

**«ΜΙΑ ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΚΑΙ Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ
ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΡΡΩΣΤΙΑ ΜΕ ΣΚΟΠΟ ΤΗ
ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ»**

**Μετέχουσα Σπουδάστρια:
Λεωνίδου Αντωνία**

**Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός:
Χρυσή Καλπίνη-Παπαδοπούλου
Καθηγήτρια Εφαρμογών**



**Πτυχιακή για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το
τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και
Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.**

Πάτρα Μάρτιος 2002

Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας

Υπογραφή:

**Χρυσή Καλπίνη- Παπαδοπούλου
Καθηγήτρια Εφαρμογών**

Υπογραφή:

**Σικελιανού Δέσποινα
Επιστημονική Συνεργάτης**

Υπογραφή:

**Τσαμπά Ευδοκία
Εργαστηριακή Συνεργάτης**

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελίδα
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	I.
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	II.
ΠΙΝΑΚΕΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ	III.
I. Κεφάλαιο	
Εισαγωγή	1
Το πρόβλημα	2
Σκοπός της μελέτης	5
Ορισμοί όρων	6
Συντομογραφίες	10
II. Κεφάλαιο	
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ	
ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	
A. Ιστορική εξέλιξη της ψυχιατρικής	
1. Ιστορική αναδρομή και εξέλιξη της ψυχιατρικής διεθνώς και στην Ελλάδα	11
2. Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση	16
3. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα	18
B. Στίγμα και προκαταλήψεις για την ψυχική ασθένεια	
1. Η στάση της κοινότητας απέναντι στην ψυχική ασθένεια	25
2. Αγωγή Κοινότητας με στόχο την άρση των προκαταλήψεων	30
3. Η νομοθεσία που διέπει την Ψυχιατρική	34
Γ. Δομές και λειτουργία των ψυχιατρικών υπηρεσιών	
1. Η περίοδος της ασυλικής περίθαλψης στην Ελλάδα	39
2. Η ανάπτυξη και δημιουργία εναλλακτικών δομών περίθαλψης	43
3. Η σημερινή κατάσταση της Ψυχιατρικής	56

I. Κεφάλαιο	
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	
Είδος της έρευνας	71
Σκοπός της έρευνας	71
Ερωτήματα	71
Υποθέσεις	72
Δειγματοληψία	73
Ερωτηματολόγιο	73
Τρόπος ανάλυσης δεδομένων	74
II. Κεφάλαιο	
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	75
Δημογραφικά στοιχεία	
Συσχετίσεις και παρουσίαση πινάκων	76
III. Κεφάλαιο	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ –	106
ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ	110
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.	
Πίνακες υπολογισμών	113
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.	
Ερωτηματολόγιο	216
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	223

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Ευχαριστώ όλους όσους βοήθησαν για την συλλογή του υλικού της πτυχιακής, καθώς και την διεξαγωγή της. Ειδικότερα ευχαριστώ:

Την Κα Χρυσή Καλπίνη Παπαδοπούλου, υπεύθυνη Καθηγήτρια Εφαρμογών του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Πάτρας, για την βοήθειά της στην πραγματοποίηση της πτυχιακής εργασίας.

Επίσης ευχαριστώ τους:

Τσουφλίδου Πόπη, ψυχολόγο στο Κέντρο Πρόληψης Αγρινίου «ΟΔΥΣΣΕΑΣ».

Σκαμνέλο Χρήστο, ψυχίατρο στο Νομαρχιακό Νοσοκομείο Αγρινίου.

Κουτσογιάννη Κωνσταντίνο, στατιστικολόγο.

Τα άτομα που πήραν μέρος στην διεξαγωγή της έρευνας, τους γονείς μου και όλους όσους με την υποστήριξη που προσέφεραν, βοήθησαν στην ολοκλήρωση της εργασίας αυτής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η μελέτη αυτή στοχεύει στο να διερευνήσει τη γνώμη για την ψυχική αρρώστια και τις προκαταλήψεις που υπάρχουν απέναντι στην ψυχική νόσο και τους ψυχικά νοσούντες. Συγκεκριμένα μελετούνται παράγοντες όπως η επαφή με τα ψυχικώς άρρωστα άτομα και την ψυχική αρρώστια γενικότερα, η αγωγή κοινότητας, η πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης έως και σήμερα και η σημερινή κατάσταση της ψυχιατρικής, στην Ελλάδα.

Για τη επίτευξη του σκοπού της μελέτης έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος και μελετήθηκαν τα ευρήματα σχετικών ερευνών. Συγκεκριμένα το θεωρητικό μέρος της μελέτης αυτής χωρίζεται σε τρεις ενότητες. Η πρώτη αναφέρεται στην ιστορική αναδρομή και εξέλιξη της ψυχιατρικής, στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση διεθνώς και ειδικότερα στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Η δεύτερη ενότητα αναφέρεται στο στίγμα και τις προκαταλήψεις που συνοδεύουν την ψυχική ασθένεια, στην Αγωγή Κοινότητας ως μια διεργασία που στοχεύει στην άρση των προκαταλήψεων καθώς επίσης αναφέρεται και η νομοθεσία που διέπει την ψυχιατρική. Η τρίτη ενότητα αναφέρεται στις δομές και την λειτουργία των ψυχιατρικών υπηρεσιών και στην σημερινή κατάσταση της ψυχιατρικής.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας είναι δομημένο με κλειστού τύπου απαντήσεις και συμπληρώθηκε από άτομα που κατοικούν στην πόλη του Αγρινίου και συγκεκριμένα στην περιοχή γύρω από τον ξενώνα χρόνιων ψυχωσικών που λειτουργεί στα πλαίσια του προγράμματος αποασυλοποίησης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ».

Στη συνέχεια αναλύονται τα αποτελέσματα και αναφέρονται εκτενώς τα συμπεράσματα, βάσει της στατιστικής ανάλυσης που έγινε. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σε γενικές γραμμές υπάρχει μια θετική στάση απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές και ο φόβος ή η προκατάληψη που πολλοί αισθάνονται απέναντι στην ψυχική αρρώστια μπορεί να αρθεί με την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση της κοινότητας γύρω από τα συγκεκριμένα θέματα .

Από τα ευρήματα προκύπτει ότι για να αρθούν οι τυχόν προκαταλήψεις που υπάρχουν απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές και να επιτευχθεί πλήρης ενσωμάτωση και αποδοχή των ατόμων αυτών στην κοινότητα, χρειάζεται ενημέρωση, πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση των πολιτών, τόσο από ειδικούς όσο και με τη βοήθεια των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, δημιουργία ομάδας εθελοντών, τομεοποίηση και αύξηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την τοπική αυτοδιοίκηση, τα οποία και αποτελούν τις προτάσεις της παρούσας μελέτης.

ΠΙΝΑΚΕΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ

	Σελίδα
1. <u>α.</u> Κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο.	76
2. <u>β.</u> Κατανομή του δείγματος ως προς την ηλικία.	77
3. <u>γ.</u> Κατανομή του δείγματος ως προς το μορφωτικό επίπεδο.	78
4. <u>δ.</u> Κατανομή του δείγματος ως προς το επάγγελμα.	79
5. <u>1.</u> Τα νεύρα σπάνε συνήθως όταν οι άνθρωποι εργάζονται πολύ σκληρά.	80
6. <u>2.</u> Η ψυχική αρρώστια είναι μια αρρώστια σαν όλες τις άλλες.	80
7. <u>3.</u> Οι περισσότεροι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν είναι επικίνδυνοι.	81
8. <u>4.</u> Έστω κι εάν οι άρρωστοι που βγαίνουν από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία φαίνονται να είναι εν τάξει, δεν θα πρέπει να παντρεύονται.	81
9. <u>5.</u> Εάν οι γονείς αγαπούσαν περισσότερο τα παιδιά τους, θα υπήρχε λιγότερη ψυχική αρρώστια.	82
10. <u>6.</u> Είναι εύκολο να αναγνωρίσεις κάποιον που κάποτε αρρώστησε από ψυχική αρρώστια.	82
11. <u>7.</u> Οι άνθρωποι που είναι ψυχικά άρρωστοι αφήνουν τα συναισθήματά τους να τους κατευθύνουν, τα κανονικά άτομα ελέγχουν την συμπεριφορά τους.	83
12. <u>8.</u> Οι άνθρωποι που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο δεν είναι περισσότερο επικίνδυνοι από το μέσο κανονικό άτομο.	83
13. <u>9.</u> Όταν κάποιος έχει ένα πρόβλημα ή μια στενοχώρια, το καλύτερο είναι να μην το σκέπτεται, αλλά να απασχολείται διαρκώς με πιο	84

ευχάριστα πράγματα.

- 14.10. Αν και δεν έχουν συνήθως επίγνωση τούτου, πολλοί άνθρωποι γίνονται ψυχικά άρρωστοι για να αποφύγουν τα δύσκολα προβλήματα της καθημερινής ζωής. 84
- 15.11. Υπάρχει κάτι γύρω από τους ψυχικά αρρώστους που τους κάνει να ξεχωρίζουν από τους άλλους ανθρώπους. 85
- 16.12. Αν και οι περισσότεροι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία συμπεριφέρονται με παράδοξους τρόπους, δεν είναι σωστό να γελάμε μ' αυτούς. 85
- 17.13. Οι περισσότεροι ψυχικά άρρωστοι επιθυμούν να εργασθούν. 86
- 18.14. Τα μικρά παιδιά των αρρώστων που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, δεν θα πρέπει να τα αφήνουν να τους επισκέπτονται. 86
- 19.15. Οι άνθρωποι που είναι επιτυχημένοι στη δουλειά τους, σπάνια αρρωσταίνουν ψυχικά. 87
20. 16. Οι άνθρωποι δεν θα αρρώσταιναν ψυχικά εάν απόφευγαν κακές σκέψεις. 87
- 21.17. Οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι από πολλές πλευρές σαν παιδιά. 88
- 22.18. Περισσότερα χρήματα από τον κρατικό προϋπολογισμό θα πρέπει να ξοδεύονται για την φροντίδα και την θεραπεία εκείνων που πάσχουν από σοβαρή ψυχική αρρώστια. 88
- 23.19. Ένας καρδιοπαθής έχει μια μόνο βλάβη, ενώ ο ψυχικά άρρωστος είναι τελείως διαφορετικός από τους άλλους αρρώστους. 89
- 24.20. Οι ψυχικά άρρωστοι προέρχονται από οικογένειες όπου οι γονείς έδειξαν λίγο ενδιαφέρον για τα παιδιά τους. 89
- 25.21. Οι ψυχικά άρρωστοι δεν θα πρέπει ποτέ να νοσηλεύονται στο ίδιο νοσοκομείο με αρρώστους

που πάσχουν από σωματικές αρρώστιες.	90
26.22. Κάθε ένας που κάνει σκληρή προσπάθεια να καλυτερέψει τον εαυτό του, αξίζει το σεβασμό των άλλων.	90
27.23. Εάν τα νοσοκομεία μας είχαν πολύ καλά εκπαιδευμένους γιατρούς και αδελφές, πολλοί από τους αρρώστους θα γινόταν καλά ώστε να ζουν έξω από το νοσοκομείο.	91
28.24. Θα ήταν ανόητη μια γυναίκα που θα παντρευόταν έναν άντρα που έπασχε από σοβαρή ψυχική αρρώστια έστω κι αν έδειχνε ότι είχε πλήρως αποκατασταθεί.	91
29.25. Εάν τα παιδιά ψυχικά αρρώστων αναλαμβάνονταν από υγιείς γονείς, πιθανώς δεν θα αρρώσταιναν ψυχικά.	92
30.26. Οι άνθρωποι που έχουν νοσηλευτεί σε ψυχιατρικό νοσοκομείο ποτέ δεν θα ξαναγίνουν ο παλιός τους εαυτός.	92
31.27. Πολλοί ψυχικά άρρωστοι είναι ικανοί για εξειδικευμένη εργασία, ακόμη και εάν είναι, κατά κάποιον τρόπο, ψυχικά διαταραγμένοι.	93
32.28. Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μας μοιάζουν περισσότερο με φυλακές παρά με χώρους όπου ψυχικά άρρωστα άτομα μπορούν να τύχουν αναγκαίας φροντίδας.	93
33.29. Όποιος είναι σε ψυχιατρικό νοσοκομείο δεν θα πρέπει να του επιτρέπεται να ψηφίζει.	94
34.30. Η ψυχική αρρώστια πολλών ατόμων οφείλεται σε χωρισμό ή διαζύγιο των γονέων τους στην παιδική ηλικία.	94
35.31. Ο καλύτερος τρόπος να χειριστούμε αρρώστους ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι να τους έχουμε πίσω από κλειστές πόρτες.	95
36.32. Το να νοσηλευτεί κανείς σε ψυχιατρικό νοσοκομείο σημαίνει αποτυχία στη ζωή.	95

- 37.33. Στους αρρώστους ψυχιατρικών νοσοκομείων θα πρέπει να δίνεται περισσότερος χώρος για ιδιωτική τους χρήση. 96
- 38.34. Εάν ένας άρρωστος σε ψυχιατρικό νοσοκομείο χτυπήσει κάποιον, θα πρέπει να τιμωρηθεί για να μην το ξανακάνει. 96
- 39.35. Εάν τα παιδιά υγιών γονέων αναλαμβάνονταν από ψυχικά άρρωστους γονείς, θα γίνονταν πιθανώς ψυχικά άρρωστοι. 97
- 40.36. Κάθε ψυχιατρικό νοσοκομείο θα πρέπει να περιβάλλεται από ψηλά κάγκελα κι φύλακες. 97
- 41.37. Ο νόμος θα πρέπει να επιτρέπει μια γυναίκα να χωρίζει από τον άντρα της αμέσως μετά τον εγκλεισμό του σε ψυχιατρικό νοσοκομείο για σοβαρή ψυχική αρρώστια. 98
- 42.38. Οι άνθρωποι που δεν μπορούν να εργασθούν εξ αιτίας ψυχικής αρρώστιας θα πρέπει να παίρνουν χρήματα για να ζήσουν. 98
- 43.39. Η ψυχική αρρώστια συνήθως οφείλεται σε κάποια πάθηση του νευρικού συστήματος. 99
- 44.40. Άσχετα πως το βλέπετε, οι άνθρωποι με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν είναι πια πραγματικοί άνθρωποι. 99
- 45.41. Τις περισσότερες γυναίκες που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο μπορούν να τις εμπιστεύονται να προσέχουν μικρά παιδιά. 100
- 46.42. Οι περισσότεροι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν ενδιαφέρονται για την εμφάνισή τους. 100
- 47.43. Οι καθηγητές ή οι άνθρωποι των γραμμάτων έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν ψυχικά άρρωστοι από τους επιχειρηματίες. 101
- 48.44. Πολλοί άνθρωποι που ουδέποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο είναι

- περισσότερο ψυχικά άρρωστοι από πολλούς νοσηλευόμενους ψυχικά αρρώστους. 101
- 49.45. Αν και ορισμένοι ψυχοπαθείς φαίνονται εντάξει, είναι επικίνδυνο να ξεχάσουμε προς στιγμήν ότι είναι ψυχικά άρρωστοι. 102
- 50.46. Μερικές φορές η ψυχική αρρώστια αποτελεί τιμωρία για κακές πράξεις. 102
- 51.47. Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μας θα πρέπει να οργανωθούν κατά τρόπο ώστε να κάνουν τον άρρωστο να αισθάνεται, όσο το δυνατό, σαν να ζει στο σπίτι του . 103
- 52.48. Μια από τις κυριότερες αιτίες της ψυχικής αρρώστιας είναι η έλλειψη ηθικής δύναμης ή δύναμης θελήσεως. 103
- 53.49. Δεν μπορούν να γίνουν πολλά πράγματα για τους αρρώστους σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο εκτός να ζούνε άνετα και να τρώνε καλά. 104
- 54.50. Πολλοί ψυχικά άρρωστοι θα παρέμεναν στο νοσοκομείο μέχρι να γίνουν καλά ακόμη και εάν οι πόρτες δεν ήταν κλειδωμένες. 104
- 55.51. Όλοι οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία θα πρέπει να εμποδιστούν να έχουν παιδιά, με μια ανώδυνη εγχείρηση (στείρωση). 105

Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια η ανάπτυξη και εξέλιξη της ψυχιατρικής επιστήμης, η αλλαγή των αντιλήψεων για τις ψυχικές διαταραχές, καθώς και η έμφαση που δίνεται στην δημιουργία και επέκταση εναλλακτικών δομών ψυχιατρικής για μια ολοκληρωμένη θεραπεία και κοινωνική αποκατάσταση του ασθενή, δίνουν την εικόνα ότι η αντιμετώπιση του ψυχικά αρρώστου έχει αλλάξει ριζικά.

Μια πιο διεισδυτική ματιά όμως στην κατάσταση που υπάρχει στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, μας δείχνει ότι ο δρόμος είναι ακόμα μακρύς και ότι ο ψυχικά άρρωστος έχει να αντιμετωπίσει προβλήματα όπως την εχθρική στάση της κοινωνίας, προκατάληψη, φόβο που αποτέλεσμα έχουν την απομόνωση, την απόρριψη και τελικά την ιδρυματοποίηση από τον χρόνιο εγκλεισμό στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Η προκατάληψη που υπάρχει απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές σχετίζεται με τους μύθους που συνοδεύουν αυτές, π.χ. οι ψυχικά άρρωστοι είναι επικίνδυνοι και την άγνοια ως προς την φύση και τις αιτίες των ψυχικών διαταραχών, η οποία γεννά τον φόβο που οι περισσότεροι αισθάνονται.

Το θέμα της εργασίας περιλαμβάνει μια γενική θεώρηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και την στάση της κοινότητας απέναντι στην ψυχική αρρώστια με σκοπό την δημιουργία εναλλακτικών κοινοτικών δομών περίθαλψης.

Από τη θεωρητική προσέγγιση προκύπτει ότι έγιναν σημαντικές αλλαγές στο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας τα τελευταία χρόνια. Επιτεύχθηκε έως ένα βαθμό η αποκέντρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και υπήρξε βελτίωση των συνθηκών σε κάποια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Χρειάζονται όμως επιπλέον δομές στην κοινότητα αφού έως τώρα ο αποϊδρυματισμός των ασθενών των ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι αργός, γεγονός το οποίο οφείλεται στην έλλειψη δομών κοινοτικής ψυχιατρικής καθώς επίσης και οι θέσεις ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι ανεπαρκής για τον αριθμό των ασθενών που θα αποασυλοποιηθούν τα επόμενα χρόνια.

Το πρόβλημα

Η γενικότερη κοινωνικοοικονομική κρίση έτσι όπως εκφράζεται μέσα από την σημερινή διαδικασία της παγκοσμιοποίησης, αντανακλάται σε όλα τα επίπεδα της ελληνικής κοινωνίας τόσο σε βάθος όσο και σε εύρος.

«Στις δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας η κρίση αυτή, μέσα από τις φιλελεύθερες ασκούμενες πολιτικές, παίρνει ένα συγκεκριμένο χαρακτήρα και επηρεάζει τους θεσμούς του ασύλου, τις προσπάθειες αλλαγής στην κατάσταση ντροπής που επικρατεί σήμερα και που χαρακτηρίζονται σαν προσπάθειες ψυχιατρικής μεταρρύθμισης καθώς επίσης και τις επιστήμες ψυχικής υγείας σε επίπεδο επιστημολογικό και μεθοδολογικό. Πράγματι ακόμη και σήμερα διακρίνεται η αθλιότητα των δημόσιων και ιδιωτικών ασύλων-αποθήκες αρρώστων, τη διάλυση ακόμα και αυτού του αστικού κράτους πρόνοιας, την ανηθικότητα μιας απάνθρωπης πολιτείας που εκφράζεται με τους απάνθρωπους όρους της λογικής του κόστους – αποτελεσματικότητας, της εμπορευματοποίησης του ανθρώπινου πόνου».

(Η.Μιχαλαρέας, Νο 50, 1999, σελ.9)

Κατά την επόμενη δεκαετία, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το 50% των νοσημάτων στο γενικό πληθυσμό θα αφορά στον τομέα της ψυχικής υγείας. Στην Ελλάδα νοσούν κλινικά από ψυχική διαταραχή περίπου 1.270.000 άτομα –από σχιζοφρένεια περίπου 100.000 άτομα άνω των 16 ετών- από τα οποία το 10% έχει ανάγκη ειδικών υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (στοιχεία της ΜΥΠΕΠ –Μονάδα Υποστήριξης, Εμπύχωσης και Παρακολούθησης των Φορέων Υλοποίησης «Ψυχαργώς»)

(Εφημερίδα: Ελευθεροτυπία, άρθρο «Ψυχαργώς: Ξεκλειδώνει τα άσυλα-ανοίγει την κοινωνία,5 Μαρτίου 2001)

Η μορφή της ψυχιατρικής περίθαλψης ήταν πάντοτε σε συνάρτηση με το ιστορικό παρελθόν της, τις κοινωνικές αντιλήψεις περί της ψυχικής νόσου, τις κοινωνικές αλλαγές, την επικρατούσα ψυχιατρική ιδεολογία, τις

οικονομικές δυνατότητες του κράτους, την αναγκαιότητα της αντιμετώπισης νέων δεδομένων και τις νέες τεχνικές.

(Δ.Κανδύλης, Νο 48, 1994, σελ.27)

Το πρόβλημα της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα, είναι αρκετά σύνθετο και είναι απαραίτητο να ιχνογραφηθεί η πορεία του στο υπάρχον δίκτυο ψυχιατρικών δομών. Χαρακτηριστικό του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης στην χώρα μας είναι ότι παραμένει νοσοκομειοκεντρική, με πλημμελή οργάνωση εξωνοσοκομειακών και ενδιάμεσων δομών, μεταξύ του ασύλου και της οικογένειας του αρρώστου, με αποτέλεσμα την αποκοπή του αρρώστου από την οικογένειά του και την κοινότητα ως συνέπεια του εγκλεισμού του, ενώ συνήθως είναι ανύπαρκτη και η συνεχής φροντίδα του αρρώστου μετά την έξοδό του από το ψυχιατρικό νοσοκομείο.

(Θ.Υφαντής, Π.Παναγούτσος, Π.Σακελλαρόπουλος, 1995, σελ.337)

Στην Ελλάδα δεν υπήρχε και εξακολουθεί να μην υπάρχει μια σύγχρονη πολιτική ψυχικής υγείας, κεντρικά σχεδιασμένη, με στρατηγικούς στόχους, που να διέπονται από τη φιλοσοφία της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Η Ψυχική Υγεία δεν έχει συγκεντρώσει μέχρι σήμερα το αληθινό ενδιαφέρον καμιάς κυβέρνησης. Τα ψυχιατρεία ήταν πάντα και σε μεγάλο βαθμό παραμένουν ακόμα αποθήκες αρρώστων.

(Κ.Μάτσα, Νο 49, 1995, σελ.8)

Η έλλειψη στρατηγικής εκφράζει το τραγικό κενό που δημιουργεί η απουσία μιας κρατικής κοινωνικής πολιτικής, που συντηρεί και αναπαράγει το στιγματισμό των ψυχικά διαταραγμένων ατόμων, τον εγκλεισμό τους στα ολοκληρωτικά ιδρύματα, την καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους, τον κοινωνικό αποκλεισμό τους. Οι επίμονες αντιστάσεις σε οποιαδήποτε προσπάθεια αλλαγής, τόσο από την στάση της κοινωνίας, αλλά και των ειδικών απέναντι στην ψυχική αρρώστια, τον ψυχικά πάσχοντα και τα ψυχιατρεία δεν άλλαξε ριζικά την αντίληψη και πρακτική προηγούμενων ετών. Οι νέες δομές απέκτησαν συμπληρωματικό ρόλο στον ξενοδοχειακό εκσυγχρονισμό των μεγάλων ψυχιατρείων, τα οποία κλήθηκαν απλώς να εκσυγχρονιστούν, έχοντας ακόμα κεντρικό ρόλο στην ψυχιατρική περίθαλψη της Ελλάδας.

Ο ψυχιατρικός ασθενής αντιμετωπίζει ακόμη προβλήματα όπως την προκατάληψη, τον κοινωνικό αποκλεισμό και τα οποία επιβαρύνουν την ψυχική, κοινωνική αλλά και σωματική του υγεία.

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να διερευνηθεί η στάση της κοινότητας απέναντι στην ψυχική αρρώστια, με στόχο την προοπτική δημιουργίας εναλλακτικών δομών ψυχιατρικής, σύμφωνα με την φιλοσοφία και τις αρχές της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης . Ειδικότερα η μελέτη αυτή στοχεύει στην διερεύνηση:

α) της πορείας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα από την εφαρμογή του Κανονισμού 815/84 έως και σήμερα.

β) της γνώμης για την ψυχική αρρώστια στην κοινότητα. Είναι η κοινότητα ενημερωμένη, ως προς το τι είναι ψυχική αρρώστια; Έχει απομυθοποιηθεί η ψυχική αρρώστια ή ακόμη ο μύθος της τρέλας συντηρεί εν μέρει το στίγμα, με αποτέλεσμα οι ψυχικά άρρωστοι να υφίστανται έναν ανελέητο στιγματισμό από το λεγόμενο «υγιές» κομμάτι της κοινωνίας;

γ) Η γειτονία με μια δομή κοινοτικής ψυχιατρικής περίθαλψης μπορεί να βοηθήσει ώστε να αρθούν μερικώς οι προκαταλήψεις και ο φόβος της κοινότητας απέναντι στην ψυχική αρρώστια και τα ψυχικώς άρρωστα άτομα; Η παρουσία και μόνο μιας κοινοτικής δομής ψυχιατρικής περίθαλψης επηρεάζει θετικά τις στάσεις της κοινότητας ως προς την ψυχική υγεία;

δ) Η Αγωγή Κοινότητας αποτελεί μια ουσιαστική διαδικασία για την ομαλή ύπαρξη και εδραίωση των εναλλακτικών δομών ψυχιατρικής περίθαλψης;

Ορισμοί όρων

Ψυχιατρική

Ο κλάδος της ιατρικής που ασχολείται με την προέλευση, διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.

(N.Μάνος, 1987, σελ.225)

Ψύχωση

Είναι μια μορφή ψυχικής διαταραχής στην οποία οι σκέψεις ενός ατόμου, η συναισθηματική αντίδραση, η ικανότητα του για αναγνώριση της πραγματικότητας και η ικανότητα για επικοινωνία και σχέση με τους άλλους έχουν υποστεί τέτοια έκπτωση ώστε να διαταράσσεται έντονα η ικανότητά του για αντιμετώπιση των συνηθισμένων απαιτήσεων της ζωής. Η ψύχωση συχνά χαρακτηρίζεται από έκπτωση του ελέγχου των παρορμήσεων, ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, παλινδρόμηση και απρόσφορη συναισθηματική διάθεση. Μολονότι στο DSM-111 χρησιμοποιείται λιγότερο απ' ό τι στο DSM-11 εν τούτοις η χρήση του όρου είναι ακόμη πολύ συχνή.

(N.Μάνος, 1987, σελ.233-234)

Κοινωνική Ψυχιατρική

Ο κλάδος της ψυχιατρικής που ενδιαφέρεται για οικολογικές, κοινωνιολογικές και πολιτισμικές μεταβλητές που προδιαθέτουν, προκαλούν, εντείνουν ή περιπλέκουν δυσπροσαρμοστικά πρότυπα συμπεριφοράς και για τη θεραπεία τους. Μερικές φορές χρησιμοποιείται ως συνώνυμο με την *κοινοτική ψυχιατρική* (community psychiatry), αν και ο τελευταίος όρος θα έπρεπε να περιορίζεται στις πρακτικές ή κλινικές εφαρμογές της κοινωνικής ψυχιατρικής.

(N.Μάνος, 1987, σελ.260)

Κοινοτική Ψυχιατρική

Σύμφωνα με τον Ν.Μάνο(1987)είναι: «Ο κλάδος της ψυχιατρικής που εστιάζεται στη διερεύνηση, αναγνώριση, πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών μέσα στην κοινότητα, παρά μέσα στα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα.

(Ν.Μάνος, 1987, σελ.61)

Ο ορισμός που δόθηκε από το τμήμα Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου της Columbia της Ν. Υόρκης (Golston, 1956), αναφέρει: «Ο όρος Κοινοτική Ψυχιατρική αναφέρεται σε μια υποειδικότητα της ψυχιατρικής ειδικότητας. Ως υποειδικότητα βασίζεται στην Κλινική Ψυχιατρική αλλά στοχεύει στην πρόληψη, μείωση ή εξαφάνιση της ψυχικής αρρώστιας. Εστιάζει στην πολυπλοκότητα των σχέσεων μεταξύ των ατόμων και του κοινωνικού τους κόσμου στον οποίο λειτουργούν. Η Κοινοτική Ψυχιατρική δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην εφαρμογή, στο επίπεδο της κοινότητας, των ερευνητικών προγραμμάτων ή της αξιολόγησης υπηρεσιών. Η Κοινωνική Ψυχιατρική δίνει αντίθετα αποκλειστική έμφαση στη θεωρία και την έρευνα των παραγόντων που ενοχοποιούνται στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών». Η Κοινοτική Ψυχιατρική αποτελεί ένα στοιχείο της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής και συνεισφέρει σ' αυτή το κλινικό σκέλος μέσα σ' ένα ευρύ φάσμα ποικίλων θεραπευτικών προληπτικών διαδικασιών από τη διακλαδική ομάδα της ψυχικής υγείας. Η Κοινοτική Ψυχιατρική είναι ένας τύπος πρωτοβάθμιας περίθαλψης (primary care).

(Μ.Μαδιανός, 1996, σελ.29)

Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή

Η Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες που ασκούνται έξω από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες απαιτούνται για την ανάπτυξη και οργάνωση κάθε υπηρεσίας ή προγράμματος στην κοινότητα και οι οποίες επηρεάζουν όλες τις προσπάθειες που κάνει η

κοινότητα για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και τη πρόληψη ή τον έλεγχο των ψυχικών διαταραχών. Η Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή είναι ένας πολυδιακλαδικός τομέας που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα δυνάμεων και δομών στην κοινότητα, που προάγουν θετικά την ψυχική υγεία των μελών μιας συγκεκριμένης ομάδας, σε αντίθεση με την παραδοσιακή ψυχιατρική προσέγγιση που εστιάζει στο άτομο που βρίσκεται σε κρίση.

(Μ.Μαδιανός, 1996, σελ.30)

Προληπτική Ψυχιατρική

Σύμφωνα με τον Carlan (1964), ο όρος Προληπτική Ψυχιατρική αναφέρεται στο σύνολο της θεωρητικής και πρακτικής γνώσης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για το σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων που :1) μειώνουν την επίπτωση, δηλαδή τις νέες περιπτώσεις(incidence) των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα(πρωτογενής πρόληψη), 2)τη μείωση της διάρκειας της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών(δευτερογενής πρόληψη) με την ανίχνευση περιπτώσεων, την έγκαιρη παραπομπή, τη διάγνωση και τη θεραπεία περιπτώσεων και 3)τη μείωση της έκπτωσης της λειτουργικότητας που προέρχεται από τη χρονιότητα της νόσου(τριτογενής πρόληψη) .

(Μ.Μαδιανός, 1996, σελ.31-32)

Προκατάληψη

Η λέξη «προκατάληψη» υποδηλώνει μια αρνητική έννοια που προκαλεί αντιδράσεις οι οποίες συνδέονται με ένα αίσθημα ανασφάλειας. Μέσα από αυτές τις αντιδράσεις διαφαίνονται φανατισμός, στενοκεφαλιά, φόβος και μίσος. Η προκατάληψη αποτελεί μια πρόωρη κρίση που βασίζεται στην αντίληψη του «διαφορετικού», δηλαδή εκείνων των χαρακτηριστικών

που διαφοροποιούν ανθρώπους ή και καταστάσεις. Η προκατάληψη περιλαμβάνει τόσο πράξεις όσο και συναισθήματα και ιδέες.
(Α.Ιωαννίδου-Jhonson, 1998, σελ.13-14)

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Α.Ε.Ι. : Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

Ε.Ι. : Εξωτερικά Ιατρεία

Ε.Ο.Κ. : Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα

Ε.Σ.Υ. : Εθνικό Σύστημα Υγείας

Η.Π.Α. : Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Κ.Ε.Σ.Ν. : Κλίμακα Εκτίμησης Συνθηκών Νοσηλείας

Κ.Ψ.Υ. : Κέντρο Ψυχικής Υγείας

Κ.Κ.Ψ.Υ. : Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας

Μ.Υ.Π.Ε.Π. : Μονάδα Υποστήριξης, Εμπύχωσης και Παρακολούθησης των Φορέων Υλοποίησης «Ψυχαργώς»

Μ.Ο. : Μέσος Όρος

Ν.Δ. : Νομοθετικό Διάταγμα

Π.Ο.Υ. : Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Τ.Ε.Ι. : Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

Τ.Ε.Ψ.Υ. : Τοπική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας

II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

A. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΙΕΘΝΩΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

«Οι ψυχικά ασθενείς βρίσκονταν ανέκαθεν ανάμεσά μας, άλλοτε προκαλώντας μας φόβο, άλλοτε συμπάθεια και συμπόνια, συχνά όμως γίνονταν και αντικείμενο γέλιων ή κακής μεταχείρισης, ενώ σπάνια γίνονταν απόπειρες θεραπείας τους.

Altschule

Τόσο η έννοια της ψυχικής διαταραχής, όσο και ο τρόπος αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών διαφέρει από κοινωνία σε κοινωνία και από εποχή σε εποχή. Σε παλαιότερες εποχές οι ψυχασθενείς αντιμετωπίζονταν απάνθρωπα. Η άγνοια για τα αίτια της ψυχικής ασθένειας και οι προκαταλήψεις που συνδεόταν μ'αυτή οδηγούσαν σε μεθόδους θεραπείας οι οποίες ήταν γελοίες αλλά και συνάμα βάνανυσες. Τον Μεσαίωνα αλλά ακόμη και πιο πρόσφατα ήταν αποδεκτό ότι η βιαιότητα, τόσο στο σωματικό όσο και στον ψυχολογικό τομέα, ήταν ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης των ψυχικά αρρώστων. Πιο συγκεκριμένα, άλλοτε άνοιγαν τρύπες στο κεφάλι του ασθενούς για να φύγουν τα κακά πνεύματα ή για να βγάλουν από τον εγκέφαλό του τους «λίθους» που υποτίθεται ότι είχαν σχηματιστεί. Σε άλλες περιπτώσεις για να θεραπεύσουν τους ψυχικά αρρώστους, τους κρεμούσαν από μια οροφή και τους κουνούσαν για πολλές

ώρες στη διάρκεια της ημέρας ή τους τοποθετούσαν σε μια περιστρεφόμενη καρέκλα και τους γυρνούσαν δαιμονιωδώς.

(Ι.Παρασκευόπουλος, 1988, σελ. 128)

Η ψυχιατρική γεννήθηκε σαν μια εκδήλωση ενός μαγικοθρησκευτικού συστήματος, μέσα από το οποίο οι πρωτόγονοι άνθρωποι προσπαθούσαν να ερμηνεύσουν την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, σαν έκφραση κακών πνευμάτων που παρουσιαζόταν μέσω της συμπεριφοράς των ψυχικά ασθενών. Στην διάρκεια αυτής της περιόδου ο ψυχικά άρρωστος αντιμετωπίζεται με εξαιρετική καλοσύνη από τη φυλή, ενώ κυκλοφορεί ελεύθερα μέσα στο χώρο της φυλής.

(Εγκυκλοπαίδεια : Υγεία, Τόμος 4^{ος}, σελ. 739)

Στον αρχαίο πολιτισμό της Μεσοποταμίας και της Αιγύπτου η εικόνα του ψυχικά αρρώστου παρουσιάζει ένα διπλό τρόπο ερμηνείας. Σύμφωνα με την αντίληψη αυτών των λαών, η εικόνα του ψυχικά αρρώστου, από την μια πλευρά αντιπροσωπεύει το ενδιαμέσο με τον υπερφυσικό κόσμο και από την άλλη πλευρά είναι και μια έκφραση μιας σοβαρής διαταραχής της φυσικής τάξης. Την περίοδο αυτή ο μόνος τρόπος ερμηνείας της συμπεριφοράς του ψυχικά διαταραγμένου, είναι εκείνος του ονείρου.

(Εγκυκλοπαίδεια : Υγεία, Τόμος 4^{ος}, σελ. 741)

Ο Χαρτοκόλλης(1984, σελ.134) αναφέρει ότι οι ψυχικά άρρωστοι, όταν δεν καταδιώκονταν, κλείνονταν σε σκοτεινά υπόγεια, φυλακές ή μοναστήρια. Φυσικά, υπήρξαν άνθρωποι και εποχές που κράτησαν διαφορετική στάση απέναντι σ'αυτούς τους αρρώστους, άνθρωποι οι οποίοι κατάλαβαν ότι η βία και ο ακούσιος εγκλεισμός των ψυχασθενών όχι μόνο δεν ωφελούσε τους ψυχασθενείς, αλλά χειροτέρευαν και την κατάστασή τους.Έτσι φρόντισαν να δοθεί στους αρρώστους αυτούς κάτι περισσότερο από ένα άσυλο, μια ψυχοθεραπευτική αγωγή κι ένα ανθρώπινο περιβάλλον. Η Ελληνορωμαϊκή εποχή π.χ. έχει να επιδείξει ανθρώπους φωτισμένους, γιατρούς με ανθρωπιστική διάθεση όπως ο Ασκληπιάδης, ο Αρεταίος και ο Σωρανός.

