

**ΓΙΩΡΓΟΣ ΝΙΚ. ΓΑΛΑΝΗΣ**

**ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΟΔΟΤΩΝ  
ΤΗΣ ΕΠΑΡΧΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ  
ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΣΕ ΘΕΣΕΙΣ  
ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ  
(ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ)**



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ</b>	<b>71</b>
<b>B. Η ΕΡΕΥΝΑ</b>	
1. Εισαγωγή	79
2. Στόχος και βασικά ερωτήματα της έρευνας	80
3. Στοιχεία, υλικό και μέθοδος της έρευνας	80
3.1. Ο σχεδιασμός της έρευνας	80
3.2. Η δειγματοληψία	81
3.3. Τα όργανα ελέγχου	81
<b>Γ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</b>	
1. Κατανομές συχνοτήτων πρωτογενών στοιχείων	84
2. Παράγοντες της κλίμακας OMI	89
3. Συγκρίσεις παραγόντων δείγματος έρευνας Μαδιανού και δείγματος έρευνας εργοδοτών	89
4. Αναλύσεις διασποράς (ANOVA), και (ONE - WAY) αναλύσεις T-TEST	90
4.1. Συγκρίσεις των παραγόντων της κλίμακας OMI με τις μεταβλητές	91
4.2. Ανάλυση διασποράς των παραγόντων	93
4.3. Συγκρίσεις των παραγόντων με το στατιστικό κριτήριο t-test groups	95
4.4. Σύγκριση του παράγοντα FC (Κοινωνική Φροντίδα) με τις ομάδες ηλικιών (ONEWAY ANALYSIS)	97
4.5. Συγκρίσεις των παραγόντων με άλλες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου	98
4.6. Συγκρίσεις με Χ-τετράγωνο	99
4.7. Στατιστικά στοιχεία των παραγόντων της κλίμακας OMI ως προς τις μεταβλητές: φύλο,	

ηλικία, τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο 100

**Δ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΚΥΡΙΟΤΕΡΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ**

**Ε. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ** 105

**ΣΤ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ** 111

1. Κατάλογος Πινάκων 113

2. Ερωτηματολόγιο: στάσεις εργοδοτών 115

3. Η γνώμη για την ψυχική αρρώστια  
(κλίμακα ΟΜΙ) 121

## **A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Συχνά υποστηρίζεται, ότι η ιδέα και το μοντέλο αποκατάστασης ασθενών και αναπήρων αναπτύχθηκε κυρίως στα χρόνια του Δεύτερου Παγκοσμίου Πολέμου στην Αγγλία και τις Η.Π.Α.. Υπάρχουν όμως ενδείξεις ότι πολύ νωρίτερα υπήρχαν τέτοια προγράμματα και σχετικές δημοσιεύσεις (HAVENS, L.U. GUBELLI, G. 1967, KRUSEN, F. 1969).

Αναμφίβολα, στον τομέα της Ψυχικής Υγείας και κοινωνικής ασφάλισης έχουν γίνει πολλά θετικά βήματα (Γαλλία, Γερμανία, Σουηδία, Ελβετία, Ολλανδία) τα οποία σήμερα μπορούν να ενταχθούν στο μοντέλο της αποκατάστασης.

Η έννοια όμως η οποία καθόρισε την κατεύθυνση των αποκτηθέντων γνώσεων στον τομέα αυτό και τη συστηματικοποίησή του, έχει την αφετηρία της στις αγγλοσαξωνικές χώρες. Είναι η έννοια αποκατάσταση (rehabilitation). Στη Γαλλία και τις γαλλόφωνες χώρες χρησιμοποιείται συνήθως ο όρος "readaptation", παρ' ότι το περιεχόμενό του διαφέρει από αυτό του όρου "rehabilitation".

Η ακριβής απόδοση του όρου rehabilitation είναι αποκατάσταση (των δικαιωμάτων και ικανοτήτων) και του όρου readaptation η αποκατάσταση των ικανοτήτων προσαρμογής, και τις περισσότερες φορές εννοείται η αποκατάσταση ικανοτήτων προσαρμογής σ' ένα διαφοροποιημένο επίπεδο μετά την ασθένεια. Σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, Σουηδία, Δανία, τα τελευταία χρόνια μιλάει κανείς για την "αρχή της ομαλοποίησης" ("principe of normalization", "Normalisierungsprinzip"). Χωρίς να θέλω να επεκταθώ στα προτερήματα ή μειονεκτήματα των διαφόρων όρων, ο όρος που τελικά επικράτησε σε διεθνές επίπεδο είναι ο όρος "rehabilitation", ο οποίος προτάθηκε και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO - 1958, 1969).

Υπάρχουν πολλοί ορισμοί της έννοιας "rehabilitation" (αποκατάσταση). Εδώ θα ήθελα να παραθέσω μόνο μερικούς. Σύμφωνα με τους ορισμούς αυτούς αποκατάσταση σημαίνει:

- Ενωμάτωση του ατόμου στην κοινωνία κατά την οποία θα φτάσει την πιο αποτελεσματική και αναγκαία προσαρμογή. (WIJSENBECK, H., LINDER, B., 1962).

- Ειδικό πεδίο της ιατρικής και κοινωνικής ενασχόλησης. (BERNER, P.U., BRUNK, H., 1965).

- Αποκατάσταση του ασθενούς ως ανθρώπου (προσωπικότητα) και ως μέλους μιας κοινωνίας, (GASTAGER 1965)

- Εξέλιξη ή καλύτερευση των ικανοτήτων του ασθενούς οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την πετυχημένη κοινωνική και εργασιακή ενασχόλησή του εκτός του Νοκομείου.

(FIDLER, G., J., 1961).

Από τους προαναφερθέντες ορισμούς γίνεται σαφής η δυσκολία ορισμού της έννοιας αποκατάσταση και τούτο διότι:

α) διαφέρει ανάλογα με τους περιβαλλοντολογικούς και οικολογικούς χώρους στους οποίους επιδιώκεται ή πραγματοποιείται. (ασυλο, κοινότητα κλπ.).

β) εξαρτάται από το βαθμό έλλειψης ικανοτήτων των ατόμων (επαγγελματικές ή κοινωνικές δεξιότητες) ή έλλειψης του κοινωνικού δικτύου υποστήριξης.

γ) αποτελεί πλέγμα εξελεκτικών διαδικασιών που αλληλοσυνδέονται και αλληλοεξαρτώνται μεταξύ τους.

(WING και MORRIS 1981, WATTS και BENNETT 1983).

Η άποψη που συνήθως υποστηρίζεται ότι η αποκατάσταση συνίσταται από την πρόληψη, τη θεραπεία και την προσαρμογή μετά την ασθένεια, μόνο κατά ένα μέρος είναι σωστή, γιατί αποκατάσταση σημαίνει κάτι παραπάνω από πρόληψη, θεραπεία και επαναφορά των εργασιακών ικανοτήτων και προ πάντων σημαίνει έναν νέο τρόπο προσέγγισης των ασθενών. (KABANOV, M.M. 1976).

Σήμερα, σύμφωνα με τις προτάσεις του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας, ξεχωρίζει κανείς τουλάχιστον τρία είδη αποκατάστασης, την *ιατρική*, την *επαγγελματική* και την *κοινωνική* αποκατάσταση. Σε μερικές ευρωπαϊκές χώρες και τις Η.Π.Α. η αποκατάσταση θεωρείται ως μια βασική προφύλαξη ("tertiaere prorhylaxe", FREEDMAN, A., 1967, QUERIDO, A., 1966, CAPLAN, C.U. 1967) η οποία αποσκοπεί στο να εμποδίσει την αναπηρία ή να μειώσει τις επιπτώσεις της.

Η τριχοτόμηση της αποκατάστασης έχει κυρίως θεωρητικό χαρακτήρα και βοηθά στη συστηματικοποίηση μιας πολύπλοκης κατάστασης. Στην πράξη η σημερινή θεραπεία μπορεί να συμβάλλει

στην πρόληψη των πιθανών αυριανών δυσκολιών. (QUERIDO, A., 1966).

Δεν είναι τυχαίο ούτε μας εκπλήσσει το γεγονός ότι οι περισσότεροι από τους προαναφερθέντες ορισμούς για την αποκατάσταση συμπεριλαμβάνουν και τον κοινωνικό παράγοντα γιατί η αποκατάσταση ατόμων με ψυχικές διαταραχές διαφέρει και παρουσιάζει ιδιαιτερότητες σε σχέση με την αποκατάσταση ατόμων με σωματικές ασθένειες. Η ιδιαιτερότητα έγκειται κυρίως στο γεγονός ότι οι ψυχικές ασθένειες επηρεάζουν πολύ αρνητικά τις κοινωνικές σχέσεις. Η αφετηρία του μοντέλου της αποκατάστασης στηρίζεται στην ιδέα του μη περιορισμού "non restraint" (Nichtbeschraenkung) των ψυχικά ασθενών, που συμπεριλαμβάνεται και στις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO 1978), και στη διδασκαλία της εργασιοθεραπείας ή εργοθεραπείας όπως ονομάζεται και της κοινωνικής θεραπείας (Arbeits-und Sozialtherapie). Αυτές οι δύο ιδέες είναι στενά συνδεδεμένες μεταξύ τους και τις συναντά κανείς σε όλη την ιστορία της Ψυχιατρικής και αντικατοπτρίζουν της σχέση της κοινωνίας στα διάφορα στάδια της εξέλιξης της προς τους ψυχικά ασθενείς. (KABANOV, M.M. 1976). Η ιδέα της εργοθεραπείας χρησιμοποιήθηκε πολύ νωρίς στην ψυχιατρική, όπως ήδη αναφέραμε, ως εκπαιδευτική δραστηριότητα για την καταπολέμηση της παθητικότητας των ασθενών μέσα στο ψυχιατρικό ίδρυμα (SIMON, H., 1927). Το σύστημα αυτό του SIMON που γρήγορα έγινε γνωστό σε πολλές χώρες στηριζόταν στην άποψη ότι η προσαρμογή των ατόμων στο περιβάλλον είναι μια αρχή της ζωής. Η προσαρμογή απαιτεί από κάθε άτομο τη διαρκή προσαρμογή όλων των ικανοτήτων και δυνατοτήτων. Γι αυτό ακριβώς, η προσαρμογή στο περιβάλλον θα οδηγούσε στην απελευθέρωση όλων των δυνάμεων και ικανοτήτων της προσωπικότητας. Έτσι και οι ψυχικά ασθενείς μπορούν να επιδιώκουν την προσαρμογή τους στο περιβάλλον. (SIMON, H., 1927).

