

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ  
ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΣΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΓΙΑ ΨΥΧΙΚΑ  
ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:**

**ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΠΟΥΛΟΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ**

**ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

**ΒΙΤΣΑ ΑΡΙΣΤΕΑ**

**ΠΑΤΡΑ 2015**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>

#### Ιστορική αναδρομή Ψυχιατρικής

1.1.1. Η Ψυχιατρική στην Πρωτόγονη εποχή.....	6
1.2.1. Η Ψυχιατρική στην Αρχαία Ελλάδα.....	6
1.2.2. Τα Ασκληπιεία.....	6
1.2.3. Η θεωρία του Ιπποκράτη.....	7
1.3.1. Η Ψυχιατρική στην Ελληνορωμαϊκή εποχή.....	7
1.3.2. Οι απόψεις του Γαληνού.....	7
1.4.1. Η Ψυχιατρική στη Βυζαντινή περίοδο.....	8
1.5.1. Η Αναγέννηση.....	8
1.6.1. Η Ψυχιατρική στη Νεότερη εποχή.....	8
1.6.2. Η Νευρολογία.....	8
1.6.3. Η Ψυχιατρική Αναγέννηση.....	9
1.6.4. Η Περιγραφική Ψυχιατρική.....	9
1.6.5. Η Οργανική Ψυχιατρική.....	9
1.6.6. Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική.....	10
1.7.1. Η Ψυχιατρική στον 21 <sup>ο</sup> αιώνα.....	10

#### Ιστορική αναδρομή της Ψυχιατρικής / Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

1.8.1. Οι χρονικές περίοδοι της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.....	11
1.8.2. Η Αποκατάσταση μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο.....	12
1.8.3. Πρότυπα Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.....	12
1.9.1. Η Ψυχιατρική / Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση στην Ελλάδα.....	13
1.9.2. Η Ιστορική εξέλιξη στην ανάπτυξη της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.....	13

1.9.3. Στόχοι της αποκατάστασης.....	14
1.9.4. Οι Ξενώνες.....	14
1.9.5. Τα Οικοτροφεία.....	15
1.9.6. Τα Προστατευόμενα διαμερίσματα.....	15
1.9.7. Το πρόγραμμα «Ψυχαργώς».....	16
1.9.8. Οι φιλοξενούσες (θετές) οικογένειες.....	17
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup>	
Οι χρόνιες ψυχιατρικές ασθένειες	
2.1.1. Η Σχιζοφρένεια.....	19
2.1.2. Σχιζοφρένεια και λοιπές διαταραχές κατά ICD-10 & DSM-IV.....	19
2.1.3. Η επιδημιολογία της Σχιζοφρένειας.....	20
2.1.4. Συμπτώματα Σχιζοφρένειας.....	21
2.1.5. Τα θετικά συμπτώματα της Σχιζοφρένειας.....	21
2.1.6. Τα αρνητικά συμπτώματα.....	22
2.2.1. Συναισθηματικές διαταραχές / Διαταραχές διάθεσης.....	22
2.2.2. Πίνακας Συναισθηματικών διαταραχών / Διαταραχών διάθεσης κατά ICD-10 & DSM-IV.....	23
2.2.3. Η επιδημιολογία των Συναισθηματικών διαταραχών / Διαταραχών διάθεσης.....	24
2.2.4. Οι Διπολικές Διαταραχές .....	24
2.2.5. Τα συμπτώματα των Συναισθηματικών Διαταραχών.....	25
2.3.1. Διαταραχές Προσωπικότητας.....	25
2.3.2. Πίνακας Διαταραχών Προσωπικότητας κατά ICD-10 & DSM-IV.....	25
2.3.3. Διαγνωστικά κριτήρια Διαταραχών Προσωπικότητας κατά DSM-IV.....	26
2.3.4. Η επιδημιολογία των Διαταραχών Προσωπικότητας.....	27
2.3.5. Τα συμπτώματα των Διαταραχών Προσωπικότητας.....	27

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

### Το πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών για Ψυχικά πάσχοντες

3.1.1. Το νομικό πλαίσιο της αναδοχής.....	28
3.1.2. Προϋποθέσεις για την λειτουργία προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών .....	28
3.1.3. Η σύσταση της ΘΥΔΟ.....	28
3.2.1. Τα κριτήρια επιλογής του ψυχικά ασθενή για τοποθέτηση σε ανάδοχη οικογένεια.....	29
3.3.1. Διαδικασία επιλογής της Φιλοξενούσας Οικογένειας .....	29
3.4.1. Ο ρόλος του κάθε μέλους της ΘΥΔΟ στο πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών .....	30
3.5.1. Φάσεις Προετοιμασίας ένταξης σε πρόγραμμα Φιλοξενουσών οικογενειών.....	31
3.5.2. Η δημιουργία πλάνου διαχείρισης κρίσης .....	34
3.5.3. Δοκιμαστική περίοδος ένταξης.....	35
3.6.1. Δημιουργία σύμβασης .....	35
3.6.2. Οι υποχρεώσεις της οικογένειας.....	36
3.6.3. Τα δικαιώματα της Φιλοξενούσας Οικογένειας.....	36
3.6.4. Λόγοι ή προϋποθέσεις διακοπής της σύμβασης Φιλοξενουσών Οικογενειών εκτός της επιθυμίας της ίδιας της οικογένειας.....	37
3.6.5. Δικαιώματα του ασθενούς .....	37
3.7.1. Διαχείριση και Αξιολόγηση της ψυχικής φθοράς της οικογένειας.....	37
3.8.1. Σύνοψη ρόλου Φιλοξενούσας Οικογένειας .....	38
3.8.2. Σύνοψη ρόλου ΘΥΔΟ.....	38
3.9.1. Ολοκλήρωση της σύμβασης.....	39
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
4.1. Σκοπός της Έρευνας.....	40
4.2. Αποτελέσματα-Στατιστική ανάλυση Έρευνας.....	40
4.3. Συμπεράσματα Έρευνας.....	128

4.4. Παράρτημα.....	131
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>132</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>133</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>134</b>
<b>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....</b>	<b>137</b>

## Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>

### Ιστορική αναδρομή Ψυχιατρικής

#### 1.1.1 Η ψυχιατρική στην πρωτόγονη εποχή

Η εμφάνιση ψυχιατρικών ασθενών έχει παρατηρηθεί από την πρωτόγονη εποχή. Αρχικά, οι άνθρωποι πίστευαν ότι τους ψυχιατρικούς ασθενείς τους είχε κυριεύσει κάποιο πνεύμα. Το παραπάνω βασίζεται στην αρχαιολογική εύρεση σκελετών που είχαν τρυπανισμένα κρανία. Ο λόγος που συνέβαινε αυτό ήταν προκειμένου να γίνει η ελευθέρωση του σώματος από τα κακά πνεύματα, τα οποία θεωρούνταν υπεύθυνα για τις ψυχιατρικές διαταραχές .

Σε πολλές αρχαίες φιλολογίες γίνονται αναφορές όπως στην Ινδική, την Εβραϊκή, την Αιγυπτιακή και κυρίως στην Ελληνική και συγκεκριμένα στον Όμηρο και στις αρχαίες ελληνικές τραγωδίες, για ψυχιατρικές διαταραχές. Παραδείγματα αυτών αποτελούν η μανιοκαταθλιπτική κρίση του Αίαντα και η σχιζότυπη κρίση του μητροκτόνου Ορέστη. Στην αρχαία ελληνική μυθολογία επικρατούσε η αντίληψη ότι οι διαταραχές αυτές οφείλονταν σε κακά πνεύματα τα οποία αντιπροσωπεύονταν κυρίως από τις θεές Μανία και Λύσσα.

Σε αρκετές φυλές ο ψυχιατρικός ασθενής θεωρούνταν ιερός, γεγονός που δεν είχε μεγάλη απήχηση στην Ελλάδα. Αυτή η άποψη οδηγείται στην ταύτιση του φόβου του θανάτου τα πνεύματα, τα οποία είτε καλά είτε κακά έρχονταν από τον κόσμο των νεκρών και ξαναγύριζαν στον κόσμο των ζωντανών κυριεύοντας το σώμα και το πνεύμα των ψυχιατρικών ασθενών. Κατά την άποψη τους η ένωση των κόσμων των ζωντανών και των νεκρών γινόταν δια μέσου των ονείρων κατά τη διάρκεια του ύπνου. 7

#### 1.2.1. Η ψυχιατρική στην Αρχαία Ελλάδα

##### 1.2.2. Τα Ασκληπιεία

Όσον αφορά την αρχαία Ελλάδα, την ιδιότητα του ψυχιάτρου είχαν οι ιερείς του θεού Ασκληπιού. Υπήρχαν πάνω από τριακόσιοι ναοί-θεραπευτήρια που ονομάζονταν «Ασκληπιεία», με πιο σπουδαία αυτά της Επιδαύρου, Κω, και της Θεσσαλικής Τρίκης.

Τα ασκληπιεία ήταν κέντρα τα οποία κατασκευάζονταν σε τοποθεσίες με ωραία θέα κοντά σε ιαματικές πηγές καθώς πίστευαν ότι βοηθούσαν τους αρρώστους που κατέφευγαν εκεί. Αρκετοί

ασθενείς από αυτούς εισάγονταν με παθήσεις τις οποίες δεν είχαν τα μέσα εκείνη την εποχή να θεραπεύσουν, πολλές από αυτές ψυχιατρικές. Τη γενική διεύθυνση είχε ο μέγας Ιερέας ή αλλιώς Πρωθιερέυς που ήταν γνώστης της τότε ιατρικής και αποφάσιζε τη θεραπεία και αποφάσιζε τη θεραπεία και έκανε τη διάγνωση. Από τις μεθόδους θεραπείας ψυχιατρικών διαταραχών που υπήρχαν την μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα είχε η ερμηνεία των ονείρων του αρρώστου και του ιεροφάντη, ο οποίος αναλάμβανε τη θεραπεία του. Η ερμηνεία των ονείρων χρησίμευε ως μέσα επικοινωνίας με κάποια θεότητα υπεύθυνη για την ασθένεια.

### 1.2.3. Η θεωρία του Ιπποκράτη

Ο Ιπποκράτης που κατά την παράδοση ήταν απόγονος του θεού Ασκληπιού και εκπαιδεύτηκε στο Ασκληπιείο της Κω τον 4ο αιώνα π.Χ. ήταν ο πρώτος που όρισε τις βασικές ψυχικές διαταραχές. Ψυχικές διαταραχές που περιέγραψε όπως η μανία και η μελαγχολία, η υστερία και η άνοια, τις λεγόμενες φρενίτιδες, είναι ονομασίες που χρησιμοποιούμε μέχρι και σήμερα. Πίστευε ότι οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές είχαν ως αίτιο την ανώμαλη έκκριση, σύσταση ή θερμοκρασία των «χυμών» του σώματος, που τους κατέτασσε σε τέσσερις κατηγορίες, τη λέμφο, το αίμα και την κίτρινη και μαύρη χολή. Η άποψη του ήταν ότι οι σωματικοί «χυμοί» προσδιορίζουν τον ανθρώπινο χαρακτήρα τον οποίο χώριζε σε λεμφατικό, αιματώδη και χολερικό σύστημα. <sup>6</sup>

### 1.3.1 Η ψυχιατρική στην Ελληνορωμαϊκή Εποχή

Στην Αλεξανδρινή εποχή διακρίθηκαν αξιόλογοι γιατροί και ανατόμοι του κεντρικού νευρικού συστήματος όπως ο Ηρόφιλος και ο Ερασίστρατος, ωστόσο, δεν υπήρχε καμία πρόοδος ούτε στην ψυχολογία ούτε στην ψυχιατρική. Διασώζονται λίγα στοιχεία σχετικά με την φροντίδα των ασθενών και κυρίως των ψυχιατρικών. Η ψυχιατρική ασθένεια αντιμετωπίστηκε με ελάχιστη κατανόηση και φροντίδα. Όταν ο ασθενής δεν ήταν επικίνδυνος τον παραμελούσαν και τον περιφρονούσαν, εάν αντιδρούσε βίαια τον έδεραν, τον έδεσαν με αλυσίδες και τον έκλειναν σε φυλακή. <sup>7</sup>

### 1.3.2. Οι απόψεις του Γαληνού

Σύμφωνα με τον Γαληνό, ο οποίος έλαβε υπόψη του όλες τις γνώσεις των προγενέστερων του και κάνοντας δικές του κλινικές παρατηρήσεις έδωσε μεγάλη προσοχή στο κεντρικό νευρικό

σύστημα. Όρισε τον εγκέφαλο ως μέσο που απορρέουν οι αισθήσεις, η κινητικότητα και ως κέντρο προέλευσης των ψυχικών λειτουργιών. Υποστήριξε ότι η ψυχική υγεία αποτελείται από την ομαλή συνύπαρξη των τριών λειτουργιών του εγκεφάλου, του λογικού, του παράλογου και του αισθησιακού. Κατάφερε να συσχετίσει την κατάθλιψη με την μανία. Οι θεωρίες του είχαν απήχηση μέχρι τα μέσα του 18<sup>ου</sup> αιώνα και την έλευση του μεσαίωνα. 6

#### 1.4.1. Η ψυχιατρική στη Βυζαντινή περίοδο

Στο Βυζάντιο οι ψυχιατρικοί ασθενείς είχαν την ίδια μεταχείριση όπως οι υπόλοιποι ασθενείς. Η νοσηλεία τους πραγματοποιούνταν στα νοσοκομεία και αν μετά από τρία χρόνια δεν είχαν θεραπευτεί, τους κρατούσαν έγκλειστους σε ξενώνες μοναστηριών. Η οργάνωση των νοσοκομείων του Βυζαντίου μπορούμε να πούμε ότι μοιάζει αρκετά με των σύγχρονων.

#### 1.5.1. Η Αναγέννηση

Κατά την διάρκεια του 13<sup>ου</sup> αιώνα διακρίθηκαν δύο σημαντικοί φιλόσοφοι της δυτικής εκκλησίας, ο Γερμανός Αλβέρτος ο Μεγάλος και ο Ιταλός Θωμάς Ακινάτος. Αυτοί υποστήριζαν πως η ψυχή δεν αρρωσταίνει και πως η τρέλα είναι μία σωματική διαταραχή. Οι αντιλήψεις περί δαιμονολογίας επικράτησαν και μετά τον Μεσαίωνα και την Αναγέννηση παρ' όλα αυτά όμως υπήρξε εκ νέου ενδιαφέρον για τις ψυχικές λειτουργίες. Ο διάβολος δηλαδή μπορεί να επηρέαζε τις ψυχές αλλά σημαντικό ρόλο συντελούσαν και οι οργανικοί παράγοντες όπως μας περιγράφει ο Ιπποκράτης για τους «χυμούς» του σώματος. Αν και φαίνεται περίεργο οι απόψεις αυτές ίσχυαν έως και τη νεότερη εποχή. 7

#### 1.6.1. Η ψυχιατρική στη Νεότερη Εποχή

##### 1.6.2. Η Νευρολογία

Ήταν φανερό πλέον πως το νευρικό σύστημα εξαρτιόταν από τον εγκέφαλο και πως η ψυχή συνδέεται με το νευρικό σύστημα. Ανατόμοι και φυσιολόγοι όπως ο Ντεκάρτ, ο οποίος σύνδεσε την ψυχική ασθένεια με την επίφυση, ήλπιζαν πως θα ανακάλυπταν την προέλευση της ψυχικής ασθένειας. Η νευρολογία γίνεται ένας κλάδος της ιατρικής ο οποίος είχε έως υποκατηγορία του την ψυχιατρική. Η ιεραρχία αυτή διατηρήθηκε αρκετούς αιώνες. 6



### 1.6.3. Η Ψυχιατρική Αναγέννηση

Στις αρχές του 17<sup>ου</sup> αιώνα ο Άγγλος γιατρός Έντουαρντ Τζόρντεν διέψευσε τις απόψεις περί μαγισσών και επισήμανε την συσχέτιση εγκεφάλου-συναισθημάτων όσον αφορά την υστερία. Διαψεύδει τον Ιπποκράτη και προτείνει την ψυχολογική αντιμετώπιση του προβλήματος. Το 1621 ο Ρόμπερτ Μπάρτον με το βιβλίο του «Η Ανατομία της Μελαγχολίας» συμπεριλαμβάνει εκτός από την μελαγχολία όλες τις ψυχώσεις και νευρώσεις που ήταν γνωστές εκείνη την εποχή.

Μολαταύτα οι έρευνες δεν περιορίζονταν μόνο στην προέλευση των ψυχικών διαταραχών αλλά και στην εύρεση θεραπειών τους. Το 1662 στην Αγγλία άρχισαν να γίνονται μεταγγίσεις αίματος από αρτηρίες βοδιού ως θεραπεία της μελαγχολίας. Οι έρευνες για την θεραπεία της μελαγχολίας συνεχίζονται στην Φιλοσοφική Εταιρία του Λονδίνου σε δημόσιο άσυλο όπου κρατούνται ψυχιατρικοί ασθενείς.

Τονίζεται η σημασία του διαλόγου μεταξύ ιατρού και αρρώστου ανεξαρτήτως της σωματικής θεραπείας. Αυτή η αντιμετώπιση θα βοηθήσει στην δημιουργία ψυχιατρικών ασύλων, αναπτύσσοντας τη θεραπεία περιβάλλοντος που θα υιοθετηθεί από Ευρώπη και Αμερική μέσα στον 19<sup>ο</sup> αιώνα. 7

### 1.6.4. Η Περιγραφική Ψυχιατρική

Ο Γάλλος ψυχίατρος Φίλιππος Πινέλ εστίασε στη ψυχιατρική νοσολογία. Θέλοντας να αποφύγει θεωρίες και υποθέσεις εστιάζει στην περιγραφή συμπτωμάτων αλλά και περιπτώσεων ο μαθητής τον Εσκιρόλ περιγράφει με ακρίβεια την μονομανία (σύγχρονη ιδεοληψία) καθώς και τις ψευδαισθήσεις. Σημαντική καινοτομία είναι η διατύπωση νομικών κανονισμών για την εισαγωγή των αρρώστων σε ψυχιατρικά νοσοκομεία επηρεάζοντας και άλλες χώρες. Με τους δύο παραπάνω η ψυχιατρική στην Γαλλία κυριαρχεί στην Ευρώπη. Ο Φαρλέ, ο οποίος μελετά τις καταθλιπτικές διαταραχές που καταλήγουν σε αυτοκτονία, ο Μανιάν, ο οποίος ασχολείται ιδιαίτερα με τον αλκοολισμό ορίζοντας τον ως αίτιο εκφυλιστικού κληρονομικού παράγοντα.

### 1.6.5. Η Οργανική Ψυχιατρική

Γύρω στα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα γίνεται προσπάθεια από τον γερμανικό χώρο να ξεφύγει από το πνεύμα της θεολογίας και τις φιλοσοφίας με στροφή προς την οργανική και σημαντική άποψη. Με τον Βίλχεμ Γκρίσινγκερ, διευθυντής της Πανεπιστημιακής Κλινικής της Ζυρίχης, ο οποίος

υποστηρίζει ότι οι ψυχιατρικές ασθένειες είναι οργανικές και πρέπει να αναζητηθούν στην φυσιολογία του εγκεφάλου. Η απόλυτη τοποθέτηση του Μείνερτ, καθηγητή του Φρόντ στη Βιέννης, ο οποίος υποστηρίζει τη ύπαρξη μόνο της νευροπαθολογίας και φτάνει στην εισήγηση κατάργησης του όρου «ψυχιατρική». Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για πρώτη φορά το 1808 από τον Γερμανό νευρολόγο Ράιλ. Στη συνέχεια, ο Μέμπιους κατατάσσει τις ψυχιατρικές διαταραχές σε εξωγενείς και ενδογενείς, οι οποίες αργότερα υιοθετούνται από τον Κρέπελιν και τη σύγχρονη ψυχιατρική. Ο Κρέπελιν ταξινομεί τις ψυχωτικές διαταραχές με απλότητα σε δύο κατηγορίες, τις μανιοκαταθλιπτικές ψυχώσεις και την πρώιμη άνοια (σχιζοφρένεια).

#### 1.6.6. Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική

Μετά το Κρέπελιν ο Σίγκμουντ Φρόντ, νευροανατόμος ερευνητής του Πανεπιστημίου της Βιέννης, επηρεάζεται από τον Σαρκό και στρέφεται προς την ψυχοπαθολογία των νευρώσεων και την ψυχοθεραπεία χωρίς να απορρίψει τον βιολογικό προσανατολισμό του δημιουργεί έναν νέο προσανατολισμό στην ψυχολογία του ανθρώπου που έχει αντίκτυπο όχι μόνο στην ψυχιατρική αλλά και σε όλες τις ανθρώπινες επιστήμες. Καθιερώνεται η ψυχανάλυση τόσο στη θεωρία όσο και στη θεραπευτική εφαρμογή της και ολοκληρώνεται από τους μαθητές του Φρόντ. <sup>7</sup>

#### 1.7.1. Η Ψυχιατρική στον 21 αιώνα

Στις αρχές του εικοστού πρώτου αιώνα τα ψυχιατρικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα ήταν αρκετά σε όλο τον κόσμο. Σύμφωνα με έρευνα της «Global Burden of Disease», το 1990 η επιβάρυνση της Παγκόσμιας τράπεζας και της Π.Ο.Υ. από τις ψυχικές νόσους ανήλθε στο 13,51%.

Στη Δύση διαρκώς μεταβάλλονται οι κοινωνικές, πολιτιστικές και οικονομικές συνθήκες, γι αυτό και είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί σωστά η ψυχιατρική αντιμετώπιση των αρρώστων. Εκτός αυτού πρέπει να επιλυθούν τα εξής προβλήματα:

- Οι ηλικιωμένοι (άνω των 65 ετών) καταλαμβάνουν το 18 – 22 % του πληθυσμού και αρκετοί από αυτούς έχουν ανάγκη από ψυχιατρικές παρεμβάσεις για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν προβλήματα όπως η κοινωνική απομόνωση.

- Αρκετά νεογέννητα τα οποία γεννιούνται με ελλιπές βάρος έχουν πιθανότητες να εκδηλώσουν κάποια ψυχιατρική αναπηρία όπως αναφέρουν και αρκετοί συγγραφείς για τις περιγεννητικές επιπλοκές (σχιζοφρένεια).
- Λόγω των κακών οικονομικών συνθηκών είναι δύσκολο να βρεθούν θέσεις εργασίας για άτομα με σοβαρή ψυχική διαταραχή.
- Λόγω της συνεχής μείωσης των οικονομικών πόρων σε Δύση και Ανατολή, επηρεάζονται και οι ευπαθείς ομάδες στις οποίες ανήκουν και οι ψυχικά πάσχοντες, και σιγά σιγά εγκαταλείπονται και μένουν άστεγοι.
- Τα άσυλα κλείνουν και έτσι οι χρόνιοι ασθενείς παραμένουν στην κοινότητα χωρίς να έχουν υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης να τους βοηθήσουν εξαιτίας της μείωσης των πόρων.
- Τέλος, οι μονογονεϊκές οικογένειες και οι όλοι και περισσότεροι ηλικιωμένοι γονείς των ψυχικά αρρώστων καθιστούν μεγαλύτερη την ανάγκη για κοινοτική ψυχιατρική αντιμετώπιση και προγράμματα Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. <sup>2</sup>

Ιστορική αναδρομή της ψυχιατρικής / ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

### 1.8.1. Οι χρονικές περίοδοι της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Η ιστορία της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης μπορεί να χωριστεί σε τρεις χρονικές περιόδους:

1. Την προεπιστημονική περίοδο που κράτησε μέχρι της αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα.
2. Την προεπιστημονική περίοδο που διήρκεισαι μέχρι το 1950.
3. Την επιστημονική περίοδο με άνθιση κυρίως μετά το 1980.

Τα πρώτα σημάδια και εφαρμογή μεθόδων αποκατάστασης αναφέρθηκαν στην φλαμανδική πόλη Geel τον 14<sup>ο</sup> αιώνα. Ψυχιατρικοί ασθενείς που έπασχαν από σχιζοφρένεια έβρισκαν άσυλο σε οικογένειες της πόλης, συνεισφέροντας στην αγροτική οικονομία. Στην περίοδο αυτή άσυλα όπως το Ησυχαστήριο της Υόρκης απασχολούν τους ψυχικά αρρώστους με εργοθεραπευτικές δραστηριότητες. Στα άσυλα της Γαλλίας εφαρμόζονται ιδέες των Pinel και Esquirol και αναπτύσσονται ατομικές εργοθεραπευτικές δραστηριότητες. Οι τρόφιμοι φτιάχνουν προϊόντα τα οποία χρησιμοποιούνται από τα ίδια τα άσυλα.

Στο διάστημα μεταξύ 14<sup>ου</sup> και 19<sup>ου</sup> αιώνα δεν υπήρχε γρήγορη εξέλιξη στον τομέα της αποκατάστασης. Μπαίνοντας στον 20<sup>ο</sup> αιώνα το 1917 ο ψυχίατρος E. Southard, διευθυντής του Ψυχιατρείου της Βοστώνης, αναπτύσσει την σημασία της εργασίας των ασθενών ως θεραπεία ή ως απώλεια. Με την έκρηξη του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου ξεκίνησαν οι εργοθεραπευτικές

δραστηριότητες στον ψυχιατρικό τομέα με επίκεντρο την κεραμική, την καλαθοποιία, την υφαντική, την ξυλουργική και την αγγειοπλαστική.

Το 1920 στις ΗΠΑ ιδρύθηκε η πρώτη υπηρεσία αποκατάστασης για σωματικά αναπήρους, ιδρύθηκε η Αμερικανική Εταιρεία Εργοθεραπείας και άνοιξαν δύο σχολές εργοθεραπείας στη Φιλαδέλφεια, Βοστώνη και στο Σ. Λούις. Το 1923 ψηφίστηκε η Βιομηχανική Αποκατάσταση ως θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.

Το 1933 στο Μάντσεστερ ιδρύθηκε το πρώτο εργοστάσιο στο οποίο δούλευαν πρώην άρρωστοι και κατασκεύαζε χριστουγεννιάτικα δώρα. Την ίδια περίοδο στη Μόσχα ο Μ. Dzhaqaron, ο οποίος εργαζόταν στο πρώτο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Μόσχας, λειτούργησε το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας λόγω ανεπάρκειας οικονομικών πόρων και κρεβατιών για νοσηλεία. Στη μονάδα αυτή μέσα σε τέσσερα χρόνια νοσηλεύτηκαν 1.225 ασθενείς. <sup>1</sup>

### 1.8.2. Η αποκατάσταση μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο

Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση άρχισε να οργανώνεται σε επιστημονικό πλαίσιο με τη Θεραπευτική Κοινότητα ως μεταβατική αποκατάσταση. Το 1952 ιδρύθηκε η Παγκόσμια Ομοσπονδία Εργοθεραπείας και μαζί της άνοιξαν οι πύλες των ασύλων για ασθενείς με σχιζοφρενικές διαταραχές και επιστημονικών μεθόδων αποκατάστασης τους.

### 1.8.3. Πρότυπα προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Υπάρχουν έξι προγράμματα που είναι πρότυπα εφαρμογής μεθόδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης:

- i. Το Fountain House στη Νέα Υόρκη
- ii. Το Council House στο Πίτσμπουργκ
- iii. Το Horizon House στη Φιλαδέλφεια
- iv. Το Thresholds στο Σικάγο
- v. Το Portals House στο Λος Άντζελες
- vi. Το Hill House στο Κλίβελαντ Οχάιο.

Επίσης, υπάρχει και το πρότυπο της «Σωτηρίας» (Soteria House) στο Σαν Φρανσίσκο. <sup>8</sup>

Σε αυτά τα προγράμματα συμμετέχουν μόνο ψυχωσικοί ασθενείς. Υπάρχει περίπτωση υποτροπής τους πρώτους πέντε μήνες μετά την έξοδο τους από το ψυχιατρείο. Περίπου το 60% έχει μεγάλη πιθανότητα να επανεισαχθεί.

- Στα μέσα της δεκαετίας του 1970, άρχισε το πρόγραμμα διαμόρφωσης του Κοινοτικού Υποστηρικτικού Συστήματος που χρηματοδοτήθηκε από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και ανέλαβε την υποστήριξη των ατόμων που εξέρχονται από τα ψυχιατρεία. <sup>1</sup>

### 1.9.1. Η Ψυχιατρική / Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα οι Χρ. Τσιριγώτης και Μιχ. Γιαννήρης στο Δρομοκαΐτειο κάνουν προσπάθεια να εφαρμόσουν τις πολιτικές που εφάρμοσαν τα γαλλικά ψυχιατρεία στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Το 1920 αρχίζει η έντονη εφαρμογή εργοθεραπείας όπως αγροτικές καλλιέργειες και ζωγραφική. Τα κλειστά τμήματα καταργούνται το 1950 στο Δρομοκαΐτειο και το 1947 ιδρύεται από την Φρόσω Ιωαννίδου το τμήμα της Εργοθεραπείας.

Η μεγαλύτερη αλλαγή που παρατηρείται είναι το 1984 που αποφασίζεται η υλοποίηση του Κανονισμού 815/84 από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή με 120 εκατομμύρια ECU την ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Αυτή η μεταρρύθμιση επιτυγχάνεται το 2000 με το πρόγραμμα «Ψυχαργός» που στόχος του είναι ο αποϊδρυματισμός των χρόνιων εγκλείστων. <sup>1</sup>

### 1.9.2. Η ιστορική εξέλιξη στην ανάπτυξη της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης <sup>1</sup>

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΤΑΘΜΟΙ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	
Χρόνος	Γεγονότα
1903	Εφαρμογή εργοθεραπείας από τους Χρ. Τσιριγώτη και Μ. Γιαννήρη στο Δρομοκαΐτειο
1920-	Συστηματική μορφή εργοθεραπείας στο Δρομοκαΐτειο
1947-	Ίδρυση τμήματος εργοθεραπείας στο Δρομοκαΐτειο
1953-58	Άνοιγμα κλειστών τμημάτων στην «Κλινική Λυκέτσου» στο Δρομοκαΐτειο
1955	Οργάνωση εργοθεραπείας στο Δρομοκαΐτειο σε επιστημονικά πλαίσια από τη Lawrencelle
1959-65	Πρόγραμμα εκπαίδευσης και αποκατάστασης ψυχικά αρρώστων στο Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων
1959	Οργάνωση τυπογραφείου στο ΚΘΨΠΑ (ΨΝΑ)
1962	Τοποθέτηση χρόνιων ψυχωσικών γυναικών σε θετές οικογένειες από το ΚΘΨΠΑ (ΨΝΑ) από τους Ρασσιδάκη και συν.
1960	Έναρξη προγράμματος «απασχολησιοθεραπείας» στο ΚΘΨΠΑ (ΨΝΑ) (κλινική Ρασσιδάκη)
1961	Έξοδοι Έγκλειστων στο Δρομοκαΐτειο στην κοινότητα Χαϊδαρίου
1962	Το Δρομοκαΐτειο με την Πανελλήνια Ένωση Ψυχικής Υγιεινής «Εβδομάδα Ψυχικής Υγείας» στην Αθήνα
1970-78	Παραστάσεις Αρχαίου Δράματος στο Δρομοκαΐτειο
1972	Κέντρο Ημέρας του ΚΨΥ Παράρτημα Θεσσαλονίκης
1973	Κέντρο Ημέρας και Λέσχη στο ΚΨΥ Αθηνών
1978	Νοσοκομείο Ημέρας στο Αιγινήτειο
1979	Ίδρυση του Κέντρου Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα – Καισαριανής

1979	Ίδρυση Σχολής Εργοθεραπείας στα Τ.Ε.Ι. Αιγάλεω
1980	Κινητοποίηση γιατρών του ΨΝ Λέρου
1983	Κέντρο Ημέρας και Λέσχη του ΚΚΨΥ Βύρωνα – Καισαριανής
1983	Ίδρυση της Θεραπευτικής Κοινότητας «Ιθάκη» στη Ν. Σίνδο (ΚΕΘΕΑ)
1984	Κανονισμός 815/84 της ΕΟΚ – Πρόγραμμα Β – Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης στο ΚΚΨΥ Β/Κ – Ίδρυση Κέντρου Επαγγελματικής Προεργασίας στο Αιγινήτειο
1986	Σύλλογος χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας «Η Συνέχεια» με μετεξέλιξη στο σύλλογο «Αναγέννηση» (1994).
1987	Ίδρυση της ΑΠΟΨΥ (Εταιρεία για τον Αποϊδρυματισμό και την Ψυχική Υγεία)
1989	Νοσοκομείο Ημέρας στο ΨΝ Θεσσαλονίκης
1990	Νοσοκομείο Ημέρας στο ΨΝ Αττικής
1993	Πρώτος σύλλογος οικογενειών με μέλος με ψυχική νόσο (ΣΟΨΥ)
1994	Λειτουργία του Καταστήματος «Λωτός» του ΚΚΨΥ Βύρωνα – Καισαριανής
1994-96	Πανελλήνιο πρόγραμμα εκπαίδευσης στελεχών αποκατάστασης από το ΕΠΨΥ (Κανονισμός 815/84)
1999	Νόμος 2716-175-1999 ΦΕΚ 96 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας»
2000-	Πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ (Γ' ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΡΙΞΗΣ)

### 1.9.3. Στόχοι της αποκατάστασης

Το πρώτο στάδιο στην Αποκατάσταση είναι η Κοινωνική Στεγαστική Αποκατάσταση. Οι ασθενείς μπορούν να μένουν στην κοινωνική λέσχη και σε στεγαστικές εναλλακτικές υπηρεσίες όπως, ξενώνας, οικοτροφείο, θετές ή φιλοξενούσες οικογένειες, προστατευμένη διαμονή. Στόχος της κοινωνικής λέσχης είναι η επανένταξη των αρρώστων στην κοινότητα και αυτό μπορεί να γίνει με δραστηριότητες όπως, ζωγραφική, μουσική, χορό καθώς και με ομαδικές συζητήσεις ή ψυχοθεραπεία.

Στόχος της στεγαστικής αποκατάστασης είναι η υποκατάσταση του οικογενειακού περιβάλλοντος και η ελάττωση του χρόνου νοσηλείας στο ψυχιατρείο. Στην Αθήνα ιδρύθηκε ο πρώτος μετανοσοκομειακός ξενώνας το 1984, ο οποίος άνηκε στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο και είχε δυναμικότητα 14 άτομα υπό εικοσιτετράωρη εποπτεία. Τα άτομα στους ξενώνες δεν μένουν παραπάνω από 6 μήνες, για το λόγο ότι είναι εναλλακτική λύση διαμονής από την οικογένεια η σε περίπτωση που δεν υπάρχει οικογένεια. <sup>4</sup>

### 1.9.4. Οι ξενώνες

Στους ξενώνες φιλοξενούνται άτομα που βγαίνουν από το ψυχιατρείο και διαφοροποιούνται ανάλογα με τις ηλικιακές ομάδες. Ο ξενώνας δεν υπερβαίνει τα 20 άτομα, διαθέτει

εικοσιτετράωρο προσωπικό που είναι υπεύθυνο γι αυτόν. Οι ένοικοι είναι υποχρεωμένοι να τηρούν τον κανονισμό λειτουργίας του ξενώνα. <sup>1</sup>

#### 1.9.5. Τα οικοτροφεία

Τα οικοτροφεία (Nursing home) είναι μονάδες προστατευμένων μακροχρόνιων διαμονών και τα μέλη τους φτάνουν έως και 20 άτομα. Οι άρρωστοι αυτοί είναι άτομα τα οποία δεν έχουν την δυνατότητα να ανεξαρτητοποιηθούν στην κοινότητα. Το 1987 λειτούργησε στην Αθήνα το πρώτο οικοτροφείο 12 θέσεων, από το Αιγινήτειο. Υπάρχουν κάποιες αρχές που βοηθούν την θεραπεία του αρρώστου μέσα στο οικοτροφείο, οι οποίες είναι οι εξής:

- Ο ένοικος έχει την ευκαιρία να αλλάξει μέσα από τις δραστηριότητες και τις σχέσεις οι οποίες μπορούν να αναπτυχθούν στην κοινότητα.
- Με την διαμονή του στο οικοτροφείο, το άτομο καταφέρνει να προσαρμοστεί στον έξω κόσμο και να εξελίξει την προσωπικότητά του.
- Οι ένοικοι είναι ισότιμοι μεταξύ τους ως προς την προσωπική ανάπτυξη και τη μεταχείριση.
- Ο κάθε ένοικος έχει το δικαίωμα να συμμετέχει στα προβλήματα των άλλων και να προσπαθεί να βελτιώσει την επικοινωνία του με τους υπόλοιπους ένοικους και το προσωπικό.
- Όλα τα μέλη ανέχονται τις συμπεριφορές των άλλων.
- Όλοι μπορούν να έχουν άμεσα φιλικές σχέσεις μεταξύ τους καθώς αυτό βοηθά στην καλύτερη επικοινωνία μεταξύ τους.

Τα οικοτροφεία στην Ελλάδα ακολουθούν συγκεκριμένο πρόγραμμα και το προσωπικό έχει τους εξής στόχους:

- i. Να βοηθήσει τους ένοικους να έχουν μεγαλύτερο ζήλο για ενσωμάτωση στην κοινότητα.
- ii. Να αναπτύξουν το αίσθημα της επιβίωσης στην κοινότητα.
- iii. Να αναπτύξουν εργασιακή συμπεριφορά.
- iv. Να συμμετέχουν σε καθημερινές δραστηριότητες.
- v. Να αναπτύξουν σχέσεις με την κοινότητα.
- vi. Να μπορούν να εκφράζουν άνετα τα συναισθήματά τους.
- vii. Να είναι ικανοί για τη λήψη αποφάσεων.
- viii. Να αυτονομηθούν. <sup>1</sup>

#### 1.9.6. Τα προστατευόμενα διαμερίσματα

Όσον αφορά τα προστατευόμενα διαμερίσματα, διαμένουν τρεις έως έξι ψυχικά άρρωστοι οι οποίοι εποπτεύονται ανά δύο μέρες ή και μία φορά την εβδομάδα. Το 1991 στη Λέρο ιδρύθηκε το πρώτο διαμέρισμα με πέντε ενοίκους. Ο σκοπός των διαμερισμάτων είναι να στηριχθούν οι ένοικοι στις δικές τους δυνάμεις και να μπορέσουν να φροντίσουν τους εαυτούς τους.

Υπάρχουν κάποιες βασικές αρχές για τη λειτουργία των διαμερισμάτων οι οποίες είναι οι ακόλουθες:

- Ο ένοικος πρέπει να συναινέσει για την φαρμακευτική αγωγή με τον θεράποντα ψυχίατρο.
- Οι σοβαρές αποφάσεις για ζητήματα διαμονής του πρέπει να είναι σύμφωνες με τη θεραπευτική ομάδα.
- Ο ένοικος θα πρέπει να συμμετέχει στην καθαριότητα του υπνοδωματίου αλλά και τον κοινόχρηστων χώρων.
- Ο ένοικος πρέπει να είναι υπεύθυνος για την εμφάνιση και καθαριότητα του καθώς και για την φύλαξη των δικών του αντικειμένων.
- Θα πρέπει να είναι παρών τις ώρες των γευμάτων και αν αυτό δεν είναι εφικτό θα πρέπει να έχει ενημερώσει.
- Σε όλες τις κοινωνικές εκδηλώσεις μπορεί να παίρνει μέρος με τις ιδέες του και τη δουλειά του.
- Δεν μπορεί να γίνεται η χρήση οινόπνευματών ή καπνού που είναι βλαπτικά για την υγεία.
- Δεν μπορεί να διανυκτερεύσει κάποιο άτομο χωρίς να ενημερωθεί η θεραπευτική ομάδα.
- Σε περίπτωση που υπάρχουν προβλήματα με άλλους ένοικους της πολυκατοικίας και δεν μπορούν να τα επιλύσουν μόνοι τους θα πρέπει να ενημερώνονται οι υπεύθυνοι.
- Ο ένοικος δεν μπορεί να διανυκτερεύσει εκτός σπιτιού χωρίς να έχει πάρει άδεια.
- Η συμμετοχή σε τυχερά παιχνίδια δεν είναι επιτρεπτή. <sup>1</sup>

#### 1.9.7. Το πρόγραμμα «Ψυχαργός»

Η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης εκπονήθηκε με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας να ξεκινήσει ένα καινούριο πρόγραμμα με κωδική ονομασία «Ψυχαργός», στα τέλη του 1995. Το πρόγραμμα καταρτίστηκε το 1999 και στόχευε στην κοινωνική ένταξη και επανένταξη καθώς και στην είσοδο των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στον εργασιακό χώρο. Είναι εργαλείο της πολιτικής του ελληνικού κράτους για τον αποϊδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος ψυχικής υγείας.

Η πρώτη φάση του προγράμματος υλοποιήθηκε στο διάστημα μεταξύ 2000 – 2001 και στο τέλος του έτους έγινε η πρώτη αναθεώρηση έτσι ώστε να ισχύει για μία δεκαετία (2001 – 2010). Η δεύτερη αναθεώρηση προγραμματίστηκε για το 2004 και θα ισχύει για μία δεκαετία.

#### Α' φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» (2000 – 2001)

Ο κύριος στόχος του προγράμματος στην Α' φάση ήταν η «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» για να μπορέσουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές να ενταχθούν



κοινωνικοοικονομικά στην κοινότητα. Η χρηματοδότηση πραγματοποιήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και από το Ελληνικό Δημόσιο.