Πριν, αλλά και για αρκετά χρόνια αργότερα, από τη δημιουργία του σύγχρονου Ελληνικού κράτους οι ψυχικά άρρωστοι τριγυρνούσαν στις

πόλεις και τα χωριά και κόσμος τους περίπαιζε ή τους αγνοούσε. Άλλοι μεταφέρονταν σε κάποιο μοναστήρι. Η πιο γνωστή μονή του Δαφνιού στο νομό Αττικής χρησίμευε ως επίσημο ψυχιατρικό άσυλο από το 1833 ως το 1885 και δεχόταν ανθρώπους που έχρηζαν ψυχιατρικής βοήθειας. Το 1862, το καινούριο κράτος αποφάσισε να ιδρύσει «φρενοκομεία προς συντήρησιν και θεραπείαν φρενοβλαβών». Πέρασαν όμως πάνω από εξήντα χρόνια όπου ιδρύθηκε το πρώτο Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών. Τα δυο μικρότερα ψυχιατρικά νοσοκομεία, ένα στη Θεσσαλονίκη κι ένα στα Χανιά, οργανώθηκαν θεραπευτικά μετά το 1930, αν και υπήρχαν από το 1920. Στο τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου δημιουργήθηκε μια πρώτη αποικία ανιάτων στις εγκαταστάσεις του λοιμοκαθαρητηρίου που λειτουργούσε κάποτε στη Σαλαμίνα, κι από το 1965 στην Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου.

(Π.Χαρτοκόλλης, 1984, σελ. 137)

Ο Δ.Πλουμπίδης(1984, σελ.366-367) αναφέρει ότι η ψυχιατρική στην Ελλάδα διαμορφώθηκε πάνω στα Ευρωπαϊκά πρότυπα το δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα. Πριν την δημιουργία φρενοκομείων, η αντιμετώπιση και η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών ήταν θρησκευτική – εκκλησιαστική και εν συνεχεία σ' ένα περιορισμένο αριθμό ιδρυμάτων κυρίως στα αστικά κέντρα. Το περιεχόμενο της εκκλησιαστικής – θρησκευτικής αντιμετώπισης απαρτιζόνταν από ευχές και εξορκισμούς που διάβαζε πάνω από το κεφάλι του τρελού ή του κάθε παράξενου ατόμου ο ιερέας του χωριού και από τα προσκυνήματα στα μοναστήρια και τις εκκλησίες που είχαν ιδιαίτερη φήμη. Τον 19^ο αιώνα ορισμένα μοναστήρια δε, λειτουργούσαν και ως άσυλα. Συγκεκριμένα στην Ρουμανία 4 μοναστήρια έγιναν μελλοντικά φρενοκομεία, ενώ στην Ελλάδα παρατηρείται ευκαιριακά το ανάλογο φαινόμενο (π.χ Ο Υπουργός Εσωτερικών Χ.Χριστόπουλος το 1861 ανέφερε ότι η Ελληνική Κυβέρνηση κατέβαλλε 320 δρχ. το μήνα σε μοναστήρια για την συντήρηση 21 ψυχοπαθών)

Στην Ελλάδα το 1857 αναφέρονται πρωτοβουλίες για την ίδρυση ψυχιατρείου, σε οικόπεδο της μονής των Αγίων Ασωμάτων, οι οποίες δεν απέδωσαν καρπούς. Το 1861 δημοσιεύεται στον *Ασκληπιό* από τον

Αχ.Γεωργαντά μια μελέτη για ένα φρενοκομείο 400 θέσεων σύμφωνα με τα Γαλλικά πρότυπα, του οποίου η πραγματοποίηση ήταν ανέφικτη λόγω του μεγάλου κόστους. Το 1862 δημοσιεύεται ο νόμος περί φρενοπαθών και φρενοκομείων, κατά το πρότυπο του γαλλικού νόμου του 1838. Σκοπός του νόμου αυτού ήταν η ρύθμιση και λειτουργία ενός φρενοκομείου 60 θέσεων στην Αίγινα. Το σχέδιο τελικώς εγκαταλείπεται μετά την ανατροπή του Όθωνα. Το 1864, μετά την ένωση των Ιονίων νήσων η Ελλάδα «κληρονομεί» το ψυχιατρείο της Κέρκυρας που είχε ιδρυθεί από Άγγλους το 1838 και το οποίο για 23 χρόνια υπήρξε το μοναδικό φρενοκομείο της χώρας. Την περίοδο 1880-1890 αρχίζει μια κινητικότητα για την οργάνωση των ψυχιατρείων. Στη Χίο το 1881, με δωρεά της οικογένειας Σκυλίτση καθώς και άλλων δωρητών, αρχίζει η κατασκευή νέου νοσοκομείου όπου θα φιλοξενούσε και ψυχοπαθείς. Η λειτουργία του ξεκίνησε το 1886. Το 1881 με δωρεά του Τζ. Δρομοκαϊτη αλλά και άλλων δωρητών επιτράπησε η κατασκευή του προτύπου για την εποχή εκείνη «Δρομοκαϊτειου» του οποίου η λειτουργία ξεκίνησε το 1887. Λίγο αργότερα στις αρχές του 20^{ου} αιώνα αρχίζει μια νέα περίοδος κινητικότητας στα ψυχιατρικά δεδομένα και η οποία συνέτεινε στη διαμόρφωση της ψυχιατρικής στην χώρα μας. Πιο συγκεκριμένα το 1904 λειτούργησε στην Αθήνα η πρώτη ιδιωτική κλινική του Σιμωνίδη Γ. Βλαβιανού αλλά και άλλες εν συνεχεία ώστε μέχρι τον β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο να υπάρχουν στην Αθήνα περίπου 10 ιδιωτικές κλινικές. Επίσης ένας άλλος σημαντικός σταθμός είναι η ίδρυση του «Αιγινήτειου» το 1905 με πρωτοβουλία του καθηγητή Μ. Κατσαρά. Το 1907 ή 1908 λειτούργησε το εβραϊκό νοσοκομείο «Χιρς» στη Θεσσαλονίκη το οποίο είχε τμήμα ψυχοπαθών. Το 1908 ιδρύεται στην Ερμούπολη ακόμα ένα άσυλο ψυχοπαθών με πρωτοβουλία μιας τοπικής επιτροπής και χάρη σε εισφορές και εράνους. Το 1910 ιδρύεται στη Σούδα ένα μικρό άσυλο, το 1914 στη Θεσσαλονίκη και το 1914-1915 στην Αθήνα. Τα άσυλα της Σούδας, της Θεσσαλονίκης και της Αθήνας εξελίχθηκαν μετά το τέλος του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου σε ψυχιατρεία-άσυλα με ακριβέστερο θεραπευτικό ρόλο.

(Δ. Πλουμπίδης, 1984, σελ. 370-375)

Ο Ν. Αγγελόπουλος(1994, Νο 48, σελ.8) αναφέρει ότι μέχρι τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο η ψυχιατρική ήταν περιορισμένη στα άσυλα τα οποία ήταν πλημμυρισμένα από εξαθλιωμένους και παραμελημένους ασθενείς και αποτελούσαν τόπους κουστοδιακής κατακράτησης περισσότερο παρά χώρους θεραπείας των ψυχικών νόσων. Μικρής έκτασης ψυχιατρικά περιστατικά νοσηλευόταν σποραδικά σε νευρολογικές ή παθολογικές κλινικές μέσα σ' ένα κλίμα καθόλου ευνοϊκό για τους συγκεκριμένους ασθενείς . Μετά την λήξη όμως του β΄ Παγκοσμίου Πολέμου έγινε στροφή στον χαρακτήρα και την ποιότητα της ψυχιατρικής περίθαλψης, η οποία οφειλόταν στις μεγάλες ιστορικές, πολιτικές , πολιτιστικές και κοινωνικές ανακατατάξεις. Τα κύρια γνωρίσματα της ψυχιατρικής περίθαλψης εκείνης της περιόδου ήταν η εγκατάσταση ψυχιατρικών υπηρεσιών στην κοινότητα, η πληθυσμιακή συρρίκνωση των ασύλων και ο προσανατολισμός προς μια συνεχή θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση του ψυχιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού όλων των βαθμίδων.

Επίσης ο ίδιος υποστηρίζει ότι « ο αντιαυταρχικός, ανθρωπιστικός, φιλελεύθερος και ριζοσπαστικός χαρακτήρας των ιδεών που κυριάρχησαν στη δεκαετία του 40, καθώς και η συνεχώς αυξανόμενη αναγνώριση της σημασίας που έχει η κοινωνική εμπειρία στις διαδικασίες μάθησης, επικοινωνίας και συμπεριφοράς, συνετέλεσαν στην ανάπτυξη νέων προτάσεων για τη λύση του προβλήματος της ψυχιατρικής φροντίδας και νοσηλείας.

(Ν.Αγγελόπουλος, 1994, Νο 48, σελ. 9)

2. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

Οι νέες αντιλήψεις για την ψυχική αρρώστια σε συνδυασμό με την αύξηση των ατόμων που διαγνώσκονται ως «ψυχικά άρρωστα» συντέλεσαν στο να ενισχυθούν οι προσπάθειες για την πρόληψη της ψυχικής ασθένειας και τη δημιουργία προγραμμάτων για την επανένταξη των ψυχικά άρρωστων προσώπων στο κοινωνικό σύνολο. Η κίνηση για την ψυχική υγεία επεδίωξε να εδραιώσει στην κοινωνία γενικότερα αντιλήψεις για την ψυχική υγεία και τις ψυχικές νόσους βασισμένες σε αναγνωρισμένες γνώσεις, να ενθαρρύνει την εφαρμογή των αρχών της ψυχικής υγιεινής στην καθημερινή ζωή, να υποβοηθήσει την οργάνωση των θεραπευτικών μέσων, μέσα στην κοινότητα. Τέλος να επιτύχει την χρησιμοποίηση τους από όσους είχαν την ανάγκη ψυχιατρικής φροντίδας και μέριμνας και να δημιουργήσει περιβάλλον το οποίο θα διευκολύνει την επιστροφή των αποθεραπευμένων ασθενών στην κοινότητα καθώς και την ουσιαστική υποδοχή και αποδοχή τους από εργοδότες, οικογένεια και την κοινωνία γενικότερα.

Εγκυκλοπαίδεια:ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΟΤΗΤΟΣ - 20^{ος} ΤΟΜΟΣ, 1970, σελ.7287-7288)

Την κίνηση για την ψυχική υγεία ενίσχυσε κατά πολύ η δημοσίευση της αυτοβιογραφίας ενός ψυχικά αρρώστου, στις Ηνωμένες Πολιτείες το 1908, ο οποίος θεραπεύθηκε αφού πρώτα δοκίμασε μια απάνθρωπη μεταχείριση σε τρεις διαφορετικούς τύπους ψυχιατρικών ιδρυμάτων. Οι αποκαλύψεις αυτού του βιβλίου σε συνδυασμό με την προσπάθεια του συγγραφέα να διεγείρει το δημόσιο ενδιαφέρον, οδήγησαν στην ίδρυση το 1909 μιας Εθνικής Επιτροπής για την Ψυχική Υγεία στις Ηνωμένες Πολιτείες, στη συγκρότηση ανάλογων επιτροπών στις Πολιτείες και τοπικές κοινότητες των Η.Π.Α. και τέλος στον σχηματισμό της Διεθνούς Επιτροπής για την Ψυχική Υγεία το 1930 .Αποτέλεσμα αυτών των προσπαθειών ήταν να έρθει στην επιφάνεια ένα θέμα όπου για αιώνες είχε θεωρηθεί σαν κάτι το σκοτεινό και κακό καθώς επίσης και το να γίνει αποδεκτό, μέσα από συζητήσεις, σαν ένα από τα προβλήματα της ανθρώπινης υγείας. Κυρίως όμως ένα από τα αποτελέσματα της κινήσεως ψυχικής υγείας ήταν να

επισπεύσει την μετατροπή των «ασύλων φρενοβλαβών» σε «ψυχιατρικά νοσοκομεία» όπου οι ασθενείς δέχονταν θεραπεία με την ελπίδα να επανενταχθούν στην κοινωνία. Επίσης η δημόσια αποκάλυψη των συνθηκών που επικρατούσαν σ' αυτά τα ιδρύματα προκάλεσε την αύξηση της κρατικής βοήθειας για την λειτουργία τους αλλά και την τοποθέτηση έμπειρων επαγγελματιών στην διοίκηση τους.

(Εγκυκλοπαίδεια :ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΟΤΗΤΟΣ –20^{ος} ΤΟΜΟΣ, 1970, σελ.7289-7290)

Όπως αναφέρει ο Λιάκος(1995, σελ.396-397) η πρόοδος που σημειώθηκε στον τομέα των θεραπευτικών μέσων για την ψύχωση και η συνειδητοποίηση της σημασίας των κοινωνικών παραγόντων στην αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας, συνέτεινε στο να αρχίσει βαθμιαία σε όλες τις χώρες του κόσμου μια αλλαγή στην αντίληψη και την πρακτική της αντιμετώπισης των ψυχικών νόσων. Αποτέλεσμα αυτών των αλλαγών ήταν η μετάβαση από την ασυλική ψυχιατρική, στην κοινοτική ψυχιατρική. Μέσω αυτής της διεργασίας, η οποία αποτελεί την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, γεννήθηκαν ιδέες, αμφισβητήσεις και προβληματισμοί. Σήμερα έχει συνειδητοποιηθεί απ' όλους ότι η διαδικασία της μεταρρύθμισης είναι μια πολύπλοκη και δύσκολη στην πράξη διεργασία η οποία είναι δυνατό να επιτευχθεί με την βαθμιαία συρρίκνωση της νοσηλείας στο άσυλο, την διαδοχική ανάπτυξη εναλλακτικών δομών περίθαλψης, την σωστή κατανομή των πόρων σύμφωνα με τις αρχές της τομεοποίησης, την ευαισθητοποίηση και επιμόρφωση της κοινότητας ώστε να αποδεχθεί τις νέες πρακτικές αλλά και να αρθούν οι αντιστάσεις και οι ανησυχίες που προέρχονται από τις προκαταλήψεις για την ψυχική αρρώστια.

3 . Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην εποχή μας, η τρέλα φιμώνεται μέσα στη μακαριότητα μιας επιστημονικής γνώσης που την αναλύει τόσο υπερβολικά, ώστε στο τέλος την ξεχνάει.

Μισέλ Φουκώ, Η ιστορία της τρέλας.

Στην Ελλάδα η προώθηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης καθυστέρησε αρκετές δεκαετίες. Έτσι όταν άλλα Ευρωπαϊκά Κράτη, όπως η Γαλλία, πραγματοποιούσαν την μεταρρύθμιση στο χώρο της ψυχιατρικής περίθαλψης, η Ελλάδα ιδρύει το ψυχιατρείο της Λέρου. Οι λόγοι αυτής της καθυστέρησης δεν είναι μόνο κοινωνικοί αλλά και πολιτικοί, αφού στην χώρα μας όπως αναφέρει ο Π.Σακελλαρόπουλος από την δεκαετία του '60 είχαν αρχίσει να εμφανίζονται ορισμένες πρωτοπόρες δραστηριότητες όπως στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης, στην αρχική φάση λειτουργίας τους, η τότε παιδοψυχιατρική ομάδα εφάρμοζε σύγχρονες μεθόδους διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η ομάδα αυτή προσπάθησε να οργανώσει το νοσοκομείο σε μια βάση αντιασυλιακή. Η προσπάθεια απέτυχε αφ ενός μεν λόγω των απροκάλυπτων παρεμβάσεων της Πολιτείας στη διαδικασία εισαγωγών στο Ίδρυμα και αφ ετέρου λόγω της αδυναμίας που υπήρξε στην εκπαίδευση του προσωπικού, για μια σύγχρονη αντιμετώπιση του παιδιού με νευρολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα. Μια άλλη προσπάθεια με μεγαλύτερη επιτυχία πραγματοποιήθηκε λίγο αργότερα στο Ίδρυμα «Θεοτόκος». Δημιουργήθηκε ένα Οικοτροφείο αλλά στόχος ήταν η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και έμμεσα η πρόληψη. Επίσης την περίοδο 1963-1967 αρχίζει μια προσπάθεια μεταρρύθμισης στην Πανεπιστημιακή Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, όπου ψυχωσικοί άρρωστοι σε κρίση, νοσηλευόταν εντατικά σ' ένα πλαίσιο θεραπείας περιβάλλοντος. Παράλληλα εξανθρωπίστηκαν οι βιολογικές θεραπείες, τα κόματα ινσουλίνης και οι σπασμοθεραπείες. Έτσι είχε οργανωθεί ένα ευρύ θεραπευτικό πρόγραμμα το

οποίο είχε και εκπαιδευτικές παραμέτρους για τα στελέχη ψυχικής υγείας όπως ομαδικές ψυχοθεραπείες, ψυχαναλυτικό ψυχόδραμα και εργασία με την οικογένεια. Δυστυχώς όμως η δικτατορία ανέστειλε όλες αυτές τις δραστηριότητες αφού οι εμπνευστές αυτών των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών αναγκάστηκαν για αρκετά χρόνια να εγκαταλείψουν την Ελλάδα. Έτσι η δημιουργία νέων υπηρεσιών ξεκίνησε εκ νέου κατά τις δεκαετίες του '70 και του '80. Τότε άρχισε η ψυχιατρική να απομακρύνεται από τα παραδοσιακά κέντρα ψυχιατρικής και να εργάζεται κοντά στην κοινότητα, με εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες.

(Π.Σακελλαρόπουλος, 1995, σελ. 30-31)

Ο Κοινοτικός Κανονισμός 815/84, μια πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε συνεργασία με την τότε Ελληνική Κυβέρνηση, θεσμοθέτησε την υλοποίηση κάποιων προγραμμάτων κοινοτικής περίθαλψης ψυχικά αρρώστων με σκοπό την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στον Ελλαδικό χώρο. Βασικός στόχος αυτών των προγραμμάτων ήταν η ανάγκη ενίσχυσης των προσπαθειών της Ελληνικής Πολιτείας για την ανάπτυξη ενός νέου συστήματος ψυχιατρικής και το οποίο θα στηριζόταν σ'ένα αποκεντρωμένο δίκτυο υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Τελικά ο Κανονισμός εγκρίθηκε στις 25 Μαρτίου 1984, ο γνωστός ως Κανονισμός 815/84. Ο Κανονισμός μεταξύ άλλων προέβλεπε δαπάνες για την δημιουργία νέων μονάδων ψυχικής υγείας αλλά και την έγκριση πειραματικών προγραμμάτων που στόχο είχαν να δείξουν τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους για μια επιτυχημένη έκβαση και προώθηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στον Ελλαδικό χώρο.

(Γ.Κατζουράκης, «Ελληνική ψυχιατρική Μεταρρύθμιση», Ελληνική Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Συνάντηση 1-2 Δεκεμβρίου 1990)

Οι λόγοι που η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση άρχισε ουσιαστικά στην Ελλάδα την περίοδο αυτή είναι πρώτον η ένταξη της χώρας μας στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα και δεύτερον μια διεθνή ευαισθητοποίηση που προκλήθηκε από την δημοσίευση, τόσο στον ελληνικό όσο και στον ξένο τύπο, που αφορούσε τις συνθήκες νοσηλείας στο Ψυχιατρείο της Λέρου. Το σχέδιο εκπονήθηκε από Έλληνες και ξένους εμπειρογνώμονες και ήταν αρχικά πενταετούς διάρκειας. Βάσει του Κανονισμού, το πρόγραμμα

περιελάμβανε την ανάπτυξη της κτιριακής υποδομής, την δημιουργία εναλλακτικών προς το άσυλο κοινοτικών μορφών περίθαλψης και τέλος την εκπαίδευση του προσωπικού. Η χρηματοδότηση αυτών των προγραμμάτων κατά 55% έγινε από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα, όμως λόγω βραδύτητας στην απορρόφηση των κονδυλίων η οποία οφειλόταν σε γραφειοκρατικές δυσκολίες, ο Κανονισμός παρατάθηκε μέχρι τον Ιούνιο του 1995. Με την ολοκλήρωση του Κανονισμού 815 υλοποιήθηκαν στη χώρα μας 128 μεταρρυθμιστικά προγράμματα, δηλαδή 1,6 προγράμματα ανά 100.000 κατοίκους. Όμως λόγω απουσίας τομεοποίησης της χώρας, η κατανομή των προγραμμάτων δεν έγινε σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού αλλά τα περισσότερα προγράμματα έγιναν στις μεγάλες πόλεις.

(Α.Λιάκος, 1995, σελ. 400-401)

Πιο συγκεκριμένα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποίησε ο Μ.Μαδιανός το 1996 δείχνουν ότι υπήρξε μια σημαντική μείωση (49,6%) στα κρεβάτια των δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων ανά 100.000 πληθυσμού μεταξύ των ετών 1978 και 1993 και μια αύξηση 638,4% στον αριθμό των εξωνοσοκομειακών ψυχιατρικών υπηρεσιών. Ακόμη κατά την ίδια περίοδο διαπιστώθηκε μια δραματική αύξηση (5.233,4%) στον αριθμό των θέσεων αποκατάστασης. Οι μεταβολές αυτές οφείλονται στην υλοποίηση των προγραμμάτων του Κανονισμού 815/84 – Πρόγραμμα Β και στο πρόγραμμα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Τέλος η υλοποίηση του κανονισμού 815/84 – Πρόγραμμα Β διευκόλυνε την αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Η συνολική επίπτωση του Προγράμματος Β στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα έγινε εμφανής από τα ακόλουθα :

- α) σημαντική μείωση των διαθέσιμων κρεβατιών στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία,
- β) σημαντική αύξηση στα ψυχιατρικά κρεβάτια και τα εξωτερικά ιατρεία των Γενικών Νοσοκομείων,
- γ) αύξηση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα,
- δ) μείωση του μέσου χρόνου νοσηλείας στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Η μείωση ίσως αντικατοπτρίζει την αλλαγή στην στάση των

οικογενειών (αποφεύγουν να αφήνουν τους συγγενείς τους για μεγάλο χρονικό διάστημα στα νοσοκομεία) αλλά και των γιατρών,

ε) σημαντική αύξηση στον αριθμό κρεβατιών και θέσεων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης,

στ) αύξηση του προσωπικού των δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων .

(Μ.Μαδιανός, 2000, σελ.419-420)

Σε άρθρο της εφημερίδας «Ελευθεροτυπία» η Κ.Μάτσα(2001) επισημαίνει ότι «τη λογική της “περιστρεφόμενης πόρτας”, δηλαδή της χρονιότητας και της διαρκούς ανάγκης ασύλων μεγάλων και μικρών, κινδυνεύει να αναπαραγάγει το πολυσυζητημένο, επί 20ετία, ζήτημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, που μόλις απαλλάχτηκε(;) από το στίγμα της Λέρου όχι όμως και από τις ανάλογες ιδρυματικές και απάνθρωπες, ισχνών υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. Και αυτό γιατί η διαχειριστική λογική προγραμμάτων και κονδυλίων τείνει να εγκαθιδρύσει τις προσπάθειες των τεχνοκρατών να μετατρέψουν τη μεταρρύθμιση σε απονευρωμένο από κάθε συγκρουσιακό στοιχείο υπόθεση. Χωρίς τομεοποίηση ανά υγειονομική περιφέρεια, χωρίς κεντρικό σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με δραματικό τρόπο θα έρχεται στην επιφάνεια το πόσο γυμνό και ιδρυματικό είναι το σύστημα ψυχικής υγείας σ’ αυτή τη χώρα. Τονίζει ακόμη ότι εξ ονόματος της ψυχιατρικής κοινότητας, η κατάσταση, όπως διαμορφώθηκε στην Ελλάδα επί 17 χρόνια, εξακολουθεί να στηρίζεται στην ασυλική λειτουργία, χωρίς να έχει δημιουργηθεί το προσανατολισμένο προς την κοινωνία ολοκληρωμένο δίκτυο υπηρεσιών, που θα υποκαθιστούσε το άσυλο».

(Εφημερίδα «Ελευθεροτυπία»:SOS για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, 6 Ιουλίου 2001)

Επίσης στο ίδιο άρθρο ο Χρ.Πανέτας αναφέρει ότι «χωρίς έρεισμα θα παραμείνουν όλες οι προσπάθειες αν δεν υπάρξει επαγγελματική κατάρτιση των αποασυλοποιημένων ατόμων, ενώ επισημαίνει πως ούτε σε επίπεδο να απορροφά κονδύλια δεν έχει φτάσει αυτός ο τομέας στην Ελλάδα».

(Εφημερίδα «Ελευθεροτυπία»:SOS για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, 6 Ιουλίου 2001)

Τα αποτελέσματα από την απουσία τομεοποίησης στην Ελλάδα κατά την εφαρμογή του 815/84, είναι ότι οι δομές Κοινωνικής Ψυχιατρικής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης καλύπτουν στο σύνολό τους μόνο ένα μικρό μέρος του πληθυσμού. Ακόμη τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και οι Κινητές Μονάδες παρέχουν μεν ικανοποιητική δημόσια περίθαλψη, τομεοποιημένης περιοχής δε, σε 8% περίπου του πληθυσμού της χώρας.

Οι αιτίες της κατάστασης αυτής συνοψίζονται στα εξής :

- α) η μη ολοκλήρωση της τομεοποίησης
- β) η ουσιαστική ανυπαρξία ενός κεντρικού προγράμματος ανάπτυξης υπηρεσιών, στην περιφέρεια
- γ) η έλλειψη αρκετών δομών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης
- δ) η έλλειψη συντονισμού και συνεργασίας, μεταξύ διαφόρων ψυχιατρικών μονάδων .

Πιο συγκεκριμένα σε έκθεση επιτροπής εμπειρογνομόνων προς την Ε.Ο.Κ. σχετικά με τις υπάρχουσες ψυχιατρικές υπηρεσίες στην Ελλάδα, τονίζονται τα παρακάτω (Έκθεση Εμπειρογνομόνων Ε.Ο.Κ. 1984) :

« Η έμφαση στο παρελθόν στην Ελλάδα, όπως και αλλού, δινόταν στην περίθαλψη ασθενών στα ψυχιατρεία, ενώ οι υπηρεσίες στα πλαίσια της κοινότητας, έχουν παραμείνει σχετικά υποανάπτυκτες. Αυτή η έμφαση στη νοσοκομειακή περίθαλψη συνέβαλε στην υπερσυγκέντρωση κτιρίων που είναι από το σύνολό τους απαρχαιωμένα, κακοδιατηρημένα, με ανεπαρκείς υπηρεσίες, θεραπευτική απραξία, με μια ατμόσφαιρα διαποτισμένη από παθητικότητα και απελπισία ανάμεσα στους ασθενείς, ένα χαμηλό ηθικό και δυσβάστακτες συνθήκες εργασίας για το προσωπικό, και μια γενική κατάσταση που καθιστά την ανάρρωση ιδιαίτερα δύσκολη. Αυτές οι συνθήκες ενισχύουν το στίγμα της ψυχικής αρρώστιας και το απάνθρωπο, πολυέξοδο, άχρηστο και απαράδεκτο επίπεδο περίθαλψης».

Όλα αυτά που αναφέρονται στην έκθεση, σ'ένα βαθμό ισχύουν ακόμη και σήμερα.

(Π.Σακελλαρόπουλος, 1995, σελ.34-35).

Στον Κανονισμό 815/84 δόθηκε μέσα από μια τεχνοκρατική, εκσυγχρονιστική λογική, μια «κατασκευαστική» ερμηνεία. Φτιάχτηκαν πολλά νέα κτίρια για να στεγάσουν τις νέες ψυχιατρικές δομές, ενώ τα ψυχιατρεία μπήκαν σε μια διαδικασία εκσυγχρονισμού, ωραιοποίησης και όχι αποσάρθρωσής τους, αποϊδρυματοποίησης και λειτουργίας νέων εναλλακτικών δομών. Αποτέλεσμα ήταν να ωφεληθούν κυρίως οι εργολάβοι και οι διαχειριστές κι όχι οι έγκλειστοι στα ψυχιατρεία και οι ψυχικά πάσχοντες γενικότερα. Η μονομέρεια και ο κατακερματισμός σαν κύριο χαρακτηριστικό αυτής της δεκάχρονης μεταρρυθμιστικής προσπάθειας, οδήγησε, πέραν των άλλων και στην ιδρυματοποίηση ακόμα και των νέων δομών .

(Κ .Μπαϊρακτάρης , 1994, σελ.189-192).

Η Κ.Μάτσα, μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, αναφέρει ότι οι προοπτικές για την ψυχιατρική στην Ελλάδα είναι ζοφερές. Κι αυτό γιατί από το Ελληνικό Κράτος δεν έχει προβλεφθεί τίποτα το οποίο να εξασφαλίζει την συνέχιση αυτής της προσπάθειας η οποία είχε ξεκινήσει ελπιδοφόρα με στόχο την ριζική αλλαγή στα ψυχιατρικά πεπραγμένα. Από τους στόχους δε που είχαν τεθεί ελάχιστοι πραγματοποιήθηκαν σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες. Πιο συγκεκριμένα αναπτύχθηκαν μόνο ορισμένες υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, όπως 23 Κέντρα Ψυχικής Υγείας(χρειάζονται άλλα 60), 300 κρεβάτια στα Γενικά Νοσοκομεία(χρειάζονται άλλα 941), 381 θέσεις σε Νοσοκομεία Ημέρας(χρειάζονται άλλες 1.519), 522 θέσεις σε Οικοτροφεία(χρειάζονται άλλες 768), 1984 θέσεις κοινωνικής αποκατάστασης (χρειάζονται άλλες7.574). Ακόμη έγιναν κάποια έργα στα μεγάλα ψυχιατρεία, όμως πρόχειρα και αποσπασματικά με σκοπό να απορροφηθούν κάποια κονδύλια του 815/84. Επίσης βελτιώθηκαν σε κάποιο βαθμό οι όροι διαβίωσης των εγκλειστων αρρώστων, όμως πολλά απ' όσα έπρεπε να γίνουν, δεν έγιναν. Η τομεοποίηση δεν έγινε και οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας αφέθηκαν να λειτουργούν ασυντόνιστα. Έτσι λοιπόν αποδείχθηκε στην πράξη ότι στην Ελλάδα δεν υπήρχε και εξακολουθεί να μην υπάρχει μια σύγχρονη πολιτική ψυχικής υγείας,

κεντρικά σχεδιασμένα, με στρατηγικούς στόχους, που να διέπονται από τη φιλοσοφία της Κοινωνικής Ψυχιατρικής.

(Κ.Μάτσα, Νο 49, 1995, σελ.7-8)

«Οι σύγχρονες επιστημονικές και κοινωνικές αντιλήψεις για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στη βάση της ισότητας, της δικαιοσύνης και της αλληλεγγύης επιβάλλουν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση».

(Κώδικας Νομικού Βήματος, Τόμος 47, Τεύχος 5, σελ.821-822)

Β. ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

1.ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

«Αν τους ψυχικά ασθενείς τους μεταχειρίζονται σκληρότερα από τους άλλους ασθενείς... αυτό γίνεται γιατί πρόκειται για ασθενείς χωρίς προστασία, ψήφο και δικαιώματα. Οι ψυχικά ασθενείς είναι στα μάτια της κυρίαρχης τάξης οι μαύροι, οι ιθαγενείς, οι εβραίοι, οι προλετάριοι ανάμεσα στους ασθενείς. Όπως και αυτοί, είναι θύματα μιας σειράς από προκαταλήψεις και αδικίες που καμιά σχέση δεν έχουν με την φύση της τρέλας»

Λ . Μποναφέ

Το στίγμα και οι διακρίσεις βασίζονται κυρίως σε αρνητικές στάσεις, αντιλήψεις και πεποιθήσεις γύρω από την ψυχική ασθένεια. Αυτές οι αρνητικές αντιλήψεις είναι συνήθως λανθασμένες. Είναι προφανές ότι η άγνοια για το πραγματικό πρόσωπο της ψυχικής διαταραχής δημιούργησε ένα πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη προκαταλήψεων γύρω από αυτή.

Η εικόνα του ψυχασθενούς φορτίστηκε αρνητικά και το μεγαλύτερο μέρος του κοινωνικού συνόλου τον αντιμετώπισε με αισθήματα φόβου αλλά και δείχνοντάς του μια εχθρική στάση. Η ψυχική αρρώστια θεωρήθηκε στίγμα και ο ψυχικά άρρωστος μίasma που έπρεπε να απομονωθεί ή ακόμη και να εξαφανιστεί από το κοινωνικό σύνολο.

Κατά τον Λιάκο(1995, σελ.395) ο στιγματισμός των ψυχικά αρρώστων οφείλεται σε προκαταλήψεις οι οποίες έπαιξαν ρόλο στην δημιουργία του στίγματος και οι οποίες στηρίζονται σε αντιλήψεις και πεποιθήσεις όπως ότι ο ψυχικά άρρωστος είναι επικίνδυνος για το κοινωνικό περιβάλλον καθώς

και ότι είναι ανεύθυνος για τις πράξεις του. Η στερεότυπη αντίληψη περί ανευθυνότητας των ψυχικά αρρώστων δεν είναι δικαιολογημένη, μιας και όταν συμβαίνει μια τέτοια συμπεριφορά σε κάποιες περιπτώσεις ψυχώσεων διαρκεί μικρά διαστήματα.

Οι λόγοι που προκαλούν το στίγμα έχουν τις ρίζες τους στην προϊστορική παράδοση του Σαμανισμού, σε μεσαιωνικές προλήψεις περί δαιμονισμένων και στο φόβο της μαύρης μαγείας. Η τάση για στιγματισμό σημαίνει ακόμη κάποιο γενικό φόβο, πως αυτό που στιγματίζουμε υπάρχει μέσα μας ως ένας κίνδυνος και με τον μηχανισμό της εξωτερικεύσεως-δηλαδή αποδίδοντας σε άλλους τον φόβο μας- τον απομακρύνουμε κιόλας. Υπάρχουν όμως και λόγοι πιο ρεαλιστικοί που συντείνουν την ύπαρξη του στίγματος και είναι οι ακόλουθοι:

- α) Η μεγάλη παραμονή των ψυχικά αρρώστων στο άσυλο, κάτι το οποίο χαρακτηρίζει την πλειονότητα αυτών των ατόμων.
- β) Η μερική μείωση της νοημοσύνης και της βουλήσεως ως χαρακτηριστικό των χρόνιων ψυχώσεων.
- γ) Η αναγκαιότητα μιας συνεχούς παρακολουθήσεως και θεραπείας για ένα διάστημα αορίστου χρόνου ύστερα από την σταθεροποίηση της ψυχικής ισορροπίας του αρρώστου.

(Η.Χαρτοκόλλης , 1984, σελ. 140-141)

Ο Κουρουμπλής(1995, σελ.68) υποστηρίζει ότι «η γένεση, ανάπτυξη, καλλιέργεια και ενίσχυση προκαταλήψεων και στερεοτύπων αφορά πρωταρχικά σε μηχανισμούς κοινωνικούς, πολιτικούς, οικονομικούς, οι οποίοι είναι σε θέση να παράγουν και να αναπαράγουν προκαταλήψεις και στερεότυπα, μηχανισμοί κοινωνικοποίησης θεσμοθετημένοι ή μη, κρατικοί ή ευρύτερα κοινωνικοί, μπορούν ανάλογα με το ποιόν, την κατεύθυνση και το περιεχόμενο της παρέμβασης τους να παράγουν, να συντηρήσουν, ή αντίστροφα να αποδυναμώσουν και να καταργήσουν τις όποιες κοινωνικές συμπεριφορές εκδηλώνουν ή απορρέουν από κοινωνική προκατάληψη ή στερεότυπα. Σ' αυτούς τους μηχανισμούς θα μπορούσε κανείς να αναφέρει παραδειγματικά τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και Επικοινωνίας, την Παιδεία, το Κοινοβούλιο και τα Κόμματα, αλλά και τις ειδικότερες

Νομοθετικές Ρυθμίσεις που άπτονται του προσανατολισμού και του περιεχομένου του Κοινωνικού Κράτους και του Κράτους Πρόνοιας.

Κατά τον Ν.Αγγελόπουλο(1994, Νο 48, σελ.9) ο κύριος λόγος στιγματοποίησης των ψυχικά αρρώστων είναι η εισαγωγή στο απωθητικό και απομακρυσμένο, από την κοινότητα, ψυχιατρείο, αφού τις περισσότερες φορές αποτελεί δρόμο χωρίς γυρισμό, εγκατάλειψη και κατάσταση μη θεραπεύσιμη. Λόγω αυτού του φαινομένου ο ίδιος υποστηρίζει ότι το γενικό νοσοκομείο είναι προσιτότερο αφού η εισαγωγή σ' αυτό δεν στιγματοποιεί τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψύχωση, αλλά και γιατί βρίσκουν αρτιότερη φροντίδα και νοσηλεία μέσα από κατάλληλες από ιατρική, νοσηλευτική και ξενοδοχειακή άποψη, συνθήκες.

Ο Μαδιανός(1996, σελ.188) υποστηρίζει ότι «η κοινότητα και το ψυχικά άρρωστο μέλος της έχουν μια διαλεκτική σχέση και στο επίπεδο του φόβου και του κινδύνου, ποιος δηλαδή κινδυνεύει και από ποιόν ; Ένα ψυχικά διαταραγμένο άτομο, όπως και ένα οποιοδήποτε άτομο, μπορεί να διαταράξει την κοινή ησυχία, να απειλήσει την αρμονική λειτουργία της κοινότητας. Η ίδια, επίσης η κοινότητα μπορεί να αποτελέσει απειλή με διάφορους τρόπους, π.χ. εγκληματικότητα, εχθρική στάση για τον ψυχικά άρρωστο, όπως και οποιονδήποτε άλλο».

