της κλίμακας διήρκησε περίπου 10 – 15 λεπτά. Λόγω απόστασης κάποιων σπουδαστών, υπήρχαν κάποια ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν σε ηλεκτρονική μορφή μέσω της φόρμας «Google» (<https://drive.google.com/open?id=13frvlCDTEkKXv2pSY-ZkRWWM5v1VoCOrgs0Xkg83blc>).

Η ΚΑΑΑ μοιράστηκε επίσης, για δεύτερη φορά στους σπουδαστές μετά το χρονικό διάστημα των 3 εβδομάδων για να εκτιμηθεί η αξιοπιστία της σε επαναλαμβανόμενες

αξιολογήσεις. Πιο αναλυτικά, η εκτίμηση του μεγέθους της αξιοπιστίας των επαναληπτικών μετρήσεων είναι η σταθερότητα με την οποία οι ερωτήσεις των ερωτηματολογίων απαντώνται ή τα αποτελέσματα των ατόμων παραμένουν σχετικά ίδια και μπορεί να προσδιοριστεί μέσω της μεθόδου δοκιμής-επανάλεγχου σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές (Charles, 1995). Πρόβλημα αποτελεί η πιθανή μη διαθεσιμότητα της ίδιας ομάδας ατόμων για επανάληψη των μετρήσεων, αλλά και η επίδραση των προηγούμενων μετρήσεων στις επόμενες, ακόμα και αν μεσολαβεί ικανό μεταξύ τους διάστημα, που με τη σειρά του δεν θα πρέπει να είναι μεγάλο, διότι υπάρχει κίνδυνος να υπεισεέλθουν άλλοι εξελικτικοί παράγοντες οι οποίοι θα ασκήσουν επίδραση στις εξεταζόμενες μεταβλητές (Drost, no date). Το χρονικό αυτό διάστημα θεωρήθηκε κατάλληλο, διότι δεν είναι πολύ σύντομο ώστε οι φοιτητές να θυμούνται τις απαντήσεις που έχουν δώσει αλλά ούτε και πολύ μεγάλο ώστε να προκύψει κάποια επαφή με άτομο με αναπηρία και να αλλάξει η στάση και κατ' επέκταση οι απαντήσεις των σπουδαστών πάνω στην κλίμακα. Ακόμη, τα ερωτηματολόγια εκτός από έντυπη είχαν και εδώ ηλεκτρονική μορφή και δημιουργήθηκαν μέσα από τις φόρμες «Google» (https://drive.google.com/open?id=1SzVKxnpJ_tapevp-Q5IMvf2NJY0QidXb8WT7Facak4Y). Για τον λόγο αυτό συλλέχθηκαν οι λογαριασμοί των ηλεκτρονικών ταχυδρομείων (e-mail) όσων σπουδαστών συμφώνησαν να τους μοιραστούν. Ουσιαστικά, η συλλογή της δεύτερης ΚΑΑΑ γινόταν ηλεκτρονικά μέσω της φόρμας αυτής για τους σπουδαστές που βρίσκονταν σε τμήματα εκτός της πόλης του Αιγίου, διότι ήταν δύσκολη η επαφή με την ίδια ομάδα ατόμων για επανάληψη των μετρήσεων.

Κατά τη συμπλήρωση των στοιχείων στο φύλλο δημογραφικών καθώς και στην κλίμακα ΚΑΑΑ ζητήθηκε να συμπληρωθεί το επώνυμο της μητέρας και το αρχικό του μικρού ονόματος των συμμετεχόντων και χρησιμοποιήθηκε για να εντοπιστούν και συγκριθούν οι απαντήσεις της πρώτης και δεύτερης αξιολόγησης με την ΚΑΑΑ. Με αυτό τον τρόπο διατηρήθηκε και η ανωνυμία των σπουδαστών μιας και το επώνυμο της μητέρας δεν είναι ευρέως γνωστό και δεν ήταν εύκολη η αναγνώριση του σπουδαστή/τριας, και έτσι διατηρήθηκε η προστασία των προσωπικών τους απαντήσεων.

Η 1^η αξιολόγηση με τη ΚΑΑΑ χρησιμοποιήθηκε για να εξεταστεί η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής της κλίμακας. Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής ενός ερωτηματολογίου αναφέρεται στο εάν αυτό αντιπροσωπεύει επακριβώς τις διαστάσεις ενός φαινομένου που σκοπεύει να περιγράψει, να εξηγήσει ή να διαμορφώσει σε θεωρητικό επίπεδο. Η εγκυρότητα συνίσταται στο κατά πόσο η κλίμακα μετρά αυτό που επικαλείται ότι

μετρά και αποτελεί το βασικό κριτήριο για την επιλογή μιας κλίμακας. Το εάν μια κλίμακα μέτρησης μετράει στην πραγματικότητα αυτό για το οποίο έχει δημιουργηθεί μπορεί να εκτιμηθεί με τη χρήση στατιστικών μεθόδων της Ανάλυσης Παραγόντων οι οποίες βασίζονται στην ανάλυση συσχετίσεων μεταξύ των ερωτημάτων, ώστε να διαπιστωθεί εάν τα ερωτήματα που ανήκουν στην ίδια διάσταση αποτελούν ένα κοινό παράγοντα (Sherman et al., 2011). Εάν οι διαστάσεις της κλίμακας και συνεπώς η παραγοντική δομή είναι άγνωστη τότε εφαρμόζεται η Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων (Exploratory Factor Analysis), ενώ εάν η παραγοντική δομή βασίζεται σε κάποιο θεωρητικό μοντέλο και επιθυμούμε να επιβεβαιώσουμε εάν οι μετρήσεις προσαρμόζονται σε αυτή τη δομή, χρησιμοποιούμε την Επιβεβαιωτική Ανάλυση Παραγόντων (Confirmatory Factor Analysis) (Fabrigar & Wegener, 2012). Σύμφωνα με τους Comrey & Lee (1992), το δείγμα για την ανάλυση παραγόντων που αποτελείται από 100 άτομα είναι φτωχό, από 200= μέτριο, 300= καλό, 500= πολύ καλό.

Για την εγκυρότητα διάκρισης της ΚΑΑΑ, δηλαδή για τον έλεγχο της διαφοράς μεταξύ δυο μετρήσεων ενός σχετικού πράγματος που είναι ταυτόχρονα εννοιολογικά διαφορετικό (Cook & Campbell, 1979), το δείγμα του πληθυσμού κατηγοριοποιήθηκε σε 2 υποσύνολα. Η 1^η ομάδα συμπεριλάμβανε σπουδαστές οι οποίοι είχαν παρακολουθήσει και ολοκληρώσει έστω μία κλινική κατά την οποία είχαν έρθει σε επαφή με άτομα με αναπηρία ενώ η 2^η σπουδαστές που δεν είχαν παρακολουθήσει μια τέτοια κλινική. Οι ομάδες αναφέρονται παρακάτω ως Α' και Β' αντίστοιχα.

2.5 Μέθοδος ανάλυσης

Μετά τη συλλογή των συμπληρωμένων κλιμάκων και δημογραφικών στοιχείων των σπουδαστών, βαθμολογήθηκαν οι απαντήσεις και τα δεδομένα καταγράφηκαν στο πρόγραμμα Excel. Στην συνολική βαθμολογία δεν συμπεριλαμβανόταν η ερώτηση 19 (IDPS.19), επειδή η ανάλυση παραγόντων της αγγλικής έκδοσης έδειξε ότι δεν ομαδοποιείται σταθερά με άλλες μεταβλητές σε έναν παράγοντα. Τα δεδομένα αναλύθηκαν για την εγκυρότητα κατασκευής της κλίμακας αρχικά με παραγοντική ανάλυση, για την εγκυρότητα διάκρισης με το independent t-test για να διερευνηθούν τυχόν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων σπουδαστών (1^{ης} και 2^{ης} ομάδας), για αξιοπιστία μεταξύ μετρήσεων με το Intraclass Correlation Coefficient και τέλος, για εσωτερική συνοχή της ΚΑΑΑ με Cronbach's α . Ο

δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας προκύπτει μέσω του τύπου Cronbach's α , όπου το α είναι ο δείκτης αξιοπιστίας, όταν τα ερωτήματα μιας κλίμακας επιδέχονται βαθμολόγηση περισσότερες από δύο βαθμίδες (Cronbach, 1951). Για να χαρακτηριστεί ένα ερωτηματολόγιο – κλίμακα αξιόπιστο, πρέπει ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's α να είναι μεγαλύτερος του 0,70, ενώ άλλοι μελετητές υποστηρίζουν πως για τα αρχικά στάδια κάποιας μελέτης αρκεί ένας συντελεστής Cronbach's α μεταξύ του 0,5 και 0,6 αλλά οπωσδήποτε για την εξαγωγή σημαντικών συμπερασμάτων τουλάχιστον $\alpha = 0,9$ ή καλύτερα $\alpha = 0,95$ (Nunnally & Bernstein, 1994; Pallant, 2005; Tavakol & Dennick, 2011). Τα δεδομένα αναλύθηκαν με το πρόγραμμα SPSS.25.

Κεφάλαιο 3^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 Συμμετέχοντες

Στην πρώτη διανομή της ΚΑΑΑ συνολικά 327 προπτυχιακοί σπουδαστές συμπλήρωσαν ολοκληρωμένα την κλίμακα. Υπήρχαν επιπλέον 7 σπουδαστές, των οποίων οι απαντήσεις δεν συμπεριλήφθηκαν διότι υπήρχαν ελλείψεις απαντήσεων. Συγκεκριμένα τα τμήματα που άνηκαν οι σπουδαστές ήταν λογοθεραπείας (ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος), ιατρικής (Πανεπιστήμιο Πατρών) φυσικοθεραπείας και νοσηλευτικής (ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος και Αλεξάνδρειο ΤΕΙ Θεσσαλονίκης).

3.2 Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων

Οι 327 προπτυχιακοί σπουδαστές που συμπλήρωσαν αρχικά την ΚΑΑΑ είχαν μέσο όρο ηλικίας τα 21,25 έτη (σταθερή απόκλιση 4,3 έτη, εύρος: 18-63 έτη), 118 ήταν άνδρες (36%) και 209 γυναίκες (64%). Από αυτούς, 192 (58,7%) ήταν σπουδαστές φυσικοθεραπείας, 69 (21,1%) σπουδαστές λογοθεραπείας, 55 (16,8%) σπουδαστές νοσηλευτικής και 11(3,4%) σπουδαστές ιατρικής.