Το πρόγραμμα αυτό πραγματοποιήθηκε σε 31 πόλεις σε όλη την Ελλάδα και γινόταν πλήρης αποασυλοποίηση των ασθενών από όλα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα της Α' φάσης είναι τα εξής:

- Δημιουργήθηκαν 49 Ξενώνες και 6 Οικοτροφεία
- Δημιουργήθηκαν 71 Εργαστήρια κατάρτισης
- Προκατάρτιση, Κατάρτιση, Απασχόληση 973 ασθενών
- Υπήρξαν 769 ασθενής, οι οποίοι αποϊδρυματίστηκαν και έμειναν σε ξενώνες ή οικοτροφεία
- Προσλήφθηκαν και εκπαιδεύτηκαν 630 άτομα
- 910 άτομα καταρτίστηκαν ως στελέχη Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

#### B' φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» (2002 – 2006)

Η περίοδος κατά την οποία υλοποιήθηκε η Β' φάση του προγράμματος ήταν μεταξύ 2000 – 2006 κατά την οποία υλοποιήθηκε και το πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια» του Γ' Κοινοτικού πλαισίου στήριξης και είχε ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη τη χώρα. Με αυτές τις δομές εξασφαλίστηκε η πρόληψη, η διάγνωση, η θεραπεία, η περίθαλψη αλλά και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και η επανένταξη σε ενήλικες, παιδιά και εφήβους.

Πρόγραμμα στόχευσε στο αποϊδρυματισμό με την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη 2.000 ασθενών. Ο προϋπολογισμός του προγράμματος συνολικά ανέρχεται στο ποσό των 250 δισεκατομμυρίων δραχμών. <sup>1</sup>

#### 2.9.8. Οι Φιλοξενούσες (θετές) οικογένειες

Οι πρώτες θετές οικογένειες χρονολογούνται από την εποχή του 16<sup>ου</sup> αιώνα στην φλαμανδική πόλη Geel όπου οι ψυχικά πάσχοντες έμειναν σε οικογένειες χωρικών. Στην Ελλάδα αυτό συνέβη για πρώτη φορά από τον Ρασσιδάκη και τους συνεργάτες του το 1960 με εννιά χρόνια ψυχωσικές άρρωστες από το «Δαφνί». Στη δεκαετία του 1990 έγιναν προσπάθειες για τοποθέτηση των αρρώστων σε θετές οικογένειες με πέντε άτομα από το Αιγινήτειο, τρία άτομα από το Παιδοψυχιατρικό Αττικής, πέντε από το ΨΝΑ και ένα άτομο από το Πρόγραμμα Λέρος II.

Οι φιλοξενούσες οικογένειες καλύπτονται νομοθετικά (ΦΕΚ 1433/2001, ΓΠ ΟΙΚ 19353) και η Υπουργική Απόφαση αναφέρει ότι οι άρρωστοι μπορούν να τοποθετηθούν σε φιλική ή συγγενική οικογένεια αρκεί να μην ανήκει στον πρώτο βαθμό συγγένειας. Οι φιλοξενία μπορεί να γίνει και από μεμονωμένα άτομα εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις. Τα άτομα με ψυχικές

διαταραχές που είναι ανήλικα μπορούν να τοποθετηθούν σε φιλοξενούσες οικογένειες , εάν αποφασιστεί από το δικαστήριο αλλά και αν ο ανήλικος συναινέσει σε αυτό. 7

## Κεφάλαιο 2°

Οι χρόνιες ψυχιατρικές ασθένειες

### 2.1.1. Η σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια είναι μία ψύχωση για την οποία δεν έχει αναγνωριστεί συγκεκριμένη αιτία. Τα συμπτώματα της είναι ψυχωσικά και προκαλούν σοβαρές αλλαγές στην λειτουργικότητα αλλά και διαταραχές στη διάθεση, τη σκέψη και τη συμπεριφορά. Στη σχιζοφρένεια είναι έντονη η απουσία της πραγματικότητας. Είναι μια χρόνια διαταραχή και έχει ως συμπτώματα παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις. <sup>13</sup>

### 2.1.2. Σχιζοφρένεια και λοιπές διαταραχές κατά ICD-10 & DSM-IV <sub>2</sub>

ICD-10	DSM-IV
F20-F29 Σχιζοφρένεια, Σχιζότυπη διαταραχή και Παραληρητικές διαταραχές	295.XX Σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωσικές διαταραχές
<b>F20 Σχιζοφρένεια</b>	<b>295.XX Σχιζοφρένεια</b>
F20.0 Παρανοειδής σχιζοφρένεια	Παρανοειδής τύπος
F20.1 Ηβηφρενική σχιζοφρένεια	Αποργανωτικός τύπος
F20.2 Κατατονική σχιζοφρένεια	Κατατονικός τύπος
F20.3 Αδιαφοροποίητη σχιζοφρένεια	Αδιαφοροποίητος τύπος
F20.4 Μετασχιζοφρενική κατάθλιψη	Υπολειμματικός τύπος
F20.5 Υπολειμματική σχιζοφρένεια	
F20.6 Απλή σχιζοφρένεια	
F20.8 Άλλη μορφή σχιζοφρένειας	
F20.9 Σχιζοφρένεια μη καθορισμένη	
<b>F21 Σχιζότυπη διαταραχή</b>	<b>295.40 Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή</b>
<b>F22 Χρονίζουσες παραληρητικές διαταραχές</b>	<b>297.1 Παραληρητική διαταραχή</b>
F22.0 Παραληρητική διαταραχή	
F22.8 Άλλες χρονίζουσες παραληρητικές διαταραχές	
F22.9 Χρονίζουσα παραληρητική διαταραχή μη καθορισμένη	
<b>F23 Οξείες και παροδικές ψυχωσικές διαταραχές</b>	<b>298.8 Βραχεία ψυχωσική διαταραχή</b>
F23.0 Οξεία πολύμορφη ψυχωσική διαταραχή χωρίς συμπτώματα σχιζοφρένειας	-χωρίς έντονο στρες
F23.1 Οξεία πολύμορφη ψυχωσική διαταραχή με συμπτώματα σχιζοφρένειας	-με έντονο στρες
F23.2 Οξεία σχιζοφρενικόμορφη ψυχωσική διαταραχή	-με έναρξη στη λοχεία

F23.3 Άλλες οξείες, κυρίως παραληρητικές, ψυχωσικές διαταραχές	
F23.8 Άλλες οξείες και παροδικές ψυχωσικές διαταραχές	
F23.x0 Χωρίς οξύ στρες που να σχετίζεται με τη διαταραχή	
F23.x1 Με οξύ στρες που σχετίζεται με τη διαταραχή	
<b>F24 Επακτή παραληρητική διαταραχή</b>	<b>297.2 Επακτή ψυχωσική διαταραχή</b>
<b>F25 Σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές</b>	<b>295.7 Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή</b>
F25.0 Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, μανιακού τύπου	-καταθλιπτικός τύπος
F25.1 Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, καταθλιπτικού τύπου	-διπολικός τύπος
F25.2 Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, μεικτού τύπου	<b>293.XX Ψυχωσική διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση</b>
F25.8 Άλλες σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές	81 με παραλήρημα
F25.9 Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, μη καθοριζόμενη	82 με ψευδιασθήσεις
<b>F28 Άλλες μη οργανικές ψυχωσικές διαταραχές</b>	<b>Ουσιοεπαγόμενη ψυχωσική διαταραχή</b>
<b>F29 Μη οργανική ψύχωση, μη καθοριζόμενη</b>	<b>289.9 Ψυχωσική διαταραχή ΜΑΚ</b>

### 2.1.3. Η επιδημιολογία της σχιζοφρένειας

Στο διάστημα μεταξύ 1950 – 1999 πραγματοποιήθηκαν 38 επιδημιολογικές μελέτες στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη. Τα νοσηλευτικής νοσηρότητας ποσοστά κυμαίνονταν από 0,05 έως 2,38 περιπτώσεις ανά 100 κατοίκους. Σε επιδημιολογική έρευνα των ΗΠΑ τα ποσοστά της σχιζοφρένειας κυμάνθηκαν μεταξύ 0,6 και 1,9%. Όσον αφορά τη χώρα μας, τα ποσοστά νοσηλευτικής νοσηρότητας κυμαίνονται στους άνδρες από 55 ανά 100.000 το 1978 έως 50 ανά 100.000 το 1992 κι στις γυναίκες από 29,5 ανά 100.000 το 1978 έως 24 ανά 100.000 το 1992. Ο γενικός υπολογιζόμενος αριθμός αρρώστων ηλικίας 15 – 64 ετών σε όλη τη χώρα ανέρχεται σε 100.000. Από αυτούς περίπου το 10% έχει ανάγκη ειδικά προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Περίπου 2.100 θέσεις δίνονται σε αυτούς σε ειδικά και ποικίλα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, 700 σε νοσοκομεία και 2.000 κρεβάτια σε οικοτροφεία – ξενώνες.

Η σχιζοφρένεια φαίνεται ότι επηρεάζεται από το βαθμό συγγένειας δηλαδή όσο αυξάνεται ο βαθμός συγγένειας τόσο αυξάνονται και τα ποσοστά επικράτησης της. Γενικά, δεν παίζει ιδιαίτερο ρόλο το φύλο ή η φυλή, το 50% των περιπτώσεων αφορά ηλικίες μεταξύ 16 – 34 ετών. <sup>2</sup>

#### 2.1.4. Συμπτώματα Σχιζοφρένειας

Η σχιζοφρένεια μπορεί να έχει τις εξής μορφές: οξεία, κυκλική, σχιζοφρενική αντίδραση και σχιζότυπη διαταραχή. Κατά τη διάρκεια ενός μήνα μέσα στο πλαίσιο του ψυχωσικού επεισοδίου πρέπει να είναι παρόντα κάποια γενικά διαγνωστικά κριτήρια τις περισσότερες μέρες. Τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα πρέπει να εμφανίζεται, όπως, παρεμβολές, ηχώ ή απόσυρση της σκέψης, παραληρητικές ιδέες ελέγχου (κινήσεις σώματος ή άκρων, πράξεις ή αισθήσεις), ακουστικές ψευδαισθήσεις (φωνές) και επίμονες παραληρητικές ιδέες (θρησκεία, υπεράνθρωπες δυνάμεις, εξωγήινοι). Τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω, όπως, επίμονες ψευδαισθήσεις μαζί με παραλήρημα, παρεμβολές ή ανακοπές στη ροή της σκέψης και ασυναρτησίες, διέγερση και αλαλία, έντονη απάθεια, διακοπή ομιλίας και συναισθηματικές αντιδράσεις.

Στις παραληρητικές διαταραχές τα κριτήρια για τη διάγνωση τους είναι το παραλήρημα (διωκτικό, μεγαλείου, υποχονδριακό, ζηλοτυπικό ή ερωτικό) για παρουσία τουλάχιστον τριών μηνών και οι παραληρητικές ιδέες. Τα γενικά κριτήρια της σχιζοφρένειας δεν πληρούνται. Οι ψευδαισθήσεις είναι παροδικές ή περιστασιακές ακουστικές, υπάρχουν καταθλιπτικά συμπτώματα μόνο όμως όταν οι παραληρητικές ιδέες συνεχίζουν και δεν υπάρχει διαταραχή διάθεσης.

Η σχιζοφρένεια περιγράφει ως συμπτώματα τις διαταραχές σκέψης καθώς με αυτή οι ασθενείς διαμορφώνουν εξωπραγματικές ιδέες στις οποίες μπορεί να υπάρχουν διαταραχές περιεχομένου, παραληρητικές ιδέες ή παραλήρημα. Οι ιδέες αυτές ποικίλλουν στο περιεχόμενο τους καθώς μπορεί να είναι διωκτικές, θρησκευτικές, ερωτικές, να συσχετίζουν παρερμηνείες, μηδενιστικές ή και σημαντικές.

14

#### 2.1.5. Τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας 2

<b>A. Παραληρητικές ιδέες</b>
Περιεχόμενο: διωκτικό, ζηλοτυπικό, μεγαλείου, θρησκευτικό, υποχονδριακό, αυτοαναφοράς, παρερμηνείες
<b>B. Διαταραχή σκέψης (δομής – κατοχής)</b>
Ηχηρή σκέψη, παρεμβολή από άλλους, ηχώ σκέψης, εκπομπή στη σκέψη, σχολιασμός των σκέψεων, ασυναρτησία, υποκλοπή της σκέψης, απώλεια, απόσυρση της σκέψης, ασχετολογία, εκτροχιασμός και πλατειασμός λόγου, περιφερειακός λόγος, παραλογία
<b>Γ. Ψευδαισθήσεις</b>
Ακουστικές (μη λεκτικές), σχολιασμοί και συνομιλία μεταξύ «φωνών»
Οπτικές, άμορφες ή σχηματισμένες
Απτικές / σωματικές / αισθητηριακές
Γευστικές
Οσφρητικές
Σεξουαλικές
<b>Δ. Διαταραχή βούλησης / παράδοση συμπεριφορά</b>
Εμφάνιση / καθαριότητα /ένδυση

Στερεοτυπικές κινήσεις
Αντικατάσταση της βούλησης από εξωτερική φωνή
Κατατονικά στοιχεία
Επιθετικότητα

### 2.1.6. Τα αρνητικά συμπτώματα 2

<b>A. Συναίσθημα</b>
Επίπεδο, απρόσφορο, ανηδονία, απάθεια
Ανέκφραστο πρόσωπο
Χωρίς εκφραστικές χειρονομίες
Χωρίς ή μειωμένη βλεμματική επαφή
Φωνή χωρίς χρωματισμό
Μειωμένη συναισθηματική ανταπόκριση / αντίδραση
Απροσφορότητα συναισθήματος
<b>B. Σκέψη / διαταραχές ομιλίας</b>
Φτωχό περιεχόμενο λόγου
Ανακοπές λόγου
Καθυστέρηση απάντησης
<b>Γ. Βούληση / ψυχοκινητικότητα</b>
Αργές κινήσεις, αβουλησία
Απραγματισμός / οκνηρία
Αδυναμία τήρησης εργασιακού ωραρίου
Μείωση ή απουσία ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων (κοινωνικές σχέσεις)
Μείωση ή απουσία σεξουαλικής επιθυμίας και δραστηριότητας
Απουσία οικειότητας στις σχέσεις
Παραμέληση της εμφάνισης
<b>Δ. Διαταραχές προσοχής (έκπτωση)</b>
Απροσεξία κοινωνικού χώρου και κατά την εξέταση

### 2.2.1. Συναισθηματικές διαταραχές / διαταραχές διάθεσης

Οι συναισθηματικές διαταραχές έχουν μεγάλο φάσμα κλινικών τύπων, εκ των οποίων αρκετές έχουν στοιχεία σοβαρής ψυχοπαθολογίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να οδηγήσουν τον άρρωστο στην καταστροφή και την αυτοκτονία αλλά και να μειώνουν σημαντικά τη λειτουργικότητα του. Η μελέτη τους έχει αρκετές δυσκολίες καθώς πολλές φορές δεν επιτυγχάνεται ακριβής διάγνωση ή υποδύονται

σημαντικές αρρώστιες. Τα τελευταία είκοσι χρόνια έχουν συγκεντρωθεί, αρκετές πληροφορίες για επιδημιολογικές διαστάσεις τις κατάθλιψης καθώς και για τους παράγοντες που την επηρεάζουν. <sup>16</sup>

### 2.2.2 Πίνακας Συναισθηματικών Διαταραχών / Διαταραχών διάθεσης κατά ICD-10 και DSM-IV<sub>2</sub>

ICD-10 <b>Διαταραχές διάθεσης (συναισθηματικές) [F30-39]</b>	DSM-IV <b>Διαταραχές διάθεσης</b>
F30 Μανιακό επεισόδιο	Καταθλιπτικές διαταραχές
F30.0 Υπομανία	296xx Μείζων καταθλιπτική διαταραχή
F30.1 Μανία χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα	.2x Μοναδικό επεισόδιο
F30.2 Μανία με ψυχωσικά συμπτώματα	.3x Υποτροπιάζουσα
F30.8 Άλλα μανιακά επεισόδια	300.4 Δυσθυμική διαταραχή
F30.9 Μανιακό επεισόδιο, μη καθοριζόμενο	Προσδιορίστε αν: πρώιμης έναρξης/όψιμης έναρξης
F31 Διπολική συναισθηματική διαταραχή	Προσδιορίστε αν: με άτυπα στοιχεία
F31.0 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο υπομανιακό	311 Καταθλιπτική διαταραχή ΜΠΑ
F31.1 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μανιακό χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα	Διπολικές διαταραχές
F31.2 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μανιακό με ψυχωσικά συμπτώματα	296xx Διπολική διαταραχή I
F31.3 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο ήπιας ή μέτριας κατάθλιψης	.0x Μοναδικό μανιακό επεισόδιο Προσδιορισμός αν: μεικτό
.30 Χωρίς σωματικό σύνδρομο	.40 Πιο πρόσφατο επεισόδιο υπομανιακό
.31 Με σωματικό σύνδρομο	.4x Πιο πρόσφατο επεισόδιο μανιακό
F31.4 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαριάς κατάθλιψης χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα	.6x Πιο πρόσφατο επεισόδιο μεικτό
F31.5 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαριάς κατάθλιψης με ψυχωσικά συμπτώματα	.5x Πιο πρόσφατο επεισόδιο καταθλιπτικό
F31.6 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μεικτό	.7 Πιο πρόσφατο επεισόδιο απροσδιόριστο
F31.7 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, σε αποδρομή κατά την παρούσα φάση	296.80 Διπολική διαταραχή II Προσδιορίστε (τωρινό ή πιο πρόσφατο επεισόδιο): Υπομανιακό/καταθλιπτικό
F31.8 Άλλες διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	301.13 Κυκλοθυμική διαταραχή
F31.9 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, μη καθοριζόμενη	296.80 Διπολική διαταραχή ΜΠΑ
F32 Καταθλιπτικό επεισόδιο	293.83 διαταραχή της διάθεσης οφειλόμενη σε...

F32.0 Ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο	Προσδιορισμός τύπου: με καταθλιπτικά στοιχεία/με επεισόδιο παρόμοιο προς μείζον καταθλιπτικό/με μανιακά στοιχεία/με μεικτά στοιχεία
.00 Χωρίς σωματικό σύνδρομο	Διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες
.01 Με σωματικό σύνδρομο	Προσδιορισμός τύπου: με καταθλιπτικά στοιχεία/με μανιακά στοιχεία/με μεικτά στοιχεία
F32.1 Μέτριας βαρύτητας καταθλιπτικό επεισόδιο	Προσδιορίστε αν: με έναρξη κατά τη διάρκεια τοξίκωσης/με έναρξη κατά τη διάρκεια στερητικού συνδρόμου
.10 Χωρίς σωματικό σύνδρομο	296.90 Διαταραχή της διάθεσης ΜΠΑ
.11 Με σωματικό σύνδρομο	
F32.2 Βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα	
F32.3 Βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο με ψυχωσικά συμπτώματα	
F32.8 Άλλα καταθλιπτικά επεισόδια	
F32.9 Καταθλιπτικό επεισόδιο, μη καθοριζόμενο	

### 2.2.3. Η επιδημιολογία των Συναισθηματικών Διαταραχών / Διαταραχών διάθεσης

Σε επιδημιολογικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι το 1979, στο γενικό πληθυσμό, διακρίνεται ότι οι ψυχώσεις συναισθηματικού τύπου καταλαμβάνουν το ποσοστό 0,3% για διάστημα δυο εβδομάδων ως 12 μήνες. Η επικράτηση τους σε έρευνες του εξωτερικού εμφανίζουν πολύ υψηλότερα ποσοστά από 8,7% έως 20,1%. Οι γυναίκες υπερτερούν σε καταθλιπτικά συμπτώματα εν συγκρίσει με τους άνδρες. Συγκεκριμένα, σε έρευνα πέντε περιοχών των ΗΠΑ για «μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο» τα ποσοστά κυμάνθηκαν από 1,5% – 2,6%. Ενώ με τη χρήση ερωτηματολογίου σε τρεις επιτόπιες επιδημιολογικές έρευνες σε καταθλιπτικές νοσολογικές οντότητες τα ποσοστά κυμάνθηκαν από 6,2% έως 7%. Σε μία μεγαλύτερη επιτόπια ψυχιατρική επιδημιολογική έρευνα σε πέντε περιοχές των ΗΠΑ με δείγμα 18.000 άτομα αποδείχθηκε ότι η μηνιαία επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης ανακτά το ποσοστό των 2,2%, για έξι μήνες το 3% και καθ' όλη τη διάρκεια ζωής 5,8%. Σχετικά με τη μανία η επικράτηση επεισοδίων για ένα μήνα ανήλθε στο 0,4%, για έξι μήνες στο 0,5% και για όλη τη ζωή στο 0,8%. <sup>2</sup>

### 2.2.4. Οι Διπολικές Διαταραχές

Στις διπολικές διαταραχές το φύλο δεν παίζει ρόλο, αλλά στις μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες. Έχουν βιολογική και γενετική βάση και δεν έχει διευκρινιστεί εάν κληρονομούνται ή υπάρχει προδιάθεση για ανάπτυξη τους. Στις μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές, όσον αφορά τη φυλή των νέγων ίσως νοσούν λιγότερο από τους λευκούς, τα μικρότερα σε ηλικία άτομα εμφανίζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να νοσήσουν. Τα άτομα με μεγαλύτερη κοινωνικο-οικονομική κατάσταση νοσούν από διπολικές διαταραχές, σε αντίθεση με τη



χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση που ευθύνεται περισσότερο για μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές . Οι διαζευγμένοι και αυτοί που έχουν οικογενειακό ιστορικό έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες νόσησης από συναισθηματικές διαταραχές.

Η στέρηση των γονέων σε μικρή ηλικία λόγω θανάτου και η διαταραγμένη οικογενειακή ζωή στην παιδική ηλικία σχετίζονται με την εμφάνιση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, όπως επίσης και το στρες. Ακόμα η ανεργία υποβοηθά στην ανάπτυξη συναισθηματικών διαταραχών αλλά σημαντική είναι και η μόνιμη κατοικία σε αστικές περιοχές. Η διαμόρφωση της προσωπικότητας αποτελεί σημαντικό κίνητρο για τυχόν εμφάνιση της κατάθλιψης.

Στην Ελλάδα, από το 1978 έως το 1993 σε δημόσια και ιδιωτικά ψυχιατρεία νοσηλεύτηκαν άρρωστοι με διάγνωση «συναισθηματικές ψυχώσεις». Το 1978 ήταν 314 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους, ενώ το 1993 24,5 ανά 100.000. Σύμφωνα με τα ποσοστά όλων των διαγνώσεων το 1978 ήταν 181,6 άρρωστοι ανά 100.000 κατοίκους, ενώ το 1993 145 ανά 100.000. Οι γυναίκες με διάγνωση «συναισθηματικής ψύχωσης» υπερέτρησαν των ανδρών. <sup>16</sup>

#### 2.2.5. Τα Συμπτώματα των Συναισθηματικών Διαταραχών

Οι συναισθηματικές διαταραχές μπορεί να οφείλονται σε πολλούς παράγοντες όπως νευροανατομικοί, γενετικοί, νευροχημικοί, ψυχοενδοκρινικοί, ψυχοκοινωνικοί αλλά και προσωπικότητας.

Τα συμπτώματα τους μπορεί να είναι ψυχικά, με διαταραχές στα συναισθήματα, στη σκέψη, στη βούληση, στην εμφάνιση αλλά και στην αντίληψη. Επίσης, μπορεί ως σωματικά συμπτώματα να αναφέρονται πόνοι στο σώμα, κόπωση αδυναμία και διαταραχή έμμηνης ροής . Στη γνωσιακή λειτουργία επηρεάζεται η προσοχή και η μνήμη κυρίως, μπορεί, ακόμα, να αναφέρεται αϋπνία ή υπερυπνία αλλά και ευαισθησία. <sup>2</sup>

#### 2.3.1. Διαταραχές προσωπικότητας

Προσωπικότητα είναι τα σταθερά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς που αποκτά το άτομο με σταθερούς τύπους με τους οποίους μπορεί να αντιλαμβάνεται, να σκέπτεται ή να σχετίζεται με το περιβάλλον και τον εαυτό του. Είναι, δηλαδή, ένα σύνθετο σχήμα συμπεριφοράς και ψυχοσυναλλαγής και ο χαρακτήρας είναι το εκτελεστικό όργανο της.

Οι διαταραχές προσωπικότητας είναι διάχυτα, επίμονα, δυσπροσαρμοστικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς, τα οποία δεν οφείλονται στην κατηγορία των νόσων. Στην ουσία, είναι διαταραχές διακριτών χαρακτηριστικών και όχι καταστάσεων, αφορούν συμπεριφορές, συναισθήματα και αντιλήψεις. <sup>2</sup>

#### 2.3.2. Πίνακας Διαταραχών Προσωπικότητας κατά ICD-10 και DSM-IV <sup>2</sup>

ICD-10	DSM-IV
F60.0 Παρανοειδής	Παρανοειδής
F60.1 Σχιζοειδής	Σχιζοειδής
F60.2 Δυσκοινωνική	301. Σχιζοτυπική

F60.3 Διαταραχή του τύπου της συναισθηματικής αστάθειας	
F60.3.1 Μεθοριακός τύπος	Μεθοριακή διαταραχή
F60.4 Οιστριονική	Οιστριονική
F60.5 Καταναγκαστική	Ψυχαναγκαστική/καταναγκαστική
F60.6 Αγχώδης (αποφευκτική)	Αποφευκτική
F60.7 Εξαρτητική	Εξαρτημένη
F60.8 Άλλες διαταραχές	
F60.9 Διαταραχή ΜΑΚ	Διαταραχές ΜΑΚ
F61 Μεικτές και άλλες διαταραχές	
0 Μεικτές	
1 Προβληματόγones	
F62 Επιμένουσα μεταβολή μέσα από καταστροφική εμπειρία	
F62.1 Επιμένουσα μεταβολή μέσα από ψυχιατρική νόσο	
F62.8 Άλλες επιμένουσες μεταβολές	

### 2.3.3. Διαγνωστικά κριτήρια Διαταραχών Προσωπικότητας κατά DSM-IV

Τα γενικά διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV έχουν ως εξής, ένας μόνος τύπος εσωτερικού βιώματος και συμπεριφοράς εκδηλώνεται σε δύο ή περισσότερους τομείς, οι οποίοι είναι η γνωσιακή λειτουργία (τρόποι αντίληψης και ερμηνείας του εαυτού, των γεγονότων και των ανθρώπων), συναισθηματικότητα, διαπροσωπική λειτουργικότητα και έλεγχος παρορμήσεων. Ο τύπος αυτός επεκτείνεται στις προσωπικές και κοινωνικές καταστάσεις και οδηγεί σε έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό και γενικά στη λειτουργικότητα. Η έναρξη του ορίζεται από την εφηβεία ή πρώιμη ενήλικη ζωή και είναι σταθερός και μακράς διαρκείας. Η υπαιτιότητα του τύπου αυτού δεν οφείλεται στο αποτέλεσμα δράσης κάποιας ουσίας ή ιατρικής κατάστασης.

Στις διαταραχές προσωπικότητας ανήκουν άτομα τα οποία έχουν βαθιά ριζωμένες στο χαρακτήρα τους διαταραχές συμπεριφοράς του και οι διαταραχές αυτές έχουν την τάση να εμφανίζονται συνήθως στη διάρκεια της εφηβείας, μερικές φορές και νωρίτερα. Από εκεί και έπειτα συνεχίζουν να υπάρχουν μέχρι και την ενηλικίωση και για όλη τη μετέπειτα ζωή του ατόμου. Το πιο βασικό σε αυτές τις διαταραχές είναι ότι ο ασθενής δεν αισθάνεται ότι υποφέρει αν και οι γύρω του προσπαθούν να το επισημάνουν. Οι διαταραχές προσωπικότητας ανήκουν στον τρίτο πιο μεγάλο πληθυσμό ψυχικών διαταραχών μαζί με τις ψυχώσεις και τις νευρώσεις.

Οι παράγοντες οι οποίοι συντελούν για την εμφάνιση τους είναι κληρονομικοί, ψυχοδυναμικοί και κοινωνικοί. Όσον αφορά, τον ψυχοδυναμικό παράγοντα φαίνεται πως η κύρια αιτία είναι η ατελής ανάπτυξη και η απουσία του ΥΠΕΡΕΓΩ. Συνήθως, το ψυχοπαθητικό άτομο δεν «καθρεφτίζει» την

εσωτερική συμπεριφορά του, δεν τη λογοκρίνει και την εκφράζει χωρίς ενδοιασμούς. Ενώ, η ύπαρξη του ΕΓΩ επιτρέπει τη συνειδητοποίηση της συμπεριφοράς.

Για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών προσωπικότητας γίνονται προσπάθειες για θετική επιρροή από το περιβάλλον, επαγγελματικά μέτρα, ψυχοθεραπεία μερικές φορές και σωφρονιστικά μέτρα. <sup>5</sup>

#### 2.3.4. Η επιδημιολογία των Διαταραχών Προσωπικότητας

Όσον αφορά την επιδημιολογία, η επικράτηση τους κυμαίνεται μεταξύ 0.9% και 9%. Συνήθως, υπάρχει συννόσηση με τις ψυχικές διαταραχές. Η αντικοινωνική διαταραχή είναι συχνότερη στους άνδρες και η μεθοριακή ή οιστριονική ή εξαρτώμενη στις γυναίκες. Τα πρώτα σημεία διαταραχής προσωπικότητας εμφανίζονται στην εφηβεία ή πρώιμη ενηλικίωση (18 – 24 ετών). Τα συμπτώματα παραμένουν χρόνια αλλά και μερικά από αυτά μειώνονται ως προς την ένταση τους στη διάρκεια της όψιμης ενηλικίωσης (≥ 45 έτη). <sup>2</sup>

#### 2.3.5. Τα Συμπτώματα των Διαταραχών Προσωπικότητας

Οι διαταραχές προσωπικότητας έχουν ένα κοινό σύμπτωμα, έχουν σχέση με βαθιά ριζωμένα χαρακτηριστικά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην είναι εφικτές οι αλλαγές στη ζωή τους καθώς και ο τρόπος αντίληψης και αντίδρασης τους σε ορισμένες καταστάσεις και σχέσεις προκαλεί προβλήματα τα οποία δημιουργούνται στο περιβάλλον του ασθενή. Οι ίδιοι όμως, δεν κατανοούν ότι η συμπεριφορά τους είναι λάθος και έχει αντίκτυπο στους άλλους ή ότι δημιουργούν προβλήματα. Συνήθως η έναρξη τους γίνεται κατά τη διάρκεια της εφηβείας και η εμφάνιση τους συνεχίζεται σε διάφορες φάσεις της ζωής του ασθενή και μένουν σταθερές στη διάρκεια του χρόνου. Με αυτόν τον τρόπο οι συμπεριφορές και τα χαρακτηριστικά τους καταφέρνουν να μένουν αμετάβλητα στο χρόνο και οι διαταραχές να είναι πιο ανθεκτικές στη θεραπεία. <sup>14</sup>

## Κεφάλαιο 3ο

Το πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες

### 3.1.1. Το νομικό πλαίσιο της αναδοχής

Τα προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών θεσμοθετήθηκαν με τον νόμο 2716/99 άρθρο 5, παράγραφος 1 και στοχεύουν στην τοποθέτηση ψυχικά πασχόντων σε ανάδοχες οικογένειες. Οι φιλοξενούσες οικογένειες μπορεί να ανήκουν στο περιβάλλον του ασθενή με την προϋπόθεση ότι δεν τελούν τα μέλη της, συγγενείς πρώτου βαθμού με τον ασθενή. Καθήκοντα φιλοξενούσας οικογένειας μπορεί να αναλάβει και μεμονωμένο άτομο.

Το 2001 η υπουργική απόφαση Γ.Π./οικ.19353/19-10-2001 (ΦΕΚ 1433/τ.Β/22-10-2001) έρχεται να αναλύσει και να καθορίσει την οργάνωση, τον τρόπο λειτουργίας και όλες τις προϋποθέσεις ένταξης στο πρόγραμμα καθώς και την σύσταση της θεραπευτικής ομάδας και του ρόλου της. Με αυτή την απόφαση ο Ν. 2716/1999 εξειδικεύεται.

Το 2002 με νέα υπουργική απόφαση, την Υ5β/Γ.Π./οικ.35724/2002 (ΦΕΚ485/τ.Β/19-4-2002) ορίζεται το ειδικό νοσήλιο για τις φιλοξενούσες οικογένειες στο ποσό των 18€ ανά άτομο την ημέρα. Από το ποσό αυτό ο φορέας που υλοποιεί το πρόγραμμα οφείλει να καταβάλει το 90% στην φιλοξενούσα οικογένεια σύμφωνα με το άρθρο 13 του Ν. 2716/1999. <sup>1</sup>

### 3.1.2. Προϋποθέσεις για την λειτουργία προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών

Αρχικά γίνεται κατάθεση ολοκληρωμένου προγράμματος φιλοξενουσών οικογενειών από τον φορέα υλοποίησης στην διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και γίνεται έγκριση του από τον υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Στην συνέχεια η διοίκηση του φορέα υλοποίησης ορίζει τον Επιστημονικό Υπεύθυνο του προγράμματος Φιλοξενουσών Οικογενειών που αναλαμβάνει μαζί με την Θεραπευτική Υποστηρικτική Διεπιστημονική Ομάδα (ΘΥΔΟ) την υλοποίηση του Προγράμματος. Η σύσταση της ΘΥΔΟ ορίζεται επίσης από την Διοίκηση του φορέα υλοποίησης.

Μία πολύ σημαντική προϋπόθεση για την για την λειτουργία του προγράμματος είναι η λειτουργική διασύνδεση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που υπάρχουν στον αντίστοιχο τομέα ψυχικής υγείας με το πρόγραμμα φιλοξενουσών οικογενειών.

Εάν επιτευχθούν οι παραπάνω προϋποθέσεις τότε ξεκινάει η αναζήτηση ασθενών κατάλληλων για το πρόγραμμα καθώς και οικογενειών για αναδοχή. <sup>1</sup>

### 3.1.3. Η σύσταση της ΘΥΔΟ

Σύμφωνα με το άρθρο 4 της υπουργικής απόφασης Γ.Π./οικ.19353/19-10-2001 η ΘΥΔΟ αποτελείται από ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό και νοσηλεύτη ή επισκέπτη υγείας. Σε ειδικές περιπτώσεις ο ψυχίατρος αντικαθιστάται από παιδοψυχίατρο και η ΘΥΔΟ απαρτίζεται επίσης από ειδικό παιδαγωγό. Οι λειτουργίες και οι ρόλοι της ΘΥΔΟ και του κάθε μέλους της θα αναλυθούν στη συνέχεια.

### 3.2.1. Τα κριτήρια επιλογής του ψυχικά ασθενή για τοποθέτηση σε ανάδοχη οικογένεια

Η επιλογή του ασθενή γίνεται από τη ΘΥΔΟ και με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου, μετά από αίτηση του ασθενή για τοποθέτηση σε Φιλοξενούσα οικογένεια σύμφωνα με την παράγραφο 2 του άρθρου 9 της Ν2716/99.

Ο ασθενής μπορεί να προέρχεται από μονάδες ψυχικής υγείας ή προστατευμένες στεγαστικές δομές (προστατευμένα διαμερίσματα, ξενώνες φιλοξενίας, οικοτροφεία). Επίσης, ο ασθενής μπορεί να τοποθετηθεί σε πρόγραμμα Φιλοξενουσών οικογενειών σε περιπτώσεις στις οποίες ο ίδιος διαμένει με συγγενικά του πρόσωπα ή άλλα πρόσωπα, με στόχο την βελτίωση των συνθηκών κάτω από τις οποίες διαμένει (τρώγλες, κλπ.).

Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιλογή του ασθενή είναι να λαμβάνει σταθερή ιατροφαρμακευτική αγωγή. Επιπλέον, η κλινική του κατάσταση πρέπει να είναι σταθεροποιημένη τουλάχιστον έξι μήνες πριν την διαδικασία επιλογής. Το επίπεδο γενικής λειτουργικότητας πρέπει να είναι ικανοποιητικό και να υπάρχει ύφεση ψυχοπαθολογίας καθώς και κίνητρα για συμμετοχή στο πρόγραμμα για την ικανοποίηση των αναγκών.

Για την τοποθέτηση ανηλίκου ή παιδιού απαιτείται η απόφαση του αρμόδιου δικαστηρίου που χειρίζεται την υπόθεση καθώς και η άποψη του ανήλικου σύμφωνα με το άρθρο 9 του Ν2716/99. <sup>1</sup>

### 3.3.1. Διαδικασία επιλογής της φιλοξενούσας οικογένειας

Κάθε οικογένεια που ενδιαφέρεται να αποτελέσει Φιλοξενούσα οικογένεια υποβάλλει στον φορέα υλοποίησης τα παρακάτω:

- Αίτηση στην οποία φαίνεται το ονοματεπώνυμο, η διεύθυνση κατοικίας καθώς και η ηλικία τους.
- Πιστοποιητικό υγείας των αιτούντων καθώς και των υπολοίπων μελών που κατοικούν μαζί τους.
- Αντίγραφο ποινικού μητρώου των αιτούντων καθώς και των συνοικούντων ενήλικων μελών.
- Υπεύθυνη δήλωση για τον λόγο που θέλουν να προχωρήσουν σε αναδοχή ενός ψυχικά ασθενή.
- Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης καθώς και περιουσιακής των αιτούντων και των συνοικούντων μελών.
- Οποιοδήποτε άλλο στοιχείο ζητηθεί ως διευκρινιστικό από την επιτροπή αξιολόγησης με στόχο την απόδειξη καταλληλότητας του ατόμου ή της οικογένειας που επιθυμεί να κάνει την αναδοχή.

Γι αυτή την διαδικασία επιλογής ορίζεται τριμελής επιτροπή αξιολόγησης η οποία αποτελείται από τον ψυχίατρο, τον ψυχολόγο και τον κοινωνικό λειτουργό που έχουν οριστεί στην ΘΥΔΟ. Ο ρόλος τους είναι να εξετάσουν την προσωπικότητα των αιτούντων, την αποδοχή της απόφασής τους από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Επίσης, ερευνάται και ερευνάται και αξιολογείται το μορφωτικό τους επίπεδο, οι συνθήκες υγιεινής ακόμα και οι επαρκείς οικονομικοί πόροι της οικογένειας. Όλα τα παραπάνω γίνονται στην προσπάθεια επίτευξης του καταλληλότερου περιβάλλοντος και

συνθηκών διαβίωσης για την ασφάλεια και ψυχική ηρεμία του ασθενή καθώς και την αποδοχή του από τα άλλα μέλη της οικογένειας. <sup>1</sup>

#### 3.4.1. Ο ρόλος του κάθε μέλους της ΘΥΔΟ στο πρόγραμμα Φιλοξενουσών οικογενειών

##### **Ο Ψυχίατρος**

Ο ψυχίατρος έχει δύο βασικούς άξονες στους οποίους επικεντρώνεται. Ο πρώτος είναι ο ψυχικά πάσχοντας και ο δεύτερος είναι η ίδια η οικογένεια με στόχο την μείωση των αγχολυτικών παραγόντων και των συγκρούσεων στην οικογένεια. Ο ψυχίατρος καλείται να έχει τον ρόλο του συντονιστή της θεραπευτικής ομάδας. Είναι υπεύθυνος για την παρακολούθηση και την ομαλή θεραπευτική πορεία του ασθενή. Σε συνεργασία με τον ψυχολόγο της ομάδας και τον κοινωνικό λειτουργό επιλέγει τον ασθενή που θα ενταχθεί σε πρόγραμμα φιλοξενίας καθώς και την υποψήφια οικογένεια.

##### **Ο Κοινωνικός Λειτουργός**

Ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται στην ανίχνευση περιστατικών δηλαδή ασθενών που θα ενταχθούν στο πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών. Επίσης, εργάζεται με την οικογένεια και τις διάφορες υπηρεσίες όπως ασφαλιστικούς φορείς και άλλους οργανισμούς με στόχο την επίλυση προβλημάτων στην πορεία και αποδρομή της ψυχικής αρρώστιας. Ο κύριος ρόλος του στο πρόγραμμα είναι η παρέμβαση μαζί με τον ψυχίατρο σε περιπτώσεις δημιουργίας αρνητικών ή απορριπτικών σχέσεων μεταξύ του ασθενή και της οικογένειας.

##### **Ο Νοσηλευτής ή Επισκέπτης Υγείας**

Ο επισκέπτης υγείας ή ο νοσηλευτής έχει ως κέντρο εργασίας τον άρρωστο και την κοινότητα. Οι αρμοδιότητες του είναι να εξασφαλίζει τις κατάλληλες συνθήκες διαβίωσης του ψυχικά πάσχοντα από θέματα λειτουργικότητας, καθαριότητας, αερισμού και φωτεινότητας. Συμμετέχει δηλαδή ενεργά στην διαμόρφωση του χώρου με τα υπόλοιπα μέλη της ΘΥΔΟ.

Η κύρια αρμοδιότητα του επισκέπτη υγείας ή του νοσηλευτή στο πρόγραμμα είναι η παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής του ψυχικά πάσχοντα. Σε συνεργασία με την οικογένεια ο νοσηλευτής ή επισκέπτης ψυχικής υγείας πρέπει να εξασφαλίσει την κανονική λήψη των φαρμάκων. Θα πρέπει να εκπαιδεύσει τον ασθενή ως προς τη λήψη φαρμάκων του και μέσα από την εκπαίδευση της οικογένειας, που παραμένει περισσότερο χρόνο με αυτόν, να παρακολουθείται για πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων. Πολλοί ψυχικά πάσχοντες διακόπτουν την φαρμακευτική τους αγωγή εξαιτίας των παρενεργειών με αποτέλεσμα την επιδείνωση της κατάστασης τους. Σημαντική επομένως, είναι και η ενθάρρυνση της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής.