Οι απόψεις αυτές ελάχιστα διαφέρουν από τις σημερινές για την επαγγελματική εκπαίδευση και αποκατάσταση. (ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ/ΣΤΟΓΙΑΝΙΔΟΥ 1988). Η ουσιαστικότερη ίσως διαφορά μεταξύ ιδρυματοποιημένης εργοθεραπείας και επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης σε ειδικές μονάδες, έγκειται στο γεγονός ότι στο ψυχιατρικό άσυλο ο χώρος επαγγελματικής εκπαίδευσης, εργασίας και διαβίωσης είναι ο ίδιος (GOFFMAN, E., 1972), πράγμα που δυσχεραίνει κατά πολύ την ανάπτυξη της προσωπικότητας



των ψυχικά ασθενών και τους αποκόβει από το φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον και τους στερεί τη δυνατότητα οργάνωσης και αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου τους και κυρίως αντίκειται στην βασική αρχή της αυτοοργάνωσης και αυτοδιαχείρισης των ασθενών, που θα πρέπει να είναι ο τελικός στόχος της αποκατάστασης (DORNER, K., PLOG, U., 1978).

Ο θεσμός της επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης στην Ελλάδα είναι πολύ πρόσφατος και δίνει κατά την άποψή μου το στίγμα της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Άλλωστε ο νέος ψυχιατρικός όρος "Λεροποίηση" είναι διεθνώς γνωστός. (ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ 1987).

Σύμφωνα με τον BENNETT (1977) δε νοείται κοινωνική επανένταξη χωρίς επαγγελματική αποκατάσταση. Είναι γνωστές οι επιπτώσεις της αποκοπής του ατόμου από την παραγωγική διαδικασία τόσο στο ατομικό όσο και στο ψυχοκοινωνικό επίπεδο (ΓΑΛΑΝΗΣ 1987). Αλλά μόνο η επαγγελματική αποκατάσταση δε σημαίνει απαραίτητα και κοινωνική αποκατάσταση. (βλ. ΜΠΑΪΡΑΚΤΑΡΗΣ 1987). Επίσης από σχετικές έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι η ποιότητα των εργασιακών συνθηκών επηρεάζει θετικά ή αρνητικά την εμφάνιση και ένταση των ψυχικών διαταραχών (REBELL, CHR., 1976).

Η ψυχιατρική αποκατάσταση σήμερα, στοχεύει - παρ' όλα τα υπάρχοντα προβλήματα απασχόλησης - κυρίως στην επαγγελματική αποκατάσταση με την επανένταξη στην εργασιακή διαδικασία. Αυτό, ίσως κατά ένα μεγάλο μέρος να απορρέει και από την παράδοση (προηγούμενο) που υπάρχει στην ψυχιατρική αλλά και από το γεγονός ότι η εργασία έχει, ιδιαίτερα για ψυχικά ασθενείς, την θεραπευτική της αξία (WATTS 1983, SHEPHERD 1984).

Σύμφωνα με τον JOHADA (1983) η εργασία βοηθάει τον άνθρωπο στην επέκταση του κοινωνικού του περιγύρου, καθορίζει την κοινωνική του θέση και ταυτότητα και τον αναγκάζει να δραστηριοποιηθεί και συμβάλλει στη δομή και οργάνωση του χρόνου (βλ. επίσης ΓΑΛΑΝΗΣ 1987, 1989).

Οι απόψεις όμως σχετικά μ' αυτή τη θέση δίστανται. Υπάρχει και η άποψη που υποστηρίζει ότι το εργασιακό περιβάλλον όλο και περισσότερο γίνεται ανήσυχο, απογοητευτικό και απάνθρωπο έτσι ώστε η εργασία να επιδρά αρνητικά (βλαπτικά) στην ψυχική υγεία των εργαζομένων (SCHMIDT-TRAUB 1985, BUNGARD 1986).

Επίσης ενδιαφέρον σχετικά μ' αυτό παρουσιάζει και η διαπίστωση ότι η ικανοποίηση από την εργασία φαίνεται να είναι το ίδιο



καλή, τόσο σε ασθενείς όσο και σε υγιείς. (IPSEN 1978, BLUMENTHAL 1985).

Από έρευνες και μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι:

- Σημαντικοί παράγοντες για την αποκατάσταση είναι το είδος της πάθησης, η ηλικία, η εκπαίδευση και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των εκπαιδευομένων ατόμων. (ΣΟΥΓΙΟΥΛΤΖΟΓΛΟΥ, Μ., 1988).

- Το γεγονός ότι ψυχωσικοί, που νοσηλεύονται σε ψυχιατρεία, συμμετέχουν σε προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης, αποδεικνύει ότι είναι δυνατή η αντιμετώπιση σοβαρών περιστατικών εκτός ψυχιατρείου σε ειδικές εκπαιδευτικές και θεραπευτικές μονάδες αποκατάστασης. (ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ Γ./ΝΙΚΟΛΑΟΥ Π./ΤΥΧΟΠΟΥΛΟΣ Γ./ΖΟΥΝΗ, Μ., 1988).

- Είναι δυνατή η επαγγελματική αποκατάσταση ατόμων με ψυχικές διαταραχές πρώτον: όταν τα προγράμματα αυτά ανταποκρίνονται στις δυνατότητες και ικανότητες των εκπαιδευομένων, δεύτερον: όταν ανταποκρίνονται στη ζήτηση της ελεύθερης αγοράς εργασίας και τρίτον: όταν γίνει παράλληλη κινητοποίηση του ίδιου του εκπαιδευομένου, της οικογένειας, της κοινωνικής υπηρεσίας και των άλλων φορέων της κοινότητας. (ΑΥΓΕΡΙΔΗΣ, Κ., 1988).

- Οι μονάδες επαγγελματικής και κοινωνικής αποκατάστασης είναι βασικής σημασίας για την αποϊδρυματοποίηση των ψυχικά ασθενών αφού έχει διαπιστωθεί ότι η εύρεση εργασίας είναι ο σημαντικότερος παράγοντας για την έξοδο από το ψυχιατρικό ίδρυμα, απ' ότι η ύπαρξη ψυχιατρικών συμπτωμάτων με την προϋπόθεση όμως, ότι οι μονάδες αυτές είναι ενταγμένες στα πλαίσια ενός αρθρωμένου συστήματος ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών της Κοινότητας. (ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, Γ./ ΛΑΛΑΣ, Κ. / ΑΥΓΕΡΙΔΗΣ, Κ./ ΣΑΚΕΛΛΑΡΗΣ, Δ./ ΔΕΓΛΕΡΗΣ, Ν./ ΤΣΙΑΡΑΣ, Γ., 1988).

- Βασικός παράγοντας για την επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση ατόμων με ψυχικές διαταραχές αποτελεί και η γνώμη, στάση και συμπεριφορά της κοινής γνώμης απέναντι στα άτομα αυτά (ΜΑΛΙΩΡΗ, Μ., 1987).

- Ιδιαίτερη βαρύτητα αποκτά εδώ η στάση των εργοδοτών αφού αυτοί είναι εκείνοι που θα προσλάβουν ή όχι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. (ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, Γ./ΣΤΟΓΙΑΝΙΔΟΥ, Α., 1988).

- Για την επιτυχία τέτοιων προγραμμάτων απαιτείται ένας ολοκληρωμένος κεντρικός σχεδιασμός, στα πλαίσια μιας γενικότερης πολιτικής υπηρεσιών υγείας και επαγγελματικής και

κοινωνικής αποκατάστασης, τόσο σε επίπεδο εθνικό (ΚΥΡΙΑΚΑΚΗΣ, Β. 1987, 1988), όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο (ΓΕΡΟΥΚΑΛΗΣ, Δ., 1988) συνδέοντάς την και με τις οικονομικές παραγωγικές μονάδες (ΠΑΠΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ, Θ., 1988).

Από τη συμμετοχή και συνέχιση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων Κοινωνικής Αποκατάστασης ατόμων με ψυχολογικές - ψυχιατρικές διαταραχές εξάγονται γενικά τα ακόλουθα συμπεράσματα:

1) Άτομα με ψυχικές διαταραχές έχουν τη δυνατότητα εκπαίδευσης μέσω κατάλληλων και ευελικτών προγραμμάτων που να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα.

2) Ότι η παραμονή τους σε ψυχιατρεία δεν οφείλεται κυρίως στη βαρύτητα της ψυχοπαθολογικής εικόνας που εμφανίζουν αλλά στην έλλειψη εναλλακτικής πρότασης.

3) Οι μονάδες εκπαίδευσης ατόμων με ψυχικές διαταραχές αποτελούν μια ουσιαστική εναλλακτική παράμετρο στις προσπάθειες της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας.

4) Επειδή οι εμπειρίες μας στην Ελλάδα είναι πολύ πρόσφατες και όταν αναφερόμαστε στο θέμα της αποκατάστασης ανατρέχουμε σε εμπειρίες ξένων χωρών, θα πρέπει να ενταθούν οι προσπάθειές μας, να υπάρξει αλληλοπληροφόρηση και ανταλλαγή απόψεων της κοινής γνώμης των "ειδικών", δηλαδή αυτών που ασχολούνται με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, να αξιολογηθούν και να αξιοποιηθούν επιστημονικά και πρακτικά οι υπάρχουσες εμπειρίες και να χαραχθούν τακτικές και στρατηγικές τέτοιες που να επιτρέψουν την κοινωνική ενσωμάτωση και αποκατάσταση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινωνία μας.