Η πλειοψηφία των σπουδαστών ήταν στο 1^ο εξάμηνο (28,7%) με αρκετούς επίσης σπουδαστές στο 3^ο, 5^ο, 6^ο και 7^ο εξάμηνο (11,3%, 13,8%, 9,5% και 17,4% αντίστοιχα) (Πίνακας 2). Η συχνότητα επαφής των σπουδαστών με άτομα με αναπηρία στο σύνολο της δεν ήταν συχνή, με τους μισούς περίπου σπουδαστές (167 σπουδαστές, 51%) να έχουν επαφή με άτομα με αναπηρία λιγότερο από 1 φορά κάθε 3 μήνες. Παρόλα αυτά, το ένα τέταρτο περίπου των σπουδαστών (72 σπουδαστές, 21%) είχαν επαφή κάθε εβδομάδα, ενώ 18 (5,5%) είχαν καθημερινά. Μόνο 7 από τους σπουδαστές δήλωσαν ότι έχουν αναπηρία.

Πίνακας 2: Συχνότητα σπουδαστών ανά εξάμηνο φοίτησης

Εξάμηνο	Συχνότητα	Ποσοστό τοις εκατό
1 ^ο	94	28,7
2 ^ο	1	0,3
3 ^ο	37	11,3

Εξάμηνο	Συχνότητα	Ποσοστό τοις εκατό
4 ^ο	2	0,6
5 ^ο	45	13,8
6 ^ο	31	9,5
7 ^ο	57	17,4
8 ^ο	13	4,0
9 ^ο	9	2,8
10 ^ο	6	1,8
11 ^ο	19	5,8
12 ^ο	3	0,9
13 ^ο	4	1,2
14 ^ο	3	0,9
15 ^ο	3	0,9

Πίνακας 3: Συχνότητα επαφής με άτομα με αναπηρία όλων των σπουδαστών

Συχνότητα επαφής	Πλήθος	Ποσοστό τοις εκατό
1	18	5,5
2	72	22,0
3	43	13,1
4	27	8,3
5	167	51,1

Με βάση την έντυπη μορφή των δημογραφικών στοιχείων οι αριθμοί 1-5 χαρακτηρίζουν την επαφή ή εμπειρία με άτομα με αναπηρία, συμπεριλαμβανομένης της επαγγελματικής επαφής. Πιο συγκεκριμένα 1: «καθημερινά», 2: «εβδομαδιαία», 3: «λιγότερο από μια φορά τον μήνα», 4: «μια φορά κάθε 3 μήνες», 5: «λιγότερο από μια φορά κάθε τρεις μήνες».

Στη συχνότητα επαφής με άτομα με αναπηρία υπήρχε μεγάλη διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των δύο ομάδων. Το μεγαλύτερο ποσοστό, δηλαδή το 40,8% της Α' ομάδας απάντησε ότι η επαφή ήταν εβδομαδιαία, ενώ το 67,6% της Β' ομάδας είχε επαφή λιγότερο από μια φορά κάθε τρεις μήνες.

3.3 Εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής

Έξι παράγοντες βρέθηκαν χρησιμοποιώντας 17 ερωτήσεις από την ελληνική ΚΑΑΑ, που αιτιολογούν το 55,66% της συνολικής διακύμανσης. Σύμφωνα με προηγούμενα ευρήματα, οι ερωτήσεις 8 και 19 έχουν σταθερά χαμηλές αναλύσεις (Gething, 1994; MacLean & Gannon, 1995; Bania et al., 2019) και επομένως αφαιρέθηκαν από την διερευνητική παραγοντική ανάλυση. Επίσης, η ερώτηση 12 αναλύεται σε δύο ξεχωριστούς παράγοντες και επομένως αποκλείστηκε και αυτή από την ανάλυση. Η μέτρηση επάρκειας δειγματοληψίας των Kaiser-Meyer-Olkin σχηματίστηκε στο 0,77, το οποίο είναι ικανοποιητικό, ενώ το Bartlett's test περί σφαιρικότητας ήταν σημαντικό ($\chi^2(190)=1.246,670$ $p<0.001$) υποδεικνύοντας πως τα δεδομένα είναι κατάλληλα για παραγοντική ανάλυση.

Στην Rotated Component Matrix για την ελληνική ΚΑΑΑ (Πίνακας 4), οι συγκεκριμένες ερωτήσεις επιδεικνύονται σαφώς και θα μπορούσαν να αντικατασταθούν από έναν νέο παράγοντα. Πιο συγκεκριμένα, ο παράγοντας 1 συνίσταται από τις ερωτήσεις 9, 11, 16, 17 και 18 με συντελεστές συσχέτισης με τον παράγοντα να κυμαίνονται από 0,46 ως 0,75. Ο παράγοντας 2 συνίσταται από τις ερωτήσεις 14 και 15 με συντελεστές συσχέτισης να κυμαίνονται από 0,36 ως 0,55. Ο παράγοντας 3 θα μπορούσε να αντικαταστήσει τις ερωτήσεις 7 και 20 με συντελεστές συσχέτισης να κυμαίνονται από 0,55 ως 0,73. Ο παράγοντας 4 θα μπορούσε να αντικαταστήσει τις ερωτήσεις 1, 6 και 10 με συντελεστές να κυμαίνονται από 0,31 ως 0,51. Ο παράγοντας 5 θα μπορούσε να αντικαταστήσει τις ερωτήσεις 2 και 3 με συντελεστές συσχέτισης να κυμαίνονται από 0,55 ως 0,75. Ο τελευταίος παράγοντας θα μπορούσε να αντικαταστήσει τις ερωτήσεις 4, 5 και 13 με συντελεστές συσχέτισης να κυμαίνονται από 0,31 ως 0,72.

Πίνακας 4: Συντελεστές συσχέτισης των ερωτήσεων με τον παράγοντα τους

Rotated Component Matrix^a

	1	2	3	4	5	6
IDPS 1.18 «Έχω την τάση να κάνω μόνο σύντομες επαφές (μαζί τους) και να τις τελειώνω όσο το δυνατόν γρηγορότερα»	,754					
IDPS 1.17 «Φοβάμαι να κοιτάζω το άτομο απευθείας στο πρόσωπο»	,660					
IDPS 1.16 «Νιώθω υπερβολικά άβολα επειδή εγώ δεν έχω αναπηρία»	,579					
IDPS 1.11 «Δεν μπορώ να αποφύγω να μην τους κοιτάζω επίμονα»	,556					
IDPS 1.9 «Νιώθω άβολα και δυσκολεύομαι να χαλαρώσω (μαζί τους)»	,550					
IDPS 1.12 «Νιώθω ανασφαλής γιατί δεν ξέρω πώς να φερθώ»	,457			-,332		
IDPS 1.15 «Μετά από συχνή επαφή, παρατηρώ ότι βλέπω το άτομο και όχι την αναπηρία»		-,554				
IDPS 1.14 «Δεν τους λυπάμαι»		-,363				
IDPS 1.8 «Προσπαθώ να φερθώ φυσιολογικά και να αγνοώ την αναπηρία»						
IDPS 1.7 «Νιώθω ευγνώμων που δεν είμαι σε αυτή τη θέση»			,733			
IDPS 1.20 «Τρέμω στη σκέψη ότι θα μπορούσα να καταλήξω έτσι»			,554			
IDPS 1.6 «Νιώθω ότι έχω άγνοια για τα άτομα με αναπηρία»				-,513		
IDPS 1.10 «Γνωρίζω τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία»				-,429		

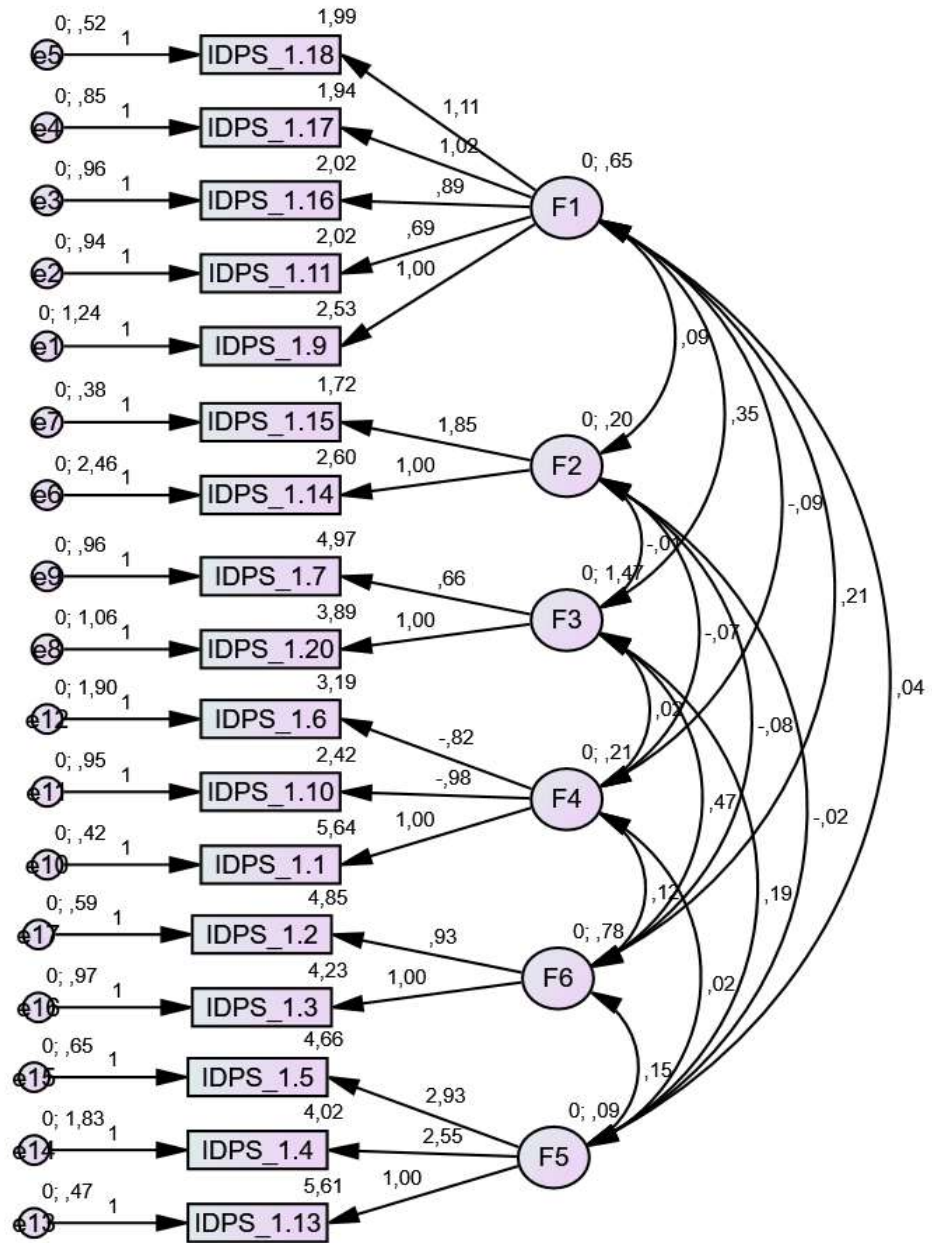
Rotated Component Matrix^a

	1	2	3	4	5	6
IDPS 1.1 «Ανταμείβομαι (ηθικά) όταν μπορώ να βοηθήσω»				,319		
IDPS 1.19 «Νιώθω καλύτερα με τα άτομα με αναπηρία εφόσον έχω πρώτα συζητήσει μαζί τους (για την αναπηρία τους)						
IDPS 1.2 «Με πληγώνει όταν θέλουν να κάνουν κάτι και δεν μπορούν»					,756	
IDPS 1.3 «Νιώθω απογοητευμένος επειδή δεν ξέρω πώς να βοηθήσω»					,550	
IDPS 1.5 «Αναρωτιέμαι πώς θα ένιωθα εγώ αν είχα αυτήν την αναπηρία.»						,724
IDPS 1.4 « Η επαφή με ένα άτομο με αναπηρία μου θυμίζει πόσο τρωτός/ή είμαι»						,473
IDPS 1.13 «Θαυμάζω την ικανότητά τους να τα βγάλουν πέρα»						,305

Μέθοδος εξαγωγής: Principal Component Analysis.

