



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:
«ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»

Διπλωματική Εργασία
με Θέμα:

Ψυχολογικά χαρακτηριστικά των τοιγάνων
και η σχέση τους με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Μεταπτυχιακός Φοιτητής: Κωνσταντίνος Α. Βελλής

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΛΑΡΙΣΑ 2012

ΜΕΛΗ

**ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ, Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ**

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ
ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΕΙ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

ΛΑΡΙΣΑ 2012

Στην Ευαγγελία τον Αλέξανδρο και τον Δημήτρη

*Ταις ιεραίς των ενεργετών μου σκιαίς
Κατά καθήκον
Τήνδε την συγγραφὴν ανατίθημι*

Ο Πονήσας

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των τσιγγάνων και η σχέση τους με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Αρχικά επιχειρείται μια θεωρητική προσέγγιση του θέματος, σύμφωνα με την οποία γίνεται μια προσπάθεια κατανόησης της ιστορίας των τσιγγάνων, της παρουσίας τους στον Ελλαδικό χώρο και των κοινωνικών τους χαρακτηριστικών. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην διαπολιτισμική ψυχιατρική. Περιγράφεται επίσης πως επιδρά η κουλτούρα και ο πολιτισμός ειδικότερα, στην ψυχική υγεία και την διαμόρφωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Επιπλέον επιχειρείται μια προσπάθεια ανάλυσης και κατανόησης των όρων της κοινωνικής αναπαράστασης, του στερεότυπου και της προκατάληψης και πως αυτά επηρεάζουν και καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την στάση μας και την συμπεριφορά μας απέναντι στους τσιγγάνους.

Γίνεται επίσης μια βιβλιογραφική ανασκόπηση των πηγών που αναφέρονται στην υγεία των τσιγγάνων και των αιτίων στις οποίες οφείλεται η κακή υγεία των τσιγγάνων. Περιγράφεται ακόμα πως ο πολιτισμός των τσιγγάνων επηρεάζει τις μοναδικές πεποιθήσεις τους για την υγεία.

Στην στατιστική επεξεργασία έγινε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση. Οι ερευνητικές υποθέσεις που απαντήθηκαν έχουν να κάνουν:

1. Οι γυναίκες Ρομά διαφέρουν ως προς την ντροπή σε σχέση με τους άντρες Ρομά
2. Τα επίπεδα άγχους των Ρομά είναι υψηλά
3. Οι εργαζόμενοι Ρομά διαφέρουν από τους ανέργους ως προς την κλίμακα της ντροπής

Τα αποτελέσματα έδειξαν τη σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση που υφίσταται ο μειονοτικός πληθυσμός των Ρομά

Abstract

The Aim of the present work is the study of psychological characteristics of gipsies and their relation with the First degree Health Care System. Initially, a theoretical approach of the subject is attempted, according to which, an effort of the comprehension of the history of gipsies takes place, their presence in the Hellenic State and their social characteristics. In the second chapter there is a report in the cross-cultural psychiatry. It is also described how, specifically, the culture affects more the mental health and the configuration of human behavior. Moreover, an analysis and comprehension of the terms of social representation, stereotype and bias is attempted and to which degree these influence and determine to a large extent our attitude and our behavior towards the gipsies.

What is also reported is a bibliographic examination of the sources that refer to the health of gipsies and the causes to which the bad health of the gipsies is owed. Last but not least, it is described that the culture of gipsies influences their unique convictions for health.

Descriptive and inductive statistical analysis was employed in the statistical processing. The hypothetical inquiring affairs that were answered have to do with:

1. The women [Roma] differ with reference to shame when compared to men [Roma]
2. The levels of stress of [Roma] are high
3. The workers [Roma] differ from the unemployed with reference to the scale of shame

The results showed the important psychological burden that the minority population of [Roma] suffers

Περιεχόμενα

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή.....	6
Κεφάλαιο 1.....	
1. Ιστορική αναδρομή.....	7
1.1) Η ιστορία των Ρομά.....	7
1.2) Οι τσιγγάνοι στην Ελλάδα.....	8
1.3) Κοινωνικά χαρακτηριστικά.....	9
Κεφάλαιο 2.....	
2. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά.....	11
2.1) Διαπολιτισμική ψυχιατρική.....	11
2.2) Κουλτούρα και ψυχική Υγεία.....	12
2.3) Κοινωνική αναπαράσταση.....	14
2.4) Το στερεότυπο και η προκατάληψη.....	15
Κεφάλαιο 3.....	
3.1) Η υγεία των τσιγγάνων.....	17
3.2) Η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.....	20

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1.....	
1.1 Υλικό και μέθοδος.....	24
1.2 Ερευνητικές υποθέσεις.....	24
1.3 Στατιστική επεξεργασία.....	24
1.4 Ερευνητικά εργαλεία.....	24
1.5 Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης.....	26
1.6 Αποτελέσματα.....	27
1.7 Επαγωγική στατιστική.....	31
1.8 Συζήτηση.....	38
Κεφάλαιο 2.....	
2.1) Προβληματισμοί- Προτάσεις.....	40
2.2) Δράσεις για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας των τσιγγάνων.....	41

Βιβλιογραφικές Αναφορές	
Ελληνικές.....	.43
Ξενόγλωσσες.....	.44
Διαδίκτυο.....	45
Παράρτημα.....	46.

Γενικό Μέρος

Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια η κοινωνική ομάδα των Roma (Ρομά) ή τσιγγάνων έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον σημαντικού αριθμού ερευνητών από τον χώρο των κοινωνικών και ανθρωπιστικών επιστημών. Η ιστορία τους, η κοινωνική τους δομή και οργάνωση, η εκπαίδευση τους, τα ψυχολογικά τους χαρακτηριστικά, η σχέση τους με τις υπηρεσίες υγείας είναι μερικοί από τους τομείς εκείνους στους οποίους επικεντρώθηκε η σχετική έρευνα.

Η επισκόπηση και της σχετικής βιβλιογραφίας επιτρέπει τη διατύπωση του σχετικού συμπεράσματος ότι οι τσιγγάνοι αποτελούν μια κοινωνική ομάδα με ξεχωριστά πολιτισμικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά που τοποθετήθηκε και κινείται στην εξωτερική κοινωνική στοιβάδα, διαθέτει περιορισμένες δυνατότητες κοινωνικής κινητικότητας και βιώνει έντονα την κοινωνική διάκριση.

Οι τσιγγάνοι αποτελούν μια ξεχωριστή κοινωνική ομάδα του κοινωνικού συνόλου. Είναι άνθρωποι με τις δικές τους, διαφορετικές, κοινωνικές και πολιτισμικές καταβολές. Διαθέτουν διαφορετική νοοτροπία για τον κόσμο τη ζωή, τα πράγματα. Ζουν και αναπτύσσονται σύμφωνα με ένα ξεχωριστό σύστημα αρχών, αξιών και κανόνων. Υπακούουν σε δικές τους νόρμες για την οργάνωση της μικρο-κοινωνικής τους δομής και της ευρύτερης κοινωνικής τους συμπεριφοράς και δράσης.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των τσιγγάνων η σχέση τους με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και το σύστημα υγείας γενικότερα και να κατανοηθούν και ειδικά χαρακτηριστικά αυτής της κοινωνικής ομάδας. Όλα αυτά θα μπορέσουν να μας βοηθήσουν να βελτιώσουμε ή να αναπροσαρμόσουμε τις δομές που υποδέχονται και συναλλάσσονται με τους τσιγγάνους για την καλύτερη εξυπηρέτησή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

1.1 Ιστορία των τσιγγάνων

Η ιστορία των τσιγγάνων είναι η ιστορία περιπλανώμενων ανθρώπων που έφτασαν στα βαλκάνια τον μεσαίωνα και που σταδιακά εξαπλώθηκαν σε όλη την Ευρώπη και όχι μόνο. Ξεκινώντας από τις Ινδίες έφτασαν, έφτασαν στην Δυτική Ευρώπη, όπου η άφιξη τους αυτή προκάλεσε ποικίλα σχόλια και θεωρίες για τον τόπο καταγωγής τους. Αρκετά χρόνια μετά διάφοροι μελετητές, γλωσσολόγοι και ιστορικοί, αφού εξέτασαν στοιχεία της γλώσσας τους μπόρεσαν να καταλήξουν στο συμπέρασμα πως η διασπορά των τσιγγάνων είχε ξεκινήσει από την Ινδία. Με το πέρασμα των αιώνων και παρόλο που οι τσιγγάνοι ήταν εκτεθειμένοι σε πολλών ειδών πιέσεις (ρατσισμό, κοινωνικό αποκλεισμό, διώξεις και βασανιστήρια) κατάφεραν να διατηρήσουν την πολιτισμική τους ταυτότητα και να αναδείξουν μια πραγματικά αξιοσημείωτη δύναμη επιβίωσης. Εάν αναλογιστεί κανείς και τις αντιξοότητες τις οποίες και αντιμετώπισαν, θα θεωρήσει θαύμα ακόμη το γεγονός ότι υπάρχουν.

Η ιστορία των τσιγγάνων σε μεγάλο βαθμό είναι ασαφής, λόγω του ότι η γλώσσα τους, μέχρι και πρόσφατα ήταν προφορική, αφήνοντας λίγα στοιχεία από όπου και εάν πέρασαν. Στο ερώτημα πότε οι τσιγγάνοι έφυγαν από την Ινδία οι πολυάριθμες μελέτες μας οδηγούν κάπου μεταξύ του 7^{ου} και του 13^{ου} αιώνα. Η μετανάστευση τους αυτή έγινε σταδιακά και για διαφορετικούς λόγους.

Από τις πρώτες αναφορές που σημειώνονται για τους τσιγγάνους στην Ευρώπη είναι η περίοδος του Βυζαντινού αυτοκράτορα Κωνσταντίνου (11^{ος} αιώνας). Οι απόψεις αυτές δεν είναι τεκμηριωμένες , μιας και ένας αριθμός μελετητών υποστηρίζει πως η άφιξη των τσιγγάνων στην Κωνσταντινούπολη έγινε 200 χρόνια μετά. **(Μελέτη του Ελληνικού Παρατηρητηρίου 2003)**

Όπως και να έχει κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει την προσφορά των τσιγγάνων στην ιστορία του τότε ετοιμόρροπου Βυζαντίου από τις επιθέσεις των Οθωμανών, από το 1356 έως και την άλωση της Κωνσταντινούπολης. Βέβαια πουθενά δεν αναφέρονται τα βασανιστήρια που δέχθηκαν οι τσιγγάνοι προασπίζοντας το δικαίωμα στην ελευθερία.

Από την πρώτη στιγμή άφιξής τους στην Δυτική Ευρώπη οι τσιγγάνοι θεωρήθηκαν παρείσακτοι. Οι τοπικές, κλειστές κοινωνίες αντέδρασαν με φόβο και απόρριψη απέναντι τους. Η απόρριψη αυτή αποτέλεσε κρατική υπόθεση με την ψήφιση βασιλικών διαταγμάτων που τους καταδίκασαν και απαγόρευαν την κυκλοφορία τους τιμωρώντας τους με σωματικές ποινές (ακρωτηριασμό).

Τα παραδείγματα πολιτικών αποκλεισμών είναι πολλά, όλα τα κράτη απ' όπου πέρασαν οι τσιγγάνοι πήραν κάποια στιγμή τέτοια μέτρα. Στην Ολλανδία για

παράδειγμα από τον 17^ο έως και τον 18^ο αιώνα οργανωνόνταν κυνήγι εναντίων των τσιγγάνων, με σύνθημα εκκίνησης το χτύπημα της καμπάνας της εκκλησίας. Φυσικά τιμωρία στους πολίτες δολοφόνους των τσιγγάνων δεν υφίστατο.

Πιο πρόσφατο παράδειγμα είναι αυτό της ναζιστικής Γερμανίας του 20^ο αιώνα, όπου οργανώθηκε εκστρατεία κατά των τσιγγάνων εξολοθρεύοντας όσους ανήκαν σε μικτή φυλή (Εβραίους και τσιγγάνους) κλείνοντας τους στα γνωστά σε όλους μας στρατόπεδα συγκέντρωσης, στο Άουσβιτς και το Νταχάου. Σύμφωνα με κάποιους υπολογισμούς ο αριθμός των τσιγγάνων που δολοφονήθηκαν από το ναζιστικό καθεστώς υπολογίζεται στις 500.000 ίσως και παραπάνω. **(Liegeois 1999)**

Κατά το δεύτερο μισό του 20^ο αιώνα ήρθαν στο προσκήνιο ιδέες ανθρωπιστικού χαρακτήρα, που έθεταν τέλος στην σωματική τιμωρία, κηρύσσοντας εκτός νόμου τη σκλαβιά, τις γενικές τιμωρίες και τους περιορισμούς. Ταυτόχρονα υιοθετήθηκε ένα νέο μοντέλο αυτό της τεχνοκρατικής κοινωνίας. Στόχο είχε την αφομοίωση τώρα πια των τσιγγάνων από το προηγούμενο μοντέλο του περιορισμού, με αποτέλεσμα την απορρόφηση των τσιγγάνων οι οποίοι τώρα χαρακτηρίζονται ως αππροσαρμοστοί με κοινωνικές και ψυχολογικές δυσκολίες. **(Δημητρίου και άλλοι 2008)**

1.2 Οι τσιγγάνοι στην Ελλάδα

Η πρώτη ουσιαστική αναφορά στους Roma ή τσιγγάνους γίνεται στα 1068 μ.χ σε ένα Γεωργιανό εκκλησιαστικό κείμενο για τον βίο του Αγίου Γεωργίου του Αθωνίτη.

Αν και δε υπάρχουν πολλά στοιχεία σχετικά με τους Έλληνες τσιγγάνους των περιοχών που σήμερα ανήκουν στην Ελλάδα, κατά την περίοδο της Ελληνικής Επανάστασης του 1821 δεν αναφέρεται πουθενά η συμμετοχή τους στην επανάσταση, είτε ως πολεμιστές, είτε ως μουσικοί που διασκέδαζαν τους αγωνιστές. Όπως έχει ήδη αναφερθεί είναι δύσκολο να προσδιοριστεί η ακριβής χρονολογική περίοδος στην οποία οι τσιγγάνοι έφτασαν στον Ελλαδικό Χώρο. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Εταιρείας Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α.) η πρώτη ομάδα τσιγγάνων εντοπίζεται το 1323.

Δυστυχώς κανένα ιστορικό κείμενο δεν αναφέρει την συνεισφορά των Ελλήνων τσιγγάνων κατά την περίοδο των Βαλκανικών πολέμων το 1912 -1913 όπως επίσης και την συμμετοχή τους στο Εθνικό Απελευθερωτικό Μέτωπο του δευτέρου Παγκοσμίου πολέμου, όπου οι Έλληνες τσιγγάνοι πολέμησαν ακόμη μια φορά για την Ελλάδα που την θεωρούσαν πατρίδα τους. **(Δημητρίου και άλλοι 2008)**

Ο ακριβής αριθμός των τσιγγάνων δεν είναι γνωστός, στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι ζουν γύρω στις 120.000 με 150.000 τσιγγάνοι χωρίς να υπάρχουν όμως επίσημα στατιστικά στοιχεία. Σύμφωνα με τα στοιχεία παλαιότερης έρευνας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και της Γ.Γ.Π.Ε, το 72% ζει σε σπίτια, το 22,3% σε σκηνές, το 14,7% σε παράγκες και το 0,9% σε παλιά λεωφορεία. Μεταγενέστερα οι περισσότεροι τσιγγάνοι αποφάσισαν να εγκατασταθούν μόνιμα στην πόλη, να γειτνιάσουν με μη τσιγγάνους να συνυπάρξουν μαζί τους και να ενταχθούν στην κοινωνία τους. Ωστόσο, προέκυψαν πολλά ερωτηματικά σχετικά με τους όρους και τις συνθήκες συνύπαρξής τους με τους «άλλους».

Ο όρος ένταξη (ένθεση, εμβολή, εγκατάσταση) εννοεί την υπαγωγή ενός στοιχείου σε ένα ήδη διαμορφωμένο όλο, που έχει τους κανόνες και τις αρχές τις δικές του θεσμοθετημένες αξίες, με βάση τις οποίες ιεραρχούνται οι ανάγκες και ορίζονται οι στόχοι. **(Παραλίκας, και άλλοι 2005)**

Οι Τσιγγάνοι ίσως να βρήκαν στην Ελλάδα έναν ιδανικό τόπο διαβίωσης. Ο «πλουραλισμός» της παραδοσιακής κοινωνίας και κουλτούρας, που ποικίλες εθνότητες και ομάδες μέσα σε κοινές σκληρές συνθήκες ζωής μπόρεσαν να συμβιώνουν, δίδαξε την αμοιβαία ανοχή στην διαφορετικότητα.

Η συγγένεια των πολιτισμών τόσο σε επίπεδο κοινωνικής οργάνωσης όσο και στα έθιμα (ευρεία πατριαρχική οικογένεια και ανδροτοπικός γάμος, έλεγχος αγνότητας και εξαγορά της νύφης, έντονη λατρεία της Παναγίας, παγανιστικές αντιλήψεις και πρακτικές κ.α) , καθώς και η εξοικείωση με το νομαδισμό μέσω των μετακινούμενων κτηνοτροφικών πληθυσμών, δεν άφηνε συνήθως να υπωθούν απαγορευτικοί φραγμοί ανάμεσα στις τσιγγάνικες αλλά και τις άλλες ομάδες, αλλά αντίθετα ευνόησε την όσμωση και την αλληλεπίδραση.

