



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**



---

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

της

**ΣΤΥΛΙΑΝΗΣ Α. ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ**

Καθηγήτριας Εφαρμογών Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

**"ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΩΝ  
ΤΣΙΓΓΑΝΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΟΥΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΥΤΩΝ ΣΤΗ  
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥΣ"**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΣΚΕΝΤΕΡΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των

απαιτήσεων για την απόκτηση του Διδακτορικού Διπλώματος

Λάρισα, 2014

© 2014 Στυλιανή Κοτρώτσιου

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα (Ν. 5343/32 αρ. 202 παρ. 2).

**1<sup>ος</sup> Εξεταστής  
(Επιβλέπων)**

**Δρ. Νικόλαος Σκεντέρης**  
Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής,  
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

**2<sup>ος</sup> Εξεταστής**

**Δρ. Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης**  
Καθηγητής Πνευμονολογίας, Τμήμα Ιατρικής,  
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

**3<sup>ος</sup> Εξεταστής**

**Δρ. Μαίρη Γκούβα**  
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών,  
Τμήμα Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι. Ηπείρου

**4<sup>ος</sup> Εξεταστής**

**Δρ. Χρήστος Χατζηχριστοδούλου**  
Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας,  
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

**5<sup>ος</sup> Εξεταστής**

**Δρ. Δέσποινα Σαπουντζή-Κρέπια**  
Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής  
Πανεπιστημίου Frederick, Λευκωσία, Κύπρος

**6<sup>ος</sup> Εξεταστής**

**Δρ. Ελένη Ανδρέου**  
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδαγωγικής,  
Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης,  
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

**7<sup>ος</sup> Εξεταστής**

**Δρ. Κωνσταντίνος Μπονώτης**  
Λέκτορας Ψυχιατρικής, Τμήμα Ιατρικής,  
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Ευχαριστώ θερμά τον κ. Νικόλαο Σκεντέρη, Επίκουρο Καθηγητή Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και επιβλέποντα της παρούσας διατριβής, για την ιδιαίτερη εμπιστοσύνη που μου έδειξε όλα αυτά τα χρόνια, καθώς και για την ανάθεση της εκπόνησης αυτής της ερευνητικής μελέτης. Με τις πλατιές βιβλιογραφικές και κλινικές του γνώσεις μου έδωσε τόσο διέξοδο όσο και κατεύθυνση στην οργάνωση και δομή αυτής της εργασίας. Με το βαθύ σεβασμό του στην κάθε ανθρώπινη ύπαρξη έτσι και μαζί μου συνοδούπησε σε κάθε στιγμή αυτής της διαπολιτισμικής και επιστημονικής διαδρομής.

Ευχαριστώ τον κ. Κωνσταντίνο Γουργουλιάνη, Καθηγητή του Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και μέλος της τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής, για όλο αυτό το βίωμα της επιστημονικής μοιρασιάς στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος της «Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας». Ήταν για μένα μεγάλη τιμή να συνυπάρχω στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα με αρκετούς και διαφορετικούς ρόλους, ένα μεταπτυχιακό πρόγραμμα το οποίο κυριαρχείται από πολυδιάστατη επιστημονική σκέψη και στο οποίο διδάχθηκα τόσο τη σπουδαιότητα της μεθοδικότητας όσο και τη σημαντικότητα της ανθρώπινης φροντίδας.

Την κ. Μαίρη Γκούβα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Ηπείρου, ευχαριστώ θερμά, που δε με βοήθησε απλά, στα θέματα διεξαγωγής και συγγραφής της παρούσας επιστημονικής έρευνας, αλλά με δίδαξε - και θα αποτολμούσα να πω μου έμαθε - το Excel, το SPSS, την ανάλυση ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων, τα παραμετρικά και μη παραμετρικά τεστ, την πολλαπλή παλινδρόμηση αλλά και την ταπεινότητα της αληθινής γνώσης.

*Στυλιανή Κοτρώτσιου*

## ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ

Η Στυλιανή Κοτρώτσιου σπούδασε Νοσηλευτική στο τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Λάρισας και ειδικεύτηκε στην χειρουργική νοσηλευτική στο Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός».

Απέκτησε Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης στην «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» από το Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Εργάστηκε για 25 έτη στον κλινικό χώρο ως Νοσηλεύτρια και από το έτος 2009 είναι Καθηγήτρια Εφαρμογών στο τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Θεσσαλίας. Συμμετέχει στην επιτροπή πρακτικής άσκησης του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Ψυχική Υγεία».

Διδάσκει επίσης στα Μεταπτυχιακά Προγράμματα «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» και «Ψυχική Υγεία» συνεπικουρώντας στην διδασκαλία του μαθήματος «Φροντίδα στο σπίτι» και «Διαπολιτισμική φροντίδα».

Συμμετείχε σε 4 ερευνητικά προγράμματα (τα δύο με αμοιβή). Έχει 71 συνολικά ανακοινώσεις σε συνέδρια με κριτές (47 ανακοινώσεις σε εθνικά συνέδρια και 24 ανακοινώσεις σε διεθνή συνέδρια με δημοσιεύσεις σε τόμους περιλήψεων).

Έχει 20 δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά, (15 δημοσιεύσεις σε ελληνικά περιοδικά με κριτές και αποδελτίωση σε διεθνείς βάσεις) και 6 εισηγήσεις σε ημερίδες –σεμινάρια-στρογγυλές τράπεζες.

Διαθέτει αρκετές αναφορές από άλλους ερευνητές στο ερευνητικό της έργο. Το συγγραφικό της έργο εκτός από τη διπλωματική μεταπτυχιακή της εργασία περιλαμβάνει τη συγγραφή μιας μονογραφίας (ΑΡΧΙΜΗΔΗΣ), και την επιστημονική επιμέλεια κεφαλαίων σε 6 βιβλία. Υπήρξε μέλος οργανωτικών και επιστημονικών επιτροπών 9 συνεδρίων, σεμιναρίων, ημερίδων, αποτελεί μέλος της συντακτικής επιτροπής του περιοδικού «Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας». Έχει παρακολουθήσει πλήθος συνεδρίων, σεμιναρίων, ημερίδων κ.λ.π

**"ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΩΝ  
ΤΣΙΓΓΑΝΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΟΥΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΥΤΩΝ ΣΤΗ  
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥΣ"**

**ΣΤΥΛΙΑΝΗΣ Α. ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ**

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Ιατρικής, 2014

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

1. **Δρ. Νικόλαος Σκεντέρης**, Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής, Τμήμα Ιατρικής,  
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας **(Επιβλέπων)**
2. **Δρ. Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης**, Καθηγητής Πνευμονολογίας, Τμήμα Ιατρικής,  
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
3. **Δρ. Μαίρη Γκούβα**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών, Τμήμα  
Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Ηπείρου

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά είναι αλληλένδετα με τα κοινωνικά χαρακτηριστικά. Η σχέση αυτή είναι ιδιαίτερα έκδηλη σε μειονοτικούς πληθυσμούς με πολύ ξεχωριστή ταυτότητα, όπως είναι οι Τσιγγάνοι (Ρομά). Οι περιορισμένες οικονομικές τους δυνατότητες και ο νομαδικός τρόπος ζωής επιβαρύνουν την υγεία τους και οι διακρίσεις που αισθάνονται μειώνουν τα επίπεδα της ικανοποίησής τους από τα κοινωνικά συστήματα στα οποία προσπαθούν να ενταχθούν.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας διδακτορικής διατριβής είναι η διασύνδεση ορισμένων ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων (εξωτερική ντροπή, εσωτερική ντροπή, ψυχοπαθολογία, εχθρότητα, οικογενειακές σχέσεις και παροδικό-μόνιμο άγχος) των Τσιγγάνων (Ρομά) με την ποιότητα ζωής τους, αλλά και η διερεύνηση της επίδρασής τους στην Φροντίδα Υγείας τους.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Το δείγμα αποτέλεσαν Τσιγγάνοι (Ρομά) που διαμένουν στην ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλίας. Συνολικά δόθηκαν 500 ερωτηματολόγια σε Τσιγγάνους (Ρομά) από τα οποία συμπληρώθηκαν τα 361. Πιο συγκεκριμένα, τα ερωτηματολόγια τα συμπλήρωσαν 125 άνδρες Τσιγγάνοι (Ρομά) (34,6%) και 236 γυναίκες Τσιγγάνες (Ρομά) (65,4%).

Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: α) η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES), β) το Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ), γ) η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (Symptom Checklist 90-R - SCL-90), δ) η Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Άγχους του Spielberger (State - Trait Anxiety Inventory - STAI), ε) η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale-OAS) στ) η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale-ESS) και ακόμη ένα ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους, στοιχεία για τις συνθήκες διαβίωσης, τις σχολικές βασικές γνώσεις, το μηνιαίο εισόδημά τους, καθώς και την πηγή αυτού του εισοδήματος. Για την αναπαράστασή τους και τις στάσεις ως προς τη φροντίδα της υγείας τους, αλλά και την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας και άλλες ειδικές ανάγκες της παρούσας διατριβής δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο που σχεδιάστηκε και χορηγήθηκε για πρώτη φορά σε αυτή τη διατριβή. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 14 ερωτήσεις.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση εφαρμόστηκε για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, από την οποία προέκυψε, ότι: α) τα επίπεδα της ψυχοπαθολογίας στα άτομα Τσιγγάνοι (Ρομά) είναι ιδιαίτερα αυξημένα σε σχέση με τα επίπεδα που έχουν διαπιστωθεί στον γενικό Ελληνικό πληθυσμό, β) τα επίπεδα της εξωστρεφούς και εσωστρεφούς εχθρότητας στα άτομα Τσιγγάνοι (Ρομά) είναι ιδιαίτερα αυξημένα σε σχέση με τα επίπεδα που έχουν διαπιστωθεί στον γενικό Ελληνικό πληθυσμό, γ) τα επίπεδα του παροδικού και μόνιμου άγχους στα άτομα Τσιγγάνοι (Ρομά) είναι ιδιαίτερα αυξημένα σε σχέση με τα επίπεδα που έχουν διαπιστωθεί στον γενικό Ελληνικό πληθυσμό, δ) τα επίπεδα τόσο της εξωτερικής όσο και της εσωτερικής ντροπής στα άτομα Τσιγγάνοι (Ρομά) είναι ιδιαίτερα αυξημένα σε σχέση με τα επίπεδα που έχουν διαπιστωθεί στον γενικό Ελληνικό πληθυσμό, ε) αναδείχθηκαν τρεις ομάδες με περιεχόμενο τις αντιλήψεις τους για την υγεία και την παρεχόμενη φροντίδα. Η πρώτη ομάδα, με το όνομα «ικανοποιημένη και ολοκληρωμένη», η δεύτερη ομάδα, με το όνομα «ικανοποιημένη, υποβαθμισμένη και παθητική» και η τρίτη ομάδα, με το όνομα «αλλοτριωμένη και μη ικανοποιημένη».

**ΣΥΜΠΕΡΑΜΑΤΑ:** Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι τα προβλήματα και οι επιπτώσεις της αίσθησης διάκρισης από την κοινότητα των Τσιγγάνων (Ρομά) τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία τους είναι ιδιαίτερα σημαντικά και θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με την εξασφάλιση επαρκούς πολιτικής βούλησης και κοινωνικής συναίνεσης. Η θέσπιση μιας βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης των μειονοτικών κοινοτήτων με την εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Υγείας στην Ελληνική πραγματικότητα θα μπορούσε να βοηθήσει εμπράκτως τους Τσιγγάνους (Ρομά), που όπως διαπιστώθηκε από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης πραγματικά βάζονται ειδικά αυτή την περίοδο, περίοδο της Ελληνικής οικονομικής κρίσης.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Psychological features are interdependent with social features. This relevance is particularly evident in minorities with such a special identity like the minority of Roma people. Their restricted economic potential and their nomadic lifestyle aggravate their health status whereas the racial discrimination they face diminishes the satisfaction levels they derive from the social framework that they try to familiarize with.



**Aim:** The aim of the present dissertation is to affiliate some specific psychological and social factors (external shame, internal shame, psychopathology, hostility, family relations as well as transient and permanent anguish) of Roma people with the quality of life they experience. Moreover, the aim of this dissertation is to probe into the impact that these psychological and social factors have on their healthcare.

**Method and Materials:** The cross-section of the population that was used in the present study concerned Roma people living in Thessaly. 500 questionnaires were handed out to Roma people from whom 361 were completed. More specifically, the questionnaires were filled in by 125 Roma men ( 34.6%) and by 236 Roma women ( 65.4%).

The research tools that were utilized were: a) Family Environment Scale, Form R-FES, b) Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ, c) Symptom Checklist 90-R - SCL-90, d) State - Trait Anxiety Inventory – (STAI) Spielberger, e) Other As Shamer Scale OAS, f) Experience of Shame Scale-ESS, as well as another questionnaire that incorporated questions concerning their social and demographic data, data about their living conditions, their basic knowledge derived from school, their monthly income and the source of this income. A special and unique questionnaire was devised exclusively for this dissertation and was used for the very first time in this dissertation. It measures their depiction and the registration of their attitude towards their healthcare, as well as their satisfaction from health services and for some other specific requirements of the present dissertation. This questionnaire consists of 14 questions.

**Results:** Single-factor and multi-factor analysis was completed regarding the statistical data processing and the major deductions were the following: a) the psychopathology levels of Roma people are significantly increased, in comparison with the general Greek population, b) the levels of introvert and extrovert hostility within the Roma people are significantly

increased in comparison with the ones that have been established to the general Greek population, c) the levels of the transient and the permanent anguish within the Roma people are significantly increased by comparison with the ones that have been established to the general Greek population, d) the levels of both the external and the internal shame within the Roma people are significantly increased by comparison with the ones that have been established to the general Greek population, e) three groups emerged considering their approaches to health and the health care that is provided: the first group, named “satisfied and consummated”, the second group named “satisfied, downgraded and with passive obedience” and the third group named “alienated and not satisfied”.

**Conclusions:** We could argue that the problems and implications of sense of discrimination from the community of Roma are particularly important both in mental and physical health and could be addressed by ensuring adequate political will and social consensus. The adoption of a biopsychosocial approach to minority communities with the development of primary health care in Greek reality could help the Roma in deep, which was found by the findings of this study are really influenced especially at this period, period of Greek economic crisis.

## Πίνακας Περιεχομένων

Εισαγωγή .....	15
<b>ΜΕΡΟΣ Ι</b>	
Κεφάλαιο 1ο .....	20
Η ειδική περίπτωση των Τσιγγάνων (Ρομά) .....	20
Ψυχολογικά χαρακτηριστικά των Τσιγγάνων (Ρομά).....	21
Ιστορική Προσέγγιση της Ψυχικής Καταπόνησης των Τσιγγάνων (Ρομά) .....	24
Κοινωνική οργάνωση-οικογένεια Τσιγγάνων (Ρομά) .....	25
Κεφάλαιο 2ο .....	29
.....	29
Εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας ζωής .....	29
Διασύνδεση ψυχολογικών- κοινωνικών χαρακτηριστικών των Τσιγγάνων (Ρομά) με την ποιότητα της υγείας τους και την εν γένει ποιότητα ζωής τους .....	30
Συνθήκες διαβίωσης-πολιτισμικό υπόβαθρο και πως επηρεάζουν την ποιότητα υγείας των Τσιγγάνων (Ρομά).....	32
Οι πολιτισμικές διαφορές των Τσιγγάνων (Ρομά) και πως επηρεάζουν την ποιότητα της υγείας τους .....	34
Κεφάλαιο 3ο .....	38
.....	38
Η έννοια της Φροντίδας Υγείας .....	38
Οι πεποιθήσεις των Τσιγγάνων (Ρομά) για την υγεία και η επίπτωση αυτών στη φροντίδα υγείας .....	41

Κεφάλαιο 4ο .....	44
.....	44
Το φύλο ως παράγοντας που άπτεται θεμάτων φροντίδας υγείας στους Τσιγγάνους (Ρομά).....	44
Οι παραδόσεις-δοξασίες των Τσιγγάνων (Ρομά) και πως επηρεάζουν την φροντίδα υγείας τους .....	50
Διαχείριση του πένθους από τους Τσιγγάνους (Ρομά) .....	54
<b>ΜΕΡΟΣ II</b>	
1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης .....	60
Ερευνητικές Υποθέσεις .....	62
2. Υλικό και Μέθοδος.....	64
2.1 Δείγμα .....	65
2.2 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία .....	65
2.3 Στατιστική επεξεργασία .....	73
3. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης.....	76
3.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων.....	76
4. Περιγραφή και κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων .....	77
5. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων .....	79
5.1. Κλίμακες που μελετήθηκαν .....	80
5.3 Διαφοροποιήσεις μεταξύ Ατόμων Τσιγγάνων (Ρομά) ως προς το φύλο .....	88
5.4 Διαφοροποιήσεις μεταξύ Ατόμων Τσιγγάνων (Ρομά) ως προς το αν νοσηλεύτηκαν κάποια φορά σε νοσοκομείο .....	91
5.5 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών Μηνιαίου Εισοδήματος των Τσιγγάνων (Ρομά).....	95

5.6 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Πηγής του Μηνιαίου Εισοδήματος των Τσιγγάνων (Ρομά).....	99
5.7 Αναλυτική περιγραφή των διαφοροποιήσεων των πηγών εισοδημάτων των Τσιγγάνων (Ρομά)	103
5.8 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών ως προς την ανάγκη των Τσιγγάνων (Ρομά) να κάνουν δώρο στο γιατρό τους κατά τη διάρκεια μιας νοσηλείας .....	105
5.9 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις της Επίδρασης των Βασικών Σχολικών Γνώσεων στην Ψυχοπαθολογία των Τσιγγάνων (Ρομά) με General Linear Model.....	110
5.10 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις της Επίδρασης των Βασικών Σχολικών Γνώσεων στα Επίπεδα Εξωτερικής και Εσωτερικής Ντροπής των Τσιγγάνων (Ρομά) με General Linear Model .....	111
5.11 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις της Επίδρασης των Βασικών Σχολικών Γνώσεων στην Εχθρότητα των Τσιγγάνων (Ρομά) με το General Linear Model .....	113
5.12 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις της Επίδρασης των Βασικών Σχολικών Γνώσεων στις Οικογενειακές Σχέσεις των Τσιγγάνων (Ρομά) με το General Linear Model	115
5.13 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις της Επίδρασης των Βασικών Σχολικών Γνώσεων στο Παροδικό και Μόνιμο Άγχος των Τσιγγάνων (Ρομά) με το General Linear Model .....	117
6. Αποτελέσματα Πολλαπλής Παλινδρόμησης .....	118
7. Αντιλήψεις και Στάσεις των Τσιγγάνων (Ρομά) για το σύστημα υγείας και φροντίδας και κατάταξη σε ομοιογενείς ομάδες με την εφαρμογή K-means cluster analysis .....	126
A. Χαρακτηριστικά της ομάδας που ονομάστηκε «ικανοποιημένη και ολοκληρωμένη»	137

B. Χαρακτηριστικά της ομάδας που ονομάστηκε «ικανοποιημένη, υποβαθμισμένη και παθητική».....	137
Γ. Χαρακτηριστικά της ομάδας που ονομάστηκε «αλλοτριωμένη και μη ικανοποιημένη» .....	138
8. Συζήτηση .....	142
8.1. Οριοθετήσεις.....	142
8.2. Το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των ατόμων Τσιγγάνων (Ρομά).....	143
8.3 Τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας των ατόμων Τσιγγάνων (Ρομά) .....	145
8.3 Τα επίπεδα εχθρότητας των ατόμων Τσιγγάνων (Ρομά) .....	152
8.4 Τα επίπεδα εξωτερικής ντροπής στους Τσιγγάνους (Ρομά) (OAS).....	156
8.5 Τα επίπεδα εσωτερικής ντροπής στους Τσιγγάνους (Ρομά) (ESS).....	157
8.5 Τα επίπεδα παροδικού και μόνιμου άγχους στους Τσιγγάνους (Ρομά) .....	158
8.6 Το οικογενειακό περιβάλλον και οι οικογενειακές σχέσεις στους Τσιγγάνους (Ρομά) .....	159
8.7 Κοινωνικο-ψυχολογικές διαφορές ανδρών και γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά).....	162
8.7 Αντιλήψεις και Στάσεις των Τσιγγάνων (Ρομά) για το σύστημα υγείας και φροντίδας .....	164
9. Συμπεράσματα .....	170
Βιβλιογραφία..... Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.	172.

## Εισαγωγή

Η συμβολή των κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων στην υγεία είναι ιδιαίτερα έκδηλη στους μειονοτικούς πληθυσμούς. Οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και η διαβίωσή τους σε περιβάλλον πολλές φορές ξένο προς το δικό τους πολιτισμικό και κοινωνικό σύστημα αξιών δημιουργεί συνθήκες που επηρεάζουν τη φροντίδα υγείας τους και συχνά διαπιστώνονται ανισότητες στην υγεία μεταξύ μειονοτήτων και της κυρίαρχης πλειονότητας.

Τα ιδιαίτερα πολιτισμικά χαρακτηριστικά των Τσιγγάνων, η παραμέληση της υγειονομικής τους φροντίδας και οι ελάχιστες μελέτες σχετικά με τη διασύνδεση των ψυχολογικών και κοινωνικών τους χαρακτηριστικών με τη φροντίδα υγείας τους αποτέλεσαν το κίνητρο για την εκπόνηση της παρούσας διδακτορικής διατριβής. Επίσης, στην παρούσα διδακτορική διατριβή προκύπτει, από πρόσφατα ερευνητικά ευρήματα, ένα σύνολο από ζητήματα που αποτελούν και που αφορούν τη διερεύνηση και τον προσδιορισμό των ποικίλων μηχανισμών που συνεισφέρουν στη διατήρηση του υγειονομικού χάσματος μεταξύ των Τσιγγάνων και της πλειονότητας.

Σκοπός της παρούσας διδακτορικής ερευνητικής πρότασης είναι η διερεύνηση της διασύνδεσης ορισμένων ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων (εξωτερική ντροπή, εσωτερική ντροπή, ψυχοπαθολογία, εχθρότητα, οικογενειακές σχέσεις, παροδικό-μόνιμο άγχος και τύποι δεσμού) των Τσιγγάνων με την ποιότητα ζωής τους, αλλά και τη διερεύνηση της επίδρασης των παραμέτρων αυτών στην Φροντίδα Υγείας τους.

Στόχος της παρούσας διδακτορικής έρευνας είναι να απαντηθεί το ερώτημα κατά πόσο η υγεία των Τσιγγάνων επηρεάζεται από τους παρακάτω παράγοντες:

- Συνθήκες διαβίωσης και κοινωνικό προφίλ (συνθήκες κατοικίας, επίπεδο εκπαίδευσης κλπ).
- Ύπαρξη διακρίσεων σε βάρος των Τσιγγάνων από τις Υπηρεσίες Υγείας.
- Εξωτερική ντροπή (ο τρόπος που βλέπουν οι «άλλοι» τους Τσιγγάνους και ο τρόπος αντίδρασης των Τσιγγάνων π.χ. αίσθημα ελλειμματικότητας και αποφυγή χρήσης υπηρεσιών).
- Εσωτερική ντροπή (ο τρόπος που βλέπουν οι Τσιγγάνοι τον εαυτό τους σε σχέση με τους άλλους και ο τρόπος αντίδρασής τους π.χ. αίσθημα κατωτερότητας).
- Ύπαρξη ψυχοπαθολογίας.
- Ύπαρξη ενεργητικής (προς τους άλλους) ή παθητικής (αυτοκαταστροφή) επιθετικότητας.

Σε ένα ευρύτερο επίπεδο, στόχος είναι να διερευνηθούν οι μύθοι που έχουν αναπτυχθεί γύρω από τους Τσιγγάνους, οι οποίοι επιτείνουν το στιγματισμό τους ως ιδιαίτερη πολιτισμική ομάδα, πράγμα που με τη σειρά του παράγει ρατσιστικές συμπεριφορές, προκαταλήψεις και διακρίσεις, ακόμα και από επαγγελματίες υγείας. Υπάρχει, λοιπόν, μεγάλη ανάγκη να γνωρίσουν οι επαγγελματίες υγείας τους Τσιγγάνους ως πληθυσμιακή ομάδα-στόχο, να κατανοήσουν τον πολιτισμό τους, ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν πιο αποτελεσματικά τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν. Επίσης, είναι γνωστό ότι σε Ευρωπαϊκό επίπεδο υπάρχουν προγράμματα για την κοινωνική ένταξη των Τσιγγάνων, που αποβλέπουν στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης (στέγαση, εκπαίδευση, εργασία κλπ). Στο επίπεδο της Υγείας, όμως, ο σχεδιασμός Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας για να έχει επιτυχία πρέπει να γνωρίζει τις πραγματικές ανάγκες της ομάδας-στόχου, αλλά και τις κοινωνικές και ψυχολογικές



παραμέτρους με τις οποίες θα πετύχει την επικοινωνία και αποδοχή της ομάδας – στόχου, ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι ευαισθητοποίησης και αλλαγής στάσεων.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας φιλοδοξούμε να είναι εξαιρετικά χρήσιμα για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των Τσιγγάνων στο επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, καθώς θα συνεισφέρουν πολύτιμες πληροφορίες για την οργάνωση Προγραμμάτων Υγείας, τα οποία θα είναι εστιασμένα στα συγκεκριμένα προβλήματα υγείας, που αφορούν τους Τσιγγάνους. Επιπλέον, η κατανόηση των ιδιαίτερων κοινωνικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών των Τσιγγάνων θα βελτιώσει τον τρόπο προσέγγισής τους από τους επαγγελματίες υγείας και θα μεγιστοποιήσει έτσι την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων.

Στην παρούσα διδακτορική διατριβή γίνεται συχνά η χρήση του όρου Ρομά και του όρου Τσιγγάνος. Το Ρόμηδες είναι μια ελληνική εκδοχή του Ρομ. Με την ονομασία 'Rom', το οποίο είναι και επικυρωμένο από το Πρώτο Παγκόσμιο Συνέδριο των Τσιγγάνων (Λονδίνο, 1971), καταγράφονται πλέον επίσημα απ' τον ΟΗΕ (1979) κι άλλους διεθνείς και μη οργανισμούς. Θα παρατίθεται εναλλάξ με το Τσιγγάνος, επειδή, επίσης, χρησιμοποιείται ως αυτοπροσδιορισμός από τους ίδιους.

Η διδακτορική διατριβή, αποτελείται από: το γενικό και το ειδικό μέρος.

1) Στο γενικό μέρος επιχειρείται μια ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, καθώς παρουσιάζεται: α) το γενικότερο πλαίσιο, ιστορικό και θεωρητικό, στο οποίο γίνεται αναφορά στην υπάρχουσα γνώση για τους Τσιγγάνους (Ρομά), την κοινωνική οργάνωση και την οικογένειά τους β) τα ψυχολογικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των Τσιγγάνων (Ρομά) και πώς αυτά επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους και την εν γένει φροντίδα της υγείας τους γ) οι πεποιθήσεις των Τσιγγάνων (Ρομά) για την υγεία και η επίπτωση αυτών στη φροντίδα υγείας, καθώς και η επίδραση φύλου ως παράγοντας που άπτεται θεμάτων φροντίδας υγείας στους Τσιγγάνους (Ρομά).

2) Στο ειδικό μέρος γίνεται α) αναλυτική παράθεση της μεθοδολογίας που χρησιμοποιήσαμε τόσο για τη συλλογή του υλικού όσο και για την επεξεργασία του, καθώς επίσης περιγράφονται τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν β) αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων γ) αποτελέσματα Πολλαπλής Παλινδρόμησης δ) οι αντιλήψεις και στάσεις των Τσιγγάνων για το σύστημα υγείας και φροντίδας και κατάταξη σε ομοιογενείς ομάδες με την εφαρμογή K-means cluster analysis.

3) Στη συζήτηση γίνεται σχολιασμός των αποτελεσμάτων και μια προσπάθεια να ερμηνευτούν αυτά σε σχέση με τα διαθέσιμα από τη βιβλιογραφία ερευνητικά δεδομένα. Οι περιορισμοί αυτής της έρευνας, οι μελλοντικές προοπτικές και τα συμπεράσματα αναφέρονται σε χωριστά υποκεφάλαια στο τέλος αυτής της ενότητας.

4) Στο τέλος παρατίθεται η βιβλιογραφία.

## ΜΕΡΟΣ Ι

### Η ειδική περίπτωση των Τσιγγάνων (Ρομά)

Οι Ρομά φαίνεται πως έλκουν την καταγωγή τους από την Ινδία, από όπου ξεκίνησαν την μετανάστευσή τους μετά τον 8ο αιώνα μΧ. Είναι ένας λαός χωρίς γραπτή γλώσσα, επομένως και ιστορία με την κλασική έννοια του όρου και με ένα μάλλον ανεξιχνίαστο παρελθόν. Πληροφορίες για την ιστορική τους διαδρομή και τις παραδόσεις τους προέρχονται από μη Ρομά, οι οποίοι μελέτησαν την πορεία και την γλώσσα τους (Ντούσας, 1997). Αν και διασκορπισμένοι ανά τον κόσμο οι Ρομά έχουν κοινή γλώσσα, την Ρομανί τσιμπ, η οποία χωρίζεται σε πολλές διαλέκτους (Ντούσας, 1997). Οι ρατσιστικές εκδηλώσεις εναντίον τους είναι συνηθισμένο φαινόμενο, με αποκορύφωμα το Ολοκαύτωμα της ναζιστικής Γερμανίας. Ο Reitcher (2001 p.291) αναφέρεται στην αυτοβιογραφία του Rudolf Hoes, διοικητή του Άουσβιτς από το 1940 έως το 1943. Ο Hoes περιγράφει τους Εβραίους και τους Τσιγγάνους κρατούμενους στο στρατόπεδο με διαφορετικούς τρόπους. Οι Εβραίοι παρουσιάζονται ως δολοπλόκοι και επικίνδυνοι, ενώ οι Τσιγγάνοι ως αφελείς, παιδαριώδεις και επικίνδυνοι. Ενώ ο Hoes «μετάνιωσε» για την εξόντωση των Τσιγγάνων, και οι δύο ομάδες στάλθηκαν στους θαλάμους αερίων (Χρυσοχόου, 2009 σ.167).

Οι Τσιγγάνοι για πρώτη φορά, σύμφωνα με ιστορικές αναδρομές, εμφανίζονται στο Βυζάντιο τον 14<sup>ο</sup> αιώνα και πολύ αργότερα εξαπλώνονται με μεγάλες μεταναστευτικές ομάδες και σε άλλες περιοχές των Βαλκανίων. Στην Ελλάδα εμφανίζονται τον 14<sup>ο</sup> αιώνα στην Κρήτη, στην Κέρκυρα, όπου αποκτούν φέουδο, αλλά και σε άλλες περιοχές της Ελλάδας (Ντούσας, 1997; Frazer, 1998; Κόμης, 1998).

Ο πολιτισμός τους χαρακτηρίζεται από αυτοαπασχόληση, επαγγελματική ρευστότητα και νομαδισμό (Liegeois & Gheorghe, 1995).

Σήμερα ο όρος Ρομ ή Ρομά ή Τσιγγάνος χρησιμοποιείται με ποικίλη σημασία. Συνήθως αναφέρεται σε εθνοτικές ομάδες που μιλούν παραλλαγές της γλώσσας Ρομανί. Με την ονομασία 'Rom', το οποίο είναι και επικυρωμένο από το Πρώτο Παγκόσμιο Συνέδριο των Τσιγγάνων (Λονδίνο, 1971), καταγράφονται πλέον επίσημα απ' τον ΟΗΕ (1979) κι άλλους διεθνείς και μη οργανισμούς.

Ο χαρακτηρισμός «Τσιγγάνοι» χρησιμοποιείται ευρύτατα: Tsigane (στη Γαλλία), Cikani (στην Τσεχία), Zigeuner (στην Ολλανδία και στη Γερμανία), Zingani (στην Ιταλία), Tigani (στην Ρουμανία), Cigani (στην Κροατία και τη Σερβία), Gitano (στην Ισπανία). Ο χαρακτηρισμός «Τσιγγάνοι» προέρχεται, κατά μια εκδοχή, από το «Ατίγγανοι», που αποτελεί νεολογισμό από τη λέξη «Αθίγγανοι» του 14ου αιώνα. Η λέξη « Αθίγγανος» προέρχεται, από το «α» στερητικό και το αρχαιοελληνικό ρήμα θιγγάνω (αγγίζω, ψηλαφώ), ίσως επειδή οι Τσιγγάνοι μετακινούνταν πολύ συχνά, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να τους «ψηλαφήσουν», να τους γνωρίσουν οι ντόπιοι, ένας χαρακτηρισμός που μαρτυρά με τον τρόπο του τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των Ρομά, τη διαφορετικότητά τους και τη δυσκολία αφομοίωσής τους από τις τοπικές κοινωνίες.

### **Ψυχολογικά χαρακτηριστικά των Τσιγγάνων (Ρομά)**

Η μελέτη των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των Τσιγγάνων θα πρέπει, όπως και για κάθε ομάδα με ιδιαίτερα πολιτισμικά χαρακτηριστικά, να συνδυάζεται με γνώση της κουλτούρας τους και ιστορίας τους, που στο πέρασμα των αιώνων έχουν διαμορφώσει και παγιώσει τρόπους σκέψης και ψυχικής έκφρασης. Επίσης, θα μπορούσε να υποστηριχτεί ότι τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά είναι αλληλένδετα με τα κοινωνικά

χαρακτηριστικά (Hoffmann et al, 2010). Η σχέση αυτή είναι ιδιαίτερα έκδηλη σε μειονοτικούς πληθυσμούς με πολύ ξεχωριστή ταυτότητα, όπως είναι οι Ρομά. Χαρακτηριστικό της κοινωνικής οργάνωσης των Ρομά είναι η έμφαση στον κολεκτιβισμό, σε αντίθεση με τον ατομικισμό. Ο κολεκτιβισμός περιγράφει μια σχέση ανάμεσα στα μέλη της ομάδας που δίνει έμφαση στην αλληλεξάρτησή τους. Στις κολεκτιβιστικές κουλτούρες, η αρμονία μεταξύ της ομάδας είναι η ύψιστη προτεραιότητα και το κέρδος του κάθε ατόμου ξεχωριστά έρχεται σε δεύτερη μοίρα, σε σχέση με τη βελτίωση του συνόλου της ομάδας. Γι αυτό και οι κοινωνικοί κανόνες είναι περισσότερο έκδηλοι σε τέτοιες κουλτούρες, ενώ σε κοινωνίες που η ατομικότητα βρίσκεται στο επίκεντρο τα προσωπικά επιτεύγματα αποκτούν προτεραιότητα. Σε κολεκτιβιστικές κουλτούρες οι ψυχικές διαταραχές, όπως οι κοινωνικές φοβίες που σχετίζονται μεταξύ άλλων και με τις αποκλίσεις της συμπεριφοράς από τους κανόνες της ομάδας, η κατάθλιψη και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι συχνότερες, σε σχέση με τις κοινωνίες που βασίζονται στην ατομικότητα. Στις τελευταίες απαντώνται πιο συχνά ο παρανοειδής ιδεασμός, η αντικοινωνική και ναρκισσιστική διαταραχή (Fessler, 2004; Li et al, 2004).

Ιδιαίτερη σημασία έχει η ντροπή, η οποία συνδέεται στενά με την πατριαρχική δομή και την προσήλωση στους κοινωνικούς κανόνες, αλλά και με τη δοξασία ότι το άνω ήμισυ του σώματος θεωρείται καθαρό, ενώ το κάτω δυνητικά μολυσμένο, αντίληψη που, λόγω της έμμηνης ρύσης, αφορά έντονα τις γυναίκες (εξαιρούνται οι μικρές κοπέλες και οι ηλικιωμένες γυναίκες). Η ροή του αίματος χωρίς εμφανές τραύμα μαρτυρά σωματική ακαθαρσία. Αυτή η αντίληψη για την ακαθαρσία του κάτω μέρους του γυναικείου σώματος τους δίνει τη δύναμη της απειλής μόλυνσης και, σε αυτό το πλαίσιο, μεγαλύτερη ελευθερία, αλλά και ταυτόχρονα τις καθιστά τρωτές στο αίσθημα της ντροπής και στον αποκλεισμό.

Στην περίπτωση μιας ψυχικής πάθησης ο στιγματισμός είναι διπλός. Πράγματι, ο Faye (2005) εισηγείται τη θεωρία του διπλού στίγματος, για τα μέλη μειονοτικών ομάδων που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια και χρήζουν της φροντίδας των υπηρεσιών υγείας. Μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρατηρείται σε μειονοτικές ομάδες λόγω των πολιτισμικών τους πεποιθήσεων, των συναισθημάτων ντροπής και του επακόλουθου του στίγματος και της μειωμένης συνεργασίας με τους επαγγελματίες υγείας (Brandby et al, 2007; Wynaden, 2005).

Συγκεκριμένα, προτείνει ότι οι μειονοτικές ομάδες που ήδη βιώνουν την προκατάληψη και τις διακρίσεις, λόγω της καταγωγής τους, υποφέρουν από διπλό στίγμα όταν έρχονται αντιμέτωποι με τα εμπόδια της ψυχικής ασθένειας. Η αρνητική επίδραση του στίγματος, κυρίως μέσα από το συναίσθημα της ντροπής με το οποίο είναι άμεσα συνδεδεμένο (Lewis, 1998), επιδρά αρνητικά σε πολλούς τομείς που αφορούν την αναζήτηση βοήθειας και την ποιότητα της φροντίδας. Συγκεκριμένα, η ντροπή μπορεί να αποτρέψει τα άτομα από την αναζήτηση βοήθειας, να επηρεάσει αρνητικά τη συμμόρφωση με τη θεραπεία (Tangney & Dearing, 2002) και, ακόμη, φαίνεται να οδηγεί στην απόκρυψη πληροφοριών και στη μείωση της ικανοποίησης από την ιατρική πρακτική (Lazare, 1987).

Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση του συναισθήματος της ντροπής με την ψυχοπαθολογία και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου της ντροπής στην εμφάνιση και την πορεία διαφόρων τύπων ψυχοπαθολογίας (Goss et al, 1994; Gilbert et al, 1996; Gilbert & Miles, 2000; Tantam, 1998; Andrews et al, 2002; Tangney & Dearing, 2002; Shapiro, 2003; Birchwood et al, 2007). Δεν θα πρέπει, επίσης, να λησμονεί κανείς τη συσχέτιση που γίνεται συχνά μεταξύ της ψυχικής ασθένειας και της εγκληματικής συμπεριφοράς, στερεότυπο που θα βαραινεί σε διπλάσιο βαθμό τα ψυχικά

πάσχοντα μέλη μειονοτικών ομάδων, όπως οι Τσιγγάνοι (αναμονή εγκληματικής συμπεριφοράς λόγω ψυχικής πάθησης και λόγω καταγωγής).

Το στίγμα μιας ασθένειας που συχνά φέρει η πάθηση ενός μέλους της οικογένειας επηρεάζει και τον περίγυρό του. Όπως αναφέρουν οι Tangney & Dearing (2002), η ντροπή ενός μέλους οικογένειας προκαλεί ντροπή και στα κοντινά του πρόσωπα. Εκτός, όμως, από το βάρος του στίγματος και της ντροπής, ο περίγυρος του πάσχοντος φέρει και το βάρος της φροντίδας του ασθενούς.

### **Ιστορική Προσέγγιση της Ψυχικής Καταπόνησης των Τσιγγάνων (Ρομά)**

Η παρουσία των μειονοτήτων έχει ως συνέπεια το φαινόμενο του επιπολιτισμού. Κατά τον επιπολιτισμό, άτομα ή ομάδες ατόμων με διαφορετική πολιτισμική προέλευση έρχονται σε διαρκή και άμεση επαφή, με αποτέλεσμα να ασκούνται αμφίδρομες πολιτισμικές επιδράσεις (Corral & Landrine, 2008; Smither, 1982). Το άτομο που ανήκει στη μειονότητα καλείται να επιλέξει τον τρόπο με τον οποίο θα συνυπάρξει σε ένα ξένο και πολλές φορές εχθρικό αρχικά περιβάλλον. Υπάρχει η δυνατότητα της ενσωμάτωσης, που σημαίνει ότι το άτομο θα καταφέρει να συνδυάσει πτυχές από τις δύο κουλτούρες και θα διαμορφώσει σταδιακά τις δικές του πεποιθήσεις και συνήθειες. Σε αυτή την περίπτωση η ψυχική καταπόνηση (το στρες) που βιώνει το μειονοτικό άτομο είναι συνήθως περιορισμένη και ελεγχόμενη. Στην περίπτωση της αφομοίωσης το άτομο υιοθετεί πλήρως τη νέα κουλτούρα και απορρίπτει τη δική του, ενώ, αντίθετα, στο διαχωρισμό η νέα κουλτούρα απορρίπτεται πλήρως, εξιδανικεύει την πατρώα κουλτούρα. Αν υπάρξει περιθωριοποίηση, το άτομο βρίσκεται στο περιθώριο και των δύο πολιτισμών. Έχει απαρνηθεί την παλιά του κουλτούρα, αλλά δεν μπορεί να προσαρμοστεί στη νέα. Πρόκειται για το πιο στρεσογόνο ενδεχόμενο (Smither, 1982).



Το στρες της πολιτισμικής προσαρμογής λειτουργεί συνεργικά με το στρες που προκαλείται από τα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα που είναι συνήθη στις μειονότητες, ειδικά κατά την πρώιμη φάση προσαρμογής, πολύ περισσότερο όταν η ζωή των μειονοτήτων αυτών έχει νομαδικά χαρακτηριστικά, όπως συμβαίνει στην περίπτωση των Τσιγγάνων.

Αποτέλεσμα είναι οι μειονοτικοί πληθυσμοί συχνά να εμφανίζουν υψηλή συχνότητα λοιμωδών νοσημάτων εξαιτίας των κακών συνθηκών διαβίωσης και χαμηλής προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας, όπως και αυξημένα επίπεδα ψυχικών διαταραχών (Kucharska, 2012; Bourque et al, 2012).

### **Κοινωνική οργάνωση-οικογένεια Τσιγγάνων (Ρομά)**

Ο τρόπος ζωής τους και η κοινωνική –οικογενειακή τους δομή ανταποκρίνεται στις ανάγκες διαφύλαξης της οικογενειακής και κοινωνικής τους συνοχής απέναντι σε ένα αντίξοο και διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, όπως αυτές έχουν διαμορφωθεί στις ανά τους αιώνες περιπλανήσεις τους. Η διαφύλαξη της καθαρότητας της φυλής και της αναπαραγωγής, όπως και η προστασία της ομάδας από εξωτερικούς κινδύνους θα μπορούσαν να ερμηνεύσουν τους κοινωνικούς τους κανόνες και τις παραδόσεις τους.

Όπως περιγράφεται από τη Νόβα-Καλτσούνη (2004), η βάση της τσιγγάνικης κοινότητας είναι το πατρογραμμικό σύστημα του γένους, το οποίο, στη συνέχεια, υποδιαιρείται σε άλλες υποομάδες, οι οποίες διακλαδίζονται σε επιμέρους οικογένειες, συνήθως διευρυμένες και λιγότερο πυρηνικές.

Αν και οι πληθυσμοί Ρομά σε πολλά μέρη εμμένουν στους παραδοσιακούς τρόπους ζωής και μοιράζονται πολλές κοινές πεποιθήσεις, η βιβλιογραφία αναδεικνύει τεράστια ετερογένεια, που καθιστά δύσκολη τη γενίκευση (Hajioff & McKee, 2000).

Οι Ρομά μένουν συνήθως σε καταυλισμούς, στο περιθώριο των μεγαλουπόλεων. Σπανιότερα, έχουν χτίσει κάποιο σπίτι στις παρυφές της πόλης και αυτό αφορά εκείνους που έχουν πάψει πια να μετακινούνται και βρίσκονται σε διαδικασία αφομοίωσης από τον κοινωνικό τους περίγυρο. Στην πλειονότητά τους κατοικούν σε αυτοσχέδια οικήματα, τροχόσπιτα και σκηνές. Δεν είναι σπάνια τα φαινόμενα γκετοποίησης και οι συγκρούσεις με την αστυνομία. Η αντιμετώπισή τους από τους μη Ρομά χαρακτηρίζεται μάλλον αρνητική. Συχνά υπάρχουν αντιδράσεις τοπικών κοινωνιών για την εγκατάσταση Ρομά στην περιοχή τους. Οι Ρομά της Ελλάδας, όπως και οι Ρομά που ζουν σε άλλες χώρες, ζώντας κατά κανόνα στο περιθώριο των κοινωνιών που τους φιλοξενούσαν και τους φιλοξενούν, γνωρίζοντας συχνά την απαξίωση και την εχθρότητα των μη Ρομά και διάγοντας μια νομαδική ζωή, διατήρησαν, άλλες ομάδες σε μικρότερο και άλλες σε μεγαλύτερο βαθμό, ορισμένα βασικά πολιτισμικά στοιχεία που χαρακτηρίζουν κοινωνίες που ζουν με προφορική παράδοση, με συνήθειες της προβιομηχανικής κοινωνίας, που μπορούμε σήμερα να συναντήσουμε σε κοινωνίες της Ασίας και της Αφρικής (Φακιολά, 2010; Χατζησαββίδης, 2007).

Το γένος είναι το σύνολο των συγγενών οικογενειών και τα μέλη του συνδέονται μεταξύ τους με δεσμούς αίματος και διακρίνονται το ένα από το άλλο με το οικογενειακό τους όνομα (Ντούσας, 1997). Αποτελεί τη βάση για τη δημιουργία της φάρας, την οποία απαρτίζουν δύο ή περισσότερα γένη που συνδέονται μεταξύ τους με δεσμούς αίματος και αγχιστείας. Οι φάρες των Ρομά με κοινή καταγωγή, παραδόσεις και αξίες συγκροτούν την κοινωνική φυλή (Ντούσας, 1997). Η ποικιλία τόσο των τσιγγάνικων φατριών όσο και των υποομάδων τους δυσχεραίνει την προσπάθεια αποτύπωσης ενός γενικού αξιακού συστήματος της τσιγγάνικης οικογένειας και κοινωνίας (Νόβα-Καλτσούνη, 2004).

Οι παππούδες και οι γιαγιάδες αποτελούν σημαντικούς φορείς κοινωνικοποίησης, αφού μεταδίδουν γνώση και πολιτισμική κληρονομιά, γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό για πληθυσμούς που δεν διαθέτουν γραπτή γλώσσα και παράδοση (Νόβα-Καλτσούνη, 2004).

Οι οικογένειες είναι διευρυμένες, στοιχείο κοινό σε πολλές μη δυτικές προκαπιταλιστικές κοινωνίες. Το νέο ζευγάρι μένει μαζί με τους γονείς του συζύγου. Κάθε μέλος αναλαμβάνει σε νεαρή ηλικία ρόλους και όλοι, ακόμα και οι ανήλικοι, συμβάλλουν στο οικογενειακό εισόδημα. Η διευρυμένη οικογένεια αποτελεί σημαντικό κεφάλαιο για το γυρολογικό εμπόριο, που αποτελεί την κύρια απασχόληση για μεγάλο ποσοστό Ρομά, αφού οι συγγενικές σχέσεις αποτελούν το εχέγγυο για τη διακίνηση χρήματος και εμπορεύματος. Το επίπεδο εκπαίδευσης των Ρομά είναι πολύ χαμηλό. Το 70% των ατόμων άνω των 10 ετών είναι αναλφάβητοι (Νόβα-Καλτσούνη 2004). Πολλές μελέτες και αναφορές αποκαλύπτουν τις καταστάσεις απόλυτης φτώχειας και τις διαδικασίες κοινωνικού αποκλεισμού από την αγορά εργασίας και την εκπαίδευση τις οποίες οι άνθρωποι αυτοί βιώνουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους (Βαξεβάνογλου, 2001).