Οι ερωτήσεις 8,12,19 δεν συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση γιατί δεν συσχετιζόταν σταθερά με τιμή τουλάχιστον 0,3 με ένα παράγοντα.

Διάγραμμα 1: Προτεινόμενη προσαρμογή μοντέλου



Το διάγραμμα 1 παρουσιάζει τη σύνοψη της προτεινόμενης προσαρμογής μοντέλου. Το μοντέλο ήταν μια καλή προσαρμογή καθώς η ελληνική ΚΑΑΑ απέδωσε εύλογους προσαρμοστικούς δείκτες, δηλαδή $GFI=0.95 > 0.90$, $TLI = 0.98 > 0.95$, $RMSEA=.074 < 0.08$, $CFI (CFI)=0.95 \geq 0.90$ και $SRMR= 0.000 < 0.08$.

3.4 Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας

Ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας που προκύπτει μέσω του τύπου Cronbach's alpha, βρέθηκε για την ΚΑΑΑ με τις 20 ερωτήσεις 0.87, ενώ για την ΚΑΑΑ με τις 17 ερωτήσεις που διατηρήθηκαν στην παραγοντική ανάλυση βρέθηκε 0,93.

3.5 Εγκυρότητα διάκρισης

Η ομάδα Α', δηλαδή αυτοί που παρακολούθησαν κλινική κατά την οποία έχουν έρθει σε επαφή με άτομα με αναπηρία, αποτελούνταν από 142 σπουδαστές και είχε μέσο όρο βαθμολογίας 22,35 έτη (σταθερή απόκλιση 4,1 έτη) ενώ η ομάδα Β', όσοι δεν παρακολούθησαν κλινική ήταν 185 με μέσο όρο 20,41 έτη (σταθερή απόκλιση 4,27 έτη) . Ακόμη την ομάδα Α' αποτελούσαν 60 σπουδαστές φυσικοθεραπείας, 51 λογοθεραπείας, 22 νοσηλευτικής και 9 ιατρικής εκ των οποίων 54 άνδρες (38,0 %) και 88 γυναίκες (62,0%), ενώ η ομάδα Β περιλάμβανε 132 σπουδαστές φυσικοθεραπείας, 18 λογοθεραπείας, 33 νοσηλευτικής και 2 ιατρικής εκ των οποίων 64 άνδρες (34,6%) και 121 γυναίκες (65,4%). Όσον αφορά τη διάρκεια εργασίας με άτομα με αναπηρία εκτός της σχολής, η Α ομάδα είχε 21 σπουδαστές με μέσο όρο 2,20 χρόνια εργασίας ενώ η Β ομάδα 15 σπουδαστές με μέσο όρο 3,19 χρόνια. Ακόμη, οι περισσότεροι σπουδαστές της Α' ομάδας βρίσκονταν στο 7^ο εξάμηνο φοίτησης με 49 σπουδαστές (34,5%) και της Β ομάδας στο 1^ο εξάμηνο με 91 σπουδαστές (49,2%) (Πίνακας 5). Από την Α' ομάδα μόνο 2 σπουδαστές (1,4%) απάντησαν ότι είχαν οι ίδιοι αναπηρία ενώ από την Β' ομάδα 5 σπουδαστές (2,7%). Τα ποσοστά αναπηρίας και στις δύο ομάδες ήταν χαμηλά αφού η Α ομάδα περιλάμβανε 1,4 % (v=2) και η Β' ομάδα 2,7% (v=5). Όσον αφορά στην επαφή με άτομα με αναπηρία, ένα μεγάλο ποσοστό 40,8% (v=58) της Α' ομάδας είχε εβδομαδιαία επαφή με άτομα με αναπηρία, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό 67,6% (v=125) της Β' ομάδας είχε λιγότερο από μία φορά κάθε 3 μήνες με άτομα με αναπηρία (Πίνακας 6).

Πίνακας 5: Εξάμηνο φοίτησης για τους σπουδαστές της Α' και Β' ομάδας

Εξάμηνο	Α' ομάδα		Β' ομάδα	
	Αριθμός σπουδαστών	Ποσοστό τοις εκατό	Αριθμός σπουδαστών	Ποσοστό τοις εκατό
1 ^ο	3	2,1	91	49,2
2 ^ο	1	0,7	0	0
3 ^ο	8	5,6	29	15,7
4 ^ο	0	0	2	1,1
5 ^ο	10	7,0	35	18,9
6 ^ο	21	14,8	10	5,4
7 ^ο	49	34,5	8	4,3
8 ^ο	8	5,6	5	2,7
9 ^ο	9	6,3	0	0
10 ^ο	5	3,5	1	0,5
11 ^ο	16	11,3	3	1,6
12 ^ο	2	1,4	1	0,5
13 ^ο	4	2,8	0	0
14 ^ο	3	2,1	0	0
15 ^ο	3	2,1	0	0
Σύνολο	142	100,0	185	100,0

Πίνακας 6: Συχνότητα επαφής με άτομα με αναπηρία της κάθε ομάδας

Συχνότητα επαφής	Α' ομάδα		Β' ομάδα	
	Συχνότητα	Ποσοστό τοις εκατό	Συχνότητα	Ποσοστό τοις εκατό
1	9	6,3	9	4,9
2	58	40,8	14	7,6
3	21	14,8	22	11,9
4	12	8,5	15	8,1
5	42	29,6	125	67,6
Σύνολο	142	100,0	185	100,0

Οι 142 σπουδαστές της Α' ομάδας είχαν συνολικό μέσο όρο βαθμολογίας 63,28 στην ΚΑΑΑ και οι σπουδαστές της Β' ομάδας 67,81. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων σπουδαστών, με τους σπουδαστές που παρακολούθησαν κλινική με άτομα με αναπηρία να έχουν βαθμολογήσει την ΚΑΑΑ με μέση διαφορά 4,5 βαθμούς (95% διάστημα εμπιστοσύνης: -6,6 ως -2,4) λιγότερο από την ομάδα σπουδαστών που δεν παρακολούθησαν κλινική με άτομα με αναπηρία (Πίνακας 7). Το αποτέλεσμα αυτό υποδεικνύει ότι οι σπουδαστές της Α' ομάδας αισθάνονται πιο άνετα με άτομα με αναπηρία απ' ό,τι οι σπουδαστές της Β' ομάδας.

Πίνακας 7: Αποτελέσματα independent t-test

t-test για την ισότητα των μέσων όρων

Sig. (διπλής ουράς)	Μέση διαφορά	Std. Error Difference
,000	-4,52	1,07
95% διάστημα εμπιστοσύνης της διαφοράς		
	Χαμηλότερο	Υψηλότερο
	-6,63	-2,42

3.6 Αξιοπιστία των επαναληπτικών μετρήσεων

Στη δεύτερη διανομή της ΚΑΑΑ συμπληρώθηκαν και επιστράφηκαν 194 ερωτηματολόγια και επομένως ανάλυση έγινε για αυτούς τους 194 συμμετέχοντες. Ο μέσος όρος βαθμολογίας στην 1^η μέτρηση ήταν 65,9 (σταθερή απόκλιση 9,9) ενώ στην 2^η μέτρηση ο μέσος όρος ήταν 65,5 (σταθερή απόκλιση 9,9). Ο συντελεστής ενδοσυσχέτισης (Intraclass Correlation Coefficient) βρέθηκε 0.86 (Πίνακας 8).

Πίνακας 8: Συντελεστής Ενδοσυσχέτισης

	Intraclass Correlation ^b (Συντελεστής Ενδοσυσχέ- τισης)	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	
		Κατώτερα Όρια	Ανώτερα Όρια
Μονές μετρήσεις	,866	,826	,897
Μέσος όρος μετρήσεων	,928	,904	,946

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα επικεντρώθηκε στην διαπολιτισμική στάθμιση της ελληνικής εκδοχής της ΚΑΑΑ σε σπουδαστές επαγγελματιών υγείας. Η ελληνική έκδοση της ΚΑΑΑ (IDPS_GR) απέδειξε επαρκή βαθμό εγκυρότητας και αξιοπιστίας για την αξιολόγηση της στάσης και της συμπεριφοράς των Ελλήνων σπουδαστών επαγγελματιών υγείας απέναντι σε άτομα με αναπηρία.

Εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής:

Η 1^η αξιολόγηση με τη ΚΑΑΑ χρησιμοποιήθηκε για να εξεταστεί η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής της κλίμακας. Η διερευνητική παραγοντική ανάλυση έδειξε 6 παράγοντες που αιτιολογούν το 55,66% της συνολικής διακύμανσης. Μία σύντομη ΚΑΑΑ θα μπορούσε να συμπεριλάβει τον Παράγοντα 1 (ερωτήσεις 9, 11, 16, 17 και 18) και είναι ευρέως γνωστός ως «Δυσφορία στην κοινωνική αλληλεπίδραση», ο Παράγοντας 2 (ερωτήσεις 14 και 15) που είναι επίσης γνωστός ως «Αντιμετώπιση», ο Παράγοντας 3 (ερωτήσεις 7 και 20) ο οποίος μπορεί να ονομαστεί «Φόβος», ο Παράγοντας 4 (ερωτήσεις 1, 6 και 10) που εξηγεί τη «Γνώση», ο Παράγοντας 5 (ερωτήσεις 2 και 3) που μπορεί να ονομαστεί «Συμπόνοια» και ο Παράγοντας 6 (ερωτήσεις 4, 5 και 13) που μπορεί να εξηγήσει την «Ευαισθησία, Αδυναμία». Ο πρώτος παράγοντας είναι και ο επικρατέστερος παράγοντας. Επιπλέον, η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση πρότεινε ότι μια λύση έξι παραγόντων παρείχε την καλύτερη αντιπροσώπευση της δομής της ΚΑΑΑ. Αυτά τα αποτελέσματα είναι σύμφωνα με τα αποτελέσματα των μελετών των Gething (1994) και Gething and Wheeler (1992) για την αγγλική εκδοχή της κλίμακας, που επίσης βρήκαν 6 παράγοντες. Επιπρόσθετα, η ομαδοποίηση των στοιχείων στους έξι παράγοντες της παρούσας μελέτης είναι πολύ παρόμοια με την ομαδοποίηση των στοιχείων σε αυτές τις δύο προηγούμενες μελέτες (Gething, 1994, Gething & Wheeler 1992). Ωστόσο, στην τρέχουσα μελέτη, μετονομάσαμε τους συντελεστές 3 και 5 σύμφωνα με τη μελέτη των Forlin et al (1999) για την επίτευξη μοναδικών ονομάτων για καθέναν από τους έξι παράγοντες. Η Παραγοντική Ανάλυση διεξήχθη επίσης για ένα μοντέλο τεσσάρων παραγόντων και ένα μοντέλο πέντε παραγόντων. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σχετικά με την προσαρμοστικότητα των παραπάνω δύο μοντέλων, δηλαδή των μοντέλων με 4 ή 5 παράγοντες.

