



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ: ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ

ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΜΟΥΣΟΥΛΜΑΝΩΝ ΤΗΣ
ΘΡΑΚΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ

Διπλωματική Εργασία

της

Αχμέτ Εμινέ- Δεριά

Α.Μ.: 634

Επιβλέπων Καθηγητής: Ανδρέας Μπούζος

ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ, 2024

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : Η ΜΟΥΣΟΥΛΜΑΝΙΚΗ ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΘΡΑΚΗΣ	9
1.1 Η έννοια της μειονότητας.....	9
1.2 Το ιστορικό πλαίσιο της μουσουλμανικής μειονότητας της Θράκης.....	10
1.3 Οι τρεις εθνοτικές ομάδες της μειονότητας.....	11
1.4 Γλωσσική διαφοροποίηση και ζητήματα ταυτότητας	13
1.5 Αριθμητικά Στοιχεία για τον πληθυσμό των μουσουλμάνων της Θράκης και η γεωγραφική τους κατανομή	15
1.6 Τα θρησκευτικά δικαιώματα των μουσουλμάνων.....	17
1.7 Κοινωνικά, οικονομικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά του μειονοτικού πληθυσμού	19
1.8 Το πλαίσιο εκπαίδευσης των μουσουλμάνων της Θράκης	21
1.9 Η θέση της γυναίκας και το πλαίσιο ψυχικής υγείας	24
1.10 Σχετικά με την έρευνα για την μουσουλμανική μειονότητα της Θράκης	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : Η ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΜΟΥΣΟΥΛΜΑΝΩΝ	29
2.1 Η έρευνα σχετικά με την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων.....	29
2.2 Ανάγκη για ευαίσθητες σχετικά με το πλαίσιο προσεγγίσεις για την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων.....	31
2.3 Υγεία και ασθένεια στο ισλάμ.....	33
2.4 Ισλαμικές αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια	34
2.5 Το θεωρητικό πλαίσιο	36
2.6 Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και Θεωρία της Αιτιολογημένης Δράσης και ρόλος τους στην Ψυχική υγεία και τη Μουσουλμανική Βιβλιογραφία Ψυχικής Υγείας	39

2.7 Κοινωνικό Οικολογικό Μοντέλο στη Συμβουλευτική και τη Μουσουλμανική Βιβλιογραφία Ψυχικής Υγείας.....	40
2.8 Λαμβάνοντας υπόψη τη Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς/ Θεωρία Αιτιολογημένης Δράσης μαζί με το Κοινωνικό Οικολογικό Μοντέλο	42
2.9 Πολιτισμικές πεποιθήσεις για θέματα ψυχικής υγείας.....	43
2.10 Γνώση και εξοικείωση με υπηρεσίες ψυχικής υγείας.....	44
2.11 Στάσεις απέναντι στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας	46
2.12 Αντιλαμβανόμενο στίγμα ως προς την αναζήτηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας	49
2.13 Ο αυτοστιγματισμός.....	50
2.14 Μεταβλητές ελέγχου	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ.....	53
3.1 Σκοπός και στόχοι της έρευνας	53
3.2 Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις	53
3.3 Μέθοδοι έρευνας, ερευνητικά εργαλεία και η διαδικασία δειγματοληψίας.....	54
3.4 Οι κλίμακες μέτρησης της έρευνας	57
3.5 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	61
3.6 Στατιστική Ανάλυση.....	62
3.7 Αποτελέσματα από την Περιγραφική Στατιστική και την Επαγωγική Ανάλυση .	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	67
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	72
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	84
Παράρτημα Α.....	84
Παράρτημα Β.....	88

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εμπειρική έρευνα σκοπεύει στη διερεύνηση των αντιλήψεων και στάσεων των μουσουλμάνων της Θράκης απέναντι στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι μουσουλμάνοι στις χώρες της Δύσης δεν επωφελούνται επαρκώς από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ως εκ τούτου, η διεθνής έρευνα για την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων έχει επικεντρωθεί στη διερεύνηση των παραγόντων που οδηγούν τους μουσουλμάνους να μην έχουν ευνοϊκές στάσεις απέναντι στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις αντιλήψεις και τις στάσεις τους σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ως εκ τούτου, ο απώτερος στόχος αυτής της έρευνας είναι τόσο να συμβάλει στη βελτίωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που παρέχονται σε τοπικό επίπεδο όσο και να συμβάλει στην υπάρχουσα γνώση για την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων. Οι παράγοντες των πολιτισμικών πεποιθήσεων, του αντιλαμβανόμενου κοινωνικού στίγματος και της γνώσης και εξοικείωσης σχετικά με ζητήματα ψυχικής υγείας, που έχει βρεθεί ότι επιδρούν συχνά αρνητικά στις στάσεις των μουσουλμάνων ως προς τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας διερευνώνται με τη χρήση της Κλίμακας Αντιλήψεις και Στάσεις των Μουσουλμάνων προς τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Επιπλέον, εξετάζεται η επίδραση του αυτοστιγματισμού που έχει βρεθεί επίσης ότι επιδρά αρνητικά, με την Κλίμακα Προσωπικού Στίγματος σχετικά με την Αναζήτηση Ψυχολογικής Βοήθειας. Οι στατιστικές αναλύσεις, έδειξαν ότι, οι αυξημένες πολιτισμικές πεποιθήσεις για προβλήματα ψυχικής υγείας, το αυξημένο επίπεδο αντιλαμβανόμενου κοινωνικού στίγματος και αυτό-στιγματισμού σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η λιγότερη εξοικείωση με προβλήματα, υπηρεσίες και επαγγελματίες ψυχικής υγείας προβλέπουν τη μη ευνοϊκή στάση απέναντι στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Συνεπώς, συμφωνούν σε γενικές γραμμές με τα αποτελέσματα των άλλων ερευνών που έχουν διεξαχθεί. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας υποδηλώνουν ότι παρόλο που οι παράγοντες που εξετάστηκαν συνέβαλαν στην υπάρχουσα γνώση, μπορεί να μην επαρκούν για την εξήγηση των στάσεων των μουσουλμάνων της Θράκης απέναντι στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Συνεπώς, μελλοντική έρευνα μπορεί να διερευνήσει πρόσθετες μεταβλητές, για τις αντιλήψεις και τις στάσεις των μουσουλμάνων της Θράκης για την ψυχική υγεία με βάση έναν συνδυασμό αυτών των παραγόντων.

Λέξεις κλειδιά: στάσεις, υπηρεσίες ψυχικής υγείας, πολιτισμικές πεποιθήσεις, κοινωνικό στίγμα, αυτό-στιγματισμός, γνώση και εξοικείωση, μουσουλμάνοι Θράκη

ABSTRACT

The present empirical research aims to investigate the perceptions and attitudes of the Muslims of Thrace towards the use of mental health services. Muslims in Western countries do not adequately benefit from mental health services, therefore, international research on Muslim mental health has focused on investigating the factors that lead Muslims to not have favorable attitudes towards the use of mental health services. In this context, investigating the factors that influence their perceptions and attitudes regarding the use of mental health services may contribute to the improvement of mental health services offered. Therefore, the ultimate aim of this research is both to contribute to the improvement of mental health services provided at a local level and to contribute to existing knowledge about the mental health of Muslims. The factors of cultural beliefs, perceived social stigma, and knowledge and familiarity with mental health issues, which have been found to often negatively influence Muslims' attitudes towards using mental health services, are explored using the Muslim Perceptions and Attitudes Scale to mental health services. In addition, the effect of self-stigma, which has also been found to have a negative effect, is examined with the Personal Stigma Scale on Seeking Psychological Help. Statistical analyses, showed that increased cultural beliefs about mental health problems, increased level of perceived social stigma and self-stigma regarding the use of mental health services, and less familiarity with mental health problems, services, and professionals predicted unfavorable attitude towards the use of mental health services. Therefore, the results are in general agreement with those of other studies that have been conducted. The findings of the present research suggest that although the factors examined have contributed to existing knowledge, they may not be sufficient to explain the attitudes of Thracian Muslims towards mental health services. Therefore, future research can investigate additional variables, on the perceptions and attitudes of Thracian Muslims about mental health based on a combination of these factors.

Key words: attitudes, mental health services, cultural beliefs, social stigma, self-stigma, knowledge and familiarity, Thrace Muslims

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα έρευνα διερευνά τις αντιλήψεις και στάσεις των μουσουλμάνων της Θράκης σχετικά με τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η αναγκαιότητα αυτής της έρευνας πηγάζει από το γεγονός ότι οι μουσουλμάνοι στις χώρες της Δύσης δεν επωφελούνται επαρκώς από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όπως αυτό προκύπτει από την επισκόπηση της βιβλιογραφίας που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της παρούσας διπλωματικής εργασίας σχετικά με τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τους μουσουλμάνους. Ως αποτέλεσμα, η διεθνής έρευνα για την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων έχει επικεντρωθεί στη διερεύνηση των παραγόντων που οδηγούν τους μουσουλμάνους να μην έχουν ευνοϊκές στάσεις απέναντι στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η διερεύνηση αυτών των παραγόντων θεωρήθηκε σημαντική από διάφορους ερευνητές, καθώς μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι μουσουλμάνοι προσεγγίζουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, συμβάλλοντας στην ανάπτυξη πολιτισμικά ευαίσθητων πλαισίων ψυχολογικής υποστήριξης. Επιπλέον, τονίζεται η σημαντικότητα να ελεγχθούν οι διάφοροι παράγοντες που έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζουν τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τους μουσουλμάνους, μεταξύ διάφορων πολιτισμών τόσο σε χώρες που αποτελούν την πλειοψηφία όσο και σε χώρες που είναι μειοψηφία, καθώς τα αποτελέσματα μπορούν να ενημερώσουν τη διεθνή έρευνα για τις ομοιότητες, αλλά και τις διαφορές μεταξύ διάφορων μουσουλμανικών πολιτισμών.

Ως εκ τούτου, ο απώτερος στόχος αυτής της έρευνας είναι τόσο να συμβάλει στη βελτίωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που παρέχονται σε τοπικό επίπεδο όσο και να συνεισφέρει στη διεθνή έρευνα για την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων. Επιπλέον, δεδομένου ότι δεν υπάρχει άλλη έρευνα στην ελληνική βιβλιογραφία σχετικά με την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων της Θράκης, θεωρείται σημαντική η διεξαγωγή αυτής της έρευνας. Επίσης, όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της παρούσας διπλωματικής εργασίας σχετικά με τη μουσουλμανική μειονότητα της Θράκης, η συνταγογράφηση των ψυχοφαρμάκων φαίνεται να είναι πολύ πιο αυξημένη στους νομούς Ξάνθης και Ροδόπης σε σύγκριση με άλλες περιοχές της Ελλάδας, συνεπώς κρίνεται σημαντική η διερεύνηση των αντιλήψεων και στάσεων των μουσουλμάνων της Θράκης σχετικά με τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας λόγω αυξημένης ανάγκης που φαίνεται ότι παρουσιάζουν ως προς τη χρήση αυτών.

Έτσι, για την επίτευξη των στόχων της παρούσας διπλωματικής εργασίας, αρχικά στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο πλαίσιο του υπό διερεύνηση πληθυσμού, δηλαδή στη

μουσουλμανική μειονότητα της Θράκης. Πιο συγκεκριμένα, το κεφάλαιο ξεκινά με μια σύντομη αναφορά στην έννοια της μειονότητας και ακολουθεί αναφορά στο ιστορικό πλαίσιο της μουσουλμανικής μειονότητας της Θράκης. Στη συνέχεια, περιγράφονται οι τρεις εθνοτικές ομάδες της μειονότητας, οι γλωσσικές διαφορές μεταξύ τους και ζητήματα ταυτότητας που υφίστανται. Έπειτα, παραθέτονται αριθμητικά στοιχεία για τον πληθυσμό των μουσουλμάνων της Θράκης, στοιχεία για τη γεωγραφική τους κατανομή, για τα θρησκευτικά τους δικαιώματα και για κοινωνικό-οικονομικά τους χαρακτηριστικά. Ακολούθως γίνεται αναφορά στο πλαίσιο της οικογένειας, της κοινωνίας, της εκπαίδευσης, της ψυχικής υγείας και της θέσης της γυναίκας στους μουσουλμάνους της Θράκης. Τέλος, το κεφάλαιο κλείνει με αναφορά στην υπάρχουσα έρευνα σχετικά με την μουσουλμανική μειονότητα της Θράκης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο της παρούσας διπλωματικής εργασίας αναπτύσσεται το θεωρητικό πλαίσιο της παρούσας έρευνας. Αρχικά, αναφέρονται δεδομένα από την ευρύτερη έρευνα σχετικά με την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων. Έπειτα αναλύεται η αναγκαιότητα για ευαίσθητες σχετικές με το πλαίσιο προσεγγίσεις για την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων και αναφέρονται διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σύμφωνα με τις έρευνες που έχουν διεξαχθεί. Στη συνέχεια, προκειμένου να γίνουν καλύτερα κατανοητοί οι πολιτισμικοί παράγοντες που επιδρούν στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τους μουσουλμάνους, γίνεται αναφορά στο πως η υγεία, η ασθένεια και η ψυχική υγεία γίνονται αντιληπτές στο ισλάμ.

Έπειτα, περιγράφεται το θεωρητικό πλαίσιο της παρούσας έρευνας που αποτελείται από τη προσέγγιση των μουσουλμάνων στη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με βάση τη Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και τη Θεωρία της αιτιολογημένης δράσης (TPB/TRA) στο πλαίσιο ενός Κοινωνικού Οικολογικού Μοντέλου (SEM), που σχεδιάστηκε με βάση την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων ως εννοιολογικού χάρτη από Tanhan και Young (2022). Επακολούθως, περιγράφεται το TPB/TRA, και η θέση του στη βιβλιογραφία για την ψυχική υγεία και τη μουσουλμανική ψυχική υγεία, το Κοινωνικό Οικολογικό Μοντέλο (SEM) στη συμβουλευτική και τη μουσουλμανική βιβλιογραφία ψυχικής υγείας και η σημαντικότητα της από κοινού χρήσης τους. Στη συνέχεια, αναλύονται οι μεταβλητές που θα χρησιμοποιηθούν στην παρούσα έρευνα, όπως αυτές προκύπτουν από την υπάρχουσα βιβλιογραφία για την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων. Έτσι, πρώτα περιγράφονται οι πολιτισμικές πεποιθήσεις για θέματα ψυχικής υγείας, έπειτα η γνώση και η εξοικείωση με υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι στάσεις απέναντι στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, το αντιλαμβανόμενο στίγμα ως προς την αναζήτηση

υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ο αυτοστιγματισμός και κάποιες μεταβλητές ελέγχου που έχει αποδειχθεί ότι επιδρούν στις στάσεις και αντιλήψεις απέναντι στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Στην τρίτη ενότητα περιγράφεται η μεθοδολογία της παρούσας ερευνητικής διαδικασίας. Αρχικά, διατυπώνονται ο σκοπός, οι στόχοι, τα ερευνητικά ερωτήματα και οι υποθέσεις της παρούσας έρευνας. Έπειτα, περιγράφονται οι μέθοδοι έρευνας που χρησιμοποιήθηκαν, η διαδικασία της δειγματοληψίας και οι κλίμακες μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα. Στη συνέχεια, περιγράφονται τα αποτελέσματα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και η διαδικασία της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων. Τέλος, παρατίθενται τα αποτελέσματα από τις περιγραφικές και επαγωγικές στατιστικές αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας.

Τέλος, στην τέταρτη ενότητα, διατυπώνονται τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής και γίνεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων σε σχέση με τα αποτελέσματα από άλλες σχετικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε διεθνή επίπεδο. Επιπλέον, διατυπώνονται οι περιορισμοί της παρούσας έρευνας και οι προτάσεις για μελλοντική έρευνα. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, δείχνουν ότι, οι αυξημένες πολιτισμικές πεποιθήσεις για προβλήματα ψυχικής υγείας, το αυξημένο επίπεδο αντιλαμβανόμενου κοινωνικού στίγματος και αυτό-στιγματισμού σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η λιγότερη εξοικείωση με προβλήματα, υπηρεσίες και επαγγελματίες ψυχικής υγείας προβλέπουν τη μη ευνοϊκή στάση απέναντι στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Συνεπώς, συμφωνούν σε γενικές γραμμές με τα αποτελέσματα των άλλων ερευνών που έχουν διεξαχθεί κυρίως σε άλλες δυτικές χώρες και στις ΗΠΑ και έρχουν αναφερθεί στο θεωρητικό μέρος. Τέλος, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας υποδηλώνουν ότι παρόλο που οι παράγοντες που εξετάστηκαν συνέβαλαν στην υπάρχουσα γνώση, μπορεί να μην επαρκούν για την εξήγηση των στάσεων των μουσουλμάνων της Θράκης απέναντι στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Συνεπώς, μελλοντική έρευνα μπορεί να διερευνήσει πρόσθετες μεταβλητές, για τις αντιλήψεις και τις στάσεις των μουσουλμάνων της Θράκης για την ψυχική υγεία με βάση έναν συνδυασμό αυτών των παραγόντων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : Η ΜΟΥΣΟΥΛΜΑΝΙΚΗ ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΘΡΑΚΗΣ

1.1 Η έννοια της μειονότητας

Η προστασία των θρησκευτικών, εθνικών και γλωσσικών ομάδων αποτελεί έναν από τους παλιότερους κλάδους του διεθνούς δικαίου. Είναι αξιοσημείωτο ότι δεν υπάρχει ένας κοινά παραδεδεγμένος ορισμός της έννοιας «μειονότητα». Κατά καιρούς έχουν δοθεί ορισμοί με μικρές ή μεγαλύτερες διαφορές μεταξύ τους, οι οποίοι δεν έχουν γίνει καθολικά αποδεκτοί από την διεθνή κοινότητα. Αυτό θα ήταν εξ άλλου δύσκολο λόγω του εντελώς σύνθετου χαρακτήρα που έχει το μειονοτικό φαινόμενο, καθώς πρόκειται για μια έννοια που έχει διαφορετική σημασία μεταξύ διάφορων πολιτισμών. Οι διαφορές αυτές με τις αντιλήψεις που επικρατούν στην Ευρώπη δικαιολογούνται εν μέρει από το γεγονός ότι στη συγκεκριμένη περιοχή του πλανήτη είχαμε τη μεγαλύτερη εμβάθυνση και ανάπτυξη του δικαίου των μειονοτήτων, όπου συναντάται και το πιο στιβαρό εργαλείο για την προστασία των μειονοτικών δικαιωμάτων, η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ). Η εφαρμογή της μέσω του αρμοδίου δικαστηρίου αποδείχθηκε πρακτικά ως η καλύτερη ασπίδα για τις μειονότητες ανά την ευρωπαϊκή ήπειρο, ωστόσο στο κείμενο της ΕΣΔΑ δεν αναφέρεται πουθενά ο όρος μειονότητα (Μπρεδήμας, 2023).

Ο όρος μειονότητα όπως χρησιμοποιείται στο σύστημα ανθρωπίνων δικαιωμάτων των Ηνωμένων Εθνών συνήθως αναφέρεται σε εθνικές ή εθνοτικές, θρησκευτικές και γλωσσικές μειονότητες, σύμφωνα με τη Διακήρυξη των Μειονοτήτων των Ηνωμένων Εθνών. Όλα τα κράτη έχουν μία ή περισσότερες μειονοτικές ομάδες εντός των εθνικών τους εδαφών, που χαρακτηρίζονται από τη δική τους εθνική, εθνοτική, γλωσσική ή θρησκευτική ταυτότητα, η οποία διαφέρει από αυτή του πλειοψηφικού πληθυσμού (United Nations, 2010). Ένας ακόμη ορισμός που ανιχνεύει τις σχέσεις εξουσίας που δομούνται γύρω από την έννοια της μειονότητας, ορίζει τη μειονότητα ως «μια πληθυσμιακή/κοινωνική ομάδα η οποία είναι αποκλεισμένη από βασικούς τομείς της κοινωνίας στην οποία ζει, διαθέτει περιορισμένη πρόσβαση στα κέντρα εξουσίας, βιώνει συλλογικές διακρίσεις και χαρακτηρίζεται γενικά από ένα υποδεέστερο κοινωνικό και πολιτικό στάτους» (Τρουμπέτα, 2001:17).

Εξ ορισμού, η έννοια της μειονότητας είναι ότι πρόκειται για ομάδα προσώπων, με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (ιστορία, γλωσσικό, ήθη και έθιμα), που βρίσκονται σε κατάσταση αριθμητικά υστερούσα από αυτήν της πλειονότητας των κατοίκων ενός εδάφους. Η δε πλειονότητα πρέπει να είναι απόλυτη απέναντι όχι μόνο σε μία, αλλά στο σύνολο των

μειονοτήτων του εδάφους. Στην διεθνή πρακτική, ο όρος «μειονότητα» δεν αναφέρεται αυτοτελώς, αλλά μόνο σε σχέση με τα δικαιώματα (και υποχρεώσεις) των προσώπων που ανήκουν σε αυτές. Αυτό συμβαίνει γιατί τα κράτη αντιδρούν στην κατοχύρωση δικαιωμάτων της μειονότητας καθεαυτής, φοβούμενα ότι αυτό μπορεί να οδηγήσει σταδιακά στην ανάδειξη της αυτοτέλειας της μειονότητας, ακόμη και στην προσπάθεια εξασφάλισης ενός καθεστώτος αυτονομίας ή και ανεξαρτησίας (Μπρεδήμας, 2023).

1.2 Το ιστορικό πλαίσιο της μουσουλμανικής μειονότητας της Θράκης

Μετά την ήττα που υπέστησαν τα ελληνικά στρατεύματα από τα κεμαλικά και το κολοσσιαίο προσφυγικό κύμα που επακολούθησε, συγκαλέστηκε η Συνδιάσκεψη της Λωζάνης στις 20 Νοεμβρίου 1922, για να διαπραγματευτεί τη συνθηκολόγηση της Ελλάδας και τη νέα τάξη πραγμάτων στην επίμαχη περιοχή. Στην τελική πράξη της Συνδιάσκεψης υπογράφηκαν, εκτός από την κεντρική Συνθήκη Ειρήνης, πολυάριθμες δευτερεύουσες συμφωνίες, συνθήκες, συμβάσεις και πρωτόκολλα (Τρουμπέτα, 2001: 30). Ανάμεσα σε αυτά υπογράφηκε και η Συνθήκη της Λωζάνης, που αποτελεί το θεσμικό πλαίσιο της μειονότητας, και υπαγόρευε την υποχρεωτική ανταλλαγή πληθυσμών ανάμεσα στην Ελλάδα και την Τουρκία. Στα δυο πρώτα άρθρα της οριζόταν η υποχρεωτική ανταλλαγή μεταξύ Ελλάδας και Τουρκίας αφ' ενός των «Τούρκων υπηκόων, ελληνικού ορθόδοξου θρησκευματος» και αφ' ετέρου των «Ελλήνων υπηκόων, μουσουλμανικού θρησκευματος». Από την ανταλλαγή εξαιρέθηκαν ρητώς «οι Έλληνες κάτοικοι της Κωνσταντινούπολης» και στη συνέχεια της Ίμβρου και της Τενέδου και «οι Μουσουλμάνοι κάτοικοι της Δυτικής Θράκης» δηλαδή όσοι μουσουλμάνοι ήταν εγκατεστημένοι ανάμεσα στους ποταμούς Νέστο και Έβρο (Τρουμπέτα, 2001. Ασκούνη, 2006. Συρίγος, 2023:297).

Οι μουσουλμάνοι της Θράκης, αποτελούν τη μόνη επίσημα αναγνωρισμένη μειονότητα από το ελληνικό κράτος (Ασκούνη, 2006:13. Συρίγος, 2023:297). Θεσμικά η υπόσταση της μειονότητας ορίστηκε ενιαία με βάση το κριτήριο της θρησκείας. Η σημασία αυτής της επιλογής έχει συγκεκριμένο ιστορικό περιεχόμενο και δεν μπορεί να γίνει κατανοητή παρά μόνο σε συνάρτηση με το σύστημα των οθωμανικών μιλλιέτ, όπου η κύρια διάκριση των πληθυσμών ήταν θρησκευτική. Βέβαια στο ιστορικό πλαίσιο διαμόρφωσης των σύγχρονων βαλκανικών κρατών, ο προσδιορισμός των θρησκευτικών κοινοτήτων έχει και εθνικές συνδηλώσεις (Ασκούνη, 2006: 31-32). Το ζήτημα αν συγκροτούν μία ή περισσότερες

μειονότητες οι εξαιρούμενοι μουσουλμάνοι από την ανταλλαγή πληθυσμών αποτελεί αντικείμενο ελληνοτουρκικής διαμάχης από το 1923 μέχρι και σήμερα. Η κοινή πίστη στο ισλάμ προφανώς δεν αρκούσε για να συνενώσει τις διαφορετικές κοινότητες των μουσουλμάνων στο επίπεδο της κοινωνικής ζωής και οργάνωσης (Τρουμπέτα, 2001:33). Έχει επισημανθεί ότι η θεσμική σχέση με το τουρκικό κράτος που επέβαλε η Συνθήκη της Λωζάνης στις διάφορες ομάδες των μουσουλμάνων της Θράκης ουσιαστικά προσδιόρισε την Τουρκία ως εθνικό τους κέντρο (Τρουμπέτα, 2001: 30. Ασκούνη, 2006: 32). Άλλωστε μια βασική παράμετρος αυτής της σύνδεσης είναι η αναγνώριση της τουρκικής ως μόνης γλώσσας διδασκαλίας στα μειονοτικά σχολεία και συνεπώς ως κοινής γλώσσας της μειονότητας (Ασκούνη, 2006: 32).

1.3 Οι τρεις εθνοτικές ομάδες της μειονότητας

Η μειονότητα στη Θράκη αποτελείται από τρεις διαφορετικές εθνοτικές ομάδες που διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τη καταγωγή, τα πολιτισμικά στοιχεία, τα ήθη και έθιμα και τον τρόπο ζωής. Πιο συγκεκριμένα διακρίνουμε τους Τουρκόφωνους ή Τουρκογενείς ή Τούρκους, τους Πομάκους και τους Τσιγγάνους. Το μοναδικό συνεκτικό τους στοιχείο και σαφής τρόπος προσδιορισμού το 1923 ήταν η θρησκευτική τους συνείδηση.

Οι Τουρκόφωνοι [ή Τουρκογενείς, όπως ονομάζονται επισήμως από το ελληνικό κράτος, ή Τούρκοι ή Τουρκοφανείς] ανέρχονται περίπου στο 40%, αρκετοί από τους οποίους κατάγονται από τα τουρκικά φύλα τα οποία εγκαταστάθηκαν σε όλη τη Θράκη κυρίως μεταξύ των ετών 1305 και 1371. Παράλληλα όμως, μεγάλο τμήμα των σημερινών Τουρκόφωνων είναι απόγονοι Πομάκων που εκτουρκίσθηκαν γλωσσικά μετά τη μετανάστευση τους από τα ορεινά χωριά της Ροδόπης στα οποία κατοικούσαν και την κάθοδο τους στον κάμπο. Το μεγάλο πλεονέκτημα των Τουρκοφώνων είναι ότι η γλώσσα τους χρησιμοποιείται ως στοιχείο υπεροχής και κύρους μεταξύ των τριών εθνοτικών μουσουλμανικών ομάδων, διδάσκεται επισήμως στα σχολεία ως γλώσσα όλων των μουσουλμάνων, χρησιμοποιείται μαζί με την αραβική γλώσσα κατά την άσκηση των θρησκευτικών καθηκόντων, υποστηρίζεται από ένα ισχυρό κράτος, την Τουρκία και εξασφαλίζει καλύτερη προοπτική κοινωνικής και οικονομικής ανόδου σε σύγκριση με τις άλλες δυο γλώσσες.

Οι Πομάκοι αποτελούν περίπου το 40% του συνόλου της μειονότητας. Το ποσοστό αφορά σε όσους είναι εθνοτικά Πομάκοι δηλαδή εξακολουθούν να ομιλούν την πομακική γλώσσα

και να φέρουν διακριτά πολιτισμικά στοιχεία από τους Τουρκόφωνους, ασχέτως του ατομικού αυτοπροσδιορισμού τους. Το βασικό στοιχείο που διαφοροποιεί τους Πομάκους από τις δυο άλλες ομάδες της μειονότητας είναι η γλώσσα. Ομιλούν ένα νότιο σλαβικό ιδίωμα συγγενές με τη βουλγαρική αλλά και τη σλαβομακεδονική και με αρκετά δάνεια στοιχεία από τα τουρκικά, τα ελληνικά και τα αραβικά. Η πομακική γλώσσα δεν υπάρχει σε γραπτή μορφή και μεταβιβάζεται μόνο προφορικά από τους γονείς στα παιδιά καθώς δεν διδάσκεται. Αυτή η κατάσταση οδηγεί τα παιδιά των Πομάκων σε μεγάλα ποσοστά μαθησιακών δυσκολιών λόγω της τριγλωσσίας την οποία βιώνουν υποχρεωτικά (Συρίγος, 2023: 300-302).

Το γεγονός ότι η συγκεκριμένη ομάδα παραδοσιακά κατοικεί στα σύνορα μεταξύ Ελλάδας, Βουλγαρίας και Τουρκίας, σε συνδυασμό με τον μη ικανοποιητικό διαμελισμό της περιοχής διαβίωσής τους, μέσω της συνθήκης της Λωζάννης, και για τα τρία μέρη, έφερε τους Πομάκους στο επίκεντρο του εθνικού λόγου τριών κρατών, δηλαδή στο επίκεντρο μιας διαρκούς διαμάχης (Τρουμπέτα, 2001: 80-81). Έτσι λοιπόν, έχουν παρουσιαστεί ως εξισλαμισμένοι Βούλγαροι, ως αρχαίο θρακικό φύλο και ως απόγονοι τουρκικών φυλών (Ασκούνη, 2006: 36. Τρουμπέτα, 2001:82-83).

Η τρίτη και μικρότερη ομάδα της μειονότητας είναι οι Τσιγγάνοι [ή Ρομά], οι οποίοι αποτελούν το 20% του συνολικού αριθμού της μειονότητας και ζουν υπό άθλιες συνθήκες διασκορπισμένοι και στους τρεις νομούς της Θράκης. Η καθημερινότητά τους είναι ένας συνεχής αγώνας με το φάσμα της πείνας, την ανεργία και τον αναλφαβητισμό. Χαρακτηρίζονται από χαμηλό προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα και από τα υψηλότερα ποσοστά βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας. Ο συνολικός τους αριθμός υπολογίζεται σε 20.000 περίπου άτομα που κατοικούν στη Θράκη και άλλοι 4.000-5.000 έχουν μεταναστεύσει σε άλλες περιοχές της Ελλάδας (Συρίγος, 2023: 303). Οι περισσότεροι Τσιγγάνοι αυτοπροσδιορίζονται ως Τούρκοι, κάτι που αποτελεί σε αρκετές περιπτώσεις μία συνειδητή επιλογή που στοχεύει στην άρνηση της ταυτότητας- στίγματος που συνοδεύει τη χρήση της ρομανί και δίνει τη δυνατότητα αποκτήσεως μίας ταυτότητας υπέρτερου κύρους (Τρουμπέτα, 2001. Συρίγος, 2023). Είναι αξιοσημείωτο ότι, οι επιλογές εθνικής ταυτότητας από τους Τσιγγάνους μοιάζουν να γίνονται με κριτήρια περισσότερο κοινωνικά και πολιτικά παρά εθνοτικά, δηλαδή συνδέονται με προσδοκίες οφέλους, προστασίας και κινητικότητας (Τρουμπέτα, 2001: 209). Ο αυτοπροσδιορισμός των Τσιγγάνων ως Τούρκων δεν αλλάζει τη στάση των δυο άλλων εθνοτικών ομάδων, που εξακολουθούν να τους αντιμετωπίζουν με διαχρονικά αρνητικά στερεότυπα. Ενώ στα αστικά κέντρα είναι συχνοί οι γάμοι Τουρκόφωνων

και Πομάκων, ελάχιστες είναι οι περιπτώσεις γάμων των δυο άλλων εθνοτικών ομάδων με Τσιγγάνους (Συρίγος, 2023: 303).

1.4 Γλωσσική διαφοροποίηση και ζητήματα ταυτότητας

Ανεξάρτητα από τις πολιτικές της χρήσεις, η ετερογενής σύνθεση της μειονότητας ως προς τη γλώσσα και την εθνοτική καταγωγή είναι ένα πραγματικό δεδομένο. Ο τριμελής αυτός ορισμός βασίζεται σε υπαρκτές διαφοροποιήσεις, ταυτόχρονα όμως, όπως άλλωστε κάθε κατηγοριοποίηση, ενέχει τον κίνδυνο μιας σχηματικής απεικόνισης της μειονότητας σε τρία σαφώς διακριτά μέρη. Στην πραγματικότητα τα όρια μεταξύ των τριών επιμέρους ομάδων στο εσωτερικό της μειονότητας είναι ρευστά, κυρίως γιατί τα κριτήρια προσδιορισμού τους δεν μπορούν να θεωρηθούν «αντικειμενικά» ή «εμφανή».

Η γλώσσα και η εθνοτική προέλευση δεν βρίσκονται σε σχέση πλήρους ή μονοσήμαντης αντιστοιχίας μεταξύ τους. Έχει επισημανθεί ότι ο τριμελής διαχωρισμός της μειονότητας με εθνοτικούς όρους, σε Τούρκους, Πομάκους και Τσιγγάνους, δεν ισχύει με απόλυτη αντιστοιχία στο γλωσσικό επίπεδο (Ασκούνη, 2006: 34-35). Υπάρχει μια σαφής μετακίνηση των δυο, αρχικά μη τουρκόφωνων, ομάδων της μειονότητας προς την τουρκική γλώσσα. Από τους Τσιγγάνους, ένα μέρος μόνο φαίνεται να είναι ομιλητές της ρομανί, ενώ για μεγάλο αριθμό η τουρκική επέχει θέση μητρικής γλώσσας. Σε ό,τι αφορά τους Πομάκους, καταγράφεται μια υποχώρηση της γλώσσας τους. Σε αρκετές περιοχές ιδιαίτερα στο νομό Ροδόπης η χρήση της πομακικής γλώσσας έχει εγκαταλειφθεί ή περιοριστεί προς όφελος της τουρκικής ως γλώσσας υψηλότερου κύρους (Ασκούνη, 2006:35. Μπαλτσιώτης& Τσιτσελίκης, 2007). Ενώ, παρατηρείται μια αντίστοιχη, μικρότερης κλίμακας, μετακίνηση προς την ελληνική γλώσσα ανάμεσα στους Πομάκους του νομού Ξάνθης (Τρουμπέτα,2001. Ασκούνη:2006).

Οι γλωσσικές μετακινήσεις στο εσωτερικό της μειονότητας αναδεικνύουν το πόσο ρευστό είναι το θέμα της συλλογικής ταυτότητας των μελών της. Ο τρόπος που τα κοινωνικά υποκείμενα προσδιορίζουν τον εαυτό τους δεν μπορεί να θεωρηθεί ως πάγια και μονοσήμαντα καθορισμένος στη βάση κάποιων ορατών χαρακτηριστικών, όπως η μητρική γλώσσα, αλλά συνδέεται με την πραγματική ή συμβολική αξία που τα χαρακτηριστικά αυτά αποκτούν στα κοινωνικοπολιτικά συμφραζόμενα. Με άλλα λόγια σε ένα τέτοιο πλαίσιο σύγκρουσης το εθνικό περιεχόμενο της ταυτότητας της μειονότητας καθορίζεται από τη σχέση του με τις κοινωνικές και πολιτικές ιεραρχίες. Συνεπώς, στο ερώτημα πως προσδιορίζουν τον εαυτό τους

τα ίδια τα μέλη της μειονότητας δεν υπάρχει μια ενιαία απάντηση (Ασκούνη, 2006: 38). Ο αυτοπροσδιορισμός των μελών της μειονότητας ως Πομάκων, συχνά εμπεριέχει αντιφατικά στοιχεία, τα οποία προσλαμβάνονται από ετερόκλητες εκδοχές του ετεροπροσδιορισμού τους, ενώ συχνά υπαινίσσεται ως άρνηση της ταύτισης με την ομάδα των μειονοτικών Τούρκων και ταυτόχρονα παραπέμπει στην επιθυμία τους για ένταξη στην ελληνική κοινωνία (Τρουμπέτα, 2001).