5) Τέλος, για την επίτευξη των τελικών στόχων της αποκατάστασης των εκπαιδευομένων, σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να λειτουργήσουν τα εκπαιδευτικά αυτά προγράμματα ως άλλοθι για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας και υπέρ της νομιμοποίησης και μόνο των Υπηρεσιών Υγείας.

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει ένας σχετικά μεγάλος αριθμός δημοσιεύσεων σχετικά με την προβληματική απασχόλησης ατόμων με ειδικές ανάγκες σε θέσεις εργασίας. Οι GREENWOOD et al. (1987) για παράδειγμα συνοψίζουν 90 εργασίες οι οποίες ως αντικείμενο έρευνας έχουν τις στάσεις και αντιλήψεις των εργοδοτών σχετικά με "άτομα με ειδικές ανάγκες". Οι περισσότερες όμως

απ' αυτές τις έρευνες σχετίζονται κυρίως με σωματικές και πνευματικές καθυστερήσεις, ενώ ελάχιστες είναι εκείνες οι έρευνες που ασχολούνται με άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Συνήθως από την πλευρά των εργοδοτών εκφράζονται μεγάλες επιφυλάξεις σχετικά με την πρόσληψη "ατόμων με ειδικές ανάγκες". Ο FUQUA (1984) για παράδειγμα διαπίστωσε ότι οι εργοδότες προτιμούν άτομα με "σωματικές ειδικές ανάγκες" σε σχέση με ασθενείς ψυχιατρικών κλινικών.

Από την άλλη, ο BENNETT (1983) επισημαίνει ότι οι προσπάθειες για την επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών ήταν εκείνες που συνέβαλαν σημαντικά στη βελτίωση της εικόνας των ψυχικά ασθενών στην κοινωνία και πιστεύει ότι οι μικρές επιχειρήσεις προσλαμβάνουν ψυχικά ασθενείς γνωρίζοντας το γεγονός, ότι οι ασθενείς αυτοί νοσηλεύθηκαν προηγουμένα σε ψυχιατρική κλινική, ενώ αντίθετα οι μεγάλες επιχειρήσεις προσλαμβάνουν άτομα με ψυχικές διαταραχές χωρίς να γνωρίζουν την προηγούμενη νοσηλεία τους σε ψυχιατρική κλινική.

Επίσης ο FLORIAN (1981) διαπιστώνει ότι τα "άτομα με ειδικές ανάγκες" έχουν περισσότερες δυνατότητες να εργασθούν σε παραγωγικές μονάδες παρά σε τομείς παροχής υπηρεσιών και ότι η πλειοψηφία των εργοδοτών που δεν προσλαμβάνει "άτομα με ειδικές ανάγκες" - επειδή όπως ισχυρίζονται ότι δεν υπάρχει η κατάλληλη κατασκευαστική υποδομή - αρνούνται κάθε εξωτερική βοήθεια ώστε να ξεπεραστεί αυτό το εμπόδιο. Ενώ ένας μεγάλος αριθμός ερευνητών υποστηρίζει ότι για την επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές απαιτείται μια καλή προετοιμασία (εκπαίδευση) αυτών των ατόμων, μια πλήρης (διεξοδική) πληροφόρηση των εργοδοτών καθώς και μια στενή συνεργασία μεταξύ του εποπτικού προσωπικού που εκπαιδεύει τα άτομα αυτά και των εργοδοτών (TREFF 1979, HERPICH 1983), άλλοι ερευνητές όπως π.χ. ο PHILIPS (1982) ή ο HOWARD (1975) ισχυρίζονται ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δε διαφέρουν από τα ψυχικά υγιή σε ότι αφορά την παραγωγική (αποδοτική) τους ικανότητα (επίδοση).

Οι HUBSCHMID και SCHAUB (1988) σε μια έρευνα σχετικά με τις εμπειρίες που απέκτησαν εργοδότες με την πρόσληψη και απασχόληση ψυχικά ασθενών και τη στάση των εργοδοτών σε ότι αφορά την κοινωνική συμπεριφορά αυτών των ατόμων και τις ικανότητες επίδοσής τους διεπίστωσαν μετά από συνεντεύξεις σε

23 εργοδότες ότι οι ερωτηθέντες εργοδότες είχαν μάλλον θετικές εμπειρίες, αφού το 74% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι θα υποδείκνυαν και σε άλλους εργοδότες να προσλάβουν άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Ακόμη μεταξύ άλλων διεπίστωσαν ότι:

- Τα ψυχικά διαταραγμένα άτομα θα πρέπει μάλλον να προσλαμβάνονται σε μικρές επιχειρήσεις και να εργάζονται σε χώρους ήσυχους και μικρούς οι οποίοι απαιτούν ελάχιστες διαμορφώσεις και προσαρμογές.

- Γενικά τα άτομα με ειδικές ανάγκες φαίνεται ότι χρειάζονται περισσότερη στοργή, προσοχή και εκτίμηση. Οι επιδόσεις τους είναι μειωμένες, και είναι λιγότερο σταθερά και έγκυρα απ' ότι ο μέσος όρος των εργατών.

- Θεωρείται αναγκαία η συνεργασία των συναδέλφων στο χώρο εργασίας με τα άτομα αυτά.

- Οι εργοδότες έδειξαν μεγάλο ενδιαφέρον για περισσότερη πληροφόρηση και συνεργασία.

- Οι εργοδότες θα επιθυμούσαν περισσότερη και στενότερη επαφή και συνεργασία με το εποπτικό προσωπικό των ατόμων αυτών και κυρίως με το γιάτρο.

- Οι ερωτηθέντες εργοδότες έχουν συνειδητοποιήσει τη σπουδαιότητα της επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών, αλλά επικρίνουν τις υπηρεσίες αποκατάστασης γιατί, όπως χαρακτηριστικά λένε, "καλομαθαίνουν" τους ψυχικά ασθενείς ενώ η πραγματικότητα στην ελεύθερη αγορά εργασίας είναι σκληρή.

Αναμφισβήτητα τα ευρήματα αυτής της έρευνας δεν μπορούν να γενικευθούν γιατί το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό, αυτό άλλωστε το τονίζουν και οι ίδιοι οι ερευνητές στην εργασία τους.



## **B. Η ΕΡΕΥΝΑ<sup>1</sup>**

### **1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας γίνονται αρκετές προσπάθειες για μια μεταρρύθμιση στο σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης και ψυχικής υγείας. Στα πλαίσια αυτά εντάσσονται μεταξύ άλλων και τα διάφορα προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης και κοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με ψυχικές διαταραχές, τα λεγόμενα "εργαστήρια" (βλ. π.χ. Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής 1988).

Η επιτυχία ή η αποτυχία των όποιων προσπαθειών για αλλαγές και μεταρρυθμίσεις στο σύστημα ψυχικής υγείας δεν εξαρτώνται αποκλειστικά και μόνο από τη σωστή θεώρηση και σύλληψη αλλά κατά κύριο λόγο από την ενεργό συμμετοχή του πληθυσμού ως αποτέλεσμα γνώμης, αντίληψης, στάσης και συμπεριφοράς της Κοινότητας.

Από πολλούς ειδικούς, επαγγελματίες της ψυχικής υγείας - όπως είδαμε παραπάνω - έχουν τονισθεί τα προβλήματα των πιθανών παθογενετικών διαστάσεων των συνθηκών εργασίας ή η δημιουργία επιπρόσθετων ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων σε άτομα ή ομάδες ατόμων που αποκλείονται από την παραγωγική διαδικασία.

Η εργασία θεωρείται ένας από τους βασικούς τομείς όπου οι κοινωνικές απόψεις για την ψυχική ασθένεια έχουν άμεση και πρακτική εφαρμογή.

Επειδή τελικός στόχος των διαφόρων εκπαιδευτικών προγραμμάτων με ψυχικά ασθενείς είναι η επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση των ατόμων αυτών η στάση των εργοδοτών απο-

---

<sup>1</sup> Η έρευνα αυτή δεν θα ήταν δυνατό να διεξαχθεί χωρίς την συμβολή της Δέσποινας Μακρή και Ευδοκίας Τσαμπά, Κοινωνικών Λειτουργών του Κ.Ψ.Υ. στην Πάτρα, της Κατερίνας Ζιάκα και του Αντώνη Θεολόγου Μαθηματικών-Στατιστικολόγων, της Σούλας Κόλυζα, Ανατολής Παυλίδου, Μάρθας Χριστοφορίδου και του Δημήτρη Τσουμάνη (όλοι σπουδαστές της Κοινωνικής Εργασίας στην Σ.Ε.Υ.Π., Τ.Ε.Ι Πάτρας) τους οποίους και ευχαριστώ βαθύτατα.

κτά ιδιαίτερη σημασία, γιατί αυτοί τελικά θα αποφασίσουν, αν θα προσλάβουν ή όχι έναν ψυχικά ασθενή στην επιχείρησή τους.

## 2. ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΒΑΣΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στόχος της έρευνας είναι να "σφυγμομετρήσει" την αγορά εργασίας σε ότι αφορά την πρόσληψη ατόμων με ψυχικές διαταραχές, τη γνώμη και συμπεριφορά, τις δυνατότητες απορρόφησης και γενικά τη στάση των εργοδοτών της συγκεκριμένης περιοχής έναντι των νέων ατόμων με ψυχικές διαταραχές που περάτωσαν ή πρόκειται να περατώσουν την παρακολούθηση των προγραμμάτων επαγγελματικής εκπαίδευσης και κοινωνικής αποκατάστασης.