Ένα κοινό χαρακτηριστικό όλων των Ρομά που ζουν στην Ελλάδα είναι η ενδογαμία. Το φαινόμενο της ενδογαμίας, δηλαδή του γάμου μεταξύ συγγενών, συναντιέται συχνά στις ομάδες των Ρομά που ζουν νομαδικά (Ντούσας, 1997) και αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της φάρας. Η ενδογαμία ενισχύει τη συνοχή της κοινότητας των Ρομά και τη διατήρηση της φυλετικής καθαρότητας. Βέβαια, επιτρέπονται και παρεκκλίσεις, μάλιστα τα τελευταία χρόνια η εξωγαμία, ακόμα και με μη-Ρομά, συναντάται αρκετά συχνά. Σε περιπτώσεις πάντως εξωγαμίας πιο συχνά συναντά κάποιος γυναίκες Ρομά που παντρεύονται μη-Ρομά άντρες, παρά το αντίθετο (Νόβα-Καλτσούνη, 2004). Υπολογίζεται ότι το 90 % των Ρομά έχουν παντρευτεί άτομα της ίδιας πολιτισμικής ομάδας. Οι μικτοί γάμοι δύσκολα γίνονται ανεκτοί. Οι ηλικίες γάμου και πρώτης

τεκνοποιίας είναι σαφώς μικρότερες από αυτές του γενικού πληθυσμού. Έρευνα σε Έλληνες Ρομά έδειξε ότι το 28,5% των γυναικών παντρεύονται μεταξύ 12 και 15 ετών. Μέχρι 18 ετών έχει παντρευτεί το 70% και μέχρι 22 ετών το 89,5%. Το 49% των ανδρών έχουν παντρευτεί μέχρι τα 18 τους χρόνια και το 77% μέχρι τα 22 τους χρόνια (Βαξεβάνογλου, 2001).

Οι οικογένειες είναι τυπικά πολύτεκνες. Τα παιδιά αποτελούν το σημαντικότερο κοινωνικό και οικονομικό κεφάλαιο για τους Ρομά. Το γεγονός αυτό δεν είναι άσχετο προς τα πενιχρά οικονομικά μέσα και ελάχιστα οικονομικά αποθέματα. Ο χρόνος στο σχολείο θεωρείται «χαμένος» και τα παιδιά προσανατολίζονται νωρίς στην αγορά εργασίας.

Στην περίπτωση της ελληνικής κοινωνίας των Ρομά, οι ποικίλες επιδράσεις που αυτή δέχεται από την ευρύτερη κοινότητα δεν επιφέρουν ουσιαστικές μεταβολές στον πληθυσμό τους. Οι Ρομά συνεχίζουν να διατηρούν την ταυτότητά τους και την ιδιαίτερη κουλτούρα τους, έτσι όπως αυτή εκδηλώνεται στις καθημερινές δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένων και των συμπεριφορών υγείας (Παραλίκας & Βάλαρη, 2005).

Σε έρευνα που έγινε σχετικά με τις οικογένειες των Ρομά σε περιοχή του Δουβλίνου, βρέθηκε ότι το 50% δεν είχε πρόσβαση σε κατάλληλες τουαλέτες, το 60% σε πλυντήρια και το 66% σε ντους (Howley, 2001).

### Εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας ζωής

Η λέξη ποιότητα προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη «ποιότης» (ποιός=τιλογής) και αναφέρεται στο σύνολο των ιδιοτήτων που ξεχωρίζουν ένα προϊόν ή μια υπηρεσία από τα ομοειδή τους. Σύμφωνα με το λεξικό του Kahn JE.: «ποιότητα είναι ο βαθμός της τελειότητας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, ενώ διασφάλιση της ποιότητας είναι η επίσημη εγγύηση, η θετική δήλωση της ύπαρξης της ποιότητας». Έτσι η διασφάλιση της ποιότητας είναι η «επίσημη εγγύηση του βαθμού τελειότητας της υπηρεσίας ή του προϊόντος, με βάση κάποια προσυμφωνημένα πρότυπα ποιότητας». Στο λεξικό The Dictionary of Psychology η ποιότητα ορίζεται ως: «το σχετικό επίπεδο αρετής ή τελειότητας» (Ραφτόπουλος,2002).

Η ποιότητα ζωής ορίζεται ως η σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου, καθώς και η ικανότητά του να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες της ζωής του, διαχωρίζοντάς την από τις συνθήκες διαβίωσης που αναφέρονται, γενικά, στις συνθήκες της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, έτσι όπως αυτές αντικατοπτρίζονται στο εισόδημα και τα καταναλωτικά πρότυπα, ενώ η έννοια ποιότητα ζωής είναι ευρύτερη και αναφέρεται στη γενική ευημερία των ατόμων που ζουν σε μία κοινωνία (Bowling, 1997). Ο όρος ποιότητα ζωής εισήχθη ως τίτλος στη Medline το 1975 και έγινε αποδεκτός στο ιατρικό ευρετήριο το 1977. Επακολούθησε αναγνώριση και αποδοχή σε διάφορα επιστημονικά σώματα. Έντονο ενδιαφέρον υπάρχει από το 1970 για το αντικείμενο με έναν αυξανόμενο αριθμό αναφορών για την ποιότητα ζωής σε ιατρικά και νοσηλευτικά κείμενα. Θέματα για την ποιότητα ζωής εμφανίζονται συχνά σε εφημερίδες και επιθεωρήσεις. Υπάρχει μία αφθονία εργασιών ομάδων, συνεδρίων και εκδόσεων ειδικών

τευχών. Το 1991 το περιοδικό «Έρευνα στην Ποιότητα Ζωής» (Quality of Life Research) εκδόθηκε από τις «Rapid Communications» της Οξφόρδης αφιερωμένο στη μελέτη της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής.

Η ποιότητα στον τομέα της Φροντίδας Υγείας αποτελεί τον πιο αμφιλεγόμενο όρο, αφού είναι δυναμική, πολυδιάστατη και δεν υπάρχει ένας ενιαίος ορισμός για να την περιγράψει. Ενσωματώνει μια πλειάδα εμπειριών του παρελθόντος και του παρόντος. Ο Crosby έλεγε χαρακτηριστικά: «η ποιότητα είναι μπαλέτο και όχι χόκεϊ».

### **Διασύνδεση ψυχολογικών-κοινωνικών χαρακτηριστικών των Τσιγγάνων (Ρομά) με την ποιότητα της υγείας τους και την εν γένει ποιότητα ζωής τους**

Στην περίπτωση των Τσιγγάνων συνυπάρχουν πολλά ψυχολογικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής τους και την εν γένει ποιότητα της υγείας τους. Δεσπίζουσα θέση κατέχουν η περιθωριοποίησή τους στις κοινωνίες που διαβιούν, η κοινωνική και η οικογενειακή τους οργάνωση, με ιδιαίτερη έμφαση στην εμπειρία της ντροπής, αλλά και ο νομαδικός τρόπος ζωής τους.

Σχετικά με την ψυχολογία και την ψυχοπαθολογία των Τσιγγάνων υπάρχει ένας **περιορισμένος** αριθμός μελετών. Μια μελέτη που έγινε στην Ουγγαρία δείχνει ότι το ποσοστό αποπειρών αυτοκτονίας στους Τσιγγάνους είναι αυξημένο, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Αντίθετα, το ποσοστό των επιτυχημένων αυτοκτονιών είναι χαμηλότερο (Zonda & Lester, 1990).

Αυξημένα ποσοστά αλκοολισμού και νεανικής παραβατικότητας παρατηρούνται σε άλλες μελέτες. Μερικά από αυτά τα ευρήματα μπορεί να αποτελούν συνέπεια της ταχείας αλλαγής των κοινωνικών συνθηκών, ειδικά στις χώρες της Κεντρικής και της Ανατολικής Ευρώπης, μετά την κατάρρευση των σοσιαλιστικών καθεστώτων (Angus Fraser, 1992).

Σε δύο μελέτες που πραγματοποιήθηκαν από τον Ψυχιατρικό Τομέα του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης βρέθηκαν αυξημένα ποσοστά στις σωματοποιητικές αντιδράσεις στους Ρομά, ενώ η ψυχική δυσφορία και η επιβάρυνση της λειτουργικότητάς τους δεν ήταν σημαντικά μεγαλύτερη από αυτή των ασθενών του πλειονοτικού πληθυσμού της περιοχής (Βορβολάκος και συν, 2002).

Υπάρχουν, επίσης, μελέτες για τις ψευδαισθητικές εμπειρίες και τις ψυχώσεις στους Ρομά που περιγράφουν μεγαλύτερη συχνότητα οπτικών ψευδαισθητικών εμπειριών, πιθανώς λόγω πολιτισμικών πεποιθήσεων που αφορούν την ύπαρξη φαντασμάτων και την επίσκεψη των νεκρών στους ζωντανούς συγγενείς τους (Βορβολάκος, 2006).

Η περιθωριοποίησή τους, η ανάγκη επιβίωσης και η προτεραιότητα στη διαφύλαξη της συνοχής της οικογένειας με κάθε τίμημα, όπως και η στάση της Πολιτείας απέναντί τους συνθέτουν μια εικόνα, συχνά αντιφατική, που για να την κατανοήσει κανείς χρειάζεται να παρακολουθήσει τη διαδρομή των Ρομά στο χρόνο και τις πολιτισμικές τους ιδιαιτερότητες. Έτσι, η κοινωνία μπορεί να αντιμετωπίζει με οίκτο και συμπόνια τους Ρομά ή με καχυποψία, καθώς είναι έκδηλη η απροθυμία των μη-Ρομά να κατοικούν κοντά σε Ρομά. Συχνά υπάρχουν συγκρούσεις τοπικών κοινωνιών για την εγκατάσταση Ρομά στην περιοχή τους (Φακιολά, 2010).

## Συνθήκες διαβίωσης-πολιτισμικό υπόβαθρο και πως επηρεάζουν την ποιότητα υγείας των Τσιγγάνων (Ρομά)

Οι απελπιστικές συνθήκες διαβίωσης τις οποίες υπομένουν αναγκαστικά χιλιάδες Τσιγγάνοι έχουν άμεση επίπτωση στην ποιότητα της υγείας τους, ενώ τα παιδιά αποτελούν την πιο ευάλωτη ομάδα υπό τις υπάρχουσες ανθυγιεινές συνθήκες και την έκθεση στα στοιχεία της φύσης. Το χειμώνα 2001-2002 στην Ελλάδα υπήρξαν πολλές περιπτώσεις Τσιγγάνων που αρρώστησαν ή απεβίωσαν εξαιτίας ανεπαρκούς στέγασης. Ταυτόχρονα, όσοι πάσχουν από καρδιακά νοσήματα και άλλες σοβαρές ασθένειες είναι επίσης ευάλωτοι στις καιρικές συνθήκες στα προσωρινά καταλύματα (Κοινή έκθεση για την Ελλάδα του Ευρωπαϊκού Κέντρου για τα Δικαιώματα των Ρομά και του Ελληνικού Παρατηρητηρίου των Συμφωνιών του Ελσίνκι, 2004). Η έλλειψη τρεχούμενου νερού και ηλεκτρικού ρεύματος, οι επιθέσεις από τρωκτικά και οι γενικότερα κακές συνθήκες υγιεινής είναι βασικά προβλήματα, ενώ η παράδοση της ενδογαμίας δημιουργεί εξαπλάσιες πιθανότητες γέννησης παιδιών με κληρονομικές νόσους (Ντούσας, 1997).

Οι περιορισμένες οικονομικές τους δυνατότητες και ο νομαδικός τρόπος ζωής επιβαρύνουν την υγεία τους. Μελέτες στη χώρα μας, αλλά και διεθνώς, δείχνουν αυξημένη συχνότητα μεταβολικών νοσημάτων και λοιμώξεων στους Ρομά. Η Sutherland (1992), σε σχετικό άρθρο για τους Ρομά που ζουν στις Ηνωμένες Πολιτείες, αναφέρει υψηλή συχνότητα εμφάνισης καρδιοπαθειών, σακχαρώδους διαβήτη και υπέρτασης και τονίζει ότι η καχυποψία των μη Ρομά απέναντι στους Ρομά οφείλεται στο γεγονός ότι τους θεωρούν πηγή ασθενειών και μη καθαριότητας (Sutherland, 1992).

Η νομαδική ζωή δεν ευνοεί την ανάληψη συγκεκριμένων υποχρεώσεων από την Πολιτεία, καθώς οι Ρομά είναι «περαστικοί» και δεν έχουν ούτε τη δυνατότητα αλλαγής



νόμων. Οι ίδιοι οι Ρομά αντιμετωπίζουν συχνά τη φτώχεια με την επαιτεία, που τη χρησιμοποιούν ως μια χειριστική τεχνική επιβίωσης.

Το φορτίο των μεταδοτικών ασθενειών ανάμεσα στους Ρομά είναι μεγάλο και ασθένειες που συνδέονται με τις συνθήκες υγιεινής φαίνεται ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικές (Kourilova et al, 2001).

Μία νεαρή Τσιγγάνα ντυμένη με ποικιλόχρωμα και ελαφρά ρούχα, που κρατά στην αγκαλιά της ένα μωρό και γύρω της τρέχουν αλλά 2-3 παιδιά ξυπόλυτα Γενάρη μήνα είναι οικεία εικόνα στους Έλληνες. Πολλοί αναρωτιούνται πώς δεν αρρωσταίνουν, όμως αρρωσταίνουν, και οι μάνες και τα παιδιά τους (Παραλίκας και συν, 2005).

Σε έρευνα που έγινε σε οικογένειες Ρομά στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη (Niksic & Kursrahic-Mujcic, 2007) - όπου οι Ρομά αποτελούν μια περιθωριοποιημένη ομάδα- διαπιστώθηκε πως η κατάσταση της υγείας τους είναι σημαντικά χειρότερη από την κατάσταση άλλων πληθυσμιακών ομάδων και ότι τα προβλήματα υγείας τους συσχετίζονται με τον τρόπο ζωής και τις συνθήκες διαμονής τους. Τα παιδιά τους δεν έχουν το προνόμιο να επωφεληθούν από τη φροντίδα υγείας, καθώς οι γονείς τους δεν εργάζονται. Γενικά, οι γονείς Ρομά θεωρούν τον εαυτό τους ως καλούς γονείς για τα παιδιά τους (59,3% των γονιών Ρομά και 75% των γονιών μη- Ρομά παίζουν συχνά με τα παιδιά τους) και αναζητούν ιατρική βοήθεια για τα παιδιά τους μόνο σε περιπτώσεις που προκύπτουν επείγοντα προβλήματα υγείας, όπως πυρετός ή διάρροια (Niksic & Kursrahic-Mujcic, 2007).

Όσον αφορά την υγεία των σκηνιτών, είναι επισφαλής λόγω των κάκιστων συνθηκών διαβίωσης, αλλά και της εξαπλούμενης χρήσης ναρκωτικών ουσιών (Μώρος, 2009).

## Οι πολιτισμικές διαφορές των Τσιγγάνων (Ρομά) και πως επηρεάζουν την ποιότητα της υγείας τους

Υπάρχουν, άραγε, ψυχολογικές συνέπειες του να ανήκει κανείς σε μια υποτιμημένη ομάδα; Σε έρευνα των Croker, Major & Steele (1998) σχετικά με το στίγμα αναφέρεται ότι τα μέλη μιας υποτιμημένης ομάδας αντιμετωπίζουν αυτό το ζήτημα σε καθημερινή βάση. Ακόμη και όταν χρειάζεται να εκτελέσουν καθημερινές δραστηριότητες, ενδέχεται να τους υπενθυμίσουν ότι ανήκουν σε μια ομάδα η οποία δεν χαίρει εκτιμήσεως από την τοπική κοινωνία. Οι Swim, Cohen & Hyers (1998) αναφέρουν ότι οι αντιδράσεις των ανθρώπων σε τέτοιες καταστάσεις μπορεί να ποικίλουν από την παθητικότητα και την ψυχολογική απόσυρση έως και την πλήρη ρήξη με την κοινωνία. Ως εκ τούτου, τα μέλη των μη κυρίαρχων ομάδων μπορεί να περιθωριοποιηθούν προοδευτικά.

Υπάρχουν σημαντικές ανισότητες στην υγεία μεταξύ εθνικών μειονοτήτων και πλειονοτήτων σε όλες τις χώρες, όπου μελετήθηκε η υγεία των μειονοτήτων. Αυτό ισχύει και για τη μεγαλύτερη σε πληθυσμό μειονότητα της Ευρώπης, τους Ρομά, παρόλο που τα δεδομένα της έρευνας που σχετίζονται με τους Ρομά είναι σπανιότερα από ό, τι για άλλες μειονότητες. Γνωστοί ως "η αόρατη μειονότητα" οι Ρομά αγνοούνταν για αιώνες από τη Δυτική Ιατρική και η γενετική κληρονομιά τους τράβηξε την προσοχή μόλις πρόσφατα (Kalaydjieva et al, 2005).

Με τις εκτιμήσεις να προτείνουν ότι οι Ρομά συνιστούν πάνω από το 5% του πληθυσμού της Βουλγαρίας, Ουγγαρίας, Ρουμανίας και Σλοβακίας, κατανοούμε ότι είναι κάθε άλλο παρά μια ασήμαντη μειονότητα (Δαιμονάκου, 2002). Οι ποικίλες κοινότητες των Ρομά που βρίσκονται κατά μήκος της Ευρώπης εμφανίζουν πολιτισμικές διαφορές που επηρεάζουν την υγεία, γεγονός που καθιστά δυσχερή την εξαγωγή γενικών

συμπερασμάτων μέσα από αποσπασματικές και κατακερματισμένες έρευνες (Krumova & Ilieva, 2008).

Η έρευνα για την υγεία των Ρομά και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει πάντα να λαμβάνει υπ όψιν τέτοιες υφιστάμενες πολιτισμικές διαφοροποιήσεις. Ο κοινωνικός αποκλεισμός γίνεται επίσης εμφανής τόσο στις δημόσιες υπηρεσίες, όσο και στις καθημερινές επαγγελματικές και άλλες συναλλαγές με άλλους πολίτες. Οι Ρομά νιώθουν τη διάκριση και τη συχνά απαξιώτικη συμπεριφορά των άλλων πολιτών, αποτέλεσμα των στερεοτύπων που έχουν δημιουργηθεί από παλιά. Οι προσπάθειες των αρμόδιων φορέων και των διάφορων αντιρατσιστικών οργανώσεων δεν έχει φέρει ακόμη σημαντικά αποτελέσματα (Χατζησαββίδης, 2007).

Επισημαίνεται, επίσης, ότι οι Ρομά αντιμετωπίζουν σοβαρά εμπόδια όσον αφορά την πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Τα εμπόδια αυτά συμπεριλαμβάνουν την έλλειψη υγειονομικής ασφάλισης και άλλων επίσημων πιστοποιήσεων, απόρροια των οποίων είναι ο αποκλεισμός των Ρομά από υγειονομικές υπηρεσίες, τη γεωγραφική τους απομόνωση, την έλλειψη πληροφόρησης, γλωσσικά και επικοινωνιακά εμπόδια, μεροληψία σε έδαφος ρατσιστικών αντιλήψεων, χαμηλού επιπέδου παροχή φροντίδας υγείας, καθώς και κατάφωρη παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων κατά τη διάρκεια της παροχής της όποιας φροντίδας υγείας (European Roma Rights Centre 2006; Council of Europe and EUMC, 2003). Τα παιδιά των Ρομά αντιμετωπίζουν ιδιαίτερος από ένα ευρύ φάσμα εμποδίων όσον αφορά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (Rechel et al, 2009).

Οι ανισότητες ως προς την υγεία που βιώνουν οι Ρομά που ζουν στην Ευρώπη συνιστούν μια διαρκή και επίμονη πρόκληση για την έρευνα και την παροχή φροντίδας υγείας. Η διαθέσιμη βιβλιογραφία για την υγεία συγκλίνει στο ότι α) οι Ρομά έχουν χαμηλό επίπεδο υγείας και πιο ανθυγιεινές συνθήκες ζωής, σε σχέση με τους

πλειονοτικούς πληθυσμούς, β) απαιτούνται περισσότερα και καλύτερα στοιχεία για να εξηγήσουν το χάσμα αυτό, καθώς επίσης να σχεδιαστούν καλύτερες παρεμβάσεις προκειμένου να το ελαττώσουν και γ) το “φτωχό” επίπεδο υγείας των Ρομά είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τους κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας (Maria Eva Földes & Covaci, 2011).

Κατά τη διάρκεια των πρόσφατων ετών έχουν παρατηρηθεί δύο σημαντικές εξελίξεις στην έρευνα γύρω από την υγεία των Ρομά. Πρώτον, η εστίαση έχει σταδιακά μετατεθεί από τις μεταδοτικές ασθένειες, το επίπεδο υγείας των παιδιών και τις γενετικές διαταραχές, που αποτελούσαν τα κυρίαρχα θέματα μια δεκαετία πριν (Hajioff & McKee 2000; Zeman et al, 2003), στις μη μεταδοτικές ασθένειες, στις χρόνιες ασθένειες, καθώς και στους εκλυτικούς παράγοντες κινδύνου εμφάνισης αυτών (Masseria et al, 2010; Mladovsky, 2007). Δεύτερον, το είδος των ερευνών έχει επεκταθεί από τις κυρίως περιγραφικές μελέτες για το επίπεδο υγείας των Ρομά σε πιο αναλυτικού τύπου μελέτες, οι οποίες διερευνούν τους παράγοντες που καθορίζουν τις ανισότητες στον τομέα της υγείας, όπως αυτές τις βιώνουν οι Ρομά.

Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι Ρομά βιώνουν συγκεκριμένες ανισότητες ως προς την υγεία, οι οποίες δεν καθίσταται δυνατό να τεκμηριωθούν πλήρως βάσει κοινωνικοοικονομικών παραγόντων (Masseria et al, 2010; Paulik et al, 2011; Kolarcik et al, 2009 & 2010; Rosicova et al, 2011). Η σημασία της ακριβούς εκτίμησης της επεξηγηματικής δύναμης του κοινωνικοοικονομικού status quo έναντι άλλων επεξηγηματικών παραγόντων προβλήθηκε επαρκώς εντός του πλαισίου της διερεύνησης των αλγορίθμων που συγκροτούν τις εθνοτικές διαφοροποιήσεις ως προς την υγεία.

Πολλά προγράμματα, τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, έχουν εισαχθεί με σκοπό την άμβλυνση του χάσματος υγείας που διέπει τη ζωή των Ρομά, σε σχέση με το

γενικό πληθυσμό. Στο πλαίσιο της Δεκαετίας για την Ένταξη των Ρομά στις δομές του κοινωνικού συνόλου 2005-2015, έχουν εγκαινιαστεί και εφαρμοστεί πολλά μέτρα, ενώ η περαιτέρω σχετική δράση ενισχύεται υπό το πρίσμα του πρόσφατα υιοθετημένου Ευρωπαϊκού Προγράμματος (Ε.Ε) για τις Στρατηγικές Ενσωμάτωσης των Ρομά έως το 2020 (European Commission 2011). Η αξιολόγηση και ο προσδιορισμός της απήχησης των έως τώρα υλοποιηθέντων προγραμμάτων, καθώς και η συμπερίληψη νέων ερευνητικά τεκμηριωμένων στοιχείων για την ανάπτυξη νέων καινοτόμων δράσεων είναι μια συνεπαγόμενη πρόκληση που απαιτεί τη συνεισφορά του συνόλου της υγειονομικής ερευνητικής κοινότητας.

### Η έννοια της Φροντίδας Υγείας

Η φροντίδα είναι μια έννοια που συναντάται από την αρχαιότητα και εξελίσσεται μέχρι τις μέρες μας με την αναφορά της στην μυθολογία, τη λογοτεχνία και την φιλοσοφία μέσα από διάφορες πηγές. «Η φροντίδα αποτελεί ένα πανανθρώπινο χαρακτηριστικό, μια ανθρώπινη συμπεριφορά που υφίσταται από τότε που υπάρχει ο άνθρωπος στη γη και βασίζεται στο υπόβαθρο της ανάγκης που προκύπτει όταν υπάρχει έλλειμμα ως προς κάτι. Τη στιγμή αυτή έχουμε ανάγκη φροντίδας, έχουμε την ανάγκη της παρουσίας του άλλου στη ζωή μας, που θα έρθει ως αρωγός φροντίζοντας για την ικανοποίηση της ανάγκης και την αντιμετώπιση του ελλείμματός της» (Γκούβα & Κοτρώτσιου, 2011).

Φροντίδα είναι η ιδιαίτερη προσοχή, το ιδιαίτερο ενδιαφέρον, η ενασχόληση με κάποιον ή κάτι, το μεράκι, η περιποίηση, η έγνοια, η ανησυχία, η επαγρύπνηση (Μπαμπινιώτης, 1998). Είναι κάτι περισσότερο από μία πράξη, είναι μία στάση, μία συμπεριφορά και καλύπτει περισσότερο από μια στιγμή προσοχής και ζήλου. Αντιπροσωπεύει μία στάση ανησυχίας, ευθύνης και συναισθηματικής εμπλοκής με τον άλλον (Das Gracias & Das Santos, 2009).

Μία σύντομη ματιά στη βιβλιογραφία για τον εντοπισμό του ορισμού πέρα από τα λεξικά, αποκαλύπτει την απεραντοσύνη και την πολυπλοκότητα των ερμηνειών της φροντίδας. Είναι το σύνολο των ενεργειών που πραγματοποιούνται με συστηματική ευθύνη και επιμέλεια, αλλά συγχρόνως αποτελεί σκοπό και έργο. Είναι η απασχόληση του μυαλού με οτιδήποτε το κάνει να αισθάνεται αγωνία και καταβάλλει εντατικές

προσπάθειες για να βοηθήσει κάποιο άτομο, να διατηρήσει ή να επανακτήσει το καλύτερο δυνατό επίπεδο υγείας (Κουλούρη & Ρούπα, 2008).

Η Leininger (1988) καθορίζει τη φροντίδα ως γενική έννοια της υποβοήθησης, υποστήριξης ή πράξεις διευκόλυνσης για το άτομο ή την ομάδα με εμφανή ή αναμενόμενη ανάγκη να βελτιωθεί η κατάσταση. Αναγνωρίζει ότι η λέξη φροντίδα δεν έχει ακριβή ορισμό. Παρόλα αυτά κρίνει πως είναι απαραίτητη σε όλη μας τη ζωή και ξεχωρίζει δύο είδη φροντίδας: τη γενική φροντίδα και την επαγγελματική φροντίδα. Η γενική φροντίδα καθορίζεται ως διεκδικητική, υποστηρικτική ή πράξη διευκόλυνσης προς ένα άλλο άτομο, ομάδα με εμφανείς ή αναμενόμενες ανάγκες για να βελτιωθεί μια ανθρώπινη κατάσταση. Η επαγγελματική φροντίδα χαρακτηρίζεται από τις γνωστικές και πολιτισμικές συμπεριφορές, από τις τεχνικές διαδικασίες ή σχέδια που επιτρέπουν σε ένα άτομο, οικογένεια ή κοινότητα να βελτιώσει ή να διατηρήσει μία ευνοϊκή κατάσταση υγείας.

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.

Η φροντίδα στη νοσηλευτική σημαίνει σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, σημαίνει ότι το άλλο άτομο είναι το πιο πολύτιμο ανθρώπινο ον στον κόσμο. Ένας νοσηλευτής μπορεί να δείξει τον σεβασμό για το πρόσωπο που νοσηλεύει με το να δείχνει κατανόηση, ενδιαφέρον, συμπόνια, παροχή πληροφοριών, θάρρος, πίστη και αγάπη (Arman & Rehnsfeldth, 2006). Λαμβάνει χώρα κάθε φορά που νοσηλευτής και ασθενής έρχονται σε επαφή. Ο νοσηλευτής εισέρχεται στον κόσμο του ασθενούς, ώστε να τον

γνωρίσει ως άτομο που χρήζει φροντίδας και αυτό προέρχεται από την επιστημολογία όπου η νοσηλευτική φροντίδα ξεδιπλώνεται (Schoenhofer, 2002).

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει ότι η έννοια της φροντίδας είναι πολυδιάστατη. Το κάθε άτομο διαμορφώνει συγκεκριμένη στάση για την φροντίδα ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο μεγαλώνει, με τις θρησκευτικές του πεποιθήσεις και με το πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο ανήκει. Το θεωρητικό πλαίσιο της έρευνας βασίζεται τόσο σε επιλεγμένους ορισμούς της έννοιας της «φροντίδας» όσο και σε επιλεγμένες αρχές της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής φροντίδας, όπως αυτές τις περιέγραψε η Leininger (1997). Σύμφωνα με την Leininger, η νοσηλευτική φροντίδα ως φαινόμενο βιώνεται σ' όλους τους πολιτισμούς, ενώ υπάρχουν ειδικά πολιτισμικά πρότυπα φροντίδας.

Σε ποιοτική έρευνα που έγινε από τους Σ. Κοτρώτσιου και συν για τον εννοιολογικό προσδιορισμό της Φροντίδας και δη το πως αντιλαμβάνονται οι Έλληνες την έννοια της Φροντίδας προέκυψαν οι παρακάτω κατηγορίες: 1) Φροντίζω σημαίνει αγάπη 2) Φροντίδα σημαίνει κατανόηση 3) Φροντίζω σημαίνει πρόληψη 4) Φροντίζω σημαίνει άγγιγμα. Η εννοιολογική προσέγγιση της «φροντίδας» όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τα άτομα προβάλλει ουσιαστικά τη θέση ότι η φιλοσοφία της νοσηλευτικής επιστήμης στηρίζεται σε ιδανικά και πανανθρώπινες αξίες, ο σεβασμός των οποίων από τους επαγγελματίες Νοσηλευτές εξασφαλίζει υψηλή ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα και προάγει το νοσηλευτικό έργο προς όφελος τόσο του ατόμου όσο και της κοινωνίας (Κοτρώτσιου Σ. και συν, 2008).

Μέσα από την ιστορία αποκαλύπτεται τελικά ότι δεν υπάρχει μια ενιαία ιδέα της φροντίδας, αλλά μια οικογένεια από τις έννοιες της φροντίδας. Ωστόσο, πρόκειται για μια αρκετά στενά συνδεδεμένη οικογένεια, γιατί οι ιδέες της φροντίδας είναι ενωμένες γύρω



από μερικά βασικά συναισθήματα, ορισμένες διαμορφωτικές αφηγήσεις, των οποίων η επίδραση εκτείνεται σε βάθος χρόνου, και πολλά άλλα επαναλαμβανόμενα θέματα. Επιπλέον, στην ιστορία της αγγλικής λέξης «care» αυτή η απλή λέξη χρησιμεύει για μια σειρά από έννοιες, αλλά με μια λεπτή συνοχή.

## **Οι πεποιθήσεις των Τσιγγάνων (Ρομά) για την υγεία και η επίπτωση αυτών στη φροντίδα υγείας**

Στην κουλτούρα των Τσιγγάνων ένας άνθρωπος θεωρείται υγιής μέχρι να μη μπορεί να τα καταφέρει με τις καθημερινές του δραστηριότητες. Η άγνοια βασικών συμπτωμάτων της νόσου και η αναμονή έως ότου τα πράγματα επιδεινωθούν δραματικά μπορεί να φέρουν τον επαγγελματία υγείας σε εξαιρετικά δύσκολη θέση, καθώς η νόσος μπορεί να μην επιδέχεται πλέον θεραπείας. Ως αποτέλεσμα, η νοσηρότητα μεταξύ των Τσιγγάνων εμφανίζεται αυξημένη, ειδικά αν δεν αναζητήσουν φροντίδα σε σχετικά πρώιμα στάδια της νόσου. Επίσης, η ασθένεια αφορά την κοινότητα. Μια σοβαρή ασθένεια είναι ζήτημα που απασχολεί τον ευρύτερο κύκλο των συγγενών, που είναι πρόθυμοι να αφήσουν τις ασχολίες τους και να προστρέξουν στο κρεβάτι του άρρωστου συγγενή τους (Marrsid, 2009).

Η ποιοτική μελέτη των Van Cleemput et al (2007) στην Ευρώπη σχετικά με το επίπεδο υγείας των Ρομά και Ταξιδιωτών έδειξε τέσσερα μείζονος σημασίας ζητήματα αναφορικά με τις πεποιθήσεις των Ρομά για την υγεία και την επίδραση που αυτές έχουν στην υγεία τους: η μετακίνηση, οι χαμηλές προσδοκίες υγείας, η επιθυμία διατήρησης του ελέγχου, η μοιρολατρεία και ο φόβος του θανάτου. Για τους Ρομά, η κακή υγεία είναι κάτι αναμενόμενο, μια αναπόφευκτη συνέπεια των αντίξωων κοινωνικών συνθηκών και των δυσμενών εμπειριών ζωής. Συνεπώς, είναι «φυσιολογική» και γίνεται αποδεκτή στωικά και μοιρολατρικά (Van Cleemput et al, 2007).

Σε έρευνα που έγινε από τους Παραλίκα και συν (2005), υπήρξε η αποτύπωση των στάσεων των Τσιγγάνων της Θεσσαλίας σε θέματα υγείας, συμπεριλαμβανομένης της εμβολιαστικής τους κάλυψης, των διατροφικών τους συνηθειών, των κοινωνικών τους χαρακτηριστικών και του τρόπου ζωής τους. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 200 άτομα. Η πλειονότητα των Τσιγγάνων του δείγματος ήταν αναλφάβητοι και, κατά μέσο όρο, είχαν τέσσερα παιδιά. Το 19,2% του υπό μελέτη πληθυσμού ζούσε σε μονοκατοικία, το 23,4% σε σκηνές, το 19,1% σε τροχόσπιτα, ενώ το 38,3% σε παράγκες. Η διατροφή τους διαφέρει από τη μεσογειακή διατροφή. Οι άντρες καθημερινά καταναλώνουν αλκοόλ σε ποσοστό υπερδιπλάσιο των γυναικών, ενώ το 52% δηλώνουν καπνιστές. Το επάγγελμα διαφοροποιείται μεταξύ των δύο φύλων. Το 51% έχουν ασφάλιση απορίας, στο Ι.Κ.Α. είναι ασφαλισμένο το 7%, στο Τ.Ε.Β.Ε. το 16%, στον Ο.Γ.Α. το 14% και στο Τ.Ι.Κ.Τ.Ε. το 4%. Το 55,1% των γυναικών με παιδιά δήλωσαν ότι γνωρίζουν τα υποχρεωτικά εμβόλια που πρέπει να γίνουν στα παιδιά τους, ωστόσο το ποσοστό της εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών υπήρξε πολύ χαμηλό. Το 80% πιστεύει ότι υγεία σημαίνει απουσία κάποιας ασθένειας, ανικανότητας και πόνου. Ως δεύτερος προσδιορισμός της υγείας αναφέρεται η ικανότητα προς εργασία (42%) (Παραλίκα και συν, 2005).

Αναφορικά με τον προσδιορισμό της υγείας, η έρευνα στην περιοχή της Θεσσαλίας από τους Kotrotsiou E et al (2003) έδειξε ότι η υγεία προσδιορίζεται από τους Τσιγγάνους ως η καλύτερη δυνατή κατάσταση σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή, έλλειψη αρρώστιας, ανικανότητας και πόνου, σωματική και ψυχοκοινωνική ευεξία, μακροζωία.

Η προστασία της αφορά το άτομο και επιτυγχάνεται κυρίως με την κάλυψη βασικών αναγκών, όπως τροφή και ζεστό περιβάλλον.

Η προαγωγή της υγείας επιτυγχάνεται κυρίως με εμπειρικές μεθόδους, επίσκεψη στον γιατρό και λήψη φαρμάκων, ξόρκια και ευχές (Kotrotsiou E et al, 2003).

Σε έρευνα από τους Gourgoulianis KI et al (2000) σε 121 Τσιγγάνους της Ελλάδας για τη σχέση μεταξύ της λειτουργίας των πνευμόνων, το κάπνισμα και τις διατροφικές συνήθειες βρέθηκε ότι περίπου το 70% των Τσιγγάνων ήταν καπνιστές, και η διατροφή τους ήταν πλούσια σε αλκοόλ και κρέας. Έτρωγαν πολύ λίγες σαλάτες και πορτοκάλια. Ως εκ τούτου, η μειωμένη πνευμονική λειτουργία μπορεί να αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας σε Τσιγγάνους στην Ελλάδα (Gourgoulianis KI et al (2000).

Την ανάγκη καλύτερης φροντίδας, στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τους Ρομά, μαρτυρούν τα υψηλά ποσοστά χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών, αλλά και ασθενών με HIV και μέση ηλικία θανάτου τα 40,6 χρόνια (έναντι των 73 των μη – Ρομά). Το 10% των γυναικών Ρομά πάσχουν από ηπατίτιδα Β, ενώ στο γενικό πληθυσμό 3-4% (Νόβα-Καλτσούνη, 2004). Ταυτόχρονα, υπάρχει ισχυρή κοινωνική βάση για την παχυσαρκία, τη χρήση καπνού, τη δίαιτα με λιπαρά και την ενδογαμία στους Ρομά, χαρακτηριστικά που τους καθιστούν ευάλωτους στην υπέρταση, το διαβήτη, την υπερλιπιδαιμία και στις καρδιαγγειακές παθήσεις. Επίσης, στις κοινότητες των Ρομά έχουν διαγνωστεί διάφορες γενετικές νευρολογικές διαταραχές.

## Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>

---

### Το φύλο ως παράγοντας που άπτεται θεμάτων φροντίδας υγείας στους Τσιγγάνους (Ρομά)

#### **A) Άντρας Τσιγγάνος (Ρομά):υγεία-ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά**

Όπως προκύπτει από σχετικές μελέτες, ο άνδρας και ειδικότερα ο πλέον ηλικιωμένος κατέχει μια ιδιαίτερη θέση στην οικογένεια των Τσιγγάνων. Σπάνια ηλικιωμένος Τσιγγάνος θα μεταφερθεί σε γηροκομείο ή νοσοκομείο και μόνο σε επείγουσες καταστάσεις.

Σε ερευνητική μελέτη που έλαβαν μέρος Ρομά άντρες που ζουν στην Ιρλανδία και συζητώντας για θέματα που άπτονται της υγείας, συσχέτισαν την υγεία με την απουσία συγκεκριμένων νόσων και παραγόντων που ευνοούν την εμφάνισή τους. Διατύπωσαν τον ορισμό της υγείας με αρνητικό τρόπο (δηλαδή απουσία νόσου) και αντίθετο με την ολιστική προσέγγιση της υγείας. Οι άντρες Ρομά βιώνουν έντονο στρές, ειδικά σε ότι αφορά τον πατριαρχικό τους ρόλο, τις ενδεχόμενες βεντέτες, που είναι συχνές στο κοινωνικό τους περιβάλλον, καθώς και τις κρατούσες κυρίαρχες αντιλήψεις τους για την τιμή της οικογένειας (M.Hodgins & Fox F,2012).

Ούτε οι άντρες ούτε οι γυναίκες παρουσίασαν τους Ρομά ως ομάδα που χαίρει καλού επιπέδου υγείας, αντίθετα προέκυψε ότι το επίπεδο υγείας ήταν ιδιαίτερα χαμηλό, πράγμα που επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες (Van Cleemput et al, 2006; ΑΙΤΗΣ, 2010). Επίσης, από στοιχεία προκύπτει ότι το φύλο, υπό την έννοια της αντίληψης της αρσενικότητας ως κυρίαρχου φύλου, συνεισφέρει στο χαμηλότερο επίπεδο υγείας των αντρών Ρομά. Αυτή η "ηγεμονικού τύπου" αντίληψη περιλαμβάνει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: ανταγωνιστικότητα, επιθετικότητα, συγκράτηση των ευαισθησιών, αυτάρκης, ετερόφυλος και στυλοβάτης της οικογένειας (Farrimond, 2011; p.3). Η εφαρμογή αυτού του τύπου αρσενικού περιλαμβάνει την υιοθέτηση ενός ευρέος φάσματος πρακτικών, αντιλήψεων, συμπεριφορών και φανερών εκφράσεων, στάσεων και προτιμήσεων, πολλές από τις οποίες αυξάνουν τον κίνδυνο ασθενειών ή τραυματισμού και, επομένως, υποβαθμίζουν το επίπεδο υγείας. Τέτοιες συμπεριφορές περιλαμβάνουν την περιφρόνηση κανόνων ασφαλείας, επίδειξη μυϊκής δύναμης και άλλες "παληκαριές", αδιαφορία για τον πόνο και αποφυγή βοήθειας ή στήριξης. Το αντρικό φύλο στους Ρομά επιβαρύνει επομένως το επίπεδο της υγείας τους (Courtenay, 2000; Lohan, 2009; Farrimond, 2011).

Στη βιβλιογραφία, επίσης, έχει εκφραστεί μια ιδιαίτερη επιφυλακτικότητα σχετικά με το πόσο σημαντικός είναι ο παράγοντας φύλο στην εκδήλωση συμπεριφορών που άπτονται της υγείας. Το φύλο αναφέρεται ότι μάλλον δεν είναι περισσότερο σημαντικό από άλλους κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες, όπως η κοινωνική τάξη, οι οικονομικοί πόροι ή η εθνικότητα (Lohan, 2009).

## **B) Γυναίκα Τσιγγάνα (Ρομά): υγεία–ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά**

Λόγω της έλλειψης επαρκών στοιχείων για τον επιπολασμό της κατάθλιψης στην κοινότητα των Τσιγγάνων, εκ πρώτης όψεως φαίνεται ότι η κατάθλιψη είναι ένα πολύ συχνό φαινόμενο στους Τσιγγάνους που σχετίζεται με τον τρόπο ζωής τους. Διεθνώς ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι μεγαλύτερος στις γυναίκες (Carr, 2001). Παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης σε ενήλικες γυναίκες είναι η απλήρωτη εργασία, το να υπάρχει παιδί κάτω των 6 ετών και το ανεπαρκώς υποστηρικτικό περιβάλλον από συζύγους ή φίλους (O' Connor, 1998). Το να είναι κάποια μητέρα “πλήρους απασχόλησης”, όπως συμβαίνει με τις γυναίκες Τσιγγάνες, από μόνο του ασκεί μεγάλη ψυχολογική πίεση.

Ιδιαίτερα συχνή είναι η κατάθλιψη κυρίως μεταξύ των γυναικών Ρομά, γεγονός που αφενός αντανακλά τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης μεταξύ των γυναικών αφετέρου σχετίζεται με τη θέση της γυναίκας στην κοινωνία των Ρομά, η οποία υποχρεούται να κρατάει λεπτές ισορροπίες ανάμεσα στις προσωπικές και οικογενειακές της ανάγκες και τους κοινωνικούς κανόνες. Καθώς το δυναμικό των γυναικών και η κοινωνική τους θέση έρχονται σε δεύτερη μοίρα, τουλάχιστον σύμφωνα με τα δυτικά πρότυπα, οι γυναίκες Ρομά μπορεί να αισθάνονται κατώτερες, αναγκασμένες να υιοθετούν, τουλάχιστον σε κοινωνικό επίπεδο, μια υποτακτική συμπεριφορά, που με τη σειρά της ενισχύει την εμπειρία της ντροπής και την κατάθλιψη. Ίσως σε αυτήν την περίπτωση η κατάθλιψη να αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα της υποδεέστερης θέσης τους, σύμφωνα με την υπόθεση κοινωνικού ανταγωνισμού για την κατάθλιψη (Heller, 2003; Gilbert & Miles 2000). Επίσης, η εσωτερικοποίηση της ντροπής και τα αισθήματα κατωτερότητας μπορούν να πυροδοτήσουν εχθρότητα απέναντι σε άλλους.

Μέσα από συνεντεύξεις με 4 γυναίκες Ρομά (γεννήθηκαν στη Φινλανδία) διαπιστώθηκε ότι συνήθως παρουσίαζαν τον ίδιο τύπο συμπτωμάτων: συχνό πόνο, πονοκέφαλο και κατάθλιψη και ότι λάμβαναν τον ίδιο τύπο διάγνωσης και θεραπείας. Τα συμπτώματα είχαν οξύ χαρακτήρα και οι γυναίκες χρειαζόντουσαν άμεση βοήθεια (Lehti & Mattson, 2001).

Ο ρόλος της γυναίκας μέσα στο σπίτι και γενικά στην κοινότητα των Ρομά είναι μάλλον υποβιβασμένος, παρά ταύτα όμως, σύμφωνα με τα κριτήρια των Ρομά, είναι ένας ρόλος διακριτός και σπουδαίος, αφού εκείνη διοικεί το σπίτι. Ακόμα και σε οικονομικά-επαγγελματικά θέματα ζητείται η γνώμη της, όμως η δική της απασχόληση απαιτεί την ύπαρξη ανάλογης ανάγκης και τη συγκατάθεση του συζύγου ή πατέρα. Χαίρει σεβασμού και φροντίδας, την οποία προσφέρει η ίδια η οικογένεια.

Οι γυναίκες στην κοινωνία των Ρομά, όπως αναφέρεται στο *Patrin Web Journal Romani Customs and Traditions: Roma Beliefs, 2000* έχουν μια πιο άμεση σχέση με τη δυνατότητα «μόλυνσης», η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αποκλεισμό και ντροπή (*lashav*). Αυτό συμβαίνει γιατί μια γυναίκα θεωρείται καθαρή από τη μέση και πάνω και «μολυσμένη» από τη μέση και κάτω. Δεν υπάρχει, λοιπόν, ντροπή που να συνδέεται με το άνω μέρος του σώματος, όμως το κάτω μέρος του σώματος αποτελεί αντικείμενο ντροπής, επειδή σχετίζεται με την εμμηνόρροια (δεν ισχύει το ίδιο για τις μικρές κοπέλες και τις ηλικιωμένες γυναίκες). Το γεγονός ότι το αίμα ρέει χωρίς να υπάρχει τραύμα εμφανίζεται ως απόδειξη σωματικής ακαθαρσίας. Αυτή η αντίληψη του *marimé*, όπως εφαρμόζεται στις γυναίκες, είναι μια ερμηνεία του γιατί σε πολλές ομάδες Ρομά φοράνε μακριές φούστες (*Romani Customs and Traditions: Roma Beliefs The Patrin Web Journal, 2000*).

Στο πλαίσιο της πατριαρχικής οργάνωσης της οικογένειας, ο ρόλος της γυναίκας δεν είναι δευτερεύων, γιατί, εκτός από τη φροντίδα των παιδιών και τις καθημερινές οικιακές εργασίες, αναλαμβάνει και ένα μέρος εξωτερικής εργασίας είτε ως συνεργάτης του συζύγου της πλανόδιου μικροπωλητή είτε ως καρποσυλλέκτρια είτε ακόμη ως εργάτρια σε βιομηχανία. Η γυναίκα, επίσης, θεωρείται ότι είναι προστάτης των ιδιαίτερων εθίμων των Ρομά και των παραδόσεων (Νόβα-Καλτσούνη, 2004; Χατζησαββίδης, 2007).

Σε μελέτες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα, η συμπεριφορά υγείας των γυναικών-Τσιγγάνων ειδικότερα έχει διερευνηθεί ελάχιστα, με αποτέλεσμα να υπάρχει γνωστικό έλλειμμα σε θέματα προληπτικής ιατρικής του γυναικείου πληθυσμού (Παραλίκας και συν, 2005).

Σύμφωνα με τους Hodgins et al (2006), σε έρευνα με γυναίκες Ρομά που ζουν στην Ιρλανδία, προκύπτει ότι εκφράζουν λίγα θετικά σχόλια σχετικά με την αυτοεκτίμησή τους. Οι γυναίκες αυτές σκιαγραφούν μια εικόνα της μητέρας Ρομά που είναι εξουθενωμένη ψυχικά και συναισθηματικά από τις απαιτήσεις μιας μεγάλης οικογένειας υπό δύσκολες συνθήκες, δηλαδή συνθήκες υποτίμησής τους και ενδοοικογενειακής βίας, καθώς και ρατσιστικής αντιμετώπισής τους από την κοινωνία γενικότερα, ακόμα και από τους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, στις ίδιες γυναίκες Ρομά δεν απεικονίζεται μόνο η πολυπλοκότητα των “λαϊκών” αντιλήψεων σχετικά με την υγεία, την ασθένεια και τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία, αλλά, επίσης, εγείρονται σημαντικές ερωτήσεις για τον επιπολασμό της κατάθλιψης και της ενδοοικογενειακής βίας στην κοινότητα των Ρομά. Οι αντιλήψεις για την αιτιολογία της ασθένειας ήταν εμφανώς πολυπαραγοντικές για τις γυναίκες αυτές. Όχι μόνο ταυτοποίησαν έναν αριθμό αυτών των αιτιών τόσο δομικών όσο και συμπεριφορικών, αλλά επίσης μπήκαν στη διαδικασία της συζήτησης της διαδραστικής φύσης αυτών. Η ρατσιστική αντιμετώπιση, η κακή ποιότητα συνθηκών



στέγασης και γενικότερα ο σκληρός και αδυσώπητος τρόπος ζωής συζητήθηκαν από τις γυναίκες Ρομά, τις οποίες και ανέφεραν ως αιτία για εμφάνιση κατάθλιψης η καρδιακής νόσου. Οι γυναίκες αυτές επίσης αναγνώρισαν τις δύσκολες συνθήκες ζωής στο δρόμο με μεγάλες οικογένειες και συχνά μη υποστηρικτικούς συζύγους. Είδαν έτσι τις διάφορες αυτές εκφάνσεις της ζωής τους να δρουν συνεργικά και να καταλήγουν σε υψηλά επίπεδα στρες, τα οποία με τη σειρά τους οδήγησαν σε κατάθλιψη, καρδιακή νόσο η και στα δύο (M.Hodgins et al, 2006).