Είναι δύσκολο να δώσει κανείς μια σύντομη περιγραφή των χαρακτηριστικών της μειονότητας. Η δυσκολία δεν οφείλεται σε αυτό κάθε αυτό το γεγονός ότι πρόκειται για μια ανομοιογενή ομάδα, αλλά στο ότι η αναγνώριση της εσωτερικής της πολυμορφίας ή η αποσιώπησή της αποτελούν αντικείμενο αντιπαράθεσης σε κοινωνικό και πολιτικό πεδίο. Άλλωστε οι ίδιες οι αντιμαχόμενες πολιτικές σχετικά με την ταυτότητα της μειονότητας αποτελούν την βασική συνιστώσα του ζητήματος. Σε αυτό το πλαίσιο το όνομα των ομάδων δεν εμπεριέχει απλά προσδιορισμούς ταυτότητας, αλλά φέρει ένα βαρύ ιδεολογικό φορτίο (Ασκούνη, 2006: 32- 33). Από τη δεκαετία του 1960 και μετά η ελληνική πλευρά υποστηρίζει σταθερά τον επίσημο, με βάση τη Συνθήκη της Λωζάνης, θρησκευτικό προσδιορισμό της μειονότητας ως μουσουλμανικής, προβάλλοντας παράλληλα την εθνοτική και γλωσσική πολλαπλότητα των μελών της, ενώ η τουρκική πλευρά υποστηρίζοντας έναν ενιαίο χαρακτήρα για τη μειονότητα, διεκδικεί την αναγνώρισή της ως τουρκική (Ασκούνη, 2006: 33-34).

Ένα ακόμη στοιχείο που είναι σημαντικό να επισημανθεί σχετικά με ζητήματα προσδιορισμού της μειονότητας είναι οι διαφορετικοί προσανατολισμοί και στοχεύσεις που εμφανίζονται σε ομάδες στο εσωτερικό της μειονότητας. Ενώ τα περισσότερα μέλη της μειονότητας συμφωνούν με το βασικό σύνολο απαιτήσεων που εκφράζονται από τους ηγέτες τους και την ελίτ, η ομάδα δεν αποτελεί μια ενιαία οντότητα. Όπως κάθε σύγχρονη κοινωνία, αποτελείται από αντικρουόμενα κοινωνικά συμφέροντα, διαφορετικές αναγνώσεις νεωτερικότητας και εκκοσμίκευσης και αντίθετες αντιλήψεις για τον επιθυμητό βαθμό ενσωμάτωσης στην ελληνική κοινωνία και για σχέσεις με τη «μητέρα πατρίδα», Τουρκία. Κάπως σχηματικά μπορούμε να αναφέρουμε ότι υπάρχουν τόσο μέλη της μειονότητας με φιλοτουρκική στάση όσο και μέλη που φιλοδοξούν ένα ευρωπαϊκό μέλλον και βλέπουν την Ελλάδα πιο ελκυστική από την άποψη των κοινωνικοοικονομικών ευκαιριών και σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Dragonas & Frangoudaki, 2006: 25).

Εν κατακλείδι, από τα παραπάνω προκύπτει ότι η κοινωνική θέση που αποκτά η μειονότητα συνυπογράφεται τόσο από τις κοινωνικές διαδικασίες που συντελούνται εντός των σχέσεων εξουσίας πλειονότητας και μειονότητας όσο και από την κοινωνική αυθαιρεσία και την

πολιτική διαχωρισμού εις βάρος της. Προκύπτει λοιπόν το συμπέρασμα, ότι οι χειρισμοί του μειονοτικού ζητήματος υπαγορεύθηκαν για χρόνια από τις σχέσεις ανάμεσα στα δύο κράτη και την εξωτερική πολιτική της εκάστοτε κυβέρνησης, ενώ η ίδια η αναποφασιστικότητα πάνω στο όνομα της μειονότητας καταδεικνύει τους εφήμερους σχεδιασμούς από ελληνικής πλευράς οι οποίοι σαφώς επέδρασαν στην κοινωνική κατάσταση των μελών της μειονότητας (Τρουμπέτα, 2001: 238).

1.5 Αριθμητικά Στοιχεία για τον πληθυσμό των μουσουλμάνων της Θράκης και η γεωγραφική τους κατανομή

Δεν υπάρχουν επίσημα δεδομένα για το μειονοτικό πληθυσμό μετά την δεκαετία του 1950. Την πιο πρόσφατη έγκυρη πηγή φαίνεται να αποτελεί η απογραφή του 1951, καθώς ήταν η τελευταία που κατέγραφε τον πληθυσμό ως προς το θρήσκευμα και τη γλώσσα, με αποτέλεσμα να περιλαμβάνει σαφή στοιχεία για τη μειονότητα (Ασκούνη, 2006). Τη δεκαετία του 1920 η Μεικτή επιτροπή διένειμε συνολικά 106.000 πιστοποιητικά αναγνώρισεως της ιδιότητας του εγκατεστημένου σε μουσουλμάνους της Θράκης. Εκτιμάται ότι ο αριθμός τους προ του 1922 ήταν υψηλότερος. Μετά το τέλος του ελληνοτουρκικού πολέμου όμως, αρκετοί μουσουλμάνοι επέλεξαν να μεταναστεύσουν στην Τουρκία (Συρίγος, 2023:298).

Συνδυάζοντας διαφορετικές πηγές, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι το συνολικό μέγεθος του μειονοτικού πληθυσμού παραμένει σταθερό στο διάστημα των ογδόντα χρόνων της ιστορίας του, γύρω στις 100.000 άτομα. Σύμφωνα με την απογραφή του 1951, η μειονότητα αριθμούσε 105.092 μέλη, αποτελούσε δηλαδή το 1/3 του συνολικού πληθυσμού της Θράκης, που ανερχόταν σε 336.954 άτομα. Για την πιο πρόσφατη περίοδο ιδιαίτερα για τις αρχές της δεκαετίας του 1990, στη σχετική βιβλιογραφία, οι εκτιμήσεις κυμαίνονται από 105.000 ή 115.000 έως 120.000 με 130.000 (Aarbakke, 2000. Ασκούνη, 2006: 44). Οι εκτιμήσεις αυτές αμφισβητούνται από δημοσιεύματα που κάνουν λόγο για 90.000 περίπου μέλη της μειονότητας που κατοικούν στη Θράκη, ενώ πηγή του Υπουργείου Εξωτερικών αναφέρει 98.000 περίπου άτομα (Ασκούνη, 2006).

Σήμερα σε ολόκληρη τη Θράκη οι μουσουλμάνοι εξακολουθούν να αποτελούν το 1/3 του συνολικού πληθυσμού ανερχόμενοι περίπου σε 100.000 άτομα επί συνόλου 346.000 μονίμων κατοίκων (Συρίγος, 2023:298). Διαμένουν κυρίως στην Περιφερειακή Ενότητα Ροδόπης, όπου αποτελούν και την πλειοψηφία, και στην Περιφερειακή Ενότητα Ξάνθης, όπου το χριστιανικό

στοιχείο πλειοψηφεί. Μικρός αριθμός μουσουλμάνων κατοικεί στην Περιφερειακή Ενότητα Έβρου σε ποσοστό ανερχόμενο περίπου στο 8% του συνολικού πληθυσμού. Στη Θράκη οι μουσουλμάνοι ζουν σε αμιγείς μουσουλμανικούς αγροτικούς οικισμούς και στα μεγάλα αστικά κέντρα της περιοχής, ιδίως στην Κομοτηνή και στην Ξάνθη (Ασκούνη, 2006. Συρίγος, 2023:299). Πέραν των τριών Περιφερειακών Ενοτήτων της Θράκης περίπου 10.000-15.000 από τη Θράκη κατοικούν κυρίως στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη. Κάποιοι έχουν μεταναστεύσει σε χώρες της ΕΕ (με τον κύριο όγκο τους να διαμένει μόνιμως στην Γερμανία και Ολλανδία) όπου υπολογίζεται ότι κατοικούν περίπου 15.000. Άλλα 10.000 άτομα περίπου κατοικούν μόνιμως στην Τουρκία και εξακολουθούν να ανανεώνουν τα ελληνικά τους διαβατήρια στα ελληνικά προξενεία. Αν και στη Θράκη χριστιανοί και μουσουλμάνοι ζουν συχνά σε διπλανά διαμερίσματα, οι γάμοι μεταξύ τους είναι εξαιρετικά σπάνιοι και υπολογίζονται σε λίγες δεκάδες από το 1923 (Συρίγος, 2023: 298).

Πέρα από την πληθυσμιακή κατανομή της μειονότητας στους τρεις νομούς της Θράκης, εκείνο που έχει ιδιαίτερη σημασία για την κατανόηση των συνθηκών ύπαρξης της είναι η κατανομή της στο χώρο, κυρίως ως προς τις κοινωνικές του διαστάσεις. Οι κατηγορίες του αστικού ή αγροτικού περιβάλλοντος καθώς και των ορεινών- πεδινών περιοχών παραπέμπουν σε ιδιαίτερους προσδιορισμούς της κοινωνικής ζωής και των κοινωνικοοικονομικών πρακτικών. Στη συγκεκριμένη περίπτωση όμως η γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού αποτυπώνει σε κάποιο βαθμό και τις εσωτερικές γλωσσικές και εθνοτικές διαφοροποιήσεις της μειονότητας. Σε πολύ αδρές γραμμές, το μεγαλύτερο μέρος του μειονοτικού πληθυσμού στο νομό Ξάνθης φαίνεται ότι αποτελείται από Πομάκους, στη Ροδόπη από Τούρκους, ενώ μεγάλο μέρος των Τσιγγάνων συγκεντρώνεται σε ορισμένες περιοχές του Έβρου. Αντίστοιχα στο εσωτερικό των νομών οι ορεινές περιοχές κατοικούνται από Πομάκους, ενώ ο τουρκόφωνος πληθυσμός εντοπίζεται κυρίως στα πεδινά. Βέβαια μια τέτοια περιγραφή είναι προφανώς σχηματική, αφού οι ομάδες- και πολύ περισσότερο οι ταυτότητες- δεν είναι ούτε στεγανές ούτε στατικές. Επειδή όμως οι εθνοτικές διαφοροποιήσεις στο εσωτερικό της μειονότητας τέμνονται από τις κοινωνικές ιεραρχήσεις των επιμέρους ομάδων, έχει σημασία η περιγραφή του πλαισίου να εμπεριέχει τις πολλαπλές του ορίζουσες. Οι δυναμικές των αλλαγών που χαρακτηρίζουν το σύγχρονο κοινωνικό γίγνεσθαι της μειονότητας παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές στο επίπεδο του κάθε νομού. Σημαντική παράμετρος θεωρείται επίσης ο ορατός στο χώρο διαχωρισμός της μειονότητας από την πλειονότητα (Ασκούνη, 2006: 47-48).

1.6 Τα θρησκευτικά δικαιώματα των μουσουλμάνων

Τα θρησκευτικά δικαιώματα και η ελευθερία της λατρείας των μουσουλμάνων είχαν κατοχυρωθεί ήδη από το 1881 με τη σύμβαση της Κωνσταντινούπολης ανάμεσα στην Ελλάδα και στην Οθωμανική Αυτοκρατορία, η οποία προέβλεπε τη διατήρηση των Μουφτήδων, ως θρησκευτικών αρχηγών, και των ιεροδικείων για την εκδίκαση υποθέσεων αυστηρά θρησκευτικού περιεχομένου. Το 1914 με το νόμο 147/1914 κατοχυρώθηκε η διατήρηση της ισχύος των διατάξεων του Ιερού Μουσουλμανικού Νόμου για τις υποθέσεις των Μουσουλμάνων.

Στη συνέχεια ο νόμος 2345/1920 αναγνώρισε στους μουφτήδες, εκτός από τα θρησκευτικά καθήκοντα τους κατά τον ιερό νόμο, το δικαίωμα να εποπτεύουν τους θρησκευτικούς και εκπαιδευτικούς λειτουργούς των μουσουλμανικών κοινοτήτων και τον τρόπο διαχείρισης των μουσουλμανικών βακουφικών περιουσιών καθώς και να ασκούν δικαιοδοσία μεταξύ των Μουσουλμάνων για γάμους, διαζύγια, διατροφές, επιτροπείες, κηδεμονίες, χειραφεσίες ανηλίκων, ισλαμικών διαθηκών και της εξ αδιαθέτου διαδοχής κατά τον Ιερό Μουσουλμανικό Νόμο. Επίσης τους χορηγούσε γνωμοδοτική αρμοδιότητα για κάθε θέμα θρησκευτικού, οικογενειακού ή κληρονομικού δικαίου. Ο νόμος αυτός μπορεί να παρέμεινε ανενεργός, καθώς με την ανταλλαγή των υπόλοιπων Μουσουλμάνων μεταβλήθηκε το νομικό έρεισμα που οδήγησε στην έκδοση του, συνέχισε ωστόσο να λειτουργεί στο επίπεδο της χορήγησης δικαιωμάτων. Έτσι η Γενική Διοίκηση Θράκης αναγνώρισε τους μουφτήδες ως θρησκευτικούς ηγέτες της περιφέρειας τους και τους χορήγησε και άλλα δικαιώματα εκπαιδευτικής και πολιτικής φύσεως εκτός από αυτά που προέβλεπε η ισχύουσα νομοθεσία (Τσιούμης, 1994:148-149).

Οι μουσουλμάνοι μειονοτικοί της Θράκης είναι στην συντριπτική τους πλειονότητα σουνίτες. Υπάρχει και ένας μικρός αριθμός αλεβιτών/μπεκτασίδων, λιγότεροι από 4.000, που διατηρεί εξαιρετικά χαμηλό προφίλ και αποφεύγει κάθε κίνηση διαχωρισμού από το κυρίως σώμα της μειονότητας. Για την κάλυψη των θρησκευτικών αναγκών των μουσουλμάνων της Θράκης υπήρχαν (το 2005) 284 τεμένη και 437 θρησκευτικοί λειτουργοί (Μαυρομμάτης, 2008:51). Στη Θράκη υπάρχουν σήμερα τρεις μουφτείες: της Ξάνθης, της Κομοτηνής και του Διδυμοτείχου (Ασημακοπούλου & Χριστίδου-Λιοναράκη, 2002. Μαυρομμάτης, 2008:51).

Παρ' ότι η Τουρκία εστιάζει την προσοχή και κριτική της στο θέμα της επιλογής των μουφτήδων, υπήρχαν πολύ σοβαρότερα ζητήματα που συνδέονται με τη φύση και τον τρόπο λειτουργίας της δικαιοδοτικής αρμοδιότητας των μουφτήδων για θέματα οικογενειακού και κληρονομικού δικαίου. Η λήψη των αποφάσεων βάσει του ιερού ισλαμικού νόμου αποτελεί

τουλάχιστον νομικό αναχρονισμό για ένα σύγχρονο δυτικό κράτος. Γίνεται όμως αποδεκτή ως μία από τις σημαντικότερους παραμέτρους σεβασμού των παραδόσεων και εθίμων των μουσουλμανικών μειονοτήτων της Ελλάδος, όπως ορίζεται και στο άρθρο 42 της Συνθήκης της Λωζάννης. Η αρμοδιότητα του μουφτή πρακτικά δημιουργούσε μία σειρά από ερωτήματα όπως για παράδειγμα α) Υπήρχε υποχρεωτικότητα εφαρμογής του Ιερού Νόμου σε όλους τους μουσουλμάνους που κατοικούν στη Θράκη ανεξαρτήτως προσωπικής τους βουλήσεως; Β) Τα δικαστήρια κατά την κήρυξη της εκτελεστότητας των αποφάσεων του μουφτή ήταν υποχρεωμένα να ελέγχουν μόνο τη νομική βάση θεμελίωσης της αρμοδιότητας του μουφτή ή και να προβαίνουν σε έλεγχο συνταγματικότητας στην ουσία των υποθέσεων; Ιδίως το τελευταίο σημείο ήταν εξαιρετικά σημαντικό διότι στο Ισλάμ δεν ισχύει η ισότητα των δυο φύλων. Η θέση της γυναίκας είναι μειονεκτική σε σχέση με τον άνδρα, κάτι που σημαίνει ότι πολύ συχνά οι αποφάσεις του μουφτή παραβιάζουν την ελληνική συνταγματική τάξη, δημιουργώντας ανασφάλεια δικαίου.

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν αυτά τα ζητήματα τροποποιήθηκαν νομοθετικά οι αρμοδιότητες του μουφτή με το νόμο 4511 του 2018 και προβλέφθηκε ότι ο κανόνας για όλους τους μουσουλμάνους είναι πως για τις οικογενειακές και κληρονομικές διαφορές τους ισχύουν οι κοινές διατάξεις του Αστικού Κώδικα. Μόνο κατ' εξαίρεση υπάγονται οι μουσουλμάνοι στη δικαιοδοσία του μουφτή και υπό την προϋπόθεση ότι, για την υπόθεση που άγεται ενώπιον του προς επίλυση, συμφωνούν όλα τα διάδικα μέρη. Εάν ένα από τα διάδικα μέρη διαφωνεί, τότε η υπόθεση υπάγεται στη δικαιοδοσία των αστικών δικαστηρίων. Επίσης, η κληρονομική διαδοχή ενός προσώπου στον Ισλαμικό Νόμο γίνεται μόνο αν ο διαθέτης συντάξει ενώπιον συμβολαιογράφου δημόσια διαθήκη, όπου θα εκφράζει τη σχετική ρητή επιθυμία του. Άλλως, θα εφαρμόζονται οι διατάξεις του Αστικού Κώδικα.

Με αυτές τις ρυθμίσεις δεν μεταβλήθηκε ο διττός θεσμικός ρόλος του Μουφτή ως θρησκευτικού λειτουργού και ιεροδίκη και εξακολουθεί να είναι όργανο του ελληνικού κράτους που ασκεί δικαιοδοτικά καθήκοντα ανάλογα με εκείνα ενός τακτικού δικαστηρίου. Η δε Μουφτεία συνεχίζει να είναι δημόσια αποκεντρωμένη υπηρεσία του Υπουργείου Παιδείας που λειτουργεί πλέον με συγκεκριμένους κανόνες. Η διατήρηση των δικαιοδοτικών αρμοδιοτήτων του Μουφτή έβαλε τέλος στις συζητήσεις περί άμεσης ή έμμεσης εκλογής του (Συρίγος, 2023).

Το Ισλάμ μπορεί να είναι παρόν στη ρητορική και στις πρακτικές ενός σημαντικού μέρους της μειονότητας, όπως π.χ. κάλυψη γυναικών, μη κατανάλωση χοιρινού κρέατος, τήρηση νηστειών, απόδοση ελεημοσύνης κ.λ.π. και συνεπώς να φαίνεται ως ένα σημαντικό στοιχείο

συγκρότησης της μειονότητας. Σήμερα όμως πια την προσδιορίζει μόνο ευκαιριακά (π.χ. σε περιόδους ραμαζανιού, περιόδους κρίσεων) και κατά περιπτώσεις (π.χ. στις περιπτώσεις κάποιων θρησκευόμενων ατόμων ή οικογενειών). Το ισλάμ μπορεί να είναι ένα σημαντικό στοιχείο (αυτό- και κυρίως ετερο-) προσδιορισμού των Θρακιωτών μειονοτικών αλλά οπωσδήποτε, στον ατομικό τους προσδιορισμό, δεν είναι περισσότερο σημαντικό από την κοινωνικοοικονομική τους θέση ή την εθνοτική τους καταγωγή και την εθνική τους υπαγωγή (Μαυρομμάτης, 2008: 52-53).

1.7 Κοινωνικά, οικονομικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά του μειονοτικού πληθυσμού

Η κατανομή στο χώρο βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με το κοινωνικό- οικονομικό προφίλ της μειονότητας και τις πολιτισμικές της ιδιαιτερότητες. Αναλυτικά δεδομένα για τις οικονομικές δραστηριότητες της μειονότητας δεν υπάρχουν (Ασκούνη, 2006). Από την επισκόπηση που κάνει ο Μαυρομμάτης (2008) σχετικά με την οικονομική δραστηριότητα των μουσουλμάνων μειονοτικών από το 1923 μέχρι και σήμερα, η κύρια παρατήρηση που προκύπτει, είναι ότι η δραστηριότητά τους είναι υπαρκτή αλλά σημαντικά υπολειπόμενη από την αντίστοιχη δραστηριότητα του υπόλοιπου πληθυσμού της περιοχής. Με λίγα λόγια, παρατηρεί ότι στη Θράκη και στα μέσα της δεκαετίας του 2000, όπως και τα προηγούμενα χρόνια, το συντριπτικά μεγαλύτερο μέρος των μειονοτικών αποτελούν οι αγρότες, ενώ αρκετοί μειονοτικοί δραστηριοποιούνται στο χώρο του μικρεμπορίου και των υπηρεσιών. Οι επαγγελματίες επιστήμονες, αν εξαιρέσουμε τους εκπαιδευτικούς της μειονοτικής εκπαίδευσης, παραμένουν λίγοι. Έτσι, το ποσοστό των μειονοτικών που απασχολούνται στον πρωτογενή τομέα είναι σημαντικά μεγαλύτερο από το ποσοστό που κατέχουν στην συνολική κατανομή του πληθυσμού, ενώ το αντίθετο συμβαίνει στον δευτερογενή και τριτογενή τομέα. Αυτό, σε συνδυασμό με τα περιοριστικά μέτρα που εφαρμόστηκαν σε παλιότερες περιόδους, την περιορισμένη σχέση που για πολλά χρόνια είχαν οι μειονοτικοί με το ελληνικό δημόσιο (μη πρόσληψη μειονοτικών δημοσίων υπαλλήλων, μη δανειοδότηση μειονοτικών, αποκλεισμός μειονοτικών από συμμετοχές σε κρατικές προμήθειες) και την κατά καιρούς συστηματική εξαγωγή μειονοτικών κεφαλαίων στην Τουρκία δείχνει και ερμηνεύει την ασθενή οικονομική θέση της μειονότητας σε σχέση με την πλειονότητα (Μαυρομμάτης, 2008).

Η Ασκούνη (2006: 49-50) αναφέρει ότι ο κύριος τομέας απασχόλησης παραμένει ο αγροτικός και ιδιαίτερα η καλλιέργεια καπνού στις ορεινές περιοχές, με βασικά χαρακτηριστικά των αγροτικών καλλιεργειών να αποτελούν η μικρή ιδιοκτησία, η παραδοσιακή οικογενειακή εκμετάλλευση, η έλλειψη σύγχρονης υποδομής. Επιπλέον, παρατηρείται μια έντονη τάση αστικοποίησης από τους κατοίκους των ορεινών περιοχών από τη δεκαετία του 1980 λόγω οικονομικών δυσκολιών, η οποία ευνοήθηκε από τη βιομηχανική ανάπτυξη της περιοχής εκείνη τη περίοδο.

Φαίνεται ότι η κοινωνικοοικονομική φυσιογνωμία του μειονοτικού πληθυσμού διαφοροποιείται στους νομούς Ξάνθης και Ροδόπης. Για παράδειγμα, στο νομό Ροδόπης ο αγροτικός χαρακτήρας του πληθυσμού είναι πιο έντονος από ό,τι στο νομό Ξάνθης. Επίσης, στην Κομοτηνή φαίνεται ότι υπάρχει παλιός αστικός πληθυσμός που αποτελείται κυρίως από εμπόρους και τεχνίτες, με σημαντική παρουσία παραδοσιακών επαγγελματιών. Ενώ, στην Ξάνθη ο σημερινός αστικός πληθυσμός προέρχεται περισσότερο από την εσωτερική μετανάστευση και μεγάλο μέρος φαίνεται να αποτελούν οι εργάτες, καθώς η οικοδομή αποτελεί έναν σημαντικό τομέα απασχόλησης για τα μέλη της μειονότητας ιδίως στην Ξάνθη (Ασκούνη, 2006: 51).

Από την άλλη, η οικογένεια στη μουσουλμανική κοινωνία της Θράκης και ο ιδιαίτερος ρόλος της γυναίκας μέσα σε αυτήν επηρεάστηκαν από πολλούς πολιτικούς παράγοντες, οι οποίοι συνέβαλαν στη μεταπολεμική κοινωνική δομή και διάρθρωση του χώρου. Οι κατά καιρούς περίοδοι έντασης ή συνεννόησης στις ελληνοτουρκικές σχέσεις (συνθήκη της Λωζάνης, κοινή ένταξη Ελλάδας και Τουρκίας στο ΝΑΤΟ και μετά), επηρέασαν τη δομή και τη λειτουργία της κοινωνίας της Θράκης και κυρίως των μουσουλμανικών μειονοτήτων (Μαλκίδης, 2016).

Η οικογενειακή δομή που κυριαρχεί στους μουσουλμάνους της Θράκης και ιδιαίτερα στην ύπαιθρο όπου οι κοινωνικές αλλαγές συντελούνται με αργούς ρυθμούς είναι αυτή της πατριαρχικής εκτεταμένης οικογένειας. Τα τελευταία χρόνια ο τύπος της εκτεταμένης πατριαρχικής οικογένειας στη μουσουλμανική κοινωνία της Θράκης ολοένα και υποχωρεί, και σ' αυτό συντελούν η μείωση των παιδιών στην οικογένεια, η μετανάστευση και η αστυφιλία. Όλο και περισσότεροι νέοι των ορεινών και απομακρυσμένων περιοχών, όπου κατοικούν κυρίως μουσουλμάνοι πομακικής καταγωγής, εγκαταλείπουν την αγροτική κοινωνία του χωριού τους και εγκαθίστανται στις πεδινές κωμοπόλεις και πόλεις της Θράκης, αλλάζοντας συχνά επαγγελματική απασχόληση και δημιουργώντας τη δική τους πυρηνική οικογένεια

(σύμφωνα με Ακαδημία Αθηνών, 1994, όπως αναφέρει ο Μαλκίδης, 2016. Παναγιωτίδης, 1994).

Το σπίτι έχει μια κεντρική θέση στη μειονοτική κοινότητα και η οικογένεια αποτελεί βασική αξία της. Το πέρασμα στην έγγαμη ζωή σημαίνει προσαρμογή της γυναικείας υποκειμενικότητας στις οικογενειακές αρχές και δεσμεύσεις. Η γυναίκα θεωρείται ως ο ρυθμιστής της φυσιογνωμίας και της λειτουργίας της οικογένειας. Το σπίτι και η μητρότητα εξιδανικεύονται και συνδέονται με τα πρότυπα της αρετής και της αγνότητας. Ο άνδρας είναι ο υπεύθυνος για τα οικονομικά της οικογένειας, διαχειρίζεται την παραγωγή και ελέγχει τα οικονομικά, διεκπεραιώνει τις εργασίες εκτός σπιτιού, προγραμματίζει την τέλεση των απαραίτητων εργασιών και αναλαμβάνει την πώληση των αγροτικών προϊόντων.

Η γυναίκα συμμετέχει στις εργασιακές δραστηριότητες του χωραφιού αλλά δεν έχει το «πάνω χέρι» στη διαχείριση του παραγόμενου προϊόντος. Η θέση και το κύρος του κάθε νοικοκυριού στην τοπική ιεραρχία εξαρτάται από την «κατοχή» των κτημάτων σε συνδυασμό με τη μορφωτική κατάσταση των μελών του. Διά μέσου της παραγωγικής διαδικασίας συγκροτούνται οι ανδρικές ταυτότητες. Ο πετυχημένος νοικοκύρης είναι αυτός που έχει τάξη στα χωράφια και η εργασία του αποδίδει καρπούς ενώ η γυναικεία ταυτότητα διαμεσολαβείται από την ηθική και την οικογενειακή της κατάσταση. Η ανδρική κυριαρχία στο πεδίο της εργασίας εξασφαλίζεται με τη συναίνεση της γυναίκας (Ζαϊμάκης & Καπράνη, 2016).

Με βάση τις θρησκευτικές αντιλήψεις η θέση της γυναίκας στο σπίτι αποτελεί μια θεϊκή εντολή. Αυτή η άποψη λειτουργεί ως μια νομιμοποιητική βάση στην αναπαραγωγή των έμφυλων σχέσεων κυριαρχίας. Οι γυναίκες θεωρούν αυτή τη θέση ως μέρος μιας φυσικής τάξης πραγμάτων (Ζαϊμάκης & Καπράνη, 2016). Είναι μια σχέση εξουσίας που έχει με όρους του Μπουρντιέ μια συμβολική διάσταση αφού: «έχει αποσπάσει μια μορφή συγκατάθεσης και δεν στηρίζεται στην ελεύθερη απόφαση μιας φωτισμένης συνείδησης, αλλά στην άμεση και προ-στοχαστική υποταγή των κοινωνικοποιημένων σωμάτων» (σύμφωνα με Μπουρντιέ, 1996:25, όπως αναφέρουν οι Ζαϊμάκης & Καπράνη, 2016).

1.8 Το πλαίσιο εκπαίδευσης των μουσουλμάνων της Θράκης

Η εκπαίδευση αποτελεί ένα από τα πιο σύνθετα μειονοτικά ζητήματα, κάτι που θεωρείται φυσιολογικό αν αναλογιστεί κανείς τις πολιτικές και κοινωνικές αλλαγές που έχουν συντελεστεί τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Τουρκία κατά τον 20ό αιώνα (Aarbakke,

2000:125). Ο όρος «μειονοτική εκπαίδευση» αναφέρεται σε ένα σύνολο σχολείων που λειτουργούν μόνο στην περιοχή της Θράκης, έχουν ειδικό καθεστώς και απευθύνονται αποκλειστικά στα παιδιά της μειονότητας. Θεμέλιο του νομικού πλαισίου που διέπει τη μειονοτική εκπαίδευση είναι η Συνθήκη της Λωζάνης, με την οποία ρυθμίστηκαν, εκτός των άλλων, τα δικαιώματα και η προστασία των μη μουσουλμανικών μειονοτήτων στην Τουρκία και κατ' αναλογία, της μοσουλμανικής μειονότητας στην Ελλάδα (άρθρα 37-45). Σε άμεση σχέση με την προστασία των γλωσσικών δικαιωμάτων, τα εκπαιδευτικά δικαιώματα των μειονοτήτων αποτέλεσαν βασική αναφορά της Συνθήκης. Από νομική άποψη η μειονοτική εκπαίδευση διέπεται αφενός από διεθνείς κανόνες και αφετέρου από ένα πολύπλοκο σύνολο εσωτερικών κανόνων (νόμους, διατάγματα, υπουργικές αποφάσεις).

Τα μειονοτικά σχολεία αποτελούν μια ιδιαίτερη περίπτωση στο πλαίσιο της ελληνικής εκπαιδευτικής πραγματικότητας τόσο ως προς το θεσμικό χαρακτήρα τους, όσο και ως προς τη δομή του αναλυτικού προγράμματος και τους εκπαιδευτικούς. Το νομικό καθεστώς που τα διέπει χαρακτηρίζεται από «μια ιδιότυπη ζεύξη διατάξεων που αφορούν τη δημόσια, αλλά και την ιδιωτική παιδεία». Παρόλο που προβλέπεται ο δημόσιος χαρακτήρας της εκπαίδευσης, για πολλές πλευρές της (ίδρυση, διαχείριση, λειτουργία των σχολείων) ισχύουν και διατάξεις που διέπουν την ιδιωτική εκπαίδευση. Το πολύπλοκο αλλά και ευμετάβλητο θεσμικό πλαίσιο με το οποίο λειτουργεί η μειονοτική εκπαίδευση επιτρέπει την άσκηση απόλυτου κρατικού ελέγχου από την πλευρά τόσο κεντρικών όσο και τοπικών εκπαιδευτικών διοικητικών μηχανισμών. Η παρέμβαση της μειονότητας στη διοίκηση και τη λειτουργία των σχολείων είναι περιορισμένη και γίνεται σε ένα πλαίσιο αυστηρά ελεγχόμενο από κρατικούς φορείς. Η θεσμική αυτονομία που εκ των πραγμάτων φαίνεται ότι χαρακτήριζε τη μειονοτική εκπαίδευση μέχρι και την πρώτη μεταπολεμική περίοδο, έχει αποδυναμωθεί με το κανονιστικό πλαίσιο που βαθμιαία διαμορφώνεται, ιδιαίτερα από τη δεκαετία του 1970 και μετά (Ασκούνη, 2006: 63-64).

Το δικαίωμα των μελών της μουσουλμανικής μειονότητας για ένα ιδιαίτερο εκπαιδευτικό σύστημα ενέχει και μια αντίστροφη όψη, καθώς στη συγκεκριμένη μορφή που λειτούργησε, ευνόησε την απομόνωση της μειονοτικής εκπαίδευσης από το κεντρικό εκπαιδευτικό σύστημα της χώρας και αναχάιτισε τη συνολική ένταξη των μελών της στην ελληνική κοινωνία (Τρουμπέτα, 2001: 44). Με λίγα λόγια η εκπαίδευση της μειονότητας και η ιστορική της εξέλιξη συνδέεται στενά με τις διακυμάνσεις στις ελληνοτουρκικές σχέσεις. Δεδομένης της μακρόχρονης αντιπαλότητας ανάμεσα στις δυο χώρες, η εκπαίδευση αποτέλεσε πεδίο διαρκούς πολιτικής αντιπαράθεσης. Η τουρκική εθνική ταυτότητα του μεγαλύτερου μέρους

του μειονοτικού πληθυσμού και η γενικότερη πολιτική των τουρκικών κυβερνήσεων, μετατρέπουν τη μειονότητα σε «εθνική απειλή», καθορίζοντας έτσι και την αντιμετώπισή της από τις ελληνικές αρχές, με την περιθωριοποίηση ως πολιτική ελέγχου. Στο πλαίσιο που η μειονοτική εκπαίδευση αποτελούσε για την τουρκική πλευρά ισχυρό ιδεολογικό εργαλείο για τη διατήρηση της επιρροής της στη μειονότητα, η ελληνική πλευρά χειρίστηκε την εκπαίδευση ως πεδίο ελέγχου με στόχο τον περιορισμό της τουρκικής επίδρασης και συνεπώς της απειλής που αυτή αντιπροσώπευε. Έτσι, οι παρεμβάσεις στο εκπαιδευτικό πεδίο καθορίστηκαν κυρίως με βάση τις επιδιώξεις της ελληνοτουρκικής διαμάχης και όχι με γνώμονα τις εκπαιδευτικές ανάγκες της μειονότητας, διαστρέφοντας τη μορφωτική λειτουργία της μειονοτικής εκπαίδευσης, προσδίδοντας ρητά σε όλες της πλευρές της πολιτική διάσταση και σημασία, η οποία συχνά υποκαθιστά το παιδαγωγικό τους περιεχόμενο (Ασκούνη, 2006:14-15). Σύμφωνα με Ονσούνολου (1997:61-62), οι συνέπειες της πολιτικής αυτής και των συνοδών διοικητικών μέτρων ήταν η δημιουργία του μειονοτικού κοινωνικού, οικονομικού, πολιτικού και εκπαιδευτικού γκέτο στη Θράκη και η καλλιέργεια στη μειονότητα της βαθιάς πεποίθησης ότι είναι ανεπιθύμητη. Οι επιπτώσεις στη μειονοτική εκπαίδευση ήταν ιδιαίτερα βαριές που μέσα στη γενικότερη εξαθλίωση αυτή ήταν που πρώτα ευνουχίστηκε, περιθωριοποιήθηκε και υποβαθμίστηκε τόσο ώστε να μετατραπεί σε «μηχανισμό που παράγει την αμορφωσιά».

Παρέμβαση τομή στα δεδομένα της μειονοτικής εκπαίδευσης υπήρξε η θέσπιση του νόμου 2341 το 1995, που προέβλεπε ξεχωριστό ποσοστό θέσεων για την εισαγωγή σε ΑΕΙ και ΤΕΙ για τα παιδιά των μουσουλμάνων της Θράκης που είναι απόφοιτοι λυκείου. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 0,5% επί του συνολικού αριθμού των εισακτέων (Τρουμπέτα, 2001. Ασκούνη, 2006. Συρίγος, 2023). Μέχρι το 1995 μόλις το 0,2% των μουσουλμάνων μαθητών συνέχιζε τις σπουδές του σε ΤΕΙ ενώ μηδενική ήταν η επιτυχία αυτών των μαθητών στα πανεπιστήμια. Μοναδική διέξοδος που δινόταν στους μουσουλμάνους απόφοιτους λυκείου ήταν είτε εισαγωγή τους στην Ειδική Παιδαγωγική Ακαδημία Θεσσαλονίκης είτε η συνέχιση των σπουδών τους στην Τουρκία που ήταν και ο κανόνας.