Ο αγροτικός χαρακτήρας της οικονομίας έδινε αξία στις τέχνες και τις υπηρεσίες που κατά το εποχικό πέρασμά τους πρόσφεραν στα απομονωμένα χωριά ως μεταλλουργοί – κατασκευαστές και επισκευαστές εργαλείων και σκευών – πραματευτάδες, ζωέμποροι ή εργάτες γης. Ο τελετουργικός τους ρόλος ως μουσικών στα πανηγύρια και στις οικογενειακές γιορτές, καθώς και η επικοινωνία τους με τις μεταφυσικές αναζητήσεις των απλών ανθρώπων μέσω της μαγικής τέχνης, τους έκαναν μετόχους της ζωής των κλειστών κοινοτήτων και δημιουργήθηκαν δεσμοί που βασιζόνταν στη «γνώση» και τον αλληλοσεβασμό – σχέσεις που ως και σήμερα συχνά επικυρώνονται με την κουμπαριά.

Χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει πως η αποδοχή υπήρξε τέτοια που να επιτρέψει την άρση των διαχωριστικών γραμμών και την ενσωμάτωση. Οι έντονες διαφορές σε επίπεδο αξιών, όπως π.χ η αντίληψη των τσιγγάνων για τον χώρο, το χρόνο, το χρήμα ή την εργασία ή οι εξωπαραγωγικές τους δραστηριότητες στις οποίες, εκτός από την ανέχεια και οι διαφορετικοί ηθικοί κώδικες τους οδηγούσαν (επαιτεία, μικροκλοπές, απάτες), συντήρησαν την επιφυλακτικότητα των άλλων ομάδων που τους κράτησαν πάντα στο χώρο του περιθωρίου. **(Τερζοπούλου 1995)**

1.3 Κοινωνικά χαρακτηριστικά.

Οι τσιγγάνοι μέλη της πιο αδικημένης ίσως μειονότητας στην Ευρώπη, είναι πληθυσμοί παραδοσιακά νομαδικοί. Είναι παραδοσιακά θύματα ακραίων ρατσιστικών προκαταλήψεων σχετικά με την μποέμικη φιλοσοφία, τον τρόπο και τις επιλογές των κοινοτήτων τους. Τα θεμελιώδη δικαιώματά τους παραβιάζονταν και εξακολουθούν να παραβιάζονται σε όλα τα κράτη.

Ωστόσο οι μη τσιγγάνοι, αγνοώντας την ιστορία, τα ήθη και τα έθιμά τους, τα οποία διαφέρουν ως ένα βαθμό από τα ήθη και τα έθιμα της πλειοψηφίας αλλά θεωρούνται από τους ίδιους θεμελιώδη στοιχεία της ταυτότητας και πηγή περηφάνιας, τους αντιμετωπίζουν με καχυποψία και τους επικρίνουν για τον τρόπο ζωής τους.

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν είναι διαφορετικού είδους: η πιο ενταγμένη ομάδα αντιμετωπίζει μεγάλο πρόβλημα ισότιμης αντιμετώπισης από το ελληνικό κράτος, αλλά και τους μη τσιγγάνους αφού είναι θύμα καθημερινών και αλλεπάλληλων ρατσιστικών διακρίσεων, ενώ η ομάδα των σκηνιτών αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα επιβίωσης. Κυριαρχεί μάλιστα και ο μύθος ότι

οι τσιγγάνοι απολαμβάνουν τις άθλιες συνθήκες ζωής τους οι οποίες συνδέονται με τον αναλφαβητισμό και την παραβατικότητα.

Στην πλειοψηφία τους είναι Χριστιανοί Ορθόδοξοι εκτός από εκείνους που ζουν στην Ανατολική Μακεδονία και Θράκη και είναι Μουσουλμάνοι. Οι τσιγγάνοι αντιμετωπίζουν διακρίσεις σε όλα τα πεδία όπως την απασχόληση, την παιδεία, την υγεία, την στέγαση και τις επαγγελματικές ευκαιρίες. Επιπλέον υφίστανται επί αιώνες τη συσσώρευση προκαταλήψεων και αρνητικών στερεοτύπων που έχουν επηρεάζει δυσμενώς τις πολιτικές που εφαρμόζονται απέναντι τους. (**Δημητρίου και άλλοι 2008**)

Σήμερα οι Τσιγγάνοι που βρίσκονται στον ελληνικό χώρο θα μπορούσαν να καταταχθούν σε γενικές γραμμές σύμφωνα με τα παρακάτω κριτήρια:

- A. Γενεαλογική καταγωγή
- B. Επαγγελματική απασχόληση
- Γ. Βαθμός εγκατάστασης
- Δ. Βαθμός ένταξης τους στις κοινωνίες που ζουν
- E. Θρήσκευμα
- ΣΤ. Χώρα καταγωγής

Τους Έλληνες οι τσιγγάνοι τους αποκαλούν Balame και Gadze (Balamó ο Έλληνας και Balame οι Έλληνες). Η λέξη Gadzó (πληθ. Gadze) δηλώνει ουσιαστικά το άλλο φύλο, τον μη Τσιγγάνο. Οι Τσιγγάνοι αποτελούν μια διακριτή κουλτούρα μέσα στα πλαίσια της Ελληνικής κοινωνίας, έχοντας υιοθετήσει πολλά στοιχεία από αυτήν. Η Τσιγγάνικη κοινωνία συγκροτείται στην βάση του συγγενικού συστήματος όπως αυτό προσδιορίζεται από τις φάρες δηλαδή τα γένη τα οποία είναι πατρογαμικές ομάδες καταγωγής, που περιλαμβάνουν τρεις ή τέσσερις γενιές.

Ανάμεσα στις διάφορες φάρες υπάρχει μια ιεραρχία που ορίζεται με κριτήρια όπως η οικονομική κατάσταση, το επάγγελμα, η καταγωγή, ο αριθμός των μελών κ.τ.λ. Άλλα σημαντικά στοιχεία της κοινωνικής τους οργάνωσης είναι η ευρεία πατριαρχική οικογένεια, ο έλεγχος της αγνότητας και η εξαγορά της νύφης.

Η Κοινωνική οργάνωση έχει εξαιρετικά στενή θεσμική βάση. Θεμέλιο της κοινωνικής οργάνωσης αποτελεί η πατριαρχική οικογένεια και για την παραπέρα οργάνωση σε γένη (ευρύτερα σύνολα συγγενών - οικογενειών - φάρες) και «φυλές» Με βάση την πατριαρχική οργάνωση του γένους η συλλογική αντιπροσώπευση των Τσιγγάνων απέναντι στις «Αρχές» είναι προσωποπαγής. Κυριαρχεί η οικογενειοκρατία και ο παραγονισμός. (http://dikadirom.gr/assets/meletes/meleti_1.pdf)

Σημαντικός επίσης είναι και ο ρόλος της τσιγγάνας συζύγου και εργαζόμενης μητέρας που διατηρεί και μεταδίδει την κουλτούρα του λαού της. Στο συμπέρασμα αυτά καταλήγουμε αν ξεκινήσουμε από την εξωτερική εμφάνισή της δούμε τον τρόπο της ζωής της μέσα και έξω από την Κοινότητά της, το ρόλο που παίζει στην κοινωνία της, και καταλήξουμε στην "μαγεία" που ασκεί στους μη τσιγγάνους.

Η γυναίκα στους τσιγγάνους τυπικά θεωρείται κτήμα του άντρα, ενώ στην πραγματικότητα η τσιγγάνα ασκεί μεγάλη επιρροή και γοητεία πάνω στον σύζυγό της. Ιδιαίτερα οι νέες και ωραίες σύζυγοι είναι παντοδύναμες γιατί οι τσιγγάνοι είναι θερμοί στις ερωτικές τους σχέσεις επειδή θεωρούν τον έρωτα ως μόνη πραγματική ηδονή της ζωής τους. Είναι επίσης αρκετά ζηλότυποι, παρ' αυτά όμως αφήνουν αρκετή ελευθερία στις γυναίκες τους οι οποίες δεν διακρίνονται για την αυστηρή ηθική και συζυγική πίστη. (http://dikadirom.gr/assest/meletes/meleti_1.pdg)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

2.1 Διαπολιτισμική Ψυχιατρική.

Η ψυχιατρική είναι από τους πρώτους κλάδους της ιατρικής που ασχολήθηκαν με τη συμβολή του κοινωνικού και πολιτισμικού περιβάλλοντος στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών και της ψυχικής υγείας γενικότερα. Οι πρώτες παρατηρήσεις έγιναν από τα μέσα του 19^{ου} αιώνα και μετά, όταν στην διάρκεια της αποικιακής επέκτασης, οι δυτικές αποικιακές δυνάμεις ήρθαν σε επαφή, με πληθυσμούς που ήταν φορείς ενός διαφορετικού πολιτισμού.

Ιατροί και άλλοι επιστήμονες που επισκέφθηκαν τις αποικίες ή έζησαν μέσα σε αυτές διαπίστωσαν ότι τα ψυχικά φαινόμενα παρουσίασαν αρκετές διαφορές στην πορεία τους και την εκδήλωσή τους ανάλογα με το πολιτιστικό και εθνολογικό περιβάλλον στο οποίο συνέβαιναν. Οι σχετικές ψυχιατρικές θεωρίες και πρακτικές έμειναν γνωστές με το υποτιμητικό όνομα, Αποικιακή Ψυχιατρική, και χρησιμοποιήθηκαν σε πολλές περιπτώσεις προκειμένου να προωθηθούν τα ιδεολογικά και πολιτικά συμφέροντα των αποικιοκρατικών δυνάμεων της εποχής. Η κριτική για τις θεωρίες και πρακτικές της Αποικιοκρατικής Ψυχιατρικής είναι έντονη στην επιστημονική και πολιτική αρθρογραφία κυρίως των ελευθέρων πλέον, πρώην αποικιών. (**Higginbotham et al 1989**)

Μεταξύ των επιστημόνων που ασχολήθηκαν με τις διαφορές στις ψυχιατρικές εκδηλώσεις και διαπίστωσαν την ανάγκη συσχέτισή τους με τις πολιτισμικές συνθήκες ήταν και οι θεμελιωτές της σύγχρονης Ψυχιατρικής. Έχουν περάσει περίπου εκατό χρόνια από τότε που κορυφαία μορφή της κλινικής ψυχιατρικής, ο *Emil Kraepelin*, περιέγραψε ορισμένες διαφορές στην επίπτωση και τον τρόπο εκδήλωσης ορισμένων ψυχοπαθολογικών φαινομένων, στις διάφορες χώρες στις οποίες ταξίδεψε, κάτι που απέδωσε στα ιδιαίτερα πολιτισμικά και εθνολογικά χαρακτηριστικά ή στις κοινωνικές συνθήκες. Ο *Emil Kraepelin* διαπίστωσε την ανάγκη δημιουργίας ενός νέου διαπολιτισμικού κλάδου της Συγκριτικής Ψυχιατρικής τη Διαπολιτισμική Ψυχιατρική η οποία θα εστιαζόταν στη μελέτη των διαφορών στις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις ανάμεσα σε πολιτισμικές ομάδες. (**Βορβολάκος 2006**)

Σύμφωνα με το γνωσιακό πρότυπο υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα, όπως ανάμεσα σε κοινωνικές ομάδες π.χ όσον αφορά τον τρόπο έκφρασης των ψυχικών αντιδράσεων και διαταραχών ανάλογα με τα γνωσιακά σχήματα ή τα μοντέλα μάθησης που κυριαρχούν. Αυτό σχετίζεται άμεσα με την διαπαιδαγώγηση από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, που αποτελούν βασικό σημείο διαφοροποίησης των πολιτισμών.

Έτσι οδηγηθήκαμε σταδιακά, κατά την διάρκεια κυρίως της δεκαετίας του 1990, στην αλλαγή της στάσης των ερευνητών, από μια « επικεντρωμένη στην ασθένεια ψυχιατρική», σε μια πολυεπίπεδη ανάλυση για την κατανόηση των ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων. Κρίθηκε απαραίτητη η συγκριτική μελέτη των αλληλεπιδράσεων των βιολογικών, ψυχολογικών και των κοινωνικών μεταβλητών προκειμένου να εξηγηθεί η ψυχοπαθολογική συμπεριφορά. Όμως

ακόμη και σήμερα η τάση των ερευνητών, για βιολογικές κατά κύριο λόγο, αλλά και ψυχολογικές ερμηνείες των ψυχιατρικών διαταραχών τους έχει οδηγήσει στο να υποτιμήσουν τη σημασία των κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων όχι μόνο στην έκλυση αλλά και στη διαμόρφωση των ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων.

Η ψυχοπαθολογική έρευνα τις περισσότερες φορές ξεκινά με βάση την υπόθεση ότι οι ψυχικές διαταραχές έχουν παρόμοια κλινική εικόνα και παγκόσμια εξάπλωση. Αυτή η προσέγγιση εκ των πραγμάτων είναι πολύ περιορισμένη ειδικά όταν εξετάζονται ξεχωριστές πολιτισμικές ομάδες και έχει υποχωρήσει στην διάρκεια των τελευταίων 30 ετών.

Επίσης η αυξημένη πολιτισμική ευαισθησία που χαρακτηρίζει τις τελευταίες εκδόσεις των ταξινομικών συστημάτων σηματοδοτεί μια νέα αλλαγή στην κατεύθυνση της ταξινόμησης των ψυχιατρικών νόσων. Στα νεότερα ταξινομικά συστήματα, η « επικεντρωμένη στην ασθένεια ψυχιατρική» μετατρέπεται σταδιακά σε « επικεντρωμένη στον ασθενή ψυχιατρική».

Υπάρχουν συγγραφείς που υποστηρίζουν ότι η Κλινική Ανθρωπολογία, μια επιστήμη που ασχολείται με τη διερεύνηση του πολιτισμικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, θα αποτελέσει τη βάση του μελλοντικού ταξινομικού συστήματος και σε μεγάλο βαθμό θα επηρεάζει την ψυχιατρική σκέψη στο μέλλον.

Κύριο έργο της « Πολιτισμικής Ψυχιατρικής» είναι η μελέτη του πολιτισμού, της επίδρασής του στο άτομο καθώς και οι πολιτισμικές διαφορές στον ορισμό της υγείας, της ασθένειας και της θεραπείας. Το αντικείμενό της σχετίζεται στενά με το αντικείμενο της Διαπολιτισμικής ψυχιατρικής. Τα πρώτα κοινά τους βήματα έγιναν τη δεκαετία του 1930 όταν πολλοί ανθρωπολόγοι επηρεασμένοι και από τη σκέψη του Freud που καταγράφηκε σε συγγράμματα όπως « Η ψυχολογία των μαζών» και « Τοτέμ και ταμπού» χρησιμοποίησαν τη ψυχανάλυση ως εργαλείο που θα τους βοηθήσει στην έρευνα τους. Τη δεκαετία του 1950 έγινε ευρύτατα αποδεκτό ότι και εάν οι έννοια της ασθένειας και του ασθενή υπάρχουν σε όλους τους πολιτισμούς εντούτοις υπάρχουν σημαντικές διαφορές στον ορισμό της υγείας της ασθένειας και της θεραπείας. Έτσι η Κλινική Ανθρωπολογία άρχισε να διαφοροποιείται ως κλάδος της Ανθρωπολογίας. Από το 1960 παρατηρείται μια στροφή στην κατεύθυνση της ανθρωπολογικής έρευνας με χαρακτηριστικό τη χρήση επιδημιολογικών και βιολογικών μεθόδων. Παράλληλα μεταξύ των γενικών στόχων της Ανθρωπολογίας περιλαμβάνεται πλέον και η κατανόηση των παγκόσμιων σταθερών γύρω από τη διαταραγμένη συμπεριφορά καθώς και την κοινωνική θεραπευτική ή μη αντιμετώπιση τους. **(Βορβολάκος, 2006)**

Σύμφωνα με ένα διαδεδομένο θεωρητικό πρότυπο πρέπει να διαφοροποιείται η ασθένεια από την αρρώστια. Συχνά υπάρχει ένα κοινό βιολογικό παθολογικό υπόβαθρο (η ασθένεια) και ένας κοινωνικά καθοριζόμενος τρόπος έκφρασης της (η αρρώστια). Υπάρχουν επίσης μεγάλες διαφορές μεταξύ των κοινωνιών, στις ερμηνείες που αφορούν την ασθένεια καθώς και τους τρόπους θεραπείας. **(Βορβολάκος, 2006)**

2.2 Κουλτούρα και ψυχική Υγεία.

