



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ, ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΔΙΑΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΗΝ
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΥΤΩΝ ΣΤΗΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Νουράϊ Οσμάνογλου

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Γκούβα Μαίρη, Επιβλέπων Καθηγητής
Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής
Κοτρώτσιου Στυλιανή, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, Μάιος 2018



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**INTERACTION OF PSYCHOLOGICAL, INTERCULTURAL AND
INTERRELIGIOUS CHARACTERISTICS WITH THE QUALITY OF LIFE
AND THEIR EFFECT ON PRIMARY HEALTH CARE**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	9
1.1 Η έννοια της ποιότητας ζωής και σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής	9
1.1.1 Δείκτες ποιότητας ζωής.....	10
1.2 Διασύνδεση ψυχολογικών χαρακτηριστικών με την ποιότητα ζωής της υγείας	12
1.3 Ποιότητα ζωής και εθνικές μειονότητες	12
1.4 Διαπολιτισμικότητα - θρησκευτικότητα και ποιότητα ζωής.....	14
1.5 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και μειονότητες.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	18
2.1 Εργαλεία μέτρησης.....	18
2.2 Σκοπός της έρευνας	18
2.3 Δείγμα.....	18
2.4 Περιγραφική ανάλυση	19
2.5 Επαγωγική ανάλυση.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	40
3.1 Συζήτηση	40
3.2 Περιορισμοί έρευνας και προτάσεις	41
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	43

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 ΕΛΑΧΙΣΤΗ, ΜΕΓΙΣΤΗ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ	19
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 ΕΛΑΧΙΣΤΗ, ΜΕΓΙΣΤΗ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΠΑΙΔΙΩΝ	19
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 ΕΛΑΧΙΣΤΗ, ΜΕΓΙΣΤΗ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΑΔΕΡΦΩΝ	19
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	20
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	21
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	22
ΠΙΝΑΚΑΣ 7 ΕΛΑΧΙΣΤΗ, ΜΕΓΙΣΤΗ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΤΩΝ SCORE ΤΟΥ HFS	23
ΠΙΝΑΚΑΣ 8 ΕΛΑΧΙΣΤΗ, ΜΕΓΙΣΤΗ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΤΩΝ SCORE ΤΟΥ SCL	24
ΠΙΝΑΚΑΣ 9 ΕΛΑΧΙΣΤΗ, ΜΕΓΙΣΤΗ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΤΩΝ SCORE ΤΟΥ ELS	25
ΠΙΝΑΚΑΣ 10 ΕΛΑΧΙΣΤΗ, ΜΕΓΙΣΤΗ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΤΩΝ SCORE ΤΟΥ CONNOR.....	25
ΠΙΝΑΚΑΣ 11 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ F-TEST ΓΙΑ ΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ.....	26
ΠΙΝΑΚΑΣ 12 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ F-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	27
ΠΙΝΑΚΑΣ 13 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ F-TEST ΓΙΑ ΤΟ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ.....	28
ΠΙΝΑΚΑΣ 14 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST	28
ΠΙΝΑΚΑΣ 15 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ F-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΗΓΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ.....	29
ΠΙΝΑΚΑΣ 16 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST	29
ΠΙΝΑΚΑΣ 17 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST	30
ΠΙΝΑΚΑΣ 18 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST	31
ΠΙΝΑΚΑΣ 19 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ F-TEST ΓΙΑ ΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ.....	32
ΠΙΝΑΚΑΣ 20 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ F-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	33
ΠΙΝΑΚΑΣ 21 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ F-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	34
ΠΙΝΑΚΑΣ 22 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ F-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	35
ΠΙΝΑΚΑΣ 23 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST	36
ΠΙΝΑΚΑΣ 24 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST	37
ΠΙΝΑΚΑΣ 25 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST	39

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ποιότητα ζωής μπορεί να οριστεί με την περιγραφή των ατομικών χαρακτηριστικών και των κοινωνικών συνθηκών της ζωής που θεωρούνται απαραίτητες για τη λειτουργική ανάπτυξη του ατόμου.

Τα ψυχολογικά, τα πολιτισμικά και τα θρησκευτικά χαρακτηριστικά του ατόμου επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής του. Στην παρούσα μελέτη γίνεται μια προσπάθεια να αναδειχθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με τη διαπολιτισμικότητα και το ρόλο τους στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Ταυτόχρονα θα γίνει προσπάθεια να αναδειχθεί η πιθανή συσχέτιση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τη φροντίδα των ατόμων με διαφορετικά διαπολιτισμικά χαρακτηριστικά και διαθρησκευτικά χαρακτηριστικά.

Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύονται οι έννοιες της ποιότητας ζωής και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, προσδιορίζονται οι δείκτες της ποιότητας ζωής και γίνεται παρουσίαση των στοιχείων που είναι ήδη γνωστά βιβλιογραφικά σχετικά με τη διασύνδεση των ψυχολογικών, των διαπολιτισμικών και των διαθρησκευτικών χαρακτηριστικών με την ποιότητα ζωής. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο σκοπός και τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας εργασίας, καθώς και τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την διεξαγωγή της έρευνας. Στο τρίτο κεφάλαιο της εργασίας γίνεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων και οι περιορισμοί αυτών. Σε αντίθεση με την αρχική μας υπόθεση διαπιστώθηκε πως δεν υπήρξε σύνδεση της ποιότητας ζωής με τα διαπολιτισμικά χαρακτηριστικά που μπορεί να παρουσιάζουν.

Λέξεις κλειδιά: διαπολιτισμικότητα, ποιότητα ζωής, ψυχοπαθολογία, μειονοτικές ομάδες

ABSTRACT

The quality of life can be defined by describing the individual characteristics and social conditions of life that are considered necessary for the functional development of the individual.

The psychological, cultural and religious characteristics of the person significantly affect their quality of life. This study attempts to highlight factors related to interculturality and their key role in the quality of life of individuals. Moreover, this study tries to investigate the possible correlation of the psychosocial factors that can affect the care of individuals with different intercultural and inter-religious characteristics.

The first chapter analyzes the terms “quality of life” and “related to health quality of life”. In addition, the indicators of quality of life are defined and the already known bibliographic data about the correlation of psychological, intercultural and interreligious characteristics with the quality of life are presented. The second chapter presents the objectives and research questions of this research and the research. The third chapter of the work is the discussion of the results.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ποιότητα ζωής καθώς και η βελτίωσή της απασχολεί ολοένα και περισσότερο και αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα των πολιτισμένων χωρών. Η υγεία, που σύμφωνα με τον Παγκόσμιο οργανισμό Υγείας είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία κάποιας ασθένειας αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα ο οποίος επηρεάζει την ποιότητα ζωής. Για να οριστεί η ποιότητα ζωής χρειάζεται να περιγραφούν τα ατομικά χαρακτηριστικά καθώς και οι κοινωνικές συνθήκες που παίζουν σημαντικό ρόλο στη λειτουργική ανάπτυξη του ατόμου.

Η προαγωγή της ποιότητας ζωής είναι ένα ζήτημα που απασχολεί την επιστημονική κοινότητα ολοένα και περισσότερο τα τελευταία χρόνια. Τα ψυχολογικά, πολιτισμικά και θρησκευτικά χαρακτηριστικά του ατόμου επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής και σε αυτά συμπεριλαμβάνεται και το περιβάλλον στο οποίο γεννιέται και μεγαλώνει και στη συνέχεια εκπαιδεύεται και εργάζεται το άτομο.

Ανεξάρτητα από το πολιτισμικό υπόβαθρο, όλοι οι άνθρωποι θεωρούνται ως εξαρτώμενοι από την ανθρώπινη φροντίδα για να αναπτυχθούν και να επιβιώσουν, καθώς μοιράζονται καθολικά κοινές ανάγκες φροντίδας για επιβίωση, παρηγοριά και ανάπτυξη. Ο εννοιολογικός προσδιορισμός της φροντίδας στην Ελλάδα έχει τις εξής διαστάσεις: 1) Φροντίζω σημαίνει αγάπη 2) Φροντίδα σημαίνει κατανόηση 3) Φροντίζω σημαίνει πρόληψη 4) Φροντίζω σημαίνει άγγιγμα.

Η θρησκευτική πίστη επηρεάζει όλες τις πτυχές της ζωής των θρησκευόμενων ανθρώπων, ακόμα και την σωματική και ψυχολογική υγεία. Σήμερα, στη χώρα μας διαμένει μεγάλος αριθμός μουσουλμάνων, οι οποίοι αντιπροσωπεύουν περίπου το 2% των κατοίκων της Ελλάδας.. Ασφαλώς, υπάρχουν οι Έλληνες πολίτες μουσουλμάνοι κατά το θρήσκευμα στην περιοχή της Θράκης, αλλά υπάρχει και ένας σημαντικός αριθμός νόμιμων και παράνομων μεταναστών, οι οποίοι απασχολούν με τον έναν ή τον άλλον τρόπο τις υγειονομικές υπηρεσίες της χώρας μας. Ο ιατρός και ο νοσηλευτής οφείλουν να γνωρίζουν ορισμένα στοιχεία της θρησκείας των εν λόγω ασθενών για να μπορέσουν να προσφέρουν

πραγματικά αποτελεσματικές υπηρεσίες και να έχουν όλοι οι άνθρωποι ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Στην παρούσα μελέτη γίνεται μια προσπάθεια να αναδειχθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με τη διαπολιτισμικότητα και το ρόλο τους στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Επιπλέον, στόχος είναι να αναδειχθεί η διασύνδεση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τη φροντίδα σε άτομα με διαφορετικά διαπολιτισμικά χαρακτηριστικά και τα επίπεδα της ευζωίας των ατόμων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Η έννοια της ποιότητας ζωής και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής

Η ποιότητα ζωής απασχολούσε από το παρελθόν τους ανθρώπους και συνεχίζει να τους απασχολεί και σήμερα περισσότερο από ποτέ. Τις τελευταίες δεκαετίες αρκετοί επιστήμονες από τον χώρο της υγείας μελετούν την ποιότητα ζωής, ιδιαίτερα από τις δεκαετίες του '60 και '70 και έπειτα, αφού τότε παρατηρήθηκε δυσφορία σχετικά με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις [1]. Πρόκειται για ένα πολυδιάστατο φαινόμενο και η έννοιά της είναι πλούσια σε περιεχόμενο και χρησιμοποιείται κατά κόρον τη σημερινή εποχή. Αυτό συνεπάγεται πως προκειμένου να προσεγγιστεί ως έννοια χρειάζεται να εκτιμηθούν πολλές διαστάσεις.