Σχεδόν τρεις δεκαετίες μετά έχει δημιουργηθεί μία ομάδα νέων επιστημόνων αποφοίτων ελληνικών πανεπιστημίων, που είναι ενσωματωμένοι στην κοινωνία. Επιπλέον, έχει μειωθεί πάρα πολύ η έξοδος των αποφοίτων των λυκείων προς την Τουρκία για σπουδές στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Τέλος, έχει αυξηθεί ο αριθμός των μουσουλμάνων μαθητών που επιλέγουν δημόσια σχολεία από το δημοτικό έως το γυμνάσιο και το λύκειο. Είναι πλέον κατανοητό ότι η καλή γνώση της ελληνικής είναι απαραίτητη για να παρακολουθήσουν τις σπουδές στα ελληνικά πανεπιστήμια (Συρίγος, 2023: 322). Τα δεδομένα αυτά επιβεβαιώνει η

έρευνα της Στυλιανίδου (2021), που καταλήγει στο συμπέρασμα ότι το θετικό μέτρο του νόμου 2341/1995 συνέβαλε σημαντικά στην εξομάλυνση των ανισοτήτων για τα μέλη της μειονότητας, καθώς έχουν προκύψει σημαντικά ευρήματα, όπως μεγάλος αριθμός επιτυχόντων μουσουλμάνων της Θράκης στα ελληνικά Πανεπιστήμια και ιδιαίτερα των κοριτσιών, αύξηση της φοίτησης στην ελληνόγλωσση δημόσια πρωτοβάθμια εκπαίδευση, αποφυγή της εκπαιδευτικής μετανάστευσης στην Τουρκία, εκπροσώπηση στα θεωρούμενα ως επιφανή επαγγέλματα και αύξηση της αποφοίτησης από τα Πανεπιστήμια.

Τέλος, ενδεικτικά αναφέρεται ότι το σχολικό έτος 2008-09 λειτούργησαν σε όλη τη Θράκη 194 μειονοτικά δημοτικά, ενώ το 2023-24 λειτούργησαν 90. Αυτό οφείλεται στην αυξανόμενη αστυφιλία και στην υπογεννητικότητα που έχει ως αποτέλεσμα μειονοτικά σχολεία ιδίως στις ορεινές περιοχές να μην έχουν μαθητές. Επίσης, πολλοί μουσουλμάνοι γονείς επιλέγουν να στείλουν τα παιδιά τους σε δημόσια δημοτικά για να αποκτήσουν καλύτερη γνώση ελληνικής γλώσσας (Συρίγος, 2023: 320).

1.9 Η θέση της γυναίκας και το πλαίσιο ψυχικής υγείας

Ξεχωριστή αναφορά πρέπει να γίνει για τις μουσουλμάνες γυναίκες. Τις τελευταίες δεκαετίες έχει υπάρξει σημαντική βελτίωση ως προς το μορφωτικό τους επίπεδο με την καθοριστική ώθηση του νόμου 2341/1995 προς αυτήν την κατεύθυνση. Πολλά νεαρά κορίτσια που εγκατέλειπαν το σχολείο αμέσως μετά το δημοτικό, μπόρεσαν να συνεχίσουν και κάποιες από αυτές να εισέλθουν στο πανεπιστήμιο. Αυτή η κατάσταση άλλαξε ριζικά τη συνήθεια των οικογενειών να παντρεύουν τις κόρες τους στην ηλικία των 15-18 ετών, με εξαίρεση τους Τσιγγάνους που εξακολουθούν (Συρίγος, 2023: 304-305). Είναι αξιοσημείωτο ότι η πρώτη μουσουλμάνη σπουδάστρια της Ειδικής Παιδαγωγικής Ακαδημίας Θεσσαλονίκης, απ' όπου αποφοιτούν δάσκαλοι για τα μειονοτικά σχολεία της Θράκης, εισήχθη μόλις το 1991. Οι γονείς που θα ενθαρρύνουν να μεγαλώσει το κορίτσι φυσιολογικά και κυρίως να συνεχίσει τις σπουδές του και μετά το γυμνάσιο ήταν ελάχιστοι κατά το παρελθόν και συνήθως στιγματίζονταν από την ομόθηρσκη κοινωνία για τη συμπεριφορά τους (Μαλκίδης, 2016).

Παρά τις θετικές εξελίξεις εξακολουθούν να υπάρχουν σοβαρά προβλήματα για τις μουσουλμάνες κυρίως στις αγροτικές περιοχές, όπου ασχολούνται με το νοικοκυριό και τις αγροτικές εργασίες. Μετά το γάμο οι κοινωνικές συνθήκες επιβάλλουν τη μετοίκηση στο σπίτι του συζύγου και τη διαβίωση με την οικογένειά του. Οι άνδρες ασχολούνται κατά κανόνα με

αγροτικές και οικοδομικές εργασίες. Λόγω των οικονομικών δυσκολιών, πολλοί άνδρες, κυρίως από τις ορεινές περιοχές, φεύγουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα είτε σε άλλες περιοχές της Ελλάδας είτε στο εξωτερικό για να εργασθούν. Οι νεαρές κοπέλες μένουν πίσω, στο σπίτι του συζύγου, μεγαλώνοντας τα παιδιά και ζώντας σε ένα αυταρχικό περιβάλλον χωρίς να είναι οικονομικώς ανεξάρτητες. Μπροστά στα συνεχή αδιέξοδα είτε αυτά αφορούν στο σχολείο, είτε σε άλλους τομείς της ζωής τους, βρίσκουν καταφύγιο σε ψυχοτρόπα φάρμακα, η συνταγογράφηση των οποίων κινείται σε εξαιρετικά αυξημένα επίπεδα στους νομούς Ξάνθης και Ροδόπης σε σύγκριση με άλλες περιοχές της Ελλάδας (Συρίγος, 2023: 304-305. Μαλκίδης, 2016).

Οι γυναίκες της μειονότητας θεωρούνται οι πιο επιβαρυνμένες με ψυχικά νοσήματα, μελαγχολίες και παθήσεις που ενδημούν λόγω αυτών των συνθηκών στη ζωή τους. Μετέωρες οι περισσότερες στη θέληση και τη ζωή που τους επιβάλλουν οι συνθήκες της θρησκείας τους αλλά και το πατριαρχικό περιβάλλον που δεν τις δίνουν την ευκαιρία να λειτουργήσουν μόνες τους σαν άτομα. Μέσα σ' αυτό το αυταρχικό περιβάλλον, τα ψυχοφάρμακα αποτελούν το μοναδικό καταφύγιο της και στην έσχατη λύση η αυτοκτονία. Οι φαρμακοποιοί και οι γιατροί των νοσοκομείων της Θράκης βεβαιώνουν ότι κατανάλωση ψυχοφαρμάκων μεταξύ των μουσουλμανίδων κινείται σε ασύλληπτα επίπεδα (Μαλκίδης, 1999).

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει και η Τσιμπιρίδου (2016: 74), «Από μικρό παιδί στη Θράκη θυμάμαι να φορτίζομαι συναισθηματικά κάθε φορά που άκουγα τους μεγάλους να λένε πως οι μουσουλμάνες χρυσώνουν τους νευρολόγους της περιοχής γιατί υποφέρουν από τα νεύρα τους. Το έβλεπα εξάλλου και με τα μάτια μου: ουρές γυναικών με φερετζέ στα ιατρεία των νευρολόγων/ψυχιάτρων. Το βίωνα μέσα από μεμονωμένες περιπτώσεις γυναικών της γειτονιάς μου. Οι αγωγές ήταν και είναι πάντα μόνο φαρμακευτικού τύπου αφού η μεγάλη πλειονότητα των γυναικών δεν μιλά Ελληνικά για να εκθέσει και να συζητήσει το πρόβλημα άμεσα με το γιατρό. Οι στοιχειώδεις συνεννοήσεις γίνονται πάντα με τη διαμεσολάβηση του άνδρα».

Η διαφυγή των γυναικών σε «άλλους κόσμους» μέσα από βαριές φαρμακευτικές αγωγές φαίνεται να σηματοδοτεί τη μοναδική τους πράξη αντίδρασης/αντίστασης απέναντι στα αδιέξοδα, τις αντιφάσεις και τις αντινομίες, δεν είναι τυχαίο ότι τέτοιες πράξεις που είναι σαφώς πράξεις επιθετικού χαρακτήρα που στρέφονται όμως όχι στον «άλλο», αλλά στον εαυτό, αφορούν υποδεέστερα κοινωνικά υποκείμενα σε περιβάλλοντα διακρίσεων, όπως είναι οι γυναίκες αλλά και οι άνδρες με χαμηλή αυτοεκτίμηση λόγω του περιθωριακού και οριακού περιβάλλοντος από το οποίο προέρχονται (Τσιμπιρίδου, 2016: 74-75).

Ο Ζαΐμάκης και η Καπράνη το 2000 σε ένα πολυπολιτισμικό οικισμό του νομού Ροδόπης, πραγματοποίησαν αφηγηματικές συνεντεύξεις και επιτόπιες παρατηρήσεις προκειμένου να εξεταστούν και να αναδειχτούν μέσα από την κοινωνική ποιητική και τη ρητορική της καθημερινής ζωής των κατοίκων ορισμένα ζητήματα που αφορούν τη θέση της Μουσουλμάνας γυναίκας στην τοπική κοινωνία, τους τρόπους με τους οποίους βιώνονται, ορίζονται και μετασχηματίζονται οι ταυτότητες, τις βασικές κοινοτικές αρχές και τις αξίες που επικαθορίζουν τις καθημερινές κοινωνικές λειτουργίες και τους ρόλους. Επιπλέον, εξετάζεται ο ρόλος της θρησκείας στη διαμόρφωση ορισμένων τύπων συμπεριφοράς και, συνακόλουθα, ο βαθμός εκκοσμίκευσης του τοπικού. Οι ερευνητές προσπαθούν να αναδείξουν, αφενός, σημεία σύγκλισης, κοινές πεποιθήσεις και κοσμοθεωρήσεις και, αφετέρου, νοηματικές αποκλίσεις, ρήγματα και αμφιθυμίες στο γυναικείο λόγο.

Τα ευρήματα της έρευνας τους έδειξαν ότι η ζωή στην κοινότητα χαρακτηρίζεται από συγκρούσεις ιδεών και νοοτροπιών που αποτυπώνονται στις κοινωνικές συμπεριφορές και αξιοδοτήσεις. Οι όροι με τους οποίους η μειονοτική κοινότητα προσλαμβάνει την πολιτισμική αλλαγή είναι διφορούμενοι. Μολονότι το παραδοσιακό επικαθορίζει σε σημαντικό βαθμό την κοινωνική αλληλόδραση της καθημερινότητας σταδιακά και με αργό ρυθμό μέσα σε ένα οριοθετημένο πλαίσιο διαμορφώνεται ένας λόγος που αμφισβητεί ορισμένες κυρίαρχες αντιλήψεις και μικρές αλλαγές κυοφορούνται στο επίπεδο των έμφυλων σχέσεων, των ψυχαγωγικών πρακτικών, στην εκπαίδευση και τις ενδυματολογικές προτιμήσεις.

Στο επίπεδο της συγκρότησης της γυναικείας ταυτότητας, οι νέες προκλήσεις συναντούν την αντίσταση των παραδοσιακών αντιλήψεων και τη δύναμη των εθίμων. Η ρήξη με το παρελθόν χαράζεται ανάμεσα στη γυναίκα ως υποκείμενο επιθυμίας και σε ένα πρότυπο εγκράτειας και υποταγής που διαμορφώνουν οι παραδοσιακές αντιλήψεις. Η διεκδίκηση ενός αιτήματος περισσότερης ελευθερίας και μιας αυτόνομης ταυτότητας τελικά δεν μπορεί να ιδωθεί ανεξάρτητα από τις ευρύτερες συνθήκες της απομόνωσης, της εσωστρέφειας και του κοινωνικού αποκλεισμού που βιώνει η μειονότητα. Η κοινωνική ανάπτυξη της τελευταίας, η άρση των όποιων διακρίσεων σε βάρος της και η ενίσχυση της διαπολιτισμικής επικοινωνίας με την ευρύτερη κοινωνία μπορούν να διαμορφώσουν τις συνθήκες για την ανάπτυξη ενός σοβαρού διαλόγου που αφορά ζητήματα ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων (Ζαΐμάκης& Καπράνη, 2016).

1.10 Σχετικά με την έρευνα για την μουσουλμανική μειονότητα της Θράκης

Το μειονοτικό ζήτημα στη Θράκη αποτέλεσε για πολλά χρόνια ουσιαστικά απαγορευμένο χώρο για επιστημονική έρευνα (σύμφωνα με Cowan, 1997:15, όπως αναφέρει ο Μαυρομμάτης, 2008). Οι δυσχέρειες αυτές αποτελούν τμήμα των ευρύτερων προβλημάτων που αντιμετωπίζει η έρευνα γύρω από τα μειονοτικά ζητήματα στην Ελλάδα καθώς σε πολλούς χώρους εξακολουθεί να κυριαρχεί η άποψη ότι η ενασχόληση με αυτά τα ζητήματα είναι δραστηριότητα «εθνικά εύφλεκτη», και ως τέτοια πρέπει να αποφεύγεται (σύμφωνα με Χριστόπουλος 2002:106, όπως αναφέρει ο Μαυρομμάτης, 2008).

Βάση του προβλήματος αποτελεί το γεγονός ότι, στα όρια της ελληνικής επικράτειας, η εθνο-πολιτισμική διαφορετικότητα θεωρήθηκε, σε διάφορους βαθμούς, ως αποκλίνουσα συμπεριφορά, και αντιμετωπίστηκε ως πολιτική παραβατικότητα και ως έλλειμμα νομιμοφροσύνης. Εξ αιτίας αυτού, η διαχείριση της διαφορετικότητας υπήρξε, επί μακρόν, ασχολία των λίγων και των «έμπιστων» ειδικών, και κρατήθηκε πάντοτε έξω από ό,τι θα μπορούσε να αποτελέσει αντικείμενο «νόμιμου» προβληματισμού του πολίτη, ιδίως όταν τα χαρακτηριστικά των «διαφορετικών» προσέγγιζαν εκείνα του πληθυσμού όμορου κράτους.

Επιπλέον, η μελέτη και η επιστημονική ενασχόληση με τους «διαφορετικούς», αντιμετωπίστηκε συχνά σαν παραβατική και η ίδια, και παρεμποδίστηκε ζηλότυπα, σαν να επρόκειτο να φέρει στο φως κάποια επικίνδυνα μυστικά. Το κράτος προσπάθησε να μονοπωλήσει — και ως κάποια στιγμή τα κατάφερε — τόσο τη διαχείριση του μειονοτικού ζητήματος, όσο και τη δυνατότητα και το δικαίωμα παραγωγής της «πολιτικά ορθής» άποψης (Λαφαζάνη, 1997:11-12, Μαυρομμάτης, 2008:26).

Κατά την δεκαετία του 1990 η κατάσταση μεταβλήθηκε σημαντικά — χωρίς ωστόσο να μπορούμε να ισχυριστούμε ότι ομαλοποιήθηκε — με αποτέλεσμα οι προσβάσεις να έχουν γίνει ευκολότερες, το ενδιαφέρον να είναι αυξημένο και να παράγεται σημαντικός όγκος νέου υλικού. Ωστόσο είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι, σημαντικά μεγάλο μέρος του υλικού που έχει προκύψει σχετικά με τη μειονότητα στη Θράκη (και ειδικότερα αυτό που παράχθηκε μέχρι και τα μέσα της δεκαετίας του 1990), τόσο από ελληνικής όσο και από τουρκικής (αλλά και από βουλγαρικής) πλευράς, παράχθηκε εντός των πλαισίων της «εθνικής» επιστήμης, με κύριο αν όχι αποκλειστικό στόχο να υπηρετήσει πολιτικές στοχεύσεις και όχι για να προάγει την γνώση (Aarbakke, 2000:3, Μαυρομμάτης, 2008:26-27).

Ο Κατσικός (2012) παρέχει μια βιβλιογραφική ανασκόπηση των σημαντικότερων ακαδημαϊκών έργων που έχουν εκδοθεί ή μεταφραστεί στα ελληνικά και αφορούν τη μειονοτική ζωή των μουσουλμάνων που ζουν στην Ελλάδα από τις αρχές της δεκαετίας του

1830, στην οποία επικεντρώνεται στη μεθοδολογική προσέγγιση των εργασιών αυτών, στο χρόνο δημοσίευσής τους και στα ερευνητικά πεδία που καλύπτουν ή αγνοούν. Υποστηρίζει ότι μέχρι το τέλος του Ψυχρού Πολέμου οι ελληνικές ακαδημαϊκές εργασίες για το θέμα επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από το κλίμα στις ελληνοτουρκικές σχέσεις. Παραμένουν σιωπηλοί για τους μουσουλμανικούς πληθυσμούς που ζούσαν πριν από το 1923 στη χώρα και επικεντρώνονται στους μουσουλμάνους της δυτικής Θράκης, παρουσιάζοντας μια στρεβλή εικόνα για τη μειονοτική ζωή. Η κατάσταση αυτή, σύμφωνα με τον Κατσικά (2012), έχει αρχίσει να αλλάζει από το 1989, αλλά φαίνεται να υπάρχει ακόμη πολύς δρόμος μέχρι ο ελληνικός ακαδημαϊκός κόσμος να ξεπεράσει τον προκατειλημμένο, συναισθηματικό και πολιτικά επηρεασμένο τρόπο λειτουργίας του πάνω στο θέμα και να υιοθετήσει μια πιο ψύχραιμη προσέγγιση.

Είναι σημαντικό επίσης να επισημανθεί ακόμα ότι, καθώς η μειονότητα προσλαμβάνεται από τους πλειονοτικούς (και μειονοτικούς) ως κάτι το ενιαίο, με κυρίαρχο στοιχείο το Ισλάμ, συχνά, ερευνητές επιχειρούν να ερμηνεύσουν τη συνολική συμπεριφορά των Θρακιωτών μειονοτικών αποκλειστικά με βάση τη προσήλωσή τους στο Ισλάμ, ερμηνευτική απόπειρα που πάσχει εξ αρχής, αφού στηρίζεται σε εικόνα του Ισλάμ που προκύπτει από βιβλιογραφικές αναφορές με βάση παλιότερες μελέτες για το αραβικό κυρίως Ισλάμ, το οποίο έχει τελείως διαφορετική υφή από το τουρκο-βαλκανικό Ισλάμ (Μαυρομμάτης 2008: 52).

Για τη μουσουλμανική μειονότητα στη Θράκη έχει δημιουργηθεί μία ενδιαφέρουσα και πλούσια σε νομικά, πολιτικά και πολιτιστικά στοιχεία βιβλιογραφία, η οποία εμπλουτίζεται συνεχώς με νέα έργα, μελέτες, άρθρα και έρευνες φιλοδοξώντας να καλύψει το θέμα σε όλο του το πλάτος και να διερευνήσει κάθε δυνατή πτυχή του. Κατά συνέπεια η επιστημονική έρευνα προχωρά, χωρίς περιορισμούς, στη λεπτομερή ανάλυση όλων των παραμέτρων, ιστορικών, οικονομικών και πολιτικών, σε μια προσπάθεια να περιορισθεί η αντιεπιστημονική και αντιδεοντολογική προσέγγιση, αναδεικνύοντας ταυτόχρονα την πολυπλοκότητα, αλλά και τον πολυεπίπεδο πολιτιστικό πλούτο του μειονοτικού ζητήματος (Θεοδώρου, 2012, σσ 25-26). Δεδομένης της κατάστασης, η παρούσα έρευνα αποσκοπεί αποκλειστικά να συμβάλει στην προαγωγή της γνώσης μελετώντας έναν πληθυσμό που δεν έχει μελετηθεί αρκετά, όπως προκύπτει από τα παραπάνω προαναφερόμενα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Η ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΜΟΥΣΟΥΛΜΑΝΩΝ

2.1 Η έρευνα σχετικά με την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων

Ο εκτιμώμενος παγκόσμιος πληθυσμός των μουσουλμάνων από 1,6 δισεκατομμύρια το 2010 αναμένεται να φτάσει 2,2 δισεκατομμύρια μέχρι το 2030, σημειώνοντας μια αύξηση της τάξεως 35% εντός μιας εικοσαετίας, περίπου διπλάσια σε σύγκριση με μη μουσουλμάνους πληθυσμούς. Εάν συνεχιστούν οι τρέχουσες τάσεις, οι μουσουλμάνοι θα αποτελούν το 26,4% του συνολικού προβλεπόμενου πληθυσμού του κόσμου των 8,3 δισεκατομμυρίων το 2030, από 23,4% του εκτιμώμενου παγκόσμιου πληθυσμού του 2010 των 6,9 δισεκατομμυρίων.

Το 62% των μουσουλμάνων ζουν σε χώρες της Ασίας-Ειρηνικού (π.χ. Ινδονησία, Πακιστάν, Ινδία, Μπαγκλαντές, Ιράν και Τουρκία), 20% στη Μέση Ανατολή ή τη Βόρεια Αφρική (π.χ. Αίγυπτος, Υεμένη, Σουδάν, Σαουδική Αραβία, Αλγερία, Συρία), 15% στην Υποσαχάρια Αφρική (π.χ. Νιγηρία, Ρουάντα, Κένυα), 3% στην Ευρώπη (π.χ. Γαλλία, Βέλγιο, Αυστρία, Ηνωμένο Βασίλειο) και λιγότερο από 1% στην Αμερική (Pew Research Center, 2011).

Οι κλινικοί γιατροί κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σταδιοδρομίας τους πιθανότατα θα παρέχουν φροντίδα σε έναν μουσουλμάνο και, ανάλογα με την τοποθεσία της πρακτικής τους, ενδέχεται να παρέχουν φροντίδα σε μια σχετικά μεγάλη και ευρεία ομάδα μουσουλμάνων. Οι αναπαραστάσεις του Ισλάμ και των Μουσουλμάνων στα μέσα ενημέρωσης και την ακαδημαϊκή βιβλιογραφία ενδέχεται να επηρεάσουν ασυνείδητα τον τρόπο με τον οποίο οι κλινικοί γιατροί αντιλαμβάνονται και προσεγγίζουν τους μουσουλμάνους ασθενείς τους (Altalib et al., 2019).

Στα πλαίσια των διάφορων εθνικών και διεθνών πολιτικών γεγονότων που είχαν ως συνέπεια την αύξηση της διάκρισης και βίας κατά των μουσουλμάνων, των προβλημάτων μετανάστευσης, της επανεγκατάστασης προσφύγων και της κρίσης ασύλου, τις τελευταίες δεκαετίες έχει δοθεί περισσότερη έμφαση στις ανάγκες ψυχικής υγείας των μουσουλμάνων παγκοσμίως (Ahmed & Reddy, 2007. Altalib et al., 2019. Khan & Ecklund, 2012. Oppedal & Røysamb, 2007). Οι παραπάνω παράγοντες οδήγησαν σε μια αυξανόμενη ζήτηση σχετικά με την κατανόηση των αναγκών της ψυχικής υγείας των μουσουλμάνων, με αποτέλεσμα την αυξανόμενη εστίαση στην έρευνα και τις δημοσιεύσεις, η οποία αποτυπώνεται από την αύξηση του αριθμού των βιβλίων, των ερευνητικών κέντρων και άρθρων.

Ενώ παραδοσιακά, η μελέτη της ψυχικής υγείας και του πολιτισμού πλαισιώνεται γύρω από την εθνικότητα, την εθνότητα και τη φυλή, η νέα τάση στην αναδυόμενη βιβλιογραφία που περιγράφει την ψυχική υγεία των «μουσουλμανικών» πληθυσμών προτείνει τη θρησκευτικότητα ως σημείο ενδιαφέροντος (Altalib et al., 2019). Ένα κοινό θέμα της βιβλιογραφίας σχετικά με την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων είναι ότι το Ισλάμ ως θρησκεία συχνά πληροφορεί πώς η συναισθηματική δυσφορία νοηματοδοτείται και εκφράζεται, διαμορφώνει τους διαπροσωπικούς ρόλους και σχέσεις και επηρεάζει τη συμπεριφορά αναζήτησης υγείας στις μουσουλμανικές επιμέρους κουλτούρες (Abdel-Khalek, 2011. Altalib et al., 2019. Cinnirella & Loewenthal, 1999. Khan & Ecklund, 2012. Padela et al., 2012).

Καμία ανασκόπηση δεν έχει ακόμη χαρακτηρίσει τις δημοσιεύσεις που παράγονται, τους τύπους ερευνών που διεξάγονται και τα ερευνητικά κενά που υπάρχουν, παρά την αυξανόμενη τάση που δείχνει ο όγκος της βιβλιογραφίας που μελετά τους μουσουλμάνους. Δεδομένου ότι οι μουσουλμανικοί πληθυσμοί είναι κατανομημένοι παγκοσμίως, πέρα από τις χώρες με μουσουλμανική πλειοψηφία, η εξέταση της επίδρασης των γεωγραφικών πόρων στην αποδοτικότητα της έρευνας και το εύρος των συνεργασιών μεταξύ των ερευνητών σε όλες τις περιοχές θα ενημερώσει για το πώς δομείται η έρευνα. Η κατανόηση των τάσεων στη βιβλιογραφία που αφορά στην ψυχική υγεία των μουσουλμάνων, παρέχει πολύτιμες πληροφορίες σε κλινικούς ιατρούς, ερευνητές, παρόχους δημόσιας υγείας, φορείς χάραξης πολιτικής και άλλους βασικούς φορείς που ενδιαφέρονται για την παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας σε μουσουλμανικούς πληθυσμούς και κοινότητες της διασποράς. Επιπλέον, με την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο έχει δομηθεί η βιβλιογραφία για την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων, οι εγγενείς προκαταλήψεις και οι υποκειμενικότητες της βιβλιογραφίας βοηθούν τους αναγνώστες και τους ενδιαφερόμενους να τοποθετήσουν την έρευνα για την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων σε εννοιολογικό πλαίσιο (Altalib et al., 2019).

Στο πλαίσιο αυτό, ο Altalib και οι συνεργάτες του (2019), με χρήση βιβλιομετρικής ανάλυσης παρέχουν μια γενική ανασκόπηση του τρόπου με τον οποίο οι Μουσουλμάνοι αντιπροσωπεύονται στη βιβλιογραφία σχετικά με την ψυχική υγεία σε όλες τις περιοχές. Στην μελέτη τους μέσω αναζήτησης σε βάσεις δεδομένων εντόπισαν άρθρα που γράφτηκαν στα αγγλικά από το 2000 έως το 2015, τα οποία περιείχαν τους όρους «Ισλάμ» ή/και «Μουσουλμάνος» στην περίληψη, καθώς και τις έρευνες που διεξήχθησαν σε χώρες με μουσουλμανική πλειοψηφία και μεταξύ μουσουλμανικών μειονοτήτων στον υπόλοιπο κόσμο.

Τα αποτελέσματα της μελέτης τους έδειξαν ότι από τα 2652 άρθρα για την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων, τα περισσότερα (65,6%) επικεντρώθηκαν στην περιγραφή της

ψυχοπαθολογίας, ενώ λιγότερα άρθρα (11,2%) εστίασαν σε ζητήματα γύρω από το στίγμα, τη θρησκευτικότητα, την πνευματικότητα, την ταυτότητα ή τον πολιτισμό. Μεταξύ των κορυφαίων 15 πιο συχνά χρησιμοποιούμενων όρων ήταν η «διαταραχή μετατραυματικού στρες», «βία», «φόβος», «τραύμα» και «πόλεμος». Επιπλέον, η ανάλυση των κοινωνικών δικτύων που χρησιμοποιήθηκε έδειξε ότι υπήρχε ελάχιστη συλλογική εργασία μεταξύ των περιοχών.

Οι προκλήσεις της παραγωγής έρευνας για την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων είναι παρόμοιες με τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει η παγκόσμια έρευνα για την ψυχική υγεία. Μεγάλο μέρος της έρευνας για την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων αντικατοπτρίζει τις τοπικές προκλήσεις, όπως ο αντίκτυπος των συγκρούσεων και της βίας στην ψυχική υγεία. Τονίζεται η σημαντικότητα συνεχών προσπαθειών για την ανάπτυξη παγκόσμιων ερευνητών ψυχικής υγείας μέσω διαπολιτισμικών ανταλλαγών, ειδικών ενοτήτων και προγραμμάτων ακαδημαϊκών περιοδικών για την παγκόσμια πρόσληψη ψυχικής υγείας και διαδικτυακές εκπαιδεύσεις για την αντιμετώπιση του κενού στην έρευνα και τις συνεργασίες (Altalib et al., 2019).

2.2 Ανάγκη για ευαίσθητες σχετικά με το πλαίσιο προσεγγίσεις για την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων

Η πρόσφατη μελέτη αναγνωρίζει ότι οι στάσεις και οι αντιλήψεις για την ψυχική υγεία σε μειονοτικούς πληθυσμούς απαιτούν εξατομικευμένη προσοχή προκειμένου να μειωθεί το στίγμα και να αυξηθεί η χρήση των υπηρεσιών (Gibbs & Huang, 1998. Herrick & Brown, 1998, Trinh, Rho, Lu & Sanders, 2009, όπως αναφέρουν οι Awaad et al., 2019). Η υποχρησιμοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τις μειονότητες αποδίδεται συχνά σε πεποιθήσεις σχετικά με την προέλευση και τη σωστή θεραπεία της ψυχικής ασθένειας ή πεποιθήσεις που αποθαρρύνουν την αποκάλυψη προβλημάτων σε άτομα εκτός του οικογενειακού δικτύου (σύμφωνα με Gaw, 1993, όπως αναφέρουν οι Awaad et al., 2019). Άλλες θεωρίες υποχρησιμοποίησης σε μειονοτικές ομάδες περιλαμβάνουν το στίγμα (σύμφωνα με Corrigan & Kleinlein, 2005, όπως αναφέρουν οι Awaad et al., 2019), την έλλειψη γνώσης σχετικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες (Aloud, 2004. Awaad et al., 2019) και τις διαφορές στις αξίες από την πλευρά του κλινικού ιατρού ή του συμβούλου (Ahmed & Reddy, 2007. Awaad et al., 2019. Bagasra, 2019).

Οι μουσουλμάνοι τείνουν να παραιτούνται από τη χρήση επίσημων υπηρεσιών ψυχικής υγείας για διάφορους και περίπλοκους λόγους (Padela et al., 2012. Tanhan, 2019. Tanhan & Young, 2022) συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης αποτελεσματικών σχετικών με το πλαίσιο υπηρεσιών (Agilkaya- Şahin, 2019. Tanhan, 2019. Tanhan & Strack, 2020. Tanhan & Young, 2022). Ωστόσο, η ανάπτυξη αποτελεσματικών προσεγγίσεων μπορεί να είναι δύσκολη και απαιτεί χρόνο (Tanhan & Young, 2022). Για παράδειγμα, ο Badri (2018), όπως αναφέρουν οι Tanhan & Young (2022), ανέφερε ότι τον χλεύασαν και τον απείλησαν με απομάκρυνση από τη θέση του όταν άρχισε να συζητά την ανάγκη για πιο ευαίσθητες προσεγγίσεις με βάση τα πνευματικά, θρησκευτικά και πολιτισμικά πλαίσια για την εργασία με μουσουλμάνους το 1965. Μια κριτική στο σημείο αυτό για το Ισλάμ και την ψυχολογία ξεκίνησε με το Δίλημμα των Μουσουλμάνων Ψυχολόγων του Malik Badri, όπου επέκρινε την προσπάθεια των παρόχων ψυχικής υγείας και των ερευνητών στις μουσουλμανικές χώρες να χρησιμοποιήσουν δυτικές προσεγγίσεις, οι οποίες ήταν αναποτελεσματικές στην προσέγγιση του κοινού (Badri, 2020. Tanhan & Young, 2022). Ο Skinner (2010) τόνισε επίσης την ανάγκη για πιο ευαίσθητες προσεγγίσεις για την αποτελεσματική εξυπηρέτηση των μουσουλμάνων (Skinner, 2010. Tanhan & Young, 2022). Ακολούθως, η κατανόηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην υποχρησιμοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τους μουσουλμάνους είναι σημαντική (Tanhan & Francisco, 2019. Tanhan & Strack, 2020. Tanhan & Young, 2022. Tummala-Narra & Claudius, 2013).

Παραδοσιακές ισλαμικές πεποιθήσεις και απόψεις, σε συνδυασμό με τα σύγχρονα ζητήματα και τις εμπειρίες της ζωής ως θρησκευτικής μειονότητας, μπορούν να επηρεάζουν την επιτυχημένη αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών της μουσουλμανικής κοινότητας και των παρόχων υπηρεσιών. Συνεπώς, η βασική γνώση των μουσουλμανικών κοσμοθεωριών μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες να παρέχουν αποτελεσματικά, πολιτισμικά κατάλληλη φροντίδα (Bagasra, 2019). Αν και δεν είναι δυνατόν για τους συμβούλους να έχουν γνώση για όλες τις θρησκευτικές ή πνευματικές πεποιθήσεις, είναι δυνατόν να κατανοούν στοιχειωδώς το πώς η θρησκεία και η πνευματικότητα έχουν επιπτώσεις στη ζωή των ανθρώπων και στο κατά πόσον αφορούν σε ζητήματα συμβουλευτικής και στη διαδικασία συμβουλευτικής (σύμφωνα με Aten & Leach, 2009, όπως αναφέρουν οι Fukuyama & Puig, 2017).

Ο τομέας της πολιτισμικά κατάλληλης φροντίδας είναι ένας τομέας που έχει αναδυθεί όχι μόνο για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αλλά για όλα τα άτομα που εμπλέκονται στην παροχή υπηρεσιών σε μια πολυπολιτισμική, πολυθρησκευτική κοινωνία, συμπεριλαμβανομένων των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, των διαμεσολαβητών, των

εκπαιδευτικών, των κοινωνικών λειτουργών και των παρόχων άλλων κοινωνικών ή κοινοτικών υπηρεσιών. Η πολιτισμική επάρκεια αποτελεί ένα ουσιαστικό εργαλείο που βοηθά τους επαγγελματίες να λειτουργήσουν αποτελεσματικά στην εξυπηρέτηση όλων των πτυχών της κοινότητάς τους (Bagasra, 2019).

Το «σπίτι» της πνευματικότητας είναι η πολυπολιτισμικότητα και οι σύμβουλοι που επιδιώκουν να είναι πολυπολιτισμικά ευαίσθητοι πρέπει να εξοικειωθούν με τις διαφορετικές πνευματικές και θρησκευτικές γλώσσες, πεποιθήσεις και πρακτικές. Η κατανόηση αυτών των πτυχών της πολιτισμικής ποικιλομορφίας μπορεί να βοηθήσει τους συμβούλους ώστε να είναι πιο αποτελεσματικοί και ευαίσθητοι στις διάφορες διαπολιτισμικές συναντήσεις (σύμφωνα με Fukuyama & Sevig, 1999, όπως αναφέρουν οι Fukuyama & Puig, 2017). Όλοι οι άνθρωποι έχουν πολλαπλές ταυτότητες, συμπεριλαμβανομένης της πνευματικής και θρησκευτικής. Ορισμένες μπορεί να είναι λίγο-πολύ εμφανείς στη συμβουλευτική, αποτυπώνοντας τη σημασία του πολιτισμικού πλαισίου, κατά συνέπεια είναι σημαντικό για τους συμβούλους να εξετάσουν το «σημείο συνάντησης» όλων των ταυτοτήτων (σύμφωνα με Fukuyama, Puig, Wolf & Baggs, 2014, όπως αναφέρουν οι Fukuyama & Puig, 2017).

2.3 Υγεία και ασθένεια στο ισλάμ

Η πνευματικότητα και η πίστη καθώς επίσης και η πρακτική είναι κοινά για όλους τους ανθρώπους και συνδέονται με την υγεία, την ασθένεια και τη θεραπεία στους περισσότερους πολιτισμούς του κόσμου (σύμφωνα με Koenig, 1997, 2005. Moodley & West, 2005, όπως αναφέρουν οι Fukuyama & Puig, 2017). Αν και οι μουσουλμανικές πεποιθήσεις και οι εθνοτικές επιμέρους κουλτούρες είναι ετερογενείς, συχνά γίνονται αντιληπτές ως μια μονολιθική ομάδα, με αρνητικά στερεότυπα και υποβάλλονται σε σημαντικές διαπροσωπικές και δομικές διακρίσεις (Ciftci et al., 2013. Jasinskaja-lahti et al., 2006. Whidden, 2001).