Βασικά ερωτήματα της έρευνας μεταξύ άλλων είναι:

- 1) Ποια είναι η στάση των εργοδοτών έναντι της ψυχικής υγείας, γενικά;
- 2) Ποια είναι η στάση των εργοδοτών έναντι των ψυχικά ασθενών συγκεκριμένα;
- 3) Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τη στάση τους αυτή;
- 4) Είναι διατεθειμένοι να προσλάβουν στην επιχείρησή τους άτομα με ψυχικές διαταραχές; Γιατί;
- 5) Κάτω από ποιες προϋποθέσεις θα τους προσλάμβαναν;

## 3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ, ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 3.1. Σχεδιασμός της έρευνας<sup>1</sup>

Η έρευνα σχεδιάστηκε το 1988 και αποπερατώθηκε στο πρώτο εξάμηνο του 1989. Αρχικός στόχος ήταν η έρευνα να διεξαχθεί

---

<sup>1</sup> Την κεντρική ιδέα για το σχεδιασμό της έρευνας την είχε η ερευνητική ομάδα η οποία λειτουργούσε στα πλαίσια των δραστηριοτήτων του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής. Το πρωτόκολλο για την έρευνα και το ερωτηματολόγιο "στάσεις εργοδοτών" (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ) διαμορφώθηκε από την ερευνητική ομάδα. Την ευθύνη για την διεξαγωγή, ανάλυση και παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας την φέρνει εξ ολοκλήρου ο γράφων.



κατ' αρχήν στην ευρύτερη περιοχή της Πάτρας και αργότερα και να επεκταθεί και σε άλλες πόλεις όπως την Αθήνα, τον Πειραιά, το Αιγάλεω, την Θεσσαλονίκη και το Ηράκλειο Κρήτης, όπου υπάρχουν παραρτήματα του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και λειτουργούσαν προγράμματα επαγγελματικής και κοινωνικής αποκτάστασης ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Δυστυχώς για διάφορους τεχνικούς και άλλους λόγους η έρευνα περιορίστηκε μόνο στην προαναφερθείσα ευρύτερη περιοχή της Πάτρας.

### **3. 2. Η δειγματοληψία**

Κατ' αρχήν καταρτίστηκαν τρεις κατάλογοι με το είδος της επιχείρησης, τα τηλέφωνα και τις διευθύνσεις τους από την ευρύτερη περιοχή της Πάτρας.

Ο κατάλογος Α περιλαμβάνει ένα τυχαίο δείγμα του συνόλου των εργοδοτών.

Ο κατάλογος Β περιλαμβάνει το σύνολο των εργοδοτών που απασχολούν πάνω από 30 άτομα.

Ο κατάλογος Γ συμπεριλαμβάνει το σύνολο των εργοδοτών που έχουν δείξει ενδιαφέρον να προσλάβουν άτομα από τα "εργαστήρια" του Κ.Ψ.Υ (από προηγούμενες επαφές).

Ως εργοδότης στην έρευνά μας θεωρείται ο ιδιοκτήτης ή η ιδιοκτήτρια, ο διευθυντής ή η διευθύντρια και ο προϊστάμενος ή η προϊσταμένη της επιχείρησης. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτελείται από 55 άτομα, διότι πολλές επιχειρήσεις (44) που υπήρχαν στους τρεις προαναφερθέντες καταλόγους είτε είχαν μεταφερθεί με άγνωστη την διεύθυνσή τους, είτε άλλες έκλεισαν (διαλύθηκαν ή απεβίωσε ο ιδιοκτήτης) και 16 άτομα (επιχειρήσεις) αρνήθηκαν να λάβουν μέρος στην έρευνα.

### **3.3. Τα όργανα ελέγχου**

Ως όργανα ελέγχου προκρίθηκαν δύο είδη ερωτηματολογίων (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ): Το πρώτο ήταν η κλίμακα OMI: (Opinions about Mental Illness) που διαμορφώθηκε από τους COHEN και STUENING (1962) και τροποποιήθηκε από τους ΜΑΔΙΑΝΟ κ.α. (1984) και αποτελείται από 51 ερωτήσεις που προήλθαν από μια παραγοντική ανάλυση (factor analysis) περισσότερων ερωτήσεων που δόθηκαν σε ένα τυχαίο αντιπροσωπευτικό δείγμα 1574 ατόμων των δήμων

Καισαριανής και Βύρωνα.. (Στο αρχικό ερωτηματολόγιο υπάρχουν 56 ερωτήσεις, όμως οι 5 πρώτες έχουν παραληφθεί και δεν λαμβάνονται υπόψη).

Οι απαντήσεις είναι διαμορφωμένες σύμφωνα με τη κλίμακα Likert (6 επιλογές - απαντήσεις). Η κλίμακα ΟΜΙ περιέχει 5 παράγοντες. Αυτοί είναι:

**FA. Κοινωνική Διάκριση:** (17 ερωτήσεις). Ο παράγοντας αυτός καθορίζεται από τα χαρακτηριστικά που διακρίνουν έναν ψυχικά ασθενή, που περιγράφεται ως άτομο κατώτερο σε σύγκριση με ένα "φυσιολογικό". Περιλαμβάνει μια αυταρχική στάση προς τον ψυχικά ασθενή.

**FB. Κοινωνικός Περιορισμός:** (13 ερωτήσεις). Κεντρικός άξονας των ερωτήσεων που απαρτίζουν τον παράγοντα αυτόν είναι ότι η κοινωνία θα πρέπει να παίρνει προληπτικά μέτρα καταστολής της παθολογικής αυτής συμπεριφοράς. Περιλαμβάνει έννοιες όπως απόρριψη, καταναγκασμός και επιβολή κοινωνικών περιορισμών στους ψυχικά ασθενείς.

**FC. Κοινωνική Φροντίδα:** (8 ερωτήσεις). Οι ερωτήσεις αυτές εκφράζουν μια θετική γνώμη σε ότι αφορά την θεραπευτική προσέγγιση και προτείνουν βελτιώσεις στην ποιότητα παροχής και κοινωνική υποστήριξη.

**FD. Κοινωνική Ενσωμάτωση:** (8 ερωτήσεις). Οι ερωτήσεις αυτές χαρακτηρίζονται από την ανάγκη για την κοινοτική ενσωμάτωση του ψυχικού ασθενούς.

**FE. Αιτιολογία:** (5 ερωτήσεις). Ο παράγοντας αυτός εκφράζει απόψεις για την προέλευση της ψυχικής ασθένειας. Η πιο σημαντική είναι αυτή που εκφράζεται για την επίδραση της οικογένειας. Η συνολική βαθμολόγηση σε κάθε παράγοντα έγινε σύμφωνα με την ανάλυση του Μαδιανού. (βλ. επίσης ΜΑΔΙΑΝΟΣ κ.ά. 1984, ΜΑΔΙΑΝΟΣ et. al. 1987)<sup>1</sup>.

---

1 Η βαθμολόγηση των 5 κλιμάκων του ΟΜΙ στηρίχθηκε σε αντίστοιχο αριθμό μαθηματικών εξισώσεων από τις οποίες προκύπτουν οι εξής ανώτερες και κατώτερες θεωρητικές τιμές για τους 5 παράγοντες

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο που δόθηκε στους εργοδότες περιέχει διάφορα δημογραφικά στοιχεία των εργοδοτών και αφορά τη γνώμη και τη στάση τους σχετικά με την πρόσληψη ατόμων με ψυχικές διαταραχές και περιλαμβάνει συνολικά 19 ερωτήσεις. Και τα δύο ερωτηματολόγια είναι αυτοσυμπληρούμενα και συμπληρώθηκαν ενώπιον του συνεντευκτή. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα, συνεντευκτές, είχαν προηγουμένως ενημερωθεί σχετικά με την έρευνα και εκπαιδευτεί στη συνέντευξη.

Και τα δύο ερωτηματολόγια δόθηκαν για συμπλήρωση στα άτομα που ήταν καταχωρημένα στους καταλόγους Α, Β και Γ. Ορισμένα ονόματα ήταν κοινά και στους δύο από τους τρεις καταλόγους, η συμπλήρωση όμως των ερωτηματολογίων έγινε μία φορά. Γι' αυτό το λόγο, αλλά και για την εξασφάλιση της ανωνυμίας των ερωτούμενων, χωρίσαμε τα ονόματα σε 6 κατηγορίες με 6 κωδικούς αριθμούς:

- Ο κωδικός αριθμός 1 αναφέρεται σε όσους ανήκουν μόνο στον κατάλογο Α.
- Ο κωδικός αριθμός 2 αναφέρεται σε όσους ανήκουν μόνο στον κατάλογο Β.
- Ο κωδικός αριθμός 3 αναφέρεται σε όσους ανήκουν μόνο στον κατάλογο Γ.
- Ο κωδικός αριθμός 4 αναφέρεται σε όσους ανήκουν στους καταλόγους Α και Β.
- Ο κωδικός αριθμός 5 αναφέρεται σε όσους ανήκουν στους καταλόγους Α και Γ.
- Ο κωδικός αριθμός 6 αναφέρεται σε όσους ανήκουν στους καταλόγους Β και Γ.

---

	Max	Min.
FA	66	-14
FB	61	- 4
FC	30	-10
FD	33	- 7
FE	26	- 4

Υψηλή τιμή σ' έναν παράγοντα εκφράζει θετική στάση προς την ψυχολογική διάσταση που αντιπροσωπεύει ο παράγων αυτός (βλ. επίσης: ΝΕΣΤΟΡΟΣ, Ι. Ν. / ΧΑΝΤΖΗ, Α./ΣΤΥΛΙΑΝΟΥ, Μ./ ΒΑΛΛΙΑΝΑΤΟΥ, Δ. Γ./ΚΑΝΕΛΛΑΚΗΣ, Π. Χ.Χ. (1992) σελ. 198).

Ένας απ' αυτούς τους κωδικούς μπήκε σε κάθε ερωτηματολόγιο ανάλογα με την περίπτωση. Όταν ο ερωτώμενος συμπλήρωσε και τα δύο ερωτηματολόγια τα έβαζε μέσα σε ένα φάκελλο και το φάκελλο σε μία κάλπη. Τους τονίζοταν ότι το νούμερο του ερωτηματολογίου αναφέρεται σε ομάδα ατόμων και όχι σε κάθε άτομο ξεχωριστά.

## Γ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Αμέσως παρακάτω επιχειρείται μια παρουσίαση και ανάλυση των κυριωτέρων αποτελεσμάτων της έρευνας.