Ένας ακόμα τομέας ενασχόλησης του νοσηλευτή ή του επισκέπτη υγείας είναι αυτός της εκπαίδευσης όχι μόνο της οικογένειας αλλά και του ψυχικά πάσχοντα σε θέματα όπως η μείωση του stress αλλά και της παρέμβασης του για την αντιμετώπιση των κρίσεων στην οικογένεια μέσω της επίλυσης προβλημάτων. <sup>12</sup>

Απαραίτητα χαρακτηριστικά του για την αποτελεσματικότητα της εργασίας της ΘΥΔΟ είναι:

- Να έχει καλή θεραπευτική προσέγγιση.
- Να έχει καλές γνώσεις κλινικής ψυχοπαθολογίας – νοσολογίας.
- Να ακολουθεί την κοινή ιδεολογία της ΘΥΔΟ.
- Να είναι συνεργάσιμος με τα υπόλοιπα μέλη της ΘΥΔΟ.

## **Ο Ψυχολόγος**

Ο ψυχολόγος έχει σημαντικό ρόλο στο πρόγραμμα. Μέσω της ψυχοθεραπευτικής ή συμβουλευτικής παρέμβασης στον ασθενή αλλά και την οικογένεια εξασφαλίζει την καλύτερη δυνατή εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης του ασθενή, την πρόληψη μιας κρίσης καθώς και την ομαλή σχέση των μελών της οικογένειας. Επίσης ολοκληρώνει την τριάδα της ΘΥΔΟ που ερευνά περιπτώσεις κατάλληλων ασθενών για ένταξη στο πρόγραμμα αλλά και των υποψηφίων φιλοξενουσών οικογενειών. <sup>3</sup>

### 3.5.1. Φάσεις Προετοιμασίας Ένταξης σε Πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών.

#### Φάση 1<sup>η</sup>

Η προετοιμασία του ασθενή για την ένταξη του στο Πρόγραμμα.

Στη φάση αυτή γίνεται μία προσπάθεια από την θεραπευτική ομάδα να βελτιωθούν οι δεξιότητες του ασθενή, ατομικές και κοινωνικές. Στις ατομικές δεξιότητες περιλαμβάνονται η τάξη και οργάνωση, η υγιεινή και αυτοφροντίδα καθώς και η αυτονομία. Οι κοινωνικές δεξιότητες έχουν σχέση με τις συναναστροφές του ατόμου και γενικότερα με το αν παρατηρείται απόσυρση από τον ασθενή. Η ΘΥΔΟ καλείται να αντιμετωπίσει όλα αυτά τα προβλήματα και να ενισχύσει τις δεξιότητες του ατόμου πριν αλλά και καθ' όλη την διάρκεια του προγράμματος φιλοξενουσών οικογενειών.

Οι παραπάνω δεξιότητες έχουν έκπτωση στους ψυχικά πάσχοντες λόγω της χρονιότητας της νόσου και είναι εμφανείς στην καθημερινότητα τους. Αναλυτικότερα:

Όσο αφορά την αυτονομία ο γενικός κανόνας είναι η σταδιακή αυξανόμενη αυτονομία και ανεξαρτησία του ατόμου σε σημείο το οποίο να μπορεί να διαχειριστεί. Αυτό γίνεται με μικρές δοκιμασίες μέσα στην καθημερινότητα του. Από μία βόλτα στο πάρκο, την χρήση των μέσων συγκοινωνίας, μία συναλλαγή σε ένα κατάστημα. Η ΘΥΔΟ και αργότερα η οικογένεια θα πρέπει να είναι ενθαρρυντική απέναντι σε τέτοιες συμπεριφορές αλλά και προστατευτική ταυτόχρονα. Δεν πρέπει να ζητάει πάρα πολλά και πρέπει όσο μπορεί να εξασφαλίσει την εποπτεία του ψυχικά πάσχοντα και την εξασφάλιση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος.

Στο κομμάτι της αυτοφροντίδας ανάλογα με τις δυνατότητες του ασθενή, η ΘΥΔΟ ορίζει εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα. Στις κοινωνικές του δεξιότητες, η ΘΥΔΟ έχει να αντιμετωπίσει πολλές δυσκολίες.

Η απόσυρση που παρατηρείται από την κοινωνία και την Φιλοξενούσα οικογένεια αργότερα με την ανάγκη του να μένει μόνο του είναι ένα από τα κυριότερα προβλήματα. Η επικρατέστερη άποψη είναι να γίνεται δεκτή η ανάγκη του για απομόνωση, αρκεί να ενισχύεται η αλληλεπίδραση του με την ΘΥΔΟ και αργότερα με την οικογένεια. Με αυτόν τον τρόπο ο ασθενής καταλαβαίνει ότι η ΘΥΔΟ και η οικογένεια σέβονται την ανάγκη του για απομόνωση αλλά είναι θετικοί και διαθέσιμοι όταν θα θέλει να αλληλεπιδράσει μαζί τους.

Στο κομμάτι των κοινωνικών συναναστροφών είναι λίγες οι προσδοκίες. Αυτό συμβαίνει διότι ένα άτομο με ψυχική νόσο θα εμφανίσει πολλές δυσκολίες στον τομέα αυτό καθώς οι χώροι με πολλά άτομα ίσως δημιουργήσουν σύγχυση στο άτομο καθώς δεν βρίσκεται σε ένα περιβάλλον οικείο γι αυτό. Αυτό αποτελεί αγχολυτικό παράγοντα. Γι αυτόν τον λόγο προτιμάται η σταδιακή ένταξη νέων προσώπων και η προτίμηση ήσυχων περιβάλλοντων και δραστηριοτήτων με λίγα άτομα και στην προετοιμασία αλλά και μετά από την ένταξη του ατόμου στη Φιλοξενούσα οικογένεια. <sup>1</sup>

## Φάση 2<sup>η</sup>

Η προετοιμασία της Οικογένειας από τη ΘΥΔΟ

Πριν την δοκιμαστική περίοδο ένταξης του ασθενή, γίνεται προετοιμασία της οικογένειας. Η θεραπευτική ομάδα που ορίζεται διαμορφώνει εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την οικογένεια που αποτελεί μία συνεχή διαδικασία στην δοκιμαστική αλλά και καθ' όλη την διάρκεια της φιλοξενίας. Αυτή περιλαμβάνει ενημέρωση για την ψυχιατρική διαταραχή του ασθενή και τεχνικές ενθάρρυνσης και κινητοποίησης του. <sup>12</sup>

Διαμόρφωση κατοικίας Ψυχικού πάσχοντα.

Το περιβάλλον παίζει ένα πολύ σημαντικό παράγοντα που επιδρά στο νευρικό σύστημα. Επομένως, η ανάγκη διαμόρφωσης της κατοικίας είναι μεγάλη, καθώς εξασφαλίζει την προστασία και ασφάλεια του πάσχοντα. Επιπλέον, ασκεί μία επιρροή η οποία μπορεί να είναι ενεργητική.

Η νευροαρχιτεκτονική, αποτελεί συνεργασία της Αρχιτεκτονικής με επιστήμες όπως η ιατρική και η ψυχολογία. Στόχος της είναι η μελέτη του τρόπου με τον οποίο διάφοροι παράγοντες όπως ο χώρος, τα χρώματα και ο φωτισμός αποτελούν στρεσογόνους ή αγχολυτικούς παράγοντες και αν επηρεάζουν την μνήμη και την ψυχική μας διάθεση.

Οι ψυχικά πάσχοντες είναι απαραίτητο να κατοικούν σε χώρους λειτουργικούς που να προσφέρουν ταυτόχρονα ασφάλεια. Επιλέγονται χρώματα που επηρεάζουν θετικά τα συναισθήματα του ψυχικά πάσχοντα. Για παράδειγμα το κόκκινο αποφεύγεται γιατί προκαλεί μία τάση για προώθηση ενώ το μπλε προκαλεί μία τάση για υποχώρηση. Γι αυτό τον λόγο, οι χώροι του σπιτιού αξιολογούνται από την ΘΥΔΟ.

Πολλοί ψυχικά πάσχοντες, παρουσιάζουν και άλλα προβλήματα που πρέπει και αυτά να λαμβάνονται υπόψη στην διαμόρφωση, όπως παθολογικές ασθένειες και ορθοπεδικά προβλήματα. Η διαμόρφωση πρέπει να ενισχύει την αυτοεξυπηρέτηση και την κινητικότητα του ασθενή στον χώρο.



Στόχος της θεραπευτικής ομάδας στην ψυχοεκπαίδευση των οικογενειών είναι τρία βασικά στοιχεία.

1. Την πληροφόρηση της οικογένειας για την ψυχική νόσο σχετικά με την αιτιολογία της, τα συμπτώματα και τη θεραπεία της. Με την εκπαίδευση της οικογένειας επιτυγχάνεται ένα σημαντικό μέρος θεραπευτικών προσεγγίσεων διότι είναι τα άτομα που θα έχουν περισσότερο χρόνο με τον ασθενή. Γίνεται ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ της ΘΥΔΟ και της οικογένειας με στόχο την εξάλειψη λανθασμένων εντυπώσεων γύρω από τα ψυχιατρικά θέματα. Για την καλύτερη αφομοίωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί συμπληρωματικά οπτικοακουστικό υλικό, βιβλία και ενημερωτικά φυλλάδια.
2. Μέσα από την εκπαίδευση να επιτευχθεί η βελτίωση του τρόπου επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας όσο και των μελών με το άτομο με την ψυχική ασθένεια. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται η μείωση και ελαχιστοποίηση του άγχους του ψυχικά πάσχοντα αλλά και οι εντάσεις και οι συγκρούσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας.
3. Τελικός στόχος είναι η εκπαίδευση με στόχο την αύξηση των ικανοτήτων διαχείρισης και αντιμετώπισης των προβλημάτων που προκύπτουν στην καθημερινή συμβίωση. Αυτή περιλαμβάνει την διαχείριση κρίσεων και την αναγνώριση της επιδείνωσης της κατάστασης του ασθενή (υποτροπές) και κυρίως την αναγνώριση των προειδοποιητικών σημείων αυτοκτονίας.

Υποχρέωση της ΘΥΔΟ είναι και η εκπαίδευση της οικογένειας σε άλλες παθήσεις που μπορεί να έχει ο ψυχικά πάσχοντας (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης) και ενημέρωση της.

Η ΘΥΔΟ θα βοηθήσει την οικογένεια να εκφράζει τα θετικά συναισθήματα, να θέτει το κάθε μέλος της τα αιτήματα του με καλό τρόπο και ευγενικό χωρίς να δημιουργούνται άγχος και εντάσεις. Επιπλέον μέσω της εκπαίδευσης θα μάθουν να εκφράζουν τα αρνητικά συναισθήματα και θα ακούν ο ένας τον άλλο και τον ασθενή επιλύοντας τα προβλήματα που θα προκύψουν .

Επίσης, σε αυτή τη φάση η οικογένεια θα αρχίσει να εκπαιδεύεται σε τεχνικές χαλάρωσης και αντιμετώπισης του άγχους δημιουργώντας ένα περιβάλλον ασφαλές για τον ασθενή που θα εξασφαλίσει την καλή πορεία της νόσου του.

Η οικογένεια εκπαιδεύεται σε χειρισμούς που στόχο έχουν την καλύτερη δυνατή πορεία της νόσου. Ενθαρρύνει το άτομο να εκφράσει τα παράπονα του με στόχο την εύρεση παρενεργειών και να απευθύνεται σε ειδικό όταν αυτό συμβαίνει. Δεν τον επικρίνει για την ύπαρξη παρενεργειών, αντιθέτως, τον ενθαρρύνει να μιλάει γι αυτές. Σε συνεννόηση με τον νοσηλευτή ή τον επισκέπτη υγείας οργανώνει το πρόγραμμα του ασθενή ώστε να θυμάται τις δόσεις του. Ανάλογα με την πάθηση η οικογένεια καλείται να συμπεριφέρεται με συγκεκριμένο τρόπο. Τα άτομα με χρόνια ψυχική νόσο, αντιμετωπίζουν δυσκολία προσαρμογής σε πολλά αισθητήρια ερεθίσματα. Η οικογένεια πρέπει να επικοινωνεί μαζί του με σαφείς, μικρές προτάσεις κοιτάζοντας του στο πρόσωπο. Οι οδηγίες να είναι ξεκάθαρες χωρίς περιθώρια εναλλακτικών επιλογών. Επιπλέον, πρέπει να μιλάνε αργά και σταθερά για να μην δημιουργείται σύγχυση στο άτομο.

Σε ψυχωσικούς ασθενείς, δεν πρέπει να διαφωνούν όταν εκφράζουν παραληρητικές ιδέες. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε εκνευρισμό, θυμό ή απόσυρση. Δεν αποτελεί λύση ούτε το να αστείευτούμε με το γεγονός γιατί θα έχει το ίδιο αποτέλεσμα. Η καλύτερη αντιμετώπιση είναι να θέσουμε χωρίς να

επιμένουμε τη δική μας άποψη. Για παράδειγμα, εάν ο ψυχικά ασθενής πει ότι στο υπνοδωμάτιο του υπάρχουν κάμερες που τον κατασκοπεύουν κρυμμένες, η καλύτερη αντιμετώπιση είναι να απαντήσουμε ότι εμείς δεν βρήκαμε κάποιες κάμερες και αμφιβάλουμε ότι υπάρχουν εκεί. Είναι λάθος χειρισμός να συμφωνήσουμε με την παραληρητική ιδέα. <sup>12</sup>

Επιπλέον, δεν πρέπει να το παίρνουν σαν προσωπική αποτυχία ούτε να επιμένουν, σε περίπτωση που το άτομο θέλει να απομονωθεί.

Η οικογένεια πολλές φορές κατηγορεί την ψυχική νόσο για όλες τις ανεπιθύμητες συμπεριφορές. Το να ξεχάσει να πλύνει τα δόντια του μια φορά το βράδυ δεν είναι ένδειξη απόσυρσης ούτε έχει αίτιο την ψυχική νόσο. Θα πρέπει να γίνεται υπενθύμιση του καθημερινού προγράμματος του ατόμου.

Επιπροσθέτως, βασικό κομμάτι των χειρισμών της οικογένεια είναι η διατύπωση ξεκάθαρων κανόνων και αδιαπραγμάτευτων, όσον αφορά το ποιες συμπεριφορές είναι αποδεκτές και ποιες όχι. Η σωματική υγιεινή, η απαγόρευση σωματική βίας ή επικίνδυνης συμπεριφοράς είναι κανόνες που θα έχουν συνέπειες η παραβίαση τους. <sup>10</sup>

### 3.5.2 Η δημιουργία πλάνου διαχείρισης κρίσης

Την προετοιμασία της οικογένειας ολοκληρώνει ένα πλάνο από κοινού της οικογένειας με τη ΘΥΔΟ για τη διαχείριση μιας πιθανής κρίσης του ασθενή. Η οικογένεια εκπαιδεύεται από την ΘΥΔΟ να αναγνωρίζει τα προειδοποιητικά σημάδια των υποτροπών. Τέτοια μπορεί να είναι η επιθετικότητα, η αϋπνία, η παραμέληση της προσωπικής υγιεινής, η παρουσία ψευδαισθήσεων, ο ασυνάρτητος λόγος ή συγκεχυμένος, οι τάσεις φυγής κ.α. Εάν δεν υποχωρήσουν και επέλθει η κρίση, η οικογένεια για λόγους ασφαλείας του ίδιου του ατόμου και των μελών της ενεργοποιεί το σχέδιο διαχείρισης της κρίσης. Ένα παράδειγμα τέτοιου σχεδίου περιλαμβάνει μία λίστα τηλεφώνων εκτάκτου ανάγκης που θα ειδοποιήσει η οικογένεια, π.χ. του ειδικού που παρακολουθεί το άτομο, του εφημερεύοντος νοσοκομείου και της αστυνομίας. Το άτομο θα πρέπει να παρακολουθηθεί και να νοσηλευτεί σε μία κρίση. Επομένως, το πλάνο μπορεί να εμπεριέχει μία λίστα με φίλους και συγγενείς οι οποίοι θα έρθουν στο σπίτι να φροντίζουν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας κατά τη διάρκεια της κρίσης. Συνιστάται επίσης, η ενημέρωση του ασθενή για τη διαδικασία που θα ακολουθήσει σε μία τέτοια περίπτωση ώστε να είναι πιο συνεργάσιμο στη νοσηλεία του και να μην φαίνεται τόσο τρομακτική η διαδικασία κατά τη διάρκεια της κρίσης από το να μην γνώριζε τη διαδικασία καθόλου.

Η οικογένεια κατά τη διάρκεια της κρίσης εφαρμόζει δέκα βασικούς κανόνες για την ασφάλεια της καθώς και του ασθενή.

1. Το άτομο βρίσκεται σε μία κατάσταση απώλειας ελέγχου που το τρομοκρατεί γι αυτό το λόγο γίνεται προσπάθεια να το ηρεμήσει και να το βοηθήσει να χαλαρώσει.
2. Η οικογένεια δεν δείχνει όσο είναι δυνατόν ότι χάνει την ψυχραιμία της ή ότι θυμώνει με το άτομο.
3. Δεν υψώνει τον τόνο της φωνής στο άτομο.
4. Δεν επιχειρηματολογεί με το άτομο διότι δεν είναι σε θέση να ελέγχει τον εαυτό του.
5. Δεν ειρωνεύεται το άτομο

6. Ζητάει στο άτομο να καθίσει αφού πρώτα έχουν καθίσει οι ίδιοι.
7. Αποφεύγει τη σωματική επαφή με το άτομο.
8. Αποφεύγεται επίσης και η συνεχής επίμονη βλεμματική επαφή.
9. Προσπαθεί να μειώσει τα ερεθίσματα που αποσυντονίζουν το άτομο όπως φασαρία, ραδιόφωνο, τηλεόραση, έντονα φώτα κλπ.
10. Σε περίπτωση που υπάρχουν επισκέπτες τους ζητάμε διακριτικά να αποχωρήσουν με στόχο την δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος για το άτομο. <sup>1</sup>

### 3.5.3. Δοκιμαστική περίοδος ένταξης

Σε αυτή την περίοδο γίνεται μία σταδιακή ένταξη του ασθενή στην οικογένεια. Αυτή η περίοδος μπορεί να διαρκέσει έως και τρεις μήνες. Σε αυτή τη διάρκεια ο ασθενής επισκέπτεται την υποψία οικογένεια με τη συνοδεία μέλους της ΘΥΔΟ. Εάν ο ασθενής είναι παιδί ή έφηβος τότε γίνονται διανυκτερεύσεις στην υποψήφια φιλοξενούσα οικογένεια με τη συνοδεία πάλι μέλους της ΘΥΔΟ. Σε αυτές τις επισκέψεις αξιολογούνται οι αντιδράσεις μεταξύ της οικογένειας και του ασθενή και αν όλα κυλίσουν ομαλά τότε οριστικοποιείται η φιλοξενία από τη ΘΥΔΟ και υπογράφεται σύμβαση μεταξύ της οικογένειας και του φορέα υλοποίησης του προγράμματος και η τοποθέτηση του ασθενή.

### 3.6.1 Η δημιουργία σύμβασης

Η δημιουργία σύμβασης γίνεται ανάμεσα στον φορέα λειτουργίας και τους γονείς που απαρτίζουν την οικογένεια ή το μεμονωμένο άτομο. Συνήθως η χρονική διάρκεια της σύμβασης είναι το ένα έτος. Η σύμβαση περιλαμβάνει με σαφήνεια τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις της οικογένειας, τις μεθόδους εκπαίδευσης της και την εποπτεία της, τη χρονική διάρκεια της φιλοξενίας, τους λόγους που μπορεί να γίνει διακοπή της φιλοξενίας καθώς και τους εξατομικευμένους στόχους της φιλοξενίας.

Υπάρχει επίσης, η δυνατότητα ανανέωσης της σύμβασης εάν αξιολογηθεί θετικά το συνολικό έργο της Φιλοξενούσας οικογένειας μετά από αιτιολογημένη πρόταση του επιστημονικά υπεύθυνου και την αποδοχή της πρότασης από την Φιλοξενούσα οικογένεια και την οικογένεια του ασθενή. Το χρονικό διάστημα της ανανέωσης συμφωνείται από κοινού.

Στο οικονομικό κομμάτι η σύμβαση ορίζει το 90% του ειδικού ενοποιημένου νοσήλιου να δίνεται έγκαιρα στην Φιλοξενούσα οικογένεια ενώ το υπόλοιπο 10% αξιοποιείται από το φορέα υλοποίησης για τις υπηρεσίες που παρέχει στην φιλοξενούσα οικογένεια όπως θεραπευτική αγωγή και υποστήριξη του ασθενή, ψυχολογική υποστήριξη της φιλοξενούσας οικογένειας και του ασθενή, εκπαίδευση της φιλοξενούσας οικογένειας κ.α.

Ο φορέας δεσμεύεται να επιτηρεί την ομαλή διεξαγωγή του προγράμματος και να εξασφαλίζει ότι η Φιλοξενούσα οικογένεια φροντίζει τον ασθενή και τηρεί τις δεσμεύσεις της. Αυτό γίνεται με την επίσκεψη τουλάχιστον μία φορά το μήνα, αλλά και εκτάκτως του επιστημονικά υπεύθυνου στην Φιλοξενούσα οικογένεια. Σε περίπτωση που η ΘΥΔΟ συνειδητοποιήσει ότι δεν τηρούνται οι όροι

της σύμβασης από την Φιλοξενούσα οικογένεια τότε η σύμβαση διακόπτεται μονομερώς και η οικογένεια δεν δικαιούται οποιαδήποτε αξίωση. 1

Η φιλοξενούσα οικογένεια αναλαμβάνει τις εξής υποχρεώσεις:

### 3.6.2. Οι υποχρεώσεις της οικογένειας

1. Να παρέχει ένα σπίτι που να διασφαλίζει την αξιοπρεπή και ασφαλή διαμονή του ασθενή.
2. Να του παρέχει επαρκή τροφή και υγιεινή.
3. Να καλύπτει τα μικροέξοδα του ασθενή καθώς και τις μετακινήσεις του με τα μέσα μεταφοράς.
4. Να του καλύπτει την επαρκή ένδυση, υπόδηση.
5. Να παρακολουθεί τη συμμόρφωση του ασθενή στην λήψη της φαρμακευτικής αγωγής.
6. Επιμέλεια της σωματικής και ψυχικής ανάπτυξης του ασθενή.
7. Σε περίπτωση που ο ασθενής είναι παιδί, πρέπει να εξασφαλίζεται η ολοκλήρωση της σχολικής του εκπαίδευσης ενώ εάν είναι έφηβος της εκπαίδευσης αλλά και της επαγγελματικής του κατάρτισης.
8. Εξασφάλιση της συμμετοχής του ασθενή στις δράσεις της οικογένειας και της αλληλεπίδρασης του με την οικογένεια.
9. Να διατηρεί ένα ήρεμο και ομαλό οικογενειακό περιβάλλον για τον ασθενή.
10. Να προετοιμάσει τον ασθενή ώστε να μπορέσει να πετύχει την αυτόνομη διαβίωση του.
11. Να διασφαλίσει σε περιπτώσεις άλλων εσόδων του ασθενή την αυτοτελή τους διάθεση σε αυτόν.

### 3.6.3 Τα δικαιώματα της Φιλοξενούσας οικογένειας

Τα δικαιώματα της Φιλοξενούσας οικογένειας που κατοχυρώνονται από την σύμβαση είναι:

1. Η δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη του ασθενή χωρίς επιβάρυνση της οικογένειας για ανασφάλιστο ασθενή αλλά από τον φορέα υλοποίησης του προγράμματος. Εάν είναι ασφαλισμένος δεν καλύπτονται οι δαπάνες από τα ασφαλιστικά ταμεία του ασθενή, η επιβάρυνση είναι πάλι του φορέα.
2. Το δικαίωμα μέσω της ΘΥΔΟ της κοινωνικής προστασίας του ασθενή από τις υπηρεσίες του υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή άλλων κρατικών φορέων σε έκτακτη ανάγκη.
3. Η οικογένεια έχει δικαίωμα να λαμβάνει εγκαίρως και προκαταβολικά κάθε 27 του προηγούμενου μήνα το ποσό που δικαιούται από την σύμβαση μέσω κατάθεσης στον κοινό λογαριασμό των συζύγων ή του μεμονωμένου ατόμου.
4. Να αποφασίζει σε περίπτωση εφήβου ή παιδιού, την καλύτερη ανατροφή και διαπαιδαγώγηση του κατά την δική της κρίση.
5. Η Φιλοξενούσα οικογένεια δεν επιτρέπεται να παρενοχλείται από την οικογένεια ή συγγενείς του ασθενή κατά την διάρκεια της φιλοξενίας. Ο επιστημονικά υπεύθυνος επιτρέπει κάποιες προγραμματισμένες επισκέψεις της οικογένειας.
6. Τέλος, δικαίωμα της οικογένειας είναι η διακοπή της σύμβασης σύμφωνα με την παρακάτω προϋπόθεση:

Μετά από αίτηση της Φιλοξενούσας οικογένειας για διακοπή της σύμβασης ανεξαρτήτου λόγου και την παρέλευση δύο μηνών από την ημερομηνία που έγινε υποβολή αυτής. Σε αυτό το διάστημα γίνονται οι απαραίτητες ενέργειες από τον Επιστημονικά Υπεύθυνο και την ΘΥΔΟ για την τοποθέτηση του ασθενή σε άλλη Φιλοξενούσα οικογένεια ή δομή αποκατάστασης του ίδιου φορέα ή μη.

#### 3.6.4. Λόγοι ή προϋποθέσεις διακοπής της σύμβασης Φιλοξενουσών οικογενειών εκτός της επιθυμίας της ίδιας της οικογένειας

- A. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος και η ΘΥΔΟ έχουν την ευθύνη της διακοπής της σύμβασης εάν δεν εξασφαλίζεται η πρόοδος της αποκατάστασης του ασθενή ή εάν δεν τηρούνται οι όροι της σύμβασης από την Φιλοξενούσα οικογένεια. Αρχικά, γίνονται έγγραφες παρατηρήσεις – υποδείξεις στην οικογένεια και της δίνεται η δυνατότητα εντός ενός μήνα να προσαρμοστεί και να εφαρμόσει τις υποδείξεις. Εάν παρόλα αυτά η οικογένεια δεν καταφέρει στο τέλος της προθεσμίας να εφαρμόσει τις υποδείξεις τότε γίνεται δεύτερη φορά έγγραφες παρατηρήσεις για άμεση συμμόρφωση και αυτή εάν δεν επιτευχθεί εντός 10 ημερών ο Επιστημονικός Υπεύθυνος απευθύνεται στον φορέα υλοποίησης για την μονομερή διακοπή της σύμβασης με ευθύνη της οικογένειας και κινεί τις διαδικασίες για εύρεση άλλης Φιλοξενούσας οικογένειας ή τοποθέτηση του ασθενή σε προσωρινή στεγαστική δομή μέχρι την εύρεση της επόμενης.
- B. Δικαίωμα διακοπής της σύμβασης μετά από αίτηση έχει και ο ίδιος ο ασθενής εφόσον είναι ενήλικας. Μέσα σε ένα τρίμηνο η ΘΥΔΟ και ο Επιστημονικός Υπεύθυνος θα πρέπει να διερευνήσουν την κατάσταση και τους λόγους και να αποφασίσουν για την συνέχιση ή όχι της ισχύς της σύμβασης. <sup>7</sup>

#### 3.6.5. Δικαιώματα του ασθενούς

Όπως αναφέρεται στο άρθρο 7 του Νομικού πλαισίου των Φιλοξενουσών οικογενειών η προστασία των δικαιωμάτων του ψυχικά ασθενή είναι ευθύνη του Επιστημονικού υπεύθυνου, της ΘΥΔΟ σε συνδυασμό με την συνεργασία με την επιτροπή Ψυχικής Υγείας του αντίστοιχου τομέα που πραγματοποιείται το πρόγραμμα και της Επιτροπής Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές.

Τα δικαιώματα του ασθενή σύμφωνα με την παράγραφο 2 του Ν2716/99, είναι το δικαίωμα για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης, η εξειδικευμένη ατομική του φροντίδα. Δικαίωμα του είναι η προστασία της περιουσίας του και επίσης η κοινωνική του επανένταξη μέσω του προγράμματος. Η ΘΥΔΟ στο διάστημα προετοιμασίας που θα επισκέπτεται ο ασθενής την οικογένεια θα εκτιμήσει την καταλληλότητα της οικογένειας για τον ψυχικά πάσχοντα. Δικαιώματα του είναι και η δυνατότητα του μετά από αίτηση και διερεύνηση της ΘΥΔΟ της διακοπής της σύμβασης με την Φιλοξενούσα οικογένεια και την τοποθέτηση του σε νέα. <sup>1</sup>

#### 3.7.1. Διαχείριση και Αξιολόγηση της ψυχικής φθοράς της οικογένειας

Ένα μεγάλο κομμάτι του προγράμματος στο οποίο η ΘΥΔΟ έχει μεγάλο ρόλο είναι αυτό της ψυχικής φθοράς που βιώνει η φιλοξενούσα οικογένεια. Αυτό συμβαίνει διότι η αναδοχή ενός ψυχικά πάσχοντα

επηρεάζει τους ρυθμούς της οικογένειας και μπορεί να γίνει αίτιο συγκρούσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας. Γι αυτό το λόγο η ΘΥΔΟ αναλαμβάνει την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στα μέλη της οικογένειας αλλά και την παρακολούθηση της. Για την εξασφάλιση της οικογενειακής ηρεμίας και την ταυτόχρονη παροχή ενός ήσυχου φιλικού περιβάλλοντος στον ασθενή, η ΘΥΔΟ αξιολογεί με διάφορες κλίμακες που παρατίθενται παρακάτω:

- i. τον βαθμό της οικογενειακής επιβάρυνσης,
- ii. τις οικογενειακές συνήθειες και
- iii. την οικογενειακή ατμόσφαιρα

Οι κλίμακες αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την επιλογή της φιλοξενούσας οικογένειας.

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει η φιλοξενούσα οικογένεια ιδίως σε ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι πολλές. Αφορούν την απουσία προσωπικού χρόνου, τις μειωμένες κοινωνικές συναναστροφές της οικογένειας. Φόβος και αγωνία για μία πιθανή επικείμενη υποτροπή. <sup>1</sup>

### 3.8.1. Σύνοψη Ρόλου Φιλοξενούσας Οικογένειας

Συνοπτικά ο ρόλος της φιλοξενούσας οικογένειας είναι:

1. να παρέχει ένα ασφαλές αγχολυτικό περιβάλλον στον ασθενή
2. η ενθάρρυνση της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής του ασθενή και η παρακολούθηση για εμφάνιση παρενεργειών
3. να στοχεύει στην αυξανόμενη αυτονομία του ασθενή και την βελτίωση των ατομικών και κοινωνικών του δεξιοτήτων με στόχο την αποκατάσταση
4. την εξασφάλιση της αλληλεπίδρασης του ασθενή με την φιλοξενούσα οικογένεια
5. να καλύπτει τις ανάγκες τροφής, στέγασης, υπόδησης καθώς και μικροεξόδων του ασθενή.

### 3.8.2 Σύνοψη ρόλου ΘΥΔΟ

Συνοπτικά ο ρόλος της ΘΥΔΟ είναι:

1. η επιλογή της φιλοξενούσας οικογένειας και του ασθενή
2. η εκπαίδευση και προετοιμασία της φιλοξενούσας οικογένειας για την αναδοχή
3. η εκπαίδευση και προετοιμασία του ασθενή
4. η αξιολόγηση και παρακολούθηση της πορείας του ασθενή
5. η ενθάρρυνση και παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στον ασθενή και τα μέλη της οικογένειας
6. την αντιμετώπιση επείγοντος περιστατικού και την δημιουργία ενός πλάνου αντιμετώπισης κρίσης
7. την δημιουργία στόχων κατά την διάρκεια του προγράμματος με σκοπό την αυτόνομη διαβίωση και την κοινωνική αποκατάσταση του ασθενή
8. την εποπτεία της τήρησης των υποχρεώσεων της φιλοξενούσας οικογένειας σύμφωνα με την σύμβαση και την παροχή στοχευμένων συμβουλών στην οικογένεια.

### 3.9.1. Ολοκλήρωση της σύμβασης

Με την ολοκλήρωση του χρονικού διαστήματος που ορίζει η σύμβαση και την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί από την ΘΥΔΟ, ο ασθενής είναι έτοιμος για την αυτόνομη διαβίωση του. Ο φορέας εξασφαλίζει την συνέχιση της θεραπευτικής φροντίδας του ασθενή μετά την λήξη της σύμβασης. Με την ολοκλήρωση της σύμβασης επιτυγχάνεται ο στόχος του προγράμματος που είναι η αποκατάσταση του ασθενή και η επανένταξη του στην κοινωνία. <sup>1</sup>

#### 4.1. Σκοπός της έρευνας

Ο σκοπός της έρευνας αυτής είναι η πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού για την ύπαρξη των προγραμμάτων φιλοξενουσών οικογενειών, όπως επίσης και η ανάδειξη των αποτρεπτικών παραγόντων αλλά και αυτών που ενισχύουν την απόφαση του γενικού πληθυσμού να προβεί σε αναδοχή καθώς και τον ρόλο και την σημασία του νοσηλευτή στο πρόγραμμα.

#### 4.2. Αποτελέσματα – Στατιστική Ανάλυση Έρευνας

Στο παρόν κομμάτι παρουσιάζονται και αναλύονται τα αποτελέσματα της έρευνας που έγινε στα πλαίσια εκπόνησης της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Η έρευνα έλαβε μέρος το δεύτερο τρίμηνο του 2015 στην περιοχή της Αχαΐας. Ο πληθυσμός αναφοράς της έρευνας ήταν μόνιμοι κάτοικοι του νομού Αχαΐας άνω των 18 ετών. Σκοπός της έρευνας είναι η εύρεση των στάσεων και αντιλήψεων του γενικού πληθυσμού όσον αφορά, το πρόγραμμα φιλοξενουσών οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες.

#### Μεθοδολογία Έρευνας

Στο παρόν κομμάτι περιγράφουμε τη μεθοδολογία που ακολουθήσαμε για τη διεξαγωγή της έρευνας με θέμα «Πρόγραμμα Φιλοξενουσών Οικογενειών για Ψυχικά Πάσχοντες». Η μεθοδολογία περιγράφεται σε βήματα μιας σύνθετης διαδικασίας.

#### 1. Δημιουργία ερωτηματολογίου

Κατά τη δημιουργία του ερωτηματολογίου προσπαθήσαμε να αποφύγουμε λάθη τα οποία συνήθως επαναλαμβάνονται σε διάφορες έρευνες. Αποφύγαμε διχοτομικές ερωτήσεις του τύπου «Ναι» , «Όχι» καθώς αυτές οι ερωτήσεις δεν καλύπτουν σε όλο το εύρος τους τη πληροφορία που θα μπορούσαμε να αποσπάσουμε από τους ερωτώμενους. Επίσης αποφύγαμε ασαφείς ερωτήσεις για τους συμμετέχοντες στην έρευνα καθώς αφορά ένα θέμα με αρκετές ψυχιατρικές ορολογίες. Ο όγκος του ερωτηματολογίου ήταν ικανοποιητικός καθώς δεν αφήσαμε εκτός ερωτήσεις οι οποίες ήταν απαραίτητες για την μελέτη μας και παρόλα αυτά δεν έγινε αρκετά μεγάλο ώστε να κριθεί ως κουραστικός από τους συμμετέχοντες. Κάθε ερώτηση που παραθέσαμε στο ερωτηματολόγιο είχε ως στόχο να καλύψει μια διαφορετική σκοπιά του υπό μελέτη θέματος. Τέλος, παραθέσαμε ερωτήσεις με τα βιογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων στο τέλος του ερωτηματολογίου έτσι ώστε να αφιερώσουν περισσότερο παραγωγικό χρόνο στις ερωτήσεις που χρειάζονται παραπάνω σκέψη. Οι ερωτήσεις δημογραφικών στοιχείων, σε



αντίθεση με τις ερωτήσεις του κύριου μέρους του ερωτηματολογίου, απαντώνται χωρίς ιδιαίτερη σκέψη και οι περισσότερες ασυναίσθητα. <sup>9</sup>

Συνολικά παρατέθηκαν 26 ερωτήσεις-μεταβλητές. Όλες οι ερωτήσεις που παρατέθηκαν στο ερωτηματολόγιο ήταν κλειστού τύπου ενώ μόλις μία από αυτές (ηλικία) ήταν αριθμητική. Οι υπόλοιπες 25 ερωτήσεις ήταν κατηγορικές, 4 από τις οποίες ήταν δίτιμες και οι υπόλοιπες 21 διατάξιμες πενταβάθμιας κλίμακας τύπου Likert. Επιλέξαμε κλίμακα τύπου Likert ώστε ο κάθε ερωτώμενος να μας δηλώσει τον βαθμό στον οποίο συμφωνεί με μία καταφατική πρόταση που του παραθέσαμε. Η απάντηση του ερωτώμενου με ένα ναι ή όχι σε μία ενδεχόμενη ερώτηση να έκρυβε αρκετή από τη πληροφορία ως προς τη στάση του σχετικά με το θέμα. Χρησιμοποιήσαμε πενταβάθμια κλίμακα στις ερωτήσεις μας καθώς θεωρήσαμε επαρκή τη διαβάθμιση της κλίμακας ώστε κάποιος να ορίσει σαφώς τον βαθμό με τον οποίο συμφωνεί με την πρόταση. Συνήθως χρησιμοποιούνται μεγαλύτερης κλίμακας μεταβλητές όταν έχουμε ως στόχο μέσα από μια διαδικασία να χειριστούμε τις μεταβλητές περισσότερο ως ποσοτικές παρά ως κατηγορικές διατάξιμες. Σε αυτή τη περίπτωση θα ήταν προτιμότερη μία επταβάθμια ή δεκαβάθμια κλίμακα.

10

## 2. Δειγματοληψία – Συλλογή ερωτηματολογίων

Συλλέχθηκαν 371 έγκυρα, πλήρη και ορθά συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν και συλλέχθηκαν χέρι-χέρι από τους δύο ερευνητές που είναι και συγγραφείς της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με την φυσική παρουσία ενός εκ των δύο ερευνητών κάθε φορά ώστε να λυθούν ενδεχόμενες απορίες. Η συμβολή των ερευνητών κατά τη συμπλήρωση μπορεί να θεωρηθεί μηδαμινή, συνεπώς το ερωτηματολόγιο ήταν αρκετά κατανοητό στους συμμετέχοντες. Η μέθοδος δειγματοληψίας που εφαρμόστηκε είναι η μέθοδος της απλής τυχαίας δειγματοληψίας όπου κάθε στοιχείο του πληθυσμού αναφοράς είχε την ίδια πιθανότητα να επιλεγεί ως στοιχείο του δείγματός μας. Επιλέξαμε ένα δείγμα ποσοστών σύμφωνα με το οποίο το δείγμα ακολουθεί αντίστοιχα ποσοστά με τον πληθυσμό αναφοράς ως προς το φύλο και τις ηλικίες. Τις αναλογίες ανδρών/γυναικών στον νομό Αχαΐας και την κατανομή τους στις διάφορες ηλικίες τις βρήκαμε από την δημοσίευση της απογραφής τους 2011 που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα. <sup>18</sup>

## 3. Καταχώρηση απαντήσεων στο Microsoft Excel – Κωδικοποίηση

Στο τρίτο βήμα της διαδικασίας που ακολουθήσαμε ήταν η καταχώρηση των απαντήσεων σε μία ηλεκτρονική βάση. Φτιάξαμε ένα υπολογιστικό αρχείο με στήλες όσα και τα ερωτήματα του ερωτηματολογίου και γραμμές όσες και οι συμμετέχοντες. Κάθε γραμμή αναπαριστούσε τις απαντήσεις κάθε ερωτώμενου. Η καταχώρηση των απαντήσεων δεν έγινε με το πλήρες κείμενο κάθε απάντησης αλλά με έναν αριθμό που αναπαριστούσε μία ενιαία κωδικοποίηση της απάντησης που ακολουθήθηκε σε όλα τα ερωτηματολόγια. Για παράδειγμα θέσαμε την τιμή 1 για την απάντηση Άνδρας και την τιμή 2 για την απάντηση Γυναίκα στην ερώτηση φύλου. Ενώ σε όλες τις πενταβάθμιες ερωτήσεις τύπου Likert που χρησιμοποιήσαμε, κωδικοποιήσαμε την απάντηση «Καθόλου» με την τιμή 1, την απάντηση «Ελάχιστη» με την τιμή 2, την «Μέτρια» με την τιμή 3, «Αρκετά» με την τιμή 4 και την απάντηση «Πολύ» με την τιμή 5.

Αφού συλλέξαμε και καταχωρήσαμε τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στο υπολογιστικό φύλο Microsoft Excel 2007, εισάγαμε το αρχείο στο στατιστικό πακέτο R-studio, το οποίο αποτελεί περιβάλλον της γλώσσας προγραμματισμού R. Η εισαγωγή των δεδομένων έγινε αποθηκεύοντας το αρχείο Excel σε κείμενο χωρισμένο με κόμματα μορφής (.csv).

#### 4. Στατιστική Ανάλυση και Επεξεργασία

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας παρουσιάζονται και αναλύονται στο παρόν κομμάτι με τη βοήθεια της επιστήμης της στατιστικής. Η στατιστική ανάλυση της παρούσας πτυχιακής επιμερίζεται σε δύο μέρη, τη μονομεταβλητή ανάλυση και τη διμεταβλητή ανάλυση.