Άλλη συγκριτική μελέτη με το δείγμα να αποτελούν 527 Ρομά γυναίκες και 1054 μη-Ρομά Ισπανίδες γυναίκες έδειξε ότι οι γυναίκες Ρομά είχαν περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν από παχυσαρκία, κατάθλιψη και ημικρανία. Οι γυναίκες Ρομά έχουν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες για κατανάλωση αλκοόλ, σε σχέση με τις μη-Ρομά γυναίκες. Το ποσοστό των Ρομά γυναικών που είχαν υποβληθεί σε τεστ Pap και μαστογραφία είναι σημαντικά χαμηλότερο από αυτό των μη-Ρομά γυναικών. Επίσης, οι Ισπανίδες Ρομά έχουν φτωχό υγειονομικό προφίλ, κακή ποιότητα ζωής και μεγαλύτερη ανισότητα στη χρήση υγειονομικών πόρων, σε σχέση με τις μη-Ρομά γυναίκες, κυρίως όσον αφορά την πρόληψη (Carrasco et al, 2011).

Στις σκανδιναβικές χώρες αναφέρεται ότι οι γυναίκες Ρομά σπάνια επισκέπτονται το κέντρο υγείας μόνες. Συνήθως συνοδεύονται από συγγενείς και φίλους.

Έρευνα στην Ψυχιατρική Κλινική του Γ.Ν.Αλεξανδρούπολης των Vorvolakos et al (2012), έδειξε ότι οι Ρομά γυναίκες παρουσίαζαν ψυχωσική διαταραχή και διπολική διαταραχή (μανιοκατάθλιψη) λιγότερο συχνά σε σχέση με την ομάδα του πλειοψηφούντος πληθυσμού. Τα συμπτώματα δεν διαφέρουν μεταξύ των εθνοτικών ομάδων όσον αφορά τα άτομα που επιδιώκουν τη λήψη ιατρικού πιστοποιητικού (Vorvolakos et al, 2012).

Παρά τον κεφαλιώδους σημασίας, πρωταρχικό ρόλο των παροχών φροντίδας υγείας στις οικογένειες των Ρομά, καθώς και του ρόλου της ως μεσολαβητή μεταξύ των κοινοτήτων των Ρομά και των Συστημάτων Υγείας (Open Society Institute 2005), οι γυναίκες Ρομά συχνά παραβλέπονται, αγνοούνται στις έρευνες για το επίπεδο υγείας των Ρομά. Ο διπλός ρατσιστικός παραγκωνισμός τους με βάση τόσο την εθνότητα όσο και το φύλο από τις υπηρεσίες υγείας έχει καταγραφεί από ερευνητές (Surdu & Surdu, 2006) και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις που δραστηριοποιούνται στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, με στόχο την προαγωγή των δικαιωμάτων των Ρομά γυναικών στην υγεία (European Roma Rights Centre, 2006). Απαιτείται συστηματική έρευνα και άμεσα συγκρίσιμα δεδομένα για την υλοποίηση των κατάλληλων δράσεων που ελαχιστοποιούν τα αποτελέσματα της ύπαρξης εμποδίων τα οποία δυσχεραίνουν την πρόσβαση των γυναικών Ρομά σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

### **Οι παραδόσεις-δοξασίες των Τσιγγάνων (Ρομά) και πως επηρεάζουν την φροντίδα υγείας τους**

Οι Τσιγγάνοι είναι προσκολλημένοι στο παρελθόν. Αυτό σημαίνει ότι οι παραδόσεις τους επηρεάζουν σημαντικά τις συμπεριφορές τους, συμπεριλαμβανομένων και των ζητημάτων υγείας. Το παρελθόν καθορίζει τις ενέργειες του παρόντος. Οι Τσιγγάνοι συνδέουν όλες τους τις δραστηριότητες με τις πεποιθήσεις τους. Η αίσθηση του χρόνου δεν είναι σημαντική στην κουλτούρα τους, για παράδειγμα μπορεί να αμελούν τα ραντεβού τους ή να προσέρχονται καθυστερημένα. Εντελώς ασύνηθες είναι να τηλεφωνήσουν στο γιατρό τους και να ακυρώσουν/ αναβάλουν το ραντεβού τους ή να τον ενημερώσουν για την καθυστέρηση. Ακόμα, είναι πολύ συνηθισμένο να προσέρχονται για εξέταση συνοδευόμενοι από φίλους και συγγενείς και να συζητούν μεταξύ τους τα συμπτώματα. Η συμπεριφορά αυτή ενδέχεται να προκαλέσει τριβές με τους

επαγγελματίες υγείας, που θα πρέπει να είναι ελαστικοί, τουλάχιστον στο ζήτημα της έγκαιρης προσέλευσης των Τσιγγάνων (Huynen, 2005).

Η έρευνα των Lehti και Mattson (2001) έδειξε ότι οι αντιλήψεις για την υγεία βασίζονται σε κοινωνικά κατασκευασμένες πρακτικές υγιεινής. Οι παραδοσιακές πρακτικές υγείας ενισχύουν την πατριαρχία και δίνουν έμφαση στις ειδικές ανάγκες των γυναικών Ρομά.

Τα νοσοκομεία είναι για τους ίδιους ιδιαίτερα “βρώμικοι χώροι”, όπου τα σκεπάσματα των νεκρών δεν καίγονται, αλλά απλά πλένονται και χρησιμοποιούνται από άλλους ασθενείς. Για το λόγο αυτό επιδιώκουν οι ίδιοι να «επιλέγουν» τα σκεπάσματα, τα μαχαιροπήρουνα και το φαγητό τους.

Στο περιβάλλον του νοσοκομείου οι Ρομά πολύ λίγο κατανοούν τις θεραπείες, τις οδηγίες και τη δοσολογία των φαρμάκων που χορηγούν οι επαγγελματίες υγείας. Επιπρόσθετα, οι Ρομά δε συμμορφώνονται εύκολα με τη θεραπεία, συχνά τη διακόπτουν ή λαμβάνουν τα φάρμακα σε λάθος δοσολογία, ειδικά αν δεν τους έχει εξηγηθεί με σαφήνεια η αγωγή και αν οι ίδιοι δε γνωρίζουν ανάγνωση.

Η συμπεριφορά υγείας των Ρομά καθορίζεται από τις συνθήκες διαβίωσής τους, το επίπεδο εκπαίδευσής τους, την προσβασιμότητά τους στις υπηρεσίες υγείας και τις δοξασίες τους. Με δεδομένο ότι τα τρία πρώτα στοιχεία είναι αρκούντως ανεπαρκή, οι δοξασίες τους, όπως αυτές υπαγορεύονται από το ιδιαίτερο πολιτισμικό τους υπόβαθρο, παίζουν σημαντικό ρόλο στις συμπεριφορές υγείας. Ακρογωνιαίος λίθος των συμπεριφορών υγείας είναι η αποφυγή σωματικής μόλυνσης. Έτσι, υπάρχουν συμπεριφορές που χαρακτηρίζονται ως αγνές και εκείνες που είναι μολυσμένες (*marimé*). Το *marimé* έχει διττή σημασία στους Ρομά. Αναφέρεται τόσο σε μια κατάσταση μόλυνσης όσο και στην καταδίκη απέλασης λόγω παραβίασης των κανόνων αγνότητας ή οποιασδήποτε συμπεριφοράς που διαρρηγνύει την κοινότητα των Ρομά. Η μόλυνση και η

απόρριψη, λοιπόν, συνδέονται στενά μεταξύ τους. Μπορεί να υπάρχουν ταξικές διακρίσεις μεταξύ των Ρομά που βασίζονται στο πόσο αυστηρά τα άτομα ή οι οικογένειες διατηρούν τις διακρίσεις ανάμεσα στην αγνότητα και τη μη- αγνότητα (Romani Customs and Traditions: Roma Beliefs- The Patrin Web Journal, 2000).

Οι μη-Ρομά είναι εξ ορισμού πηγή μολύνσεων, καθώς δε γνωρίζουν τους κανόνες καθαρότητας. Σε αυτούς συγκαταλέγεται ο διαχωρισμός του σώματος σε άνω και κάτω ήμισυ, διαχωρισμός που σχετίζεται άμεσα με τη δυνατότητα μόλυνσης. Πράγματι, δεν υπάρχει ντροπή που να συνδέεται με το άνω ήμισυ του σώματος, όμως το κάτω ήμισυ θεωρείται πηγή μιάσματος (Romani Customs and Traditions: RomaBeliefs- The Patrin Web Journal, 2000). Αντίθετα, οι εκκρίσεις από το άνω ήμισυ του σώματος θεωρούνται θεραπευτικές. Για παράδειγμα, το σάλιο πιστεύεται ότι έχει ιαματικές ιδιότητες, ενώ, αντίθετα, για έναν συμβατικό ιατρό, θα μπορούσε να είναι πηγή μολύνσεων. Χρησιμοποιούνται ξεχωριστές πετσέτες για το άνω και κάτω μέρος του σώματος, που δεν επιτρέπεται να μπερδευτούν.

Η πλέον συνήθης και απογοητευτική πεποίθηση με την οποία θα έρθει αντιμέτωπος ο επαγγελματίας υγείας είναι το ότι όσο πιο μεγαλόσωμος και παχύς είναι ένας άνθρωπος τόσο πιο τυχερός και ευτυχισμένος είναι. Τα αδύνατα άτομα οικτίρονται είτε ως πολύ ασθενή είτε ως πολύ φτωχά, δυο καταστάσεις ενδεικτικές κακοτυχίας. Η ευημερία αποδίδεται κατά ένα μεγάλο μέρος στην τύχη, γιατί παρά τις επαγγελματικές ικανότητες που έχουν κάποιοι Ρομά, μερικοί θεωρούνται πιο τυχεροί από άλλους. Μερικές οικογένειες έχουν καλή υγεία, είναι πολύτεκνες και ευημερούν. Άλλες τις κατατρέχουν οι ασθένειες και τα οικονομικά προβλήματα. Υπάρχει η πίστη ότι η κακή μοίρα μπορεί να αλλάξει με επιμονή στην καθαριότητα και τη σωστή κοινωνική συμπεριφορά. Η γενναιοδωρία και η τήρηση των παραδοσιακών ηθικών αρχών θεωρείται ως προάγγελος καλοτυχίας. Η δυνατότητα να ταξιδεύει ένας Ρομά θεωρείται πηγή

ευδαιμονίας και υγείας. Ίσως αυτή η πεποίθηση να μην εκπλήσσει, για έναν λαό φύσει νομαδικό (Marssid, 2009).

Οι Ρομά δεν μπορούν να ξεκινήσουν κάποια εργασία δίχως να πλύνουν τα χέρια τους, ενώ η χειραψία είναι μη αποδεκτή. Οι φροντιστές θα πρέπει να γνωρίζουν ότι οι Ρομά που προσέρχονται σε αυτούς δε θα κάνουν χειραψία μαζί τους. Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να είναι ενήμερος για το γεγονός ότι οι Ρομά θεωρούν ακάθαρτο το κατώτερο ήμισυ του σώματος και να ζητά την άδεια από τη γυναίκα Ρομά για να αγγίξει το κατώτερο μέρος του σώματός της και να πλύνει τα χέρια του πριν από κάθε εξέταση. Η άγνοια αυτής της δοξασίας μπορεί να περιορίσει την αλληλεπίδραση ανάμεσα στον επαγγελματία υγείας και τον ασθενή Ρομά και να επηρεάσει τη συνεργασία τους (Hanninen & Jelonen, 2002).

Οι λαϊκές ιατρικές πρακτικές των διαφόρων πολιτισμών των εθνικών μειονοτήτων τείνουν να διατηρούνται, εφόσον υπάρχει βαθμός αποτελεσματικότητας και ο ασθενής θεραπεύεται (Landrine & Klonoff, 2004). Επίσης, πρακτικές που έχουν δικαιωθεί στο χρόνο, καθώς εξυπηρετούν ανάγκες επιβίωσης της μειονότητας, γίνονται παράδοση και καθοδηγούν τις συμπεριφορές. Ίσως η ανάγκη της φυλετικής καθαρότητας, αλλά και η ένδεια μέσω αντιμετώπισης μιας ασθένειας (πχ μιας λοίμωξης) να ερμηνεύει τη συμπεριφορά των Ρομά, οι οποίοι φοβούνται τη μόλυνση και, κατ' επέκταση, τα νοσοκομεία, τα οποία φιλοξενούν μη-Ρομά, ανθρώπους δηλαδή αμύητους στην παραδοσιακή έννοια της καθαρότητας και της αποφυγής του *magimé* (που σημαίνει την κατάσταση μόλυνσης-είτε σωματικής είτε ηθικής φύσεως).

Στην κοινωνία των Ρομά θα συναντήσει κανείς διάφορες τελετές που αφορούν τη γέννηση, το θάνατο και τη φροντίδα του αρρώστου. Αυτά οδηγούν τους Ρομά να αποδέχονται ορισμένες πλευρές της φροντίδας και να απορρίπτουν άλλες, συμπεριφορά

που συχνά θεωρείται ανεύθυνη λόγω του ότι δεν ταιριάζει με τους κανόνες τους (Sutherland,1992).

Όπως αναφέρεται στο The Patrin Web Journal Romani Customs and Traditions: Death Rituals and Customs, 2000, για τους Ρομά μια σοβαρή ασθένεια αποτελεί ένα από τα σίγουρα σημάδια θανάτου.

Οι Ρομά δεν έχουν μια επιστημονική κατανόηση του πώς λειτουργεί το σώμα. Για εκείνους, οι ιατροί απλώς διαθέτουν ειδικές γνώσεις για την ασθένεια και τις θεραπείες και συγκεκριμένες τεχνικές, χωρίς όλοι να είναι το ίδιο ικανοί. Για έναν Ρομά, ένας «μεγάλος» ιατρός είναι ένας ιατρός που θεραπεύει, ενώ ένας κακός ιατρός είναι εκείνος που τα φάρμακά του δε θεραπεύουν (The Patrin Web Journal, 2000).

### **Διαχείριση του πένθους από τους Τσιγγάνους (Ρομά)**

Σύμφωνα με τις παραδόσεις των Ρομά, η ζωή για το νεκρό συνεχίζεται σε άλλο επίπεδο. Παρόλα αυτά, υπάρχει μεγάλος φόβος μεταξύ των επιζώντων ότι ο νεκρός μπορεί να επιστρέψει σε κάποια υπερφυσική μορφή για να στοιχειώσει τους ζωντανούς (The Patrin Web Journal, 2000). Για το λόγο αυτό, οι Ρομά θεωρούν ότι οι παραδόσεις για την αντιμετώπιση του πένθους είναι απαραίτητες για να εξασφαλιστεί η επιτυχής μετενσάρκωση σε ανθρώπινα ή ζωικά όργανα (Robinson, 2002). Σύμφωνα δε με τους Παυλή-Κορρέ και συν (1991), οι Ρομά πιστεύουν πως η ψυχή στο σώμα μένει για έξι εβδομάδες, στη συνέχεια φεύγει και φτάνει σε τόπους περιπλάνησης, όπου εκεί τα φαντάσματα των πεθαμένων βρίσκουν τη θέση τους και τότε τα αποκαλούν «μουλό ή τσοχανό».

Σε επίπεδο τελετουργικών εθίμων ο νεκρός πρέπει «να είναι κατάλληλα προετοιμασμένος για το ταξίδι που πρόκειται να κάνει στον επόμενο κόσμο». Οι Ρομά θεωρούν ότι τυχόν παρέμβαση στο τελετουργικό τους θα είναι επιζήμια για το ταξίδι και

ενδεικτικό της έλλειψης σεβασμού για τους νεκρούς, επίσης νιώθουν βαθύτατα προσβεβλημένοι και ότι δεν τους δόθηκε η ευκαιρία να προσφέρουν ένα σωστό αντίο στον συγγενή ή φίλο τους (Mac Donald, 1998).

Όταν ένας Ρομά άνδρας ή γυναίκα πεθαίνει, οι γυναίκες πλένουν το νεκρό σώμα, το ντύνουν με καινούργια ρούχα και ετοιμάζουν το φέρετρο. Με το πλύσιμο του νεκρού θεωρούν ότι γίνεται εξαγνισμός της ψυχής, ενώ με το ντύσιμο εξασφαλίζεται η αποδοχή του στο βασίλειο των νεκρών. Παλαιότερα, τα ρούχα του νεκρού του τα φορούσαν ανάποδα για να συμβολίσουν τα όρια μεταξύ του έσω και έξω σώματος και πιθανόν για να παραπλανήσουν τα φαντάσματα, ώστε να μην τον αναγνωρίσουν (Παυλή-Κορρέ και συν,1991).

Όταν ένα άτομο πεθαίνει εξαφανίζουν ότι θα μπορούσε να τους το υπενθυμίσει (Roman et al, 2012). Παλαιότερα τα ρούχα του νεκρού τα πετούσαν σε ένα ποτάμι γιατί το νερό έδινε την έννοια του ταξιδιού στο θάνατο (Παυλή-Κορρέ και συν, 1991). Σύμφωνα δε με τους Roman et al (2012), η οικογένεια προσπαθεί να πετάξει, όσο το δυνατόν συντομότερα, τα προσωπικά πράγματα του θανόντα, γιατί θεωρούνται ακάθαρτα. Τα πράγματα των νεκρών τα θεωρούσαν μiasμένα και γι αυτό το λόγο τα έσπαγαν, τα έκαιγαν ή τα πουλούσαν, τα αγαπημένα τους όμως αντικείμενα τα έβαζαν στο φέρετρο μαζί του (χρήματα, τσιγάρα, ποτά) (Παυλή-Κορρέ και συν, 1991).

Επιπλέον, κάθε πρόσωπο που ήταν κάτω από την ίδια στέγη με τον νεκρό θεωρείται ακάθαρτο (Roman et al, 2012) και γι αυτό απομονώνεται από την κοινότητα κατά την περίοδο του πένθους (Παυλή-Κορρέ και συν,1991).

Τις ώρες που ο νεκρός βρίσκεται στο σπίτι ο θρήνος είναι ιδιαίτερα έντονος. Επιπλέον, υπάρχει απόλυτη απορρόφηση στο θρήνο, χωρίς αποσπάσεις ή άλλες

δραστηριότητες (The Patrin Web Journal, 2000). Χαρακτηριστικό των Ρομά είναι ότι τους νεκρούς τους ξαγρυπνούν τρώγοντας ψωμί και πίνοντας νερό ή ποτό. Η φωτιά ή τα φώτα θα πρέπει να είναι αναμμένα και οι ίδιοι κάθονται τρεις-τρεις δίπλα στο νεκρό, οπότε σε περίπτωση που κάποιος κοιμηθεί δεν θα αφήσει τον άλλον μόνο του με τα φαντάσματα. Τα μοιρολόγια ακούγονται από τις γριές που είναι οι ξαγρυπνήτριες μέχρι να δύσει ο ήλιος και ξαναρχίζουν με την ανατολή του ηλίου. Επειδή ο ήχος των οργάνων ευφραίνει τις ψυχές, κατά τη μεταφορά του νεκρού τον ακολουθούν όργανα, πλέον οι γυναίκες φορούν μαύρα ρούχα και μαντίλια που καλύπτουν το πρόσωπο, ενώ οι άντρες μαύρες γραβάτες (Παυλή-Κορρέ και συν,1991). Μέχρι πρόσφατα, το χρώμα που φορούσαν οι θρηνούντες στις κηδείες των Ρομά ήταν παραδοσιακά το άσπρο (σύμβολο της αγνότητας, της προστασίας και της καλής τύχης) ή το κόκκινο (που συμβόλιζε την προστασία έναντι των κακών πνευμάτων του νεκρού), αλλά σήμερα φοράνε συχνά και το μαύρο (The Patrin Web Journal, 2000).

Μια μεγάλη κηδεία είναι ο κανόνας και όχι η εξαίρεση στην κοινωνία των Ρομά και τη δικαιούνται όλοι οι Ρομά (The Patrin Web Journal, 2000). Η υπόληψη του νεκρού μετριέται από το πόσο μεγάλη ήταν η πομπή του κόσμου και τα στεφάνια φέρουν διάφορα σχήματα ανάλογα με το επάγγελμα που ασκούσε ο νεκρός. Κατά την διάρκεια της τελετής ακούγονται οι θρήνοι και οι λυγμοί των συγγενών, συχνά του λένε λέξεις για να τον αποχαιρετήσουν και του ρίχνουν χρήματα και σταγόνες ποτού για τον δρόμο (Παυλή-Κορρέ και συν,1991).

Κατά την κηδεία, όλα τα υλικά που συνδέονται με το νεκρό πρέπει να έχουν καταστραφεί. Καθώς αυτό προφανώς προκαλεί μεγάλη οικονομική καταστροφή στην οικογένειά του, γίνεται όλο και πιο σύνηθες να πωλούνται αυτά τα αντικείμενα παρά να



καταστρέφονται, όμως δεν πωλούνται ποτέ σε Ρομά, για να μην επωφεληθούν σε πολύ μεγάλο βαθμό από το θάνατο ενός Ρομά (The Patrin Web Journal, 2000).

Μετά την ταφή υπάρχει μεγάλο φαγοπότι, έτσι ώστε η ψυχή του νεκρού να πάει ευχαριστημένη στο βασίλειο των νεκρών και, στη συνέχεια, ο καθένας ταξιδεύει για ξεχωριστούς προορισμούς (Παυλή-Κορρέ και συν,1991). Μια άλλη παράδοση σε μερικές φυλές, που ακολουθεί την κηδεία, είναι ένα δείπνο που ονομάζεται «*romana*», το οποίο παραδοσιακά γίνεται 9 μέρες, 6 εβδομάδες, 6 μήνες και, τελικά, 1 χρόνο μετά το θάνατο. Πρόκειται για ένα τεράστιο γεύμα, συνήθως το πρώτο που τρώγεται από τους θρηνούντες μετά το θάνατο ενός φίλου ή συγγενή. Σε κάθε ένα από αυτά τα γεύματα συγκεκριμένοι συγγενείς, ξεκινώντας από τους πιο μακρινούς, ανακοινώνουν την πρόθεσή τους να τερματίσουν την περίοδο θρήνου τους, ενώ οι τελευταίοι που το κάνουν αυτό, στον 1 χρόνο, είναι η άμεση οικογένεια του εκλιπόντος. Σε μερικές φυλές ο εκλιπών μπορεί να αναπαρίσταται από κάποιο άλλο άτομο της ηλικίας και με το ίδιο ντύσιμο με τον εκλιπόντα σε αυτά τα γεύματα (The Patrin Web Journal, 2000).

Οι μνημονεύσεις των νεκρών γίνονται την τρίτη, την ένατη και την τεσσαρακοστή μέρα από τους συγγενείς τους. Οι συγγενείς και ο /η σύντροφος θα πρέπει να πενήσουν για έναν χρόνο, οι γυναίκες φοράνε μαύρα ρούχα, ενώ οι άντρες περιβραχιόνιο. Στο διάστημα που πενθούν δεν τρώνε το αγαπημένο του φαγητό και δεν ασχολούνται με τις ασχολίες που είχε ο νεκρός, για να κατευνασθεί το «*τσοχανό*» του (Παυλή-Κορρέ και συν,1991).

Οι Ρομά θεωρούν ότι αν φροντίσουν τον τάφο όσο καλύτερα γίνεται το «*μουλό*» θα πάψει να μετακινείται, γιατί θα μείνει ευχαριστημένο. Στην πλάκα αναγράφεται το όνομα του, τον περιποιούνται και τον στολίζουν με βάζα και στεφάνια. Τον επισκέπτονται πολύ συχνά και ιδιαίτερα τις γιορτές, πηγαίνοντας λουλούδια και στεφάνια, γιατί υπάρχει

ο φόβος ότι θα τους επισκεφτούν εκείνοι, επίσης οι Ρομά δείχνουν μεγάλο σεβασμό στους νεκρούς, προσκυνούν τους τάφους τους και μετά από χρόνια. Ακόμη, χαρακτηριστικοί είναι και οι τάφοι των ημινομάδων – νομάδων εκτός νεκροταφείου, βέβαια σήμερα σπανίζουν, οι οποίοι είναι χωρίς ταφόπλακα και έχουν μόνο μερικά αγριολούλουδα (Παυλή-Κορρέ και συν,1991). Οι νομάδες διατήρησαν τους παλιούς άγραφους νόμους, τους νεκρούς τους θάβουν σε σταυροδρόμια (Αγγέλη & Τασιοπούλου, 2001).

Ο θάνατος των νέων ατόμων είναι γεγονός αζεπέραστο και δεν συζητείται ανοιχτά από την οικογένεια των οικείων ούτε μετά την πάροδο πολλών ετών (Φακιολά, 2010). Επίσης, γενικότερα, αποφεύγουν να χρησιμοποιούν τα ονόματα των νεκρών, γιατί νομίζουν ότι τα φαντάσματα θα τους ακούσουν και θα τους επισκεφτούν. Συχνά οι συγγενείς δεν επιστρέφουν στον τόπο του θανάτου, αλλά ταξιδεύουν για να αποφύγουν τις ενοχλήσεις των φαντασμάτων (Παυλή-Κορρέ και συν,1991). Οι νεκροί για τους Ρομά είναι παρόντες είτε ως απαιτήσεις μέσα από όνειρα είτε ως διάφοροι ξένοι (φαντάσματα). Πολλοί στα σπίτια και στα ξενοδοχεία που μένουν στα ταξίδια τους πηγαίνουν με εικόνα, αγιασμό και λιβάνι (αντί για διάβασμα παπά), από το φόβο φαντασμάτων (Φακιολά, 2010).

Συνοψίζοντας, η πατριαρχική δομή της οικογένειας των Ρομά, η κεντρική σημασία της ντροπής και της μόλυνσης, η προσήλωση στους κοινωνικούς κανόνες και παραδόσεις και ο νομαδικός τρόπος ζωής είναι οι βασικοί «ενδογενείς» άξονες που καθοδηγούν τις συμπεριφορές υγείας και, αντίστοιχα, επηρεάζουν τη φροντίδα της υγείας τους. Στους «εξωγενείς» παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία τους ανήκουν οι κακές συνθήκες διαβίωσης και η παραμέλησή τους από την επίσημη Πολιτεία, με αποτέλεσμα την περιορισμένη πρόσβαση στις δομές υγείας, την περιθωριοποίησή τους και την εκδήλωση

ρατσιστικών φαινομένων. Υπό το πρίσμα αυτό, ο νομαδικός τρόπος ζωής, η ζωή σε καταυλισμούς και το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης δεν επιτρέπουν την κατανόηση της θεραπείας και τη συμμόρφωσή τους με αυτή, ενώ ο φόβος συγχρωτισμού με μη Ρομά, μαζί με το φόβο ότι θα γίνουν αποδέκτες απόρριψης και παραμέλησης, συχνά λειτουργούν αποτρεπτικά για την επίσκεψη των θεραπευτηρίων. Η πατριαρχική δομή και ο κολεκτιβισμός, σε συνάρτηση με την περιθωριοποίηση και τις γενικότερες πεποιθήσεις τους για την υγεία, ευνοούν τα αισθήματα ντροπής και τις αγχώδεις εκδηλώσεις.

## **1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης**

Σκοπός της παρούσας διδακτορικής διατριβής είναι η διασύνδεση ορισμένων ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων (εξωτερική ντροπή, εσωτερική ντροπή, ψυχοπαθολογία, εχθρότητα, οικογενειακές σχέσεις και παροδικό-μόνιμο άγχος) των Τσιγγάνων με την ποιότητα ζωής τους, αλλά και η διερεύνηση της επίδρασής τους στην Φροντίδα Υγείας τους, μια και τα αποτελέσματα θα είναι εξαιρετικά χρήσιμα για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των Τσιγγάνων στο επίπεδο της Φροντίδας Υγείας τους, καθώς θα συνεισφέρουν πολύτιμες πληροφορίες για την οργάνωση προγραμμάτων Υγείας, τα οποία θα είναι εστιασμένα στα συγκεκριμένα προβλήματα υγείας, που αφορούν τους Τσιγγάνους. Επιπλέον, η κατανόηση των ιδιαίτερων κοινωνικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών των Τσιγγάνων θα βελτιώσει τον τρόπο προσέγγισης των επαγγελματιών Υγείας και θα μεγιστοποιήσει έτσι την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων.

Επιμέρους στόχοι της παρούσας διδακτορικής έρευνας είναι να διερευνηθούν και να εξεταστούν κατά πόσο η υγεία των Τσιγγάνων επηρεάζεται από τους παρακάτω παράγοντες:

- Συνθήκες διαβίωσης και κοινωνικό προφίλ (συνθήκες κατοικίας, εκπαιδευτικό επίπεδο κλπ.).

- Ύπαρξη διακρίσεων σε βάρος των Τσιγγάνων από τις υπηρεσίες Υγείας.
- Εξωτερική ντροπή (ο τρόπος που βλέπουν οι «άλλοι» τους Τσιγγάνους και ο τρόπος αντίδρασης των Τσιγγάνων π.χ. αίσθημα ελλειμματικότητας και αποφυγή χρήσης υπηρεσιών).
- Εσωτερική ντροπή (ο τρόπος που βλέπουν οι Τσιγγάνοι τον εαυτό τους σε σχέση με τους άλλους και ο τρόπος αντίδρασής τους π.χ. αίσθημα κατωτερότητας).
- Ύπαρξη ψυχοπαθολογίας.
- Ύπαρξη ενεργητικής (προς τους άλλους) ή παθητικής (αυτοκαταστροφή) επιθετικότητας.
- Οικογενειακές σχέσεις και τύποι δεσμών.
- Ύπαρξη παροδικού και μόνιμου άγχους.

Πιο συγκεκριμένα, στην παρούσα έρευνα επιχειρήθηκε:

- Σύγκριση της ομάδας των ανδρών Τσιγγάνων με την ομάδα των γυναικών Τσιγγάνων ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
- Σύγκριση της ομάδας των αναλφάβητων Τσιγγάνων με την ομάδα των αποφοίτων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης των Τσιγγάνων ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
- Σύγκριση της ομάδας των Τσιγγάνων που έχουν νοσηλευτεί σε νοσοκομείο με την ομάδα των Τσιγγάνων που δεν έχουν νοσηλευτεί σε νοσοκομείο ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
- Διερεύνηση των στατιστικών διαφοροποιήσεων στις τιμές των ψυχομετρικών κλιμάκων μεταξύ των κατηγοριών των Τσιγγάνων ως προς το μηνιαίο εισόδημα, όπως αυτοί το δήλωσαν και όπως καταγράφηκε στην παρούσα εργασία.

- Διερεύνηση των στατιστικών διαφοροποιήσεων στις τιμές των ψυχομετρικών κλιμάκων μεταξύ των κατηγοριών των Τσιγγάνων ως προς τις πηγές του μηνιαίου εισοδήματός τους, όπως αυτοί το δήλωσαν και όπως καταγράφηκε στην παρούσα εργασία.
- Διερεύνηση των στατιστικών διαφοροποιήσεων στις τιμές των ψυχομετρικών κλιμάκων μεταξύ των κατηγοριών των Τσιγγάνων ως προς την ανάγκη αυτών να κάνουν δώρο στο γιατρό τους κατά τη διάρκεια μιας νοσηλείας τόσο δικής τους όσο και κάποιου συγγενή τους.
- Μελέτη της ψυχικής υγείας των Τσιγγάνων με ιδιαίτερη έμφαση στην άμβλυση των ανισοτήτων μεταξύ των φύλων στην κοινωνία και τη διερεύνηση των επιπέδων της ψυχοπαθολογίας και της ντροπής.
- Συγκρίσεις των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

### **Ερευνητικές Υποθέσεις**

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν, στο πλαίσιο της εκπόνησης αυτής της διδακτορικής διατριβής ήταν:

- Η φτώχεια και η διαφορετικότητα συνδέονται με συνθήκες που οδηγούν στο στιγματισμό και τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου (π.χ. ελλειμματικότητα), παράγοντες που οδηγούν στην κοινωνική απόρριψη και την ντροπή (Gilbert, 1998; Pinel, 1999; Kurzban & Leary, 2001; Cohen, 2003; Gilbert, 2003; Heller, 2003; Shweder, 2003). Ως προς την εξωτερική ντροπή, λοιπόν, η υπόθεσή μας είναι ότι οι Τσιγγάνοι (Ρομά) θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα εξωτερικής ντροπής και μάλιστα οι

γυναίκες Τσιγγάνες (Ρομά) θα παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα εξωτερικής ντροπής από τους άνδρες Τσιγγάνους (Ρομά).

- Ως προς την εσωτερική ντροπή, η υπόθεσή μας είναι ότι οι Τσιγγάνοι (Ρομά) θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα εσωτερικής ντροπής και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα του γενικού ελληνικού πληθυσμού και μάλιστα οι γυναίκες Τσιγγάνες (Ρομά) θα παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα εσωτερικής ντροπής από τους άνδρες Τσιγγάνους (Ρομά), καθώς αφενός η εξωτερική και η εσωτερική ντροπή σχετίζονται (Goss et al, 1994) αφετέρου το «βλέμμα του άλλου» εσωτερικοποιείται (Heller, 2003), δημιουργώντας μια μόνιμη αίσθηση κατωτερότητας (Tangney & Dearing, 2002) και το φόβο ότι το άτομο δεν είναι επιθυμητό (Gilbert, 1998).

- Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση του συναισθήματος της ντροπής με την ψυχοπαθολογία και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου της ντροπής στην εμφάνιση και την πορεία διαφόρων τύπων ψυχοπαθολογίας (Goss et al, 1994; Gilbert et al, 1996; Tantam, 1998; Gilbert & Miles, 2000; Andrews et al, 2002; Tangney & Dearing, 2002; Shapiro, 2003, Lundback et al, 2006; Birchwood et al, 2007). Κατά συνέπεια, και σύμφωνα με τις προαναφερθείσες μελέτες, ως προς την ψυχοπαθολογία, η υπόθεσή μας είναι ότι οι Τσιγγάνοι (Ρομά) θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας, υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα του γενικού ελληνικού πληθυσμού και μάλιστα οι γυναίκες Τσιγγάνες (Ρομά) θα παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας από τους άνδρες Τσιγγάνους (Ρομά).

- Ένας από τους τρόπους με τους οποίους φαίνεται ότι προσπαθούν τα άτομα να προστατέψουν τον εαυτό τους είναι η εκδήλωση της επιθετικής συμπεριφοράς είτε προς τους άλλους είτε προς τον εαυτό τους (αυτοεπίκριση) (Thomas, 1995; Gilbert, 1998; Retzinger, 1998; Gilbert & Miles, 2000; Rosenberger, 2005; Tangney & Dearing, 2002).

Σύμφωνα με τα ανωτέρω, ως προς την εχθρότητα, λοιπόν, η υπόθεσή μας είναι ότι οι Τσιγγάνοι (Ρομά) θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα εχθρότητας, υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα του γενικού ελληνικού πληθυσμού.

## **2. Υλικό και Μέθοδος**

Η παρούσα διδακτορική διατριβή πραγματοποιήθηκε ως συνέχεια των μεταπτυχιακών σπουδών στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας από τον Μάρτιο του 2010 έως τον Ιούνιο του 2014.

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας διδακτορικής διατριβής να αποτελέσουν άτομα Τσιγγάνοι (Ρομά) που διαμένουν στην ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλίας.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη ήταν οι παρακάτω:

1. Τα άτομα να είναι μέλη της κοινότητας των Τσιγγάνων (Ρομά).
2. Να είναι Έλληνες υπήκοοι και να μιλούν καλά την ελληνική γλώσσα.
3. Να διαμένουν στην ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλίας.
4. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
5. Την απόφαση για το αν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα την έπαιρνε ο υποψήφιος διδάκτορας – ερευνητής με τον επιβλέποντα καθηγητή ή κάποιος από τα μέλη της τριμελούς επιτροπής της παρούσας διδακτορικής διατριβής.

Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα ενημερώνονταν για το σκοπό αυτής και διαβεβαιωνόταν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο δημιουργούσε έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα



(αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία τη διεκπεραίωσαν τα ίδια άτομα, οπότε μειώθηκαν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίστηκε πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα.

## **2.1 Δείγμα**

Συνολικά δόθηκαν ερωτηματολόγια σε 500 Τσιγγάνους (Ρομά). Από τα 500 ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν τα 361. Πιο συγκεκριμένα, τα ερωτηματολόγια τα συμπλήρωσαν 125 άνδρες Τσιγγάνοι (Ρομά) (ποσοστό 34,6%) και 236 γυναίκες Τσιγγάνες (Ρομά) (ποσοστό 65,4%).

## **2.2 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία**

### **2.2.1 Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Check list 90-R (SCL-90; Derogatis, 1977)**

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977), αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς

και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν, 1991).

### **2.2.2. Κλίμακα αυτο-αξιολόγησης του Άγχους - State- Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, 1970)**

Για την αξιολόγηση του άγχους χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα *state-trait anxiety inventory* (STAI), που κατασκευάστηκε από τον Spielberger το 1970. Αποτελείται από 40 διαπιστώσεις, οι οποίες αναφέρονται σε 2 υποκλίμακες: α) τη συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (δηλ. παροδικό άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσας κατάστασης) και β) τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα (δηλ. μόνιμο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για τον εξεταζόμενο, στη βάση μιας τετράβαθμης κλίμακας τύπου Likert (1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτει ένας γενικός δείκτης εκτίμησης του άγχους με την άθροιση όλων των προτάσεων. Η μέση τιμή για την πρώτη υποκλίμακα ήταν 43,21, για τη δεύτερη υποκλίμακα 42,79 και για τη συνολική κλίμακα 86,01. Οι μέσοι όροι που αναφέρονται και θα χρησιμοποιηθούν 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 & Γιαννίτση, 1984; Αναγνωστοπούλου, 2002).

### **2.2.3 Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES) των Moos and Moos**

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος των Moos and Moos (1987) μετρά την οικογενειακή ατμόσφαιρα, διερευνώντας τρεις διαστάσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος σε όλους τους τύπους των οικογενειών. Συγκεκριμένα μετρά τις διαστάσεις των διαπροσωπικών σχέσεων, το βαθμό ενθάρρυνσης της προσωπικής ανάπτυξης και τη βασική οργανωτική δομή της οικογένειας. Είναι μια έγκυρη και αξιόπιστη Κλίμακα με ευρεία εφαρμογή κι ο ίδιος ο Moos έχει παρουσιάσει λεπτομερείς περιγραφές της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και των αλληλοσυσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων της. Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς σε πολλές μελέτες που αφορούσαν ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος αποτελείται από 90 ερωτήσεις, και είναι οργανωμένη σε τρεις τομείς, καθένας από τους οποίους περιλαμβάνει 3, 5 και 2 αντίστοιχα υποκλίμακες ως εξής:

- *Σχέσεις (relationship dimensions)*
  - Συνοχή (cohesion)
  - Εκφραστικότητα (expressiveness)
  - Σύγκρουση (conflict)
- *Προσωπική Ανάπτυξη και Ωρίμανση (personal growth dimensions)*

- Ανεξαρτησία (independence)
- Προσανατολισμός για επιτεύγματα (achievement orientation)
- Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (intellectual – cultural orientation)
- Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (active-recreational orientation)
- Ηθική και Θρησκευτική Έμφαση (moral-religious emphasis)
  - *Συντήρηση του Συστήματος (system maintenance dimensions)*
- Οργάνωση (organization)
- Έλεγχος (control)

Η βαθμολόγηση της Κλίμακας γίνεται με βάση τον πίνακα που παρέχεται από τους κατασκευαστές της. Σε κάθε στήλη του πίνακα αθροίζεται ο αριθμός των κύκλων, που περιέχουν ένα Χ. Το άθροισμα κάθε στήλης γράφεται στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο στο κάτω μέρος της Κλίμακας. Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα και προσαρμόστηκε από την Κ. Μάτσα. Χρησιμοποιήθηκε στον ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό, σε τοξικομανείς, ασθενείς με οξεία λευχαιμία και σε μέλη της οικογένειάς τους.

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

Η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale-OAS) προέρχεται από ένα προϋπάρχον εργαλείο αξιολόγησης της ντροπής, το ISS (Internalized Shame Scale). Το ISS κατασκευάστηκε το 1993 από τον Cook. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιλαμβάνει 30 δηλώσεις, εκ των οποίων οι 24 μετρούν την ντροπή και οι υπόλοιπες 6 την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Αφορά την εξωτερική ντροπή και οι προτάσεις που περιλαμβάνει αναφέρονται σε γενικές αρνητικές αξιολογήσεις του εαυτού (Goss, Gilbert και Allan, 1994).

Οι Goss, Gilbert και Allan (1994) τροποποίησαν αυτό το ερωτηματολόγιο και κατασκεύασαν το OAS (Other As Shamer scale). Αυτό το εργαλείο δημιουργήθηκε για να διερευνήσει τις αντιλήψεις του ατόμου για το πώς το βλέπουν και πώς το κρίνουν οι άλλοι. Οι προτάσεις της Κλίμακας Ντροπής από το ISS (Cronbach's  $\alpha = 0,96$ ) πήραν τη μορφή «οι άλλοι με θεωρούν...», και έτσι το OAS περιλαμβάνει 18 τέτοιες προτάσεις (οι υπόλοιπες 6 δεν ήταν εφικτό να τροποποιηθούν κατά αυτόν τον τρόπο), 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 (Gouna et al, 2014). Το OAS έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα της ντροπής (Gilbert et al, 1996; Gilbert & Miles, 2000; Gilbert et al, 2003b; Benn et al, 2005).

## 2.2.5 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, λοιπόν, κατασκευάστηκε σύμφωνα με τις ίδιες αρχές με την ανωτέρω μέθοδο αξιολόγησης της ντροπής, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η προβλεπτική ισχύς της συνέντευξης για την αξιολόγηση της ντροπής έγκειται στη μέθοδο καθ' αυτή ή στην αντίληψη για την ντροπή και τις ευθείες ερωτήσεις που έχει αυτή η μέθοδος (Andrews et al, 2002).

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). Ο δείκτης Cronbach's alpha είναι 0,92 (Andrews et al, 2002), και στο ελληνικό δείγμα 0,93 (Gouna et al, 2014). Έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς μελετητές, και έχει ερευνηθεί η ικανότητά του να αναδεικνύει τη σχέση της ντροπής με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Andrews et al, 2002).

### **2.2.6 Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ)(Caine και συν, 1967)**

Το HDHQ είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο μετράει την επιθετικότητα ως στάση (attitude). Αφορά σ' έναν τρόπο μέτρησης ενός ευρέος φάσματος από πιθανές εκδηλώσεις της επιθετικότητας. Αντανακλά την ετοιμότητα για απάντηση με εχθρική συμπεριφορά και μια τάση εκτίμησης προσώπων, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού, με τρόπο δυσμενή και αρνητικό. Η επιθετικότητα, όπως μετριέται με το HDHQ, δεν έχει καθόλου σχέση με σωματική επιθετικότητα και σωματική βιαιότητα. Το HDHQ αποτελείται από 5 υποκλίμακες στα 52 είδη του Καταλόγου Πολυφασικής Προσωπικότητας του Πανεπιστημίου της Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI). Τρεις υποκλίμακες, η παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) (AH), η επίκριση των άλλων (criticism of others) (CO) και παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility) (PH), αφορούν την εξωστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις μεγάλης ποινικότητας. Δύο υποκλίμακες, η αυτο-επίκριση (self-criticism) (SC) και

παραληρηματική ενοχή (Guilt) (G), αφορούν την ενδοστρεφή επιθετικότητα και αφορούν μετρήσεις αυτοτιμωρίας. Το άθροισμα και των πέντε υποκλιμάκων αντανακλά τη συνολική επιθετικότητα. Τα αποδεκτά πρότυπα (Caine et al, 1967) για τη συνολική επιθετικότητα σε φυσιολογικό πληθυσμό είναι 12 έως 14, αλλά υψηλότερα όρια έχουν επίσης προταθεί (Mc Pherson, 1988). Μελέτες για την εγκυρότητα σε κλινικά δείγματα έχουν οδηγήσει σε σημαντικούς συσχετισμούς ανάμεσα στο HDHQ και στους παρατηρούμενους ρυθμούς θυμού των νοσηλευτών (Blackburn et al., 1979). Η εγκυρότητα των παραμέτρων του ερωτηματολογίου έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες. Το HDHQ έχει χρησιμοποιηθεί στον ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό (Economidou & Angelopoulos, 1989; Αγγελόπουλος και συν, 1987; Αγγελόπουλος, 1984) σε ψυχιατρικούς ασθενείς (Lyketsos et al, 1978) και άτομα που ντράπηκαν (Sifneos, 1986; Drosos et al, 1989).

## **2.2.7 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων**

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος δόθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή), την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία), καθώς και στοιχεία για τις συνθήκες διαβίωσης, τις σχολικές βασικές γνώσεις, το μηνιαίο εισόδημά τους, καθώς και την πηγή αυτού του εισοδήματος.

Για την αναπαράστασή τους και τις στάσεις ως προς τη φροντίδα της υγείας τους, αλλά και την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας και άλλες ειδικές ανάγκες της παρούσας έρευνας δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο που σχεδιάστηκε και χορηγήθηκε για πρώτη φορά σε αυτή την έρευνα. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 14 ερωτήσεις οι οποίες απαντώνται σε μια επτάβαθμη κλίμακα συχνότητας (όπου -3=



διαφωνώ απόλυτα, και +3= συμφωνώ απόλυτα). Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις επιλέχθηκαν ως κατάλληλες μια και μπορούν να αναδείξουν τις αντιλήψεις, τις πεποιθήσεις και τα συναισθήματα που μπορεί να προδιαθέτουν τα άτομα σε πιο αρνητικές συμπεριφορές σε περίπτωση ασθένειας αλλά και κατά την προσφυγή τους στο νοσοκομειακό περιβάλλον και γενικότερα στις Δημόσιες Δομές Υγείας.

### **2.3 Στατιστική επεξεργασία**

Κατά την ανάλυση για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση (SD) ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε κλίμακα καθώς και σε κάθε υποκλίμακα.

Κατόπιν έγινε σύγκριση των μέσων τιμών ανάμεσα στις ομάδες των Τσιγγάνων (Ρομά). Για τη σύγκριση των δύο κατανομών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t-Test μια και οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών μέσω των test των Kolmogorov- Smirnov και των Shapiro-Wilk, αλλά και μέσω των διαγραμμάτων κανονικότητας (θηκογράμματα, φυλλογραφήματα, normal Q-Q plot, detended normal Q-Q plot), πιστοποίησαν ότι η υπόθεση της κανονικότητας για τις περισσότερες μεταβλητές ήταν αποδεκτή (Γναρδέλλης, 2006). Για τις περιπτώσεις των μεταβλητών που είχαμε απομακρύνσεις από την κανονικότητα (σε καμία μεταβλητή δεν παρατηρήθηκε μεγάλη παραβίαση της κανονικότητας) προχωρήσαμε τη στατιστική ανάλυση μια και είχαμε μεγάλα σύνολα δεδομένων (δηλαδή  $n=361 > 300$ ), όπου σύμφωνα με τον Δαφέρμο (2005) είναι αδύνατο να βρούμε δεδομένα μεγάλου μεγέθους που να είναι ακριβώς κανονικά κατανεμημένα.

Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία  $\chi^2$  Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν (Κατσουγιαννόπουλος, 1990; Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000; Ιωαννίδης, 2000; Δαφέρμος, 2005)

- το  $\chi^2$  του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών είναι <5, καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι <1 και το σύνολο των παρατηρήσεων είναι >24 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000).
- το  $\chi^2$  του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι >10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000).
- το  $\chi^2$  του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι μεταξύ 5 και 10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000).
- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι <1 ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του  $\chi^2$  θα χρησιμοποιηθεί η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού (Ιωαννίδης, 2000; Γναρδέλλης, 2006).