Ο στιγματισμός των ψυχικά νοσούντων οφείλεται στην έλλειψη γνώσεων όσον αφορά την αιτιολογία της νόσου και στις εκδηλώσεις της νόσου, όπως είναι η ανεξήγητη μεταβολή της συμπεριφοράς του ατόμου και η αλλοίωση των πνευματικών και ψυχικών του λειτουργιών.Επίσης λόγω αυτών των εκδηλώσεων οι ψυχικές νόσοι έχουν συνδεθεί με μαγικές επιδράσεις γι'αυτό παλαιότερα η αντιμετώπισή τους γίνονταν από μάγους ή ιερείς. Ο στιγματισμός των ψυχικά νοσούντων στηρίζεται σε προκαταλήψεις, όπου κατά ένα μέρος είναι δικαιολογημένες από την εποχή που δεν υπήρχαν επιστημονικές και συγχρόνως αποτελεσματικές θεραπείες για τις ψυχικές διαταραχές.Οι προκαταλήψεις οι οποίες συνέτειναν στην δημιουργία του στίγματος στηρίζονται στην πεποίθηση ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι επικίνδυνα για το κοινωνικό περιβάλλον και ανεύθυνα για τις πράξεις τους.

(Α.Λιάκος, 1995, σελ. 394)

Κατά τον Μαδιανό(1996, σελ.18) «αν η κοινότητα είναι το σύνολο των ατόμων που συνδέονται με κοινούς συναισθηματικούς δεσμούς και προσωπικές σχέσεις, τότε η ανάπτυξη παθολογικών σχέσεων ή συμπεριφορών από άτομο ή άτομα δημιουργεί αντιδραστικές συμπεριφορές της κοινότητας προς το συγκεκριμένο άτομο ή άτομα το οποίο, όμως, αμύνεται με παθητική, αρνητική ή επιθετική συμπεριφορά που η κοινότητα τη θεωρεί ως τρέλα ή ως κοινωνική απόκλιση. Έτσι ο άρρωστος φοβάται την κοινότητα. Η οικογένειά του φοβάται την κοινότητα γιατί θα στιγματιστεί»

Απόρροια αυτών των ακραίων, για την εποχή μας, φαινομένων είναι η απομόνωση των ατόμων αυτών και κατ'επέκταση ο ακούσιος κυρίως εγκλεισμός τους στα Δημόσια Ψυχιατρεία κι αυτό γιατί πιστεύουμε ότι αν τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο δεν ζουν ανάμεσά μας, δεν κινδυνεύουμε από αυτά.

Παρ'όλ'αυτά οι παραπάνω απόψεις σίγουρα δεν αφορούν ολόκληρη την κοινωνία και αρκετοί είναι αυτοί οι οποίοι έχουν αγωνιστεί ώστε να αρθούν οι προκαταλήψεις απέναντι στους ψυχικά αρρώστους ανά τους αιώνες. Ο Ν.Μπούρας(1984, σελ.312-313) υποστηρίζει ότι το ενδιαφέρον της κοινωνίας για την αντιμετώπιση και θεραπεία των ψυχοπαθών υπήρχε από τους αρχαίους χρόνους. Ο Πλάτων στην *Πολιτεία* του παροτρύνει «εάν κάποιος δεν έχει σώας τας φρένας, μην τον αφήνετε να εμφανιστεί στην Πόλη. Να τον φροντίζουν οι συγγενείς στο σπίτι του κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο, σε περίπτωση δε που αρχίσουν να τον παραμελούν, να τους επιβληθεί πρόστιμο». Ακόμη ενδείξεις για κατανόηση από την κοινότητα απέναντι σε άτομα που παρουσιάζουν κάποια ψυχική διαταραχή, βρίσκουμε και μέχρι τα τέλη του 17^{ου} αιώνα και αρχές του 18^{ου} αιώνα. Την εποχή εκείνη η ψυχιατρική περίθαλψη προσφερόταν από ιδιωτικά ιδρύματα υπό την επίβλεψη του κλήρου ή κάποιων φιλανθρώπων. Όμως κατά την διάρκεια του 18^{ου} αιώνα η σταση της κοινότητας άρχισε να χάνει το χαρακτήρα ανοχής που παρουσίαζε προηγουμένως.

Η στάση της κοινότητας απέναντι στα άτομα που παρουσιάζουν κάποια ψυχική διαταραχή είναι φαινόμενο ιδιαίτερης σημασίας μιας και

χρειάζεται η αποδοχή και η συνεχής υποστήριξη αυτών των ατόμων από το περιβάλλον τους.

(N.Μπούρας , 1984, σελ. 319)

Ο Καθηγητής Norman Sartorius, MD, PhD και Επιστημονικός Διευθυντής του Προγράμματος της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας για την Καταπολέμηση του Στίγματος και των Διακρίσεων εξαιτίας της Σχιζοφρένειας, στο μήνυμα που απέστειλε στις 7-4-2001 στην Ελλάδα λόγω του εορτασμού της Παγκόσμιας Ημέρας Υγείας, η οποία ήταν αφιερωμένη στην Ψυχική Υγεία, αναφέρει ότι το στίγμα που συνοδεύει τις ψυχικές διαταραχές είναι ένα από τα κύρια εμπόδια στη βελτίωση της φροντίδας και της ποιότητας ζωής των ατόμων που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή και των οικογενειών τους. Οι αρνητικές στάσεις και οι διακρίσεις καθιστούν δύσκολη και ορισμένες φορές αδύνατη την αξιοποίηση της τεράστιας προόδου που έχει γίνει σε θέματα γνώσης γύρω από την ψυχική ασθένεια, τόσο στη θεραπεία όσο και στην αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν. Επίσης λόγω της ψυχικής ασθένειάς προκύπτουν τεράστια προβλήματα στη δημόσια υγεία τα οποία για να αντιμετωπισθούν σωστά θα πρέπει να σπάσει ο φαύλος κύκλος των διακρίσεων, της ελλιπούς φροντίδας και της έλλειψης σεβασμού για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Καθοριστικό ρόλο στην διακοπή αυτού του φαύλου κύκλου που δημιουργούν το στίγμα και οι διακρίσεις, παίζει η Πολιτεία όπου με την εφαρμογή σύγχρονων νομοθετικών ρυθμίσεων και επέκταση δομών ψυχιατρικής στην κοινότητα, μπορεί να προωθήσει την ψυχική υγεία και κατά συνέπεια να βοηθήσει τα άτομα που πάσχουν από ψυχική ασθένεια.

(Norman Sartorius, MD, PhD, 7-4-2001)

2. ΑΓΩΓΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΣΤΟΧΟ ΤΗΝ ΑΡΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΩΝ

Το γιατρικό για τον άνθρωπο ,
είναι ο άνθρωπος
Αφρικανική παροιμία

Η αγωγή κοινότητας είναι μια διαδικασία όπου μέσω αυτής επιτυγχάνεται η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού μιας κοινότητας, με στόχο την άρση των προκαταλήψεων για την εφαρμογή και την υλοποίηση δομών της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Ειδικότερα η αγωγή κοινότητας είναι κυρίως η εργασία που γίνεται με την κοινότητα με σκοπό ο πληθυσμός να αλλάξει στάση απέναντι στην ψυχική νόσο μέσα από μια διαδικασία εκπαίδευσης και κατάρτισης επιμέρους ομάδων του πληθυσμού (δασκάλων, ιατρών, αστυνομικών) ώστε να βοηθήσουν είτε εθελοντικά, είτε στα πλαίσια των επαγγελματικών τους δραστηριοτήτων στο έργο της πρόληψης και της θεραπείας των ψυχικών διαταραχών. Οι δομές που καλύπτουν τις ανάγκες μιας τομεοποιημένης περιοχής χωρίς τη συστηματική και μόνιμη αγωγή κοινότητας δεν είναι δυνατό να είναι αποδοτικές. Η συστηματική και μόνιμη αγωγή κοινότητας επιτυγχάνεται μέσα από διάφορους τρόπους εργασίας με τον πληθυσμό όπως ομιλίες, συζητήσεις, σεμινάρια και κοινή αντιμετώπιση περιπτώσεων με την κοινότητα. Ειδικότερος και συστηματικότερος είναι ο τρόπος εργασίας στα σχολεία όπου οργανώνονται σεμινάρια κατά την διάρκεια του σχολικού έτους.

(Π.Σακελλαρόπουλος , 1994, σελ.38-39)

Η αγωγή κοινότητας είναι μια διαδικασία όπου μπορεί να επιδράσει στην θετικότερη διαμόρφωση της γνώμης για την ψυχική αρρώστια. «Το 1978/1980 μελετήθηκαν οι στάσεις ενός δείγματος 1.574 ενηλίκων του γενικού πληθυσμού των δήμων Βύρωνα-Καισαριανής πριν από την ανάπτυξη της παροχής υπηρεσιών από το τοπικό Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής στο πλαίσιο της μεγάλης κοινωνικοψυχιατρικής έρευνας. Το 1994 επανεξετάσθηκε ένα δείγμα 360 ατόμων που είχαν εξετασθεί το 1979/1980

με στόχο να διερευνηθεί η τυχόν μεταβολή της στάσης τους απέναντι στην ψυχική αρρώστια μετά από συνεχείς και συστηματικές παρεμβάσεις των μελών του Κέντρου Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής για την ευαισθητοποίηση των κατοίκων της κοινότητας. Η σύγκριση, μεταξύ των δυο ερευνών κατέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές, πράγμα που δείχνει ότι υπήρξε θετικότερη στάση απέναντι στον ψυχικά άρρωστο στο δείγμα της έρευνας του 1994 με λιγότερη αυταρχικότητα, περισσότερη ανεκτικότητα και παράλληλη τάση για αποδοχή της ενσωμάτωσης του ψυχικά αρρώστου. Το φύλο, η ηλικία, η εκπαίδευση και το επάγγελμα επηρέασαν σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο τη διαμόρφωση της γνώμης των ατόμων του δείγματος κατά την επανέρευνα του 1994 . Φαίνεται οι ποικίλες δραστηριότητες επί δεκαπέντε χρόνια, για την ευαισθητοποίηση της κοινότητας, πιθανόν να επέδρασαν στην θετικότερη διαμόρφωση της γνώμης για την ψυχική αρρώστια».

(Μ.Μαδιανός, 2000, σελ.383-384)

Ο Π.Σακελλαρόπουλος κάνοντας ορισμένες προτάσεις τον Οκτώβριο του 1990 για το Ψυχιατρείο της Λέρου σε συνάρτηση με την μελλοντική αναχώρηση των αρρώστων των 11 νέων οικοτροφείων που θα λειτουργούσαν στην υπόλοιπη Ελλάδα, ειδικά για τη Λέρο επισημαίνει ότι θα ήταν σκόπιμο να ληφθούν ορισμένα μέτρα σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση που να συνδέουν κτιριολογικά και λειτουργικά το Ψυχιατρείο με τη ζωή της πόλης, όπως :

- α) Κατάργηση της εικόνας στρατοπέδου
- β) Ενθάρρυνση της επικοινωνίας ασθενών και πολιτών
- γ) Δημιουργία χώρου για κέντρο αναψυχής στο χώρο του ψυχιατρείου για τους κατοίκους της πόλης, καθώς επίσης και δημιουργία πλατείας
- δ) Η ενδυμασία των αρρώστων και των νοσηλευτών να είναι ποικίλη και του οικονομικού επιπέδου του μέσου πολίτη του νησιού .

Εκτός των παραπάνω ειδικών μέτρων για τη Λέρο ο Π.Σακελλαρόπουλος αναφέρει στις προτάσεις του και άλλα μέτρα που αφορούν όλη την Ελλάδα και είναι τα ακόλουθα :

- α) Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και Επικοινωνίας θα πρέπει να βοηθήσουν στην ευαισθητοποίηση του πληθυσμού μέσα από την δημιουργία μηνιαίων προγραμμάτων, σε ώρες υψηλής ακροαματικότητας
- β) Ανάλογα μέτρα θα πρέπει να ληφθούν στο επίπεδο της δημόσιας εκπαίδευσης και σε όλες τις βαθμίδες
- γ) Να καλλιεργηθεί ο θεσμός των ανάδοχων οικογενειών
- δ) Να καλλιεργηθούν άλλες μορφές σύνδεσης κατοίκων όλης της Ελλάδας και ασθενών, όπως ο θεσμός της «υιοθεσίας» και βοήθειας σε συγκεκριμένους ασθενείς από άτομα και πολιτιστικούς συλλόγους πανελλαδικά.

Σκοπός της συγκεκριμένης καμπάνιας θα είναι η ευαισθητοποίηση και υπευθυνοποίηση του πολίτη για το πρόβλημα της Λέρου και γενικότερα για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.

(Π.Σακελλαρόπουλος, Ορισμένες προτάσεις για το Ψυχιατρείο της Λέρου, σε συνάρτηση με την μελλοντική αναχώρηση των αρρώστων των 11 νέων οικοτροφείων που θα λειτουργήσουν στην υπόλοιπη Ελλάδα, Οκτώβριος 1990)

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω η Τοπική Αυτοδιοίκηση θα πρέπει να έχει ενεργό συμμετοχή στην Αγωγή Κοινότητας ώστε να αλλάξει η στάση προς τον ψυχικά άρρωστο. Η Τοπική Αυτοδιοίκηση μπορεί να λειτουργήσει σε δυο επίπεδα :

- α) Στην διαμόρφωση φυσικού κοινωνικού περιγύρου που να βελτιώνει την ποιότητα ζωής και να δρα θετικά στην υγεία
- β) Με παρέμβαση σε κρατικό επίπεδο. Η παρέμβαση αυτή μπορεί να εκδηλωθεί με πολιτική διαφώτισης και ενημέρωσης των πολιτών.

Το κοινοτικό πρόγραμμα ψυχικής υγείας ως κύρια αποστολή θα πρέπει να έχει την συνειδητοποίηση του προβλήματος από τους κατοίκους με σκοπό να αποστιγματιστεί η ψυχική αρρώστια και ο πληθυσμός της κοινότητας να υποβοηθήσει ενεργητικά το θεραπευτικό έργο.

(Δ.Γερούκαλης, 1984, σελ.350-351)

Το Πρόγραμμα Αγωγή Κοινότητας αποτελεί ουσιαστικά μια διαδικασία ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του πληθυσμού σε θέματα

που αφορούν την ψυχική νόσο. Η Αγωγή Κοινότητας αφορά ολόκληρο τον πληθυσμό αλλά μπορεί να πάρει την μορφή εκπαίδευσης επιμέρους πληθυσμιακών ομάδων. Στόχος της είναι τόσο η πρόληψη όσο και η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.

(Π.Σακελλαρόπουλος, 1995, σελ. 38)

Φαίνεται ότι είναι αδύνατη η αποτελεσματικότητα της παροχής υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα αν δεν έχει προηγηθεί η κατάλληλη εργασία με τον πληθυσμό. Η έλλειψη ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης της κοινότητας έχει τουλάχιστον δυο σημαντικές συνέπειες: Από την μια κάνει αδύνατη τη ζωή των ασθενών μέσα στην κοινότητα, αφού αντιμετωπίζονται με φόβο και καχυποψία. Από την άλλη δυσχεραίνεται σημαντικά το έργο της πρόληψης. Αν ο πολίτης δεν είναι εκπαιδευμένος να αναγνωρίζει το ενδεχόμενο ότι μπορεί ο ίδιος ή ένα μέλος της οικογένειας του να αρρωστήσει, αν δεν είναι ικανός να παραδεχτεί ή να αναγνωρίσει τη σημασία ενός συμπτώματος, τότε δεν θα μπορέσει να ζητήσει βοήθεια.

(A. Mc Culloch, 1998, σελ. 270)

Γνωρίζοντας ότι στις μέρες μας οι ψυχικές διαταραχές είναι διαγνώσιμες, ιάσιμες, κι ένα μεγάλο μέρος από αυτές μπορούν να προληφθούν καταλαβαίνουμε πόσο μεγάλη είναι η σημασία της αγωγής κοινότητας για την πρωτοβάθμια πρόληψη.

(J.A. Casta e Silva, 1998, σελ.78)

Πεντακόσια εκατομμύρια άνθρωποι βασανίζονται από ψυχολογικές διαταραχές και υποστηρίζεται ότι τουλάχιστον οι μισές από αυτές θα μπορούσαν να αποφευχθούν με απλές μεθόδους.

(J.A. Casta e Silva, 1998, σελ.9)

Η πιο απλή και αποτελεσματική μέθοδος είναι η αγωγή κοινότητας, η εκπαίδευση του πληθυσμού πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας.

(Για την σημασία της εκπαίδευσης: N. Sartorius, 1998, σελ.62)

3. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Σύμφωνα με το Σύνταγμα της Ελλάδας, το Κράτος έχει υποχρέωση να μεριμνά για την υγεία των πολιτών, ενώ η μέριμνα αυτή δεν θα πρέπει να εξαντλείται στο έργο της θεραπευτικής αποκατάστασης, αλλά να επεκτείνεται και στον τομέα της πρόληψης και σ' αυτόν θα πρέπει να δίδεται μεγαλύτερη βαρύτητα και προτεραιότητα. Τα ίδια ισχύουν και για την ψυχική υγεία, όπου στον τομέα αυτό εμφανίζονται αρκετές ιδιαιτερότητες, οι οποίες συνδέονται τόσο με τα χαρακτηριστικά των ψυχικών νόσων, όσο και με κοινωνικές προκαταλήψεις. Η ψυχική νόσος προσβάλλει ευθέως την δυνατότητα του ανθρώπου να συμμετέχει επί «ίσοις όροις» στην κοινωνική ζωή, ιδίως στις περιπτώσεις που απαιτεί σύγκρουση ή ανταγωνισμό. Ο – συχνά φαινομενικά μόνο- παράλογος χαρακτήρας της συμπεριφοράς των ψυχωσικών ασθενών έχει ενισχύσει φόβους και προκαταλήψεις απέναντι στην ψυχική νόσο, με αποτέλεσμα να έχει διευρυνθεί το χάσμα που χωρίζει τους ψυχωσικούς ασθενείς από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Αποτέλεσμα αυτών των προκαταλήψεων ήταν ο εγκλεισμός των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στα άσυλα, συχνότατα διαβίου, ενώ συχνά, όπως άλλωστε πολλές φορές έχει καταγγελθεί, παρουσιαζόταν φαινόμενα καταπάτησης συνταγματικών και αστικών δικαιωμάτων των νοσηλευόμενων ασθενών. Σε κάποιες περιπτώσεις, οι συνθήκες ζωής σ' αυτά αντιτίθενται στο άρθρο 2, παρ. 1 του Συντάγματος το οποίο ορίζει ότι ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας.

(Π.Σακελλαρόπουλος, Ε.Σπηλιωτόπουλος, Μ.Λειβαδίτης και ομάδα συνεργατών, 1995, σελ.711)

Η ψυχιατρική νοσηλεία στην Ελλάδα ρυθμίζεται από το Ν.Δ 2071/1992 του οποίου τα άρθρα 91-101 (6^ο κεφάλαιο) αναφέρονται στην Ψυχική Υγεία. Ο νόμος 2071/1992, αντικατέστησε τις διατάξεις του προηγούμενου νομοθετικού πλέγματος (νομοθετικό διάταγμα 104/73) και οι οποίες ήταν αντίθετες με το περιεχόμενό του. Τα άρθρα που αφορούν την ψυχική υγεία έχουν συνοπτικά το ακόλουθο περιεχόμενο:

Στο άρθρο 91, αναφέρονται οι σκοποί και οι αρχές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (πρόληψη, τομεοποίηση, αποασυλοποίηση, ευαισθητοποίηση της κοινωνικής ομάδας).

Στο άρθρο 92, θεσπίζεται η τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και δημιουργείται ένα συλλογικό όργανο διοίκησης στο επίπεδο του τομέα: Τοπική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας(Τ.Ε.Ψ.Υ.). Η τομεοποίηση και γενικότερα η αποκέντρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αποτελεί μια πρακτική η οποία εφαρμόζεται και σε άλλες χώρες της Ευρώπης και στοχεύει στη μη αποκοπή του ασθενούς από το κοινωνικό του περιβάλλον.

Στο άρθρο 93, περιγράφονται οι μονάδες ψυχικής υγείας, ο τρόπος της στελέχωσης και της διοίκησης τους. Επιδιώκεται η επικέντρωση των δραστηριοτήτων στο επίπεδο του τομέα, στην εξωνοσοκομειακή μέριμνα και στην πρόληψη. Η εξωνοσοκομειακή μέριμνα της ψυχικής ασθένειας έχει πολλά πλεονεκτήματα όπως τον περιορισμό της απομόνωσης και της παλινδρόμησης του ασθενούς μέσα στο ίδρυμα και τη διατήρηση των κοινωνικών του δεξιοτήτων, ενώ το κόστος της είναι κατά πολύ μικρότερο από αυτό της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης.

Τα άρθρα 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, αναφέρονται στην εκούσια και ακούσια νοσηλεία. Εξασφαλίζονται τα δικαιώματα του αρρώστου και η εξίσωσή του με τους άλλους ασθενείς των γενικών νοσοκομείων. Επίσης γίνεται και αυστηρός καθορισμός των ρόλων της αστυνομίας, του εισαγγελέα, των δικαστών, των ιατρών της περιοχής και του διευθυντή-ψυχιάτρου που πιστοποιούν την αναγκαιότητα της ακούσιας νοσηλείας. Ακόμη δημιουργείται η δυνατότητα της επιβολής υποχρεωτικής εξωνοσοκομειακής θεραπείας.

Το άρθρο 101, αναφέρεται στους ιδιωτικούς φορείς ψυχικής υγείας και στη συνεργασία τους με το δημόσιο τομέα. Το άρθρο αυτό αποσκοπεί στην αξιοποίηση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας με ελεγχόμενο τρόπο.

(Π.Σακελλαρόπουλος, Ε.Σπηλιωτόπουλος, Μ.Λειβαδίτης και ομάδα συνεργατών, 1995, σελ. 720-721)

Ο εκσυγχρονισμός των διατάξεων συνδέεται άμεσα με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Ζούμε σε μια εποχή που ο σεβασμός της

ανθρώπινης αξίας η υπεράσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ελευθεριών, έχουν καταστεί θεμελιώδες πολιτικό αίτημα. Η ακούσια νοσηλεία αποτελεί το έσχατο μέσο θεραπευτικής παρέμβασης. Για να αποφευχθεί η καταχρηστική άσκηση της και για να διασφαλιστεί η εφαρμογή θεραπευτικών μεθόδων που θα στηρίζονται αποκλειστικά τόσο σε επιστημονικά, όσο και σε ανθρωπιστικά κριτήρια, απαιτείται ο συντονισμός θεραπευτών και δικαστικής εξουσίας.

(Π.Σακελλαρόπουλος, Ε.Σπηλιωτόπουλος, Μ.Λειβαδίτης και ομάδα συνεργατών, 1995, σελ. 715)

Πριν από την οριστική ψήφιση του ν.2071/1992, είχε προηγηθεί η υποβολή, προς τον τότε αρμόδιο υπουργό, μιας ολοκληρωμένης πρότασης για τη νομοθετική ρύθμιση της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ειδικότερα από τον καθηγητή Π.Σακελλαρόπουλο, στην οποία ενσωμάτωσε την εργασία αρκετών ομάδων ειδικών σ' αυτό το ζήτημα. Η πρόταση αυτή δυστυχώς έγινε δεκτή σε περιορισμένο βαθμό, στο νόμο που ψηφίστηκε τελικά στη Βουλή.

(Π.Σακελλαρόπουλος, Ε.Σπηλιωτόπουλος, Μ.Λειβαδίτης και ομάδα συνεργατών, 1995, σελ. 709)

Το 1999 ψηφίζεται ένας νέος καινοτόμος νόμος που αφορά στην ανάπτυξη και στον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο πνεύμα του νόμου 2519/1997. Στο πλαίσιο αυτό ιδιαίτερο βάρος αποκτούν οι δομές και υπηρεσίες που αποσκοπούν στην κοινωνικο-επαγγελματική ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, οι οποίες προβλέπονται και κατοχυρώνονται από το νόμο 2716/1999. Επίσης αναθεωρήθηκαν και κάποια άρθρα του νόμου 2071 /1992, με την εφαρμογή νέων ρυθμίσεων, π.χ. αντικατάσταση των διατάξεων του νόμου 2071/1992 που δεν κατέστη δυνατόν να εφαρμοσθούν με νέες στον 2716/1999 για την Τομεοποίηση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, οι μονάδες Ψυχικής Υγείας που αναπτύχθηκαν μέσα από τον Κανονισμό 815/84 και απαριθμήστηκαν απλώς ενδεικτικά στο νόμο 2071/1992 αποκτούν νομική υπόσταση με τις σχετικές διατάξεις του νόμου 2716/1999, αφού το νομικό κενό που υπήρχε καλύπτεται και στο εξής οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας ιδρύονται και λειτουργούν με βάση

συγκεκριμένο νομικό πλαίσιο. Τέλος στο νόμο 2716/1999 καθορίζεται η συγκρότηση και η σύνθεση των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, ώστε τα όργανα αυτά να καθίστανται ευέλικτα και ουσιαστικά στην λειτουργία τους, αφού οι αρμοδιότητες των Επιτροπών στο νόμο 2071/1992 ήταν αόριστες και ελλιπείς, ενώ με τον νόμο 2716/1999 ορίζεται συγκεκριμένα και με λεπτομέρεια ο καθοριστικός ρόλος τους στην ανάπτυξη, οργάνωση και λειτουργία των Τομέων Ψυχικής Υγείας, ο ουσιαστικός ρόλος τους στην αποασυλοποίηση/ αποιδρυματοποίηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων, στην εγκαθίδρυση ενός συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα και η ευθύνη τους για την προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού.

(ΚΩΔΙΚΑΣ ΝΟΜΙΚΟΥ ΒΗΜΑΤΟΣ, ΤΟΜΟΣ 47, ΜΑΙΟΣ 1999, σελ. 821-825)

Η Παιδεία, το πολιτιστικό επίπεδο, η κοινωνική ζωή, αλλά και το πολιτικό και το πολιτειακό θεσμικό πλαίσιο, είναι τομείς, που επηρεάζουν και επηρεάζονται από τις νομοθετικές αντιλήψεις μιας οργανωμένης κοινωνίας. Λειτουργεί δηλαδή ένα πλαίσιο δράσης και ανάδρασης, τροφοδοσίας και ανατροφοδοσίας, στάσεων και αντιλήψεων ζωής, αξιών και συμπεριφορών, πυρήνας των οποίων είναι η θεσμική νομοθετική αντίληψη, η οποία είναι σε θέση να εμπεδώσει υπάρχουσες δομικές ανισότητες και να καλλιεργήσει στερεότυπα ή προκαταλήψεις.

(Κουρουμπλής Π., 1995 σελ. 69)

Σήμερα είναι αναγκαιότητα να θεσμοθετηθούν όλα εκείνα τα εργαλεία που εξυπηρετούν τους στόχους της σύγχρονης ψυχιατρικής και κατοχυρώνουν υπηρεσίες, προγράμματα ή δράσεις, ώστε να δίδεται προτεραιότητα στα ακόλουθα, τα οποία και αποτελούν τον πυρήνα της φιλοσοφίας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και που προωθούνται με τον τελευταίο νόμο που αφορά στην ψυχική υγεία:

- α) Η έμφαση στην πρόληψη μέσα από την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα.
- β) Η έγκαιρη νοσηλεία και θεραπεία σύμφωνα με τις σύγχρονες μεθόδους και πρακτικές.

γ) Η εξασφάλιση της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας εκτός των τειχών των μεγάλων ιδρυμάτων μέσα από την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

δ) Η δημιουργία υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής-επαγγελματικής επανένταξης, με τη δημιουργία ειδικότερα των κοινωνικών συνεταιρισμών που είναι ουσιαστικά θεραπευτικές μονάδες.

ε) Η χορήγηση κινήτρων για συμμετοχή σε προγράμματα θεραπείας-επανένταξης.

(Κώδικας Νομικού Βήματος, Τόμος 47, Τεύχος 5, σελ.822)

Γ . ΔΟΜΕΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

1. Η ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΤΗΣ ΑΣΥΛΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Δεν θα τραβήξουμε μπροστά ένας-
ένας, αλλά δυό.

Κι αν γνωρίζομαστε δυό-δυό θα
γνωριστούμε όλοι...

Paul Elyard

Η Ψυχιατρική από το τέλος του 19^{ου} αιώνα σηματοδοτείται από την δημιουργία των μεγάλων ψυχιατρείων όπου οι ασθενείς απομονωμένοι από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο φυλάσσονταν εκεί χωρίς καμία ουσιαστική δυνατότητα θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου. Ο όρος άσυλο υπονοεί την προστασία των ασθενών με τον εγκλεισμό τους στο Ψυχιατρείο, αφού η ψυχική διαταραχή τους καθιστούσε ανίκανους να φροντίσουν τον εαυτό τους, ενώ ταυτοχρόνως γινόταν και η απομάκρυνση τους από το κοινωνικό σύνολο. Ο ασθενής με ψυχική διαταραχή ήταν ανεπιθύμητος για το «υγιές» κοινωνικό σύνολο, λόγω των προκαταλήψεων και του κοινωνικού στιγματισμού, οπότε με τον εγκλεισμό του αρρώστου το κοινωνικό σύνολο προστατευόταν από αυτόν. Το στερεότυπο του επικίνδυνου και ανίατου ψυχασθενή κυριαρχούσε και η ψυχιατρική περίθαλψη χαρακτηριζόταν από περιοριστικά μέτρα ασφαλείας. Ουσιαστική θεραπεία δεν υπήρχε αλλά μόνο κάλυψη των στοιχειωδών αναγκών διαβίωσης του ασθενή με αποτέλεσμα να αυξάνεται διαρκώς ο πληθυσμός των ψυχιατρείων αφού οι πιθανότητες επανόδου των ασθενών στο κοινωνικό σύνολο ήταν σχεδόν ανύπαρκτες. Τα ψυχιατρεία επίσης βρισκόταν πολύ μακριά από τις πόλεις και το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς με αποτέλεσμα οι επαφές με την οικογένεια να είναι περιορισμένες. Η δε μεγάλης διάρκειας παραμονή και διαβίωση του ασθενούς στο ψυχιατρείο τον απέκοπτε από τις κοινωνικές του δραστηριότητες και εν τέλει του αφαιρούσε βαθμιαία και τα ελάχιστα

υπολείμματα κοινωνικότητας που του είχαν απομείνει μετά την επίδραση της νόσου. Η βαθμιαία απώλεια των κοινωνικών δεξιοτήτων του ατόμου συγγεόταν με τις εκδηλώσεις της νόσου και θεωρούταν από πολλούς ως ένα σύμπτωμα της ψυχικής διαταραχής μέχρις ότου ο R.Barton στη Μεγάλη Βρετανία, διέκρινε και διαχώρισε τις επιπτώσεις της χρόνιας παραμονής στο ψυχιατρείο, από τη συμπτωματολογία της νόσου και τις ονόμασε «Ιδρυματική νεύρωση ή Ιδρυματισμός». Τα αποτελέσματα αυτών των αντιλήψεων και πρακτικών ήταν να αυξάνονται οι ανάγκες για κρεβάτια στα ψυχιατρεία καθώς επίσης και ο χρόνος νοσηλείας. Συγκεκριμένα το 1972, όπως φαίνεται από έρευνα που διεξήχθη από την Π.Ο.Υ., τα κρεβάτια στα ψυχιατρεία κυμαίνονται από 22 (Ουγγαρία) έως 573 (Ιρλανδία) ανά 100.000 κατοίκους. Η Ελλάδα το 1972 είχε 157 ψυχιατρικά κρεβάτια ανά 100.000 κατοίκους.

(Α.Λιάκος, 1995, σελ.391-392)

Η Ελλάδα στις αρχές του 20^{ου} αιώνα είχε δυο ψυχιατρεία, το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας και το Δρομοκαίτειο με συνολικό αριθμό 400 κρεβατιών περίπου. Τα ψυχιατρεία διαρκώς αυξανόταν και ο αριθμός τους ανήλθε σε 6 με την ίδρυση του Ψυχιατρείου της Λέρου το 1958. Την δεκαετία του '50 και πριν την ίδρυση του Ψυχιατρείου της Λέρου, οι ανάγκες σε ασυλικά κρεβάτια διαρκώς αυξανόταν και τα ψυχιατρεία που υπήρχαν ήταν υπερπλήρη σε τέτοιο βαθμό όπου συχνά δυο άρρωστοι κοιμόταν στο ίδιο κρεβάτι. Έτσι προτάθηκε η δημιουργία μιας «αποικίας» ψυχασθενών στη Λέρο με στόχο την απασχόληση τους σε αγροτικές εργασίες σύμφωνα με Βελγικά πρότυπα. Το ψυχιατρείο δημιουργήθηκε σε παλιές ναυτικές εγκαταστάσεις που είχαν παλιότερα χρησιμοποιηθεί και για εξόριστους. Η αρχική δύναμη του ψυχιατρείου ήταν 650 κρεβάτια όμως οι νοσηλευόμενοι μέχρι το 1980 είχαν φθάσει τους 2.000 περίπου. Η δε κτιριακή υποδομή δεν πληρούσε την εγκατάσταση χώρων υγιεινής ενώ και η αρχική ιδέα της απασχόλησης των ασθενών σε αγροτικές εργασίες, εγκαταλείφθηκε. Το κριτήριο για τη βαθμιαία μεταφορά ασθενών από τα άλλα ψυχιατρεία της χώρας ήταν η απουσία επισκέψεων από τους συγγενείς. Οι συνθήκες στη Λέρο ήταν άθλιες και στο τέλος της δεκαετίας του '80

έγιναν αντικείμενο διεθνούς κατακραυγής. Αποτέλεσμα ήταν το Ψυχιατρείο της Λέρου να γίνει το παγκόσμιο σύμβολο της αθλιότερης ασυλικού τύπου περίθαλψης. Ακόμη την εποχή εκείνη όπου ουσιαστικά άρχισε η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση τα κρεβάτια στα ψυχιατρεία της χώρας ήταν συνολικά 14.826 (154 ανά 100.000 κατοίκους) σύμφωνα με έρευνα της Π.Ο.Υ. . (Α.Λιάκος, 1995, σελ.392-393)

Οι Α.Καρακώστας και Σ.Στυλιανίδης(1984, σελ.179) αναφέρουν ότι «το άσυλο, παραδοσιακός θεμέλιος λίθος του ψυχιατρικού συστήματος, αποτέλεσε αντικείμενο διαμαρτυριών και κριτικών διαδοχικών ρευμάτων εδώ και πολλές δεκαετίες, τα οποία έπαιρναν με την σειρά τους σαν στόχο την ακραία αθλιότητα των συνθηκών της ζωής στο εσωτερικό των τοίχων, τον αυθαίρετο χαρακτήρα μερικών εγκλεισμών, την καταχρηστική εξουσία των γιατρών πάνω στους αρρώστους τους κ.λ.π. Αυτή η αμφισβήτηση του ασύλου θεωρητικοποιήθηκε από τον Μ.Foucault που έδειξε ότι η ψυχική διαταραχή και η ασυλιακή απάντηση είναι απόλυτα ετερογενή φαινόμενα. Απέδειξε ότι δεν υπάρχει φυσική συνέχεια, φανερά ή υποχρεωτική σχέση ανάμεσα στο ζήτημα που προκύπτει φανερά ή κρυφά από την ψυχική διαταραχή και στην ιδεολογία του εγκλεισμού, αλλά ότι όλη η ιστορική διαδικασία και οι καθοριστικοί οικονομικοπολιτικοί παράγοντες της κοινωνικής ζωής είναι οι κύριοι συντελεστές της δημιουργίας των ασύλων».

Στην Ελλάδα τα τελευταία 50 χρόνια υπήρξαν σοβαρές κοινωνικές αναστατώσεις λόγω ενός παγκόσμιου και ενός εμφυλίου πολέμου με αποτέλεσμα την οικονομική δυσπραγία , καθώς επίσης και οι μεταβολές στη δομή της ελληνικής οικογένειας, η αστυφιλία, ο απανθρωπισμός του αιώνα μας και οι επικρατούσες πολιτικές ιδεολογίες είχαν ως συνέπεια τον υποβιβασμό της προνοιακής πολιτικής και την απόρριψη των στιγματισμένων, από την ψυχική αρρώστια ατόμων. Τα γεγονότα αυτά, αλλά και οι κυρίαρχες ψυχιατρικές αντιλήψεις ήταν οι καθοριστικοί παράγοντες που κράτησαν τους χρόνιους ψυχωσικούς μέσα στα παραδοσιακά Ψυχιατρεία-Άσυλα. Σήμερα ένα μεγάλο ποσοστό ιδρυματοποιημένων χρόνιων ψυχωσικών εξακολουθεί να ζει στα Ψυχιατρεία-Άσυλα, διότι δεν είναι δυνατόν να τους δοθεί καταλληλότερη και πληρέστερη μορφή

φροντίδας, λόγω της έλλειψης ενός κατάλληλου κοινωνικού και οικονομικού δικτύου υποστήριξης και όχι εξαιτίας της σοβαρότητας και της επικινδυνότητας της ασθένειας τους.

(Δ.Κανδύλης – ΓΚ.Εσσαγιάν, Νο 50 , 1995, σελ.35)

2 . Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

«Η αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας δεν είναι ένα τεχνικό πρόβλημα, αλλά μια απόφαση που καλείται ο καθένας να πάρει: είτε αυτή της συννενοχής είτε της αλήθειας και ενεργητικής παρέμβασης»

Λ.Μποναφέ

Το 1913 η «Δράση για την Νοητική Ανεπάρκεια» (Mental Deficiency Act) ζήτησε από τις τοπικές αρχές στην Αγγλία να προνοήσουν για την εκπαίδευση, την απασχόληση και την φροντίδα των ψυχικά ασθενών στον τόπο κατοικίας τους, όπου συνέχιζαν να ζουν με την οικογένεια τους. Η ιδέα ότι οι ασθενείς αυτοί θα μπορούσαν με την κατάλληλη υποστήριξη να ζήσουν μέσα στην κοινότητα και έξω από τα μεγάλα ιδρύματα, υποστηρίχθηκε θερμά από την «Δράση για την Ψυχική Υγεία» (Mental Health Act) το 1959. Αυτή παρότρυνε τις τοπικές αρχές να εγκαταστήσουν ημερήσιες υπηρεσίες για άτομα που ζουν με τις οικογένειές τους, μέσα στην κοινότητα. Αυτές οι εναλλακτικές δομές πήραν τη μορφή προστατευμένων διαμερισμάτων και ξενώνων.