### 1. Κατανομές συχνότητων πρωτογενών στοιχείων. Φύλο (ερώτηση 1)

Από τους 55 ερωτηθέντες εργοδότες οι 47 (85,5%) ήταν άνδρες και οι 8 (14,5%) ήταν γυναίκες.

### Ηλικία (ερώτηση 2)

Η ηλικία των ερωτηθέντων εργοδοτών κυμαίνεται από 25 μέχρι 74 ετών. Ο επόμενος πίνακας μας πληροφορεί σχετικά με τους απόλυτους αριθμούς και τα ποσοστά των ομαδοποιημένων ηλικιών.

**Πίνακας 1: Η ηλικία των εργοδοτών**

ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ	ΑΠΟΛΥΤΟΙ ΑΡΙΘΜΟΙ	ΠΟΣΟΣΤΑ
μέχρι 39 ετών	14	25,5%
40 - 50 ετών	22	40,0%
άνω των 50 ετών	19	34,5%
ΣΥΝΟΛΟ	55	100,0%

### Τόπος γέννησης (ερώτηση 3)

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία η μεγάλη πλειοψηφία των εργοδοτών, ήτοι 34 άτομα (61,8%) έχει γεννηθεί σε αστικές περιοχές και κυρίως στην Πάτρα και μόνο 21 άτομα (38,2%) έχει γεννηθεί σε αγροτικές ή ημιαστικές περιοχές. Ο επόμενος πίνακας μας δίνει αναλυτικά στοιχεία.

**Πίνακας 2: Τόπος γέννησης.**

ΠΕΡΙΟΧΕΣ	ΑΠΟΛΥΤΟΙ ΑΡΙΘΜΟΙ	ΠΟΣΟΣΤΑ (%)
αγροτικές και ημιαστικές	21	38,2%
αστικές	2	3,6%
αστικές εκτός Αχαΐας	2	3,6%
Πάτρα	28	50,9%
περιοχή Αθηνών	2	3,6%
ΣΥΝΟΛΟ	55	100,0%

**Τόπος που έζησαν τα περισσότερα χρόνια μέχρι και 13 ετών.  
(ερώτηση 4)**

Σύμφωνα με την ανάλυση των στοιχείων εδώ προκύπτει ότι μόνο 17 άτομα (30,9%) έζησαν σε αγροτικές, ημιαστικές και αστικές περιοχές της Αχαΐας εκτός Πάτρας. Πάνω από τα 2/3 ήτοι 38 άτομα (69,1%) έζησαν σε αστικές περιοχές εκτός Αχαΐας, στην πόλη της Πάτρας ή στην περιοχή της πρωτεύουσας. Συγκρίνοντας τα στοιχεία αυτά με τα στοιχεία του προηγούμενου πίνακα γίνεται εμφανές το φαινόμενο της εσωτερικής μετακίνησης του πληθυσμού προς τα αστικά κέντρα και κυρίως τα περιφερειακά, αφού στην πόλη της Πάτρας έζησαν 34 άτομα (61,8%).

**Τόπος κατοικίας (ερώτηση 5)**

Η τάση της αστυφιλίας ή της "εσωτερικής μετανάστευσης" επιβεβαιώνεται και με τα αποτελέσματα αυτής της ερώτησης όπου το 87,3% ήτοι 48 άτομα δηλώνουν ως τόπο κατοικίας αστικές περιοχές εκτός Αχαΐας και μόνο ένα 12,7% ήτοι 7 άτομα δηλώνουν ότι κατοικούν σε αγροτικές ή ημιαστικές περιοχές.

**Μορφωτικό επίπεδο (ερώτηση 6)**

Σύμφωνα με την ανάλυση των στοιχείων το 40%, ήτοι 22 άτομα τελείωσαν το Δημοτικό, το 41,8%, ήτοι 23 άτομα έχουν φοιτήσει σε Λύκειο ή τεχνική σχολή και το 18,2%, ήτοι 10 άτομα έχουν πανεπιστημιακή μόρφωση.



### **Επάγγελμα του πατέρα (ερώτηση 7)**

Από την ανάλυση των απαντήσεων αυτής της ερώτησης προκύπτει ότι 17 άτομα (30,9) δηλώνουν πως ο πατέρας τους ασχολείται με τη γεωργία-ζωοκομία, 10 άτομα (18,2%) δηλώνουν ότι είναι μικροεπιχειρηματίας με δικό του κατάστημα, 8 άτομα (14,5%) δηλώνουν ως επάγγελμα του πατέρα τεχνίτης - εργάτης (εκτός γεωργίας) και επίσης άλλα 8 άτομα (14,5%) δηλώνουν ανειδίκευτος εργάτης ή κατώτερος υπάλληλος.

### **Επάγγελμα της μητέρας (ερώτηση 8)**

Περίπου τα 3/4 των ερωτηθέντων, ήτοι 41 άτομα (74,5%) δηλώνουν ως επάγγελμα μητέρας τα οικιακά, 7 άτομα (12,7%) δηλώνουν ότι εργάζεται στην γεωργία-ζωοκομία και 4 άτομα (7,3%) δηλώνουν ανειδίκευτη εργάτρια ή κατώτερη υπάλληλος.

### **Είδος της επιχείρησης (ερώτηση 9)**

Από τις 55 επιχειρήσεις, οι 24 (43,6%) ασχολούνται στον τομέα του ενδύματος (βιοτεχνία, εμπόριο ενδυμάτων, κλωστοϋφαντουργία-ταπητουργία, κοπτική-ραπτική), 18 επιχειρήσεις (32,7%) ασχολούνται με ξυλουργικές εργασίες-έπιπλα-ταπεσαρίες και 10 επιχειρήσεις (18,2%) ασχολούνται στον τομέα παροχής υπηρεσιών (φορολογικό γραφείο, πρακτορείο τουρισμού, αντιπροσωπεία), την κεραμική και την ζωγραφική-διακόσμηση. Τρία άτομα (5,5%) δε δήλωσαν το είδος της επιχείρησης.

### **Θέση στην επιχείρηση (ερώτηση 10)**

48 άτομα (87,3%) δήλωσαν ότι είναι ιδιοκτήτες, 5 άτομα (9,1%) δήλωσαν ότι είναι προϊστάμενοι και 2 άτομα (3,6%) δήλωσαν ότι είναι διευθυντές στην επιχείρηση.

### **Το προσωπικό της επιχείρησης (ερώτηση 11)**

27 από τις 55 επιχειρήσεις ήτοι ποσοστό 49,1% απασχολεί μόνιμο προσωπικό, 5 επιχειρήσεις (9,1%) απασχολούν εποχιακό προσωπικό και επίσης άλλες 5 (9,1%) απασχολούν μόνιμο και



εποχιακό. 9 επιχειρήσεις (16,4%) φαίνεται ότι έχουν οικογενειακό χαρακτήρα. Οι ωρομίσθιοι και οι συμβασιούχοι αντιπροσωπεύονται με πολύ χαμηλά ποσοστά.

### **Εργασία του προσωπικού (ερώτηση 12).**

14 από τις 55 επιχειρήσεις (25,5%) απασχολούν ειδικευμένο προσωπικό στην ξυλουργική, 11 επιχειρήσεις (20,0%) απασχολούν προσωπικό ειδικευμένο στην κοπτική-ραπτική, 4 επιχειρήσεις (7,3%) ειδικευμένα άτομα στην υφαντουργία-ταπητουργία και 3 επιχειρήσεις (5,5%) απασχολούν άτομα για γραμματειακή υποστήριξη ή στον τομέα των πωλήσεων. Τα υπόλοιπα είδη εργασίας βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα. Για 12 επιχειρήσεις (21,8%) δυστυχώς το είδος της εργασίας του προσωπικού παραμένει αδιευκρίνιστο.

### **Αριθμός εργαζομένων (ερώτηση 13).**

Πάνω από τα 3/4 των επιχειρήσεων ήτοι 42 επιχειρήσεις (76,4%) απασχολούν από 1 έως 10 άτομα. 11 επιχειρήσεις (20,0%) απασχολούν πάνω από 21 άτομα, εκ των οποίων 4 (7,3%) απασχολούν 21-50 άτομα, 3 (5,5%) απασχολούν 101-200 άτομα, 2 (3,6%) από 51-100 άτομα και δύο άλλες επιχειρήσεις απασχολούν η μία από 201-500 άτομα και η άλλη από 501 και άνω.

### **Τρόπος μετακίνησης του προσωπικού (ερώτηση 14)**

Από τους 55 ερωτηθέντες οι 32 (58,2%) απαντούν ότι οι εργαζόμενοι χρησιμοποιούν δικό τους μεταφορικό μέσο, και μόνο 2 (3,6%) απαντούν ότι οι εργαζόμενοι χρησιμοποιούν μεταφορικό μέσο της επιχείρησης. Ίσως αυτό να οφείλεται και στο γεγονός ότι λίγες είναι εκείνες οι επιχειρήσεις που διαθέτουν ένα τέτοιο μέσο. Το προσωπικό των υπολοίπων επιχειρήσεων ή χρησιμοποιεί τις αστικές συγκοινωνίες ή βρίσκει άλλους τρόπους μεταφοράς ή ακόμα δε χρειάζεται να χρησιμοποιήσει μεταφορικό μέσο για τη μετάβαση στο χώρο εργασίας του.

### **Κατάλληλες θέσεις για απασχόληση ατόμων με ψυχικές διαταραχές (ερώτηση 15)**

Το 80% των ερωτηθέντων ήτοι 44 άτομα δηλώνουν ότι στην επιχείρησή τους δεν υπάρχουν κατάλληλες θέσεις για απασχόληση ατόμων με ψυχικές διαταραχές και μόνο ένα 20% δηλαδή 11 άτομα απαντούν καταφατικά στην ερώτηση.

### **Πρόσληψη ψυχικά ασθενούς (ερώτηση 16)**

Στο ερώτημα αν θα προσλάμβαναν στην επιχείρησή τους έναν ψυχικά ασθενή, 16 άτομα (29,1%) απαντούν κατηγορηματικά ότι ποτέ δεν θα προσλάμβαναν ένα τέτοιο άτομο, 8 άτομα, (14,5%) απαντούν απερίφραστα καταφατικά, ενώ η πλειοψηφία, 31 άτομα (56,4%) απαντούν "ναι υπό όρους" (βεβαίωση ικανότητας, δοκιμαστικά, οικονομικό όφελος).