Υπάρχουν συγκεκριμένες διαφορές μεταξύ των πρακτικών και των πεποιθήσεων σχετικά με την υγεία και την ασθένεια και σημαντικά κοινά σημεία μεταξύ των μουσουλμανικών ομάδων. Ένα θεμελιώδες δόγμα του Ισλάμ είναι ότι υπάρχει ένας Θεός (η αραβική λέξη για τον Θεό, Αλλάχ, χρησιμοποιείται παγκοσμίως από τους Μουσουλμάνους, ανεξαρτήτως εθνοτικής ομάδας ή γλώσσας) και ο Αλλάχ προκαλεί τα πάντα, συμπεριλαμβανομένων των ασθενειών. Σύμφωνα με ορισμένους θρησκευτικούς ηγέτες, η ασθένεια είναι μια μέθοδος σύνδεσης με τον Θεό και δεν πρέπει να θεωρείται εξωγήινη, αλλά «μάλλον ένα γεγονός, ένας μηχανισμός του

σώματος, που χρησιμεύει για να μας καθαρίσει, να μας εξαγνίσει και να μας εξισορροπήσει στο φυσικό, συναισθηματικό, νοητικό και πνευματικό επίπεδο» (σύμφωνα με Rasool, 2000: 1479, όπως αναφέρουν οι Ciftci et al., 2013). Αυτή η βασική πεποίθηση αντανakλάται σε πολλές μελέτες σχετικά με τις απόψεις των μελών μουσουλμανικών κοινοτήτων και σχετίζεται τόσο με σωματικές όσο και με ψυχικές ασθένειες (Ciftci et al., 2013. Padela et al., 2012. Ypinazar & Margolis, 2006).

Στη μουσουλμανική κουλτούρα, η πίστη στη μοίρα (kader) είναι ισχυρή, και ενώ μπορεί να οδηγήσει σε μοιρολατρία σε ορισμένες περιπτώσεις (σύμφωνα με Shah et al., 2008, όπως αναφέρουν οι Ciftci et al., 2013), υποδηλώνει επίσης θετική αποδοχή της θέλησης του Αλλάχ και υψηλά επίπεδα αισιοδοξίας σε σχέση με τη θεραπεία (Ciftci et al., 2013. Nabolsi & Carson, 2011). Για παράδειγμα, η ασθένεια μπορεί να θεωρηθεί ως μια ευκαιρία για να θεραπεύσει την αποσύνδεση από τον Αλλάχ ή την έλλειψη πίστης μέσω της τακτικής προσευχής και μιας αίσθησης αυτο-ευθύνης (Ciftci et al., 2013. Padela et al., 2012. Youssef & Deane, 2006).

2.4 Ισλαμικές αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια

Οι ιστορικές ισλαμικές αντιλήψεις που συχνά επηρεάζουν τις εννοιολογήσεις για την ψυχική ασθένεια μπορούν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες: (α) θεωρητικές έννοιες που αναπτύχθηκαν από Ισλαμικούς φιλοσόφους, θρησκευτικούς ηγέτες και μελετητές, (β) θεολογικά προερχόμενες θέσεις που βασίζονται στο Κοράνι και τις προφητικές παραδόσεις και (γ) τις λαϊκές πεποιθήσεις ατόμων και ομάδων στις παραδοσιακές μουσουλμανικές κοινωνίες (π.χ η «τρέλα» ως αποτέλεσμα της πολύ μελέτης, έλλειψης γάμου, επιρροής των αποθανόντων). Αυτές οι πεποιθήσεις περιλαμβάνουν τους ορισμούς, τις αιτίες και τους προγνωστικούς παράγοντες της ψυχικής ασθένειας, την ταξινόμηση των συμπτωμάτων και τις απαγορευμένες μεθόδους θεραπείας που συναντώνται ευρέως στις παραδοσιακές μουσουλμανικές κοινωνίες. Η παραδοσιακή ισλαμική αντίληψη της ψυχικής ασθένειας υποστηρίζει ότι όλες οι ψυχικές και συμπεριφορικές δυσλειτουργίες έχουν μια ψυχο-πνευματική ρίζα και μπορούν να συνδεθούν άμεσα με την υψηλότερη πνευματική επίγνωση ενός ατόμου για τον Δημιουργό του (Bagasra, 2019. Bagasra & Mackinem, 2014. Haque, 2004. Tanhan, 2019. Tanhan & Young, 2022).

Η πρώτη κατηγορία σύμφωνα με Tanhan (2017) περιλαμβάνει τρεις υποκατηγορίες. Πρώτη (i) υποκατηγορία είναι η αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας ως μια δοκιμασία.

Η δεύτερη (ii) υποκατηγορία είναι η επιρροή υπερφυσικών οντοτήτων (τζιν, σαϊτάν που σημαίνει κακό, nazar ή al-ayn που σημαίνει κακό μάτι και μαύρη μαγεία). Η Τρίτη υποκατηγορία (iii) είναι η έλλειψη ή η αδύναμη πίστη ή η έλλειψη προσευχής που μπορούν να οδηγήσουν σε προβλήματα ψυχικής υγείας. Η τελευταία υποκατηγορία τονίζει μια ισορροπημένη ζωή που φέρνει μια βιοψυχοκοινωνική πνευματική προοπτική.

Το Ισλάμ, πρώτα και κύρια, τονίζει την ψυχική σταθερότητα (την υγεία) ως προϋπόθεση για όλες τις άλλες απαιτήσεις (π.χ. ακόμη και για να γίνει κανείς μουσουλμάνος, την προσευχή, τον γάμο), τόση έμφαση δεν δίνεται σε άλλες πτυχές όπως η σωματική υγεία. Αυτό δείχνει ότι η ψυχική υγεία έχει κεντρικό ρόλο στο Ισλάμ (Tanhan, 2019. Tanhan& Young, 2022).

Πολλοί μουσουλμάνοι αντιλαμβάνονταν τα προβλήματα ψυχικής υγείας ως μέρος του ανθρώπινου πόνου ή ως δοκιμασίες και τεστ από τον Αλλάχ ή ως ένα θετικό γεγονός που καθαρίζει το σώμα (Rassool, 2000, 2015). Πιο συγκεκριμένα, τα ευρήματα μιας έρευνας (Abu-Ras& Abu-Bader, 2009) έδειξαν ότι το 98% των ερωτηθέντων αντιλαμβάνονταν τους στρεσογόνους παράγοντες της ζωής ως δοκιμασία της πίστης κάποιου και το 84% πίστευε στην κατοχή πνεύματος (τζιν). Επίσης, όταν τα τζιν, τα οποία αναφέρονται στο Κοράνι και την ισλαμική θεολογία ως πνεύματα που κατοικούν σε έναν αόρατο κόσμο, κατέχουν τα άτομα, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε παραισθήσεις, παραληρηματικές πεποιθήσεις και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (Abu-Ras & Abu-Bader, 2009. Rassool, 2015).

Αναφέρεται, επίσης, ότι τα πιο κοινά ψυχολογικά συμπτώματα που προκαλούνται από το κακό μάτι, τη μαγεία ή την κατοχή τζιν περιλαμβάνουν άγχος, αϋπνία, αποξένωση, υπερκινητικότητα, ψυχωτικές διαταραχές, αλλοιωμένη συνείδηση, μη φυσιολογικές κινήσεις, σωματικές ενοχλήσεις, εμμονές και επιληπτικές κρίσεις (Al-Habeeb, 2003. Speziale, 2003. Rassool, 2015). Η κατοχή πνεύματος δεν αναγνωρίζεται ως ψυχιατρική ή ιατρική διάγνωση από το DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) ή το ICD-10 (World Health Organization, 2001) αλλά η κατάσταση κατοχής ως διαγνωστική οντότητα διαταραχών και σύνδρομα προερχόμενα από την κουλτούρα περιλαμβάνονται στο DSM-V. Είναι καθολικά αποδεκτό ότι η πλειοψηφία των μουσουλμάνων αποδίδει προβλήματα ψυχικής υγείας στην κατοχή τζιν ή στο κακό μάτι (Rassool, 2015).

Εν ολίγοις, οι πεποιθήσεις σχετικά με τα αίτια των προβλημάτων ψυχικής υγείας μπορεί να επηρεάσουν τα πρότυπα αναζήτησης βοήθειας και ανταπόκρισης στη θεραπεία μεταξύ των μουσουλμάνων. Δηλαδή, οι παραδοσιακές πεποιθήσεις αυτών των ατόμων μπορεί να οδηγήσουν στην υποχρησιμοποίηση των επίσημων υπηρεσιών ψυχικής υγείας παράλληλα με

την υπερβολική χρήση άτυπων, πολιτισμικών και παραδοσιακών μεθόδων θεραπείας (Aloud 2004. Aloud & Rathur, 2009).

Η βιβλιογραφία για το Ισλάμ και τη μουσουλμανική ψυχική υγεία συνολικά τονίζει άμεσα την επίδραση του Ισλάμ στον πολιτισμό των μουσουλμάνων και συνεπώς στην ψυχική τους υγεία. Επομένως, χρειάζεται προσοχή στις πρωτογενείς και δευτερογενείς πηγές του Ισλάμ συγκεκριμένα και όχι στις επιμέρους πολιτισμικές ή στις μικρές διαφορές μεταξύ των μουσουλμάνων. Επομένως, είναι σημαντικό οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας να δίνουν μεγαλύτερη προσοχή στο Ισλάμ ως ένα γενικό παράγοντα παρά σε άλλους παράγοντες (π.χ. χώρα, εκπαίδευση, φύλο) κατά την παροχή υπηρεσίας ή διεξαγωγή έρευνας με μουσουλμάνους που υποδεικνύουν ή δηλώνουν ανοιχτά την θρησκεία ή πνευματικότητα τους (Tanhan & Francisco, 2019. Tanhan & Young, 2022).

2.5 Το θεωρητικό πλαίσιο

Το θεωρητικό πλαίσιο της παρούσας έρευνας αποτελεί η προσέγγιση των μουσουλμάνων στη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με βάση τη Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και τη Θεωρία της αιτιολογημένης δράσης (Theory of Planned Behaviour-TPB/Theory of Reasoned Action-TRA) στο πλαίσιο ενός Κοινωνικού Οικολογικού Μοντέλου (Social Ecological Model-SEM), το οποίο σχεδιάστηκε με βάση τα TPB/TRA, SEM και την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων ως εννοιολογικού χάρτη, σύμφωνα με τους Tanhan και Young (2022). Το πλαίσιο αυτό προτάθηκε, πρώτον, έπειτα από την εξέταση 300 χειρόγραφων με κριτές σχετικά με την ψυχική υγεία των Μουσουλμάνων για την κατανόηση του πώς οι ερευνητές χρησιμοποίησαν εννοιολογικούς χάρτες ή θεωρητικά πλαίσια για να σχεδιάσουν την εμπειρική τους έρευνα και δεύτερον, έπειτα από τον σχεδιασμό ενός ολοκληρωμένου εννοιολογικού χάρτη που βασίστηκε στην βιβλιογραφική ανασκόπηση που έγινε για τον προσδιορισμό των κεντρικών εννοιών που επηρεάζουν την προσέγγιση των μουσουλμάνων στη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Tanhan & Young, 2022).

Στις έρευνες που ανασκοπήθηκαν, το μοντέλο που περιλαμβάνεται συχνά για την εξήγηση των συμπεριφορών αναζήτησης βοήθειας των μουσουλμάνων σημειώθηκε να είναι το Κοινωνικό Οικολογικό Μοντέλο-SEM του Bronfenbrenner (Tanhan & Francisco, 2019) γνωστό και ως Ecological Systems Theory (EST, Tanhan, 2019) και λιγότερο συχνά, η Θεωρία

της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (TPB) ή/και η Θεωρία της αιτιολογημένης δράσης (TRA). Το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας που ανασκοπήθηκε τόνισε την ανάγκη για μια προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη τόσο ατομικούς όσο και συγκείμενους παράγοντες που σχετίζονται με την χρήση υπηρεσιών.

Επιπλέον, η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που διεξήχθη οδήγησε στο συμπέρασμα ότι οι μουσουλμάνοι αντιμετωπίζουν μερικά πολύ σοβαρά εμπόδια όταν επιδιώκουν τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ορισμένες είναι εσωτερικευμένες αντιλήψεις που βασίζονται στη μουσουλμανική κουλτούρα, ενώ άλλες είναι αποτέλεσμα περιβαλλοντικών παραγόντων που καθιστούν δύσκολη την επιδίωξη ψυχικής φροντίδας για ορισμένα άτομα. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση 300 άρθρων παρείχε μια επισκόπηση 11 αλληλοεπιδρώντων παραγόντων που συμβάλλουν στις μοναδικές προκλήσεις που αντιμετωπίζει αυτός ο πληθυσμός. Αυτοί ήταν (α) πολιτισμικές πεποιθήσεις για θέματα ψυχικής υγείας, (β) πολιτισμικές πεποιθήσεις για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, (γ) μεταβλητές ελέγχου (εκπαίδευση, φύλο, προηγούμενη συμπεριφορά, φυλή/εθνικότητα, οικονομικοί παράγοντες), (δ) αντιλαμβανόμενο κοινωνικό στίγμα, (ε) στάσεις απέναντι στην αναζήτηση υπηρεσιών, (στ) πρόθεση, (ζ) αντιλαμβανόμενη αυτοαποτελεσματικότητα, (η) θεσμικοί επαγγελματικοί παράγοντες, (θ) πολιτισμός, (ι) χρήση άτυπων πόρων και (ια) συμπεριφορά- χρήση υπηρεσιών.

Η πλειοψηφία των ερευνών που εξετάστηκαν απέτυχαν στη χρήση ενός σαφούς θεωρητικού πλαισίου στην εξήγηση της υποχρησιμοποίησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Tanhan & Young, 2022). Ωστόσο, ορισμένοι ερευνητές έχουν υπογραμμίσει τη σημασία της ύπαρξης τέτοιων εργαλείων για την οργάνωση, την ανάπτυξη και την προώθηση τόσο της έρευνας όσο και της κλινικής πρακτικής με πολιτισμική ευαισθησία (Al-Shannaq & Aldalaykeh, 2023. Ali & Milstein, 2012. Haque, 2004. Tanhan, 2019. Tanhan & Francisco, 2019. Tanhan & Young, 2022). Χωρίς ένα καλά εδραιωμένο πλαίσιο, μπορεί να είναι δύσκολο για τους ερευνητές να βελτιώσουν την έρευνα και την πρακτική με βάση τα προηγούμενα ερευνητικά αποτελέσματα (Tanhan, 2020. Tanhan, 2019. Tanhan et al., 2020. Tanhan & Strack, 2020. Tanhan & Young, 2022).

Κατά τη μελέτη της ανθρώπινης ψυχολογίας πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τόσο ατομικοί όσο και συγκείμενοι παράγοντες, ώστε να ακολουθείται μια ολοκληρωμένη προσέγγιση (Bronfenbrenner, 1977, Tanhan & Francisco, 2019). Τα ανθρώπινα όντα έχουν βιοψυχοκοινωνικές, πνευματικές και οικονομικές πτυχές και ζουν σε ένα πλαίσιο που έχει υποσυσχετιζόμενα-δυναμικά συστήματα (π.χ. μικρό, μέσο, εξωσύστημα, Bronfenbrenner, 1977. Tanhan, 2019, 2020). Χρησιμοποιήθηκαν από Tanhan και Young (2022) το μοντέλο

TPB/TRA και το SEM για την επιλογή των πιο σημαντικών παραγόντων από τον εννοιολογικό χάρτη που προτείνουν και τη διαμόρφωση του προτεινόμενου θεωρητικού πλαισίου.

Τα δυο μοντέλα επιλέχθηκαν ως θεωρητική βάση επειδή προηγούμενοι ερευνητές από τη συμβουλευτική (Mackenzie et al., 2004. Tanhan & Young, 2022), τη δημόσια υγεία και τη μουσουλμανική ψυχική υγεία (Aloud & Rathur, 2009. Amri & Bemak, 2012. Tanhan, 2017. Tanhan & Young, 2022) ζήτησαν τη χρήση του TPB/ TRA για την εξέταση της προσέγγισης των ατόμων στη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι κύριες δομές του TPB/TRA είναι παρόμοιες με τις πιο συχνά εξεταζόμενες έννοιες στη μουσουλμανική ψυχική υγεία (π.χ. στίγμα, στάσεις). Επιπρόσθετα, η έννοια της πρόθεσης, η οποία είναι ένα βασικό κατασκεύασμα στο TPB/TRA, είναι κεντρική στο Ισλάμ, ωστόσο δεν έχει μελετηθεί σε μεγάλο βαθμό στη μουσουλμανική βιβλιογραφία ψυχικής υγείας. Η χρήση μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης για την κατανόηση της ψυχικής υγείας των μουσουλμάνων συνταιριάζει καλά με την επιλογή του SEM ως ενός βασικού μοντέλου στον οποίο θα τοποθετηθεί το TPB/TRA (Tanhan & Young, 2022).

Με βάση τη μουσουλμανική βιβλιογραφία ψυχικής υγείας (ο εννοιολογικός χάρτης), το TPB/TRA και το SEM, το προτεινόμενο θεωρητικό πλαίσιο περιλαμβάνει επτά δομές που περιλαμβάνουν τις πολιτισμικές πεποιθήσεις (1η), γνώση (2η), στάσεις (3η), στίγμα (4η), αντιλαμβανόμενο έλεγχος συμπεριφοράς (5η), πρόθεση (6η), συμπεριφορά (7η) και τέσσερις μεταβλητές ελέγχου ως φόντο. Με βάση το πλαίσιο, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ως ερευνητές μπορούν να επικεντρωθούν στην κατανόηση αυτών των κύριων δομών και τη μεταξύ τους σχέση. Οι επαγγελματίες ως πάροχοι ψυχικής υγείας μπορούν να εξετάσουν τις κατασκευές στη διαδικασία παροχής υπηρεσιών.

Με βάση όλες αυτές τις συζητήσεις και το γεγονός ότι υπάρχει έλλειψη έρευνας όσον αφορά τη χρήση του TPB/TRA στην ψυχική υγεία, το προτεινόμενο θεωρητικό πλαίσιο από τον Tanhan και Young (2022) επιχειρεί να κλείσει ένα σημαντικό κενό στη βιβλιογραφία που φέρνει την έρευνα και την πρακτική για την ψυχική υγεία προς τα εμπρός.

Ο εννοιολογικός χάρτης μαζί με το θεωρητικό πλαίσιο παρέχουν τις πιο σημαντικές κατασκευές σχετικά με τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι μουσουλμάνοι όταν επιχειρούν να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Οι μελλοντικοί ερευνητές που επιθυμούν να συνεισφέρουν στην παροχή υπηρεσιών σε αυτόν τον πληθυσμό ενθαρρύνονται στη χρήση του εννοιολογικού χάρτη ή κάποιο μέρος του και του θεωρητικού πλαισίου για τη διεξαγωγή θεωρητικής και βασισμένης σε στοιχεία εμπειρικής έρευνας (Tanhan & Young, 2022). Στην παρούσα εργασία θα χρησιμοποιηθεί ένα μέρος των παραγόντων που αναφέρονται στον

παραπάνω εννοιολογικό χάρτη, οι οποίοι θα περιγραφούν αναλυτικότερα παρακάτω. Επιπλέον, θα χρησιμοποιηθεί και ο παράγοντας του αυτοστιγματισμού, ως μια διάσταση του στίγματος, ο οποίος δεν περιλαμβάνεται στον εν λόγω εννοιολογικό χάρτη.

2.6 Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και Θεωρία της Αιτιολογημένης Δράσης και ρόλος τους στην Ψυχική υγεία και τη Μουσουλμανική Βιβλιογραφία Ψυχικής Υγείας

Προερχόμενη από την πρώτη εκδοχή της Θεωρίας Αιτιολογημένης Δράσης-Theory of Reasoned Action-TRA, η Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς- Theory of Planned Behaviour- TPB είναι μια θεωρία που εστιάζει στην πρόβλεψη της εθελοντικής (βουλητικής) δράσης (συμπεριφοράς) ενός ατόμου σχετικά με πιθανές επιλογές εστιάζοντας σε τέσσερις κύριες δομές, πιο συγκεκριμένα στην στάση, στην κοινωνική νόρμα, στην αντιλαμβανόμενη αυτό-αποτελεσματικότητα και στην πρόθεση. Το TPB αναδείχθηκε από την πρώιμη εκδοχή του TRA (Fishbein & Ajzen, 1975) αφού ο Ajzen (2006), όπως αναφέρουν οι Tanhan & Young, (2022), επέκτεινε το TRA προσθέτοντας την αντιλαμβανόμενη αυτό-αποτελεσματικότητα ως πρόσθετο κατασκευάσμα. Οι Fishbein και Ajzen (2010) αργότερα, σύμφωνα με Tanhan & Young (2022), επέκτειναν την πρώτη εκδοχή του TRA, έτσι ώστε το μοντέλο να περιλαμβάνει εννοιολογικά και οπτικά τη δομή της αντιλαμβανόμενης αυτό-αποτελεσματικότητας, τους παράγοντες υποβάθρου (π.χ. εκπαίδευση, πολιτισμός, γνώση, οικογένεια, οικονομική κατάσταση) και το πώς αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν τις κύριες δομές (στάσεις, κοινωνικό στίγμα, αντιλαμβανόμενη αυτό-αποτελεσματικότητα και πρόθεση) για την πρόβλεψη ή την εξήγηση της συμπεριφοράς.

Αν και οι ερευνητές χρησιμοποιούν διαφορετικά ονόματα (TPB, TRA ή TPB/TRA), τα μοντέλα είναι σχεδόν πανομοιότυπα με μικρές μόνο διαφορές. Ως εκ τούτου, ο Tanhan (2017) χρησιμοποίησε τις θεωρίες μαζί ως μια ενιαία θεωρία, TPB/TRA για την κατανόηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας των μουσουλμάνων (Tanhan, 2017. Tanhan & Young, 2022). Η χρήση του TPB/TRA έχει προταθεί από ερευνητές (π.χ. Romano & Netland, 2008. Tanhan, 2017. Tanhan & Young, 2022) στη συμβουλευτική για έρευνα, πρακτική και διδασκαλία. Επίσης, το μοντέλο έχει χρησιμοποιηθεί στην ψυχολογία και στους κλάδους της υγείας για τη μελέτη ποικίλων θεμάτων από ερευνητές όπως (π.χ., Ajzen, 2006. Ajzen et al., 2011. Fishbein & Ajzen, 2010. Morrison et al., 2002), σύμφωνα με Tanhan (2017) και Tanhan & Young

(2022). Τέλος, επιπλέον, οι ερευνητές έχουν συστήσει την εφαρμογή του TPB/TRA στα επαγγέλματα ψυχικής υγείας (Mackenzie et al., 2004. Tanhan & Young, 2022).

Υπάρχουν διάφοροι λόγοι για τους οποίους το TPB/TRA θεωρείται σημαντικό. Πρώτα και κύρια, έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλούς διαφορετικούς κλάδους με μια σειρά θεμάτων και έχει δώσει σημαντικά αποτελέσματα. Κατά δεύτερον, περιλαμβάνει κρίσιμες κατασκευές και ένα σαφές μοντέλο, αντί για πολλές κατασκευές που είναι εμπειρικά δύσκολο να δοκιμαστούν. Τρίτον, η θεωρία παρέχει λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο βελτίωσης των οργάνων για τη μέτρηση κάθε κατασκευής που σχετίζεται με διαφορετικά θέματα. Τέταρτον, γενικά η θεωρία δεν θεωρεί τους παράγοντες υποβάθρου (π.χ. φυλή και πολιτισμικές πεποιθήσεις) τόσο σημαντικούς όσο οι πρωταρχικές κατασκευές (π.χ. στάσεις). Ωστόσο, η θεωρία τους τοποθετεί στο μοντέλο και απαιτεί εμπειρικές δοκιμές, ειδικά όταν το πλαίσιο είναι νέο για τους συμμετέχοντες, κάτι που ισχύει για τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τους Μουσουλμάνους. Πέμπτον, η έλλειψη θεωριών που να εξηγούν τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (π.χ. συμβουλευτική) τόσο για μουσουλμάνους όσο και για μη μουσουλμάνους. Έκτον, η θεωρία είναι μοναδική στο ότι περιλαμβάνει την πρόθεση και την αντιλαμβανόμενη αυτό-αποτελεσματικότητα ως δύο πιο σημαντικές κατασκευές για να εξηγήσουν ή να προβλέψουν τη συμπεριφορά. Τέλος, στο Ισλάμ, ο ρόλος της πρόθεσης είναι τόσο κρίσιμος που προηγείται της συμπεριφοράς κάποιου. Ως εκ τούτου, το TPB/TRA είναι ένας χρήσιμος θεωρητικός φακός για τη δημιουργία ενός πλαισίου για την κατανόηση της προσέγγισης των μουσουλμάνων στη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σχετικά, το μοντέλο παρέχει συγκεκριμένες κατασκευές και πιθανές σχέσεις που μπορούν να ελεγχθούν εμπειρικά, ενώ το SEM παρέχει μια συγκεκριμένη προσέγγιση εντός της οποίας μπορεί να γίνει κατανοητό το TPB/TRA (Tanhan & Young, 2022).

2.7 Κοινωνικό Οικολογικό Μοντέλο στη Συμβουλευτική και τη Μουσουλμανική Βιβλιογραφία Ψυχικής Υγείας

Το Κοινωνικό Οικολογικό Μοντέλο (Social Ecological Model-SEM), γνωστό και ως ανθρώπινη οικολογική θεωρία ή απλώς Θεωρία Οικολογικών Συστημάτων (Ecological Systems Theory-EST), προτάθηκε από τον Urie Bronfenbrenner το 1970 ως εννοιολογικό μοντέλο για να λάβει υπόψη τις περιβαλλοντικές συνθήκες και όχι μόνο τους ενδοπροσωπικούς/ατομικούς και γενετικούς παράγοντες (Bronfenbrenner, 1977. Tanhan &

Young, 2022). Βελτίωσε το μοντέλο από το 1970 έως το 2005 (Tanhan, 2019, 2020. Tanhan & Young, 2022). Το μοντέλο ήταν ένα είδος αντίδρασης σε ατομικές προσεγγίσεις στην ψυχολογία ή σε άλλους τομείς (π.χ. ιατρική, δημόσια υγεία, εκπαίδευση) που επικεντρωνόταν αποκλειστικά σε άτομα απομονωμένα από το περιβάλλον τους (Tanhan, 2019. Tanhan & Francisco, 2019. Tanhan & Young, 2022).

Ο Bronfenbrenner (1977) τόνισε τη σημασία του να βλέπουμε το άτομο μέσα στα πλαίσια του και όλες τις συνεχείς δυναμικές σχέσεις σε αυτά τα πλαίσια. Το SEM αποτελείται από πέντε επίπεδα. Εξήγησε καθένα από τα επίπεδα (π.χ. μικροσύστημα, μεσοσύστημα) και τον τρόπο χρήσης του μοντέλου για τις πειραματικές μελέτες. Τα πρώτα τέσσερα επίπεδα είναι το μικροσύστημα (συμπεριλαμβανομένου του ίδιου του ατόμου), το μεσοσύστημα, το εξωσύστημα και το μακροσύστημα (Bronfenbrenner, 1977. Tanhan & Young, 2022). Στη συνέχεια, προστέθηκε από Bronfenbrenner και Evans (2000) ένα πέμπτο επίπεδο, το χρονοσύστημα για να υποδειχθεί πώς τα χρονολογικά γεγονότα (π.χ. πόλεμοι, οικονομική κρίση, ενδημικά, πανδημία) επηρεάζουν τα άτομα και τις κοινότητες σε όλα τα επίπεδα. Σύμφωνα με το μοντέλο, όλα αυτά τα επίπεδα είναι αλληλένδετα και έχουν δυναμικές σχέσεις μεταξύ τους, πράγμα που σημαίνει ότι μια αλλαγή στο ένα επηρεάζει και τα άλλα. Η πλήρης κατανόηση ενός ατόμου είναι δυνατή εάν κατανοήσει κανείς το άτομο μέσα σε αυτά τα συγκείμενα παρά απομονωμένο από τις περιστάσεις του (Bronfenbrenner & Evans, 2000. Tanhan, 2019. Tanhan & Young, 2022).

Το μοντέλο έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες, συμπεριλαμβανομένης της ψυχολογίας, της δημόσιας υγείας, της ψυχικής υγείας, της ιατρικής, της εκπαίδευσης και της κοινωνικής εργασίας (π.χ. Orsini et al., 2019). Οι McLeroy et al. (1988) εξήγησαν πώς ορισμένοι ερευνητές επικρίνουν τις ατομικές προσεγγίσεις από την οπτική γωνία του SEM, επειδή οι ατομικές προσεγγίσεις παραμελούν τον ρόλο άλλων συναφών πτυχών (π.χ. κοινωνικών, παγκόσμιων) και απλώς επικεντρώνονται στον προσωπικό τρόπο ζωής. Τέτοιες μεμονωμένες προσεγγίσεις μπορούν να δημιουργήσουν καταστάσεις ενοχοποίησης θυμάτων (σύμφωνα με Freire, 1972, όπως αναφέρουν οι Tanhan & Francisco, 2019. Tanhan & Strack, 2020) όπου τα θύματα αποδοκιμάζονται και κατηγορούνται για τα ζητήματα που αντιμετωπίζουν, δημιουργώντας σημαντικά ηθικά διλήμματα.

Με λίγα λόγια, πολλοί ερευνητές έχουν χρησιμοποιήσει το SEM για να εξηγήσουν πώς λειτουργούν τα άτομα, οι ομάδες και οι κοινότητες εντός των πλαισίων τους σε επίπεδο ατομικό, μικροσυστήματος, μεσοσυστήματος, εξωσυστήματος και μακροσυστήματος και τις συνεχείς αλληλεπιδράσεις μεταξύ αυτών των επιπέδων για ακριβή και αποτελεσματική

αξιολόγηση και παρέμβαση. Με αυτόν τον τρόπο, οι ερευνητές και οι επαγγελματίες μπορούν να αυξήσουν την ποιότητα της υγείας για όλους βελτιώνοντας τις συνθήκες σε όλα τα επίπεδα ταυτόχρονα. Επιπλέον, εξετάστηκε ο τρόπος με τον οποίο το SEM χρησιμοποιείται σε διαφορετικά επαγγέλματα όπως η ψυχολογία, η δημόσια υγεία, η ιατρική και η εκπαίδευση. Ωστόσο, οι άνθρωποι, συμπεριλαμβανομένων των βασικών ανθρώπων, όπως αυτοί που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, μπορούν να χειραγωγηθούν από εκμεταλλευτικά συστήματα και έτσι ξεχνούν τους συναφείς παράγοντες και μπορεί να καταλήξουν να βλάπτουν τους ανθρώπους.

Η χρήση του SEM θεωρείται σημαντική επειδή πολλοί ερευνητές στο χώρο της ψυχικής υγείας των μουσουλμάνων τόνισαν τη σημαντικότητα της εστίασης της προσοχής σε συγκεκριμένους παράγοντες (Tanhan & Francisco, 2019. Tanhan & Young, 2022) , παρότι λίγοι εξήγησαν το μοντέλο (π.χ. Alhomaizi et al., 2018. Martin, 2015. Tanhan, 2020. Tanhan, 2019. Tanhan & Francisco, 2019. Tanhan & Young, 2022).

2.8 Λαμβάνοντας υπόψη τη Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς/ Θεωρία Αιτιολογημένης Δράσης μαζί με το Κοινωνικό Οικολογικό Μοντέλο

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα αναφερόμενα, το TPB/TRA και το SEM μαζί θεωρούνται σημαντικά, καθώς από τη μια πλευρά το TPB/ TRA παρέχει μια πιο ατομική προοπτική και ένα μοντέλο που θα μπορούσε να δοκιμαστεί εμπειρικά παρέχοντας συγκεκριμένες κατασκευές, από την άλλη το SEM παρέχει μια πιο σχετική με το πλαίσιο και περιεκτική προοπτική, έτσι ώστε η έρευνα και οι πρακτικές ψυχικής υγείας να βελτιώνονται και να εφαρμόζονται καταλλήλως με πολιτισμικά, συγκεκριμένα και πνευματικά ευαίσθητους τρόπους. Με αυτόν τον τρόπο, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορούν να προσπαθήσουν περισσότερο για να μείνουν μακριά από μια πτυχή μη σχετική με το πλαίσιο που μπορεί να προκαλέσει την ενοχοποίηση των μουσουλμάνων για βιοψυχοκοινωνικά, πνευματικά και οικονομικά ζητήματα που αντιμετωπίζουν.

Επιπλέον, είναι επίσης σημαντικό να ανταποκριθούμε σε προηγούμενες εκκλήσεις ότι ορισμένοι προηγούμενοι ερευνητές (π.χ. Tanhan, 2017) τόσο από τη μουσουλμανική ψυχική υγεία, τη συμβουλευτική όσο και τη δημόσια υγεία ζήτησαν τη χρήση TPB/ TRA και SEM (ξεχωριστά ή μαζί) για τη μελέτη των μουσουλμάνων που αναζητούν υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Tanhan & Young, 2022).

2.9 Πολιτισμικές πεποιθήσεις για θέματα ψυχικής υγείας

Οι πολιτισμικές πεποιθήσεις που σχετίζονται με την ψυχική υγεία αποτελούνται από πεποιθήσεις που προκύπτουν από θρησκευτικές πεποιθήσεις ή/και κουλτούρα σχετικά με την αιτία και τη θεραπεία ψυχικών προβλημάτων (Tanhan, 2017. Tanhan & Young, 2022). Πολλοί ερευνητές στη μουσουλμανική βιβλιογραφία ψυχικής υγείας υποστήριξαν ότι ο πολιτισμός και η πίστη των μουσουλμάνων επηρεάζουν άμεσα σχεδόν όλες τις πτυχές της ζωής, συμπεριλαμβανομένου του τρόπου με τον οποίο οι μουσουλμάνοι προσεγγίζουν τα θέματα ψυχικής υγείας και τις υπηρεσίες (π.χ., Abu-Raiya & Ayten, 2019. Altalib et al., 2019. Sultan et al., 2019. Tanhan, 2019. Tanhan & Francisco, 2019).

Παραδοσιακές ισλαμικές πεποιθήσεις σχετικά με τις αιτίες των ψυχικών ασθενειών είναι υπερφυσικές και μπορεί να προέρχονται από θεολογικές βάσεις και να έχουν την ικανότητα να προκαλέσουν συμπτώματα ψυχικής ασθένειας όταν ερμηνεύονται με λάθος τρόπο. Ένας μουσουλμάνος πελάτης μπορεί να πιστεύει ότι αυτές οι οντότητες του προκαλούν ή του επιδεινώνουν θέματα ψυχικής υγείας. Παρόλο που τέτοιες πεποιθήσεις δεν ταιριάζουν στο πλαίσιο του επιστημονικού βιοϊατρικού μοντέλου των ψυχικών θεμάτων και των θεραπειών τους, μπορεί να είναι ισχυροί οδηγοί για ορισμένους μουσουλμάνους πελάτες.

Κάποιοι ερευνητές υποστήριξαν ότι οι πολιτισμικές πεποιθήσεις οδηγούν πολλούς μουσουλμάνους να έχουν αρνητικές απόψεις προς επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι οποίες οδηγούν στην υπερβολική χρήση άτυπων πολιτισμικών πόρων για την αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων (Amri & Bemak, 2012. Ciftci et al., 2013. Tanhan & Young, 2022). Ενώ αντιθέτως, άλλοι ερευνητές ανέφεραν ότι οι μουσουλμάνοι μπορεί να έχουν τόσο πολιτισμικές πεποιθήσεις όσο και σύγχρονη βιοϊατρική άποψη για τα αίτια και τις θεραπείες των ψυχικών προβλημάτων (Bagasra & Mackinem, 2014. Tanhan, 2017. Tanhan & Young, 2022).

Οι Thomas et al. (2015) ανέφεραν ότι θρησκευτικοί ηγέτες σε μουσουλμανικές κοινότητες συνεργάζονταν μερικές φορές με επαγγελματίες ψυχικής υγείας προκειμένου να βοηθήσουν στην ενσωμάτωση των βιοϊατρικών παρεμβάσεων στις παραδοσιακές πολιτισμικές πεποιθήσεις. Άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι τέτοιες συνεργασίες είναι απαραίτητες αλλά σπάνια λαμβάνουν χώρα (Tanhan & Strack, 2020. Tanhan, 2019. Tanhan & Francisco, 2019. Youssef & Deane, 2006).

Οι περισσότεροι από αυτούς τους ερευνητές για την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων βρήκαν ότι οι πολιτισμικές πεποιθήσεις επηρεάζουν τους μουσουλμάνους να έχουν αρνητική προσέγγιση απέναντι σε ζητήματα ψυχικής υγείας και στις επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Πολλοί μουσουλμάνοι πιστεύουν ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας προκαλούνται από υπερφυσικές οντότητες (π.χ. Τζιν, πνεύματα, κακό μάτι) και ως εκ τούτου αναζητούν βοήθεια από πόρους που τονίζουν αυτές τις πτυχές παρά από μια ολιστική βιοψυχοκοινωνική πνευματική προσέγγιση βασισμένη σε στοιχεία. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να εξετάσουν αυτές τις πολιτισμικές οπτικές και να είναι πρόθυμοι να προσεγγίσουν τους πελάτες τους με εμφατικό τρόπο δημιουργώντας χώρο για μια πιο ολιστική προσέγγιση παρά απλώς για μια βιοϊατρική οπτική (Tanhan, 2019. Tanhan & Francisco, 2019. Tanhan & Young, 2022).