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbom & Norell, 1992) μεταξύ των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) (Ιωαννίδης, 2000; Δαφέρμος, 2005) μια και η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους ήταν κανονική.

Οι διαφορές (p) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ( $p < 0,05$ ). Στις περιπτώσεις που χρειάστηκε

να θεωρηθούν σημαντικές σε άλλο επίπεδο σημαντικότητας αναφέρεται αναλυτικά και με ευκρίνεια.

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών έγιναν στα προγράμματα Excel και SPSS (Γναρδέλλης, 2006), ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών, καθώς και τις συσχετίσεις των μεταβλητών εφαρμόστηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS, version 20 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

### 3. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης

#### 3.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων

Η αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνά μας επαληθεύτηκε με τον υπολογισμό του  $\alpha$  του Cronbach.

<b>Ερωτηματολόγιο</b>	<b>Συντελεστής <math>\alpha</math> του Cronbach</b>
OAS	0,944
SCL – 90	0,976
HDHQ	0,877
ESS	0,935
STATE ANXIETY	0,719
TRAIT ANXIETY	0,778
FES	0,844

Όπως φαίνεται από τον προηγούμενο Πίνακα, τα περισσότερα ερωτηματολόγια μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστα, μια και ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι σημαντικά μεγαλύτερος από το 0,7. Πιο συγκεκριμένα, οι δείκτες αξιοπιστίας των OAS, ESS και HDHQ θεωρούνται ικανοποιητικοί και συμφωνούν με προηγούμενες εκτιμήσεις σε άλλες έρευνες (Goss et al, 1994; Andrews et al, 2002; Gouva et al, 2014).

#### 4. Περιγραφή και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 361 άτομα Τσιγγάνοι (Ρομά) οι οποίοι διαμένουν στην ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλίας. Από τους 361 συνολικά ερωτώμενους, οι 125 ήταν άνδρες (34,6%), ενώ η πλειονότητα των ερωτώμενων, 236 (65,4%) ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία του συνόλου των ερωτώμενων ήταν  $34,0 \pm 12,7$ , με εύρος 18-73 (Πίνακας 2).

Από το δείγμα των Τσιγγάνων (Ρομά) της έρευνας, οι 62 (17,2%) ήταν άγαμοι, οι 271 (75,1%) βρίσκονταν σε έγγαμη σχέση, οι 14 (3,9%) ήταν διαζευγμένοι και 10 άτομα (2,8%) είχαν απωλέσει το σύντροφό τους, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών ( $p=0,187$ ), ως προς την οικογενειακή κατάσταση, συγκρινόμενοι με το Fisher's Exact Test (πίνακας 2). Οι ερωτώμενοι Τσιγγάνοι (Ρομά) του δείγματος είχαν από 0 έως 11 παιδιά με μέση τιμή  $3,42 \pm 1,8$  και χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ( $p=0,592$ ), ως προς την ύπαρξη των παιδιών συγκρινόμενοι με το t-Test. Ακόμη, οι ερωτώμενοι Ρομά του δείγματος έχουν από 1 έως 21 αδέρφια με μέση τιμή  $5,50 \pm 2,4$  και χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ( $p=0,243$ ), ως προς την ύπαρξη των αδελφών συγκρινόμενοι με το t-Test (Πίνακας 2).

Αντιθέτως, ως προς την επαγγελματική τους κατάσταση παρατηρήθηκε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,000$ ), με τις γυναίκες σε ποσοστό 30,1% να απασχολούνται με οικιακές εργασίες. Ως προς τη θρησκευτικότητα τους, στη συντριπτική τους πλειονότητα οι Τσιγγάνοι (Ρομά) του δείγματος δήλωσαν ότι είναι Χριστιανοί Ορθόδοξοι (97,0%), με 4 άνδρες, μόνο στο σύνολο του δείγματος να δηλώνουν Μουσουλμάνοι (Πίνακας 2).

Ός προς το εκπαιδευτικό επίπεδο, μεταξύ των ανδρών και των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) του δείγματος παρατηρήθηκε στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά ( $p=0,003$ ), με τους 7 στους 10 να είναι αναλφάβητοι, τους 2 στους 10 να έχουν τελειώσει μόνο το Δημοτικό Σχολείο, τον 1 στους 10 να είναι απόφοιτος Γυμνασίου και, τέλος, μόνο 1 στους 10 να είναι απόφοιτος Λυκείου. Μόνο οι 4 στους 10, περίπου, δήλωσαν ότι γνωρίζουν ανάγνωση και γραφή (Πίνακας, 3).

Πίνακας 2. Κατανομή 361 Τσιγγάνων (Ρομά) κατά ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική κατάσταση και θρήσκευμα.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών-Γυναικών
<b>Σύνολο</b>	125 (34,6)	236 (65,4)	361 (100,0)	
<b>Ηλικία</b>				
Ελαχίστη - μέγιστη	19-73	18-70	18-73	
Μέση τιμή ( $x \pm SD$ )	35,3 $\pm$ 12,8	33,3 $\pm$ 12,7	34,0 $\pm$ 12,7	t=1,405 P=0,161
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>				
Άγαμος (η)	21 (16,8)	41 (17,4)	62 (17,2)	
Έγγαμος (η)	98 (78,4)	173 (73,3)	271 (75,1)	
Διαζευγμένος (η)	1 (0,8)	13 (5,5)	14 (3,9)	Fisher's Exact Test=5,923
Χήρος (α)	3 (2,4)	7 (3,0)	10 (2,8)	P= 0,187
Σε διάσταση	2 (1,6)	2 (0,8)	4 (1,1)	
<b>Ύπαρξη παιδιών</b>				
Ελαχίστη - μέγιστη	0-8	0-11	0-11	
Μέση τιμή ( $x \pm SD$ )	3,37 $\pm$ 1,9	3,45 $\pm$ 1,8	3,42 $\pm$ 1,8	t=0,397 P=0,692
<b>Ύπαρξη αδελφών</b>				
Ελαχίστη - μέγιστη	1-21	1-13	1-21	
Μέση τιμή ( $x \pm SD$ )	5,70 $\pm$ 2,5	5,40 $\pm$ 2,3	5,50 $\pm$ 2,4	t=-1,170 P=0,243
<b>Επαγγελματική Κατάσταση</b>				
Άνεργος	43 (34,4)	95 (40,3)	138 (38,2)	
Οικιακά	0 (0,0)	71 (30,1)	71 (19,7)	
Αυτοαπασχολούμενος	20 (16,0)	9 (3,8)	29 (8,0)	
Εποχιακά Απασχολούμενοι	42 (33,6)	54 (22,9)	96 (26,6)	Fisher's Exact Test=93,556
Μη δυνάμενος να εργαστεί	6 (4,8)	0 (0,0)	6 (1,7)	P= 0,000
Συνταξιούχος	14 (11,2)	7 (3,0)	21 (5,8)	
<b>Θρήσκευμα</b>				
Χριστιανός Ορθόδοξος	120 (96,0)	230 (97,5)	350 (97,0)	Fisher's Exact Test=7,791
Μουσουλμάνος	4 (3,2)	0 (0,0)	4 (1,1)	P= 0,011
Άλλο (Παναγία, Μάτι, Ιερέας)	1 (0,8)	6 (2,5)	7 (1,9)	

x = μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard Deviation), t=t-test, Fisher's Exact Test =πρόκειται για την τιμή του Fisher's Exact Test, όπως δίδεται από το SPSS.

Πίνακας 3. Κατανομή 361 Τσιγγάνων (Ρομά) κατά εκπαιδευτικό επίπεδο, ανάγνωση και γραφή

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών-Γυναικών
Σύνολο	125 (34,6)	236 (65,4)	361 (100,0)	
<b>Εκπαιδευτικό Επίπεδο</b>				
Αναλφάβητος(η)	79 (63,2)	187 (79,2)	266 (73,7)	
Απόφοιτος Δημοτικού	41 (32,8)	42 (17,8)	83 (23,0)	Fisher's Exact Test=12,536
Απόφοιτος Γυμνασίου	4 (3,2)	3 (1,3)	7 (1,9)	P= 0,003
Απόφοιτος Λυκείου	1 (0,8)	4 (1,7)	5 (1,4)	
<b>Ανάγνωση</b>				
Ναι	53 (42,4)	79 (33,5)	132 (36,6)	$\chi^2_p = 2,807$
Όχι	72 (57,6)	157 (66,5)	229 (63,4)	P= 0,094
<b>Γραφή</b>				
Ναι	52 (41,6)	79 (33,5)	131 (36,3)	$\chi^2_p = 2,334$
Όχι	73 (58,4)	157 (66,5)	230 (63,7)	P= 0,127

x = μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard Deviation),  $\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson, Fisher's Exact Test =πρόκειται για την τιμή του Fisher's Exact Test, όπως δίδεται από το SPSS.

## 5. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, που αφορούν συγκρίσεις μεταξύ των Τσιγγάνων (Ρομά) ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά τα οποία μελετήθηκαν. Για το λόγο αυτό και πριν παραθέσουμε τα αποτελέσματα θα ξεκινήσουμε με το να παρουσιάσουμε τις υποκλίμακες στις οποίες συγκρίθηκαν και ο τρόπος βαθμολόγησής τους.

## 5.1. Κλίμακες που μελετήθηκαν

Κάθε ερωτώμενος συμπλήρωσε ερωτήσεις, από τις οποίες υπολογίστηκαν οι κλίμακες και υποκλίμακες οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνάς μας. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται το σύνολο των κλιμάκων που συμπεριλήφθησαν σε κάθε ένα ερωτηματολόγιο. Για κάθε μία κλίμακα περιγράφεται το σύνολο των ερωτήσεων από τις που περιλαμβάνει και ο τρόπος με τον οποίο βαθμολογήθηκε κάθε μία απάντηση του ερωτώμενου.

<b>Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)</b>	
Συνολική βαθμολογία	από το άθροισμα των απαντήσεων στις 18 ερωτήσεις του
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 4, 5, 6, 7 και 8
Αίσθημα κενού (empty)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 15, 16, 17 και 18
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3,9,11,12,13 και 14
<b>Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)</b>	
Συνολική ντροπή	από το άθροισμα των απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις του
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 19, 11 και 12
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 και 21
Σωματική ντροπή (bodily shame)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 22, 23, 24 και 25
<b>Κλίμακα Αυτοεκτίμησης Αγχους του S. Spielberg (STAI)</b>	



Παροδικό Άγχος (state anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 17, 18 και 19 συν το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 15, 16 και 20, κατόπιν αντιστροφής τους
Μόνιμο Άγχος (trait anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 37, 38 και 40 συν το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 21, 26, 27, 33, 36 και 39, κατόπιν αντιστροφής τους
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R(SCL-90)</b>	
Σωματοποίηση (somatization)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 και 58
Ιδιοψυχαναγκασμός (obsessive-compulsive)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 και 65
Διαπροσωπική Ευαισθησία (interpersonal sensitivity)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 και 73
Κατάθλιψη (depression)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 και 79
Άγχος (anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 και 86
Επιθετικότητα (hostility)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 11, 24, 63, 67, 74 και 81
Φοβικό Άγχος (phobic anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 25, 47, 50, 70, 75 και 82
Παρανοειδής Ιδεασμός (paranoid Ideation)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 18, 43, 68, 76 και 83
Ψυχωτισμός (psychoticism)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 και 90
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής κ.α.)	από το άθροισμα των απαντήσεων 44, 64, 66, 19, 60, 59 και 89
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	το άθροισμα όλων των δεικτών προς το 90, που είναι το πλήθος όλων των ερωτήσεων του

	ερωτηματολογίου
Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	ορίζεται ως η επόμενη ακέραια μονάδα του λόγου του αθροίσματος όλων των δεικτών προς το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων
Σύνολο των Θετικών Συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	ορίζεται ως το άθροισμα όλων των αποκρίσεων του ερωτώμενου οι οποίες έχουν θετικό πρόσημο
<b>Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)</b>	
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 15, 17, 20, 22, 24, 25, 39, 40, 42, 45, 46 και 49, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η <b>“Σωστό”</b> στις ερωτήσεις 7, 15, 17, 20, 22, 24, 25, 39, 42, 45, 46, 49 και <b>“Λάθος”</b> στην ερώτηση 40
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 6, 10, 11, 13, 18, 19, 29, 32, 36, 41 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η <b>“Σωστό”</b> στις ερωτήσεις 1, 2, 6, 10, 11, 18, 19, 29, 32, 36, 41 και <b>“Λάθος”</b> στην ερώτηση 13
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 4, 9, 31, 35, 37, 38, 44, 47, 50 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η <b>“Σωστό”</b> στις ερωτήσεις 9, 31, 35, 37, 38, 44, 47, 50 και <b>“Λάθος”</b> στην ερώτηση 4
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 8, 14, 23, 26, 27, 28, 30, 34, 40, 51 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η <b>“Σωστό”</b> στις ερωτήσεις 8, 14, 27, 28, 30, 34, 40, 51 και <b>“Λάθος”</b> στις ερωτήσεις 3, 23 και 26
Παραληρηματική ενοχή (guilt)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 12, 16, 21, 33, 43, 48 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η <b>“Σωστό”</b> σε όλες τις ερωτήσεις

Σύνολο Εξωστρέφειας (extrapunitive)	από το άθροισμα των κλιμάκων της παρορμητικής επιθετικότητας, της παρανοειδής επιθετικότητας και της επίκρισης των άλλων
Σύνολο Ενδοστρέφειας (intropunitiveness)	από το άθροισμα των κλιμάκων της αυτο-επίκρισης και της παραληρηματικής ενοχής
Ολική Εχθρότητα (total hostility)	από το άθροισμα των κλιμάκων του συνόλου εξωστρέφειας και του συνόλου ενδοστρέφειας
<b>Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος – Family Environment Scale (FormR-FES)</b>	
<b>Σχέσεις (relationship dimensions)</b>	
Συνοχή (cohesion)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ <b>Σωστό</b> ” στις ερωτήσεις 1, 21, 31, 51, 71, 81 και “ <b>Λάθος</b> ” στις ερωτήσεις 11, 41, 61
Εκφραστικότητα (expressiveness)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ <b>Σωστό</b> ” στις ερωτήσεις 12, 32, 42, 62, 82 και “ <b>Λάθος</b> ” στις ερωτήσεις 2, 22, 52, 72
Σύγκρουση (conflict)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ <b>Σωστό</b> ” στις ερωτήσεις 3, 23, 43, 53, 73 και “ <b>Λάθος</b> ” στις ερωτήσεις 13, 33, 63, 83
<b>Προσωπική Ανάπτυξη και Ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)</b>	
Ανεξαρτησία (independence)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ <b>Σωστό</b> ” στις ερωτήσεις 14, 24, 34, 54, 64 και “ <b>Λάθος</b> ” στις ερωτήσεις 4, 44, 74, 84
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (achievement)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85 στις

orientation)	οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “Σωστό” στις ερωτήσεις 5, 15, 35, 45, 75, 85 και “Λάθος” στις ερωτήσεις 25, 55, 65
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (intellectual – cultural orientation)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “Σωστό” στις ερωτήσεις 6, 26, 56, 66, 86 και “Λάθος” στις ερωτήσεις 16, 36, 46, 76
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (active-recreational orientation)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “Σωστό” στις ερωτήσεις 17, 37, 47, 67, 77 και “Λάθος” στις ερωτήσεις 7, 27, 57, 87
Ηθική και ιθρησκευτική έμφαση (moral-religious emphasis)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “Σωστό” στις ερωτήσεις 8, 28, 48, 58, 78, 88 και “Λάθος” στις ερωτήσεις 18, 38, 68
<b>Συντήρηση του Συστήματος (System Maintenance Dimensions)</b>	
Οργάνωση (organization)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “Σωστό” στις ερωτήσεις 9, 19, 39, 59, 69, 89 και “Λάθος” στις ερωτήσεις 29, 49, 79
Έλεγχος (control)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “Σωστό” στις ερωτήσεις 30, 40, 50, 80, 90 και “Λάθος” στις ερωτήσεις 10, 20, 60, 70
<b>Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος</b>	
Γενικό Σύνολο	από το άθροισμα του συνόλου των υποκλιμάκων

## 5.2 Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων

Στον Πίνακα 4 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης Pearson μεταξύ μίας αντιπροσωπευτικής ομάδας από το σύνολο των κλιμάκων και υποκλιμάκων που μελετήθηκαν στην παρούσα εργασία.

Ειδικότερα στον παρακάτω πίνακα συμμετέχουν οι κλίμακες :

1. Σωματοποίηση (SCL - 90) (q1)
2. Άγχος (SCL - 90) (q2)
3. Επιθετικότητα (SCL - 90) (q3)
4. Παρανοειδής Ιδεασμός (SCL - 90) (q4)
5. Γενικό σύνολο εχθρότητας (H.D.H.Q.) (q5)
6. Συνολική βαθμολογία Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES) (q6)
7. Συνολική βαθμολογία Εξωτερικής Ντροπής (OAS) (q7)
8. Συνολική βαθμολογία Εσωτερικής Ντροπής (ESS) (q8)
9. Συνολική βαθμολογία Εξωστρεφούς Εχθρότητας (H.D.H.Q.) (q9)
10. Παροδικό Άγχος (State Anxiety) (q10)
11. Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety) (q11)

Από τις συσχετίσεις ξεχωρίζουν :

1. Η θετική γραμμική συσχέτιση της σωματοποίησης (SCL - 90) και του άγχους (SCL - 90) ( $\tau_{b} = 0,646$ ).
2. Η θετική γραμμική συσχέτιση του άγχους (SCL - 90) και του γενικού συνόλου (H.D.H.Q.) ( $\tau_{b} = 0,507$ ).
3. Η θετική γραμμική συσχέτιση του άγχους (SCL - 90) και του μόνιμου άγχους (Trait Anxiety) ( $\tau_{b} = 0,596$ ).
4. Η θετική γραμμική συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας της εχθρότητας (HDHQ) και της εξωστρεφούς εχθρότητας (HDHQ) ( $\tau_{b} = 0,735$ ).
5. Η θετική γραμμική συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας εξωτερικής ντροπής (OAS) και της συνολικής βαθμολογίας εσωτερικής ντροπής (ESS) ( $\tau_{b} = 0,492$ ).

Καμία από τις συσχετίσεις δεν κρίνεται ιδιαίτερα ισχυρή, όπως αυτό συνήθως ορίζεται στη βιβλιογραφία (απόλυτη τιμή μεγαλύτερη από το 0,7) γεγονός που τοποθετεί σε διακριτούς ρόλους τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν, εξαιρώντας αυτές τις εχθρότητας, οι οποίες και κρίνονται αναμενόμενες. Επιπλέον, οι συσχετίσεις που παρουσιάζονται με τους ισχυρότερους δείκτες κρίνονται, επίσης, αναμενόμενες.

Πίνακας 4: Συσχετίσεις μεταξύ επιλεγμένων υποκλιμάκων											
	q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8	q9	q10	q11
q1											
q2	,646										
q3	,347	,431									
q4	,275	,289	,370								
q5	,323	,507	,389	,288							
q6	-,025	-,071	-,183	-,132	-,125						
q7	,188	,217	,296	,237	,180	-,154					
q8	,318	,331	,356	,255	,263	-,111	,492				
q9	,199	,348	,434	,289	<b>,735</b>	-,109	,158	,206			
q10	,351	,478	,240	,196	,399	-,147	,109	,187	,287		
q11	,434	,596	,252	,193	,527	-,113	,114	,261	,346	,604	

### 5.3 Διαφοροποιήσεις μεταξύ ατόμων Τσιγγάνων (Ρομά) ως προς το φύλο

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 125 ανδρών Τσιγγάνων (Ρομά) και των 236 γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) που συμμετείχαν στην έρευνά μας. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (t-Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

**Στατιστική Υπόθεση :** Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή μεταξύ της ομάδας των ανδρών και της ομάδας των γυναικών.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού  $p$  το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του t-Test δίνει τον Πίνακα 5. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν  $p < 0,05$ .



<b>Πίνακας 5: Διαφοροποιήσεις μεταξύ Ανδρών και Γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά)</b>						
	<b>Τσιγγάνοι (Ρομά)</b>			<b>t-test</b>		
	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	t	df	p
<b>Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)</b>						
Συνολική βαθμολογία	24,08±13,71	31,84±15,15	29,16±15,11	-4,784	359	<b>,000</b>
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	10,34±5,90	13,19±6,45	12,20±6,40	-4,113	359	<b>,000</b>
Αίσθημα κενού (empty)	3,85±3,26	6,19±3,80	5,38±3,79	-6,126	288,004	<b>,000</b>
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes)	8,64±5,28	10,85±5,17	10,09±5,31	-3,836	359	<b>,000</b>
<b>Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)</b>						
Συνολική ντροπή	39,68±10,67	49,06±14,20	45,81±13,82	-7,062	318,187	<b>,000</b>
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	16,54±6,46	20,33±7,81	19,02±7,58	-4,920	296,341	<b>,000</b>
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	18,00±5,61	20,69±6,12	19,76±6,08	-4,094	359	<b>,000</b>
Σωματική ντροπή (bodily shame)	5,14±1,87	8,04±3,17	7,03±3,11	-10,927	354,729	<b>,000</b>
<b>Κλίμακα Αυτοεκτίμησης Άγχους του S. Spielberger (STAI)</b>						
Παροδικό Άγχος (state anxiety)	50,30±13,27	52,67±12,95	51,84±13,09	-1,640	359	,102
Μόνιμο Άγχος (trait anxiety)	43,00±12,60	48,25±12,86	46,43±12,99	-3,716	359	<b>,000</b>
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R(SCL-90)</b>						
Σωματοποίηση (somatization)	9,85±9,54	13,92±10,28	12,44±10,19	-3,578	359	<b>,000</b>
Ιδιοψυχαναγκασμός (obsessive-compulsive)	9,10±6,42	14,24±7,85	12,46±7,77	-6,695	299,391	<b>,000</b>
Διαπροσωπική ευαισθησία (interpersonal sensitivity)	7,77±5,66	13,10±6,24	11,25±6,55	-7,937	359	<b>,000</b>
Κατάθλιψη (depression)	8,64±8,57	16,75±11,24	13,94±11,08	-7,656	314,980	<b>,000</b>
Άγχος (anxiety)	7,08±6,84	10,70±9,16	9,45±8,59	-4,241	319,200	<b>,000</b>
Επιθετικότητα (aggression)	6,18±4,33	6,25±4,90	6,23±4,70	-0,127	359	,899
Φοβικό άγχος (phobic anxiety)	2,67±3,76	6,55±5,94	5,21±5,60	-7,570	348,017	<b>,000</b>
Παρανοειδής ιδεασμός (paranoid ideation)	9,58±4,21	10,87±4,11	10,42±4,18	-2,829	359	<b>,005</b>
Ψυχωτισμός (psychotism)	4,35±4,02	7,18±6,11	6,20±5,63	-5,270	342,360	<b>,000</b>
Διάφορες αιτιάσεις (ενοχή)	0,54±0,84	0,73±1,03	0,66±0,97	-1,954	301,666	,052
Διάφορες αιτιάσεις (αϋπνία)	0,65±1,12	1,13±1,34	0,96±1,29	-3,613	294,941	<b>,000</b>
Διάφορες αιτιάσεις (πρωινή αφύπνιση)	1,38±1,24	1,58±1,32	1,51±1,29	-1,434	359	,152
Διάφορες αιτιάσεις (ανησυχία)	1,04±1,29	1,42±1,31	1,29±1,31	-2,660	359	<b>,008</b>
Διάφορες αιτιάσεις (ανορεξία)	0,41±0,88	0,75±1,07	0,63±1,02	-3,213	297,529	<b>,001</b>
Διάφορες αιτιάσεις (βουλιμία)	0,62±1,02	0,83±1,19	0,76±1,13	-1,828	286,904	,069
Διάφορες αιτιάσεις (σκέψεις θανάτου)	0,34±0,91	0,59±1,16	0,51±1,08	-2,250	308,726	<b>,025</b>
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων ΓΔΣ)	0,78±0,52	1,18±0,68	1,04±0,65	-6,307	315,272	<b>,000</b>
Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	1,87±0,39	2,09±0,42	2,01±0,43	-4,665	359	<b>,000</b>
Σύνολο των Θετικών Συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	36,14±18,97	49,37±22,05	44,79±21,93	-5,683	359	<b>,000</b>

<b>Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)</b>						
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	6,00±2,30	5,93±2,38	5,96±2,35	0,260	359	,795
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	9,15±2,10	9,11±1,98	9,13±2,02	0,168	359	,867
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	4,37±2,50	4,80±2,32	4,65±2,39	-1,627	359	,105
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	3,86±2,52	5,56±3,10	4,97±3,02	-5,645	300,547	<b>,000</b>
Παραληρηματική ενοχή (guilt)	2,58±1,77	3,22±2,07	2,99±1,99	-3,076	287,803	<b>,002</b>
Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitive)	19,52±5,43	19,84±5,44	19,73±5,44	-0,537	359	,592
Σύνολο ενδοστρέφειας (intropunitive)	6,43±3,97	8,78±4,83	7,97±4,68	-4,948	297,663	<b>,000</b>
Ολική Εχθρότητα (total hostility)	25,95±8,17	28,62±9,27	27,70±8,98	-2,711	359	<b>,007</b>
<b>Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος – Family Environment Scale (FormR-FES)</b>						
<b>Σχέσεις (Relationship Dimensions)</b>						
Συνοχή (cohesion)	6,49±1,48	6,22±1,66	6,31±1,60	1,534	359	,126
Εκφραστικότητα (expressiveness)	4,78±1,50	4,71±1,50	4,74±1,50	0,435	359	,664
Σύγκρουση (conflict)	3,85±1,95	4,35±2,14	4,17±2,09	-2,176	359	<b>,030</b>
<b>Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)</b>						
Ανεξαρτησία (independence)	4,59±1,58	4,48±1,60	4,52±1,59	0,618	359	,537
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (achievement orientation)	6,84±1,46	6,00±1,65	6,29±1,64	4,751	359	<b>,000</b>
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (intellectual - cultural orientation)	2,97±1,99	2,67±1,55	2,77±1,72	1,572	359	,117
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (active-recreational orientation)	2,37±1,85	1,97±1,55	2,11±1,68	2,132	359	<b>,034</b>
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (moral-religious emphasis)	5,14±2,38	5,59±2,22	5,43±2,30	-1,800	359	,073
<b>Συντήρηση του Συστήματος (System Maintenance Dimensions)</b>						
Οργάνωση (organization)	6,14±1,75	5,93±1,51	6,01±1,60	1,200	359	,231
Έλεγχος (control)	6,18±1,28	5,92±1,46	6,01±1,40	1,685	359	,093
<b>Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος</b>						
Γενικό Σύνολο	49,34±7,12	47,84±6,27	48,36±6,61	2,062	359	<b>,040</b>

Στον Πίνακα 5 μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι γυναίκες Τσιγγάνες (Ρομά) εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή σε όλες σχεδόν τις κλίμακες, εξαιρώντας τις κλίμακες Προσανατολισμού της Οικογένειας για Επιτεύγματα (Achievement Orientation) (FES), Προσανατολισμού της Οικογένειας προς Ενεργό Ψυχαγωγική Δραστηριότητα

(Active-Recreational Orientation) (FES) και Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES), όπου οι άνδρες συγκεντρώνουν υψηλότερες βαθμολογίες.

Στις Κλίμακες Οργάνωση (Organization-FES), Έλεγχος (Control-FES), Ηθική και Θρησκευτική Έμφαση (Moral-Religious Emphasis-FES), Πνευματικός πολιτιστικός Προσανατολισμός (Intellectual-Cultural Orientation-FES), Ανεξαρτησία (Independence-FES), Συνοχή (Cohesion-FES), Εκφραστικότητα (Expressiveness-FES), Σύνολο Εξωστρέφειας (extrapunitive-HDHQ), Παρορμητική Επιθετικότητα (acting-out hostility-HDHQ), Επίκριση των άλλων (Criticism of Others-HDHQ), Παρανοειδής Επιθετικότητα (Paranoid Hostility-HDHQ), Επιθετικότητα (Aggression-SCL-90), Διάφορες αιτιάσεις (Ενοχή-SCL-90), Διάφορες αιτιάσεις (πρωινή αφύπνιση-SCL-90), Διάφορες αιτιάσεις (βουλμία-SCL-90), Παροδικό Άγχος (State Anxiety-STAI) δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.

#### **5.4 Διαφοροποιήσεις μεταξύ ατόμων Τσιγγάνων (Ρομά) ως προς το αν νοσηλεύτηκαν κάποια φορά σε νοσοκομείο**

Στο παρόν υποκεφάλαιο ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 192 ατόμων Τσιγγάνων (Ρομά) που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο και των 169 ατόμων Τσιγγάνων (Ρομά) που δεν νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο και συμμετείχαν στην έρευνά μας. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (t-Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

**Στατιστική Υπόθεση :** Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή μεταξύ της ομάδας που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο και της ομάδας που δεν νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού  $p$  το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του t-Test Πίνακας 6. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν  $p < 0,05$ .

<b>Πίνακας 6: Διαφοροποιήσεις μεταξύ Τσιγγάνων (Ρομά) που νοσηλεύτηκαν και Τσιγγάνων (Ρομά) που δεν νοσηλεύτηκαν</b>						
	<b>Τσιγγάνοι (Ρομά)</b>			<b>t-test</b>		
	Έχουν νοσηλευτεί	Δεν έχουν νοσηλευτεί	Σύνολο	t	df	P
<b>Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)</b>						
Συνολική βαθμολογία	28,91±15,65	29,44±14,51	29,16±15,11	-0,333	359	,739
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	11,78±6,52	12,68±6,25	12,20±6,40	-1,341	359	,181
Αίσθημα κενού (empty)	5,64±4,16	5,09±3,30	5,38±3,79	1,370	359	,171
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes)	10,05±5,48	10,13±5,12	10,09±5,31	-0,149	359	,882
<b>Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)</b>						
Συνολική ντροπή	47,49±14,63	43,91±12,61	45,81±13,82	2,481	359	<b>,014</b>
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	20,71±8,14	17,09±6,38	19,02±7,58	4,656	359	<b>,000</b>
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	19,51±6,39	20,05±5,71	19,76±6,08	-0,837	359	,403
Σωματική ντροπή (bodily shame)	7,27±3,10	6,76±3,12	7,03±3,11	1,551	359	,122
<b>Κλίμακα Αυτοεκτίμησης Άγχους του S. Spielberger (STAI)</b>						
Παροδικό Άγχος (state anxiety)	56,19±11,16	46,91±13,40	51,84±13,09	7,182	359	<b>,000</b>
Μόνιμο Άγχος (trait anxiety)	52,01±10,44	40,10±12,74	46,43±12,99	9,752	359	<b>,000</b>
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R(SCL-90)</b>						
Σωματοποίηση (somatization)	15,69±10,94	8,76±7,81	12,44±10,19	6,843	359	<b>,000</b>

Ιδεοψυχαναγκασμός (obsessive-compulsive)	14,89±8,10	9,70±6,38	12,46±7,77	6,691	359	,000
Διαπροσωπική ευαισθησία (interpersonal sensitivity)	12,50±6,92	9,84±5,81	11,25±6,55	3,925	359	,000
Κατάθλιψη (depression)	18,69±10,70	8,56±8,84	13,94±11,08	9,732	359	,000
Άγχος (snxiety)	12,67±9,12	5,79±6,20	9,45±8,59	8,262	359	,000
Επιθετικότητα (aggression)	6,58±5,15	5,83±4,12	6,23±4,70	1,514	359	,131
Φοβικό άγχος (phobic anxiety)	7,40±5,86	2,72±4,06	5,21±5,60	8,698	359	,000
Παρανοειδής ιδεασμός (paranoid ideation)	10,34±4,50	10,51±3,81	10,42±4,18	-,387	359	,699
Ψυχωτισμός (psychotism)	7,97±6,42	4,19±3,69	6,20±5,63	6,962	311,334	,000
Διάφορες αιτιάσεις (ενοχή)	0,84±1,07	0,46±0,81	0,66±0,97	3,850	351,105	,000
Διάφορες αιτιάσεις (αϋπνία)	1,45±1,39	0,41±0,87	0,96±1,29	8,605	324,791	,000
Διάφορες αιτιάσεις (πρωινή αφύπνιση)	1,95±1,24	1,01±1,16	1,51±1,29	7,465	359	,000
Διάφορες αιτιάσεις (ανησυχία)	1,82±1,25	0,69±1,12	1,29±1,31	8,964	359	,000
Διάφορες αιτιάσεις (ανορεξία)	0,88±1,16	0,35±0,73	0,63±1,02	5,195	326,576	,000
Διάφορες αιτιάσεις (βουλιμία)	1,11±1,27	0,36±0,78	0,76±1,13	6,918	322,469	,000
Διάφορες αιτιάσεις (σκέψεις θανάτου)	0,81±1,30	0,16±0,61	0,51±1,08	6,233	279,245	,000
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων ΓΔΣ)	1,28±0,69	0,77±0,49	1,04±0,65	8,229	344,292	,000
Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	2,13±0,47	1,88±0,33	2,01±0,43	5,833	359	,000
Σύνολο των Θετικών Συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	52,47±21,21	36,07±19,38	44,79±21,93	7,634	359	,000
<b>Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)</b>						
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	6,40±2,39	5,46±2,21	5,96±2,35	3,865	359	,000
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	9,05±1,82	9,22±2,23	9,13±2,02	-,807	359	,420
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	5,20±2,01	4,02±2,62	4,65±2,39	4,806	359	,000
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	6,33±2,57	3,43±2,74	4,97±3,02	10,354	346,538	,000
Παραληρηματική ενοχή (guilt)	3,61±1,85	2,30±1,92	2,99±1,99	6,596	349,142	,000
Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitiveness)	20,64±5,03	18,70±5,71	19,73±5,44	3,411	337,461	,001
Σύνολο ενδοστρέφειας (intropunitiveness)	9,94±4,02	5,72±4,37	7,97±4,68	9,512	343,821	,000
Ολική Εχθρότητα (total hostility)	30,58±8,08	24,42±8,85	27,70±8,98	6,874	342,742	,000
<b>Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος – Family Environment Scale (FormR-FES)</b>						
<b>Σχέσεις (Relationship Dimensions)</b>						
Συνοχή (cohesion)	6,05±1,63	6,60±1,53	6,31±1,60	-3,302	359	,001
Εκφραστικότητα (expressiveness)	4,94±1,38	4,51±1,60	4,74±1,50	2,737	359	,007
Σύγκρουση (conflict)	4,51±2,15	3,79±1,95	4,17±2,09	3,306	359	,001
<b>Προσωπική Ανάπτυξη και Ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)</b>						
Ανεξαρτησία (independence)	4,54±1,46	4,50±1,73	4,52±1,59	0,199	359	,842
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (achievement orientation)	5,89±1,59	6,76±1,57	6,29±1,64	-5,231	359	,000
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (intellectual-cultural orientation)	3,00±1,86	2,51±1,51	2,77±1,72	2,697	359	,007

Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (active-recreational orientation)	2,51±1,73	1,66±1,50	2,11±1,68	4,916	359	,000
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (moral-religious emphasis)	5,83±2,04	4,98±2,45	5,43±2,30	3,620	359	,000
<b>Συντήρηση του Συστήματος (System Maintenance Dimensions)</b>						
Οργάνωση (organization)	5,53±1,51	6,55±1,52	6,01±1,60	-6,411	359	,000
Έλεγχος (control)	5,68±1,41	6,37±1,30	6,01±1,40	-4,809	359	,000
<b>Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος</b>						
Γενικό Σύνολο	48,47±6,90	48,24±6,28	48,36±6,61	,324	359	,746

Στον Πίνακα 6 μπορούμε να παρατηρήσουμε πως στις περισσότερες υποκλίμακες παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές, εξαιρώντας όλες τις υποκλίμακες της εξωτερικής ντροπής, της συμπεριφορικής και σωματικής ντροπής του EES, της επιθετικότητας και παρανοειδούς ιδεασμού του SCL-90, της επίκρισης των άλλων του HDHQ, καθώς και της υποκλίμακας ανεξαρτησίας του FES.

Τα άτομα Τσιγγάνοι (Ρομά) που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή σε όλες σχεδόν τις κλίμακες, εξαιρώντας τις κλίμακες Συνοχή του Οικογενειακού Συστήματος (Cohesion- FES), Προσανατολισμού της Οικογένειας για Επιτεύγματα (Achievement Orientation-FES), Οργάνωση του Οικογενειακού Συστήματος (Organization- FES) και Ελέγχου του Οικογενειακού Συστήματος (Control- FES).

## 5.5 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών Μηνιαίου Εισοδήματος των Τσιγγάνων (Ρομά)

Στον Πίνακα 7, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ κατηγοριών του μηνιαίου εισοδήματος των Τσιγγάνων (Ρομά), όπως αυτοί το δήλωσαν και όπως καταγράφηκαν στην παρούσα έρευνα. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Συνολική βαθμολογία εξωτερικής ντροπής (OAS) ( $p = 0,000$ )
2. Αίσθημα κατωτερότητας (inferior - OAS) ( $p = 0,000$ )
3. Αίσθημα κενού (empty- OAS)( $p = 0,000$ )
4. Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων στα λάθη (Mistakes) ( $p = 0,032$ )
5. Συνολική βαθμολογία εσωτερικής ντροπής (ESS) ( $p = 0,001$ )
6. Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame-ESS) ( $p = 0,000$ )
7. Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame-ESS) ( $p = 0,004$ )
8. Σωματική ντροπή (bodily shame-ESS) ( $p = 0,040$ )
9. Παροδικό Άγχος (State Anxiety-STAI) ( $p = 0,040$ )
10. Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety-STAI) ( $p = 0,040$ )
11. Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) ( $p = 0,002$ )

12. Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive -SCL-90) (p =0,000)
13. Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity -SCL-90) (p =0,000)
14. Κατάθλιψη (Depression -SCL-90) (p =0,000)
15. Άγχος (Anxiety -SCL-90) (p =0,000)
16. Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) (p =0,007)
17. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety -SCL-90) (p =0,000)
18. Παρανοειδής ιδεασμός (Paranoid ideation-SCL-90) (p =0,023)
19. Ψυχωτισμός (Psychoticism -SCL-90) (p =0,000)
20. Διάφορες αιτιάσεις (σκέψεις θανάτου-SCL-90) (p =0,000)<sup>1\*</sup>
21. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,000)
22. Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,031)
23. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (-SCL-90) (p =0,000)
24. Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility - HDHQ) (p =0,003)
25. Επίκριση των άλλων (criticism of others - HDHQ) (p =0,040)
26. Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility - HDHQ) (p =0,027)
27. Αυτο-επίκριση (self-criticism - HDHQ) (p =0,000)
28. Παραληρηματική ενοχή (guilt - HDHQ) (p =0,002)



29. Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitiveness - HDHQ) ( $p = 0,017$ )
30. Σύνολο ενδοστρέφειας (intropunitiveness - HDHQ) ( $p = 0,000$ )
31. Ολική Εχθρότητα (total hostility - HDHQ) ( $p = 0,001$ )
32. Συνοχή (Cohesion - Form R-FES) ( $p = 0,000$ )
33. Σύγκρουση (Conflict- Form R-FES) ( $p = 0,0021$ ) 2,521 ,021
34. Πνευματικός – πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation - Form R-FES) ( $p = 0,000$ )
35. Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation - Form R-FES) ( $p = 0,000$ )
36. Οργάνωση (Organization - Form R-FES) ( $p = 0,002$ )
37. Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Total Form R-FES) ( $p = 0,001$ )

**Πίνακας 7: Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών του μηνιαίου εισοδήματος των Τσιγγάνων (Ρομά)**

	<b>F</b>	<b>P</b>
<b>Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)</b>		
Συνολική βαθμολογία	5,274	<b>,000</b>
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	4,697	<b>,000</b>
Αίσθημα κενού (empty)	8,671	<b>,000</b>
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes)	2,335	<b>,032</b>
<b>Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)</b>		
Συνολική ντροπή	3,960	<b>,001</b>

Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	4,906	,000
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	3,220	,004
Σωματική ντροπή (bodily shame)	2,228	,040
<b>Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)</b>		
Παροδικό Άγχος (state anxiety)	1,709	,118
Μόνιμο Άγχος (trait anxiety)	3,537	,002
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R(SCL-90)</b>		
Σωματοποίηση (somatization)	3,539	,002
Ιδιοψυχαναγκασμός (obsessive-compulsive)	5,714	,000
Διαπροσωπική ευαισθησία (interpersonal sensitivity)	4,145	,000
Κατάθλιψη (depression)	5,258	,000
Άγχος (anxiety)	4,550	,000
Επιθετικότητα (hostility)	3,020	,007
Φοβικό άγχος (phobic anxiety)	5,549	,000
Παρανοειδή ιδεασμό (paranoid ideation)	2,483	,023
Ψυχωτισμός (psychoticism)	6,119	,000
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.βουλιμία)	5,234	,000
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	5,620	,000
Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων	2,342	,031
Σύνολο των Θετικών Συμπτωμάτων	7,134	,000
<b>Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)</b>		
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	3,389	,003
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	2,233	,040
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	2,411	,027
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	4,151	,000
Παραληρηματική ενοχή (guilt)	3,506	,002
Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitiveness)	2,617	,017
Σύνολο ενδοστρέφειας (intropunitiveness)	4,307	,000
Ολική Εχθρότητα (total hostility)	3,867	,001
<b>Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος – Family Environment Scale (FormR-FES)</b>		
<b>Σχέσεις (Relationship Dimensions)</b>		
Συνοχή (cohesion)	4,426	,000
Εκφραστικότητα (expressiveness)	1,353	,233
Σύγκρουση (conflict)	2,521	,021
<b>Προσωπική Ανάπτυξη και Ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)</b>		
Ανεξαρτησία (independence)	1,057	,388
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (achievement orientation)	1,834	,092
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (intellectual – cultural orientation)	7,282	,000
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (active-recreational orientation)	7,577	,000

Ηθική και θρησκευτική έμφαση (moral-religious emphasis)	1,389	,218
<b>Συντήρηση του Συστήματος (System Maintenance Dimensions)</b>		
Οργάνωση (organization)	3,625	<b>,002</b>
Έλεγχος (control)	2,085	,054
<b>Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος</b>		
Γενικό Σύνολο	3,838	<b>,001</b>

## **5.6 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Πηγής του Μηνιαίου Εισοδήματος των Τσιγγάνων (Ρομά)**

Στον Πίνακα 8, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ της πηγής του μηνιαίου εισοδήματος των Τσιγγάνων (Ρομά), όπως αυτοί το δήλωσαν και όπως καταγράφηκαν στην παρούσα έρευνα. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Συνολική βαθμολογία εξωτερικής ντροπής (OAS) ( $p = 0,000$ )
2. Αίσθημα κατωτερότητας (inferior - OAS) ( $p = 0,000$ )
3. Αίσθημα κενού (empty- OAS)( $p = 0,000$ )
4. Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes-OAS) ( $p = 0,000$ )
5. Συνολική βαθμολογία εσωτερικής ντροπής (ESS) ( $p = 0,000$ )
6. Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame-ESS) ( $p = 0,000$ )
7. Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame-ESS) ( $p = 0,000$ )

8. Σωματική ντροπή (bodily shame-ESS) ( $p = 0,000$ )
9. Παροδικό Άγχος (state anxiety-STAI) ( $p = 0,005$ )
10. Μόνιμο Άγχος (trait anxiety-STAI) ( $p = 0,000$ )
11. Σωματοποίηση (somatization - SCL-90)( $p = 0,000$ )
12. Ιδιοψυχαναγκασμός (obsessive-compulsive- SCL-90) ( $p = 0,000$ )
13. Διαπροσωπική ευαισθησία (inter. sensitivity- SCL-90) ( $p = 0,000$ )
14. Κατάθλιψη (depression- SCL-90) ( $p = 0,001$ )
15. Άγχος (Anxiety - SCL-90) ( $p = 0,007$ )
16. Επιθετικότητα (Hostility- SCL-90) ( $p = 0,038$ )
17. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety- SCL-90) ( $p = 0,000$ )
18. Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation- SCL-90) ( $p = 0,093$ )
19. Ψυχωτισμός (Psychoticism - SCL-90) ( $p = 0,000$ )
20. Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. σκέψεις θανάτου- SCL-90) ( $p = 0,000$ )
21. Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (SCL-90) ( $p = 0,000$ )
22. Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90) ( $p = 0,242$ )
23. Σύνολο των Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90) ( $p = 0,000$ )
24. Παρανοειδής Επιθετικότητα (paranoid hostility- HDHQ) ( $p = 0,001$ )
25. Αυτο-επίκριση (self-criticism- HDHQ) ( $p = 0,000$ )

26. Παραληρηματική ενοχή (guilt- HDHQ) ( $p = 0,006$ )
27. Σύνολο Ενδοστρέφειας (intropunitiveness- HDHQ)( $p = 0,000$ )
28. Ολική Εχθρότητα (total hostility- HDHQ) ( $p = 0,001$ )
29. Συνοχή (cohesion - Form R-FES) ( $p = 0,042$ )
30. Σύγκρουση (conflict - Form R-FES) ( $p = 0,015$ )
31. Προσανατολισμός για Επιτεύγματα (achievement orientation- Form R-FES) ( $p = 0,021$ )
32. Προσανατολισμός προς ενεργό Ψυχαγωγική Δραστηριότητα (active-recreational orientation - Form R-FES) ( $p = 0,014$ )
33. Ηθική και Θρησκευτική Έμφαση (moral-religious emphasis- Form R-FES) ( $p = 0,044$ )
34. Οργάνωση (organization - Form R-FES) ( $p = 0,000$ )
35. Έλεγχος (control- Form R-FES) ( $p = 0,040$ )

**Πίνακας 8: Διαφοροποιήσεις μεταξύ πηγής του μηνιαίου εισοδήματος των Τσιγγάνων (Ρομά)**

	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)</b>		
Συνολική βαθμολογία	10,000	,000
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	7,458	,000
Αίσθημα κενού (empty)	14,209	,000
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes)	5,745	,000

<b>Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)</b>		
Συνολική ντροπή	7,451	,000
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	6,045	,000
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	5,589	,000
Σωματική ντροπή (bodily shame)	6,646	,000
<b>Κλίμακα Αυτοεκτίμησης Άγχους του S. Spielberger (STAI)</b>		
Παροδικό Άγχος (state anxiety)	2,963	,005
Μόνιμο Άγχος (trait anxiety)	3,932	,000
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R(SCL-90)</b>		
Σωματοποίηση (somatization)	4,545	,000
Ιδεοψυχαναγκασμός (obsessive-compulsive)	4,930	,000
Διαπροσωπική ευαισθησία (interpersonal sensitivity)	4,662	,000
Κατάθλιψη (depression)	3,772	,001
Άγχος (anxiety)	2,805	,007
Επιθετικότητα (hostility)	2,147	,038
Φοβικό άγχος (phobic anxiety)	5,485	,000
Παρανοειδής ιδεασμός (paranoid ideation)	1,768	,093
Ψυχωτισμός (psychoticism)	5,029	,000
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. σκέψεις θανάτου)	4,430	,000
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	4,436	,000
Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων	1,314	,242
Σύνολο των Θετικών Συμπτωμάτων	5,355	,000
<b>Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)</b>		
Παρορμητική Επιθετικότητα (acting-out hostility)	1,232	,284
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	,854	,543
Παρανοειδής Επιθετικότητα (paranoid hostility)	3,680	,001
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	3,939	,000
Παραληρηματική Ενοχή (guilt)	2,915	,006
Σύνολο Εξωστρέφειας (extrapunitiveness)	2,007	,053
Σύνολο Ενδοστρέφειας (intropunitiveness)	3,984	,000
Ολική Εχθρότητα (total hostility)	3,475	,001
<b>Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος – Family Environment Scale (FormR-FES)</b>		
<b>Σχέσεις (Relationship Dimensions)</b>		
Συνοχή (cohesion)	2,110	,042
Εκφραστικότητα (expressiveness)	,380	,914
Σύγκρουση (conflict)	2,536	,015
<b>Προσωπική Ανάπτυξη και Ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)</b>		
Ανεξαρτησία (independence)	,978	,447
Προσανατολισμός για Επιτεύγματα (achievement orientation)	2,391	,021
Πνευματικός - πολιτιστικός Προσανατολισμός (intellectual – cultural orientation)	2,023	,052

Προσανατολισμός προς ενεργό Ψυχαγωγική Δραστηριότητα (active-recreational orientation)	2,563	,014
Ηθική και Θρησκευτική Έμφαση (moral-religious emphasis)	2,094	,044
<b>Συντήρηση του Συστήματος (System Maintenance Dimensions)</b>		
Οργάνωση (organization)	5,314	,000
Έλεγχος (control)	2,131	,040
<b>Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος</b>		
Γενικό Σύνολο	1,478	,174

### **5.7 Αναλυτική περιγραφή των διαφοροποιήσεων των πηγών εισοδημάτων των Τσιγγάνων (Ρομά)**

Στον Πίνακα 9, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των πηγών εισοδημάτων των Τσιγγάνων (Ρομά). Η απλή παρατήρηση καταδεικνύει πως η πηγή του εισοδήματος των Τσιγγάνων (Ρομά) επηρεάζει στατιστικά τις συγκεκριμένες κλίμακες και υποκλίμακες.