- **Μονομεταβλητή ανάλυση:** Με τη χρήση της περιγραφικής στατιστικής αναλύονται τα αποτελέσματα για κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου. Η χρήση του κατάλληλου διαγράμματος και ο υπολογισμός κατάλληλων περιγραφικών μέτρων (μέσος όρος, διάμεσος, τεταρτημόρια κλπ.) αποτυπώνουν πλήρως την κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην έρευνα στις διάφορες ερωτήσεις που τους παραθέσαμε.
- **Διμεταβλητή ανάλυση:** Στη διμεταβλητή ανάλυση εξετάσαμε αν υπάρχει συσχέτιση, θετική ή αρνητική, μεταξύ μεταβλητών-ερωτήσεων σε ζεύγη. Επίσης εξετάσαμε αν κάποιοι παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, ο τόπος διαμονής κλπ., διαφοροποιούν τις απαντήσεις των ερωτώμενων. Η διμεταβλητή ανάλυση έγινε με τη χρήση της επαγωγικής στατιστικής που περιλαμβάνει το κομμάτι των ελέγχων υποθέσεων.

## Έλεγχοι Υποθέσεων

Οι έλεγχοι στατιστικών υποθέσεων είναι ένα πολύ σημαντικό εργαλείο διεξαγωγής συμπερασμάτων με σκοπό τη λήψη αποφάσεων για έναν ή περισσότερους πληθυσμούς από συγκεκριμένα δειγματικά στοιχεία. Το κατάλληλο κομμάτι της στατιστικής επιστήμης ονομάζεται επαγωγική στατιστική. Στην παρούσα εργασία θα εξετάσουμε υποθέσεις για την ισότητα των τιμών μιας παραμέτρου, στην προκειμένη της διαμέσου, σε δύο ή περισσότερα δείγματα του ίδιου χαρακτηριστικού. <sup>18</sup>

### Ορισμός μηδενικής και εναλλακτικής υπόθεσης

Έλεγχος μιας υπόθεσης είναι η διαδικασία μέσα από την οποία εξετάζοντας τα στοιχεία ενός δείγματος μπορούμε να καταλήξουμε με ένα περιθώριο σφάλματος στην απόρριψη ή μη μιας υπόθεσης. Η αρχική υπόθεση που θέτουμε ονομάζεται μηδενική υπόθεση και δεχόμαστε εξ αρχής ότι η απόκλιση της από την πραγματικότητα είναι μηδενική και συμβολίζεται  $H_0$ . Αφού έχουμε ορίσει την μηδενική υπόθεση είναι σημαντικό να ορίσουμε και την εναλλακτική υπόθεση η οποία να αναιρεί την μηδενική υπόθεση όποτε ο έλεγχος απορρίπτει την μηδενική υπόθεση. Όποτε καταλήγουμε στο αποτέλεσμα ότι απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση σίγουρα δεν θα έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την εναλλακτική υπόθεση. Και αντίθετα εφόσον καταλήξαμε στο ότι δεν μπορούμε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση σίγουρα έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την εναλλακτική υπόθεση. <sup>8</sup>

### Βαθμός εμπιστοσύνης - Περιθώριο σφάλματος

Το γεγονός ότι προσπαθούμε να βγάλουμε ένα συμπέρασμα για έναν πληθυσμό μελετώντας ένα συγκεκριμένο δείγμα διατρέχουμε τον κίνδυνο να μην ισχύει το αποτέλεσμα του ελέγχου σε όλες τις περιπτώσεις. Στην συγκεκριμένη περίπτωση αναφερόμαστε στο περιθώριο σφάλματος το οποίο συμβολίζεται συνήθως με το ελληνικό γράμμα  $\alpha$ . Ένα περιθώριο σφάλματος της τάξης του 5% μας διαβεβαιώνει πως αν επαναλάβουμε ένα πείραμα 100 φορές τις 95 από τις εκατό δεν απορρίψουμε εσφαλμένα μια αληθή μηδενική υπόθεση και το αντίθετο. Μεγάλος βαθμός εξασφάλισής μας ως προς το συμπέρασμα απαιτεί μικρό περιθώριο σφάλματος. Στην παρούσα εργασία θα πραγματοποιήσουμε την ανάλυση θεωρώντας αξιόπιστο ένα επίπεδο σφάλματος της τάξης 5%. Το υπόλοιπο 95% υποδηλώνει τον βαθμό εμπιστοσύνης με τον οποίο μπορούμε να βασιστούμε με ασφάλεια στο αποτέλεσμα του ελέγχου. <sup>18</sup>

### Ερμηνεία του ελέγχου

Για να αξιολογήσουμε αν απορρίπτεται ή όχι η μηδενική υπόθεση έναντι της αποδοχής ή μη της εναλλακτικής πρέπει να συγκρίνουμε το περιθώριο σφάλματος με την p-value που επιστρέφει ο κάθε έλεγχος. Η p-value αναφέρεται στο ελάχιστο επίπεδο σημαντικότητας για το οποίο απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση.

- Αν η p-value είναι μικρότερη αριθμητικά από το περιθώριο σφάλματος που καθορίσαμε τότε καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση και συνεπώς να αποδεχτούμε την πρόταση της εναλλακτικής.
- Αντίθετα, αν η p-value είναι μεγαλύτερη αριθμητικά από το περιθώριο σφάλματος που προκαθορίσαμε τότε δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση και συνεπώς απορρίπτουμε την πρόταση της εναλλακτικής υπόθεσης.<sup>8</sup>

Η διαδικασία του ελέγχου υποθέσεων είναι μια διαδικασία με τα επιμέρους τέσσερα βήματα:

1. Σαφής διατύπωση της μηδενικής και της εναλλακτικής υπόθεσης. ( $H_0$  και  $H_1$ )
2. Προκαθορίζουμε τον βαθμό εμπιστοσύνης και συνεπώς το περιθώριο σφάλματος του ελέγχου.  $\alpha$
3. Εκτελούμε τον έλεγχο
4. Εξάγουμε το συμπέρασμα (σύγκριση  $\alpha$  με p-value)

### Παραμετρικοί και μη παραμετρικοί έλεγχοι

Οι στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων που εφαρμόζονται σε διάφορες επιστήμες χωρίζονται σε δύο κατηγορίες ελέγχων, τους παραμετρικούς και μη παραμετρικούς ελέγχους. Ανάλογα με τις ιδιότητες των μεταβλητών με για τις οποίες προσπαθούμε κάθε φορά να βγάλουμε συμπεράσματα είναι χρήσιμο να χρησιμοποιούμε τους κατάλληλους ελέγχους. Χρησιμοποιούμε παραμετρικούς ελέγχους υποθέσεων μόνο όταν ισχύουν τρεις συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Σε όλες τις υπόλοιπες περιπτώσεις είναι προτιμότερο να χρησιμοποιηθούν οι αντίστοιχοι μη παραμετρικοί έλεγχοι.

Οι παραμετρικοί έλεγχοι στατιστικών υποθέσεων διενεργούνται τότε και μόνο όταν πληρούνται ταυτόχρονα οι παρακάτω τρεις προϋποθέσεις:

α) Εφαρμόζονται σε ποσοτικές μεταβλητές

β) Ελέγχουν την ισότητα παραμέτρων ενός πληθυσμού ή της ισότητάς τους σε δύο ή περισσότερους πληθυσμούς

γ) διενεργούνται μόνο αν ισχύει η κανονικότητα της κατανομής των πληθυσμών ή η ισότητα των διακυμάνσεων μεταξύ των πληθυσμών.

Μία από τις παραπάνω προϋποθέσεις αν δεν πληρείται τότε καταλληλότερη είναι η χρήση μη παραμετρικών ελέγχων. Στην παρούσα διπλωματική θα εφαρμόσουμε μη παραμετρικούς ελέγχους καθώς οι πλειοψηφία των μεταβλητών είναι διατάξιμες κατηγορικές και όχι ποσοτικές.<sup>8</sup>

Οι μη παραμετρικοί έλεγχοι που θα εφαρμοστούν στην παρούσα ανάλυση είναι οι παρακάτω:

1. Έλεγχος ισότητας των διαμέσων δύο ανεξάρτητων πληθυσμών (Mann-Whitney)

Θεωρούμε δύο ανεξάρτητους πληθυσμούς με την ίδια μορφή και ίσες διακυμάνσεις και εξετάζουμε αν δύο δείγματα από τους δύο πληθυσμούς έχουν ίσες διαμέσους μεταξύ τους. Συνεπώς ελέγχουμε τις υποθέσεις:

$$H_0: M_1=M_2$$

$$H_1: M_1 \neq M_2$$

2. Έλεγχος ισότητας των διαμέσων k (περισσότερα από δύο) ανεξάρτητων πληθυσμών (Kruskal Wallis Test)

Ο έλεγχος των Kruskal Wallis είναι μια επέκταση του ελέγχου Mann Whitney και ελέγχει αν  $k > 2$  ανεξάρτητα δείγματα προέρχονται από πληθυσμούς με διαφορετικές διαμέσους. Ελέγχουμε τις υποθέσεις:

$$H_0: M_1=M_2=\dots=M_k$$

$$H_1: \text{Τουλάχιστον μία από τις διαμέσους διαφέρει από κάποια άλλη}$$

3. Post Hoc έλεγχος των Kruskal Wallis για την διαφοροποίηση των διαμέσων των k ανεξάρτητων δειγμάτων ανά δύο.

Στην περίπτωση που απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση του ελέγχου Kruskal Wallis , συνεπώς εντοπίζεται διαφορά ανάμεσα σε δύο τουλάχιστον διαμέσους μεταξύ των  $k$  ανεξάρτητων δειγμάτων, εκτελούμε post hoc έλεγχο ώστε να εντοπίσουμε τις διαφορές μεταξύ των δειγμάτων ανά δύο. <sup>8</sup>

#### 4. Μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης (Spearman)

Ο συντελεστής συσχέτισης Spearman δεν έχει να κάνει με έλεγχο υπόθεση ισότητας μιας παραμέτρου μεταξύ δύο πληθυσμών. Αναφέρεται στον βαθμό συσχέτισης δύο μεταβλητών. Η τιμές που μπορεί να πάρει ο συντελεστής είναι από -1 έως 1. Μια αρνητική τιμή του συντελεστή υποδηλώνει αρνητική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών. Μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών υποδηλώνει ότι όσο αυξάνει η τιμή της μίας μεταβλητής τόσο μειώνει η τιμή της δεύτερης. Αντίθετα μια θετική τιμή του συντελεστή υποδηλώνει θετική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών. Όσο αυξάνει η τιμή της μίας μεταβλητής , τόσο αυξάνει και η τιμή της άλλης. Μια τιμή του συντελεστή κοντά στο μηδέν υποδηλώνει τη μη ύπαρξη συσχέτισης. <sup>19</sup>

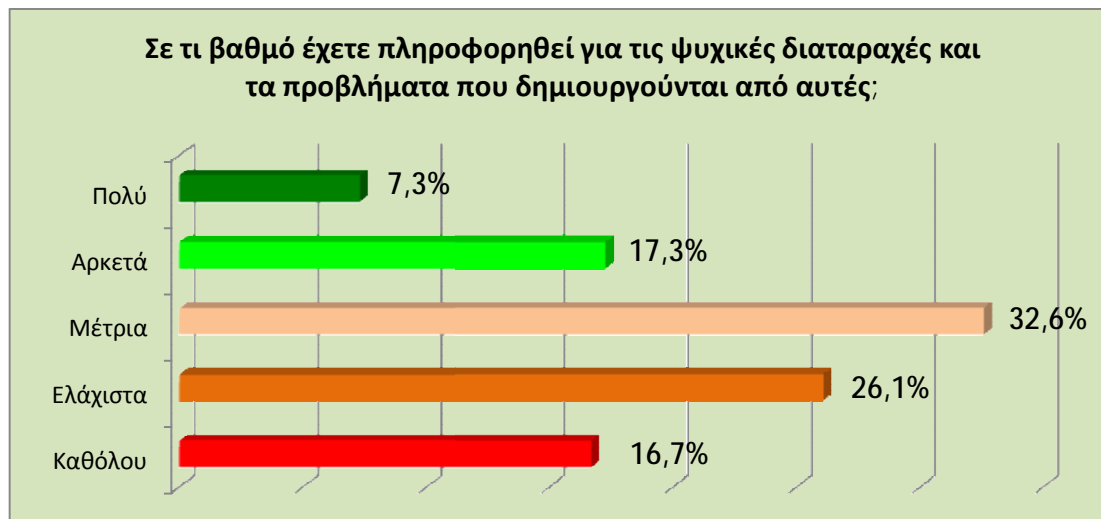
Η σημαντικότητα ή όχι του δείκτη, δηλαδή αν θεωρείται η συσχέτιση στατιστικά διάφορη από το μηδέν την κρίνουμε από τον πίνακα κρίσιμης τιμής του Spearman για συγκεκριμένο μέγεθος δείγματος και βαθμό εμπιστοσύνης με τον οποίο έχουμε επιλέξει να εργαστούμε. Ο πίνακας που χρησιμοποιήσαμε παραθέτετε στο παράρτημα. Συντελεστές, κατά απόλυτη τιμή, μεγαλύτεροι από 0.197 τις αποδεχόμαστε ως στατιστικά διάφορους τους μηδενός.

### Μονομεταβλητή Ανάλυση Μεταβλητών Ερωτηματολογίου

Η μονομεταβλητή ανάλυση είναι το πρώτο από τα δύο μέρη της του κεφαλαίου της στατιστικής ανάλυσης. Στο παρόν κομμάτι περιγράφεται η κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις που τους παρατέθηκαν. Η μονομεταβλητή ανάλυση διακρίνεται σε δύο επιμέρους κομμάτια όσα και τα μέρη του ερωτηματολογίου. Στο μέρος Α αναλύονται οι ερωτήσεις που παρατέθηκαν σχετικά με το πρόγραμμα φιλοξενουσών οικογενειών ενώ στο μέρος Β αναλύονται ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία. Η κατανομή των απαντήσεων παρουσιάζεται μέσα από κατάλληλο γράφημα όπου παρουσιάζονται τα ποσοστά των ερωτηθέντων ανά απάντηση. Για την πλειοψηφία των ερωτήσεων, διατάξιμες κατηγορικές μεταβλητές, παρουσιάστηκαν τα αποτελέσματα με τη χρήση ραβδογραμμάτων. Οι δίτιμες μεταβλητές παρουσιάστηκαν με τη χρήση διαγράμματος πίττας ενώ για τη μία και μοναδική ποσοτική μεταβλητή παραθέτουμε το ιστόγραμμα αλλά και πίνακα με τα σημαντικότερα περιγραφικά μέτρα.

#### **Μέρος Α : Ερωτήσεις σχετικά με το πρόγραμμα φιλοξενουσών οικογενειών**

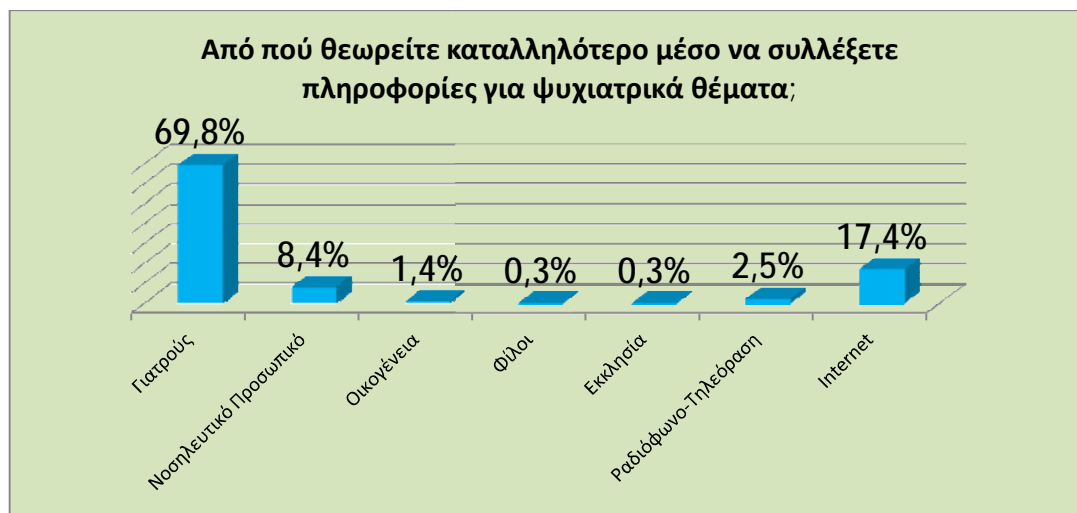
#### **1. Σε τι βαθμό έχετε πληροφορηθεί για τις ψυχικές διαταραχές και μερικά από τα προβλήματα που δημιουργούνται από αυτές;**



Διάγραμμα 1 Μέρος Α - Ερώτηση 1

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων απάντησαν πως είχαν ήδη πληροφορηθεί πριν τη διεξαγωγή της έρευνας για τις ψυχικές διαταραχές σε μέτριο βαθμό. Οι υπόλοιπες απαντήσεις τείνουν εντονότερα προς το ελάχιστο και το καθόλου. Το 17,3% των ερωτηθέντων απάντησαν πως έχουν πληροφορηθεί αρκετά ενώ μόλις το 7,3% δήλωσαν πως είχαν πληροφορηθεί σε μεγάλο βαθμό (Διάγραμμα 1).

## 2. Από πού θεωρείτε καταλληλότερο μέσο να συλλέξετε πληροφορίες για ψυχιατρικά θέματα;

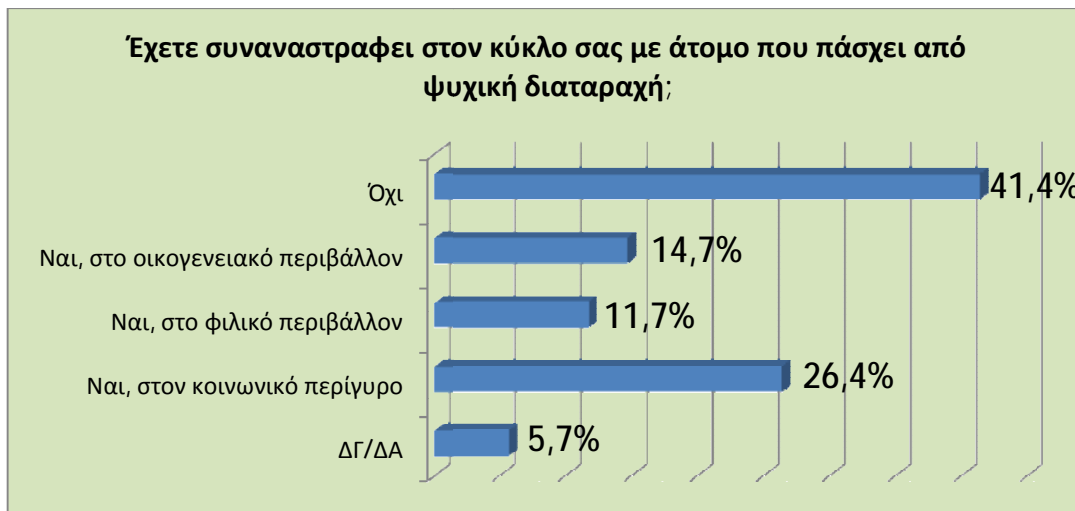


Διάγραμμα 2 Μέρος Α - Ερώτηση 2

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεώρησαν τους γιατρούς ως το καταλληλότερο μέσο ώστε να συλλέξουν πληροφορίες για ψυχιατρικά θέματα. Περίπου επτά στους δέκα έδωσαν ως απάντηση τους γιατρούς. Ο παγκόσμιος ιστός είναι το δεύτερο σε συχνότητα απαντήσεων μέσο πληροφόρησης, με ποσοστό 17,4% των ερωτηθέντων να δίνουν αυτή την απάντηση. Τρίτη κατά σειρά σε συχνότητα απάντηση ήταν αυτή του νοσηλευτικού προσωπικού σε πολύ μικρό ποσοστό (8,4%). Μόλις το 2,5% έδωσαν ως καταλληλότερο μέσο το ραδιόφωνο και την τηλεόραση, το 1,4% την οικογένεια ενώ ελάχιστοι είναι αυτοί που απάντησαν τους φίλους και την εκκλησία (Διάγραμμα 2).



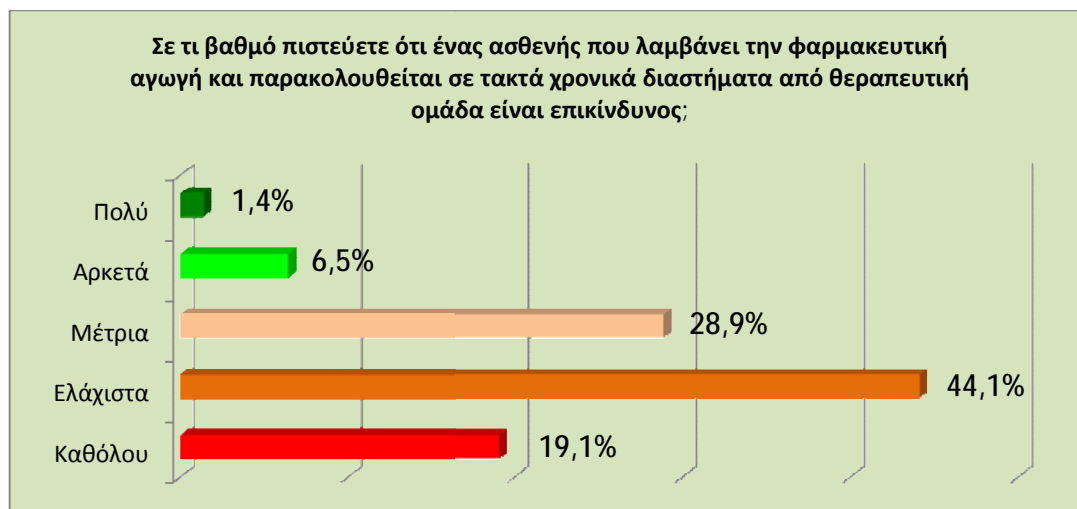
### 3. Έχετε συναναστραφεί στον κύκλο σας με άτομο που πάσχει από ψυχική διαταραχή;



Διάγραμμα 3 Μέρος Α - Ερώτηση 3

Το 53% περίπου των ερωτηθέντων είχαν συναναστραφεί στον κύκλο τους με άτομο που έπασχε από ψυχική διαταραχή. Οι περισσότεροι από αυτούς δήλωσαν πως αυτό το άτομο άνηκε στον κοινωνικό τους περίγυρο. Το 15% περίπου του δείγματος απάντησαν πως το άτομο ήταν στο οικογενειακό τους περιβάλλον ενώ περίπου για το 12% των ερωτηθέντων το άτομο ήταν στο φιλικό τους περιβάλλον. Το 41,4% των συμμετεχόντων δήλωσαν, έως τη στιγμή της έρευνας, πως δεν είχαν συναναστραφεί με άτομο που έπασχε από ψυχική διαταραχή, ενώ το 5,7% είτε δεν ήθελαν να απαντήσουν είτε δεν γνώριζαν αν κάποιος έπασχε από ψυχική διαταραχή (Διάγραμμα 3).

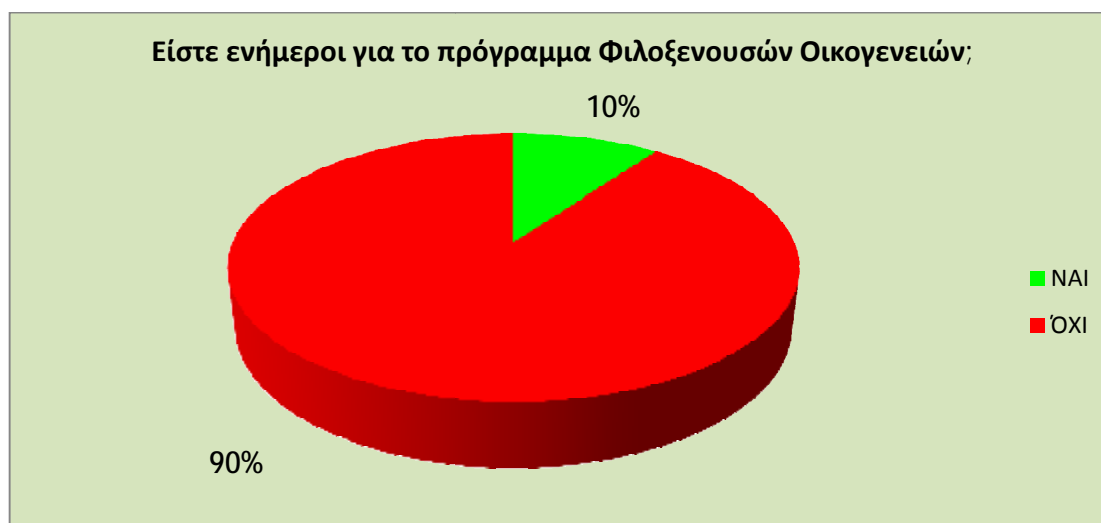
4. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι ένας ασθενής που λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή και παρακολουθείται σε τακτά χρονικά διαστήματα από θεραπευτική ομάδα (ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, νοσηλεύτης), είναι επικίνδυνος;



Διάγραμμα 4 Μέρος Α - Ερώτηση 4

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων απάντησαν πως θεωρούν ελάχιστα επικίνδυνους ασθενείς που λαμβάνουν την απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή και παρακολουθούνται τακτικά από κατάλληλη θεραπευτική ομάδα. Περίπου ένας στους πέντε ερωτηθέντες δεν θεωρεί έναν τέτοιο ασθενή καθόλου επικίνδυνο ενώ το 28,9% απάντησαν πως πιστεύουν πως είναι μέτρια επικίνδυνος. Μόλις το 6,5% απάντησαν αρκετά και το 1,4% πολύ (Διάγραμμα 4).

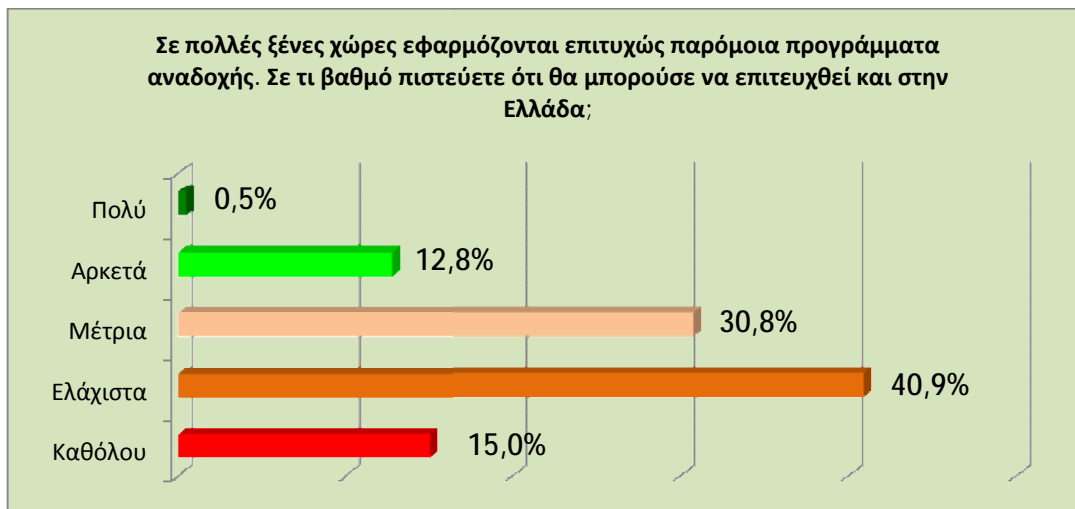
**5. Σύμφωνα με τη νομοθεσία (26716/99 άρθρο 5,παράγραφος 1) με το πρόγραμμα «Φιλοξενουσών οικογενειών», καθήκοντα φιλοξενούσας οικογένειας μπορεί να αναλάβει οποιαδήποτε οικογένεια δεν έχει συγγένεια πρώτου βαθμού με τον ψυχιατρικό ασθενή καθώς και μεμονωμένα άτομα. Είστε ενήμεροι για το πρόγραμμα;**



Διάγραμμα 5 Μέρος Α - Ερώτηση 5

Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα δεν ήταν ενήμεροι για το πρόγραμμα Φιλοξενουσών οικογενειών μέχρι τη στιγμή που έλαβε μέρος η έρευνα. Μόλις ένας στους δέκα ερωτηθέντες δήλωσε πως ήδη γνώριζε για το πρόγραμμα (Διάγραμμα 5).

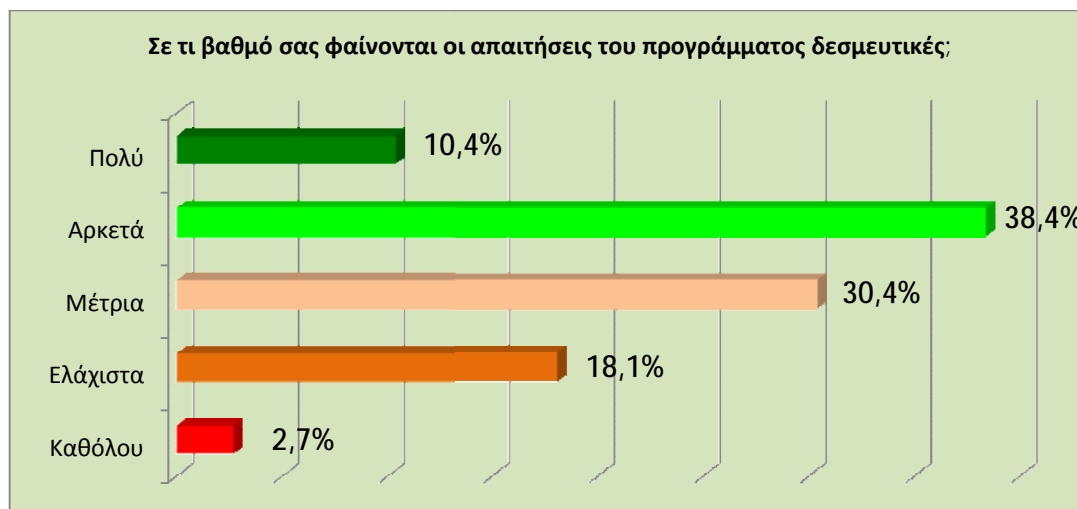
**6. Σε πολλές ξένες χώρες εφαρμόζονται επιτυχώς παρόμοια προγράμματα αναδοχής. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι θα μπορούσε να επιτευχθεί και στην Ελλάδα;**



Διάγραμμα 6 Μέρος Α - Ερώτηση 6

Γενικότερα, δεν πίστευαν σε μεγάλο βαθμό οι συμμετέχοντες πως μπορεί ένα πρόγραμμα αναδοχής να επιτύχει στην Ελλάδα. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησαν ελάχιστα σε ποσοστό περίπου 41%, ενώ το 31,8% απάντησαν μέτρια, το 12,8% αρκετά και τέλος το 15% καθόλου (Διάγραμμα 6).

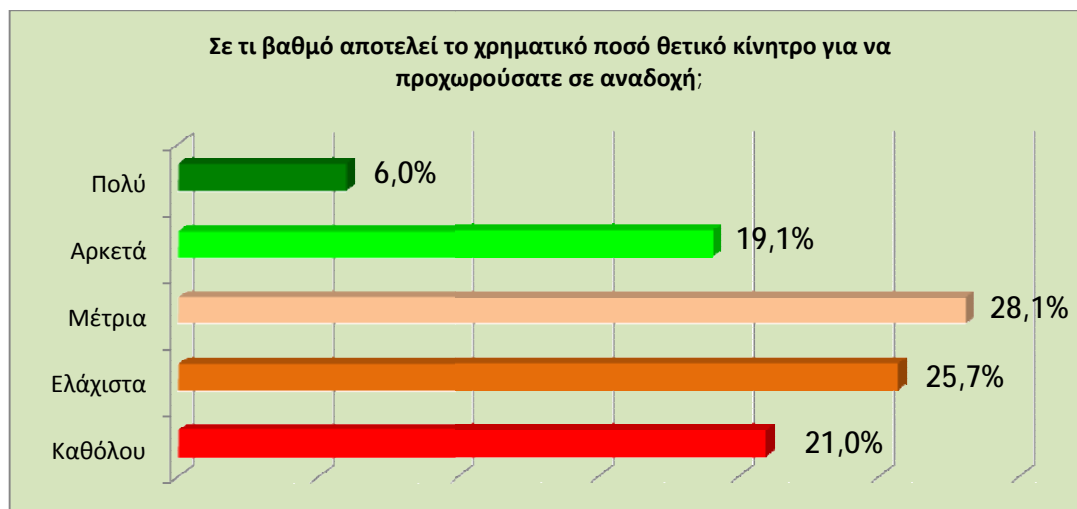
**7. Με την αναδοχή του ασθενούς υπογράφεται σύμβαση συνήθως ενός έτους μεταξύ του φορέα λειτουργίας του προγράμματος και της οικογένειας, η όποια αναγράφει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις της οικογένειας (διάρκεια φιλοξενίας, λόγοι διακοπής της σύμβασης, αμοιβή, τρόπος εκπαίδευσης, στόχοι φιλοξενίας). Σε τι βαθμό σας φαίνονται αυτές οι απαιτήσεις δεσμευτικές;**



Διάγραμμα 7 Μέρος Α - Ερώτηση 7

Η πλειοψηφία του δείγματος, σε ποσοστό 38,4%, απάντησαν πως θεωρούν τις απαιτήσεις του προγράμματος φιλοξενίας αρκετά δεσμευτικές για την οικογένειά τους. Το 30,4% τις χαρακτήρισαν σε μέτριο βαθμό δεσμευτικές ενώ περίπου το 10,4% τις χαρακτήρισαν πολύ δεσμευτικές. Οι απαντήσεις, στη γενικότερη εικόνα που λάβαμε από το δείγμα, μετατοπίζονται θετικά (Διάγραμμα 7).

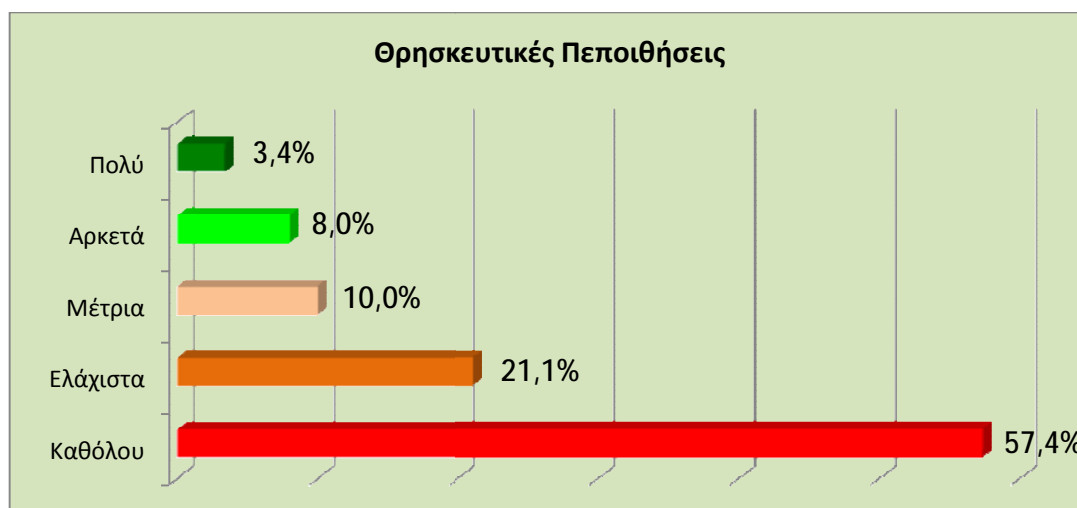
**8. Σύμφωνα με το πρόγραμμα δινόταν αμοιβή για την φιλοξενία που αντιστοιχούσε σε 18 ευρώ την ημέρα και με τις κρατήσεις ανέρχεται σε 480 ευρώ το μηνά περίπου. Με την προϋπόθεση να καλύπτονται οι ανάγκες τροφής, στέγασης, ένδυσης και υπόδησης καθώς και κάλυψης μικροεξόδων του φιλοξενούμενου. Σε τι βαθμό αποτελεί το χρηματικό ποσό θετικό κίνητρο για να προχωρούσατε σε αναδοχή;**



**Διάγραμμα 8 Μέρος Α - Ερώτηση 8**

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων είναι περίπου ίσα μοιρασμένες στις τέσσερις από τις πέντε επιλογές. Στην γενικότερη εικόνα των απαντήσεων παρατηρούμε ότι αυτές μετατοπίζονται αρνητικά. Η πλειοψηφία του δείγματος απάντησαν πως το χρηματικό ποσό θα αποτελούσε θετικό κίνητρο για αναδοχή σε μέτριο βαθμό ενώ σημαντικό είναι και το ποσοστό αυτών που απάντησαν πως αυτό αποτελεί κίνητρο σε ελάχιστο βαθμό. Μόλις το 6% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως το χρηματικό ποσό θα ήταν πολύ σημαντικό κίνητρο, ενώ περίπου ένας στους πέντε δήλωσε πως αυτό θα ήταν αρκετά σημαντικό κίνητρο (Διάγραμμα 8).

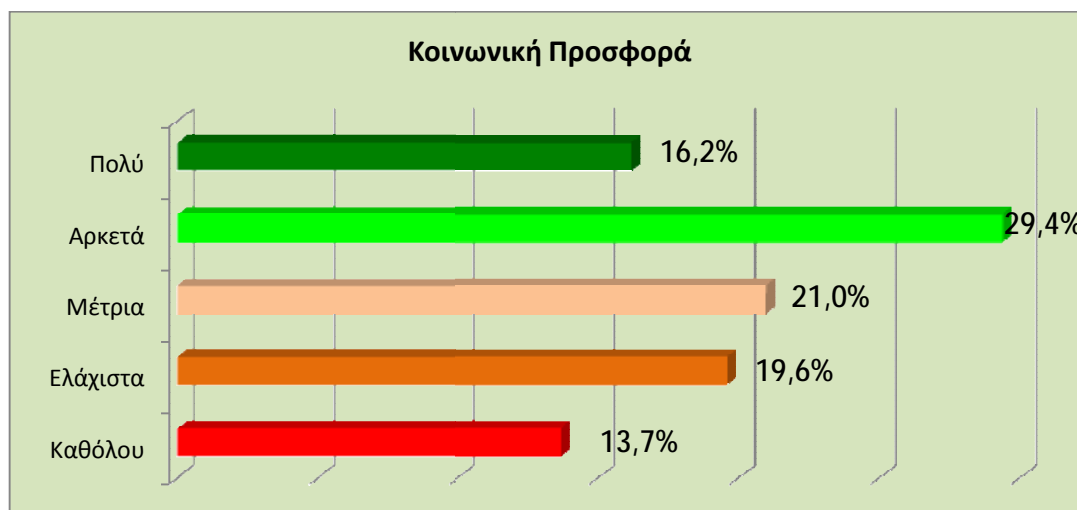
**9. Σε τι βαθμό θα έπαιξε ρόλο στην απόφασή σας οι θρησκευτικές σας πεποιθήσεις;**



**Διάγραμμα 9 Μέρος Α - Ερώτηση 9**

Παρατηρώντας την κατανομή των απαντήσεων στο παραπάνω γράφημα είναι ξεκάθαρο πως οι απαντήσεις των συμμετεχόντων μετατοπίζονται αρνητικά ως προς το αν θα έπαιζε ρόλο στην απόφασή τους για αναδοχή οι θρησκευτικές τους πεποιθήσεις. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες απάντησαν πως οι θρησκευτικές τους πεποιθήσεις δεν θα τους επηρέαζε καθόλου. Επίσης το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό ήταν οι απαντήσεις των ερωτηθέντων που δήλωσαν πως οι θρησκευτικές τους πεποιθήσεις θα τους επηρέαζαν λίγο (Διάγραμμα 9).

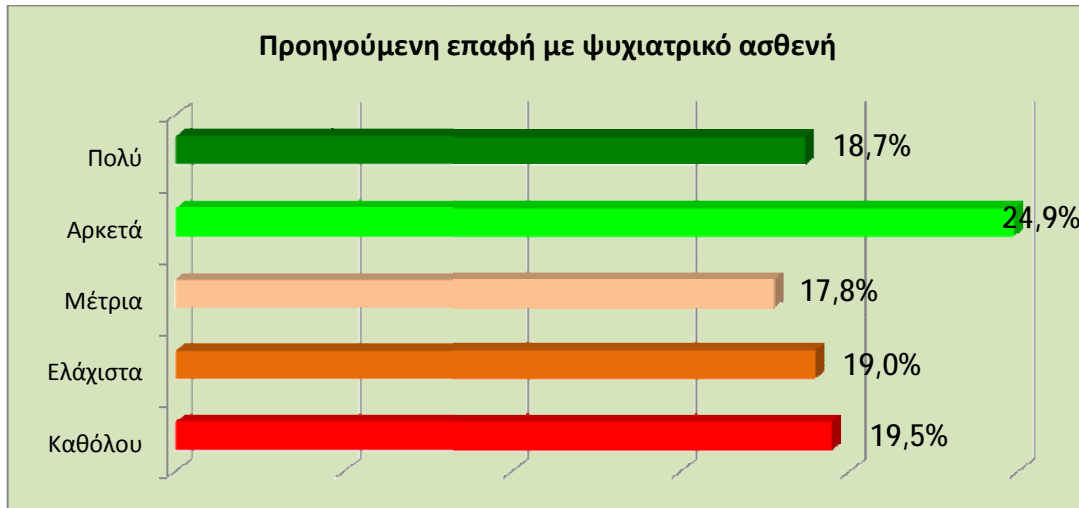
#### 10. Σε τι βαθμό θα έπαιζε ρόλο στην απόφασή σας η ανάγκη για κοινωνική προσφορά;



Διάγραμμα 10 Μέρος Α - Ερώτηση 10

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων κατανέμονται θετικά με μια πρώτη ματιά του παραπάνω διαγράμματος. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, σε ποσοστό 29,4% , απάντησαν πως η διάθεσή τους για κοινωνική προσφορά θα επηρέαζε αρκετά την απόφασή τους για αναδοχή. Μεγάλο είναι επίσης το ποσοστό των ερωτηθέντων που απάντησαν πως θα επηρεαζόντουσαν πολύ. Το 21% δήλωσαν πως η ανάγκη τους για κοινωνική προσφορά θα τους επηρέαζε μέτρια το 19,6% απάντησαν λίγο ενώ το 13,7% δεν θα τους επηρέαζε καθόλου (Διάγραμμα 10).