### **Συγγενής ψυχικά ασθενής (ερώτηση 17).**

Τα 48 από τα 55 άτομα ήτοι ποσοστό 87,3%, δηλώνει ότι δεν έχει συγγενικό του πρόσωπο που να πάσχει από ψυχικές ασθένειες, μόνο 7 άτομα (12,7%) δηλώνουν ότι έχουν συγγενικό πρόσωπο με ψυχικές διαταραχές.

### **Γνωστός ψυχικά ασθενής (ερώτηση 18).**

38 από τα 55 άτομα (69,1%) απαντούν ότι δεν έχουν κανένα γνωστό που να έχει ψυχική ασθένεια, ενώ 16 άτομα (29,1%) δηλώνουν ότι έχουν κάποιον γνωστό που έχει ψυχικές διαταραχές. Ένα άτομο (1,8%) δεν απάντησε στην ερώτηση.

### **Πρόσληψη αποφοίτου των εργαστηρίων επαγγελματικής και κοινωνικής αποκατάστασης (ερώτηση 19).**

15 από τα 55 άτομα (27,3%) απαντούν απερίφραστα θετικά δηλαδή ότι θα τον προσελάμβαναν, 14 άτομα (25,5%) απαντούν απερίφραστα αρνητικά, δηλαδή ότι "ποτέ" δε θα τον προσελάμβαναν και 24 άτομα (43,6%) απαντούν ότι θα τον προσελάμβαναν με επιφύλαξη (με δοκιμή). Δύο άτομα (3,6%) δεν απάντησαν την ερώτηση. Συγκρί-

ώντας αυτές τις απαντήσεις με τις απαντήσεις της ερώτησης 16 (πρόσληψη γενικά ψυχικά ασθενή), παρατηρούμε ότι σ' αυτή εδώ την πιο συγκεκριμένη ερώτηση υπάρχει μια κάπως πιο θετική στάση, παρ' ότι οι απαντήσεις και των δύο ερωτήσεων χαρακτηρίζονται από την ίδια γενική τάση.

## 2. Παράγοντες της κλίμακας OMI

Όπως προανέφερα, η κλίμακα OMI, όπως τελικά διαμορφώθηκε από τον Μαδιανό και τους συνεργάτες του, περιέχει 5 παράγοντες (F). Χρησιμοποιώντας την ίδια βαθμολόγηση για κάθε παράγοντα που χρησιμοποίησε και ο Μαδιανός, βρήκαμε το μέσο όρο (mean) και την τυπική απόκλιση (standard deviation) ή διασπορά (variance) για τον κάθε παράγοντα F του δικού μας δείγματος. Ο επόμενος πίνακας μας πληροφορεί σχετικά.

**Πίνακας 3: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των παραγόντων της κλίμακας OMI**

Παράγοντες (F)	Μέσος όρος (Mean)	Τυπική από- κλιση (s.d.)	Πληθυσ- μός (N)
FA Κοινωνική Διάκριση	39,721	10,400	43
FB Κοινωνικός Περιορισμός	22,920	10,129	50
FC Κοινωνική Φροντίδα	25,943	3,785	53
FD Κοινωνική Ενσωμάτωση	17,942	6,150	52
FE Αιτιολογία	13,885	6,115	52

## 3. Συγκρίσεις παραγόντων δείγματος έρευνας Μαδιανού και δείγματος έρευνας εργοδοτών.

Τα αποτελέσματα των συγκρίσεων των μεταβλητών FA, FB, FC, FD, FE, με το κριτήριο t-test groups μεταξύ των ομάδων του δείγματος της έρευνας του Μαδιανού (βλ. ΜΑΔΙΑΝΟΣ κ.α. 1984, ΜΑΔΙΑΝΟΣ et. al. 1987) και του δικού μας δείγματος της "έρευνας εργοδοτών" παρουσιάζονται στον επόμενο πίνακα.

**Πίνακας 4: Συγκρίσεις των μεταβλητών FA, FB, FC, FE με το κριτήριο t-test groups (ΜΑΔΙΑΝΟΣ- ΕΡΓΟΔΟΤΕΣ)**

Mean: μέσος όρος, sd: τυπική απόκλιση, df: βαθμοί ελευθερίας, N: πλήθος

F ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		FA	FB	FC	FD	FE
ΜΑ-ΔΙΑ-ΝΟΣ	Mean	41,83	27,07	25,943	17,942	15,33
	sd	9,35	10,1	3,38	4,96	4,42
	N	1574	1574	1574	1574	1574
ΕΡΓΟ-ΔΟ-ΤΕΣ	Mean	39,72	22,92	24,62	16,17	14,885
	sd.	10,4	10,12	3,78	6,15	6,11
	N	43	50	53	52	52
	t	1,315	2,85	2,51	2,05	1,68
	P	στατιστ. ασήμαντη	στατ.σημ. P>0,01	στατ.σημ. P<0,05	στατ. σημ. P<0,05	στατιστ. ασήμαντη
	df	1615	1622	1625	1624	1624

#### 4. Αναλύσεις διασποράς (ANOVA), ONE-WAY και αναλύσεις T-TEST.

Ο Μαδιανός συσχέτισε τους παράγοντες FA, FB, FC, FD, FE με τη μέθοδο ανάλυση διασποράς, με τις ανεξάρτητες μεταβλητές φύλο, ηλικία, τόπο διαμονής μέχρι 15 ετών, εκπαίδευση και επάγγελμα και βρήκε ότι:

η FA επηρεάζεται από ηλικία, τόπο διαμονής, εκπαίδευση, επάγγελμα

η FB επηρεάζεται από ηλικία, εκπαίδευση, επάγγελμα

η FC δεν επηρεάζεται από καμία μεταβλητή

η FD δεν επηρεάζεται από καμία μεταβλητή.

η FE επηρεάζεται μόνο από το επάγγελμα.

Εμείς εφαρμόσαμε την ANOVA για τους εργοδότες και πήραμε ως ανεξάρτητες μεταβλητές το φύλο, την ηλικία, τον τόπο διαμονής και την εκπαίδευση, και βρήκαμε ότι:

η FA δεν επηρεάζεται από καμία μεταβλητή (ασυμφωνία με το Μαδιανό) η

FB δεν επηρεάζεται από καμία μεταβλητή (ασυμφωνία με Μαδιανό)

η FC δεν επηρεάζεται από καμία μεταβλητή (ασυμφωνία με Μαδιανό)

η FC επηρεάζεται από τον τόπο διαμονής (ασυμφωνία με Μαδιανό)

η FE δεν επηρεάζεται από καμία μεταβλητή (ασυμφωνία με Μαδιανό).

Εδώ πρέπει να επισημάνουμε ότι ο Μαδιανός μελέτησε δείγμα όλης της κοινωνικής διαστρωμάτωσης στους δύο αστικούς δήμους Καισαριανής και Βύρωνα, ενώ εμείς μόνο εργοδότες στην επαρχία.

Αξία θα είχε, εάν είχαμε τις αναλύσεις του Μαδιανού και ειδικότερα από τι αποτελείται αυτό το στρώμα, γιατί εμείς έχουμε πάρει παραγωγικές βιοτεχνίες ή βιομηχανίες.

#### 4.1. Συγκρίσεις των παραγόντων της κλίμακας OMI με τις μεταβλητές

Τα αποτελέσματα των συγκρίσεων των αναλύσεων διασποράς κατά παράγοντα μας δίνουν οι ακόλουθοι πέντε πίνακες. Ο επόμενος πίνακας μας πληροφορεί σχετικά για τον παράγοντα FA (Κοινωνική Διάκριση).

#### Πίνακας 5: Ανάλυση της μεταβλητότητας (φύλο, ηλικία, τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο) στον παράγοντα FA (Κοινωνική Διάκριση)

Πηγή	Άθροισμα Τετραγώνων των αποκλίσεων	Βαθμοί Ελευθερίας	Μ έ σ α Τετρά γωνα	F	P
Φύλο	23.978	1	23.978	.181	.821
Ηλικία	1.058	2	.529	.004	.996
Τόπος	25.240	1	25.240	.191	.665
Διαμονής Μορφωτικό Επίπεδο	212.775	2	106.388	.805	.457



Ο Πίνακας 6 μας πληροφορεί για τον παράγοντα FB (Κοινωνικός Περιορισμός).

**Πίνακας 6: Ανάλυση της μεταβλητότητας (φύλο, ηλικία, τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο) στον παράγοντα FB (Κοινωνικός Περιορισμός).**

Πηγή	Αθροισμα Τετραγώνων των αποκλίσεων	Βαθμοί Ελευθερίας	Μέσα Τετράγωνα	F	P
Φύλο	57.849	1	57.849	.485	.492
Ηλικία	259.440	2	129.720	1.088	.350
Τόπος	377.417	1	377.417	3.165	.086
Διαμονής					
Μορφωτικό Επίπεδο	59.316	2	29.658	.249	.781

Ο επόμενος πίνακας μας πληροφορεί σχετικά με τον παράγοντα FC (Κοινωνική Φροντίδα).

**Πίνακας 7: Ανάλυση της μεταβλητότητας (φύλο, ηλικία, τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο) στον παράγοντα FC (Κοινωνική Φροντίδα).**

Πηγή	Α θ ρ ο ι σ μ α Τετραγώνων των αποκλίσεων	Βαθμοί Ελευθερίας	Μέσα Τετράγωνα	F	P
Φύλο	4.725	1	4.725	.565	.192
Ηλικία	6.558	2	3.279	.392	.679
Τόπος	5.919	1	5.919	.708	.407
Διαμονής					
Μορφωτικό Επίπεδο	31.254	2	15.627	1.870	.172



Ο Πίνακας που ακολουθεί αναφέρεται στον παράγοντα FD (Κοινωνικό Ενσωμάτωση).