(D. Atkinson, 1988, σελ. 128)

Η ανάπτυξη κοινοτικών μορφών περίθαλψης και η δημιουργία εναλλακτικών δομών προς το άσυλο, βασίζονται στη δημιουργία υπηρεσιών προσανατολισμένων στις ανάγκες του ψυχικά πάσχοντος οι οποίες ποικίλουν στις διαφορετικές φάσεις της νόσου, καθώς επίσης ποικίλουν και σε διαφορετικές ψυχικές διαταραχές. Προϋπόθεση απαραίτητη για την ανάπτυξη και την δημιουργία των εναλλακτικών δομών είναι ο προσδιορισμός των αναγκών αυτών τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά. Για την ποιοτική αλλά και ποσοτική εκτίμηση των αναγκών αυτών χρειάζονται επιδημιολογικές μελέτες και είναι απαραίτητος ο προσδιορισμός του πληθυσμού ο οποίος πρόκειται να εξυπηρετηθεί. Ένα σύγχρονο σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης θα πρέπει να προβλέπει υπηρεσίες για την

πρόληψη, την θεραπεία και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων. Οι σύγχρονες μορφές περίθαλψης στην κοινότητα περιλαμβάνουν: Μονάδες Νοσηλείας στα Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, Κέντρα Αποκατάστασης, Οικοτροφεία, Ξενώνες, Προστατευμένα διαμερίσματα, Νοσοκομεία Ημέρας καθώς και άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες.

(Α.Λιάκος, 1995, σελ.397-398)

Οι Μονάδες Νοσηλείας στα Γενικά Νοσοκομεία εξυπηρετούν ανάγκες των ασθενών που πάσχουν από βαρύτερες ψυχικές διαταραχές, όπως είναι οι ψυχώσεις και αφορούν τη θεραπεία κυρίως της οξείας φάσης της νόσου και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Η ανάπτυξη Μονάδων Νοσηλείας στα Γενικά Νοσοκομεία αποτελεί το κλειδί της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, αφού παρέχει στον ασθενή την δυνατότητα νοσηλείας με συνθήκες ισότιμες των άλλων ιατρικών ειδικοτήτων και εναλλακτική λύση της νοσηλείας στο Ψυχιατρείο. Επίσης με την εφαρμογή αυτής της ψυχιατρικής στο Γενικό Νοσοκομείο έχει αναπτυχθεί ο κλάδος της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής, για την ανάπτυξη του οποίου, οι επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας συμβάλλουν στην κατανόηση και αντιμετώπιση των ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων σε όλες τις ιατρικές ειδικότητες και τον αποστιγματισμό της ψυχιατρικής νοσηλείας και της ψυχιατρικής ειδικότητας. Η εμπειρία της Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής στα Ιωάννινα έδειξε ότι είναι δυνατή η νοσηλεία του 95% των ασθενών που έχουν ανάγκη νοσηλείας σε ανοιχτό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου. Αυτό επιτυγχάνεται με τη συνδρομή συγγενών του ασθενούς που παραμένουν για κάποιο διάστημα στη Μονάδα μαζί με τον ασθενή τους και συνεργάζονται με το προσωπικό επιβλέποντας τον ασθενή κατά τη φάση της οξείας υποτροπής και μέχρις ότου επιδράσει η θεραπευτική αγωγή. Η συνεργασία των θεραπευτών με την οικογένεια είναι σημαντική για την πρόληψη των υποτροπών. Εργασίες του Leff στη Μεγάλη Βρετανία έδειξαν ότι ο αριθμός των υποτροπών υποδιπλασιάζεται όταν η φαρμακευτική αγωγή συνοδεύεται με παρέμβαση στην οικογένεια του ασθενή. Από τη μελέτη του Leff και από αντίστοιχες μελέτες στις Η.Π.Α. φαίνεται ότι η παρουσία στο άμεσο

οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών και συγγενών με έντονη συναισθηματική εμπλοκή με τον άρρωστο, συνδέεται με την πολύ αυξημένη συχνότητα υποτροπών. Πιο συγκεκριμένα οι κριτικές παρατηρήσεις, η εχθρική συμπεριφορά και η υπερβολικά έντονη συναισθηματική εμπλοκή συγγενών του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος σχετίζονται σημαντικά με αυξημένο αριθμό υποτροπών της νόσου, ενώ η συναισθηματική θετική στάση των συγγενών δρα ανασταλτικά στις υποτροπές.

(Α.Λιάκος, 1995, σελ.399)

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας σε συνδυασμό με την ανάπτυξη Παιδοψυχιατρικών Συμβουλευτικών Σταθμών και την παρέμβαση στο σχολείο και ευρύτερα στην κοινότητα για ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού πάνω σε θέματα ή προβλήματα ψυχικής υγείας, εξυπηρετούν τις ανάγκες πρόληψης των ψυχικών διαταραχών. Ακόμη με την ανάπτυξη ψυχολογικών θεραπειών όπως ατομικών, ομαδικών και οικογενειακών, καλύπτονται οι ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών. Επίσης μπορούν να αναπτύξουν επιπλέον δομές όπως είναι τα Εξωτερικά Ιατρεία για την εκτίμηση νέων περιπτώσεων και την παρακολούθηση των ασθενών που βρίσκονται στην κοινότητα και έχουν ανάγκη ψυχιατρικής παρακολούθησης.

(Α.Λιάκος, 1995, σελ.398-399)

Τα Κέντρα Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής είναι ένας καθιερωμένος θεσμός μέσα από τον οποίο επιτεύχθηκε η αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Μέσα από την αποκέντρωση αυτή γίνεται δυνατή η έγκαιρη επισήμανση και η άμεση παρέμβαση στο άτομο που νοσεί, ή μπορεί ακόμη να διατηρηθεί η λειτουργικότητα ενός χρόνιου ψυχικά αρρώστου σε ικανοποιητικό επίπεδο, ώστε να εξασφαλίζεται η παραμονή του στην κοινότητα αλλά και η αποδοχή του από αυτή. Ένα Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής συνήθως περιλαμβάνει ένα πλήρες φάσμα υπηρεσιών, όπως Κλινική Άμεσης Προσπέλασης και Επανεξετάσεων, Τμήμα Συμβουλευτικής, Μονάδα Ημερήσιας Περίθαλψης και Αποκατάστασης, Παιδοψυχιατρική Υπηρεσία και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να διαθέτει ένα μικρό αριθμό κρεβατιών. Επίσης διασυνδέονται με

ενδονοσοκομειακές μονάδες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα ή εργαστήρια.

(Μ.Μαδιανός, 1996, σελ.43-44)

Μια άλλη μορφή περίθαλψης στην κοινότητα είναι τα Κέντρα Επαγγελματικής και Προεπαγγελματικής Αποκατάστασης. Στις περιπτώσεις όπου οι ασθενείς μένουν με την οικογένειά τους και επομένως δεν έχουν ανάγκη σίτισης και στέγασης, παρουσιάζουν όμως μειωμένη κοινωνική προσαρμογή και είναι χωρίς επαγγελματική απασχόληση, απαιτείται δηλαδή η επανεκπαίδευσή του στην χρήση κοινωνικών δεξιοτήτων και η επανεκτίμηση των επαγγελματικών του δυνατοτήτων ώστε με την κατάλληλη εκπαίδευση να προετοιμαστεί για μια μελλοντική απασχόληση εναρμονισμένη στις δυνατότητες του, τα Κέντρα Επαγγελματικής Αποκατάστασης είναι δομές που δημιουργήθηκαν για να καλύψουν τις ανάγκες αυτών των ασθενών.

(Α.Λιάκος, 1995, σελ.399-400)

Μια άλλη μορφή εναλλακτικής δομής είναι η Προστατευμένη Εργασία μέσα από την δημιουργία Συνεταιρισμών και από τα Προστατευμένα Παραγωγικά Εργαστήρια, όπου καλύπτονται οι ανάγκες ασθενών οι οποίοι έχουν περιορισμένη δυνατότητα απασχόλησης και μπορούν να εργάζονται μόνο λίγες ώρες και υπό επίβλεψη. Τις ανάγκες αυτού του είδους μπορεί να καλύψει η προστατευμένη εργασία και η ανάπτυξη Συνεταιρισμών με την δημιουργία μιας μικρής αυτοχρηματοδοτούμενης επιχείρησης η οποία οργανώνεται από το προσωπικό και τους ασθενείς μαζί. Η ανάπτυξη των Συνεταιριστικών μονάδων είναι δυνατόν επίσης να γίνει από ασθενείς με την βοήθεια εξειδικευμένου προσωπικού από την κοινότητα και την επίβλεψη των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας.

(Α.Λιάκος, 1995, σελ.400)

Επίσης έχουν δημιουργηθεί και καταστήματα για να διευκολύνουν την προώθηση στην ελεύθερη αγορά των προϊόντων εκείνων που παράγουν οι ψυχικά ασθενείς στα Προστατευμένα Παραγωγικά Εργαστήρια. Μια καινοτόμα πρωτοβουλία είναι η ίδρυση και λειτουργία του καταστήματος

«Λωτός» τον Δεκέμβριο του 1995, το οποίο βρίσκεται σ' ένα κεντρικό δρόμο του Βύρωνα. Ο «Λωτός» είναι ένα κατάστημα μοντέλο για την ψυχιατρική αποκατάσταση. Οι βασικοί στόχοι της λειτουργίας του καταστήματος είναι:

α) η προώθηση και η πώληση των προϊόντων που παράγονται στα Προστατευμένα Παραγωγικά Εργαστήρια,

β) η απασχόληση ενός αριθμού ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε θέσεις παροχής υπηρεσιών και

γ) η άρση των προκαταλήψεων και του στίγματος για την ψυχική νόσο . Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της καθημερινής συναλλαγής του κοινού-πελατών με τους εργαζόμενους-ψυχικά αρρώστους, με τη συμμετοχή κοινού σε ειδικές εκδηλώσεις διαφημιστικού χαρακτήρα και τέλος με την ανάπτυξη εμπορικών σχέσεων με την τοπική αγορά (π.χ. προμηθευτές πρώτης ύλης). (Ε.Βαπορίδου, Παρουσίαση του καταστήματος «Λωτός» σε εκπαιδευτικό σεμινάριο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης 2000)

Επίσης οι Ξενώνες, είναι μια άλλη μορφή εναλλακτικής δομής προς το άσυλο. Η δημιουργία των πρώτων ξενώνων στην Ελλάδα συνδέθηκε στενά με την ανάγκη περίθαλψης ψυχικά αρρώστων οι οποίοι στερούνταν ενός κατάλληλου δικτύου υποστήριξης για να ζήσουν μέσα στο κοινωνικό σύνολο, ενώ η κατάσταση της ασθένειας τους δεν απαιτούσε κλειστή ιδρυματική νοσηλεία αλλά και δεν τους επέτρεπε μια εντελώς ανεξάρτητη διαβίωση. Σήμερα οι περισσότεροι ξενώνες δεν είναι απλά μια μορφή προστατευμένης κατοικίας αλλά λειτουργούν υπακούοντας στην απαίτηση της Κοινοτικής Ψυχιατρικής για την διαφοροποίηση των υπηρεσιών αναλόγως των αναγκών των ασθενών που εξυπηρετούν. Προσανατολίζονται σε μια λειτουργία «μεταβατικού χώρου» για το πέρασμα του ιδρυματοποιημένου χρόνιου ψυχωσικού από το άσυλο στην κοινότητα, με γνώμονα την κατάλληλη εκπαίδευση, προετοιμασία και υποστήριξη. Το να κατασκευάσεις ικανούς τους ιδρυματοποιημένους ψυχωσικούς να ζήσουν έξω από το ψυχιατρείο είναι τολμηρό εγχείρημα και πολύ δύσκολο έργο. Η επιτυχία ενός τέτοιου έργου οφείλεται κατά κύριο λόγο στην θεραπευτική στάση του ανθρώπινου δυναμικού που υλοποιεί ένα πρόγραμμα επανένταξης,

δηλαδή της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα. Η αποτελεσματικότητα της λειτουργίας της εξαρτάται κυρίως από το πόσο η αναγκαιότητα της επανένταξης αποτελεί τον ιδεολογικό θώρακα των θεραπευτών και ακολούθως από τις ικανότητες και τις γνώσεις που αυτοί διαθέτουν.

(Δ.Κανδύλης, ΓΚ.Εσσαγιάν, Νο 50, 1995, σελ.35-37)

Τέλος μια άλλη μορφή περίθαλψης εναλλακτικής προς το άσυλο είναι το Νοσοκομείο Ημέρας. Το Νοσοκομείο Ημέρας αποτελεί μια πολυδύναμη θεραπευτική μονάδα, που το ημερήσιο θεραπευτικό πρόγραμμά της τείνει προς την προοπτική της ταχύτερης κατά το δυνατόν, κοινωνικής επανένταξης των ψυχωσικών με το να προσαρμόζεται σε λειτουργικά πλαίσια εναρμονισμένα με συγκεκριμένες ανάγκες της ψυχοπαθολογίας των ασθενών που φιλοξενεί. Η ύπαρξη ενός πλαισίου ημερήσιων και εβδομαδιαίων δραστηριοτήτων που κατατάμνουν το χρόνο είναι απαραίτητη στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχωσικών. Στο Νοσοκομείο Ημέρας επιδιώκεται όλοι οι χρόνοι να είναι πλήρεις από θεραπευτικές και δημιουργικές δραστηριότητες προκειμένου να ελαττωθεί ο κίνδυνος χρονιοποίησης του αρρώστου από μια εγκύστρωσή του στην ιδρυματική απραξία, χωρίς όμως να παραγνωρίζεται η ανάγκη των ασθενών για ελεύθερο και κενό χρόνο.

(Δ.Κανδύλης, Γ.Καπρίνης, Α.Δρόσος, Α.Τούσινα, 1994, Νο 48, σελ.44)

Σύμφωνα με τους Α.Καρακώστα και Σ.Στυλιανίδη(1984, σελ.173-174), «ο θεσμός και η ύπαρξη των Εναλλακτικών Δομών στην Ψυχιατρική καθορίζεται ως η κάθε δημιουργία ενός κοινοτικού χώρου σε μικρή κλίμακα, ενσωματωμένου στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό στην κοινωνική ζωή, ο οποίος μπορεί να χρησιμεύει ως ενδιάμεσος σ' όλες τις καταστάσεις αποκοπής από αυτή, δηλαδή σαν διέξοδος σε παραμονή σ' ένα ίδρυμα, σε πρώιμο οικογενειακό «ξερίζωμα», σε κοινωνική ή ψυχιατρική αναπηρία ή σε οποιαδήποτε κατάσταση κρίσης».

Παίρνοντας υπόψη την κατάταξη που προτείνει ο J.F.Reverzy, οι Ενδιάμεσες Δομές μπορεί να διακριθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

1. **Τα Κέντρα Υποδοχής :** τα Κέντρα αυτά αντιστοιχούν σ' έναν τύπο «επείγουσας ψυχιατρικής» και επιτρέπουν μια συγκεκριμένη απάντηση σε μια κατάσταση κρίσης.
2. **Οι μεταβατικές δομές :** σ' αυτήν την κατηγορία ανήκουν τα Νοσοκομεία Ημέρας όπου δέχονται τους αρρώστους την ημέρα, είτε ενήλικες είτε παιδιά και έχουν τους ακόλουθους στόχους:

α) Παροχή όλων των σύγχρονων μεθόδων ψυχιατρικής θεραπευτικής

β) Δυνάμωμα των σχέσεων αρρώστων-θεραπευτών

γ) Κινητοποίηση του θεραπευτικού δυναμικού που πολλοί άρρωστοι διαθέτουν και

δ) Καλύτερη δυνατή εκμετάλλευση των ικανοτήτων όλων των θεραπευτών .

Τα Νοσοκομεία Νύχτας , που προσφέρουν διαμονή και ψυχιατρική υποστήριξη σε αρρώστους σχετικά αυτόνομους, επαγγελματικά ενταγμένους ή σε διαδικασία επανένταξης.

Τα Θεραπευτικά Διαμερίσματα για ενήλικους. Η λειτουργία της παραμονής σ' ένα Θεραπευτικό Διαμέρισμα είναι η προέκταση ή η αντικατάσταση, σ' ένα διαφορετικό περίγυρο, της υποστήριξης που δίνεται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και το δυνάμωμα μιας προοδευτικής αυτονόμησης με την εκμάθηση ή επαναμάθηση αναγκαίων για την καθημερινή ζωή πράξεων. Αυτός ο τύπος Ενδιάμεσης Δομής απευθύνεται στους λεγόμενους «σταθεροποιημένους» αρρώστους, που δεν παρουσιάζουν μεγάλες διαταραχές στην συμπεριφορά τους.

Οι Ξενώνες Ανάρρωσης είναι ένα είδος νοσοκομείων νύχτας που προορίζονται για τους αρρώστους που βγαίνουν απ' το ψυχιατρείο αλλά που δεν τους δίνεται η δυνατότητα να ξαναβρούν ταυτοχρόνως μια επαγγελματική και κοινωνική ή οικογενειακή επανένταξη.

Τα θεραπευτικά Clubs είναι τόποι συνάντησης, όπου βρίσκονται συχνά στο τέλος της ημέρας πρώην άρρωστοι ή πρώην νοσηλευθέντες και μερικοί θεραπευτές. Τα μέλη του club είναι στην πλειοψηφία τους πρώην άρρωστοι που έχουν μια ικανοποιητική κοινωνική επανένταξη.

Οι δραστηριότητες των clubs είναι πολιτιστικές, μορφωτικές και γενικότερα δημιουργικές όπως διαλέξεις, πολιτιστικές ανταλλαγές, διάφορα παιχνίδια, σινεμά, έξοδοι τα Σαββατοκύριακα, κατασκευές, φωτογραφία, ζωγραφική, μουσική, γυμναστική, χορός κ.λ.π. Τα θεραπευτικά clubs αποτελούν, μερικές φορές, το μοναδικό σημείο αναφοράς μιας κάποιας κοινωνικής ένταξης των πρώην αρρώστων.

Τα Προστατευμένα Εργαστήρια, που προτείνονται σε αρρώστους που η επαγγελματική τους ικανότητα παραμένει προσωρινά ή οριστικά μειωμένη και που δεν έχουν δυνατότητα προσαρμογής στις συνηθισμένες συνθήκες εργασίας. Η διαμόρφωση συνθηκών δουλειάς είναι ειδικά μελετημένη σε επίπεδο χώρων, ρυθμού, υλικών, ανθρωπίνων σχέσεων κ.λ.π.

3. Οι «τόποι ζωής» :είναι χώροι που επιτρέπουν σε αρρώστους πολύ βαριά στιγματισμένους μια όσο το δυνατόν περισσότερο αυτόνομη διαβίωση,

έξω από τους συνηθισμένους τόπους εγκλεισμού.

(Α.Καρακώστας, Σ.Στυλιανίδης, 1984, σελ.173-176)

Οι εναλλακτικές δομές ψυχιατρικής περίθαλψης δεν αναφέρονται στο χώρο αλλά στο είδος της δραστηριότητας που γίνεται σ' αυτόν, σε μια διαδικασία σχεδίου, εξέλιξης και ανάπτυξης, ανεξάρτητα από το αν αυτά τα στοιχεία λειτουργούν σε μια εξωνοσοκομειακή δομή ή μέσα στο ψυχιατρείο. Κάτω από ορισμένες συνθήκες, ένα ψυχιατρικό τμήμα το οποίο είναι γεμάτο από δραστηριότητες που φέρνουν στο κέντρο τις ανάγκες και τις επιθυμίες του πάσχοντος ανθρώπου και του ανοίγουν το δρόμο πέρα από τις συνθήκες της καταπιεστικής προστασίας του ιδρύματος, σ' εκείνες όπου του δίνεται η δυνατότητα και η ικανότητα για την πλήρη άσκηση των δικαιωμάτων του πολίτη, ανταποκρίνεται περισσότερο στην έννοια της εναλλακτικής δομής, απ' ότι ένα χωρίς ζωντάνια ιδρυματοποιημένο διαμέρισμα μέσα στην κοινότητα. Ο όρος «εναλλακτική δομή» αναφέρεται, επομένως, σ' εκείνο το είδος της «καλής πρακτικής» που επιτελεί την ενεργό διαμεσολάβηση ανάμεσα στο πάσχον υποκείμενο και την κοινωνία.

(Θ.Μεγαλοοικονόμου-C.Baldi, No 49, 1995, σελ.84-85)

Ο Ν. Μάνος (1988, σελ. 35) αναφέρει ότι η Ελλάδα καθυστέρησε πολύ στην επίσημη υιοθέτηση και εξάπλωση της «ανοιχτής ψυχιατρικής περίθαλψης». Έτσι μόλις στην δεκαετία το 1980 η ψυχιατρική σαν ειδικότητα χώρισε από τη νευρολογία και αποτέλεσε πλήρη και ανεξάρτητη ειδικότητα, η πολιτεία ασχολήθηκε ως ένα βαθμό με την ψυχική υγεία και η νομοθεσία δημιούργησε τις προϋποθέσεις για τον εξανθρωπισμό και τη συρρίκνωση των ψυχιατρείων, τη δημιουργία ψυχιατρικών κλινικών στα γενικά νοσοκομεία, κέντρων ψυχικής υγείας κ.λ.π. (άρθρο 21 του νόμου 1397 για το Ε.Σ.Υ., 1983). Όταν σε άλλες χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής αρκετές δεκαετίες πριν είχαν αναπτυχθεί καινούριες διαστάσεις στην ψυχιατρική, όπως η ψυχανάλυση, η κοινωνική-κοινοτική ψυχιατρική, το φάσμα των ψυχοθεραπειών, η δημιουργία ψυχιατρικών τμημάτων στα Γενικά Νοσοκομεία και Κέντρων Ψυχικής Υγείας.

Πρόσφατα στην Ελλάδα και συγκεκριμένα από το περασμένο έτος, στα πλαίσια του αποκαταστασιακού προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», δημιουργήθηκαν ξενώνες, με στόχο την ψυχοκοινωνική επανένταξη και επαγγελματική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων. Με τη φιλοδοξία να οδηγήσει σε νέες εποχές το 10ετές πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», το οποίο έρχεται ως συνέπεια του κανονισμού 815/84 της τότε ΕΟΚ και αποσκοπεί να αναπτύξει περαιτέρω την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, με κύριο σημείο αναφοράς τη συνέχιση της αποασυλοποίησης με παράλληλη κοινωνική στήριξη των ψυχικά ασθενών.

(Εφημερίδα: Ελευθεροτυπία, άρθρο «Ψυχαργός: Ξεκλειδώνει τα άσυλα-ανοίγει την κοινωνία», 5 Μαρτίου 2001)

Ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των ξενώνων του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» προβλέπονται και κατοχυρώνονται από το Ν. 2716/99 περί ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα οι ξενώνες φιλοξενούν άτομα, πρώην νοσηλευόμενους των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων της χώρας μας, με ψυχικές διαταραχές και σκοπό έχουν την διαβίωση, την θεραπεία και την ψυχοκοινωνική υποστήριξή τους, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η παραμονή τους και η ενσωμάτωσή τους στην κοινότητα, η επαγγελματική τους

κατάρτιση και η ενσωμάτωσή τους στην αγορά εργασίας. Από κάθε ένοικο ακολουθείται ένα θεραπευτικό πρόγραμμα που επιμέρους στόχους έχει:

α) Τη βελτιωμένη διαβίωση, τη δημιουργική απασχόληση και την εποικοδομητική χρησιμοποίηση του ελεύθερου χρόνου.

β) Την εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων για τη διευκόλυνση της ενσωμάτωσης στο κοινωνικό περιβάλλον.

γ) Την προοδευτική μετάβαση σε χώρους διαμονής με αυξανόμενη αυτονομία (προστατευμένα διαμερίσματα).

δ) Την επαγγελματική κατάρτιση με σκοπό την επαγγελματική απασχόληση.

ε) Τη δημιουργία εργασιακών δομών με θέσεις εργασίας για τα άτομα που έχουν την ικανότητα να εργασθούν.

στ) Την προώθηση στην ελεύθερη αγορά εργασίας.

Για την επίτευξη των στόχων αυτών, το καθημερινό πρόγραμμα δραστηριοτήτων στους ξενώνες, διαμορφώνεται έτσι ώστε να:

α) Ενισχύονται και ενθαρρύνονται δραστηριότητες που θα επιτρέψουν την αυτονόμησή τους, όπως ατομική υγιεινή και φροντίδα των χώρων του ξενώνα, γνωριμία με τις υπηρεσίες της πόλης, κυκλοφοριακή αγωγή και εργαστηριακή κατάρτιση.

β) Κινητοποιούνται και ενισχύονται οι διαπροσωπικές τους σχέσεις.

γ) Πραγματοποιούνται ατομικές και ομαδικές συνεδρίες. Οι ατομικές συνεδρίες σκοπό έχουν την υποστήριξη, την αξιολόγηση της πορείας, την παρακολούθηση και μείωση της ψυχοπαθολογίας αυτών των ατόμων. Οι ομαδικές συνεδρίες έχουν υποστηρικτικό χαρακτήρα.

δ) Ενθαρρύνεται η ανάληψη πρωτοβουλιών και ρόλων και η δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου.

Ακόμα γίνονται θεραπευτικές ομάδες, στις οποίες παίρνει μέρος η πολυκλαδική ομάδα του ξενώνα και ομάδα προσωπικού-φιλοξενουμένων. Οι ομάδες αυτές σκοπό έχουν την καλύτερη λειτουργία του ξενώνα.

(Ενημερωτικό έντυπο του ξενώνα «Αργώ» του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ, Αγρίνιο 2001)

Ακόμα αναφορικά με το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» εκπονείται πρόγραμμα “ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα”. Δημιουργούνται 49 ξενώνες και 6 οικοτροφεία ανά την Ελλάδα με σκοπό την εγκατάσταση 769 ασθενών. Δημιουργούνται 71 εργαστήρια κατάρτισης ασθενών. Προβλέπεται αρχικά η προκατάρτιση-απασχόληση 973 ασθενών. Τα εργαστήρια «Ψυχαργώς» έχουν αντικείμενα: ραπτική, ζαχαροπλαστική, τυπογραφείο, κηποτεχνική, ξυλουργείο, φυτώρια κηπευτικών, μελισσοκομία, αργυροχρυσοχοΐα, κ.ά. Το πρόγραμμα χρηματοδοτικά εντάσσεται στο ευρωπαϊκό πρόγραμμα «Καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού». Απαραίτητες για την υλοποίηση αυτού του μεγάλου προγράμματος είναι, η πολιτική βούληση, η γενναία χρηματοδότηση και η επιμονή που θα δώσει προοπτική επιβίωσης στα σχέδια αυτά.

(Εφημερίδα:Ελευθεροτυπία, άρθρο «Ψυχαργώς: Ξεκλειδώνει τα άσυλα-ανοίγει την κοινωνία», 5 Μαρτίου 2001)

Ο Κ.Μπαιρακτάρης (1984, σελ.80), στις προτάσεις που κατέθεσε για μια δημοκρατική ψυχοκοινωνική περίθαλψη στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, ως προς τις εναλλακτικές μορφές περίθαλψης, προτείνει:

1. Να σταματήσει η προγραμματισμένη επέκταση ψυχιατρικών ιδρυμάτων, να μην κτίζονται νέα και τα κονδύλια που προγραμματίζονταν γι' αυτά να διατεθούν για την καλύτερευση των συνθηκών διαβίωσης των ήδη νοσηλευομένων και την εφαρμογή μιας κοινωνικής ψυχιατρικής.
2. Να κλείσουν σταδιακά τα ψυχιατρικά ιδρύματα. Αρρωσταίνουν τόσο τους εγκλείστους όσο και τους εργαζόμενους σ' αυτά. Καταπατούν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και εμποδίζουν τη δημιουργία εναλλακτικών λύσεων.
3. Να κοινωνικοποιηθεί η ιδιωτική ιδρυματική περίθαλψη και να ενταχθεί στην κοινωνική ψυχιατρική οργάνωση.
4. Σε όλες τις πόλεις, περιφέρειες και με βάση μια ιεράρχηση να δημιουργηθούν οι υποδομές που θα βοηθήσουν στο κλείσιμο των

ψυχιατρειών. Εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, μονάδες αυτοβοήθειας και κοινωνικής φροντίδας, κοινοτικά συμβουλευτικά κέντρα. Σε κάθε Γενικό Νοσοκομείο να ορισθεί αριθμός κρεβατιών για οξεία περιστατικά που χρειάζονται κλινική παραμονή για σύντομο χρονικό διάστημα με την ανάλογη υποδομή. Να προβλεφθεί, παράλληλα, ο κίνδυνος «ψυχιατρικοποίησης» της κοινωνίας.

5. Η κατάργηση των ψυχιατρειών δεν πρέπει να γίνει σε βάρος των εργαζομένων σ' αυτά. Να παρθούν μέτρα εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης για τους εργαζόμενους ώστε να μπορέσουν να ενταχθούν στις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες.

(Κ.Μπαιρακτάρης, 1984, σελ80)

Ο Α.Καρακώστας και ο Σ.Στυλιανίδης (1984, σελ.193), μέσα από την κριτική τους προσέγγιση για το θεσμό των ενδιάμεσων-εναλλακτικών δομών προς το άσυλο, ψυχιατρικής περίθαλψης, διατυπώνουν κάποια βασικά ερωτήματα που αντιμετωπίζει η Ελλάδα στο δρόμο για την ανανέωση της ψυχιατρικής τα οποία είναι τα ακόλουθα:

1. Η εναλλακτική πολιτική περνάει από τη μεταρρύθμιση των ασύλων , ή από την κατάργησή τους;
2. Εφ' όσον η ύπαρξη των Ενδιάμεσων Δομών δεν αποτελεί εχέγγυο του κλεισίματος των ασύλων και της ανατροπής της ασυλιακής λογικής, πως μπορεί να αποφευχθεί ο κίνδυνος μιας απλής αποκέντρωσης των παραδοσιακών μεθόδων κι εργαλείων, που αν και ανανεωμένα, θα κατέληγαν να αναπαράγουν πολύ πιο εκλεπτυσμένα κανάλια κοινωνικού ελέγχου;
3. Πως γίνεται να αποφευχθεί η μετατροπή των ήδη υπαρχόντων και προβλεπομένων εξωνοσοκομειακών δομών σε κλειστές μονάδες νοσηλείας, κοινωνικά απομονωμένες, όπου σίγουρα οι άρρωστοι θα παλινδρομούν, κι όπου η εξάρτησή τους από την κρατική πρόνοια-περίθαλψη θα διαιωνίζεται;
4. Ποια συγκεκριμένη πρακτική στις Ενδιάμεσες Δομές θα επιτρέψει να μην πνιγεί ο πολιτικός και κοινωνικός χαρακτήρας των ανθρώπινων προβλημάτων μέσα σε μια τεχνική-ιατρική ιδεολογία ειδικών, έτσι

ώστε να απομυθοποιηθεί η ψυχική αρρώστια, να ευαισθητοποιηθεί ο πληθυσμός, να περιοριστούν οι προκαταλήψεις και να δημιουργηθεί μια πιο ανοικτή στάση απέναντι στο «διαφορετικό»;

(Α.Καρακώστας, Σ.Στυλιανίδης, 1984, σελ.193)

Συμπερασματικά λοιπόν θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η αποιδρυματοποίηση είναι μια διαρκής διαδικασία και όχι ένα στερεοποιημένο και φθασμένο, τελικό αποτέλεσμα. Η φροντίδα των χρόνιων ψυχωσικών αποτελεί για κάθε οργανωμένη κοινωνία, πρόβλημα περίπλοκο και δυσεπίλυτο. Ο χρόνιος ψυχωσικός χρειάζεται μακρόχρονη ιατρική φροντίδα, ιδιαίτερη νοσηλευτική μέριμνα, σταθερή και με συνέχεια κοινωνική υποστήριξη.

3. Η ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Η ψυχική ασθένεια δεν
είναι πια αθεράπευτη.
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ

Σύμφωνα με το άρθρο 1.4.3. του Κανονισμού της Ε.Ο.Κ. 4130/88, που καθόριζε κάποιες προϋποθέσεις για τον Κανονισμό 815/84, θα έπρεπε να πραγματοποιείται μια συνεχής παρακολούθηση και αξιολόγηση των προγραμμάτων του Κανονισμού 815/84 σε εθνικό αλλά και σε τοπικό επίπεδο. Το έργο αυτό ανατέθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση στο ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, από το οποίο ιδρύθηκε μια ειδική Μονάδα για την Παρακολούθηση και Αξιολόγηση των Ψυχιατρικών Υπηρεσιών, για να λειτουργήσει ως ένας ανεξάρτητος εκτιμητής της υλοποίησης του Κανονισμού 815/84 – Πρόγραμμα Β. Η μονάδα θα παρείχε σχετικές πληροφορίες στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Κύριος σκοπός της Μονάδας ήταν η δημιουργία ενός συστήματος για συνεχή και αξιόπιστη συλλογή και εκτίμηση στοιχείων σχετικών με τα προγράμματα του Κανονισμού 815/84- Πρόγραμμα Β και για όλες τις υπόλοιπες ψυχιατρικές υπηρεσίες της χώρας. Δεύτερος στόχος της Μονάδας ήταν η δημιουργία βάσης δεδομένων για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας της χώρας (δημόσιες, ιδιωτικές και εθελοντικές μη κερδοσκοπικές). Ακόμη ένας επιπλέον στόχος ήταν ο σχεδιασμός και η εκτέλεση μιας έρευνας σε πανελλήνιο επίπεδο για την αξιολόγηση της δομής, της λειτουργίας και του αποτελέσματος όλων των δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων, για τη διασφάλιση της ποιότητας της παροχής ψυχιατρικών ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών.

(Μ,Μαδιανός, 2000, σελ. 396-397)

Οι διαστάσεις της αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι η δομή, η λειτουργία και το αποτέλεσμα. Η δομή χαρακτηρίζεται από την κτιριακή υποδομή, το οργανωτικό σχήμα, τον εξοπλισμό και τη χρηματοδότηση, η λειτουργία εκφράζεται από το επίπεδο λειτουργικότητας

της υπηρεσίας και την επάρκεια στην παροχή υπηρεσιών, ενώ το αποτέλεσμα σχετίζεται με την επίπτωση της ποιότητας των παρεχόμενων ψυχιατρικών υπηρεσιών στη νοσηρότητα, στην κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών, στη θνησιμότητα και στην ψυχιατρική και ψυχολογική τους κατάσταση. Τα στοιχεία αυτά αποτελούν τμήμα των χαρακτηριστικών ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και κάθε μεθόδου για την αξιολόγηση της ποιότητας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μεταξύ 12 Ιανουαρίου και 29 Φεβρουαρίου 1996, στα εννέα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία με επισκέψεις σε όλα σχεδόν τα ψυχιατρικά τμήματά τους(108) και με βαθμολόγηση αντιπροσωπευτικού δείγματος 121 θαλάμων βάσει της Κ.Ε.Σ.Ν.(«Κλίμακα Εκτίμησης Συνθηκών Νοσηλείας»). Ο Πίνακας Γ.1 παρουσιάζει την κατανομή των τμημάτων και θαλάμων σε κάθε ψυχιατρικό νοσοκομείο, καθώς επίσης και τις εξωνοσοκομειακές δομές που υπάγονται στα συγκεκριμένα νοσοκομεία. (Μ.Μαδιανός, 2000, σελ. 397-402)

Τα στοιχεία που ανέδειξε η έρευνα σε σχέση με την ποσοτική αξιολόγηση της δομής είναι: η αναλογία θέσεων αποκατάστασης/κατειλημένων κρεβατιών είναι υψηλότερη στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, το Δρομοκαϊτειο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, ενώ η αναλογία εξωνοσοκομειακών κρεβατιών/κατειλημένων κρεβατιών ήταν υψηλότερη στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής. Όσον αφορά τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, η αναλογία αυτών προς τα κατειλημμένα κρεβάτια είναι υψηλότερη στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων. Ως προς το ποσοστό των ψυχιατρικών τμημάτων των ψυχιατρικών νοσοκομείων στα οποία χρησιμοποιούνται περιοριστικά μέτρα, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής τα περισσότερα τμήματα έχουν σχεδιαστεί ώστε να παρέχουν αρκετή ασφάλεια χωρίς να χρειάζονται κάγκελα. Η χρήση ιμάντων καθήλωσης εφαρμόζεται μόνο όταν υπάρχει απόλυτη ανάγκη, ενώ θάλαμοι απομόνωσης διατηρούνται σε μικρό ποσοστό των ψυχιατρικών τμημάτων. Τέλος η συχνότητα των επισκέψεων των συγγενών έχει ως εξής:

Πίνακας Γ.1
Το πεδίο της έρευνας

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΜΗΜΑΤΩΝ	ΘΑΛΑΜΟΙ	ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής	25	26	1 Ε.Ι. * 1 Κ.Ψ.Υ.** 1 Προεπαγγελματικό κέντρο 1 Ξενώνας
Δρομοκαΐτειο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής	12	12	1 Ε.Ι. 1 Ξενώνας 2 Διαμερίσματα
Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής	8	8	3 Ψυχοπαιδαγωγικά κέντρα 1 Διαμέρισμα 2 Ξενώνες 1 Κέντρο Ημέρας
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσ/νίκης	21	20	1 Ε.Ι. 14 Διαμερίσματα 2 Ξενώνες 3 Κ.Ψ.Υ. 2 Κέντρα Ημέρας
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου	6	7	1 Ξενώνας 1 Κ.Ψ.Υ. 1 Μονάδα Αποκατάστασης
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας	5	9	1 Ε.Ι. 1 Προεπαγγελματικό κέντρο 1 Κέντρο Ημέρας
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης	7	7	1 Ξενώνας 1 Μονάδα Επαγγ. Εκπαίδευσης 1 Ε.Ι.
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου	15	17	7 Διαμερίσματα 15 Ξενώνες 1 Ε.Ι.
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων	9	15	1 Συνεργατική 1 Κ.Ψ.Υ. 1 Ε.Ι.
Σύνολο	108	121	

ΠΗΓΗ: Μαδιανός, 1996.