Η ποιότητα ζωής εξετάζεται και από την υποκειμενική της οπτική, δηλαδή από τις προσωπικές εμπειρίες του ατόμου για τη ζωή του, αλλά και από την αντικειμενική που αφορά κυρίως την εκτίμηση εξωτερικών παραγόντων που έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής [2]. Οι παράμετροι από τις οποίες απαρτίζεται η ποιότητα ζωής χωρίζονται σε τρεις διαστάσεις, οι οποίες είναι η σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Η σωματική ευεξία έχει σχέση με την εκτίμηση του ατόμου για την προσωπική του υγεία και παράγοντες που έχουν να κάνουν με τον πόνο, τη νοσηρότητα και την καλή σωματική λειτουργία. Η ψυχική ευεξία περιλαμβάνει την ψυχική και συναισθηματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο. Τέλος, η κοινωνική ευεξία σχετίζεται με τη συνολική εικόνα του ατόμου για την ικανοποίηση από τη ζωή του [1].

Ως έννοια, η ποιότητα ζωής αφορά τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου αλλά και τις ικανότητές του σχετικά με την ανταπόκριση του σε καθημερινές λειτουργίες. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα ζωής είναι «η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του συστήματος αξιών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, καθώς και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του» [2]. Όπως παρατηρείται, ο ορισμός αυτός αναφέρεται σε στοιχεία από

διάφορους τομείς της ζωής ενός ατόμου όπως είναι εκείνος της ψυχικής υγείας, των κοινωνικών σχέσεων και του περιβάλλοντος.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, σύμφωνα με τον Flanagan (1982), είναι δεκαπέντε και μπορούν να ομαδοποιηθούν σε πέντε κατηγορίες οι οποίες είναι:

- η σωματική και υλική ευημερία στην οποία συμπεριλαμβάνονται η οικονομική άνεση, η ασφάλεια και η υγεία.
- οι σχέσεις με άλλους ανθρώπους, δηλαδή οι συζυγικές σχέσεις, η ανατροφή παιδιών, οι σχέσεις με συγγενείς και στενούς φίλους.
- οι κοινωνικές και κοινοτικές δραστηριότητες οι οποίες είναι η παροχή βοήθειας σε συνανθρώπους, η συμμετοχή σε τοπικές και εθνικές δραστηριότητες.
- η προσωπική ανάπτυξη και καταξίωση και συγκεκριμένα η πνευματική ανάπτυξη, η προσωπική στοχοθεσία και αυτογνωσία, το ενδιαφέρον για τη δουλειά, η δημιουργικότητα και εμπειρία και τέλος,
- ο ελεύθερος χρόνος στον οποίο ανήκουν η κοινωνικοποίηση και οι δραστηριότητες αναψυχής.

1.1.1 Δείκτες ποιότητας ζωής

Η ποιότητα ζωής μπορεί να μετρηθεί με τη χρήση ορισμένων δεικτών αλλά και εργαλείων. Κάποιοι από τους δείκτες αυτούς είναι ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofsky (Karnofsky Performance Index, KPI), ο Δείκτης Λειτουργικότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ο Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (Katz Index of Activities of Daily Living) και ο Δείκτης Spitzer για την Ποιότητα Ζωής (Spitzer Quality of Life Index). Εκτός από τους δείκτες υπάρχουν και τα σταθμισμένα ερωτηματολόγια όπως το Ερωτηματολόγιο McGill για τον Πόνο (McGill Pain Questionnaire), η Επισκόπηση Υγείας του Nottingham (Nottingham Health Profile), το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire), η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια (Psychological Adjustment to Illness Scale), η Επισκόπηση της Επίδρασης της Αρρώστιας (Sickness Impact Profile), η Επισκόπηση Υγείας SF-36 (SF-36 Health Survey), η Επισκόπηση Υγείας EQ-5D (EuroQol) και η Επισκόπηση Υγείας EQ-15D [2].

Ο κάθε δείκτης έχει και διαφορετικό σκοπό ύπαρξης αφού έχει άλλο αντικείμενο στο οποίο επικεντρώνεται και χρησιμοποιεί διαφορετικές κλίμακες μέτρησης. Ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofsky αφορά πιο πολύ τον προσδιορισμό της σωματικής λειτουργίας και εκτιμάται από γιατρούς ή επαγγελματίες υγείας. Παρόμοιος με αυτόν είναι και ο Δείκτης Λειτουργικότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Η δημιουργία του Δείκτη Katz αφορούσε την εκτίμηση της λειτουργικής κατάστασης των ηλικιωμένων οι οποίοι είναι έγκλειστοι σε ιδρύματα. Χρησιμοποιείται από γιατρούς ή νοσηλευτές και περιέχει 6 ερωτήσεις που σχετίζονται με την αυτοεξυπηρέτηση και την αυτοφροντίδα. Ο Δείκτης Spitzer αν και σχεδιάστηκε με σκοπό να χρησιμοποιηθεί για την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών ασθενών, αργότερα χρησιμοποιήθηκε και για άλλους ασθενείς και εκτιμά πέντε γενικούς τομείς της ζωής οι οποίοι μετριοούνται σε μια κλίμακα από το 0 έως το 2 [2].

Και τα ερωτηματολόγια αντίστοιχα παρουσιάζουν ποικιλομορφία σε ότι αφορά το αντικείμενο στο οποίο στοχεύουν. Το ερωτηματολόγιο McGill για τον πόνο δημιουργήθηκε το 1971 από τους Melzack και Torgerson και εμφανίζει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα σε ότι αφορά τη μέτρηση του πόνου. Η επισκόπηση υγείας του Nottingham δημιουργήθηκε το 1980 προκειμένου να εξεταστούν τα αποτελέσματα των θεραπειών. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώνεται από ασθενείς αλλά και υγιείς πληθυσμούς, αποτελείται από δύο μέρη κ χαρακτηρίζεται από αξιοπιστία και εγκυρότητα. Το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας δημιουργήθηκε το 1972 από τον Goldberg και υπάρχει σε τρεις εκδόσεις με 28, 30 ή 60 ερωτήσεις αλλά το μειονέκτημά του είναι πως εξετάζει μόνο τη σωματική και ψυχολογική κατάσταση χωρίς να λαμβάνει ιδιαίτερα υπόψη άλλες διαστάσεις. Η κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια αποτελείται από 45 ερωτήσεις που αφορούν 7 κύριους τομείς της ποιότητας ζωής με την απάντηση να δίνεται σε 4βαθμη κλίμακα. Η επισκόπηση υγείας SF-36 αποτελείται από 36 ερωτήσεις χωρισμένες σε 8 κλίμακες και δημιουργήθηκε από τον Ware το 1992. Η επισκόπηση υγείας EQ-5D μετρά πέντε βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής οι οποίες είναι η κινητικότητα, η αυτοεξυπηρέτηση, οι συνήθειες δραστηριότητες, ο πόνος και το άγχος-κατάθλιψη. Στο ίδιο επίπεδο κινείται και η επισκόπηση υγείας EQ-15D μόνο που εξετάζει 15 διαστάσεις της ποιότητας ζωής [2].

1.2 Διασύνδεση ψυχολογικών χαρακτηριστικών με την ποιότητα ζωής της υγείας

Η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην ψυχολογία του ατόμου και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι γνωστή από την αρχαιότητα σε διάφορους πολιτισμούς όπως των Κινέζων, των Ελλήνων και των Αιγυπτίων. Στη σύγχρονη πραγματικότητα στον τομέα της ιατρικής επαναπροσδιορίζεται η σχέση αυτή και ανακαλύπτεται και πάλι ο σημαντικός ρόλος που μπορεί να έχουν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά της στην πρόληψη και στη θεραπεία των ασθενειών αλλά και στην προαγωγή της υγείας [3].

Ο τομέας εκείνος που ασχολείται με τη σχέση που υπάρχει μεταξύ των ψυχολογικών και κοινωνικών φαινομένων με τις φυσιολογικές και παθολογικές σωματικές λειτουργίες είναι εκείνος της ψυχοσωματικής ιατρικής. Ο κλάδος αυτός εντάσσεται στο πεδίο της Ψυχιατρικής παραπάνω από 80 χρόνια [4].

1.3 Ποιότητα ζωής και εθνικές μειονότητες

Διάφορες μελέτες έχουν ασχοληθεί με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των εθνικών μειονοτήτων. Οι έρευνες έχουν δείξει ότι παγκοσμίως υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της κυρίαρχης εθνικής ταυτότητας και της σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς και της ποιότητας ζωής, και αρνητική συσχέτιση μεταξύ της μειονοτικής εθνικής ταυτότητας και της ποιότητας ζωής των μελών των μειονοτικών ομάδων.

Μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε άτομα που ανήκουν σε τρεις διαφορετικές μειονοτικές εθνικές ομάδες, Αφρο- Αμερικάνους, Ασιάτες-Αμερικάνους και Λατινοαμερικάνους, έδειξε ότι οι Αφρο-Αμερικάνοι που ένιωθαν περισσότερο ενταγμένοι στην αμερικάνικη κοινωνία είχαν υψηλότερα ποσοστά ποιότητας ζωής, ενώ και οι τρεις ομάδες χαρακτηρίζονται από χαμηλή ποιότητα ζωής σε σχέση με την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, την εργασία και τις ευκαιρίες απασχόλησης, τον τόπο διαμονής τους και τις συνθήκες διαβίωσής τους σε σύγκριση με την πλειοψηφική ομάδα. Επιπλέον, φαίνεται ότι τα άτομα

που ένιωθαν αποδεκτά από την πλειοψηφική ομάδα είχαν υψηλότερα ποσοστά στην κλίμακα της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, ως προς την σωματική αλλά και τη ψυχική υγεία [5].

Έρευνες που έγιναν σε παιδιά που ανήκουν σε μειονοτικές ομάδες έδειξαν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της εθνικής ταυτότητας των παιδιών και ενός δείκτη που σχετίζεται σημαντικά με την έννοια της ποιότητας ζωής, την αυτοεκτίμηση. Επίσης, άλλες έρευνες έδειξαν ότι μεταξύ των μειονοτικών ομάδων καταγράφονται τα υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας [6]. Ο βασικός λόγος για τον οποίο οι μειονοτικές ομάδες του πληθυσμού έχουν αυξημένο κίνδυνο επιβάρυνσης της κατάστασης της υγείας τους και υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας σε σύγκριση με την πλειοψηφική ομάδα είναι λόγω του χαμηλού εισοδήματος και της περιθωριοποίησης [7].

Οι ομάδες που ανήκουν στις κοινωνικές μειονότητες έχουν χαμηλή ποιότητα ζωής λόγω του στρες και του άγχους που αντιμετωπίζουν από τις κοινωνικές διακρίσεις, από τις εκδηλώσεις επιθετικότητας και από την έκφραση προκατειλημμένων συμπεριφορών. Το άγχος που αντιμετωπίζουν έχει σαν αποτέλεσμα οι ομάδες αυτές να εμφανίζουν χαμηλά ποσοστά αυτοεκτίμησης, αισθήματα μοναξιάς, κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές και πολλά προβλήματα υγείας, όπως υπέρταση, άσθμα, καρδιακά επεισόδια κ.ά. Επιπλέον, η ποιότητα ζωής του μειώνεται καθώς συχνά ζουν σε άσχημο και ανθυγιεινό περιβάλλον, μπορεί να είναι εκτεθειμένοι σε ποικίλους παράγοντες επικίνδυνους για την υγεία και έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη [8].

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει ήδη τονίσει σε έκθεση του ότι η διαβίωση σε συνθήκες φτώχειας, ανέχειας και εξαθλίωσης και η εμπειρία ρατσισμού αποτελούν δύο ικανά αίτια που μπορεί να οδηγήσουν στην κακή συνολική υγεία, αλλά και στην κακή ποιότητα ζωής των ατόμων, λόγω του χρόνιου ψυχικού άγχους που συνεπάγονται [9].

Συμπερασματικά, είναι κατανοητό ότι παράγοντες, όπως η περιθωριοποίηση και ρατσιστική συμπεριφορά εις βάρος των ατόμων, λειτουργούν πιεστικά για τα άτομα και επιδρούν αρνητικά στην υγεία και την ποιότητα ζωής των ατόμων. Ο κοινωνικός και οικονομικός αποκλεισμός και ο αποκλεισμός από υπηρεσίες υγείας, εκπαίδευσης κ.λπ., που συνήθως βιώνουν τα άτομα που ανήκουν σε μειονοτικές ομάδες προκαλεί ιδιαίτερο στρες στο άτομο και μια σειρά αρνητικών ψυχικών καταστάσεων, που

επιρεάζουν άμεσα τη σωματική υγεία αυξάνοντας έτσι τις πιθανότητες νοσηρότητας ακόμη και θανάτου [10]. Σπάνια, οι αρνητικές επιδράσεις του στρες στην ψυχική υγεία μπορεί να οδηγήσουν σε συμπεριφορές αυξημένου ρίσκου, όπως χρήση ουσιών, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και καθυστέρηση αίτησης ιατροφαρμακευτικής βοήθειας [11].

1.4 Διαπολιτισμικότητα - θρησκευτικότητα και ποιότητα ζωής

Οι ραγδαίες αλλαγές που συμβαίνουν σε παγκόσμια κλίμακα σε οικονομικό, κοινωνικό, πολιτισμικό και κατ' επέκταση και ψυχολογικό επίπεδο έχουν άμεση σχέση με την έννοια της παγκοσμιοποίησης. Οι συνθήκες αυτές έχουν επηρεάσει και την ελληνική κοινωνία που με το πέρασμα των χρόνων έχει γίνει μια πολυπολιτισμική κοινωνία [12]. Μια κοινωνία μπορεί να χαρακτηριστεί ως πολυπολιτισμική όταν συνυπάρχουν σε αυτή περισσότερες από μια πολιτισμικές κοινότητες που διατηρούν αναλλοίωτες τις πολιτισμικές τους διαφορές [13]. Η Ελλάδα είναι μια πολυπολιτισμική χώρα από παλαιότερα όπου μαζί με τους Έλληνες συνυπήρχαν και τουλάχιστον δύο ακόμη κοινότητες, εκείνες των αθίγγανων και των μουσουλμάνων [13].

Η θρησκευτική πίστη έχει άμεσο αντίκτυπο σε όλες τις πτυχές της ζωής των θρησκευόμενων ανθρώπων, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό θρησκευτικών χωρίων αναφέρει την καλή υγεία και τη μακροζωία ως ανταμοιβή του Θεού [14]. Οι θρησκευτικές και πνευματικές προτιμήσεις των ατόμων έχουν προστεθεί ως παράγοντες στην κλίμακα DSM-IV (diagnostic statistic manual) ήδη από το 1992 έτσι ώστε οι ψυχίατροι να αναπτύσσουν μεγαλύτερη ευαισθησία σε ότι αφορά τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά του ασθενή.

Στην Ελλάδα στις μέρες μας, διαμένει ένας μεγάλος αριθμός μουσουλμάνων, οι οποίοι είναι πιθανόν να αντιπροσωπεύουν ακόμη και το 2% των κατοίκων της Ελλάδας. Σε κάθε περίπτωση, βέβαια, δεν υπάρχουν ακόμη ακριβή στατιστικά στοιχεία και οι αριθμοί διαφοροποιούνται ανάλογα, κάθε φορά, με την πηγή προέλευσης. Ασφαλώς, υπάρχουν οι Έλληνες πολίτες μουσουλμάνοι κατά το θρήσκευμα στην περιοχή της Θράκης, αλλά υπάρχει και ένας σημαντικός αριθμός νόμιμων και παράνομων μεταναστών, οι οποίοι απασχολούν με τον έναν ή τον άλλον τρόπο τις υγειονομικές υπηρεσίες της χώρας μας. Ο ιατρός

και ο νοσηλευτής οφείλουν να γνωρίζουν ορισμένα στοιχεία της θρησκείας των εν λόγω ασθενών για να μπορέσουν να προσφέρουν πραγματικά αποτελεσματικές υπηρεσίες [15].

Το Ισλάμ είναι μια θρησκεία που καθορίζει πρότυπα για όλες τις πτυχές του βίου των πιστών, οι οποίοι είναι ιδιαίτερα αφοσιωμένοι στη θρησκεία τους, οι αρχές της οποίας καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη δημόσια και την ιδιωτική ζωή τους [16]. Όσο πιο έντονη είναι η πίστη του μουσουλμάνου ασθενούς, τόσο περισσότερο επηρεάζεται η στάση του ως προς την ανταπόκρισή του στις εντολές του ιατρού. Ιδιαίτερη περίπτωση αποτελεί, όταν το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει αφορά στην ψυχολογική του κατάσταση. Οι λαοί της Ανατολής έχουν ιδιαίτερη ψυχοσύνθεση με έντονη εσωτερικότητα, κύρια χαρακτηριστικά γνωρίσματα της οποίας είναι η δυσκολία έκφρασης των συναισθημάτων και η άρνηση παραδοχής πιθανής ψυχικής αδυναμίας και ασθένειας [17].

Ο μουσουλμάνος ασθενής δεν δυσκολεύεται να απευθυνθεί στον ιατρό για την αντιμετώπιση σωματικών πόνων, πολύ δύσκολα όμως θα συνεργαστεί με έναν ψυχοθεραπευτή, επειδή στην ισλαμική παράδοση η ψυχική νόσος θεωρείται αποτέλεσμα της απομάκρυνσής του από το Θεό. Έτσι, προκύπτει ότι η πλέον σωστή αντιμετώπιση των συγκεκριμένων ασθενειών είναι η ισχυροποίηση της πίστης του ανθρώπου [18]. Η ψυχική νόσος είναι η χειρότερη και σοβαρότερη ασθένεια, η μεγαλύτερη τιμωρία από το Θεό και γι' αυτόν το λόγο προτιμούν να την καλύπτουν ή να την ερμηνεύουν με παθολογικούς όρους [19].

Ένα άλλο στοιχείο της ισλαμικής πίστης που μπορεί να λειτουργήσει επικουρικά είναι η προσευχή, με κύριο αποτέλεσμα την πνευματική ευτυχία και την ψυχική αγαλλίαση του πιστού. Επίσης, εκτός από την ελπίδα ο πιστός αντλεί από την προσευχή κουράγιο, εμπιστοσύνη και υπομονή, εξαγνίζει το σώμα, το μυαλό και την ψυχή του, ενώ ταυτόχρονα αντιμετωπίζει τα συναισθηματικά προβλήματα. Ακόμη, η προσευχή έχει ευεργετικά αποτελέσματα για την ψυχική υγεία του πιστού, καθώς τον χαλαρώνει μειώνοντας το ρυθμό της αναπνοής, τους παλμούς της καρδιάς και τη πίεση του αίματος [20]. Αντίθετα, η έλλειψη ενδιαφέροντος από την πλευρά του ασθενούς για την προσευχή είναι πιθανή ένδειξη πνευματικής ή ψυχικής κόπωσης [15].