Τα δικά μας αποτελέσματα επίσης συμφωνούν με την έρευνα των Brown et al. (2009), οι οποίοι πραγματοποίησαν μια έρευνα με παραγοντική ανάλυση σε σπουδαστές εργοθεραπείας παγκοσμίως απέναντι στα άτομα με αναπηρία, χρησιμοποιώντας την αγγλική έκδοση της κλίμακας (IDPS). Κι εδώ βρέθηκαν 6 παράγοντες όπου κάποιοι πήραν διαφορετικά ονόματα ως εξής: παράγοντας 1: «Δυσφορία», 2: «Συμπόνια, Συμπάθεια», 3: «Αβεβαιότητα», 4: «Φόβος», 5: «Διαχείριση», 6: «Εναισθησία», διότι η κατανομή των ερωτήσεων μέσα στους παράγοντες διέφερε από την κατανομή της δικιάς μας μελέτης. Όμως, σε άλλη έρευνα των Gething & Westbrook, 1983 που αφορούσε 69 σπουδαστές φυσικοθεραπείας και έγινε χρήση και της ΚΑΑΑ, βρέθηκαν 5 παράγοντες. Ο παράγοντας 1, ο οποίος ήταν και ο μεγαλύτερος αφορούσε την «αίσθηση της δυσφορίας που βιώνεται κατά την επικοινωνία με άτομα με αναπηρία», ο παράγοντας 2 την «Αντιμετώπιση έναντι απόσυρσης», ο παράγοντας 3 «προσωπικοί φόβοι και άγχος», ο παράγοντας 4 «πόσο καλά ενημερωμένος νιώθει το ίδιο το άτομο», ο παράγοντας 5 «αισθήματα ενοχής». Στην έρευνα των Thomas et al., 2003 με συμμετέχοντες 358 σπουδαστές χρησιμοποιήθηκε και πάλι η IDPS. Όμως, η επεξηγηματική παραγοντική ανάλυση συμπεριέλαβε 3 παράγοντες, όπου ο 1^{ος} ονομάστηκε «κοινωνική δυσφορία», ο 2^{ος} «κατανόηση» και ο 3^{ος} «φόβος ύπαρξης/απόκτησης αναπηρίας».

Εγκυρότητα Διάκρισης:

Εξετάστηκε η εγκυρότητα διάκρισης συγκρίνοντας τις μετρήσεις της ΚΑΑΑ των σπουδαστών που είχαν έρθει σε επαφή με άτομα με αναπηρία σε κάποια κλινική και των ατόμων που δεν είχαν έρθει σε επαφή με άτομα με αναπηρία σε κάποια κλινική. Βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων, με την πρώτη ομάδα να έχει μέση διαφορά 4,52 βαθμούς λιγότερο (-2,42 ως -6,63) από τη δεύτερη ομάδα. Όσο χαμηλότερη είναι η βαθμολογία της ΚΑΑΑ τόσο θετικότερη θεωρείται η στάση και η συμπεριφορά απέναντι στα άτομα με αναπηρία (Gething & Wheeler, 1992). Επομένως, από την δική μας έρευνα υπάρχουν ενδείξεις ότι οι σπουδαστές που είχαν έρθει σε επαφή με άτομα με αναπηρία είχαν πιο θετική στάση από τους σπουδαστές που δεν είχαν έρθει σε επαφή με τα άτομα αυτά. Αποτελέσματα μελετών παρουσιάζουν ότι προηγούμενες επαφές με άτομα με αναπηρία συνδέονται ακράδαντα με χαμηλότερες βαθμολογίες στην IDPS (Gething, 1991). Επομένως, άτομα που είχαν κάποια εμπειρία και επαφή με άτομα με αναπηρία, διαθέτουν θετικότερη στάση από άλλα άτομα που δεν έχουν καμία εμπειρία/επαφή με τα άτομα αυτά (Ten Klooster et al., 2009).

Από όλες τις ερωτήσεις της κλίμακας μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων υπήρχε στις ερωτήσεις 6 («Νιώθω ότι έχω άγνοια για τα άτομα με αναπηρία»), 12 («Νιώθω ανασφαλής γιατί δεν ξέρω πώς να φερθώ»), που είχε και την μεγαλύτερη διαφορά ως προς τις απαντήσεις και είναι μια ερώτηση που δεν ανήκει σε κάποιον παράγοντα, και 20 («Τρέμω στη σκέψη ότι θα μπορούσα να καταλήξω έτσι»). Άρα, οι σπουδαστές που δεν έχουν παρακολουθήσει κλινική που να αλληλεπιδρούν σε αυτή με άτομα με αναπηρία φαίνεται να έχουν περισσότερη άγνοια για τα άτομα αυτά, να νιώθουν ανασφάλεια σε αντίθεση με τους σπουδαστές που έχουν ολοκληρώσει μια τέτοια κλινική και να αισθάνονται περισσότερο φόβο κατά τη διάρκεια επαφής τους με άτομα με αναπηρία. Οι πιο κοινές απαντήσεις ανήκαν στις περισσότερες ερωτήσεις. Για παράδειγμα στις ερωτήσεις που ανήκαν στους παράγοντες 1: «Δυσφορία στην κοινωνική αλληλεπίδραση», 2: «Αντιμετώπιση» και 5: «Συμπόνια» οι σπουδαστές είχαν τις πιο κοινές απαντήσεις. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις του 1^{ου} παράγοντα δείχνουν ότι οι σπουδαστές και των 2 ομάδων δεν νιώθουν δυσφορία κατά τη διάρκεια επαφής του με άτομα με αναπηρία, του 2^{ου} ότι δεν γνωρίζουν τον σωστό τρόπο αντιμετώπισης των ατόμων με αναπηρία και του 5^{ου} ότι υπάρχει μέτριος βαθμός συμπόνιας απέναντι σε αυτά τα άτομα.

Δεν έχει βρεθεί κάποια έρευνα η οποία να είναι ακριβώς ίδια με την παρούσα έρευνα, να συγκρίνει δηλαδή δύο διαφορετικές ομάδες σπουδαστών επαγγελματιών υγείας, όπου η μια ομάδα να έχει δολέψει με άτομα με αναπηρία σε μια κλινική άσκηση και η άλλη όχι. Εντούτοις, τα αποτελέσματα της έρευνάς μας συμφωνούν με τα αποτελέσματα δυο προηγούμενων ερευνών, στις οποίες βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ πρωτοετών και τελειόφοιτων προπτυχιακών σπουδαστών φυσικοθεραπείας μέσω της αγγλικής έκδοσης της ΚΑΑΑ (IDP). Συγκεκριμένα, οι σπουδαστές που βρίσκονταν στο τελευταίο έτος φοίτησης είχαν μέση διαφορά 4,9 και 7,5 βαθμούς λιγότερο από αυτούς που φοιτούσαν στο πρώτο έτος (Stachura & Garven 2003; Stachura, 2007). Από την άλλη, σε μια άλλη μελέτη, οι Chadd και Pangilinan (2011) χρησιμοποίησαν μια άλλη κλίμακα, την Disability Attitudes in Health Care, σε 121 σπουδαστές ιατρικής και σύγκριναν τις μετρήσεις με t-test, των σπουδαστών που έχουν κάνει κλινική άσκηση με άτομα με αναπηρία και αυτών που δεν έχουν κάνει τέτοια κλινική, αλλά δεν βρήκαν σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων των σπουδαστών.

Όσον αφορά την επαφή με άτομα με αναπηρία, το μεγαλύτερο ποσοστό της Α και Β ομάδας είχε “εβδομαδιαία” και “λιγότερο από μια φορά κάθε τρεις μήνες” αντίστοιχα, όπως φαίνεται και στον πίνακα 7. Η επαφή στη συγκεκριμένη περίπτωση των σπουδαστών

που παρακολούθησαν κλινική , βρέθηκε αυξημένη και φαίνεται να δηλώνει ότι όσο πιο συχνή είναι η αλληλεπίδραση των φοιτητών με άτομα με αναπηρία τόσο πιο θετική θα είναι η στάση απέναντι τους. Αυτό είναι σύμφωνο με μελέτες για την στάση απέναντι σε άτομα με αναπηρία (Allport, 1954; Yuker & Hurley, 1987; Stachura & Garven, 2003; Tervo et al., 2004; Krahe & Altwasser, 2006; Sahin & Akyol, 2010; Shields et al., 2013). Άλλος λόγος που οι σπουδαστές της πρώτης ομάδας έδειξαν καλύτερη συμπεριφορά είναι η ηλικία, καθότι μεγαλύτεροι με μέσο όρο ηλικίας τα 22,35 έτη και ενδεχομένως πιο έμπειροι και ώριμοι σε σχέση με τους μικρότερους σε ηλικία της δεύτερης ομάδας με μέσο όρο ηλικίας τα 20,41 έτη.

Στην μελέτη μετάφρασης και διαπολιτισμικής στάθμισης της ΚΑΑΑ, σε επαγγελματίες υγείας και γενικού πληθυσμού, οι Bania et al. (2019) βρήκαν τον μέσο όρο του γενικού πληθυσμού $71,2 \pm 12,4$. Οι επαγγελματίες υγείας είχαν μέσο όρο διαφοράς στην ΚΑΑΑ -11 από αυτόν του γενικού πληθυσμού. Επομένως οι επαγγελματίες υγείας με μέσο όρο $60,2 \pm 7,4$, είχαν σαφώς πολύ μεγάλη διαφορά από τον μέσο όρο βαθμολογίας της ΚΑΑΑ της ομάδας των προπτυχιακών σπουδαστών, οι οποίοι δεν παρακολούθησαν κλινική με άτομα με αναπηρία, που ήταν 67,81 και λιγότερη από της ομάδας σπουδαστών, οι οποίοι ολοκλήρωσαν κλινική με άτομα με αναπηρία, που συγκέντρωσε 63,28 . Οι επαγγελματίες υγείας προφανώς και έχουν περισσότερη εμπειρία από τους σπουδαστές και γι' αυτό υπήρξε αρκετή διαφορά στον μέσο όρο της βαθμολογίας τους, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι όσο περισσότερη αλληλεπίδραση υπάρχει μεταξύ ενός ατόμου με κάποιο άτομο με αναπηρία τόσο περισσότερο θετική στάση θα αποκτή το άτομο αυτό.