* Ε.Ι.: Εξωτερικά Ιατρεία.

** Κ.Ψ.Υ.: Κέντρο Ψυχικής Υγείας.

(Μ.Μαδιανός, 2000, σελ.402)

λιγότεροι από τους μισούς ασθενείς έχουν επισκεπτήριο σε διάστημα μικρότερο των 1-2 εβδομάδων, ενώ η επάρκεια του χώρου επισκεπτηρίου σε κάθε ψυχιατρικό νοσοκομείο, θεωρείται από τους υπεύθυνους των τμημάτων ανεπαρκής.

(Μ.Μαδιανός, 2000, σελ. 403-404)

Σε σχέση με την ποιοτική αξιολόγηση της δομής, οι χαμηλότερες βαθμολογίες υπάρχουν στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία Κέρκυρας και Αττικής, ενώ η υψηλότερη στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Ο Πίνακας Γ.2 παρουσιάζει τη σειρά διάταξης των δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων με βάση τη μέση βαθμολογία τους στην κλίμακα Κ.Ε.Σ.Ν.

Πίνακας Γ.2

Ποιοτική αξιολόγηση της δομής

Διάταξη των ψυχιατρικών νοσοκομείων με βάση τη μέση συνολική βαθμολογία στην Κ.Ε.Σ.Ν.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	N*	Μ.Ο.	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	ΕΥΡΟΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑΣ
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης	21	26,23	5,14	16-34
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων	9	22,80	35,6	20-29
Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής	8	22,12	5,48	13-28
Δρομοκαΐτειο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο	12	21,50	5,23	11-29
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου	6	21,16	6,52	16-30
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου	15	20,60	7,34	11-33
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης	7	18,42	5,85	10-28
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας	5	17,00	5,29	12-23
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής	25	16,75	6,27	6-26
Σύνολο	108	20,63	5,63	20-29

ΠΗΓΗ: Μαδιανός, 1996.

Kruskal-Wallis 1-way ANOVA, $\chi^2=55,93$, $P<0,0001$.

*Αριθμός τμημάτων.

(Μ.Μαδιανός, 2000, σελ.405)

Ο Πίνακας Γ.3 παρουσιάζει την ταξινόμηση των τμημάτων των ψυχιατρικών νοσοκομείων σύμφωνα με τη βαθμολογία του στο Κ.Ε.Σ.Ν. Στην πλειοψηφία των τμημάτων σε οκτώ από τα εννέα νοσοκομεία, η δομή χαρακτηρίστηκε «αποδεκτή».

Ο Πίνακας Γ.4 παρουσιάζει τη σειρά διατάξεων των ψυχιατρικών νοσοκομείων με βάση τη μέση βαθμολογία της Κ.Ε.Σ.Ν. για τους θαλάμους. Ικανοποιητικοί χαρακτηρίστηκαν οι θάλαμοι στα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου, Θεσ/νίκης και Χανίων, ενώ στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία Κέρκυρας, Πέτρας Ολύμπου και Τρίπολης οι θάλαμοι βαθμολογήθηκαν με τις χαμηλότερες βαθμολογίες στην Κ.Ε.Σ.Ν.

Στον Πίνακα Γ.5 παρουσιάζονται οι βαθμολογίες στην Κ.Ε.Σ.Ν. των Νοσοκομείων Ημέρας των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Τα περισσότερα χαρακτηρίστηκαν ως «ικανοποιητικά».

(Μ.Μαδιανός, 2000, σελ.404-408)

Σχετικά με την αξιολόγηση της λειτουργίας, από την έρευνα προέκυψαν ποικίλα λειτουργικά προβλήματα στα ψυχιατρικά τμήματα. Είναι αξιοσημείωτη η έλλειψη εσωτερικού κανονισμού στα περισσότερα τμήματα. Βιβλία νοσηλευτικών παρατηρήσεων υπάρχουν και ενημερώνονται καθημερινά σχεδόν σε όλα τα τμήματα. Τακτικές συναντήσεις της θεραπευτικής ομάδας, όπως και γραπτά στοιχεία για την παρεχόμενη φροντίδα, αναφέρονται στην πλειοψηφία των τμημάτων. Γραπτές οδηγίες για την αντιμετώπιση βίαιης συμπεριφοράς από τους ασθενείς υπάρχουν σε όλα τα τμήματα. Οι βασικές ιατρικές και εργαστηριακές εξετάσεις πραγματοποιούνται σε όλα τα τμήματα των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Οι βιολογικές θεραπείες περιλαμβάνουν κυρίως φάρμακα, ενώ η ηλεκτροσπασμοθεραπεία χρησιμοποιείται σπάνια. Εφαρμόζονται επίσης διάφορες ψυχοθεραπείες, αλλά με πιο μικρή συχνότητα από τις βιολογικές θεραπείες. Όσον αφορά τη μετανοσοκομειακή φροντίδα, τα περισσότερα τμήματα προσφέρουν συνεχιζόμενη μετανοσοκομειακή παρακολούθηση, γραπτές οδηγίες κατά την έξοδο που αφορούν τη θεραπεία, την πρόληψη των υποτροπών και τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Ακόμη σε όλα τα τμήματα γίνεται προσπάθεια να συμμετέχει και η οικογένεια στη

θεραπευτική διαδικασία. Επισκέψεις κατ' οίκον σπάνια πραγματοποιούνται. Στα περισσότερα ψυχιατρικά νοσοκομεία υπάρχουν εκπαιδευτικά προγράμματα μόνο για τους ψυχιάτρους, ενώ δεν έχει οργανωθεί ακόμα μηχανογραφημένη αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Βιβλιοθήκες για το επιστημονικό προσωπικό υπάρχουν σε επτά από τα εννέα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Ερευνητικά προγράμματα πραγματοποιούνται στην πλειοψηφία των ψυχιατρικών τμημάτων. Τέλος, κανένα ψυχιατρικό τμήμα δεν διέθετε σύστημα αξιολόγησης των υπηρεσιών από τους ασθενείς.

(Μ.Μαδιανός, 2000, σελ.408-409)

Όσον αφορά την αξιολόγηση του αποτελέσματος, ως προς τα κατειλημμένα κρεβάτια, τις νέες και συνολικές εισαγωγές, τον αριθμό των ασθενών μακράς παραμονής, τις ημέρες νοσηλείας, το εμβαδόν και το ημερήσιο κόστος ανά ασθενή, βρέθηκε ότι το 1996 υπήρχαν 5.007 κατειλημμένα κρεβάτια σε μια ημέρα. Το 1995 νοσηλεύθηκαν συνολικά 14.557 ασθενείς, από τους οποίους οι 4.069 ήταν μακράς παραμονής. Τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία Αττικής και Λέρου είχαν το μεγαλύτερο εμβαδόν κτηρίων σε σχέση με άλλα νοσοκομεία. Το υψηλότερο κόστος ανά ασθενή καταγράφηκε στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία Λέρου και Χανίων. Οι εκούσιες εισαγωγές στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία κυμαίνονται από 20% στη Λέρο και 36% στην Τρίπολη, 96% στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και 88,7% στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων. Οι υψηλότερες αναλογίες πρώτων εισαγωγών/ολικών εισαγωγών βρέθηκαν στο Δρομοκαϊτείο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο και στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας και οι χαμηλότερες στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία Τριπόλεως και Χανίων. Οι υψηλότερες αναλογίες ασθενών μακράς παραμονής/συνολικών εισαγωγών βρέθηκαν στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία Λέρου, Πέτρας Ολύμπου και Κέρκυρας. Οι αναλογίες εξόδων/εισαγωγών ήταν περίπου 1:1 σε όλα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Οι υψηλότερες τιμές της αναλογίας ασθενών μακράς παραμονής(>δώδεκα μήνες)/κατειλημμένων κρεβατιών διαπιστώθηκαν στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία Λέρου(0,1), Δρομοκαϊτείο(0,91) και Αττικής(0,86), από όπου προκύπτει ότι στα νοσοκομεία αυτά η πλειοψηφία των ασθενών είναι μακράς παραμονής. Οι

υψηλότερες τιμές στην αναλογία νέων εισαγωγών/κατειλημένων κρεβατιών βρέθηκαν στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία Χανίων, Θεσσαλονίκης και Δρομοκαΐτειο. Ο μέσος χρόνος παραμονής ήταν μεγαλύτερος στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία Λέρου, Κέρκυρας και Πέτρας Ολύμπου. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν μεγαλύτερος στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία Λέρου(580 ημέρες), Κέρκυρας(268,6), Πέτρας Ολύμπου(187) και μικρότερος στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία Τρίπολης(58), Αττικής(73) και Χανίων(83,8). Τέλος η συνολική θνησιμότητα βρέθηκε 2,05% με το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής να εμφανίζει τα υψηλότερα ποσοστά (28%), ενώ το συνολικό ποσοστό αυτοκτονιών βρέθηκε πολύ χαμηλό.

(Μ.Μαδιανός, 2000, σελ.409-410)

Τα γενικότερα συμπεράσματα που κατέδειξε η έρευνα είναι τα εξής: Οι ποσοτικοί δείκτες της κάθε δομής παρουσίασαν ευρεία διακύμανση με σημαντικές διαφορές μεταξύ των ψυχιατρικών νοσοκομείων της Ελλάδας. Οι υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα Κ.Ε.Σ.Ν. σημειώθηκαν στα ψυχιατρικά νοσοκομεία των μεγάλων πόλεων, με εξαίρεση το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων το οποίο πήρε υψηλή βαθμολογία, ενώ το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής κατετάγη στην τελευταία θέση. Συνεπώς είναι προφανές ότι χρειάζεται σημαντική προσπάθεια για τη βελτίωση της νοσηλείας σε κάποια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Οι δείκτες λειτουργίας είχαν λιγότερο σημαντικές διαφορές μεταξύ των ψυχιατρικών νοσοκομείων, σημείο ενδεικτικό μιας σχετικής ομοιομορφίας στην λειτουργία τους. Οι δείκτες αποτελέσματος υπογραμμίζουν το γεγονός ότι σε όλα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία οι ασθενείς μακράς παραμονής εξακολουθούν να αποτελούν την πλειοψηφία των ασθενών. Οι ετήσιες έξοδοι είναι περίπου ίσες με τις ετήσιες εισαγωγές, ενδεικτικό ενός αργού αποϊδρυματισμού. Από τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι στο άμεσο μέλλον τα ψυχιατρικά νοσοκομεία της Ελλάδας θα συνεχίζουν να στεγάζουν κυρίως χρόνιους ασθενείς.

(Μ.Μαδιανός, 2000, σελ.410-411)

Πίνακας Γ.3

Ποιοτική αξιολόγηση δομής: Κατανομή των τμημάτων των ψυχιατρικών νοσοκομείων με βάση τη βαθμολογία στο Κ.Ε.Σ.Ν.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ	ΤΜΗΜΑΤΑ	
		N	%
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής	1. Ανεπαρκές	6	24,0
	2. Αποδεκτό	17	68,0
	3. Ικανοποιητικό	2	8,0
		25	100,0
Δρομοκαίτειο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο	1. Ανεπαρκές	1	8,3
	2. Αποδεκτό	9	75,0
	3. Ικανοποιητικό	2	16,7
		12	100,0
Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής	1. Ανεπαρκές	0	0,0
	2. Αποδεκτό	5	62,5
	3. Ικανοποιητικό	3	37,5
		8	100,0
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσ/νίκης	1. Ανεπαρκές	0	0,0
	2. Αποδεκτό	7	33,3
	3. Ικανοποιητικό	14	66,6
		21	100,0
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου	1. Ανεπαρκές	1	16,6
	2. Αποδεκτό	3	50,0
	3. Ικανοποιητικό	2	33,3
		6	100,0
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας	1. Ανεπαρκές	2	40,0
	2. Αποδεκτό	3	60,0
	3. Ικανοποιητικό	0	0,0
		5	100,0
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης	1. Ανεπαρκές	1	14,3
	2. Αποδεκτό	5	71,4
	3. Ικανοποιητικό	1	14,3
		7	100,0
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου	1. Ανεπαρκές	3	20,0
	2. Αποδεκτό	8	53,4
	3. Ικανοποιητικό	4	26,6
		14	100,0
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων	1. Ανεπαρκές	0	0,0
	2. Αποδεκτό	8	88,8
	3. Ικανοποιητικό	1	11,2
		9	100,0

ΠΗΓΗ: Μαδιανός, 1996.

(Μ.Μαδιανός, 2000, σελ.406)

Πίνακας Γ.4

Ποιοτική αξιολόγηση της δομής: Η μέση βαθμολογία στην Κ.Ε.Σ.Ν. των θαλάμων στα ψυχιατρικά νοσοκομεία (N=112)

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΛΑΜΩΝ	Μ.Ο.	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	ΕΥΡΟΣ
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου	17	16,35	3,31	8-20
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσ/νίκης	20	16,05	3,99	5-20
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων	15	15,00	1,51	13-18
Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής	8	14,75	3,28	10-18
Δρομοκαΐτειο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο	12	14,25	3,74	12-21
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής	26	11,87	3,26	7-18
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας	9	11,33	4,44	6-18
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου	7	11,14	6,12	9-21
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης	7	10,42	5,06	4-20
Σύνολο	121	13,46	3,85	5-21

ΠΗΓΗ: Μαδιανός, 1996.

(Μ.Μαδιανός, 2000, σελ.407)

Πίνακας Γ.5

Ποιοτική αξιολόγηση της δομής: Το επίπεδο δομής στα Κέντρα Ημέρας.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής	Ικανοποιητικό	1 Νοσοκομείο Ημέρας
Δρομοκαΐτειο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο	Ικανοποιητικό	1 Νοσοκομείο Ημέρας
Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής	Αποδεκτό	1 Νοσοκομείο Ημέρας
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσ/νίκης	Ικανοποιητικό Ικανοποιητικό	1 Νοσοκομείο Ημέρας 1 Κέντρο Ημέρας

ΠΗΓΗ: Μαδιανός, 1996.

(Μ.Μαδιανός, 2000, σελ.408)

Επίσης έγινε και συγκριτική αξιολόγηση του συστήματος παροχής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μεταξύ των ετών 1981 και 1995/1996 η οποία είχε στόχο να επιδείξει την έμμεση επίπτωση της υλοποίησης του Κανονισμού 815/84 – Πρόγραμμα Β στο χώρο της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Οι παράμετροι που μελετήθηκαν ήταν οι παρακάτω:

- α) οι μεταβολές στις κλίνες, το κτιριακό μέγεθος και το προσωπικό των δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων,
- β) η γεωγραφική κατανομή των Ψυχιατρικών Τμημάτων στα Γενικά Νοσοκομεία και των Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας, και
- γ) οι θέσεις ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Για την περίοδο 1981-1993 έγινε καταγραφή στοιχείων από το Υπουργείο Υγείας – Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία και το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας για τις ακόλουθες παραμέτρους: γεωγραφική κατανομή ψυχιάτρων ανά 100.000 κατοίκους, αριθμός/μέγεθος/προσωπικό ψυχιατρικών νοσοκομείων, αριθμός και θέσεις των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Στοιχεία για τις ανωτέρω παραμέτρους για α έτη 1995 και 1996 συλλέχθηκαν κατά την απογραφή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ενώ τα στοιχεία για τη δομή των δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων κατά το 1996 συλλέχθηκαν κατά την έρευνα εξακρίβωσης της ποιότητας, που πραγματοποιήθηκε στα νοσοκομεία αυτά. Οι μεταβολές στα κατελιημμένα κρεβάτια στα δέκα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία, μεταξύ των ετών 1981 και 2000, παρουσιάζονται στον Πίνακα Γ.6. Μεταξύ του 1981 και του 2000 υπήρξε μια μείωση 53% στον ολικό αριθμό των κατελιημμένων κρεβατιών, με υψηλότερο ποσοστό στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και Λέρου. Ο Πίνακας Γ.7 παρουσιάζει τα ψυχιατρικά κρεβάτια(δημόσια, ιδιωτικά και γενικών νοσοκομείων) ανά 1.000 κατοίκους μεταξύ των ετών 1981 και του 1996. Όπως φαίνεται ο δημόσιος τομέας έχασε 3.380 κρεβάτια(0,49 κρεβάτια ανά 1.000 κατοίκους το 1996), ενώ στον ιδιωτικό τομέα υπήρξε μια μέτρια μείωση(14,3%) μεταξύ των ετών 1981 και 1996(0,40 κρεβάτια ανά 1.000 κατοίκους το 1996). Η αναλογία ψυχιατρικών κρεβατιών γενικών νοσοκομείων/1.000 κατοίκους ήταν πολύ χαμηλή το 1993 και το 1996. Η αναλογία ψυχιατρικών κρεβατιών/1.000

κατοίκους το 1982 ήταν 1,39, ενώ το 1996 ελαττώθηκε σε 0,92 κρεβάτια/1.000 κατοίκους.

(Μ.Μαδιανός, 2000, σελ.414-416)

Όσον αφορά το μέγεθος των κτηρίων και την αναλογία εμβαδού(σε m^2)/ασθενούς υπήρξε σημαντική αύξηση σε όλα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μεταξύ των ετών 1981 και 1996. Η μεγαλύτερη αύξηση στην αναλογία εμβαδού/ασθενούς παρατηρήθηκε στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία Λέρου, Αττικής και στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής. Αυτή η αύξηση οφείλεται στα κατασκευαστικά έργα που πραγματοποιήθηκαν σε όλα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία με την εφαρμογή και την υλοποίηση του Κανονισμού 815/84. Ο μέσος χρόνος παραμονής στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία ήταν 207,13 ημέρες το 1982, ενώ το 1996 ήταν μόνο 114,56 ημέρες. Ο συνολικός αριθμός των επαγγελματιών ψυχικής υγείας/100 διαθέσιμα κρεβάτια αυξήθηκε σημαντικά μεταξύ των ετών 1981 και 1993. Η γεωγραφική κατανομή των Ψυχιατρικών Τμημάτων Γενικών Νοσοκομείων και των Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας το 1981, το 1993 και το 1996 φαίνεται στον Πίνακα Γ.8., όπου το 1981 υπήρχε μόνο ένα Ψυχιατρικό Τμήμα με 16 κρεβάτια σε λειτουργία και έξι Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Το 1993 υπήρχαν είκοσι τέσσερα Ψυχιατρικά Τμήματα με 284 κρεβάτια, η πλειοψηφία των οποίων ήταν στην Αθήνα. Υπήρχαν επίσης είκοσι Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας, εκ των οποίων τα δώδεκα σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Το 1996 ο αριθμός των ψυχιατρικών τμημάτων αυξήθηκε σε τριάντα με 321 κρεβάτια. Υπάρχουν επιπλέον έντεκα Τμήματα με 184 κρεβάτια που δεν λειτουργούν λόγω ελλείψεων προσωπικού. Το 1996 ο αριθμός των Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας έμεινε σχεδόν ο ίδιος(24) αν και υπάρχουν δεκατέσσερα επιπλέον Κέντρα έτοιμα για λειτουργία. Ως προς τις διαθέσιμες θέσεις ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης το 1983, το 1993 και το 1996, φαίνεται ότι το 1993 υπήρχαν πολύ λίγες στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη. Μετά την υλοποίηση του Κανονισμού 815/84 – Πρόγραμμα Β δημιουργήθηκαν σταδιακά διάφορες υπηρεσίες αποκατάστασης με σύνολο θέσεων 1.722 το 1993 και 2.940 το 1996. Στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη υπάρχει μεγαλύτερη συγκέντρωση διαθέσιμων

θέσεων σε σχέση με την υπόλοιπη χώρα. Η πλειοψηφία των θέσεων αυτών καταλαμβάνεται από χρόνιους ψυχικά ασθενείς. Άραγε ο αριθμός των θέσεων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι ακόμα ανεπαρκής για τον αριθμό των ασθενών που θα αποασυλοποιηθούν τα επόμενα χρόνια. Σε σχέση με τη γεωγραφική κατανομή τους, διάφοροι τύποι υπηρεσιών αποκατάστασης δημιουργήθηκαν σε δέκα από τις δώδεκα υγειονομικές περιφέρειες μέχρι το 1996.

(Μ.Μαδιανός, 2000, σελ.416-419)

Είναι προφανές λοιπόν ότι η υλοποίηση του Κανονισμού 815-84 – Πρόγραμμα Β διευκόλυνε την αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Συμπερασματικά, σημαντικές αλλαγές έγιναν στο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα μεταξύ των ετών 1982 και 1996.

(Μ.Μαδιανός, 2000, σελ.421)

Πίνακας Γ.6

Μεταβολές κρεβατιών στα δημόσια ψυχιατρεία(1981-2000).

ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΑ	1981	2000	ΜΕΤΑΒΟΛΗ +/-%
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής	2.750	831	-70,0
Δρομοκαΐτειο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο	880	700	-20,4
Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής	100	150	+50,0
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης	1.000	690	-31,0
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου	500	330	-34,0
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων	416	285	-31,4
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας	416	280	-32,6
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου	1.905	438	-77,0
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης	420	220	-47,6
Σύνολο	8.387	3.924	-53,2

ΠΗΓΗ: Ε.Σ.Υ.Ε., Στατιστικές Υγείας.

(Μ.Μαδιανός, 2000, σελ.415)

Πίνακας Γ.7

Ψυχιατρικά κρεβάτια ανά 1.000 κατοίκους* (1981-1996).

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΚΡΕΒΑΤΙΑ ΣΕ:	1981/1.000 κατοίκους	1993/1.000 κατοίκους	1996/1.000 κατοίκους	ΜΕΤΑΒΟΛΗ (1981-1996)
Δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία	0,89 (8,486)	0,52 (5,460)	0,49 (5,007)	-44,94(-40,2)
Ιδιωτικά ψυχιατρικά νοσοκομεία	0,50 (4,836)	0,45 (4,219)	0,40 (4,145)	-20,0(-14,30)
Γενικά νοσοκομεία	0,0 (16)	0,03 (284)	0,03 (327)	+2180,0(1943,75)
Σύνολο	1,39(13,338)	1,00 (9,963)	0,92 (9,479)	-33,81 (-28,9)

ΠΗΓΗ: Ε.Σ.Υ.Ε., Στατιστικές Υγείας.

*Χωρίς τα ψυχιατρικά κρεβάτια στρατού και φυλακών.

(Μ.Μαδιανός, 2000, σελ. 416)

Πίνακας Γ.8

Η γεωγραφική κατανομή Ψυχιατρικών Τμημάτων των Γενικών Νοσοκομείων (Ψ.Τ.Γ.Ν.) και των Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας (Κ.Κ.Ψ.Υ.) (1981-1996).

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ*	1981		1993		1996	
	Ψ.Τ.Γ.Ν.	Κ.Κ.Ψ.Υ.	Ψ.Τ.Γ.Ν.	Κ.Κ.Ψ.Υ.	Ψ.Τ.Γ.Ν.	Κ.Κ.Ψ.Υ.
1. Αθήνα	-	4	14(112)	7	14(112)	7+2**
2. Κεντρική Ελλάδα	-	-	-	1	1(5)2(25)**	1+1**
3. Ήπειρος- Κέρκυρα	-	-	1(30)	1	1(30)	1
4. Θεσσαλία	-	-	2(20)	1	2(20) -	1+1**
5. Κεντρική Μακεδονία Θεσσαλονίκη	-	2	3(61)	5	3(55)3(61)**	6
6. Δυτική Μακεδονία	-	-	1(20)	-	1(20)	-
7. Ανατολική Μακεδονία	-	-	-	1	- 2(30)	1+2**
8. Θράκη	1(16)	-	1(21)	1	1(21)	2+4**
9. Νησιά Αιγαίου	-	-	-	-	3(-) 1(10)**	1+1**
10. Κρήτη	-	-	1(20)	2	1(38)1(20)**	2+2**
11. Κεντρική- Ανατολική Πελοπόννησος	-	-	-	-	2(-) -	1+1**
12. Δυτική Πελοπόννησος	-	-	1(20)	1	1(20)2(38)**	1
Σύνολο	1(16)	6	24(304)	20	30(321)11(184)	24+14**

ΠΗΓΗ: Μαδιανός 1996.

Σε παρενθέσεις ο αριθμός των κρεβατιών.

* Σύμφωνα με την προηγούμενη έκθεση, για διευκόλυνση των συγκρίσεων.

** Θα λειτουργήσουν στο μέλλον.

Στοιχεία: Μάρτιος 1996.

(Μ.Μαδιανός, 2000, σελ.418).

Όμως η μέχρι σήμερα πορεία της αποασυλοποίησης στην Ελλάδα, δεν έχει προωθηθεί καθόλου προς την προβλεπόμενη ανθρωπογεωγραφική τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπως καταγγέλλεται από το σύνολο του επιστημονικού κόσμου της Ψυχιατρικής.

(Εφημερίδα: Ελευθεροτυπία, άρθρο «Ψυχαργός: Ξεκλειδώνει τα άσυλα – ανοίγει την κοινωνία», Δευτέρα 5 Μαρτίου 2001)

Μακρύς λοιπόν, διαγράφεται ο δρόμος στην Ελλάδα για το πέρασμα από την ασυλική ψυχιατρική των αποκομμένων, από την κοινωνία των νοσηλευτηρίων στη διεθνώς αποδεκτή κοινωνική – κοινοτική ψυχιατρική. Σύμφωνα με τον πρώην διευθυντή του Ψυχιατρείου Λέρου και πρωτοπόρο της αποασυλοποίησης ψυχίατρο Θ.Μεγαλοοικονόμου, σε 16 νομούς δεν υπάρχει ούτε μια δημόσια υπηρεσία ψυχικής υγείας, σε 20 νομούς οι υπηρεσίες είναι ανεπαρκέστατες. Επίσης έχουν δημιουργηθεί μόλις 15 Κέντρα Ψυχικής Υγείας, ενώ τα εργαστήρια κατάρτισης έχουν μείνει πίσω και πολλοί ασθενείς αναγκάζονται να επισκέπτονται εκ νέου καθημερινά το περιβάλλον των ψυχιατρείων για να καταρτισθούν.

Σύμφωνα με τον ίδιο «υπάρχουν εκτός των άλλων και κάποιες κεντρικές πολιτικές ευθύνες για τον τρόπο που υλοποιείται η αποασυλοποίηση των ψυχικά πασχόντων. Είναι η καθυστέρηση της οργάνωσης τομεοποιημένων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που θα έδιναν ένα χέρι βοήθειας στο πλήθος των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι τοπικές κοινωνίες. Στην έλλειψη μέτρων κοινωνικής πολιτικής και ανάπτυξης που θα δημιουργούσαν μεταξύ άλλων και θέσεις εργασίας, για παράδειγμα με τη γενναία χρηματοδότηση μεικτών κοινωνικών συνεταιρισμών με ψυχικά πάσχοντες, ανέργους και νέους των τοπικών κοινωνιών, οι οποίοι θα συντελούσαν και στην αλλαγή της υπάρχουσας κουλτούρας για την ψυχική αρρώστια».

(Θ.Μεγαλοοικονόμου, Εφημερίδα: Ελευθεροτυπία, άρθρο «Λύσεις με μεικτούς κοινωνικούς συνεταιρισμούς», 5 Μαρτίου 2001)

III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

- Είδος έρευνας

Πρόκειται για μια διερευνητική μελέτη που σύμφωνα με τον ορισμό που έχει δώσει ο Β.Φίλιας (1996), στοχεύει στην διατύπωση ή διερεύνηση ενός προβλήματος και στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων για παραπέρα έρευνα.

- Σκοπός της έρευνας

Η έρευνα αποτελεί μια πιλοτική διερεύνηση με σκοπό να μελετηθεί η στάση του ενήλικου πληθυσμού στον Δήμο Αγρινίου με αφορμή την ίδρυση και την λειτουργία των δυο ξενώνων για την αποκατάσταση χρόνιων ψυχικά πασχόντων, στα πλαίσια του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» σε συνδυασμό με την μη οργανωμένη προσπάθεια για την ευαισθητοποίηση και διαφώτιση της κοινότητας πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας, πριν από την τελική εγκαθίδρυση των ξενώνων.

-Ερωτήματα

Ερωτήματα στα οποία επιχειρεί να απαντήσει η έρευνα αυτή είναι:

- 1) Η παρουσία και μόνο των ξενώνων επηρέασε θετικά τις στάσεις των γειτόνων ως προς την ψυχική υγεία;
- 2) Η επαφή της γειτονιάς με τους ξενώνες βοήθησε στο να αρθούν μερικώς οι προκαταλήψεις και ο φόβος που οι γείτονες κυρίως είχαν εκφράσει, πριν από την τελική εγκαθίδρυση του ξενώνα στην περιοχή;
- 3) Η προσπάθεια που έγινε για την ενημέρωση της κοινότητας πριν την οριστική λειτουργία του ξενώνα και την στέγαση των χρόνιων

ψυχωσικών στον ξενώνα βοήθησε, ώστε να κατευνασθούν οι έντονες αρχικά αντιδράσεις που υπήρχαν στην περιοχή γύρω από τον ξενώνα;

4) Η κοινότητα είναι ενημερωμένη ως προς το τι είναι ψυχική αρρώστια; Έχει απομυθοποιηθεί ή ακόμη ο μύθος της τρέλας συντηρεί εν μέρει το στίγμα, με αποτέλεσμα οι ψυχικά άρρωστοι να υφίστανται ακόμη έναν ανελέητο στιγματισμό από το λεγόμενο «υγιές» κομμάτι της κοινωνίας;

-Υποθέσεις

1) Είναι γνωστό ότι οι στάσεις των ανθρώπων είναι σταθερές, δεν αλλάζουν εύκολα και αντιστέκονται στην αλλαγή. Η γνώμη μας για τους χρόνιους ψυχικά αρρώστους περιέχει χαρακτηρισμούς και γνωστικές κατηγορίες που μένουν ίδιες, κάθε φορά που έρχεται στο νου η έννοια «ψυχικά άρρωστος». Επίσης η γνώμη μας δεν αλλάζει κατά την διάρκεια του χρόνου, αν δεν μεσολαβήσουν συγκεκριμένοι παράμετροι που να επηρεάσουν τη γνώμη μας. Περισσότερο δε, οι διαμορφωμένες σε μικρή ηλικία στάσεις μένουν σχετικά σταθερές σε όλη τη ζωή.

2) Οι μύθοι της «αθεράπευτης τρέλας» λειτουργούν στην κοινή συνείδηση και συντηρούν το στίγμα της ψυχικής ασθένειας, όπου με τις μυθολογικές και δαιμονολογικές της προεκτάσεις, μεταγλωττισμένη σε λαϊκής χρήσης όρους, μεταποιημένη σε άλλοτε γελοιογραφική και άλλοτε σε εγκληματική φιγούρα, από τα μέσα ευρείας πληροφόρησης και ψυχαγωγίας, έχει υποστεί τη μεγαλύτερη εννοιολογική αλλοίωση, τη μεγαλύτερη διαστροφή της πραγματικής της εικόνας και τον ευτελέστερο κοινωνικό στιγματισμό.

3) Η Αγωγή Κοινότητας αποτελεί μια ουσιαστική διαδικασία για την ομαλή ύπαρξη και εδραίωση των εναλλακτικών δομών; Φαίνεται ότι είναι αδύνατη η αποτελεσματικότητα της παροχής υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα, αν δεν έχει προηγηθεί η κατάλληλη εργασία με τον πληθυσμό. Η έλλειψη ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας έχει τουλάχιστον

δου σημαντικές συνέπειες: Από την μια κάνει αδύνατη τη ζωή των ασθενών μέσα στην κοινότητα, αφού αντιμετωπίζονται με φόβο και καχυποψία. Από την άλλη δυσχεραίνεται το έργο της πρόληψης. Αν ο πολίτης δεν είναι εκπαιδευμένος να αναγνωρίζει το ενδεχόμενο ότι μπορεί ο ίδιος ή ένα μέλος της οικογένειάς του να αρρωστήσει, τότε δεν θα μπορέσει να ζητήσει και την κατάλληλη βοήθεια.

- Δειγματοληψία

Το δείγμα περιορίστηκε στον αριθμό των 20 ερωτηθέντων ατόμων του ενήλικου πληθυσμού του Δήμου Αγρινίου αφού υπήρξαν αρνήσεις και αντιστάσεις ως προς την συμπλήρωση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου και κατ' επέκταση του θέματος που ερευνούσε, από μεγάλο αριθμό ατόμων.

Πιο συγκεκριμένα αυτά που εξετάστηκαν ήταν: α) η διερεύνηση στάσεων ως προς την ψυχική υγεία και β) η συλλογή των κοινωνικό-δημογραφικών δεδομένων, τα οποία έγιναν με τυποποιημένη ερευνητική συνέντευξη, στην οικία των εξεταζομένων και ήταν το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και η επαγγελματική απασχόληση.

- Ερωτηματολόγιο

Για την επίτευξη του σκοπού της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο πολλαπλής επιλογής «κλειστού τύπου»(Μαδιανός 1982). Η κλίμακα είναι:

π.χ «Η ψυχική αρρώστια είναι μια αρρώστια σαν όλες τις άλλες»

1	2	3	4	5	6
συμφωνώ απόλυτα	συμφωνώ	μάλλον συμφωνώ	μάλλον διαφωνώ	διαφωνώ	διαφωνώ εντελώς

- Τρόπος ανάλυσης δεδομένων

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (Statistical Package of the Social Sciences). Αναλυτικότερα έγινε η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μέσω αυτού του προγράμματος και υπολογίσθηκαν οι κατανομές των συχνοτήτων με την δημιουργία στατιστικών πινάκων.

IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

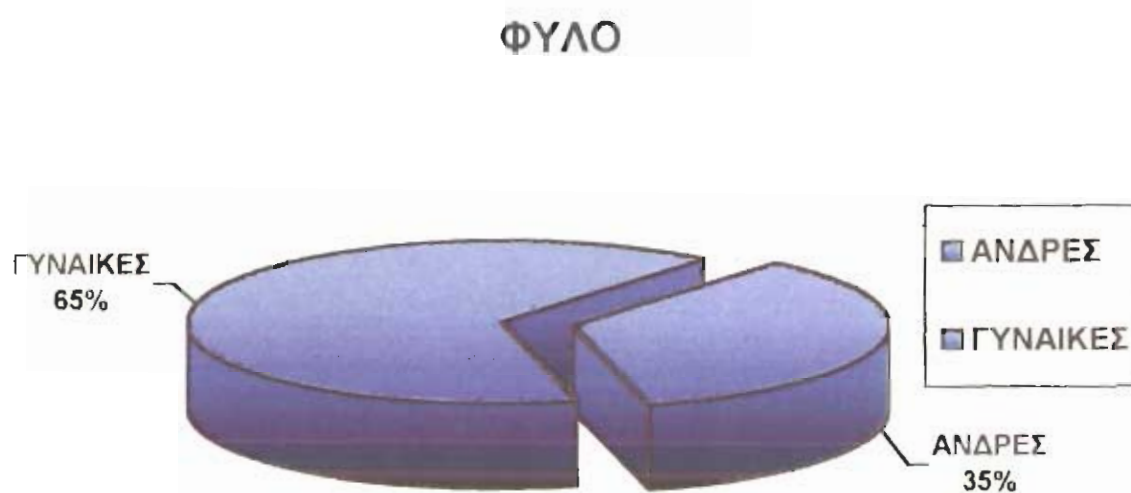
Δημογραφικά στοιχεία

Ο αριθμός των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν 20 από τους οποίους οι 7 άνδρες και οι 13 γυναίκες, ποσοστό 35% και 65% αντίστοιχα, όπως φαίνεται στον Πίν. α και το Σχ. α. Όσον αφορά την ηλικία τους οι 3 ή 15% ήταν ηλικίας από 25-30 ετών, οι 9 ή 45% ήταν ηλικίας από 30-35 ετών, οι 5 ή 25% ήταν ηλικίας από 40-45, οι 2 ή 10% ήταν ηλικίας από 45-50 ετών και 1 ή 5% από 55-60 ετών, όπως φαίνεται από τον Πίν. β και το Σχ. β. Στον Πίν. γ. και το Σχ. γ. φαίνεται το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων που είναι: οι 3 ή 15% απόφοιτοι Γυμνασίου, οι 10 ή 50% απόφοιτοι Λυκείου, 1 ή 5% πτυχιούχος Τ.Ε.Ι. και 6 ή 30% πτυχιούχοι Α.Ε.Ι. Τα επαγγέλματα των ερωτηθέντων φαίνονται στον Πίν. δ. και το Σχ. δ. τα οποία είναι: 6 ή 30% έχουν οικιακή απασχόληση, οι 5 ή 25% είναι εκπαιδευτικοί, οι 6 ή 30% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, 1 ή 5% δημόσιος υπάλληλος και 2 ή 10% ελεύθεροι επαγγελματίες.