Ιδιαίτερα, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι οι Τσιγγάνοι (Ρομά) που η πηγή εισοδήματός τους είναι η επαιτεία εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα εξωτερικής και εσωτερικής ντροπής, ψυχοπαθολογίας και μόνιμου και παροδικού άγχους.

Πίνακας 9: Παρουσίαση των διαφοροποιήσεων μεταξύ πηγής Εισοδήματος των Τσιγγάνων (Ρομά).								
	Πηγή Εισοδήματος των Τσιγγάνων (Ρομά).							
	Εργασία	Πρόνοια	Επίδομα Ανεργίας	Επαιτεία	Άλλο	Σύνταξη	Δεν υπάρχει Εισόδημα	Επίδομα Πολυτέκνων
Συνολική εξωτερική ντροπή (OAS)	23,03	35,51	30,87	36,63	21,88	24,33	<b>38,61</b>	22,17
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	9,82	14,60	13,67	13,38	9,25	10,27	<b>15,06</b>	11,00
Αίσθημα κενού (empty)	3,64	6,96	5,51	<b>9,13</b>	3,88	4,73	8,89	3,00
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes)	8,55	12,00	10,00	11,63	7,88	8,33	<b>12,50</b>	7,50
Συνολική εσωτερική ντροπή (ESS)	40,27	50,36	45,46	51,25	48,50	49,33	<b>54,56</b>	45,33
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	16,76	20,57	17,90	23,00	19,25	22,87	<b>25,33</b>	15,83
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	17,51	<b>21,59</b>	21,31	21,38	19,88	19,40	21,39	21,50
Σωματική ντροπή (bodily shame)	6,01	8,21	6,26	6,88	<b>9,38</b>	7,07	7,83	8,00
Παροδικό Άγχος (state anxiety - STAI)	51,58	50,98	46,74	54,13	57,38	<b>59,07</b>	58,61	60,17
Μόνιμο Άγχος (trait anxiety - STAI)	46,79	44,13	41,92	<b>54,13</b>	52,38	53,93	54,11	53,33
Σωματοποίηση (SCL-90)	10,09	13,73	9,74	<b>20,50</b>	16,50	18,67	18,06	12,83
Ίδεοψυχαναγκασμός (SCL-90)	10,71	13,09	10,67	18,00	17,00	14,67	<b>19,11</b>	15,00
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL-90)	9,43	13,00	11,23	<b>16,00</b>	10,50	8,73	14,28	12,50
Κατάθλιψη (SCL-90)	12,67	14,22	9,77	<b>22,38</b>	16,38	17,00	21,89	20,50
Άγχος (SCL-90)	8,56	10,01	6,74	<b>16,50</b>	9,13	10,00	15,00	10,33
Επιθετικότητα (SCL-90)	5,37	6,84	6,82	8,13	5,63	4,73	<b>8,50</b>	6,00
Φοβικό άγχος (SCL-90)	4,39	5,82	2,69	<b>11,25</b>	7,63	4,80	9,78	5,17
Ψυχωτισμός (SCL-90)	4,84	7,03	5,82	10,88	7,00	4,47	<b>11,17</b>	7,17
Διάφορες αιτιάσεις (ανορεξία-SCL-90)	,51	,75	,41	1,00	,00	,60	<b>1,17</b>	<b>1,17</b>
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (SCL-90)	,9060	1,1247	,8655	<b>1,6069</b>	1,1847	1,1274	1,5555	1,2314
Σύνολο των Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90)	39,82	47,87	38,21	59,38	52,38	48,60	<b>65,61</b>	44,83
Παρορμητική Επιθετικότητα (acting-out hostility)	5,90	5,69	5,87	6,63	6,50	6,60	<b>7,11</b>	6,50
Παρανοειδής Επιθετικότητα (paranoid hostility)	4,75	4,45	3,38	5,13	5,38	5,93	<b>6,06</b>	5,50



Αυτο-επίκριση (self-criticism)	5,14	4,58	3,59	6,13	5,50	5,73	6,94	<b>7,83</b>
Παραληρηματική Ενοχή (guilt)	3,08	2,87	2,13	3,38	2,88	3,33	3,89	<b>5,17</b>
Σύνολο Εξωστρέφειας (extrapunitiveness)	19,65	19,43	18,03	21,00	20,75	21,40	<b>23,00</b>	21,83
Σύνολο Ενδοστρεφούς Εχθρότητας (intropunitiveness- H.D.H.Q.)	8,22	7,45	5,72	9,50	8,38	9,07	10,83	<b>13,00</b>
Ολική Εχθρότητα (total hostility)	27,87	26,88	23,74	30,50	29,13	30,47	33,83	<b>34,83</b>
Συνοχή (cohesion)	6,36	<b>6,50</b>	6,46	5,63	5,63	6,20	5,22	5,67
Σύγκρουση (conflict)	4,10	4,04	3,92	5,13	4,88	3,53	5,33	<b>6,33</b>
Προσανατολισμός για Επιτεύγματα (achievement orientation)	6,10	6,50	<b>6,77</b>	5,00	6,25	6,40	6,39	5,00
Προσανατολισμός προς ενεργό Ψυχαγωγική Δραστηριότητα (active-recreational Orientation - FES)	2,46	1,72	1,74	2,25	2,00	<b>2,80</b>	2,11	2,17
Ηθική και Θρησκευτική Έμφαση (moral-religious emphasis- FES)	5,72	5,13	4,67	5,38	4,75	6,00	6,22	<b>6,67</b>
Οργάνωση (organization)	5,98	6,17	<b>6,82</b>	4,88	3,88	5,47	5,39	5,67
Έλεγχος (control)	6,04	6,02	<b>6,51</b>	4,75	5,63	5,67	5,72	5,50

## 5.8 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών ως προς την ανάγκη των Τσιγγάνων (Ρομά) να κάνουν δώρο στο γιατρό τους κατά τη διάρκεια μιας νοσηλείας

Στον Πίνακα 10, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ κατηγοριών ως προς την ανάγκη των Τσιγγάνων (Ρομά) να κάνουν δώρο στο γιατρό τους κατά τη διάρκεια μιας νοσηλείας τόσο δικής τους όσο και κάποιου συγγενή τους, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα έρευνα. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Συνολική βαθμολογία εξωτερικής ντροπής (OAS) ( $p = 0,001$ )
2. Αίσθημα κατωτερότητας (inferior - OAS) ( $p = 0,009$ )
3. Αίσθημα κενού (empty- OAS)( $p = 0,000$ )
4. Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes-OAS) ( $p = 0,002$ )
5. Συνολική βαθμολογία εσωτερικής ντροπής (ESS) ( $p = 0,000$ )
6. Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame-ESS) ( $p = 0,000$ )
7. Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame-ESS) ( $p = 0,000$ )
8. Σωματική ντροπή (bodily shame-ESS) ( $p = 0,000$ )
9. Παροδικό Άγχος (state anxiety-STAI) ( $p = 0,000$ )
10. Μόνιμο Άγχος (trait anxiety-STAI) ( $p = 0,000$ )
11. Σωματοποίηση (somatization-SCL-90) ( $p = 0,000$ )
12. Ιδιοψυχαναγκασμός (obsessive-compulsive -SCL-90) ( $p = 0,000$ )
13. Διαπροσωπική ευαισθησία (interpersonal sensitivity -SCL-90) ( $p = 0,000$ )
14. Κατάθλιψη (depression -SCL-90) ( $p = 0,000$ )
15. Άγχος (anxiety -SCL-90) ( $p = 0,000$ )
16. Επιθετικότητα (hostility-SCL-90) ( $p = 0,002$ )
17. Φοβικό άγχος (phobic anxiety -SCL-90) ( $p = 0,000$ )

18. Παρανοειδής ιδεασμός (paranoid ideation-SCL-90) ( $p = 0,098$ )
19. Ψυχωτισμός (psychoticism -SCL-90) ( $p = 0,000$ )
20. Διάφορες αιτιάσεις (σκέψεις θανάτου-SCL-90) ( $p = 0,000$ )<sup>2\*</sup>
21. Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (-SCL-90) ( $p = 0,000$ )
22. Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων (-SCL-90) ( $p = 0,001$ )
23. Σύνολο των Θετικών Συμπτωμάτων (-SCL-90) ( $p = 0,000$ )
24. Παρορμητική Επιθετικότητα (acting-out hostility - HDHQ) ( $p = 0,010$ )
25. Επίκριση των άλλων (criticism of others - HDHQ) ( $p = 0,006$ )
26. Παρανοειδής Επιθετικότητα (paranoid hostility - HDHQ) ( $p = 0,000$ )
27. Αυτο-επίκριση (self-criticism - HDHQ) ( $p = 0,000$ )
28. Παραληρηματική Ενοχή (guilt - HDHQ) ( $p = 0,000$ )
29. Σύνολο Εξωστρέφειας (extrapuniteness - HDHQ) ( $p = 0,000$ )
30. Σύνολο Ενδοστρέφειας (intropunitiveness - HDHQ) ( $p = 0,000$ )
31. Ολική Εχθρότητα (total hostility - HDHQ) ( $p = 0,000$ )
32. Συνοχή (cohesion - Form R-FES) ( $p = 0,009$ )
33. Εκφραστικότητα (expressiveness- Form R-FES) ( $p = 0,021$ )
34. Σύγκρουση (conflict - Form R-FES) ( $p = 0,023$ )

35. Προσανατολισμός για Επιτεύγματα (achievement orientation- Form R-FES) ( $p = 0,014$ )
36. Πνευματικός – πολιτιστικός Προσανατολισμός (intellectual - cultural orientation - Form R-FES) ( $p = 0,000$ )
37. Προσανατολισμός προς ενεργό Ψυχαγωγική Δραστηριότητα (active-recreational orientation - Form R-FES) ( $p = 0,000$ )
38. Ηθική και Θρησκευτική Έμφαση (moral-religious emphasis - Form R-FES) ( $p = 0,000$ )
39. Οργάνωση (organization - Form R-FES) ( $p = 0,000$ )
40. Έλεγχος (control - Form R-FES) ( $p = 0,001$ )

**Πίνακας 10: Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών ως προς την ανάγκη των Τσιγγάνων (Ρομά) να κάνουν δώρο στο γιατρό τους κατά τη διάρκεια μιας νοσηλείας τόσο δικής τους όσο και κάποιου συγγενή τους**

	F	p
<b>Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)</b>		
Συνολική βαθμολογία	3,796	<b>,001</b>
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	2,896	<b>,009</b>
Αίσθημα κενού (empty)	4,768	<b>,000</b>
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes)	3,468	<b>,002</b>
<b>Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)</b>		
Συνολική ντροπή	9,119	<b>,000</b>
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	9,362	<b>,000</b>
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	5,510	<b>,000</b>
Σωματική ντροπή (bodily shame)	4,305	<b>,000</b>
<b>Κλίμακα Αυτοεκτίμησης Άγχους του S. Spielberger (STAI)</b>		
Παροδικό Άγχος (state anxiety)	7,205	<b>,000</b>

Μόνιμο Άγχος (trait anxiety)	13,892	<b>,000</b>
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R(SCL-90)</b>		
Σωματοποίηση (somatization)	11,805	<b>,000</b>
Ιδιοψυχαναγκασμός (obsessive-compulsive)	10,946	<b>,000</b>
Διαπροσωπική ευαισθησία (interpersonal sensitivity)	7,354	<b>,000</b>
Κατάθλιψη (depression)	11,832	<b>,000</b>
Άγχος (anxiety)	11,178	<b>,000</b>
Επιθετικότητα (hostility)	3,598	<b>,002</b>
Φοβικό άγχος (phobic anxiety)	10,595	<b>,000</b>
Παρανοειδής ιδεασμός (paranoid ideation)	1,799	,098
Ψυχωτισμός (psychoticism)	7,247	<b>,000</b>
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ αυπνία)	8,791	<b>,000</b>
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	12,354	<b>,000</b>
Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων	3,824	<b>,001</b>
Σύνολο των Θετικών Συμπτωμάτων	16,463	<b>,000</b>
<b>Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)</b>		
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	2,855	<b>,010</b>
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	3,096	<b>,006</b>
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	7,409	<b>,000</b>
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	10,136	<b>,000</b>
Παραληρηματική ενοχή (guilt)	10,489	<b>,000</b>
Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitiveness)	5,261	<b>,000</b>
Σύνολο ενδοστρέφειας (intropunitiveness)	11,729	<b>,000</b>
Ολική Εχθρότητα (total hostility)	9,116	<b>,000</b>
<b>Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος – Family Environment Scale (FormR-FES)</b>		
<b>Σχέσεις (Relationship Dimensions)</b>		
Συνοχή (cohesion)	2,924	<b>,009</b>
Εκφραστικότητα (expressiveness)	2,515	<b>,021</b>
Σύγκρουση (conflict)	2,488	<b>,023</b>
<b>Προσωπική Ανάπτυξη και Ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)</b>		
Ανεξαρτησία (independence)	,370	,898
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (achievement orientation)	2,717	<b>,014</b>
Πνευματικός - πολιτιστικός Προσανατολισμός (intellectual – cultural orientation)	6,251	<b>,000</b>
Προσανατολισμός προς ενεργό Ψυχαγωγική Δραστηριότητα (active-recreational orientation)	4,440	<b>,000</b>
Ηθική και Θρησκευτική Έμφαση (moral-religious emphasis)	4,172	<b>,000</b>
<b>Συντήρηση του Συστήματος (System Maintenance Dimensions)</b>		
Οργάνωση (organization)	8,018	<b>,000</b>
Έλεγχος (control)	4,694	<b>,000</b>
<b>Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος</b>		

## 5.9 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις της Επίδρασης των Βασικών Σχολικών Γνώσεων στην Ψυχοπαθολογία των Τσιγγάνων (Ρομά) με General Linear Model

Στον Πίνακα 11, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις που προέκυψαν από την πολυπαραγοντική ανάλυση με τη χρήση MANCOVA στις τιμές των κλιμάκων.

Από την πολυπαραγοντική ανάλυση με τη χρήση MANCOVA παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της οικογενειακού περιβάλλοντος και των υποκλιμάκων της ψυχοπαθολογίας, όπως δίνονται από το SCL-90.

Τα αποτελέσματα συνοψίζονται στον Πίνακα 11.

<b>Πίνακας 11: Επίδραση των Βασικών Σχολικών Γνώσεων στην Ψυχοπαθολογία των Τσιγγάνων (Ρομά)</b>			
<b>Μεταβλητές</b>	<b>Σχολείο</b>	<b>Ανάγνωση</b>	<b>Γραφή</b>
<b>Υποκλίμακες του (SCL-90)</b>			
<b>Σωματοποίηση (somatization)</b>	,891	,225	,132
<b>Ιδιοψυχαναγκασμός (obsessive-compulsive)</b>	,847	,415	,191
<b>Διαπροσωπική ευαισθησία (interpersonal sensitivity)</b>	,966	,606	,168
<b>Κατάθλιψη (depression)</b>	,285	<b>,062<sup>MS</sup></b>	<b>,017*</b>
<b>Άγχος (anxiety)</b>	,705	,060	,025
<b>Επιθετικότητα (hostility)</b>	,286	,522	,699
<b>Φοβικό άγχος (phobic anxiety)</b>	,923	,534	,137
<b>Παρανοειδής ιδεασμός (paranoid ideation)</b>	,528	,482	,187

### 5.10 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις της Επίδρασης των Βασικών Σχολικών Γνώσεων στα Επίπεδα Εξωτερικής και Εσωτερικής Ντροπής των Τσιγγάνων (Ρομά) με General Linear Model

Στον Πίνακα 12, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις, που προέκυψαν από την πολυπαραγοντική ανάλυση με τη χρήση MANCOVA, της επίδρασης των βασικών σχολικών γνώσεων στις τιμές των κλιμάκων της εξωτερικής και εσωτερικής ντροπής των Τσιγγάνων (Ρομά), όπως κατεγράφησαν στην παρούσα έρευνα.

Από την πολυπαραγοντική ανάλυση με τη χρήση MANCOVA δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των βασικών σχολικών γνώσεων των Ρομά και των υποκλιμάκων της εξωτερικής και εσωτερικής ντροπής.

**Πίνακας 12: Επίδραση των Βασικών Σχολικών Γνώσεων στην Εξωτερική και Εσωτερική Ντροπή των Τσιγγάνων (Ρομά)**

Μεταβλητές Υποκλίμακες του (OAS) και (ESS)	Σχολείο	Ανάγνωση	Γραφή
<b>Συνολική βαθμολογία εξωτερικής ντροπής (OAS)</b>	,344	,938	,413
<b>Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)(OAS)</b>	,327	,949	,387
<b>Αίσθημα κενού (empty) (OAS)</b>	,198	,830	,447
<b>Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes) (OAS)</b>	,441	,947	,473
<b>Συνολική βαθμολογία εσωτερικής ντροπής (ESS)</b>	,318	,452	,134
<b>Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame) (ESS)</b>	,308	,277	,128
<b>Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame) (ESS)</b>	,408	,490	,160
<b>Σωματική ντροπή (bodily shame) (ESS)</b>	,770	,499	,888

Σημείωση: \*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ .



## 5.11 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις της Επίδρασης των Βασικών Σχολικών Γνώσεων στην Εχθρότητα των Τσιγγάνων (Ρομά) με το General Linear Model

Στον Πίνακα 13, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις που προέκυψαν από την πολυπαραγοντική ανάλυση με τη χρήση MANCOVA της επίδρασης των βασικών σχολικών γνώσεων στις τιμές των κλιμάκων της εχθρότητας των Τσιγγάνων (Ρομά), όπως κατεγράφησαν στην παρούσα έρευνα.

Από την πολυπαραγοντική ανάλυση με τη χρήση MANCOVA δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των βασικών σχολικών γνώσεων των Τσιγγάνων (Ρομά) και των υποκλιμάκων της εχθρότητας, παρά μόνο μια σημαντική συσχέτιση ( $p=0.28$ ) μεταξύ της παρανοειδούς εχθρότητας και της εκπαίδευσης στο σχολείο.

**Πίνακας 13: Επίδραση των Βασικών Σχολικών Γνώσεων στα Συναισθήματα Εχθρότητας των Τσιγγάνων (Ρομά)**

Μεταβλητές Υποκλίμακες του HDHQ	Σχολείο	Ανάγνωση	Γραφή
<b>Επικριση των άλλων (criticism of others)</b> (HDHQ)	,424	,126	,191
<b>Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)</b> (HDHQ)	,725	,841	,902
<b>Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)</b> (HDHQ)	<b>,028*</b>	,640	,358
<b>Αυτο-επικριση (self-criticism)</b> (HDHQ)	,456	,250	,160
<b>Παραληρηματική ενοχή (guilt)</b> (HDHQ)	,449	,576	,319
<b>Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitive-ness)</b> (HDHQ)	,270	,654	,891
<b>Σύνολο ενδοστρέφειας (intropunitive-ness)</b> (HDHQ)	,873	,328	,184
<b>Ολική Εχθρότητα (total hostility)</b> (HDHQ)	,453	,812	,543

Σημείωση: \*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ .

## 5.12 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις της Επίδρασης των Βασικών Σχολικών Γνώσεων στις Οικογενειακές Σχέσεις των Τσιγγάνων (Ρομά) με το General Linear Model

Στον Πίνακα 14, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις που προέκυψαν από την πολυπαραγοντική ανάλυση με τη χρήση MANCOVA της επίδρασης των βασικών σχολικών γνώσεων στις τιμές των κλιμάκων του οικογενειακού περιβάλλοντος των Τσιγγάνων (Ρομά), όπως κατεγράφησαν στην παρούσα έρευνα.

Από την πολυπαραγοντική ανάλυση με τη χρήση MANCOVA δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των βασικών σχολικών γνώσεων των Τσιγγάνων (Ρομά) και των υποκλιμάκων της κλίμακας του οικογενειακού περιβάλλοντος.

**Πίνακας 14: Επίδραση των Βασικών Σχολικών Γνώσεων στις Οικογενειακές Σχέσεις των Τσιγγάνων (Ρομά)**

Μεταβλητές Υποκλίμακες του Form R-FES	Σχολείο	Ανάγνωση	Γραφή
Συνοχή (cohesion) (Form R-FES)	,391	,803	,454
Εκφραστικότητα (expressiveness) (Form R-FES)	,186	,588	,992
Σύγκρουση (conflict) (Form R-FES)	,603	,272	,854
Ανεξαρτησία (independence) (Form R-FES)	,933	,334	,920
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (achievement orientation) (Form R-FES)	,709	,155	,396
Πνευματικός – πολιτιστικός προσανατολισμός (intellectual - cultural orientation) (Form R-FES)	,679	,171	,266
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (active-recreational orientation)	,948	,182	,654

(FormR-FES)

Ηθική και Θρησκευτική Έμφαση (moral-religious emphasis) (Form R-FES)	,752	,482	,285
Οργάνωση (organization)(Form R-FES)	,637	,997	,864
Έλεγχος (control)(Form R-FES)	,210	,416	,386
Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος(Form R-FES)	,539	,566	,841

---

Σημείωση: \*\*\*p < .001, \*\*p < .01, \*p < .05.

### 5.13 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις της Επίδρασης των Βασικών Σχολικών Γνώσεων στο Παροδικό και Μόνιμο Άγχος των Τσιγγάνων (Ρομά) με το General Linear Model

Στον Πίνακα 15, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις που προέκυψαν από την πολυπαραγοντική ανάλυση με τη χρήση MANCOVA της επίδρασης των βασικών σχολικών γνώσεων στις τιμές του παροδικού και μόνιμου άγχους των Τσιγγάνων (Ρομά), όπως κατεγράφησαν στην παρούσα έρευνα.

Από την πολυπαραγοντική ανάλυση με τη χρήση MANCOVA δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των βασικών σχολικών γνώσεων των Τσιγγάνων (Ρομά) και του παροδικού άγχους. Η μόνη σημαντική συσχέτιση ( $p=023$ ) που διαπιστώθηκε ήταν μεταξύ του μόνιμου άγχους και της γνώσης της γραφής.

**Πίνακας 15: Επίδραση των Βασικών Σχολικών Γνώσεων στο Παροδικό και Μόνιμο Άγχος των Τσιγγάνων (Ρομά)**

Μεταβλητές Υποκλίμακες του STAI	Σχολείο	Ανάγνωση	Γραφή
<b>Παροδικό Άγχος (state anxiety)(STAI)</b>	,198	,553	,209
<b>Μόνιμο Άγχος (trait anxiety)(STAI)</b>	,239	,086	<b>,023*</b>

Σημείωση: \*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ .

## 6. Αποτελέσματα Πολλαπλής Παλινδρόμησης

Σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι η μελέτη της ψυχικής υγείας των Τσιγγάνων (Ρομά) με ιδιαίτερη έμφαση στην άμβλυνση των ανισοτήτων μεταξύ των φύλων στην κοινωνία και τη διερεύνηση των επιπέδων της ψυχοπαθολογίας και της ντροπής πέρα από την ηλικία, συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο στη μελέτη ενός θέματος που δεν έχει αντιμετωπιστεί σε έκταση στη βιβλιογραφία.

Όλα τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το λογισμικό predictive analytics (SPSS). Το ερωτηματολόγιο εξωτερικής ντροπής (OAS), το ερωτηματολόγιο εσωτερικής ντροπής (ESS) και η κλίμακα ψυχοπαθολογίας (SCL-90-R) βαθμολογήθηκαν και αναλύθηκαν σύμφωνα με τις δημοσιευμένες κατευθυντήριες οδηγίες. Για την καλύτερη ερμηνεία των αποτελεσμάτων, μια δεύτερη μεταβλητή δημιουργήθηκε για την ηλικία, όπου κάθε συμμετέχων προσδιορίστηκε από το αντίστοιχο τεταρτημόριο ηλικίας (1 έως 4). Αυτή η μεταβλητή ηλικία χρησιμοποιήθηκε στη συγκεκριμένη ανάλυση αντί του ηλικία.

Στη συνέχεια διεξήχθη πολλαπλή ανάλυση διακύμανσης (Multiple analysis of variance - MANOVA) προκειμένου να διερευνηθεί κατά πόσον το φύλο, η ηλικία και η εκπαίδευση (αποφοίτηση ή όχι από το δημοτικό σχολείο) έχουν επιπτώσεις στα επίπεδα της ψυχοπαθολογίας και της εξωτερικής και εσωτερικής ντροπής. Στη συγκεκριμένη ανάλυση επιλέχθηκε η MANOVA αντί των τριών ANOVA, μια και η πολλαπλή ανάλυση διακύμανσης MANOVA λαμβάνει υπόψη τις ενδο-συσχετίσεις μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών και μειώνει το experiment-wise level of Type I error.

Επειδή επρόκειτο για σύγκριση κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία  $\chi^2$  (chi-square test) για να εξεταστεί η σχέση μεταξύ των ζευγαριών των

ονομαστικών ή τακτικών μεταβλητών. Στις περιπτώσεις που δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του  $\chi^2$  χρησιμοποιήθηκε η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test).

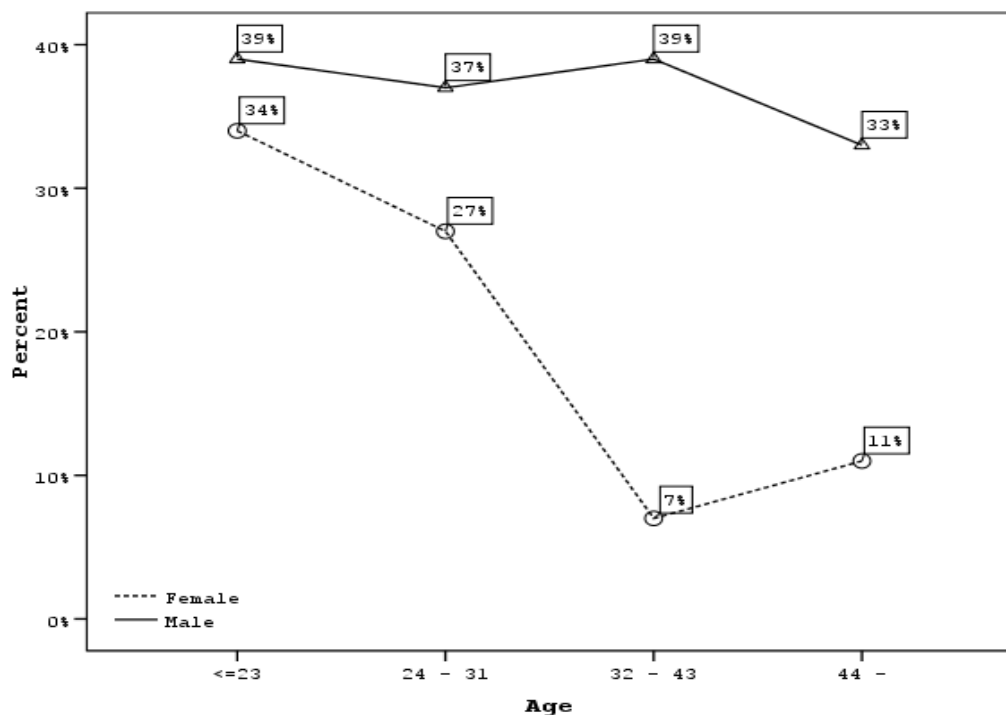
Για τη σύγκριση των δύο κατανομών από ανεξάρτητα δείγματα και τη διερεύνηση των διαφορών μεταξύ των ομάδων που ορίζονται από διχοτομική μεταβλητή για όλες τις κλίμακες χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t-test. Σε κάθε δοκιμασία t-test ελέγχθηκε η ισότητα των διακυμάνσεων με τη μέθοδο δοκιμής Levene και όπου οι προϋποθέσεις δεν πληρούνταν εφαρμόστηκε η δοκιμασία t-test του Welch. Η ανάλυση της διακύμανσης εφαρμόστηκε για να διερευνηθεί εάν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των ομάδων που ορίζονται από την μεταβλητή της ηλικίας για όλες τις κλίμακες και υποκλίμακες. Επίσης, για κάθε στατιστική δοκιμασία ελέγχθηκε η ομοιογένεια των δεδομένων.

Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05 για όλες τις στατιστικές δοκιμασίες, εκτός από τη μονοπαραγοντική στατιστική δοκιμή που ακολουθήθηκε στο MANOVA, όπου το 0,05 διαιρέθηκε με τον αριθμό των δοκιμών που πραγματοποιήθηκαν, δηλαδή  $p < .05 / 3 = .017$ .

Από τις στατιστικές δοκιμασίες παρατηρήθηκε ότι ένας σημαντικός αριθμός νοικοκυριών των Τσιγγάνων (Ρομά) ζει σε ακατάλληλες συνθήκες στέγασης και θα μπορούσε να χαρακτηριστεί από ανεπαρκή πρόσβαση στις εγκαταστάσεις μαγειρέματος (κουζίνα) (89 ερωτηθέντες, 24,7%) ή το μπάνιο (89 ερωτηθέντες, 24,7%).

Όπως παρατηρήσαμε και στο κεφάλαιο με την παρουσίαση των κοινωνικοδημογραφικών δεδομένων, οι ερωτηθέντες, στην πλειονότητα τους (n = 266, 73,7%) δεν τελείωσαν το δημοτικό σχολείο (187 γυναίκες, 79,2% και 79 άνδρες, 63,2%), ενώ οι γυναίκες ήταν στατιστικά πιο πιθανό να είναι αναλφάβητες (OR = 2,2, 95% CI 1,33 -

3,69,  $p < .001$ ). Μια παρατήρηση που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική στο νεότερο ήμισυ του δείγματος, ιδίως στις ηλικίες 14 έως 23 χρόνων ( $c2(1, n = 361) = 0.259, p = 0,611$ ) και 24-31 χρόνων ( $c2(1, n = 361) = 0.858, p = 0.354$ ) (Σχήμα 1). Ακόμη, παρατηρήθηκε ότι μεταξύ των ερωτηθέντων που παρακολούθησαν το δημοτικό σχολείο η συνολική διάρκεια της σχολικής παρακολούθησης δεν ήταν στατιστικά διαφορετική μεταξύ γυναικών και ανδρών ( $M = 6.7$  σχολικά έτη,  $Mm = 6.4, t(93) = 0.907, p = 0.367$ ).



Σχήμα 1: Ποσοστό (%) των γυναικών ( $n = 236$ ) και των ανδρών ( $n = 125$ ) που παρακολούθησαν το δημοτικό σχολείο σε σύγκριση με την ηλικιακή κατηγορία.

Στη διερεύνηση της επαγγελματικής κατάστασης των Τσιγγάνων (Ρομά) παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες μειονεκτούν ως προς την επαγγελματική απασχόληση σε σύγκριση με τους άνδρες. Ειδικότερα, μόνο το 3,8% από αυτές διαθέτουν μια μόνιμη θέση, το 22,8% απασχολούνται εποχικά, το 70,4% δεν εργάζονται και το 3% είναι συνταξιούχες. Από την άλλη πλευρά, το 16% των ανδρών έχουν μια μόνιμη θέση, το 33,6%



είναι εποχιακοί εργάτες, το 34,4% είναι άνεργοι και το 11,2% είναι συνταξιούχοι. Η εξάρτηση του φύλου από το είδος της απασχόλησης είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $\chi^2(5, n = 361) = 77.828, p < .001$ ). Επιπλέον, οι γυναίκες Τσιγγάνες (Ρομά) που εργάζονται λαμβάνουν σημαντικά χαμηλότερες αμοιβές για την εργασία τους από τους άνδρες Τσιγγάνους (Ρομά) ( $308 \text{ € έναντι } 385 \text{ €, } t(144) = 2.848, p = .005$ ).

Η πλειονότητα των ερωτηθέντων Τσιγγάνων (Ρομά) ( $N = 305, 84,5\%$ ) ανήκουν σε μια οικογένεια με τουλάχιστον ένα μέλος πάσχον από χρόνιες ψυχοσωματικές ασθένειες, ενώ 122 από αυτούς (33,8%) είχαν οι ίδιοι μια χρόνια ασθένεια (84 γυναίκες, 38 άνδρες) και το φύλο δεν είχε στατιστικά σημαντική επίδραση στα εν λόγω ποσοστά ( $\chi^2(1, n = 361) = 0.985, p = .321$ ). Αξίζει να σημειωθεί ότι μεταξύ των 84 γυναικών που είχαν μια χρόνια ασθένεια μόνο 13 (15,5%) από αυτές είχαν ένα γιατρό για να τις παρακολουθεί συστηματικά, ενώ 9 (23,7%) από τους 38 άνδρες με χρόνια ασθένεια είχαν ένα γιατρό για να τους παρακολουθεί συστηματικά. Μεταξύ των 84 γυναικών που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες οι 22 (26,2%) έχουν δεχθεί συμβουλευτικές παρεμβάσεις από έναν γιατρό γενικώς, οι 16 (19,0%) από έναν ψυχολόγο, και οι 9 (10,7%) από έναν γενικό ιατρό. Από την άλλη πλευρά, ανάμεσα στους 38 άνδρες με χρόνιες ασθένειες, οι 13 (34,2%) έχουν δεχθεί συμβουλευτικές παρεμβάσεις από έναν γιατρό γενικώς, οι 6 (15,8%) από έναν ορθοπαιδικό ιατρό και οι 6 από έναν γενικό γιατρό. Οι Τσιγγάνες (Ρομά) γυναίκες παρατηρήθηκε ότι ήταν πιο πιθανό να δέχονται παροχές δημόσιας υγείας ( $\chi^2(1, n = 361) = 6.729, p = .009$ ), πιθανώς λόγω της αναπαραγωγικής διαδικασίας (3,45 παιδιά ανά γυναίκα,  $SD = 1.83$ ).

Οι γυναίκες Τσιγγάνες (Ρομά) είχαν στατιστικά υψηλότερη βαθμολογία σε όλες τις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας και της ντροπής (Πίνακας 17 και Σχήμα 2). Η κλίμακα της επιθετικότητας ήταν η εξαίρεση στον κανόνα, δεδομένου ότι τα αποτελέσματα από

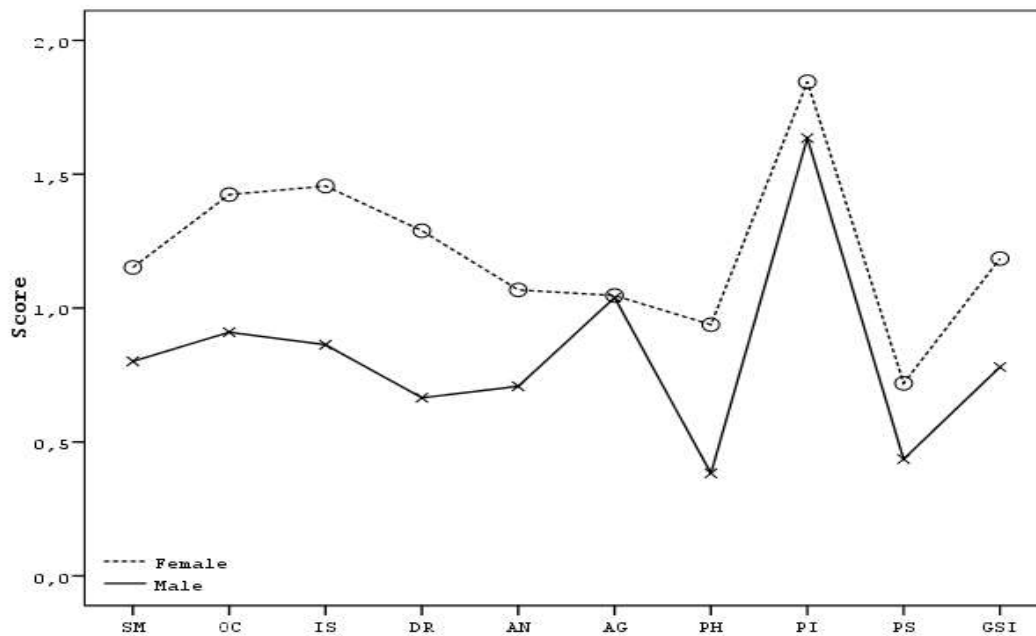
την κλίμακα αυτή μεταξύ των ανδρών και των γυναικών ήταν στατιστικά ίσα. Ως προς την ηλικία παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση με τις παρατηρούμενες βαθμολογίες σε όλες τις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας, καθώς και στις υποκλίμακες της ντροπής, με εξαιρέσεις τις υποκλίμακες της συμπεριφορικής ντροπής (εσωτερικής ντροπής) και του αισθήματος κατωτερότητας (εξωτερική ντροπή).

Όπως ήταν αναμενόμενο, όλες οι υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας και της ντροπής που συναντώνται στη μελέτη μας εμφάνιζαν άκρως θετικές συσχετίσεις (Πίνακας 16).

Πίνακας 16 : Συσχετίσεις Pearson

	OAS	ESS	SM	OC	IS	DR	AN	AG	PH	PI
ESS	,660(**)									
SM	,327(**)	,481(**)								
OC	,420(**)	,554(**)	,814(**)							
IS	,640(**)	,656(**)	,595(**)	,721(**)						
DR	,351(**)	,502(**)	,785(**)	,841(**)	,693(**)					
AN	,373(**)	,503(**)	,852(**)	,819(**)	,657(**)	,871(**)				
AG	,396(**)	,469(**)	,558(**)	,604(**)	,561(**)	,509(**)	,627(**)			
PH	,406(**)	,502(**)	,683(**)	,721(**)	,646(**)	,767(**)	,769(**)	,455(**)		
PI	,369(**)	,382(**)	,340(**)	,461(**)	,578(**)	,442(**)	,395(**)	,469(**)	,313(**)	
PS	,415(**)	,602(**)	,726(**)	,731(**)	,626(**)	,734(**)	,765(**)	,518(**)	,742(**)	,442(**)

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



Σχήμα 2: Μέσες τιμές των επιπέδων του SCL-90 των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) (n=236) και ανδρών Τσιγγάνων (Ρομά) (n=125)

Πίνακας 17 :Περιγραφική Στατιστική και εσωτερική συνοχή των SCL-90, ESS, OAS κλιμάκων (α=Cronbach's α)

Scale	Total	A	Female (N = 236)	Male (N = 125)	<=23 (N = 96)	24 – 31 (N = 89)	32 – 43 (N = 86)	>=44 (N = 90)
GSI	1.1 (0.65)	0.977	1.2 (0.68)	0.8 (0.51)**	0.8 (0.42)	0.9 (0.52)	1.1 (0.68)	0.4 (0.77)**
SM	1.0 (0.84)	0.913	1.2 (0.86)	0.8 (0.76) **	0.6 (0.49)	0.8 (0.6)	1.1 (0.88)	1.6 (0.99)**
OC	1.3 (0.78)	0.855	1.4 (0.79)	0.9 (0.64) **	0.9 (0.58)	1.1 (0.65)	1.4 (0.84)	1.6 (0.84)**
IS	1.3 (0.73)	0.794	1.5 (0.69)	0.9 (0.63) **	1.1 (0.67)	1.2 (0.62)	1.2 (0.76)	1.5 (0.81)*
DR	1.1 (0.85)	0.913	1.3 (0.86)	0.7 (0.66) **	0.8 (0.62)	0.9 (0.76)	1.1 (0.84)	1.5 (0.98)**
AN	0.9 (0.86)	0.910	1.1 (0.91)	0.7 (0.68) **	0.6 (0.58)	0.8 (0.79)	1.1 (0.88)	1.4 (0.97)**
AG	1.0 (0.78)	0.818	1.1 (0.82)	1.0 (0.72)	0.8 (0.75)	1.0 (0.67)	1.2 (0.85)	1.2 (0.81)*
PH	0.8 (0.8)	0.850	0.9 (0.85)	0.4 (0.54) **	0.6 (0.62)	0.7 (0.68)	0.8 (0.86)	1.0 (0.94)**
PI	1.8 (0.69)	0.624	1.9 (0.67)	1.6 (0.7)*	1.6 (0.68)	1.7 (0.72)	1.8 (0.62)	1.9 (0.69)*
PS	0.6 (0.56)	0.790	0.7 (0.61)	0.4 (0.4) **	0.4 (0.37)	0.5 (0.45)	0.7 (0.63)	0.9 (0.67)**
ESS <sub>t</sub>	48 (14.1)	0.935	51 (14.5)	41.7 (11.1) **	43 (13.1)	46 (12.1)	50 (14.7)	52 (15.0)**
CS	21.1 (7.6)	0.912	22.5 (7.8)	18.6 (6.6)**	18.6 (6.5)	19.7 (6.0)	22.5 (8.3)	23.9 (8.4) **
BHS	19.8 (6.1)	0.897	20.7 (6.1)	18.0 (5.6) **	18.4 (6.1)	19.8 (5.9)	20.3 (6.3)	20.6 (5.7)
BOS	7.0 (3.1)	0.839	8.0 (3.2)	5.1 (1.9) **	6.3 (2.9)	6.7 (3.0)	7.5 (3.1)	7.7 (3.3)*
OAS <sub>t</sub>	29 (15,1)	0.944	32 (15.1)	22.5 (13.7) **	27 (15.0)	27 (13.5)	31 (15.4)	32 (15.9)*

INF	12.2 (6.4)	0.908	13.2 (6.5)	10.3 (5.9) **	11.6 (6.6)	11.6 (6.0)	12.6 (6.2)	13 (6.7)
EMT	5.4 (3.8)	0.782	6.2 (3.8)	3.8 (3.3) **	4.7 (3.6)	4.8 (3.5)	5.9 (3.9)	6.3 (3.9)*
MIS	10.1 (5.3)	0.843	10.9 (5.2)	8.6 (5.3) **	9.1 (5.1)	9.5 (5.0)	10.8 (5.3)	11.1 (5.6)*

GSI: Global severity index (SCL-90), SM: Somatization, OC: Obsessive-Compulsive, IS: Interpersonal Sensitivity, DR: Depression, AN: Anxiety, AG: Aggression, PH: Phobia, PI: Paranoid Ideation, PS: Psychoticism

ESS: Total ESS score, CS: Characterological shame, BHS: Behavioral shame, BOS: Bodily shame

OAS: Total OAS score, INF: Inferior, EMT: Empty, MIS: Mistakes

\*\* :  $p < .001$ , \* :  $p < .05$

Στη συνέχεια, με one-way MANOVA εξετάστηκαν οι υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας, της εσωτερικής ντροπής και της εξωτερικής ντροπής ως εξαρτημένες μεταβλητές με την ηλικιακή κατηγορία, το φύλο και την αποφοίτηση από το δημοτικό σχολείο ως ανεξάρτητες μεταβλητές. Από τα αποτελέσματα παρατηρήθηκε μια σημαντική πολυμεταβλητή κύρια επίδραση στους ερωτηθέντες για την κατηγορία της ηλικίας (Wilks'  $\lambda = .897$ ,  $F(9, 832.489) = 4.211$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .035$ , power = .987), για την κατηγορία του φύλου (Wilks'  $\lambda = .931$ ,  $F(3, 342) = 8.495$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .069$ , power = .994) και για την κατηγορία της αποφοίτησης από το δημοτικό σχολείο (Wilks'  $\lambda = .942$ ,  $F(3, 342) = 7.013$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .058$ , power = .980).

Η μεταβολή της συνολικής βαθμολογίας της εσωτερικής ντροπής (ESS) εξηγείται από το μοντέλο με τον δείκτη προσδιορισμού  $R^2$  ( $R^2 = 0.252$  -  $R^2_{adj} = 0.219$ ), ο οποίος εκφράζει το ποσοστό της διακύμανσης, δηλαδή δηλώνει ένα ποσοστό της τάξης του 25,2% στη μεταβολή της συνολικής βαθμολογίας της εσωτερικής ντροπής (ESS).

Η μεταβολή της συνολικής βαθμολογίας της εξωτερικής ντροπής (OAS) εξηγείται από το μοντέλο με τον δείκτη προσδιορισμού  $R^2$  ( $R^2 = 0.163$  -  $R^2_{adj} = 0.127$ ), ο οποίος εκφράζει το ποσοστό της διακύμανσης, δηλαδή δηλώνει ένα ποσοστό της τάξης του 16,3% στη μεταβολή της συνολικής βαθμολογίας της εξωτερικής ντροπής (OAS).

Η μεταβολή του γενικού δείκτη συμπτωμάτων (-SCL-90) εξηγείται από το μοντέλο με τον δείκτη προσδιορισμού  $R^2$  ( $R^2 = 0.272 - R^2_{adj} = 0.241$ ), δηλαδή δηλώνει ένα ποσοστό της τάξης του 27,2% στη μεταβολή του γενικού δείκτη συμπτωμάτων (-SCL-90).

Δεδομένης της σημασίας της συνολικής δοκιμής εξετάστηκαν οι μονοδιάστατες κύριες επιπτώσεις. Σημαντικές μονομεταβλητές ήταν τα κύρια αποτελέσματα για την κατηγορία ηλικίας που ελήφθησαν από τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων (GSI-SCL-90), ( $F(3, 344) = 10.957, p < .001, \eta^2 = 0.087, \text{ισχύς} = .999$ ), ενώ τα σκορ της εξωτερικής ντροπής (ESS) και της εσωτερικής ντροπής (OAS) δεν προκάλεσαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των ηλικιακών ομάδων (ESS:  $F(3, 344) = 3.395, p = .018 > .017 = .05 / 3$  and OAS:  $F(3, 344) = 0.827, p = .480$ ). Ακόμη, το φύλο δεν είχε σημαντική επίδραση στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων (GSI-SCL-90), ( $F(3, 344) = 18.564, p < .001, \eta^2 = .051, \text{power} = .990$ ), total ESS score ( $F(3, 344) = 19.587, p < .001, \eta^2 = .054, \text{power} = .993$ ) και στη συνολική βαθμολογία της εξωτερικής ντροπής (OAS) ( $F(3, 344) = 5.875, p = .016 < .017, \eta^2 = .017, \text{power} = .676$ ).

Τέλος, η αποφοίτηση από το δημοτικό σχολείο δεν είχε στατιστικά σημαντική επίδραση στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων (GSI-SCL-90) ( $F(3, 344) = 0.329, p = .566$ ), ενώ είχε στατιστικά σημαντική επίδραση στη συνολική βαθμολογία της εσωτερικής ντροπής (ESS) ( $F(3, 344) = 11.986, p = .001, \eta^2 = .034, \text{power} = .932$ ) και τέλος η αποφοίτηση από το δημοτικό σχολείο δεν είχε στατιστικά σημαντική επίδραση για τη συνολική βαθμολογία της εξωτερικής ντροπής (OAS) ( $F(3, 344) = 16.808, p < .001, \eta^2 = .047, \text{power} = .983$ ). Τα παραπάνω αποτελέσματα συνοψίζονται στον Πίνακα 18.

Table18: Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης

Χαρακτηριστικά	SCL-90	ESS	OAS
Ηλικιακή Κατηγορία	↑	Ns	Ns
Φύλο	Γυναίκα>Ανδρας	Γυναίκα>Ανδρας	Γυναίκα>Ανδρας
Εκπαίδευση	Ns	Αναλφάβητος>Δημοτικό Σχολείο	Αναλφάβητος>Δημοτικό Σχολείο

ns: χωρίς διαφορά στατιστικής σημαντικότητας

## 7. Αντιλήψεις και Στάσεις των Τσιγγάνων (Ρομά) για το σύστημα υγείας και φροντίδας και κατάταξη σε ομοιογενείς ομάδες με την εφαρμογή K-means ανάλυση σε συστάδες

Σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων, των συναισθημάτων και των πεποιθήσεων των Τσιγγάνων (Ρομά) για το σύστημα της δημόσιας υγείας και φροντίδας και της διασύνδεσης αυτών των αντιλήψεων με το ψυχολογικό προφίλ τους. Οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν για τη στατιστική επεξεργασία προέκυψαν από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων Τσιγγάνων (Ρομά) στο ερωτηματολόγιο των στάσεων και συναισθημάτων (Πίνακας 19), που κατασκευάστηκε για τις ανάγκες της συγκεκριμένης ερευνητικής μελέτης και ήδη παρουσιάστηκε στο υποκεφάλαιο που αφορούσε στα ερευνητικά εργαλεία της έρευνας.