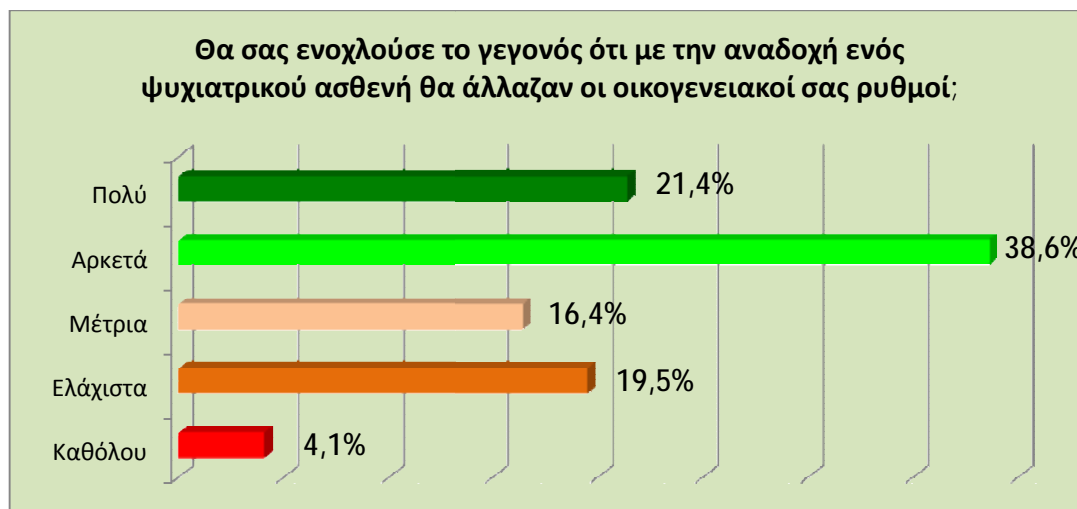
**11. Σε τι βαθμό θα έπαιζε ρόλο στην απόφασή σας η ευαισθητοποίησή σας από προηγούμενη επαφή με ψυχιατρικό ασθενή;**



Διάγραμμα 11 Μέρος Α - Ερώτηση 11

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων, όπως φαίνεται και στο παραπάνω διάγραμμα (Διάγραμμα 11), είναι κατανεμημένες αρκετά ομοιόμορφα στις 5 επιλογές απαντήσεων με μια μικρή θετική μετατόπιση των απαντήσεων. Η προηγούμενη εμπειρία με ψυχιατρικό ασθενή θα επηρέαζε αρκετά την απόφαση των ερωτηθέντων να προχωρήσουν σε αναδοχή για το 24,9%. Το 18,7% απάντησαν πως αυτό θα τους επηρέαζε πολύ, το 17,8% θα το επηρέαζαν μέτρια, το 19% ελάχιστα ενώ το 19,5% καθόλου.

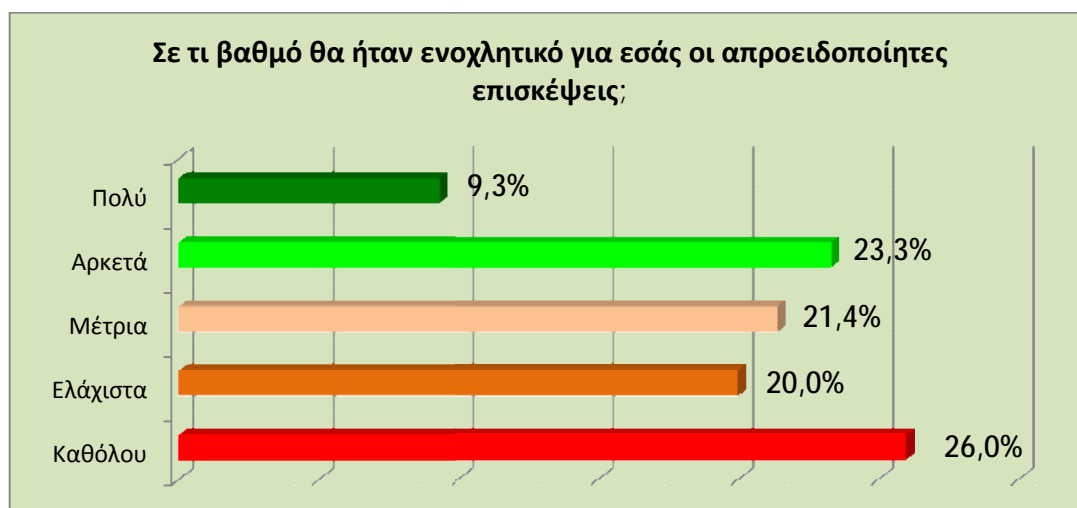
**12. Θα σας ενοχλούσε το γεγονός ότι με την αναδοχή ενός ψυχιατρικού ασθενή θα άλλαζαν οι οικογενειακοί σας ρυθμοί;**



**Διάγραμμα 12 Μέρος Α - Ερώτηση 12**

Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες δήλωσαν είτε αρκετά είτε πολύ πως θα τους ενοχλούσε το γεγονός ότι θα άλλαζαν οι οικογενειακοί τους ρυθμοί στη περίπτωση αναδοχής ενός ψυχιατρικού ασθενή. Μόλις το 4,1% του δείγματος απάντησαν πως δεν θα τους ενοχλούσε καθόλου, ενώ το 19,5% απάντησαν ελάχιστα και το 16,4% μέτρια (**Διάγραμμα 12**).

**13. Στα πλαίσια της αξιολόγησης της ομαλής σχέσης οικογένειας και ασθενούς γίνονται απροειδοποίητες επισκέψεις. Θα ήταν ενοχλητικό για εσάς;**



**Διάγραμμα 13 Μέρος Α - Ερώτηση 13**

Μοιρασμένες είναι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις 4 από τις 5 επιλογές απαντήσεων. Παρατηρούμε μία ελαφρά αρνητική μετατόπιση των απαντήσεων ως προς το πόσο ενοχλημένοι



θα αισθάνονταν οι ερωτηθέντες από τις απροειδοποίητες επισκέψεις στα πλαίσια αξιολόγησης της ομαλής σχέσης οικογένειας και ασθενούς. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησαν πως οι επισκέψεις αυτές δεν θα τους ενοχλούσαν καθόλου ενώ το 20% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως αυτό θα τους ενοχλούσε ελάχιστα. Μέτρια απάντησαν το 21,4% , το 23,3% αρκετά ενώ το 9,3% των ερωτηθέντων απάντησαν πως θα ενοχλούνταν πολύ (Διάγραμμα 13).

**14. Σε τι βαθμό θα σας έκαναν οι επισκέψεις της θεραπευτικής ομάδας και η τακτική παρακολούθηση της κατάστασης του ασθενή να νιώσετε περισσότερη ασφάλεια;**



Διάγραμμα 14 Μέρος Α - Ερώτηση 14

Είναι ξεκάθαρο, παρατηρώντας την κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων ως προς το πόσο ασφάλεια θα ένιωθαν οι ανάδοχοι από τις επισκέψεις θεραπευτικής ομάδας , πως οι απαντήσεις μετατοπίζονται έντονα θετικά. Το 41,4% των συμμετεχόντων δήλωσαν πως θα ένιωθαν αρκετά ασφαλείς ενώ περίπου το 25,2% δήλωσαν ότι θα ένιωθαν πολύ ασφαλείς. Περίπου ένας στους τέσσερις (24,4%) δήλωσε πως οι επισκέψεις παρακολούθησης από την θεραπευτική ομάδα θα τον έκανε να νιώθει μέτρια ασφαλής ενώ μόλις το 7,1% απάντησαν ελάχιστα και το 1,9% καθόλου (Διάγραμμα 14).

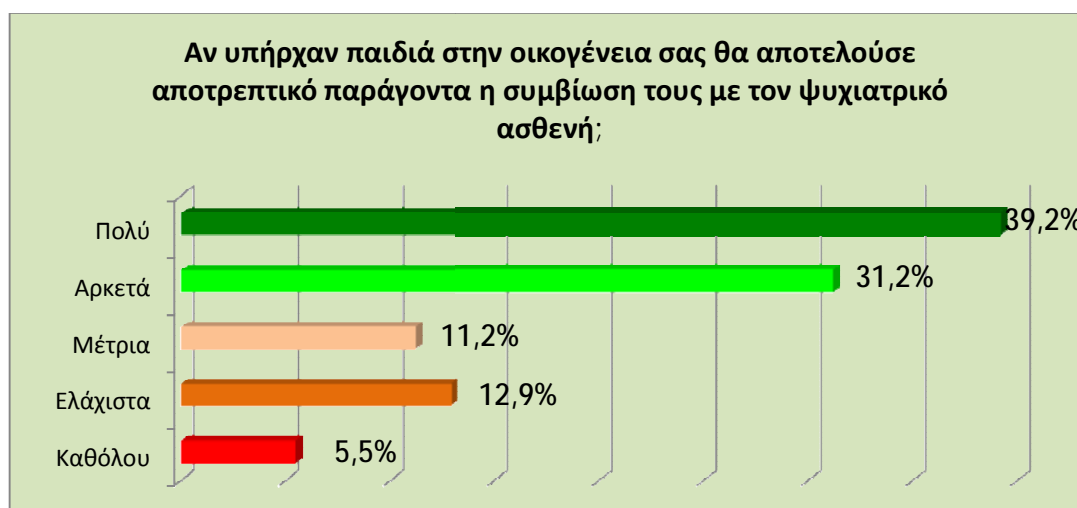
**15. Η θεραπευτική ομάδα είναι υπόχρεη για την φαρμακευτική αγωγή, τη δημιουργία ασφαλούς χώρου για τον ασθενή καθώς και για την εκπαίδευση της οικογένειας σε πρώτες βοήθειες και γενικά σε ό,τι αφορά την ασθένεια. Σε τι βαθμό πιστεύετε πως ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός στο πρόγραμμα;**



**Διάγραμμα 15 Μέρος Α - Ερώτηση 15**

Είναι ξεκάθαρο πως η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων στάθηκαν στον υψηλό βαθμό σημαντικότητας του νοσηλευτή στην επιτυχία του προγράμματος. Περισσότεροι από τους μισούς απάντησαν πως είναι πολύ σημαντικός ο ρόλος του νοσηλευτή στο πρόγραμμα ενώ περίπου το 40% απάντησαν πως τον θεωρούν αρκετά σημαντικό ως ρόλο. Μόλις το 4,9% των ερωτηθέντων απάντησαν μέτρια, το 1,1% ελάχιστα ενώ μόλις το 0,3% απάντησαν καθόλου (Διάγραμμα 15).

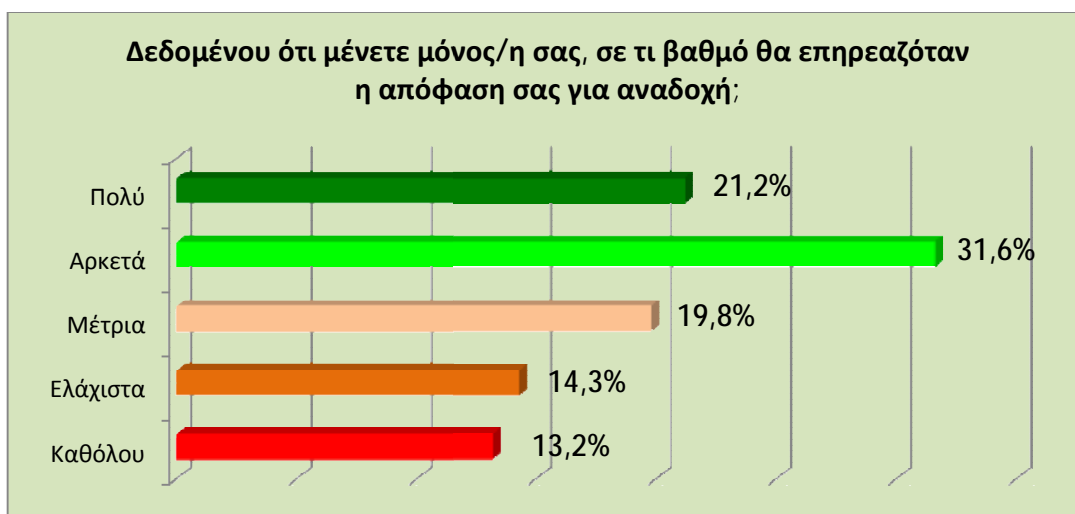
**16. Αν υπήρχαν παιδιά στην οικογένεια σας θα αποτελούσε αποτρεπτικό παράγοντα η συμβίωση τους με τον ψυχιατρικό ασθενή;**



**Διάγραμμα 16 Μέρος Α - Ερώτηση 16**

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων ως προς το αν τα παιδιά τους θα αποτελούσαν αποτρεπτικό παράγοντα για την επιλογή συμβίωσής τους με ψυχιατρικό ασθενή μετατοπίζονται θετικά. Περίπου εφτά στους δέκα 70,4% απάντησαν είτε αρκετά είτε πολύ πως η ύπαρξη παιδιών θα αποτελούσε αποτρεπτικό παράγοντα για τη συμβίωσή τους με ψυχιατρικό ασθενή. Το 11,2% απάντησαν πως αυτό θα τους απέτρεπε σε μέτριο βαθμό, το 12,9% ελάχιστα ενώ μόλις το 5,5% απάντησαν πως αυτό δεν θα τους απέτρεπε καθόλου. (Διάγραμμα 16).

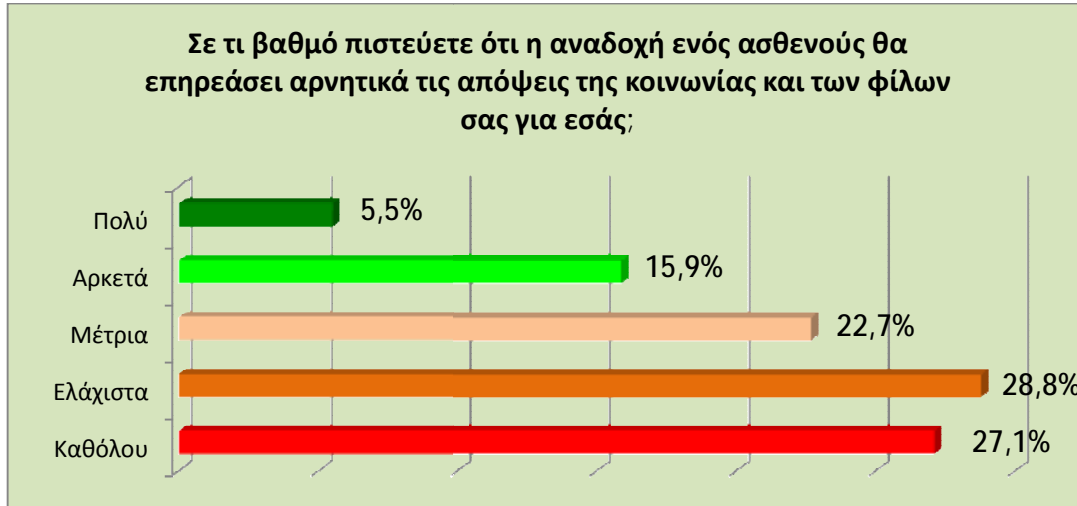
### 17. Δεδομένου ότι μένετε μόνος/η σας, σε τι βαθμό θα επηρεαζόταν η απόφασή σας για αναδοχή;



Διάγραμμα 17 Μέρος Α - Ερώτηση 17

Περισσότεροι από τους μισούς (52,8%) απάντησαν πως αν έμενα μόνοι αυτό θα τους επηρέαζε είτε αρκετά είτε πολύ στην απόφασή τους για αναδοχή. Περίπου ένας στους πέντε (19,8%) απάντησε πως αυτό θα τον επηρέαζε σε μέτριο βαθμό ενώ περίπου ένας στους τέσσερις (27,5%) δήλωσε πως αυτό θα τον επηρέαζε είτε ελάχιστα είτε καθόλου (Διάγραμμα 17). Οι απαντήσεις των μαθητών στην προκειμένη ερώτηση μετατοπίζονται θετικά όπως παρατηρούμε στο διάγραμμα.

**18. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι η αναδοχή ενός ασθενούς θα επηρεάσει αρνητικά τις απόψεις της κοινωνίας και των φίλων σας για εσάς;**

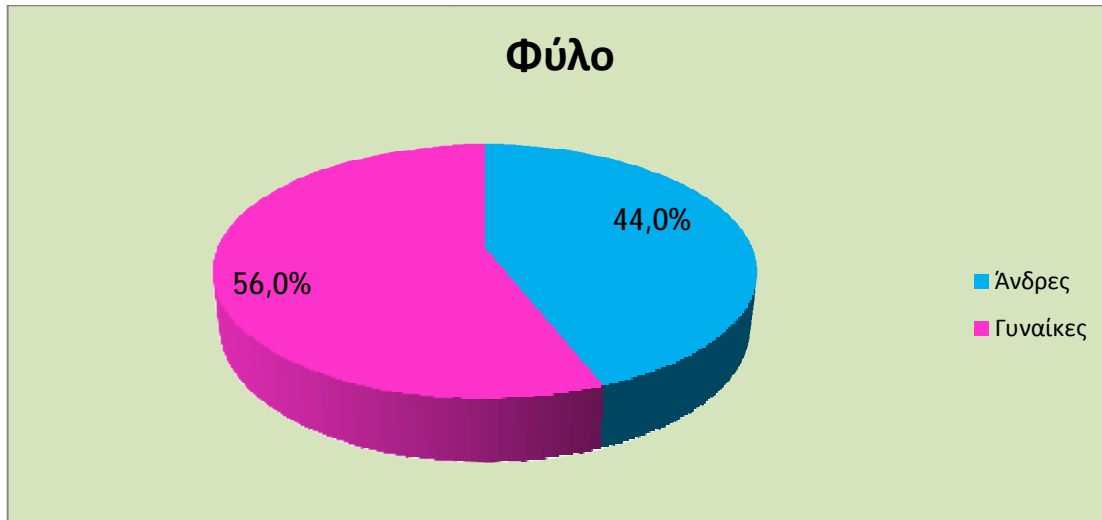


Διάγραμμα 18 Μέρος Α - Ερώτηση 18

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση σχετικά με το βαθμό που πίστευαν ότι η αναδοχή θα επηρέαζε αρνητικά τις απόψεις της κοινωνίας μετατοπίζονται αρνητικά . Περισσότεροι από τους μισούς (55,9%) απάντησαν πως η αναδοχή θα επηρέαζε την άποψη της κοινωνίας από ελάχιστα έως καθόλου. Το 22,7% δήλωσαν πως θα επηρέαζε την άποψη της κοινωνίας σε μέτριο βαθμό ενώ το 15,9% απάντησαν αρκετά. Μόλις το 5,5% δήλωσαν πως θα επηρεαζόταν αρνητικά η άποψη της κοινωνίας σε μεγάλο βαθμό. (Διάγραμμα 18).

## Μέρος Β : Δημογραφικά Στοιχεία

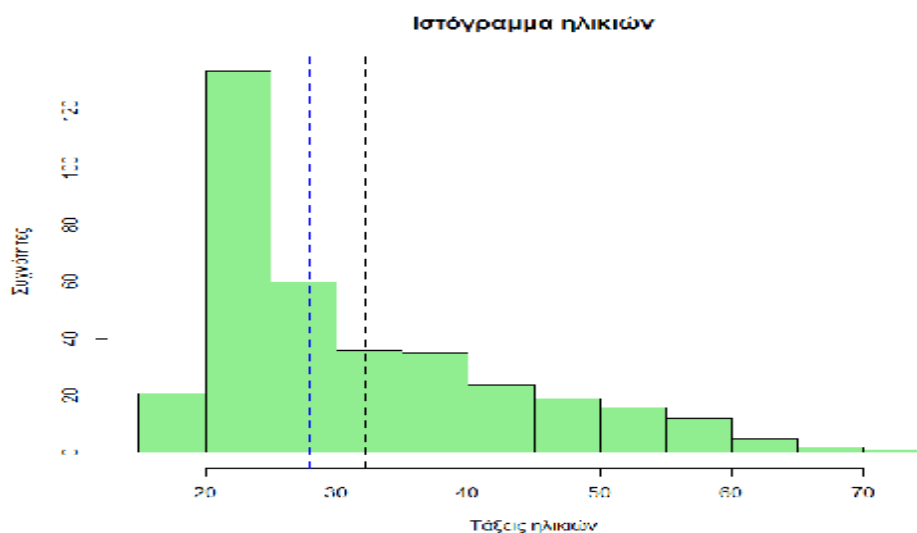
### 1. Φύλο



Διάγραμμα 19 Φύλο

Το 44% των συμμετεχόντων στην έρευνά μας ήταν άνδρες ενώ το 56% γυναίκες. Τα ποσοστά αυτά δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά από την αναλογία ανδρών γυναικών στον νομό της Αχαΐας που είναι 51% γυναίκες και 49% άνδρες σύμφωνα με την απογραφή του 2011. Η αναλογία ανδρών γυναικών απεικονίζεται στο **Διάγραμμα 19**.

### 2. Ποια είναι η ηλικία σας;



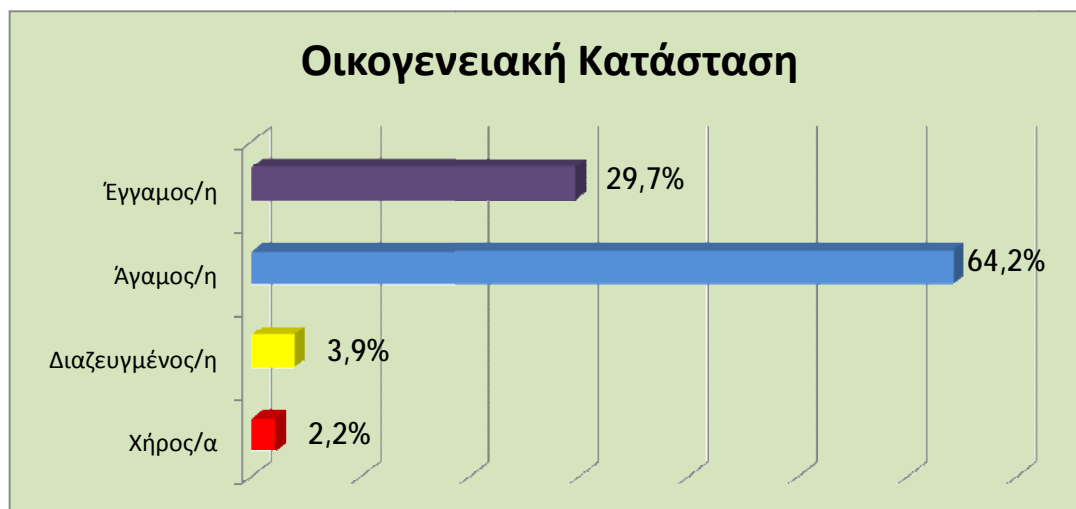
Διάγραμμα 20 Ιστογράμμα ηλικιών

Στο παραπάνω ιστόγραμμα (Διάγραμμα 20) παρατηρούμε την κατανομή των ηλικιών των συμμετεχόντων στην έρευνα. Με τη μαύρη διακεκομμένη γραμμή αναπαριστάται η θέση του μέσου όρου των ηλικιών, ενώ με την μπλε διακεκομμένη γραμμή αναπαριστάται η θέση της διαμέσου. Τόσο από την εικόνα της κατανομής, όσο και από το ότι η διάμεσος είναι μικρότερη σαν τιμή από τον αριθμητικό μέσο, μπορούμε να συμπεράνουμε πως η μεταβλητή της ηλικίας παρουσιάζει θετική ασυμμετρία (βιβλιογραφία). Έχει καλυφθεί ένα μεγάλο εύρος ηλικιών καθώς συμμετείχαν ερωτώμενοι που ήταν από 18 ετών έως 71, συνεπώς το εύρος είναι τα 53 έτη. Η διάμεσος της μεταβλητής ορίζει πως το 50% των συμμετεχόντων ήταν μεγαλύτεροι από 28 έτη και το υπόλοιπο 50% μικρότεροι από 28. Επίσης 25% των ερωτηθέντων ήταν μικρότεροι από 23 έτη (1<sup>ο</sup> τεταρτημόριο) και εξίσου ένα 25% ήταν μεγαλύτεροι από 38,50 (3<sup>ο</sup> τεταρτημόριο). Τα παραπάνω παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα 1.

Περιγραφικά μέτρα ποσοτικής μεταβλητής ηλικίας						
Min	1st	Median	Mean	3rd	Max	Sd
18	23	28	32,13	38,50	71	11,72

Πίνακας 1 Πίνακας περιγραφικών μέτρων ηλικίας

### 3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;



Διάγραμμα 21 Οικογενειακή Κατάσταση

Η ροπή του δείγματος προς νεότερες ηλικίες είχε ως συνέπεια η πλειοψηφία αυτών να απαντούν πως ήταν άγαμοι/ες τη στιγμή διεξαγωγής της έρευνας. Το 64,2% δήλωσαν άγαμοι/ές, ενώ το 29,7% έγγαμοι/ες. Μόλις το 3,9% του δείγματός μας ήταν διαζευγμένοι/ες και το 2,2% χήροι/ες (Διάγραμμα 21).

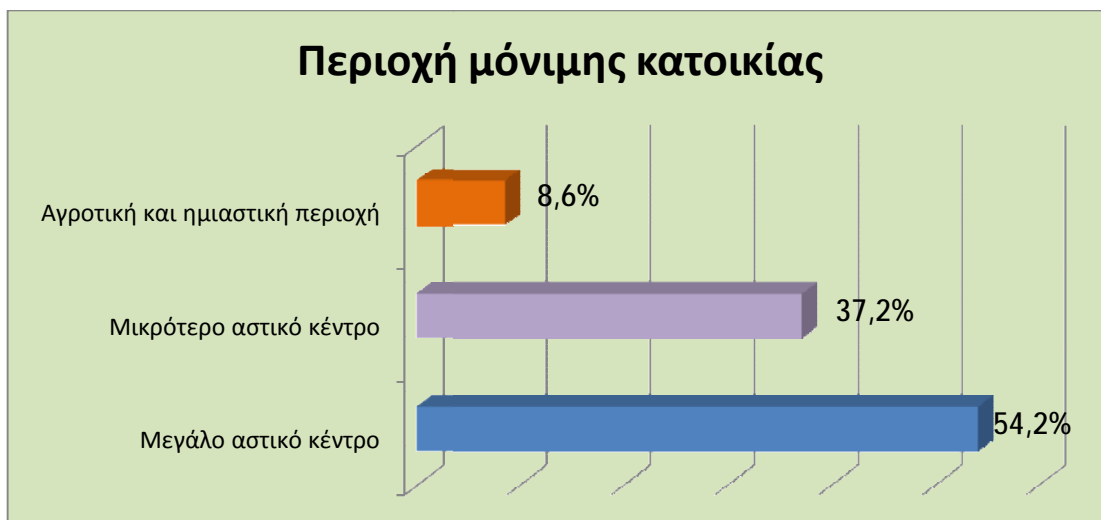
#### 4. Έχετε παιδιά;



Διάγραμμα 22 Ύπαρξη παιδιών

Το 29,6% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως είχαν παιδιά τη στιγμή της έρευνας ενώ αντίθετα το 70,4% πως δεν είχαν (Διάγραμμα 22).

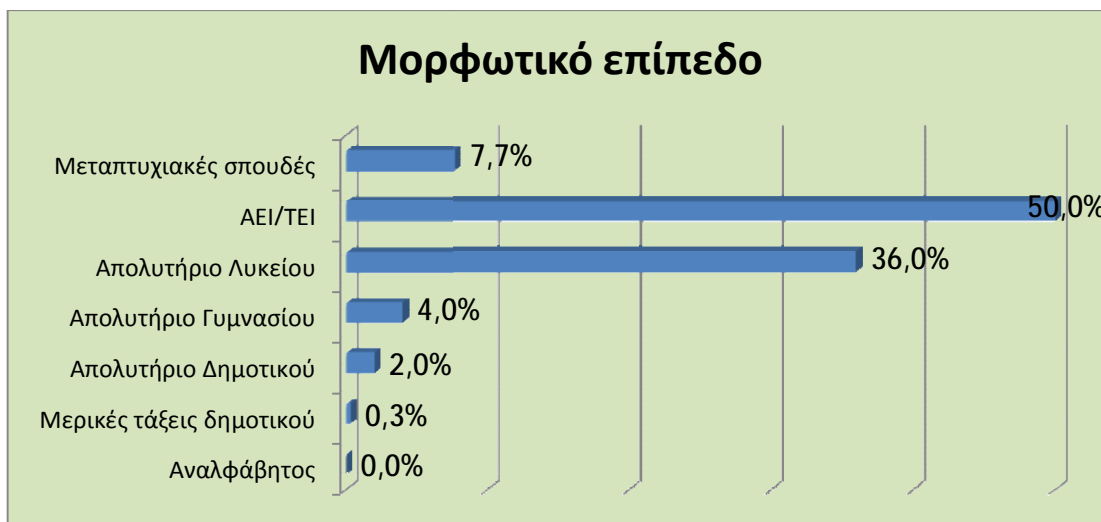
#### 5. Περιοχή μόνιμης κατοικίας



Διάγραμμα 23 Περιοχή μόνιμης κατοικίας

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων διέμεναν τη στιγμή της έρευνας σε μεγάλο αστικό κέντρο με ποσοστό 54,2%. Το 37,2% του δείγματος προέρχονταν από μικρότερο αστικό κέντρο, ενώ το 8,6% από αγροτική και ημιαστική περιοχή (Διάγραμμα 23).

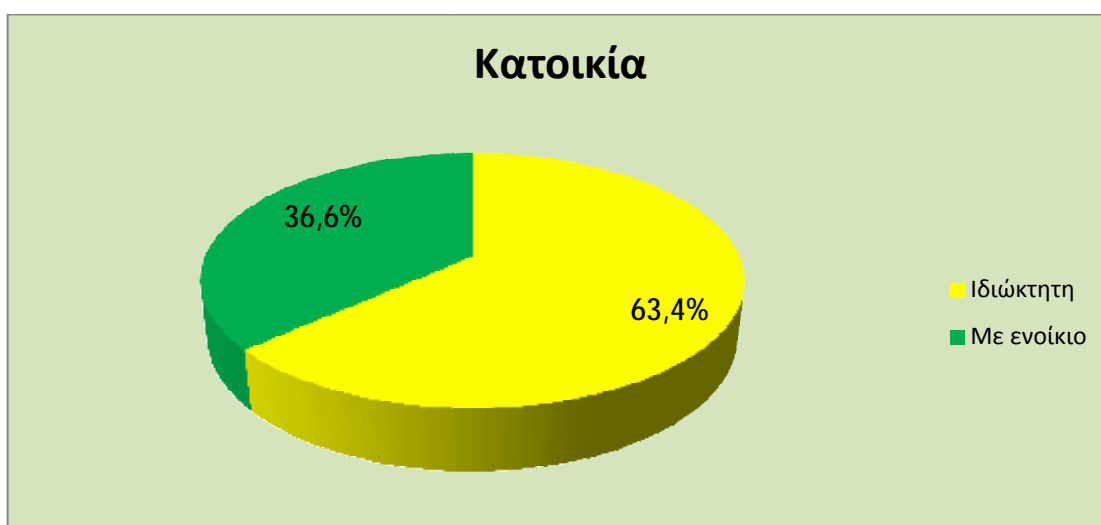
## 6. Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο



Διάγραμμα 24 Μορφωτικό Επίπεδο

Οι μισοί από τους συμμετέχοντες είχαν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση μέχρι τη στιγμή της έρευνας είτε φοιτώντας σε ΑΕΙ είτε σε ΤΕΙ. Επίσης το 7,7% είχαν ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές. Το 36% των ερωτηθέντων είχαν απολυτήριο λυκείου, ενώ μόλις το 4% του δείγματος είχαν ολοκληρώσει τις υποχρεωτικές βασικές σπουδές έως και το γυμνάσιο. Το 2,3% του δείγματος δεν είχαν ολοκληρώσει καν το υποχρεωτικό επίπεδο σπουδών έως το γυμνάσιο (Διάγραμμα 24).

## 7. Διαμένετε σε κατοικία:

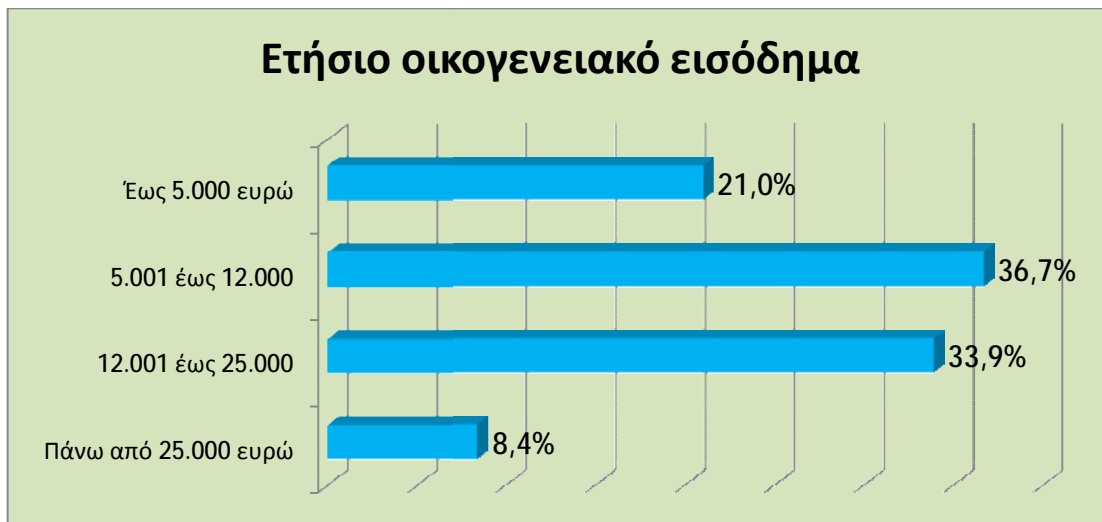


Διάγραμμα 25 Είδος κατοίκησης



Περισσότεροι από δύο στους τρεις ερωτώμενους (63,4%) κατοικούσαν τη στιγμή της έρευνας σε ιδιόκτητη κατοικία. Αντίθετα το υπόλοιπο 36,6% κατοικούσαν με τη μορφή ενοικίου (Διάγραμμα 25).

## 8. Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα



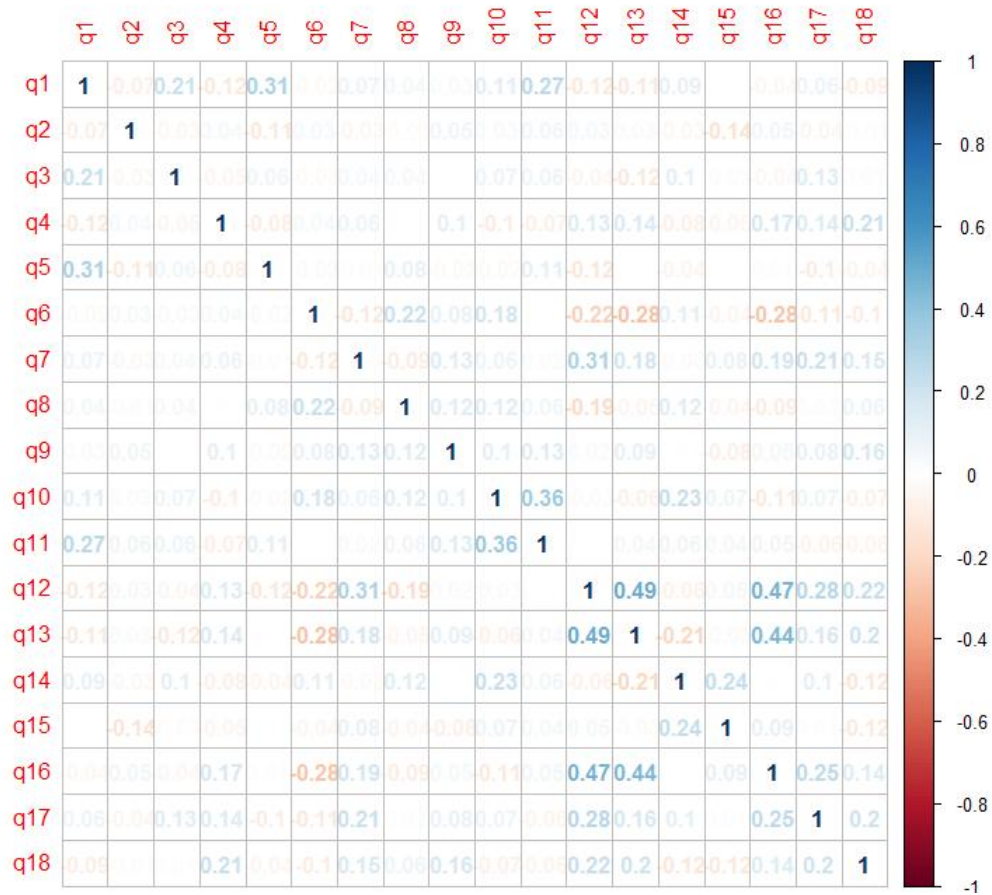
Διάγραμμα 26 Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (36,7%) δήλωσαν πως είχαν ετήσιο ατομικό εισόδημα από 5.001 ευρώ έως 12.000 ευρώ. Περίπου ένας στους τρεις (33,9%) δήλωσε πως είχε ετήσιο εισόδημα μεγαλύτερο από 12.000 ευρώ έως και 25.000 ευρώ. Το 21% των συμμετεχόντων είχαν ετήσιο εισόδημα μικρότερο από 5.001 ευρώ ενώ το 8,4% είχαν ετήσιο οικογενειακό εισόδημα μεγαλύτερο από 25.000 ευρώ (Διάγραμμα 26).

## **Διμεταβλητή Ανάλυση**

### Ανάλυση Συσχέτισης

Στην ανάλυση συσχέτισης εξετάζουμε την ύπαρξη γραμμικής εξάρτησης μεταξύ δύο μεταβλητών. Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης των μεταβλητών-ερωτήσεων που αναλύσαμε στη μονομεταβλητή ανάλυση σε ζεύγη. Οι μπλε αριθμοί αναπαριστούν μία θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών ενώ αντίθετα οι κόκκινοι μία αρνητική. Η θετική συσχέτιση ερμηνεύεται ως εξής: Όταν οι απαντήσεις σε μία ερώτηση τείνουν προς το πολύ και ταυτόχρονα και στην δεύτερη μεταβλητή να παρατηρείται παρόμοιας κατεύθυνσης μετατόπιση των απαντήσεων. Αντίθετα μια αρνητική συσχέτιση εξηγεί την αντίθετη κατεύθυνση των απαντήσεων ανάμεσα στις δύο εξεταζόμενες μεταβλητές. Όσο πιο έντονα εμφανίζονται οι συντελεστές (είτε μπλε είτε κόκκινοι) τόσο πιο σημαντικοί θεωρούνται. Αντίθετα θαμποί συντελεστές συσχέτισης δεν θεωρούνται το ίδιο σημαντικοί με τους έντονους. Σύμφωνα με τον πίνακα κρίσιμων σημείων του Spearman, τον οποίο παραθέτουμε στο παράρτημα, για τόσο μεγάλο δείγμα και επίπεδο σημαντικότητας 95% ένας συντελεστής μεγαλύτερος σε απόλυτη τιμή από 0.19 θεωρείται στατιστικά σημαντικός.



### Ανάλυση Ελέγχων Υποθέσεων

Εξετάσαμε αν διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ως προς 8 παράγοντες που προκύπτουν από τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων. Οι παράγοντες που εξετάζουμε είναι οι παρακάτω:

- Φύλο
- Ηλικία (Κάτω των 40 / Άνω των 40)
- Ύπαρξη παιδιών
- Οικογενειακή κατάσταση
- Περιοχή μόνιμης κατοικίας
- Είδος κατοίκησης
- Μορφωτικό επίπεδο
- Ετήσιο οικονομικό εισόδημα

Στις περιπτώσεις των δίτιμων παραγόντων, όπως το φύλο, η ηλικία, η ύπαρξη παιδιών και είδος κατοίκησης εφαρμόσαμε τον μη παραμετρικό έλεγχο ισότητας των διαμέσων μεταξύ δύο ανεξάρτητων δειγμάτων. Ο έλεγχος που εφαρμόσαμε στο στατιστικό πακέτο είναι ο Wilcoxon Test.