Στην Ελληνική γλώσσα οι όροι κουλτούρα (culture) και πολιτισμός (civilization) έχουν διαφορετικό νόημα απ ότι στις άλλες ευρωπαϊκές γλώσσες. Ο όρος κουλτούρα περιλαμβάνει κυρίως στοιχεία μυθολογικά, εθιμικά και καλλιτεχνικά, ενώ ο όρος πολιτισμός περιλαμβάνει στοιχεία θεσμικά,

επιστημονικά και τεχνολογικά, εάν και η διάκριση δεν είναι απόλυτη. Η ελληνική αντιστοίχιση του όρου (culture) με την λέξη καλλιέργεια ή παιδεία δεν ανταποκρίνεται στο σημασιολογικό εύρος που έχει ο όρος στις ευρωπαϊκές γλώσσες. Από την άλλη ο όρος πολιτισμός έχει οπωσδήποτε μεγαλύτερο νοηματικό εύρος από τον ξενόγλωσσο όρο civilization. Η έννοια της πνευματικής καλλιέργειας περιορίζεται κυρίως στο μορφωτικό επίπεδο, αφορά σε πρόσωπα και ίσως μικρές ομάδες, ενώ η έννοια της κουλτούρας περιλαμβάνει πολύ περισσότερα πολιτιστικά και εθιμικά στοιχεία και αφορά σε μεγάλες εθνικές ή φυλετικές ομάδες. Η λέξη κουλτούρα, εξαιρετικά κακόηχη, στερείται παραγώγων στην ελληνική γλώσσα, με αποτέλεσμα η συγγενής λέξη πολιτισμός – πολύ πιο εύπλαστη γλωσσικά – να χρησιμοποιείται ευρέως ακόμη και για την περιγραφή φαινομένων που ανήκουν στην πρώτη, γεγονός που επιτείνει την εννοιολογική σύγχυση τους. **(Αγγελόπουλος 2009)**

Ως κουλτούρα θα μπορούσε να ορισθεί ένα σύνολο συμπεριφορών, κοινών στα μέλη μιας ομάδας – συνήθως εθνοτικής- οι οποίες μαθαίνονται και μεταδίδονται από γενιά σε γενιά με εγγενή σκοπό την ψυχοκοινωνική προσαρμογή και ανάπτυξη του ατόμου και της κοινωνίας. Εξωτερικά, εκφράζεται με θεσμούς, ρόλους και καλλιτεχνικά κατασκευάσματα και εσωτερικά με αξίες, στάσεις, πεποιθήσεις, επιστημολογικές αντιλήψεις και γενικά με τη διαμόρφωση της συνείδησης των ατόμων. Η κουλτούρα δεν ταυτίζεται με την κοινωνική πρόοδο ούτε οδηγεί αναγκαστικά στην προσωπική τελειότητα. Πολιτισμός είναι ένα σύνολο έργων και θεσμών, φτιαγμένων από τον άνθρωπο ούτως ώστε να τον βοηθούν στην εκμετάλλευση της φύσης, να τον προστατεύουν από τις ακραίες εκδηλώσεις της και να συμβάλουν στην οργάνωση και διευθέτηση των σχέσεων του με τους άλλους ανθρώπους. Κύρια χαρακτηριστικά του είναι η τεχνική πρόοδος και ανάπτυξη της επιστήμης. **(Αγγελόπουλος 2009)**

Απόκτηση κουλτούρας (acculturation= επιπολιτισμός, εκπολιτισμός) και απώλεια κουλτούρας (deculturation) είναι διαδικασίες πολιτιστικής αλλαγής που συντελούνται μέσα από την εντατική και συνεχή επαφή ή αλληλεπίδραση μεταξύ δύο ή περισσότερων πολιτισμικώς διαφορετικών ομάδων και περιλαμβάνουν μηχανισμούς αποδοχής, απόρριψης ή αναδιοργάνωσης πολιτιστικών χαρακτηριστικών θεσμών και συμπεριφορών. Αυτοί οι μηχανισμοί έχουν απολέσει την τραχύτητα που είχαν παλαιότερα (βλ π.χ τον βίαιο εκπολιτισμό των Ινδιάνων της Αμερικής). Η πολιτιστική αφομοίωση ευρωπαϊκών, ασιατικών και αφρικανικών μειονοτήτων στην Αμερική είναι μια διαδικασία που έχει σχεδόν ολοκληρωθεί. Οι ΗΠΑ έχουν πλέον ένα σχετικά ομοιογενές πολιτιστικό προφίλ παρά την ύπαρξη πολυάριθμων εθνικών και γλωσσικών ομάδων που συνδέονται χαλαρά με τις μητέρες πατρίδες. Σήμερα, οι διαδικασίες αποπολιτισμού και επανεκπολιτισμού, οι διαδικασίες δια μέσω των οποίων μια κοινωνία απεκδύεται την παραδοσιακή πολιτιστική ταυτότητα της και υιοθετεί κάποια άλλη, επιτελούνται παντού στον πλανήτη, ο οποίος έχει κατακλυστεί απ άκρου εις άκρον από μια κουλτούρα made in USA, ευτελή ως προς το ύφος και αβαθή ως προς το περιεχόμενο της, στραμμένη εξ ολοκλήρου στην ικανοποίηση των πλέων εφήμερων αναγκών. **(Αγγελόπουλος 2009)**

Η κουλτούρα γενικά και ο πολιτισμός ειδικότερα είναι μείζονες καθοριστικοί παράγοντες της ανθρώπινης συμπεριφοράς, διότι επιβάλλουν περιορισμό των αντικοινωνικών συμπεριφορών, οργανώνουν την ανθρώπινη πρακτική στη βάση του δίπολου καθαριότητα και τάξη, συμβάλλοντας στην εξάλειψη της επιθετικότητας, του ενστίκτου της καταστροφής και της βαρβαρότητας, μεθοδεύουν τη διοχέτευση του προσωπικού δυναμικού σε επωφελείς για το

κοινωνικό σύνολο πραγματώσεις, περιστέλλουν και ελέγχουν την ερωτικότητα, και γενικότερα περιορίζουν τις επιλογές αναζήτησης ηδονής, περιορίζοντας τες σε ένα ορθολογικό πλαίσιο. Ευνοούν επίσης την αναζήτηση του ωραίου και την καλλιέργεια της τέχνης, θέτουν όρια στις ατομικές ελευθερίες και οργανώνουν τον διακανονισμό των κοινωνικών σχέσεων αξιώνοντας την υποταγή του ατομικού δικαίου στο κοινωνικό, εάν και η ομάδα συνήθως υποτάσσεται στην κυρίαρχη κάστα ή τάξη. Η θρησκεία, η τέχνη, οι θεσμοί, οι ποικίλες ιδεολογίες και τα ιδεολογήματα, οι νόμοι, οι επιστημονικές θεωρίες, κ.λπ. καθώς και οι τρόποι διάδοσής τους, π.χ τα μέσα μαζικής διαμόρφωσης της συμπεριφοράς, κατασκευάζουν το κλίμα μέσα στο οποίο εκδιπλώνονται σε ατομικό πλαίσιο οι επιταγές της κουλτούρας στο σύνολο της. **(Αγγελόπουλος 2009)**

2.3 Η κοινωνική αναπαράσταση

Ορισμός

Για τον *Moscovici*, οι κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι ιδέες, σκέψεις, γνώσεις, οι εικόνες που μοιράζονται τα μέλη ενός συνόλου. Είναι ομόφωνα σύμπαντα σκέψης που δημιουργούνται και μεταδίδονται κοινωνικά για να σχηματίσουν μέρος μιας «κοινωνικής συνείδησης». Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις αναφέρονται στο απόθεμα της κοινής γνώσης και των πληροφοριών που τα άτομα μοιράζονται με τη μορφή του κοινού νου σχετικά με τον κοινωνικό τους κόσμο, με αυτή τους την ιδιότητα, επιτρέπουν στα άτομα να κατασκευάσουν την κοινωνική τους πραγματικότητα. Ο *Moscovici* ορίζει τις κοινωνικές αναπαραστάσεις ως εξής:

«... είναι γνωστικά συστήματα με μία δική τους γλώσσα και λογική..... Δεν αντιπροσωπεύουν απλώς απόψεις, εικόνες ή στάσεις αλλά θεωρίες ή ποσότητες γνώσης για την εξερεύνηση και οργάνωση της πραγματικότητας».

(Moscovici, 1973)

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις αφορούν στο περιεχόμενο του καθημερινού νου και του αποθέματος των ιδεών που δίνουν συνοχή στις θρησκευτικές και πολιτικές πεποιθήσεις των ατόμων, στις συνδέσεις που δημιουργούμε τόσο αυθόρμητα, όσο αυθόρμητα αναπνέουμε. Καθιστούν δυνατή την κατάταξη ατόμων και αντικειμένων, τη σύγκριση και εξήγηση συμπεριφορών και την κατανόησή τους ως μέρη του κοινωνικού μας περιβάλλοντος.

«Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι ένα σώμα πεποιθήσεων και πληροφοριών σχετικά με κάποιο κοινωνικό αντικείμενο και ταυτόχρονα οι δυνάμεις επαναπροσδιορισμού του κοινωνικού νοήματος αυτού του αντικειμένου». **(Herzich, 1973)**

Συχνά η έννοια της αναπαράστασης αντιμετωπίζεται ως ανάλογη της εικόνας. Μια τέτοια αντίληψη περιορίζει σημαντικά τη δράση και την ουσία της αναπαράστασης. Η εικόνα είναι η αντανάκλαση της πραγματικότητας μια δεδομένη στιγμή –πράγμα, που εμπεριέχει έντονα την έννοια της στατικότητας. Η κοινωνική αναπαράσταση είναι «κοινωνική εικόνα», εκτείνεται πέρα από το άμεσο και εντοπίζεται στη διατομή του ψυχολογικού με το κοινωνικό.

Αντιπροσωπεύει τον τρόπο με τον οποίο το κάθε άτομο κατανοεί τα γεγονότα της καθημερινότητας και το σύνολο των κοινωνικών πληροφοριών με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπο. Είναι η αυθόρμητη, απλοϊκή γνώση, η γνώση της κοινής γνώμης, που διαμορφώνεται μέσα από την κοινωνική αλληλεπίδραση

αλλά έχει σχηματιστεί μέσα από τη συμμετοχή του καθενός σε ένα πλήθος κοινωνικών διαδικασιών και περιβαλλόντων. Επιτρέπει την οριοθέτηση του κοινωνικού σύμπαντος και θέτει τους κανόνες πλοήγησης στον ωκεανό των κοινωνικών καταστάσεων προσδιορίζοντας την ερμηνεία τους και τη συνακόλουθη συμπεριφορά των ατόμων. Είναι γνώση απλή και πρακτική που επηρεάζει την μεταβολή της κοινωνικής πραγματικότητας και διαμορφώνεται μέσα από αυτή. (Λαμπρίδης 2004).

2.4 Το στερεότυπο και η προκατάληψη.

Η έννοια του στερεοτύπου

Ορισμός

Η έννοια του στερεοτύπου έχει οριστεί με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους από έναν σημαντικό αριθμό μελετητών. Συνεκτιμώντας τις απόψεις που κατατίθενται στη σχετική βιβλιογραφία, μπορεί να υποστηριχτεί ότι οι περισσότερες τείνουν να ορίζουν τα στερεότυπα ως πεποιθήσεις σχετικά με τα χαρακτηριστικά, την τάση και τη συμπεριφορά των μελών συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων. Ο *R. Brown* (1995) υπογραμμίζει πως τα στερεότυπα είναι γενικευμένες και συχνά υπεραπλουστευμένες εικόνες, απόψεις, στάσεις για μία ομάδα ανθρώπων οι οποίες είναι βαθιά ριζωμένες στο πολιτισμικό παρελθόν και παρόν του κάθε ατόμου και μπορούν να εντοπιστούν εξετάζοντας την κοινωνική ταυτότητα του καθενός. Η έννοια του στερεοτύπου μπορεί να θεωρηθεί ως ένα σύνολο απόψεων οι οποίες υποστηρίζουν ότι όλα τα μέλη μιας συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά-πράγμα, που αυτόματα τους διαχωρίζει από τα μέλη των άλλων κοινωνικών ομάδων και τους τοποθετεί σε κάποιο σημείο της κοινωνικής ιεραρχίας. Υπό αυτό το σκεπτικό, ένα συγκεκριμένο μέλος μιας ομάδας θεωρείται ουσιαστικά όμοιο με τα άλλα και ως τέτοιο αντιμετωπίζεται από τα μη μέλη της ομάδας. Παράλληλα, η ομάδα ως σύνολο αντιμετωπίζεται με μια ενιαία ματιά που τείνει να προσλαμβάνει την ομάδα ως ένα ομογενοποιημένο σύνολο ατόμων, όπου οι διαφορές, αν υπάρχουν– και συνήθως υπάρχουν – τείνουν να παίρνουν σε δεύτερη μοίρα, να παραβλέπονται.

Η ομοιογένεια στην πρόσληψη μιας κοινωνικής ομάδας, αν και δεν συνδέεται πάντα με την αξιολόγησή της από τα μέλη των άλλων ομάδων, είναι ωστόσο ένα στοιχείο που υπάρχει. Δηλαδή, τα άτομα έχουν την τάση να σχηματίζουν ευνοϊκά, θετικά στερεότυπα για τα μέλη της ομάδας τους και αρνητικά, υποτιμητικά στερεότυπα για τα μέλη των άλλων ομάδων αντιμετωπίζοντάς τους ως αδιαφοροποίητα σύνολα ατόμων τη στιγμή που κάτι τέτοιο δεν ανταποκρίνεται σε μεγάλο βαθμό στην πραγματικότητα της σύνθεσης των κοινωνικών ομάδων.

Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό των στερεοτύπων είναι ο συλλογικός τους χαρακτήρας. Τα στερεότυπα είναι διαδεδομένα σε ομάδες ατόμων που τα αποδέχονται και τα χρησιμοποιούν ως στοιχεία σκέψης και δράσης απέναντι στα μέλη της κοινωνικής ομάδας στην οποία αναφέρονται. Για παράδειγμα σε πολλές κοινωνίες υπάρχει η αντίληψη ότι οι Σκοτσέζοι είναι τσιγκούνηδες, οι Ιταλοί επιπόλαιοι, οι Γάλλοι ρομαντικοί, οι Άγγλοι ψυχροί κτλ.

Ο *Lippmann*, πολύ νωρίς (1922), περιέγραψε με εξαιρετικά εύστοχο τρόπο την έννοια των στερεοτύπων, υποστηρίζοντας τις εξής θέσεις: Τα άτομα

προκειμένου να μπορέσουν να λειτουργήσουν μέσα σε ένα πολύπλοκο και γεμάτο απαιτήσεις κοινωνικό περιβάλλον τείνουν να δομούν μία απλουστευμένη εικόνα αυτού του περιβάλλοντος στο νου τους. Αυτή η εικόνα παίζει το ρόλο του μεσολαβητή ανάμεσα στο άτομο και στο περιβάλλον του. Το περιεχόμενο αυτής της εικόνας, που εν μέρει είναι πολιτισμικά προσδιορισμένο, συνιστά τα στερεότυπα. Έτσι, τα στερεότυπα προσλαμβάνονται, ως απλοποιημένες εικόνες του κοινωνικού κόσμου. Αποτελούν, ωστόσο, γενικά μη επιθυμητές μορφές οργάνωσης της κοινωνικής γνώσης, δεδομένου ότι είναι λανθασμένα υπό τους όρους της αντικειμενικής προσέγγισης της πραγματικότητας. Είναι συμπαγή και ανθεκτικά στην ενημέρωση και γενικεύονται μέσω μιας αιτιολογικής διαδικασίας που αναπαριστά μία μικρογραφική απεικόνιση της γνώσης και «διάνοιας» της κοινωνίας. (Λαμπρίδης 2004).

Η έννοια της προκατάληψης

Ορισμός

Η μεγάλη πλειοψηφία των ορισμών που έχουν διατυπωθεί παρουσιάζει την προκατάληψη ως ένα σύνολο ψευδών ή παράλογων πεποιθήσεων, μία λανθασμένη γενίκευση και απλούστευση των πραγμάτων, μία «ατεκμηρίωτη» προδιάθεση των μελών μιας ομάδας να συμπεριφέρονται άσχημα προς τα μέλη μιας άλλης ομάδας. Ο R. Brown (1995) υιοθετεί έναν λιγότερο αυστηρό και περιοριστικό ορισμό: «Προκατάληψη είναι το να κατέχεις υποτιμητικές, κοινωνικές στάσεις ή γνωστικές απόψεις, η έκφραση αρνητικών αισθημάτων ή η εκδήλωση εχθρικής ή ρατσιστικής συμπεριφοράς προς τα μέλη μιας ομάδας, επειδή συμβαίνει να έχουν την ιδιότητα του μέλους της συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας».

Η προκατάληψη αφορά στη διομαδική μεροληψία και αναφέρεται γενικά στη συστηματική τάση αξιολόγησης της ιδιότητας μέλους ενός ατόμου σε μία ομάδα, στην οποία ανήκει και το ίδιο το άτομο, ή των μελών αυτής της ομάδας πιο ευνοϊκά από ότι την ιδιότητα μέλους σε μία ομάδα, που το άτομο δεν ανήκει, ή τα μέλη αυτής της ομάδας. Η μεροληψία περιλαμβάνει την συμπεριφορά (διάκριση), τις στάσεις (προκατάληψη), και την γνωστική διάσταση του εαυτού (στερεότυπα) (Mackie & Smith, 1998· Wilder & Simon, 2001). Πιο συγκεκριμένα, αυτή η τάση μεροληψίας υπέρ μιας ομάδας μπορεί να πάρει τη μορφή της ευνοϊκής μεταχείρισης των μελών της ομάδας στην οποία και το άτομο ανήκει και την υποτίμηση των μελών των ομάδων στις οποίες το άτομο δεν ανήκει. Η χρήση του όρου «μεροληψία» έχει την έννοια της ερμηνευτικής κρίσης σχετικά με το ότι μια συμπεριφορά, μια αντίδραση είναι άδικη, άνομη ή ατεκμηρίωτη, υπό τη έννοια ότι κινείται σε μία σφαίρα πέρα από τα αντικειμενικά στοιχεία ή τις αποδείξεις που υπάρχουν σχετικά.