Οι μουσουλμάνοι μπορεί να είναι πιο πιθανό να συνεργαστούν με επαγγελματίες που αντιλαμβάνονται τις πολιτισμικές και θρησκευτικές τους οπτικές ως σεβαστές και τις λαμβάνουν υπόψη για τα ζητήματά τους. Επιπλέον, είναι πιο πιθανό οι μουσουλμάνοι να θεωρούν τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ανίκανους εάν αυτοί οι επαγγελματίες δεν παρέχουν χώρο για το ρόλο των πολιτισμικών πεποιθήσεων σε θέματα ψυχικής υγείας, κάτι που γενικά οδηγεί τους Μουσουλμάνους στην κατάχρηση των παραδοσιακών υπηρεσιών (Tanhan & Young, 2022).

2.10 Γνώση και εξοικείωση με υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Η γνώση και η εξοικείωση σχετικά με τις επαγγελματικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας ορίζεται ως η ικανότητα ενός ατόμου να αναγνωρίζει το σκοπό των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, να γνωρίζει τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητά του και να αναγνωρίζει τις ψυχικές διαταραχές μαζί με τις μεθόδους θεραπείας (Aloud, 2004. Aloud & Rathur, 2009. Tanhan & Young, 2022). Σε αντίθεση με τους δυτικούς πολιτισμούς, πολλοί ανατολικοί πολιτισμοί δεν ενθαρρύνουν την έννοια της ψυχικής υγείας και, αντ' αυτού, εστιάζουν στη σωματική υγεία (σύμφωνα με El-Islam, 1994, όπως αναφέρει Aloud, 2004). Ως αποτέλεσμα, πολλοί μουσουλμάνοι δεν διαφοροποιούν την ψυχολογική ή συναισθηματική δυσφορία από τις σωματικές παθήσεις και τείνουν να περιγράφουν την ψυχική τους ασθένεια μέσω σωματικών συμπτωμάτων (Al-Krenawi et al., 2000. Al-krenawi & Graham, 2000. Aloud, 2004. Aloud & Rathur, 2009. Okasha, 1999).

Οι έρευνες που έχουν γίνει στις ΗΠΑ δείχνουν ότι, οι μουσουλμάνοι συχνά κατέχουν περιορισμένη γνώση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς η πλειοψηφία των μουσουλμάνων είναι μετανάστες (Cook-Masaud & Wiggins, 2011. Tanhan, 2019. Tanhan & Francisco, 2019).

Tanhan & Young, 2022). Οι μουσουλμάνοι μετανάστες είναι λιγότερο πιθανό να έχουν διαθέσιμες επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στις χώρες καταγωγής τους και επομένως δεν έχουν πληροφορίες σχετικά με τις επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας που είναι διαθέσιμες στις ΗΠΑ (Tanhan & Francisco, 2019. Tanhan & Young, 2022).

Για παράδειγμα σε μελέτη της Abu-Ras (2003), η έλλειψη εξοικείωσης με επίσημες υπηρεσίες έχει εντοπιστεί ως ένα από τα πιο σημαντικά εμπόδια στην αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας, εξετάζοντας τους παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών σε 67 Άραβες μετανάστριες που υπέστησαν κακοποίηση από σύντροφο στο Μίσιγκαν. Περίπου το 93% των γυναικών που απάντησαν στην έρευνα ανέφεραν ότι δεν είχαν γνώση για το πώς λειτουργούν οι υπάρχουσες κοινωνικές υπηρεσίες (Abu-Ras, 2003. Aloud 2004. Aloud & Rathur, 2009). Ομοίως, έχει σημειωθεί ότι πολλοί μουσουλμάνοι Άραβες δυσκολεύονται να διακρίνουν τα διάφορα επαγγέλματα ψυχικής υγείας, δηλαδή τις διαφορές μεταξύ των ψυχοθεραπευτών, ψυχολόγων και ψυχιάτρων και τις αντίστοιχες υπηρεσίες τους, όπως δηλαδή την ψυχοθεραπεία, φαρμακευτική αγωγή κ.τ.λ. (Al-Krenawi & Graham, 1999. Aloud 2004. Aloud & Rathur, 2009).

Αναφέρεται από ερευνητές ότι οι περισσότεροι μουσουλμάνοι θα αναζητήσουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας μόνο σε ακραίες περιπτώσεις, όπως η ανεξέλεγκτη συμπεριφορά, η βία σε άλλους εκτός της οικογένειας ή η παρουσία παραληρημάτων ή παραισθήσεων (Aloud & Rathur, 2009. Tanhan & Francisco, 2019. Thomas et al., 2015). Γενικότερα, έχει σημειωθεί πως τα λιγότερο ενοχλητικά ζητήματα ψυχικής υγείας όπως για παράδειγμα η κατάθλιψη και το άγχος, δεν αναγνωρίζονται συχνά ως ασθένειες, οδηγώντας έτσι σε αρνητική στάση απέναντι στην αναζήτηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Tanhan, 2017. Tanhan & Young, 2022. Yildirim, 2021).

Η κατανόηση αποτελεσματικών στρατηγικών για να ξεπεραστεί η έλλειψη γνώσης σχετικά με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε πολλούς μουσουλμάνους φαίνεται να είναι ζωτικής σημασίας. Στην υπάρχουσα βιβλιογραφία, μόνο από έναν μικρό αριθμό ερευνών διαπιστώθηκε ότι οι μουσουλμάνοι διέθεταν γνώση σχετικά με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Bagasra & Mackinem, 2014. Tanhan, 2017. Tanhan & Francisco, 2019. Tanhan & Strack, 2020. Tanhan & Young, 2022).

Για παράδειγμα, στα πλαίσια της μελέτης του Tanhan και Francisco (2019), σε συνάντηση που πραγματοποιήθηκε για να μοιραστούν τα αποτελέσματα της έρευνας με τη μουσουλμανική κοινότητα, οι συμμετέχοντες μουσουλμάνοι ανέφεραν ότι δεν γνώριζαν για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και επομένως κατέταζαν αυτές τις υπηρεσίες ως τις λιγότερο

σημαντικές. Επιπλέον, εξέφρασαν την ικανοποίησή τους για τους ερευνητές για τη συνεργασία τους με την κοινότητά τους. Μετά τη μελέτη, οι συμμετέχοντες παρατήρησαν πόσο ωφέλιμη ήταν η συνεργασία με επαγγελματίες ψυχικής υγείας και άρχισαν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες πιο συχνά και να ζητούν περισσότερη συνεργασία με τους επαγγελματίες για την αντιμετώπιση προβλημάτων σε ατομικό, ομαδικό και κοινοτικό επίπεδο μεταξύ των μουσουλμάνων.

Σε μια άλλη μελέτη, κάποιοι μουσουλμάνοι που είχαν συνεργαστεί με επαγγελματίες ψυχικής υγείας για μια ποιοτική μελέτη στην οποία οι ερευνητές χρησιμοποίησαν τη μεθοδολογία Online Photovoice (OPV), ανέφεραν τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ως ένα από τα πιο σημαντικά δυνατά σημεία (Tanhan & Strack, 2020).

Με βάση όλα αυτά, είναι σημαντικό οι επαγγελματίες να παρέχουν εκπαίδευση σε θέματα ψυχικής υγείας και υπηρεσίες από βιοψυχοκοινωνική, πνευματική και οικονομική σκοπιά. Οι επαγγελματίες πρέπει να συνεργάζονται με τους μουσουλμάνους, για ορισμένες δραστηριότητες ψυχικής υγείας, όπως για παράδειγμα βιωματικές δραστηριότητες και έρευνα, πέρα από την απλή εκπαίδευση για τη βελτίωση της ευημερίας και την αντιμετώπιση προβλημάτων (Tanhan, 2019. Tanhan & Young, 2022).

2.11 Στάσεις απέναντι στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Οι στάσεις ενός ατόμου απέναντι στις επαγγελματικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας περιγράφονται ως οι αντιλήψεις και τα συναισθήματα του ατόμου που το οδηγούν να ανταποκρίνεται θετικά ή αρνητικά στις επαγγελματικές υπηρεσίες (Aloud, 2004). Οι στάσεις των μουσουλμάνων προς την αναζήτηση επίσημων υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι μια από τις περισσότερο μελετημένες έννοιες σε αυτό το σύνολο της βιβλιογραφίας. Αρκετοί ερευνητές ανέφεραν ότι οι μουσουλμάνοι στις ΗΠΑ και σε άλλους δυτικούς πολιτισμούς τείνουν να έχουν αρνητικές στάσεις προς την αναζήτηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας λόγω πολιτισμικών πεποιθήσεων, έλλειψης γνώσης και αντιλαμβανόμενου στίγματος (Alhomaizi et al., 2018. Ali et al., 2022. Tanhan & Francisco, 2019. Tanhan & Young, 2022. Youssef & Deane, 2006).

Η Alhomaizi και οι συνεργάτες της (2018), σε συνεντεύξεις τους με μέλη της μουσουλμανικής-αμερικανικής κοινότητας, ανέφεραν ότι οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν την ψυχολογική θεραπεία ως έγκυρη θεραπεία για προβλήματα ψυχικής υγείας. Παρόλα αυτά, προέκυψαν ανησυχίες μεταξύ των συμμετεχόντων ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν έχουν

την προοπτική να αντιμετωπίσουν τις πνευματικές ανάγκες που πλήττονται επίσης λόγω ψυχικής ασθένειας. Οι Padela και Curlin (2013) παρομοίως βρήκαν ότι ορισμένοι μουσουλμάνοι Αμερικανοί ασθενείς βρίσκουν τις επιλογές τους περιορισμένες ως προς τις θεραπείες που ικανοποιούν τις ισλαμικές αξίες (όπως αναφέρουν οι Mudryk & Johnson, 2023).

Η Mechammil και οι συνεργάτες της (2019), παρουσίασαν μια διαφορετική εξήγηση από προηγούμενα ευρήματα μέσω των συνεντεύξεων τους με μουσουλμάνους Αμερικανούς σχετικά με τις προοπτικές ψυχοθεραπείας. Ανέφεραν ότι οι μουσουλμάνοι Αμερικανοί συμμετέχοντες απορρίπτουν τους επαγγελματίες του ιατρικού κλάδου επειδή φοβούνται ότι θα συνιστούσαν θεραπείες που αγνοούσαν τις ισλαμικές αρχές ή θα άφηναν πνευματικές ασθένειες ανεπιτήρητες, επομένως ζήτησαν βοήθεια από μουσουλμάνους θεραπευτές σε περιόδους ασθένειας (Mechammil et al., 2019. Mudryk & Johnson, 2023).

Επιπλέον, σε μεγάλης κλίμακας ανάλυσή τους για τις συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας των μουσουλμάνων Αμερικανών γυναικών, ο Ali και οι συνεργάτες του (2022) διαπίστωσαν ότι η επιρροή των θρησκευτικών και πολιτισμικών πεποιθήσεων είχε τη μεγαλύτερη επίδραση στη στάση απέναντι στη φροντίδα από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών αποδεικνύουν ότι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις μπορούν να προβλέψουν στάσεις απέναντι στη θεραπεία, οι οποίες στη συνέχεια μπορούν να διερευνηθούν περαιτέρω αξιολογώντας το αναφερόμενο επίπεδο θρησκευτικότητας του συμμετέχοντος (Ali et al., 2022).

Οι μουσουλμάνοι με αρνητική στάση προς την αναζήτηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας φαίνεται πιο πιθανό να σκεφτούν ότι δεν επωφελούνται από τις υπηρεσίες επειδή δεν τα θεωρούν καν ως πόρο και στρέφονται στην αναζήτηση άλλων πόρων (Tanhan & Strack, 2020. Tanhan & Francisco, 2019. Tanhan & Young, 2022). Λίγοι είναι οι ερευνητές που διαπίστωσαν ότι οι μουσουλμάνοι είχαν θετική στάση προς τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Khan, 2006. Tanhan & Strack, 2020. Tanhan & Young, 2022. Thomas et al., 2015). Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι οι αρνητικές στάσεις για την αναζήτηση βοήθειας είναι ένας σημαντικός λόγος για την ανεπαρκή χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Bonabi et al., 2016. Tanhan & Young, 2022).

Οι ερευνητές (Agilkaya, 2012. Besiroglu et al., 2014. Tanhan & Strack, 2020. Tanhan, 2019) υπογράμμισαν την σημαντικότητα ανάπτυξης πνευματικά, πολιτισμικά και συγκεκριμένα ευαίσθητων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και συνεργασίας με μουσουλμάνους ιμάμηδες, πνευματικούς ηγέτες, κοινοτικά κέντρα ή άλλα σημαντικά πρόσωπα (όπως αναφέρουν οι Tanhan & Strack, 2020. Tanhan, 2019). Ο Tanhan και Francisco (2019) τόνισαν συγκεκριμένα

τη σημασία συνεργασίας με τις μουσουλμανικές κοινότητες σε διαφορετικές εκδηλώσεις και την αντιμετώπιση ζητημάτων ψυχικής υγείας από ευαίσθητες οπτικές γωνίες (Tanhan & Young, 2022).

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που παρέχουν ακριβείς και συγκείμενα ευαίσθητες βιοψυχοκοινωνικές πνευματικές υπηρεσίες και οικονομικές πληροφορίες, βιωματικές δραστηριότητες και συνεργασία σε θέματα ψυχικής υγείας θα μπορούσαν να συμβάλουν στη δημιουργία πιο θετικών στάσεων (Khan, 2006. Tanhan & Strack, 2020. Tanhan & Young, 2022. Thomas et al., 2015).

Οι περισσότερες από τις προηγούμενες μελέτες σχετικά με τις συσχετίσεις των στάσεων για την αναζήτηση βοήθειας έχουν διεξαχθεί σε δυτικές χώρες. Για τον προσδιορισμό ειδικών πολιτισμικών και διαπολιτισμικών συσχετισμών των στάσεων αναζήτησης βοήθειας, ο έλεγχος της εγκυρότητας και της γενίκευσης των αποτελεσμάτων της δυτικής μελέτης μεταξύ των παραδοσιακών πολιτισμών (όπως αυτή των μουσουλμάνων της Δυτικής Θράκης στην παρούσα μελέτη) φαίνεται να είναι ζωτικής σημασίας (Torkaya, 2021).

Ο βασικός κορμός της διεθνούς βιβλιογραφίας έχει εστιάσει στην αποτύπωση του επιπέδου γνώσεων και των πεποιθήσεων του πληθυσμού για την ψυχική νόσο και στη διερεύνηση των κοινωνικών στάσεων και της κοινωνικής απόστασης απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες, με τις περισσότερες μελέτες να καταδεικνύουν ότι οι αρνητικές απόψεις και κοινωνικές στάσεις είναι ευρέως διαδεδομένες, ενώ οι παράγοντες που φαίνεται να τις επηρεάζουν, είναι η βαρύτητα των συμπτωμάτων, η πτωχή θεραπευτική έκβαση, η διαταραγμένη συναισθηματική έκφραση των ασθενών στην κοινωνική αλληλεπίδραση, τα περιστατικά βίαιης και επικίνδυνης συμπεριφοράς αλλά και η ετικετοποίηση του ατόμου που φέρει μια ψυχιατρική διάγνωση. Σε σχέση με τα χαρακτηριστικά του γενικού πληθυσμού φαίνεται πως ορισμένοι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες, όπως το ανδρικό φύλο, η μεγάλη ηλικία, η χαμηλή κοινωνική τάξη, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και ο τρόπος κατοικίας σε ημιαστική ή αγροτική περιοχή, σχετίζονται με αρνητικές στάσεις, ενώ καθοριστικό ρόλο φαίνεται να παίζει και η ύπαρξη ή μη προηγούμενης εμπειρίας με την ψυχική νόσο (Οικονόμου et al., 2020).

2.12 Αντιλαμβανόμενο στίγμα ως προς την αναζήτηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Το αντιλαμβανόμενο στίγμα σχετίζεται με την αντίληψη της κοινωνικής ντροπής, όπως δηλαδή ατιμία, αποδοκιμασία, και έλλειψη σεβασμού από την οικογένεια, τους φίλους, την κοινότητα, όταν κάποιος αναζητά επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Είναι μια έννοια που έχει μελετηθεί αρκετά μεταξύ των μουσουλμανικών πληθυσμών (Tanhan & Young, 2022). Ο Ajzen (2006), σύμφωνα με Tanhan & Young (2022), όρισε το αντιλαμβανόμενο κοινωνικό στίγμα ως τον βαθμό στον οποίο αντιλαμβάνεται κανείς κοινωνική πίεση για συμμετοχή ή όχι σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά. Οι Ficher και Turner (1970) όρισαν το κοινωνικό στίγμα ως κάτι, είτε ορατό είτε αόρατο, που προκαλεί αρνητική κοινωνική επίδραση σε ένα άτομο (Mackenzie et al., 2004. Tanhan & Young, 2022).

Οι ερευνητές τόνισαν ότι όταν οι μουσουλμάνοι παρεξηγούν τις βασικές ισλαμικές πεποιθήσεις που σχετίζονται με τις αιτίες των ανθρώπινων προβλημάτων, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικό κοινωνικό στίγμα γύρω από την αναζήτηση φροντίδας ψυχικής υγείας (Abu-Ras, 2003. Herzig et al., 2012. Soheilian & Inman, 2009. Tanhan, 2019. Tanhan & Young, 2022).

Λιγότεροι ερευνητές ανέφεραν ότι το αντιλαμβανόμενο κοινωνικό στίγμα δεν αποτελούσε σημαντικό εμπόδιο για τη χρήση των ψυχολογικών υπηρεσιών ιδιαίτερα όταν πιο μορφωμένα και σημαντικά άτομα μέσα στις μουσουλμανικές κοινότητες περιλαμβάνονται στο δείγμα (Ali & Milstein, 2012. Kelly et al., 1996. Khan, 2006. Tanhan & Strack, 2020. Tanhan & Francisco, 2019. Tanhan & Young, 2022). Ακόμη και όταν οι μουσουλμάνοι έχουν θετική στάση απέναντι στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, το κοινωνικό στίγμα παραμένει ισχυρό (Ciftci et al., 2013). Παρότι το στίγμα της ψυχικής υγείας είναι κοινό, οι παράγοντες που το διατηρούν και το πώς το στίγμα επηρεάζει το κάθε άτομο διαφέρουν ανά πολιτισμό και κοινότητα (Phillips & Lauterbach, 2017).

Τα συνολικά ευρήματα υποδεικνύουν ότι όσο περισσότερο οι μουσουλμάνοι έχουν κοινωνικό στίγμα για την αναζήτηση υπηρεσιών, τόσο πιο πιθανό είναι να αυξηθούν οι αρνητικές στάσεις απέναντι στις υπηρεσίες, με αποτέλεσμα να κρύβουν τα άτομα με ψυχικά προβλήματα από τα κοινωνικά πλαίσια (π.χ., Alhomaizi et al., 2018. Amri & Bemak, 2013 Phillips & Lauterbach, 2017, Tanhan & Francisco, 2019). Όλα αυτά οδηγούν σε περισσότερη απομόνωση, λιγότερη χρήση των επίσημων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και περισσότερη χρήση άλλων παραδοσιακών υπηρεσιών που ενδέχεται να στερούνται βιοϊατρικής προοπτικής, κάτι

που μπορεί να οδηγήσει σε λιγότερα αποτελεσματικά αποτελέσματα αν δεν βλάψει σε ατομικό και κοινοτικό επίπεδο. Οι επαγγελματίες μπορούν να εξηγήσουν πώς το Ισλάμ αναγνωρίζει το κάθε άτομο και την ελευθερία τους να είναι ενωμένοι με την κοινωνία, εκτός εάν διατρέχουν έννομοι λόγοι. Στο Ισλάμ, δίνεται έμφαση στην ανάρρωση μέσω της κοινωνίας αντί να κρατούνται οι άνθρωποι σε ιδρύματα, φυλακές ή πίσω από τοίχους. Με βάση όλα αυτά, οι επαγγελματίες μπορούν να συνεργαστούν με βασικούς ανθρώπους για να εκπαιδεύσουν τους μουσουλμάνους σχετικά με θέματα ψυχικής υγείας και των υπηρεσιών από μια βιοψυχοκοινωνική, πνευματική και οικονομική ολιστική προοπτική (Tanhan & Young, 2022).

2.13 Ο αυτοστιγματισμός

Ο αυτοστιγματισμός περιγράφεται ως η εσωτερίκευση του δημόσιου στίγματος που σχετίζεται με την ψυχική ασθένεια (Corrigan, 2004) και έχει υποδειχθεί ως σημαντικός αποτρεπτικός παράγοντας για τη λήψη ποιοτικής φροντίδας ψυχικής υγείας (Vogel et al., 2006, 2013). Στη βιβλιογραφία, ο αυτοστιγματισμός ορίζεται ως η μείωση της αυτοεκτίμησης ή της αίσθησης αυτοεκτίμησης ενός ατόμου λόγω της αντίληψης του ατόμου ότι είναι μη αποδεκτός κοινωνικά (Vogel et al., 2007, 2013).

Ο αυτοστιγματισμός θεωρείται ότι συμβαίνει όταν άτομα που βιώνουν μια ψυχική ασθένεια ή σκέφτονται να αναζητήσουν ψυχολογική βοήθεια αυτοχαρακτηρίζονται ως άτομα που είναι κοινωνικά μη αποδεκτά (δηλαδή, κάποιος που χρειάζεται ψυχολογικές υπηρεσίες θεωρείται αδύναμος) και με αυτόν τον τρόπο εσωτερικεύουν στερεότυπα, εφαρμόζουν αρνητικές στάσεις του κοινού για τον εαυτό τους, και υποφέρουν από μειωμένη αυτοεκτίμηση και αυτο-αποτελεσματικότητα (Corrigan & Shapiro, 2010. Vogel et al., 2013).

Σύμφωνα με τον Corrigan (2004), ο αυτοστιγματισμός συνοδεύεται από αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, κυρίως όπως αισθήματα ντροπής, χαμηλή αυτοεκτίμηση και μειωμένη αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας. Με άλλα λόγια, τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας μπορεί να πιστεύουν ότι τους εκτιμούν και τους σέβονται λιγότερο λόγω της διαταραχής τους, κάτι που μπορεί να τους οδηγήσει σε απογοήτευση, επιδρώντας κατά αυτόν τον τρόπο αρνητικά στην αυτοεκτίμηση και αυτο-αποτελεσματικότητα τους (Abdullah & Brown, 2011. Corrigan, 2004).

Αυτές οι αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις μπορεί να επιδεινώσουν τα προβλήματα ψυχικής υγείας. Επίσης, ο αυτοστιγματισμός μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ένα άτομο να έχει

αρνητικές προσδοκίες σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις του με άλλους, οδηγώντας το άτομο να ενεργεί με αυτοπροστασία και λιγότερη αυτοπεποίθηση (Abdullah & Brown, 2011. Link & Phelan, 2001. Corrigan, 2004), αντιδράσεις που μπορεί να κάνουν δύσκολες τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Άτομα με ψυχικές ασθένειες μπορεί επίσης να προσπαθήσουν να αποφύγουν τις διαγνωστικές ετικέτες μη αναζητώντας θεραπεία παρόλο που γνωρίζουν ότι κάτι δεν πάει καλά σε μια προσπάθεια να αισθάνονται λιγότερο μέλη μιας στιγματισμένης ομάδας (Abdullah & Brown, 2011. Corrigan, 2004).

Έρευνες επιβεβαιώνουν ότι τα άτομα που βιώνουν αυτοστιγματισμό υποφέρουν από μειωμένη αυτοεκτίμηση (Link et al., 2001. Vogel et al., 2013) και αυξημένη κατάθλιψη (Manos et al., 2009. Vogel et al., 2013). Στην πραγματικότητα, οι ερευνητές έχουν σημειώσει ότι τα άτομα που αυτοστιγματίζονται έχουν περισσότερες αρνητικές στάσεις απέναντι και λιγότερες προθέσεις να αναζητήσουν ψυχολογικές υπηρεσίες για πολλές διαφορετικές μορφές θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της ατομικής συμβουλευτικής (Conner et al., 2010. Vogel et al., 2007) της συμβουλευτικής σταδιοδρομίας (Ludwikowski et al., 2009. Vogel et al., 2013) και ομαδικής συμβουλευτικής (Vogel et al., 2010, 2013). Όσοι υποστηρίζουν μεγαλύτερο αυτοστιγματισμό είναι επίσης λιγότερο πρόθυμοι να επιστρέψουν για τις επόμενες συνεδρίες ακόμη και μετά από μια αρχική επίσκεψη (Vogel et al., 2013. Wade et al., 2011) και έχουν χαμηλότερη συνεργασία με τη θεραπεία (Fung et al., 2008. Vogel et al., 2013).

2.14 Μεταβλητές ελέγχου

Οι ερευνητές έχουν αναφέρει αντιφατικά ευρήματα στις σχέσεις με τις μεταβλητές ελέγχου (π.χ. εκπαίδευση, φύλο, προηγούμενη συμπεριφορά, φυλή/εθνικότητα, οικονομικοί παράγοντες, διάρκεια παραμονής στις δυτικές χώρες, ηλικία και τις σχέσεις τους με άλλους παράγοντες που επηρεάζουν την χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ορισμένοι ερευνητές βρήκαν ότι υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης οδηγούν σε ευνοϊκότερη δέσμευση με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Ali & Milstein, 2012. Bagasra & Mackinem, 2014. Tanhan & Strack, 2020. Tanhan & Francisco, 2019. Tanhan & Young, 2022). Όσον αφορά το φύλο, οι περισσότερες μελέτες ανέφεραν ότι οι γυναίκες είχαν ευνοϊκότερη στάση απέναντι στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και, δυστυχώς, μεγαλύτερη δυσκολία στην αξιοποίηση αυτών των υπηρεσιών (Cook-Masaud & Wiggins, 2011. Khan, 2006. Tanhan & Young, 2022. Youssef & Deane, 2006).

Η φυλή/εθνικότητα έχει δώσει αντιφατικά ευρήματα. Γενικά, Άραβες, Αμερικάνοι από τη Μέση-Ανατολή και Αφρό-Αμερικανοί μουσουλμάνοι έχουν τη λιγότερο ευνοϊκή στάση προς την περίθαλψη ψυχικής υγείας, ενώ οι Ευρωπαίο-Αμερικανοί μουσουλμάνοι και οι Νότιο-Ασιάτες μουσουλμάνοι έχουν πιο ευνοϊκή στάση. Οι προηγούμενες εμπειρίες ως προγνωστικοί παράγοντες σχετικά με τη δέσμευση με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς. Μερικοί ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι μουσουλμάνοι που έχουν χρησιμοποιήσει υπηρεσίες ψυχικής υγείας στο παρελθόν είναι πιο πιθανό να το ξανακάνουν και να έχουν πιο θετική στάση απέναντι στις υπηρεσίες (Bagasra & Mackinem, 2014. Tanhan & Strack, 2020. Tanhan & Young, 2022). Οι οικονομικοί παράγοντες είναι ένας τομέας πενιχρής έρευνας, αλλά σε δύο περιπτώσεις πιο πλούσιοι μουσουλμάνοι δεν ήθελαν να ρισκάρουν το όνομα της οικογένειας και ως εκ τούτου, προσπάθησαν να αποφύγουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για την απόκρυψη ψυχικών ασθενειών. Μεταξύ των μουσουλμάνων χαμηλότερου εισοδήματος, η οικονομική προσιτότητα των υπηρεσιών ήταν μια ανησυχία (Aloud & Rathur, 2009. Tanhan & Francisco, 2019. Tanhan & Young, 2022). Μιας και υπάρχουν αντιφατικά ευρήματα για το πώς οι μεταβλητές ελέγχου επηρεάζουν τους μουσουλμάνους στην προσέγγιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, χρειάζεται περαιτέρω έρευνα (Tanhan & Young, 2022).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

3.1 Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Η παρούσα έρευνα στοχεύει στη διερεύνηση των αντιλήψεων και στάσεων των μουσουλμάνων της Θράκης σχετικά με τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η αναγκαιότητα αυτής της έρευνας πηγάζει από το γεγονός ότι οι μουσουλμάνοι στις χώρες της Δύσης δεν επωφελούνται επαρκώς από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Ως αποτέλεσμα, η διεθνής έρευνα για την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων έχει επικεντρωθεί στη διερεύνηση των παραγόντων που οδηγούν τους μουσουλμάνους να έχουν μη ευνοϊκές στάσεις απέναντι στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις αντιλήψεις και τις στάσεις τους σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ως εκ τούτου, ο απώτερος στόχος αυτής της έρευνας είναι τόσο να συμβάλει στη βελτίωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που παρέχονται σε τοπικό επίπεδο όσο και να συμβάλει στη διεθνή έρευνα για την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων. Επιπλέον, δεδομένου ότι δεν υπάρχει άλλη έρευνα στην ελληνική βιβλιογραφία σχετικά με την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων της Θράκης, θεωρείται σημαντική η διεξαγωγή αυτής της έρευνας.

3.2 Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις

Τα ερευνητικά ερωτήματα που απαντώνται για την επίτευξη των στόχων της παρούσας έρευνας είναι οι εξής:

Ποιος από τους παρακάτω παράγοντες εξηγεί καλύτερα τη στάση των μουσουλμάνων της Θράκης ως προς την αναζήτηση και χρήση επίσημων υπηρεσιών ψυχικής υγείας: α) πολιτισμικές πεποιθήσεις σχετικά με προβλήματα ψυχικής υγείας, των αιτιών και τη θεραπεία τους β) γνώση και εξοικείωση με προβλήματα ψυχικής υγείας, υπηρεσίες ψυχικής υγείας και επαγγελματίες ψυχικής υγείας γ) το αντιλαμβανόμενο κοινωνικό στίγμα δ) ο αυτοστιγματισμός, σε συνάρτηση με μεταβλητές ελέγχου όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση, ο τόπος διαμονής, το επάγγελμα και η προηγούμενη εμπειρία με υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Έτσι, λαμβάνοντας υπόψη το θεωρητικό πλαίσιο της παρούσας έρευνας και ελέγχοντας ως προς φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση, τόπο διαμονής, επάγγελμα και προηγούμενη εμπειρία με υπηρεσίες ψυχικής υγείας οι ερευνητικές υποθέσεις διατυπώνονται ως εξής:

1. Οι μουσουλμάνοι της Θράκης με πιο πολιτισμικά παραδοσιακές πεποιθήσεις για την ψυχική υγεία θα αναφέρουν λιγότερο ευνοϊκή στάση απέναντι στις επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
2. Οι μουσουλμάνοι της Θράκης με λιγότερες γνώσεις και εξοικείωση με προβλήματα ψυχικής υγείας, υπηρεσίες ψυχικής υγείας και επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα αναφέρουν λιγότερο ευνοϊκή στάση απέναντι στις επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
3. Οι μουσουλμάνοι της Θράκης με υψηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενου κοινωνικού στίγματος που συνδέεται με την αναζήτηση επίσημων υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα αναφέρουν λιγότερο ευνοϊκή στάση απέναντι στις επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
4. Οι μουσουλμάνοι της Θράκης με πιο αυξημένα επίπεδα αυτοστιγματισμού θα αναφέρουν λιγότερο ευνοϊκή στάση απέναντι στις επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

3.3 Μέθοδοι έρευνας, ερευνητικά εργαλεία και η διαδικασία δειγματοληψίας

Η έρευνα αυτή βασίστηκε σε ποσοτικούς μεθόδους ανάλυσης. Η ποσοτική έρευνα, σε πολύ γενικούς όρους, περιγράφηκε ότι συνεπάγεται τη συλλογή αριθμητικών δεδομένων, ως παρουσίαση μιας άποψης της σχέσης μεταξύ θεωρίας και έρευνας ως απαγωγική και ως προτίμηση για μια προσέγγιση της φυσικής επιστήμης και ως αντικειμενιστική αντίληψη της κοινωνικής πραγματικότητας. Θα πρέπει να είναι πλέον ξεκάθαρο ότι η περιγραφή της ερευνητικής στρατηγικής ως «ποσοτική έρευνα» δεν πρέπει να εκληφθεί ότι σημαίνει ότι ο ποσοτικός προσδιορισμός των πτυχών της κοινωνικής ζωής είναι το μόνο που τη διακρίνει από μια ποιοτική ερευνητική στρατηγική. Το ίδιο το γεγονός ότι έχει μια ξεχωριστή γνωσιολογική και οντολογική θέση υποδηλώνει ότι υπάρχουν πολλά περισσότερα σε αυτό από την απλή παρουσία αριθμών. Τόσο η ποσοτική όσο και η ποιοτική έρευνα μπορεί να θεωρηθεί ότι παρουσιάζουν ένα σύνολο διακριτών αλλά αντιθετικών ενασχολήσεων. Αυτές οι ανησυχίες αντικατοπτρίζουν γνωσιολογικά θεμελιωμένες πεποιθήσεις σχετικά με το τι συνιστά αποδεκτή

γνώση. Οι τέσσερις διακριτές ενασχολήσεις που μπορούν να διακριθούν στην ποσοτική έρευνα είναι η μέτρηση, αιτιότητα, γενίκευση και αντιγραφή (Bryman, 2012).

Πιο συγκεκριμένα πραγματοποιήθηκε έρευνα επισκόπησης, μια από τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες ποσοτικές τεχνικές, καθώς επιτρέπει τη λήψη πληροφοριών για ένα δεδομένο φαινόμενο, μέσω της διατύπωσης ερωτήσεων που αντικατοπτρίζουν τις απόψεις, τις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές μιας ομάδας ατόμων. Επίσης, οι έρευνες επισκόπησης προσφέρουν πολλά οφέλη. Δύο από αυτά τα πιο σημαντικά οφέλη περιλαμβάνουν την υψηλή αντιπροσωπευτικότητα ολόκληρου του πληθυσμού και το χαμηλό κόστος της μεθόδου σε σύγκριση με άλλες εναλλακτικές λύσεις. Επιπρόσθετα, πλεονεκτήματα αποτελούν το γεγονός ότι μπορεί να προσεγγίσει μεγαλύτερο κοινό και δεν επηρεάζεται από την υποκειμενικότητα του ερευνητή. Από την άλλη πλευρά, η αξιοπιστία των δεδομένων της έρευνας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη δομή της έρευνας και την ακρίβεια των απαντήσεων που δίνουν οι ερωτηθέντες (Queirós et al., 2017). Τόσο τα προαναφερόμενα πλεονεκτήματα όσο και η έλλειψη ερευνητικών στοιχείων σχετικά με την ψυχική υγεία του μουσουλμανικού πληθυσμού της Θράκης γενικότερα και των στάσεων τους προς τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας ειδικότερα, οδήγησαν στην επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου, καθώς κρίθηκε αναγκαία η διεξαγωγή μιας έρευνας με υψηλότερα επίπεδα αντιπροσωπευτικότητας και γενικευσιμότητας στον γενικό πληθυσμό των μουσουλμάνων της Θράκης. Επιπλέον, εκτιμήθηκε ότι η ποσοτική έρευνα ταιριάζει καλύτερα για την απάντηση των ερευνητικών υποθέσεων της παρούσας έρευνας, με τη χρήση ειδικής κλίμακας για τη μέτρηση των στάσεων των μουσουλμάνων της Θράκης απέναντι στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας που θα περιγραφεί αναλυτικότερα παρακάτω.

Το αυτό-αναφορικό ερωτηματολόγιο, χρησιμοποιήθηκε ως μέθοδος συλλογής δεδομένων στην παρούσα εργασία. Το ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα βασικό μέσο επικοινωνίας ανάμεσα στον συνεντευκτή και στον ερωτώμενο, που αποτελείται από μια σειρά ερωτήσεων πάνω στα προβλήματα που απαιτούν κάποια πληροφορία από τον ερωτώμενο (Φιλίας, 2003). Τα ερωτηματολόγια αποτελούνται από ένα μικρό και/ή μεγάλο αριθμό κλειστών ερωτήσεων. Συνήθως, στην ψυχομετρία χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση γνώσεων ή την εκτίμηση παραμέτρων προσωπικότητας (Κοντοπούλου, 2002).