1.5 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και μειονότητες

Οι κοινωνίες και οι ανάγκες των πολιτών είναι δυναμικά συστήματα και για αυτό αλλάζουν συνεχώς. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει η ανάγκη για αλλαγές στο σύστημα υγείας διεθνώς καθώς αυξάνεται ο αριθμός ασθενειών και το κράτος αδυνατεί να ανταποκριθεί στις δαπάνες υγείας. Η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και στην ουσία είναι η παροχή εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας στα άτομα και γενικά σε όλη την κοινωνία.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του συστήματος υγείας καθώς το σύστημα υγείας γενικότερα δεν στοχεύει μόνο στη περίθαλψη αλλά και στη βελτίωση του επιπέδου υγείας και στην αναβάθμιση του επιπέδου κοινωνικής ευημερίας των πολιτών. Στις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνεται η διάγνωση, η θεραπεία, η παροχή φροντίδας στα παιδιά, η μαιευτική φροντίδα καθώς και η παροχή συμβουλών και η παραπομπή σε άλλους επαγγελματίες υγείας [21]. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας συμβάλλει όχι μόνο στη βελτίωση του επιπέδου υγείας, αλλά και του βιοοικονομικού επιπέδου του πληθυσμού.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει σαν βασικό σκοπό να παρέχει φροντίδα στο σύνολο του πληθυσμού, να παρέχει πρώτες βοήθειες, να ασκεί προληπτική ιατρική, να εφαρμόζει προγράμματα αγωγής υγείας και πρόληψης του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, να παρακολουθεί τους ασθενείς προκειμένου να αναρρώσουν ακόμα και μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, να ερευνά ιατρικά και επιδημιολογικά θέματα, να παρέχει υπηρεσίες υγείας στα σχολεία, να ενημερώνει μέσα από διαλέξεις και ημερίδες, να εκπαιδεύει τους ιατρούς και το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό, να παρέχει φάρμακα σε δικαιούχους και να συνεργάζεται με την τοπική αυτοδιοίκηση και με τους ελεύθερους ιατρούς υγείας της περιοχής για μια πιο αποδοτική προσφορά υπηρεσιών και πρόληψης.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θα πρέπει να προσφέρει μεγάλη ικανοποίηση σε όλο τον πληθυσμό, ανεξάρτητα αν ανήκουν σε κάποια εθνική μειονότητα ή είναι μετανάστες. Παρόλα αυτά οι περισσότεροι ερευνητές που έχουν μελετήσει την εθνικότητα ως παράγοντα για την ικανοποίηση, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες δεν είναι αρκετά

ικανοποιημένα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Διαφοροποιήσεις, ωστόσο, παρατηρούνται ανάμεσα στις διάφορες μειονοτικές ομάδες [22].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Εργαλεία μέτρησης

Τα ερευνητικά εργαλεία που συμπληρώθηκαν είναι τα Scale for Overall Emotional and Social Loneliness (SOESL), Heartland Forgiveness Scale (HFS), Self-Compassion Scale (SCS), Short Form Health Survey (SF) και Symptom Checklist (SCL).

2.2 Σκοπός της έρευνας

Έχει παρατηρηθεί πως τα διαπολιτισμικά χαρακτηριστικά μειονοτικών κοινωνιών μπορούν να συνδεθούν ή τουλάχιστον δημιουργείται η υπόθεση πως συνδέονται στη μεταβολή των συμπτωμάτων υγείας και μάλιστα στην αύξησή τους, καθώς και στην ποιότητα ζωής τους. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να εξετάσει αυτή τη σύνδεση. Δηλαδή, να διαπιστώσουμε την ύπαρξη αυτής της σύνδεσης και το βαθμό στον οποίο συμβάλλει ένας τέτοιος παράγοντας. Η υπόθεση της εργασίας θα είναι ανθρωποκεντρική και θα επιχειρήσει να διευκρινίσει την αλληλεπίδραση των διαπολιτισμικών χαρακτηριστικών ως προς την παρουσία χαμηλών επιπέδων ζωής. Συνεπώς, η εξέταση η οποία θα διεξαχθεί αφορά τα παρακάτω ερωτήματα :

- Να διαπιστωθούν τα επίπεδα της συγχωρητικότητας σε σύγκριση με τις διαπολιτισμικές και θρησκευτικές ιδιαιτερότητες.
- Να διαπιστωθούν οι σχέσεις ανάμεσα σε όσους παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες σε πολιτισμικό, θρησκευτικό επίπεδο και στα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας που μπορεί να εμφανίζουν.

2.3 Δείγμα

Η παρούσα έρευνα θα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας από τον Φεβρουάριο

του 2018 έως τον Ιούνιο του 2018. Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 23 άνδρες με ποσοστό 26.4% και 64 γυναίκες με ποσοστό 73.6% από την ευρύτερη περιοχή της Θράκης.

2.4 Περιγραφική ανάλυση

Πίνακας 1 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση για την ηλικία

	Min	M.T.	T.A.	Max
Ηλικία	21	41.3	13.6	78

Σύμφωνα με το παραπάνω πίνακα η ελάχιστη ηλικία του δείγματος είναι τα 21 έτη, η μέγιστη 78 έτη, η μέση τιμή της ηλικίας τα 41.3 έτη και η τυπική απόκλιση 13.6 έτη.

Πίνακας 2 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση για τον αριθμό παιδιών

	Min	M.T.	T.A.	Max
Αριθμός παιδιών	1	2.1	.9	6

Σύμφωνα με το παραπάνω πίνακα ο ελάχιστος αριθμός παιδιών του δείγματος είναι ένα παιδί και ο μέγιστος έξι παιδιά με μέση τιμή 2.1 και τυπική απόκλιση 0.9.

Πίνακας 3 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση για τον αριθμό αδερφών

	Min	M.T.	T.A.	Max
Αριθμός αδερφών	1	2.5	1.6	7

Σύμφωνα με το παραπάνω πίνακα ο ελάχιστος αριθμός αδερφών του δείγματος είναι έναν/μία αδερφό/ή και ο μέγιστος επτά αδέρφια με μέση τιμή 2.5 και τυπική απόκλιση 1.6.

Πίνακας 4 Συχνότητα και σχετική συχνότητα

		N	%
Φύλο	Άνδρας	23	26.4%
	Γυναίκα	64	73.6%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	19	24.1%
	Έγγαμος	55	69.6%
	Διαζευγμένος	3	3.8%
	Χήρος	2	2.5%
	Σε διάσταση	0	0.0%
Τόπος διαμονής	Χωριό/κωμόπολη	50	68.5%
	πόλη < 150.000 κατοίκους	21	28.8%
	πόλη > 150.000 κατοίκους	2	2.7%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	7	8.0%
	Απόφοιτος Δημοτικού	14	16.1%
	Απόφοιτος Γυμνασίου	10	11.5%
	Απόφοιτος Λυκείου	24	27.6%
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	24	27.6%
	Φοιτητής ΑΕΙ/ΤΕΙ	8	9.2%

Όσον αφορά το φύλο των ερωτηθέντων, 23 άτομα ήταν άνδρες με ποσοστό 26.4% και 64 άτομα ήταν γυναίκες με ποσοστό 73.6%. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, 19 άτομα είναι άγαμοι με ποσοστό 24.1%, 55 άτομα είναι έγγαμοι με ποσοστό 69.6%, 3 άτομα είναι διαζευγμένα με ποσοστό 3.8% και 2 άτομα είναι χήροι/ες με ποσοστό 2.5% και κανένας σε διάσταση. Σχετικά με τον τόπο διαμονής των ερωτηθέντων, οι περισσότεροι μένουν σε χωριό/κωμόπολη (ποσοστό 68.5%), 21 άτομα ζουν σε πόλη με λιγότερους από 150.000 κατοίκους (ποσοστό 28.8%) και μόλις 2 άτομα ζουν σε πόλη με περισσότερους από 150.000 κατοίκους με ποσοστό 2.7%. Ακόμη, σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων, 7 άτομα είναι αναλφάβητα με ποσοστό 8.0%, 14 άτομα είναι απόφοιτοι δημοτικού με ποσοστό 16.1%, 10 άτομα είναι απόφοιτοι γυμνασίου με ποσοστό 11.5%, 24 άτομα είναι απόφοιτοι λυκείου και απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ αντίστοιχα με ποσοστό 27.6% και 8 άτομα φοιτητές/τριες ΑΕΙ/ΤΕΙ με ποσοστό 9.2%.