Ακόμη, οι Matziou et al., χρησιμοποίησαν στην έρευνα τους την κλίμακα ATDP για την μέτρηση της συμπεριφοράς των σπουδαστών νοσηλευτικής και επαγγελματιών νοσηλευτών απέναντι σε παιδιά με αναπηρία. Όμως, ο μέσος όρος για την κλίμακα των πρωτοετών σπουδαστών νοσηλευτικής ήταν $61,2 \pm 13,4$, για τους μεταπτυχιακούς $69 \pm 15,7$ και για τους επαγγελματίες $57,4 \pm 12,7$. Οι πρωτοετείς σπουδαστές είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα απ' ότι είχαν οι επαγγελματίες νοσηλευτές, που σημαίνει ότι είχαν θετικότερη στάση απέναντι στα παιδιά με αναπηρία σε σύγκριση με τους επαγγελματίες, ωστόσο οι μεταπτυχιακοί σπουδαστές είχαν θετικότερη βαθμολογία από τους πρωτοετείς σπουδαστές.

Η μελέτη αυτή είχε μια σημαντική διαφορά με την παρούσα μελέτη, οι σπουδαστές είχαν πιο θετική συμπεριφορά από τους επαγγελματίες προς τα άτομα με αναπηρία, στη μελέτη των Matziou et al. (2009). Ωστόσο, η διαφορά αυτή ενδεχομένως μπορεί να εξηγηθεί

στο είδος της μέτρησης των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν. Η κλίμακα IDP μετρά τη δυσφορία δηλαδή την προσωπική αίσθηση που νιώθει το ίδιο το άτομο που συμπληρώνει την κλίμακα κατά την επαφή του με άτομα με αναπηρία ενώ η ATDP μετρά γενικές συμπεριφορές απέναντι στα άτομα με αναπηρία π.χ. πόσο πιστεύουν ότι θα τα καταφέρουν στην κοινωνική ενσωμάτωση, πως αισθάνονται τα άτομα με αναπηρία και άλλες συναλλαγές.

Αν και προηγούμενες μελέτες έχουν αναφερθεί στις διαφορές της στάσης μεταξύ του γυναικείου και αντρικού φύλου (MacLean & Gannon, 1995; McGregor & Forlin, 2005), στην παρούσα έρευνα δεν διερευνήθηκαν καθώς δεν έγινε ανάλυση δεδομένων για τις δύο ομάδες.

Στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν και μετρήσεις 7 σπουδαστών που είχαν αναπηρία. Η στάση των ατόμων με αναπηρία απέναντι στα άτομα με αναπηρία είναι εξίσου σημαντική. Συχνά κάποιες έρευνες συμπεραίνουν ότι η συμπεριφορά ενός ατόμου με αναπηρία σε άλλα άτομα με αναπηρία αντικατοπτρίζει τη συμπεριφορά που έχει απέναντι στον εαυτό του (Yuker, 1965). Ωστόσο, στην παρούσα έρευνα δεν μελετήθηκε η στάση των σπουδαστών αυτών ξεχωριστά από τους υπόλοιπους σπουδαστές, καθώς το δείγμα των σπουδαστών με αναπηρία ήταν πολύ μικρό συγκριτικά με το δείγμα των σπουδαστών που δεν είχαν αναπηρία.

Αξιοπιστία των επαναληπτικών μετρήσεων:

Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (test- retest reliability) της κλίμακας ΚΑΑΑ εξετάστηκε συγκρίνοντας δυο διαφορετικές μετρήσεις της κλίμακας, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν με διαφορά περιόδου τριών εβδομάδων. Η περίοδος αυτή θεωρήθηκε από τις ερευνήτριες ότι είναι ικανοποιητικό χρονικό πλαίσιο για την επαναξιολόγηση ενός εργαλείου μέτρησης διότι δεν είναι μικρό χρονικό διάστημα ώστε οι συμμετέχοντες να θυμούνται τις απαντήσεις τους αλλά ούτε και πολύ μεγάλο ώστε να υπάρχει συχνή επαφή ενδιάμεσα με κάποιο άτομο με αναπηρία και να αλλάξει η στάση του σπουδαστή. Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης έδειξαν ότι ο συντελεστής ενδοσυσχέτισης (Intraclass Correlation Coefficient) βρέθηκε 0.86, που σημαίνει ότι η ΚΑΑΑ παρουσιάζει σημαντική αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων μεταξύ των αξιολογήσεων σε σπουδαστές επαγγελματιών υγείας, επομένως η ΚΑΑΑ μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της στάσης τους.

Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζει προηγούμενη μελέτη, όπου επίσης βρέθηκε υψηλός συντελεστής αξιοπιστίας σε σπουδαστές νοσηλευτικής και παρόμοιο διάστημα αξιολόγησης επαναξιολόγησης (Gething & Wheeler, 1992).

Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας:

Αφού ο δείκτης αξιοπιστίας Chronbach's α είναι για τις 20 ερωτήσεις της ΚΑΑΑ 0.87 και για τις 17 ερωτήσεις που διατηρήθηκαν στην παραγοντική ανάλυση 0,93 μπορεί να χαρακτηριστεί η ΚΑΑΑ αξιόπιστη. Υψηλοί δείκτες εσωτερικής συνοχής βρέθηκαν επίσης από τους Iacono et al., (2009). Συλλέγοντας σε δυο φάσεις τα δεδομένα από σπουδαστές που συμπλήρωσαν την IDPS βρήκαν ότι ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας Chronbach's α για την πρώτη φάση αξιολόγησης ήταν συνολικά 0,76 και για την δεύτερη φάση 0,79. Ακόμη, οι Thomas et al., (2003) χρησιμοποίησαν την IDP κλίμακα σε έρευνα με 258 σπουδαστές, ο δείκτης αξιοπιστίας ήταν 0,75 και σε έρευνα τους με 274 σπουδαστές ήταν 0,76.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

Απαραίτητη είναι η αναφορά των περιορισμών της έρευνας. Δεν έγινε εκτίμηση της εγκυρότητας κριτηρίου καθώς δεν βρέθηκε ανάλογο εργαλείο αξιολόγησης που να έχει χρησιμοποιηθεί σε Έλληνες σπουδαστές και να έχει σταθμιστεί στον ελληνικό χώρο. Υπάρχει μια μελέτη που διερεύνησε την συμπεριφορά σπουδαστών ιατρικής, νοσηλευτικής και κοινωνικής εργασίας με τις κλίμακες Attitudes Toward Disabled People—Form B και Community Living Attitudes Scale—Intellectual Disability (CLAS-ID μεταφρασμένες στα ελληνικά (Kritsotakis et al., 2017). Ωστόσο, οι ερευνητές δεν ακολούθησαν μια πλήρως τυποποιημένη διαδικασία με μια προς τα πίσω διαδικασία μετάφρασης από τα ελληνικά στα αγγλικά των δύο εργαλείων, όπως προαναφέρθηκε παραπάνω, επομένως κρίθηκε σκόπιμο να μην χρησιμοποιηθεί η Attitudes Toward Disabled People που ήταν πιο κατάλληλη για εξέταση εγκυρότητας κριτηρίου με την ΚΑΑΑ. Όσον αφορά το δείγμα, δεν συμπεριλαμβάνονταν σε αυτό σπουδαστές εργοθεραπείας και έτσι η έρευνα δεν κάλυψε όλες τις ειδικότητες θεραπευτών. Ωστόσο, η συγκεκριμένη μελέτη συγκέντρωσε δεδομένα από ένα μεγάλο δείγμα σπουδαστών όπου κάλυψε ένα καλό ποσοστό των υπολοίπων ειδικοτήτων υγείας αν και οι μισοί εξ αυτών ήταν σπουδαστές φυσικοθεραπείας. Παρόλο που μαζί με την συλλογή της κλίμακας γινόταν και συλλογή των δημογραφικών στοιχείων των φοιτητών, δεν πραγματοποιήθηκε ανάλυση αυτών των στοιχείων. Επειδή φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην στάση οι δημογραφικοί παράγοντες όπως είναι το φύλο, η ηλικία, η εθνικότητα, η σχολή, θα ήταν φρόνιμο να γίνει μια τέτοια μελέτη στο μέλλον (Cowen & Cowen, 1963; MacLean & Gannon, 1995; Forlin et al., 1999; Matziou et al., 2009;).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Έγινε η στάθμιση της κλίμακας ΚΑΑΑ σε σπουδαστές επαγγελματιών υγείας (φυσικοθεραπείας, ιατρικής, νοσηλευτικής, λογοθεραπείας). Η ΚΑΑΑ βρέθηκε να διαθέτει σημαντικό βαθμό εγκυρότητας και αξιοπιστίας για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς των Ελλήνων σπουδαστών επαγγελματιών υγείας απέναντι σε άτομα με αναπηρία. Μια κλίμακα με επαρκή βαθμό αξιοπιστίας και εγκυρότητας είναι πολύ σημαντική διότι θα μπορέσει να συμβάλει στη συλλογή δεδομένων από σπουδαστές επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν από ακαδημαϊκούς ώστε να βελτιώσουν την στάση των σπουδαστών επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Τέλος, φάνηκε να παρουσιάζεται συσχέτιση της επαφής με τα άτομα με αναπηρία και της στάσης απέναντι στα άτομα αυτά. Οι σπουδαστές που είχαν παρακολουθήσει κλινική που να έρχονται σε επαφή με αναπηρία διατηρούσαν θετικότερη στάση από του σπουδαστές που δεν είχαν παρακολουθήσει μια τέτοια κλινική.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

Αγγλική αρθρογραφία:

1. **Albrecht GL, Seelman K, Bury M.** 2003, Handbook of Disability Studies. Thousand Oaks, CA, Sage.
2. **Allport GW.** 1935, Attitudes. In: Murchison C (editor): Handbook of social psychology. Worcester: Clark University Press. pp. 789–884.
3. **Allport G.** 1954, The nature of prejudice. Cambridge, MA: Addison-Wesley.
4. **Anagnostopoulos, D. C., & Soumaki, E.** 2011, Perspectives of intellectual disability in Greece: epidemiology, policy, services for children and adults. Current Opinion in Psychiatry, 24(5), 425–430.
5. **Antonak RF.** 1981, Development and psychometric analysis of the scale of attitudes toward disabled persons. Durham (NH): Dept of Education, Univ. New Hampshire; Tech Rep No. 5. *
6. **Antonak, RF.** 1982, Development and psychometric analysis of the Scale of Attitudes Toward Disabled Persons. Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 13, 22–29. *
7. **Antonak, R. & Livneh, R.** 2000, Measurement of attitudes towards persons with disability. Disability and Rehabilitation, 22, 211–224.
8. **Au, K. W., & Man, D. W.** 2006, Attitudes toward people with disabilities: A comparison between health care professionals and students. International Journal of Rehabilitation Research, 29, 155–160.
9. **Bakheit AMO, Shanmugalingam V.** 1997, A study of the attitudes of a rural Indian community toward people with physical disabilities. Clin Rehabil; 11(4): 329–34. *
10. **Benomir, A. M., Nicolson, R. I., & Beail, N.** 2016, Attitudes towards people with intellectual disability in the UK and Libya: A cross-cultural comparison. Research in Developmental Disabilities, 51–52, 1–9.
11. **Bickenbach JE, Chatterji S, Badley EM, Ustun TB.** 1999, Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. Soc Sci Med; 48: 1173–87.
12. **Bilge A, Genc, R & Nis, I.** 2005, Disability which the problem of social and nursing approach. Ege Universitesi Hems, irelik Yuksek Okulu Dergisi (Turkish) 21, 181–190.
13. **Block, J.R.** 1974, Recent research with the Attitude Toward Disabled Persons scale: Someresearch abstracts (Rehabilitation Series No. 7). Albertson, NY: Human Resources Center.