Έχει ιδιαίτερη σημασία να τονιστεί πως ακόμη κι αν, σε μία δεδομένη κατάσταση, η προκατάληψη εστιάζεται σε ένα συγκεκριμένο άτομο, τα ατομικά χαρακτηριστικά αυτού του ατόμου είναι ήσσονος σημασίας σε σύγκριση με τα κοινωνικά του γνωρίσματα, βάσει των οποίων κατατάσσεται σε μία κοινωνική ομάδα και όχι σε μία άλλη – το όνομα, η προφορά, το χρώμα του δέρματος, η κοινωνική του καταγωγή. Άλλωστε, όπως παρατηρούν οι Simpson & Yinger (1972) η προκατάληψη υπάρχει στις κοινωνίες των ανθρώπων και θα συνεχίσει να υπάρχει επειδή πάντα κάποιος ή κάποιοι κερδίζουν από την ύπαρξή της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Η υγεία των Τσιγγάνων

Ο ορισμός της υγείας συνεχώς εξελίσσεται. Ο κλασικός ορισμός της υγείας που δόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργάνισμο Υγείας εκφράζει μια γενική τάση ορισμού της υγείας βάσει κοινωνικών παρά ιατρικών όρων. Ο Παγκόσμιος Οργάνισμος Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την υγεία ως « μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς την απουσία νόσου ή αναπηρίας».(**WHO**)

Η κοινωνική υγεία προάγει τη ζωτικότητα της κοινότητας – ομάδας και συνεπώς την ανάγκη να ορισθεί η υγεία βάσει κοινωνικών όρων. Ο όρος «κοινωνικός» σημαίνει «αυτόν που αναφέρεται στην συμβίωση σε οργανωμένες ομάδες ή σε παρόμοια κλειστά κοινωνικά σύνολα» (American Heritage College Dictionary 1997). Ο όρος «κοινωνικός» αναφέρεται σε άτομα που ζουν μέσα στις κοινότητες και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Η κοινωνική υγεία είναι αποτέλεσμα της θετικής αλληλεπίδρασης μεταξύ των ομάδων της κοινότητας. (**Nies et al 2001**)

Ανάμεσα στους παράγοντες που φαίνεται ότι επηρεάζουν την υιοθέτηση συγκεκριμένων υγειονομικών συμπεριφορών είναι η αυτοεκτίμηση. Τα άτομα με θετική εικόνα εαυτού επιδιώκουν πιο συνειδητά τη βελτίωση της κατάστασης υγείας τους συγκριτικά με τα άτομα που χαρακτηρίζονται από χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης. (**Stanwyck 1988**)

Στους τσιγγάνους αλλά και στο γενικότερο πληθυσμό, οι θετικές συμπεριφορές υγείας έχει βρεθεί ότι συσχετίζονται επίσης με την ύπαρξη συγγενικού και ευρύτερου κοινωνικού δικτύου υποστήριξης. (**Cobum et al 1986**)

Ο πολιτισμός των τσιγγάνων επηρεάζει τις μοναδικές πεπαιθώσεις τους για την υγεία και την ιατρική φροντίδα. Συχνά οι διαφορές στις θεραπείες και στις διαδικασίες οδηγούν σε σύγχυση όταν οι τσιγγάνοι ζητούν βοήθεια σε νοσοκομεία όπου οι εργαζόμενοι επαγγελματίες υγείας δεν είναι εξοικειωμένοι με τον πολιτισμό τους. Οι τσιγγάνοι δίνουν συνήθως μεγαλύτερη έμφαση στο είδος της φροντίδας που λαμβάνουν από τις νοσηλεύτριες και τους άλλους επαγγελματίες. Η ευαισθησία των υγειονομικών λειτουργιών για τις διαφορετικές πεπαιθώσεις είναι τόσο κρίσιμη, όσο και για την πραγματική θεραπεία, λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματά της στη συμμόρφωση και τις ψυχολογικές πτυχές της αποκατάστασης.(**Leininger, 1991**)

Για να παρέχεται το υψηλότερο δυνατό επίπεδο φροντίδας σε όλους τους ασθενείς, οι πολιτισμικές διαφορές των ασθενών θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, αντί να θεωρούνται ως εμπόδιο στη διαδικασία φροντίδας. Οι τσιγγάνοι που είναι πρόθυμοι να μάθουν και να υιοθετήσουν διαφορετικές πεπαιθώσεις, όταν είναι εφικτό, θα καρπωθούν τα οφέλη της βελτιωμένης παροχής και τις καλές σχέσεις μεταξύ ασθενή και πάροχου φροντίδας υγείας (**Carrie et al 2004**).

Οι αιτίες στις οποίες αποδίδεται η κακή υγεία των τσιγγάνων είναι ποικίλες. Όλες οι μελέτες την συνδέουν με τον κοινωνικό αποκλεισμό, τη χαμηλή πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, τη φτώχεια και την έλλειψη μόρφωσης. Οι παράγοντες αυτοί αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης νόσων όπως είναι τα καρδιαγγειακά προβλήματα, ή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, τα αναπνευστικά προβλήματα, τα μεταδοτικά νοσήματα, όπως η ηπατίτιδα και τα

σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Παρατηρείται επίσης μεγάλη επίπτωση κάποιων γενετικά μεταδιδόμενων νόσων και νοητικής υστέρησης, που έχουν αποδοθεί, στο κλειστό κοινωνικό τους σύστημα και στην παράδοση της ενδογαμίας που τους χαρακτηρίζει.

Οι Εναλλακτικές Θεραπείες των τσιγγάνων και οι Αντιλήψεις τους για τις ασθένειες παρουσιάζουν επίσης εξαιρετικό ενδιαφέρον. Είναι λάθος ότι οι κλινικοί γιατροί μπορεί να υποθέτουν ή να πιστεύουν ότι οι τσιγγάνοι είναι πρόθυμοι να εμπιστευτούν πλήρως το μη τσιγγάνικο ιατρικό σύστημα. Οι τσιγγάνοι πιστεύουν ότι ορισμένες ασθένειες είναι έξω από τη σφαίρα των μη τσιγγάνων αναγκάζοντάς τους να επισκεφθούν τον ειδικό επαγγελματία τσιγγάνο (dgrabani) και να λάβουν φάρμακα φυτικής προέλευσης. Εάν αυτές οι θεραπείες δεν λειτουργούν, οι τσιγγάνοι μπορεί να καταφύγουν στη συνέχεια να επισκεφτούν γιατρούς μη τσιγγάνους, ωστόσο, θα πρέπει αυτοί να ελέγξουν προσεκτικά τι βότανα οι τσιγγάνοι έχουν λάβει πριν από τη διάγνωση της ασθένειας και τη συνταγογράφηση των νέων φαρμάκων. **(Carrie et al 2004).**

Οι τσιγγάνοι πιστεύουν ότι τα πνεύματα ή ο Διάβολος μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές ασθένειες ή η επίσκεψη άλλων τσιγγάνων που διατηρούν τα σπίτια ακάθαρτα. Πιστεύουν επίσης ότι ο διάβολος είναι υπεύθυνος για την επιληψία και Tosca, μια ασθένεια των νεύρων. Οι Εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας μπορεί να κάνουν το λάθος εάν υποθέσουν ότι όλοι οι τσιγγάνοι ασθενείς έχουν βασικές ιατρικές γνώσεις και αποδέχονται το πρότυπο αμερικανικό ιατρικό σύστημα. **(Carrie et al 2004).**

Ενδεικτικά αξίζει να αναφερθεί σε έρευνα του υπουργείου εργασίας σε ερωτήσεις που έγιναν σε τσιγγάνες βρέθηκε ότι 96% γέννησε στο Νοσοκομείο ενώ το 3,5% στο σπίτι. Το 46% παρακολουθούνταν από γιατρό του νοσοκομείου το 20% από ιδιώτη γιατρό ενώ το 32% δεν είχε καμιά παρακολούθηση. Το 60% γνωρίζει τι είναι το Τεστ Παπ και οι μισές το έχουν κάνει τουλάχιστον μια φορά. Το 45% γνωρίζει τι είναι μαστογραφία και την έχει κάνει το 10%. **(Υπουργείο εργασίας και Κοινωνικών ασφαλίσεων 2000).**

Στην ίδια μελέτη στις απαντήσεις που δόθηκαν σημειώνεται ότι ένα στα δύο άτομα πάσχει από χρόνια πρόβλημα υγείας. Συγκεκριμένα οι συνηθέστερες παθήσεις είναι οι καρδιοπάθειες σε ποσοστό 18,1% οι παθήσεις του αναπνευστικού και κυρίως το άσθμα (13,9%) οι ψυχικές ασθένειες κυρίως κατάθλιψη (12,1%) **(Anroutsopoulou,et al 2002).**

Οι Νευρολογικές ασθένειες κυρίως η επιληψία σε ποσοστό 6,8%. Το 70% δηλώνει ότι έχει σοβαρά προβλήματα δοντιών και μόλις το 10% πάει συχνά και προγραμματισμένα σε οδοντίατρο.

Η ηπατίτιδα είναι μεγάλο πρόβλημα για τους τσιγγάνους τις Αττικής. Ο επιπολασμός των δεικτών μόλυνσης HAV και HBV παραμένει πολύ υψηλός σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. **(Νικολάου και άλλοι 1995).**

Σε όλες τις αναπτυσσόμενες χώρες, ορισμένες ομάδες ή πληθυσμούς, όπως οι εθνοτικές μειονότητες και τα άτομα με χαμηλό εισόδημα, έχουν μεγαλύτερα επιβάρυνση από προβλήματα υγείας. Η κακή υγεία είναι μια γενική πραγματικότητα για τον πληθυσμό των Ρομά. Στην πραγματικότητα, ο πληθυσμός των Ρομά είναι μια από τις πιο στιγματισμένες ομάδες και έχει υψηλά επίπεδα κοινωνικού αποκλεισμού και φτώχειας που πλήττουν την εκπαίδευση, την απασχόληση, την υγεία, την κοινωνική και πολιτική συμμετοχή, τη στέγαση και την επικράτηση των μολυσματικών ασθενειών.

Τα υψηλά επίπεδα της φτώχειας, η έλλειψη εκπαίδευσης, ο υπερπληθυσμός και η ανεργία είναι πιθανόν κύριες αιτίες, αλλά λίγα είναι γνωστά

για τις ειδικές μορφές των νόσων και πώς αυτές διαφέρουν σε σύγκριση με άλλους πληθυσμούς. Οι συνθήκες διαβίωσης του πληθυσμού έχουν οδηγήσει σε μια γενική αύξηση της χρήσης ναρκωτικών και της εγκληματικότητας, η οποία με τη σειρά της μεταφράζεται σε φυλάκιση σε μέσο όρο ηλικίας 16 χρόνων και ως συνέπεια έχει επιπτώσεις στην εκπαίδευση και το τρόπο ζωής.

Η ανεργία εμποδίζει την κοινωνική ένταξη και εξηγεί πολλές από τις αιτίες θανάτου από ατύχημα μεταξύ των μειονοτικών ομάδων.

Λόγω της περιθωριοποίησης αυτής της ομάδας, πολλά άτομα είχε προβλήματα με την τοξικομανία (κυρίως ηρωίνη), έτσι ώστε να διαπράττουν εγκλήματα μόνο για να επιβιώσουν, και να οδηγούνται σε φυλάκιση. Ανταλλαγή συριγγών αυξάνει επίσης τον κίνδυνο μετάδοσης ασθενειών και κακή επιβίωση.

Ο νεώτεροι σε ηλικία στην κοινότητα των τσιγγάνων υποφέρουν από αυτές τις ανισότητες, με την έλλειψη πρόσβασης στην εκπαίδευση και τις υπηρεσίες υγείας, και την κακή χρήση των υπηρεσιών αυτών.. Το αποτέλεσμα είναι υψηλότερη βρεφική θνησιμότητα και στη νεολαία, τα ποσοστά αναλφαβητισμού έως και 60%, όπως επίσης και τα υψηλά ποσοστά της χρήσης ενδοφλέβιων ουσιών.

Μία από τις πιο κοινές αιτίες της νοσηρότητας μεταξύ αυτού του πληθυσμού στην Ισπανία είναι μεταδοτικές ασθένειες που προκαλούνται από κακές συνθήκες διαβίωσης και έλλειψη χρήσης των προληπτικών προγραμμάτων. **(Marti et al 2011).**

Από άλλη μελέτη στον τσιγγάνικο πληθυσμό της Θεσσαλίας προκύπτει ότι οι τσιγγάνοι προσδιορίζουν την υγεία ως έλλειψη πόνου, αναπηρίας και συμπτωμάτων. Ωστόσο η υγεία προσδιορίζεται και θετικά, ως ψυχοσωματική ευεξία, μακροζωία και ικανότητα για εργασία. **(Παραλίκας και άλλοι 2005).**

Πολλά από τα προβλήματα των τσιγγάνων οφείλονται στις πολύ κακές συνθήκες υγιεινής και σίτισης που επικρατούν στους καταυλισμούς. Μέτρα για την πρόληψη των ασθενειών και την προστασία του δικαιώματος στην υγεία για τους Έλληνες τσιγγάνους είναι από την μια μεριά οι εμβολιασμοί – κυρίως στα παιδιά και από την άλλη η πολυδιάστατη παρέμβαση του κράτους και των υπηρεσιών του για την καλύτερη των συνθηκών διαβίωσης. Όσον αφορά τους εμβολιασμούς των παιδιών φαίνεται μεγάλη διαφοροποίηση από κοινότητα σε κοινότητα με τα ποσοστά του εμβολιασμού να κυμαίνονται από 0 μέχρι και 70%.

Η τσιγγάνικη κοινότητα συνιστά μια αριθμητική μειονότητα με ποικίλες και ιδιαίτερες κοινωνικοπολιτισμικές αντιλήψεις και συμπεριφορές. Αν και τα τελευταία χρόνια οι προσπάθειες που καταβάλλονται στη χώρα μας για την ομαλή κοινωνική ένταξη των τσιγγάνων είναι σημαντική, η υγειονομική και γενικότερη πολιτική που σχεδιάζεται για τον συγκεκριμένο πληθυσμό σε κεντρικό επίπεδο διακρίνεται για τις ελλείψεις και την αποφασιστικότητα της. **(Κουτσούκου 1981).**

Η γνώση των προβλημάτων υγείας των τσιγγάνων θεωρείται προαπαιτούμενη του σχεδιασμού και της εφαρμογής των κατάλληλων προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας που θα στοχεύουν στη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και της ποιότητας ζωής του τσιγγάνικου πληθυσμού. **(Πατιστέα και άλλοι 2000).**

3.2 Η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τη Διεθνή Σύμβαση για την Εξάλειψη όλων των Μορφών Φυλετικών Διακρίσεων της ΕΕ, «τα συμβαλλόμενα κράτη πρέπει να διασφαλίζουν το δικαίωμα του καθενός, χωρίς διάκριση ως προς τη φυλή ή την εθνικότητα, την ισότητα ενώπιον του νόμου, την ισότητα στην απόλαυση των οικονομικών, την ισότητα στα κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα και την υποχρέωση να εφαρμόζεται ρητά το δικαίωμα για τη δημόσια υγεία, την ιατρική περίθαλψη, την κοινωνική ασφάλιση και τις κοινωνικές υπηρεσίες »

(United Nations convention 1965)

Ωστόσο, η προαναφερθείσα δήλωση δεν ανταποκρίνεται πάντα στην πραγματικότητα. Οι Ρομά αντιμετωπίζουν ένα συστηματικό αποκλεισμό από την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη λόγω του αποκλεισμού από την ασφάλιση υγείας, λόγω της έλλειψης της ιδιότητας του πολίτη και της απουσίας προσωπικών εγγράφων, και της έλλειψης πληροφοριών σχετικά με την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και για άλλους διάφορους λόγους. Επιπλέον, οι Ρομά αντιμετωπίζουν σχεδόν πάντα φυλετικές διακρίσεων στο πλαίσιο των προσπαθειών τους για την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και αντιμετωπίζουν ακραίες μορφές της ανθρώπινης στέρησης δικαιωμάτων. **(European Roma Rights Centre 2006).**

Στην Ελλάδα, η έλλειψη ταυτότητας και άλλων απαραίτητων εγγράφων σε πολλούς τσιγγάνους αποτελεί σοβαρό εμπόδιο για τη λήψη βασικών ιατρικών υπηρεσιών και αποτρέπει συνήθως την πρόσβαση τους στην επείγουσα φροντίδα της υγείας. Επιπλέον, οι κακές συνθήκες του οδοστρώματος ή η έλλειψη της τηλεφωνικής υπηρεσίας αναστέλλουν πολλές κοινότητες Ρομά από τη λήψη υγειονομικής έκτακτης ανάγκης, ενώ η απόσταση από τα κέντρα υγείας, καθιστά την πρόσβαση σε τακτικές υπηρεσίες ανέφικτη λόγω έλλειψης οικονομικών πόρων ή μέσα μεταφοράς. **(Petraki 2012).**

Η έλλειψη παιδείας και αγωγής υγείας κρατά τους Τσιγγάνους εγκλωβισμένους στις προκαταλήψεις. Η μερική γνώση της γλώσσας δημιουργεί προβλήματα συνεννόησης με τους λειτουργούς υγείας, ενώ ο αναλφαβητισμός εμποδίζει την γραπτή ενημέρωσή τους.

Επίσης πολλοί Τσιγγάνοι έχουν βιβλιάριο από την Πρόνοια, η οποία παρέχει στοιχειώδεις υπηρεσίες υγείας, που όμως είναι ανεπαρκείς και δεν καλύπτουν τις ανάγκες τους. Η αδυναμία των λειτουργών υγείας να κατανοήσουν τη διαφορετικότητα και τις ιδιαιτερότητες του Τσιγγάνικου πληθυσμού, λόγω έλλειψης ενημέρωσης ή λόγω προκατάληψης, λειτουργεί αποτρεπτικά στην χρήση των Υπηρεσιών από τους Τσιγγάνους.