Πίνακας 5 Συχνότητα και σχετική συχνότητα στοιχείων δείγματος

Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργος	17	20.2%
	Εποχικά απασχολούμενος	21	25.0%
	Μη δυνάμενος να εργαστεί	0	0.0%
	Σταθερή εργασία	29	34.5%
	Συνταξιούχος	9	10.7%
	Οικιακά	8	9.5%
Θρήσκευμα	Χριστιανός Ορθόδοξος	16	18.4%
	Μουσουλμάνος	70	80.5%
	Άθεος	1	1.1%
	Άλλο	0	0.0%
Παρακολούθηση σχολείου	Ναι	68	89.5%
	Όχι	8	10.5%
Γνώση ελληνικής ανάγνωσης	Ναι	71	89.9%
	Όχι	8	10.1%
Γνώση ελληνικής γραφής	Ναι	71	89.9%
	Όχι	8	10.1%

Ακολούθησαν οι ερωτήσεις σχετικά με το θρήσκευμα, όπου διαπιστώθηκε πως το δείγμα μας συγκέντρωσε το μεγαλύτερο ποσοστό σε άτομα που είναι μουσουλμάνοι (ποσοστό 80.5%) και στη συνέχεια οι χριστιανοί ορθόδοξοι με ποσοστό 18.4%, ενώ παρατηρήθηκε ένας μόλις άθεος (ποσοστό 1.1%). Σχετικά με την παρακολούθηση ή όχι σχολείου, η πλειοψηφία φαίνεται να παρακολουθεί με ποσοστό 89.5% και μόλις το 10.5% να μην παρακολουθεί. Όσο αφορά τις ερωτήσεις σχετικά με την ανάγνωση και τη γραφή της ελληνικής γραφής 71 άτομα με ποσοστό 89.9% συμπεράναμε πως γνωρίζουν και την ανάγνωση και τη γραφή της ελληνικής γλώσσας.

Πίνακας 6 Συχνότητα και σχετική συχνότητα στοιχείων δείγματος

		N	%
Πηγή εισοδήματος	Εργασία	56	78.9%
	Πρόνοια	3	4.2%
	Επίδομα ανεργίας	12	16.9%
Ασφάλιση	Ναι	84	97.7%
	Όχι	2	2.3%
Έχετε χρησιμοποιήσει υπηρεσία υγείας;	Ναι	63	90.0%
	Όχι	7	10.0%
Είδος υπηρεσίας υγείας	Νοσοκομείο	40	50.0%
	Κέντρο υγείας	11	13.8%
	Αγροτικός γιατρός	16	20.0%
	Άλλο	13	16.3%
Χρόνιο πρόβλημα υγείας;	Ναι	21	25.6%
	Όχι	61	74.4%
Ύπαρξη προβλήματος υγείας σε μέλος της οικογένειας;	Ναι	40	46.5%
	Όχι	46	53.5%
Ύπαρξη σταθερού ιατρού	Ναι	37	45.1%
	Όχι	45	54.9%
Έχετε νοσηλευτεί σε νοσοκομείο;	Ναι	36	40.9%
	Όχι	52	59.1%
Έχει νοσηλευτεί συγγενής σας σε νοσοκομείο;	Ναι	60	68.2%
	Όχι	28	31.8%

Σε ότι αφορά την εργασία, η πλειοψηφία του δείγματος έχει σταθερή εργασία (ποσοστό 34.5%), ακολουθούν όσοι εργάζονται εποχιακά (ποσοστό 25.0%) και αμέσως μετά όσοι είναι [άνεργοι](#) (ποσοστό 20.2%), ενώ οι συνταξιούχοι και όσοι ασχολούνται με τα οικιακά αποτελούν μικρά ποσοστά (10.7%, 9.5% αντίστοιχα). Επομένως, λογικό αποτέλεσμα είναι το παρακάτω, με 56 άτομα να έχουν ως πηγή εισοδήματος την εργασία (ποσοστό 78.9%), 12 άτομα το επίδομα ανεργίας (ποσοστό 16.9%) και μόλις 3 άτομα την πρόνοια (ποσοστό 4.2%). Προχωρώντας στις υπόλοιπες ερωτήσεις, διαπιστώθηκε πως οι περισσότεροι έχουν κάποια ασφάλιση με ποσοστό 97.7% και μάλιστα το μεγαλύτερο τμήμα να έχει χρησιμοποιήσει υπηρεσία υγείας με ποσοστό 90.0%. Σχετικά με το είδος υπηρεσίας υγείας που χρησιμοποίησαν, 40 άτομα απάντησαν το νοσοκομείο με ποσοστό 50.0%, 11 άτομα απάντησαν κέντρο

υγείας με ποσοστό 13.8%, 16 άτομα απάντησαν αγροτικό γιατρό με ποσοστό 20.0% και 13 άτομα απάντησαν άλλη υπηρεσία υγείας με ποσοστό 16.3%. Συνεχίζοντας, με βάση τα αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης, στην ερώτηση «Έχετε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας;» 61 άτομα απάντησαν πως δεν έχουν (ποσοστό 74.4%) και 21 άτομα απάντησαν πως έχουν (ποσοστό 25.6%). Στην ύπαρξη κάποιο προβλήματος υγείας σε μέλος της οικογένειας το δείγμα κατανεμήθηκε σχεδόν ίσα στη θετική και αρνητική απάντηση με ποσοστό 46.5% για αυτούς που απάντησαν ναι και με ποσοστό 53.5% για αυτούς που απάντησαν όχι. Στην ερώτηση «Έχετε σταθερό γιατρό;» 37 άτομα απάντησαν πως έχουν (ποσοστό 45.1%) και 45 άτομα απάντησαν πως δεν έχουν (ποσοστό 54.9%). Τέλος, αναφορικά με την ερώτηση «Έχετε νοσηλευτεί σε νοσοκομείο;» η πλειοψηφία (ποσοστό 59.1%) να μην έχουν νοσηλευτεί στο παρελθόν και 36 άτομα να έχουν (ποσοστό 40.9%). Στην ερώτηση, όμως, σχετικά με το αν έχει νοσηλευτεί κάποιος συγγενής τους σε νοσοκομείο η πλειοψηφία απάντησε πως έχει με ποσοστό 68.2% και ποσοστό 31.8% πως δεν έχει.

Πίνακας 7 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση των score του HFS

	Min	Max	Mean	SD
Συγχώρεση του εαυτού	18	42	28.4	5.3
Συγχώρεση των άλλων	13	41	26.4	5.6
Συγχώρεση καταστάσεων	13	41	26.4	5.6
Συνολική βαθμολογία συγχωρητικότητας	59	117	82.7	13.4

Σχετικά με τα σκορ των υποκλιμάκων της κλίμακας αξιολόγησης της Συγχώρησης (HFS), η υποκλίμακα Συγχώρεση προς τον εαυτό έχει μέση τιμή 28.4 και τυπική απόκλιση 5.3, ακολουθούν οι υποκλίμακες Συγχώρεση των άλλων και η Συγχώρεση των καταστάσεων με μέση τιμή 26.4 και τυπική απόκλιση 5.6 αντιστοίχως και τέλος τη συνολική βαθμολογία συγχωρητικότητας με μέση τιμή 82.7 και τυπική απόκλιση 13.4.

Πίνακας 8 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση των score του SCL

	Min	Max	Mean	SD
Ιδεοψυχαναγκασμός	0	34	10.4	7.8
Διαπροσωπική ευαισθησία	0	29	8.4	6.3
Κατάθλιψη	0	43	12.3	9.4
Άγχος	0	34	7.7	7.8
Επιθετικότητα	0	19	4.3	4.7
Φοβικό άγχος	0	21	3.6	4.8
Παρανοειδή ιδεασμό	0	20	6.4	5.0
Ψυχωτισμός	0	29	5.8	5.6
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων		3	.8	.6
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	1	3	1.8	.5
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	1	90	39.0	21.5

Στην υποκλίμακα Ιδεοψυχαναγκασμός η μέση τιμή είναι 10.4 και η τυπική απόκλιση 7.8, στην Διαπροσωπική ευαισθησία η μέση τιμή είναι 8.4 και τυπική απόκλιση είναι 6.3, στην υποκλίμακα Κατάθλιψη η μέση τιμή είναι ίση με 12.3 και η τυπική απόκλιση 9.4, στο Άγχος η μέση τιμή είναι 7.7 και η τυπική απόκλιση 7.8, στην Επιθετικότητα η μέση τιμή είναι 4.3 και η τυπική απόκλιση 4.7. Ακόμη, στο Φοβικό άγχος η μέση τιμή είναι ίση με 3.6 και η τυπική απόκλιση 4.8, στον Παρανοειδή ιδεασμό η μέση τιμή είναι ίση με 6.4 και η τυπική απόκλιση 5.0, στον Ψυχωτισμό η μέση τιμή είναι ίση με 5.8 και η τυπική απόκλιση 5.6. Επίσης, στο Γενικό δείκτη συμπτωμάτων και στο Δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων η μέση τιμή είναι ίση με 0.8 και 1.8 αντίστοιχα και η τυπική απόκλιση 0.6 και 0.5 αντίστοιχα. Τέλος, στο Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων η μέση τιμή είναι ίση με 39.0 και η τυπική απόκλιση 21.5.

Πίνακας 9 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση των score του ELS

	Max	Mean	SD
Συναισθηματική μοναξιά	6	2.8	2.1
Κοινωνική μοναξιά	5	2.7	1.4
Συνολική βαθμολογία μοναξιάς	11	5.5	2.2

Στην υποκλίμακα Συναισθηματική μοναξιά η μέση τιμή είναι 2.8 και η τυπική απόκλιση 2.1, στην Κοινωνική μοναξιά η μέση τιμή είναι 2.7 και η τυπική απόκλιση 1.4 και τέλος, στη Συνολική βαθμολογία μοναξιάς η μέση τιμή είναι ίση με 5.5 και η τυπική απόκλιση 2.2.