Στις περιπτώσεις των παραγόντων που είχαν ως επιλογές περισσότερες από δύο, όπως η οικογενειακή κατάσταση, η περιοχή μόνιμης κατοικίας, το μορφωτικό επίπεδο και το ετήσιο οικονομικό εισόδημα εφαρμόσαμε τον μη παραμετρικό έλεγχο ισότητας διαμέσων μεταξύ  $k > 2$  ανεξάρτητων δειγμάτων. Ο έλεγχος που εφαρμόσαμε στο στατιστικό πακέτο είναι ο Kruskal-Wallis Test. Στην συνέχεια παραθέτουμε 144 ελέγχους. Για κάθε έλεγχο, στην περίπτωση που η p-value είναι μικρότερη από το 0.05, συμπεραίνουμε πως ο κάθε παράγοντας διαφοροποιεί στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των ερωτώμενων. Για τις περιπτώσεις αυτές έχουμε επισημάνει τις p-values με κόκκινο χρώμα. Αντίθετα στις περιπτώσεις που η p-value είναι μεγαλύτερη από το 0.05 συμπεραίνουμε πως δεν διαφοροποιούνται οι απαντήσεις των ερωτώμενων ως προς τον εξεταζόμενο παράγοντα. Οι περιπτώσεις αυτές έχουν επισημανθεί με πράσινο χρώμα.

## 1. Παράγοντας φύλο

**q1. Σε τι βαθμό έχετε πληροφορηθεί για τις ψυχικές διαταραχές και μερικά από τα προβλήματα που δημιουργούνται από αυτές;**

```
> wilcox.test(q1~gender)

Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: q1 by gender
W = 18559.5, p-value = 0.02414
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Ο παράγοντας φύλο φαίνεται από τον παραπάνω έλεγχο να διαφοροποιείται από τον παράγοντα φύλο. Διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά οι απαντήσεις των ανδρών από αυτές των γυναικών. Οι απαντήσεις των γυναικών είναι εντονότερα θετικά μετατοπισμένες ως προς το κατά πόσο έχουν πληροφορηθεί για τις ψυχικές διαταραχές και συνακόλουθα προβλήματα.

### Διάμεσοι στην ερώτηση q1 ως προς τον παράγοντα φύλο

Ανδρες

2 - Λίγο

Γυναίκες

3 - Μέτρια

**q2. Από πού θεωρείτε καταλληλότερο μέσο να συλλέξετε πληροφορίες για ψυχιατρικά θέματα;**

```
> wilcox.test(q2~gender)

Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: q2 by gender
W = 16034.5, p-value = 0.6738
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q2 δεν διαφοροποιήθηκαν ως προς τον παράγοντα φύλο εφόσον η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος  $\alpha = 0.05$ .

**q3. Έχετε συναναστραφεί στον κύκλο σας με άτομο που πάσχει από ψυχική διαταραχή;**

```
> wilcox.test(q3~gender)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q3 by gender
W = 17193, p-value = 0.3911
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q3 δεν διαφοροποιήθηκαν ως προς τον παράγοντα φύλο εφόσον η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος  $\alpha = 0.05$ .

**q4. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι ένας ασθενής που λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή και παρακολουθείται σε τακτά χρονικά διαστήματα από θεραπευτική ομάδα (ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, νοσηλεύτης), είναι επικίνδυνος;**

```
> wilcox.test(q4~gender)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q4 by gender
W = 16415, p-value = 0.9681
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q4 δεν διαφοροποιήθηκαν ως προς τον παράγοντα φύλο εφόσον η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος  $\alpha = 0.05$ .

**q5. Σύμφωνα με τη νομοθεσία (26716/99 άρθρο 5, παράγραφος 1) με το πρόγραμμα «Φιλοξενουσών οικογενειών», καθήκοντα φιλοξενούσας οικογένειας μπορεί να αναλάβει οποιαδήποτε οικογένεια δεν έχει συγγένεια πρώτου βαθμού με τον ψυχιατρικό ασθενή καθώς και μεμονωμένα άτομα. Είστε ενήμεροι για το πρόγραμμα;**

```
> wilcox.test(q5~gender)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q5 by gender
W = 16113, p-value = 0.6182
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q5 δεν διαφοροποιήθηκαν ως προς τον παράγοντα φύλο εφόσον η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος  $\alpha = 0.05$ .

**q6. Σε πολλές ξένες χώρες εφαρμόζονται επιτυχώς παρόμοια προγράμματα αναδοχής. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι θα μπορούσε να επιτευχθεί και στην Ελλάδα;**

```
> wilcox.test(q6~gender)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q6 by gender
W = 13953.5, p-value = 0.0105
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Οι απαντήσεις των ανδρών διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τις απαντήσεις των γυναικών στην ερώτηση σχετικά με το κατά πόσο πιστεύουν ότι θα μπορούσε να επιτευχθεί ένα πρόγραμμα αναδοχής στην Ελλάδα. Οι άνδρες ερωτώμενοι φαίνεται να είναι εντονότεροι θετικοί σε σχέση με τις γυναίκες στις απαντήσεις τους.

Διάμεσοι στην ερώτηση q6 ως προς τον παράγοντα φύλο	
Άνδρες	3 - Μέτρια
Γυναίκες	2 - Λίγο

**q7. Με την αναδοχή του ασθενούς υπογράφεται σύμβαση συνήθως ενός έτους μεταξύ του φορέα λειτουργίας του προγράμματος και της οικογένειας, η όποια αναγράφει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις της οικογένειας (διάρκεια φιλοξενίας, λόγοι διακοπής της σύμβασης, αμοιβή, τρόπος εκπαίδευσης, στόχοι φιλοξενίας). Σε τι βαθμό σας φαίνονται αυτές οι απαιτήσεις δεσμευτικές;**

```
> wilcox.test(q7~gender)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q7 by gender
W = 18037.5, p-value = 0.08141
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q7 δεν διαφοροποιήθηκαν ως προς τον παράγοντα φύλο εφόσον η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος  $\alpha = 0.05$ .

**q8. Σύμφωνα με το πρόγραμμα δινόταν αμοιβή για την φιλοξενία που αντιστοιχούσε σε 18 ευρώ την ημέρα και με τις κρατήσεις ανέρχεται σε 480 ευρώ το μηνά περίπου. Με την προϋπόθεση να καλύπτονται οι ανάγκες τροφής, στέγασης, ένδυσης και υπόδησης καθώς και κάλυψης μικροεξόδων του φιλοξενούμενου. Σε τι βαθμό αποτελεί το χρηματικό ποσό θετικό κίνητρο για να προχωρούσατε σε αναδοχή;**

```
> wilcox.test(q8~gender)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q8 by gender
W = 16370.5, p-value = 0.9951
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q8 δεν διαφοροποιήθηκαν ως προς τον παράγοντα φύλο εφόσον η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος  $\alpha = 0.05$ .

**q9. Σε τι βαθμό θα έπαιξε ρόλο στην απόφαση σας για αναδοχή οι θρησκευτικές σας πεποιθήσεις;**

```
> wilcox.test(q9~gender)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q9 by gender
W = 17851.5, p-value = 0.1036
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q9 δεν διαφοροποιήθηκαν ως προς τον παράγοντα φύλο εφόσον η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος  $\alpha = 0.05$ .

**q10. Σε τι βαθμό θα έπαιξε ρόλο στην απόφαση σας για αναδοχή η ανάγκη για κοινωνική προσφορά;**

```
> wilcox.test(q10~gender)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction
```



```
data: q10 by gender
W = 17005.5, p-value = 0.5193
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q10 δεν διαφοροποιήθηκαν ως προς τον παράγοντα φύλο εφόσον η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος  $\alpha = 0.05$ .

**q11. Σε τι βαθμό θα έπαιξε ρόλο στην απόφαση σας για αναδοχή η ευαισθητοποίηση από προηγούμενη επαφή με ψυχιατρικό ασθενή;**

```
> wilcox.test(q11~gender)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: q11 by gender
W = 17333.5, p-value = 0.3286
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q11 δεν διαφοροποιήθηκαν ως προς τον παράγοντα φύλο εφόσον η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος  $\alpha = 0.05$ .

**q12. Θα σας ενοχλούσε το γεγονός ότι με την αναδοχή ενός ψυχιατρικού ασθενή θα άλλαζαν οι οικογενειακοί σας ρυθμοί;**

```
> wilcox.test(q12~gender)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: q12 by gender
W = 18194, p-value = 0.05822
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q12 δεν διαφοροποιήθηκαν ως προς τον παράγοντα φύλο εφόσον η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος  $\alpha = 0.05$ .

**q13. Στα πλαίσια της αξιολόγησης της ομαλής σχέσης οικογένειας και ασθενούς γίνονται απροειδοποίητες επισκέψεις. Θα ήταν ενοχλητικό για εσάς;**

```
> wilcox.test(q13~gender)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: q13 by gender
W = 16889, p-value = 0.5998
```

```
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q13 δεν διαφοροποιήθηκαν ως προς τον παράγοντα φύλο εφόσον η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος  $\alpha = 0.05$ .

**q14. Σε τι βαθμό θα σας έκαναν οι επισκέψεις της θεραπευτικής ομάδας και η τακτική παρακολούθηση της κατάστασης του ασθενή να νιώσετε περισσότερη ασφάλεια;**

```
> wilcox.test(q14~gender)
      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q14 by gender
W = 17485, p-value = 0.2424
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q14 δεν διαφοροποιήθηκαν ως προς τον παράγοντα φύλο εφόσον η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος  $\alpha = 0.05$ .

**q15. Η θεραπευτική ομάδα είναι υπόχρεη για την φαρμακευτική αγωγή, τη δημιουργία ασφαλούς χώρου για τον ασθενή καθώς και για την εκπαίδευση της οικογένειας σε πρώτες βοήθειες και γενικά σε ό,τι αφορά την ασθένεια. Σε τι βαθμό πιστεύετε πως ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός στο πρόγραμμα;**

```
> wilcox.test(q15~gender)
      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q15 by gender
W = 18464, p-value = 0.01809
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q15 διαφοροποιήθηκαν ως προς τον παράγοντα φύλο εφόσον η p-value είναι μικρότερη από το περιθώριο σφάλματος  $\alpha = 0.05$ . Αυτό σημαίνει πως στην ερώτηση q15 τα δύο φύλλα απάντησαν με διαφορετικό τρόπο. Οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα πίστευαν εντονότερα από τους άντρες συμμετέχοντες πως ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός για την επιτυχή λειτουργία του προγράμματος.

### Διάμεσοι στην ερώτηση q15 ως προς τον παράγοντα φύλο

Άνδρες	4 - Αρκετά
Γυναίκες	5 - Πολύ

**q16. Αν υπήρχαν παιδιά στην οικογένεια σας θα αποτελούσε αποτρεπτικό παράγοντα η συμβίωση τους με τον ψυχιατρικό ασθενή;**

```
> wilcox.test(q16~gender)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q16 by gender
W = 17629, p-value = 0.1883
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q16 δεν διαφοροποιήθηκαν ως προς τον παράγοντα φύλο εφόσον η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος  $\alpha = 0.05$ .

**q17. Δεδομένου ότι μένετε μόνος/η σας, σε τι βαθμό θα επηρεαζόταν η απόφαση σας για αναδοχή;**

```
> wilcox.test(q17~gender)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q17 by gender
W = 16774.5, p-value = 0.683
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q17 δεν διαφοροποιήθηκαν ως προς τον παράγοντα φύλο εφόσον η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος  $\alpha = 0.05$ .

**q18. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι η αναδοχή ενός ασθενούς θα επηρεάσει αρνητικά τις απόψεις της κοινωνίας και των φίλων σας για εσάς;**

```
> wilcox.test(q18~gender)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction
```

```
data: q18 by gender
W = 16810.5, p-value = 0.6551
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q18 δεν διαφοροποιήθηκαν ως προς τον παράγοντα φύλο εφόσον η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος  $\alpha = 0.05$ .

## 2. Παράγοντας Ηλικία

**q1. Σε τι βαθμό έχετε πληροφορηθεί για τις ψυχικές διαταραχές και μερικά από τα προβλήματα που δημιουργούνται από αυτές;**

```
> wilcox.test(q1~age.cat)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: q1 by age.cat
W = 12089, p-value = 0.3247
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Ο παράγοντας ηλικίας δεν διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q1. Τόσο οι συμμετέχοντες που ήταν μικρότεροι από τα 40 έτη όσο και αυτοί που ήταν μεγαλύτεροι, απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q2. Από πού θεωρείτε καταλληλότερο μέσο να συλλέξετε πληροφορίες για ψυχιατρικά θέματα;**

```
> wilcox.test(q2~age.cat)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: q2 by age.cat
W = 11107, p-value = 0.7789
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Ο παράγοντας ηλικίας δεν διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q2. Τόσο οι συμμετέχοντες που ήταν μικρότεροι από τα 40 έτη όσο και αυτοί που ήταν μεγαλύτεροι, απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q3. Έχετε συναναστραφεί στον κύκλο σας με άτομο που πάσχει από ψυχική διαταραχή;**

```
> wilcox.test(q3~age.cat)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q3 by age.cat
W = 11170.5, p-value = 0.8732
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Ο παράγοντας ηλικίας δεν διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q3. Τόσο οι συμμετέχοντες που ήταν μικρότεροι από τα 40 έτη όσο και αυτοί που ήταν μεγαλύτεροι, απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q4. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι ένας ασθενής που λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή και παρακολουθείται σε τακτά χρονικά διαστήματα από θεραπευτική ομάδα (ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, νοσηλεύτης), είναι επικίνδυνος;**

```
> wilcox.test(q4~age.cat)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q4 by age.cat
W = 12585, p-value = 0.09867
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Ο παράγοντας ηλικίας δεν διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q4. Τόσο οι συμμετέχοντες που ήταν μικρότεροι από τα 40 έτη όσο και αυτοί που ήταν μεγαλύτεροι, απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q5. Σύμφωνα με τη νομοθεσία (26716/99 άρθρο 5, παράγραφος 1) με το πρόγραμμα «Φιλοξενουσών οικογενειών», καθήκοντα φιλοξενούσας οικογένειας μπορεί να αναλάβει οποιαδήποτε οικογένεια δεν έχει συγγένεια πρώτου βαθμού με τον ψυχιατρικό ασθενή καθώς και μεμονωμένα άτομα. Είστε ενήμεροι για το πρόγραμμα;**

```
> wilcox.test(q5~age.cat)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q5 by age.cat
W = 10973, p-value = 0.4613
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Ο παράγοντας ηλικίας δεν διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q5. Τόσο οι συμμετέχοντες που ήταν μικρότεροι από τα 40 έτη όσο και αυτοί που ήταν μεγαλύτεροι, απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q6. Σε πολλές ξένες χώρες εφαρμόζονται επιτυχώς παρόμοια προγράμματα αναδοχής. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι θα μπορούσε να επιτευχθεί και στην Ελλάδα;**

```
> wilcox.test(q6~age.cat)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q6 by age.cat
W = 12897.5, p-value = 0.04191
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση σχετικά με το κατά πόσο μπορεί να επιτευχθεί το πρόγραμμα αναδοχής στην Ελλάδα διαφοροποιήθηκαν ως προς τον παράγοντα ηλικίας των ερωτώμενων. Όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί οι απαντήσεις των νεότερων συμμετεχόντων ήταν θετικά μετατοπισμένες σε σχέση με τις απαντήσεις των μεγαλύτερων σε ηλικία.

#### Διάμεσοι στην ερώτηση q6 ως προς τον παράγοντα ηλικία

Κάτω των 40 ετών	3- Μέτρια
Άνω των 40 ετών	2- Λίγο

**q7. Με την αναδοχή του ασθενούς υπογράφεται σύμβαση συνήθως ενός έτους μεταξύ του φορέα λειτουργίας του προγράμματος και της οικογένειας, η όποια αναγράφει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις της οικογένειας (διάρκεια φιλοξενίας, λόγοι διακοπής της σύμβασης, αμοιβή, τρόπος εκπαίδευσης, στόχοι φιλοξενίας). Σε τι βαθμό σας φαίνονται αυτές οι απαιτήσεις δεσμευτικές;**

```
> wilcox.test(q7~age.cat)
```

```
Wilcoxon rank sum test with continuity correction
data: q7 by age.cat
W = 10795.5, p-value = 0.5266
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Ο παράγοντας ηλικίας δεν διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q7. Τόσο οι συμμετέχοντες που ήταν μικρότεροι από τα 40 έτη όσο και αυτοί που ήταν μεγαλύτεροι, απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q8. Σύμφωνα με το πρόγραμμα δινόταν αμοιβή για την φιλοξενία που αντιστοιχούσε σε 18 ευρώ την ημέρα και με τις κρατήσεις ανέρχεται σε 480 ευρώ το μηνά περίπου. Με την προϋπόθεση να καλύπτονται οι ανάγκες τροφής, στέγασης, ένδυσης και υπόδησης καθώς και κάλυψης μικροεξόδων του φιλοξενούμενου. Σε τι βαθμό αποτελεί το χρηματικό ποσό θετικό κίνητρο για να προχωρούσατε σε αναδοχή;**

```
> wilcox.test(q8~age.cat)
Wilcoxon rank sum test with continuity correction
data: q8 by age.cat
W = 13925.5, p-value = 0.001122
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων διαφοροποιήθηκαν ως προς τον παράγοντα ηλικία. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των νεότερων σε ηλικία συμμετεχόντων, το χρηματικό ποσό που δίνεται ως αμοιβή για τη φιλοξενία αποτελεί εντονότερα θετικό κίνητρο σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία.

<b>Διάμεσοι στην ερώτηση q8 ως προς τον παράγοντα ηλικία</b>	
<b>Κάτω των 40 ετών</b>	3- Μέτρια
<b>Άνω των 40 ετών</b>	2- Λίγο

**q9. Σε τι βαθμό θα έπαιζε ρόλο στην απόφαση σας για αναδοχή οι θρησκευτικές σας πεποιθήσεις;**

```
> wilcox.test(q9~age.cat)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q9 by age.cat
W = 11717.5, p-value = 0.5766
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Ο παράγοντας ηλικίας δεν διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q9. Τόσο οι συμμετέχοντες που ήταν μικρότεροι από τα 40 έτη όσο και αυτοί που ήταν μεγαλύτεροι, απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q10. Σε τι βαθμό θα έπαιζε ρόλο στην απόφαση σας για αναδοχή η ανάγκη για κοινωνική προσφορά;**

```
> wilcox.test(q10~age.cat)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q10 by age.cat
W = 11019.5, p-value = 0.7322
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Ο παράγοντας ηλικίας δεν διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q10. Τόσο οι συμμετέχοντες που ήταν μικρότεροι από τα 40 έτη όσο και αυτοί που ήταν μεγαλύτεροι, απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q11. Σε τι βαθμό θα έπαιζε ρόλο στην απόφαση σας για αναδοχή η ευαισθητοποίηση από προηγούμενη επαφή με ψυχιατρικό ασθενή;**

```
> wilcox.test(q11~age.cat)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q11 by age.cat
W = 12064.5, p-value = 0.3453
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```



Ο παράγοντας ηλικίας δεν διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q11. Τόσο οι συμμετέχοντες που ήταν μικρότεροι από τα 40 έτη όσο και αυτοί που ήταν μεγαλύτεροι, απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q12. Θα σας ενοχλούσε το γεγονός ότι με την αναδοχή ενός ψυχιατρικού ασθενή θα άλλαζαν οι οικογενειακοί σας ρυθμοί;**

```
> wilcox.test(q12~age.cat)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q12 by age.cat
W = 9916.5, p-value = 0.08319
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Ο παράγοντας ηλικίας δεν διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q12. Τόσο οι συμμετέχοντες που ήταν μικρότεροι από τα 40 έτη όσο και αυτοί που ήταν μεγαλύτεροι, απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q13. Στα πλαίσια τις αξιολόγησης της ομαλής σχέσης οικογένειας και ασθενούς γίνονται απροειδοποίητες επισκέψεις. Θα ήταν ενοχλητικό για εσάς;**

```
> wilcox.test(q13~age.cat)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q13 by age.cat
W = 10871, p-value = 0.5992
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Ο παράγοντας ηλικίας δεν διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q13. Τόσο οι συμμετέχοντες που ήταν μικρότεροι από τα 40 έτη όσο και αυτοί που ήταν μεγαλύτεροι, απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q14. Σε τι βαθμό θα σας έκαναν οι επισκέψεις της θεραπευτικής ομάδας και η τακτική παρακολούθηση της κατάστασης του ασθενή να νιώσετε περισσότερη ασφάλεια;**

```
> wilcox.test(q14~age.cat)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q14 by age.cat
```

```
W = 10259, p-value = 0.1873
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Ο παράγοντας ηλικίας δεν διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q14. Τόσο οι συμμετέχοντες που ήταν μικρότεροι από τα 40 έτη όσο και αυτοί που ήταν μεγαλύτεροι, απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q15. Η θεραπευτική ομάδα είναι υπόχρεη για την φαρμακευτική αγωγή, τη δημιουργία ασφαλούς χώρου για τον ασθενή καθώς και για την εκπαίδευση της οικογένειας σε πρώτες βοήθειες και γενικά σε ό,τι αφορά την ασθένεια. Σε τι βαθμό πιστεύετε πως ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός στο πρόγραμμα;**

```
> wilcox.test(q15~age.cat)

Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: q15 by age.cat
W = 9298, p-value = 0.006411
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων διαφοροποιήθηκαν ως προς τον παράγοντα ηλικία. Τα άτομα μεγαλύτερα από τα 40 έτη, τη στιγμή της έρευνας, φαίνεται να απάντησαν εντονότερα θετικά ως προς τη σημαντικότητα του ρόλου του νοσηλευτή στο πρόγραμμα σε σχέση με τους νεότερους συμμετέχοντες.

#### Διάμεσοι στην ερώτηση q15 ως προς τον παράγοντα ηλικία

Κάτω των 40 ετών

4- Αρκετά

Άνω των 40 ετών

5- Πολύ

**q16. Αν υπήρχαν παιδιά στην οικογένεια σας θα αποτελούσε αποτρεπτικό παράγοντα η συμβίωση τους με τον ψυχιατρικό ασθενή;**

```
> wilcox.test(q16~age.cat)

Wilcoxon rank sum test with continuity correction
```

```
data: q16 by age.cat
W = 9963, p-value = 0.09142
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Ο παράγοντας ηλικίας δεν διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q16. Τόσο οι συμμετέχοντες που ήταν μικρότεροι από τα 40 έτη όσο και αυτοί που ήταν μεγαλύτεροι, απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q17. Δεδομένου ότι μένετε μόνος/η σας, σε τι βαθμό θα επηρεαζόταν η απόφασή σας για αναδοχή;**

```
> wilcox.test(q17~age.cat)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: q17 by age.cat
W = 13306, p-value = 0.01287
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Τα άτομα κάτω των 40 ετών απάντησαν πως θα επηρεάζονταν εντονότερα στην απόφασή τους για αναδοχή δεδομένου ότι έμεναν μόνοι τους. Σε αντίθεση με αυτούς, άτομα άνω των 40 ετών τοποθετήθηκαν περισσότερο προς το μέτρια.

#### Διάμεσοι στην ερώτηση q17 ως προς τον παράγοντα ηλικία

Κάτω των 40 ετών	4- Αρκετά
Άνω των 40 ετών	3- Μέτρια

**q18. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι η αναδοχή ενός ασθενούς θα επηρεάσει αρνητικά τις απόψεις της κοινωνίας και των φίλων σας για εσάς;**

```
> wilcox.test(q18~age.cat)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: q18 by age.cat
W = 10367, p-value = 0.2482
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Ο παράγοντας ηλικίας δεν διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q18. Τόσο οι συμμετέχοντες που ήταν μικρότεροι από τα 40 έτη όσο και αυτοί που ήταν μεγαλύτεροι, απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

### **3. Ύπαρξη Παιδιών**

**q1. Σε τι βαθμό έχετε πληροφορηθεί για τις ψυχικές διαταραχές και μερικά από τα προβλήματα που δημιουργούνται από αυτές;**

```
> wilcox.test(q1~kids)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q1 by kids
W = 14161, p-value = 0.8154
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Η ύπαρξη παιδιών ή όχι δεν επηρέασε στατιστικά σημαντικά την κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση q1. Είτε είχαν είτε δεν είχαν παιδιά οι ερωτώμενοι τη στιγμή της έρευνας απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q2. Από πού θεωρείτε καταλληλότερο μέσο να συλλέξετε πληροφορίες για ψυχιατρικά θέματα;**

```
> wilcox.test(q2~kids)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q2 by kids
W = 14816.5, p-value = 0.2493
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Η ύπαρξη παιδιών ή όχι δεν επηρέασε στατιστικά σημαντικά την κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση q2. Είτε είχαν είτε δεν είχαν παιδιά οι ερωτώμενοι τη στιγμή της έρευνας απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q3. Έχετε συναναστραφεί στον κύκλο σας με άτομο που πάσχει από ψυχική διαταραχή;**

```
> wilcox.test(q3~kids)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction
```

```
data: q3 by kids
W = 14279.5, p-value = 0.7095
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Η ύπαρξη παιδιών ή όχι δεν επηρέασε στατιστικά σημαντικά την κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση q3. Είτε είχαν είτε δεν είχαν παιδιά οι ερωτώμενοι τη στιγμή της έρευνας απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q4. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι ένας ασθενής που λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή και παρακολουθείται σε τακτά χρονικά διαστήματα από θεραπευτική ομάδα (ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, νοσηλεύτης), είναι επικίνδυνος;**

```
> wilcox.test(q4~kids)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: q4 by kids
W = 15666, p-value = 0.064
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Η ύπαρξη παιδιών ή όχι δεν επηρέασε στατιστικά σημαντικά την κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση q4. Είτε είχαν είτε δεν είχαν παιδιά οι ερωτώμενοι τη στιγμή της έρευνας απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q5. Σύμφωνα με τη νομοθεσία (26716/99 άρθρο 5,παράγραφος 1) με το πρόγραμμα «Φιλοξενουσών οικογενειών», καθήκοντα φιλοξενούσας οικογένειας μπορεί να αναλάβει οποιαδήποτε οικογένεια δεν έχει συγγένεια πρώτου βαθμού με τον ψυχιατρικό ασθενή καθώς και μεμονωμένα άτομα. Είστε ενήμεροι για το πρόγραμμα;**

```
> wilcox.test(q5~kids)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: q5 by kids
W = 13468, p-value = 0.3218
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Η ύπαρξη παιδιών ή όχι δεν επηρέασε στατιστικά σημαντικά την κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση q5. Είτε είχαν είτε δεν είχαν παιδιά οι ερωτώμενοι τη στιγμή της έρευνας απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q6. Σε πολλές ξένες χώρες εφαρμόζονται επιτυχώς παρόμοια προγράμματα αναδοχής. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι θα μπορούσε να επιτευχθεί και στην Ελλάδα;**

```
> wilcox.test(q6~kids)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q6 by kids
W = 15809, p-value = 0.03366
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Ο παράγοντας ύπαρξης παιδιών επηρέασε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q6. Οι συμμετέχοντες που είχαν παιδιά τη στιγμή της έρευνας εμφανίστηκαν λιγότερο θετικοί ως προς την πιθανότητα επιτυχίας του προγράμματος στην Ελλάδα.

#### Διάμεσοι στην ερώτηση q6 ως προς τον παράγοντα ύπαρξης παιδιών

Παιδιά	2- Λίγο
Άτεκνοι	3- Μέτρια

**q7. Με την αναδοχή του ασθενούς υπογράφεται σύμβαση συνήθως ενός έτους μεταξύ του φορέα λειτουργίας του προγράμματος και της οικογένειας, η όποια αναγράφει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις της οικογένειας (διάρκεια φιλοξενίας, λόγοι διακοπής της σύμβασης, αμοιβή, τρόπος εκπαίδευσης, στόχοι φιλοξενίας). Σε τι βαθμό σας φαίνονται αυτές οι απαιτήσεις δεσμευτικές;**

```
> wilcox.test(q7~kids)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q7 by kids
W = 13703, p-value = 0.7775
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Η ύπαρξη παιδιών ή όχι δεν επηρέασε στατιστικά σημαντικά την κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση q7. Είτε είχαν είτε δεν είχαν παιδιά οι ερωτώμενοι τη στιγμή της έρευνας απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q8. Σύμφωνα με το πρόγραμμα δινόταν αμοιβή για την φιλοξενία που αντιστοιχούσε σε 18 ευρώ την ημέρα και με τις κρατήσεις ανέρχεται σε 480 ευρώ το μηνά περίπου. Με την προϋπόθεση να καλύπτονται οι ανάγκες τροφής, στέγασης, ένδυσης και υπόδησης καθώς και κάλυψης μικροεξόδων του φιλοξενούμενου. Σε τι βαθμό αποτελεί το χρηματικό ποσό θετικό κίνητρο για να προχωρούσατε σε αναδοχή;**

```
> wilcox.test(q8~kids)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q8 by kids
W = 15451.5, p-value = 0.0945
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Η ύπαρξη παιδιών ή όχι δεν επηρέασε στατιστικά σημαντικά την κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση q8. Είτε είχαν είτε δεν είχαν παιδιά οι ερωτώμενοι τη στιγμή της έρευνας απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q9. Σε τι βαθμό θα έπαιξε ρόλο στην απόφαση σας για αναδοχή οι θρησκευτικές σας πεποιθήσεις;**

```
> wilcox.test(q9~kids)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q9 by kids
W = 14417, p-value = 0.5784
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Η ύπαρξη παιδιών ή όχι δεν επηρέασε στατιστικά σημαντικά την κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση q9. Είτε είχαν είτε δεν είχαν παιδιά οι ερωτώμενοι τη στιγμή της έρευνας απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q10. Σε τι βαθμό θα έπαιζε ρόλο στην απόφασή σας για αναδοχή ή ανάγκη για κοινωνική προσφορά;**

```
> wilcox.test(q10~kids)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q10 by kids
W = 13876, p-value = 0.9331
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Η ύπαρξη παιδιών ή όχι δεν επηρέασε στατιστικά σημαντικά την κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση q10. Είτε είχαν είτε δεν είχαν παιδιά οι ερωτώμενοι τη στιγμή της έρευνας απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q11. Σε τι βαθμό θα έπαιζε ρόλο στην απόφασή σας για αναδοχή ή ευαισθητοποίηση από προηγούμενη επαφή με ψυχιατρικό ασθενή;**

```
> wilcox.test(q11~kids)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q11 by kids
W = 15432, p-value = 0.1014
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Η ύπαρξη παιδιών ή όχι δεν επηρέασε στατιστικά σημαντικά την κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση q11. Είτε είχαν είτε δεν είχαν παιδιά οι ερωτώμενοι τη στιγμή της έρευνας απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q12. Θα σας ενοχλούσε το γεγονός ότι με την αναδοχή ενός ψυχιατρικού ασθενή θα άλλαζαν οι οικογενειακοί σας ρυθμοί;**

```
> wilcox.test(q12~kids)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q12 by kids
W = 12599, p-value = 0.1265
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```



Η ύπαρξη παιδιών ή όχι δεν επηρέασε στατιστικά σημαντικά την κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση q12. Είτε είχαν είτε δεν είχαν παιδιά οι ερωτώμενοι τη στιγμή της έρευνας απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q13. Στα πλαίσια τις αξιολόγησης της ομαλής σχέσης οικογένειας και ασθενούς γίνονται απροειδοποίητες επισκέψεις. Θα ήταν ενοχλητικό για εσάς;**

```
> wilcox.test(q13~kids)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q13 by kids
W = 14517.5, p-value = 0.53
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Η ύπαρξη παιδιών ή όχι δεν επηρέασε στατιστικά σημαντικά την κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση q13. Είτε είχαν είτε δεν είχαν παιδιά οι ερωτώμενοι τη στιγμή της έρευνας απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

**q14. Σε τι βαθμό θα σας έκαναν οι επισκέψεις της θεραπευτικής ομάδας και η τακτική παρακολούθηση της κατάστασης του ασθενή να νιώσετε περισσότερη ασφάλεια;**

```
> wilcox.test(q14~kids)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q14 by kids
W = 11325, p-value = 0.002666
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Η ύπαρξη παιδιών για τους συμμετέχοντες ήταν ένας παράγοντας που επηρέασε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις τους. Οι συμμετέχοντες που είχαν παιδιά τη στιγμή της έρευνας απάντησαν εντονότερα θετικά στην ερώτηση ως προς το κατά πόσο θα ένιωθαν ασφάλεια από τις επισκέψεις και τη τακτική παρακολούθηση του ασθενή στην περίπτωση της αναδοχής.

### Διάμεσοι στην ερώτηση q14 ως προς τον παράγοντα ύπαρξης παιδιών

Παιδιά	4- Αρκετά
Άτεκνοι	3- Μέτρια

**q15. Η θεραπευτική ομάδα είναι υπόχρεη για την φαρμακευτική αγωγή, τη δημιουργία ασφαλούς χώρου για τον ασθενή καθώς και για την εκπαίδευση της οικογένειας σε πρώτες βοήθειες και γενικά σε ό,τι αφορά την ασθένεια. Σε τι βαθμό πιστεύετε πως ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός στο πρόγραμμα;**

```
> wilcox.test(q15~kids)
      Wilcoxon rank sum test with continuity correction
data:  q15 by kids
W = 10192.5, p-value = 3.955e-06
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Οι συμμετέχοντες που είχαν παιδιά τη στιγμή της έρευνας, πίστευαν εντονότερα στη σημαντικότητα του ρόλου του νοσηλευτή στο πρόγραμμα.

### Διάμεσοι στην ερώτηση q15 ως προς τον παράγοντα ύπαρξης παιδιών

Παιδιά	5- Πολύ
Άτεκνοι	4- Αρκετά

**q18. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι η αναδοχή ενός ασθενούς θα επηρεάσει αρνητικά τις απόψεις της κοινωνίας και των φίλων σας για εσάς;**

```
> wilcox.test(q18~kids)
      Wilcoxon rank sum test with continuity correction
data:  q18 by kids
```

```
W = 14753.5, p-value = 0.3706
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Η ύπαρξη παιδιών ή όχι δεν επηρέασε στατιστικά σημαντικά την κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση q18. Είτε είχαν είτε δεν είχαν παιδιά οι ερωτώμενοι τη στιγμή της έρευνας απάντησαν με παρόμοιο τρόπο.

#### **4. Είδος Κατοικίας**

**q1. Σε τι βαθμό έχετε πληροφορηθεί για τις ψυχικές διαταραχές και μερικά από τα προβλήματα που δημιουργούνται από αυτές;**

```
> wilcox.test(q1~home)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q1 by home
W = 15305, p-value = 0.8962
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Το αν κάποιος κατοικούσε σε ιδιόκτητη κατοικία ή με τη μορφή ενοικίου, δεν ήταν ένας παράγοντας ο οποίος να διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q1.

**q2. Από πού θεωρείτε καταλληλότερο μέσο να συλλέξετε πληροφορίες για ψυχιατρικά θέματα;**

```
> wilcox.test(q2~home)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q2 by home
W = 14886, p-value = 0.4923
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Το αν κάποιος κατοικούσε σε ιδιόκτητη κατοικία ή με τη μορφή ενοικίου, δεν ήταν ένας παράγοντας ο οποίος να διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q2.

**q3. Έχετε συναναστραφεί στον κύκλο σας με άτομο που πάσχει από ψυχική διαταραχή;**

```
> wilcox.test(q3~home)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q3 by home
W = 16723, p-value = 0.1607
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Το αν κάποιος κατοικούσε σε ιδιόκτητη κατοικία ή με τη μορφή ενοικίου, δεν ήταν ένας παράγοντας ο οποίος να διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q3.

**q4. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι ένας ασθενής που λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή και παρακολουθείται σε τακτά χρονικά διαστήματα από θεραπευτική ομάδα (ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, νοσηλεύτης), είναι επικίνδυνος;**

```
> wilcox.test(q4~home)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q4 by home
W = 14634, p-value = 0.3838
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Το αν κάποιος κατοικούσε σε ιδιόκτητη κατοικία ή με τη μορφή ενοικίου, δεν ήταν ένας παράγοντας ο οποίος να διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q4.

**q5. Σύμφωνα με τη νομοθεσία (26716/99 άρθρο 5,παράγραφος 1) με το πρόγραμμα «Φιλοξενουσών οικογενειών», καθήκοντα φιλοξενούσας οικογένειας μπορεί να αναλάβει οποιαδήποτε οικογένεια δεν έχει συγγένεια πρώτου βαθμού με τον ψυχιατρικό ασθενή καθώς και μεμονωμένα άτομα. Είστε ενήμεροι για το πρόγραμμα;**

```
> wilcox.test(q5~home)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q5 by home
W = 15400, p-value = 0.9573
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Το αν κάποιος κατοικούσε σε ιδιόκτητη κατοικία ή με τη μορφή ενοικίου, δεν ήταν ένας παράγοντας ο οποίος να διαφοροποιήσει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q5.

**q6. Σε πολλές ξένες χώρες εφαρμόζονται επιτυχώς παρόμοια προγράμματα αναδοχής. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι θα μπορούσε να επιτευχθεί και στην Ελλάδα;**

```
> wilcox.test(q6~home)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q6 by home
W = 16640.5, p-value = 0.1873
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Το αν κάποιος κατοικούσε σε ιδιόκτητη κατοικία ή με τη μορφή ενοικίου, δεν ήταν ένας παράγοντας ο οποίος να διαφοροποιήσει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q6.

**q7. Με την αναδοχή του ασθενούς υπογράφεται σύμβαση συνήθως ενός έτους μεταξύ του φορέα λειτουργίας του προγράμματος και της οικογένειας, η όποια αναγράφει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις της οικογένειας (διάρκεια φιλοξενίας, λόγοι διακοπής της σύμβασης, αμοιβή, τρόπος εκπαίδευσης, στόχοι φιλοξενίας). Σε τι βαθμό σας φαίνονται αυτές οι απαιτήσεις δεσμευτικές;**

```
> wilcox.test(q7~home)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q7 by home
W = 16029, p-value = 0.516
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Το αν κάποιος κατοικούσε σε ιδιόκτητη κατοικία ή με τη μορφή ενοικίου, δεν ήταν ένας παράγοντας ο οποίος να διαφοροποιήσει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q7.

**q8. Σύμφωνα με το πρόγραμμα δινόταν αμοιβή για την φιλοξενία που αντιστοιχούσε σε 18 ευρώ την ημέρα και με τις κρατήσεις ανέρχεται σε 480 ευρώ το μηνά περίπου. Με την προϋπόθεση να καλύπτονται οι ανάγκες τροφής, στέγασης, ένδυσης και υπόδησης καθώς**

**και κάλυψης μικροεξόδων του φιλοξενούμενου. Σε τι βαθμό αποτελεί το χρηματικό ποσό θετικό κίνητρο για να προχωρούσατε σε αναδοχή;**

```
> wilcox.test(q8~home)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q8 by home
W = 14417.5, p-value = 0.284
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Το αν κάποιος κατοικούσε σε ιδιόκτητη κατοικία ή με τη μορφή ενοικίου, δεν ήταν ένας παράγοντας ο οποίος να διαφοροποιήσει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q8.

**q9. Σε τι βαθμό θα έπαιξε ρόλο στην απόφασή σας για αναδοχή οι θρησκευτικές σας πεποιθήσεις;**

```
> wilcox.test(q9~home)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q9 by home
W = 15502, p-value = 0.9334
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Το αν κάποιος κατοικούσε σε ιδιόκτητη κατοικία ή με τη μορφή ενοικίου, δεν ήταν ένας παράγοντας ο οποίος να διαφοροποιήσει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q9.

**q10. Σε τι βαθμό θα έπαιξε ρόλο στην απόφασή σας για αναδοχή η ανάγκη για κοινωνική προσφορά;**

```
> wilcox.test(q10~home)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q10 by home
W = 13956, p-value = 0.1198
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Το αν κάποιος κατοικούσε σε ιδιόκτητη κατοικία ή με τη μορφή ενοικίου, δεν ήταν ένας παράγοντας ο οποίος να διαφοροποιήσει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q10.

**q11. Σε τι βαθμό θα έπαιξε ρόλο στην απόφασή σας για αναδοχή ή ευαισθητοποίηση από προηγούμενη επαφή με ψυχιατρικό ασθενή;**

```
> wilcox.test(q11~home)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q11 by home
W = 13182, p-value = 0.01806
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Το αν κατοικούσαν σε ιδιόκτητη κατοικία ή σε ενοίκιο είναι ένας παράγοντας ο οποίος φαίνεται να επηρέασε σημαντικά τις απαντήσεις τους στην ερώτηση q11. Τα άτομα που κατοικούσαν με τη μορφή ενοικίου, δήλωσαν εντονότερα ευαισθητοποιημένοι σε περίπτωση που είχαν προηγούμενη επαφή με ψυχιατρικό ασθενή.

#### Διάμεσοι στην ερώτηση q11 ως προς τον παράγοντα κατοικία

Ιδιόκτητη	3- Μέτρια
Ενοίκιο	4-Αρκετά

**q12. Θα σας ενοχλούσε το γεγονός ότι με την αναδοχή ενός ψυχιατρικού ασθενή θα άλλαζαν οι οικογενειακοί σας ρυθμοί;**

```
> wilcox.test(q12~home)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q12 by home
W = 14680, p-value = 0.422
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Το αν κάποιος κατοικούσε σε ιδιόκτητη κατοικία ή με τη μορφή ενοικίου, δεν ήταν ένας παράγοντας ο οποίος να διαφοροποιήσει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q12.