14. **Bogadan R, Biklin D.** 1981, In: Spiegel AD, Podair S, eds. *Rehabilitating people with disabilities into the mainstream of society.* Park Ridge, NJ: Noyes Medical Publications.
15. **Brillhart, B. A., Jay, H., & Wyers, M. E.** 1990, Attitudes toward people with disability. *Rehabilitation Nursing*, 15, 80–82.
16. **Brodwin, M., & Orange, L.** 2002, Attitudes toward disability. In J. D. Andrew & C. W. Faubion (Eds.), *Rehabilitation services: An introduction for the human service professional.* Osage Beach, MO: Aspen.
17. **Brown T, Mu K, Peyton CG, Rodger S, Stagnitti K, Hutton E, Casey J, Watson C, Hong CS, Huang Y, Wu C.** 2009, Occupational therapy students' attitudes towards individuals with disabilities: A comparison between Australia, Taiwan, the United Kingdom, and the United States. *Research in Developmental Disabilities*, 30:1541-1555
18. **Brown, R., Graham, C. L., Richeson, N., Wu, J., & McDermott, S.** 2010, Evaluation of medical student performance on objective structured clinical exams with standardized patients with and without disabilities. *Academic Medicine*, 85(11), 1766–1771.
19. **Byron M, Cockshott Z, Brownett H, Ramkalawan T.** 2005, What does 'disability' mean for medical students? An exploration of the words medical students associate with the term 'disability'. *Medical Education* 39, 176–183.
20. **Byron M, Dieppe P.** 2000, Educating health professionals about disability: attitudes, attitudes, attitudes. *J R Soc Med*; 93:397Y8 6.
21. **Chadd EH, Pangilinan PH.** 2011, Disability attitudes in health care: a new scale instrument. *Am J for Field Settings.* Boston: Houghton Muffin Company, pp. 37- 94.
22. **Chan L, Doctor JN, MacLehose RF.** 1999, Do Medicare patients with disabilities receive preventive services? A population-based study. *Arch Phys Med Rehabil*; 80:642Y6
23. **Charles, C. M.** 1995, *Introduction to educational research* (2nd ed.). San Diego, Longman
24. **Chen, R., Brodwin, M. G., Cardoso, E., & Chan, F.** 2002, Attitudes toward people with disabilities in the social context of dating and marriage: A comparison of American, Taiwanese, and Singaporean college students. *Journal of Rehabilitation*, 68, 5–11.
25. **Chubon R.** 1982, An analysis of research dealing with the attitudes of professionals toward disability. *Journal of Rehabilitation*, 48(1), 25-30.
26. **Crano, W. D., & Prislin, R. (Eds.).** 2008, *Frontiers of social psychology. Attitudes and attitude change.* New York, NY, US: Psychology Press.
27. **Cronbach, L.** 1951, Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 16(3), pp. 297-334.
28. **Crotty M, Finucane P, Ahern M.** 2000, Teaching medical students about disability and rehabilitation: methods and student feedback. *Medical Education*, 34:659-664.
29. **Comrey, A. L., & Lee, H. B.** 1992, *A first course in factor analysis.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

30. **Cook, T. D. and Campbell, D. T.** 1979, Quasi-Experimentation: Design & Analysis Issues experiences of barriers to health-care access. *Journal of Disability Policy Studies* 2006, 17:101-115.
31. **Cowen, E. L., & Cowen, Renee S.** 1963, A comparison of the attitudes of American and French college students towards deafness and blindness. Paper presented at American Psychological Association, Philadelphia.
32. **De Laat, S., Freriksen, E., Vervloed, M.P.J.** 2013, Attitudes of children and adolescents toward persons who are deaf, blind, paralyzed or intellectually disabled. *Res. Dev. Disabil.* 34, 855–863
33. **Dorji S, Solomon P.** 2009, Attitudes of Health Professionals Toward Persons with Disabilities in Bhutan. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal.*
34. **Drainoni M, Lee-Hood E, Tobias C, Bachman S, Andrew J, Maisels L.** 2006, Crossdisability experiences of barriers to health-care access. *Journal of Disability Policy Studies*, 17:101-115.
35. **Drost, E.** No date, Validity and Reliability in Social Science Research. *Education Research and Perspectives*, 38(1), pp. 105-123.
36. **Duckworth SC.** 1988, The effect of medical education on the attitudes of medical students towards disabled people. *Med Educ.* 22: 501-5
37. **Eagly, A. H., & Chaiken, S.** 1993, *The psychology of attitudes.* Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich
38. **Estes JP, Deyer CA, Hansen RA, Russell JC.** 1991, Influence of occupational therapy curricula on students' attitudes toward persons with disabilities. *Am J Occup Ther;* 45(2):156–159.
39. **Fabrigar, L. & Wegener, D.** 2012, *Exploratory Factor Analysis.* New York: Oxford University Press.
40. **Forlin C, Fogarty G, Carroll AM.** 1999, Validation of the factor structure of the Interactions with Disabled Persons Scale. *Aust J Psychol.*;51(1):50–55.
41. **Gething, L.** 1991, *Interaction with disabled persons scale: Manual and kit.* Sydney: University of Sydney.
42. **Gething, L.** 1994, The Interaction with Disabled Persons scale. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9, 23-42.
43. **Gething L, Westbrook M.** 1983, Enhancing physiotherapy students' attitudes towards disabled people. *Aust J Physiother.* 29:48–52.
44. **Gething L, Wheeler B.** 1992, The Interaction with Disabled Persons Scale: a new Australian instrument to measure attitudes towards people with disabilities. *Aus J Physiother.*;44:75–82.
45. **Gezim Dibra Fatbardha Osmanaga, Bushati Josef.** 2013, Students' attitudes toward disability. 1857-7881 *

46. **Harrison T.** 2006, Health promotion for persons with disabilities. What does the literature reveal? *Fam Community Health*. 29(suppl 1):12S-19S.
47. **Harward D, Tresolini C & Davis W.** 2006, Can participation in a health affairs interdisciplinary case conference improves medical students' knowledge and attitudes? *Academic Medicine* 81, 257– 261.
48. **Hergenrather K, Rhodes S.** 2007, Exploring undergraduate student attitudes towards persons with disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 50(2):66-75.
49. **Hergenrather, K., Rhodes, S., & McDaniel, R.** 2005, Correlates of job placement: Public rehabilitation counselors and consumers living with AIDS. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48(3), 94–115.
50. **Hoghton M., Turner S. & Hall I.** 2013, Improving the Health and Wellbeing of People with Learning Disabilities: An Evidence-Based Commissioning Guide for Clinical Commissioning Groups (CCGs) – Revised. *Improving Health and Lives: Learning Disabilities Observatory*, Durham
51. **Hu S, Kuh GD.** 2003, Diversity experiences and college student learning and personal development. *J Coll Student Dev*. 44:320–334
52. **Iacono T, Tracy J, Keating J, Brown T.** 2009, The Interaction with Disabled Persons scale: Revisiting its internal consistency and factor structure, and examining item level properties. *Research in Developmental Disabilities*. 30 (6) 1490-1501
53. **Jackson KB.** 2007, Knowledge and attitudes toward persons with physical disabilities of healthcare trainees. M.A. Roosevelt University.
54. **Jacques, M.E., Linkowski, D.C. & Sieka, F.L.** 1970, Cultural attitudes towards disability: Denmark, Greece, and the United States. *International Journal Society Psychology*, 16, 54–62. *
55. **Jain, S.** 2006, Care of patients with disabilities: A important and often ignored aspect of family medicine teaching. *Family Medicine*, 38(1), 13– 15.
56. **Jones KE, Itamar IE.** 1997, Making our offices universally accessible: guidelines for physicians. *CMAJ*;156:647-56.
57. **Joppe, M.** 2000, The Research Process. Retrieved February 25, 1998, Διαθέσιμο από: <http://www.ryerson.ca/~mjoppe/rp.htm>
58. **Jung JS.** 2011, A study on college students' social distance from people with psychiatric disabilities. Hannam University. Master degree dissertation.
59. **Kerr N.** 1970, Staff expectations for disabled persons: Helpful or harmful. *Rehabilitation Counselling Bulletin* 14, 8534.
60. **Kirschner KL, Breslin ML, Iezzoni LI.** 2007, Structural impairments that limit access to healthcare for patients with disabilities. *JAMA*;297:1121Y5
61. **Kottaridi, Y.** 2000, The family and the care of children with disabilities. *Paediatrici*, 63, 272–274.