**Πίνακας 8: Ανάλυση της μεταβλητότητας (φύλο, ηλικία, τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο) στον παράγοντα FD (Κοινωνική Ενσωμάτωση).**

Πηγή	Α θ ρ ο ι σ μ α Τετραγώνων των αποκλίσεων	Βαθμοί Ελευθερίας	Μέσα Τετράγωνα	F	P
Φύλο	25.909	1	25.909	.792	.381
Ηλικία	174.297	2	87.148	2.664	.087
Τόπος Διαμονής	200.480	1	200.480	6.128	.019
Μορφωτικό Επίπεδο	67.163	2	33.581	1.026	.371

Ο Πίνακας 9 που ακολουθεί μας πληροφορεί σχετικά με τον 5ο παράγοντα FE (Αιτιολογία) της κλίμακας OMI

**Πίνακας 9: Ανάλυση της μεταβλητότητας (φύλο, ηλικία, τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο) στον παράγοντα FE (Αιτιολογία).**

Πηγή	Α θ ρ ο ι σ μ α Τετραγώνων των αποκλίσεων	Βαθμοί Ελευθερίας	Μέσα Τετράγωνα	F	P
Φύλο	14.152	1	14.152	.309	.582
Ηλικία	265.290	2	132.645	2.900	.071
Τόπος Διαμονής	2.148	1	2.148	.047	.830
Μορφωτικό Επίπεδο	25.366	2	12.683	.277	.760

#### 4.2. Ανάλυση διασποράς των παραγόντων

Θεωρώντας ως ανεξάρτητες μεταβλητές την ηλικία, τον τόπο διαμονής μέχρι 13 ετών, το μορφωτικό επίπεδο και ως εξαρτημένες

μεταβλητές τους πέντε παράγοντες, με το στατιστικό κριτήριο της Ανάλυσης Διασποράς βρήκαμε ότι:

1. Ο παράγοντας FA δεν επηρεάζεται από ηλικία, τόπο διαμονής και μόρφωση.
2. Ο παράγοντας FB δεν επηρεάζεται από ηλικία, τόπο διαμονής και μόρφωση.
3. Ο παράγοντας FC δεν επηρεάζεται από ηλικία, τόπο διαμονής και μόρφωση.
4. Ο παράγοντας FD επηρεάζεται από τον τόπο που έζησαν μέχρι τα 13 τους χρόνια ( $P < 0.05$ ), ενώ δεν επηρεάζεται από την ηλικία και τη μόρφωση (βλέπε πίνακα 10).
5. Ο παράγοντας FE δεν επηρεάζεται από ηλικία, τόπο διαμονής και μορφωτικό επίπεδο.

**Πίνακας 10: Ανάλυση της μεταβλητότητας (ηλικία, τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο) στον παράγοντα FD (Κοινωνική Ενσωμάτωση).**

Πηγή	Αθροισμα Τετραγώνων των αποκλίσεων	Βαθμοί Ελευθερίας	Μέσα Τετράγωνα	F	P
Ηλικία	150.098	2	75.014	2.309	.117
Τόπος Διαμονής	195.912	1	195.912	6.030	.020
Μορφωτικό Επίπεδο	52.405	2	26.203	.806	.456
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>304.174</b>	<b>5</b>	<b>60.835</b>	<b>1.872</b>	<b>.129</b>

Παίρνοντας ως ανεξάρτητες μεταβλητές το μορφωτικό επίπεδο και τον τόπο διαμονής μέχρι 13 ετών και ως εξαρτημένες μεταβλητές τους πέντε παράγοντες (F), χρησιμοποιώντας το στατιστικό κριτήριο της Ανάλυσης Διασποράς διαπιστώσαμε ότι:

1. Ο παράγοντας FA (Κοινωνική Διάκριση) δεν επηρεάζεται από το μορφωτικό επίπεδο και τον τόπο διαμονής.
2. Ο παράγοντας FB (Κοινωνικός Περιορισμός) δεν επηρεάζεται από το μορφωτικό επίπεδο και τον τόπο διαμονής.
3. Ο παράγοντας FB (Κοινωνικός Περιορισμός) επηρεάζεται από το μορφωτικό επίπεδο ( $P < 0.05$ ), όχι όμως από τον τόπο διαμονής. (βλέπε πίνακα 11).



**Πίνακας 13: Σύγκριση του παράγοντα FC (Κοινωνική Φροντίδα) με τον τόπο διαμονής.**

Τόπος διαμονής (Ομάδες)	N	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση	Τυπικό σφάλμα	t	df	P
Εως 79.000 κατοίκους	17	27.4706	2.896	.703	2.08	51	0.42
Ανωτέρω 80.000 κατοίκων	36	25.2222	3.972	.662			

**4.4. Σύγκριση του παράγοντα FC (Κοινωνική Φροντίδα) με τις ομάδες ηλικιών (ONEWAY ANALYSIS).**

Θέλοντας να ερευνήσουμε, αν και κατά πόσο υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ του παράγοντα FC και των τριών ομάδων ηλικιών στη μεταβλητή ηλικία, χρησιμοποιήσαμε το κριτήριο ONEWAY ANALYSIS, και βρήκαμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P < 0.05$ ) μεταξύ των ομάδων ηλικίας <39 ετών και 40-50 ετών. Οι επόμενοι δύο πίνακες μας πληροφορούν σχετικά.

**Πίνακας 14: Σύγκριση του παράγοντα FC (Κοινωνική Φροντίδα) με την ηλικία.**

	D. F.	Αθροισμα τετραγώνων	Μέσος Όρος	F	P
Μεταξύ	2	106.3764	53.1882	4.1654	.0212
Εντός	50	638.4538	12.7691		
Σύνολο	52	744.8302			

**Πίνακας 15: Σύγκριση παράγοντα FC με τις ομάδες ηλικιών της μεταβλητής ηλικία (ONEWAY ANALYSIS).**

Ομάδες ηλικιών	N	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
<39 ετών	14	23.8571	3.5270
40-50 ετών	20	27.4500	3.6917
>51 ετών	19	25.8947	3.4784
Σύνολο	53	25.9434	3.7847

Σχετικά με τους υπόλοιπους τέσσερις παράγοντες διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ κάθε παράγοντα και ηλικίας.

#### 4.5. Συγκρίσεις των παραγόντων με άλλες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

Συγκρίνοντας τους πέντε παράγοντες της κλίμακας OMI με τις διάφορες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου σχετικά με τη στάση των εργοδοτών έναντι των ψυχικά ασθενών και κυρίως των ερωτήσεων 16 (πρόσληψη ψυχικά αρρώστου), 17 (συγγενής ψυχικά άρρωστος), 18 (γνωστός ψυχικά άρρωστος) και 19 (πρόσληψη αποφοίτου εργαστηρίων) διαπιστώσαμε τα εξής:

1) Η σύγκριση του παράγοντα FA (Κοινωνική Διάκριση) με την ερώτηση 16 (πρόσληψη ψυχικά αρρώστου) με το t-test κριτήριο εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P < 0.01$ ). Περισσότερες πληροφορίες σχετικά, μας δίνει ο επόμενος πίνακας.

#### Πίνακας 16: Σύγκριση του παράγοντα FA (Κοινωνική Διάκριση) και πρόσληψη ψυχικά αρρώστου (ερώτηση 16).

Ομάδες	N	Μέσος όρος	Σταθερή απόκλιση	Τυπικό σφάλμα	t	df	P
ΝΑΙ με όρους	32	37.3750	10.438	1.845	-2.71	41	.010
ΠΟΤΕ	11	46.5455	6.905	2.082			

2) Η σύγκριση του παράγοντα FD (Κοινωνική Ενσωμάτωση) με την ερώτηση 16 (πρόσληψη ψυχικά αρρώστου) με το t-test κριτήριο παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P < 0.01$ ). Ο επόμενος πίνακας μας πληροφορεί σχετικά.

#### Πίνακας 17: Σύγκριση του παράγοντα FD (Κοινωνική Ενσωμάτωση) και πρόσληψη ψυχικά αρρώστου (ερώτηση 16).

Ομάδες	N	Μέρος όρος	Σταθερή απόκλιση	Τυπικό σφάλμα	t	df	P
ΝΑΙ με όρους	37	19.2973	5.835	.959	2.64	50	.011
ΠΟΤΕ	15	14.6000	5.779	1.492			



3) Η σύγκριση του παράγοντα FD (Κοινωνική Ενσωμάτωση) με τις τρεις ομάδες απαντήσεων της ερώτησης 19 (πρόσληψη αποφοίτου εργαστηρίων) με την ONEWAY ANALYSIS έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P < 0.01$ ) μεταξύ των ομάδων (ΠΟΤΕ με ΝΑΙ) και (ΠΟΤΕ, ΜΕ ΔΟΚΙΜΗ). Αναλυτικά στοιχεία σχετικά μας δίνουν οι επόμενοι δύο πίνακες 18 και 19.

**Πίνακας 18: Σύγκριση του παράγοντα FD (Κοινωνική Ενσωμάτωση) και πρόσληψη αποφοίτου εργαστηρίων.**

	DF	Αθροίσμα τετραγώνων	Μέσος Όρος	F	P
Μεταξύ	2	417.1264	208.5632	6.5413	.0031
Εντός	47	1498.5536	31.8841		
Σύνολο	49	1915.6800			

**Πίνακες 19: Σύγκριση του παράγοντα FD με τις ομάδες απαντήσεων της μεταβλητής πρόσληψη αποφοίτου εργαστηρίων (ONEWAY ANALYSIS).**

Ομάδες	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Ναι	14	21.0714	6.9444
Με δοκιμή	24	18.4583	5.6413
Ποτέ	12	13.1667	3.5633
Σύνολο	50	17.9200	6.2526

4. Η σύγκριση του παράγοντα FA (Κοινωνική Διάκριση) με τις ομάδες των απαντήσεων της ερώτησης 18 (γνωστός άρρωστος), με το κριτήριο t-test έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P < 0.05$ ), όπως αναλυτικά μας πληροφορεί ο επόμενος πίνακας.