Πιν. α. Κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο

ΦΥΛΟ		
ΑΝΔΡΕΣ	7	35%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	13	65%
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

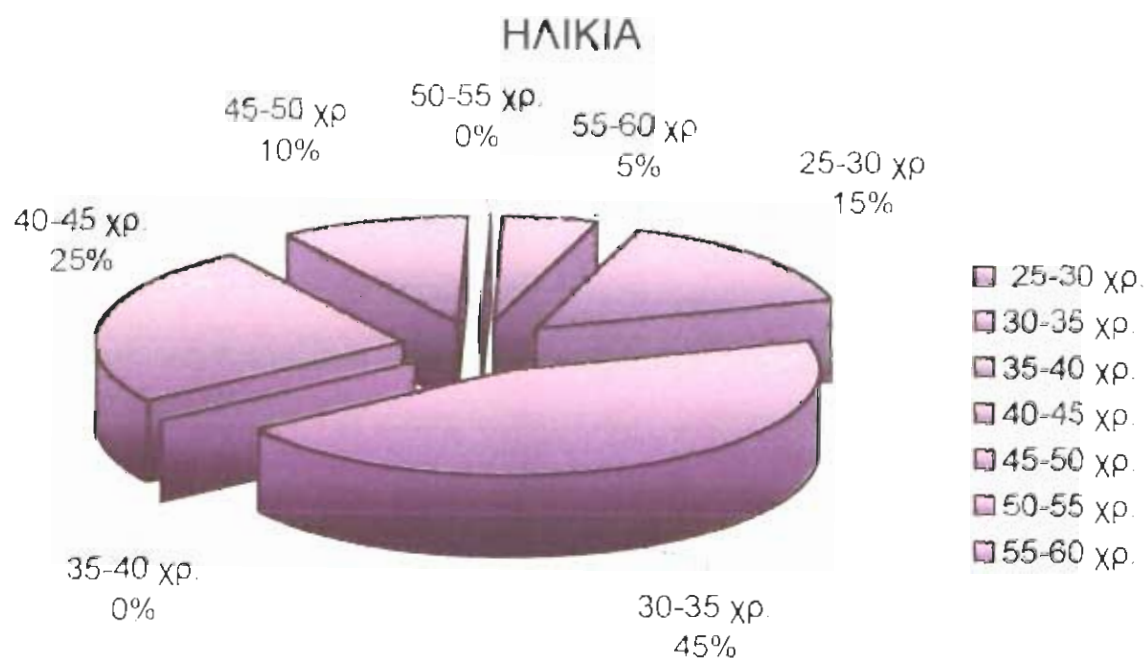
Σχ. α. Κυκλικό διάγραμμα του δείγματος ως προς το φύλο.



Πίν. β. Κατανομή του δείγματος ως προς την ηλικία.

ΗΛΙΚΙΑ		
25-30 χρ.	3	15%
30-35 χρ.	9	45%
35-40 χρ.	0	0%
40-45 χρ.	5	25%
45-50 χρ.	2	10%
50-55 χρ.	0	0%
55-60 χρ.	1	5%
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

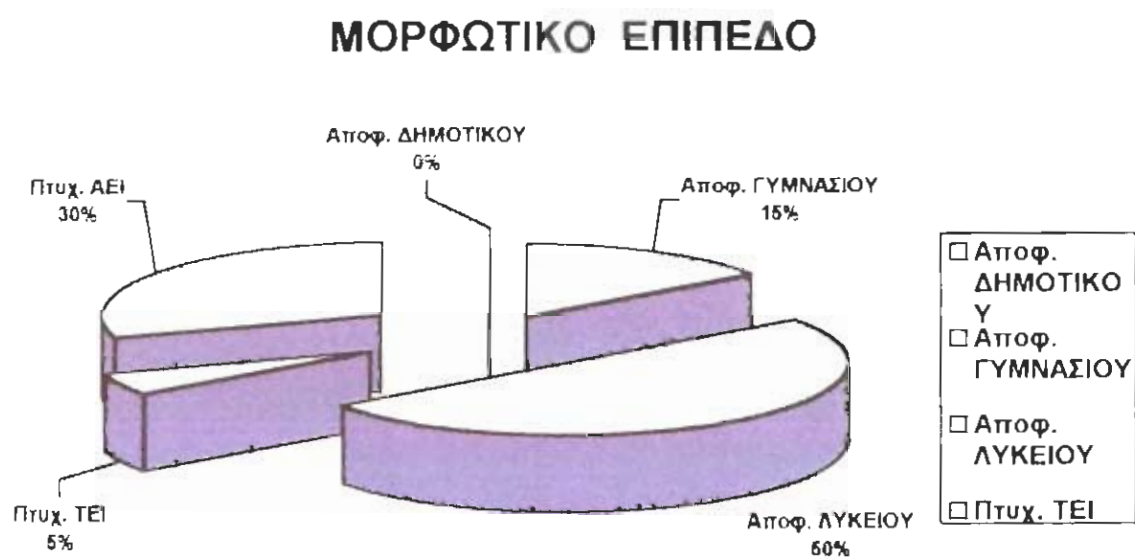
Σχ. β. Κυκλικό διάγραμμα του δείγματος ως προς την ηλικία.



Πίν. γ. Κατανομή του δείγματος ως προς το μορφωτικό επίπεδο.

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ		
Αποφ. ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	0	0%
Αποφ. ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	3	15%
Αποφ. ΛΥΚΕΙΟΥ	10	50%
Πτυχ. Τ.Ε.Ι.	1	5%
Πτυχ. Α.Ε.Ι.	6	30%
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

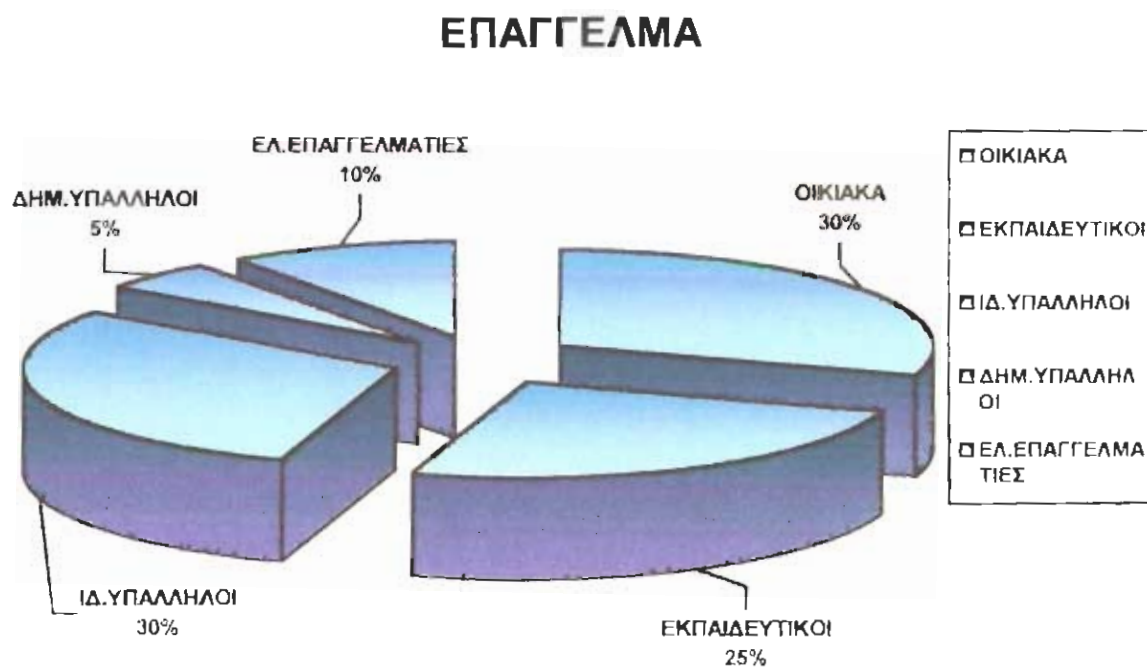
Σχ. γ. Κυκλικό διάγραμμα κατανομής δείγματος ως προς το μορφωτικό επίπεδο.



Πιν. δ. Κατανομή του δείγματος ως προς το επάγγελμα.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ		
ΟΙΚΙΑΚΑ	6	30%
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ	5	25%
ΙΔ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ	6	30%
ΔΗΜ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ	1	5%
ΕΛ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ	2	10%
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Σχ. δ. Κυκλικό διάγραμμα του δείγματος ως προς το επάγγελμα.



ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Πίνακας 1

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

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	80%
ΣΥΜΦΩΝΩ	6	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	8	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	3	20%
ΔΙΑΦΩΝΩ	1	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	0	
ΣΥΝΟΛΟ	20	

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 1 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων -το οποίο ανέρχεται στο 80%- απάντησε θετικά όσον αφορά την ερώτηση 1 , ενώ μόνο το 20% απάντησε αρνητικά .

Πίνακας 2

ΕΡΩΤΗΣΗ 2 : Η ψυχική αρρώστια είναι μια αρρώστια σαν όλες τις άλλες .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	40%
ΣΥΜΦΩΝΩ	4	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	3	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	4	60%
ΔΙΑΦΩΝΩ	5	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	3	
ΣΥΝΟΛΟ	20	

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 2 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων -το οποίο ανέρχεται στο 60%- απάντησε αρνητικά όσον αφορά την ερώτηση 2 , σε αντίθεση με το 40% το οποίο απάντησε θετικά .

Πίνακας 3

ΕΡΩΤΗΣΗ 3 : Οι περισσότεροι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν είναι επικίνδυνοι .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	3	
ΣΥΜΦΩΝΩ	8	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	3	70%
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	3	
ΔΙΑΦΩΝΩ	2	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	1	
ΣΥΝΟΛΟ	20	
		100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 3 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 70%- απάντησε θετικά όσον αφορά την ερώτηση 3 , ενώ το 30% απάντησε αρνητικά .

Πίνακας 4

ΕΡΩΤΗΣΗ 4 : Έστω κι εάν οι άρρωστοι που βγαίνουν από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία φαίνονται να είναι εν τάξει , δεν θα πρέπει να παντρεύονται .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	
ΣΥΜΦΩΝΩ	4	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	3	45%
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	5	
ΔΙΑΦΩΝΩ	4	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	2	
ΣΥΝΟΛΟ	20	
		100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 4 τα ποσοστά από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων έχουν οριακή διαφορά . Αναλυτικότερα το 55% απάντησε αρνητικά όσον αφορά την ερώτηση 4 , ενώ το 45% απάντησε θετικά .

Πίνακας 5

ΕΡΩΤΗΣΗ 5 : Εάν οι γονείς αγαπούσαν περισσότερο τα παιδιά τους , θα υπήρχε λιγότερη ψυχική αρρώστια .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	7	70%
ΣΥΜΦΩΝΩ	1	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	6	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	2	30%
ΔΙΑΦΩΝΩ	4	
ΔΙΑΦΩΝΩ	0	
ΕΝΤΕΛΩΣ		
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 5 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 70%- απάντησε θετικά όσον αφορά την ερώτηση 5 , ενώ το 30% απάντησε αρνητικά .

Πίνακας 6

ΕΡΩΤΗΣΗ 6 : Είναι εύκολο να αναγνωρίσεις κάποιον που κάποτε αρρώστησε από ψυχική αρρώστια .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	50%
ΣΥΜΦΩΝΩ	4	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	4	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	3	50%
ΔΙΑΦΩΝΩ	6	
ΔΙΑΦΩΝΩ	1	
ΕΝΤΕΛΩΣ		
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 6 το 50% των ερωτηθέντων απάντησε θετικά όσον αφορά την ερώτηση 6 , ενώ το υπόλοιπο 50% απάντησε αρνητικά

Πίνακας 7

ΕΡΩΤΗΣΗ 7 :Οι άνθρωποι που είναι ψυχικά άρρωστοι αφήνουν τα συναισθήματά τους να τους κατευθύνουν , τα κανονικά άτομα ελέγχουν την συμπεριφορά τους .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	6	70%
ΣΥΜΦΩΝΩ	5	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	3	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	5	30%
ΔΙΑΦΩΝΩ	1	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	0	
ΣΥΝΟΛΟ	20	

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 7 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 70%-απάντησε θετικά όσον αφορά την ερώτηση 7 , ενώ το 30% απάντησε αρνητικά .

Πίνακας 8

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

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	3	75%
ΣΥΜΦΩΝΩ	9	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	3	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	3	25%
ΔΙΑΦΩΝΩ	2	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	0	
ΣΥΝΟΛΟ	20	

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 8 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 75%- απάντησε θετικά όσον αφορά την ερώτηση 8 , ενώ το 25% απάντησε αρνητικά .

Πίνακας 9

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

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	6	55%
ΣΥΜΦΩΝΩ	3	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	4	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	4	45%
ΔΙΑΦΩΝΩ	3	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	0	
ΣΥΝΟΛΟ	20	

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 9 οι απαντήσεις παρουσιάζουν οριακή διαφορά .Αναλυτικότερα το 55% απάντησε θετικά όσον αφορά την ερώτηση 9, ενώ το 45% έδωσε αρνητικές απαντήσεις .

Πίνακας 10

ΕΡΩΤΗΣΗ 10 : Αν και δεν έχουν συνήθως επίγνωση τούτου , πολλοί άνθρωποι γίνονται ψυχικά άρρωστοι για να αποφύγουν τα δύσκολα προβλήματα της καθημερινής ζωής .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	65%
ΣΥΜΦΩΝΩ	6	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	6	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	2	35%
ΔΙΑΦΩΝΩ	4	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	1	
ΣΥΝΟΛΟ	20	

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 10 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων -το οποίο ανέρχεται στο 65%- απάντησε θετικά όσον αφορά την ερώτηση 10 , ενώ το 35% απάντησε αρνητικά .

Πίνακας 11

ΕΡΩΤΗΣΗ 11: Υπάρχει κάτι γύρω από τους ψυχικά άρρωστους που τους κάνει να ξεχωρίζουν από τους άλλους ανθρώπους .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	
ΣΥΜΦΩΝΩ	6	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	8	80%
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	3	
ΔΙΑΦΩΝΩ	1	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	0	20%
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 11 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 80%- απάντησε θετικά όσον αφορά την ερώτηση 11 , ενώ το 20% έδωσε αρνητικές απαντήσεις .

Πίνακας 12

ΕΡΩΤΗΣΗ 12 : Αν και οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία συμπεριφέρονται με παράδοξους τρόπους , δεν είναι σωστό να γελάμε μ' αυτούς .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	17	
ΣΥΜΦΩΝΩ	2	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	0	95%
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	0	
ΔΙΑΦΩΝΩ	0	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	1	5%
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 12 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 95%- έδωσε θετικές απαντήσεις όσον αφορά την ερώτηση 12 , ενώ το υπόλοιπο 5% έδωσε αρνητική απάντηση .

Πίνακας 13

ΕΡΩΤΗΣΗ 13 : Οι περισσότεροι ψυχικά άρρωστοι επιθυμούν να εργασθούν .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	
ΣΥΜΦΩΝΩ	8	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	7	85%
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	3	
ΔΙΑΦΩΝΩ	0	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	0	15%
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 13 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 85%- απάντησε θετικά όσον αφορά την ερώτηση 13 , ενώ το 15% απάντησε αρνητικά .

Πίνακας 14

ΕΡΩΤΗΣΗ 14 : Τα μικρά παιδιά των αρρώστων που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία , δεν θα πρέπει να τα αφήνουν να τους επισκέπτονται .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	
ΣΥΜΦΩΝΩ	3	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	7	55%
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	2	
ΔΙΑΦΩΝΩ	4	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	3	45%
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 14 οι απαντήσεις των ερωτηθέντων παρουσιάζουν οριακή διαφορά . Αναλυτικότερα το 55% έδωσε θετικές απαντήσεις , ενώ το 45% έδωσε αρνητικές –όσον αφορά την ερώτηση 14- απαντήσεις .

Πίνακας 15

ΕΡΩΤΗΣΗ 15 : Οι άνθρωποι που είναι επιτυχημένοι στη δουλειά τους , σπάνια αρρώσταινουν ψυχικά .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	
ΣΥΜΦΩΝΩ	0	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	2	15%
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	1	
ΔΙΑΦΩΝΩ	11	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	5	
ΣΥΝΟΛΟ	20	
		100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 15 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 85%-διαφωνεί με την άποψη που εκφράζεται μέσω της ερώτησης 15 , ενώ το υπόλοιπο 15% συμφωνεί με την άποψη που εκφράζεται μέσω της ερώτησης 15 .

Πίνακας 16

ΕΡΩΤΗΣΗ 16 : Οι άνθρωποι δεν θα αρρώσταιναν ψυχικά εάν απόφευγαν κακές σκέψεις .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	
ΣΥΜΦΩΝΩ	1	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	2	25%
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	3	
ΔΙΑΦΩΝΩ	8	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	4	
ΣΥΝΟΛΟ	20	
		100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 16 το μεγαλύτερο ποσοστό –το οποίο ανέρχεται στο 75%- των ερωτηθέντων απάντησε αρνητικά όσον αφορά την ερώτηση 16 , ενώ το 25% απάντησε θετικά .

Πίνακας 17

ΕΡΩΤΗΣΗ 17 : Οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι από πολλές πλευρές σαν παιδιά .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	6	85%
ΣΥΜΦΩΝΩ	2	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	9	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	2	15%
ΔΙΑΦΩΝΩ	1	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	0	
ΣΥΝΟΛΟ	20	

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 17 το μεγαλύτερο ποσοστό –το οποίο ανέρχεται στο 85%- των ερωτηθέντων απάντησε θετικά όσον αφορά την ερώτηση 17 , ενώ το 15% απάντησε αρνητικά .

Πίνακας 18

ΕΡΩΤΗΣΗ 18 : Περισσότερα χρήματα από τον κρατικό προϋπολογισμό θα πρέπει να ξοδεύονται για την φροντίδα και την θεραπεία εκείνων που πάσχουν από σοβαρή ψυχική αρρώστια .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	13	100%
ΣΥΜΦΩΝΩ	6	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	1	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	0	0%
ΔΙΑΦΩΝΩ	0	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	0	
ΣΥΝΟΛΟ	20	

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 18 η απόλυτη πλειοψηφία των ερωτηθέντων έδωσε θετικές απαντήσεις ως προς την ερώτηση 18 .

Πίνακας 19

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

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	4	60%
ΣΥΜΦΩΝΩ	6	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	2	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	0	40%
ΔΙΑΦΩΝΩ	6	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	2	
ΣΥΝΟΛΟ	20	

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 19 το μεγαλύτερο ποσοστό –το οποίο ανέρχεται στο 60%- των ερωτηθέντων έδωσε θετικές απαντήσεις όσον αφορά την ερώτηση 19 , ενώ το 40% έδωσε αρνητικές απαντήσεις .

Πίνακας 20

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

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	45%
ΣΥΜΦΩΝΩ	3	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	5	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	6	55%
ΔΙΑΦΩΝΩ	4	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	1	
ΣΥΝΟΛΟ	20	

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 20 οι απαντήσεις των ερωτηθέντων παρουσιάζουν οριακή διαφορά .Αναλυτικότερα το 45% έδωσε θετικές απαντήσεις όσον αφορά την ερώτηση 20 , ενώ το 55% έδωσε αρνητικές απαντήσεις .

Πίνακας 21

ΕΡΩΤΗΣΗ 21 : Οι ψυχικά άρρωστοι δεν θα πρέπει ποτέ να νοσηλεύονται στο ίδιο νοσοκομείο με αρρώστους που πάσχουν από σωματικές αρρώστιες .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	8	80%
ΣΥΜΦΩΝΩ	4	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	4	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	2	20%
ΔΙΑΦΩΝΩ	1	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	1	
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 21 το μεγαλύτερο ποσοστό –το οποίο ανέρχεται στο 80%- των ερωτηθέντων απάντησε θετικά όσο αφορά την ερώτηση 21 , ενώ το 20% απάντησε αρνητικά .

Πίνακας 22

ΕΡΩΤΗΣΗ 22 :Κάθε ένας που κάνει σκληρή προσπάθεια να καλύτερέσει τον εαυτό του , αξίζει το σεβασμό των άλλων .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	16	100%
ΣΥΜΦΩΝΩ	3	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	1	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	0	0%
ΔΙΑΦΩΝΩ	0	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	0	
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 22 η απόλυτη πλειοψηφία των ερωτηθέντων έδωσε θετικές απαντήσεις όσον αφορά την άποψη που εκφράζεται μέσω της ερώτησης 22 .

Πίνακας 23

ΕΡΩΤΗΣΗ 23 : Εάν τα νοσοκομεία μας είχαν πολύ καλά εκπαιδευμένους γιατρούς και αδελφές , πολλοί από τους αρρώστους θα γινόταν καλά ώστε να ζουν έξω από το νοσοκομείο .

ΣΥΜΦΩΝΩ	11	95%
ΑΠΟΛΥΤΑ		
ΣΥΜΦΩΝΩ	5	
ΜΑΛΛΟΝ	3	5%
ΣΥΜΦΩΝΩ		
ΜΑΛΛΟΝ	1	
ΔΙΑΦΩΝΩ	0	
ΔΙΑΦΩΝΩ	0	
ΕΝΤΕΛΩΣ		5%
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 23 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 95%- απάντησε θετικά όσον αφορά την ερώτηση 23 , ενώ το 5% απάντησε αρνητικά .

Πίνακας 24

ΕΡΩΤΗΣΗ 24 : Θα ήταν ανόητη μια γυναίκα που θα παντρευόταν έναν άντρα που έπασχε από σοβαρή ψυχική αρρώστια έστω κι αν έδειχνε ότι είχε πλήρως αποκατασταθεί .

ΣΥΜΦΩΝΩ	0	30%
ΑΠΟΛΥΤΑ		
ΣΥΜΦΩΝΩ	1	
ΜΑΛΛΟΝ	5	70%
ΣΥΜΦΩΝΩ		
ΜΑΛΛΟΝ	6	
ΔΙΑΦΩΝΩ	6	
ΔΙΑΦΩΝΩ	2	
ΕΝΤΕΛΩΣ		70%
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 24 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 70%- έδωσε αρνητικές απαντήσεις όσον αφορά την ερώτηση 24 , ενώ το 30% απάντησε θετικά .

Πίνακας 25

ΕΡΩΤΗΣΗ 25: Εάν τα παιδιά ψυχικά άρρωστων γονέων αναλαμβάνονταν από υγιείς γονείς , πιθανώς δεν θα αρρώσταιναν ψυχικά .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	0	
ΣΥΜΦΩΝΩ	3	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	5	40%
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	7	
ΔΙΑΦΩΝΩ	5	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	0	60%
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 25 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 60%- απάντησε αρνητικά όσον αφορά την ερώτηση 25 , ενώ το 40% έδωσε θετικές απαντήσεις .

Πίνακας 26

ΕΡΩΤΗΣΗ 26 :Οι άνθρωποι που έχουν νοσηλευτεί σε ψυχιατρικό νοσοκομείο ποτέ δεν θα ξαναγίνουν ο παλιός τους εαυτός .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	
ΣΥΜΦΩΝΩ	3	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	7	60%
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	4	
ΔΙΑΦΩΝΩ	4	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	0	40%
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 26 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 60%- απάντησε θετικά όσον αφορά την ερώτηση 26 , ενώ το 40% απάντησε αρνητικά .

Πίνακας 27

ΕΡΩΤΗΣΗ 27 : Πολλοί ψυχικά άρρωστοι είναι ικανοί για εξειδικευμένη εργασία , ακόμη και εάν είναι , κατά κάποιο τρόπο , ψυχικά διαταραγμένοι .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	8	100%
ΣΥΜΦΩΝΩ	8	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	4	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	0	0%
ΔΙΑΦΩΝΩ	0	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	0	
ΣΥΝΟΛΟ	20	

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 27 η απόλυτη πλειοψηφία των ερωτηθέντων έδωσε θετικές απαντήσεις , όσον αφορά την ερώτηση 27 και την άποψη που εκφράζεται μέσω αυτής .

Πίνακας 28

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

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	14	100%
ΣΥΜΦΩΝΩ	6	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	0	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	0	0%
ΔΙΑΦΩΝΩ	0	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	0	
ΣΥΝΟΛΟ	20	

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 28 η απόλυτη πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε θετικά όσον αφορά την ερώτηση 28 και την άποψη που εκφράζεται μέσω αυτής .

Πίνακας 29

ΕΡΩΤΗΣΗ 29 : Όποιος είναι σε ψυχιατρικό νοσοκομείο δεν θα πρέπει να του επιτρέπεται να ψηφίζει .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	0	
ΣΥΜΦΩΝΩ	0	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	1	5%
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	10	
ΔΙΑΦΩΝΩ	6	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	3	95%
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 29 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 95%- έχει αρνητική γνώμη με την άποψη που εκφράζεται μέσω της ερώτησης 29 , ενώ το 5% φαίνεται να έχει θετική γνώμη .

Πίνακας 30

ΕΡΩΤΗΣΗ 30 : Η ψυχική αρρώστια πολλών ατόμων οφείλεται σε χωρισμό ή διαζύγιο των γονέων τους κατά την παιδική ηλικία .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	
ΣΥΜΦΩΝΩ	0	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	7	40%
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	6	
ΔΙΑΦΩΝΩ	5	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	1	60%
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 30 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 60%- απάντησε αρνητικά όσον αφορά την ερώτηση 30 , ενώ το 40% έδωσε θετικές απαντήσεις .

Πίνακας 31

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

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	0	0%
ΣΥΜΦΩΝΩ	0	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	0	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	4	100%
ΔΙΑΦΩΝΩ	9	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	7	
ΣΥΝΟΛΟ	20	

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 31 η απόλυτη πλειοψηφία των ερωτηθέντων έχει αρνητική γνώμη ως προς την άποψη που εκφράζεται μέσω της ερώτησης 31 .

Πίνακας 32

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

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	0	10%
ΣΥΜΦΩΝΩ	0	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	2	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	4	90%
ΔΙΑΦΩΝΩ	9	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	5	
ΣΥΝΟΛΟ	20	

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 32 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 90%- απάντησε αρνητικά όσον αφορά την ερώτηση 32 , ενώ το υπόλοιπο 10% έδωσε θετικές απαντήσεις .

Πίνακας 33

ΕΡΩΤΗΣΗ 33 : Στους αρρώστους ψυχιατρικών νοσοκομείων θα πρέπει να δίνεται περισσότερος χώρος για ιδιωτική τους χρήση .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	11	100%
ΣΥΜΦΩΝΩ	6	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	3	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	0	0%
ΔΙΑΦΩΝΩ	0	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	0	
ΣΥΝΟΛΟ	20	

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 33 η απόλυτη πλειοψηφία των ερωτηθέντων έχει θετική γνώμη ως προς την ερώτηση 33 .

Πίνακας 34

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

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	0	15%
ΣΥΜΦΩΝΩ	0	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	3	85%
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	3	
ΔΙΑΦΩΝΩ	13	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	1	
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 34 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 85%- έδωσε αρνητικές απαντήσεις όσον αφορά την ερώτηση 34 , ενώ το 15% απάντησε θετικά .

Πίνακας 35

ΕΡΩΤΗΣΗ 35 : Εάν τα παιδιά υγιών γονέων αναλαμβάνονταν από ψυχικά άρρωστους γονείς , θα γινόταν πιθανώς ψυχικά άρρωστοι .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	0	
ΣΥΜΦΩΝΩ	3	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	8	55%
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	5	
ΔΙΑΦΩΝΩ	4	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	0	45%
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 35 οι απαντήσεις των ερωτηθέντων παρουσιάζουν οριακή διαφορά . Αναλυτικότερα το 55% απάντησε θετικά ως προς την άποψη που εκφράζεται μέσω της ερώτησης 35 , ενώ το 45% απάντησε αρνητικά .

Πίνακας 36

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

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	0	
ΣΥΜΦΩΝΩ	0	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	2	10%
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	8	
ΔΙΑΦΩΝΩ	4	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	6	90%
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 36 το μεγαλύτερο ποσοστό –το οποίο ανέρχεται στο 90%- των ερωτηθέντων έδωσε αρνητικές απαντήσεις όσον αφορά την ερώτηση 36 , ενώ το 10% απάντησε θετικά .

Πίνακας 37

ΕΡΩΤΗΣΗ 37 : Ο νόμος θα πρέπει να επιτρέπει μια γυναίκα να χωρίζει από τον άντρα της αμέσως μετά τον εγκλεισμό του σε ψυχιατρικό νοσοκομείο για σοβαρή ψυχική αρρώστια .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	0	
ΣΥΜΦΩΝΩ	2	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	6	40%
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	1	
ΔΙΑΦΩΝΩ	7	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	4	
ΣΥΝΟΛΟ	20	60%
		100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 37 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 60%- απάντησε αρνητικά όσον αφορά την ερώτηση 37 , ενώ το 40% έδωσε θετικές απαντήσεις .

Πίνακας 38

ΕΡΩΤΗΣΗ 38 : Οι άνθρωποι που δεν μπορούν να εργασθούν εξ αιτίας ψυχικής αρρώστιας θα πρέπει να παίρνουν χρήματα για να ζήσουν .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	10	
ΣΥΜΦΩΝΩ	8	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	1	95%
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	1	
ΔΙΑΦΩΝΩ	0	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	0	
ΣΥΝΟΛΟ	20	5%
		100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 38 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 95%- έδωσε θετικές απαντήσεις όσον αφορά την ερώτηση 38 , ενώ το 5% απάντησε αρνητικά .

Πίνακας 39

ΕΡΩΤΗΣΗ 39 : Η ψυχική αρρώστια συνήθως οφείλεται σε κάποια πάθηση του νευρικού συστήματος .

ΣΥΜΦΩΝΩ	2	
ΑΠΟΛΥΤΑ		
ΣΥΜΦΩΝΩ	5	45%
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	2	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	5	55%
ΔΙΑΦΩΝΩ	6	
ΔΙΑΦΩΝΩ	0	
ΕΝΤΕΛΩΣ		
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 39 οι απαντήσεις των ερωτηθέντων όσον αφορά την ερώτηση 39 παρουσιάζουν οριακή διαφορά . Αναλυτικότερα το 45% έδωσε θετικές απαντήσεις , ενώ το 55% απάντησε αρνητικά .

Πίνακας 40

ΕΡΩΤΗΣΗ 40 : Άσχετα πως το βλέπετε , οι άρρωστοι με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν είναι πια πραγματικοί άνθρωποι .

ΣΥΜΦΩΝΩ	0	
ΑΠΟΛΥΤΑ		
ΣΥΜΦΩΝΩ	1	10%
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	1	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	5	90%
ΔΙΑΦΩΝΩ	7	
ΔΙΑΦΩΝΩ	6	
ΕΝΤΕΛΩΣ		
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 40 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 90%- έχει αρνητική γνώμη ως προς την άποψη η οποία εκφράζεται μέσω της ερώτησης 40 , ενώ το 10% έχει θετική γνώμη .

Πίνακας 41

ΕΡΩΤΗΣΗ 41 : Τις περισσότερες γυναίκες που κάποτε νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο μπορούν να τις εμπιστευτούν να προσέχουν μικρά παιδιά (μπέϊμπυ σίττερς) .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	
ΣΥΜΦΩΝΩ	0	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	3	25%
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	5	
ΔΙΑΦΩΝΩ	6	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	4	75%
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 41 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 75%- απάντησε αρνητικά όσον αφορά την ερώτηση 41 , ενώ το 25% απάντησε θετικά .

Πίνακας 42

ΕΡΩΤΗΣΗ 42 : Οι περισσότεροι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν ενδιαφέρονται για την εμφάνισή τους .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	
ΣΥΜΦΩΝΩ	7	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	6	75%
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	1	
ΔΙΑΦΩΝΩ	4	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	0	25%
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 42 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 75%- έδωσε θετικές απαντήσεις όσον αφορά την ερώτηση 42 , ενώ το 25% απάντησε αρνητικά .

Πίνακας 43

ΕΡΩΤΗΣΗ 43 : Οι καθηγητές (οι άνθρωποι των γραμμάτων) έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν ψυχικά άρρωστοι από τους επιχειρηματίες .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	0	
ΣΥΜΦΩΝΩ	4	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	4	40%
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	2	
ΔΙΑΦΩΝΩ	7	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	3	60%
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 43 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 60%- απάντησε αρνητικά στην ερώτηση 43 , ενώ το 40% έδωσε θετικές απαντήσεις .

Πίνακας 44

ΕΡΩΤΗΣΗ 44 : Πολλοί άνθρωποι που ουδέποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι περισσότερο ψυχικά άρρωστοι από πολλούς νοσηλευόμενους ψυχικά άρρωστους .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	
ΣΥΜΦΩΝΩ	12	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	5	90%
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	1	
ΔΙΑΦΩΝΩ	1	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	0	10%
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 44 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 90%- έχει θετική γνώμη σε σχέση με την άποψη που εκφράζεται μέσω της ερώτησης 44 , ενώ το υπόλοιπο 10% έχει αρνητική γνώμη .

Πίνακας 45

ΕΡΩΤΗΣΗ 45 : Αν και ορισμένοι ψυχοπαθείς φαίνονται εν τάξει , είναι επικίνδυνο να ξεχάσουμε προς στιγμήν ότι είναι ψυχικά άρρωστοι

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	
ΣΥΜΦΩΝΩ	8	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	8	85%
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	1	
ΔΙΑΦΩΝΩ	1	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	1	15%
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 45 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 85%- απάντησε θετικά στην ερώτηση 45 , ενώ το 15% έδωσε αρνητικές απαντήσεις .

Πίνακας 46

ΕΡΩΤΗΣΗ 46 : Μερικές φορές η ψυχική αρρώστια αποτελεί τιμωρία για κακές πράξεις .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	0	
ΣΥΜΦΩΝΩ	2	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	1	15%
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	2	
ΔΙΑΦΩΝΩ	6	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	9	85%
ΣΥΝΟΛΟ	20	100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 46 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 85%- απάντησε αρνητικά όσον αφορά την ερώτηση 46 , ενώ το 15% έδωσε θετικές απαντήσεις .

Πίνακας 47

ΕΡΩΤΗΣΗ 47 : Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μας θα πρέπει να οργανωθούν κατά τρόπο ώστε να κάνουν τον άρρωστο να αισθάνεται , όσο το δυνατό , σαν να ζει στο σπίτι του .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	13	100%
ΣΥΜΦΩΝΩ	6	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	1	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	0	0%
ΔΙΑΦΩΝΩ	0	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	0	
ΣΥΝΟΛΟ	20	

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 47 η απόλυτη πλειοψηφία των ερωτηθέντων έδωσε θετικές απαντήσεις όσον αφορά την ερώτηση 47 .

Πίνακας 48

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

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	5	70%
ΣΥΜΦΩΝΩ	5	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	4	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	3	30%
ΔΙΑΦΩΝΩ	3	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	0	
ΣΥΝΟΛΟ	20	

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 48 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 70%- απάντησε θετικά όσον αφορά την ερώτηση 48 , ενώ το 30% έδωσε αρνητικές απαντήσεις .

Πίνακας 49

ΕΡΩΤΗΣΗ 49 : Δεν μπορούν να γίνουν πολλά πράγματα για τους αρρώστους σ' ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο εκτός να ζούνε άνετα και να τρώνε καλά .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	20%
ΣΥΜΦΩΝΩ	0	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	3	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	3	80%
ΔΙΑΦΩΝΩ	5	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	8	
ΣΥΝΟΛΟ	20	

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 49 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 80%- απάντησε αρνητικά όσον αφορά την ερώτηση 49 , ενώ το 20% έδωσε θετικές απαντήσεις .

Πίνακας 50

ΕΡΩΤΗΣΗ 50 : Πολλοί ψυχικά άρρωστοι θα παρέμεναν στο νοσοκομείο μέχρι να γίνουν καλά ακόμη και εάν οι πόρτες δεν ήταν κλειδωμένες .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	80%
ΣΥΜΦΩΝΩ	5	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	9	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	3	20%
ΔΙΑΦΩΝΩ	1	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	0	
ΣΥΝΟΛΟ	20	

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 50 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 80%- έδωσε θετικές απαντήσεις όσον αφορά την ερώτηση 50 , ενώ το υπόλοιπο 20% απάντησε αρνητικά .

Πίνακας 51

ΕΡΩΤΗΣΗ 51 : Όλοι οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία θα πρέπει να εμποδιστούν να έχουν παιδιά , με μια ανώδυνη εγχείριση (στείρωση) .

ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	0	
ΣΥΜΦΩΝΩ	2	
ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	2	20%
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	5	
ΔΙΑΦΩΝΩ	5	
ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝΤΕΛΩΣ	6	
ΣΥΝΟΛΟ	20	80%
		100,00%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 51 το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων –το οποίο ανέρχεται στο 80%- έχει αρνητική γνώμη σε σχέση με την άποψη η οποία εκφράζεται μέσω της ερώτησης 51 , ενώ το υπόλοιπο 20% έχει θετική γνώμη .

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν, βάση της ανάλυσης των αποτελεσμάτων της έρευνας, διαπιστώθηκε ότι η στάση των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα είναι σε γενικές γραμμές θετική. Οι λόγοι που συντέλεσαν στο να μειωθεί ο αρχικός φόβος που υπήρχε είναι η καθημερινή επαφή των γειτόνων με τους φιλοξενούμενους του ξενώνα, η γενικότερη παρουσία του ξενώνα στην περιοχή και η προσπάθεια που έγινε πριν από την λειτουργία του ξενώνα ώστε να ενημερωθούν κάποιοι φορείς της πόλης του Αγρινίου και η περαιτέρω συνέχιση της προσπάθειας από τη μεριά του προσωπικού, μετά την εγκαθίδρυση του ξενώνα. Αξίζει να σημειωθεί ότι κύριος αρωγός της προσπάθειας για την υλοποίηση του προγράμματος στην πόλη του Αγρινίου ήταν ο Δήμος Αγρινίου και συγκεκριμένα ο δήμαρχος κ. Θύμιος Σώκος και οι Δημοτικοί του Σύμβουλοι που υποστήριξαν εξ αρχής με επιμονή το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Έτσι ενώ αρχικώς υπήρξαν ποικιλώνυμες αντιδράσεις, αργότερα μέσα από τις τοπικές κοινωνικές διεργασίες η δεισιδαιμονία απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες, που αρχικά έδειχνε να οδηγείται σε «κυνήγι μαγισσών», φαίνεται πως κάτω από την ανθρώπινη φωνή της υπόλοιπης μερίδας του πληθυσμού υποχώρησε άρδην. Οι λόγοι που προκάλεσαν αρχικώς αντιδράσεις είναι προφανείς και είναι αρκετοί. Κυρίως όμως είναι οι ακόλουθοι:

- α) Η κοινότητα δεν ήταν επαρκώς ενημερωμένη για το τι είναι η ψυχική αρρώστια, την έκταση και τις επιπτώσεις των διαταραχών αυτών σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο.
- β) Γιατί οι σοβαρές και χρόνιες διαταραχές εκφράζονται και σε συμπεριφορές που δημιουργούν προκαταλήψεις και αρνητική κοινωνική αντίδραση.
- γ) Γιατί η αρνητική αυτή κοινωνική αντίδραση, το στίγμα δηλαδή που συνοδεύει τις ψυχικές διαταραχές, συμβάλλει στην κρατική και κοινωνική παραμέληση, στη συρρίκνωση των ατομικών δικαιωμάτων και στην περιθωριοποίηση.