**q13. Στα πλαίσια της αξιολόγησης της ομαλής σχέσης οικογένειας και ασθενούς γίνονται απροειδοποίητες επισκέψεις. Θα ήταν ενοχλητικό για εσάς;**

```
> wilcox.test(q13~home)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q13 by home
W = 12225, p-value = 0.0007122
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Τα άτομα τα οποία διέμεναν σε ιδιόκτητη οικία δήλωσαν πως θα ήταν σε μικρότερο βαθμό ενοχλητικές οι απροειδοποίητες επισκέψεις στα πλαίσια της αξιολόγησης της πορείας της αναδοχής.

#### Διάμεσοι στην ερώτηση q13 ως προς τον παράγοντα κατοικία

Ιδιόκτητη	2- Λίγο
Ενοίκιο	3-Μέτρια

**q14. Σε τι βαθμό θα σας έκαναν οι επισκέψεις της θεραπευτικής ομάδας και η τακτική παρακολούθηση της κατάστασης του ασθενή να νιώσετε περισσότερη ασφάλεια;**

```
> wilcox.test(q14~home)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q14 by home
W = 16041, p-value = 0.5053
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```



Το αν κάποιος κατοικούσε σε ιδιόκτητη κατοικία ή με τη μορφή ενοικίου, δεν ήταν ένας παράγοντας ο οποίος να διαφοροποιήσει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q14.

**q15. Η θεραπευτική ομάδα είναι υπόχρεη για την φαρμακευτική αγωγή, τη δημιουργία ασφαλούς χώρου για τον ασθενή καθώς και για την εκπαίδευση της οικογένειας σε πρώτες βοήθειες και γενικά σε ό,τι αφορά την ασθένεια. Σε τι βαθμό πιστεύετε πως ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός στο πρόγραμμα;**

```
> wilcox.test(q15~home)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q15 by home
W = 15260.5, p-value = 0.8455
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Το αν κάποιος κατοικούσε σε ιδιόκτητη κατοικία ή με τη μορφή ενοικίου, δεν ήταν ένας παράγοντας ο οποίος να διαφοροποιήσει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q15.

**q16. Αν υπήρχαν παιδιά στην οικογένεια σας θα αποτελούσε αποτρεπτικό παράγοντα η συμβίωση τους με τον ψυχιατρικό ασθενή;**

```
> wilcox.test(q16~home)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data:  q16 by home
W = 14446, p-value = 0.2877
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Το αν κάποιος κατοικούσε σε ιδιόκτητη κατοικία ή με τη μορφή ενοικίου, δεν ήταν ένας παράγοντας ο οποίος να διαφοροποιήσει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q16.

**q17. Δεδομένου ότι μένετε μόνος/η σας, σε τι βαθμό θα επηρεαζόταν η απόφαση σας για αναδοχή;**

```
> wilcox.test(q17~home)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction
```

```
data: q17 by home
W = 13894.5, p-value = 0.1043
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Το αν κάποιος κατοικούσε σε ιδιόκτητη κατοικία ή με τη μορφή ενοικίου, δεν ήταν ένας παράγοντας ο οποίος να διαφοροποιήσει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q17.

**q18. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι η αναδοχή ενός ασθενούς θα επηρεάσει αρνητικά τις απόψεις της κοινωνίας και των φίλων σας για εσάς;**

```
> wilcox.test(q18~home)

      Wilcoxon rank sum test with continuity correction

data: q18 by home
W = 14395.5, p-value = 0.2726
alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

Το αν κάποιος κατοικούσε σε ιδιόκτητη κατοικία ή με τη μορφή ενοικίου, δεν ήταν ένας παράγοντας ο οποίος να διαφοροποιήσει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση q18.

## **5. Οικογενειακή Κατάσταση**

**q1. Σε τι βαθμό έχετε πληροφορηθεί για τις ψυχικές διαταραχές και μερικά από τα προβλήματα που δημιουργούνται από αυτές;**

```
> kruskal.test(q1~marital)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data: q1 by marital
Kruskal-Wallis chi-squared = 3.9535, df = 4, p-value = 0.4123
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά ως προς τον παράγοντα οικογενειακής κατάστασης. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση q1 ήταν παρόμοια ανεξάρτητα από την οικογενειακή κατάσταση του κάθε ερωτώμενου. Η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος το οποίο έχουμε καθορίσει ίσο με 0.05.

**q2. Από πού θεωρείτε καταλληλότερο μέσο να συλλέξετε πληροφορίες για ψυχιατρικά θέματα;**

```
> kruskal.test(q2~marital)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q2 by marital
Kruskal-Wallis chi-squared = 7.19, df = 4, p-value = 0.1262
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά ως προς τον παράγοντα οικογενειακής κατάστασης. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση q2 ήταν παρόμοια ανεξάρτητα από την οικογενειακή κατάσταση του κάθε ερωτώμενου. Η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος το οποίο έχουμε καθορίσει ίσο με 0.05.

**q3. Έχετε συναναστραφεί στον κύκλο σας με άτομο που πάσχει από ψυχική διαταραχή;**

```
> kruskal.test(q3~marital)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q3 by marital
Kruskal-Wallis chi-squared = 3.4526, df = 4, p-value = 0.4851
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά ως προς τον παράγοντα οικογενειακής κατάστασης. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση q3 ήταν παρόμοια ανεξάρτητα από την οικογενειακή κατάσταση του κάθε ερωτώμενου. Η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος το οποίο έχουμε καθορίσει ίσο με 0.05.

**q4. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι ένας ασθενής που λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή και παρακολουθείται σε τακτά χρονικά διαστήματα από θεραπευτική ομάδα (ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, νοσηλεύτης), είναι επικίνδυνος;**

```
> kruskal.test(q4~marital)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q4 by marital
Kruskal-Wallis chi-squared = 9.3276, df = 4, p-value = 0.05341
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά ως προς τον παράγοντα οικογενειακής κατάστασης. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση q4 ήταν

παρόμοια ανεξάρτητα από την οικογενειακή κατάσταση του κάθε ερωτώμενου. Η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος το οποίο έχουμε καθορίσει ίσο με 0.05.

**q5. Σύμφωνα με τη νομοθεσία (26716/99 άρθρο 5,παράγραφος 1) με το πρόγραμμα «Φιλοξενουσών οικογενειών», καθήκοντα φιλοξενούσας οικογένειας μπορεί να αναλάβει οποιαδήποτε οικογένεια δεν έχει συγγένεια πρώτου βαθμού με τον ψυχιατρικό ασθενή καθώς και μεμονωμένα άτομα. Είστε ενήμεροι για το πρόγραμμα;**

```
> kruskal.test(q5~marital)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q5 by marital
Kruskal-Wallis chi-squared = 2.3416, df = 4, p-value = 0.6732
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά ως προς τον παράγοντα οικογενειακής κατάστασης. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση q5 ήταν παρόμοια ανεξάρτητα από την οικογενειακή κατάσταση του κάθε ερωτώμενου. Η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος το οποίο έχουμε καθορίσει ίσο με 0.05.

**q6. Σε πολλές ξένες χώρες εφαρμόζονται επιτυχώς παρόμοια προγράμματα αναδοχής. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι θα μπορούσε να επιτευχθεί και στην Ελλάδα;**

```
> kruskal.test(q6~marital)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q6 by marital
Kruskal-Wallis chi-squared = 5.9309, df = 4, p-value = 0.2044
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά ως προς τον παράγοντα οικογενειακής κατάστασης. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση q6 ήταν παρόμοια ανεξάρτητα από την οικογενειακή κατάσταση του κάθε ερωτώμενου. Η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος το οποίο έχουμε καθορίσει ίσο με 0.05.

**q7. Με την αναδοχή του ασθενούς υπογράφεται σύμβαση συνήθως ενός έτους μεταξύ του φορέα λειτουργίας του προγράμματος και της οικογένειας, η όποια αναγράφει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις της οικογένειας (διάρκεια φιλοξενίας, λόγοι διακοπής της**

**σύμβασης, αμοιβή, τρόπος εκπαίδευσης, στόχοι φιλοξενίας). Σε τι βαθμό σας φαίνονται αυτές οι απαιτήσεις δεσμευτικές;**

```
> kruskal.test(q7~marital)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q7 by marital
Kruskal-Wallis chi-squared = 0.9701, df = 4, p-value = 0.9143
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά ως προς τον παράγοντα οικογενειακής κατάστασης. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση q7 ήταν παρόμοια ανεξάρτητα από την οικογενειακή κατάσταση του κάθε ερωτώμενου. Η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος το οποίο έχουμε καθορίσει ίσο με 0.05.

**q8. Σύμφωνα με το πρόγραμμα δινόταν αμοιβή για την φιλοξενία που αντιστοιχούσε σε 18 ευρώ την ημέρα και με τις κρατήσεις ανέρχεται σε 480 ευρώ το μηνά περίπου. Με την προϋπόθεση να καλύπτονται οι ανάγκες τροφής, στέγασης, ένδυσης και υπόδησης καθώς και κάλυψης μικροεξόδων του φιλοξενούμενου. Σε τι βαθμό αποτελεί το χρηματικό ποσό θετικό κίνητρο για να προχωρούσατε σε αναδοχή;**

```
> kruskal.test(q8~marital)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q8 by marital
Kruskal-Wallis chi-squared = 8.2037, df = 4, p-value = 0.08439
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά ως προς τον παράγοντα οικογενειακής κατάστασης. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση q8 ήταν παρόμοια ανεξάρτητα από την οικογενειακή κατάσταση του κάθε ερωτώμενου. Η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος το οποίο έχουμε καθορίσει ίσο με 0.05.

**q9. Σε τι βαθμό θα έπαιξε ρόλο στην απόφαση σας για αναδοχή οι θρησκευτικές σας πεποιθήσεις;**

```
> kruskal.test(q9~marital)

      Kruskal-Wallis rank sum test
```

```
data: q9 by marital
Kruskal-Wallis chi-squared = 8.1039, df = 4, p-value = 0.08785
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά ως προς τον παράγοντα οικογενειακής κατάστασης. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση q9 ήταν παρόμοια ανεξάρτητα από την οικογενειακή κατάσταση του κάθε ερωτώμενου. Η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος το οποίο έχουμε καθορίσει ίσο με 0.05.

**q10. Σε τι βαθμό θα έπαιξε ρόλο στην απόφασή σας για αναδοχή ή ανάγκη για κοινωνική προσφορά;**

```
> kruskal.test(q10~marital)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data: q10 by marital
Kruskal-Wallis chi-squared = 8.2536, df = 4, p-value = 0.08272
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά ως προς τον παράγοντα οικογενειακής κατάστασης. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση q10 ήταν παρόμοια ανεξάρτητα από την οικογενειακή κατάσταση του κάθε ερωτώμενου. Η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος το οποίο έχουμε καθορίσει ίσο με 0.05.

**q11. Σε τι βαθμό θα έπαιξε ρόλο στην απόφασή σας για αναδοχή ή ευαισθητοποίηση από προηγούμενη επαφή με ψυχιατρικό ασθενή;**

```
> kruskal.test(q11~marital)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data: q11 by marital
Kruskal-Wallis chi-squared = 8.4815, df = 4, p-value = 0.07545
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά ως προς τον παράγοντα οικογενειακής κατάστασης. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση q11 ήταν παρόμοια ανεξάρτητα από την οικογενειακή κατάσταση του κάθε ερωτώμενου. Η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος το οποίο έχουμε καθορίσει ίσο με 0.05.

**q12. Θα σας ενοχλούσε το γεγονός ότι με την αναδοχή ενός ψυχιατρικού ασθενή θα άλλαζαν οι οικογενειακοί σας ρυθμοί;**

```
> kruskal.test(q12~marital)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q12 by marital
Kruskal-Wallis chi-squared = 6.6483, df = 4, p-value = 0.1557
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά ως προς τον παράγοντα οικογενειακής κατάστασης. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση q12 ήταν παρόμοια ανεξάρτητα από την οικογενειακή κατάσταση του κάθε ερωτώμενου. Η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος το οποίο έχουμε καθορίσει ίσο με 0.05.

**q13. Στα πλαίσια τις αξιολόγησης της ομαλής σχέσης οικογένειας και ασθενούς γίνονται απροειδοποίητες επισκέψεις. Θα ήταν ενοχλητικό για εσάς;**

```
> kruskal.test(q13~marital)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q13 by marital
Kruskal-Wallis chi-squared = 19.5723, df = 4, p-value = 0.0006065
```

Η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων ήταν ένας παράγοντας ο οποίος επηρέασε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις τους στην ερώτηση σχετικά με το κατά πόσο θα ήταν ενοχλητικές για αυτούς οι απροειδοποίητες επισκέψεις στα πλαίσια της αξιολόγησης της αναδοχής.

**q14. Σε τι βαθμό θα σας έκαναν οι επισκέψεις της θεραπευτικής ομάδας και η τακτική παρακολούθηση της κατάστασης του ασθενή να νιώσετε περισσότερη ασφάλεια;**

```
> kruskal.test(q14~marital)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q14 by marital
Kruskal-Wallis chi-squared = 11.1096, df = 4, p-value = 0.02536
```

Επίσης η οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων επηρέασε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις τους σχετικά με το βαθμό ασφάλειας που θα ένιωθαν οι υποτιθέμενοι ανάδοχοι από τις επισκέψεις της θεραπευτικής ομάδας.

**q15. Η θεραπευτική ομάδα είναι υπόχρεη για την φαρμακευτική αγωγή, τη δημιουργία ασφαλούς χώρου για τον ασθενή καθώς και για την εκπαίδευση της οικογένειας σε πρώτες βοήθειες και γενικά σε ό,τι αφορά την ασθένεια. Σε τι βαθμό πιστεύετε πως ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός στο πρόγραμμα;**

```
> kruskal.test(q15~marital)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q15 by marital
Kruskal-Wallis chi-squared = 27.9054, df = 4, p-value = 1.304e-05
```

Η οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων επηρέασε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ως προς τον βαθμό που θεωρούν σημαντικό τον ρόλο του νοσηλευτή στην λειτουργία του προγράμματος αναδοχής.

**q16. Αν υπήρχαν παιδιά στην οικογένεια σας θα αποτελούσε αποτρεπτικό παράγοντα η συμβίωση τους με τον ψυχιατρικό ασθενή;**

```
> kruskal.test(q16~marital)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q16 by marital
Kruskal-Wallis chi-squared = 20.8807, df = 4, p-value = 0.0003344
```

Η οικογενειακή κατάσταση επηρέασε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των ερωτώμενων σχετικά με το κατά πόσο θα αποτελούσε αποτρεπτικό παράγοντα για αυτούς η συμβίωση με ψυχιατρικό ασθενή στην περίπτωση ύπαρξης παιδιών στο σπίτι.

**q17. Δεδομένου ότι μένετε μόνος/η σας, σε τι βαθμό θα επηρεαζόταν η απόφαση σας για αναδοχή;**

```
> kruskal.test(q17~marital)

      Kruskal-Wallis rank sum test
```



```
data: q17 by marital
Kruskal-Wallis chi-squared = 3.9932, df = 4, p-value = 0.4069
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά ως προς τον παράγοντα οικογενειακής κατάστασης. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση q17 ήταν παρόμοια ανεξάρτητα από την οικογενειακή κατάσταση του κάθε ερωτώμενου. Η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος το οποίο έχουμε καθορίσει ίσο με 0.05.

**q18. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι η αναδοχή ενός ασθενούς θα επηρεάσει αρνητικά τις απόψεις της κοινωνίας και των φίλων σας για εσάς;**

```
> kruskal.test(q18~marital)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q18 by marital
Kruskal-Wallis chi-squared = 1.2661, df = 4, p-value = 0.8671
```

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά ως προς τον παράγοντα οικογενειακής κατάστασης. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση q18 ήταν παρόμοια ανεξάρτητα από την οικογενειακή κατάσταση του κάθε ερωτώμενου. Η p-value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος το οποίο έχουμε καθορίσει ίσο με 0.05.

## **6. Επίπεδο εκπαίδευσης**

**q1. Σε τι βαθμό έχετε πληροφορηθεί για τις ψυχικές διαταραχές και μερικά από τα προβλήματα που δημιουργούνται από αυτές;**

```
> kruskal.test(q1~educ.new)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q1 by educ.new
Kruskal-Wallis chi-squared = 10.4517, df = 2, p-value = 0.005376
```

Το επίπεδο μόρφωσης των συμμετεχόντων επηρέασε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις που έδωσαν σχετικά με τον βαθμό που είχαν πληροφορηθεί για θέματα που αφορούν τις ψυχικές διαταραχές. Οι απαντήσεις των ατόμων που δεν είχαν ολοκληρώσει τις βασικές υποχρεωτικές σπουδές έτειναν να είναι περισσότερο αρνητικές σε σχέση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες.

### Διάμεσοι στην ερώτηση q1 ως προς τον παράγοντα εκπαίδευση

Πρωτοβάθμια	2- Λίγο
Δευτεροβάθμια	3-Μέτρια
Τριτοβάθμια	3-Μέτρια

### q2. Από πού θεωρείτε καταλληλότερο μέσο να συλλέξετε πληροφορίες για ψυχιατρικά θέματα;

```
> kruskal.test(q2~educ.new)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q2 by educ.new
Kruskal-Wallis chi-squared = 4.8273, df = 2, p-value = 0.08949
```

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων στην ερώτηση q2 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα μορφωτικό επίπεδο. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση ήταν παρόμοια για όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης που δήλωσε ο κάθε ερωτώμενος.

### q3. Έχετε συναναστραφεί στον κύκλο σας με άτομο που πάσχει από ψυχική διαταραχή;

```
> kruskal.test(q3~educ.new)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q3 by educ.new
Kruskal-Wallis chi-squared = 4.9758, df = 2, p-value = 0.08309
```

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων στην ερώτηση q3 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα μορφωτικό επίπεδο. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση ήταν παρόμοια για όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης που δήλωσε ο κάθε ερωτώμενος.

**q4. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι ένας ασθενής που λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή και παρακολουθείται σε τακτά χρονικά διαστήματα από θεραπευτική ομάδα (ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, νοσηλεύτης), είναι επικίνδυνος;**

```
> kruskal.test(q4~educ.new)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q4 by educ.new
Kruskal-Wallis chi-squared = 0.2725, df = 2, p-value = 0.8726
```

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων στην ερώτηση q4 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα μορφωτικό επίπεδο. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση ήταν παρόμοια για όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης που δήλωσε ο κάθε ερωτώμενος.

**q5. Σύμφωνα με τη νομοθεσία (26716/99 άρθρο 5,παράγραφος 1) με το πρόγραμμα «Φιλοξενουσών οικογενειών», καθήκοντα φιλοξενούσας οικογένειας μπορεί να αναλάβει οποιαδήποτε οικογένεια δεν έχει συγγένεια πρώτου βαθμού με τον ψυχιατρικό ασθενή καθώς και μεμονωμένα άτομα. Είστε ενήμεροι για το πρόγραμμα;**

```
> kruskal.test(q5~educ.new)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q5 by educ.new
Kruskal-Wallis chi-squared = 2.5926, df = 2, p-value = 0.2735
```

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων στην ερώτηση q5 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα μορφωτικό επίπεδο. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση ήταν παρόμοια για όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης που δήλωσε ο κάθε ερωτώμενος.

**q6. Σε πολλές ξένες χώρες εφαρμόζονται επιτυχώς παρόμοια προγράμματα αναδοχής. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι θα μπορούσε να επιτευχθεί και στην Ελλάδα;**

```
> kruskal.test(q6~educ.new)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q6 by educ.new
Kruskal-Wallis chi-squared = 0.8637, df = 2, p-value = 0.6493
```

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων στην ερώτηση q6 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα μορφωτικό επίπεδο. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση ήταν παρόμοια για όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης που δήλωσε ο κάθε ερωτώμενος.

**q7. Με την αναδοχή του ασθενούς υπογράφεται σύμβαση συνήθως ενός έτους μεταξύ του φορέα λειτουργίας του προγράμματος και της οικογένειας, η όποια αναγράφει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις της οικογένειας (διάρκεια φιλοξενίας, λόγοι διακοπής της σύμβασης, αμοιβή, τρόπος εκπαίδευσης, στόχοι φιλοξενίας). Σε τι βαθμό σας φαίνονται αυτές οι απαιτήσεις δεσμευτικές;**

```
> kruskal.test(q7~educ.new)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q7 by educ.new
Kruskal-Wallis chi-squared = 0.3386, df = 2, p-value = 0.8443
```

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων στην ερώτηση q7 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα μορφωτικό επίπεδο. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση ήταν παρόμοια για όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης που δήλωσε ο κάθε ερωτώμενος.

**q8. Σύμφωνα με το πρόγραμμα δινόταν αμοιβή για την φιλοξενία που αντιστοιχούσε σε 18 ευρώ την ημέρα και με τις κρατήσεις ανέρχεται σε 480 ευρώ το μηνά περίπου. Με την προϋπόθεση να καλύπτονται οι ανάγκες τροφής, στέγασης, ένδυσης και υπόδησης καθώς και κάλυψης μικροεξόδων του φιλοξενούμενου. Σε τι βαθμό αποτελεί το χρηματικό ποσό θετικό κίνητρο για να προχωρούσατε σε αναδοχή;**

```
> kruskal.test(q8~educ.new)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q8 by educ.new
Kruskal-Wallis chi-squared = 1.4948, df = 2, p-value = 0.4736
```

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων στην ερώτηση q8 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα μορφωτικό επίπεδο. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση ήταν παρόμοια για όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης που δήλωσε ο κάθε ερωτώμενος.

**q9. Σε τι βαθμό θα έπαιξε ρόλο στην απόφαση σας για αναδοχή οι θρησκευτικές σας πεποιθήσεις;**

```
> kruskal.test(q9~educ.new)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q9 by educ.new
Kruskal-Wallis chi-squared = 2.5035, df = 2, p-value = 0.286
```

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων στην ερώτηση q9 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα μορφωτικό επίπεδο. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση ήταν παρόμοια για όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης που δήλωσε ο κάθε ερωτώμενος.

**q10. Σε τι βαθμό θα έπαιξε ρόλο στην απόφαση σας για αναδοχή η ανάγκη για κοινωνική προσφορά;**

```
> kruskal.test(q10~educ.new)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q10 by educ.new
Kruskal-Wallis chi-squared = 5.9802, df = 2, p-value = 0.05028
```

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων στην ερώτηση q10 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα μορφωτικό επίπεδο. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση ήταν παρόμοια για όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης που δήλωσε ο κάθε ερωτώμενος.

**q11. Σε τι βαθμό θα έπαιξε ρόλο στην απόφαση σας για αναδοχή η ευαισθητοποίηση από προηγούμενη επαφή με ψυχιατρικό ασθενή;**

```
> kruskal.test(q11~educ.new)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q11 by educ.new
Kruskal-Wallis chi-squared = 19.6914, df = 2, p-value = 5.297e-05
```

Τα άτομα με χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο δήλωσαν πως θα ευαισθητοποιούνταν σε μεγαλύτερο βαθμό από τους υπόλοιπους για αναδοχή σε περίπτωση προηγούμενης επαφής με ψυχιατρικό ασθενή.

### Διάμεσοι στην ερώτηση q1 ως προς τον παράγοντα εκπαίδευση

Πρωτοβάθμια	3- Μέτρια
Δευτεροβάθμια	2-Λίγο
Τριτοβάθμια	2-Λίγο

**q12. Θα σας ενοχλούσε το γεγονός ότι με την αναδοχή ενός ψυχιατρικού ασθενή θα άλλαζαν οι οικογενειακοί σας ρυθμοί;**

```
> kruskal.test(q12~educ.new)
      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q12 by educ.new
Kruskal-Wallis chi-squared = 2.6297, df = 2, p-value = 0.2685
```

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων στην ερώτηση q12 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα μορφωτικό επίπεδο. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση ήταν παρόμοια για όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης που δήλωσε ο κάθε ερωτώμενος.

**q13. Στα πλαίσια της αξιολόγησης της ομαλής σχέσης οικογένειας και ασθενούς γίνονται απροειδοποίητες επισκέψεις. Θα ήταν ενοχλητικό για εσάς;**

```
> kruskal.test(q13~educ.new)
      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q13 by educ.new
Kruskal-Wallis chi-squared = 2.7853, df = 2, p-value = 0.2484
```

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων στην ερώτηση q13 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα μορφωτικό επίπεδο. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση ήταν παρόμοια για όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης που δήλωσε ο κάθε ερωτώμενος.

**q14. Σε τι βαθμό θα σας έκαναν οι επισκέψεις της θεραπευτικής ομάδας και η τακτική παρακολούθηση της κατάστασης του ασθενή να νιώσετε περισσότερη ασφάλεια;**

```
> kruskal.test(q14~educ.new)
      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q14 by educ.new
Kruskal-Wallis chi-squared = 0.2183, df = 2, p-value = 0.8966
```

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων στην ερώτηση q14 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα μορφωτικό επίπεδο. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση ήταν παρόμοια για όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης που δήλωσε ο κάθε ερωτώμενος.

**q15. Η θεραπευτική ομάδα είναι υπόχρη για την φαρμακευτική αγωγή, τη δημιουργία ασφαλούς χώρου για τον ασθενή καθώς και για την εκπαίδευση της οικογένειας σε πρώτες βοήθειες και γενικά σε ό,τι αφορά την ασθένεια. Σε τι βαθμό πιστεύετε πως ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός στο πρόγραμμα;**

```
> kruskal.test(q15~educ.new)
      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q15 by educ.new
Kruskal-Wallis chi-squared = 6.5371, df = 2, p-value = 0.03806
```

Οι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ήταν εντονότερα θετικά μετατοπισμένοι στις απαντήσεις τους ως προς τη σημαντικότητα του ρόλου του νοσηλευτή στο πρόγραμμα.

**Διάμεσοι στην ερώτηση q15 ως προς τον παράγοντα εκπαίδευση**

<b>Πρωτοβάθμια</b>	5- Πολύ
<b>Δευτεροβάθμια</b>	5-Πολύ
<b>Τριτοβάθμια</b>	4-Αρκετά

**q16. Αν υπήρχαν παιδιά στην οικογένεια σας θα αποτελούσε αποτρεπτικό παράγοντα η συμβίωση τους με τον ψυχιατρικό ασθενή;**

```
> kruskal.test(q16~educ.new)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q16 by educ.new
Kruskal-Wallis chi-squared = 2.0138, df = 2, p-value = 0.3654
```

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων στην ερώτηση q16 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα μορφωτικό επίπεδο. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση ήταν παρόμοια για όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης που δήλωσε ο κάθε ερωτώμενος.

**q17. Δεδομένου ότι μένετε μόνος/η σας, σε τι βαθμό θα επηρεαζόταν η απόφαση σας για αναδοχή;**

```
> kruskal.test(q17~educ.new)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q17 by educ.new
Kruskal-Wallis chi-squared = 4.5982, df = 2, p-value = 0.1003
```

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων στην ερώτηση q17 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα μορφωτικό επίπεδο. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση ήταν παρόμοια για όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης που δήλωσε ο κάθε ερωτώμενος.

**q18. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι η αναδοχή ενός ασθενούς θα επηρεάσει αρνητικά τις απόψεις της κοινωνίας και των φίλων σας για εσάς;**

```
> kruskal.test(q18~educ.new)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q18 by educ.new
Kruskal-Wallis chi-squared = 2.1081, df = 2, p-value = 0.3485
```

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων στην ερώτηση q18 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα μορφωτικό επίπεδο. Η κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση ήταν παρόμοια για όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης που δήλωσε ο κάθε ερωτώμενος.



## **7. Ετήσιο Εισόδημα**

**q1. Σε τι βαθμό έχετε πληροφορηθεί για τις ψυχικές διαταραχές και μερικά από τα προβλήματα που δημιουργούνται από αυτές;**

```
> kruskal.test(q1~salary)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q1 by salary
Kruskal-Wallis chi-squared = 2.8223, df = 3, p-value = 0.4198
```

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q1 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα του ετήσιου οικογενειακού τους εισοδήματος. Ανεξάρτητα από τον επίπεδο εισοδήματος η κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων ήταν παρόμοια.

**q2. Από πού θεωρείτε καταλληλότερο μέσο να συλλέξετε πληροφορίες για ψυχιατρικά θέματα;**

```
> kruskal.test(q2~salary)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q2 by salary
Kruskal-Wallis chi-squared = 3.2888, df = 3, p-value = 0.3492
```

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q2 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα του ετήσιου οικογενειακού τους εισοδήματος. Ανεξάρτητα από τον επίπεδο εισοδήματος η κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων ήταν παρόμοια.

**q3. Έχετε συναναστραφεί στον κύκλο σας με άτομο που πάσχει από ψυχική διαταραχή;**

```
> kruskal.test(q3~salary)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q3 by salary
Kruskal-Wallis chi-squared = 2.7484, df = 3, p-value = 0.4321
```

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q3 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα του ετήσιου οικογενειακού τους εισοδήματος. Ανεξάρτητα από τον επίπεδο εισοδήματος η κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων ήταν παρόμοια.

**q4. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι ένας ασθενής που λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή και παρακολουθείται σε τακτά χρονικά διαστήματα από θεραπευτική ομάδα (ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, νοσηλεύτης), είναι επικίνδυνος;**

```
> kruskal.test(q4~salary)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q4 by salary
Kruskal-Wallis chi-squared = 6.2284, df = 3, p-value = 0.101
```

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q4 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα του ετήσιου οικογενειακού τους εισοδήματος. Ανεξάρτητα από τον επίπεδο εισοδήματος η κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων ήταν παρόμοια.

**q5. Σύμφωνα με τη νομοθεσία (26716/99 άρθρο 5,παράγραφος 1) με το πρόγραμμα «Φιλοξενουσών οικογενειών», καθήκοντα φιλοξενούσας οικογένειας μπορεί να αναλάβει οποιαδήποτε οικογένεια δεν έχει συγγένεια πρώτου βαθμού με τον ψυχιατρικό ασθενή καθώς και μεμονωμένα άτομα. Είστε ενήμεροι για το πρόγραμμα;**

```
> kruskal.test(q5~salary)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q5 by salary
Kruskal-Wallis chi-squared = 0.9628, df = 3, p-value = 0.8102
```

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q5 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα του ετήσιου οικογενειακού τους εισοδήματος. Ανεξάρτητα από τον επίπεδο εισοδήματος η κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων ήταν παρόμοια.

**q6. Σε πολλές ξένες χώρες εφαρμόζονται επιτυχώς παρόμοια προγράμματα αναδοχής. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι θα μπορούσε να επιτευχθεί και στην Ελλάδα;**

```
> kruskal.test(q6~salary)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q6 by salary
Kruskal-Wallis chi-squared = 1.5599, df = 3, p-value = 0.6685
```

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q6 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα του ετήσιου οικογενειακού τους εισοδήματος. Ανεξάρτητα από τον επίπεδο εισοδήματος η κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων ήταν παρόμοια.

**q7. Με την αναδοχή του ασθενούς υπογράφεται σύμβαση συνήθως ενός έτους μεταξύ του φορέα λειτουργίας του προγράμματος και της οικογένειας, η όποια αναγράφει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις της οικογένειας (διάρκεια φιλοξενίας, λόγοι διακοπής της σύμβασης, αμοιβή, τρόπος εκπαίδευσης, στόχοι φιλοξενίας). Σε τι βαθμό σας φαίνονται αυτές οι απαιτήσεις δεσμευτικές;**

```
> kruskal.test(q7~salary)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q7 by salary
Kruskal-Wallis chi-squared = 2.9621, df = 3, p-value = 0.3975
```

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q7 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα του ετήσιου οικογενειακού τους εισοδήματος. Ανεξάρτητα από τον επίπεδο εισοδήματος η κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων ήταν παρόμοια.

**q8. Σύμφωνα με το πρόγραμμα δινόταν αμοιβή για την φιλοξενία που αντιστοιχούσε σε 18 ευρώ την ημέρα και με τις κρατήσεις ανέρχεται σε 480 ευρώ το μηνά περίπου. Με την προϋπόθεση να καλύπτονται οι ανάγκες τροφής, στέγασης, ένδυσης και υπόδησης καθώς και κάλυψης μικροεξόδων του φιλοξενούμενου. Σε τι βαθμό αποτελεί το χρηματικό ποσό θετικό κίνητρο για να προχωρούσατε σε αναδοχή;**

```
> kruskal.test(q8~salary)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q8 by salary
Kruskal-Wallis chi-squared = 23.3869, df = 3, p-value = 3.354e-05
```

Το εισόδημα των συμμετεχόντων επηρέασε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των ερωτώμενων ως προς το κατά πόσο το χρηματικό ποσό που δίνεται στους ανάδοχους θα αποτελούσε κίνητρο αναδοχής. Όπως ήταν αναμενόμενο ερωτώμενοι με χαμηλότερο ετήσιο οικογενειακό εισόδημα θεώρησαν εντονότερα σημαντικό το χρηματικό κίνητρο.

### Διάμεσοι στην ερώτηση q8 ως προς τον παράγοντα εισόδημα

Κάτω από 12.000 ευρώ	3- Μέτρια
Πάνω από 12.000 ευρώ	2-Λίγο

**q9. Σε τι βαθμό θα έπαιξε ρόλο στην απόφαση σας για αναδοχή οι θρησκευτικές σας πεποιθήσεις;**

```
> kruskal.test(q9~salary)
      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q9 by salary
Kruskal-Wallis chi-squared = 1.0644, df = 3, p-value = 0.7857
```

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q19 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα του ετήσιου οικογενειακού τους εισοδήματος. Ανεξάρτητα από τον επίπεδο εισοδήματος, η κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων ήταν παρόμοια.

**q10. Σε τι βαθμό θα έπαιξε ρόλο στην απόφαση σας για αναδοχή η ανάγκη για κοινωνική προσφορά;**

```
> kruskal.test(q10~salary)
      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q10 by salary
Kruskal-Wallis chi-squared = 1.809, df = 3, p-value = 0.613
```

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q10 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα του ετήσιου οικογενειακού τους εισοδήματος. Ανεξάρτητα από τον επίπεδο εισοδήματος η κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων ήταν παρόμοια.

**q11. Σε τι βαθμό θα έπαιξε ρόλο στην απόφαση σας για αναδοχή η ευαισθητοποίηση από προηγούμενη επαφή με ψυχιατρικό ασθενή;**

```
> kruskal.test(q11~salary)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q11 by salary
Kruskal-Wallis chi-squared = 4.6324, df = 3, p-value = 0.2008
```

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q11 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα του ετήσιου οικογενειακού τους εισοδήματος. Ανεξάρτητα από τον επίπεδο εισοδήματος η κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων ήταν παρόμοια.

**q12. Θα σας ενοχλούσε το γεγονός ότι με την αναδοχή ενός ψυχιατρικού ασθενή θα άλλαζαν οι οικογενειακοί σας ρυθμοί;**

```
> kruskal.test(q12~salary)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q12 by salary
Kruskal-Wallis chi-squared = 3.7767, df = 3, p-value = 0.2866
```

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q12 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα του ετήσιου οικογενειακού τους εισοδήματος. Ανεξάρτητα από τον επίπεδο εισοδήματος η κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων ήταν παρόμοια.

**q13. Στα πλαίσια τις αξιολόγησης της ομαλής σχέσης οικογένειας και ασθενούς γίνονται απροειδοποίητες επισκέψεις. Θα ήταν ενοχλητικό για εσάς;**

```
> kruskal.test(q13~salary)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q13 by salary
Kruskal-Wallis chi-squared = 2.353, df = 3, p-value = 0.5024
```

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q13 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα του ετήσιου οικογενειακού τους εισοδήματος. Ανεξάρτητα από τον επίπεδο εισοδήματος η κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων ήταν παρόμοια.

**q14. Σε τι βαθμό θα σας έκαναν οι επισκέψεις της θεραπευτικής ομάδας και η τακτική παρακολούθηση της κατάστασης του ασθενή να νιώσετε περισσότερη ασφάλεια;**

```
> kruskal.test(q14~salary)
      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q14 by salary
Kruskal-Wallis chi-squared = 4.8246, df = 3, p-value = 0.1851
```

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q14 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα του ετήσιου οικογενειακού τους εισοδήματος. Ανεξάρτητα από τον επίπεδο εισοδήματος η κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων ήταν παρόμοια.

**q15. Η θεραπευτική ομάδα είναι υπόχρεη για την φαρμακευτική αγωγή, τη δημιουργία ασφαλούς χώρου για τον ασθενή καθώς και για την εκπαίδευση της οικογένειας σε πρώτες βοήθειες και γενικά σε ό,τι αφορά την ασθένεια. Σε τι βαθμό πιστεύετε πως ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός στο πρόγραμμα;**

```
> kruskal.test(q15~salary)
      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q15 by salary
Kruskal-Wallis chi-squared = 7.5844, df = 3, p-value = 0.05543
```

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q15 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα του ετήσιου οικογενειακού τους εισοδήματος. Ανεξάρτητα από τον επίπεδο εισοδήματος η κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων ήταν παρόμοια.

**q16. Αν υπήρχαν παιδιά στην οικογένεια σας θα αποτελούσε αποτρεπτικό παράγοντα η συμβίωση τους με τον ψυχιατρικό ασθενή;**

```
> kruskal.test(q16~salary)
      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q16 by salary
Kruskal-Wallis chi-squared = 1.7089, df = 3, p-value = 0.635
```

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q16 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα του ετήσιου οικογενειακού τους εισοδήματος. Ανεξάρτητα από τον επίπεδο εισοδήματος η κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων ήταν παρόμοια.

**q17. Δεδομένου ότι μένετε μόνος/η σας, σε τι βαθμό θα επηρεαζόταν η απόφασή σας για αναδοχή;**

```
> kruskal.test(q17~salary)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q17 by salary
Kruskal-Wallis chi-squared = 3.3755, df = 3, p-value = 0.3373
```

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q17 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα του ετήσιου οικογενειακού τους εισοδήματος. Ανεξάρτητα από τον επίπεδο εισοδήματος η κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων ήταν παρόμοια.

**q18. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι η αναδοχή ενός ασθενούς θα επηρεάσει αρνητικά τις απόψεις της κοινωνίας και των φίλων σας για εσάς;**

```
> kruskal.test(q18~salary)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q18 by salary
Kruskal-Wallis chi-squared = 3.6433, df = 3, p-value = 0.3026
```

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση q18 δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον παράγοντα του ετήσιου οικογενειακού τους εισοδήματος. Ανεξάρτητα από τον επίπεδο εισοδήματος η κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων ήταν παρόμοια.

## **8. Τόπος Διαμονής**

**q1. Σε τι βαθμό έχετε πληροφορηθεί για τις ψυχικές διαταραχές και μερικά από τα προβλήματα που δημιουργούνται από αυτές;**

```
> kruskal.test(q1~location)

      Kruskal-Wallis rank sum test
```

```
data: q1 by location
Kruskal-Wallis chi-squared = 2.9831, df = 2, p-value = 0.225
```

Ανεξάρτητα από τον τόπο μόνιμης διαμονής τους, αν μένουν σε αγροτική περιοχή, μικρότερο αστικό κέντρο ή μεγάλο αστικό κέντρο οι απαντήσεις των ερωτώμενων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά στην ερώτηση q1 που τους παραθέσαμε. Η p-value του ελέγχου είναι μεγαλύτερη από 0.05 συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση που ορίζει πως οι διάμεσοι μεταξύ των δειγμάτων είναι ίσοι. Απορρίπτουμε συνεπώς την εναλλακτική που ορίζει πως οι διάμεσοι είναι διάφορες.

## **q2. Από πού θεωρείτε καταλληλότερο μέσο να συλλέξετε πληροφορίες για ψυχιατρικά θέματα;**

```
> kruskal.test(q2~location)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data: q2 by location
Kruskal-Wallis chi-squared = 2.2346, df = 2, p-value = 0.3272
```

Ανεξάρτητα από τον τόπο μόνιμης διαμονής τους, αν μένουν σε αγροτική περιοχή, μικρότερο αστικό κέντρο ή μεγάλο αστικό κέντρο οι απαντήσεις των ερωτώμενων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά στην ερώτηση q2 που τους παραθέσαμε. Η p-value του ελέγχου είναι μεγαλύτερη από 0.05 συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση που ορίζει πως οι διάμεσοι μεταξύ των δειγμάτων είναι ίσοι. Απορρίπτουμε συνεπώς την εναλλακτική που ορίζει πως οι διάμεσοι είναι διάφορες.

## **q3. Έχετε συναναστραφεί στον κύκλο σας με άτομο που πάσχει από ψυχική διαταραχή;**

```
> kruskal.test(q3~location)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data: q3 by location
Kruskal-Wallis chi-squared = 1.5368, df = 2, p-value = 0.4638
```

Ανεξάρτητα από τον τόπο μόνιμης διαμονής τους, αν μένουν σε αγροτική περιοχή, μικρότερο αστικό κέντρο ή μεγάλο αστικό κέντρο οι απαντήσεις των ερωτώμενων δεν διαφοροποιήθηκαν



στατιστικά σημαντικά στην ερώτηση q3 που τους παραθέσαμε. Η p-value του ελέγχου είναι μεγαλύτερη από 0.05 συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση που ορίζει πως οι διάμεσοι μεταξύ των δειγμάτων είναι ίσοι. Απορρίπτουμε συνεπώς την εναλλακτική που ορίζει πως οι διάμεσοι είναι διάφορες.

**q4. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι ένας ασθενής που λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή και παρακολουθείται σε τακτά χρονικά διαστήματα από θεραπευτική ομάδα (ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, νοσηλεύτης), είναι επικίνδυνος;**