Η ηλικία και το φύλο μελετήθηκαν ως παράγοντες που ενδεχομένως σχετίζονται με τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις των ερωτηθέντων Τσιγγάνων (Ρομά) ως προς το δημόσιο σύστημα υγείας και φροντίδας. Προκειμένου να οδηγηθούμε στη διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών των Τσιγγάνων (Ρομά) από τις απαντήσεις τους στο ανωτέρω ερωτηματολόγιο εφαρμόστηκε ανάλυση K-means σε

συστάδες για να επιτευχθεί ένα σύμπλεγμα των ερωτηθέντων σε ομοιογενείς ομάδες, ανάλογα με τις εκφραζόμενες αντιλήψεις τους.

**Πίνακας 19: Ερωτηματολόγιο στάσεων και συναισθημάτων για τους ερωτηθέντες Τσιγγάνους (Ρομά) ως προς το σύστημα υγείας και φροντίδας**

<b>1.</b>	<b>Πόσο ικανοποιημένος/η νοιώσατε από την εξυπηρέτηση που είχατε στο νοσοκομείο;</b>								
	Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
<b>2.</b>	<b>Πόσο ικανοποιημένος/η νοιώσατε από την εξυπηρέτηση που είχατε από τους γιατρούς;</b>								
	Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
<b>3.</b>	<b>Πόσο ικανοποιημένος/η νοιώσατε από την εξυπηρέτηση που είχατε από τους νοσηλευτές;</b>								
	Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
<b>4.</b>	<b>Αισθάνομαι ότι στο νοσοκομείο συμπεριφέρονται με διακρίσεις στους Ρομά</b>								
	Διαφωνώ απόλυτα	-3	-2	-1	0	1	2	3	Συμφωνώ απόλυτα
<b>5.</b>	<b>Καμία υπηρεσία υγείας δεν ενδιαφέρεται πραγματικά για μένα και τους συγγενείς μου</b>								
	Διαφωνώ απόλυτα	-3	-2	-1	0	1	2	3	Συμφωνώ απόλυτα
<b>6.</b>	<b>Συχνά, δεν μπορώ να ακολουθήσω τις οδηγίες των γιατρών γιατί δεν τις καταλαβαίνω</b>								
	Διαφωνώ απόλυτα	-3	-2	-1	0	1	2	3	Συμφωνώ απόλυτα
<b>7.</b>	<b>Όταν χρησιμοποιώ υπηρεσίες υγείας αισθάνομαι ντροπή</b>								
	Διαφωνώ απόλυτα	-3	-2	-1	0	1	2	3	Συμφωνώ απόλυτα
<b>8.</b>	<b>Εμπιστεύομαι περισσότερο την πρακτική ιατρική των Ρομά</b>								
	Διαφωνώ απόλυτα	-3	-2	-1	0	1	2	3	Συμφωνώ απόλυτα
<b>9.</b>	<b>Αισθάνομαι διαφορετικός από τους Γκάζε</b>								
	Διαφωνώ απόλυτα	-3	-2	-1	0	1	2	3	Συμφωνώ απόλυτα
<b>10.</b>	<b>Τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζω οφείλονται στον τρόπο που ζω</b>								
	Διαφωνώ απόλυτα	-3	-2	-1	0	1	2	3	Συμφωνώ απόλυτα
<b>11.</b>	<b>Όταν εγώ ή κάποιος συγγενής μου χρειαζόμαστε εισαγωγή σε νοσοκομείο τότε απευθυνόμαστε στον αρχηγό μας</b>								
	Διαφωνώ απόλυτα	-3	-2	-1	0	1	2	3	Συμφωνώ απόλυτα
<b>12.</b>	<b>Κατά τη διάρκεια μιας νοσηλείας αισθανόμαστε την ανάγκη να κάνουμε δώρο στο γιατρό μας</b>								
	Διαφωνώ απόλυτα	-3	-2	-1	0	1	2	3	Συμφωνώ απόλυτα
<b>13.</b>	<b>Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ενός συγγενούς μου αισθάνομαι την ανάγκη να τον επισκεφτώ</b>								
	Διαφωνώ απόλυτα	-3	-2	-1	0	1	2	3	Συμφωνώ απόλυτα
<b>14.</b>	<b>Όταν αρρωσταίνω αισθάνομαι ντροπή</b>								
	Διαφωνώ απόλυτα	-3	-2	-1	0	1	2	3	Συμφωνώ απόλυτα

Αρχικά για τη σύγκριση των κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία  $\chi^2$  (chi-square test) για να εξεταστεί η σχέση μεταξύ των ζευγαριών των ονομαστικών ή τακτικών μεταβλητών. Στις περιπτώσεις που δεν πληρούνταν οι



προϋποθέσεις για την εφαρμογή του  $\chi^2$  χρησιμοποιήθηκε η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test).

Για τη σύγκριση των δύο κατανομών από ανεξάρτητα δείγματα και τη διερεύνηση των διαφορών μεταξύ των ομάδων που ορίζονται από διακριτές μεταβλητές για όλες τις κλίμακες που είχαν υπολογισθεί από τα δεδομένα μας, χρησιμοποιήθηκαν η δοκιμασία t-test και η ανάλυση της διακύμανσης (ANOVA). Σε κάθε δοκιμασία ελέγχθηκε η ισότητα των διακυμάνσεων με τη μέθοδο δοκιμής Levene και όπου οι προϋποθέσεις δεν πληρούνταν εφαρμόστηκε η δοκιμασία t-test του Welch. Η ανάλυση της διακύμανσης εφαρμόστηκε για να διερευνηθεί εάν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των ομάδων που ορίζονται από την μεταβλητή της ηλικίας για όλες τις κλίμακες και υποκλίμακες. Επίσης, για κάθε στατιστική δοκιμασία ελέγχθηκε η ομοιογένεια των δεδομένων.

Ως κατάλληλη μέθοδος επιλέχθηκε η Tamhane's posthoc για πολλαπλές συγκρίσεις για τα δεδομένα μας αφού, οι διακυμάνσεις δεν ήταν ίσες μεταξύ των ομάδων. Προς διευκόλυνση, όταν μια ομάδα έχει μεγαλύτερο ή μικρότερο (corr. lower) σκορ από όλες τις άλλες ομάδες όπως ορίσθηκαν από την ομαδοποίηση των μεταβλητών το (L) και (S) εμφανίζονται δίπλα στο σκόρ. Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05 για όλες τις στατιστικές δοκιμασίες.

Για την ιεραρχική ανάλυση συστάδων (ομάδων) χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του Ward και ακόμη εφαρμόστηκε η Euclidean distance προκειμένου να γίνει ο βέλτιστος διαχωρισμός του δείγματος σε ομοιογενή υποσύνολα ανάλογα με την ομοιότητα των απαντήσεων στις 14 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Ο αλγόριθμος K-Means για την ομαδοποίηση (K-Means clustering algorithm) εφαρμόστηκε προκειμένου να διαιρεθούν οι ερωτηθέντες σε τρεις ομάδες, οι οποίες φαίνεται να είναι μια λύση, συνδυάζοντας τόσο την απλότητα όσο και τη σαφήνεια. Στη συνέχεια, τυπικά περιγραφικά στατιστικά

στοιχεία (Standard descriptive statistics) και δοκιμές εφαρμόστηκαν ώστε να περιγραφούν τα κύρια χαρακτηριστικά αυτών των τριών (3) ομάδων.

Στις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση για την ικανοποίησή τους από την εξυπηρέτηση που είχαν στο νοσοκομείο, την εξυπηρέτηση από τους νοσοκομειακούς ιατρούς και τους νοσηλευτές, παρατηρήθηκε ιδιαίτερα θετική συσχέτιση υποδεικνύοντας με αυτό τον τρόπο ότι οι τρεις αυτοί πυλώνες της δημόσιας υγείας δεν συναντώνται με διαφορετικό τρόπο από τους Τσιγγάνους (Ρομά), που συμμετείχαν σε αυτή την έρευνα. Περαιτέρω, τα αρνητικά συναισθήματα για τον εαυτό στις περιπτώσεις προσωπικής ασθένειας και η πεποίθηση ότι δεν υπάρχει καμία υπηρεσία που ενδιαφέρεται για αυτούς συσχετίζονται με τη χρήση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας (Πίνακας 20).

Πίνακας 20: Συσχετίσεις με τον Spearman μεταξύ των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου των αντιλήψεων και στάσεων για την παρεχόμενη δημόσια υγεία (N = 361)

	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8	q9	q10	q11	q12	q13	q14
q1	<b>,823<sup>(**)</sup></b>	<b>,757<sup>(**)</sup></b>	<b>-,415<sup>(**)</sup></b>	<b>-,271<sup>(**)</sup></b>	,101	-,028	<b>-,110<sup>(*)</sup></b>	-,061	,072	-,045	<b>,177<sup>(**)</sup></b>	<b>,189<sup>(**)</sup></b>	-0,066
q2		<b>,767<sup>(**)</sup></b>	<b>-,392<sup>(**)</sup></b>	<b>-,267<sup>(**)</sup></b>	,061	-,057	<b>-,190<sup>(**)</sup></b>	-,091	,036	-,102	<b>,125<sup>(*)</sup></b>	<b>,162<sup>(**)</sup></b>	-0,097
q3			<b>-,366<sup>(**)</sup></b>	<b>-,217<sup>(**)</sup></b>	<b>,126<sup>(*)</sup></b>	<b>-,189<sup>(**)</sup></b>	<b>-,204<sup>(**)</sup></b>	<b>-,109<sup>(*)</sup></b>	,053	<b>-,164<sup>(**)</sup></b>	<b>,165<sup>(**)</sup></b>	<b>,260<sup>(**)</sup></b>	<b>-,177<sup>(**)</sup></b>
q4				<b>,462<sup>(**)</sup></b>	<b>,118<sup>(*)</sup></b>	<b>,161<sup>(**)</sup></b>	<b>,163<sup>(**)</sup></b>	<b>,209<sup>(**)</sup></b>	,068	,103	-,024	-,066	<b>,234<sup>(**)</sup></b>
q5					,057	<b>,286<sup>(**)</sup></b>	<b>,250<sup>(**)</sup></b>	<b>,184<sup>(**)</sup></b>	<b>,187<sup>(**)</sup></b>	<b>,264<sup>(**)</sup></b>	,062	,007	<b>,308<sup>(**)</sup></b>
q6						,072	,073	<b>,135<sup>(*)</sup></b>	<b>,254<sup>(**)</sup></b>	,076	,069	<b>,190<sup>(**)</sup></b>	<b>,132<sup>(*)</sup></b>
q7							<b>,303<sup>(**)</sup></b>	<b>,281<sup>(**)</sup></b>	<b>,206<sup>(**)</sup></b>	<b>,297<sup>(**)</sup></b>	,094	<b>-,158<sup>(**)</sup></b>	<b>,717<sup>(**)</sup></b>
q8								,006	-,034	<b>,413<sup>(**)</sup></b>	<b>-,140<sup>(**)</sup></b>	<b>-,201<sup>(**)</sup></b>	<b>,263<sup>(**)</sup></b>
q9									<b>,267<sup>(**)</sup></b>	,069	,039	-,091	<b>,358<sup>(**)</sup></b>
q10										,079	<b>,188<sup>(**)</sup></b>	,092	<b>,287<sup>(**)</sup></b>
q11											,05	<b>-,167<sup>(**)</sup></b>	<b>,356<sup>(**)</sup></b>
q12												<b>,199<sup>(**)</sup></b>	<b>,192<sup>(**)</sup></b>
q13													<b>-,114<sup>(*)</sup></b>

(\*\*) Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01 (2-tailed).

(\*) Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.010.05 (2-tailed).

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων χαρακτηρίζονται από υψηλότερες βαθμολογίες στο παροδικό (state anxiety) και μόνιμο άγχος (trait anxiety), καθώς και από τα υψηλά επίπεδα ντροπής και ψυχοπαθολογίας. Ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας (GSI-SCL-90), η συνολική βαθμολογία εξωτερικής και εσωτερικής ντροπής (OAS and ESS) και το παροδικό και μόνιμο άγχος (STAI) σχετίζονται θετικά με την αδυναμία τους να

κατανοούν τις ιατρικές οδηγίες, το συναίσθημα του να αισθάνονται διαφορετικοί από τους Γκάτζε και την ανάγκη τους να περιβάλλονται από συγγενείς στο νοσοκομειακό περιβάλλον (Πίνακας 21). Από την άλλη πλευρά, η συνολική βαθμολογία της Κλίμακας του οικογενειακού περιβάλλοντος (FES) σχετίστηκε αρνητικά με τις απαντήσεις σε όλες τις ερωτήσεις που αναδεικνύουν τα αρνητικά συναισθήματα των Τσιγγάνων (Ρομά) και τις εμπειρίες τους από το νοσοκομειακό περιβάλλον. Επιπλέον, παρόλο που στους ερωτηθέντες αυτής της μελέτης παρατηρείται αρνητική θέση έναντι της παραδοσιακής ιατρικής των Τσιγγάνων (Ρομά) παρατηρείται ακόμη στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση του άγχους με τις απαντήσεις στη συγκεκριμένη ερώτηση που αφορά στην παραδοσιακή ιατρική των Τσιγγάνων (Ρομά). Τέλος, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι τα αισθήματα εγκατάλειψης που αισθάνονται και οι κοινωνικές διακρίσεις που βιώνουν σχετίζονται θετικά τόσο με την εξωτερική ντροπή (OAS) όσο και με την εσωτερική ντροπή (ESS).

Table 21: Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων και Στάσεων (απαντήσεις και συσχετίσεις)

Ερωτήσεις	M ± SD <sup>(1)</sup>	Spearman correlation coefficient						
		GSI	ESS	OAS	FES	State	Trait	Age <sup>(2)</sup>
1 Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες στο νοσοκομείο	1.42 ± 1.33	.041	-.058	-.065	<b>.108<sup>(*)</sup></b>	.041	.067	.050
2 Ικανοποίηση από τους γιατρούς	1.55 ± 1.18	.074	-.039	-.087	.068	.075	.089	.047
3 Ικανοποίηση από τους νοσηλευτές	1.66 ± 1.13	.073	-.036	-.057	<b>.,122<sup>(*)</sup></b>	.067	<b>.106<sup>(*)</sup></b>	.089
4 Διακρίσεις σε άτομα Ρομά	0.46 ± 1.98	.041	<b>.116<sup>(*)</sup></b>	<b>.238<sup>(**)</sup></b>	<b>.157<sup>(**)</sup></b>	.034	-.062	.046
5 Καμία υπηρεσία δεν ενδιαφέρεται για μένα και τους συγγενείς μου	0.00 ± 1.84	<b>.140<sup>(**)</sup></b>	<b>.270<sup>(**)</sup></b>	<b>.381<sup>(**)</sup></b>	<b>.187<sup>(**)</sup></b>	.046	-.023	<b>.136<sup>(*)</sup></b>
6 Δεν μπορώ να ακολουθήσω τις ιατρικές οδηγίες	-0.30 ± 2.06	<b>.296<sup>(**)</sup></b>	<b>.173<sup>(**)</sup></b>	<b>.165<sup>(**)</sup></b>	<b>.205<sup>(**)</sup></b>	<b>.251<sup>(**)</sup></b>	<b>.276<sup>(**)</sup></b>	<b>.258<sup>(**)</sup></b>

7	Ντρέπομαι όταν χρησιμοποιώ τις υπηρεσίες υγείας	-0.34 ± 2.11	.076	<b>.266<sup>**</sup></b>	<b>.302<sup>**</sup></b>	<b>-.221<sup>**</sup></b>	<b>.106<sup>(*)</sup></b>	.06	.067
8	Βασίζομαι περισσότερο στην ιατρική των Ρομά	-0.84 ± 1.98	<b>-.165<sup>**</sup></b>	.033	<b>.262<sup>**</sup></b>	-.079	<b>-.267<sup>**</sup></b>	<b>-.386<sup>**</sup></b>	-.005
9	Αισθάνομαι διαφορετικός από τους Γκάτζε	0.48 ± 1.85	<b>.130<sup>(*)</sup></b>	<b>.105<sup>(*)</sup></b>	<b>.157<sup>**</sup></b>	<b>-.124<sup>(*)</sup></b>	<b>.182<sup>**</sup></b>	<b>.218<sup>**</sup></b>	.074
10	Προβλήματα που οφείλονται στις συνθήκες διαβίωσης	0.24 ± 2.02	<b>.389<sup>**</sup></b>	<b>.261<sup>**</sup></b>	<b>.306<sup>**</sup></b>	<b>.185<sup>**</sup></b>	<b>.329<sup>**</sup></b>	<b>.370<sup>**</sup></b>	<b>.175<sup>(*)</sup></b>
11	Όταν έχω ένα πρόβλημα υγείας τότε απευθύνομαι στον αρχηγό μας	-0.67 ± 2.13	-.076	.065	<b>.176<sup>**</sup></b>	<b>-.245<sup>**</sup></b>	<b>-.129<sup>(*)</sup></b>	<b>-.160<sup>**</sup></b>	-.055
12	Δώρο στο γιατρό	0.69 ± 1.91	<b>.221<sup>**</sup></b>	<b>.295<sup>**</sup></b>	<b>.220<sup>**</sup></b>	-.07	<b>.167<sup>**</sup></b>	<b>.218<sup>**</sup></b>	<b>.158<sup>(*)</sup></b>
13	Πρέπει να έχω τους συγγενείς μου δίπλα μου όταν είμαι στο νοσοκομείο	2.41 ± 0.78	<b>.252<sup>**</sup></b>	<b>.166<sup>**</sup></b>	.134 <sup>(*)</sup>	<b>.118<sup>(*)</sup></b>	<b>.139<sup>**</sup></b>	<b>.206<sup>**</sup></b>	.013
14	Αισθάνομαι ντροπή όταν αρρωσταίνω	-0.30 ± 2.11	<b>.122<sup>(*)</sup></b>	<b>.285<sup>**</sup></b>	<b>.342<sup>**</sup></b>	<b>-.228<sup>**</sup></b>	<b>.151<sup>**</sup></b>	.074	.091

(1) Responses are in scale -3 to +3 (-3: Strongly disagree, +3: Strongly agree).

(2) Spearman correlation coefficient of the responses with the age category.

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

(\*) Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Το φύλο δεν παρατηρήθηκε να συνδέεται με σημαντικές διαφορές στις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις των Τσιγγάνων (Ρομά) με δύο εξαιρέσεις. Πρώτον, για τις γυναίκες Τσιγγάνες (Ρομά) παρατηρήθηκε ότι είναι πιο πιθανό να αισθάνονται ντροπή όταν αρρωσταίνουν ( $M_w = -0.11$ ,  $M_m = -0.66$ ,  $t(359) = 2.34$ ,  $p = .02$ ), ενώ σε αυτή την περίπτωση είναι πιο πιθανό να ζητήσουν βοήθεια από τον ηγέτη της κοινότητας των Τσιγγάνων (Ρομά) ( $M_w = -0.47$ ,  $vs M_m = -1.06$ ,  $t(280.9) = 2.625$ ,  $p = .012$ ).

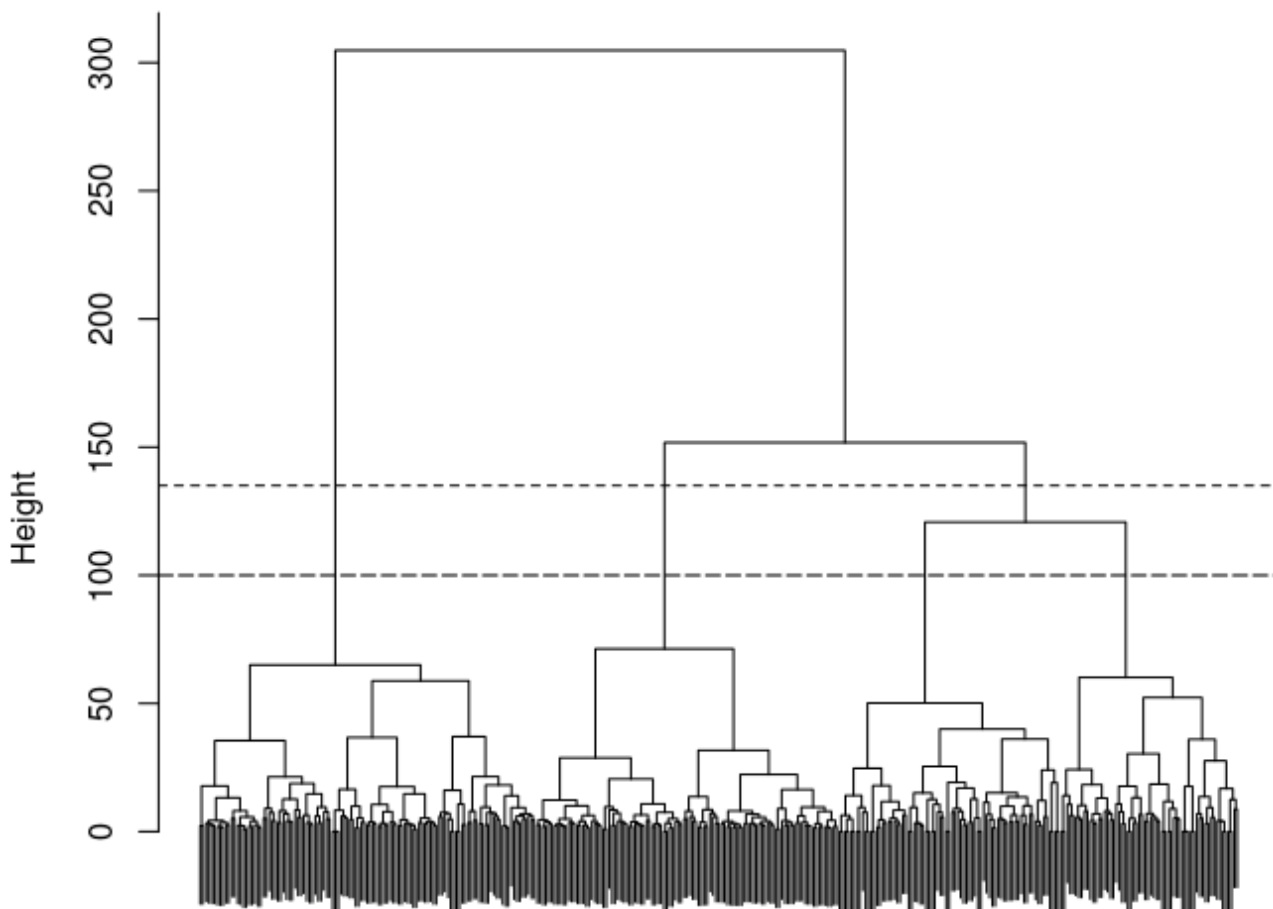
Ως προς την ηλικία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την πεποίθηση ότι οι Τσιγγάνοι (Ρομά) έχουν εγκαταλειφθεί από την κοινωνία (ερώτηση 5,  $r(N = 361) = 0.136$ ), ενώ ανάλογη στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση καταγράφηκε για την αδυναμία που αισθάνονται να κατανοήσουν τις ιατρικές οδηγίες (ερώτηση 6,  $r(N =$

361) = 0.258). Οι πιο ηλικιωμένοι Τσιγγάνοι (Ρομά) παρατηρείται ότι αναγνωρίζουν ότι τα προβλήματά τους οφείλονται στις συνθήκες διαβίωσης (ερώτηση 10,  $r(N = 361) = 0.175$ ), ενώ έχουν την τάση να θεωρούν ως ανάγκη τους να δώσουν κάποιο δώρο στο γιατρό τους (ερώτηση 12,  $r(N = 361) = 0.158$ ).

## **Δημιουργία Συστάδων (Clustering)**

Από την άποψη του αντικειμένου, υποθέσαμε ότι υπάρχει σημαντικό νόημα στο να ομαδοποιηθούν οι ερωτηθέντες Τσιγγάνοι (Ρομά) σε τουλάχιστον τρεις (3), αλλά όχι σε περισσότερες από έξι (6), συστάδες (clusters), επειδή μια πιο αναλυτική προσέγγιση θα καταστεί άκαμπτη και για περιορισμένη χρησιμότητα σε πρακτικό επίπεδο. Το δενδρόγραμμα (dendrogram) (Σχήμα 3), που παράγεται από την ιεραρχική ανάλυση κατά συστάδες, προτείνει τρεις (3) ή τέσσερις (4) συστάδες. Επιλέχθηκε η πρόταση των τριών (3) συστάδων ως η επιλογή που συνδυάζει τόσο την απλότητα όσο και τη δυνατότητα διάκρισης μεταξύ των ομάδων, αλλά και παρέχει για τα δεδομένα μας μεγαλύτερη διορατικότητα και πιο αποτελεσματική περιγραφή.

Στη συνέχεια, με τον αλγόριθμο ομαδοποίησης K-Means (K-Means clustering algorithm) ταξινομήθηκαν σε μια από τις τρεις ομάδες, ανάλογα με τις απαντήσεις τους στο ερωτηματολόγιο (Πίνακας 22).



Σχήμα 3. Δεδομένα του δενδρογράμματος (Datadendrogram) με οριζόντιες γραμμές

Πίνακας 22: Clusters centers απέναντι στις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές<sup>(1)</sup>

		1 (N = 115)	2 (N = 169)	3 (N = 77)	p <sup>(*)</sup>
1	Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες στο νοσοκομείο	2.2 ± 0.6 (L)	1.6 ± 0.9	0 ± 1.7 (S)	<.001
2	Ικανοποίηση από τους γιατρούς	2.2 ± 0.6 (L)	1.7 ± 0.8	0.4 ± 1.6 (S)	<.001
3	Ικανοποίηση από τους νοσηλευτές	2.3 ± 0.7 (L)	1.7 ± 0.7	0.7 ± 1.6 (S)	<.001
4	Διακρίσεις σε άτομα Ρομά	-1.3 ± 1.8 (S)	1 ± 1.6	1.8 ± 1.2	<.001
5	Καμία υπηρεσία δεν ενδιαφέρεται για μένα και τους συγγενείς μου	-1.5 ± 1.5 (S)	0.8 ± 1.6	0.5 ± 1.5	<.001

6	Δεν μπορώ να ακολουθήσω τις ιατρικές οδηγίες	-0.7 ± 2	-0.2 ± 1.9	0.2 ± 2.3	.017
7	Ντρέπομαι όταν χρησιμοποιώ τις υπηρεσίες υγείας	-1.8 ± 1.5	1.3 ± 1.2 ( <b>L</b> )	-1.8 ± 1.6	<.001
8	Βασίζονται περισσότερο στην ιατρική των Ρομά	-1.7 ± 1.5 ( <b>S</b> )	-0.2 ± 2 ( <b>L</b> )	-0.9 ± 2	<.001
9	Αισθάνομαι διαφορετικός από τους Γκάζε	-0.5 ± 2 ( <b>S</b> )	1.2 ± 1.3 ( <b>L</b> )	0.4 ± 1.9	<.001
10	Προβλήματα που οφείλονται στις συνθήκες διαβίωσης	-0.4 ± 2.2	0.9 ± 1.7 ( <b>L</b> )	-0.4 ± 2.1	<.001
11	Όταν έχω ένα πρόβλημα υγείας τότε απευθύνομαι στον αρχηγό μας	-1.7 ± 1.7	0.4 ± 2 ( <b>L</b> )	-1.5 ± 1.9	<.001
12	Δώρο στο γιατρό	0.6 ± 2	1.3 ± 1.4 ( <b>L</b> )	-0.4 ± 2.1 ( <b>S</b> )	<.001
13	Πρέπει να έχω τους συγγενείς μου δίπλα μου όταν είμαι στο νοσοκομείο	2.5 ± 0.8	2.3 ± 0.8	2.5 ± 0.6	.057
14	Αισθάνομαι ντροπή όταν αρρωσταίνω	-2 ± 1.3	1.5 ± 1.2 ( <b>L</b> )	-1.6 ± 1.5	<.001

(\*) Welch test was used instead of ANOVA since there was a significant deviation from homogeneity

(\*\*) Tamhane post hoc multiple comparisons was chosen as appropriate for our data since variances were not equal between groups (L), (S): Tamhane test suggest that the group score is statistically larger (corr. smaller) than other two groups

Σύμφωνα με τις απαντήσεις τους σχετικά με την ικανοποίηση από το σύστημα της δημόσιας υγείας και τη θέση τους απέναντι στην κοινωνία και για τις ανάγκες της ομαδοποίησης, οι τρεις ομάδες που δημιουργήθηκαν ονομάστηκαν:

- «ικανοποιημένη και ολοκληρωμένη»
- «ικανοποιημένη, υποβαθμισμένη και παθητική»
- «αλλοτριωμένη και μη ικανοποιημένη»

Στα τρία συμπλέγματα δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το φύλο και την ηλικία (Πίνακας 23), σε αντίθεση με τα ψυχολογικά αποτελέσματα (Πίνακας 24).

Πίνακας 23: Δημογραφικά και Κλινικά Χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων

	Total	Group 1 (N = 115)	Group 2 (N = 169)	Group 3 (N = 77)	p
Ηλικία, mean ± SD	34.0 ± 12.8	33.4 ± 13.3	35 ± 13	32.5 ± 11.5	.314
Οικογενειακή Κατάσταση, N (%)					<b>.027</b>
Άγαμος	62 (17.2%)	22 (19.1%)	22 (13%)	18 (23.4%)	
Έγγαμος	271 (75.1%)	80 (69.6%)	139 (82.2%)	52 (67.5.4%)	
Διαζευγμένος(η)	14 (3.9%)	4 (3.5%)	7 (4.1%)	3 (3.9%)	
Χήρος(α)	10 (2.8%)	7 (6.1%)	1 (0.6%)	2 (2.6%)	
Σε διάσταση	4 (1.1%)	2 (1.7%)	0 (0%)	2 (2.6%)	
Παιδιά, mean ± SD	3.4 ± 1.8	3.3 ± 1.8	3.7 ± 1.8 ( <b>L</b> )	3.1 ± 1.8	<b>.029</b>
Αδέλφια, mean ± SD	5.5 ± 2.4	5.2 ± 2.5	5.8 ± 2.2	5.3 ± 2.4	.078
Άνεργοι, N (%)	138 (38.2%)	32 (27.8.2%)	83 (49.1%) ( <b>L</b> )	23 (29.9%)	<b>&lt;.001</b>
Ασφαλισμένοι, N (%)	339 (93.9%)	112 (97.4%)	156 (92.3%)	71 (92.2%)	.358
Χρήση Υπηρεσιών Υγείας, N (%)	229 (63.4%)	229 (63.4%)	161 (68.2%) ( <b>L</b> )	68 (54.4%)	<b>&lt;.001</b>
Άτομα με Χρόνιες Ασθένειες, N (%)	122 (33.8%)	122 (33.8%)	84 (35.6%) ( <b>L</b> )	38 (30.4%) ( <b>S</b> )	<b>.037</b>
Εκπαίδευση, N (%)					<b>&lt;.001</b>
Αναλφάβητοι	266 (73.7%)	73 (63.5%)	144 (85.2%)	49 (63.6%)	
Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	83 (23%)	39 (33.9%)	24 (14.2%)	20 (26%)	
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	12 (3.3%)	3 (2.6%)	1 (0.6%)	8 (10.4%)	
Κατοικία, N (%)					<b>.001</b>
Διαμέρισμα	85 (23.5%)	25 (21.7%)	48 (28.4%)	12 (15.6%)	
Μονοκατοικία	192 (53.2%)	67 (58.3%)	73 (43.2%)	52 (67.5%)	
Σκηνή	44 (12.2%)	16 (13.9%)	18 (10.7%)	10 (13%)	
Άλλο	39 (10.8%)	7 (6.1%)	29 (17.2%)	3 (3.9%)	
Συνθήκες Διαβίωσης					
Ιδιόκτητο, N (%)	241 (66.8%)	70 (60.9%)	120 (71.0%) ( <b>L</b> )	51 (66.2%)	<b>&lt;.001</b>
Διαμένοντες, mean ± SD	7.0 ± 3.3	7.3 ± 4.3( <b>L</b> )	6.9 ± 2.3	6.7 ± 3.2	.353
Δωμάτια, mean ± SD	2.6 ± 1.4	2.7 ± 1.2	2.3 ± 1.5 ( <b>S</b> )	2.9 ± 1.3 ( <b>L</b> )	<b>.004</b>
Διαμένοντες / Δωμάτια± SD	3 ± 2	3 ± 2	3 ± 1.8	2.9 ± 2.5	.917
Κουζίνα, N (%)	281 (77.8%)	96 (83.5%)	118 (69.8%)	67 (87%) ( <b>L</b> )	<b>.002</b>
Εγκαταστάσεις Υγιεινής, N (%)	272 (75.3%)	93 (80.9%) ( <b>L</b> )	117 (69.2%)	62 (80.5%)	<b>.041</b>

(\*) Στατιστική σημαντικότητα του corresponding test (Independent samples t-test or Chi square)

(L): Ομάδα με υψηλότερη τιμή



## **A. Χαρακτηριστικά της ομάδας που ονομάστηκε «ικανοποιημένη και ολοκληρωμένη»**

Η πρώτη ομάδα, με το όνομα «ικανοποιημένη και ολοκληρωμένη», (115 ερωτηθέντες, 31,9%) αποτελείται από τους λιγότερο αναλφάβητους ερωτηθέντες (42 απόφοιτοι δημοτικού σχολείου και απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης). Είναι πιο πιθανό, να ζουν στην πόλη της Λάρισας, να έχουν κάποιο είδος επαγγελματικής απασχόλησης και να έχουν μια ψυχοσωματική ασθένεια σε ένα μέλος της οικογένειάς τους. Είναι ικανοποιημένοι από το δημόσιο σύστημα υγείας, ενώ δεν αισθάνονται ότι υφίστανται διακρίσεις και είναι εγκαταλελειμμένοι από τις κοινωνικές υπηρεσίες. Δεν στηρίζονται στην ιατρική των Τσιγγάνων (Ρομά) και διαφωνούν με τη δήλωση ότι είναι διαφορετικοί από τους άλλους ανθρώπους, ιδιαίτερα από τους Γκάτζε (μη Ρομά). Χαρακτηρίζονται από στατιστικά χαμηλότερα επίπεδα επιθετικότητας και ντροπής, τόσο εξωτερικής ντροπής (OAS) όσο και εσωτερικής ντροπής (ESS), σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες. Αντίθετα, παρουσιάζουν στατιστικώς υψηλότερα επίπεδα βαθμολογίας από τις άλλες δύο ομάδες στις οικογενειακές σχέσεις και στο οικογενειακό περιβάλλον (FES), ιδιαίτερα στην υποκλίμακα που αντιστοιχεί στην έκφραση των συναισθημάτων τους μέσα στην οικογένεια, ενώ έχουν στατιστικά υψηλότερα από τις άλλες δύο ομάδες επίπεδα στην έμφαση σε ηθικά και θρησκευτικά ζητήματα και αξίες.

## **B. Χαρακτηριστικά της ομάδας που ονομάστηκε «ικανοποιημένη, υποβαθμισμένη και παθητική»**

Η δεύτερη ομάδα, με το όνομα «ικανοποιημένη, υποβαθμισμένη και παθητική», ήταν κυρίαρχη λόγω του μεγέθους της (169 ερωτηθέντες, 46,8%) και αποτελούνταν από

τους Τσιγγάνους (Ρομά) με τις πιο υποβαθμισμένες συνθήκες ζωής, με το μεγαλύτερο μέρος τους να έχει πολυπληθείς οικογένειες, περισσότερα παιδιά και αδέρφια, χαμηλότερο εισόδημα και μεγαλύτερη πιθανότητα από τους ερωτηθέντες των άλλων ομάδων να μην έχουν κουζίνα για το μαγείρεμα και εγκαταστάσεις μπάνιου και υγιεινής. Αισθάνονται αποξενωμένοι από την κοινωνία που τους περιβάλλει και εμπιστεύονται την παραδοσιακή ιατρική των Τσιγγάνων Ρομά περισσότερο από τις άλλες δύο ομάδες. Έχουν την τάση να αισθάνονται ντροπή όταν αρρωσταίνουν και όταν αυτό συμβεί, δηλαδή να αρρωστήσουν, τείνουν να καταφεύγουν στον ηγέτη της φυλής τους. Όταν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας αισθάνονται αμηχανία και τείνουν επίσης να εκφράσουν την ευγνωμοσύνη τους στο γιατρό τους δίνοντάς του κάποιο δώρο. Χαρακτηρίζονται από στατιστικά υψηλότερα από τις άλλες δύο ομάδες επίπεδα του παρανοειδούς ιδεασμού και υψηλότερα επίπεδα στην αίσθηση της απομόνωσης, κάτι που χαρακτηρίζει αυτή την ομάδα. Περαιτέρω, έχουν στατιστικά υψηλότερα επίπεδα διαπροσωπικής ευαισθησίας και υψηλότερα επίπεδα τόσο εξωτερικής ντροπής (OAS) όσο και εσωτερικής ντροπής (ESS). Τέλος, παρατηρήθηκαν ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα ενδιαφέροντος για την πολιτική, την πνευματική και πολιτιστική δραστηριότητα, χαμηλά επίπεδα στη συμμετοχή τους σε κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, καθώς και χαμηλά επίπεδα στην έμφαση που δίνουν στη ζωή τους για ηθικά και θρησκευτικά ζητήματα και αξίες.

### **Γ. Χαρακτηριστικά της ομάδας που ονομάστηκε «αλλοτριωμένη και μη ικανοποιημένη»**

Η τρίτη ομάδα, με το όνομα «αλλοτριωμένη και μη ικανοποιημένη», αποτελούνταν από συμμετέχοντες Τσιγγάνους (Ρομά) (77 ερωτηθέντες, 21,3%) που δεν εκφράζουν

ικανοποίηση για την εξυπηρέτηση από τις υπηρεσίες της δημόσιας υγείας, την εξυπηρέτηση από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές και ακόμη δεν αισθάνονται κάποια ανάγκη στο να δώσουν κάποιο δώρο στο γιατρό τους για τις υπηρεσίες που τους παρέιχε. Οι περισσότεροι Τσιγγάνοι Ρομά της τρίτης ομάδας ζουν σε μονοκατοικίες (67,5%), με πιο βελτιωμένες συνθήκες διαβίωσης σε σύγκριση με τους ερωτηθέντες των δύο άλλων δύο ομάδων και με μεγαλύτερη πιθανότητα να μπορούν να διαβάζουν (θετική απάντηση στην ανάγνωση) και ικανότητα να γνωρίζουν γραφή. Ακόμη, παρατηρείται μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν κάποιο είδος χρόνιας ασθένειας είτε οι ίδιοι είτε κάποιο μέλος της οικογένειάς τους. Τέλος, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα από τις άλλες δύο ομάδες στα επίπεδα του προσανατολισμού που έχουν για επιτεύγματα.

Πίνακας 24. Ψυχολογικά Χαρακτηριστικά των Ομάδων

Scale	Total	1 (N = 115)	2 (N = 169)	3 (N = 77)	p <sup>(*)</sup>
<b>SCL – 90</b>					
Σωματοποίηση (somatization)	1 ± 0.8	1 ± 0.8	1.1 ± 0.9	1 ± 0.8	.520
Ιδεοψυχαναγκασμός (obsessive-compulsive)	1.2 ± 0.8	1.1 ± 0.7	1.3 ± 0.8	1.3 ± 0.8	.123
Διαπροσωπική ευαισθησία (interpersonal sensitivity)	1.3 ± 0.7	1 ± 0.6	1.5 ± 0.7 ( <b>L</b> )	1.1 ± 0.7	<b>.000</b>
Κατάθλιψη (depression)	1.1 ± 0.9	1 ± 0.7	1.1 ± 1	1.1 ± 0.8	.453
Άγχος (anxiety)	0.9 ± 0.9	0.9 ± 0.8	1 ± 0.9	0.9 ± 0.8	.489
Επιθετικότητα (hostility)	1 ± 0.8	0.9 ± 0.7 ( <b>S</b> )	1.1 ± 0.8	1.1 ± 0.9	<b>.016</b>
Φοβικό άγχος (phobic anxiety)	0.7 ± 0.8	0.6 ± 0.6	0.8 ± 0.9	0.7 ± 0.7	.068
Παρανοειδής ιδεασμός	1.8 ± 0.7	1.6 ± 0.7	2 ± 0.7 ( <b>L</b> )	1.7 ± 0.7	<b>.000</b>

(paranoid ideation)						
Ψυχωτισμός (psychoticism)	0.6 ± 0.6	0.5 ± 0.5	0.7 ± 0.6	0.6 ± 0.6	.051	
Additional items	0.9 ± 0.8	0.9 ± 0.7	0.8 ± 0.8	1 ± 0.7	.314	
Hardiness	94.4 ± 58.8	85.2 ± 48.9	101.1 ± 64.8	93.5 ± 57.1	.068	
GSI	1 ± 0.7	0.9 ± 0.5	1.1 ± 0.7	1 ± 0.6	.051	
Symptom free	1.2 ± 0.4	1.1 ± 0.3	1.2 ± 0.4	1.1 ± 0.3	.092	
<hr/>						
OAS						
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	12.2 ± 6.4	8.9 ± 5.8 (S)	14.9 ± 5.6 (L)	11.3 ± 6.4	.000	
Αίσθημα κενού (empty)	5.4 ± 3.8	4 ± 3.1 (S)	6.5 ± 3.7 (L)	4.8 ± 4.2	.000	
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes)	10.1 ± 5.3	8 ± 4.8 (S)	11.9 ± 5 (L)	9.2 ± 5.4	.000	
Συνολική βαθμολογία OAS	29.2 ± 15.1	21.8 ± 13 (S)	35.2 ± 13.9 (L)	26.8 ± 15.1	.000	
<hr/>						
ESS						
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	21.1 ± 7.6	18.8 ± 6.9 (S)	23.1 ± 7.9 (L)	20.3 ± 6.9	.000	
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	19.8 ± 6.1	18.4 ± 6.3 (S)	21.8 ± 5.6 (L)	17.5 ± 5.4	.000	
Σωματική ντροπή (bodily shame)	7 ± 3.1	6.2 ± 2.9 (S)	7.8 ± 3.1 (L)	6.7 ± 3	.000	
Συνολική βαθμολογία ESS	47.9 ± 14.1	43.4 ± 12.8 (S)	52.6 ± 14.2 (L)	44.4 ± 12.8	.000	
<hr/>						
FES						
Συνοχή (cohesion)	6.3 ± 1.6	6.5 ± 1.3	6.1 ± 1.9	6.4 ± 1.3	.174	
Εκφραστικότητα (expressiveness)	4.7 ± 1.5	5.3 ± 1.1 (L)	4.5 ± 1.6	4.6 ± 1.6	.000	
Σύγκρουση (conflict)	4.2 ± 2.1	3.6 ± 1.9	4.4 ± 2.2	4.5 ± 2	.002	

Ανεξαρτησία (independence)	4.5 ± 1.6	5 ± 1.3	4.3 ± 1.7	4.4 ± 1.6	<b>.000</b>
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (achievement orientation)	6.3 ± 1.6	6.5 ± 1.5	6.4 ± 1.7	5.8 ± 1.5 ( <b>S</b> )	<b>.016</b>
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (intellectual -cultural orientation)	2.8 ± 1.7	3.2 ± 1.8	2.4 ± 1.6 ( <b>S</b> )	2.9 ± 1.7	<b>.002</b>
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (active- recreational orientation)	2.1 ± 1.7	2.6 ± 1.9	1.6 ± 1.4 ( <b>S</b> )	2.4 ± 1.6	<b>.000</b>
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (moral-religious emphasis)	5.4 ± 2.3	5.9 ± 2.2 ( <b>L</b> )	5.1 ± 2.3 ( <b>S</b> )	5.5 ± 2.2	<b>.008</b>
Οργάνωση (organization)	6 ± 1.6	6 ± 1.6	6.2 ± 1.7	5.7 ± 1.3	.068
Έλεγχος (control)	6 ± 1.4	5.9 ± 1.2	6.1 ± 1.6	6 ± 1.3	.793
Γενικό Σύνολο FES	48.4 ± 6.6	50.5 ± 6.5 ( <b>L</b> )	47 ± 6.5	48.2 ± 6.3	<b>.000</b>
<b>STAI</b>					
Παροδικό Άγχος (state anxiety)	51.9 ± 13.1	51.2 ± 12.7	52.3 ± 14.1	52.3 ± 11.2	.749
Μόνιμο Άγχος (trait anxiety)	46.4 ± 13	46.9 ± 11.7	46.2 ± 14.9	46.3 ± 10.2	.905

(L), (S): Το Tamhane test δεικνύει ότι η βαθμολογία της ομάδας είναι στατιστικά μεγαλύτερο (Corr. μικρότερη) από τις άλλες δύο ομάδες

(\*) Χρησιμοποιήθηκε το Welch test αντί του ANOVA δεδομένου ότι υπήρξε μία σημαντική απόκλιση από την ομοιογένεια

## 8. Συζήτηση

Πριν σχολιάσουμε τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας και τα συσχετίσουμε με αποτελέσματα παρόμοιων ερευνών θεωρούμε σημαντικό να σημειώσουμε: α) σε τι δεν απαντάει η συγκεκριμένη έρευνα και β) ποιοι είναι οι περιορισμοί της.

### 8.1. Οριοθετήσεις

Ευθύς εξ αρχής θα πρέπει να δηλώσουμε ότι τα πορίσματα της παρούσας έρευνας αφορούν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των Τσιγγάνων (Ρομά), καθώς και την ικανοποίησή τους, τις αντιλήψεις τους και τη στάση τους απέναντι στο δημόσιο σύστημα φροντίδας στο συγκεκριμένο χωροχρόνο. Δεν είναι βέβαιο, δηλαδή, κατά πόσο είναι ανεξάρτητα από το περιβάλλον της Θεσσαλίας στο οποίο και ζουν, αλλά και τη χρονική περίοδο της οικονομικής κρίσης στην οποία βρίσκεται η Ελλάδα και για αυτό δεν μπορούν να απαντήσουν σε συνθήκες προγενέστερες.

Για τα αποτελέσματα που προέκυψαν συνολικά από τη στατιστική ανάλυση και την ερμηνεία τους οφείλουμε να διατυπώσουμε ορισμένες επιφυλάξεις που αφορούν στην πιθανή διαπλοκή του τύπου αίτιο - αιτιατό μεταξύ ορισμένων μεταβλητών. Σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να οδηγηθούμε στη διατύπωση μιας γραμμικής αιτιολογικής υπόθεσης.

Ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας επιτρέπει να διερευνηθούν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και τα δυναμικά των οικογενειών Τσιγγάνων (Ρομά) που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα και δεν θα μπορούσαν να αντιπροσωπεύουν τους Τσιγγάνους (Ρομά) της Ελλάδας, μια και το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό μόνο για τους Τσιγγάνους (Ρομά) της Θεσσαλίας.

## 8.2. Το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των ατόμων Τσιγγάνων (Ρομά)

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας φαίνεται να σκιαγραφούν ένα προφίλ των Τσιγγάνων (Ρομά) και των οικογενειών τους, που διαμένουν στην ελληνική επαρχία και πιο συγκεκριμένα στην ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλίας.

Οι 4 στους 10 Τσιγγάνοι (Ρομά) ήταν άνδρες και η μέση ηλικία τους ήταν  $34,0 \pm 12,7$ , με εύρος 18-73. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία είναι έγγαμοι σε ποσοστό 75,1%, οι 62 (ποσοστό 17,2%) είναι άγαμοι, οι 14 (ποσοστό 3,9%) είναι διαζευγμένοι και οι 10 (ποσοστό 2,8%) έχουν απωλέσει το σύντροφό τους, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών ( $p=0,187$ ). Οι ερωτώμενοι Τσιγγάνοι (Ρομά) του δείγματος έχουν από 0 έως 11 παιδιά με μέση τιμή  $3,42 \pm 1,8$  και χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ( $p=0,592$ ). Ακόμη, οι ερωτώμενοι Τσιγγάνοι (Ρομά) του δείγματος έχουν από 1 έως 21 αδέρφια με μέση τιμή  $5,50 \pm 2,4$  και χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ( $p=0,243$ ).