62. **Krahé B, Altwasser C.** 2006, Changing negative attitudes towards physical disability: An experimental intervention. *J Commun Appl Soc Psychol.*;16:59–69.
63. **Kritsotakis G, Galanis P, Papastefanakis E, Meidani F, Philalithis A, Kalokairinou A, Sourtzi P.** 2017, Attitudes towards people with physical or intellectual disabilities among nursing, social work and medical students. *J Clin Nurs.*;26:4951–4963.
64. **Larson McNeal, M. A., Carrothers, L. A., & Premo, B.** 2002, Providing primary health care for people with physical disabilities: A survey of California physicians. Pomona, CA: Center for Disability Issues and the Health Profession.
65. **Loukisas, T. D., & Papoudi, D.** 2016, Mothers' Experiences of Children in the Autistic Spectrum in Greece: Narratives of Development, Education and Disability Across their Blogs. *International Journal of Disability, Development and Education*, 63(1), 64–78. *
66. **Lyons M.** 1991, Enabling or disabling? Students' attitudes toward persons with disabilities. *Am J Occup Ther*;31:1Y6
67. **McKenna, K., Scholtes, A., Fleming, J., & Gilbert, J.** 2001, The journey through an undergraduate occupational therapy course: Does it change students' attitudes, perceptions and career plans? *Australian Occupational Therapy Journal*, 48(4), 157–169.
68. **McGregor, S. J. R., & Forlin, C.** 2005, Attitude of students towards peers with disabilities: Relocating students from an education support centre to an inclusive middle school setting. *International Journal of Whole Schooling*, 1. Retrieved November 1, 2005, from http://www.wholeschooling.net/Journal_of_Whole_Schooling/
69. **MacLean D, Gannon PM.** 1995, Measuring attitudes toward disability: The Interaction with Disabled Persons Scale revisited. *J Soc Behav Pers*; 10(4):791–806.
70. **Magsamen-Conrad K.** 2014, Digital native, meet digital immigrant: Building intergenerational relationships through a technology literacy project. *Community Works Journal*. Available at: <http://communityworksinstitute.org/cwjonline/articles/aarticles-text/digitalnatives.html>. Accessed October 12, 2016 *
71. **Marks, B.** 2007, Cultural competence revisited: Nursing students with disabilities. *Journal of Nursing Education*, 46, 70-74.
72. **Martin HL, Rowell MM, Reid SM, Marks MK, Reddihough DS.** 2005, Cerebral palsy: what do medical students know and believe? *Journal of Paediatrics & Child Health*, 41:43-47
73. **Matziou, V., Galanis, P., Tsumakas, C., Gymnopoulou, E., Perdikaris, P., & Brokalaki, H.** 2009, Attitudes of nurse professionals and nursing students toward children with disabilities. Do nurses really overcome children's physical and mental handicaps? *International Nursing Review*, 56, 456–460.
74. **Messmer, P. R., Conway, A., Giltinan, J., & Stroh, K.** 1990, Attitudes toward physically disabled college students. In C. F. Waltz & L. S. Jenkins (Eds.), *Measurement of nursing outcome* (Vol. 3, pp. 293–299). New York, NY: Springer.

75. **Mitchell, R. A., Zhou, D., & Watts, G.** 1993, Community based rehabilitation: Does it change community attitudes towards people with a disability? *Disability & Rehabilitation*, 15, 179–183.
76. **Mitchell KR, Hayes M, Gordon J, Wallis B.** 1984, An investigation of the attitudes of medical students to physically disabled people. *Med Educ* 1984;18:21-3.
77. **Morrison, E. H., George, V., & Mosqueda, L.** 2008, Primary care for adults with physical disabilities: Perceptions from consumer and provider focus groups. *Family Medicine*, 40(9), 645–651.
78. **Nunnally, J. & Bernstein, I.** 1994, *Psychometric Theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill, Inc.
79. **Northway R.** 1997, Disability and oppression: some implications for nurses and nursing. *Journal of Advanced Nursing* 26, 736–746.
80. **Northway R.** 2000, Disability, nursing research and the importance of reflexivity. *Journal of Advanced Nursing* 32, 391–397.
81. **Page, S. L., & Islam, M. R.** 2015, The role of personality variables in predicting attitudes toward people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59, 741–745.
82. **Pallant, J.** 2005, *Spss Survival Manual*. Sydney: Allen & Unwin.
83. **Papadopoulou, D., Malliou, P., Kofotolis, N., Vlachopoulos, S. P., & Kellis, E.** 2017, Health-related quality of life in children attending special and typical education Greek schools. *International Journal of Disability, Development and Education*, 64(1), 76–87.
84. **Paris MJ.** 1993, Attitudes of medical students and healthcare professionals toward people with disabilities, *Arch Phys Med Rehabil*; 74: 818–25.
85. **Park YK, Kim JH.** 2017, Analysis of prejudices and attitudes of students in the department of physical therapy against people with disabilities. *J Phys Ther Sci*, 29: 2168–2171.
86. **Peat M.** 1997, Attitudes and access: advancing the rights of people with disability. *CMAJ* ;156:657-9.
87. **Perry T.** 2008, Recreation student attitudes towards persons with disabilities: considerations for future service delivery. *J Hosp Leis Sport Tour Educ*; 7(2):4–14.
88. **Portney L, Watakins M.** 2000, *Foundation of Clinical Research: Application to Practice*. New Jersey: Prentice Hall Health. pp. 61–77.
89. **Rajecki DW.** 1990, *Attitudes*. Sunderland: Sinauer.
90. **Rao, S.** 2004, Faculty attitudes and students with disabilities in higher education: A literature review. *College Student Journal*, 38(2), 191–199
91. **Raymond JG, D’cunha J, Dzuhayatin S.R., Hynes P, Ramirez Rodriguez Z, Santos A.** 2002, *A Comparative Study of Women Trafficked in the Migration Process*.

92. **Rezler AG.** 1974, Attitude changes during medical school. *J Med Ed* :49: 1023-30.
93. **Rimmer J, Rowland J.** 2008, Health promotion for people with disabilities: implications for empowering the person and promoting disability friendly environments. *Am J Lifestyle Med.* 2(5):409–20.
94. **Rimmerman A, Hozmi B, Duvdevany I.** 2000, Contact and attitudes toward individuals with disabilities among students tutoring children with developmental disabilities. *J Intellect Dev Disabil.* 25:13–8.
95. **Sahin, H., Akyol, A. D.** 2010, Evaluation of nursing and medical students' attitudes toward people with disabilities. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2271–2279.
96. **Saketkoo L, Anderson D, Rice J, et al.** 2004, Effects of a disability awareness and skills training workshop on senior medical students as assessed with self ratings and performance on a standardized patient case. *Teach Learn Med*;16:345Y54
97. **Schwartz, C., & Armony-Sivan, R.** 2001, Students' attitudes to the inclusion of people with disabilities in the community. *Disability and Society*, 16, 403–413.
98. **Scullion PA .** 1999, Disability in a nursing curriculum. *Disability & Society* 14, 539–559.
99. **Sears DO, Peplau LA, Taylor SE.** 1991, *Social psychology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall
100. **Seccombe, J. A.** 2007, Attitudes toward disability in an undergraduate nursing curriculum: The effects of a curriculum change. *Nurse Education Today*, 27, 445–451.
101. **Shah, P., Norlin, C., Logsdon, V., & Samson-Fang, L.** 2005, Gynecological care for adolescents with disability: Physician comfort, perceived barriers, and potential solutions. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 18(2), 101– 104.
102. **Sherman, E., Brooks, B., Iverson, G., Slick, D. & Strauss, E.** 2011, Reliability and Validity in Neuropsychology. In *The Little Black Book of Neuropsychology: A Syndrome-Based Approach*. Springer Science+Business Media
103. **Shields N, Bruder A, Taylor NF.** 2013, Getting fit for practice: an innovative paediatric clinical placement provided physiotherapy students opportunities for skill development. *Physiotherapy*. 99(2):159–64.
104. **Simpson, R.L.** 1980, Modifying the attitudes of regular class students Wards the handicapped. *Focvr on ErccprioMI Children*. Nov.. 1-1 1.
105. **Slater S, Vukmanovic C, Macukanovic P, Prvulovic T, Cutler JL.** 1974, The Definition and Measurement of Disability. Division of Strenghtening of Health Services, World Health Organization, Geneva. 305-308
106. **Stachura K, Garven F.** 2003, Comparison of occupational therapy and physiotherapy students' attitude towards PwD. *Phychol*; 89(11):653–644.
107. **Stachura K.** 2007, A national survey of occupational therapy students' and physiotherapy students' attitudes to disabled people. *Clin Rehabil*;21:442Y9

108. **Tavakol, M. & Dennick, R.** 2011, Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education* 2, pp. 53-55.
109. **Ten Klooster P, Dannenberg J, Taal E, Burger R, Rasker J.** 2009, Attitudes towards people with physical or intellectual disabilities: Nursing students and non-nursing peers. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2562-2573.
110. **Tervo, R., Azuma, S., Palmer, G. & Redinius, P.** 2002, Medical students' attitudes toward persons with disability: a comparative study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83, 1537–1542.
111. **Tervo RC, Palmer G & Redinius P.** 2004, Health professional student attitudes towards people with disability. *Clinical Rehabilitation* 18, 908–915.
112. **Theofani A. Bania, Alexandros-Stamatios Antoniou, Marina Theodoritsi, Io Theodoritsi, Garyfalia Charitaki & Evdokia Billis.** 2019, The Interaction with Disabled Persons Scale: translation and cross-cultural validation into Greek, *Disability and Rehabilitation*, 1-8
113. **Thistlethwaite, J. E., & Ewart, B. R.** 2003, Valuing diversity: Helping medical students explore their attitudes and beliefs. *Medical Teacher*, 25(3), 277–281.
114. **Thomas A, Palmer JK, Coker-Juneau CJ, Williams DJ.** 2003, Factor structure and construct validity of the interaction with disabled persons scale. *Educ Psychol Meas.* 63(3):465–483.
115. **Tracy, J., & Iacono, T.** 2008, People with developmental disabilities teaching medical students: Does it make a difference? *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 33, 345–348.
116. **Uysal, A., Albayrak, B., Koculu, B., Kan, F., & Aydin, T.** 2014, Attitudes of nursing students toward people with disabilities. *Nurse Education Today*, 34, 878–884
117. **Velonaki, V. S., Kampouroglou, G., Velonaki, M., Dimakopoulou, K., Sourtzi, P., & Kalokerinou, A.** 2015, Nurses' knowledge, attitudes and behavior toward Deaf patients. *Disability and Health Journal*, 8(1), 109–117.
118. **Wicas E, Carluccio L.** 1971, Attitudes of counselors towards three handicapped client aroups. *Rehabil Counsel Bull.* 14:25-34.
119. **White MJ, Olson RS.** 1998, Attitudes toward people with disabilities: a comparison of rehabilitation nurses, occupational therapists, and physical therapists. *Rehabil Nurs*; 23: 126–31.
120. **Wright BA.** 1980, Developing constructive views of life with a disability, *Rehabilitation Literature*, 41, 274-279
121. **Wright, B.** 1983, *Physical Disability: a Psychosocial Approach*, 2nd ed. Harper and Row, New York.
122. **Yuker, Harold E.** 1965, *Journal of Rehabilitation*; Washington, D.C._Vol. 31, Iss. 6, 15

123. **Yuker HE, Block JR and Youngg JH.** 1970, The Measurement of Attitudes Towards Disabled Persons, Human Resources Center, Mend Institute, New York
124. **Yuker, H. E., Block, J. R., Youngg, J. H., & Human Resources Center.** 1966, The measurement of attitudes toward disabled persons. Albertson, NY: Human Resources Center
125. **Yuker HE, Hurley MK.** 1987, Contact with and attitudes towards persons with disability: The measurement of intergroup contact. *Rehabil Psychol*; 32(3):145–154.
126. **Zaromatidis, K., Papadaki, A. & Gilde, A.** 1999, A cross-cultural comparison of attitudes toward persons with disabilities: Greeks and GreekAmericans. *Psychological Reports*, 84 (1), 1189–1196.
127. **Zascavage, V. T., & Keefe, C. H.** 2004, Students with severe speech and physical impairments: Opportunity barriers to literacy. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 19(4), 223–234.