Είναι ότι για να επιτευχθεί αλλαγή στις στάσεις θα πρέπει να γίνει παρέμβαση στις τρεις διαστάσεις των στάσεων, α) στο γνωστικό στοιχείο, β) στο συναισθηματικό στοιχείο και γ)στη συμπεριφορά του ατόμου. Από τα αποτελέσματα της έρευνας, φαίνεται ότι η αλλαγή προς μια θετική στάση, διαμορφώθηκε μέσα από παρεμβάσεις του προσωπικού του ξενώνα, μετά την αρχική λειτουργία του και την επαφή της γειτονιάς με τους φιλοξενούμενους του ξενώνα. Με τις παρεμβάσεις άρχισαν να κλονίζονται τα στερεότυπα, το τι σημαίνει ψυχικά ασθενής και το τι είναι φυσιολογικό και μη φυσιολογικό. Ο φόβος της τρέλας πήρε τις πραγματικές του διαστάσεις έξω από μύθους και προκαταλήψεις, το φαντασιωσικό αντικαταστάθηκε από το πραγματικό και η κοινότητα άρχισε να φοβάται λιγότερο τον ψυχωσικό και την ψυχική ασθένεια. Επίσης η σύναψη κοινωνικών σχέσεων με τους γείτονες έδωσε την ευκαιρία της γνωριμίας, σύνδεσης και αλληλεπίδρασης αρρώστων και γειτόνων.

Έτσι λοιπόν συμπεραίνεται ότι μια δομή στην κοινότητα από μόνη της είναι δύσκολο να επιφέρει αλλαγή στις στάσεις των γειτόνων, χωρίς την όποια μορφή Αγωγής Κοινότητας.

Το δείγμα είναι μη αντιπροσωπευτικό με αποτέλεσμα να μην μπορεί να γενικευθεί για οποιοδήποτε άλλο κοινωνικο-γεωγραφικό και πολιτισμικό περιβάλλον. Τα αποτελέσματα είναι έγκυρα μόνο για την πόλη του Αγρινίου και μάλιστα για την συγκεκριμένη γειτονιά του ξενώνα.

Οι παράγοντες λοιπόν που κυρίως συνέβαλαν στην αλλαγή των στάσεων είναι:

- 1) Η Αγωγή Κοινότητας, μετά την τελική εγκαθίδρυση του ξενώνα στην πόλη και
- 2) Η επαφή και συνύπαρξη του πληθυσμού με τους ψυχικά ασθενείς.

Όπως προαναφέρθηκε η στάση προς την ψυχική υγεία είναι σε γενικές γραμμές θετική, όσον αφορά το συγκεκριμένο δείγμα.

Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν μόνο στις παρακάτω ερωτήσεις:

- 1) Στην ερώτηση 9: Όταν κάποιος έχει ένα πρόβλημα ή μια στεναχώρια, το καλύτερο είναι να μην το σκέπτεται, αλλά να απασχολείται

διαρκώς με πιο ευχάριστα πράγματα, σε σχέση με το επάγγελμα των ερωτηθέντων. Πιο συγκεκριμένα οι εκπαιδευτικοί διαφωνούν σε σχέση με την συγκεκριμένη ερώτηση-πρόταση. Αυτή ίσως η διαφορά οφείλεται στο υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο των εκπαιδευτικών που πήραν μέρος στην έρευνα έναντι των υπολοίπων ερωτηθέντων που είναι κατώτερου μορφωτικού επιπέδου.

- 2) Στην ερώτηση 14: Τα μικρά παιδιά των αρρώστων που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, δεν θα πρέπει να τα αφήνουν να τους επισκέπτονται, σε σχέση με το επάγγελμα. Πιο συγκεκριμένα οι εκπαιδευτικοί στο σύνολό τους συμφωνούν με την ερώτηση-πρόταση, οι δημ.υπάλληλοι διαφωνούν, το 50% των ιδ.υπαλλήλων συμφωνεί ενώ το υπόλοιπο 50% διαφωνεί, οι ελ.επαγγελματίες συμφωνούν, ενώ το σύνολο σχεδόν των γυναικών που δήλωσαν οικιακά διαφωνούν με την συγκεκριμένη ερώτηση-πρόταση. Αυτή ίσως η διαφορά οφείλεται στο ότι οι γυναίκες, αφού κυρίως αυτές διαφωνούν, αναπτύσσουν ιδιαίτερους δεσμούς με τα παιδιά τους μιας και δεν εργάζονται σε κάποιο χώρο που τις αναγκάζει να λείπουν από το σπίτι πολλές ώρες, με αποτέλεσμα η επαφή με τα παιδιά τους να είναι αδιάκοπη κυρίως στα πρώτα χρόνια της ζωής των παιδιών.
- 3) Στην ερώτηση 38: Οι άνθρωποι που δεν μπορούν να εργασθούν εξαιτίας ψυχικής αρρώστιας θα πρέπει να παίρνουν χρήματα για να ζήσουν, σε σχέση με τις ηλικίες. Πιο συγκεκριμένα το 95% του δείγματος που ανήκει στην ηλικία μεταξύ 25-50 ετών απάντησε θετικά, ενώ το 5% που ανήκει στην ηλικία μεταξύ 55-60 ετών απάντησε ότι μάλλον διαφωνεί με την συγκεκριμένη ερώτηση-πρόταση. Αυτή η διαφορά μπορεί να αποδοθεί στην τύχη μιας και το ποσοστό του δείγματος που διαφωνεί είναι πολύ μικρό.
- 4) Στην ερώτηση 49: Δεν μπορούν να γίνουν πολλά πράγματα για τους αρρώστους σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο εκτός να ζούνε άνετα και να τρώνε καλά, σε σχέση με τις ηλικίες. Πιο συγκεκριμένα το 80% του δείγματος διαφωνεί σε σχέση με την συγκεκριμένη ερώτηση-πρόταση, ενώ το υπόλοιπο 20% συμφωνεί. Αυτή η διαφορά ίσως οφείλεται στο

ότι το συγκεκριμένο ποσοστό δεν γνωρίζει την εξέλιξη της ψυχιατρικής, τις πραγματικές ανάγκες των ψυχικά πασχόντων και γενικότερα τι σημαίνει ψυχική αρρώστια.

Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζουν τα αποτελέσματα και σε κάποιες άλλες ερωτήσεις όπως στην ερώτηση 2 όπου φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων έχει άγνοια ως προς το τι είναι η ψυχική αρρώστια, ενώ παράλληλα μπορεί να υπάρχει και προκατάληψη για τις ψυχικές διαταραχές γενικότερα. Στην ερώτηση 21 όπου επίσης φαίνεται να εξακολουθεί να υπάρχει το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και του ψυχασθενούς, βάσει των απαντήσεων του δείγματος. Στην ερώτηση 31 διαπιστώνεται μια αρκετά θετική στάση απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες που αφορά το σύνολο του δείγματος, γεγονός που σχετίζεται με την ύπαρξη του ξενώνα στην περιοχή και την μείωση του φόβου που αρχικώς υπήρχε, λόγω της γειτονίας με τους φιλοξενούμενους του ξενώνα. Στην ερώτηση 36 όπου επίσης σχετίζεται με την μείωση του φόβου λόγω της ύπαρξης του ξενώνα στην περιοχή. Στην ερώτηση 44 όπου φαίνεται να γνωρίζουν ότι όλοι οι άνθρωποι είμαστε εν δυνάμει ψυχικά άρρωστοι και ακόμη το ότι τα ψυχιατρεία δεν ήταν χώροι μόνο για ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές, αλλά αποθήκες ανθρώπων που έτυχε πολλοί από αυτούς να βρεθούν εκεί για κοινωνικούς λόγους.

Το συμπέρασμα που απορρέει από τα ευρήματα της μελέτης, είναι το ότι όσο περισσότερο ευαισθητοποιηθεί το κοινωνικό σύνολο σχετικά με την ευθύνη του απέναντι στον ψυχιατρικό άρρωστο, τόσο πιο εφικτός γίνεται ο μετασχηματισμός της ψυχιατρικής περίθαλψης.

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας είναι απαραίτητο να γίνουν συγκεκριμένες προτάσεις με σκοπό την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα.

1. Να δοθεί έμφαση στην πρόληψη μέσα από την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Η ενημέρωση, η επιμόρφωση των πολιτών και ιδιαίτερα των δασκάλων και των τοπικών αρχών μπορεί να επιφέρει αλλαγές στη στάση της κοινότητας, να μειώσει την αρνητική διάθεση ή τον φόβο απέναντι σε άτομα που παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές.
2. Αύξηση του εύρους του αριθμού και της εξειδίκευσης των κοινοτικών μορφών ψυχιατρικής περίθαλψης, όπως εξειδικευμένες υπηρεσίες για παιδιά, υπερήλικες, άλλα ευάλωτα άτομα και ομάδες υψηλού κινδύνου γενικότερα.
3. Η παροχή υπηρεσιών να είναι ανάλογη των αναγκών της κοινότητας.
4. Η θεραπεία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές να γίνεται σύμφωνα με τις σύγχρονες μεθόδους και πρακτικές της ψυχιατρικής επιστήμης.
5. Να υπάρχει μια συνεχής ενημέρωση, πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας με την απομυθοποίηση της ψυχικής αρρώστιας(η ψυχική αρρώστια είναι σαν όλες τις άλλες αρρώστιες), με την αρωγή των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης. Επίσης η παρέμβαση και η συμβουλευτική στα σχολεία, μιας και έχουν χαρακτηριστεί ως φορείς υψηλής επίδρασης και ως πρωτογενούς κοινωνικοποίησης, μπορούν να ευαισθητοποιήσουν μαθητές, δασκάλους και γονείς με προγράμματα τα οποία στοχεύουν στην προαγωγή της ψυχικής υγείας των μαθητών, στην προστασία ειδικών ομάδων και στην έγκαιρη αναγνώριση και επίλυση προβλημάτων με ψυχοκοινωνικό περιεχόμενο.
6. Σύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την Τοπική Αυτοδιοίκηση. Είναι απαραίτητη η σύνδεση όλων των μορφών ψυχιατρικής περίθαλψης με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, καθώς επίσης και με όλους

τους φορείς της κοινότητας, με σκοπό την εξομάλυνση των σχέσεων μεταξύ ασθενών και κοινότητας έτσι ώστε να γίνεται πιο εύκολη και ομαλή η αποασυλοποίηση και η επανένταξη των ασθενών.

7. Να υπάρχει εξασφάλιση της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας εκτός των τειχών των ψυχιατρείων. Είναι απαραίτητη η δημιουργία μιας σειράς υπηρεσιών κοινωνικής αποκατάστασης, που θα επικοινωνούν θα συνεργάζονται και θα αλληλοσυμπληρώνονται. Η οργάνωση και δημιουργία ενός συστήματος κοινοτικής ψυχιατρικής περίθαλψης και αποκατάστασης προϋποθέτει μελέτη, σχεδιασμό, την αρωγή της Πολιτείας και την ευαισθητοποίηση των πολιτών.
8. Να δημιουργηθούν περισσότερες υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικο-επαγγελματικής επανένταξης, που θα λειτουργούν ως θεραπευτικές μονάδες, σε όλες τις τομεοποιημένες περιοχές. Προτείνεται επίσης η λειτουργία των εν λόγω υπηρεσιών να είναι 24ωρη.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ:

Παράρτημα Α

Πίνακες υπολογισμών

Παράρτημα Β

Ερωτηματολόγιο

Βιβλιογραφία

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α
ΠΙΝΑΚΕΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ

ΠΙΝΑΚΕΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ

Πίνακας 1.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 1 * ΦΥΛΟ

		ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ 1	1,00	1	1	2
	2,00	2	4	6
	3,00	2	6	8
	4,00	1	2	3
	5,00	1		1
ΣΥΝΟΛΟ		7	13	20

df	χ^2	p
4	2,41	0,65

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 1 και των φύλων .

Πίνακας 1.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 1 * ΗΛΙΚΙΑ

		ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
		25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ1	1,00	1	1				2
	2,00		4	1	1		6
	3,00	2	2	2	1	1	8
	4,00		1	2			3
	5,00		1				1
ΣΥΝΟΛΟ		3	9	5	2	1	20

df	χ^2	p
16	11,19	0,79

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 1 και τις διάφορες ηλικίες των ερωτηθέντων .

Πίνακας 1.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 1 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ1 1,00	1	1			2
2,00	2	4			6
3,00		3	1	4	8
4,00		1		2	3
5,00		1			1
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	p
12	12,63	0,39

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 1 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 1.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 1 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΠΕΣΣ	
ΕΡ1 1,00	1		1			2
2,00	2		3	1		6
3,00	3	3			2	8
4,00		2	1			3
5,00			1			1
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	p
16	16,91	0,39

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 1 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 2.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 2 * ΦΥΛΟ

		ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ2	1,00	1		1
	2,00	1	3	4
	3,00	1	2	3
	4,00		4	4
	5,00	3	2	5
	6,00	1	2	3
ΣΥΝΟΛΟ		7	13	20

df	χ^2	p
5	5,56	0,35

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 2 και των φύλων .

Πίνακας 2.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 2 * ΗΛΙΚΙΑ

		ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
		25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ2	1,00			1			1
	2,00		2	1		1	4
	3,00		1	2			3
	4,00	2	1		1		4
	5,00	1	4				5
	6,00		1	1	1		3
ΣΥΝΟΛΟ		3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
20	21,87	0,34

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 2 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 2.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 2 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

		ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
		ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ1	1,00	1				1
	2,00		2		2	4
	3,00		1		2	3
	4,00		2	1	1	4
	5,00	1	4			5
	6,00	1	1		1	3
ΣΥΝΟΛΟ		3	10	1	6	20

df	χ^2	p
15	16,67	0,33

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 2 και τις διάφορες βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 2.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 2 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
		ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΠΙΣΣ	
ΕΡ2	1,00			1			1
	2,00	2				2	4
	3,00		2	1			3
	4,00	2	2				4
	5,00	1		3	1		5
	6,00	1	1	1			3
ΣΥΝΟΛΟ		6	5	6	1	2	20

df	χ^2	p
20	24,66	0,21

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 2 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 3.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 3 * ΦΥΛΟ

		ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ3	1,00	2	1	3
	2,00	3	5	8
	3,00	1	2	3
	4,00	1	2	3
	5,00		2	2
	6,00		1	1
	ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
5	2,96	0,70

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 3 και των φύλων .

Πίνακας 3.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 3 * ΗΛΙΚΙΑ

		ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
		25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ3	1,00		3				3
	2,00	1	3	2	1	1	8
	3,00		1	2			3
	4,00		2		1		3
	5,00	2					2
	6,00			1			1
	ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
15	10,02	0,18

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 3 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 3.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 3 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ3 1,00		2		1	3
2,00	2	4	1	1	8
3,00		1		2	3
4,00	1	2			3
5,00		1		1	2
6,00				1	1
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	p
15	10,02	0,81

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 3 και τις διάφορες βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 3.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 3 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΙΠ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΙΕΣ	
ΕΡ3 1,00	1			1	1	3
2,00	3	2	3			8
3,00		1	1		1	3
4,00	1		2			3
5,00	1	1				2
6,00		1				1
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	p
20	19,61	0,48

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 3 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 4.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 4 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ4 1,00	1	1	2
2,00	1	3	4
3,00		3	3
4,00	1	4	5
5,00	2	2	4
6,00	2		2
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	p
5	6,59	0,25

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 4 και των φύλων .

Πίνακας 4.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 4 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ4 1,00		2				2
2,00	1	1	2			4
3,00		1		1	1	3
4,00	1	3		1		5
5,00	1	2	1			4
6,00			2			2
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
20	21,63	0,36

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 4 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 4.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 4 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

		ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
		ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ4	1,00		2			2
	2,00		2		2	4
	3,00		2	1		3
	4,00	1	2		2	5
	5,00	1	2		1	4
	6,00	1			1	2
ΣΥΝΟΛΟ		3	10	1	6	20

df	χ^2	P
15	13,76	0,54

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 4 και τις διάφορες βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 4.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 4 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
		ΟΙΚΙΑΚΑ	ΓΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΠΕΣ	
ΕΡ4	1,00			1	1		2
	2,00	1	2	1			4
	3,00	2	1				3
	4,00	2	1	1		1	5
	5,00	1		2		1	4
	6,00		1	1			2
ΣΥΝΟΛΟ		6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
20	19,57	0,48

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 4 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 5.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 5 * ΦΥΛΟ

		ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
EP5	1,00	4	3	7
	2,00		1	1
	3,00	2	4	6
	4,00	1	1	2
	5,00		4	4
	ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
4	4,40	0,35

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διάφορα μεταξύ της ερώτησης 5 και των φύλων .

Πίνακας 5.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 5 * ΗΛΙΚΙΑ

		ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
		25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
EP5	1,00	2	3	1		1	7
	2,00		1				1
	3,00	1	2	2	1		6
	4,00		1	1			2
	5,00		2	1	1		4
	ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
6	8,07	0,94

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 5 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 5.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 5 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

		ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
		ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ5	1,00	2	4		1	7
	2,00		1			1
	3,00		3		3	6
	4,00		1		1	2
	5,00	1	1	1	1	4
	ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
12	9,54	0,65

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 5 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 5.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 5 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
		ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΙΣΣ	
ΕΡ5	1,00	2	1	3	1		7
	2,00	1					1
	3,00	2	2	1		1	6
	4,00		1	1			2
	5,00	1	1	1		1	4
	ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
16	8,89	0,91

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 5 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 6.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 6 * ΦΥΛΟ

		ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ6	1,00	1	1	2
	2,00	1	3	4
	3,00		4	4
	4,00		3	3
	5,00	4	2	6
	6,00	1		1
ΣΥΝΟΛΟ		7	13	20

df	χ^2	P
6	10,98	0,08

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 6 και των φύλων .

Πίνακας 6.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 6 * ΗΛΙΚΙΑ

		ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
		25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ6	1,00	1	1				2
	2,00	1	2	1			4
	3,00			1	2	1	4
	4,00	1	2				3
	5,00		2	3			5
	6,00		2				2
ΣΥΝΟΛΟ		3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
24	23,94	0,46

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 6 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 6.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 6 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

		ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
		ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ6	1,00	1	1			2
	2,00		3		1	4
	3,00	1	2		1	4
	4,00		1	1	1	3
	5,00	1	2		2	5
	6,00		1		1	2
	ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1		20

df	χ^2	P
18	13,54	0,75

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 6 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 6.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 6 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
		ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΠΕΣ	
ΕΡ6	1,00	1		1			2
	2,00	2	1		1		4
	3,00	3	1				4
	4,00		2	1			3
	5,00		1	3		1	5
	6,00			1		1	2
	ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
24	29,74	0,19

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 6 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 7.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 7 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ7 1,00	3	3	6
2,00	2	3	5
3,00		3	3
4,00	2	3	5
5,00		1	1
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
4	2,85	0,58

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 7 και των φύλων .

Πίνακας 7.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 8 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ7 1,00	2	3	1			6
2,00		3	1	1		5
3,00	1		1	1		3
4,00		2	2		1	5
5,00		1				1
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
16	13,33	0,64

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 7 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 7.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 7 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

		ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
		ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ7	1,00	2	4			6
	2,00		2	1	2	5
	3,00	1			2	3
	4,00		3		2	5
	5,00		1			1
	ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
12	12,97	0,37

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 7 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 7.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 7 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
		ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΙΣ	
ΕΡ7	1,00	3		2	1		6
	2,00	1	1	1		2	5
	3,00	1	2				3
	4,00	1	2	2			5
	5,00			1			1
	ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
16	17,00	0,38

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 7 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 8.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 8 * ΦΥΛΟ

		ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ8	1,00		3	3
	2,00	4	5	9
	3,00	1	2	3
	4,00	1	2	3
	5,00	1	1	2
	ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
4	2,17	0,70

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 8 και των φύλων .

Πίνακας 8.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 8 * ΗΛΙΚΙΑ

		ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
		25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ8	1,00	1	2				3
	2,00	2	4	2	1		9
	3,00		1	1		1	3
	4,00		1	1	1		3
	5,00		1	1			2
	ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
16	12,24	0,72

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 8 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 8.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 8 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ8 1,00		3			3
2,00	2	3	1	3	9
3,00		2		1	3
4,00		2		1	3
5,00	1			1	2
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
12	9,07	0,69

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 8 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 8.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 8 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΠΤΕΣ	
ΕΡ8 1,00	1		2			3
2,00	2	2	2	1	2	9
3,00	1	1	1			3
4,00	2	1				3
5,00		1	1			2
ΣΥΝΟΛΟ	6	6	6	1	2	20

df	χ^2	P
16	9,96	0,86

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 8 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 9.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 9 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ9 1,00	3	3	6
2,00		3	3
3,00	1	3	4
4,00	1	3	4
5,00	2	1	3
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
4	3,88	0,42

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 9 και των φύλων .

Πίνακας 9.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 9 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ9 1,00	1	3	1		1	6
2,00		1		2		3
3,00	2	2				4
4,00		1	3			4
5,00		2	1			3
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
16	25,25	0,06

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 9 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 9.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 9 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ9 1,00	2	4			6
2,00	1	2			3
3,00		3		1	4
4,00			1	3	4
5,00		1		2	2
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	X ²	P
12	17,61	0,12

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διάφορα μεταξύ της ερώτησης 9 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 9.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 9 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΙΕΣ	
ΕΡ9 1,00	2		4			6
2,00	3					3
3,00	1	1	2			4
4,00		4				4
5,00				1	2	3
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	X ²	p
16	42,27	0,00

Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των απαντήσεων στην ερώτηση 9 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 10.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 10 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ10 1,00		1	1
2,00	3	3	6
3,00	2	4	6
4,00	1	1	2
5,00		4	4
6,00	1		1
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
5	5,34	0,37

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 10 και των φύλων .

Πίνακας 10.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 10 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ10 1,00	1					1
2,00		4	2			6
3,00	1		2	2	1	6
4,00		2				2
5,00	1	2	1			4
6,00		1				1
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
20	20,59	0,42

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 10 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 10.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 10 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ10 1,00		1			1
2,00	1	3		2	6
3,00	2	2		2	6
4,00			1	1	2
5,00		3		1	4
6,00		1			1
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
15	15,33	0,42

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 10 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 10.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 10 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΠΕΣ	
ΕΡ10 1,00	1					1
2,00	1	2	2	1		6
3,00	3	2	1			6
4,00		1			1	2
5,00	1		2		1	4
6,00			1			1
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
20	17,33	0,63

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 10 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 11.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 11 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ11 1,00		2	2
2,00	2	4	6
3,00	3	5	8
4,00	1	2	3
5,00	1		1
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
4	2,96	0,56

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 11 και των φύλων .

Πίνακας 11.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 11 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ11 1,00	1	1				2
2,00	1	3	2			6
3,00		3	2	2	1	8
4,00	1	2				3
5,00			1			1
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
16	12,74	0,69

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 11 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 11.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 11 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ11 1,00		2			2
2,00	1	3		2	6
3,00	2	3	1	2	8
4,00		2		1	3
5,00				1	1
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
12	7,19	0,84

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 11 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου .

Πίνακας 11.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 11 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΠΕΣ	
ΕΡ11 1,00	1		1			2
2,00	2	2	1	1		6
3,00	3	1	2		2	8
4,00		1	2			3
5,00		1				1
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
16	12,80	0,68

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 11 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 12.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 12 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ12 1,00	6	11	17
2,00		2	2
6,00	1		1
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
2	2,93	0,23

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 12 και των φύλων .

Πίνακας 12.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 12 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ12 1,00	3	8	4	1	1	17
2,00		1		1		2
6,00			1			1
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
8	7,53	0,48

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 12 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 12.3
ΕΡΩΤΗΣΗ 12 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ12 1,00	3	8	1	5	17
2,00		2			2
6,00				1	1
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	

df	χ^2	P
6	4,47	0,61

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 12 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου .

Πίνακας 12.4
ΕΡΩΤΗΣΗ 12 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΙΕΣ	
ΕΡ12 1,00	5	4	5	1	2	17
2,00	1		1			2
6,00		1				1
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
8	4,43	0,81

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 12 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 13.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 13 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ13 1,00		2	2
2,00	4	4	8
3,00	3	4	7
4,00		3	3
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
3	3,67	0,29

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 13 και των φύλων .

Πίνακας 13.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 13 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ13 1,00	1	1				2
2,00	1	3	2	1	1	8
3,00	1	4	1	1		7
4,00		1	2			3
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
12	7,63	0,81

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 13 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 13.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 13 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ13 1,00		2			2
2,00	3	3		2	8
3,00		4	1	2	7
4,00		1		2	3
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
9	9,86	0,36

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 13 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 13.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 13 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΙ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΙΕΣ	
ΕΡ13 1,00	2					2
2,00	2	1	3	1	1	8
3,00	2	2	2		1	7
4,00		2	1			3
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
12	10,30	0,59

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 13 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 14.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 14 * ΦΥΛΟ

		ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ14	1,00		1	1
	2,00	2	1	3
	3,00	3	4	7
	4,00		2	2
	5,00		4	4
	6,00	2	1	3
	ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
5	6,60	0,25

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 14 και των φύλων .

Πίνακας 14.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 14 * ΗΛΙΚΙΑ

		ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
		25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ14	1,00					1	1
	2,00		1	2			3
	3,00	1	3	3			7
	4,00		2				2
	5,00	2	1		1		4
	6,00		2		1		3
	ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
20	35,48	0,01

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 14 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 14.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 14 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ14 1,00		1			1
2,00	2			1	3
3,00		1	1	5	7
4,00		2			2
5,00		4			4
6,00	1	2			3
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	p
15	23,93	0,06

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διάφορα μεταξύ της ερώτησης 14 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου .

Πίνακας 14.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 14 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΠΙΣ	
ΕΡ14 1,00	1					1
2,00			2		1	3
3,00		5	1		1	7
4,00			2			2
5,00	4					4
6,00	1		1	1		3
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
20	36,19	0,01

Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των απαντήσεων στην ερώτηση 14 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 15.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 15 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ15 1,00		1	1
3,00		2	2
4,00		1	1
5,00	4	7	11
6,00	3	2	5
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
4	3,53	0,47

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 15 και των φύλων .

Πίνακας 15.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 15 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ15 1,00		1				1
3,00	1	1				2
4,00				1		1
5,00	1	5	3	1	1	11
6,00	1	2	2			5
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
16	14,63	0,55

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 15 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 15.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 15 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ15 1,00		1			1
3,00		1		1	2
4,00		1			1
5,00	3	5	1	2	11
6,00		2		3	5
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
12	7,29	0,83

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 15 και τις διάφορες βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 15.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 15 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΙΕΣ	
ΕΡ15 1,00			1			1
3,00		1	1			2
4,00	1					1
5,00	4	2	4		1	11
6,00	1	2		1	1	5
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
16	12,26	0,72

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 15 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 16.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 16 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ16 1,00		2	2
2,00	1		1
3,00	1	1	2
4,00	1	2	3
5,00	1	7	8
6,00	3	1	4
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
5	7,72	0,17

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 16 και των φύλων .

Πίνακας 16.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 16 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ16 1,00		2				2
2,00		1				1
3,00		1		1		2
4,00	1		1		1	3
5,00	2	3	2	1		8
6,00		2	2			4
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
20	18,30	0,56

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 16 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 16.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 16 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ16 1,00		2			2
2,00	1				1
3,00		2			2
4,00	1	2			3
5,00	1	3	1	3	8
6,00		1		3	4
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
15	16,88	0,32

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 16 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 16.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 16 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΙ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΠΕΣ	
ΕΡ16 1,00			2			2
2,00			1			1
3,00	1		1			2
4,00	2		1			3
5,00	3	3	1		1	8
6,00		2		1	1	4
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
20	20,30	0,43

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 16 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 17.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 17 * ΦΥΛΟ

		ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ17	1,00	2	4	6
	2,00		2	2
	3,00	4	5	9
	4,00	1	1	2
	5,00		1	1
ΣΥΝΟΛΟ		7	13	20

df	χ^2	P
4	2,17	0,70

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 17 και των φύλων .

Πίνακας 17.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 17 * ΗΛΙΚΙΑ

		ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
		25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ17	1,00	1	4			1	6
	2,00	2					2
	3,00		5	3	1		9
	4,00			1	1		2
	5,00			1			1
ΣΥΝΟΛΟ		3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
16	25,98	0,05

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 17 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 17.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 17 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ17 1,00	1	5			6
2,00		1		1	2
3,00	1	4	1	3	9
4,00	1			1	2
5,00				1	1
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
12	10,29	0,59

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 17 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου .

Πίνακας 17.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 17 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΠΕΣ	
ΕΡ17 1,00	3		2	1		6
2,00	1	1				2
3,00	1	2	4		2	9
4,00	1	1				2
5,00		1				1
ΣΥΝΟΛΟ	9	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
16	14,40	0,56

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 17 και τα διά φορα επαγγέλματα .

Πίνακας 18.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 18 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ18 1,00	6	7	13
2,00	1	5	6
3,00		1	1
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	X ²	P
2	2,13	0,34

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 18 και των φύλων .

Πίνακας 18.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 18 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ18 1,00	2	5	4	1	1	13
2,00	1	3	1	1		6
3,00		1				1
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	X ²	P
8	2,55	0,95

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 18 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 18.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 18 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ18 1,00	3	6		4	13
2,00		3	1	2	6
3,00		1			1
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
6	4,81	0,56

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 18 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 18.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 18 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΠΕΣ	
ΕΡ18 1,00	5	3	3	1	1	13
2,00	1	2	2		1	6
3,00			1			1
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
8	4,23	0,83

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 18 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 19.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 19 * ΦΥΛΟ

		ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ19	1,00	1	3	4
	2,00	3	3	6
	3,00	1	1	2
	5,00	1	5	6
	6,00	1	1	2
	ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
4	2,05	0,72

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 19 και των διαφόρων φύλων .

Πίνακας 19.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 19 * ΗΛΙΚΙΑ

		ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
		25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ19	1,00	1	1		1	1	4
	2,00	1	3	2			6
	3,00			2			2
	5,00	1	3	1	1		6
	6,00		2				2
		3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
16	16,05	0,44

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 19 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 19.3
ΕΡΩΤΗΣΗ 19 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ19 1,00		4			4
2,00	2	2	1	1	6
3,00				2	2
5,00	1	2		3	6
6,00		2			2
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
12	15,77	0,20

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 19 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 19.4
ΕΡΩΤΗΣΗ 19 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΙΣΣ	
ΕΡ19 1,00	3		1			4
2,00	1	2	3			6
3,00		2				2
5,00	2	1	1		2	6
6,00			1	1		2
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
16	26,33	0,05

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 19 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 20.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 20 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ20 1,00		1	1
2,00	3		3
3,00	1	4	5
4,00	2	4	6
5,00	1	3	4
6,00		1	1
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
5	7,32	0,19

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 20 και των φύλων .

Πίνακας 20.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 20 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ20 1,00		1				1
2,00		3				3
3,00	2	1	1		1	5
4,00	1	3	1	1		6
5,00		1	3			4
6,00				1		1
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
20	25,80	0,17

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 20 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 20.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 20 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ20 1,00		1			1
2,00	1	2			3
3,00	1	3		1	5
4,00		4		2	6
5,00			1	3	4
6,00	1				1
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
15	19,21	0,20

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 20 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 20.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 20 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΠΕΣ	
ΕΡ20 1,00			1			1
2,00			2	1		3
3,00	3	1	1			5
4,00	2	1	2		1	6
5,00		3			1	4
6,00	1					1
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
20	23,52	0,26

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 20 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 21.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 21 * ΦΥΛΟ

		ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ21	1,00	3	5	8
	2,00	1	3	4
	3,00	2	2	4
	4,00	1	1	2
	5,00		1	1
	6,00		1	1
	ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
5	1,86	0,86

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 21 και των φύλων .

Πίνακας 21.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 21 * ΗΛΙΚΙΑ

		ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
		25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ21	1,00		4	2	1	1	8
	2,00	1	2	1			4
	3,00		2	1	1		4
	4,00	1	1				2
	5,00	1					1
	6,00			1			1
	ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
20	15,91	0,72

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 21 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 21.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 21 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΔΕΙ	
ΕΡ21 1,00	2	5		1	8
2,00		1	1	2	4
3,00	1	1		2	4
4,00		2			2
5,00		1			1
6,00				1	1
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
15	13,66	0,55

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 21 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 21.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 21 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΙΔΓΤ/ΤΙΣΣ	
ΕΡ21 1,00	3	1	4			8
2,00		3	1			4
3,00	1	1	1		1	4
4,00	1			1		2
5,00	1					1
6,00					1	1
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
20	30,91	0,05

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 21 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 22.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 22 * ΦΥΛΟ

		ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ22	1,00	5	11	16
	2,00	1	2	3
	3,00	1		1
ΣΥΝΟΛΟ		7	13	20

df	χ^2	P
2	1,96	0,37

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 22 και των φύλων .

Πίνακας 22.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 22 * ΗΛΙΚΙΑ

		ΗΛΙΚΙΑ				ΣΥΝΟΛΟ	
		25-30	30-35	40-45	45-50		55-60
ΕΡ22	1,00	2	6	5	2	1	13
	2,00	1	2				6
	3,00		1				1
ΣΥΝΟΛΟ		3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
8	4,07	0,85

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 22 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 22.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 22 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ22 1,00	3	7	1	5	16
2,00		2		1	3
3,00		1			1
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
6	2,11	0,90

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 22 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 22.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 22 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΠΕΣ	
ΕΡ22 1,00	6	4	3	1	2	16
2,00		1	2			3
3,00			1			1
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
8	6,23	0,62

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 22 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 23.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 23 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ23 1,00	5	6	11
2,00	1	4	5
3,00	1	2	3
4,00		1	1
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	X ²	P
3	1,56	0,66

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 23 και των φύλων .

Πίνακας23.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 23 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ23 1,00	1	5	3	1	1	11
2,00	2	2	1			5
3,00		1	1	1		3
4,00		1				1
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	X ²	P
12	7,19	0,84

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 23 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 23.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 23 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

		ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
		ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ23	1,00	3	5		3	11
	2,00		2	1	2	5
	3,00		2		1	3
	4,00		1			1
ΣΥΝΟΛΟ		3	10	1	6	20

df	χ^2	P
9	6,77	0,66

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 23 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 23.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 23 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
		ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΙΣ	
ΕΡ23	1,00	4	1	3	1	2	11
	2,00	1	3	1			5
	3,00	1	1	1			3
	4,00			1			1
ΣΥΝΟΛΟ		6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
12	8,81	0,71

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 23 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 24.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 24 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ24 2,00		1	1
3,00		5	5
4,00	3	3	6
5,00	2	4	6
6,00	2		2
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
4	7,54	0,11

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 24 και των φύλων .

Πίνακας 24.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 24 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ24 2,00				1		1
3,00	1	2	2			5
4,00	1	3		1	1	6
5,00	1	3	2			6
6,00		1	1			2
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
16	15,97	0,45

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 24 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 24.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 24 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ24 2,00		1			1
3,00		2	1	2	5
4,00	1	4		1	6
5,00	1	3		2	6
6,00	1			1	2
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
12	8,60	0,73

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 24 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 24.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 24 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΠΕΣ	
ΕΡ24 2,00	1					1
3,00	1	3	1			5
4,00	2	1	2	1		6
5,00	2	1	2		1	6
6,00			1		1	2
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
16	13,75	0,61

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 24 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 25.1

ΕΡΩΤΗΣΗ25 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ25 2,00	1	2	3
3,00	1	4	5
4,00	2	5	7
5,00	3	2	5
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
3	1,99	0,57

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διάφορα μεταξύ της ερώτησης 25 και των φύλων .

Πίνακας 25.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 25 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ25 2,00		3				3
3,00	1		1	2	1	5
4,00	2	3	2			7
5,00		3	2			5
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
12	16,95	0,15

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 25 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 25.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 25 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ25 2,00	1	1	1		3
3,00	2	2		1	5
4,00		5		2	7
5,00		2		3	5
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
9	13,80	0,13

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 25 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 25.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 25 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΗΣΣ	
ΕΡ25 2,00	1	1	1			3
3,00	3	1	1			5
4,00	2	2	3			7
5,00		1	1	1	2	5
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
12	12,96	0,37

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 25 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 26.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 26 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ26 1,00	1	1	2
2,00	1	2	3
3,00	1	6	7
4,00	2	2	4
5,00	2	2	4
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
4	2,31	0,67

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 26 και των φύλων .

Πίνακας 26.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 26 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ26 1,00	1	1				2
2,00		1		2		3
3,00	2	4	1			7
4,00		1	2		1	4
5,00		2	2			4
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
16	23,75	0,09

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 26 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 26.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 26 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ26 1,00		1		1	2
2,00	2	1			3
3,00		4	1	2	7
4,00	1	2		1	4
5,00		2		2	4
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
12	11,38	0,49

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 26 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 26.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 26 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΠΙΣΣ	
ΕΡ26 1,00	1				1	2
2,00	2		1			3
3,00	1	3	3			7
4,00	1	1	2			4
5,00	1	1		1	1	4
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
16	16,62	0,41

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 26 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 27.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 27 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ27 1,00	2	6	8
2,00	4	4	8
3,00	1	3	4
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
2	1,31	0,51

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 27 και των φύλων .