Οι 7 στους 10 Τσιγγάνοι (Ρομά) είναι αναλφάβητοι, οι 2 στους 10 έχουν τελειώσει μόνο το Δημοτικό Σχολείο, ο 1 στους 10 είναι απόφοιτος Γυμνασίου και ακόμη ο 1 στους 10 είναι απόφοιτος Λυκείου. Μόνο οι 3 στους 10 περίπου γνωρίζουν ανάγνωση και γραφή. Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο μεταξύ των ανδρών και των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) του δείγματος διαπιστώθηκε στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,003$ ). Αντιθέτως, ως προς την επαγγελματική τους κατάσταση παρατηρήθηκε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,000$ ), με τις γυναίκες σε ποσοστό 30,1% να απασχολούνται με οικιακές εργασίες. Ως προς τη θρησκευτικότητά τους, στη συντριπτική τους πλειοψηφία οι Τσιγγάνοι (Ρομά) του δείγματος δήλωσαν ότι είναι χριστιανοί ορθόδοξοι (ποσοστό 97,0%), με 4 άνδρες, μόνο στο σύνολο του δείγματος

να δηλώνουν μουσουλμάνοι. Το προφίλ των οικογενειών Τσιγγάνων (Ρομά) του δείγματός μας συμφωνεί με την περιγραφή των οικογενειών Τσιγγάνων (Ρομά) από τις διαπιστώσεις πολλών ερευνητών, που αναφέρουν ότι οι οικογένειες Τσιγγάνων (Ρομά) είναι διευρυμένες, στοιχείο κοινό σε πολλές μη δυτικές προκαπιταλιστικές κοινωνίες (Νόβα-Καλτσούνη, 2004). Τα ευρήματα ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των Τσιγγάνων (Ρομά) ενισχύονται και από τα αποτελέσματα άλλων ερευνητών, σύμφωνα με τα οποία οι Τσιγγάνοι (Ρομά) υφίστανται διακρίσεις σε όλη την Ευρώπη και έχουν σημαντικά χειρότερο εκπαιδευτικό προφίλ σε σύγκριση με τους μη-Ρομά (Milcher S, 2006; Holt E, 2005; Blackburn IM, 1979; Rechel B, 2009). Σε παρόμοια αποτελέσματα οδηγείται και η μελέτη της Νόβα-Καλτσούνη (2004), σύμφωνα με τα οποία το επίπεδο εκπαίδευσης των Ρομά είναι πολύ χαμηλό. Το 70% των ατόμων άνω των 10 ετών είναι αναλφάβητοι (Νόβα-Καλτσούνη 2004), μια και στη συνείδηση των Τσιγγάνων (Ρομά) η μη φοίτηση στο σχολείο δεν προσλαμβάνει την ίδια διάσταση όπως στον υπόλοιπο ελληνικό πληθυσμό. Αντίθετα, θεωρείται πως αυτός ο «χαμένος χρόνος» αξιοποιείται εκτός σχολείου πολύ καλύτερα, αφού το παιδί θα αρχίσει πολύ νωρίς να εργάζεται και, φυσικά, να κερδίζει χρήματα (Νόβα-Καλτσούνη, 2004). Ακόμη, πολλές έρευνες και αναφορές αποκαλύπτουν τις καταστάσεις απόλυτης φτώχειας και τις διαδικασίες κοινωνικού αποκλεισμού από την αγορά εργασίας και την εκπαίδευση τις οποίες οι άνθρωποι αυτοί βιώνουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους (Βαξεβάνογλου, 2001). Ένα κοινό χαρακτηριστικό όλων των Ρομά που ζουν στην Ελλάδα είναι η ενδογαμία. Το φαινόμενο της ενδογαμίας, δηλαδή του γάμου μεταξύ συγγενών, συναντιέται συχνά στις ομάδες των Ρομά που ζουν νομαδικά (Ντούσας, 1997) και αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της φάρας. Οι ηλικίες γάμου και πρώτης τεκνοποιίας είναι σαφώς μικρότερες από αυτές του γενικού πληθυσμού (Βαξεβάνογλου, 2001). Τέλος, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ως προς την πολυτεκνία των Ρομά ενισχύονται και από την έρευνα των Παραλικά & Βάλαρη (2005),



σύμφωνα με την οποία οι οικογένειες είναι τυπικά πολύτεκνες, μια και τα παιδιά αποτελούν το σημαντικότερο κοινωνικό και οικονομικό κεφάλαιο για τους Ρομά.

### **8.3 Τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας των ατόμων Τσιγγάνων (Ρομά)**

Από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι τα επίπεδα της ψυχοπαθολογίας στα άτομα Τσιγγάνοι (Ρομά) είναι ιδιαίτερα αυξημένα σε σχέση με τα επίπεδα που έχουν διαπιστωθεί στον γενικό ελληνικό πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα, η μέση τιμή της σωματοποίησης για την ομάδα των ανδρών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν  $9,85 \pm 9,54$  και, αντίστοιχα, στην ομάδα των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν  $13,92 \pm 10,28$ . Η μέση φυσιολογική τιμή της σωματοποίησης είναι  $7,40 \pm 7,06$  (Ντώνιας και συν, 1991). Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα του δείγματος θα εμφανίζουν υψηλά επίπεδα στην ψυχοπαθολογία. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της σωματοποίησης στην ομάδα των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν κατά 3 μονάδες μεγαλύτερη από ότι στην ομάδα των ανδρών. Ταυτόχρονα, όμως, παρατηρούμε ότι και στην ομάδα των ανδρών Τσιγγάνων (Ρομά) η μέση τιμή της σωματοποίησης είναι κατά 2,5 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση φυσιολογική τιμή. Μια πιθανή εξήγηση, λοιπόν, για τις γενικότερα αυξημένες τιμές της σωματοποίησης στο συνολικό δείγμα, είναι η ιδιαίτερη σχέση των ατόμων αυτών με το σώμα και την ασθένεια αλλά και τις συνθήκες ζωής τους. Παρόλα αυτά, τα επίπεδα σωματοποίησης ήταν περισσότερο αυξημένα στην ομάδα των γυναικών, όπως επιβεβαιώθηκε, κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το t-Test ( $P= 0,000$ ).

Η μέση τιμή της ψυχαναγκαστικότητας για την ομάδα των ανδρών Τσιγγάνων (Ρομά) και για την ομάδα των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν αντίστοιχα  $9,10 \pm 6,42$  και  $14,24 \pm 7,85$ . Η μέση φυσιολογική τιμή της ψυχαναγκαστικότητας είναι  $9,49 \pm 6,50$

(Ντώνιας και συν, 1991). Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση ότι τα άτομα του δείγματος θα εμφανίζουν υψηλά επίπεδα στην ψυχοπαθολογία. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της ψυχαναγκαστικότητας στην ομάδα των ανδρών Τσιγγάνων (Ρομά) διέφερε από αυτή των γυναικών. Η ύπαρξη διαφοράς στα επίπεδα της ψυχαναγκαστικότητας μεταξύ των δύο ομάδων διαπιστώθηκε κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το t-Test ( $P= 0,000$ ). Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αναδεικνύουν τα φυσιολογικά επίπεδα ψυχαναγκαστικότητας στους άνδρες Τσιγγάνοι (Ρομά) και τα παθολογικά επίπεδα της ψυχαναγκαστικότητας στις γυναίκες Τσιγγάνες (Ρομά), όπως αυτή μετράται με το SCL-90 (Derogatis,1977), στα άτομα του δείγματος. Τα συγκεκριμένα ευρήματα της έρευνάς μας ενισχύονται και ερμηνεύονται και από τις διαπιστώσεις των ερευνών των Fessler (2004) και Li et al (2004), σύμφωνα με τους οποίους οι κοινωνικοί κανόνες στους Ρομά είναι περισσότερο έκδηλοι, όπως συμβαίνει γενικώς σε τέτοιες κουλτούρες, ενώ σε κοινωνίες που η ατομικότητα βρίσκεται στο επίκεντρο τα προσωπικά επιτεύγματα αποκτούν προτεραιότητα. Σε κollectιβιστικές κουλτούρες οι ψυχικές διαταραχές, όπως οι κοινωνικές φοβίες που σχετίζονται μεταξύ άλλων και με τις αποκλίσεις της συμπεριφοράς από τους κανόνες της ομάδας, η κατάθλιψη και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι συχνότερες, σε σχέση με τις κοινωνίες που βασίζονται στην ατομικότητα. Στις τελευταίες απαντώνται πιο συχνά ο παρανοειδής ιδεασμός, η αντικοινωνική και ναρκισσιστική διαταραχή (Fessler, 2004; Li et al, 2004).

Η μέση τιμή της διαπροσωπικής ευαισθησίας για την ομάδα των ανδρών Τσιγγάνων (Ρομά) και για την ομάδα των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν  $7,77\pm 5,66$  και  $13,10\pm 6,24$  αντίστοιχα. Η μέση φυσιολογική τιμή της διαπροσωπικής ευαισθησίας είναι  $8,36\pm 6,24$  (Ντώνιας και συν, 1991). Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας

υπόθεση, ότι οι γυναίκες του δείγματος θα εμφανίζουν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας σε σχέση με τους άνδρες Τσιγγάνους (Ρομά). Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της διαπροσωπικής ευαισθησίας στην ομάδα των ανδρών Τσιγγάνων (Ρομά), ήταν κατά περίπου 5 μονάδες μικρότερη από τη μέση τιμή των γυναικών. Αυτή η διαφορά στη διαπροσωπική ευαισθησία μεταξύ των δύο ομάδων ήταν στατιστικά σημαντική, κατάσταση που διαπιστώθηκε κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το t-Test ( $P= 0,000$ ). Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αναδεικνύουν τα υψηλά επίπεδα διαπροσωπικής ευαισθησίας στις γυναίκες Τσιγγάνες (Ρομά), όπως αυτή μετράται με το SCL-90 (Derogatis,1977). Η διαπροσωπική ευαισθησία αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου, αφενός να ενδιαφέρεται και αφετέρου να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα και τις σκέψεις των άλλων. Στις κλειστές κοινότητες παρατηρούνται στενότερες σχέσεις. Το ανωτέρω εύρημα, λοιπόν, είναι σύμφωνο με τα αποτελέσματα έρευνών που επισημαίνουν πως η αντίληψη των σκέψεων και των συναισθημάτων των άλλων αποτελεί κεντρική έννοια στη ζωή των ατόμων κλειστών κοινοτήτων (Gilbert, 1998; Heller, 2003; Gilbert, 2003).

Η μέση τιμή της κατάθλιψης για την ομάδα των ανδρών Τσιγγάνων (Ρομά) και για την ομάδα των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν αντίστοιχα  $8,64\pm 8,57$  και  $16,75\pm 11,24$ . Η μέση φυσιολογική τιμή της κατάθλιψης είναι  $11,34\pm 8,75$  (Ντώνιας και συν, 1991). Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι γυναίκες του δείγματος θα εμφανίζουν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας, υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες του δείγματος. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της κατάθλιψης στην ομάδα των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν κατά 7 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή στην ομάδα των ανδρών. Ταυτόχρονα, όμως, παρατηρούμε ότι και στην ομάδα των γυναικών Ρομά η μέση τιμή της κατάθλιψης είναι κατά περίπου 5 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση

φυσιολογική τιμή. Η διαφορά στα επίπεδα της κατάθλιψης μεταξύ των δύο ομάδων διαπιστώθηκε κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το t-Test ( $P= 0,000$ ). Τα ανωτέρω αποτελέσματα, τα οποία αναδεικνύουν τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, όπως αυτή μετράται με το SCL-90 (Derogatis,1977), στις γυναίκες αποτελούν εύρημα σύμφωνο με άλλες έρευνες που επισημαίνουν τη σχέση του συναισθήματος της ντροπής με την κατάθλιψη (Andrews et al, 2002; Tangney & Dearing, 2002), αλλά και με μια συμπεριφορά που συναντούμε συχνά σε περιπτώσεις κατάθλιψης, την αυτοκτονική συμπεριφορά (Lundback et al, 2006). Τα συγκεκριμένα ευρήματα της έρευνας μας ενισχύονται και ερμηνεύονται και από τις διαπιστώσεις των ερευνών των Fessler (2004) και Li et al, (2004), σύμφωνα με τους οποίους οι κοινωνικοί κανόνες στους Τσιγγάνους (Ρομά) είναι περισσότερο έκδηλοι, όπως συμβαίνει γενικώς σε τέτοιες κουλτούρες, ενώ σε κοινωνίες που η ατομικότητα βρίσκεται στο επίκεντρο τα προσωπικά επιτεύγματα αποκτούν προτεραιότητα.

Η μέση τιμή της επιθετικότητας για την ομάδα των ανδρών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν  $6,18\pm 4,33$ , ενώ για την ομάδα των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν  $6,25\pm 4,90$ . Η μέση φυσιολογική τιμή της επιθετικότητας είναι  $5,08\pm 5,04$  (Ντώνιας και συν, 1991). Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα Ρομά θα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Τα ανωτέρω αποτελέσματα αναδεικνύουν τα υψηλά επίπεδα επιθετικότητας, όπως αυτή μετράται με το SCL-90 (Derogatis,1977) στους άνδρες του δείγματος. Το ανωτέρω εύρημα είναι σύμφωνο με αποτελέσματα άλλων ερευνών που επισημαίνουν τη σχέση του συναισθήματος της ντροπής με την επιθετικότητα που κατευθύνεται προς τους άλλους (Keltner & Harker, 1998 ; Gilbert, 2000 ; Gilbert & Miles, 2000; Tangney & Dearing, 2002; Gilligan, 2003).

Η μέση τιμή του άγχους για την ομάδα των ανδρών και για την ομάδα των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν αντίστοιχα  $7,08 \pm 6,84$  και  $10,70 \pm 9,16$ . Η μέση φυσιολογική τιμή του άγχους είναι  $7,32 \pm 6,66$  (Ντώνιας και συν, 1991). Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι γυναίκες του δείγματος θα εμφανίζουν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας, υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες του δείγματος. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή του άγχους στην ομάδα των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά), ήταν κατά 3 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή στην ομάδα των ανδρών. Ταυτόχρονα, όμως, παρατηρούμε ότι στην ομάδα των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) η μέση τιμή του άγχους είναι κατά περίπου 3 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση φυσιολογική τιμή. Η διαφορά στα επίπεδα του άγχους μεταξύ των δύο ομάδων διαπιστώθηκε κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το t-Test ( $P= 0,000$ ). Τα ανωτέρω αποτελέσματα, τα οποία αναδεικνύουν τα υψηλά επίπεδα άγχους στις γυναίκες Τσιγγάνες (Ρομά), όπως αυτό μετράται με το SCL-90 (Derogatis, 1977).

Η μέση τιμή του φοβικού άγχους για την ομάδα των ανδρών Τσιγγάνων (Ρομά) και για την ομάδα των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν αντίστοιχα  $2,67 \pm 3,76$  και  $6,55 \pm 5,94$ . Η μέση φυσιολογική τιμή του φοβικού άγχους είναι  $2,51 \pm 3,69$  (Ντώνιας και συν, 1991). Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι γυναίκες του δείγματος θα εμφανίζουν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας, υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες του δείγματος. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή του φοβικού άγχους στην ομάδα των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν κατά 4 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή στην ομάδα των ανδρών. Ταυτόχρονα, όμως, παρατηρούμε ότι στην ομάδα των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) η μέση τιμή του φοβικού άγχους είναι κατά περίπου 4 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση φυσιολογική τιμή. Η διαφορά στα επίπεδα του φοβικού άγχους μεταξύ των δύο ομάδων διαπιστώθηκε κατά τη σύγκριση των μέσων

τιμών με το t-Test ( $P= 0,000$ ). Τα ανωτέρω αποτελέσματα αναδεικνύουν τα υψηλά επίπεδα φοβικού άγχους, όπως αυτός μετράται με το SCL-90 (Derogatis,1977).

Η μέση τιμή του παρανοειδούς ιδεασμού για την ομάδα των ανδρών Τσιγγάνων (Ρομά) και για την ομάδα των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν αντίστοιχα  $9,58\pm 4,21$  και  $10,87\pm 4,11$ . Η μέση φυσιολογική τιμή του παρανοειδούς ιδεασμού είναι  $6,13\pm 4,43$  (Ντώνιας και συν, 1991). Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι Τσιγγάνοι (Ρομά) θα έχουν υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας από αυτά του γενικού πληθυσμού και ακόμη ότι οι γυναίκες του δείγματος θα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με τους άνδρες του δείγματος. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή του παρανοειδούς ιδεασμού στην ομάδα των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν κατά 1 μονάδα μεγαλύτερη από τη μέση τιμή στην ομάδα των ανδρών. Ταυτόχρονα, όμως, παρατηρούμε ότι στην ομάδα των ατόμων Τσιγγάνων (Ρομά) η μέση τιμή του παρανοειδούς ιδεασμού είναι κατά περίπου 4 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση φυσιολογική τιμή. Η διαφορά στα επίπεδα του παρανοειδούς ιδεασμού μεταξύ των δύο ομάδων διαπιστώθηκε κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το t-Test ( $P= 0,005$ ). Τα ανωτέρω αποτελέσματα, αναδεικνύουν τα υψηλά επίπεδα παρανοειδούς ιδεασμού, όπως αυτός μετράται με το SCL-90 (Derogatis,1977). Τα συγκεκριμένα ευρήματα της μελέτης μας ενισχύονται και ερμηνεύονται και από τις διαπιστώσεις των ερευνών των Fessler (2004) και Li et al (2004), σύμφωνα με τους οποίους οι κοινωνικοί κανόνες στους Τσιγγάνους (Ρομά) είναι περισσότερο έκδηλοι όπως συμβαίνει γενικώς σε τέτοιες κουλτούρες, ενώ σε κοινωνίες που η ατομικότητα βρίσκεται στο επίκεντρο τα προσωπικά επιτεύγματα αποκτούν προτεραιότητα.

Η μέση τιμή του ψυχωτισμού για την ομάδα των ανδρών Τσιγγάνων (Ρομά) και για την ομάδα των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν αντίστοιχα  $4,35\pm 4,02$  και

7,18±6,11. Η μέση φυσιολογική τιμή του ψυχωτισμού είναι 6,09±6,83 (Ντώνιας και συν, 1991). Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι γυναίκες Τσιγγάνες (Ρομά) θα έχουν υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας από αυτά του γενικού πληθυσμού και ακόμη ότι οι γυναίκες του δείγματος θα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με τους άνδρες του δείγματος. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή του ψυχωτισμού στην ομάδα των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν κατά 3 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή στην ομάδα των ανδρών. Ακόμη, όμως, παρατηρούμε ότι στην ομάδα των γυναικών Ρομά η μέση τιμή του ψυχωτισμού είναι κατά περίπου 1 μονάδα μεγαλύτερη από τη μέση φυσιολογική τιμή, καθώς και ότι η μέση τιμή του ψυχωτισμού των ανδρών Τσιγγάνων (Ρομά) είναι κατά περίπου 2 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση φυσιολογική τιμή. Η διαφορά στα επίπεδα του ψυχωτισμού μεταξύ των δύο ομάδων διαπιστώθηκε κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το t-Test (P= 0,000). Τα ανωτέρω αποτελέσματα, αναδεικνύουν τα υψηλά επίπεδα ψυχωτισμού για τις γυναίκες και τα ιδιαίτερα χαμηλά για τους άνδρες Τσιγγάνους (Ρομά) , όπως αυτός μετράται με το SCL-90 (Derogatis,1977).

Από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας διαπιστώνονται υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας στους Τσιγγάνους (Ρομά) και ερμηνευτικά αυτή η διαπίστωση εξηγείται από τον τρόπο ζωής των Ρομά και την περιθωριοποίησή τους από την κοινωνία και τους επίσημους φορείς, κατάσταση που έχει ως αποτέλεσμα την έκθεσή τους σε ποικίλους κινδύνους για τη σωματική και ψυχική υγεία τους. Εκτός από τον αυξημένο αριθμό τέτοιου είδους παθήσεων, οι Τσιγγάνοι (Ρομά) υποφέρουν και από την ελλιπή (ή απύσχα) παροχή φροντίδας υγείας και περίθαλψης, καθώς και από τη βία (σωματική, αλλά και ψυχική μέσα από τον αποκλεισμό τους) των αρχών και των συμπολιτών τους. Για το λόγο αυτό, είναι πολύ σημαντικό να αφουγκραστούμε τα πραγματικά προβλήματα των

Τσιγγάνων (Ρομά) και, μέσω αυτού, να προσπαθήσουμε να προσδιορίσουμε τους τρόπους με τους οποίους οι υπηρεσίες υγείας και οι ειδικοί επιστήμονες μπορούν να ανταποκριθούν καλύτερα στις ανάγκες τους.

### 8.3 Τα επίπεδα εχθρότητας των ατόμων Τσιγγάνων (Ρομά)

Η μέση τιμή της επίκρισης των άλλων (criticism of others) για την ομάδα των ανδρών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν  $9,15 \pm 2,10$ , και η μέση τιμή της επίκρισης της ομάδας των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν  $9,11 \pm 1,98$ , χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά συγκρινόμενες με το t-Test ( $P=0,867$ ). Αυτή η υποκλίμακα αναφέρεται στην κριτική που ασκεί το άτομο σε άλλα άτομα. Η μέση φυσιολογική τιμή της επίκρισης των άλλων κυμαίνεται στο  $5,32 \pm 2,90$  για τις γυναίκες και στο  $5,76 \pm 2,86$  για τους άνδρες (Αγγελόπουλος και συν, 1987; Lyketsos et al, 1978; Drosos et al, 1989). Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση ότι τα άτομα Τσιγγάνοι (Ρομά) θα είχαν αυξημένη την επίκριση προς τους άλλους.

Η μέση τιμή της παρορμητικής εχθρότητας (acting-out hostility) των ανδρών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν  $6,00 \pm 2,30$ , ενώ η μέση τιμή της παρορμητικής εχθρότητας των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν  $5,93 \pm 2,38$ , χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά συγκρινόμενες με το t-Test ( $P=0,795$ ).

Η μέση τιμή της παρανοειδούς εχθρότητας (paranoid hostility) των ανδρών Τσιγγάνων (Ρομά) κυμάνθηκε στο  $4,37 \pm 2,50$ , ενώ για τις γυναίκες ήταν  $4,80 \pm 2,32$ , χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά συγκρινόμενες με το t-Test ( $P=0,105$ ). Αυτή η υποκλίμακα αναφέρεται στην καχυποψία και σε διαστρεβλωμένη αντίληψη της πραγματικότητας. Η μέση φυσιολογική τιμή της παρανοειδούς εχθρότητας κυμαίνεται στο  $2,71 \pm 1,88$  για τις γυναίκες και στο  $1,96 \pm 1,64$  για τους άνδρες (Αγγελόπουλος και συν, 1987; Lyketsos et al,



1978; Drosos et al, 1989). Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση ότι τα άτομα θα είχαν αυξημένα επίπεδα εχθρότητας.

Η μέση τιμή της αυτοεπίκρισης (self-criticism) για την ομάδα των ανδρών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν  $3,86 \pm 2,52$ , ενώ η μέση τιμή της αυτοεπίκρισης για την ομάδα των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν  $5,56 \pm 3,10$ , με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά συγκρινόμενες με το t-Test ( $P=0,000$ ). Αυτή η υποκλίμακα αναφέρεται στην αυτοκριτική του ατόμου. Η μέση φυσιολογική τιμή της αυτοεπίκρισης κυμαίνεται στο  $4,03 \pm 2,09$  για τις γυναίκες και στο  $3,00 \pm 1,68$  για τους άνδρες (Αγγελόπουλος και συν, 1987; Lyketsos et al, 1978; Drosos et al, 1989). Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση ότι τα άτομα θα είχαν αυξημένη εχθρότητα, ως προς την αυτοεπίκριση.

Η μέση τιμή ενοχής (Guilt) για την ομάδα των ανδρών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν  $2,58 \pm 1,77$ , ενώ η μέση τιμή για την ομάδα των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν  $3,22 \pm 2,07$ , με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά συγκρινόμενες με το t-Test ( $P=0,002$ ). Η μέση φυσιολογική τιμή της ενοχής κυμαίνεται στο  $1,93 \pm 1,36$  για τις γυναίκες και στο  $1,88 \pm 1,29$  για τους άνδρες (Αγγελόπουλος και συν, 1987; Lyketsos et al, 1978; Drosos et al, 1989). Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση ότι τα άτομα θα είχαν αυξημένη ενοχή.

Όσον αφορά στην εξωστρεφή εχθρότητα (extrapunitive) (την άθροιση, δηλαδή, της βαθμολογίας των υποκλιμάκων: επίκριση των άλλων - παρορμητική εχθρότητα - παρανοειδής εχθρότητα) διαπιστώθηκε ότι η μέση τιμή της για τους άνδρες ήταν  $19,52 \pm 5,43$ , ενώ η μέση τιμή για την ομάδα των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν  $19,84 \pm 5,44$ , χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά συγκρινόμενες με το t-Test ( $P=0,592$ ). Η μέση φυσιολογική τιμή της εξωστρεφούς εχθρότητας κυμαίνεται στο  $11,58 \pm 4,90$  για τις

γυναίκες και στο  $11,26 \pm 4,39$  για τους άνδρες (Αγγελόπουλος και συν, 1987; Lyketsos et al, 1978; Drosos et al, 1989). Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση ότι τα άτομα του δείγματος θα είχαν αυξημένη εχθρότητα.

Για την ενδοστρεφή εχθρότητα (Introrunitiveness) (την άθροιση της βαθμολογίας των υποκλιμάκων αυτοεπίκρισης και ενοχής) παρατηρούμε πως η μέση τιμή της ενδοστρεφούς εχθρότητας για τους άνδρες ήταν  $6,43 \pm 3,97$ , ενώ η μέση τιμή της ενδοστρεφούς εχθρότητας για την ομάδα των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν  $8,78 \pm 4,83$ , με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά συγκρινόμενες με το t-Test ( $P=0,000$ ). Η μέση φυσιολογική τιμή της ενδοστρεφούς εχθρότητας κυμαίνεται στο  $5,97 \pm 2,95$  για τις γυναίκες και στο  $4,88 \pm 2,45$  για τους άνδρες (Αγγελόπουλος και συν, 1987; Lyketsos et al, 1978; Drosos et al, 1989). Η υπόθεσή μας επιβεβαιώθηκε κατά τη σύγκριση των δύο ομάδων, όπου παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά της ενδοστρεφούς εχθρότητας μεταξύ των δύο ομάδων.

Στην ολική εχθρότητα (total hostility) των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν αντίστοιχα  $25,95 \pm 8,17$  και  $28,62 \pm 9,27$ , με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά συγκρινόμενες με το t-Test ( $P=0,007$ ). Η μέση φυσιολογική τιμή της ολικής εχθρότητας κυμαίνεται στο  $17,55 \pm 6,56$  για τις γυναίκες και στο  $16,20 \pm 8,64$  για τους άνδρες (Αγγελόπουλος και συν, 1987; Lyketsos et al, 1978; Drosos et al, 1989). Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση ότι τα άτομα θα είχαν αυξημένη εχθρότητα.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αναδεικνύουν τα υψηλά επίπεδα εχθρότητας, όπως αυτά μετρούνται με το HDHQ (Caine et al, 1967) στα άτομα του δείγματος. Τα ευρήματα της παρούσας ερευνητικής μελέτης ερμηνεύονται με το γεγονός ότι η εχθρότητα είναι ένα συστατικό της προσωπικότητας που μπορεί ν' αλλάξει κάτω από

την επήρεια εξωτερικών γεγονότων. Θεωρείται, δηλαδή, ως ένα ελαστικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (μια συμπεριφορά παρά ένα χαρακτηριστικό) (Cahn et al, 1995) που αντανakλά συνήθως τις περιστασιακές δυσκολίες και απογοητεύσεις ενός ατόμου. Ο όρος εχθρότητα αναφέρεται στην υπομένουσα τάση του ατόμου να εκλαμβάνει τις απόψεις και τις εκτιμήσεις των άλλων ως αρνητική πρόθεση ή να προβλέπει συνεχώς επιθετικότητα από τους άλλους (Smith, 1994). Τα άτομα που χαρακτηρίζονται από εχθρότητα περιγράφονται συχνά με χαρακτηριστικά κυνισμού, καχυποψίας και θυμού (Williams and Williams, 1993; Knox et al, 1998). Τα άτομα αυτά βιώνουν θυμό σε ένα μεγάλο φάσμα καταστάσεων, συχνά γίνονται επιθετικά και προκαλούν συναισθηματικά ή φυσικά πλήγματα στους άλλους. Παρότι δεν υπάρχει παγκόσμια συμφωνία στην εξήγηση των όρων θυμός, εχθρότητα και επιθετικότητα, οι ψυχολόγοι διατηρούν την άποψη ότι οι όροι αυτοί διαφέρουν με αναφορά στη σχετική έμφαση που δίνουν στη συναισθηματική, γνωσιακή και συμπεριφορική πλευρά της εμπειρίας (Smith, 1994). Ο όρος επιθετικότητα χρησιμοποιείται τυπικά για να αναφερθεί σε συμπεριφορές καταστροφικές ή τιμωρίας προς πρόσωπα και αντικείμενα. Η επιθετικότητα μπορεί να συμπεριλάβει φυσικές επιθέσεις ή συναισθηματικές προσβολές. Μπορεί να εκφραστεί ανοιχτά και άμεσα ή συγκεκαλυμμένα και έμμεσα. Παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες πόνο-σχετιζόμενες έρευνες δεν αναφέρονται συχνά στην επιθετικότητα ως κάτι μετρήσιμο, υπονοούν ωστόσο ότι το μονοπάτι που οδηγεί από το θυμό και την εχθρότητα στα αποτελέσματα των διαφόρων ερευνών περνάει μέσα από την επιθετική συμπεριφορά (Smith, 1994).

#### 8.4 Τα επίπεδα εξωτερικής ντροπής στους Τσιγγάνους (Ρομά) (OAS)

Η μέση τιμή της εξωτερικής ντροπής (OAS total) για την ομάδα των ανδρών Τσιγγάνων (Ρομά) και των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν αντίστοιχα  $24,08 \pm 13,71$  και  $31,84 \pm 15,15$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι Τσιγγάνοι (Ρομά) θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα εξωτερικής ντροπής, υψηλότερα σε σχέση με τα επίπεδα εξωτερικής ντροπής του γενικού ελληνικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της εξωτερικής ντροπής στους άνδρες ήταν κατά 7 μονάδες περίπου μικρότερη από τη μέση τιμή των γυναικών. Η διαφορά στα επίπεδα της εξωτερικής ντροπής μεταξύ των δύο ομάδων διαπιστώθηκε κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το t-Test ( $P= 0,000$ ).

Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, αναδεικνύονται τα υψηλά επίπεδα της εξωτερικής ντροπής, όπως μετράται με το OAS (των Goss, Gilbert και Allan, 1994) των ατόμων Τσιγγάνων (Ρομά) και των δύο φύλων. Το να ανήκει κάποιος σε μια μειονότητα είναι άμεσα συνδεδεμένο με την ελλειμματικότητα του ατόμου, συνθήκη που συνδέεται με το στιγματισμό, καθώς και με τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου (Gilbert, 1998; Kurzban & Leary, 2001). Οι παράγοντες αυτοί έχει βρεθεί πως οδηγούν στην κοινωνική απόρριψη (Gilbert, 2003) και την ντροπή (Shweder, 2003; Cohen, 2003). Το ανωτέρω εύρημα, λοιπόν, είναι σύμφωνο με αποτελέσματα προηγούμενων έρευνων, οι οποίες συνδέουν την εξωτερική ντροπή με το «βλέμμα του άλλου», δηλαδή την εικόνα των άλλων για το άτομο και την κρίση τους για τα ελαττώματά του και τις απορριπτέες πλευρές του εαυτού του (Gilbert, 1998; Heller, 2003). Τα παρόντα ευρήματα της έρευνάς μας αναδεικνύουν σοβαρά ζητήματα σε επίπεδο κοινωνικο-ψυχικής, αλλά και σωματικής υγείας, μια και η ντροπή μπορεί να αποτρέψει τα άτομα Τσιγγάνοι (Ρομά) από την αναζήτηση βοήθειας, να επηρεάσει αρνητικά τη συμμόρφωση με τη θεραπεία

(Tangney & Dearing, 2002) και, ακόμη, φαίνεται να οδηγεί στην απόκρυψη πληροφοριών και στη μείωση της ικανοποίησης από την ιατρική πρακτική (Lazare, 1987).

## 8.5 Τα επίπεδα εσωτερικής ντροπής στους Τσιγγάνους (Ρομά) (ESS)

Η μέση τιμή της τάσης των ατόμων για ντροπή (ESS total) για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν αντίστοιχα  $39,68 \pm 10,67$  και  $49,06 \pm 14,20$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι γυναίκες θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα εσωτερικής ντροπής, υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες, αλλά και ότι τα άτομα Ρομά θα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα εσωτερικής ντροπής από εκείνα του γενικού ελληνικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της εσωτερικής ντροπής στις γυναίκες ήταν περίπου κατά 10 μονάδες μεγαλύτερη από αυτή των ανδρών. Η διαφορά στα επίπεδα της εσωτερικής ντροπής μεταξύ των δύο ομάδων διαπιστώθηκε κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το T-Test ( $P = 0,000$ ).

Από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας αναδεικνύονται τα υψηλά επίπεδα εσωτερικής ντροπής, όπως αυτή μετράται με το ESS (των Andrews, Qian και Valentine, 2002), στις γυναίκες. Το να είσαι γυναίκα στην κοινότητα των Τσιγγάνων (Ρομά) συνδέεται με συνθήκες όπως η ελλειμματικότητα του ατόμου (Gilbert, 1998; Kurzban & Leary, 2001). Η αποστροφή, λόγω εμφανών ή λιγότερο εμφανών ελλειμμάτων, είναι ένα συναίσθημα που οι άνθρωποι φοβόμαστε μήπως προκαλούμε στους άλλους, καθώς αυτό θα μας καθιστούσε μη-ελκυστικούς και ανεπιθύμητους (Gilbert, 1998). Χωρίς την έγκριση και την αναγνώριση των άλλων, μπορεί να νιώθουμε χωρίς αξία και εδώ, όπως επισημαίνει ο Gilbert (2003), λειτουργούν οι παθολογίες της ντροπής και του στίγματος. Η γνώση ότι οι στιγματισμένες ομάδες υπάρχουν μέσα στην κοινωνία μπορεί να οδηγήσει τα άτομα να φοβούνται να τοποθετηθούν σε αυτές- «συνείδηση του στίγματος» (Pinel, 1999). Καθώς

το «βλέμμα του άλλου», δηλαδή η κρίση της κοινότητας, συχνά εσωτερικοποιείται, ακόμη και όταν το άτομο δεν κρίνεται από κάποιον εξωτερικό κριτή, το «βλέμμα του άλλου» και οι συνέπειές του είναι παρόντα (Heller, 2003). Το ανωτέρω εύρημα, λοιπόν, επιβεβαιώνει τη θέση αυτή, και ακόμη είναι σύμφωνο με τα ευρήματα κι άλλων ερευνητών που έχουν διαπιστώσει ότι η αξιολόγηση του εαυτού από τον εαυτό και η αξιολόγησή του από τους άλλους συνδέονται (Goss et al, 1994). Αξίζει να επισημανθεί ότι η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) εντάσσεται στα ερωτηματολόγια που μετρούν αποκλειστικά την τάση των ατόμων για ντροπή (και όχι ταυτόχρονα και την τάση για ενοχή, όπως συμβαίνει με άλλα εργαλεία μέτρησης της ντροπής) και υπολογίζει την ντροπή ως έναν σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Tangney & Dearing, 2002).

### **8.5 Τα επίπεδα παροδικού και μόνιμου άγχους στους Τσιγγάνους (Ρομά)**

Ως προ το παροδικό άγχος η μέση τιμή των ανδρών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν  $50,30 \pm 13,27$ , ενώ των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά)  $52,67 \pm 12,95$ , χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών τους με το T-Test ( $P = 0,102$ ). Οι μέσες τιμές του μόνιμου άγχους ήταν  $43,00 \pm 12,60$  για τους άνδρες και  $48,25 \pm 12,86$  για τις γυναίκες Τσιγγάνες (Ρομά), με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών τους με το t-test ( $p = 0,000$ ).

Η μέση τιμή τόσο του παροδικού άγχους όσο και του μόνιμου για τους Τσιγγάνους (Ρομά) εμφανίζεται σε υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με αυτά του γενικού ελληνικού πληθυσμού, τα οποία σύμφωνα με τους Λιάκο & Γιαννίτση κυμαίνονται στο 39,69 και 40,41 αντίστοιχα.

Οι σχετικά υψηλές τιμές τόσο του παροδικού όσο και του μόνιμου άγχους στην ομάδα των Τσιγγάνων (Ρομά) του δείγματος της παρούσας έρευνας συμφωνούν με την αρχική μας υπόθεση, ότι οι Ρομά θα παρουσιάσουν υψηλά επίπεδα άγχους.

## **8.6 Το Οικογενειακό Περιβάλλον και οι Οικογενειακές Σχέσεις στους Τσιγγάνους (Ρομά)**

Η συνοχή (cohesion) βρέθηκε να λαμβάνει τιμές πολύ κοντά στις τιμές που έχουν προταθεί για το γενικό πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα, οι μέσες τιμές για τους άνδρες Τσιγγάνους (Ρομά) και τις γυναίκες ήταν αντίστοιχα  $6,49 \pm 1,48$  και  $6,22 \pm 1,66$ . Η τιμή της συνοχής για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos, κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 6 έως 7 και είναι στα ίδια επίπεδα με τις τιμές για τη συνοχή σε υγιείς ομάδες του ελληνικού πληθυσμού, σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα (1998).

Για την έκφραση των συναισθημάτων (Expressiveness), μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες Τσιγγάνες (Ρομά), σημειώθηκαν χαμηλά επίπεδα εκφραστικότητας. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της βαθμολογίας της έκφρασης των συναισθημάτων των ανδρών ήταν  $4,78 \pm 1,50$ , ενώ για τις γυναίκες ήταν  $4,71 \pm 1,50$ . Η τιμή της έκφρασης των συναισθημάτων για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos, κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 5 έως 6 και είναι στα ίδια επίπεδα με τις τιμές για την έκφραση του συναισθήματος σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού, σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα (1998).

Για τη σύγκρουση (conflict), μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι η μέση τιμή της βαθμολογίας της σύγκρουσης των ανδρών ήταν  $3,85 \pm 1,95$ , ενώ των γυναικών  $4,35 \pm 2,14$ .

Η τιμή της σύγκρουσης για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos, κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 2,5 έως 4 και παρουσιάζεται λίγο πιο αυξημένη από τις τιμές της σύγκρουσης που διαπιστώθηκαν σε υγιείς ομάδες του ελληνικού πληθυσμού  $2,1\pm 2,2$ , σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα (1998).

Για την ανεξαρτησία (independence), μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι η μέση τιμή της ανεξαρτησίας των ανδρών ήταν  $4,59\pm 1,58$  και των γυναικών  $4,48\pm 1,60$ . Η τιμή της ανεξαρτησίας για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos, κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 6,5 έως 7 και παρουσιάζεται λίγο πιο αυξημένη από τις τιμές της ανεξαρτησίας που διαπιστώθηκαν σε υγιείς ομάδες του ελληνικού πληθυσμού  $6,0\pm 1,3$ , σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα (1998). Τα αποτελέσματα της έρευνας ενισχύονται και από τις διαπιστώσεις άλλων ερευνητών, σύμφωνα με τους οποίους ο τρόπος ζωής των Τσιγγάνων και η κοινωνική –οικογενειακή τους δομή ανταποκρίνεται στις ανάγκες διαφύλαξης της οικογενειακής και κοινωνικής τους συνοχής απέναντι σε ένα αντίξοο και διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, όπως αυτές έχουν διαμορφωθεί στις ανά τους αιώνες περιπλανήσεις τους. Η διαφύλαξη της καθαρότητας της φυλής και της αναπαραγωγής, όπως και η προστασία της ομάδας από εξωτερικούς κινδύνους θα μπορούσαν να ερμηνεύσουν τους κοινωνικούς τους κανόνες και τις παραδόσεις τους. Όπως περιγράφεται και από τη Νόβα-Καλτσούνη (2004), η βάση της τσιγγάνικης κοινότητας είναι το πατρογραμμικό σύστημα του γένους, το οποίο, στη συνέχεια, υποδιαιρείται σε άλλες υποομάδες, οι οποίες διακλαδίζονται σε επιμέρους οικογένειες, συνήθως διευρυμένες και λιγότερο πυρηνικές.

Για τον προσανατολισμό που υπάρχει στην οικογένεια για επιτεύγματα (achievement orientation), η μέση τιμή της βαθμολογίας των ανδρών ήταν  $6,84\pm 1,46$ , ενώ των γυναικών  $6,00\pm 1,65$ . Η τιμή του προσανατολισμού για επιτεύγματα για τους υγιείς



σύμφωνα με τον Moos, κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 5 έως 6 και παρουσιάζεται πιο χαμηλή από τις τιμές που διαπιστώθηκαν σε υγιείς ομάδες του ελληνικού πληθυσμού  $6,9\pm 7,2$ , σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα (1998). Τα συγκεκριμένα ευρήματα της έρευνάς μας ενισχύονται και ερμηνεύονται και από τις διαπιστώσεις των ερευνών των Fessler (2004) και Li et al (2004), σύμφωνα με τους οποίους οι κοινωνικοί κανόνες στους Τσιγγάνους (Ρομά) είναι περισσότερο έκδηλοι, όπως συμβαίνει γενικώς σε τέτοιες κουλτούρες, ενώ σε κοινωνίες που η ατομικότητα βρίσκεται στο επίκεντρο τα προσωπικά επιτεύγματα αποκτούν προτεραιότητα.

Για τον προσανατολισμό της οικογένειας Τσιγγάνων (Ρομά) για πολιτισμό και διανόηση (intellectual - cultural orientation), η μέση τιμή της βαθμολογίας των ανδρών ήταν  $2,97\pm 1,99$  και των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά)  $2,67\pm 1,55$ . Η τιμή του προσανατολισμού για πολιτισμό και διανόηση για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos, κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 5 έως 6 και παρουσιάζεται στα ίδια επίπεδα με τις τιμές που διαπιστώθηκαν σε υγιείς ομάδες του ελληνικού πληθυσμού  $5,3\pm 5,8$ , σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα (1998).

Για τον προσανατολισμό της οικογένειας των Τσιγγάνων (Ρομά) για ενεργό ψυχαγωγία (active-recreational orientation) η μέση τιμή της βαθμολογίας των ανδρών ήταν  $2,37\pm 1,85$  και των γυναικών  $1,97\pm 1,55$ . Η τιμή για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos, κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 5 έως 6 και παρουσιάζεται λίγο πιο αυξημένη από τις τιμές που διαπιστώθηκαν σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού  $4,6\pm 5,8$  σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα (1998).

Για την ηθική και θρησκευτική έμφαση των Τσιγγάνων (Ρομά) (moral-religious emphasis), η μέση τιμή της βαθμολογίας των ανδρών ήταν  $5,14\pm 2,38$  και των γυναικών

5,59±2,22. Η τιμή για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos, κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 4 έως 5,5 και παρουσιάζεται στα ίδια επίπεδα με τις τιμές που διαπιστώθηκαν σε υγιείς ομάδες του ελληνικού πληθυσμού 4,4±5,3, σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα (1998).

Για την οργάνωση (organization) του οικογενειακού συστήματος, η μέση τιμή της βαθμολογίας της οργάνωσης των ανδρών ήταν 6,14±1,75 και των γυναικών 5,93±1,51. Η τιμή της οργάνωσης για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos, κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 5 έως 6 και παρουσιάζεται πιο χαμηλή από τις τιμές της οργάνωσης που διαπιστώθηκαν σε υγιείς ομάδες του ελληνικού πληθυσμού 6,1±7,2, σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα (1998).

Για τον έλεγχο (control) του οικογενειακού συστήματος, η μέση τιμή της βαθμολογίας του ελέγχου των ανδρών Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν 6,18±1,28, ενώ των γυναικών 5,92±1,46. Η τιμή του ελέγχου για τους υγιείς σύμφωνα με τον Moos, κατασκευαστή της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, κυμαίνεται στο 4 έως 5 και παρουσιάζεται στα ίδια επίπεδα με τις τιμές του ελέγχου που διαπιστώθηκαν σε υγιείς ομάδες του ελληνικού πληθυσμού 4,7±5, σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Μάτσα (1998).

## **8.7 Κοινωνικο-ψυχολογικές διαφορές ανδρών και γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά)**

Από σχεδόν όλα τα ευρήματα της παρούσας έρευνας διαπιστώθηκαν οι πολλές και μεγάλες διαφορές τόσο σε κοινωνικό επίπεδο όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο μεταξύ των ανδρών και των γυναικών Τσιγγάνων (Ρομά). Εστιάζοντας στις διαφορές μεταξύ των φύλων, από την παρούσα έρευνα επιβεβαιώθηκε ότι οι γυναίκες Τσιγγάνες (Ρομά)

βιώνουν χαμηλότερα επιτεύγματα στον τομέα της εκπαίδευσης από τους άνδρες Τσιγγάνους (Ρομά), αλλά και από τις γυναίκες που δεν είναι Τσιγγάνες (Ρομά), χωρίς σημαντική πρόοδο κατά τη διάρκεια των ετών. Επίσης, οι γυναίκες υποαπασχολούνται επαγγελματικά και, κατά συνέπεια, εξαρτώνται οικονομικά από τους άνδρες Τσιγγάνους (Ρομά). Ακόμη, οι γυναίκες Τσιγγάνες (Ρομά) είναι πιο εκτεθειμένες στον κίνδυνο των κακών συνθηκών διαβίωσης μια και μένουν περισσότερο στο σπίτι. Έτσι, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι οι γυναίκες Τσιγγάνες (Ρομά) εμφάνισαν στα αποτελέσματα της έρευνάς μας υψηλότερη ψυχολογική δυσφορία από τους άνδρες σε πολλούς τομείς, όπως στη γενική ψυχοπαθολογία, στο άγχος, στην κατάθλιψη και στην αυτοεκτίμηση. Πολλές από αυτές έχουν ανάγκη από ψυχολογική υποστήριξη και, παρόλο που πιθανώς αισθάνονται ντροπή γι 'αυτό, έχουν την τάση να καταφεύγουν στη βοήθεια ενός ειδικού. Οι νεαρές γυναίκες Τσιγγάνες (Ρομά) είναι πιο μορφωμένες από τις μεγαλύτερες. Παρά το γεγονός ότι η ηλικία δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τα συναισθήματα ντροπής, οι νεαρές γυναίκες Τσιγγάνες (Ρομά) δεν έχουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας, όπως οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, έτσι έχουν καλύτερες ευκαιρίες για να αλλάξουν το μέλλον τους με την κατάλληλη στήριξη από την κοινωνία που τους περιβάλλει. Στο πρόσφατο παρελθόν, το Ελληνικό κράτος κατέβαλε πραγματικές προσπάθειες για την επαρκή εκπαίδευση για τις μειονότητες και η πολιτική αυτή ήταν επωφελής και για τους Τσιγγάνους (Ρομά). Η έρευνά μας δείχνει ότι οι παρεμβάσεις δεν ήταν μάταιες, επομένως θα πρέπει να συνεχιστεί όσο το δυνατόν περισσότερο, ενώ είναι μια μεγάλη πρόκληση να γενικευτούν αυτές οι παρεμβάσεις και στα άτομα Τσιγγάνων (Ρομά) μεγαλύτερης ηλικίας. Παρά το γεγονός ότι αυτή πρέπει να είναι η κύρια πολιτική κατάσταση, είναι γεγονός ότι δεν υπάρχουν νομικές ή πολιτικές παρεμβάσεις και κανονισμοί για να αντιμετωπιστούν οι διακρίσεις των γυναικών που ανήκουν σε μειονεκτούσες ομάδες,

όπως αυτές που βιώνουν οι γυναίκες Τσιγγάνες (Ρομά), ιδιαίτερα στον τομέα της εκπαίδευσης και της επαγγελματικής απασχόλησης.