Πιο συγκεκριμένα χρησιμοποιούνται Κλίμακες μέτρησης τύπου Likert, οι οποίες είναι οι περισσότερο χρησιμοποιούμενες γενικότερα. Η δυνατότητα που προσφέρουν είναι ότι δεν καταγράφουν τη γενική συμφωνία ή ασυμφωνία με μια πρόταση αλλά και το βαθμό συμφωνίας (Ζαφειρόπουλος, 2005). Οι κλίμακες χρησιμοποιούνται συχνά ως τμήμα άλλων μεθόδων

συλλογής δεδομένων, όπως το ερωτηματολόγιο. Η κλίμακα συνίσταται σε μια σειρά προτάσεων/θεμάτων ή ερωτήσεων. Από τις απαντήσεις των ερωτώμενων επιδιώκεται η κατανόηση πιθανολογούμενων σχέσεων ανάμεσα σε συγκεκριμένες μεταβλητές. Συνεπώς, οι κλίμακες θεωρούνται εξαιρετικά χρήσιμα όργανα που επιτρέπουν την ποσοτική μέτρηση σημαντικών εννοιολογικών κατασκευών που δεν μπορούν να μετρηθούν με μεγέθη των φυσικών επιστημών. Στις περιπτώσεις της μέτρησης της στάσης του ατόμου, δηλαδή, της συστηματικής προδιάθεσης που έχει να αντιλαμβάνεται, να αντιδρά συγκινησιακά και να ενεργοποιείται, σε σχέση με συμβάντα, ιδέες, έννοιες, αντικείμενα ή άτομα, είναι δυνατόν να ζητηθεί από τον ερωτώμενο να περιγράψει τη στάση του είτε προφορικά είτε γραπτά. Με τον τρόπο αυτό όμως, γίνονται δύσκολες οι συγκρίσεις ανάμεσα σε άτομα ή κοινωνικές ομάδες. Για τον λόγο αυτό, μια εναλλακτική μέθοδος συνίσταται στο να ζητηθεί από κάθε άτομο να προσδιορίσει τη στάση του με τη βοήθεια μιας ειδικής κλίμακας στάσεων (Σίμος & Κομίλη, 2003), όπως αυτής που χρησιμοποιείται στην παρούσα έρευνα και περιγράφεται στην επόμενη ενότητα. Η εγκυρότητα των δεδομένων που συλλέγονται με τέτοιες κλίμακες βασίζεται στην παραδοχή ότι οι απαντήσεις του εξεταζόμενου στα θέματα της κλίμακας αντιπροσωπεύουν με ακρίβεια τη στάση του απέναντι στις αντίστοιχες έννοιες (Σίμος & Κομίλη, 2003).

Η δειγματοληπτική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι η δειγματοληψία χιονοστιβάδας, καθώς το ερωτηματολόγιο αρχικά κοινοποιήθηκε διαδικτυακά στη μορφή google forms στα Μέσα Μαζικής Δικτύωσης και έπειτα κοινοποιήθηκε σε διάφορα άτομα ενδιαφέροντος με παράκληση να κοινοποιηθεί και σε άλλα μέλη της μουσουλμανικής μειονότητας της Θράκης. Το ερωτηματολόγιο ήταν διαθέσιμο προς εθελοντική συμπλήρωση από τον Γενάρη του 2024 έως τον Οκτώβριο του ίδιου έτους. Στη δειγματοληψία χιονοστιβάδας εντοπίζουμε κάποια αρχικά άτομα, τα οποία με τη σειρά τους υποδεικνύουν άλλα άτομα. Τα νέα άτομα υποδεικνύουν άλλα άτομα κ.ο.κ. Έτσι το δείγμα μεγαλώνει με μορφή χιονοστιβάδας, η οποία καθώς κυλά παρασύρει χιόνι και μεγαλώνει συνεχώς. Η μέθοδος αυτή που αποτελεί μια ξεχωριστή κατηγορία δειγματοληψίας χωρίς πιθανότητα, είναι χρήσιμη για να εντοπίζουμε ομάδες δυσπρόσιτων ατόμων ή ακόμα ομάδες με ειδικά ενδιαφέροντα, όπως χόμπι, χρήση τεχνολογιών, πελάτες δικτυακού μάρκετινγκ κ.ά. (Ζαφειρόπουλος, 2005: 137). Συνεπώς, το δείγμα της παρούσας έρευνας θεωρείται ότι προήλθε από τη δειγματοληπτική μέθοδο της χιονοστιβάδας.

Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε στην τουρκική γλώσσα, προκειμένου να συμπεριληφθούν στο δείγμα άτομα από τη μουσουλμανική μειονότητα της Θράκης που δεν γνωρίζουν πολύ καλά την ελληνική γλώσσα είτε επειδή κατοικούν στο εξωτερικό είτε επειδή είναι άτομα

μεγαλύτερης ηλικίας που δεν είχαν τις ίδιες εκπαιδευτικές δυνατότητες με τα άτομα που εισήλθαν στο εκπαιδευτικό σύστημα από το 1995 και μετά, έπειτα από τη ψήφιση του νόμου 2341/1995.

3.4 Οι κλίμακες μέτρησης της έρευνας

Για την αξιολόγηση των στάσεων και των αντιλήψεων των ερωτηθέντων για την ψυχική υγεία, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Αντιλήψεις και Στάσεις των Μουσουλμάνων προς τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας- Muslim Perceptions and Attitudes Toward Mental Health (M-PAMH. Awaad, Fisher, et al., 2019) και η Κλίμακα Προσωπικού Στίγματος σχετικά με την Αναζήτηση Ψυχολογικής Βοήθειας Self-Stigma of Searching Help (SSOSH, βλ. Παράρτημα Α. Vogel et al., 2013).

Κατόπιν έγγραφης άδειας από τους δημιουργούς της κλίμακας M-PAMH αναφορικά με τη χρήση και τη μετάφραση του ερωτηματολογίου, πραγματοποιήθηκε η μετάφραση από την αγγλική στην ελληνική και στην τουρκική γλώσσα από τη συγγραφέα της παρούσας εργασίας για τις ανάγκες της εν λόγω έρευνας. Έπειτα, πραγματοποιήθηκε αντίστροφη μετάφραση από δεύτερο άτομο με άριστη γνώση της αγγλικής γλώσσας και με μητρική γλώσσα την ελληνική και την τουρκική. Το τελικό ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε προέκυψε από την αρχική μετάφραση, μετά από κάποιες τροποποιήσεις που επισημάνθηκαν κατά την αντίστροφη μετάφραση. Η αντίστροφη μετάφραση προτείνεται ως πρόσθετος έλεγχος ποιοτικού ελέγχου (Sireci et al., 2006. Borsa et al., 2012). Η διαδικασία αυτή πρέπει να ακολουθεί όλες τις σημασιολογικές και ιδιοματικές διαδικασίες προσαρμογής επειδή το εργαλείο πρέπει να είναι "έτοιμο" για τελική αξιολόγηση από τον αρχικό συγγραφέα. Η αντίστροφη μετάφραση αναφέρεται στη μετάφραση των συνθετικών και αναθεωρημένων εκδόσεων του εργαλείου στη γλώσσα πηγής. Στόχος του είναι η αξιολόγηση του βαθμού στον οποίο η μεταφρασμένη έκδοση αντικατοπτρίζει το περιεχόμενο των στοιχείων της αρχικής έκδοσης (Borsa et al., 2012).

Η κλίμακα M-PAMH μετρά τέσσερις κύριους τομείς. Πρώτον, τις στάσεις προς την επαγγελματική φροντίδα ψυχικής υγείας, που αντιπροσωπεύονται από πέντε στοιχεία (π.χ. «Τα περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας και ψυχολογικά προβλήματα μπορούν να επιλυθούν μόνα τους, χωρίς τη βοήθεια επαγγελματιών»). Χαμηλότερα σκορ δείχνουν ευνοϊκότερες στάσεις προς τις επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τα υψηλότερα λιγότερο ευνοϊκές,

όπου η βαθμολογία κυμαίνεται από 5-20. Δεύτερον, τις πολιτισμικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις για την ψυχική υγεία, που αντιπροσωπεύονται από επτά στοιχεία (π.χ. «Προβλήματα ψυχικής υγείας ή ψυχολογικά προβλήματα μπορεί να προκληθούν από δαίμονες-τζιν-Jinn»). Η βαθμολογία για τις πολιτισμικές πεποιθήσεις κυμαίνεται από 0-22, όπου οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν περισσότερη προσκόλληση σε πολιτισμικές εξηγήσεις για προβλήματα ψυχικής υγείας. Τρίτον, το αντιλαμβανόμενο κοινωνικό στίγμα που σχετίζεται με τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που διερευνάται από τρία στοιχεία (π.χ. Θα ένιωθα ντροπή να αναζητήσω υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή ψυχολογικές υπηρεσίες λόγω αρνητικών απόψεων των άλλων.». Η βαθμολογία για το αντιλαμβανόμενο κοινωνικό στίγμα κυμαίνεται από 3-12 και οι υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν περισσότερα συναισθήματα ντροπής που σχετίζονται με την αναζήτηση επίσημης βοήθειας. Τέταρτον, την εξοικείωση με επαγγελματικές υπηρεσίες και συνθήκες ψυχικής υγείας, που διερευνάται από τρία στοιχεία, όπως π.χ. «Πόσο εξοικειωμένοι είστε σχετικά με τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητά σας (π.χ. τοποθεσία, αριθμός τηλεφώνου, τύπος παρεχόμενων υπηρεσιών);». Η βαθμολογία εδώ κυμαίνεται από 0-9, όπου υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν περισσότερη γνώση και εξοικείωση με επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Για κάθε ερώτηση στην πρώτη υποενότητα του ερωτηματολογίου, οι ερωτηθέντες βαθμολόγησαν τη συμφωνία τους με κάθε δήλωση σε μια κλίμακα τύπου Likert 4 βαθμών που κυμαίνεται από το 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως το 4 (συμφωνώ απόλυτα), ενώ στη δεύτερη υποενότητα η βαθμολογία κυμαίνεται από το 0 (λάθος) έως το 3 (αληθές). Η εξοικείωση βαθμολογήθηκε επίσης χρησιμοποιώντας μια κλίμακα τύπου Likert 4 βαθμών, που κυμαίνεται από 0 (καθόλου) έως 3 (πολύ). Λεπτομέρειες σχετικά με την ανάπτυξη και την επικύρωση αυτής της κλίμακας περιγράφονται στο (βλ. Awaad et al., 2019).

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση, από Awaad και συνεργάτες της (2019), των κλιμάκων που μετρούν τις αντιλήψεις και τις στάσεις για την ψυχική υγεία και τις συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας, καθώς σχετίζονται με μειονοτικές κοινότητες, έδειξε περιορισμένη διαθεσιμότητα τέτοιων κλιμάκων μέτρησης. Κατά συνέπεια αναπτύχθηκε η κλίμακα M-PAMH. Για την ανάπτυξη της, χρησιμοποιήθηκε και προσαρμόστηκε η κλίμακα The Attitude Toward Searching Formal Mental Health Service (ATSFMHS, Aloud, 2004), η οποία είναι η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα για τη διευκόλυνση της εξερεύνησης των στάσεων αναζήτησης βοήθειας, που δημιουργήθηκε από τους Fischer και Turner (1970). Αυτή η κλίμακα προσαρμόστηκε αργότερα από την Aloud (2004), η οποία ανέλαβε μια ολοκληρωμένη αναθεώρηση λαμβάνοντας υπόψη τους ισλαμικούς όρους.

Όσον αφορά τις ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας M-PAMH, πραγματοποιήθηκε μια διερευνητική παραγοντική ανάλυση στο μισό δείγμα που πρότεινε μια δομή τεσσάρων παραγόντων που επικυρώθηκε περαιτέρω από μια επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στο δεύτερο μισό του δείγματος. Αυτή η στατιστική μεθοδολογία έδωσε στην κλίμακα M-PAMH ισχυρότερες ψυχομετρικές ιδιότητες σε σχέση με άλλες παρόμοιες έρευνες που βρέθηκαν στη βιβλιογραφία για την ψυχική υγεία. Η κλίμακα M-PAMH καταδεικνύει επίσης μεθοδολογικά πλεονεκτήματα. Ένας περιορισμός πολλών μελετών ήταν η χρήση ποιοτικής μεθοδολογίας και πλαισίου, οι οποίες δεν προσφέρουν γενικεύσιμα ή ποσοτικά αποτελέσματα σχετικά με τις στάσεις και τις αντιλήψεις των μουσουλμάνων για την ψυχική υγεία. Ομοίως, όταν υπήρχαν διαθέσιμες ποσοτικές κλίμακες προσαρμοσμένες στους μουσουλμάνους και έδειχναν υγιείς ψυχομετρικές ιδιότητες, επικεντρώνονταν στη θρησκευτική αντιμετώπιση, θρησκευτική υποστήριξη, ή μουσουλμανική πρακτική και πεποίθηση παρά για στάσεις και αντιλήψεις όπως M-PAMH (Awaad et al., 2019). Οι υπόλοιπες μελέτες, όπως του Aloud (2004) είχαν ποσοτικό χαρακτήρα, αλλά περιορίζονταν από μικρά μεγέθη δειγμάτων που δεν επιτρέπουν την αυστηρή επικύρωση της κλίμακας τους (Bagasra, 2011, όπως αναφέρουν οι Awaad et al., 2019). Η μελέτη της Awaad και των συνεργατών της (2019), είχε ένα μέγεθος δείγματος πάνω από το όριο των 1000 συμμετεχόντων που απαιτείται για την εκτέλεση αναλύσεων παραγόντων και την παραγωγή μιας επικυρωμένης κλίμακας.

Επιπρόσθετα, ένα δυνατό χαρακτηριστικό της κλίμακας M-PAMH είναι ότι, δημιουργήθηκε από ένα εθνικά ετερογενές δείγμα μουσουλμάνων γυναικών, σε αντίθεση με άλλες μελέτες που επικεντρώθηκαν σε ένα εθνικά ομοιογενές δείγμα. Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε επίσης στη διασφάλιση ότι η κλίμακα M-PAMH ήταν κατάλληλη για τη μουσουλμανική πίστη και κουλτούρα.

Η κλίμακα M-PAMH παρέχει στους ερευνητές μια εύκολη και εφικτή μέθοδο αξιολόγησης τεσσάρων σημαντικών τομέων ψυχικής υγείας: στάσεις προς την επαγγελματική φροντίδα ψυχικής υγείας, πολιτισμικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις για την ψυχική υγεία, στίγμα που σχετίζεται με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και εξοικείωση με επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας που προσφέρονται στην κοινότητα. Η κατανόηση αυτών των τομέων θα βοηθήσει τους ερευνητές να διερευνήσουν τους λόγους για την υποχρησιμοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τους μουσουλμάνους και να διερευνήσουν τους υποκείμενους παράγοντες που επηρεάζουν τις συμπεριφορές τους για την αναζήτηση βοήθειας (Awaad et al., 2019).

Επιπλέον, για περαιτέρω διερεύνηση των διαστάσεων του στίγματος, χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Προσωπικού Στίγματος σχετικά με την Αναζήτηση Ψυχολογικής Βοήθειας που έχει μεταφραστεί τόσο στα ελληνικά όσο και στα τουρκικά από ερευνητές στο πλαίσιο της μελέτης των (Vogel et al., 2013), η οποία εξέτασε την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της κλίμακας της ευρέως χρησιμοποιούμενης κλίμακας Self-Stigma of Searching Help (SSOSH, Vogel, Wade, & Haake, 2006) σε δείγματα από 6 διαφορετικές χώρες (Αγγλία, Ελλάδα, Ισραήλ, Ταϊβάν, Τουρκία και Ηνωμένες Πολιτείες). Συγκεκριμένα, χρησιμοποίησαν ένα πλαίσιο επιβεβαιωτικής ανάλυσης παραγόντων για τη διεξαγωγή ανάλυσης αμετάβλητης μέτρησης και συγκρίσεις λανθάνουσας μέσης τιμής του SSOSH μεταξύ των 6 μετρήσεων του δείγματος. Τα αποτελέσματα της μελέτης τους πρότειναν ότι το SSOSH έχει παρόμοια μονομεταβλητή δομή μεταξύ των χωρών και είναι αρκετά αμετάβλητο ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί μεταξύ των χωρών για τη διερεύνηση πολιτισμικών διαφορών στον τρόπο με τον οποίο ο αυτοστιγματισμός σχετίζεται με τη συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας (Vogel et al., 2013), συνεπώς θα χρησιμοποιηθεί και στην παρούσα έρευνα. Η κλίμακα έχει αποδειχθεί ότι έχει μια μονοδιάστατη δομή παραγόντων και επαρκή αξιοπιστία μεταξύ των δειγμάτων που προέρχονται από διάφορους πληθυσμούς των Η.Π.Α.

Το SSOSH είναι μια κλίμακα 10 στοιχείων που έχει σχεδιαστεί «για να αξιολογεί τα προβλήματα σχετικά με την απώλεια της αυτοεκτίμησης που θα ένιωθε ένα άτομο εάν αποφάσιζε να ζητήσει βοήθεια από έναν ψυχολόγο ή άλλο επαγγελματία ψυχικής υγείας» (Vogel et al., 2006:σελ. 326, 2013). Οι απαντήσεις είναι σε μια κλίμακα 5 βαθμών που κυμαίνεται από 1 {Διαφωνώ απόλυτα) έως 5 {Συμφωνώ απόλυτα). Πέντε στοιχεία βαθμολογούνται αντίστροφα, έτσι ώστε οι υψηλότερες βαθμολογίες να δείχνουν μεγαλύτερο αυτοστίγμα (Vogel et al., 2006, 2013).

Τέλος, δημιουργήθηκε μια κλίμακα σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, λαμβάνοντας υπόψιν το θεωρητικό πλαίσιο της παρούσας εργασίας, συμπεριληφθήκαν χαρακτηριστικά που έχουν χρησιμοποιηθεί πιο συχνά σε αντίστοιχες μελέτες. Έτσι, τα χαρακτηριστικά αυτά αποτελούνται από φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση, τόπος διαμονής, επάγγελμα και προηγούμενη εμπειρία με υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

3.5 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Σε αυτή την έρευνα πήραν μέρος 217 συμμετέχοντες. Αναλυτικά, 57 άνδρες και 160 γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 38.33, με τυπική απόκλιση 12.43. Το 34.6% των συμμετεχόντων ήταν άγαμοι, 1.4% διαζευγμένοι, 59.9% έγγαμοι, και 4.1% χήροι. Όσον αφορά για το ακαδημαϊκό επίπεδο των συμμετεχόντων, το 1.4% των συμμετεχόντων είχε διδακτορικό επίπεδο, το 24% των συμμετεχόντων είχε λάβει λιγότερη εκπαίδευσή από λύκειο, το 22.1% των συμμετεχόντων είχε ολοκληρώσει μέχρι την εκπαίδευση λυκείου, ενώ το 12% των συμμετεχόντων είχαν ολοκληρώσει τις μεταπτυχιακές σπουδές. Το 40.6% των συμμετεχόντων είχε λάβει μέχρι προπτυχιακή εκπαίδευση. 8.8% των συμμετεχόντων κατοικούσαν στο εξωτερικό, 24.9% στην Κομοτηνή, 4.1% στην Ξάνθη, 10.1% σε άλλο νομός της Ελλάδας, .9% σε χωριό/κωμόπολη του Έβρου, 4.6% σε χωριό/κωμόπολη της Ξάνθης, και το 46.5% σε χωριό/κωμόπολη της Ροδόπης. Το 69.1% των συμμετεχόντων ποτέ δεν επισκέφθηκε έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας. Το 6.5% των συμμετεχόντων επισκέφθηκε πάνω από 5 φορές. Ενώ, το 8.3% μόνο από 3-5 φορές, και το 16.1% μόνο 1 ή 2 φορές.

Τέλος και σχετικά με την επαγγελματική δραστηριότητα: 1.4% των συμμετεχόντων ήταν άνεργοι, 14.7% πήραν μέρος σε χειρωνακτικές εργασίες, 2.3% υπάλληλοι καταστημάτων, 7.4% υπάλληλοι γραφείου, 13.8% εκτελούσαν μόνο οικιακά, 13.4% μαθητές ή φοιτητές, 13.4% ιδιοκτήτες επιχειρήσεων, 20.3% επαγγελματίες, και το 13.4% των συμμετεχόντων δήλωσαν άλλο.

Πίνακας 1: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Χαρακτηριστικό	n	%
Φύλο		
Άνδρας	57	26.3
Γυναίκα	160	73.7
Ηλικία		
Μέσος Όρος (Τυπική Απόκλιση)	38.33 (12.43)	
Οικογενειακή Κατάσταση		
Ανύπαντρος	75	34.6
Διαζευγμένος	3	1.4
Παντρεμένος	130	59.9
Χήρος	9	4.1
Επίπεδο Εκπαίδευσης		
Διδακτορικό	3	1.4

Χαρακτηριστικό	n	%
Λιγότερο από Λύκειο	52	24.0
Λύκειο	48	22.1
Προπτυχιακό	88	40.6
Μεταπτυχιακό	26	12.0
Τόπος Διαμονής		
Εξωτερικό	19	8.8
Κομοτηνή	54	24.9
Ξάνη	9	4.1
Άλλος νομός Ελλάδας	22	10.1
Χωριό/κωμόπολη του Έβρου	2	0.9
Χωριό/κωμόπολη της Ξάνθης	10	4.6
Χωριό/κωμόπολη της Ροδόπης	101	46.5
Επισκέψεις για Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας		
Ποτέ	150	69.1
1-2 φορές	35	16.1
3-5 φορές	18	8.3
Περισσότερες από 5 φορές	14	6.5
Επάγγελμα		
Άνεργος	3	1.4
Χειρωνακτικές Εργασίες	32	14.7
Υπάλληλος Καταστήματος	5	2.3
Υπάλληλος Γραφείου	16	7.4
Οικιακά	30	13.8
Μαθητής ή Φοιτητής	29	13.4
Ιδιοκτήτης Επιχείρησης	29	13.4
Επαγγελματίας	44	20.3
Άλλο	29	13.4

3.6 Στατιστική Ανάλυση

Για να εξεταστούν οι ερευνητικές υποθέσεις, χρησιμοποιήθηκαν οι στατιστικές αναλύσεις Pearson ή Spearman correlation, linear regression και multiple regression. Όλες οι μεταβλητές είναι σε μορφή κλίμακας. Εάν οι παραμετρικές υποθέσεις καλύπτονται (για παράδειγμα εάν δεν υπάρχουν ακραίες τιμές), θα χρησιμοποιηθεί η στατιστική ανάλυση Pearson για την εξέταση των συσχετίσεων μεταξύ των πολιτισμικών παραδοσιακών πεποιθήσεων, της στάσης για τις επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, των γνώσεων και εξοικειώσεων με προβλήματα

ψυχικής υγείας, των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και επαγγελματίες ψυχικής υγείας, του αυτοστιγματισμού και του κοινωνικού στίγματος. Αλλιώς, θα εκτελεστεί η ανάλυση Spearman. Εκ των υστέρων, χρησιμοποιήθηκε μια σειρά linear regressions με βάση τις παραπάνω ερευνητικές υποθέσεις. Πιο συγκεκριμένα, οι ανεξάρτητες μεταβλητές για αυτές τις αναλύσεις είναι: (1) κοινωνικό στίγμα, (2) αυτοστιγματισμός, (3) πολιτισμικά παραδοσιακές πεποιθήσεις, και (4) γνώσεις και εξοικείωση με προβλήματα ψυχικής υγείας, υπηρεσίες ψυχικής υγείας και επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν: στάση απέναντι στις επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις εκτελέστηκαν διάμεσου του προγράμματος SPSS 26, και ο βαθμός στατιστικής σημαντικότητας α για τις παραπάνω ερευνητικές υποθέσεις ήταν 0.05.

3.7 Αποτελέσματα από την Περιγραφική Στατιστική και την Επαγωγική Ανάλυση

Με βάση τον πίνακα 2 παρατηρείται ότι ο μέσος όρος της στάσης για τις επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι 9.63 με τυπική απόκλιση 1.76. Ο μέσος όρος των πολιτισμικών πεποιθήσεων είναι 7.89, με τυπική απόκλιση 4.34. Ο μέσος όρος του κοινωνικού στίγματος ήταν 7.89 ($T.A.=1.01$), καθώς της εξοικείωσης ήταν 5.6 ($T.A.=1.76$). Τέλος, ο μέσος όρος του αυτό στιγματισμού ήταν 19.66, με τυπική απόκλιση 6.37.

Πίνακας 2: Περιγραφική Στατιστική και Συσχετίσεις για τις Μεταβλητές

Μεταβλητές	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	1	2	3	4	5
1. Στάση	9.63	1.76	—	.20**	-.29**	.12	.32**
2. Πολιτισμικές Πεποιθήσεις	7.89	4.34	.20**	—	-.20**	.25**	.18**
3. Εξοικείωση	5.6	1.76	-.29**	-.20**	—	-.09	-.28**
4. Κοινωνικό Στίγμα	7.89	1.01	.12	.25**	-.09	—	.05**
5. Αυτοστιγματισμός	19.66	6.37	.32	.18**	-.28**	.05	—

** . Η συσχέτιση είναι .001 στατιστικά σημαντική

Επειδή υπήρξαν ακραίες τιμές (βλ. Παράρτημα Β), εκτελέστηκε η ανάλυση Spearman. Με βάση τις στατιστικές αναλύσεις Spearman παρατηρήθηκε ότι οι μουσουλμάνοι της Θράκης με πιο πολιτισμικά παραδοσιακές πεποιθήσεις για την ψυχική υγεία ανέφεραν μια λιγότερο θετική στάση απέναντι στις επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Δηλαδή, υπήρξε μια θετική συσχέτιση ανάμεσα στις αρνητικές στάσεις προς επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τις παραδοσιακές πεποιθήσεις για την ψυχική υγεία ($r_s=.20, p=.001$). Εκ των υστέρων, υπήρξε μια σημαντική αρνητική και στατιστική σύνδεση μεταξύ των μη ευνοϊκών στάσεων και γνώσεων και εξοικειώσεων με προβλήματα ψυχικής υγείας, υπηρεσίες ψυχικής υγείας και επαγγελματίες ψυχικής υγείας ($r_s=-.29, p=.001$). Προχωρώντας παρακάτω, βρέθηκε ότι υπήρξε μια αδύναμη θετική συσχέτιση με το κοινωνικό στίγμα ($r_s=.12, p=.07$). Τέλος, ο αυτο-στιγματισμός, θετικά και στατιστικά σημαντικά, συνδέθηκε με τις μη ευνοϊκές στάσεις απέναντι στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας ($r_s=.32, p=.006$).

Εξαιτίας των εμφανίσεων των ακραίων τιμών, οι αναλύσεις regression εκτελέστηκαν με βάση το bootstrapping (1000 samples), ώστε να μειωθούν οι επιδράσεις των ακραίων τιμών (Rabbi et al., 2022). Βρέθηκε ότι οι πολιτισμικές πεποιθήσεις είναι σε θέση να προβλέψουν τις μη ευνοϊκές στάσεις ($F(1, 215)= 26.698, p=.001, R^2=.11$), προβλέποντας την διακύμανση κατά 11%. Επίσης, οι γνώσεις και εξοικείωση με προβλήματα ψυχικής υγείας, υπηρεσίες ψυχικής υγείας και επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορούσαν να προβλέψουν τη μη ευνοϊκή στάση ($F(1, 215)= 18.803, p=.001, R^2=.08$), στατιστικά σημαντικά. Μια άλλη ανάλυση Linear Regression έδειξε ότι το κοινωνικό στίγμα ήταν σε θέση να προβλέψει τη μη ευνοϊκή στάση ($F(1, 215)= 5.482, p=.020, R^2=.02$), προβλέποντας την διακύμανση κατά 2%.

Προχωρώντας παρακάτω, παρατηρήθηκε ότι ο αυτό-στιγματισμός μπόρεσε να προβλέψει τη μη ευνοϊκή στάση ($F(1, 214)= 29.616, p=.001, R^2=.12$), προβλέποντας την διακύμανση κατά 12%.

Πίνακας 3: Αποτελέσματα από τις Αναλύσεις Regression

Ανάλυση	F	R ²	95% CI		P
			LL	UL	
Μεταβλητές					

Κοινωνικό Στίγμα	5.482	.02	.99	1.65	.020
Αυτοστιγματισμός	29.616	.12	1.02	1.67	.001
Εξοικείωση	18.803	.08	1.01	1.66	.001
Πολιτισμικές Πεποιθήσεις	26.698	.11	.98	1.56	<.001

Επιπλέον, οι δημογραφικές μεταβλητές που πήραν μέρος στις αναλύσεις regression ήταν η ηλικία και το ακαδημαϊκό επίπεδο. Παρατηρήθηκε ότι ο αυτό-στιγματισμός μπόρεσε να προβλέψει την στάση ($F(3, 212) = 9.962, p = .001, R^2 = .12$). Επιπροσθέτως, βρέθηκε ότι οι πολιτισμικές πεποιθήσεις ήταν σε θέση να προβλέψουν την στάση ($F(3, 213) = 8.970, p = .001, R^2 = .11$), προβλέποντας την διακύμανση κατά 11%. Το κοινωνικό στίγμα δεν ήταν σε θέση να προβλέψει την ευνοϊκή στάση ($F(3, 213) = 2.351, p = .07, R^2 = .03$), προβλέποντας την διακύμανση της εξαρτημένης μεταβλητής κατά 3%. Οι γνώσεις και εξοικείωση με προβλήματα ψυχικής υγείας, υπηρεσίες ψυχικής υγείας και επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπόρεσαν να προβλέψουν την στάση ($F(3, 213) = 6.320, p = .001, R^2 = .08$).

Πίνακας 4: Αποτελέσματα από τις Αναλύσεις Regression με την Εμπλοκή Δημογραφικών Μεταβλητών

Ανάλυση	<i>F</i>	<i>R</i> ²	95% CI		<i>P</i>
			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
Μεταβλητές					
Κοινωνικό Στίγμα	2.351	.03	-.08	.61	.07
Αυτοστιγματισμός	9.962	.12	.04	.14	.001
Εξοικείωση	6.320	.08	-.40	-.15	.001
Πολιτισμικές Πεποιθήσεις	8.970	.11	.06	.20	.001

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Με βάση τις παραπάνω στατιστικές αναλύσεις παρατηρήθηκε ότι όσο αυξάνεται η τάση των μουσουλμάνων της Θράκης για πολιτισμικές εξηγήσεις για τα προβλήματα ψυχικής υγείας, αυξάνονται και οι μη ευνοϊκές στάσεις που αναφέρουν απέναντι στις επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Δηλαδή, υπήρξε μια θετική συσχέτιση ανάμεσα στις στάσεις προς επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τις παραδοσιακές πεποιθήσεις για την ψυχική υγεία. Συνεπώς, η πρώτη ερευνητική υπόθεση της παρούσας εργασίας, κατά την οποία οι μουσουλμάνοι της Θράκης με πιο πολιτισμικά παραδοσιακές πεποιθήσεις για την ψυχική υγεία θα αναφέρουν λιγότερο ευνοϊκή στάση απέναντι στις επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, γίνεται αποδεκτή. Η σχέση αυτή φαίνεται, επίσης, από το σύνολο των μέσων όρων των απαντήσεων του δείγματος. Βάση των οποίων, οι στάσεις προς τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων χαρακτηρίζονται ευνοϊκές στο σύνολο τους, ενώ οι πολιτισμικές πεποιθήσεις σημείωσαν σχετικά χαμηλά επίπεδα μεταξύ των συμμετεχόντων.

Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι, υπήρξε μια σημαντική αρνητική και στατιστική σύνδεση μεταξύ των μη ευνοϊκών στάσεων και γνώσεων και εξοικειώσεων με προβλήματα ψυχικής υγείας, υπηρεσίες ψυχικής υγείας και επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Δηλαδή, όσο μειώνεται το επίπεδο της γνώσης και εξοικείωσης με ζητήματα ψυχικής υγείας αυξάνεται η μη ευνοϊκή στάση απέναντι στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Συνεπώς, γίνεται αποδεκτή και η δεύτερη ερευνητική υπόθεση κατά την οποία, οι μουσουλμάνοι της Θράκης με λιγότερη γνώση και εξοικείωση με προβλήματα ψυχικής υγείας, υπηρεσίες ψυχικής υγείας και επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα αναφέρουν λιγότερο ευνοϊκή στάση απέναντι στις επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η σχέση αυτή αποδεικνύεται επίσης, από την συνολική ευνοϊκή στάση απέναντι στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων και τα σχετικά ψηλά επίπεδα γνώσης και εξοικείωσης με προβλήματα ψυχικής υγείας, υπηρεσίες ψυχικής υγείας και επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Επίσης, παρατηρήθηκε ότι πιο αυξημένα επίπεδα ντροπής σχετικά με τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας οδήγησαν, σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με τις άλλους μεταβλητές, στην αύξηση των μη ευνοϊκών στάσεων. Αφού, βρέθηκε ότι υπήρξε μια αδύναμη θετική συσχέτιση με το κοινωνικό στίγμα. Έτσι, γίνεται αποδεκτή και η τρίτη ερευνητική υπόθεση της παρούσας εργασίας, κατά την οποία, οι μουσουλμάνοι της Θράκης με υψηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενου κοινωνικού στίγματος που συνδέεται με την αναζήτηση επίσημων

υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα αναφέρουν λιγότερο ευνοϊκή στάση απέναντι στις επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Ο μέσος όρος των απαντήσεων για το αντιλαμβανόμενο επίπεδο στίγματος που προέκυψε από το σύνολο των απαντήσεων του δείγματος, ήταν σχετικά ψηλός.

Τέλος, σχετικά με τον αυτό-στιγματισμό, παρατηρήθηκε ότι, όσο αυξάνονται τα επίπεδα του αντιλαμβανόμενου αυτό-στιγματισμού, αυξάνονται και οι μη ευνοϊκές στάσεις απέναντι στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αφού, ο αυτό-στιγματισμός συνδέθηκε με τις μη ευνοϊκές στάσεις απέναντι στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας θετικά και στατιστικά σημαντικά. Έτσι, γίνεται αποδεκτή και η τελευταία ερευνητική υπόθεση της έρευνας, κατά την οποία, οι μουσουλμάνοι της Θράκης με πιο αυξημένα επίπεδα αυτοστιγματισμού θα αναφέρουν λιγότερο ευνοϊκή στάση απέναντι στις επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το αποτέλεσμα αυτό, επιβεβαιώνεται, επίσης, από το χαμηλό μέσο όρο στα αναφερόμενα επίπεδα αυτοστιγματισμού του δείγματος σε συνδυασμό με τα ψηλά επίπεδα στην ευνοϊκή στάση.

Επιπλέον, οι αναλύσεις παλινδρόμησης έδειξαν ότι, οι πολιτισμικές πεποιθήσεις είναι σε θέση να προβλέψουν τις μη ευνοϊκές στάσεις, προβλέποντας την διακύμανση κατά 11%. Επίσης, οι γνώσεις και εξοικείωση με προβλήματα ψυχικής υγείας, υπηρεσίες ψυχικής υγείας και επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπόρεσαν να προβλέψουν τη μη ευνοϊκή στάση, στατιστικά σημαντικά. Άλλη ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι το κοινωνικό στίγμα ήταν σε θέση να προβλέψει τη μη ευνοϊκή στάση, προβλέποντας την διακύμανση κατά 2%. Επιπλέον, ο αυτό-στιγματισμός μπόρεσε να προβλέψει τη μη ευνοϊκή στάση σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Οι αναλύσεις παλινδρόμησης που έγιναν με την εμπλοκή των δημογραφικών χαρακτηριστικών του εκπαιδευτικού επιπέδου και της ηλικίας, έδειξαν επίσης ότι όλες οι παραπάνω μεταβλητές είναι σε θέση να προβλέψουν τη μη ευνοϊκή στάση απέναντι στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, εκτός από το αντιλαμβανόμενο κοινωνικό στίγμα.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, συμφωνούν σε γενικές γραμμές με τα αποτελέσματα των άλλων ερευνών που έχουν διεξαχθεί κυρίως σε άλλες δυτικές χώρες και στις ΗΠΑ και έχουν αναφερθεί στο θεωρητικό μέρος της παρούσας έρευνας. Σύμφωνα με τις έρευνες αυτές, οι αυξημένες πολιτισμικές πεποιθήσεις για προβλήματα ψυχικής υγείας, το αυξημένο επίπεδο αντιλαμβανόμενου κοινωνικού στίγματος και αυτό-στιγματισμού σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η λιγότερη εξοικείωση με προβλήματα, υπηρεσίες και επαγγελματίες ψυχικής υγείας προβλέπουν τη μη ευνοϊκή στάση απέναντι στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Κατά συνέπεια, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ενισχύουν θετικά τα αποτελέσματα των υπάρχουσών σχετικών ερευνών. Είναι σημαντικό ωστόσο να σημειωθεί ότι, το αντιλαμβανόμενο κοινωνικό στίγμα στην παρούσα έρευνα δεν

είναι σε θέση να προβλέψει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό τις στάσεις απέναντι στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όσο είναι σε άλλες έρευνες που έχουν διεξαχθεί. Αντιθέτως, τα αποτελέσματα για τον αυτοστιγματισμό που επηρεάζουν αρνητικά τις στάσεις απέναντι στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με την πιο ισχυρή συσχέτιση, συμφωνούν περισσότερο με άλλες έρευνες που έχουν σημειώσει ότι τα άτομα που αυτοστιγματίζονται έχουν περισσότερες αρνητικές στάσεις απέναντι και λιγότερες προθέσεις να αναζητήσουν ψυχολογικές υπηρεσίες για πολλές διαφορετικές μορφές θεραπείας (Vogel et al., 2007).

Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί ότι, τα αποτελέσματα σχετικά με τα κάπως αυξημένα επίπεδα αντιλαμβανόμενου κοινωνικού στίγματος σε συνδυασμό με τις ευνοϊκές στάσεις τείνουν να επιβεβαιώσουν τα αναφερόμενα των Ciftci και συνεργατών της (2013), ότι ακόμη και όταν οι μουσουλμάνοι έχουν θετική στάση απέναντι στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, το κοινωνικό στίγμα παραμένει ισχυρό. Αφού, λιγότεροι ερευνητές ανέφεραν ότι το αντιλαμβανόμενο κοινωνικό στίγμα δεν αποτελούσε σημαντικό εμπόδιο για τη χρήση των ψυχολογικών υπηρεσιών ιδιαίτερα όταν πιο μορφωμένα και σημαντικά άτομα μέσα στις μουσουλμανικές κοινότητες περιλαμβάνονται στο δείγμα (Ali & Milstein, 2012. Kelly et al., 1996. Khan, 2006. Tanhan & Strack, 2020. Tanhan & Francisco, 2019. Tanhan & Young, 2022).

Επιπλέον, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας σχετικά με τις ευνοϊκές στάσεις των μουσουλμάνων της Θράκης απέναντι στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, προστίθενται στις λίγες έρευνες που έχουν διαπιστώσει ότι οι μουσουλμάνοι είχαν θετική στάση προς τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Khan, 2006. Tanhan & Strack, 2020. Tanhan & Young, 2022. Thomas et al., 2015). Γενικότερα για τις στάσεις έχει αναφερθεί από αρκετές έρευνες, ότι οι μουσουλμάνοι στις ΗΠΑ και σε άλλους δυτικούς πολιτισμούς τείνουν να έχουν αρνητικές στάσεις προς την αναζήτηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας λόγω πολιτισμικών πεποιθήσεων, έλλειψης γνώσης και αντιλαμβανόμενου στίγματος (Alhomaizi et al., 2018. Ali et al., 2022. Tanhan & Francisco, 2019. Tanhan & Young, 2022. Youssef & Deane, 2006). Επίσης, τα αποτελέσματα σχετικά με τη γνώση και εξοικείωση με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, συμφωνούν περισσότερο, κυρίως μόνο με έναν μικρό αριθμό ερευνών που έχουν διαπιστώσει ότι οι μουσουλμάνοι διέθεταν γνώση σχετικά με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Bagasra & Mackinem, 2014. Tanhan, 2017. Tanhan & Francisco, 2019. Tanhan & Strack, 2020. Tanhan & Young, 2022).

Η έλλειψη άλλων ερευνητικών δεδομένων σχετικά με τις στάσεις και τις αντιλήψεις των μουσουλμάνων της Θράκης απέναντι στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αποτελεί σίγουρα

έναν περιορισμό της παρούσας έρευνας, καθώς δεν μπορούν τα αποτελέσματα να συγκριθούν με άλλες έρευνες σε τοπικό επίπεδο. Ωστόσο, σε διεθνές επίπεδο, τα αποτελέσματα συμφωνούν περισσότερο με τις έρευνες, κατά τις οποίες οι Ευρωπαίο-Αμερικανοί μουσουλμάνοι και οι Νότιο-Ασιάτες μουσουλμάνοι έχουν πιο ευνοϊκή στάση, ενώ οι Άραβες, Αμερικάνοι από τη Μέση-Ανατολή και Αφρό-Αμερικανοί μουσουλμάνοι αναφέρουν τη λιγότερο ευνοϊκή στάση προς την περίθαλψη ψυχικής υγείας.

Επίσης, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η μέθοδος δειγματοληψίας της χιονοστιβάδας που επιλέχθηκε αποτελεί έναν περιορισμό της παρούσας έρευνας ως προς τη γενίκευση και την αντιπροσωπευτικότητα των αποτελεσμάτων στον γενικό πληθυσμό. Αφού, ως μια μορφή δειγματοληψίας ευκολίας, η δειγματοληψία χιονοστιβάδας δέχεται κριτικές για μεροληψία επιλογής, καθώς και για έλλειψη εξωτερικής εγκυρότητας, γενίκευσης και αντιπροσωπευτικότητας. Ως εύχρηστη μορφή δειγματοληψίας βάσει κοινωνικών δικτύων του ερευνητή, μπορεί να θεωρηθεί αρνητικά για τη μη παραγωγή δειγμάτων που πληρούν τα κριτήρια των τυχαίων δειγμάτων με τη στατιστική έννοια (Parker, Scott & Geddes, 2020).

Αν και οι δημογραφικοί παράγοντες δεν έχουν συμπεριληφθεί στις στατιστικές αναλύσεις, εκτός από την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο που συμπεριλήφθηκαν και δεν βρέθηκε να έχουν κάποια προβλεπτική ισχύ για τις στάσεις προς τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, μερικοί ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι μουσουλμάνοι που έχουν χρησιμοποιήσει υπηρεσίες ψυχικής υγείας στο παρελθόν είναι πιο πιθανό να το ξανακάνουν και να έχουν πιο θετική στάση απέναντι στις υπηρεσίες (Bagasra & Mackinem, 2014. Tanhan & Strack, 2020). Για τον λόγο αυτό, εκτιμάται ότι ενδέχεται, η προηγούμενη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας τα τελευταία τρία χρόνια από τους 3 στους 10 συμμετέχοντες του δείγματος, να επίδρασε στην ευνοϊκή στάση του δείγματος προς τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Συνεπώς, η συνολική ευνοϊκή στάση του δείγματος μπορεί να μην αντιπροσωπεύει τις στάσεις του γενικού πληθυσμού.

Παρόλα αυτά, όμως, επιχειρώντας μια πρωτότυπη διερεύνηση, μπόρεσε να πετύχει τους στόχους της, προσθέτοντας τόσο στη γνώση στον κορμό της βιβλιογραφίας σχετικά με την ψυχική υγεία των μουσουλμάνων, όσο και στην ελληνική βιβλιογραφία σχετικά με τις στάσεις των μουσουλμάνων της Θράκης απέναντι στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σε επίπεδο πρακτικής εφαρμογής στο κοινωνικό πλαίσιο, τα αποτελέσματα για την ευνοϊκή στάση σε συνδυασμό με παλιότερες αναφορές για αυξημένη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τη μουσουλμανική μειονότητα της Θράκης, υποδηλώνουν σίγουρα ότι δεν φαίνεται να υπάρχει ζήτημα υποχρησιμοποίησης υπηρεσιών ψυχικής υγείας μεταξύ των μουσουλμάνων της Θράκης, όπως συμβαίνει στις περιπτώσεις άλλων μουσουλμάνων στην πλειοψηφία των

μελετών. Συνεπώς, η ενίσχυση και η ανάπτυξη των υπαρχουσών δομών ψυχικής υγείας φαίνεται πως θα είχε μια θετική ανταπόκριση στη χρήση τους από τον πληθυσμό, με δυνατότητα να συμβάλει στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση και πρόληψη ζητημάτων ψυχικής υγείας.

Τέλος, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας υποδηλώνουν ότι παρόλο που οι παράγοντες που εξετάστηκαν συνέβαλαν στην υπάρχουσα γνώση, μπορεί να μην επαρκούν για την εξήγηση των στάσεων των μουσουλμάνων της Θράκης απέναντι στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Συνεπώς, μελλοντική έρευνα μπορεί να διερευνήσει πρόσθετες μεταβλητές, για τις αντιλήψεις και τις στάσεις των μουσουλμάνων της Θράκης για την ψυχική υγεία με βάση έναν συνδυασμό αυτών των παραγόντων. Θα είχε, επίσης, ενδιαφέρον η χρήση ποιοτικών μεθόδων έρευνας για την περεταίρω διερεύνηση των ίδιων ή/και πρόσθετων μεταβλητών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Aarbakke, V. (2000). *The Muslim Minority of Greek Thrace*. (Διδακτορική Διατριβή, University of Bergen, Bergen).
- Abdel-Khalek, A. M. (2011). Religiosity, subjective well-being, self-esteem, and anxiety among Kuwaiti Muslim adolescents. *Mental Health, Religion and Culture*, 14(2), 129–140. <https://doi.org/10.1080/13674670903456463>
- Abdullah, T., & Brown, T. L. (2011). Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 934–948. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.003>
- Abu-Ras, W. (2003). Barriers to Services for Arab Immigrant Battered Women in a Detroit Suburb. *Journal of Social Work Research and Evaluation*, 4(1), 49–66.
- Abu-Ras, W., & Abu-Bader, S. H. (2009). Risk factors for depression and posttraumatic stress disorder (PTSD): The case of Arab and Muslim Americans Post-9/11. *Journal of Immigrant and Refugee Studies*, 7(4), 393–418. <https://doi.org/10.1080/15562940903379068>
- Ağılkaya, Ş. Z. (2019). Müslüman Psikologlar Kertenkele Deliğinden Çıktı mı? İslami Psikoloji Alanındaki. *Journal of Turkish Studies*, 14(2), 15–47. <https://doi.org/10.7827/turkishstudies.15018>
- Agilkaya, Z. (2012). The problem of appropriate psychology of religion measures for non-western christian samples with respect to the Turkish-islamic religious landscape. *Archive for the Psychology of Religion*, 34(3), 285–325. <https://doi.org/10.1163/15736121-12341244>
- Ahmed, S., & Reddy, L. A. (2007). Understanding the mental health needs of American muslims: Recommendations and considerations for practice. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 35(4), 207–218. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.2007.tb00061.x>
- Ajzen, I., Joyce, N., Sheikh, S., & Cote, N. G. (2011). Knowledge and the prediction of behavior: The role of information accuracy in the theory of planned behavior. *Basic and Applied Social Psychology*, 33(2), 101–117. <https://doi.org/10.1080/01973533.2011.568834>

- Al-Habeeb, T. (2003). A pilot study of faith healers' views on evil eye, jinn possession, and magic in the Kingdom of Saudi Arabia. *Journal of Family and Community Medicine*, 10(3), 31–38. <https://doi.org/10.4103/2230-8229.97830>
- Al-krenawi, A., & Graham, J. R. (2000). *Culturally Sensitive Social Work Practice with Arab Clients in Mental Health Settings*.
- Al-Krenawi, A., & Graham, J. R. (1999). Gender and biomedical/traditional mental health utilization among the Bedouin-Arabs of the Negev. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 23(2), 219–243. <https://doi.org/10.1023/A:1005455809283>
- Al-Krenawi, A., Graham, J. R., & Kandah, J. (2000). Gendered utilization differences of mental health services in Jordan. *Community Mental Health Journal*, 36(5), 501–511. <https://doi.org/10.1023/A:1001963714338>
- Al-Shannaq, Y., & Aldalaykeh, M. (2023). Suicide literacy, suicide stigma, and psychological help seeking attitudes among Arab youth. *Current Psychology*, 42(8), 6532–6544. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02007-9>
- Alhomaizi, D., Alsaidi, S., Moalie, A., Muradwij, N., Borba, C. P. C., & Lincoln, A. K. (2018). An exploration of the help-seeking behaviors of Arab-Muslims in the US: A Socio-ecological Approach. *Journal of Muslim Mental Health*, 12(1), 19–48. <https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0012.102>
- Ali, O. M., & Milstein, G. (2012). Mental illness recognition and referral practices among imams in the United States. *Journal of Muslim Mental Health*, 6(2), 3–13. <https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0006.202>
- Ali, S., Elsayed, D., Elahi, S., Zia, B., & Awaad, R. (2022). Predicting rejection attitudes toward utilizing formal mental health services in Muslim women in the US: Results from the Muslims' perceptions and attitudes to mental health study. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(3), 662–669. <https://doi.org/10.1177/00207640211001084>
- Aloud, (2004). *Factors affecting attitudes toward seeking and using formal mental health and psychological services among Arab Muslim population*. (Διδακτορική Διατριβή). Ανακτήθηκε από: https://etd.ohiolink.edu/acprod/odb_etd/ws/send_file/send?accession=osu107893549

- Aloud, N., & Rathur, A. (2009). Factors affecting attitudes toward seeking and using formal mental health and psychological services among Arab Muslim populations. *Journal of Muslim Mental Health*, 4(2), 79–103. <https://doi.org/10.1080/15564900802487675>
- Altalib, H. H., Elzamzamy, K., Fattah, M., Ali, S. S., & Awaad, R. (2019). Mapping global Muslim mental health research: analysis of trends in the English literature from 2000 to 2015. *Global Mental Health*, 6(May). <https://doi.org/10.1017/gmh.2019.3>
- Amri, S., & Bemak, F. (2012). Mental health help-seeking behaviors of Muslim immigrants in the United States: Overcoming social stigma and cultural mistrust. *Journal of Muslim Mental Health*, 7(1), 43–63. <https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0007.104>
- Ασημακοπούλου, Φ. & Χρηστίδου-Λιοναράκη, Σ. (2002). *Η μουσουλμανική μειονότητα της Θράκης και οι ελληνοτουρκικές σχέσεις*. Αθήνα: Λιβάνη.
- Ασκούνη, Ν. (2006). *Η εκπαίδευση της Μειονότητας στη Θράκη. Από το Περιθώριο στην Προοπτική της Κοινωνικής Ένταξης*. Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
- Awaad, R., Fisher, A. J., Ali, S., & Rasgon, N. (2019). Development and validation of the muslims' perceptions and attitudes to mental health (M-PAMH) scale with a sample of American muslim women. *Journal of Muslim Mental Health*, 13(2). <https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0013.205>
- Badri, M. (2020). Islamization of Psychology. *American Journal of Islam and Society*, 3(1), 22–33. <https://doi.org/10.35632/ajis.v15i4.2144>
- Bagasra, A. (2019). *Muslim Worldviews*. 1–22. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-0018-7.ch001>
- Bagasra, A., & Mackinem, M. (2014). An exploratory study of American Muslim conceptions of mental illness. *Journal of Muslim Mental Health*, 8(1), 57–76. <https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0008.104>
- Besiroglu, L., Karaca, S., & Keskin, I. (2014). Scrupulosity and Obsessive Compulsive Disorder: The Cognitive Perspective in Islamic Sources. *Journal of Religion and Health*, 53(1), 3–12. <https://doi.org/10.1007/s10943-012-9588-7>
- Bonabi, H., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Eisele, J., Rodgers, S., Seifritz, E., Rössler, W., & Rüsch, N. (2016). Mental health literacy, attitudes to help seeking, and perceived need as

- predictors of mental health service use: A longitudinal study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(4), 321–324. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000488>
- Borsa, B.F., Damásio, B.F., Bandeira, D.R. (2012). Cross-Cultural Adaptation and Validation of Psychological Instruments: Some Considerations. *Paidéia*, 22(53), 423-432. [doi:http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272253201314](http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272253201314)
- Bronfenbrenner, U., & Evans, G. W. (2000). Developmental Science in the 21st Century: Emerging Questions, Theoretical Models, Research Designs and Empirical Findings. *Social Development*, 9(1), 115–125. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00114>
- Bruce, G. L., & Jo C. Phelan. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, Lewis 1998, 363–385.
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods*. New York: Oxford University Press.
- Ciftci, A., Jones, N., & Corrigan, P. W. (2013). Mental Health Stigma in the Muslim Community. In *Journal of Muslim Mental Health*, 7(1). <http://hdl.handle.net/2027/spo.10381607.0007.102>
- Cinnirella, M., & Loewenthal, K. M. (1999). Religious and ethnic group influences on beliefs about mental illness: A qualitative interview study. *British Journal of Medical Psychology*, 72(4), 505–524. <https://doi.org/10.1348/000711299160202>
- Conner, K. O., Copeland, V. C., Grote, N. K., Koeske, G., Rosen, D., Reynolds, C. F., & Brown, C. (2010). Mental health treatment seeking among older adults with Depression: The impact of stigma and race. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(6), 531–543. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181cc0366>
- Cook-Masaud, C., & Wiggins, M. I. (2011). Counseling Muslim women: Navigating cultural and religious challenges. *Counseling and Values*, 55(2), 247–256. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2011.tb00035.x>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 907–922. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.004>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2007). The stigma of psychiatric disorders and the gender,

- ethnicity, and education of the perceiver. *Community Mental Health Journal*, 43(5), 439–458. <https://doi.org/10.1007/s10597-007-9084-9>
- Dragonas, T., & Frangoudaki, A. (2006). Educating the Muslim Minority in Western Thrace. *Islam and Christian – Muslim Relations*, 17(1), 21-41.
- Ζαϊμάκης, Γ., & Καπράνη, Κ. (2016). "Μουσουλμάνες" γυναίκες και πολιτισμική αλλαγή: Ετερότητα, φύλο και θρησκεία σε έναν αγροτικό οικισμό στη Δυτική Θράκη. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 116(116), 79–110. <https://doi.org/10.12681/grsr.9457>
- Ζαφειρόπουλος, Κ. (2005). *Πώς γίνεται μια επιστημονική εργασία; Επιστημονική έρευνα και συγγραφή εργασιών*. Αθήνα: Κριτική.
- Fischer, E. H., & Turner, J. L. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 79–90. <https://doi.org/10.1037/h0029636>
- Φιλίας, Β. (2003). *Εισαγωγή στη Μεθοδολογία και τις Τεχνικές των Κοινωνικών Ερευνών*. Αθήνα: Gutenberg.
- Fukuyama, M.A. & Puig, A. (2017). Θρησκεία πνευματικότητα και πολυπολιτισμική συμβουλευτική. Στο P.B. Pedersen, W.J. Lonner, J.G. Draguns, J.E. Trimble & M.R. Scarron-del Rio (επιμ.). *Πολυπολιτισμική Συμβουλευτική και Κοινωνική Δικαιοσύνη* (σσ.187-206). Αθήνα: Παρισιανού.
- Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., & Corrigan, P. W. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(2), 95–104. <https://doi.org/10.2975/32.2.2008.95.104>
- Haque, A. (2004). *Religion and Mental Health : The Case*. 43(1), 45–58.
- Herzig, B. A., Roysircar, G., Kosyluk, K. A., & Corrigan, P. W. (2012). American Muslim college students: The impact of religiousness and stigma on active coping. *Journal of Muslim Mental Health*, 7(1), 33–42. <https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0007.103>
- Θεοδώρου, Θ.Ι. (2012). *Μουσουλμανική μειονότητα στη Θράκη και οι μειονότητες στην Ευρώπη 1923-2010: Μια ολιστική ανθρωπολογική προσέγγιση*. Ξάνθη: Σπανίδης.
- Jamal, A., & Naber, N. (2009). *Race and Arab Americans Before and After 9 / 11 : From Invisible Citizens to Visible Subjects*. 131–134.

- Jasinskaja-lahti, I., Liebkind, K., & Perhoniemi, R. (2006). *Perceived Discrimination and Well-Being : A Victim Study of Different Immigrant Groups*. 284(February), 267–284.
- Katsikas ,S. (2012). Muslim Minority in Greek Historiography: A Distorted Story?. *European History Quarterly*, 42(3), 444–467.
- Kelly, E. W., Aridi, A., & Bakhtiar, L. (1996). Muslims in the United States: An exploratory study of universal and mental health values. *Counseling and Values*, 40(3), 206–218. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.1996.tb00853.x>
- Khan, M., & Ecklund, K. (2012). Attitudes toward Muslim Americans post-9/11. *Journal of Muslim Mental Health*, 7(1), 1–16. <https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0007.101>
- Khan, Z. (2006). Attitudes Toward Counseling and Alternative Support Among Muslims in Toledo, Ohio. *Journal of Muslim Mental Health*, 1(1), 21–42. <https://doi.org/10.1080/15564900600654278>
- Κοντοπούλου, Ε. (2002). *Ψυχομετρία*. Αθήνα: Interbooks.
- Λαφαζάνη, Δ. (1997). “Εμείς και οι «άλλοι»: η διαχείριση της εθνο-πολιτισμικής διαφορετικότητας”. *Σύγχρονα Θέματα*, 63 (4 – 6), σσ. 11 – 14.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621–1626. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.1621>
- Ludwikowski, W. M. A., Vogel, D., & Armstrong, P. I. (2009). Attitudes Toward Career Counseling: The Role of Public and Self-Stigma. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 408–416. <https://doi.org/10.1037/a0016180>
- Mackenzie, C. S., Knox, V. J., Gekoski, W. L., & Macaulay, H. L. (2004). An adaptation and extension of the attitudes toward seeking professional psychological help scale. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(11), 2410–2433. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2004.tb01984.x>
- Manos, R. C., Rusch, L. C., Kanter, J. W., & Clifford, L. M. (2009). Depression self-stigma as a mediator of the relationship between depression severity and avoidance. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(9), 1128–1143. <https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.9.1128>
- Μαλκίδης, Θ. (1999). *Ηπολιτική της Ελλάδας και της Τουρκίας για τη Θράκη μετά την ένταξη*

- τους στο NATO. (Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο).
- Μαλκίδης, Θ. (2016). Η οικογένεια και η γυναίκα στην κοινωνία των μουσουλμανικών μειονοτήτων της ελληνικής Θράκης. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 116(116), 51–78. <https://doi.org/10.12681/grsr.9455>
- Μπαλτσιώτης, Λ., & Τσιτσελίκης, Κ. (2007). Η μειονοτική εκπαίδευση της Θράκης. Νομικό καθεστώς, προβλήματα και προοπτικές. Στο: Θ. Δραγώνα, & Α. Φραγκουδάκη (επιμ.), *Πρόσθεση όχι Αφαίρεση. Πολλαπλασιασμός όχι Διαίρεση. Η μεταρρυθμιστική Παρέμβαση στην Εκπαίδευση της Μειονότητας της Θράκης* (σσ. 59-90). Αθήνα: Μεταίχμιο
- Μαυρομμάτης, Γ. (2008). *Εθνικισμός και ιστορία εκπαιδευτικής πολιτικής: η εκπαίδευση των Θρακιωτών μουσουλμάνων μειονοτικών 1945-1975*. (Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο).
- Martin, M. B. (2015). Perceived discrimination of Muslims in health care. *Journal of Muslim Mental Health*, 9(2), 41–69. <https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0009.203>
- Mechammil, M., Boghosian, S., & Cruz, R. A. (2019). Mental health attitudes among Middle Eastern/North African individuals in the United States. *Mental Health, Religion and Culture*, 22(7), 724–737. <https://doi.org/10.1080/13674676.2019.1644302>
- Μπρεδήμας, Α. (2023). Η έννοια των μειονοτήτων κατά το διεθνές δίκαιο και τα δικαιώματά τους. Έννοια και διαπίστωση της ύπαρξης της μειονότητας και ο αυτοπροσδιορισμός των μελών της. Στο Α. Σαμαρά-Κρίσπη, Α. Μ. Συρίγος & Α. Κλάψης (επιμ.). *Μειονότητες & θρησκευτικές και Γλωσσικές ομάδες* (σσ.3-22). Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
- Mudryk, E. P., & Johnson, L. R. (2023). The impact of religiousness and beliefs about mental illness on help-seeking behaviors of Muslim Americans. *Journal of Clinical Psychology*, 79(4), 1208–1222. <https://doi.org/10.1002/jclp.23466>
- Nabolsi, M. M., & Carson, A. M. (2011). Spirituality, illness, and personal responsibility: The experience of Jordanian Muslim men with coronary artery disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 716–724. <http://dx.doi.org/10.1111/j.14716712.2011.00882.x>
- Okasha, A. (1999). Mental health in the middle east: An Egyptian perspective. *Clinical Psychology Review*, 19(8), 917–933. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00003-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00003-3)
- Οικονόμου, Μ., Μπεχράκη, Α., & Χαρίτση, Μ. (2020). Το Στίγμα Της Ψυχικής Ασθένειας:

- Ιστορική Αναδρομή Και Θεωρητική Πλαισίωση. *Ψυχιατρική*, 31(1), 36–46.
- Ονσούνογλου, Ι. (1997). Η ματιά του μειονοτικού. *Σύγχρονα Θέματα*, 63, 61-64.
- Oppedal, B., & Røysamb, E. (2007). Young Muslim immigrants in Norway: An epidemiological study of their psychosocial adaptation and internalizing problems. *Applied Developmental Science*, 11(3), 112–125. <https://doi.org/10.1080/10888690701454583>
- Orsini, M. M., Wyrick, D. L., Hansen, W. B., O’Sullivan, R. G., Hallfors, D., Steckler, A. B., & Ridenour, T. A. (2019). Evaluation of an infused alcohol and drug prevention programme. *Health Education*, 119(3), 230–243. <https://doi.org/10.1108/HE-07-2018-0035>
- Padela, A. I., Killawi, A., Forman, J., Demonner, S., & Heisler, M. (2012). American muslim perceptions of healing: Key agents in healing, and their roles. *Qualitative Health Research*, 22(6), 846–858. <https://doi.org/10.1177/1049732312438969>
- Parker, C. , Scott, S. & Geddes, A. (2020). *Snowball Sampling*. SAGE Research Methods Foundations. <https://doi.org/10.4135/Official>
- Pew Research Center (2011). The Future of the Global Muslim Population. Ανακτήθηκε από: <https://www.pewresearch.org/religion/2011/01/27/the-future-of-the-global-muslim-population/>
- Phillips, D., & Lauterbach, D. (2017). American Muslim immigrant mental health: The role of racism and mental health stigma. *Journal of Muslim Mental Health*, 11(1), 39–56. <https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0011.103>
- Queirós, A., Faria, D., & Almeida, F. (2017). Strengths and Limitations of Qualitative and Quantitative Research Methods. *European Journal of Education Studies*, 3(9), 369–387. <https://doi.org/10.5281/zenodo.887089>
- Rabbi, F., Khalil, A., Khan, I., Almuqrin, M. A., Khalil, U., & Andualem, M. (2022). Robust model selection using the out-of-bag bootstrap in linear regression. *Scientific Reports*, 12(1), 1–11. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-14398-1>
- Rassool, G. H. (2000). *The crescent and Islam : healing , nursing and the spiritual dimension . Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring*. 32(6), 1476–1484.

- Rassool, G. H. (2015). Cultural Competence in Counseling the Muslim Patient: Implications for Mental Health. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 321–325. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.009>
- Σίμος, Π. & Κομίλη, Α. (2003). *Μέθοδοι έρευνας στην ψυχολογία και τη γνωστική νευροεπιστήμη*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Sireci, S. G., Yang, Y., Harter, J., & Ehrlich, E. J. (2006). Evaluating guidelines for test adaptations: A methodological analysis of translation quality. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 37(5), 557–567. <https://doi.org/10.1177/0022022106290478>
- Skinner, R. (2010). An islamic approach to psychology and mental health. *Mental Health, Religion and Culture*, 13(6), 547–551. <https://doi.org/10.1080/13674676.2010.488441>
- Soheilian, S. S., & Inman, A. G. (2009). Middle Eastern Americans: The effects of stigma on attitudes toward counseling. *Journal of Muslim Mental Health*, 4(2), 139–158. <https://doi.org/10.1080/15564900903245766>
- Στυλιανίδου, Ε. Β. (2021). *Η μουσουλμανική μειονότητα στη Θράκη και θετικά μέτρα στην εκπαίδευση: η εισαγωγή στα Α.Ε.Ι. (Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο)*.
- Συρίγος, Α.Μ. (2023). Μουσουλμανική μειονότητα στη Θράκη. Στο Α. Σαμαρά-Κρίσπη, Α. Μ. Συρίγος & Α. Κλάνης (επιμ.). *Μειονότητες & θρησκευτικές και Γλωσσικές ομάδες* (σσ. 297-342). Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
- Tanhan, A. (2020). COVID-19 Sürecinde Online Seslifoto (OSF) Yöntemiyle Biyopsikososyal Manevi ve Ekonomik Meseleleri ve Genel İyi Oluş Düzeyini Ele Almak: OSF'nin Türkçeye Uyarlanması. *Journal of Turkish Studies*, 15(4), 1029–1086. <https://doi.org/10.7827/turkishstudies.44451>
- Tanhan, A. (2019). Acceptance and commitment therapy with ecological systems theory: Addressing muslim mental health issues and wellbeing. *Journal of Positive Psychology and Wellbeing*, 3(2), 197–219. <https://doi.org/10.47602/jpsp.v3i2.172>
- Tanhan, A. (2017). Mental Health Issues and Seeking of Formal Mental Health Services Among Muslims in the Southeastern US: Preliminary Investigation of a Contextual Theoretical Framework Based on the Theory of Planned Behavior/Theory of Reasoned Action and the Social Ecological Model (Doctoral dissertation, The University of North Carolina at Greensboro).

- Tanhan, A., & Francisco, V. T. (2019). Muslims and mental health concerns: A social ecological model perspective. *Journal of Community Psychology*, 47(4), 964–978. <https://doi.org/10.1002/jcop.22166>
- Tanhan, A., & Strack, R. W. (2020). Online photovoice to explore and advocate for Muslim spiritual wellbeing and issues: Ecological systems theory and ally development. *Current Psychology*, 39(6), 2010–2025. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00692-6>
- Tanhan, A., Yavuz, K. F., Young, J. S., Nalbant, A., Arslan, G., Yıldırım, M., Ulusoy, S., Genç, E., Uğur, E., & Çiçek, İ. (2020). A proposed framework based on literature review of online contextual mental health services to enhance wellbeing and address psychopathology during covid-19. *Electronic Journal of General Medicine*, 17(6), 1–11. <https://doi.org/10.29333/ejgm/8316>
- Tanhan, A., & Young, J. S. (2022). Muslims and Mental Health Services: A Concept Map and a Theoretical Framework. In *Journal of Religion and Health* (Vol. 61, Issue 1). Springer US. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01324-4>
- Thomas, J., Al-Qarni, N., & Furber, S. W. (2015). Conceptualising mental health in the United Arab Emirates: the perspective of traditional healers. *Mental Health, Religion and Culture*, 18(2), 134–145. <https://doi.org/10.1080/13674676.2015.1010196>
- Topkaya, N. (2021). Predictors of attitudes toward seeking professional psychological help among Turkish college students. *Children and Youth Services Review*, 120(September 2020), 105782. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105782>
- Τρουμπέτα, Σ. (2001). *Κατασκευάζοντας Ταυτότητες για τους Μουσουλμάνους της Θράκης. Το παράδειγμα των Πομάκων και των Τσιγγάνων*. Αθήνα: Κριτική.
- Τσιμπιρίδου, Φ. (2016). Πολιτικές της ετερότητας στο τέλος του 20ού αιώνα. Η πορεία προς την "πολυπολιτισμικότητα" της ελληνικής Θράκης. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 118(118), 59. <https://doi.org/10.12681/grsr.9517>
- Τσιούμης, Κ. (1994). *Η Μουσουλμανική Μειονότητα της Δυτικής Θράκης και οι Ελληνοτουρκικές σχέσεις 1923-1940*. (Διδακτορική διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης).
- Tummala-Narra, P., & Claudius, M. (2013). A Qualitative Examination of Muslim Graduate International Students' Experiences in the United States. *International Perspectives in*

Psychology, 2(2), 132–147. <https://doi.org/10.1037/ipp0000003>

- United Nations, Human Rights Office of the High Commissioner (2010). *Minority Rights: International Standards and Guidance for Implementation*. Ανακτήθηκε από: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/MinorityRights_en.pdf
- Vogel, D. L., Armstrong, P. I., Tsai, P. C., Wade, N. G., Hammer, J. H., Efstathiou, G., Holtham, E., Kouvaraki, E., Liao, H. Y., Shechtman, Z., & Topkaya, N. (2013). Cross-cultural validity of the self-stigma of seeking help (SSOSH) scale: Examination across six nations. *Journal of Counseling Psychology*, 60(2), 303–310. <https://doi.org/10.1037/a0032055>
- Vogel, D. L., Shechtman, Z., & Wade, N. G. (2010). The Role of Public and Self-Stigma in Predicting Attitudes Toward Group Counseling. *The Counseling Psychologist*, 38(7), 904–922. <https://doi.org/10.1177/0011000010368297>
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 325–337. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.325>
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40–50. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.40>
- Wade, N. G., Post, B. C., Cornish, M. A., Vogel, D. L., & Tucker, J. R. (2011). Predictors of the change in self-stigma following a single session of group counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 170–182. <https://doi.org/10.1037/a0022630>
- Whidden, M. J. (2001). *Fordham Law Review Unequal Justice : Arabs in America and United States Antiterrorism Legislation UNEQUAL JUSTICE : ARABS IN AMERICA*. 69(6).
- Yıldırım, M. (2021). Irrational happiness beliefs and subjective well-being of undergraduate students: A longitudinal study. *Journal of Positive School Psychology*, 5(1), 65–72. <https://doi.org/10.47602/jpsp.v5i1.258>
- Youssef, J., & Deane, F. P. (2006). Factors influencing mental-health help-seeking in Arabic-speaking communities in Sydney, Australia. *Mental Health, Religion and Culture*, 9(1),

43–66. <https://doi.org/10.1080/13674670512331335686>

Ypinazar, V. A., & Margolis, S. A. (2006). *Delivering Culturally Sensitive Care: The Concerning Religion, Health, and Disease*. 16(6), 773–787. <https://doi.org/10.1177/1049732306288469>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Α

ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΜΟΥΣΟΥΛΜΑΝΩΝ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΝΟΤΗΤΑ Ι Στάσεις προς τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

4 = συμφωνώ απόλυτα 3 = συμφωνώ 2 = διαφωνώ 1 = διαφωνώ απόλυτα

1. Ένα άτομο με ισχυρή πίστη μπορεί να απαλλαγεί από ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας ή ψυχολογικό πρόβλημα χωρίς να χρειάζεται επαγγελματική βοήθεια.
2. Θα ένιωθα ντροπή να αναζητήσω υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή ψυχολογικές υπηρεσίες λόγω αρνητικών απόψεων των άλλων.
3. Αν πίστευα ότι αντιμετωπίζω κάποιο πρόβλημα ψυχολογικό ή ψυχικής υγείας, το πρώτο μου βήμα θα ήταν να αναζητήσω επαγγελματική συμβουλευτική ψυχικής υγείας.
4. Η ιδέα να συζητήσω τα προβλήματά μου με έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας είναι ένας ανεπαρκής τρόπος για να λύσω προβλήματα ψυχικής υγείας.
5. Θα προτιμούσα να ζήσω με ορισμένα προβλήματα ψυχικής υγείας ή ψυχολογικά προβλήματα από το να μπω στη διαδικασία να αναζητήσω επαγγελματική βοήθεια.
6. Η αναζήτηση ψυχολογικών υπηρεσιών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα πρέπει να είναι η τελευταία λύση αφού δοκιμαστούν όλες οι άλλες επιλογές (π.χ. αυτοβοήθεια, συμβουλευτική από θρησκευτικό πρόσωπο ή φίλο).
7. Θα αναζητούσα επαγγελματικές συμβουλευτικές υπηρεσίες μόνο εάν ήμουν ανήσυχος ή αναστατωμένος για μεγάλο χρονικό διάστημα.
8. Αν αντιμετωπίζα ένα σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα αυτή τη στιγμή στη ζωή μου, θα ήμουν σίγουρος ότι θα μπορούσα να βρω ανακούφιση πηγαίνοντας σε έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας.
9. Τα περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας και ψυχολογικά προβλήματα μπορούν να επιλυθούν μόνα τους, χωρίς τη βοήθεια επαγγελματιών.
10. Η λήψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή ψυχολογικών υπηρεσιών είναι πιο δύσκολη από τη χρήση άλλων ιατρικών υπηρεσιών λόγω ντροπής (κοινωνικό στίγμα).
11. Δεν θα δίσταζα να επικοινωνήσω με έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας ή να αναζητήσω ψυχολογικές υπηρεσίες στο μέλλον.
12. Η θρησκεία του Ισλάμ ενθαρρύνει τους Μουσουλμάνους να αναζητούν ιατρική βοήθεια για δυσκολίες ψυχολογικές και ψυχικής υγείας.
13. Ακόμη και για σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα, προτιμώ τη συμβουλή ενός θρησκευτικού προσώπου παρά ενός επαγγελματία ψυχικής υγείας.
14. Θαυμάζω ένα άτομο που είναι πρόθυμο να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες του χωρίς να καταφύγει σε επαγγελματικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
15. Όπως τα περισσότερα πράγματα, τα προβλήματα ψυχικής υγείας και οι ψυχολογικές δυσκολίες τείνουν να υποχωρούν από μόνα τους.
16. Ακόμα κι αν αναζητούσα επαγγελματική φροντίδα ψυχικής υγείας, θα ζητούσα βοήθεια και από μια θρησκευτική προσωπικότητα για μια ψυχολογική δυσκολία που αντιμετωπίζα.