Αγγλική βιβλιογραφία:

1. **Maio G.R., Haddock G.** 2009, “The Psychology of Attitudes and Attitude Change”, SAGE Publications
2. **Fazio RH.** 1995, Attitude strength: Antecedents and consequences.

Αναφορές από Οργανισμούς:

Kings Fund, 1987 Integrating a Positive Concept of Disability into Professional Curricula. Workshop Report, KFC 87/98, Kings Fund Centre, London.

Healthy People, 2010. U.S.: Department of Health and Human Services.

WHO, 2006 International classification of functioning, disability, and health. 2001. Switzerland, Geneva: World Health Organization.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1^ο :

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΜΕΛΕΤΗ (ΕΡΕΥΝΑ)

Σας ευχαριστούμε πολύ για το χρόνο που αφιερώνετε να διαβάσετε τις παρακάτω πληροφορίες για την έρευνα που διεξάγουμε. Η μελέτη μας εξηγείται παρακάτω:

Τίτλος μελέτης: Στάθμιση της Κλίμακας Αλληλεπίδρασης με Αναπηρία σε σπουδαστές φυσικοθεραπείας

Στόχος μελέτης: Να σταθμιστεί η Κλίμακα Αλληλεπίδρασης με Αναπηρία σε σπουδαστές φυσικοθεραπείας.

Γιατί σας ζητάμε να συμμετάσχετε:

Σας ζητάμε να απαντήσετε στις δηλώσεις της Κλίμακας Αλληλεπίδρασης με Άτομα με Αναπηρία (ΚΑΑΑ). Η κλίμακα αυτή διερευνά στάσεις και συναισθήματα απέναντι σε άτομα με “αναπηρία”. Μετά από 15 περίπου μέρες θα θέλαμε να απαντήσετε ξανά στην ίδια κλίμακα. Επίσης θα θέλαμε να συμπληρώσετε και την Κλίμακα Συμπεριφορών Φροντίδας. Οι κλίμακες θα σας δοθούν να τις συμπληρώσετε.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και αν δεν επιθυμείτε να λάβετε μέρος δεν είναι απαραίτητο να συμμετάσχετε. Ό,τι εμείς χρειαζόμαστε από εσάς τώρα είναι να απαντήσετε στις δηλώσεις των κλιμάκων καθώς και να συμπληρώσετε τα δημογραφικά σας στοιχεία. Επίσης αφού διαβάσετε τις πληροφορίες για τη μελέτη να συμπληρώσετε το όνομα σας και να υπογράψετε στη φόρμα συμμετοχής στην μελέτη.

Ποιά τα οφέλη από αυτή την μελέτη;

Η μελέτη αυτή θα βοηθήσει στην διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ σπουδαστών φυσ/πείας και ατόμων με “αναπηρία” και το ρόλο που ενδεχομένως μπορεί να παίζει η Κλινική Νευρολογικής Φυσ/πείας σε αυτό.

Που θα χρησιμοποιηθούν στοιχεία από την μελέτη αυτή;

Τα αποτελέσματα της μελέτης μπορεί να παρουσιαστούν ως ανακοίνωση σε συνέδριο ή σε δημοσίευση προς ενημέρωση φυσικοθεραπευτών ή άλλων ειδικοτήτων υγείας. Σε οποιαδήποτε περίπτωση τα προσωπικά δεδομένα (π.χ. ονόματα σας) δεν θα αποκαλυφθούν. Για αυτό το λόγο, όσοι απαντήσετε σας προτείνουμε να συμπληρώσετε το επώνυμο της μητέρας σας και όχι το επώνυμο που χρησιμοποιείτε και με το οποίο είστε γνωστοί. Βάλτε επίσης και το αρχικό του μικρού σας ονόματος. Έτσι θα διατηρηθεί η ανωνυμία σας και δεν θα γνωρίζει κάποιος τις απαντήσεις σας. Δεν θα αναφέρεται **πουθενά το κανονικό επώνυμο και μικρό όνομα σας ή άλλα στοιχεία που να αναγνωρίζεται η ταυτότητα σας.**

Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας!!

Αν θελήσετε περισσότερες πληροφορίες τηλεφωνο επικοινωνίας Γιαννακούδη Σοφία 6970309303, Γιαννίκη Μαρία 6946956865

Παράρτημα 2° :

ΦΟΡΜΑ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Τίτλος μελέτης: Στάθμιση Κλίμακας Αλληλεπίδρασης με Άτομα με Αναπηρία σε σπουδαστές φυσικοθεραπείας

Ερευνητές: Γιαννακούδη Σοφία, Γιαννίκη Μαρία

Όνομα συμμετέχοντα: _____

Συμφωνώ να λάβω μέρος στην παραπάνω μελέτη η οποία μου εξηγήθηκε

- Πιστεύω ότι κατάλαβα τον σκοπό και την έκταση της συγκεκριμένης μελέτης
- Μου δόθηκε αντίγραφο των πληροφοριών της μελέτης.
- Είχα την ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις και είμαι ικανοποιημένος/η από τις απαντήσεις που έλαβα.
- Καταλαβαίνω ότι οι ερευνητές συμφώνησαν να μην αποκαλύψουν πληροφορίες όσον αφορά την ταυτότητα μου σε οποιαδήποτε παρουσίαση ή δημοσίευση.

Υπογραφή σπουδαστή/στριας _____ **Ημερομηνία** _____

Έχω εξηγήσει τη μελέτη στον σπουδαστή/στρια που υπέγραψε παραπάνω, και πιστεύω κατάλαβε/αν τον σκοπό και την έκταση της συγκεκριμένης μελέτης.

Υπογραφή ερευνητή _____ **Ημερομηνία** _____

Σημείωση: να βάλετε ημερομηνία δίπλα στην υπογραφή σας

Παράρτημα 3^ο :

ΦΥΛΛΑΔΙΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Ημερομηνία:

Οι παρακάτω πληροφορίες χρειάζονται για να βοηθήσουν στην περιγραφή του δείγματος των ατόμων που θα συμπληρώσουν την ΚΑΑΑ σε αυτή τη μελέτη. Για κάθε ερώτηση, σημειώστε μόνο μία απάντηση.

1) Επώνυμο + αρχικό:

(παρακαλώ γράψτε το γένος (επώνυμο μητέρας) σας και το αρχικό του μικρού ονόματος σας)

2) Ηλικία: _____

3) Φύλο: Άνδρας _____ Γυναίκα _____

4) Θρησκεία: Χριστιανός _____ Άλλη _____

5) Εθνικότητα: Ελληνική _____ Άλλη _____ (ποιά) _____

6) Εξάμηνο σπουδών: _____

7) Έχετε παρακολουθήσει και ολοκληρώσει (παρακαλώ βάλτε ένα ναι ή όχι)

την Κλινική Νευρολογική Φυσ/πεία I _____

την Κλινική Νευρολογική Φυσ/πεία II _____

8) Έχετε εργαστεί με άτομα με «αναπηρία» κάπου αλλού; Αν ναι πόσα χρόνια : _____

8) Αναφέρετε την προσωπική σας εμπειρία ή επαφή με άτομα «με αναπηρία», συμπεριλαμβανομένης και της επαγγελματικής επαφής:

Πόσο συχνή είναι;

Καθημερινά _____

Εβδομαδιαία _____

Λιγότερο από μία φορά το μήνα _____

Μία φορά κάθε 3 μήνες _____

Λιγότερο από μία φορά κάθε 3 μήνες _____

10) Έχετε εσείς αναπηρία; Ναι έχω αναπηρία _____ Δεν έχω αναπηρία _____

Παράρτημα 4^ο:

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΜΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Εδώ είναι μια λίστα δηλώσεων όπου κάποιοι άνθρωποι περιγράφουν το πώς νιώθουν όταν έρχονται σε επαφή με ένα άτομο με αναπηρία. Φυσικά, το πώς ανταποκρινόμαστε σε ανθρώπους εξαρτάται από το πόσο καλά τους γνωρίζουμε ως άτομα. Ωστόσο θα θέλαμε να γνωρίζουμε το πώς νιώθετε γενικότερα όταν συναντάται ένα άτομο με αναπηρία. Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση προσεκτικά και αποφασίστε πόσο πολύ περιγράφει το πώς εσείς νιώθετε.

Παρακαλώ βάλτε ένα **TIK** δίπλα στην ερώτηση **κάτω από τη στήλη** η οποία περιγράφει το πώς νιώθετε.

Διαφωνώ πάρα πολύ	Διαφωνώ κάπως	Διαφωνώ λίγο			Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ πάρα πολύ
			1	Ανταμείβομαι (ηθικά) όταν μπορώ να βοηθήσω	1		
			2	Με πληγώνει όταν θέλουν να κάνουν κάτι και δεν μπορούν	2		
			3	Νιώθω απογοητευμένος επειδή δεν ξέρω πώς να βοηθήσω	3		
			4	Η επαφή με ένα άτομο με αναπηρία μου θυμίζει πόσο πρωτός(ή) είμαι	4		
			5	Αναρωτιέμαι πώς θα ένιωθα εγώ αν είχα αυτήν την αναπηρία	5		
			6	Νιώθω ότι έχω άγνοια για τα άτομα με αναπηρία	6		
			7	Νιώθω ευγνώμων που δεν είμαι σε αυτή τη θέση	7		
			8	Προσπαθώ να φερθώ φυσιολογικά και να αγνοώ την αναπηρία	8		
			9	Νιώθω άβολα και δυσκολεύομαι να χαλαρώσω (μαζί τους)	9		
			10	Γνωρίζω τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία	10		
			11	Δεν μπορώ να αποφύγω να μην τους κοιτάζω επίμονα	11		
			12	Νιώθω ανασφαλής γιατί δεν ξέρω πώς να φερθώ	12		
			13	Θαυμάζω την ικανότητά τους να τα βγάλουν πέρα	13		
			14	Δεν τους λυπάμαι	14		
			15	Μετά από συχνή επαφή, παρατηρώ ότι βλέπω το άτομο και όχι την αναπηρία	15		
			16	Νιώθω υπερβολικά άβολα επειδή εγώ δεν έχω αναπηρία	16		
			17	Φοβάμαι να κοιτάζω το άτομο απευθείας στο πρόσωπο	17		
			18	Έχω την τάση να κάνω μόνο σύντομες επαφές (μαζί τους) και να τις τελειώνω όσο το δυνατόν γρηγορότερα	18		
			19	Νιώθω καλύτερα με τα άτομα με αναπηρία εφόσον έχω πρώτα συζητήσει μαζί τους (για την αναπηρία τους)	19		
			20	Τρέμω στη σκέψη ότι θα μπορούσα να καταλήξω έτσι	20		