Πίνακας 10 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση των score του CONNOR

	Min	Max	Mean	SD
Προσωπική ικανότητα	16	100	65.9	22.1
Εμπιστοσύνη	11	100	60.1	21.8
Θετική αποδοχή	0	100	62.7	24.3
Έλεγχος	0	100	61.1	24.5
Πνευματικές επιδράσεις	0	100	75.9	25.9
Συνολική βαθμολογία ανθεκτικότητας	15	95	65.1	19.4

Στην υποκλίμακα Προσωπική ικανότητα η μέση τιμή είναι 65.9 και η τυπική απόκλιση 22.1, στην Εμπιστοσύνη η μέση τιμή είναι 60.1 και τυπική απόκλιση είναι 21.8, στην υποκλίμακα Θετική αποδοχή η μέση τιμή είναι ίση με 62.7 και η τυπική απόκλιση 24.3, στον Έλεγχο η μέση τιμή είναι 61.1 και η τυπική απόκλιση 24.5. Ακόμη, στις Πνευματικές επιδράσεις η μέση τιμή είναι ίση με 75.9 και η τυπική απόκλιση 25.9. Τέλος, στη Συνολική βαθμολογία ανθεκτικότητας η μέση τιμή είναι ίση με 65.1 και η τυπική απόκλιση 19.4.

2.5 Επαγωγική ανάλυση

Πίνακας 11 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα F-test για το εκπαιδευτικό επίπεδο

		N	Mean	SD	F	Sig.
Συγχώρεση των άλλων	Αναλφάβητος	7	24.71	1.976	2.377	0.046
	Απόφοιτος Δημοτικού	14	25.21	4.003		
	Απόφοιτος Γυμνασίου	9	24.11	7.491		
	Απόφοιτος Λυκείου	24	25.92	5.340		
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	23	29.52	5.534		
	Φοιτητής ΑΕΙ/ΤΕΙ	8	24.63	6.093		
	Total	85	26.36	5.576		
Συγχώρεση καταστάσεων	Αναλφάβητος	7	24.71	1.976	2.377	0.046
	Απόφοιτος Δημοτικού	14	25.21	4.003		
	Απόφοιτος Γυμνασίου	9	24.11	7.491		
	Απόφοιτος Λυκείου	24	25.92	5.340		
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	23	29.52	5.534		
	Φοιτητής ΑΕΙ/ΤΕΙ	8	24.63	6.093		
	Total	85	26.36	5.576		

Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων παρουσιάζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες «Συγχώρεση των άλλων» και «Συγχώρεση καταστάσεων» ανάμεσα στους αναλφάβητους, στους απόφοιτους δημοτικού, στους απόφοιτους γυμνασίου, στους απόφοιτους λυκείου, στους απόφοιτους ΑΕΙ/ΤΕΙ και στους φοιτητές ΑΕΙ/ΤΕΙ με p-τιμή ίση με 0.046 και για τις δύο υποκλίμακες.

Πίνακας 12 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα F-test για την επαγγελματική κατάσταση

		N	Mean	SD	F	Sig.
Συγχώρεση του εαυτού	Άνεργος	17	25.47	3.642	3.327	0.014
	Εποχικά απασχολούμενος	21	28.10	4.753		
	Σταθερή εργασία	28	30.71	5.855		
	Συνταξιούχος	9	28.22	4.994		
	Οικιακά	7	25.86	5.610		
	Total	82	28.27	5.352		
Συνολική βαθμολογία συγχωρητικότητας	Άνεργος	17	76.47	9.818	2.660	0.039
	Εποχικά απασχολούμενος	21	81.81	12.914		
	Σταθερή εργασία	28	88.00	14.340		
	Συνταξιούχος	9	78.44	13.593		
	Οικιακά	7	78.14	10.961		
	Total	82	82.13	13.321		

Σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση των ερωτηθέντων υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες «Συγχώρεση του εαυτού» και «Συνολική βαθμολογία συγχωρητικότητας» ανάμεσα στους άνεργους, στους εποχιακά απασχολούμενους, σε όσους έχουν σταθερή εργασία, στους συνταξιούχους και σε όσους απασχολούνται με τα οικιακά, με αντίστοιχη p-τιμή 0.014 και 0.039.

Πίνακας 13 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα F-test για το θρήσκευμα

		N	Mean	SD	F	Sig.
Συγχώρεση του εαυτού	Χριστιανός Ορθόδοξος	16	31.44	6.218	3.399	0.038
	Μουσουλμάνος	68	27.66	4.961		
	Άθεος	1	28.00			
	Total	85	28.38	5.361		
Συγχώρεση των άλλων	Χριστιανός Ορθόδοξος	16	29.13	5.898	2.859	0.063
	Μουσουλμάνος	68	25.74	5.347		
	Άθεος	1	31.00			
	Total	85	26.44	5.571		

Όσον αφορά το θρήσκευμα των ερωτηθέντων παρουσιάζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στην υποκλίμακα «Συγχώρεση του εαυτού» ανάμεσα στους Χριστιανούς Ορθόδοξους, στους μουσουλμάνους και στους άθεους με p-τιμή 0.038.

Πίνακας 14 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test

Παρακολούθηση σχολείου		N	Mean	t	df	Sig.
Συγχώρεση του εαυτού	Ναι	68	28.9	2.122	74	0.037
	Όχι	8	24.8			
Συγχώρεση των άλλων	Ναι	68	26.6	1.193	74	0.237
	Όχι	8	24.1			
Συγχώρεση καταστάσεων	Ναι	68	26.6	1.193	74	0.237
	Όχι	8	24.1			
Συνολική βαθμολογία συγχωρητικότητας	Ναι	68	83.6	1.973	74	0.052
	Όχι	8	73.9			

Σχετικά με την παρακολούθηση σχολείου παρουσιάζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στην υποκλίμακα «Συγχώρεση του εαυτού» ανάμεσα σε αυτούς που παρακολουθούν και σε αυτούς που δεν παρακολουθούν με p-τιμή 0.037.

Πίνακας 15 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα F-test για την πηγή εισοδήματος

		N	Mean	SD	F	Sig.
Συγχώρεση του εαυτού	Εργασία	55	29.73	5.489	6.825	0.002
	Πρόνοια	3	23.67	.577		
	Επίδομα ανεργίας	11	24.00	4.336		
	Total	69	28.55	5.676		
Συνολική βαθμολογία συγχωρητικότητας	Εργασία	55	86.09	14.104	3.235	0.046
	Πρόνοια	3	73.33	4.933		
	Επίδομα ανεργίας	11	76.73	10.374		
	Total	69	84.04	13.843		

Σχετικά με την πηγή εισοδήματος των ερωτηθέντων υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες «Συγχώρεση του εαυτού» και «Συνολική βαθμολογία συγχωρητικότητας» ανάμεσα σε όσους η πηγή του εισοδήματος είναι η εργασία, η πρόνοια και το επίδομα ανεργίας με αντίστοιχη p-τιμή 0.002 και 0.046.

Πίνακας 16 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test

Χρόνιο πρόβλημα υγείας;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Συγχώρεση των άλλων	Ναι	21	24.0	4.9	-2.129	78	0.036
	Όχι	59	27.0	5.6			
Συγχώρεση καταστάσεων	Ναι	21	24.0	4.9	-2.129	78	0.036
	Όχι	59	27.0	5.6			
Συνολική βαθμολογία συγχωρητικότητας	Ναι	21	76.6	12.0	-2.351	78	0.021
	Όχι	59	84.3	13.2			

Αναφορικά με το αν έχουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας οι ερωτηθέντες, παρουσιάζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες «Συγχώρεση των άλλων», «Συγχώρεση καταστάσεων» και «Συνολική βαθμολογία συγχωρητικότητας» ανάμεσα σε αυτούς που έχουν και σε αυτούς που δεν έχουν με αντίστοιχη p-τιμή 0.036, 0.036 και 0.021.

Πίνακας 17 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test

Έχετε νοσηλευτεί σε νοσοκομείο;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Συγχώρεση του εαυτού	Ναι	35	26.97	4.211	-2.038	84.000	0.045
	Όχι	51	29.31	5.829			
Συνολική βαθμολογία συγχωρητικότητας	Ναι	35	79.20	11.463	-2.014	84.000	0.047
	Όχι	51	85.04	14.274			

Σύμφωνα με την ερώτηση «Έχετε νοσηλευτεί σε νοσοκομείο;» παρουσιάζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες «Συγχώρεση του εαυτού» και «Συνολική βαθμολογία συγχωρητικότητας» ανάμεσα σε αυτούς που έχουν νοσηλευτεί και σε αυτούς που δεν έχουν με αντίστοιχη p-τιμή 0.045 και 0.047.

Πίνακας 18 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test

Φύλο		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Ιδεοψυχαναγκασμός	Άνδρας	22	7.3	7.8	-2.124	84.000	0.037
	Γυναίκα	64	11.2	7.5			
Διαπροσωπική ευαισθησία	Άνδρας	22	5.0	5.2	-3.172	84.000	0.002
	Γυναίκα	64	9.6	6.2			
Κατάθλιψη	Άνδρας	22	7.5	7.6	-2.823	84.000	0.006
	Γυναίκα	64	13.8	9.5			
Άγχος	Άνδρας	22	4.4	6.2	-2.354	84.000	0.021
	Γυναίκα	64	8.8	8.0			
Φοβικό άγχος	Άνδρας	22	1.7	2.9	-2.007	84.000	0.048
	Γυναίκα	64	4.0	5.0			
Ψυχωτισμός	Άνδρας	22	3.4	3.0	-2.335	84.000	0.022
	Γυναίκα	64	6.5	6.1			
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	Άνδρας	22	0.5	0.5	-2.517	84.000	0.014
	Γυναίκα	64	0.9	0.6			
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	Άνδρας	22	28.3	18.8	-2.724	84.000	0.008
	Γυναίκα	64	42.3	21.4			

Όπως φαίνεται και στα αποτελέσματα του ελέγχου t-test στον παραπάνω πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες «Ιδεοψυχαναγκασμός», «Διαπροσωπική ευαισθησία», «Κατάθλιψη», «Άγχος», «Φοβικό άγχος», «Ψυχωτισμός», «Γενικός δείκτης συμπτωμάτων» και «Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων» μεταξύ των ανδρών και των γυναικών με αντίστοιχη p-τιμή 0.037, 0.002, 0.006, 0.021, 0.048, 0.022, 0.014 και 0.008.