17. Εάν αποφασίσω να αναζητήσω βοήθεια για ψυχική υγεία ή ψυχολογική βοήθεια, θα προτιμούσα να επικοινωνήσω με έναν μουσουλμάνο επαγγελματία παρά με έναν επαγγελματία με άλλο υπόβαθρο.

ΕΝΟΤΗΤΑ II Πολιτισμικές πεποιθήσεις σχετικά με προβλήματα ψυχικής υγείας

0 = λάθος 1 = πιθανώς λάθος 2 = πιθανώς αληθές 3 = αληθές

18. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας ή τα ψυχολογικά προβλήματα μπορεί να προκληθούν από βιολογικούς παράγοντες (π.χ. γενετική ασθένεια που κληρονομήθηκε από γονείς ή παππούδες).
19. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας ή τα ψυχολογικά προβλήματα μπορεί να προκληθούν από περιβαλλοντικούς παράγοντες (π.χ. κοινωνικό στρες, εμπειρία πολέμου, κ.λπ.).
20. Προβλήματα ψυχικής υγείας ή ψυχολογικά προβλήματα μπορεί να προκληθούν λόγω του κακού ματιού.
21. Προβλήματα ψυχικής υγείας ή ψυχολογικά προβλήματα μπορεί να προκληθούν από δαίμονες (τζιν-*Jinn*).
22. Προβλήματα ψυχικής υγείας ή ψυχολογικά προβλήματα είναι αποτέλεσμα της μοίρας.
23. Εάν η μοίρα ενός ατόμου είναι να έχει πρόβλημα ψυχικής υγείας ή ψυχολογικό πρόβλημα, αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί ακόμη με υπηρεσίες επαγγελματικής ψυχικής υγείας ή ψυχολογικής συμβουλευτικής.
24. Προβλήματα ψυχικής υγείας ή ψυχολογικά προβλήματα μπορούν να αντιμετωπιστούν χρησιμοποιώντας παραδοσιακά φάρμακα (π.χ. μαύρο κύμινο).
25. Τα ψυχικά προβλήματα ή τα ψυχολογικά προβλήματα μπορούν να αντιμετωπιστούν με την προσευχή.
26. Υπάρχουν ορισμένα προβλήματα ψυχικής υγείας ή ψυχολογικά προβλήματα που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν χρησιμοποιώντας θεραπεία ψυχικής υγείας ή ψυχολογική θεραπεία αντίθετα, χρειάζονται προσευχή.

ΕΝΟΤΗΤΑ III

Γνώση και εξοικείωση σχετικά με επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας

0 = καθόλου 1 = πολύ λίγο 2 = κάπως 3 = πολύ οικείο

27. Σχετικά με τους τύπους διαταραχών (π.χ. ψυχική αστάθεια, κατάθλιψη κ.λπ.) που μπορούν να βελτιωθούν με την επαγγελματική θεραπεία ψυχικής υγείας ή τη ψυχολογική θεραπεία.
28. Σχετικά με τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητά σας (π.χ. τοποθεσία, αριθμός τηλεφώνου, τύπος παρεχόμενων υπηρεσιών);
29. Σχετικά με τους μουσουλμάνους επαγγελματίες που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ψυχολογικής συμβουλευτικής στην τοπική σας κοινότητα.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

30. Η ηλικία σας
31. Το φύλο σας
32. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;
- ☐ Άγαμος ☐ Έγγαμος ☐ Διαζευγμένος
- ☐ Χήρος
33. Ποιο είναι το υψηλότερο (ή το τρέχον) επίπεδο εκπαίδευσής σας;
- ☐ Λιγότερο από Λύκειο ☐ Λύκειο ☐ Πτυχίο
- ☐ Μεταπτυχιακό δίπλωμα ☐ Διδακτορικό δίπλωμα (ή άλλο πτυχίο)
34. Ποιος είναι ο τόπος διαμονής σας κατά το παρόν;
- ☐ Σε χωριό/κωμόπολη νομού Ροδόπης ☐ Σε χωριό/κωμόπολη νομού Ξάνθης
- ☐ Σε χωριό/κωμόπολη νομού Έβρου
- ☐ Κομοτηνή ☐ Ξάνθη
- ☐ Αλεξανδρούπολη ☐ Σε άλλο νομό της Ελλάδας ☐ Εξωτερικό
35. Τα τελευταία τρία χρόνια, περίπου πόσες φορές έχετε επισκεφτεί έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας (ψυχίατρο, ψυχολόγο ή κοινωνικό λειτουργό) για ένα θέμα ψυχικής υγείας ή ψυχολογική ανησυχία;
- ☐ Ποτέ ☐ 1 ή 2 φορές ☐ 3 έως 5 φορές
- ☐ Πάνω από 5 φορές
36. Ποιο από τα παρακάτω περιγράφει το επάγγελμά σας;
- ☐ Νοικοκυρά ☐ Επαγγελματίας ☐ Μαθητής / Φοιτητής
- ☐ Ιδιοκτήτης επιχείρησης ☐ Υπάλληλος γραφείου
- ☐ Υπάλληλος καταστήματος ☐ Χειρωνακτικές Εργασίες
- ☐ Άνεργος ☐ Γεωργικές/κτηνοτροφικές εργασίες
- ☐ Άλλο (Παρακαλώ προσδιορίστε)

Κλίμακα Προσωπικού Στίγματος σχετικά με την Αναζήτηση Ψυχολογικής Βοήθειας

Οι άνθρωποι κάποιες φορές θεωρούν ότι αντιμετωπίζουν προβλήματα που απαιτούν την αναζήτηση επαγγελματικής ψυχολογικής βοήθειας. Αυτό μπορεί να προκαλέσει αντιδράσεις σχετικά με το τι σημαίνει να αναζητάει κάποιος επαγγελματική ψυχολογική βοήθεια. Παρακαλώ χρησιμοποιήστε την κλίμακα για να εκτιμήσετε το βαθμό που κάθε δήλωση περιγράφει πώς μμπορεί να αντιδρούσατε σε αυτή την περίπτωση.

1 = Διαφωνώ πολύ 2 = Διαφωνώ 3 = Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ 4 = Συμφωνώ 5 = Συμφωνώ πολύ

Παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό που δηλώνει το βαθμό συμφωνίας.

1. Θα ένιωθα ανεπαρκής αν πήγαινα σε έναν ψυχοθεραπευτή για ψυχολογική βοήθεια	1	2	3	4	5
2. Η αυτοπεποίθησή μου ΔΕΝ θα απειλείτο, αν αναζητούσα ψυχολογική βοήθεια.	1	2	3	4	5
3. Η αναζήτηση ψυχολογικής βοήθειας θα με έκανε να νιώθω λιγότερο έξυπνος.	1	2	3	4	5
4. Η αυτοεκτίμησή μου θα αυξανόταν αν μιλούσα σε έναν ψυχοθεραπευτή.	1	2	3	4	5
5. Η άποψή μου για τον εαυτό μου δε θα άλλαζε επειδή επέλεξα να δω έναν ψυχοθεραπευτή.	1	2	3	4	5
6. Θα με έκανε να νιώθω κατώτερος η αναζήτηση βοήθειας από ψυχοθεραπευτή.	1	2	3	4	5
7. Θα ένιωθα εντάξει με τον εαυτό μου, αν επέλεγα να αναζητήσω επαγγελματική βοήθεια.	1	2	3	4	5
8. Αν πήγαινα σε έναν ψυχοθεραπευτή, θα ήμουν λιγότερο ικανοποιημένος/η από τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
9. Η αυτοπεποίθησή μου θα παρέμενε η ίδια αν αναζητούσα επαγγελματική ψυχολογική βοήθεια για ένα πρόβλημα που δε θα μπορούσα να λύσω.	1	2	3	4	5
10. Θα ένιωθα χειρότερα για τον εαυτό μου αν δε μπορούσα να επιλύσω τα δικά μου προβλήματα.	1	2	3	4	5

Παράρτημα Β

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΝΑΛΥΣΕΩΝ

Descriptive Statistics

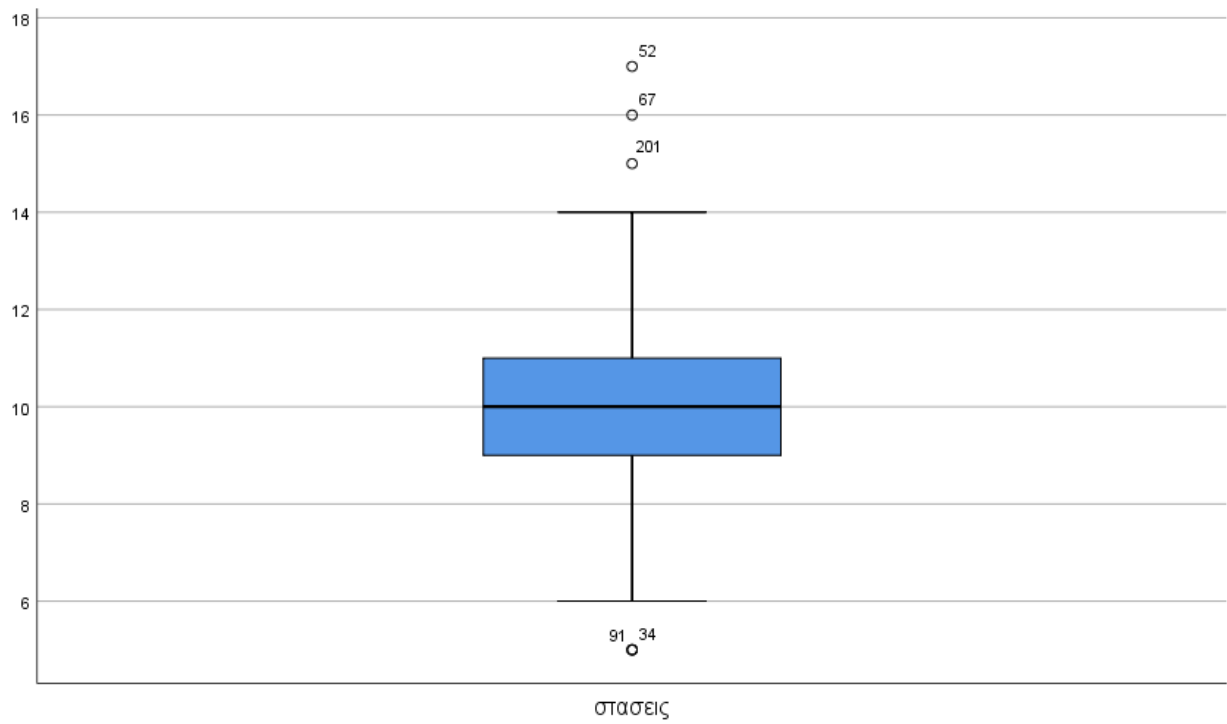
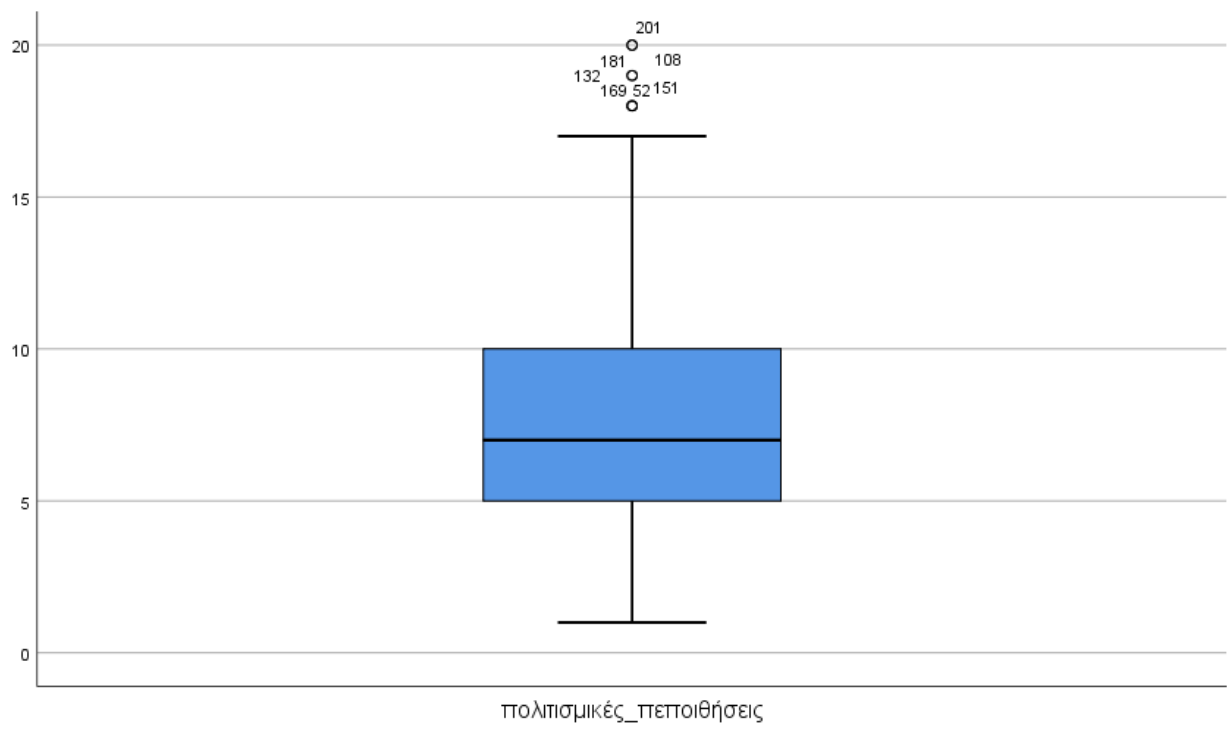
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
κοινωνικο_στιγμα	217	6.00	11.00	7.8940	1.01051
πολιτισμικές_πεπτοιθήσεις	217	1.00	20.00	7.8986	4.34921
Στασεις	217	5.00	17.00	9.6359	1.76152
Εξοικείωση	217	.00	9.00	5.6037	1.76373
αυτοστιγματισμος	217	10.00	42.00	19.6620	6.37959
Valid N (listwise)	217				

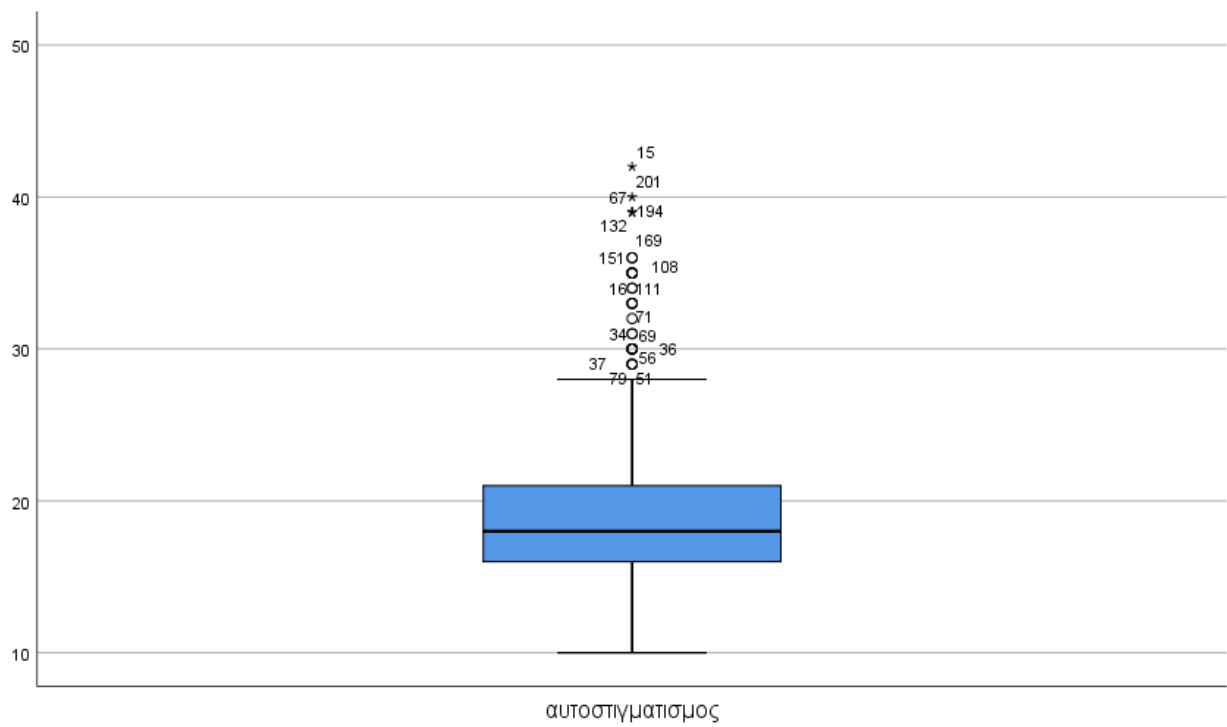
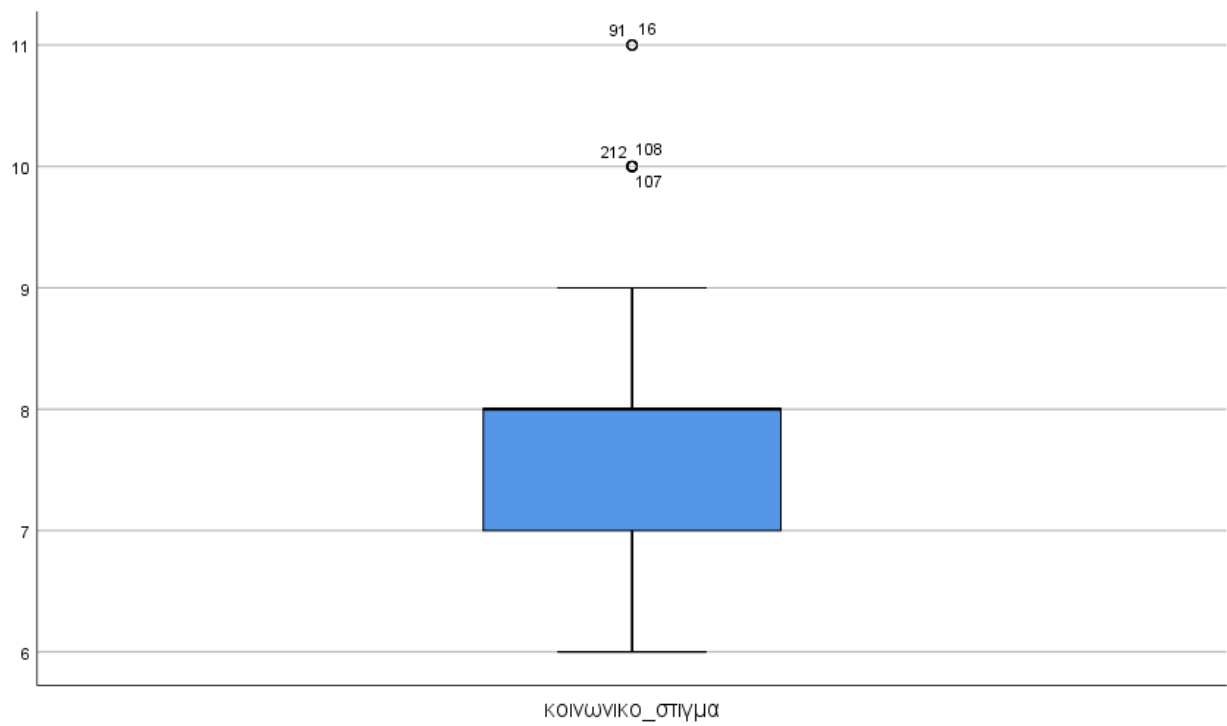
Extreme Values

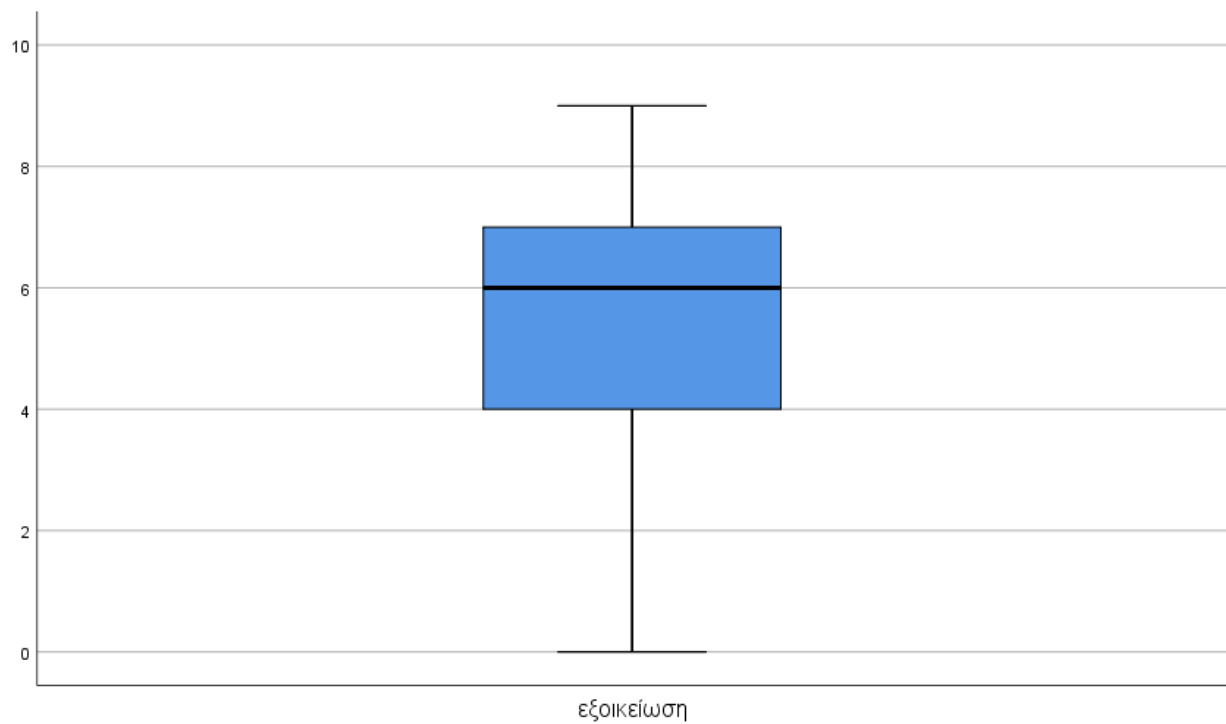
			Case Number	Value
πολιτισμικές_πεπτοιθήσεις	Highest	1	108	20.00
		2	201	20.00
		3	132	19.00
		4	181	19.00
		5	52	18.00 ^a
	Lowest	1	91	1.00
		2	49	1.00
		3	27	1.00
		4	16	1.00
		5	11	1.00
Στασεις	Highest	1	52	17.00
		2	67	16.00
		3	201	15.00
		4	6	14.00
		5	46	14.00 ^b
	Lowest	1	91	5.00
		2	47	5.00
		3	34	5.00
		4	162	6.00
		5	117	6.00 ^c
κοινωνικο_στιγμα	Highest	1	16	11.00
		2	52	11.00
		3	91	11.00
		4	9	10.00

	Lowest	5	31	10.00 ^d
		1	155	6.00
		2	125	6.00
		3	90	6.00
		4	76	6.00
		5	62	6.00 ^c
αυτοστιγματισμός	Highest	1	15	42.00
		2	201	40.00
		3	67	39.00
		4	132	39.00
		5	194	39.00
	Lowest	1	49	10.00
		2	44	10.00
		3	40	10.00
		4	22	10.00
		5	20	10.00 ^e
Εξοικείωση	Highest	1	8	9.00
		2	10	9.00
		3	29	9.00
		4	44	9.00
		5	49	9.00 ^f
	Lowest	1	69	.00
		2	123	1.00
		3	118	1.00
		4	194	2.00
		5	128	2.00 ^g

- a. Only a partial list of cases with the value 18.00 are shown in the table of upper extremes.
- b. Only a partial list of cases with the value 14.00 are shown in the table of upper extremes.
- c. Only a partial list of cases with the value 6.00 are shown in the table of lower extremes.
- d. Only a partial list of cases with the value 10.00 are shown in the table of upper extremes.
- e. Only a partial list of cases with the value 10.00 are shown in the table of lower extremes.
- f. Only a partial list of cases with the value 9.00 are shown in the table of upper extremes.
- g. Only a partial list of cases with the value 2.00 are shown in the table of lower extremes.







Correlations							
			πολιτισμικές_πεπιοιθήσεις	στασεις	κοινωνικο_στιγμα	εξοικείωση	αυτοστιγματισμος
Spearman's rho	πολιτισμικές_πεπιοιθήσεις	Correlation Coefficient	1,000	,201**	,258**	-,202**	,188**
		Sig. (2-tailed)	.	,003	,000	,003	,006
		N	217	217	217	217	217
	στασεις	Correlation Coefficient	,201**	1,000	,121	-,293**	,326**
		Sig. (2-tailed)	,003	.	,076	,000	,000
		N	217	217	217	217	217
	κοινωνικο_στιγμα	Correlation Coefficient	,258**	,121	1,000	-,099	,051
		Sig. (2-tailed)	,000	,076	.	,145	,453
		N	217	217	217	217	217
	εξοικείωση	Correlation Coefficient	-,202**	-,293**	-,099	1,000	-,286**
		Sig. (2-tailed)	,003	,000	,145	.	,000
		N	217	217	217	217	217
	αυτοστιγματισμος	Correlation Coefficient	,188**	,326**	,051	-,286**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,006	,000	,453	,000	.
		N	217	217	217	217	217

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

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	Change Statistics			Sig. F Change	Durbin-Watson
						F Change	df1	df2		
1	.349 ^a	.122	.117	1.65851	.122	29.616	1	214	.000	2.186

a. Predictors: (Constant), αυτοστιγματισμος

b. Dependent Variable: στασεις

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	81.465	1	81.465	29.616	.000 ^b
	Residual	588.642	215	2.751		
	Total	670.106	216			

a. Dependent Variable: στασεις

b. Predictors: (Constant), αυτοστιγματισμος

Bootstrap for Coefficients

Model		B	Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	Bootstrap ^a 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
1	(Constant)	7.737	.012	.458	.001	6.856	8.664
	αυτοστιγματισμος	.096	-.001	.024	.001	.048	.144

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	Change Statistics			Sig. F Change	Durbin-Watson
						F Change	df1	df2		
1	.332 ^a	.110	.106	1.66525	.110	26.698	1	215	.000	2.027

a. Predictors: (Constant), πολιτισμικές_πεπαιθσεις

b. Dependent Variable: στασεις

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	74.035	1	74.035	26.698	.000 ^b
	Residual	596.205	215	2.773		
	Total	670.240	216			

a. Dependent Variable: στασεις

b. Predictors: (Constant), πολιτισμικές_πεπαιθσεις

Bootstrap for Coefficients

		Bootstrap ^a					
						95% Confidence Interval	
Model		B	Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	Lower	Upper
1	(Constant)	8.573	-.002	.252	.001	8.080	9.044
	πολιτισμικές_πεποιθήσεις	.135	.000	.033	.001	.073	.200

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	Change Statistics			Sig. F Change	Durbin-Watson
						F Change	df1	df2		
1	.158 ^a	.025	.020	1.74353	.025	5.482	1	215	.020	2.110

a. Predictors: (Constant), κοινωνικο_στιγμα

b. Dependent Variable: σασσεις

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	16.665	1	16.665	5.482	.020 ^b
	Residual	653.575	215	3.040		
	Total	670.240	216			

a. Dependent Variable: σασσεις

b. Predictors: (Constant), κοινωνικο_στιγμα

Bootstrap for Coefficients

		Bootstrap ^a					
						95% Confidence Interval	
Model		B	Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	Lower	Upper
1	(Constant)	7.466	.029	1.363	.001	4.760	10.096
	κοινωνικο_στιγμα	.275	-.003	.175	.123	-.058	.629

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	Change Statistics			Sig. F Change	Durbin-Watson
						F Change	df1	df2		
1	.284 ^a	.080	.076	1.69313	.080	18.803	1	215	.000	2.106

a. Predictors: (Constant), εξοικείωση

b. Dependent Variable: σασσεις

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	53.902	1	53.902	18.803	.000 ^b
	Residual	616.338	215	2.867		
	Total	670.240	216			

a. Dependent Variable: στασεις

b. Predictors: (Constant), εξοικείωση

Bootstrap for Coefficients

		Bootstrap ^a				95% Confidence Interval	
Model		B	Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	Lower	Upper
1	(Constant)	11.223	.024	.399	.001	10.383	12.042
	εξοικείωση	-.283	-.004	.067	.001	-.420	-.147

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	Change Statistics			Sig. F Change	Durbin-Watson
						F Change	df1	df2		
1	.286 ^a	.082	.069	1.69984	.082	6.320	3	213	.000	2.109

a. Predictors: (Constant), 4. Ποιο είναι το υψηλότερο (ή το τρέχον) επίπεδο εκπαίδευσής σας;, εξοικείωση, 1. Ηλικία

b. Dependent Variable: στασεις

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	54.784	3	18.261	6.320	.000 ^b
	Residual	615.455	214	2.889		
	Total	670.240	217			

a. Dependent Variable: στασεις

b. Predictors: (Constant), 4. Ποιο είναι το υψηλότερο (ή το τρέχον) επίπεδο εκπαίδευσής σας;, εξοικείωση, 1. Ηλικία

Bootstrap for Coefficients

		Bootstrap ^a				95% Confidence Interval	
Model		B	Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	Lower	Upper
1	(Constant)	10.924	-.001	.705	.001	9.546	12.283

Εξοικείωση	-.283	-.001	.064	.001	-.408	-.155
1. Ηλικία	.006	3.455E-5	.009	.488	-.012	.023
4. Ποιο είναι το υψηλότερο (ή το τρέχον) επίπεδο εκπαίδευσής σας;	.029	.002	.132	.837	-.213	.286

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	Change Statistics			Sig. F Change	Durbin-Watson
						F Change	df1	df2		
1	.179 ^a	.032	.018	1.74523	.032	2.351	3	213	.073	2.102

a. Predictors: (Constant), κοινωνικο_στιγμα, 1. Ηλικία, 4. Ποιο είναι το υψηλότερο (ή το τρέχον) επίπεδο εκπαίδευσής σας;

b. Dependent Variable: στασεις

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	21.478	3	7.159	2.351	.073 ^b
	Residual	648.761	214	3.046		
	Total	670.240	217			

a. Dependent Variable: στασεις

b. Predictors: (Constant), κοινωνικο_στιγμα, 1. Ηλικία, 4. Ποιο είναι το υψηλότερο (ή το τρέχον) επίπεδο εκπαίδευσής σας;

Bootstrap for Coefficients

Model		B	Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	Bootstrap ^a 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
1	(Constant)	7.711	.017	1.683	.001	4.295	11.038
	1. Ηλικία	.004	4.655E-5	.009	.639	-.015	.022
	4. Ποιο είναι το υψηλότερο (ή το τρέχον) επίπεδο εκπαίδευσής σας;	-.112	-.005	.145	.438	-.408	.178
	κοινωνικο_στιγμα	.257	-.002	.177	.151	-.080	.618

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	Change Statistics			Sig. F Change	Durbin-Watson
						F Change	df1	df2		
1	.335 ^a	.112	.100	1.67144	.112	8.970	3	213	.000	2.030

a. Predictors: (Constant), πολιτισμικές_πεπιοθήσεις, 1. Ηλικία , 4. Ποιο είναι το υψηλότερο (ή το τρέχον) επίπεδο εκπαίδευσής σας;

b. Dependent Variable: σασεις

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	75.177	3	25.059	8.970	.000 ^b
	Residual	595.063	214	2.794		
	Total	670.240	217			

a. Dependent Variable: σασεις

b. Predictors: (Constant), πολιτισμικές_πεπιοθήσεις, 1. Ηλικία , 4. Ποιο είναι το υψηλότερο (ή το τρέχον) επίπεδο εκπαίδευσής σας;

Bootstrap for Coefficients

Model		B	Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	Bootstrap ^a 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
1	(Constant)	8.136	.031	.801	.001	6.524	9.618
	1. Ηλικία	.006	.000	.010	.547	-.012	.024
	4. Ποιο είναι το υψηλότερο (ή το τρέχον) επίπεδο εκπαίδευσής σας;	.074	-.005	.159	.624	-.232	.407
	πολιτισμικές_πεπιοθήσεις	.138	-.001	.038	.001	.060	.207

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	Change Statistics			Sig. F Change	Durbin-Watson
						F Change	df1	df2		
1	.352 ^a	.124	.111	1.66443	.124	9.962	3	212	.000	2.190

a. Predictors: (Constant), αυτοσηματισμος, 1. Ηλικία , 4. Ποιο είναι το υψηλότερο (ή το τρέχον) επίπεδο εκπαίδευσής σας;

b. Dependent Variable: σασεις

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
-------	--	----------------	----	-------------	---	------

1	Regression	82.795	3	27.598	9.962	.000 ^b
	Residual	587.311	212	2.770		
	Total	670.106	215			

a. Dependent Variable: στασεις

b. Predictors: (Constant), αυτοστιγματισμος, 1. Ηλικία , 4. Ποιο είναι το υψηλότερο (ή το τρέχον) επίπεδο εκπαίδευσής σας;

Bootstrap for Coefficients

		Bootstrap ^a					
		B	Bias	Std. Error	Sig. (2- tailed)	95% Confidence Interval	
Model						Lower	Upper
1	(Constant)	7.388	.005	.941	.001	5.503	9.171
	1. Ηλικία	.007	.000	.009	.426	-.011	.026
	4. Ποιο είναι το υψηλότερο (ή το τρέχον) επίπεδο εκπαίδευσής σας;	.030	-.003	.157	.850	-.279	.337
	Αυτοστιγματισμος	.097	.001	.026	.001	.046	.145

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

2. Φύλο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Γυναίκα	160	73.7	73.7	73.7
	Άντρας	57	26.3	26.3	100.0
	Total	217	100.0	100.0	

3. οικογενειακή κατάσταση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άγαμος	75	34.6	34.6	34.6
	Διαζευγμένος	3	1.4	1.4	35.9
	Έγγαμος	130	59.9	59.9	95.9
	Χήρος	9	4.1	4.1	100.0
	Total	217	100.0	100.0	

4. Ποιο είναι το υψηλότερο (ή το τρέχον) επίπεδο εκπαίδευσής σας;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διδακτορικό δίπλωμα (ή άλλο πτυχίο)	3	1.4	1.4	1.4
	Λιγότερο από Λύκειο	52	24.0	24.0	25.3
	Λύκειο	48	22.1	22.1	47.5
	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	26	12.0	12.0	59.4
	Πτυχίο	88	40.6	40.6	100.0
	Total	217	100.0	100.0	

5. Ποιος είναι ο τόπος διαμονής σας κατά το παρόν;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Εξωτερικό	19	8.8	8.8	8.8
	Κομοτηνή	54	24.9	24.9	33.6
	Ξάνθη	9	4.1	4.1	37.8
	Σε άλλο νομό της Ελλάδας	22	10.1	10.1	47.9
	Σε χωριό/κωμόπολη νομού Έβρου	2	.9	.9	48.8
	χωριό/κωμόπολη νομού Ξάνθης	10	4.6	4.6	53.5
	χωριό/κωμόπολη νομού Ροδόπης	101	46.5	46.5	100.0
	Total	217	100.0	100.0	

6. Τα τελευταία τρία χρόνια, περίπου πόσες φορές έχετε επισκεφτεί έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας (ψυχίατρο, ψυχολόγο ή κοινωνικό λειτουργό) για ένα θέμα ψυχικής υγείας ή ψυχολογική ανησυχία;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 ή 2 φορές	35	16.1	16.1	16.1
	3 έως 5 φορές	18	8.3	8.3	24.4
	Πάνω από 5 φορές	14	6.5	6.5	30.9
	Ποτέ	150	69.1	69.1	100.0
	Total	217	100.0	100.0	

7. Επάγγελμα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άνεργος	3	1.4	1.4	1.4
	Άλλο	29	13.4	13.4	14.7
	Επαγγελματίας	44	20.3	20.3	35.0
	Ιδιοκτήτης επιχείρησης	29	13.4	13.4	48.4
	Μαθητής / Φοιτητής	29	13.4	13.4	61.8
	Νοικοκυρά	30	13.8	13.8	75.6
	Υπάλληλος γραφείου	16	7.4	7.4	82.9
	Υπάλληλος καταστήματος	5	2.3	2.3	85.3
	Χειρωνακτικές Εργασίες	32	14.7	14.7	100.0
	Total	217	100.0	100.0	