## **8.7 Αντιλήψεις και Στάσεις των Τσιγγάνων (Ρομά) για το σύστημα υγείας και φροντίδας**

Από την παρούσα έρευνα αναδείχθηκαν τρεις ομάδες με περιεχόμενο τις αντιλήψεις τους για την υγεία και την παρεχόμενη φροντίδα. Η πρώτη ομάδα, με το όνομα «ικανοποιημένη και ολοκληρωμένη», αποτελείται από τους λιγότερο αναλφάβητους ερωτηθέντες. Τα άτομα αυτής της ομάδας είναι πιο πιθανό να ζουν στην πόλη της Λάρισας, να έχουν κάποιο είδος επαγγελματικής απασχόλησης και να έχουν μια ψυχοσωματική ασθένεια σε ένα μέλος της οικογένειάς τους. Είναι ικανοποιημένοι από το δημόσιο σύστημα υγείας, ενώ δεν αισθάνονται ότι υφίστανται διακρίσεις και είναι εγκαταλελειμμένοι από τις κοινωνικές υπηρεσίες. Δεν στηρίζονται στην ιατρική των Ρομά και διαφωνούν με τη δήλωση ότι είναι διαφορετικοί από τους άλλους ανθρώπους, ιδιαίτερα από τους Γκάτζε. Χαρακτηρίζονται από στατιστικά χαμηλότερα επίπεδα επιθετικότητας και ντροπής, τόσο εξωτερικής ντροπής (OAS) όσο και εσωτερικής ντροπής (ESS) σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες. Αντίθετα, παρουσιάζουν στατιστικώς υψηλότερα επίπεδα βαθμολογίας από τις άλλες δύο ομάδες στις οικογενειακές σχέσεις και στο οικογενειακό περιβάλλον (FES), ιδιαίτερα στην υποκλίμακα που αντιστοιχεί στην έκφραση των συναισθημάτων τους μέσα στην οικογένεια, ενώ έχουν στατιστικά υψηλότερα

επίπεδα στην έμφαση σε ηθικά και θρησκευτικά ζητήματα και αξίες από τις άλλες δύο ομάδες.

Η δεύτερη ομάδα, με το όνομα «ικανοποιημένη, υποβαθμισμένη και παθητική» αποτελείται από τους Τσιγγάνους (Ρομά) με τις πιο υποβαθμισμένες συνθήκες ζωής, με το μεγαλύτερο μέρος τους να έχει πολυπληθείς οικογένειες, περισσότερα παιδιά και αδέρφια, χαμηλότερο εισόδημα και μεγαλύτερη πιθανότητα από τους ερωτηθέντες των άλλων ομάδων να μην έχουν κουζίνα για το μαγείρεμα και εγκαταστάσεις μπάνιου και υγιεινής. Αισθάνονται αποξενωμένοι από την κοινωνία που τους περιβάλλει και εμπιστεύονται την παραδοσιακή ιατρική των Ρομά περισσότερο από τις άλλες δύο ομάδες. Έχουν την τάση να αισθάνονται ντροπή όταν αρρωσταίνουν και όταν αυτό συμβεί, δηλαδή να αρρωστήσουν, τείνουν να καταφεύγουν στον ηγέτη της φυλής τους. Όταν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας αισθάνονται αμηχανία και τείνουν επίσης να εκφράσουν την ευγνωμοσύνη τους στο γιατρό τους δίνοντάς του κάποιο δώρο. Χαρακτηρίζονται από στατιστικά υψηλότερα επίπεδα του παρανοειδούς ιδεασμού από τις άλλες δύο ομάδες και υψηλότερα επίπεδα στην αίσθηση της απομόνωσης, κάτι που χαρακτηρίζει αυτή την ομάδα. Περαιτέρω, έχουν στατιστικά υψηλότερα επίπεδα διαπροσωπικής ευαισθησίας και υψηλότερα επίπεδα τόσο εξωτερικής ντροπής (OAS) όσο και εσωτερικής ντροπής (ESS). Τέλος, παρατηρήθηκαν ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα ενδιαφέροντος για την πολιτική, την πνευματική και πολιτιστική δραστηριότητα, χαμηλά επίπεδα στη συμμετοχή τους σε κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, καθώς και χαμηλά επίπεδα στην έμφαση που δίνουν στη ζωή τους για ηθικά και θρησκευτικά ζητήματα και αξίες.

Η τρίτη ομάδα, με το όνομα «αλλοτριωμένη και μη ικανοποιημένη» αποτελείται από συμμετέχοντες Τσιγγάνους (Ρομά) που δεν εκφράζουν ικανοποίηση για την

εξυπηρέτηση από τις υπηρεσίες της δημόσιας υγείας, την εξυπηρέτηση από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές και ακόμη δεν αισθάνονται κάποια ανάγκη στο να δώσουν κάποιο δώρο στο γιατρό τους για τις υπηρεσίες που τους παρείχε. Οι περισσότεροι Τσιγγάνοι (Ρομά) της τρίτης ομάδας ζουν σε μονοκατοικίες (67,5%), με πιο βελτιωμένες συνθήκες διαβίωσης σε σύγκριση με τους ερωτηθέντες των άλλων δύο ομάδων και με μεγαλύτερη πιθανότητα να μπορούν να διαβάζουν (θετική απάντηση στην ανάγνωση) και ικανότητα να γνωρίζουν γραφή. Ακόμη, παρατηρείται μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν κάποιο είδος χρόνιας ασθένειας είτε οι ίδιοι είτε κάποιο μέλος της οικογένειάς τους. Τέλος, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα από τις άλλες δύο ομάδες στα επίπεδα του προσανατολισμού που έχουν για επιτεύγματα.

Από τα συγκεκριμένα ευρήματα αναδεικνύεται ότι οι φυλετικές διακρίσεις, η ξενοφοβία και η μισαλλοδοξία είναι τα χαρακτηριστικά των κοινωνιών σε περιόδους κρίσης και σήμερα αυτό φαίνεται να συμβαίνει στην ελληνική κοινωνία, ειδικότερα στη μειονότητα των Τσιγγάνων (Ρομά), οι οποίοι αντιμετωπίζουν διακρίσεις στη στέγαση, την εκπαίδευση, την υγειονομική περίθαλψη, την απασχόληση, και την επιβολή του νόμου. Αυτή η πραγματικότητα δημιουργεί σε αυτούς τους ανθρώπους αρνητικά συναισθήματα σχετικά με τις κοινωνικές δομές και μειώνει την εμπιστοσύνη τους στις δημόσιες υπηρεσίες, οι οποίες απαντούν με λιγότερες δεσμεύσεις για συμβουλευτικές παρεμβάσεις και ποιοτική φροντίδα στους Τσιγγάνους (Ρομά), κατάσταση που τελικά μειώνει τις ευκαιρίες τους να εξελιχθούν και να ζήσουν ένα καλύτερο μέλλον, μια και αυτός ο φαύλος κύκλος είναι δύσκολο να σπάσει. Τα ευρήματά μας ενισχύονται και από τις διαπιστώσεις της έρευνας των Dimakos & Parakonstantinopoulou (2012), σύμφωνα με τους οποίους η ύπαρξη των παραδοσιακών διακρίσεων και του ρατσισμού κατά των Τσιγγάνων (Ρομά) συμβάλλει στη δημιουργία ενός φαύλου κύκλου που οδηγεί στον

αποκλεισμό από τις κοινωνικές υπηρεσίες, ο οποίος με τη σειρά της δημιουργεί αρνητικές στάσεις για αυτές (Dimakos & Parakonstantinou, 2012).

Τα αποτελέσματά μας ενισχύονται και από άλλες έρευνες, οι οποίες διαπιστώνουν ότι και η ίδια η κοινότητα των Τσιγγάνων (Ρομά) είναι επίσης υπεύθυνη για την ίδια την υγεία της, τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής της, Είναι επιρρεπείς σε ανώριμες συνήθειες, όπως το κάπνισμα (60% των Ελλήνων Τσιγγάνων είναι συστηματικοί καπνιστές). Μόνο το 28% του πληθυσμού των Τσιγγάνων καταναλώνει φρούτα και φρέσκα λαχανικά κάθε μέρα. Επιπλέον, το 18% του πληθυσμού των Τσιγγάνων δεν τρώει τα ψάρια. Σε αντίθεση, 36% των πληθυσμών καταναλώνει γλυκά κάθε μέρα (Efxini Poli, 2009).

Τα ευρήματά μας δείχνουν ότι η παραδοσιακή ιατρική των Τσιγγάνων (Ρομά) δεν αποτελεί μια καλά θεμελιωμένη εναλλακτική λύση για τα μέλη της κοινότητας των Τσιγγάνων (Ρομά). Ωστόσο, όταν καταφεύγουν στις δομές της δημόσιας υγείας, που είναι η μοναδική λογική επιλογή, το πρόβλημα που προκύπτει είναι η αδυναμία τους να κατανοήσουν τις ιατρικές οδηγίες, που διαπιστώθηκε από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ως το σοβαρότερο πρόβλημα μια και αποτελεί τη μεγαλύτερη δυσκολία στην επικοινωνία τους, μια κατάσταση που είτε δημιουργεί άγχος, είτε ντροπή και αντιστοιχεί σε υψηλότερα επίπεδα σε ψυχοπαθολογία ή δημιουργεί αισθήματα αποξένωσης. Από την άλλη πλευρά, οι νέοι Τσιγγάνοι (Ρομά) που είναι λιγότερο πιθανό να είναι αναλφάβητοι φάνηκε να έχουν ένα καλύτερο ψυχολογικό προφίλ από τους πιο ηλικιωμένους Τσιγγάνους (Ρομά), με λιγότερα ακραία σκορ και λιγότερα αισθήματα αποξένωσης. Το τελευταίο γεγονός μας οδηγεί να ενστερνιζόμαστε ότι η εκπαίδευση αναδεικνύεται ως κρίσιμος παράγοντας που διαφοροποιεί τις συμπεριφορές του πληθυσμού των Τσιγγάνων (Ρομά).

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης διασποράς των δεδομένων μας, αν και περιγραφικού χαρακτήρα, στηρίζουν περισσότερο τις τελευταίες παρατηρήσεις και αποτελούν ένα άλμα για πρόσθετες επιβεβαιωτικές μελέτες. Το ποσοστό του δείγματος που εξέφραζε τα πιο αρνητικά συναισθήματα για τις παροχές της δημόσιας υγείας και τις εξυπηρετήσεις από τους επαγγελματίες υγείας – γιατρούς και νοσηλευτές - είναι επίσης πιο πιθανό να είναι αναλφάβητοι και να ανήκουν στη δεύτερη ομάδα που προτείναμε από τα στατιστικά δεδομένα της μελέτης μας. Από την άλλη πλευρά, οι πιο μορφωμένοι Ρομά έχουν την τάση να εκφράζουν ικανοποίηση για τις υπηρεσίες που παίρνουν, ενώ δεν αισθάνονται διαφορετικοί από τους άλλους ανθρώπους.

Υπό το πρίσμα των ανωτέρω αποτελεσμάτων, σημαντικές προσπάθειες για την ανάπτυξη καλύτερης παιδείας και εκπαίδευσης θεωρείται απαραίτητη για τη μειονότητα των Τσιγγάνων (Ρομά). Τα ευρήματά μας ενισχύονται και από άλλες ερευνητικές διαπιστώσεις, σύμφωνα με τις οποίες οι Τσιγγάνοι (Ρομά) υφίστανται διακρίσεις σε όλη την Ευρώπη και έχουν σημαντικά χειρότερο για την υγεία και την εκπαίδευσή τους προφίλ σε σύγκριση με μη-Ρομά (Milcher S, 2006; Holt E, 2005; Rechel et al, 2009). Η κακή εκπαίδευση αντανακλάται άμεσα στην κατάσταση της υγείας αυτών των ανθρώπων: έχει αναφερθεί ότι η κάλυψη εμβολιασμού των παιδιών Τσιγγάνων (Ρομά) είναι χαμηλή, με την έλλειψη των πληροφοριών και της ιατρικής ταυτοποίησης να είναι οι συνηθέστεροι λόγοι για αυτό (Milcher Σ, 2006; Hajioff & McKee, 2000; Ringold et al, 2005). Ακόμη, έχει διαπιστωθεί ότι μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρατηρείται σε μειονοτικές ομάδες λόγω των πολιτισμικών τους πεποιθήσεων, των συναισθημάτων ντροπής και του επακόλουθου του στίγματος και της μειωμένης συνεργασίας με τους επαγγελματίες υγείας (Brandby et al, 2007; Wynaden, 2005). Τα ευρήματα της έρευνάς μας αναδεικνύουν σοβαρά ζητήματα σε επίπεδο κοινωνικο-ψυχικής, αλλά και σωματικής



υγείας, μια και τα υψηλά επίπεδα εξωτερικής και εσωτερικής ντροπής των Τσιγγάνων (Ρομά) του δείγματός μας, μπορεί να αποτρέψουν τα άτομα Ρομά από την αναζήτηση βοήθειας, να επηρεάσουν αρνητικά τη συμμόρφωση με τη θεραπεία (Tangney & Dearing, 2002) και, ακόμη, φαίνεται να οδηγούν στην απόκρυψη πληροφοριών και στη μείωση της ικανοποίησης από την ιατρική πρακτική (Lazare, 1987).

Σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η αύξηση της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας από τις οικογένειες απαιτεί μείωση του στιγματισμού από την κοινότητα στην οποία ζουν. Η ευθύνη για τη μείωση του στίγματος βρίσκεται στο σύστημα που καλείται να προωθήσει μια υποστηρικτική πολιτική για την κοινότητα μέσω της εκπαίδευσης, των δεξιοτήτων και των ικανοτήτων υποστήριξης και ψυχοκοινωνικών δεξιοτήτων αποκατάστασης, η οποία και θα πρέπει να εξατομικεύεται για να συμπεριλάβει τις πολιτισμικές συνήθειες της οικογένειας, τις πεποιθήσεις, για να είναι μια αποτελεσματική υποστηρικτική υπηρεσία υγείας και παρεχόμενης φροντίδας (Bloom, 2009).

## 9. Συμπεράσματα

Από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας διαπιστώνονται υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας στους Ρομά και αυτή η διαπίστωση εξηγείται από τον τρόπο ζωής των Τσιγγάνων (Ρομά) και την περιθωριοποίησή τους από την κοινωνία και τους επίσημους φορείς, κατάσταση που έχει ως αποτέλεσμα την έκθεσή τους σε ποικίλους κινδύνους για τη σωματική και ψυχική υγεία τους. Εκτός από τον αυξημένο αριθμό τέτοιου είδους παθήσεων, οι Τσιγγάνοι (Ρομά) υποφέρουν και από την ελλιπή (ή απύσασ) παροχή φροντίδας υγείας και περίθαλψης, καθώς και από τη βία (σωματική, αλλά και ψυχική μέσα από τον αποκλεισμό τους) των αρχών και των συμπολιτών τους. Για το λόγο αυτό, είναι πολύ σημαντικό να αφουγκραστούμε τα πραγματικά προβλήματα των Τσιγγάνων (Ρομά) και, μέσω αυτού, να προσπαθήσουμε να προσδιορίσουμε τους τρόπους με τους οποίους οι υπηρεσίες υγείας και οι ειδικοί επιστήμονες μπορούν να ανταποκριθούν καλύτερα στις ανάγκες των Τσιγγάνων (Ρομά).

Οι Τσιγγάνοι (Ρομά) του δείγματος εκφράζουν ανοιχτά αρνητικά συναισθήματα για τις παροχές της δημόσιας υγείας και τις εξυπηρετήσεις από τους επαγγελματίες υγείας – γιατρούς και νοσηλευτές. Οι Τσιγγάνοι (Ρομά) που εκφράζουν πιο έντονα και πιο ισχυρά αυτά τα αρνητικά συναισθήματα είναι συνήθως οι αναλφάβητοι. Οι πιο μορφωμένοι Τσιγγάνοι (Ρομά) έχουν την τάση να εκφράζουν ικανοποίηση για τις υπηρεσίες που παίρνουν, ενώ δεν αισθάνονται διαφορετικοί από τους άλλους ανθρώπους.

Ακόμη, από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας συμπεραίνουμε ότι οι Τσιγγάνοι (Ρομά) θα μπορούσαν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες:

Στην πρώτη κατηγορία μπορούν να περιληφθούν οι λιγότερο αναλφάβητοι, οι οποίοι συνήθως ζουν σε μεγάλη πόλη, έχουν κάποιο είδος επαγγελματικής απασχόλησης και μια ψυχοσωματική ασθένεια σε ένα μέλος της οικογένειάς τους. Αυτοί οι Τσιγγάνοι (Ρομά) είναι ικανοποιημένοι από το δημόσιο σύστημα υγείας και δεν αισθάνονται ότι υφίστανται διακρίσεις και δεν νοιώθουν εγκαταλελειμμένοι από τις κοινωνικές υπηρεσίες. Δεν στηρίζονται στην ιατρική των Ρομά και διαφωνούν με τη δήλωση ότι είναι διαφορετικοί από τους άλλους ανθρώπους, ιδιαίτερα από τους Γκάτζε. Χαρακτηρίζονται από χαμηλότερα επίπεδα επιθετικότητας και ντροπής, καλύτερες οικογενειακές σχέσεις, μπορούν να εκφράζονται καλύτερα μέσα στην οικογένεια και συνήθως έχουν υψηλότερα επίπεδα στην έμφαση σε ηθικά και θρησκευτικά ζητήματα.

Στη δεύτερη κατηγορία μπορούν να περιληφθούν οι Τσιγγάνοι (Ρομά) με τις πιο υποβαθμισμένες συνθήκες ζωής, με το μεγαλύτερο μέρος τους να έχει πολυπληθείς οικογένειες, περισσότερα παιδιά και αδέρφια, χαμηλότερο εισόδημα και μεγαλύτερη πιθανότητα να μην έχει κουζίνα για το μαγείρεμα και εγκαταστάσεις μπάνιου και υγιεινής. Αισθάνονται αποξενωμένοι από την κοινωνία που τους περιβάλλει και εμπιστεύονται την παραδοσιακή ιατρική των Ρομά. Έχουν την τάση να αισθάνονται ντροπή όταν αρρωσταίνουν και όταν αυτό συμβεί, δηλαδή να αρρωστήσουν, τείνουν να καταφεύγουν στον ηγέτη της φυλής τους. Όταν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας αισθάνονται αμηχανία και τείνουν επίσης να εκφράσουν την ευγνωμοσύνη τους στο γιατρό τους δίνοντάς του κάποιο δώρο. Χαρακτηρίζονται από στατιστικά υψηλότερα επίπεδα παρανοειδούς ιδεασμού και υψηλότερα επίπεδα στην αίσθηση της απομόνωσης, υψηλότερα επίπεδα διαπροσωπικής ευαισθησίας και υψηλότερα επίπεδα τόσο εξωτερικής όσο και εσωτερικής ντροπής. Ακόμη, χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα ενδιαφέροντος για την πολιτική, την πνευματική και πολιτιστική δραστηριότητα,

χαμηλά επίπεδα στη συμμετοχή τους σε κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, καθώς και χαμηλά επίπεδα στην έμφαση που δίνουν στη ζωή τους για ηθικά και θρησκευτικά ζητήματα και αξίες.

Στην τρίτη κατηγορία μπορούν να περιληφθούν οι Τσιγγάνοι (Ρομά) που ζουν σε πιο βελτιωμένες συνθήκες διαβίωσης και με μεγαλύτερη πιθανότητα μπορούν να διαβάζουν και να γράφουν. Ακόμη, εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν κάποιο είδος χρόνιας ασθένειας είτε οι ίδιοι είτε κάποιο μέλος της οικογένειάς τους και δεν εκφράζουν ικανοποίηση για την εξυπηρέτηση από τις υπηρεσίες της δημόσιας υγείας, την εξυπηρέτηση από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές και επίσης δεν αισθάνονται κάποια ανάγκη στο να δώσουν κάποιο δώρο στο γιατρό τους για τις υπηρεσίες που τους παρείχε. Οι Τσιγγάνοι (Ρομά) αυτής της κατηγορίας έχουν τα χαμηλότερα επίπεδα στα επίπεδα του προσανατολισμού τους για επιτεύγματα.

Υπό το πρίσμα των ανωτέρω αποτελεσμάτων, σημαντικές προσπάθειες για την ανάπτυξη καλύτερης παιδείας και εκπαίδευσης θεωρούνται απαραίτητες για τη μείωση των Τσιγγάνων (Ρομά). Περαιτέρω, κατά προτεραιότητα δράση προτείνεται προκειμένου να διευκολυνθεί η πρόσβαση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας μεταξύ των φτωχών πληθυσμών Τσιγγάνων (Ρομά) και εκείνων που ζουν σε αγροτικές περιοχές και γειτονιές που είναι διαχωρισμένες.

Τέλος, θα πρέπει να επισημανθούν οι απαραίτητες πολιτικές και κοινωνικές παρεμβάσεις για απόκτηση καλύτερων συνηθειών υγείας του πληθυσμού των Τσιγγάνων (Ρομά), με στόχευση στην προώθηση των υγιεινών τρόπων ζωής και διαβίωσης.

Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, παρά τους εύλογους περιορισμούς της, οδηγούν σε επαναπροσδιορισμό

ορισμένων απόψεων αναφορικά με τη στάση των Τσιγγάνων (Ρομά) απέναντι στο δημόσιο σύστημα υγείας και φροντίδας, καθώς και τις ανάγκες που δημιουργούνται και πρέπει να απαντηθούν. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να επικεντρωθούν σε παράγοντες που οδηγούν τα άτομα Ρομά να αισθάνονται περισσότερες ή λιγότερες διακρίσεις. Παρά τους περιορισμούς αυτούς, πιστεύουμε ότι υπάρχουν σημαντικές πτυχές στην παρούσα έρευνα για τους ερευνητές, καθώς και τους επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα της παροχής φροντίδας σε μειονοτικές ομάδες του πληθυσμού.

Θεωρούμε την προβληματική γύρω από το ρόλο και τις επιδράσεις του πολιτισμικού πλαισίου στην παρεχόμενη φροντίδα και την ικανοποίηση από αυτή, ως έναν από τους πιο ενδιαφέροντες τομείς, του οποίου η έρευνα θα συμβάλει ουσιαστικά στην κατανόηση του ρόλου της διαπολιτισμικής σημαντικότητας στην υγεία και στη φροντίδα της.

Πιστεύουμε ακράδαντα ότι τα προβλήματα και οι επιπτώσεις της αίσθησης διάκρισης από την κοινότητα των Τσιγγάνων (Ρομά) τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με την εξασφάλιση επαρκούς πολιτικής βούλησης και κοινωνικής συναίνεσης. Η θέσπιση μιας βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης των μειονοτικών κοινοτήτων με την εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην ελληνική πραγματικότητα θα μπορούσε να βοηθήσει εμπράκτως τους Τσιγγάνους (Ρομά), που όπως διαπιστώθηκε από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας πραγματικά βάζονται ειδικά αυτή την περίοδο, περίοδο της ελληνικής οικονομικής κρίσης. Η μόνη ελπίδα, ίσως, βρίσκεται σε μια πρωτοβάθμια φροντίδα στη βάση μιας διεπιστημονικής συνεργασίας.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. AITHS (2010). All Ireland Travellers Health Study: Our Geels. Summary of Findings. School of Public Health, Physiotherapy and Population Science, University College Dublin.
2. Ahlbom A, & Norell S (1992). Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία. (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρα, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
3. Allan S, Gilbert P, Goss K (1994). An exploration of shame measures- II: psychopathology. *Person. Individ. Diff*, vol. 17, p. 719- 722.
4. Andrews B, Qian M and Valentine JD (2002) Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *The British Journal of Clinical Psychology* (41): 29-42.
5. Arman M, Rehnsfeldth A (2006). The presence of love in ethical caring. *Nursing Forum*. 41, 4-12.
6. Benn L, Harvey JE, Gilbert P, Irons C (2005). Social rank, interpersonal trust and recall of parental rearing in relation to homesickness *Personality and Individual Differences*, vol. 38, p. 1813- 1822.

7. Birchwood M, Trower P, Brunet K, Gilbert P, Iqbal Z & Jackson, C (2007). Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first episode psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, vol. 45 (5), p. 1025- 1037.
8. Blackburn IM, Lyketsos G & Tsiantis J (1979). The temporal relationship between hostility and depressed mood. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 18, p.227-235.
9. Bloom E (2009).The Effectiveness of Community Support Systems and Psychosocial Rehabilitation Services for Mentally Ill Children and their Families. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. Vol 14(1). 4-20.
10. Bourque F, Van Der Ven E, Fusar-Poli P, & Malla A (2012). Immigration, social environment and onset of psychotic disorders. *18:518-26*.
11. Bowling A (1997). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. UK: Open University Press.
12. Brandby H, Varyani M, Oglethorpe R, Raine W, White I & Helen M (2007). British Asian families and the use of child and adolescent mental health services: a qualitative study of a hard to reach group. *Social Science & Medicine*, 65: (12)2413-24
13. Cahn JY, Labopin M, Mandelli F (1995). Autologous Bone Marrow Transplantation for First Remission Acute Myeloblastic Leukemia in Patients Older Than 50 Years: A Retrospective Analysis of the European Bone Marrow Transplant Group. *Blood*, vol. 85(2), p. 575-579.
14. Caine TM, Foulds GA, Hope K (1967). *Manual of Hostility and Direction of Hostility Questionnaire*. London: University of London Press.
15. Carr A (2001). *Abnormal psychology*. Sussex: Psychology Press
16. Carrasco-Garrido P, López de Andrés A, Hernández Barrera V, Jiménez-Trujillo I, Jiménez-García R (2011). *Eur J Public Health*. Dec;21(6):793-8.
17. Cohen D (2003). The American National Conversation about (Everything but) Shame. *Social Research*, vol. 70, p. 1075- 1108.
18. Corral I, & Landrine H (2008). Acculturation and ethnic-minority health behavior: a test of the operant model. *Health Psychol*, 27:737-45.
19. Council of Europe and EUMC (2003). *Breaking the barriers Romani women and access to public health care*. Luxembourg, office for official publications of the European communities.
20. Courtenay W (2000). Constructions of Masculinity and Their Influence on Men's Well-being. *Social Science Medicine*, 50, 1385–1401.
21. Croker J, Major B & Steele C (1998). Social stigma. In D.T. Gilbert, S.T. Fiske & G. Lindzey (Eds.), *The Handbook of Social Psychology* (pp. 505-553). Boston, MA: McGraw-Hill.
22. Das Gracias EM, Dos Santos GF (2009). "Nursing care methodology in the phenomenological approach". *Rev Esc Enferm USP* 43(1): 200-7.
23. Derogatis LR (1977). *SCL-90-R, Administration, Scoring, and Procedures Manual 1*. Baltimore, Clinical Psychometric Research.

24. Derogatis LR (1983). SCL-90-R Administration, Scoring & Procedures Manual-II. Towson, MD: Clinical Psychometric Research : 14–15.
25. Dimakos I & Papakonstantinou A (2012). 'Providing psychological and counseling services to Roma students: A preliminary report for a three-year longitudinal project', in P. Cunningham & N. Fretwell (eds.) *Creating Communities: Local, National and Global*. London: CiCe, pp. 94 - 103.
26. Drosos A, Angelopoulos NV, Liakos A & Moutsopoulos H (1989). Personality structure disturbances and psychiatric manifestations in primary Sjogren's syndrome. *J. Autoimmunity*, vol. 2, p. 489-493.
27. Economou M & Angelopoulos NV (1989). Dysthymic symptom, hostility and scholastic achievement in a group of high school students. *Educ. Psychol.*, vol. 9(4), p. 331-337.
28. Efxini Poli (2009). *Health and the Roma Community, analysis of the situation in Europe*, Cuadernos Técnicos Nº 97, Madrid 2009,
29. European Commission (2011). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, The European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: An EU Framework for National Roma Integration Strategies up to 2020 COM (2011) 173 final*, Brussels, European Commission.
30. Farrimond H (2011). *Beyond the caveman: Rethinking masculinity in relation to men's help-seeking*. Health, published online.
31. Faye AG (2005). Stigma: barrier to mental health care among ethnic minorities. *Issues in mental health nursing*, vol. 26, p. 979 – 999.
32. Fessler DMT (2004). Shame in two cultures: Implications for evolutionary approaches. *Journal of Cognition & Culture*, 4:207-262.
33. Gilbert P (1998). Some Core Issues and Controversies. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 3- 38.
34. Gilbert P (2003). Evolution, Social Roles, and the Differences in Shame and Guilt. *Social Research*, vol.70, p. 1205- 1230.
35. Gilbert P, Allan S (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, vol. 28, p. 585- 598.
36. Gilbert P, Allan S, Goss K (1996). Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 3, p. 23- 34.
37. Gilbert P, Allan S, Goss K (1996). Parental Representations.
38. Gilbert P, Cheung MS-P, Grandfield T, Campey F, Irons C (2003). Recall of Threat and Submissiveness in Childhood: Development of a New Scale and its Relationship with Depression, Social Comparison and Shame. *Clin. Psychol. Psychotherapy*, vol. 10, p. 108- 115.



39. Gilbert P, Miles JNV (2000). Sensitivity to Social Put- Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self- other blame. *Personality and Individual Differences*, vol.29:757- 774.
40. Gilligan J (2003). Shame, Guilt, and Violence. *Social Research*, vol. 70, p. 1149-1180.
41. Goss K, Gilbert P & Allan S (1994). An exploration of shame measures- I: The Other As Shamer scale. *Person. Individual. Diff.*, vol. 17 (5), p. 713- 717.
42. Gourgoulianis KI, Tsoutsou P, Fotiadou N, Samaras K, Dakis D, Molyvdas PA.(2000) Lung function in Gypsies in Greece. *Arch Environ Health*. 2000 Nov-Dec;55(6):453.
43. Gouva M, Mentis M, Kotrotsiou S, Paralikas Th & Kotrotsiou E (2014). "Shame and anxiety feelings of a Roma population in Greece" *Journal of Immigrant and Minority Health*. Volume 16 Number 3 June.
44. Gouva M, Kaltsouda A, Paschou A, Dragioti E, Kotrotsiou S, Mantzoukas S and Kotrotsiou E (2014). Reliability and Validity of the Greek Version of the Experience of Shame Scale (ESS), *Interscientific health care* (in press).
45. Gouva M, Paschou A, Kaltsouda A, Dragioti E, Paralikas T, Mantzoukas S and Kotrotsiou E (2014). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Other As Shamer Scale (OAS), *Interscientific health care* (in press).
46. Hajooff S & McKee MJ (2000). The health of the POMA people: a review of the published literature. *Epidemiology Community Health*, 54, p. 864-9.
47. Hanninen K & Jelonen N (2002). Potilaana Romani. *Spekula*, 1:1-5.
48. Heller A (2003). Five approaches to the phenomenon of shame. *Social Research*, 70:1016- 1030.
49. Hodgins M, Fox F (2012). 'Causes of causes': ethnicity and social position as determinants of health inequality in Irish Traveller men. *Health Promot Int*.
50. Hofmann SG, Anu Asnaani, MA & Hinton DE (2010). Cultural aspects in social anxiety and social anxiety disorder. *Depress Anxiety*, 27:1117-27.
51. Holt E (2005). Roma women reveal that forced sterilization remains. *Lancet Mar 12-18, 365 (9463): 927-928*.
52. Howley T (2001). Poor accommodation and its impact on traveller health. *Journal of Health Gain*, 5(1), 24–26.
53. Huynen MM, Martens P, Hilderink HB (2005). The health impacts of globalization: A conceptual framework. *Global Health*, 1:14.
54. Kalaydjieva L, Morar B, Chaix R. & Tang H (2005). A newly discovered founder population: the Roma /Gypsies. *Bioessays*, vol. 27, p.1084-94.
55. Kellett S & Gilbert P (2001). Acne: A biopsychosocial and evolutionary perspective with a focus on shame. *British Journal of Health Psychology*, vol. 6, p. 1-24.
56. Keltner D & Harker LA (1998). The Forms and Functions of the Nonverbal Signal of Shame. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 78- 98.
57. Knox SS, Stiegmund KD, Weidner G, Ellison RC, Adelman A, Paton C (1998). Hostility, social support, and coronary heart disease in the National Heart, Lung, and Blood Institute Family Heart Study. *Am J Cardiol*, vol. 199;82, p. 1192-1196.

58. Kolarcik P, Madarasova Geckova A, Orosova O, Dijk JP, Reijneveld SA (2010). Predictors of health-endangering behaviour among Roma and non- Roma adolescents in Slovakia by gender. *J Epidemiol Community Health*;64:1043–1048.
59. Kotrotsiou E, Argyroudis E, Paralikas Th, Kaeppli S, Tzavellas G (2003). The importance of health to gypsy people. *ICUS nurs Web j*; 16.
60. Koupilova I, Epstein H, Holcik J, Hajioff S, McKee M (2001). Health needs of the Roma population in the Czech and Slovak Republics. *Social Science and Medicine* 53, 1191-1204.
61. Krumova T, Ilieva M (2008). The health status of Romani women in Bulgaria. Veliko Turnovo, Centre for Interethnic Dialogue and Tolerance “Amalipe”.
62. Kucharska J (2012). Mental health problems in ethnic minority groups. *Psychiatr Pol*, 46:451-9.
63. Kurzban R, Leary M (2001). Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, vol. 127, p. 187- 208.
64. Landrine H & Klonoff EA (2004). Culture Change and Ethnic-Minority Health Behavior: An Operant Theory of Acculturation. *Journal of Behavioral Medicine*, 27:527-555.
65. Lazare A (1987). Shame and humiliation in the medical encounter. *Arch. Intern. Med.*, vol. 147, p. 1653- 1658.
66. Lehti A & Mattson B (2001). Health, attitude to care and pattern of attendance among gypsy women-a general practice perspective. *Family Practice*, 18:15-19.
67. Leininger M (1988). The phenomenon of caring: importance, research question and theoretical consideration, In M.M. Leininger (ed), *caring* ( pp.3-15), Detroit: Wayne State University Press.
68. Leininger M (1997). Overview and reflection of the theory of culture care and the ethnonursing research method. *Journal of Transcultural Nursing*,8(2), 32-51.
69. Lewis M (1998). Shame and stigma. *Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*.
70. Li J, Wang L & Fischer KW (2004). The organization of Chinese shame concepts. *Cognition and Emotion*, 18:767-797.
71. Liegeois JP & Gheorghe N (2002). Roma/ Τσιγγάνοι: Μια Ευρωπαϊκή Μειονότητα- Ένθετο της Ελληνικής Ομάδας για τα Δικαιώματα των Μειονοτήτων.
72. Lohan M (2009). Developing a Critical Men’s Health Debate in Academic Scholarship. In Gough, B. and Robertson, S. (eds), *Men, Masculinities and Health*.
73. Lundback E, Forslun K, Rylander G, Jokinen, J, Nordstrom P, Nordstrom A.L, Asberg M (2006). CSF 5- HIAA and the Rorshach Test in Patients Who Have Attempted Suicide. *Archives of Suicide Research*, vol. 10, p. 339- 345.
74. Lyketsos G, Blackburn IM, Tsiantis J (1978). The movement of hostility during recovery from depression. *Psychol. Med.*, vol. 8, p. 145-149.
75. MacDonald S (1998). Trying to make dying more culture-friendly/hospitals learn to respect foreign customs. text at: <http://infoweb.newsbank.com>
76. Mc Pherson (1998). A note on the female norms of the HDHQ. *Br. J. Clin. Psychol.*, vol. 27, p. 263-264.

77. Margaret Hodgins, Michelle Millar, Margaret M Barry (2006). "it's all the same no matter how much fruit or vegetables or fresh air we get": Traveller women's perceptions of illness causation and health inequalities *Social Science & Medicine* .
78. Maria Eva Földes & Alina Covaci (2011). Research on Roma health and access to healthcare: state of the art and future challenges.
79. Marrsid N (2009). Cultural beliefs and health behaviors of Roma patients in Finland, Bachelor Thesis.
80. Masseria C, Mladovsky P, Hernández-Quevedo C (2010). The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non- Roma in Bulgaria, Hungary and Roumania. *Eur J Public Health* ;20(5):549–554.
81. Milcher S (2006). Poverty and the determinants of welfare for Roma and other vulnerable groups in Southeastern Europe. *Comparative Economic Studies*. 2006;48:20-35.
82. Mladovsky, Philipa (2007). Migration and health in EU health systems *Euro observer*, 9 (4). 1-2.
83. Niksić D & Kurspahić-Mujčić A (2007). The presence of health-risk behaviour in Roma family. *Bosn J Basic Med Sci*, 7:144-9.
84. O'Connor P (1998). *Emerging voices. Women in contemporary Irish Society*. Dublin: Institute of Public Administration.
85. Parry G, Van Cleemput, P, Peters J, Moore J, Walters S, Thomas K & Cooper C (2004). The health status of Gypsies & travelers in England. Summary of a report to the Department Of Health.
86. Paulik E, Nagymajtényi L, Easterling D, Rogers T (2011). Smoking behaviour and attitudes of Hungarian Roma and non- Roma population towards tobacco control policies. *Int J Public Health*;56:485–491.
87. Pinel E (1999). Stigma consciousness: The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 76, p. 114- 128.
88. Pulakos J (1996). Family environment and shame: is there a relationship? *J. Clinic. Psychol.*, vol. 52, p. 617- 623.
89. Rechel B, Blackburn CM, Spencer NJ, Rechel B (2009). Access to health care for Roma children in Central and Eastern Europe: findings from a qualitative study in Bulgaria. *Int J Equity Health*;8:24.
90. Retzinger SM (1998). Shame in the Therapeutic Relationship. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert P & Andrews B, (eds). New York, Oxford University Press, p. 206- 222.
91. Ringold D, Orenstein MA, Wilkens E (2005). *Roma in an expanding Europe: breaking the poverty cycle*. Washington: The World Bank.
92. Robinson BA (2002). The religion and culture of the Roma. Religious tolerance text at: <http://www.religioustolerance.org/roma.htm>.
93. Roman G, Gramma R, Enache A, Pârvu A, Ioan B, Moisa SM, Dumitras S & Chirita R (2012). *Dying and Death in Some Roma Communities: Ethical Challenges*, J Immigrant Minority Health.

94. Rosenberger JW (2005). Envy, Shame, and Sadism. *J. of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, vol. 33, p. 465- 489.
95. Rosicova K, Madarasova Geckova A, Rosic M, Speybroeck N, Groothoff JW, Dijk JP (2011). Socioeconomic factors, ethnicity and alcohol-related mortality in regions in Slovakia. What might a tree analysis add to our understanding? *Health and Place*;17:701–709.
96. Shapiro D (2003). The tortured, not the torturers, are ashamed. *Social Research*, vol. 70, p. 1131- 1148.
97. Shoenhofer S ( 2002) .Choosing Personhood: Intentionality and the theory of nursing as caring . *Holistic Nursing Practice*. 16(4), 36-40.
98. Shweder RA (2003). Toward a Deep Cultural Psychology of Shame. *Social Research*, vol. 70, p. 1109- 1130.
99. Smith T (1994). Concepts and methods in the study of anger, hostility, and health. *Στο: Anger, hostility, and the heart*. Siegman A, Smith T (editors), Hills-dale, NJ, Lawrence Earlbaum Associates.
100. Smither R (1982). Human migration and the acculturation of minorities. *Hum Relat*, 35:57-68.
101. Surdu L & M Surdu (2006). Broadening the agenda: The status of Roma women in Roumania (Open Society Institute, 2006) p.18.
102. Sutherland A (1992). Gypsies and Health care. *The Western journal of medicine*, 157:276-280.
103. Sutherland A (1992). Health and illness among the Rom of California. *Journal of the Gypsy Lore Society*, in press.
104. Swim J K, Cohen LL & Hyers LL (1998). Experiencing everyday prejudice and discrimination. In J.K Swim & C.Stangor (Eds.), *Prejudice: The target’s Perspective* (pp:37-60).
105. Tangney JP, & Dearing RL (2002). Shamed into anger? the special link between shame and interpersonal hostility, in *Shame and Guilt*. Edited by Tangney JP, Dearing RL. New York, Guilford Press, pp. 90–111.
106. Tantam D (1998). *The Emotional Disorders of Shame. Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 161- 175.
107. Thomas HE (1995). Experience a shame response as a precursor to violence. *Bull.Am.Acad.Psychiatry Law*, vol. 23, p. 587-593
108. Van Cleemput P, Parry G, Thomas K, Peters J & Cooper C (2007). Health-related beliefs and experiences of Gypsies and Travellers: a qualitative study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61:205-210.
109. Vorvolakos T, Samakouri M, Tripsianis G, Tsatalmpasidou E, Arvaniti A, Terzoudi A, Livaditis M (2012). Sociodemographic and Clinical characteristics of Roma and non-Roma psychiatric outpatients in Greece. *Ethn Health*;17(1-2):161-9.
110. Watrous S (1999). *Moving Beyond Gypsy Stereotypes*.
111. Williams RB, Williams VP (1993). *Anger kills*. Times Books, New York.

112. Wynaden D, Orb A (2005). Impact of patient confidentiality on carers of people who have a mental disorder. *International Journal of Mental Health Nursing* 14(3):166-71.
113. Zeman CL, Depken DE, Senchina DS (2003). Roma health issues: a review of the literature and discussion. *Ethn and Health*;8:223–249.
114. Zonda T, Lester D (1990). Suicide among Hungarian Gypsies. *Acta Psychiatr Scand.* Nov; 82(5):381-2.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγγέλη Μ & Τασιοπούλου Μ (2001). Τραγουδώντας με τους Τσιγγάνους, Τοπική Ένωση Δήμων & Κοινοτήτων, Αγρίνιο - Νομού Αιτωλοακαρνανίας.
2. Αγγελόπουλος Ν (1984). Το επίπεδο και η δομή της επιθετικότητας δύο νεανικών πληθυσμών. *Εγκέφαλος*, vol. 21, p. 118-123.
3. Αγγελόπουλος Ν, Οικονόμου Μ, Απέργης Ν & Δαρδελάκου Ν (1987). Άγχος και κατάθλιψη σε μια ομάδα μαθητών του Λυκείου. *Εγκέφαλος*, vol. 24, p. 16-20.
4. Αναγνωστοπούλου, Τ. Ερωτηματολόγιο άγχους του Spielberger. Σε Σταλίκας, Α. Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2002). Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
5. Βαξεβάνογλου Α (2001). Έλληνες Τσιγγάνοι περιθωριακοί και οικογενειάρχες. Εκδόσεις: Αλεξάνδρεια, Αθήνα.
6. Γκούβα Μ, Κοτρώτσιου Ε (2011). "Ψυχολογικά Ζητήματα σε Ιστορίες Φροντίδας". Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός.
7. Γναρδέλλης Χ (2006). Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.
8. Δαιμονάκου Σ (2002). Η ψυχοκοινωνική ταυτότητα των Οικογενειών των Τσιγγάνων μέσα από τη βιβλιογραφική προσέγγιση, Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο.
9. Δαφέρμος Βασίλης (2002). Επαναληπτικές Στατιστικές Μετρήσεις στις Κοινωνικές Επιστήμες. Εκδόσεις Leader Books, Αθήνα, σελίδες 227.
10. Θ Βορβολάκος (2006). Διδακτορική Διατριβή Ψυχολογικοί παράγοντες και ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις των Τσιγγάνων της Θράκης.
11. Θ Βορβολάκος, Μ Σαμακουρή, Μ Λειβαδίτης, Κ Μπίκος, Ν Τζαβάρας. (2002). Συγκριτική μελέτη της ψυχοπαθολογίας των τσιγγάνων και γηγενών χριστιανών της Θράκης. Ψυχιατρικός Τομέας, Γ.Π. Αλεξανδρούπολης 17ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής Χαλκιδική 14-18 Μαΐου.
12. Θ Παραλίκας, Γ Τζαβέλας, Β Ραφτόπουλος, Ι Παπαθανασίου, Ε Λαχανά, Γ Κυπαρίση (2005). Διερεύνηση της συμπεριφοράς των Τσιγγάνων της Θεσσαλίας σε θέματα υγείας; *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*; 44(3), 364-371.

13. Ιωαννίδης Ι (2000). Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
14. Κατσουγιαννόπουλος ΒΧ (1990). Βασική Ιατρική Στατιστική. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.
15. Κόμης(1998). Τσιγγάνοι: ιστορία, δημογραφία, πολιτισμός, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998,
16. Κουλούρη Α, Ρούπα Ζ ( 2008). Η επιστημολογία της φροντίδας. Το βήμα του Ασκληπιού Τόμος 7ος, Τεύχος 4ο, 264-278
17. Λιάκος Α, Γιαννίτση Σ (1984). Αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. Εγκέφαλος 21, 71-76.
18. Μάτσα Α (1998).Διδακτορική Διατριβή «Ο τοξικομανής και η οικογένεια του:χαρακτηριστικά,σχέσεις και δυναμικά του συστήματος» Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων,Σχολή Ιατρικής.
19. Μπαμπινιώτης Γ (1998). "Λεξικό Νέας Ελληνικής Γλώσσας". Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας, ΕΠΕ.
20. Μώρος Μ (2009). Μαιευτική Φροντίδα σε Γυναίκες Ρομά. Ελευθώ;2, 31-34.
21. Νόβα-Καλτσούνη Χ. (2004). Η τσιγγάνικη οικογένεια στην ελληνική κοινωνία, Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.
22. Ντούσας Δ (1997). Ρομ και Φυλετικές Διακρίσεις. Gutenberg, Αθήνα.
23. Ντώνιας Σ, Καραστεργίου Α & Μάνος Ν (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. Ψυχιατρική, vol. 2, p. 42-48.
24. Παπαϊωάννου Τ, Φερεντίνος Κ (2000). Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών. Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", σελ., 275.
25. Παραλίκας Θ, Βάλαρη Χ (2005). Τσιγγάνοι: Πολιτισμός και υγεία. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ; 44 (1):78-83.
26. Παυλή-Κορρέ Μ, Σπανούλη Ρ, Καλούδη Κ (1991). Τσιγγάνες, Μύθοι, Έθιμα, Παραδόσεις, Εκδόσεις Ολκός.
27. Ραφτόπουλος Β, (2002). Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχομένης φροντίδας. Διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Τμήμα Νοσηλευτικής.
28. Σ Κοτρώτσιου, Θ Παραλίκας, Ι Παπαθανασίου, Ε Λαχανά, Γ Κυπαρίση, Α Ριζούλης (2008). «Η έννοια της φροντίδας» Το Βήμα του Ασκληπιού Τόμος 7ος, Τεύχος 1ο Ιανουάριος – Μάρτιος.
29. Τούντας Ι (2000). Κοινωνία και Υγεία, Εκδόσεις : ΟΔΥΣΣΕΑΣ/ΝΕΑ ΥΓΕΙΑ, Αθήνα.
30. Φακιολά Μ (2010). Κοινωνικές σχέσεις και ταυτότητες στην κοινότητα Ρομά της Αγίας Βαρβάρας. Διδακτορική διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.
31. Fraser Angus (1998). Η πολιτική των διαφόρων κυβερνήσεων σελ. 277-295. Οι Τσιγγάνοι. Εκδόσεις Οδυσσεάς. Αθήνα 1998.
32. Χατζησαββίδης Σ (2007). Επιμορφωτικός οδηγός. : Ετερότητα στη Σχολική Τάξη και Διδασκαλία της Ελληνικής Γλώσσας και των Μαθηματικών: η περίπτωση των Τσιγγανοπαίδων. Κεφάλαιο 3. Οι Ρομ στην ιστορία της ανθρωπότητας και στην

- Ελλάδα. Στο Υπουργείο Εθνικής Παιδείας Και Θρησκευμάτων. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Πρόγραμμα: «Ένταξη τσιγγανόπαιδων στο σχολείο».
33. Χρυσόχου Ξένια (2009). Πολυπολιτισμική Πραγματικότητα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

### **ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΙΝΤΕΡΝΕΤ**

34. European Roma Rights Centre (2006). Ambulance not on the way: the disgrace of health care for Roma in Europe. Budapest, European Roma Rights Centre
35. Romani Customs and Traditions: Death Rituals and Customs The Patrín Web Journal (2000).
36. Romani Customs and Traditions: Important Notes The Patrín Web Journal (13/03/2000).
37. Romani Customs and Traditions: Roma Beliefs The Patrín Web Journal (13/03/2000).

### **ΆΛΛΕΣ ΠΗΓΕΣ**

38. Επιχειρήσεις καθαριότητας: Ο αποκλεισμός των Roma στην Ελλάδα- Κοινή έκθεση για την Ελλάδα του ευρωπαϊκού κέντρου για τα δικαιώματα των Roma και του ελληνικού παρατηρητηρίου των συμφωνιών του Ελσίνκι, 2004.