Πίνακας 19 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα F-test για το εκπαιδευτικό επίπεδο

		N	Mean	SD	F	Sig.
Ψυχωτισμός	Αναλφάβητος	7	7.00	4.933	2.606	0.031
	Απόφοιτος Δημοτικού	14	6.71	4.921		
	Απόφοιτος Γυμνασίου	10	9.20	8.270		
	Απόφοιτος Λυκείου	24	6.58	6.659		
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	23	2.65	2.208		
	Φοιτητής ΑΕΙ/ΤΕΙ	8	5.50	4.375		
	Total	86	5.79	5.655		

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου ANOVA που πραγματοποιήθηκε, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στην υποκλίμακα «Ψυχωτισμός» ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων με p-τιμή να είναι ίση με 0.031.

Πίνακας 20 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα F-test για την επαγγελματική κατάσταση

		N	Mean	SD	F	Sig.
Σωματοποίηση	Άνεργος	17	14.47	11.369	6.024	0.000
	Εποχικά απασχολούμενος	21	11.90	7.918		
	Σταθερή εργασία	28	5.79	6.179		
	Συνταξιούχος	9	10.00	10.724		
	Οικιακά	8	20.63	6.948		
	Total	83	11.00	9.464		
Ιδεοψυχαναγκασμός	Άνεργος	17	12.76	10.275	5.995	0.000
	Εποχικά απασχολούμενος	21	12.29	6.109		
	Σταθερή εργασία	28	6.57	5.834		
	Συνταξιούχος	9	9.00	4.717		
	Οικιακά	8	18.88	5.987		
	Total	83	10.73	7.767		
Διαπροσωπική ευαισθησία	Άνεργος	17	10.18	7.519	7.038	0.000
	Εποχικά απασχολούμενος	21	10.81	4.676		
	Σταθερή εργασία	28	5.39	4.508		
	Συνταξιούχος	9	4.89	3.586		
	Οικιακά	8	14.75	7.440		
	Total	83	8.59	6.286		
Κατάθλιψη	Άνεργος	17	12.65	11.597	5.612	0.001
	Εποχικά απασχολούμενος	21	14.81	8.016		
	Σταθερή εργασία	28	7.39	6.973		
	Συνταξιούχος	9	14.33	5.148		
	Οικιακά	8	22.38	10.569		
	Total	83	12.54	9.497		

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου ANOVA που πραγματοποιήθηκε, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες «Σωματοποίηση», «Ιδεοψυχαναγκασμός», «Διαπροσωπική ευαισθησία», «Κατάθλιψη», «Άγχος», «Φοβικό άγχος», «Παρανοειδή ιδεασμό» «Ψυχωτισμός», «Γενικός δείκτης συμπτωμάτων», «Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων» και «Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων» ανάλογα με την επαγγελματική τους κατάσταση, με p-τιμές < 0.05.

Πίνακας 21 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα F-test για την επαγγελματική κατάσταση

		N	Mean	SD	F	Sig.
Άγχος	Άνεργος	17	10.94	10.244	9.368	0.000
	Εποχικά απασχολούμενος	21	9.81	6.226		
	Σταθερή εργασία	28	3.00	4.163		
	Συνταξιούχος	9	6.00	4.416		
	Οικιακά	8	17.25	6.840		
	Total	83	8.05	7.841		
Φοβικό άγχος	Άνεργος	17	5.06	6.118	5.371	0.001
	Εποχικά απασχολούμενος	21	3.76	4.036		
	Σταθερή εργασία	28	1.82	3.175		
	Συνταξιούχος	9	1.89	2.261		
	Οικιακά	8	9.38	6.301		
	Total	83	3.71	4.855		
Παρανοειδή ιδεασμό	Άνεργος	17	6.06	4.879	3.261	0.016
	Εποχικά απασχολούμενος	21	7.86	4.693		
	Σταθερή εργασία	28	5.25	4.664		
	Συνταξιούχος	9	4.89	4.676		
	Οικιακά	8	11.38	5.317		
	Total	83	6.63	5.036		
Ψυχωτισμός	Άνεργος	17	6.35	6.698	10.233	0.000
	Εποχικά απασχολούμενος	21	7.33	4.487		
	Σταθερή εργασία	28	2.61	2.378		
	Συνταξιούχος	9	4.89	3.919		
	Οικιακά	8	14.25	7.086		
	Total	83	5.94	5.701		

Με βάση τα αποτελέσματα του παραπάνω ελέγχου ANOVA, παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες «Άγχος», «Φοβικό άγχος», «Παρανοειδής ιδεασμός» και «Ψυχωτισμός» ανάλογα με την επαγγελματική τους κατάσταση, με p-τιμές < 0.05.

Πίνακας 22 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα F-test για την επαγγελματική κατάσταση

		N	Mean	SD	F	Sig.
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	Ανεργος	17	1.004	0.841	7.515	0.000
	Εποχικά απασχολούμενος	21	0.998	0.495		
	Σταθερή εργασία	28	0.501	0.415		
	Συνταξιούχος	9	0.746	0.372		
	Οικιακά	8	1.643	0.580		
	Total	83	0.867	0.641		
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	Ανεργος	17	1.758	0.628	3.748	0.008
	Εποχικά απασχολούμενος	21	1.892	0.521		
	Σταθερή εργασία	28	1.592	0.388		
	Συνταξιούχος	9	1.823	0.503		
	Οικιακά	8	2.314	0.287		
	Total	83	1.797	0.517		
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	Ανεργος	17	45.53	25.224	7.740	0.000
	Εποχικά απασχολούμενος	21	45.90	14.522		
	Σταθερή εργασία	28	26.18	18.491		
	Συνταξιούχος	9	37.33	16.248		
	Οικιακά	8	62.75	14.518		
	Total	83	39.87	21.533		

Από τα αποτελέσματα του ελέγχου ANOVA που πραγματοποιήθηκε, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες «Γενικός δείκτης συμπτωμάτων», «Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων» και «Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων» ανάλογα με την επαγγελματική τους κατάσταση, με p-τιμές < 0.05.

Πίνακας 23 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test

Έχετε χρησιμοποιήσει υπηρεσία υγείας;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	Ναι	63	1.765	.486	2.659	68	0.010
	Όχι	7	1.266	.273			

Όπως φαίνεται και στα αποτελέσματα του ελέγχου t-test στον παραπάνω πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στην υποκλίμακα «Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων» ανάμεσα στα άτομα που έχουν χρησιμοποιήσει υπηρεσία υγείας και στα άτομα που δεν έχουν με p-τιμή να είναι ίση με 0.010.

Πίνακας 24 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test

Χρόνιο πρόβλημα υγείας;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σωματοποίηση	Ναι	21	16.29	11.697	3.274	79	0.002
	Όχι	60	8.92	7.690			
Ιδεοψυχαναγκασμός	Ναι	21	15.19	8.992	3.346	79	0.001
	Όχι	60	8.97	6.682			
Διαπροσωπική ευαισθησία	Ναι	21	12.33	8.230	3.345	79	0.001
	Όχι	60	7.28	4.951			
Κατάθλιψη	Ναι	21	20.19	10.971	4.844	79	0.000
	Όχι	60	9.98	7.189			
Άγχος	Ναι	21	12.14	10.011	3.109	79	0.003
	Όχι	60	6.33	6.224			
Επιθετικότητα	Ναι	21	6.67	5.342	2.522	79	0.014
	Όχι	60	3.68	4.413			
Φοβικό άγχος	Ναι	21	6.00	6.701	2.729	79	0.008
	Όχι	60	2.77	3.743			
Παρανοειδή ιδεασμό	Ναι	21	8.29	5.178	1.842	79	0.069
	Όχι	60	5.97	4.892			
Ψυχωτισμός	Ναι	21	8.86	7.964	2.798	79	0.006
	Όχι	60	4.95	4.370			
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	Ναι	21	1.287	0.797	3.860	79	0.000
	Όχι	60	0.711	0.497			
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	Ναι	21	2.082	0.476	2.975	79	0.004
	Όχι	60	1.715	0.490			
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	Ναι	21	52.38	22.344	3.460	79	0.001
	Όχι	60	35.03	18.824			

Όπως φαίνεται και στα αποτελέσματα του ελέγχου t-test στον παραπάνω πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες «Σωματοποίηση», «Ιδεοψυχαναγκασμός», «Διαπροσωπική ευαισθησία», «Κατάθλιψη», «Άγχος», «Επιθετικότητα», «Φοβικό άγχος», «Ψυχωτισμός», «Γενικός δείκτης συμπτωμάτων», «Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων» και «Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων» ανάλογα με το αν έχουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή όχι με p-τιμές < 0.05.

Πίνακας 25 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test

Υπαρξη προβλήματος υγείας σε μέλος της οικογένειας;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Συναισθηματική μοναξιά	Ναι	38	2.3	2.1	-2.563	79	0.012
	Όχι	43	3.4	2.0			
Κοινωνική μοναξιά	Ναι	38	3.1	1.3	2.185	79	0.032
	Όχι	43	2.4	1.4			

Σχετικά με τα αποτελέσματα του ελέγχου t-test στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες «Συναισθηματική μοναξιά» και «Κοινωνική μοναξιά» ανάμεσα στα άτομα όπου έχουν κάποιο μέλος της οικογένειας με πρόβλημα υγείας και στα άτομα που δεν έχουν με αντίστοιχη p-τιμή 0.012 και 0.032.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Συζήτηση

Στις μέρες μας, γίνεται συχνά η σύνδεση των ψυχολογικών, διαπολιτισμικών και διαθρησκευτικών χαρακτηριστικών με την ποιότητα ζωής των ατόμων και την ικανοποίηση αυτών από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Οι μειονοτικές ομάδες αποτελούν το επίκεντρο της παρούσας εργασίας. Οι συνθήκες με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι σε καθημερινή βάση και ο τρόπος με τον οποίο αυτές επιδρούν στην ποιότητα ζωής τους.