Πίνακας 27.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 27 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ27 1,00	1	2	3	1	1	8
2,00	1	6	1			8
3,00	1	1	1	1		4
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
8	7,25	0,51

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 27 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 27.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 27 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ27 1,00	1	3		4	8
2,00	1	4	1	2	8
3,00	1	3			4
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
6	4,91	0,55

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 27 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 27.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 27 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΙΕΣ	
ΕΡ27 1,00	4	2			2	8
2,00		3	4	1		8
3,00	2		2			4
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
8	14,00	0,08

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 27 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 28.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 28 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ28 1,00	5	9	14
2,00	2	4	6
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
1	0,01	0,91

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 28 και των φύλων .

Πίνακας 28.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 28 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ28 1,00	2	5	4	2	1	14
2,00	1	4	1			6
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
4	2,43	0,65

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 28 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 28.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 28 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ28 1,00	2	8		4	14
2,00	1	2	1	2	6
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
3	2,85	0,41

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 28 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου .

Πίνακας 28.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 28 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΠΙΣΣ	
ΕΡ28 1,00	6	2	3	1	2	14
2,00		3	3			6
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
4	7,14	0,12

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 28 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 29.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 29 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ29 3,00		1	1
4,00	3	7	10
5,00	3	3	6
6,00	1	2	3
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	X ²	P
3	1,24	0,74

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 29 και των φύλων .

Πίνακας 29.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 29 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ29 3,00			1			1
4,00	2	3	3	1	1	10
5,00	1	5				6
6,00		1	1	1		3
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	X ²	P
12	11,04	0,52

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 29 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 29.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 29 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ29 3,00				1	1
4,00	1	5	1	3	10
5,00	1	4		1	6
6,00	1	1		1	3
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
9	5,00	0,83

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 29 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου .

Πίνακας 29.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 29 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΙΕΣ	
ΕΡ29 3,00		1				1
4,00	3	4	2	1		10
5,00	2		3		1	6
6,00	1		1		1	3
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
12	11,17	0,51

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 29 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 30.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 30 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ30 1,00		1	1
3,00	4	3	7
4,00	2	4	6
5,00	1	4	5
6,00		1	1
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
4	3,08	0,54

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 30 και των φύλων .

Πίνακας 30.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 30 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ30 1,00		1				1
3,00		3	3		1	7
4,00	2	2	2			6
5,00	1	2		2		5
6,00		1				1
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
16	15,00	0,52

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 30 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 30.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 30 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ30 1,00		1			1
3,00	1	3		3	7
4,00		3		3	6
5,00	2	2	1		5
6,00		1			1
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
12	10,74	0,55

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 30 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 30.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 30 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΠΣ	
ΕΡ30 1,00	1					1
3,00	1	2	2	1	1	7
4,00	1	2	2		1	6
5,00	3	1	1			5
6,00			1			1
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
16	10,19	0,85

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 30 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 31.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 31 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ31 4,00		4	4
5,00	3	6	9
6,00	4	3	7
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
2	3,67	0,15

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 31 και των φύλων .

Πίνακας 31.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 31 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ31 4,00		2	1	1		4
5,00	3	4	1		1	9
6,00		3	3	1		7
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
8	8,43	0,39

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 31 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 31.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 31 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ31 4,00		2	1	1	4
5,00	1	6		2	9
6,00	2	2		3	7
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
6	7,29	0,29

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 31 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 31.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 31 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΙΕΣ	
ΕΡ31 4,00	1	2	1			4
5,00	3	1	4		1	9
6,00	2	2	1	1	1	7
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
8	5,43	0,71

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 31 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 32.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 32 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ32 3,00	1	1	2
4,00		4	4
5,00	2	7	9
6,00	4	1	5
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
3	7,44	0,05

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 32 και των φύλων .

Πίνακας 32.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 32 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ32 3,00		2				2
4,00		1	2		1	4
5,00	3	3	1	2		9
6,00		3	2			5
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
12	14,97	0,24

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 32 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 32.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 32 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ32 3,00		2			2
4,00		1	1	2	4
5,00	2	5		2	9
6,00	1	2		2	5
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
9	8,43	0,49

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 32 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 32.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 32 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΙΛΙΤ/ΤΗΣ	
ΕΡ32 3,00			2			2
4,00	1	3				4
5,00	4	1	3		1	9
6,00	1	1	1	1	1	6
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
12	15,44	0,21

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 32 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 33.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 33 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ33 1,00	6	6	11
2,00	2	4	6
3,00		3	3
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
2	2,15	0,34

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 33 και των φύλων .

Πίνακας 33.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 33 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ33 1,00	1	4	4	1	1	11
2,00	1	4	1			6
3,00	1	1		1		3
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
8	6,38	0,60

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 33 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 33.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 33 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ33 1,00	3	4		4	11
2,00		3	1	2	6
3,00		3			3
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
6	7,76	0,25

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 33 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 33.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 33 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΙΕΣ	
ΕΡ33 1,00	4	2	2	1	2	11
2,00		3	3			6
3,00	2		1			3
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
8	9,52	0,30

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 33 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 34.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 34 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ34 3,00		3	3
4,00	1	2	3
5,00	5	8	13
6,00	1		1
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
3	3,54	0,31

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 34 και των φύλων .

Πίνακας 34.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 34 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ34 3,00	1	2				3
4,00		1	2			3
5,00	2	6	2	2	1	13
6,00			1			1
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
12	9,31	0,67

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 34 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 34.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 34 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ34 3,00		3			3
4,00		1		2	3
5,00	2	6	1	4	13
6,00	1				1
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
9	11,00	0,27

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 34 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 34.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 34 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΠΕΣ	
ΕΡ34 3,00	2		1			3
4,00		1	1		1	3
5,00	4	4	3	1	1	13
6,00			1			1
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
12	8,30	0,76

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 34 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 35.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 35 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ35 2,00		3	3
3,00	2	6	6
4,00	3	2	5
5,00	2	2	4
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
3	3,73	0,29

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 35 και των φύλων .

Πίνακας 35.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 35 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ35 2,00	2		1			3
3,00	1	4	1	1	1	8
4,00		2	3			5
5,00		3		1		4
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	p
12	16,228	0,18

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 35 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 35.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 35 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ35 2,00		1		2	3
3,00		6	1	1	8
4,00	1	1		3	5
5,00	2	2			4
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
9	13,42	0,14

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 35 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 35.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 35 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΙΔ/Π/ΗΕΣ	
ΕΡ35 2,00	1	2				3
3,00	4	2	1	1		8
4,00		1	2		2	5
5,00	1		3			4
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
12	17,82	0,12

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 35 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 36.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 36 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ36 3,00		2	2
4,00	2	6	8
5,00	3	1	4
6,00	2	4	6
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
3	4,24	0,23

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 36 και των φύλων .

Πίνακας 36.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 36 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ36 3,00	1			1		2
4,00	1	4	2		1	8
5,00	1	3				4
6,00		2	3	1		6
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
12	13,92	0,30

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 36 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 36.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 36 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ36 3,00		1		1	2
4,00	1	5	1	1	8
5,00	1	3			4
6,00	1	1		4	6
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
9	9,16	0,42

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 36 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 36.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 36 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΙΛΓ/ΤΠΕΣ	
ΕΡ36 3,00	1	1				2
4,00	2	2	4			8
5,00	1		2	1		4
6,00	2	2			2	6
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
12	14,72	0,25

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 36 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 37.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 37 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ37 2,00		2	2
3,00	1	5	6
4,00		1	1
5,00	2	5	7
6,00	4		4
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
4	10,05	0,03

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 37 και των φύλων .

Πίνακας 37.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 37 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ37 2,00			1	1		2
3,00	2	1	2		1	6
4,00		1				1
5,00	1	5		1		7
6,00		2	2			4
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
16	16,57	0,41

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 37 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 37.3
ΕΡΩΤΗΣΗ 37 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ37 2,00		1		1	2
3,00		3		3	6
4,00		1			1
5,00	1	5	1		7
6,00	2			2	4
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
12	13,61	0,32

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 37 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 37.4
ΕΡΩΤΗΣΗ 37 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΙΕΣ	
ΕΡ37 2,00	1	1				2
3,00	2	2	1		1	6
4,00			1			1
5,00	3	1	2	1		7
6,00		1	2		1	4
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
16	10,56	0,83

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 37 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 38.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 38 * ΦΥΛΟ

		ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ38	1,00	4	6	10
	2,00	2	6	8
	3,00	1		1
	4,00		1	1
ΣΥΝΟΛΟ		7	13	20

df	χ^2	P
3	2,85	0,41

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 38 και των φύλων .

Πίνακας 38.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 38 * ΗΛΙΚΙΑ

		ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
		25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ38	1,00	1	4	4	1		10
	2,00	2	4	1	1		8
	3,00		1				1
	4,00					1	1
ΣΥΝΟΛΟ		3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
12	23,37	0,02

Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 38 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 38.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 38 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ38 1,00	3	2	1	4	10
2,00		6		2	8
3,00		1			1
4,00		1			1
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
9	8,80	0,45

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 38 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 38.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 38 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΙΕΣ	
ΕΡ38 1,00	2	3	3		2	10
2,00	3	2	2	1		8
3,00			1			1
4,00	1					1
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
12	8,51	0,74

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 38 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 39.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 39 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ39 1,00		2	2
2,00	3	2	5
3,00	1	1	2
4,00	2	3	5
5,00	1	5	6
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
4	3,59	0,46

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 39 και των φύλων .

Πίνακας 39.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 39 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ39 1,00	1	1				2
2,00		4	1			5
3,00			2			2
4,00	1	2		1	1	5
5,00	1	2	2	1		6
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
16	16,39	0,42

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 39 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 39.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 39 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ39 1,00		2			2
2,00	1	2		2	5
3,00				2	2
4,00	1	3		1	5
5,00	1	3	1	1	6
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
12	9,86	0,62

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 39 και τις βαθμίδες του μορφωτικό επιπέδου .

Πίνακας 39.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 39 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΠΕΣ	
ΕΡ39 1,00	1		1			2
2,00		1	2	1	1	5
3,00		1			1	2
4,00	2	1	2			5
5,00	3	2	1			6
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
16	14,15	0,58

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 39 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 40.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 40 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ40 2,00	1		1
3,00	1		1
4,00		5	5
5,00	2	5	7
6,00	3	3	6
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
4	7,12	0,12

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 40 και των φύλων .

Πίνακας 40.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 40 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ40 2,00		1				1
3,00		1				1
4,00	2	2		1		5
5,00	1	3	2		1	7
6,00		2	3	1		6
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
16	11,65	0,76

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 40 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 40.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 40 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ40 2,00		1			1
3,00		1			1
4,00		3	1	1	5
5,00	1	4		2	7
6,00	2	1		3	6
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
12	9,47	0,66

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 40 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 40.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 40 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΤ/ΠΕΣ	
ΕΡ40 2,00			1			1
3,00				1		1
4,00	2	2	1			5
5,00	2	1	3		1	7
6,00	2	2	1		1	6
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
16	25,16	0,06

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 40 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 41.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 41 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ41 1,00		2	2
3,00	1	2	3
4,00	3	2	5
5,00	1	5	6
6,00	2	2	4
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
4	3,736	0,44

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 41 και των φύλων .

Πίνακας 41.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 41 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ41 1,00		1			1	2
3,00			2	1		3
4,00		4	1			5
5,00	2	2	1	1		6
6,00	1	2	1			4
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
16	20,83	0,18

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 41 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 41.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 41 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ41 1,00		2			2
3,00	2			1	3
4,00		4		1	5
5,00		2	1	3	6
6,00	1	2		1	4
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
12	15,23	0,22

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 41 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 41.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 41 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΙΑΓΓ/ΠΡΣ	
ΕΡ41 1,00	1		1			2
3,00	1		1		1	3
4,00	1	1	2	1		5
5,00	2	3			1	6
6,00	1	1	2			4
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
16	12,07	0,73

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 41 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 42.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 42 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ42 1,00	1	1	2
2,00	1	6	7
3,00	3	3	6
4,00		1	1
5,00	2	2	4
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
4	3,04	0,55

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 42 και των φύλων .

Πίνακας 42.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 42 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ42 1,00	1	1				2
2,00	2	4		1		7
3,00		2	3		1	6
4,00			1			1
5,00		2	1	1		4
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
16	15,29	0,50

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 42 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 42.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 42 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ42 1,00	1	1			2
2,00		4	1	2	7
3,00	1	3		2	6
4,00				1	1
5,00	1	2		1	4
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
12	7,83	0,79

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 42 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 42.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 42 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΤ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΠΕΣ	
ΕΡ42 1,00	1		1			2
2,00	3	2	1		1	7
3,00	1	2	3			6
4,00		1				1
5,00	1		1	1	1	4
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
16	13,19	0,65

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 42 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 43.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 43 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ43 2,00	1	3	4
3,00	2	2	4
4,00	1	1	2
5,00	2	5	7
6,00	1	2	3
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
4	0,90	0,92

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 43 και των φύλων .

Πίνακας 43.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 43 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ43 2,00		4				4
3,00		1	3			4
4,00		1	1			2
5,00	3	2		1	1	7
6,00		1	1	1		3
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
16	21,09	0,17

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 43 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 43.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 43 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ43 2,00		2	1	1	4
3,00		1		3	4
4,00		1		1	2
5,00	1	5		1	7
6,00	2	1			3
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
12	116,62	0,16

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 43 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 43.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 43 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΠΕΣ	
ΕΡ43 2,00	1	1	1		1	4
3,00		2	1		1	4
4,00		1		1		2
5,00	4	1	2			7
6,00	1		2			3
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
16	20,15	0,21

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 43 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 44.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 44 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ44 1,00		1	1
2,00	6	6	12
3,00	1	4	5
4,00		1	1
5,00		1	1
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
4	3,29	0,50

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διάφορα μεταξύ της ερώτησης 44 και των φύλων .

Πίνακας 44.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 44 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ44 1,00	1					1
2,00	1	8	2	1		12
3,00	1	1	2		1	5
4,00			1			1
5,00				1		1
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
16	24,21	0,08

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 44 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 44.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 44 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ44 1,00		1			1
2,00	3	5	1	3	12
3,00		3		2	5
4,00				1	1
5,00		1			1
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
12	6,93	0,86

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 44 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 44.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 44 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΙΕΣ	
ΕΡ44 1,00	1					1
2,00	2	2	5	1	2	12
3,00	2	2	1			5
4,00		1				1
5,00	1					1
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
16	11,58	0,77

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 44 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 45.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 45 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ45 1,00		1	1
2,00	4	4	8
3,00	1	7	8
4,00		1	1
5,00	1		1
6,00	1		1
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
5	7,36	0,19

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 45 και των φύλων .

Πίνακας 45.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 45 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ45 1,00	1					1
2,00		5	1	2		8
3,00	1	4	2		1	8
4,00	1					1
5,00			1			1
6,00			1			1
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
20	23,55	0,26

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 45 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 45.3
ΕΡΩΤΗΣΗ 45 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ45 1,00		1			1
2,00	2	4		2	8
3,00		5	1	2	8
4,00				1	1
5,00	1				1
6,00				1	1
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	p
15	14,75	0,47

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 45 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 45.4
ΕΡΩΤΗΣΗ 45 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΠΕΣ	
ΕΡ45 1,00	1					1
2,00	3	1	2	1	1	8
3,00	2	2	3		1	8
4,00		1				1
5,00			1			1
6,00		1				1
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
16	20,45	0,09

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 45 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 45.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 46 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ46 2,00	1	1	2
3,00		1	1
4,00	1	1	2
5,00	1	5	6
6,00	4	5	9
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
4	2,17	0,70

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 46 και των φύλων .

Πίνακας 46.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 46 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ46 2,00		1		1		2
3,00		1				1
4,00		1			1	2
5,00	3	1	1	1		6
6,00		5	4			9
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
16	25,43	0,06

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 46 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 46.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 46 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ46 2,00	2				2
3,00		1			1
4,00		2			2
5,00	1	4		1	6
6,00		3	1	5	9
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
12	19,81	0,07

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 46 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 46.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 46 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΙΕΣ	
ΕΡ46 2,00	1		1			2
3,00			1			1
4,00	1		1			2
5,00	4	1	1			6
6,00		4	2	1	2	9
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
16	15,37	0,49

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 46 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 47.1

ΕΡΩΤΗΣΗ47 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ47 1,00	6	7	13
2,00	1	5	6
3,00		1	1
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
2	2,13	0,34

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 47 και των φύλων.

Πίνακας 47.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 47 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ47 1,00	1	6	4	1	1	13
2,00	2	2	1	1		6
3,00		1				1
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
8	4,37	0,82

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 47 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 47.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 47 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ47 1,00	2	6	1	4	13
2,00	1	3		2	6
3,00		1			1
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
6	1,56	0,95

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 47 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 47.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 47 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΙΛΓ/ΤΙΣΣ	
ΕΡ47 1,00	3	3	4	1	2	13
2,00	3	2	1			6
3,00			1			1
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
8	5,35	0,72

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 47 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 48.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 48 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ48 1,00	2	3	5
2,00	1	4	5
3,00	2	2	4
4,00	1	2	3
5,00	1	2	3
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
4	0,95	0,91

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 48 και των φύλων .

Πίνακας 48.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 48 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ48 1,00	2	3				5
2,00	1	1	2	1		5
3,00		3			1	4
4,00		1	2			3
5,00		1	1	1		3
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
16	17,79	0,33

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 48 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 48.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 48 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ48 1,00	1	4			5
2,00	1	2		2	5
3,00		3	1		4
4,00		1		2	3
5,00	1			2	3
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
12	14,61	0,26

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 48 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 48.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 48 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΙΕΣ	
ΕΡ48 1,00	3		1	1		5
2,00	1	2	2			5
3,00	1	1	2			4
4,00		1	1		1	3
5,00	1	1			1	3
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
16	13,92	0,60

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 48 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 49.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 49 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ49 1,00		1	1
3,00	2	1	3
4,00	1	2	3
5,00	1	4	5
6,00	3	5	8
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
4	2,38	0,66

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 49 και των φύλων .

Πίνακας 49.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 49 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ49 1,00					1	1
3,00		1	2			3
4,00		2		1		3
5,00	3	1	1			5
6,00		5	2	1		8
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
16	35,80	0,03

Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 49 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 49.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 49 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ49 1,00		1			1
3,00	1	1		1	3
4,00		2	1		3
5,00	1	2		2	5
6,00	1	4		3	8
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
12	9,51	0,65

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 49 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 49.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 49 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΤΠΕΣ	
ΕΡ49 1,00	1					1
3,00		1	2			3
4,00	1	1	1			3
5,00	2	2	1			5
6,00	2	1	2	1	2	8
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
16	10,53	0,83

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 49 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 50.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 50 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ50 1,00		2	2
2,00	4	1	5
3,00	2	7	9
4,00	1	2	3
5,00		1	1
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	X ²	P
4	6,71	0,15

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 50 και των φύλων .

Πίνακας 50.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 50 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ50 1,00			1	1		2
2,00		4	1			5
3,00	2	3	3		1	9
4,00	1	1		1		3
5,00		1				1
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	X ²	P
16	14,83	0,53

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 50 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 50.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 50 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ50 1,00	1			1	2
2,00	1	1	1	2	5
3,00	1	5		3	9
4,00		3			3
5,00		1			1
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
12	11,03	0,52

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 50 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 50.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 50 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΠΙΕΣ	
ΕΡ50 1,00	1				1	2
2,00		2	2		1	5
3,00	2	3	4			9
4,00	2			1		3
5,00	1					1
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
16	20,38	0,20

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 50 και τα διάφορα επαγγέλματα .

Πίνακας 51.1

ΕΡΩΤΗΣΗ 51 * ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΕΡ51 2,00		2	2
3,00		2	2
4,00		5	5
5,00	3	2	5
6,00	4	2	6
ΣΥΝΟΛΟ	7	13	20

df	χ^2	P
4	8,86	0,06

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 51 και των φύλων .

Πίνακας 51.2

ΕΡΩΤΗΣΗ 51 * ΗΛΙΚΙΑ

	ΗΛΙΚΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	25-30	30-35	40-45	45-50	55-60	
ΕΡ51 2,00		2				2
3,00				1	1	2
4,00	2	1	2			5
5,00	1	3	1			5
6,00		3	2	1		6
ΣΥΝΟΛΟ	3	9	5	2	1	20

df	χ^2	P
16	22,22	0,13

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 51 και τις διάφορες ηλικίες .

Πίνακας 51.3

ΕΡΩΤΗΣΗ 51 * ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
ΕΡ51 2,00		2			2
3,00		2			2
4,00		1	1	3	5
5,00	1	3		1	5
6,00	2	2		2	6
ΣΥΝΟΛΟ	3	10	1	6	20

df	χ^2	P
12	12,00	0,44

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 51 και τις βαθμίδες του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθέντων .

Πίνακας 51.4

ΕΡΩΤΗΣΗ 51 * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΚΠ/ΚΟΙ	ΙΔ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΔΗΜ.ΥΠ/ΛΟΙ	ΕΛ.ΕΠΑΓΓ/ΠΙΣΣ	
ΕΡ51 2,00			2			2
3,00	2					2
4,00	1	3			1	5
5,00	1	1	2	1		5
6,00	2	1	2		1	6
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	6	1	2	20

df	χ^2	P
16	18,11	0,31

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ερώτησης 51 και τα διάφορα επαγγέλματα .

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Μέλλον συμφωνώ	Μέλλον διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ εντελώς
Τα νεύρα σπάνε συνήθως όταν οι άνθρωποι εργάζονται πολύ σκληρά.						
Η ψυχική αρρώστια είναι μια αρρώστια σαν όλες τις άλλες.						
Οι περισσότεροι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν είναι επικίνδυνοι.						
Έστω κι αν οι άρρωστοι που βγαίνουν από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία φαίνονται να είναι εν τάξει, δεν θα πρέπει να παντρεύονται.						
Εάν οι γονείς αγαπούσαν περισσότερο τα παιδιά τους θα υπήρχε λιγότερη ψυχική αρρώστια						
Είναι εύκολο να αναγνωρίσεις κάποιον που κάποτε αρρώστησε από σοβαρή ψυχική αρρώστια.						
Οι άνθρωποι που είναι ψυχικά άρρωστοι αφήνουν τα συναισθήματά τους να τους κατευθύνουν. Τα κανονικά άτομα ελέγχουν την συμπεριφορά τους.						
Οι άνθρωποι που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο δεν είναι περισσότερο επικίνδυνοι από το μέσο κανονικό άτομο.						
Όταν κάποιος έχει ένα πρόβλημα ή μια στεναχώρια, το καλύτερο είναι να μην το σκέπτεται, αλλά να απασχολείται διαρκώς με πιο ευχάριστα πράγματα.						
Αν και δεν έχουν συνήθως επίγνωση τούτου, πολλοί άνθρωποι γίνονται ψυχικά άρρωστοι για να αποφύγουν τα δύσκολα προβλήματα της καθημερινής ζωής.						

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ εντελώς
Υπάρχει κάτι γύρω από τους ψυχικά άρρωστους που τους κάνει να ξεχωρίζουν από τους άλλους ανθρώπους.						
Αν και οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία συμπεριφέρονται με παράδοξους τρόπους, δεν είναι σωστό να γελάμε μ' αυτούς.						
Οι περισσότεροι ψυχικά άρρωστοι επιθυμούν να εργασθούν.						
Τα μικρά παιδιά των αρρώστων που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, δεν θα πρέπει να τα αφήνουν να τους επισκέπτονται.						
Οι άνθρωποι που είναι επιτυχημένοι στη δουλειά τους, σπάνια αρρωσταίνουν ψυχικά.						
Οι άνθρωποι δεν θα αρρώσταιναν ψυχικά εάν απόφευγαν κακές σκέψεις.						
Οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι από πολλές πλευρές σαν παιδιά.						
Περισσότερα χρήματα από τον κρατικό προϋπολογισμό θα πρέπει να ξοδεύονται για την φροντίδα και την θεραπεία εκείνων που πάσχουν από σοβαρή ψυχική αρρώστια.						
Ένας καρδιοπαθής έχει μια μόνο βλάβη, ενώ ο ψυχικά άρρωστος είναι τελείως διαφορετικός από τους άλλους αρρώστους.						
Οι ψυχικά άρρωστοι προέρχονται από οικογένειες όπου οι γονείς έδειξαν λίγο ενδιαφέρον για τα παιδιά τους.						

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ εντελώς
Οι ψυχικά άρρωστοι δεν θα πρέπει ποτέ να νοσηλεύονται στο ίδιο νοσοκομείο με αρρώστους που πάσχουν από σωματική αρρώστια.						
Κάθε ένας που κάνει σκληρή προσπάθεια να καλυτερεύσει τον εαυτό του, αξίζει το σεβασμό των άλλων.						
Εάν τα νοσοκομεία μας είχαν πολύ καλά εκπαιδευμένους γιατρούς και αδελφές, πολλοί από τους αρρώστους θα γινόταν καλά ώστε να ζουν έξω από το νοσοκομείο.						
Θα ήταν ανόητη μια γυναίκα που θα παντρευόταν έναν άντρα που έπασχε από σοβαρή ψυχική αρρώστια, έστω κι αν έδειχνε ότι είχε πλήρως αποκατασταθεί.						
Εάν τα παιδιά ψυχικά άρρωστων γονέων αναλαμβάνονταν από υγιείς γονείς, πιθανώς δεν θα αρρώσταιναν ψυχικά.						
Οι άνθρωποι που έχουν νοσηλευτεί σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, ποτέ δεν θα ξαναγίνουν ο παλιός εαυτός τους.						
Πολλοί ψυχικά άρρωστοι είναι ικανοί για εξειδικευμένη εργασία, ακόμη και εάν είναι, κατά κάποιο τρόπο ψυχικά διαταραγμένοι.						
Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μας μοιάζουν περισσότερο με φυλακές παρά με χώρους όπου ψυχικά άρρωστα άτομα μπορούν να τύχουν της αναγκαίας φροντίδας.						
Όποιος είναι σε ψυχιατρικό νοσοκομείο δεν θα πρέπει να του επιτρέπεται να ψηφίζει.						
Η ψυχική αρρώστια πολλών ατόμων οφείλεται σε χωρισμό ή διαζύγιο των γονέων τους στην παιδική ηλικία.						
Ο καλύτερος τρόπος να χειριστούμε αρρώστους ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι να τους έχουμε πίσω από κλειστές πόρτες.						

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ εντελώς
Το να νοσηλευτεί κανείς σε ψυχιατρικό νοσοκομείο σημαίνει αποτυχία στη ζωή.						
Στους αρρώστους ψυχιατρικών νοσοκομείων θα πρέπει να δίνεται περισσότερος χώρος για ιδιωτική τους χρήση.						
Εάν ένας άρρωστος σε ψυχιατρικό νοσοκομείο χτυπήσει κάποιον, θα πρέπει να τιμωρηθεί για να μην το ξανακάνει.						
Εάν τα παιδιά υγιών γονέων αναλαμβάνονταν από ψυχικά άρρωστους γονείς, θα γίνονταν πιθανώς ψυχικά άρρωστοι.						
Κάθε ψυχιατρικό νοσοκομείο θα πρέπει να περιβάλλεται από ψηλά κάγκελα και φύλακες.						
Ο νόμος θα πρέπει να επιτρέπει σε μια γυναίκα να χωρίζει από τον άντρα της αμέσως μετά τον εγκλεισμό του σε ψυχιατρικό νοσοκομείο για σοβαρή ψυχική αρρώστια.						
Οι άνθρωποι που δεν μπορούν να εργασθούν εξ αιτίας ψυχικής αρρώστιας θα πρέπει να παίρνουν χρήματα για να ζήσουν.						
Η ψυχική αρρώστια συνήθως οφείλεται σε κάποια πάθηση του νευρικού συστήματος.						
Άσχετα πως το βλέπετε, οι άρρωστοι με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν είναι πια πραγματικοί άνθρωποι.						
Τις περισσότερες γυναίκες που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο μπορούν να τις εμπιστευτούν να προσέχουν μικρά παιδιά (μπέμπι σίττερς).						
Οι περισσότεροι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν ενδιαφέρονται για την εμφάνισή τους.						

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ εντελώς
Οι καθηγητές ή οι άνθρωποι των γραμμάτων έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν ψυχικά άρρωστοι από τους επιχειρηματίες.						
Πολλοί άνθρωποι που ουδέποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο είναι περισσότερο ψυχικά άρρωστοι από πολλούς νοσηλευόμενους ψυχικά άρρωστους.						
Αν και ορισμένοι ψυχοπαθείς φαίνονται εντάξει, είναι επικίνδυνο να ξεχάσουμε προς στιγμή ότι είναι ψυχικά άρρωστοι.						
Μερικές φορές η ψυχική αρρώστια αποτελεί τιμωρία για κακές πράξεις.						
Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μας θα πρέπει να οργανωθούν κατά τρόπο ώστε να κάνουν τον άρρωστο να αισθάνεται, όσο το δυνατό, σα να ζει στο σπίτι του.						
Μια από τις κυριότερες αιτίες της ψυχικής αρρώστιας είναι η έλλειψη ηθικής δύναμης ή δύναμης θελήσεως.						
Δεν μπορούν να γίνουν πολλά πράγματα για τους άρρωστους σ' ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο, εκτός να ζούνε άνετα και να τρώνε καλά.						
Πολλοί ψυχικά άρρωστοι θα παρέμεναν στο νοσοκομείο μέχρι να γίνουν καλά ακόμη και εάν οι πόρτες δεν ήταν κλειδωμένες.						
Όλοι οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία θα πρέπει να εμποδιστούν να έχουν παιδιά, με μια ανώδυνη εγχείριση (στείρωση).						

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

Βιβλία

Ιωαννίδου-Johnson Αμαλία, «Προκατάληψη. Ποιος, Εγώ;», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998.

Λιάκος Α., «Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων», Β΄ Τόμος, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1995.

Μαδιανός Μ., «Κοινωνία και Ψυχική Υγεία», Β΄ Τόμος, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1989.

Μαδιανός Μ., «Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική», Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2000.

Μάνος Ν., «Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής», Εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη 1998.

Μπαϊρακτάρης Κ., «Ψυχική Υγεία και Κοινωνική Παρέμβαση», Εναλλακτικές εκδόσεις/ Αντιπαραθέσεις, Αθήνα 1994.

Παρασκευόπουλος Ι., «Κλινική ψυχολογία», Αθήνα 1988.

Σακελλαρόπουλος Π., «Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων», Α΄ Τόμος, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1995.

Σακελλαρόπουλος Π.- Σπηλιωτόπουλος Ε.- Λειβαδίτης Μ. και ομάδα συνεργατών, «Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων», Β΄ Τόμος, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1995.

Υφαντής Θ.- Παναγιώτσος Π.- Σακελλαρόπουλος Π., «Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων», Α΄ Τόμος, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1995.

Φίλιας β., «Εισαγωγή στη μεθοδολογία και τις τεχνικές των Κοινωνικών Ερευνών», Εκδόσεις GUTENBERG, Αθήνα 1996.

Εγκυκλοπαίδειες

Εγκυκλοπαίδεια: Ιστορία της ανθρωπότητας, Τόμος 20^{ος}, Εκδόσεις Ελευθεροτυπία, Αθήνα 1970.

Εγκυκλοπαίδεια: Υγεία, Τόμος 4^{ος}, Εκδόσεις Δομική, Αθήνα 1990.

Επιστημονικά περιοδικά

Αγγελόπουλος Ν., «Ψυχιατρική Κλινική στο Γενικό Νοσοκομείο. Συγκρότηση και Λειτουργία. Δυσκολίες και Προοπτικές», Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 48, Οκτώβριος – Νοέμβριος – Δεκέμβριος 1994.

Κανδύλης Δ. – Καπρίνης Γ. – Δρόσος Α. – Τούσινα Α., «Η διαχείριση του χρόνου ως θεραπευτική συνιστώσα στο Νοσοκομείο Ημέρας», Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 48, Οκτώβριος – Νοέμβριος – Δεκέμβριος 1994.

Κανδύλης Δ., «Νοσηλευτική φροντίδα των καταθλιπτικών γερόντων σε δομές του ψυχιατρικού τομέα», Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 48, Οκτώβριος – Νοέμβριος – Δεκέμβριος 1994.

Κανδύλης Δ. – Εσσαγιάν ΓΚ., «Ο ρόλος της θεραπευτικής ομάδας στη λειτουργία του ξενώνα χρόνιων ψυχωσικών (εμπειρίες μιας πενταετίας)», Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 50, Απρίλιος – Μάιος – Ιούνιος, 1995.

Κώδικας Νομικού Βήματος, Τόμος 47, Τεύχος 5, Αθήνα 1999.

Μάτσα Κ., Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 49, Ιανουάριος – Φεβρουάριος – Μάρτιος 1995.

Μάτσα Κ., Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 50, Απρίλιος – Μάιος – Ιούνιος 1995.

Μεγαλοικονόμου Θ. – Baldi C., «Στεγαστική αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη», Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 49, Ιανουάριος – Φεβρουάριος – Μάρτιος 1995.

Μιχαλαρέας Ηλίας, «Κίνδυνος οπισθοδρόμησης στον ασυλιακό Μεσαίωνα», Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 68, Οκτώβριος – Νοέμβριος – Δεκέμβριος 1999.

Ανακοινώσεις σε συνέδρια

Γερούκαλης Δ., «Ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην πολιτική ψυχικής υγείας», ανακοίνωση στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Αθήνα Δεκέμβριος 10-13, 1984.

Καρακώστας Α.-Στυλιανίδης Σ., «Ενδιάμεσες δομές: Θεωρία και Πρακτική. Μια κριτική προσέγγιση», ανακοίνωση στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Αθήνα Δεκέμβριος 10-13, 1984.

Κουρουμπλής Π., «Άτομα με ειδικές ανάγκες», Α΄ Τόμος, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995.

Λυμπεράκης Ε. – Ευθυμίου Σ., «Το σημερινό ψυχιατρικό πρόβλημα στην Ελλάδα», ανακοίνωση στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Αθήνα Δεκέμβριος 10-13, 1984.

Μπαϊρακτάρης Κ., «Αξιολόγηση της δημόσιας ιδρυματικής περίθαλψης στην Ελλάδα», ανακοίνωση στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Αθήνα Δεκέμβριος 10-13, 1984.

Μπούρας Ν., «Εφαρμογές Κοινωνικής Ψυχιατρικής: Συμβουλευτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας», ανακοίνωση στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Αθήνα Δεκέμβριος 10-13, 1984.

Πλουμπίδης Δ., «Οι παραδοσιακές πρακτικές σχετικά με τους ψυχοπαθείς και η εγκατάσταση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα στη διάρκεια του 19^{ου} αι. και μέχρι περίπου τον Α' Παγκόσμιο πόλεμο», ανακοίνωση στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Αθήνα Δεκέμβριος 10-13, 1984.

Χαρτοκόλλης Π., «Κοινωνική Ψυχιατρική και ο μετασηματισμός των ασύλων σε σύγχρονα ιδρύματα: Αναγκαιότητα ή ουτοπία;», ανακοίνωση στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Αθήνα Δεκέμβριος 10-13, 1984.

Άρθρα

Βαπορίδου Ε., Παρουσίαση του καταστήματος «Λωτός» σε εκπαιδευτικό σεμινάριο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης, 2000.

Κατζουράκης Γ., «Το πρόγραμμα της Ελληνικής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στα πλαίσια του Κανονισμού (Ε.Ο.Κ.) 815/84: Εμπειρίες 1984-1990», Ελληνική Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων- Ελληνική Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, Συνάντηση 1-2 Δεκεμβρίου 1990.

Σακελλαρόπουλος Π., «Ορισμένες προτάσεις για το Ψυχιατρείο της Λέρου σε συνάρτηση με την μελλοντική αναχώρηση των αρρώστων των 11 νέων οικοτροφείων που θα λειτουργήσουν στην υπόλοιπη Ελλάδα», Οκτώβριος 1990.

Στεφανής Κ., «Ομιλία του Ακαδημαϊκού – Καθηγητή κ. Κ. Στεφανή, Προέδρου της Επιτροπής για το Έτος Ψυχικής Υγείας στην Παλαιά Βουλή, παρουσία του Προέδρου της Δημοκρατίας», 6-4-2001.

Εφημερίδες

Εφημερίδα «Ελευθεροτυπία», άρθρο « Ψυχαργός: Ξεκλειδώνει τα άσυλα- ανοίγει την κοινωνία», Δευτέρα 5 Μαρτίου 2001.

Εφημερίδα «Ελευθεροτυπία», άρθρο «SOS για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση», Παρασκευή 6 Ιουλίου 2001.

Μεγαλοοικονόμου Θ., Εφημερίδα: Ελευθεροτυπία, άρθρο «Ψυχαργός: Ξεκλειδώνει τα άσυλα – ανοίγει την κοινωνία» , 5 Μαρτίου 2001.

Ενημερωτικά έντυπα

Ενημερωτικό έντυπο του ξενώνα «Αργώ» του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ, Αγρίνιο 2001

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Βιβλία

Atkinson D., «Mentally Handicapped, Residential Care, the research reviewed», National for social work, London 1988.

Άρθρα

Mc Culloch A., «Public Education in England»,Preventing mental illness, Mental health promotion in primary care, ed. Rachel Jenkins and T. Bedirham Ustun, England 1998.

Casta e Silva J.A., «World health Organization Prespectives and prevention of Mental illness Mental health promotion»,Preventing mental illness, Mental health promotion in primary care, ed. Rachel Jenkins and T. Bedirham Ustun, England 1998.

Για την σημασία της εκπαίδευσης:

Sartorius N., «Universal strategies for the prevention of mental health», Preventing mental illness, Mental health promotion in primary care, ed. Rachel Jenkins and T. Bedirham Ustun, England 1998.

Sartorius N., «Μήνυμα της 6-4-2001 προς την Ελλάδα λόγω του εορτασμού της Παγκόσμιας Ημέρας Υγείας, η οποία ήταν αφιερωμένη στην Ψυχική Υγεία», 6-4-2001.