Ακόμα η έλλειψη συστηματικής έρευνας και καταγραφής της κατάστασης της υγείας των Τσιγγάνων, δεν αποδίδει στις Υπηρεσίες στοιχεία για την ανάπτυξη εξειδικευμένης πολιτικής στο θέμα της υγείας των Τσιγγάνων.

Τα έθιμα της Τσιγγάνικης κοινωνίας οδηγούν τους νέους να ξεκινούν την τεκνοποίηση από πολλή νεαρή ηλικία, από την εφηβεία. Οι Τσιγγάνες γίνονται μητέρες πολύ νέες και έχουν περισσότερες κυήσεις, τοκετούς και αποβολές από τον υπόλοιπο πληθυσμό, γεγονός που επιβαρύνει την υγεία τους, διότι σπάνια παρακολουθούνται κατά την διάρκεια της κύησης. Επιπλέον οι νέοι δεν έχουν πρόσβαση στην ενημέρωση πάνω σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, αντισύλληψης και πρόληψης αφροδισίων νοσημάτων.

Επιπλέον, η ιατρική προληπτική αποκτά σημασία για την κοινότητα των Ρομά τα τελευταία χρόνια μέσω ποικίλων προγραμμάτων και δράσεων

ενημέρωσης που υλοποιούνται, όσο και από θεσμικούς και κοινωνικούς φορείς σε πανελλαδική κλίμακα. Ωστόσο, λόγω των συχνών μετακινήσεων ομάδων του εν λόγω πληθυσμού, των νομικών κωλυμάτων που αναφέραμε παραπάνω, του χαμηλού επιπέδου μόρφωσης κ.α. γίνεται χρήση των υπηρεσιών υγείας, πολλές φορές μεταγενέστερα της εκδήλωσης ιατρικών συμπτωμάτων. Μεταξύ των λόγων μη-έγκαιρης ιατρικής επίσκεψης στο νοσοκομείο περιλαμβάνεται και η γεωγραφική απόσταση όπου μόνο το 25% ειδοποιεί ασθενοφόρο του Ε.Κ.Α.Β. στην περίπτωση που δεν έχει πρόσφορο μέσο μεταφοράς (ΙΧ) ενώ το 50% απευθύνεται σε ιδιώτη ιατρό, πλησίον του τόπου κατοικίας του.

Εν τούτοις στο πεδίο της πρόσβασης των Ρομά και της χρήσης των υπηρεσιών του συστήματος υγείας, έχουν σημειωθεί θετικές μεταβολές όπως:

1. Η τακτική παρακολούθηση της εμβολιαστικής κατάστασης των παιδιών
2. Η εξοικείωση των γυναικών με την εξέταση Π.Α.Π.
3. Η χρήση των αποκεντρωμένων υπηρεσιών υγείας όπως κέντρα υγείας, Π.Ι.Κ.Π.Α.
4. Τη βελτίωση της αντιμετώπισης του/της Ρομ από το προσωπικό των νοσοκομείων ως ισότιμο/η ασθενή. **(Τσάφου 2007).**

Σύμφωνα με το νομικό πλαίσιο έχουν καταγραφεί και ψηφισθεί μια σειρά ενεργειών, που στην πλειοψηφία τους, δεν υλοποιήθηκαν στο γενικό πληθυσμό των αθίγγανων. Όπως αναφέρεται στο νόμο 2519/1997 προβλέπεται η εκπόνηση και εφαρμογή προγραμμάτων υγείας σε ομάδες του πληθυσμού με φυλετικές, κοινωνικές και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες που βρίσκονται σε κοινωνικό κίνδυνο. Ειδικότερα προβλέπεται η δημιουργία:

-Κινητών μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας (κινητές μονάδες οι οποίες συνδέονται με κρατικά νοσοκομεία τα οποία στηρίζουν επιστημονικά και διοικητικά το πρόγραμμα)

-Μονάδων για κατ' οίκον νοσηλεία

-Υγειονομικών σταθμών ή περιφερειακών ιατρείων (σε περιοχές που ο πληθυσμός των Αθίγγανων στους καταυλισμούς είναι έως 2000 μόνιμων εγκατεστημένων κατοίκων. Για αυτούς τους καταυλισμούς προβλέπεται η λειτουργία υγειονομικού σταθμού ή περιφερειακού ιατρείου ημερήσιας ετοιμότητας).

-Αποκεντρωμένων μονάδων πρωτοβάθμιας υγείας ή κέντρων υγείας υπαίθρου (για δήμους άνω των 2000 κατοίκων οι οποίοι απέχουν από μονάδα Γενικού νοσοκομείου από 5 χμ και άνω)

-Δικτύου πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Ο νόμος επίσης προβλέπει ειδική νομοθετική ρύθμιση για την ενίσχυση της υγείας των παιδιών, με ελέγχους που θα γίνονται εντός των σχολείου στις περιφέρειες της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Τα κέντρα

αυτά, προτάθηκε να είναι στελεχωμένα από μια ομάδα επιστημόνων (παιδίατρο, οδοντίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, επόπτη υγείας, επισκέπτη υγείας και νοσηλεύτη). Η διεπιστημονική αυτή ομάδα θα παρείχε πρωτοβάθμια παιδιατρική φροντίδα στους μαθητές του δημοτικού, γυμνασίου και λυκείου. Επιπλέον η ρύθμιση προβλέπει έλεγχο εμβολίων, παροχή προληπτικής ιατρικής, εποπτεία για το αν το σχολικό περιβάλλον τηρεί τους κανόνες υγιεινής και δημόσιας υγείας και λήψη ατομικού ιατρικού ιστορικού όλων των μαθητών.

Μεταγενέστερος νόμος 3293/2004 θέσπισε το όργανο του Συνηγόρου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στα πλαίσια του Συνηγόρου του Πολίτη. Το όργανο αυτό εισηγείται προς το αρμόδιο Υπουργείο μέτρα για την αποκατάσταση και την προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, την εξάλειψη των φαινομένων κακοδιοίκησης και τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και των σχέσεων τους με τους πολίτες.

Τέλος με το νόμο 3304/2005 κατοχυρώθηκε η εφαρμογή της ίσης μεταχείρισης ανεξαρτήτως φυλετικής ή εθνικής καταγωγής, θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού. Ο νόμος αυτός μέσα στα άρθρα του απαγορεύει την οποιαδήποτε διάκριση.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

1.1 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας 40 Ρομά από την ευρύτερη περιοχή της Λάρισας. Ο στόχος της εργασίας αυτής ήταν η διερεύνηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των Ρομά, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τις κλίμακες του άγχους και της ντροπής που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία.

1.2 Ερευνητικές Υποθέσεις

1. Οι γυναίκες Ρομά διαφέρουν ως προς την ντροπή σε σχέση με τους άντρες Ρομά.
2. Τα επίπεδα άγχους των Ρομά διαφέρουν από τα επίπεδα άγχους του υπόλοιπου πληθυσμού.
3. Οι εργαζόμενοι Ρομά διαφέρουν από τους ανέργους ως προς την κλίμακα της ντροπής.

1.3 Στατιστική επεξεργασία

Έγινε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση. Για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών [μέσος όρος, σταθερή απόκλιση (SD)] σε κάθε Κλίμακα καθώς και σε κάθε υποκλίμακα. Για τη σύγκριση δύο ανεξάρτητων δειγμάτων κατανομών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test. Ο έλεγχος κανονικότητας των κατανομών έγινε με τη δοκιμασία Shapiro – Wilk. Για τις συγκρίσεις μεταξύ των υποομάδων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας προσδιορίστηκε σε $p < 0,05$. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πακέτο SPSS 17.0.

1.4 Ερευνητικά εργαλεία

Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς. Το πρώτο είχε ως στόχο την καταγραφή των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του ερωτώμενου. Το ερωτηματολόγιο αυτό περιελάμβανε ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή, φύλο και ηλικία). Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελούνταν από επιμέρους ψυχομετρικές κλίμακες, που είχαν ως εξής :

Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale - OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994)

Η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS περιλαμβάνει 18 προτάσεις οι οποίες απαντώνται σε μια πεντάβαθμη κλίμακα

συχνότητας (όπου 0= ποτέ, 1=σπάνια, 2=μερικές φορές, 3=συχνά και 4= πάντα). Οι προτάσεις του OAS κατανέμονται σε τρεις υποκλίμακες, το αίσθημα κατωτερότητας (inferior), το αίσθημα κενού (empty) και την αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes). Ο τελικός βαθμός του OAS προκύπτει από την άθροιση των βαθμών κάθε ερώτησης. Ο δείκτης Cronbach's alpha του OAS στο ελληνικό δείγμα είναι 0,87. Το OAS έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα της ντροπής (όπως: Gilbert et al. 1996; Gilbert & Miles, 2000; Gilbert et al. 2003, Benn et al. 2005).

Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002)

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) κατασκευάστηκε το 2002 από τους Andrews, Qian και Valentine. Αφορμή για την κατασκευή του ήταν η αποτελεσματικότητα της δομημένης συνέντευξης των Andrews και Hunter για την αξιολόγηση του συναισθήματος της ντροπής, στην πρόβλεψη της ψυχοπαθολογίας. Το ESS εκτιμά τρεις διαφορετικούς τύπους ντροπής, τη χαρακτηρισολογική (characterological shame) ντροπή, τη συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame), και τη σωματική ντροπή (bodily shame). Κάθε μία από αυτές αναφέρεται σε συγκεκριμένους τομείς, όπως οι συνήθειες του ατόμου (χαρακτηρολογική ντροπή), οι λανθασμένες πράξεις του (συμπεριφορική ντροπή) ή η εικόνα του σώματός του (σωματική ντροπή). Συνολικά καλύπτονται 8 θέματα που αφορούν το συναίσθημα της ντροπής, καθένα από τα οποία έχει ένα βιωματικό, ένα γνωστικό και ένα συμπεριφορικό στοιχείο. Για παράδειγμα, το άτομο ρωτάται αν ένιωσε ντροπή για τις προσωπικές του συνήθειες, εάν τον έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτές και εάν έχει προσπαθήσει να τις κρύψει ή να τις συγκαλύψει (Andrews et al., 2002). Περιλαμβάνει συνολικά 25 ερωτήσεις-για τη σωματική ντροπή υπάρχει μία επιπλέον πρόταση που αναφέρεται στην αποφυγή των καθρεπτών- που απαντώνται σε μια τετράβαθμη κλίμακα η οποία υποδηλώνει τη συχνότητα με την οποία το άτομο έχει βιώσει αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση, εντός του περασμένου έτους (όπου 1= καθόλου, 2=λίγο, 3= συγκρατημένα και 4= πάρα πολύ). Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) εντάσσεται στα ερωτηματολόγια που μετρούν αποκλειστικά την τάση για την ντροπή (και όχι ταυτόχρονα και την τάση για ενοχή), και εκτιμά την ντροπή ως έναν σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Tangney & Dearing, 2002).

Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberg (State - Trait Anxiety Inventory - STAI)

Η Κλίμακα έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τους Α. Λιάκο και Σ. Γιαννίση και χωρίζεται σε δύο υποκλίμακες: η πρώτη (State Anxiety) αναφέρεται στο παροδικό άγχος, δηλαδή στο άγχος που μπορεί να χαρακτηρίζει το άτομο λόγω της παρούσας κατάστασης που βιώνει και η οποία γίνεται αντιληπτή από τις υποκειμενικές εκδηλώσεις ψυχικής έντασης και τις

αντιδράσεις του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Η δεύτερη υποκλίμακα (Trait Anxiety) αναφέρεται στο άγχος που βιώνει το άτομο ως μόνιμη κατάσταση ή στην "ετοιμότητα" του ατόμου να εκδηλώνει άγχος, όταν αντιμετωπίζει απειλητικές καταστάσεις, και το οποίο αποτελεί χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς του. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αποτελείται από 40 θέματα. Οι συμμετέχοντες δηλώνουν το βαθμό (καθόλου, κάπως, μέτρια και πάρα πολύ) στον οποίο τους χαρακτηρίζουν οι περιγραφές του κάθε θέματος. Τα πρώτα 20 θέματα αφορούν το πώς αισθάνεται κανείς τη στιγμή που απαντά στο ερωτηματολόγιο (το άγχος ως κατάσταση), ενώ τα υπόλοιπα 20 θέματα απαντώνται με βάση το πώς το άτομο αισθάνεται γενικά (άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας).

Υπάρχουν δύο υποκλίμακες: η State (παροδικό άγχος) (ερωτήσεις 1-20) και η Trait (μόνιμο άγχος) (ερωτήσεις 21-40). Οι συμμετέχοντες απαντούν στα θέματα βάσει μιας Κλίμακας τεσσάρων διαβαθμίσεων (από το 1 έως το 4). Οι ερωτήσεις 1,2,5,8,10,11,15,16,20,21,26,27,33,36 και 39 βαθμολογούνται αντίστροφα (4=1), (3=2), (2=3), (1=4). Η βαθμολόγηση γίνεται με την άθροιση όλων των ερωτήσεων. Το εύρος των τιμών της κάθε υποκλίμακας είναι από 20 έως 80. Η μέση τιμή για την πρώτη υποκλίμακα στον Ελληνικό πληθυσμό είναι 43,21, για τη δεύτερη υποκλίμακα 42,79 και για τη συνολική κλίμακα 86,01. Οι μέσοι όροι που αναφέρονται και χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη προέρχονται από τη δεύτερη στάθμιση της κλίμακας (Αναγνωστοπούλου 2002), η οποία παρουσιάζει μικρότερη χρονική απόσταση από τον καιρό διεξαγωγής της παρούσας μελέτης. Κάτι τέτοιο κρίθηκε αναγκαίο, δεδομένων των ταχύτατων ρυθμών αύξησης του άγχους κατά τα τελευταία χρόνια στον φυσιολογικό πληθυσμό. Το ερωτηματολόγιο έχει ήδη προσαρμοστεί στον Ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Λιάκος & Γιαννίση 1984, Αναγνωστοπούλου 2002).

1.5 Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης

Η αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα μας επαληθεύτηκε με τον υπολογισμό του α του Cronbach.

Ερωτηματολόγιο	Συντελεστής α του Cronbach
OAS	0,88
ESS	0,92
STAI	0,89

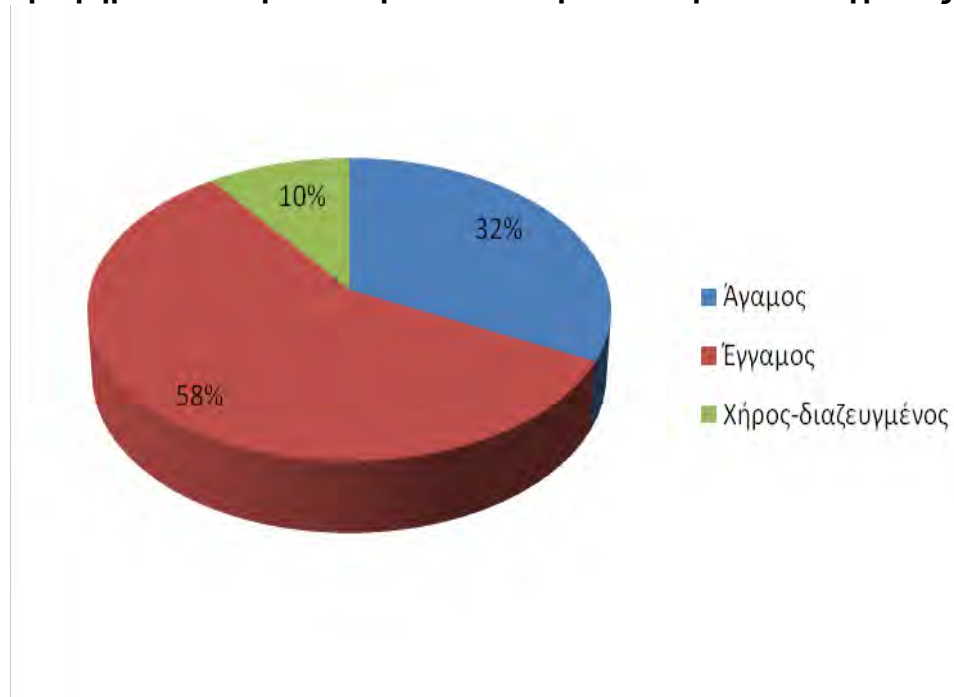
1.6 Αποτελέσματα

Περιγραφική στατιστική

Στην έρευνα συμμετείχαν 20 άντρες Ρομά ηλικίας $38,50 \pm 10,06$ ετών και 20 Γυναίκες ηλικίας $40,10 \pm 13,93$ ετών.