Σχετικά με τα επίπεδα συγχωρητικότητας των ερωτηθέντων ως προς τον ίδιο τους τον εαυτό, ως προς τους άλλους, αλλά και ως προς τις καταστάσεις που αντιμετωπίζουν διεξάχθηκαν ορισμένα συμπεράσματα. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε πως το φύλο και το θρήσκευμα δεν παίζουν κανέναν απολύτως ρόλο. Αντιθέτως, ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων επηρεάζεται το επίπεδο συγχώρεσης των άλλων και των καταστάσεων και μάλιστα φαίνεται πως είναι καλύτερη για τους απόφοιτους ΑΕΙ/ΤΕΙ αφού είναι εκείνοι με τη μεγαλύτερη μέση τιμή. Επίσης, διαπιστώνουμε πως η συγχώρεση των άλλων επηρεάζεται μόνο από το μορφωτικό επίπεδο και αν οι ίδιοι έχουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας. Σε γενικότερο πλαίσιο συγχώρεσης φαίνεται να επιδρούν η επαγγελματική κατάσταση των ερωτηθέντων, η πηγή εισοδήματός τους, η ύπαρξη ή όχι κάποιου χρόνιου προβλήματος υγείας και αν έχουν νοσηλευτεί σε κάποιο νοσοκομείο. Μάλιστα, μεγαλύτερα επίπεδα συγχώρεσης παρουσιάζουν τα άτομα με σταθερή εργασία, τα άτομα που έχουν ως πηγή εισοδήματος την εργασία, τα άτομα που δεν έχουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας και τα άτομα που δεν έχουν νοσηλευτεί σε κάποιο νοσοκομείο. Η επαγγελματική κατάσταση, το θρήσκευμα, η παρακολούθηση ή όχι σχολείου, η πηγή εισοδήματος και η νοσηλεία σε νοσοκομείο επηρεάζουν το βαθμό συγχωρητικότητας προς τον ίδιο τους τον εαυτό. Παρατηρείται και εδώ πως τα άτομα με σταθερή εργασία και πηγή εισοδήματος την εργασία, καθώς και οι χριστιανοί ορθόδοξοι, τα άτομα που παρακολουθούν σχολείο και δεν έχουν νοσηλευτεί σε νοσοκομείο

έχουν μεγαλύτερα επίπεδα συγχωρητικότητας για τον εαυτό τους αφού είναι εκείνοι με τη μεγαλύτερη μέση τιμή.

Στη συνέχεια, εξετάστηκε η επιρροή των διαστάσεων ψυχοπαθολογίας, όπου συμπεραίνουμε πως το άγχος, η κατάθλιψη, ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων καθώς και το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων επηρεάζεται από το φύλο των ερωτηθέντων και μάλιστα, οι γυναίκες είναι εκείνες που τα εμφανίζουν σε μεγαλύτερα επίπεδα καθώς παρουσίασαν μεγαλύτερη μέση τιμή σε όλες τις παραπάνω υποκλίμακες. Η επαγγελματική κατάσταση των ερωτηθέντων φαίνεται πως επιδρά όλες τις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας. Ειδικότερα, τα άτομα με απασχόληση τα οικιακά παρουσιάζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές από τους υπόλοιπους κλάδους, των εποχιακά απασχολούμενων, αυτών με σταθερή εργασία, των συνταξιούχων, καθώς και των ανέργων. Επιπρόσθετα, βρέθηκε διαφορά στα άτομα που έχουν χρησιμοποιήσει κάποια υπηρεσία υγείας σε αντίθεση με αυτά που δεν έχουν στο δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων. Ανάλογα με το αν έχουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας και ειδικότερα όσοι δεν έχουν εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή σε όλες τις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας εκτός του παρανοειδή ιδεασμού. Τα επίπεδα της μοναξιάς φαίνεται να επηρεάζονται μόνο αν οι ερωτηθέντες έχουν κάποιο μέλος της οικογένειάς τους με πρόβλημα υγείας. Επομένως, τα περισσότερα διαπολιτισμικά χαρακτηριστικά που προέρχονται από μειονοτικές ομάδες δεν επηρεάζουν τα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας και μετέπειτα την ποιότητα ζωής τους.

3.2 Περιορισμοί έρευνας και προτάσεις

Η παρούσα έρευνα ανεξάρτητα από τη σημαντικότητά της παρουσιάζει και ορισμένους περιορισμούς που σε επόμενη έρευνα θα μπορούσαν να βελτιωθούν. Ο σημαντικότερος περιορισμός είναι πως η διεξαγωγή αποτελεσμάτων έγινε μόνο με τη χρήση ερωτηματολογίων και ποσοτική μέθοδο ενώ με την ποιοτική μέθοδο θα μπορούσαν να αντληθούν περισσότερες λεπτομέρειες και πιο ουσιαστικά στοιχεία.

Η αναγκαιότητα διεξαγωγής της μελέτης ήταν πάρα πολύ μεγάλη. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες εστιασμένες στα ψυχολογικά, διαπολιτισμικά και διαθρησκευτικά χαρακτηριστικά των ανθρώπων σε σχέση με την ποιότητα ζωής τους. Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε, ότι τα προσδοκώμενα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης θα οδηγήσουν σε επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων αναφορικά με τη διασύνδεση των χαρακτηριστικών μειονοτικών ομάδων με τα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας και σε δεύτερο στάδιο με την ποιότητα ζωής τους. .

Πιστεύουμε ότι με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης τόσο οι ερευνητές όσο και οι επαγγελματίες υγείας θα κατανοήσουν τη σημασία της ποιότητας ζωής χωρίς να λαμβάνουν υπ' όψη τους τα ιδιαίτερα διαπολιτισμικά χαρακτηριστικά του καθενός, όπως είναι αυτά των μουσουλμάνων, συμβάλλοντας έτσι σε καλύτερα επίπεδα ευζωίας τους και ακόμα περισσότερο στην γενικότερη ευημερία του πληθυσμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., & Χριστοπούλου, Γ. (2001). Ποιότητα Ζωής και Ψυχική Υγεία: Εννοιολογικές Προσεγγίσεις, Κλινικές Εφαρμογές και Αξιολόγηση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18, (3), 239-253.
- [2] Υφαντόπουλος, Γ. & Σαρρής, Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής: Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2001, 18(3): 218-229.
- [3] Ποταμιάνος, Γ. (1995). Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- [4] Lipowski, Z.J. (1984). What does the word Psychosomatic really mean? A historical and Semantic Inquiry. *Psychosomatic Medicine*, 46: 153-171.
- [5] Utsey, S. O., Chae, M. H., Brown, C. F., & Kelly, D. (2002). Effects of ethnic group membership on ethnic identity, race-related stress and quality of life. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 8, 366-377.
- [6] McKenzie, K. (2003). Racism and health. *British Medical Journal*, 326, 65-76.
- [7] Wilkins, R., Gendron, F., & Berthelot, J. (2005). Dynamics of Immigrants' Health in Canada: Evidence from the National Population Health Survey. Ανάκτηση από <http://publications.gc.ca/Collection/Statcan/82-618-M/82-618-MIE2005002.pdf>. 14-11-2012.
- [8] Fine, M. J. (2005). The role of race and genetics in health disparities research. *American Journal of Public Health*, 95(12), 2125-2128.
- [9] World Health Organization (2001). *World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Copenhagen: Regional Office for Europe.
- [10] Harris, R., Tobias, M., Jeffreys, M., Waldegrave, K., Karlsen, S., & Nazroo, J. (2006). Racism and health: the relationship between experience of racial discrimination and health in New Zealand. *Social Science of Medicine*, 63(6), 1428-1441.

- [11] Williams, D. R., Neighbors, H. W., & Jackson, J. S. (2003). Racial/Ethnic discrimination and health: Findings from community studies. *American Journal of Public Health: Racism and Health*, 93(2), 200-208.
- [12] Χρυσοχόου, Ξ. (2005). Πολυπολιτισμική πραγματικότητα: Οι κοινωνιο-ψυχολογικοί προσδιορισμοί της πολιτισμικής πολλαπλότητας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- [13] Δαμανάκης, Μ. (2007). Ταυτότητες και εκπαίδευση στη διασπορά. Αθήνα: Gutenberg.
- [14] Miller WR. (1999). Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners. American Psychological Association, Washington.
- [15] Μαριόρας, Μ. & Ρόζενμπεργκ, Θ. (2013). Διαθρησκευτική Ιατρική Ισλάμ, ιδιαιτερότητες κατά την προσέγγιση αλλόθρησκων ασθενών, *Archives of Hellenic Medicine* 30(2), 229-232.
- [16] Sarwar G. (1980). Islam: Beliefs and teachings. London Muslim Educational Trust, London:33.
- [17] Patterson CH. (1978). Cross-cultural or intercultural psychotherapy. *Int J Adv Counsel* 1:232-233.
- [18] Sue DW & Sue D. (1999). Counseling the culturally different, theory and practice. 3rd ed. John Wiley & Sons, New York:208.
- [19] Kulwicki A. (1996). Health issues among Arab Muslim families. In: Aswad B, Bilge B (eds) Family and gender among American Muslims. Temple University Press, Philadelphia:195.
- [20] Walsh R. (1999). Essential spirituality: The seven central practices to awaken heart and mind. Wiley, New York: 131,180
- [21] Taylor, C., Lillis, C. & Le Mone, P., 2006. Fundamentals of Nursing Practice: The Art & Science of Nursing. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από. Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
- [22] Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, Thomas H. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment* 2002, 6(32):1-2.