```
> kruskal.test(q4~location)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q4 by location
Kruskal-Wallis chi-squared = 1.3844, df = 2, p-value = 0.5005
```

Ανεξάρτητα από τον τόπο μόνιμης διαμονής τους, αν μένουν σε αγροτική περιοχή, μικρότερο αστικό κέντρο ή μεγάλο αστικό κέντρο οι απαντήσεις των ερωτώμενων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά στην ερώτηση q4 που τους παραθέσαμε. Η p-value του ελέγχου είναι μεγαλύτερη από 0.05 συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση που ορίζει πως οι διάμεσοι μεταξύ των δειγμάτων είναι ίσοι. Απορρίπτουμε συνεπώς την εναλλακτική που ορίζει πως οι διάμεσοι είναι διάφορες.

**q5. Σύμφωνα με τη νομοθεσία (26716/99 άρθρο 5,παράγραφος 1) με το πρόγραμμα «Φιλοξενουσών οικογενειών», καθήκοντα φιλοξενούσας οικογένειας μπορεί να αναλάβει οποιαδήποτε οικογένεια δεν έχει συγγένεια πρώτου βαθμού με τον ψυχιατρικό ασθενή καθώς και μεμονωμένα άτομα. Είστε ενήμεροι για το πρόγραμμα;**

```
> kruskal.test(q5~location)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q5 by location
Kruskal-Wallis chi-squared = 0.9024, df = 2, p-value = 0.6369
```

Ανεξάρτητα από τον τόπο μόνιμης διαμονής τους, αν μένουν σε αγροτική περιοχή, μικρότερο αστικό κέντρο ή μεγάλο αστικό κέντρο οι απαντήσεις των ερωτώμενων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά στην ερώτηση q5 που τους παραθέσαμε. Η p-value του ελέγχου είναι μεγαλύτερη από 0.05 συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την

μηδενική υπόθεση που ορίζει πως οι διάμεσοι μεταξύ των δειγμάτων είναι ίσοι. Απορρίπτουμε συνεπώς την εναλλακτική που ορίζει πως οι διάμεσοι είναι διάφορες.

**q6. Σε πολλές ξένες χώρες εφαρμόζονται επιτυχώς παρόμοια προγράμματα αναδοχής. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι θα μπορούσε να επιτευχθεί και στην Ελλάδα;**

```
> kruskal.test(q6~location)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q6 by location
Kruskal-Wallis chi-squared = 0.1851, df = 2, p-value = 0.9116
```

Ανεξάρτητα από τον τόπο μόνιμης διαμονής τους, αν μένουν σε αγροτική περιοχή, μικρότερο αστικό κέντρο ή μεγάλο αστικό κέντρο οι απαντήσεις των ερωτώμενων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά στην ερώτηση q6 που τους παραθέσαμε. Η p-value του ελέγχου είναι μεγαλύτερη από 0.05 συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση που ορίζει πως οι διάμεσοι μεταξύ των δειγμάτων είναι ίσοι. Απορρίπτουμε συνεπώς την εναλλακτική που ορίζει πως οι διάμεσοι είναι διάφορες.

**q7. Με την αναδοχή του ασθενούς υπογράφεται σύμβαση συνήθως ενός έτους μεταξύ του φορέα λειτουργίας του προγράμματος και της οικογένειας, η όποια αναγράφει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις της οικογένειας (διάρκεια φιλοξενίας, λόγοι διακοπής της σύμβασης, αμοιβή, τρόπος εκπαίδευσης, στόχοι φιλοξενίας). Σε τι βαθμό σας φαίνονται αυτές οι απαιτήσεις δεσμευτικές;**

```
> kruskal.test(q7~location)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q7 by location
Kruskal-Wallis chi-squared = 3.8031, df = 2, p-value = 0.1493
```

Ανεξάρτητα από τον τόπο μόνιμης διαμονής τους, αν μένουν σε αγροτική περιοχή, μικρότερο αστικό κέντρο ή μεγάλο αστικό κέντρο οι απαντήσεις των ερωτώμενων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά στην ερώτηση q7 που τους παραθέσαμε. Η p-value του ελέγχου είναι μεγαλύτερη από 0.05 συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την

μηδενική υπόθεση που ορίζει πως οι διάμεσοι μεταξύ των δειγμάτων είναι ίσοι. Απορρίπτουμε συνεπώς την εναλλακτική που ορίζει πως οι διάμεσοι είναι διάφορες.

**q8. Σύμφωνα με το πρόγραμμα δινόταν αμοιβή για την φιλοξενία που αντιστοιχούσε σε 18 ευρώ την ημέρα και με τις κρατήσεις ανέρχεται σε 480 ευρώ το μηνά περίπου. Με την προϋπόθεση να καλύπτονται οι ανάγκες τροφής, στέγασης, ένδυσης και υπόδησης καθώς και κάλυψης μικροεξόδων του φιλοξενούμενου. Σε τι βαθμό αποτελεί το χρηματικό ποσό θετικό κίνητρο για να προχωρούσατε σε αναδοχή;**

```
> kruskal.test(q8~location)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q8 by location
Kruskal-Wallis chi-squared = 0.9335, df = 2, p-value = 0.627
```

Ανεξάρτητα από τον τόπο μόνιμης διαμονής τους, αν μένουν σε αγροτική περιοχή, μικρότερο αστικό κέντρο ή μεγάλο αστικό κέντρο οι απαντήσεις των ερωτώμενων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά στην ερώτηση q8 που τους παραθέσαμε. Η p-value του ελέγχου είναι μεγαλύτερη από 0.05 συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση που ορίζει πως οι διάμεσοι μεταξύ των δειγμάτων είναι ίσοι. Απορρίπτουμε συνεπώς την εναλλακτική που ορίζει πως οι διάμεσοι είναι διάφορες.

**q9. Σε τι βαθμό θα έπαιξε ρόλο στην απόφασή σας για αναδοχή οι θρησκευτικές σας πεποιθήσεις;**

```
> kruskal.test(q9~location)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q9 by location
Kruskal-Wallis chi-squared = 5.9189, df = 2, p-value = 0.05185
```

Ανεξάρτητα από τον τόπο μόνιμης διαμονής τους, αν μένουν σε αγροτική περιοχή, μικρότερο αστικό κέντρο ή μεγάλο αστικό κέντρο οι απαντήσεις των ερωτώμενων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά στην ερώτηση q9 που τους παραθέσαμε. Η p-value του ελέγχου είναι μεγαλύτερη από 0.05 συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την

μηδενική υπόθεση που ορίζει πως οι διάμεσοι μεταξύ των δειγμάτων είναι ίσοι. Απορρίπτουμε συνεπώς την εναλλακτική που ορίζει πως οι διάμεσοι είναι διάφορες.

**q10. Σε τι βαθμό θα έπαιξε ρόλο στην απόφασή σας για αναδοχή ή ανάγκη για κοινωνική προσφορά;**

```
> kruskal.test(q10~location)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q10 by location
Kruskal-Wallis chi-squared = 0.5106, df = 2, p-value = 0.7747
```

Ανεξάρτητα από τον τόπο μόνιμης διαμονής τους, αν μένουν σε αγροτική περιοχή, μικρότερο αστικό κέντρο ή μεγάλο αστικό κέντρο οι απαντήσεις των ερωτώμενων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά στην ερώτηση q10 που τους παραθέσαμε. Η p-value του ελέγχου είναι μεγαλύτερη από 0.05 συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση που ορίζει πως οι διάμεσοι μεταξύ των δειγμάτων είναι ίσοι. Απορρίπτουμε συνεπώς την εναλλακτική που ορίζει πως οι διάμεσοι είναι διάφορες.

**q11. Σε τι βαθμό θα έπαιξε ρόλο στην απόφασή σας για αναδοχή ή ευαισθητοποίηση από προηγούμενη επαφή με ψυχιατρικό ασθενή;**

```
> kruskal.test(q11~location)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q11 by location
Kruskal-Wallis chi-squared = 2.2552, df = 2, p-value = 0.3238
```

Ανεξάρτητα από τον τόπο μόνιμης διαμονής τους, αν μένουν σε αγροτική περιοχή, μικρότερο αστικό κέντρο ή μεγάλο αστικό κέντρο οι απαντήσεις των ερωτώμενων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά στην ερώτηση q11 που τους παραθέσαμε. Η p-value του ελέγχου είναι μεγαλύτερη από 0.05 συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση που ορίζει πως οι διάμεσοι μεταξύ των δειγμάτων είναι ίσοι. Απορρίπτουμε συνεπώς την εναλλακτική που ορίζει πως οι διάμεσοι είναι διάφορες.

**q12. Θα σας ενοχλούσε το γεγονός ότι με την αναδοχή ενός ψυχιατρικού ασθενή θα άλλαζαν οι οικογενειακοί σας ρυθμοί;**

```
> kruskal.test(q12~location)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q12 by location
Kruskal-Wallis chi-squared = 2.4464, df = 2, p-value = 0.2943
```

Ανεξάρτητα από τον τόπο μόνιμης διαμονής τους, αν μένουν σε αγροτική περιοχή, μικρότερο αστικό κέντρο ή μεγάλο αστικό κέντρο οι απαντήσεις των ερωτώμενων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά στην ερώτηση q12 που τους παραθέσαμε. Η p-value του ελέγχου είναι μεγαλύτερη από 0.05 συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση που ορίζει πως οι διάμεσοι μεταξύ των δειγμάτων είναι ίσοι. Απορρίπτουμε συνεπώς την εναλλακτική που ορίζει πως οι διάμεσοι είναι διάφορες.

**q13. Στα πλαίσια της αξιολόγησης της ομαλής σχέσης οικογένειας και ασθενούς γίνονται απροειδοποίητες επισκέψεις. Θα ήταν ενοχλητικό για εσάς;**

```
> kruskal.test(q13~location)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q13 by location
Kruskal-Wallis chi-squared = 1.649, df = 2, p-value = 0.4385
```

Ανεξάρτητα από τον τόπο μόνιμης διαμονής τους, αν μένουν σε αγροτική περιοχή, μικρότερο αστικό κέντρο ή μεγάλο αστικό κέντρο οι απαντήσεις των ερωτώμενων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά στην ερώτηση q13 που τους παραθέσαμε. Η p-value του ελέγχου είναι μεγαλύτερη από 0.05 συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση που ορίζει πως οι διάμεσοι μεταξύ των δειγμάτων είναι ίσοι. Απορρίπτουμε συνεπώς την εναλλακτική που ορίζει πως οι διάμεσοι είναι διάφορες.

**q14. Σε τι βαθμό θα σας έκαναν οι επισκέψεις της θεραπευτικής ομάδας και η τακτική παρακολούθηση της κατάστασης του ασθενή να νιώσετε περισσότερη ασφάλεια;**

```
> kruskal.test(q14~location)

      Kruskal-Wallis rank sum test
```

```
data: q14 by location
Kruskal-Wallis chi-squared = 1.1298, df = 2, p-value = 0.5684
```

Ανεξάρτητα από τον τόπο μόνιμης διαμονής τους, αν μένουν σε αγροτική περιοχή, μικρότερο αστικό κέντρο ή μεγάλο αστικό κέντρο οι απαντήσεις των ερωτώμενων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά στην ερώτηση q14 που τους παραθέσαμε. Η p-value του ελέγχου είναι μεγαλύτερη από 0.05 συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση που ορίζει πως οι διάμεσοι μεταξύ των δειγμάτων είναι ίσοι. Απορρίπτουμε συνεπώς την εναλλακτική που ορίζει πως οι διάμεσοι είναι διάφορες.

**q15. Η θεραπευτική ομάδα είναι υπόχρεη για την φαρμακευτική αγωγή, τη δημιουργία ασφαλούς χώρου για τον ασθενή καθώς και για την εκπαίδευση της οικογένειας σε πρώτες βοήθειες και γενικά σε ό,τι αφορά την ασθένεια. Σε τι βαθμό πιστεύετε πως ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός στο πρόγραμμα;**

```
> kruskal.test(q15~location)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data: q15 by location
Kruskal-Wallis chi-squared = 2.1809, df = 2, p-value = 0.3361
```

Ανεξάρτητα από τον τόπο μόνιμης διαμονής τους, αν μένουν σε αγροτική περιοχή, μικρότερο αστικό κέντρο ή μεγάλο αστικό κέντρο οι απαντήσεις των ερωτώμενων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά στην ερώτηση q15 που τους παραθέσαμε. Η p-value του ελέγχου είναι μεγαλύτερη από 0.05 συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση που ορίζει πως οι διάμεσοι μεταξύ των δειγμάτων είναι ίσοι. Απορρίπτουμε συνεπώς την εναλλακτική που ορίζει πως οι διάμεσοι είναι διάφορες.

**q16. Αν υπήρχαν παιδιά στην οικογένεια σας θα αποτελούσε αποτρεπτικό παράγοντα η συμβίωση τους με τον ψυχιατρικό ασθενή;**

```
> kruskal.test(q16~location)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data: q16 by location
Kruskal-Wallis chi-squared = 2.0806, df = 2, p-value = 0.3533
```

Ανεξάρτητα από τον τόπο μόνιμης διαμονής τους, αν μένουν σε αγροτική περιοχή, μικρότερο αστικό κέντρο ή μεγάλο αστικό κέντρο οι απαντήσεις των ερωτώμενων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά στην ερώτηση q16 που τους παραθέσαμε. Η p-value του ελέγχου είναι μεγαλύτερη από 0.05 συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση που ορίζει πως οι διάμεσοι μεταξύ των δειγμάτων είναι ίσοι. Απορρίπτουμε συνεπώς την εναλλακτική που ορίζει πως οι διάμεσοι είναι διάφορες.

**q17. Δεδομένου ότι μένετε μόνος/η σας, σε τι βαθμό θα επηρεαζόταν η απόφαση σας για αναδοχή;**

```
> kruskal.test(q17~location)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q17 by location
Kruskal-Wallis chi-squared = 2.4694, df = 2, p-value = 0.2909
```

Ανεξάρτητα από τον τόπο μόνιμης διαμονής τους, αν μένουν σε αγροτική περιοχή, μικρότερο αστικό κέντρο ή μεγάλο αστικό κέντρο οι απαντήσεις των ερωτώμενων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά στην ερώτηση q17 που τους παραθέσαμε. Η p-value του ελέγχου είναι μεγαλύτερη από 0.05 συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση που ορίζει πως οι διάμεσοι μεταξύ των δειγμάτων είναι ίσοι. Απορρίπτουμε συνεπώς την εναλλακτική που ορίζει πως οι διάμεσοι είναι διάφορες.

**q18. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι η αναδοχή ενός ασθενούς θα επηρεάσει αρνητικά τις απόψεις της κοινωνίας και των φίλων σας για εσάς;**

```
> kruskal.test(q18~location)

      Kruskal-Wallis rank sum test

data:  q18 by location
Kruskal-Wallis chi-squared = 6.4335, df = 2, p-value = 0.0524
```

Ανεξάρτητα από τον τόπο μόνιμης διαμονής τους, αν μένουν σε αγροτική περιοχή, μικρότερο αστικό κέντρο ή μεγάλο αστικό κέντρο οι απαντήσεις των ερωτώμενων δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά στην ερώτηση q18 που τους παραθέσαμε. Η p-value του ελέγχου είναι μεγαλύτερη από 0.05 συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την

μηδενική υπόθεση που ορίζει πως οι διάμεσοι μεταξύ των δειγμάτων είναι ίσοι. Απορρίπτουμε συνεπώς την εναλλακτική που ορίζει πως οι διάμεσοι είναι διάφορες.

#### 4.3. Συμπεράσματα έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων των κατοίκων της Αχαΐας σχετικά με τους ψυχικά ασθενείς και το πρόγραμμα φιλοξενουσών οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες. Η έρευνα έγινε με τη βοήθεια ερωτηματολογίου το οποίο διανεμήθηκε από τους συγγραφείς της παρούσας εργασίας. Η έρευνα έλαβε μέρος το δεύτερο τρίμηνο του 2015 και πληθυσμός αναφοράς της έρευνας είναι οι κάτοικοι του νομού Αχαΐας. Συλλέχθηκαν 365 έγκυρα ερωτηματολόγια. Το δείγμα που συλλέξαμε είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού ως προς τις αναλογίες φύλο και ηλικιών. Στο παρόν κομμάτι των συμπερασμάτων παραθέτουμε συνοπτικά τα σημαντικότερα ευρήματα της έρευνάς μας.

Μόλις ένας στους τέσσερις ερωτώμενους είχε πληροφορηθεί σε ικανοποιητικό βαθμό για τις ψυχικές νόσους και διαταραχές μέχρι τη στιγμή της έρευνας, παρότι περίπου οι μισοί (53%) είχαν συναναστραφεί με άτομο που έπασχε είτε στο φιλικό τους κύκλο είτε και στον οικογενειακό. Παρόλα αυτά είναι ιδιαίτερα ικανοποιητικό πως η κύρια πηγή πληροφόρησης για θέματα σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές αποτελεί το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Ως δεύτερη πηγή πληροφόρησης έδωσαν ως απάντηση το ιντερνέτ, ένα άκρως αμφίβολο μέσο πληροφόρησης για τόσο λεπτά θέματα.

Όσον αφορά το πρόγραμμα φιλοξενουσών οικογενειών, μόλις ένας στους δέκα ερωτώμενους ήταν ενήμερος για αυτό. Επίσης δεν εμφανίστηκαν ιδιαίτερα θετικά πεισμένοι οι συμμετέχοντες ως προς το κατά πόσο θα μπορούσε το πρόγραμμα να χαρακτηριστεί ως επιτυχημένο στην Ελλάδα. Στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες χαρακτήρισαν το πρόγραμμα σε μεγάλο βαθμό απαιτητικό και δεσμευτικό ενώ η χρηματική αμοιβή του προγράμματος δεν έδειξε να αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό κίνητρο για αναδοχή. Σε μικρότερο ακόμα βαθμό έδειξαν να επηρεάζει την απόφαση των συμμετεχόντων για αναδοχή οι θρησκευτικές τους πεποιθήσεις. Εντονότερα, αν και σε μέτριο βαθμό, φάνηκε να επιδρά στην απόφαση για αναδοχή η ανάγκη των ατόμων για κοινωνική προσφορά και ευαισθητοποίηση από προηγούμενη επαφή με ψυχικά ασθενείς. Τέλος, η αλλαγή στους οικογενειακούς ρυθμούς και η ύπαρξη παιδιών ήταν οι δύο πιο σημαντικοί αποτρεπτικοί παράγοντες ως προς την απόφαση για αναδοχή.



Σημαντικός εμφανίζεται μέσα από τις απαντήσεις των ερωτώμενων ο ρόλος των νοσηλευτών στη λειτουργία του προγράμματος. Οι ερωτώμενοι δήλωσαν πως οι τακτικές επισκέψεις νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού θα τους έκαναν να νιώθουν περισσότερο ασφαλείς σε μια ενδεχόμενη αναδοχή ενός ψυχικά ασθενή.

Ο παράγοντας φύλο καθόρισε σε σημαντικό βαθμό τις απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτώμενοι σε κάποιες ερωτήσεις. Είναι ενδιαφέρον να αναφέρουμε πως οι γυναίκες εμφανίστηκαν εντονότερα ενημερωμένες σε σχέση με τους άντρες σε θέματα που αφορούν τις ψυχικές ασθένειες. Αντίθετα οι άντρες εμφανίστηκαν πιο θετικοί ως προς την δυναμική του προγράμματος στην Ελλάδα. Τέλος εντοπίσαμε σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των απαντήσεων ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες ως προς τη σημαντικότητα του ρόλου του νοσηλευτή στο πρόγραμμα, με τις γυναίκες να τους θεωρούν εντονότερα σημαντικούς σε σχέση με τους άντρες.

Επίσης η ηλικία ήταν ένας καθοριστικός παράγοντας για αρκετές από τις απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτώμενοι. Άτομα κάτω των 40 ετών εμφανίστηκαν πιο θετικοί ως προς την επιτυχία του προγράμματος στην Ελλάδα. Επίσης για αυτούς αποτελούσε εντονότερα κίνητρο η χρηματική αμοιβή σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία. Τα άτομα που ήταν μεγαλύτερα από 40 τη στιγμή της έρευνας δήλωσαν εντονότερα από τους νεότερους πως θεωρούν σημαντικό τον ρόλο του νοσηλευτή στο πρόγραμμα.

Η ύπαρξη παιδιών ή όχι για τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα αποτέλεσε τον σημαντικότερο παράγοντα ως προς τη κατεύθυνση των απαντήσεων που έδωσαν και κυρίως ως προς την απόφαση του ατόμου για αναδοχή. Εντονότερα επιφυλακτικοί και φοβισμένοι εμφανίστηκαν οι συμμετέχοντες που είχαν παιδιά τη στιγμή της έρευνας.

Ένας ακόμα καθοριστικός παράγοντας που επέδρασε στις απαντήσεις των ερωτώμενων ήταν το μορφωτικό τους επίπεδο. Άτομα που είχαν ολοκληρώσει απλά τη πρωτοβάθμια εκπαίδευση, ή μερικές τάξεις αυτής ήταν σαφώς λιγότερο ενημερωμένη σχετικά με θέματα που αφορούν τις ψυχικές διαταραχές. Ωστόσο, για αυτά τα άτομα η προηγούμενη εμπειρία με ψυχικά ασθενή θα αποτελούσε εντονότερο κίνητρο για αναδοχή σε σχέση με αυτούς που είχαν ολοκληρώσει είτε τη δευτεροβάθμια είτε τη τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Τέλος το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα των ερωτώμενων φάνηκε να επηρεάζει κάποιες από τις απαντήσεις των ερωτώμενων. Άτομα με χαμηλότερα εισοδήματα δήλωσαν σε μεγαλύτερο βαθμό ως σημαντικό το χρηματικό κίνητρο σε σχέση με πλουσιότερα άτομα. Τέλος να αναφέρουμε πως η περιοχή μόνιμης κατοικίας δεν επηρέασε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων σε καμία ερώτηση. Είτε κάποιος διέμενε σε αγροτική περιοχή είτε σε μικρό ή μεγάλο αστικό κέντρο δεν διαφοροποιήθηκαν οι απαντήσεις από αυτόν τον παράγοντα.

4.4. Παράρτημα

**Table G. Critical Values of  $r$  (Pearson Product-Moment Correlation Coefficient)**

$df$	.1	.05	.02	.01	.001
1	.98769	.99692	.999507	.999877	.9999988
2	.9000	.9500	.9800	.9900	.99900
3	.8054	.8783	.9343	.9587	.99116
4	.7293	.8114	.8822	.9172	.97406
5	.6694	.7545	.8329	.8745	.9507
6	.6215	.7067	.7887	.8343	.9249
7	.5822	.6664	.7498	.7977	.8982
8	.5494	.6319	.7155	.7646	.8721
9	.5214	.6021	.6851	.7348	.8471
10	.4973	.5760	.6581	.7079	.8233
11	.4762	.5529	.6339	.6835	.8010
12	.4575	.5324	.6120	.6614	.7800
13	.4409	.5139	.5923	.6411	.7603
14	.4259	.4973	.5742	.6226	.7420
15	.4124	.4821	.5577	.6055	.7246
16	.4000	.4683	.5425	.5897	.7084
17	.3887	.4555	.5285	.5751	.6932
18	.3783	.4438	.5155	.5614	.6787
19	.3687	.4329	.5034	.5487	.6652
20	.3598	.4227	.4921	.5368	.6524
25	.3233	.3809	.4451	.4869	.5974
30	.2960	.3494	.4093	.4487	.5541
35	.2746	.3246	.3810	.4182	.5189
40	.2573	.3044	.3578	.3932	.4896
45	.2428	.2875	.3384	.3721	.4648
50	.2306	.2732	.3218	.3541	.4433
60	.2108	.2500	.2948	.3248	.4078
70	.1954	.2319	.2737	.3017	.3799
80	.1829	.2172	.2565	.2830	.3568
90	.1726	.2050	.2422	.2673	.3375
100	.1638	.1946	.2301	.2540	.3211

	Φύλο	Ηλικία	Παιδιά	Κατοικία	Οικ.κατ.	Εκπαίδευση	Μισθός	Περιοχή
q1	Ü	ú	ú	ú	ú	Ü	ú	ú
q2	ú	ú	ú	ú	ú	ú	ú	ú
q3	ú	ú	ú	ú	ú	ú	ú	ú
q4	ú	ú	ú	ú	ú	ú	ú	ú
q5	ú	ú	ú	ú	ú	ú	ú	ú
q6	Ü	Ü	Ü	ú	ú	ú	ú	ú
q7	ú	ú	ú	ú	ú	ú	ú	ú
q8	ú	Ü	ú	ú	ú	ú	Ü	ú
q9	ú	ú	ú	ú	ú	ú	ú	ú
q10	ú	ú	ú	ú	ú	ú	ú	ú
q11	ú	ú	ú	Ü	ú	Ü	ú	ú
q12	ú	ú	ú	ú	ú	ú	ú	ú
q13	ú	ú	ú	Ü	Ü	ú	ú	ú
q14	ú	ú	Ü	ú	Ü	ú	ú	ú
q15	Ü	Ü	Ü	ú	Ü	Ü	ú	ú
q16	ú	ú	ú	ú	Ü	ú	ú	ú
q17	ú	ú	ú	ú	ú	ú	ú	ú
q18	ú	ú	ú	ú	ú	ú	ú	ú

<b>Ανάλυση Δημογραφικών Στοιχείων</b>	
<b>Χαρακτηριστικά</b>	<b>Αποκρίσεις (n=365) Αριθμός (%)</b>
<b>Φύλο</b>	
Ανδρας	159 (44%)
Γυναίκα	206(56%)
<b>Ηλικιακές κατηγορίες</b>	
Κάτω των 25	133 (36%)
25-39	122 (33%)
40-54	63 (17%)
55 και πάνω	47 (14%)
<b>Εκπαίδευση</b>	
Πρωτοβάθμια (δημοτικό ή μερικές τάξεις)	8(2%)
Δευτεροβάθμια (γυμνάσιο, λύκειο)	147(40%)
Τριτοβάθμια (ΑΕΙ/ΤΕΙ, μετπτ. σπουδ.)	210(58%)
<b>Ύπαρξη Παιδιών</b>	
ΝΑΙ	109(30%)
ΟΧΙ	256(70%)
<b>Είδος κατοικίας</b>	
Ιδιόκτητη	232(64%)
Με ενοίκιο	133 (36%)
<b>Περιοχή μόνιμης κατοικίας</b>	
Αγροτική και ημιαστική	31 (9%)
Μικρότερο αστικό κέντρο	135 (37%)
Μεγάλο αστικό κέντρο	199 (54%)
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	
Έγγαμος/η	109(30%)
Άγαμος/η	232(64%)
Διαζευγμένος/η	15(4%)
Χήρος/α	9(2%)
<b>Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα</b>	
Έως 5.000 ευρώ	77(21%)
Από 5.001 έως 12.000	135(37%)
Από 12.001 έως 25.000	123(34%)
Πάνω από 25.000 ευρώ	30(8%)

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές αποτελούν ένα μεγάλο ποσοστό του γενικού πληθυσμού. Στο παρελθόν οι ψυχιατρικοί ασθενείς τοποθετούνταν σε άσυλα για όλη τους την ζωή χωρίς καμία προοπτική κοινωνικής επανένταξης περιθωριοποιημένοι.

Οι σύγχρονες κοινωνίες στις οποίες ζούμε οφείλουν να φροντίζουν για την αποκατάστασή τους και την κοινωνική τους επανένταξη. Ένα μέσο αποκατάστασης αποτελούν τα προγράμματα "Φιλοξενουσών Οικογενειών". Ασθενείς με χρόνιες ψυχιατρικές διαταραχές που ανταποκρίνονται θετικά στην φαρμακευτική τους αγωγή αναθέτονται σε ανάδοχες οικογένειες για περιόδους τουλάχιστον έξι μηνών. Οι διαταραχές αυτές μπορεί να είναι συναισθηματικές, προσωπικότητας ή ακόμα και σχιζοφρένεια. Ο ασθενής ζει και ακολουθεί τους ρυθμούς της οικογένειας υπό την τακτική παρακολούθηση θεραπευτικής διεπιστημονικής ομάδας, η οποία αποτελείται από ψυχίατρο , ψυχολόγο , κοινωνικό λειτουργό και νοσηλεύτη.

Στο διάστημα της φιλοξενίας , γίνεται εκπαίδευση της οικογένειας για την φύση της ασθένειας αλλά και για τους τρόπους συμπεριφοράς και αναγνώρισης υποτροπών της κατάστασης του ασθενή.

Ο στόχος της ένταξης είναι μέσα από την οικογένεια να γίνει μία προσπάθεια ανάπτυξης των κοινωνικών και ατομικών δεξιοτήτων του ασθενή , ώστε να μπορέσει να ζήσει μόνος του και να επανενταχθεί στην κοινωνία.

Η έρευνα στόχευσε στο να αναδείξει τους αποτρεπτικούς παράγοντες αλλά και αυτούς που ενισχύουν την απόφαση του γενικού πληθυσμού να προβεί σε αναδοχή. Η έρευνα μας διεξάχθηκε στον νομό Αχαΐας με την μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας. Για τον σκοπό αυτό ερευνήσαμε τους κοινωνικούς αλλά και τους οικονομικούς παράγοντες σε ένα ερωτηματολόγιο με κύριο μέρος 16 ερωτήσεων και 8 δημογραφικών.

## **ABSTRACT**

The patients with mental disorders represent a big percentage of the general population. In the past , they had been placed in asylums with no chance of rehabilitation for their hole life. The modern societies that we are living in, have to take care of the patient's social rehabilitation and reintegration . A way of rehabilitation is the program of "foster families". Patients with long-lasting disorders who are responding positive to their treatment are entrusted to foster families for a time of period about 6 months.

These disorders might be emotional or personality one's or they may have to do with schizophrenia. The patient lives with the family and joins their daily activities. The medical team of a psychiatrist , a psychologist , a social worker and a nurse is frequently observing the patient's health.

During the presence of the patient there, the family is studying about the nature of the patient's illness and copying with it. In addition, they learn to identify the patient's relapse. The target of the program is to enhance the patient's social and personal skills in order to be able to live by himself and adjust in the society.

The aim of the research is to identify the avertible factors as well as those which would enhance the decision of the general population to become a foster family.

The research took place in the region of Achaia in Greece. The method that we used was the simple random sampling. We researched the social and economic factors in a questionnaire that contained 16 questions in the main part and 8 questions concerning the demographic data.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Μαδιανός Γ. Μιχάλης, (2005), Ψυχιατρική και Αποκατάσταση, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, σελ. 39-47, 79-85, 134-139, 156-168, 208-209, 446-467, 529-537, 541-542, 561-563.
2. Μαδιανός Γ. Μιχάλης, (2003), Κλινική Ψυχιατρική, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, σελ. 22-24, 186-211, 242-265, 302-314.
3. Μαδιανός Γ. Μιχάλης, (2000), Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική ψυχική υγιεινή, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, σελ. 149-159.
4. Μαδιανός Γ. Μιχάλης, (2000), Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, σελ. 396-414.
5. Παπαγεωργίου Γ. Ευάγγελος, (2009), Ψυχιατρική, 2<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα, σελ. 135, 249-251
6. Χαρτοκόλης, (1986), Εισαγωγή στην Ψυχιατρική, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, σελ. 25-46.
7. Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου Αλεξάνδρα, (2012), Ψυχική υγεία και Νοσηλευτική Επιστήμη, εκδόσεις Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, σελ. 2-9, 260-267, 304.
8. Ζαΐρης Εμ. Ποσειδών, Στατιστική Μεθοδολογία, (2010), εκδόσεις Κριτική, Αθήνα, σελ. 507-547.
9. Ζαφειρόπουλος Κώστας, Ποσοτική εμπειρική Έρευνα και δημιουργία στατιστικών μοντέλων, (2012), εκδόσεις Κριτική, Αθήνα, σελ. 17-21, 26-27, 31-33, 43-46.



10. Αναστασιάδου Δ. Σοφία, Στατιστική και Μεθοδολογία Έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες, (2012), εκδόσεις Κριτική, Αθήνα, σελ. 102-104, 172-190.
11. Παπαϊωάννου Αθανάσιος & Ζουρμπάνος Νικόλαος, Εφαρμογές της Στατιστικής στις επιστήμες του αθλητισμού και της φυσικής αγωγής με τη χρήση του SPSS 18, (2014), εκδόσεις Δίσιγμα, Αθήνα, σελ. 52-56.
12. Γκούβα Ελένη & Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Βασικό εκπαιδευτικό υλικό στο πεδίο της ψυχικής υγείας για υποψήφιες φιλοξενούσες οικογένειες ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, (2013), ΣΟΨΥ Πάτρας, σελ. 38-46, 51-55, 57-65, 86-88, 120-124.

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

13. Ουόρνερ Ρίτσαρντ, (2004), Το περιβάλλον της Σχιζοφρένειας, εκδόσεις Καστανιώτη, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Χαραλάμπους Ασημίνα, Αθήνα, σελ. 47-52, 121-132.
14. Getzfeld R. Andrew, (2009), Βασικά στοιχεία Ψυχοπαθολογίας, εκδόσεις Gotsis, επιμέλεια ελληνική έκδοσης Μεσσήνης Λάμπρος, Πάτρα, σελ. 75, 170-171, 208.
15. Hannigan Ben & Cossey Michael, (2010), Κοινωνική Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Καρανικόλα Ν.Κ. Μαρία, Αθήνα, σελ. 230-233, 256-262.
16. Tolle – Windgassen, (2005), Ψυχιατρική, εκδόσεις Παρισιανού, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Τζαβάρας Ν. & Βαρτσόπουλος Γ., Αθήνα, σελ. 128-134, 223-259, 277 -310.
17. Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας), (2003), ICD-10, Οι ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια φροντίδα, εκδόσεις Βήτα, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Χριστοδούλου Γ.Ν. , Αλεβίζος Β., Μαυρέας Β., Αθήνα, σελ. 18-26
18. Keller Gerald, Στατιστική για οικονομικά και Διοίκηση επιχειρήσεων, (2010), εκδόσεις Επίκεντρο, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Χατζηπαντελής Θεόδωρος, Αθήνα, σελ. 163-172, 213-227, 459-503.
19. Bamberg Günter, Στατιστική, (2014), εκδόσεις Προπομπός, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Καλατζής Θωμάς, Αθήνα, σελ. 215-224.

### Ενημερωτικό φύλλο

Αγαπητοί συμπολίτες,

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος. Το ερωτηματολόγιο που μόλις σας δόθηκε είναι μέρος της πτυχιακής μας εργασίας, η οποία είναι απαραίτητη για την ολοκλήρωση των σπουδών μας. Σκοπός της έρευνας είναι η εύρεση των στάσεων και αντιλήψεων του γενικού πληθυσμού όσον αφορά, το πρόγραμμα φιλοξενουσών οικογενειών για ψυχικά πάσχοντες.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις εκ των οποίων μερικές αποτελούν δημογραφικά στοιχεία.

Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις επιλέγοντας μία μόνο απάντηση.

Οι πληροφορίες που θα αποκομιστούν θα παραμείνουν αυστηρά απόρρητες.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική.

**Μέρος Α' : ερωτήσεις σχετικά με το πρόγραμμα φιλοξενουσών οικογενειών.**

1) Σε τι βαθμό έχετε πληροφορηθεί για τις ψυχικές διαταραχές και μερικά από τα προβλήματα που δημιουργούνται από αυτές;

Καθόλου  Λίγο  Μέτρια  Αρκετά  Πολύ

2) Από πού θεωρείτε καταλληλότερο μέσο να συλλέξετε πληροφορίες για ψυχιατρικά θέματα;

Γιατρούς  Νοσηλευτικό προσωπικό

Ιατρικά έντυπα  Ραδιόφωνο – Τηλεόραση

Φίλοι  Οικογένεια

Διαδίκτυο  Εκκλησία

3) Έχετε συναναστραφεί στον κύκλο σας με άτομο που πάσχει από ψυχική διαταραχή;

Όχι  Ναι, στο οικογενειακό περιβάλλον

Ναι, στο φιλικό περιβάλλον  Ναι, στον κοινωνικό περίγυρο

Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ

4) Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι ένας ασθενής που λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή και παρακολουθείται σε τακτά χρονικά διαστήματα από θεραπευτική ομάδα (ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, νοσηλεύτης), είναι επικίνδυνος;

Καθόλου  Λίγο  Μέτρια  Αρκετά  Πολύ

5)Σύμφωνα με τη νομοθεσία (26716/99 άρθρο 5,παράγραφος 1) με το πρόγραμμα «Φιλοξενουσών οικογενειών», καθήκοντα φιλοξενούσας οικογένειας μπορεί να αναλάβει οποιαδήποτε οικογένεια δεν έχει συγγένεια πρώτου βαθμού με τον ψυχιατρικό ασθενή καθώς και μεμονωμένα άτομα. Είστε ενήμεροι για το πρόγραμμα;

Ναι  Όχι

6)Σε πολλές ξένες χώρες εφαρμόζονται επιτυχώς παρόμοια προγράμματα αναδοχής. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι θα μπορούσε να επιτευχθεί και στην Ελλάδα;

Καθόλου  Λίγο  Μέτρια  Αρκετά  Πολύ

7)Με την αναδοχή του ασθενούς υπογράφεται σύμβαση συνήθως ενός έτους μεταξύ του φορέα λειτουργίας του προγράμματος και της οικογένειας, η οποία αναγράφει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις της οικογένειας (διάρκεια φιλοξενίας, λόγοι διακοπής της σύμβασης, αμοιβή, τρόπος εκπαίδευσης, στόχοι φιλοξενίας). Σε τι βαθμό σας φαίνονται αυτές οι απαιτήσεις δεσμευτικές;

Καθόλου  Λίγο  Μέτρια  Αρκετά  Πολύ

8)Συμφωνα με το πρόγραμμα δινόταν αμοιβή για την φιλοξενία που αντιστοιχούσε σε 18 ευρώ την ημέρα και με τις κρατήσεις ανέρχεται σε 480 ευρώ το μηνά περίπου. Με την προϋπόθεση να καλύπτονται οι ανάγκες τροφής, στέγασης, ένδυσης και υπόδησης καθώς και κάλυψης μικροεξόδων του φιλοξενούμενου. Σε τι βαθμό θα αποτελούσε το χρηματικό ποσό θετικό κίνητρο για να προχωρούσατε σε αναδοχή;

Καθόλου  Λίγο  Μέτρια  Αρκετά  Πολύ

9) Σε τι βαθμό θα έπαιζε ρόλο στην απόφαση σας για αναδοχή κάποιος από τους παρακάτω λόγους εκτός από τον χρηματικό;

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ
Θρησκευτικές πεποιθήσεις					
Κοινωνική προσφορά					
Ευαισθητοποίηση από προηγούμενη επαφή με ψυχιατρικό ασθενή					

10)Θα σας ενοχλούσε το γεγονός ότι με την αναδοχή ενός ψυχιατρικού ασθενή θα άλλαζαν οι οικογενειακοί σας ρυθμοί;

Καθόλου  Λίγο  Μέτρια  Αρκετά  Πολύ

11) Στα πλαίσια της αξιολόγησης της ομαλής σχέσης οικογένειας και ασθενούς γίνονται απροειδοποίητες επισκέψεις. Θα ήταν ενοχλητικό για εσάς;

Καθόλου  Λίγο  Μέτρια  Αρκετά  Πολύ

12) Σε τι βαθμό θα σας έκαναν οι επισκέψεις της θεραπευτικής ομάδας και η τακτική παρακολούθηση της κατάστασης του ασθενή να νιώσετε περισσότερη ασφάλεια;

Καθόλου  Λίγο  Μέτρια  Αρκετά  Πολύ

13) Η θεραπευτική ομάδα είναι υπεύθυνη για την φαρμακευτική αγωγή, τη δημιουργία ασφαλούς χώρου για τον ασθενή καθώς και για την εκπαίδευση της οικογένειας σε πρώτες βοήθειες και γενικά σε ό,τι αφορά την ασθένεια. Σε τι βαθμό πιστεύετε πως ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός στο πρόγραμμα;

Καθόλου  Λίγο  Μέτρια  Αρκετά  Πολύ

14) Αν υπήρχαν παιδιά στην οικογένεια σας θα αποτελούσε αποτρεπτικό παράγοντα η συμβίωση τους με τον ψυχιατρικό ασθενή;

Καθόλου  Λίγο  Μέτρια  Αρκετά  Πολύ

15) Δεδομένου ότι μένετε μόνος/ή σας, σε τι βαθμό θα επηρεαζόταν η απόφασή σας για αναδοχή;

Καθόλου  Λίγο  Μέτρια  Αρκετά  Πολύ

16) Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι η αναδοχή ενός ασθενούς θα επηρεάσει αρνητικά τις απόψεις της κοινωνίας και των φίλων σας για εσάς;

Καθόλου  Λίγο  Μέτρια  Αρκετά  Πολύ

**Μέρος Β': δημογραφικά στοιχεία.**

- Φύλο: Άνδρας  Γυναίκα
- Ποια είναι η ηλικία σας; (συμπληρώνετε αριθμό σε έτη) \_\_\_\_\_
- Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;  
Έγγαμος/η  Άγαμος/η   
Διαζευγμένος/η  Χήρος/α
- Έχετε παιδιά; Ναι  Όχι
- Περιοχή μόνιμης κατοικίας:  
Αγροτική και ημιαστική περιοχή (κάτω από 2.000 κατοίκους)

- Μικρότερο αστικό κέντρο
- Μεγάλο αστικό κέντρο
- Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο; (ολοκληρωμένες σπουδές) Αναλφάβητος/η   
Μερικές τάξεις Δημοτικού   
Απολυτήριο Δημοτικού  Απολυτήριο Γυμνασίου   
Απολυτήριο Λυκείου  Απόφοιτος Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ/ΤΕΙ )   
Μεταπτυχιακές σπουδές
  - Διαμένετε σε κατοικία: Με ενοίκιο  Ιδιόκτητη
  - Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα:  
<5.000  5.001-12.000  12.001-25.000  >25.000