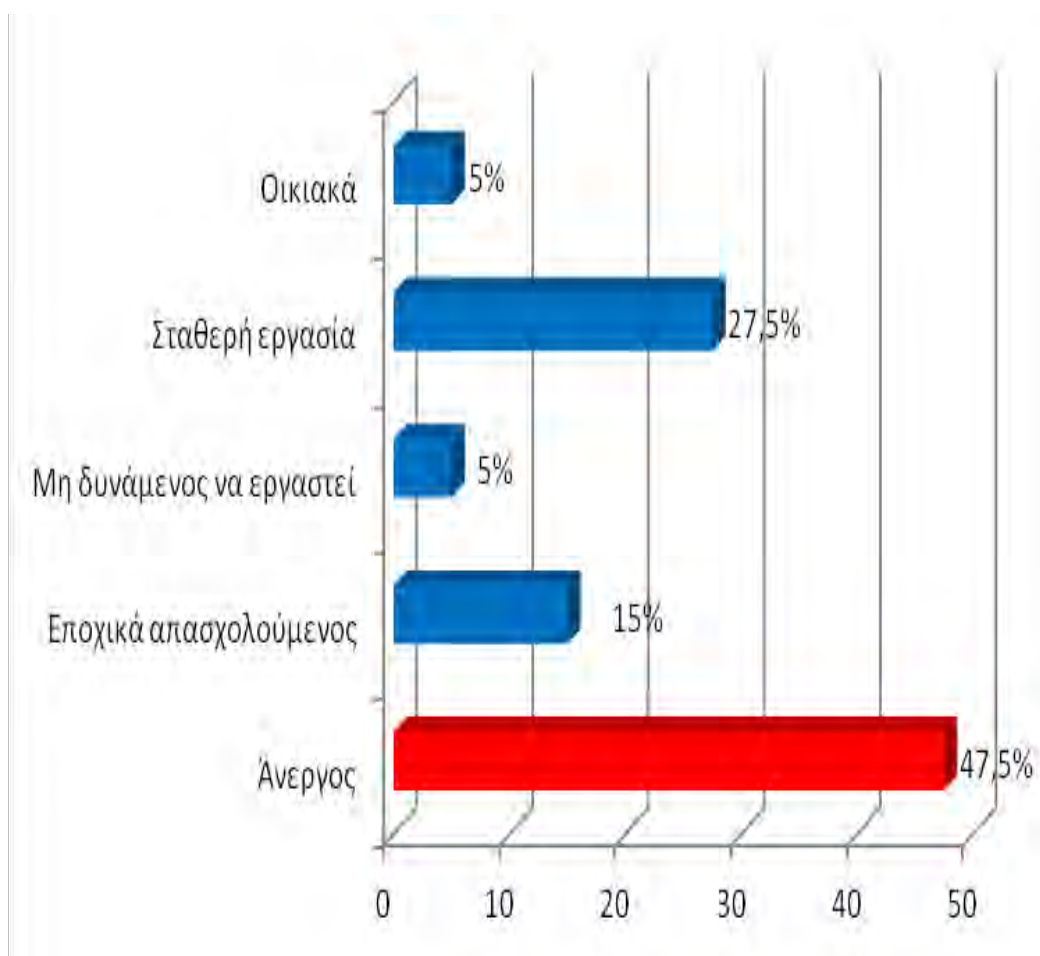
Άγαμοι ήταν 13 άτομα (32%), έγγαμοι 23(57,5%) και χήροι-διαζευγμένοι 4 (10%)-Γράφημα 1.

Γράφημα 1.Οικογενειακή κατάσταση των Ρομά του δείγματος



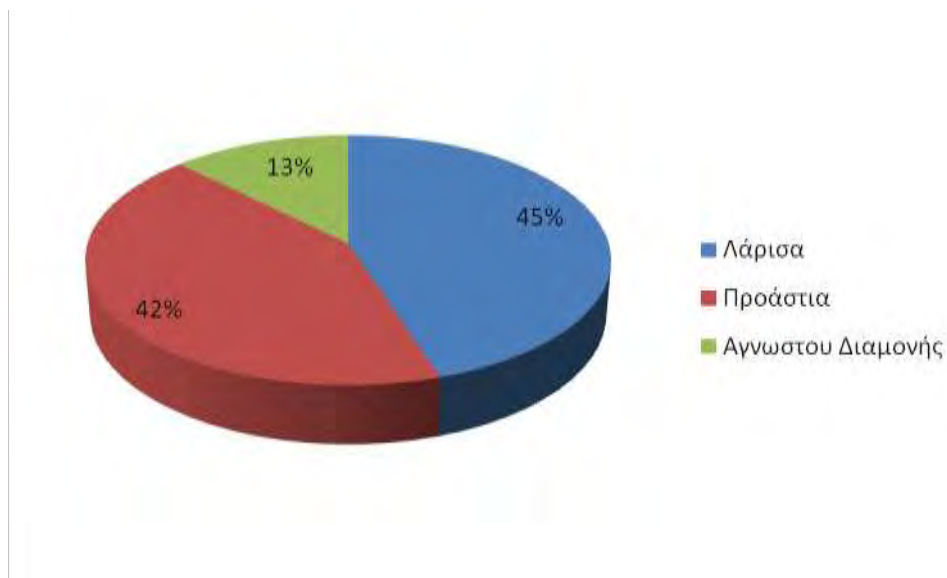
Σταθερή εργασία είχε το 27,5% των συμμετεχόντων (11 άτομα), ενώ εποχικά απασχολούμενο ήταν το 15%(6 άτομα). Η ανεργία στο δείγμα της μελέτης ανερχόταν στο 47,5% (19 άτομα).

Γράφημα 2. Επαγγελματική κατάσταση του δείγματος των Ρομά



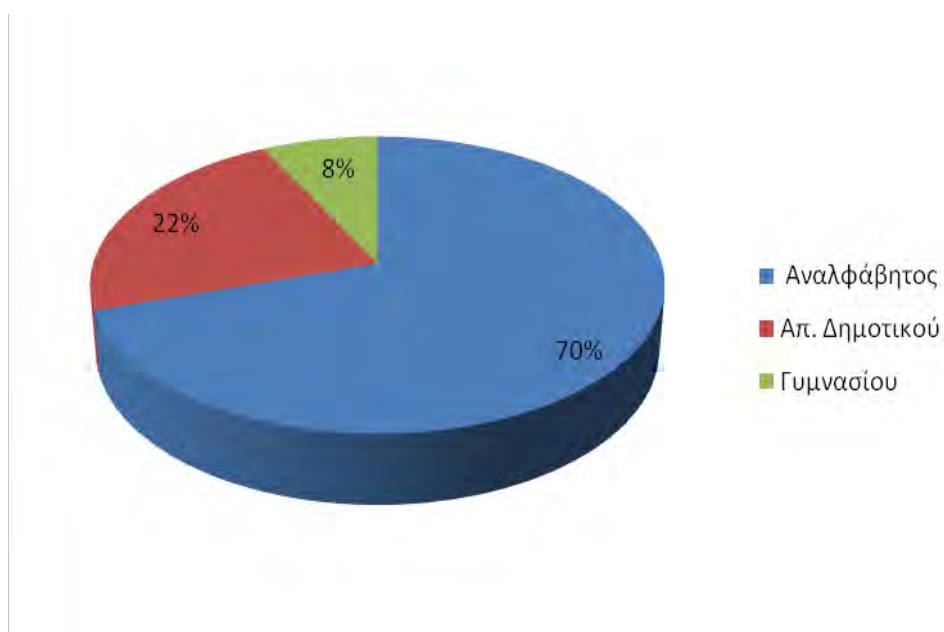
Το 45% του δείγματος (18 άτομα) διέμενε στην πόλη της Λάρισας, το 42% (17 άτομα) σε προάστιο της πόλης και το 13% (5 άτομα) ήταν άγνωστου διαμονής.

Γράφημα 3. Τόπος διαμονής του δείγματος των Ρομά



Η πλειονότητα ήταν αναλφάβητοι (28 άτομα, 70,0%), ενώ 9 άτομα ήταν απόφοιτοι Δημοτικού(22,5%). Τρία άτομα είχαν αποφοιτήσει από Γυμνάσιο(7,5%).

Γράφημα 4. Εκπαιδευτικό επίπεδο του δείγματος των Ρομά



Οι τιμές της συνολικής εσωτερικής ντροπής στο σύνολο του δείγματος ήταν $51,97 \pm 14,43$, ενώ των υποκλιμάκων ήταν ως εξής : Χαρακτηρολογική ντροπή $23,67 \pm 7,39$, συμπεριφορική ντροπή $19,20 \pm 5,16$ και σωματική ντροπή $9,10 \pm 3,53$ (πίνακας 1). Οι τιμές της συνολικής εξωτερικής ντροπής στο σύνολο του δείγματος ήταν $29,87 \pm 12,44$, ενώ των υποκλιμάκων ήταν ως εξής : Αίσθημα κατωτερότητας $11,55 \pm 6,22$, αίσθημα κενού $6,35 \pm 3,71$ και αντίληψη λαθών $11,97 \pm 4,89$ (πίνακας 2). Οι τιμές του μόνιμου άγχους στο σύνολο του δείγματος ήταν $50,20 \pm 9,65$ και του παροδικού $55,40 \pm 12,85$ (πίνακας 3).

Πίνακας 1. Περιγραφική στατιστική για την κλίμακα της εσωτερικής ντροπής.

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Χαρακτηρολογική ντροπή	40	12,00	44,00	23,67	7,39
Συμπεριφορική ντροπή	40	9,00	33,00	19,20	5,16
Σωματική ντροπή	40	5,00	19,00	9,10	3,53
Συνολική εσωτερική ντροπή	40	29,00	91,00	51,97	14,43

Πίνακας 2. Περιγραφική στατιστική για την κλίμακα της εξωτερικής ντροπής.

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Αίσθημα κατωτερότητας	40	,00	28,00	11,55	6,21
Αίσθημα κενού	40	,00	16,00	6,35	3,71
« Αντίληψη λαθών»	40	2,00	24,00	11,97	4,89
Συνολική εξωτερική ντροπή	40	6,00	66,00	29,87	12,44

Πίνακας 3. Περιγραφική στατιστική για την κλίμακα STAI

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Μόνιμο άγχος	40	30,00	70,00	50,20	9,65
Παροδικό άγχος	40	20,00	78,00	55,40	12,85

1.7 Επαγωγική στατιστική

Δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά στο βίωμα της ντροπής ανά ηλικιακή ομάδα (πίνακας 1)

Δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά στο παροδικό και μόνιμο άγχος ανά ηλικιακή ομάδα (πίνακας 2)

Πίνακας 1. Το βίωμα της ντροπής (εσωτερική ντροπή) ανά ηλικιακή ομάδα

	Ηλικία	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p
Χαρακτηρολογική ντροπή	≤38	22	23,2273	7,10420	0,678
	>38	18	24,2222	7,90797	
Συμπεριφορική ντροπή	≤38	22	19,2727	4,92981	0,923
	>38	18	19,1111	5,58242	
Σωματική ντροπή	≤38	22	8,7273	2,86492	0,468
	>38	18	9,5556	4,25955	
Συνολική εσωτερική ντροπή	≤38	22	51,2273	12,93917	0,722
	>38	18	52,8889	16,40979	
t-test					

Πίνακας 2. Παροδικό και μόνιμο άγχος ανά ηλικιακή ομάδα

	Ηλικία	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	ρ
Μόνιμο άγχος	≤38	22	49,5455	8,67249	0,641
	>38	18	51,0000	10,93295	
Παροδικό άγχος	≤38	22	52,5909	12,62522	0,128
	>38	18	58,8333	12,63632	
t-test					

Σχετικά με την εξωτερική ντροπή, στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε σε σχέση με την ηλικία στην υποκλίμακα « αντίληψη λαθών» και στο σύνολο της εξωτερικής ντροπής, με τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας (άνω των 38) να συγκεντρώνουν υψηλότερη μέση βαθμολογία από εκείνες ηλικίας ≤38 ετών (14,11 έναντι 10,22 για την «αντίληψη λαθών» και 33,94 έναντι 26,54 για το σύνολο της εξωτερικής ντροπής σε επίπεδο σημαντικότητας $p=0,011$ και $p=0,061$ αντίστοιχα)(πίνακας 3).

Πίνακας 3. Εξωτερική ντροπή ανά ηλικιακή ομάδα

	Ηλικία	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	ρ
Αίσθημα κατωτερότητας	≤38	22	10,2727	5,42641	0,153
	>38	18	13,1111	6,90174	
Αίσθημα κενού	≤38	22	6,0455	3,47066	0,574
	>38	18	6,7222	4,07006	
«Αντίληψη λαθών»	≤38	22	10,2273	4,50325	0,011
	>38	18	14,1111	4,58756	
Σύνολο εξωτερικής ντροπής	≤38	22	26,5455	10,22475	0,061
	>38	18	33,9444	13,94726	
t-test					

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά στην εξωτερική ντροπή σε σχέση με το φύλο (πίνακας 4).

Πίνακας 4. Εξωτερική ντροπή και φύλο

	ΦΥΛΟ	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	ρ
Αίσθημα κατωτερότητας	ΑΝΔΡΑΣ	20	10,55	5,91	0,315
	ΓΥΝΑΙΚΑ	20	12,55	6,50	
Αίσθημα κενού	ΑΝΔΡΑΣ	20	5,60	3,18	0,207
	ΓΥΝΑΙΚΑ	20	7,10	4,12	
«Αντίληψη λαθών»	ΑΝΔΡΑΣ	20	12,50	4,00	0,505
	ΓΥΝΑΙΚΑ	20	11,45	5,69	
Σύνολο εξωτερικής ντροπής	ΑΝΔΡΑΣ	20	28,65	9,78	0,541
	ΓΥΝΑΙΚΑ	20	31,10	14,80	
t-test					

Οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα σωματικής ντροπής με στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τους άνδρες (μέση τιμή 10,45 έναντι 7,75 των ανδρών, $p=0,014$)-πίνακας 5. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στην κλίμακα του άγχους.

Πίνακας 5. Εσωτερική ντροπή και φύλο

	ΦΥΛΟ	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	ρ
Χαρακτηρολογική ντροπή	ΑΝΔΡΑΣ	20	21,85	5,76	0,120
	ΓΥΝΑΙΚΑ	20	25,50	8,48	
Συμπεριφορική ντροπή	ΑΝΔΡΑΣ	20	18,40	4,56	0,334
	ΓΥΝΑΙΚΑ	20	20,00	5,70	
Σωματική ντροπή	ΑΝΔΡΑΣ	20	7,75	2,26	0,014
	ΓΥΝΑΙΚΑ	20	10,45	4,08	
Συνολική εσωτερική ντροπή	ΑΝΔΡΑΣ	20	48,00	10,73	0,081
	ΓΥΝΑΙΚΑ	20	55,95	16,70	
t-test					

Πίνακας 6. Άγχος και φύλο

	ΦΥΛΟ	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	ρ
Μόνιμο άγχος	ΑΝΔΡΑΣ	20	48,30	10,06	0,217
	ΓΥΝΑΙΚΑ	20	52,10	9,06	
Παροδικό άγχος	ΑΝΔΡΑΣ	20	54,55	13,93	0,682
	ΓΥΝΑΙΚΑ	20	56,25	11,98	
t-test					

Δεν διαπιστώθηκε διαφορά στην εσωτερική ή την εξωτερική ντροπή σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση. Το ίδιο συνέβη και στην κλίμακα STAI.

Πίνακας 7. Ανάλυση διακύμανσης για την εσωτερική ντροπή και την οικογενειακή κατάσταση

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Χαρακτηρολογική ντροπή	Between Groups	104,417	2	52,209	,952	0,395
	Within Groups	2028,358	37	54,820		
	Total	2132,775	39			
Συμπεριφορική ντροπή	Between Groups	11,001	2	5,501	0,198	0,821
	Within Groups	1029,399	37	27,822		
	Total	1040,400	39			
Σωματική ντροπή	Between Groups	39,967	2	19,984	1,652	0,206
	Within Groups	447,633	37	12,098		
	Total	487,600	39			
Συνολική εσωτερική ντροπή	Between Groups	368,527	2	184,263	0,879	0,424
	Within Groups	7752,448	37	209,526		
	Total	8120,975	39			

Πίνακας 8. Ανάλυση διακύμανσης για την εξωτερική ντροπή και την οικογενειακή κατάσταση

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Αίσθημα κατωτερότητας	Between Groups	75,933	2	37,966	,981	0,384
	Within Groups	1431,967	37	38,702		
	Total	1507,900	39			
Αίσθημα κενού	Between Groups	73,360	2	36,680	2,914	0,067
	Within Groups	465,740	37	12,588		
	Total	539,100	39			
«Αντίληψη λαθών»	Between Groups	21,496	2	10,748	,436	0,650
	Within Groups	911,479	37	24,635		
	Total	932,975	39			
Σύνολο εξωτερικής ντροπής	Between Groups	408,448	2	204,224	1,341	0,274
	Within Groups	5635,927	37	152,322		
	Total	6044,375	39			

Πίνακας 9. Ανάλυση διακύμανσης για το άγχος και την οικογενειακή κατάσταση

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Μόνιμο άγχος	Between Groups	274,660	2	137,330	1,513	0,234
	Within Groups	3357,740	37	90,750		
	Total	3632,400	39			
Παροδικό άγχος	Between Groups	476,005	2	238,002	1,475	0,242
	Within Groups	5971,595	37	161,394		
	Total	6447,600	39			

Σε όλες τις υποκλίμακες της εσωτερικής ντροπής, οι άνεργοι είχαν υψηλότερη τιμή έναντι των εργαζομένων, ανεξάρτητα αν οι τελευταίοι εργάζονταν εποχικά ή είχαν σταθερή εργασία, καθώς όλοι οι εργαζόμενοι ενσωματώθηκαν σε μία ομάδα συγκεκριμένα στη χαρακτηριστική ντροπή οι άνεργοι συγκέντρωσαν βαθμολογία $24,79 \pm 8,18$ έναντι $20,72 \pm 3,55$ των εργαζομένων ($p=0,035$), στη συμπεριφορική ντροπή $20,10 \pm 5,47$ έναντι $16,81 \pm 3,40$ ($p=0,030$), στη σωματική ντροπή $9,82 \pm 3,76$ έναντι $7,18 \pm 1,88$ ($p=0,006$) και στη συνολική εσωτερική ντροπή $54,72 \pm 15,74$ έναντι $44,72 \pm 6,21$ ($p=0,007$). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στις κλίμακες του άγχους και της εξωτερικής ντροπής.

Πίνακας 10. Εσωτερική ντροπή και εργασία

	Εργασία	N	Μέση τιμή		p
Χαρακτηρολογική ντροπή	Άνεργος	29	24,79	8,18	0,035
	Εργαζόμενος	11	20,72	3,55	
Συμπεριφορική ντροπή	Άνεργος	29	20,10	5,47	0,030
	Εργαζόμενος	11	16,81	3,40	
Σωματική ντροπή	Άνεργος	29	9,82	3,76	0,006
	Εργαζόμενος	11	7,18	1,88	
Συνολική εσωτερική ντροπή	Άνεργος	29	54,72	15,74	0,007
	Εργαζόμενος	11	44,72	6,21	

Πίνακας 11. Εξωτερική ντροπή και εργασία

	Εργασία	N	Mean	Std. Deviation	p
Αίσθημα κατωτερότητας	Άνεργος	29	11,51	6,92	0,958
	Εργαζόμενος	11	11,63	4,05	
Αίσθημα κενού	Άνεργος	29	6,62	3,82	0,462
	Εργαζόμενος	11	5,63	3,50	
«Αντίληψη λαθών»	Άνεργος	29	11,65	5,40	0,509
	Εργαζόμενος	11	12,81	3,25	
Σύνολο εξωτερικής ντροπής	Άνεργος	29	29,79	14,23	0,947
	Εργαζόμενος	11	30,09	6,07	

Πίνακας 12. Κλίμακα STAI και εργασία

	Εργασία	N	Mean	Std. Deviation	p
Μόνιμο άγχος	Άνεργος	29	51,62	9,27	0,132
	Εργαζόμενος	11	46,45	10,05	
Παροδικό άγχος	Άνεργος	29	56,75	13,85	0,284
	Εργαζόμενος	11	51,81	9,36	

1.8 Συζήτηση

Μέσα από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης φαίνεται μια σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση που υφίσταται ο μειονοτικός πληθυσμός των Ρομά, σε μια ιδιαίτερα δυσμενή κοινωνική και οικονομική συγκυρία και επιβεβαιώνουν τις τρεις ερευνητικές υποθέσεις που τέθηκαν αρχικά. Παράλληλα, τα αποτελέσματα στην κλίμακα της ντροπής σε σχέση με το επάγγελμα υποδηλώνουν τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνουν οι Ρομά που είναι άνεργοι ή υποαπασχολούμενοι. Ο κοινωνικός παράγοντας που προκαλεί ντροπή είναι αυτό που *Heller (2003)* αποκαλεί «το μάτι του άλλου». Συχνά εσωτερικεύεται, με αποτέλεσμα να συνοδεύει τα άτομα ακόμη και όταν είναι μόνοι. Οι άνθρωποι συνήθως προσπαθούν να αποφύγουν οτιδήποτε που θα μπορούσε ενδεχομένως να οδηγήσει σε απόρριψή τους από άλλους (**Gilbert, 2003**). Ειδικά στους Ρομά, όπου προέχουν οι συλλογικές ανάγκες, οι στόχοι που θέτουν τα άτομα ιεραρχούνται ανάλογα με τις ανάγκες της ομάδας όπου ανήκουν, άρα η αποτυχία σε αυτούς και η ακόλουθη ντροπή εξαρτάται και από την ιεράρχηση των ιδιαίτερων αναγκών και προτεραιοτήτων που θέτει η ομάδα. Σε ένα κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο όπου απειλείται η επιβίωση της ομάδας, καθώς κινδυνεύει να στερηθεί και τα βασικά αγαθά, πιθανόν το συναίσθημα της ντροπής γιγαντώνεται και εσωτερικεύεται περισσότερο.

Αναφορικά με το άγχος, η μέση τιμή στην κλίμακα του παροδικού άγχους ήταν 55,40 και το μόνιμου 50,20, όταν οι αντίστοιχες μέσες τιμές για τον ελληνικό πληθυσμό είναι 43,21 και 42,79, ενώ στην κλίμακα εξωτερικής ντροπής η μέση τιμή ήταν 29,87 και στην εσωτερική 51,97, σημαντικά υψηλότερα των τιμών που αναφέρονται διεθνώς (**Cheung 2004**).

Η επιβάρυνση των γυναικών ερμηνεύεται πιθανότατα λόγω της θέσης τους στην κοινωνία των Ρομά. Οι γυναίκες στην κοινωνία των Roma είναι περισσότερο ευάλωτες στον κοινωνικό αποκλεισμό, επειδή είναι περισσότερο εκτεθειμένες στη «μόλυνση». Αυτό συμβαίνει γιατί το κάτω μέρος του σώματος αποτελεί αντικείμενο ντροπής επειδή σχετίζεται με την εμμηνόρροια που θεωρείται απόδειξη σωματικής ακαθαρσίας. Οι γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας είναι περισσότερο εκτεθειμένες, ενώ δε συμβαίνει το ίδιο με τις νεαρές κοπέλες και τις υπερηλικές (**Αναγνωστοπούλου 2002**). Στο δείγμα της έρευνας η μέση ηλικία ήταν 39 ± 12 έτη και στις γυναίκες $40,10 \pm 13,93$ έτη. Είναι πιθανό οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας στο δείγμα μας να βίωναν εντονότερο το αίσθημα της ντροπής, το οποίο μπορεί να επιτείνεται, όταν η θέση της οικογένειας λόγω ένδειας και άλλων προβλημάτων υποβαθμίζεται στην κοινωνική ιεραρχία των Ρομά. Επίσης γυναίκες Ρομά μεγαλύτερης ηλικίας είναι πιθανόν να τηρούν πιο αυστηρά τις παραδόσεις στο θέμα αυτό και να βιώνουν έντονα τη ντροπή. Επισημαίνεται ότι στη κοινωνία των Ρομά, ο πλούτος και η υγεία θεωρείται καλοτυχία, ενώ η φτώχεια είναι συνώνυμη της κακοδαιμονίας και στοχοποιεί κατά κάποιον τρόπο τους ασθενέστερους οικονομικά (The Patrion Web Journal, 2000). Το όποιο «στίγμα» αντανακλάται και βαραίνει όλα τα μέλη της οικογένειας (**Lewis, 1998**).

Θα πρέπει να αναφερθούν κάποιοι περιορισμοί, που δεν επιτρέπουν την εύκολη γενίκευση των αποτελεσμάτων, δεδομένης και της ετερογένειας που χαρακτηρίζει τον πληθυσμό των Ρομά. Το δείγμα της έρευνας προερχόταν από έναν και μόνο πληθυσμό Ρομά και ήταν μικρό σε αριθμό. Επίσης η μελέτη ήταν συγχρονική και δεν μελετήθηκε η προοπτική επίδραση των κοινωνικοοικονομικών

παραγόντων στο άγχος και την ντροπή, συνεπώς δεν μπορεί να στοιχειοθετηθεί σχέση αιτίου αποτελέσματος, αλλά τα ευρήματα χαρακτηρίζονται ενδεικτικά της ψυχικής δυσφορίας των Ρομά σε συγκεκριμένη συγκυρία. Μια ενδεχομένως προοπτική μελέτη σε μεγάλο και αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού αναμένεται να αποσαφηνίσει τους παράγοντες εκείνους που ευθύνονται για την ιδιαίτερα αυξημένη ψυχική επιβάρυνση των Ρομά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Προβληματισμοί προτάσεις

Η υγεία των πολιτών ορίζεται ως **κοινωνικό δικαίωμα** για όλους τους πολίτες της Ελλάδος και τελεί υπό την φροντίδα του κράτους, το οποίο οφείλει να λαμβάνει και να υλοποιεί όλα εκείνα τα μέτρα που κρίνονται αναγκαία για την προάσπιση της απρόσκοπτης άσκησής του από τους δικαιούχους. Πλήθος άλλων νομικών κειμένων συγκεκριμενοποιεί την προστασία αυτού του κοινωνικού δικαιώματος ανάλογα με τις ειδικές περιπτώσεις

Για την εξάλειψη των ανισοτήτων που υπάρχουν στον τομέα της υγείας μεταξύ των τσιγγάνων και του υπόλοιπου πληθυσμού καλό θα είναι να δημιουργηθεί σύμφωνα και με πρότυπα άλλων χωρών μια ομάδα μεσολαβητών υγείας. Η εμπλοκή της ομάδας αυτής έχει αποδειχθεί ότι είναι εντελώς απαραίτητη. Ένας μεσολαβητής για την υγεία, ορίζεται ένα άτομο που παρέχει τη σύνδεση μεταξύ των τσιγγάνων (άτομα / οικογένειες / κοινότητες) με τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. (**European Roma Rights Centre 2006**).

Συγκεκριμένα, ο μεσολαβητής για την υγεία βελτιώνει την υγεία της κοινότητας μέσω: i) διαμεσολάβησης μεταξύ των τσιγγάνων ασθενών και γιατρών κατά τη διάρκεια των ιατρικών επισκέψεων, ii) την επικοινωνία με τις κοινότητες των τσιγγάνων για λογαριασμό του συστήματος δημόσιας υγείας, iii) την παροχή βασικής εκπαίδευσης για την υγεία, και, iv) να βοηθήσει τους Τσιγγάνους να αποκτήσουν ασφάλιση υγείας ή έγγραφα ταυτότητας απαραίτητα για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών (**Policy and program opportunities 2005**).

Είναι αναγκαίο ότι η κατάρτιση των επαγγελματιών αυτών θεωρείται απαραίτητη και κάθε πρωτοβουλία για την υγεία ή την πρόληψη θα πρέπει να βασίζεται σε στενή συνεργασία με τους τοπικούς διαμεσολαβητές για την υγεία (**Feder 1989**).

Μια επιπλέον παράμετρος αποτελεσματική για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας των τσιγγάνων μπορεί να επιτευχθεί μέσω ολοκληρωμένων προγραμμάτων, δεδομένου ότι ο συντονισμός μεταξύ του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και των άλλων τομέων, ιδιαίτερα της εκπαίδευσης, της στέγασης, της απασχόλησης και της καταπολέμησης των διακρίσεων θεωρείται ως βασική πρόκληση. (**Integrated Program for the social inclusion of Roma Greece 2009**).

Όσον αφορά, την γενική κατάσταση της υγείας των Τσιγγάνων έχει αποδειχθεί ότι είναι πιο επιτυχής όταν υπάρχει συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και κοινωνικών λειτουργών και όταν, ως ομάδα, επισκέπτονται τις κοινότητες των τσιγγάνων. Για παράδειγμα, τα πιο επιτυχημένα προγράμματα υγείας στην Ισπανία περιλαμβάνουν και γιατρούς και άλλους

επαγγελματίες υγείας οι οποίοι φυσικά επισκέπτονται τους τσιγγάνους στις γειτονιές, έτσι ώστε να διεξάγουν εκστρατείες εμβολιασμού και διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα για την υγεία.

Οι υγιεινολογικοί παράγοντες που επιδρούν στην υγεία ενός ανθρώπου είναι μια διαρκής κατάσταση της καθημερινότητάς και είναι αυτοί που διατηρούν ή διαταράσσουν την υγεία : ο αέρας, το νερό, η διατροφή, η κοινωνική επαφή, η κατάσταση της κατοικίας των χώρων ή συνθηκών εργασίας, η αποχέτευση, η διαχείριση των απορριμμάτων, τα ήθη, τα έθιμα, ο βαθμός επίγνωσης των αναγκών, ο βαθμός γνώσης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας.

Η αρνητική επιβάρυνση των συνθηκών υγείας στους Τσιγγάνους είναι ιδιαίτερα έντονη λόγω του ιδιαίτερου τρόπου ζωής τους. Η εγγύηση και εξασφάλιση πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, με την υπέρβαση της άγνοιας, της καχυποψίας του θεσμικού τυπικού ή άτυπου ρατσισμού, της παθητικότητας, της άρνησης, είναι ο ορθός τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων των Τσιγγάνων. Η ένταξή τους στις θεσμικές δημόσιες λειτουργίες είναι μέρος της διαδικασίας κοινωνικής ένταξης (http://www.oikokoionia.gr/roma_special_thematic_health.asp?submenu_id=1 1/9/2012)

2.2 Δράσεις για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας των τσιγγάνων

Η ενεργοποίηση και εφαρμογή του συνόλου της Νομοθεσίας είναι επιβεβλημένη. Όμως άμεσα πρέπει να ενεργοποιηθούν και να συμβάλλουν στη βελτίωση της πρόσβασης των Τσιγγάνων στις υπηρεσίες Υγείας και Υγιεινής τρία βασικά βήματα για την επίλυση πολλών προβλημάτων που σχετίζονται με την υγεία:

το ατομικό βιβλιάριο υγείας
ο οικογενειακός γιατρός
ο οικογενειακός παιδίατρος

Επίσης οι δομές υποστήριξης κάθε είδους (Δημοτικά Συμβουλευτικά Κέντρα - Ιατροκοινωνικά Κέντρα - Κέντρα Υγείας - Νομαρχιακές Διευθύνσεις Υγείας), θα πρέπει να αναλάβουν επείγουσα δράση που να αποσκοπεί:

- Στην ενημέρωση σε θέματα πληθυσμιακής υγιεινής και κοινωνικής υγιεινής.
- Στην ενημέρωση και εκπαίδευση σε θέματα ατομικής υγιεινής.
- Στην ενημέρωση σε θέματα διατροφής και συντήρησης τροφίμων.
- Στην εκπαίδευση στην παροχή πρώτων βοηθειών.
- Στην ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού σε θέματα κύησης, τοκετού, λοχειάς περιποίηση νεογνών- βρεφών, οικογενειακού προγραμματισμού.

- Στην ενημέρωση και εκπαίδευση των παιδιών σε θέματα στοματικής υγείας.
- Στην ενημέρωση του πληθυσμού για τα δικαιώματά του στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και την ορθολογιστική χρήση των υπηρεσιών αυτών.

(http://www.oikokoinonia.gr/roma_special_thematic_health.asp?submenu_id=1 1/9/2012)

Να εφαρμοστεί ο νόμος 2519/1997 ο οποίος προβλέπει την εκπόνηση και εφαρμογή προγραμμάτων υγείας σε ομάδες του πληθυσμού με φυλετικές, κοινωνικές και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες που βρίσκονται σε κοινωνικό κίνδυνο

- Να εφαρμοστεί το νομοθετικό πλαίσιο για την αποκέντρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με έμφαση στις τοπικές μονάδες υγείας.
- Να πραγματοποιούνται τακτικές παρεμβάσεις Αγωγής Υγείας από ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες, ώστε να κινητοποιηθούν οι αθίγγανοι σε θέματα Δημόσιας Υγείας, κυρίως πρόληψης και μεταδιδόμενων νοσημάτων.
- Να πραγματοποιούνται τακτικοί έλεγχοι των εμβολιασμών από υπηρεσίες της τοπικής αυτοδιοίκησης και οι ελλείψεις να παραπέμπονται στο ΕΣΥ.
- Να πραγματοποιείται ενημέρωση των ΡΟΜΑ από τους αρμόδιους φορείς για τα δικαιώματά τους σχετικά με τα ασφαλιστικά ζητήματα που τους αφορούν.
- Να ενημερώνονται τα αρμόδια στελέχη των υπηρεσιών για τις αλλαγές στην ασφαλιστική νομοθεσία που απευθύνεται στους αθίγγανους. (www.praksis.gr 1/9/2012)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ελληνικές

1. Αγγελόπουλος Β Νικηφόρος (2009). Ιατρική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία. *Μια σύγχρονη ψυχιατρική*. Τόμος Α. σελ 104 – 105. Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
2. Αναγνωστοπούλου, Τ. (2002). Ερωτηματολόγιο άγχους του Spielberger. Σε Σταλίκας, Α. Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
3. Βορβολάκος Θεοφάνης (2006).. *Ψυχολογικοί παράγοντες και ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις των τσιγγάνων της θράκης*. Διδακτορική διατριβή.
4. Δημητρίου Μαρία Πολίτου Εύα (2008). *Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Γενική Γραμματεία Εκπαίδευσης Ενηλίκων. Ινστιτούτο Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων. Ειδικά προγράμματα/ Συμβουλευτική τσιγγάνων*. σελ: 4
5. Κουτσούκου Ι (1981). *Οι Αθίγγανοι, Ατσιγγανοι, Τσιγγάνοι, Γύφτοι. Εθνική Βιβλιοθήκη Αθηνών, Ιστορ. 2602, ΗΙ- Ηα,8,.*
6. Λιάκος, Α. Γιαννίτση, Σ(1984). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος*, 21, 71-76.
7. Λαμπριδής Μ(2004). *Όψεις της κοινωνικής αναπαράστασης για τους τσιγγάνους*.
8. Μελέτη του Ελληνικού Παρατηρητηρίου (2003): *Cleaning Operation, excluding Roma in Greece country report series No. 12* Απρίλιος
9. Νικολάου Α, Μανωλάκου Κ, Καψάλη Ε, Σερέτη Ε, Λιώση Β, Χαϊδός Α, Παπανδρέου Φ. (1995) . *Η ηπατίτιδα μείζον πρόβλημα στους Αθίγγανους της Αττικής*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 12(2), σελ: 138-141
10. Υπουργείο εργασίας και Κοινωνικών ασφαλίσεων (2000). Πανελλαδικό διαδημοτικό δίκτυο για την υποστήριξη των Ελλήνων τσιγγάνων. *Πανελλαδική απογραφική μελέτη διερεύνησης κοινωνικών, οικιστικών συνθηκών και αναγκών των Ελλήνων τσιγγάνων πολιτών*.
11. Παραλίκας Θ, Βάλαρη Χ (2005).. *Τσιγγάνοι: Πολιτισμός και υγεία. Νοσηλευτική*. 44(1) σελ 79.
12. Πατιστέα Ε Μακροδημήτρη Π. Τσιγγάνες (2000). Υγειονομικές συμπεριφορές και προσδιοριστικοί παράγοντες. *Νοσηλευτική* 1. σελ 90
13. Τερζοπούλου Μ (1995).. *Εφημερίδα η "Καθημερινή" Ένθετο περιοδικό « Επτά Ημέρες»:* Άρθρο: « Οι Έλληνες Ρομ – Τσιγγάνοι».
14. Τσάφου, Μ (2007). "Οι δυσκολίες πρόσβασης των Ρομά στις υπηρεσίες Υγείας και Πρόνοιας", *6η Εθνική Στρογγυλή Τράπεζα: «Προβλήματα διακρίσεων στους τομείς της αγοράς εργασίας και της πρόσβασης στην Υγεία και την Κοινωνική Πρόνοια*.

Ξενόγλωσσες

1. Anroutsopoulou C, Livaditis M, Xenitidis X, Trypsianis G, Samakouri M, Pastelmatxi A, Tsavaras N (2002) .Psychological problems in Christian and Moslem primary care patients in Greece. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 32(2) p 285-294
2. Carrie Vivian, Dundes Lauren (2004) The crossroads of culture and health among the Roma (Gypsies).. *Journal of nursing scholarship* 36:1, 86-91.
3. European Roma Rights Centre (2006).. Ambulance not on the way: the disgrace of health care for Roma in Europe.
4. Cheung, M.S.-P., Gilbert P. & Irons, C (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual Differences*, 36, pp.1143–1153
5. Cobum E, Pope Cr (1986). Socioeconomic status and preventive health behavior. *Journal of health and Social Behavior* 15: 67-77
6. Feder G (1989).. Traveler gypsies and primary care.J R Coll Gen Prac 39(327): 425-9
7. Gilbert, P. & Andrews, B (1998). Shame Interpersonal Behavior: *Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press.
8. Gilbert, P. & McGuire, M.T. (1998). Shame, Status, and Social Roles; *Psychobiology and Evolution*. Στο: Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, pp.99- 125.
9. Gilbert, P., (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, pp. 174- 189.
10. Gilbert, P., (2003). Evolution, Social Roles, and the Differences in Shame and Guilt. *Social Research*, 70, pp.1205- 1230.
11. Heller, A. (2003). Five approaches to the phenomenon of shame. *Social Research*, vol 70, p. 1016- 1030.
12. Higginbotham N, Connor L (1989). Professional ideology and the construction of western psychiatry in Southeast Asia. *International Journal of Health.Serr*: 19(1): 63-78
13. Lewis, M. (1998). Shame and Stigma. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 126- 140.
14. Liegeois Jean – Pierre (1999). *Roma/ Ρομά- Τσιγγάνοι ταξιδευτές: Οι τσιγγάνοι της Ευρώπης*: . Εκδόσεις Καστανιώτη.
15. Marti Casals, Pilar Pila, Klaus Langohr ,Juan-Pablo Millet, Joan A. Cayla and the Roma Population Working Group(2011). *European Journal of public Health* 1,6
16. Nation U (1965). International Convention on the Elimination of All forms of Racial Discrimination.

17. Nies A Mary., Ewen Mc Melanie (2001). *Κοινωνική Νοσηλευτική. Προάγοντας την Υγεία των Πληθυσμών*. Τόμος Ι. Κεφάλαιο 1 σελ: 5. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
18. Petraki I (2012). Health status of Roma people. National and Kapodistrian University of Athens. School of Medicine. Master course.
19. Program OSI- NPH (2005). Mediating Romani Health. Policy and program opportunities
20. *Report HC* (2009). Integrated Program for the social inclusion of Roma, Greece
21. Stanwyck DJ (1988). Self- esteem through the life span. *Family and Community health* 6: 11-28

Διαδίκτυο

- 1.http://dikadi-rom.gr/assest/meletes/meleti_1.pdg
- 2.http://www.oikokoinonia.gr/roma_special_thematic_health.asp?submenu_id=1 1/9/2012
- 3.The Patrín Web Journal (13/03/2000). Romani Customs and Traditions: Roma Beliefs
- 4.www.praksis.gr 1/9/2012

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τις σχέσεις μας με την κοινότητα, τους συγγενείς και τον εαυτό μας. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αυτούς τους παράγοντες και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώστε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.**

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2010	ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / / 19.....	ΦΥΛΟ:
ΑΝΔΡΑΣ <input type="checkbox"/>		
ΓΥΝΑΙΚΑ <input type="checkbox"/>		
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:	ΑΓΑΜΟΣ/Η <input type="checkbox"/>	ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ
_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ <input type="checkbox"/>	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η <input type="checkbox"/>	ΠΟΛΗ <150.000
ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ <input type="checkbox"/>	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η <input type="checkbox"/>	ΠΟΛΗ >150.000
	ΧΗΡΟΣ/Α <input type="checkbox"/>	
	ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ <input type="checkbox"/>	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ <input type="checkbox"/>	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:
ΑΝΕΡΓΟΣ _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ _____ <input type="checkbox"/>	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟ <input type="checkbox"/>	ΕΠΟΧΙΚΑ
ΕΡΓΑΣΤΕΙ _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ΜΗ ΔΥΝΑΜΕΝΟΣ ΝΑ
ΕΡΓΑΣΙΑ _____ <input type="checkbox"/>	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ <input type="checkbox"/>	
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ΣΤΑΘΕΡΗ
ΟΙΚΙΑΚΑ _____ <input type="checkbox"/>	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ:	ΧΡΙΣΤ. ΟΡΘΟΔΟΞΟΣ <input type="checkbox"/>	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ: _____ ΑΡΙΘΜΟΣ
ΑΔΕΛΦΩΝ: _____	<input type="checkbox"/>	
ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΜΟΥΣΟΥΛΜΑΝΟΣ _____ <input type="checkbox"/>	ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΧΟΛΕΙΟΥ: ΝΑΙ <input type="checkbox"/>
ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΑΘΕΟΣ _____ <input type="checkbox"/>	ΓΝΩΣΗ ΑΝΑΓΝΩΣΗΣ: ΝΑΙ <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	
	ΑΛΛΟ _____ <input type="checkbox"/>	ΓΝΩΣΗ ΓΡΑΦΗΣ: ΝΑΙ <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	
ΕΙΔΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:	ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ _____ <input type="checkbox"/>	ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΤΕΓΑΣΜΕΝΩΝ:
_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
_____ <input type="checkbox"/>	ΜΟΝΟΚΑΤΟΙΚΙΑ _____ <input type="checkbox"/>	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΩΜΑΤΙΩΝ:
ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΣΚΗΝΕΣ _____ <input type="checkbox"/>	ΥΠΑΡΞΗ ΜΠΑΝΙΟΥ: ΝΑΙ <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	
	ΑΛΛΟ _____ <input type="checkbox"/>	ΥΠΑΡΞΗ ΚΟΥΖΙΝΑΣ: ΝΑΙ <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	
ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:	ΙΔΙΟΚΤΗΤΗ _____ <input type="checkbox"/>	ΚΑΤΟΧΗ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:
ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<500 ΕΝΟΙΚΙΑΖΟΜΕΝΗ _____ **ΑΤΟΜΙΚΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ:** <200€
<1.000 ΦΙΛΟΞΕΝΙΑ _____ <800
ΑΛΛΟ _____

ΠΗΓΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ: ΕΡΓΑΣΙΑ _____ **ΑΣΦΑΛΙΣΗ:** ΝΑΙ ΟΧΙ
ΠΡΟΝΟΙΑ _____ **ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ:**
ΝΑΙ ΟΧΙ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΝΕΡΓΙΑΣ _____ **ΕΧΕΤΕ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΥΓΕΙΑΣ:**
ΝΑΙ ΟΧΙ ΕΠΑΙΤΕΙΑ _____ **ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΦΟΡΑ ΠΟΥ ΤΗ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΑΤΕ:**

ΕΙΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ _____ **ΕΙΔΟΣ ΓΙΑΤΡΟΥ:**
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ _____ **ΛΟΓΟΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ:**
 ΑΓΡΟΤΙΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ _____ **ΧΡΟΝΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ :** ΝΑΙ ΟΧΙ
ΑΛΛΟ _____ **ΑΝ ΝΑΙ, ΤΙ**
ΑΚΡΙΒΩΣ: _____

ΥΠΑΡΞΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ: ΝΑΙ ΟΧΙ **ΕΙΔΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ:** _____
ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΑΣΘΕΝΕΣ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ: **ΥΠΑΡΞΗ ΣΤΑΘΕΡΟΥ ΙΑΤΡΟΥ:**

ΕΧΕΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: ΝΑΙ ΟΧΙ **ΣΕ ΠΟΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ:** _____ **ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ:**

ΕΧΕΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΑΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ; ΝΑΙ ΟΧΙ **ΣΕ ΠΟΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ:** _____ **ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ:**

Ενδιαφερόμαστε για το πώς οι άνθρωποι θεωρούν ότι οι άλλοι τους βλέπουν. Ακολουθεί ένας κατάλογος δηλώσεων που περιγράφει τα συναισθήματα ή τις εμπειρίες σχετικά με το πώς μπορεί να νοιώθετε για το πώς σας βλέπουν οι άλλοι άνθρωποι. Διαβάστε κάθε δήλωση και βάλτε σε κύκλο τον αριθμό δεξιά που δείχνει τη συχνότητα με την οποία βρίσκεται τον εαυτό σας να νιώθει ή να βιώνει αυτό που περιγράφεται στη δήλωση.

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
1. Νιώθω ότι οι άλλοι με βλέπουν ως όχι αρκετά καλό.	0	1	2	3	4
2. Νομίζω ότι οι άλλοι με βλέπουν υποτιμητικά.	0	1	2	3	4
3. Οι άλλοι με ταπεινώνουν πολύ.	0	1	2	3	4
4. Νιώθω ανασφαλής σε σχέση με τη γνώμη των άλλων για μένα.	0	1	2	3	4
5. Οι άλλοι με βλέπουν σα να μην είμαι του ίδιου επιπέδου με εκείνους.	0	1	2	3	4
6. Οι άλλοι με βλέπουν σα μηδαμινό και ασήμαντο.	0	1	2	3	4
7. Οι άλλοι με βλέπουν σαν κάπως ελαττωματικό.	0	1	2	3	4
8. Οι άνθρωποι με βλέπουν ασήμαντο συγκριτικά με τους άλλους.	0	1	2	3	4
9. Οι άλλοι αναζητούν τα λάθη μου.	0	1	2	3	4
10. Οι άνθρωποι με βλέπουν σα να παλεύω για την τελειότητα, δίχως, όμως, να είμαι ικανός να φθάσω τα δικά μου σταθμά.	0	1	2	3	4
11. Νομίζω ότι οι άλλοι μπορούν να δουν τα μειονεκτήματά μου.	0	1	2	3	4
12. Οι άλλοι είναι επικριτικοί ή τιμωρητικοί, όταν κάνω ένα λάθος.	0	1	2	3	4
13. Οι άνθρωποι απομακρύνονται από εμένα, όταν κάνω λάθη.	0	1	2	3	4
14. Οι άλλοι πάντα θυμούνται τα λάθη μου.	0	1	2	3	4
15. Οι άλλοι με θεωρούν εύθραυστο.	0	1	2	3	4
16. Οι άλλοι με βλέπουν κενό και ανεκπλήρωτο.	0	1	2	3	4
17. Οι άλλοι νομίζουν ότι κάτι μου λείπει.	0	1	2	3	4
18. Οι άλλοι νομίζουν ότι έχω χάσει τον έλεγχο του σώματος και των συναισθημάτων μου.	0	1	2	3	4

STAI (Spielberger, 1970)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό: Λιάκος & Γιαννίτση, 1984)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, τις οποίες συχνά οι άνθρωποι χρησιμοποιούν, προκειμένου να περιγράψουν τον εαυτό τους.

Ενότητα 1: Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς που αντιστοιχεί στην απάντηση, η οποία θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο αυτή τη στιγμή.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΚΑΠΩΣ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
1. Αισθάνομαι ήρεμος/η.	1	2	3	4
2. Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
3. Νοιώθω μια εσωτερική ένταση.	1	2	3	4
4. Έχω αγωνία.	1	2	3	4
5. Αισθάνομαι άνετα.	1	2	3	4
6. Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.	1	2	3	4
7. Ανησυχώ για ενδεχόμενες ατυχίες.	1	2	3	4
8. Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
9. Αισθάνομαι άγχος.	1	2	3	4
10. Αισθάνομαι βολικά.	1	2	3	4
11. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
12. Αισθάνομαι νευρικότητα.	1	2	3	4
13. Αισθάνομαι ήσυχος/η.	1	2	3	4
14. Βρίσκομαι σε διέγερση.	1	2	3	4
15. Είμαι χαλαρωμένος/η.	1	2	3	4
16. Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
17. Ανησυχώ	1	2	3	4
18. Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή	1	2	3	4
19. Αισθάνομαι υπερένταση	1	2	3	4
20. Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

Ενότητα 2: Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς που αντιστοιχεί στην απάντηση, η οποία θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο γενικά στη ζωή σας.

	ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
21. Αισθάνομαι ευχάριστα.	1	2	3	4
22. Κουράζομαι εύκολα.	1	2	3	4
23. Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.	1	2	3	4
24. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχημένος/η όσο φαίνεται να είναι οι άλλοι.	1	2	3	4
25. Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δε μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.	1	2	3	4
26. Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
27. Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η και συγκεντρωμένος/η.	1	2	3	4
28. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται και δε μπορώ να τις ξεπεράσω.	1	2	3	4
29. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	1	2	3	4
30. Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.	1	2	3	4
31. Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα.	1	2	3	4
32. Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
33. Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
34. Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή μιας δυσκολίας.	1	2	3	4
35. Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.	1	2	3	4
36. Είμαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
37. Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί.	1	2	3	4
38. Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δε μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.	1	2	3	4
39. Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.	1	2	3	4
40. Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης, όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες δυσκολίες και τα ενδιαφέροντά μου.	1	2	3	4

Experience of Shame Scale (ESS)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Όλοι, κατά περιόδους, μπορεί να έρθουν σε δύσκολη θέση, να νιώσουν συνεσταλμένοι ή να ντροπιαστούν. Αυτές οι ερωτήσεις αφορούν τέτοια συναισθήματα, εάν έχουν εμφανιστεί **οποιαδήποτε στιγμή στο προηγούμενο έτος**. Δεν υπάρχει καμία «σωστή» ή «λανθασμένη» απάντηση. Παρακαλούμε, διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΣΥΓΚΡΑΤΗΜΕΝΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
1. Έχετε νιώσει ντροπή για κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
2. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
3. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
4. Έχετε νιώσει ντροπή για τη συμπεριφορά σας απέναντι στους άλλους;	1	2	3	4
5. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τη συμπεριφορά σας απέναντί τους;	1	2	3	4
6. Έχετε αποφύγει ποτέ ανθρώπους εξαιτίας της συμπεριφοράς σας;	1	2	3	4
7. Έχετε νιώσει ντροπή για αυτό που είστε;	1	2	3	4
8. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτό που είστε;	1	2	3	4
9. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε από τους άλλους αυτό που είστε;	1	2	3	4
10. Έχετε νιώσει ντροπή για τις ικανότητές σας;	1	2	3	4
11. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις ικανότητές σας;	1	2	3	4
12. Έχετε αποφύγει ανθρώπους, εξαιτίας της αδυναμίας σας να κάνετε κάποια πράγματα;	1	2	3	4
13. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν κάνετε κάτι λάθος;	1	2	3	4
14. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για εσάς, όταν κάνετε κάτι λάθος;	1	2	3	4
15. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε πράγματα, τα οποία ντρέπεστε που έχετε κάνει;	1	2	3	4
16. Έχετε νιώσει ντροπή για κάτι ανόητο που είπατε;	1	2	3	4
17. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι για εσάς, όταν είπατε κάτι ανόητο;	1	2	3	4
18. Έχετε αποφύγει την επαφή με οποιονδήποτε γνώριζε ότι είπατε κάτι ανόητο;	1	2	3	4
19. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν αποτύχατε σε κάτι που ήταν σημαντικό για εσάς;	1	2	3	4
20. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι, όταν αποτύχατε;	1	2	3	4
21. Έχετε αποφύγει ανθρώπους που σας είδαν να αποτυχαίνετε;	1	2	3	4
22. Έχετε νιώσει ντροπή για το σώμα σας ή κάποιο σημείο του;	1	2	3	4

23. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για την εμφάνισή σας;	1	2	3	4
24. Έχετε αποφύγει να κοιτάξετε τον εαυτό σας στον καθρέπτη;	1	2	3	4
25. Έχετε την επιθυμία να κρύψετε ή να συγκαλύψετε το σώμα σας ή κάποιο σημείο του σώματός σας;	1	2	3	4