**Πίνακας 20: Σύγκριση του παράγοντα FA (Κοινωνική Διάκριση) με την μεταβλητή "γνωστός ψυχικά άρρωστος".**

Ομάδες	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	t	DF	P
Ναι	11	33.2727	10.432	-2.51	40	.016
Όχι	31	42.0000	9.723			



Όλες οι άλλες συγκρίσεις των άλλων παραγόντων με διάφορες μεταβλητές δεν έδειξαν ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

#### 4.6. Συγκρίσεις με Χ-τετράγωνο.

Οι διάφορες συγκρίσεις με χ-τετράγωνο έδειξαν ότι:

α) Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του αριθμού των εργαζομένων και της πρόσληψης αποφοίτου των εργαστηρίων. Ο επόμενος πίνακας μας πληροφορεί σχετικά.

**Πίνακας 21: Σύγκριση αριθμού εργαζομένων και πρόσληψης αποφοίτου (σε απόλυτους αριθμούς και ποσοστά).**

Ομάδες	Ναι	Με δοκιμή	Ποτέ	Σύνολο
1 - 10 εργαζόμενοι	14 (35%)	15 (37,5%)	11 (27,5%)	40 (78,4%)
Ανω των 21 εργαζομένων	-	8 (72,7%)	3 (27,3%)	11 (21,6%)
Σύνολο	14 (27,5%)	23 (45,1%)	14 (27,5%)	51 (100%)

Χ-τετράγωνο = 6.22417, D.F. = 2,  $P < 0.05$

β) Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ πρόσληψης ψυχικά αρρώστου και κατάλληλων θέσεων εργασίας στην επιχείρηση. Ο επόμενος πίνακας μας δίνει αναλυτικά στοιχεία.

**Πίνακας 22: Σύγκριση πρόσληψης ψυχικά αρρώστου και κατάλληλων θέσεων εργασίας (σε απόλυτους αριθμούς και ποσοστά)**

Πρόσληψη	Ναι	Όχι	Σύνολο
Ναι	10 (26,3%)	28 (73,7%)	38 (70,4%)
Ποτέ	-	16 (100%)	16 (29,6%)
Σύνολο	10 (18,5%)	44 (81,5%)	54 (100%)

Χ-τετράγωνο = 5.16746, D.F. = 1,  $P < 0.05$

Στις υπόλοιπες συγκρίσεις με το Χ-τετράγωνο δεν βρήκαμε στατιστικά σημαντικές διαφορές.

#### 4.7. Στατιστικά στοιχεία των παραγόντων της κλίμακας Ο-ΜΙ ως προς τις μεταβλητές: φύλο, ηλικία, τόπος διαμονής μέχρι 13 ετών, μορφωτικό επίπεδο.

Εδώ θα θέλαμε να παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα των παραγόντων FA, FB, FC, FD, FE στις υποομάδες κάποιων μεταβλητών (φύλο, ηλικία, τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο), όπου οι αναλύσεις ANOVA έδειξαν ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Σύμφωνα με τις στατιστικές αναλύσεις τις οποίες παρουσιάσαμε παραπάνω διαπιστώσαμε ότι:

α) Ο παράγοντας FB (Κοινωνικός Περιορισμός) δεν επηρεάζεται από το φύλο, την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο<sup>1</sup>. Επηρεάζεται όμως από τον τόπο διαμονής. Αναλυτικά στοιχεία μας παρουσιάζει ο επόμενος πίνακας.

**Πίνακας 23: Σύγκριση του παράγοντα FB με υποομάδες της μεταβλητής "τόπος διαμονής μέχρι 13 ετών".**

Ομάδες	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	N
Μέχρι 79.000 κάτοικοι	26.4667	5.8048	15
Ανω των 80.000 κατοίκων	21.4000	11.2281	35
Σύνολο	22.9200	10.1294	50

β) Ο παράγοντας FC (Κοινωνική Φροντίδα) επηρεάζεται από την ηλικία, τον τόπο διαμονής και το μορφωτικό επίπεδο. Τα αναλυτικά αποτελέσματα των στατιστικών αναλύσεων των διαφόρων υποομάδων των τριών μεταβλητών μας παρουσιάζουν οι ακόλουθοι τρεις πίνακες 24, 25 και 26.

<sup>1</sup> Ως προς το επάγγελμα, σ' όλες τις αναλύσεις που ακολουθούν θεωρήσαμε όλους τους εργοδότες ιδιοκτήτες, αφού μόνο 7 ήταν διευθυντές ή προϊστάμενοι.

**Πίνακας 24: Σύγκριση του παράγοντα FC με υποομάδες της μεταβλητής "ηλικία".**

Ομάδες ηλικιών	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	N
Κάτω των 39 ετών	23.8571	3.5270	14
40 - 50 ετών	27.4500	3.6917	20
Ανω των 51 ετών	25.8947	3.4784	19
Σύνολο	25.9434	3.7847	53

**Πίνακας 25: Σύγκριση του παράγοντα FC με τις υποομάδες της μεταβλητής "τόπος διαμονής μέχρι 13 ετών"**

Ομάδες	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	N
Εως 79.000 κάτοικοι	27.4706	2.8965	17
Πάνω από 80.000 κατ.	25.2222	3.9721	36
Σύνολο	25.9434	3.7847	53

**Πίνακας 26: Σύγκριση του παράγοντα FC με τις υποομάδες της μεταβλητής "μορφωτικό επίπεδο"**

Ομάδες	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	N
Εως Δημοτικό	26.8636	3.5091	22
Εως Λύκειο	25.9524	3.9430	21
Πανεπιστήμιο	23.9000	3.5730	10
Σύνολο	25.9434	3.7847	53

γ) Ο παράγοντας FD (Κοινωνική Ενσωμάτωση) επηρεάζεται μόνο από την μεταβλητή "τόπος διαμονής μέχρι 13 ετών". Τα αναλυτικά αποτελέσματα της σύγκρισης μας δίνει ο πίνακας που ακολουθεί.

**Πίνακας 27: Σύγκριση του παράγοντα FD με τις υποομάδες της μεταβλητής "τόπος διαμονής μέχρι 13 ετών".**

Ομάδες	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση	N
Εως 79.000 κάτοικοι	16.2500	4.6833	16
Πάνω από 80.000 κατ.	18.6944	6.6195	36
Σύνολο	17.9423	6.1498	52

δ) Οι παράγοντες FA (Κοινωνική Διάκριση) και FE (Αιτιολογία) δεν επηρεάζονται από καμία μεταβλητή (φύλο, ηλικία, τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο).

#### Δ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΚΥΡΙΟΤΕΡΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Χρησιμοποιώντας την κλίμακα OMI των Cohen και Stuenkel, όπως αυτή διαμορφώθηκε από το Μαδιανό και τους συνεργάτες του, ένα ερωτηματολόγιο στάσεων και δημογραφικών σε ένα δείγμα 55 εργοδοτών της ευρύτερης περιοχής της Αχαΐας διαπιστώσαμε ότι:

1) Ο παράγοντας FB (Κοινωνικός Περιορισμός) επηρεάζεται μόνο από τον τόπο διαμονής μέχρι 13 ετών σε αντίθεση με τον Μαδιανό κ.α., που διαπίστωσαν ότι επιδρούν και άλλες μεταβλητές, όπως π.χ. ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα. Όπως αναμενόταν υψηλότερη βαθμολόγηση (θετική στάση προς τον παράγοντα) δίνουν εκείνοι οι εργοδότες που έζησαν τα περισσότερα χρόνια μέχρι τα 13, σε αγροτικές ή ημιαστικές περιοχές της επαρχίας της Αχαΐας, ενώ αντίθετα εκείνοι που έζησαν εκτός Αχαΐας, στην πόλη της Πάτρας ή στην περιοχή της πρωτεύουσας είναι λιγότερο θετικοί προς αυτόν τον παράγοντα, δηλαδή είναι περισσότερο εναντίον των προληπτικών μέτρων καταστολής της παθολογικής συμπεριφοράς, της απόρριψης, του καταναγκασμού και της επιβολής κοινωνικών περιορισμών στους ψυχικά ασθενείς.

2) Ο παράγοντας FC (Κοινωνική Φροντίδα) δεν συμβαδίζει με τα ευρήματα του Μαδιανού και των συνεργατών του (ΜΑΔΙΑΝΟΣ κ.α. 1984, ΜΑΔΙΑΝΟΣ et. al. 1987) και επηρεάζεται από την ηλικία, τον τόπο διαμονής και το μορφωτικό επίπεδο. Συγκεκριμένα διαπιστώσαμε ότι:

α) σχετικά με την ηλικία:

Η ομάδα ηλικίας 40-50 ετών έχει περισσότερο θετική στάση απ' τις άλλες δύο, ακολουθούμενη από την ομάδα ηλικίας 51 ετών και πάνω, ενώ αντίθετα τα άτομα μέχρι 39 ετών έχουν τη λιγότερη θετική στάση απέναντι στον παράγοντα αυτόν. Απ' αυτή την ομάδα ηλικίας μέχρι 39 ετών θα ανέμενε κανείς περισσότερο θετική στάση. Μια πιθανή εξήγηση στο φαινόμενο αυτό ίσως είναι το γεγονός ότι οι πιο νέοι εργοδότες (ιδιοκτήτες) να δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στον ατομικό δυναμισμό, την ατομική πρωτοβουλία και την ατομική επιτυχία απ' ότι οι άλλες ομάδες ηλικιών.



β) Σχετικά με τον τόπο διαμονής των περισσότερων χρόνων μέχρι τα 13:

Πιο θετική είναι η στάση σ' αυτόν τον παράγοντα εκείνων, που έζησαν τα περισσότερα χρόνια μέχρι τα 13 τους σε αγροτικές, ημιαστικές και αστικές περιοχές της επαρχίας απ' ότι εκείνων, που έζησαν σε αστικά κέντρα, την Πάτρα ή σε περιοχή της πρωτεύουσας. Ίσως ο τρόπος ζωής στην "ανώνυμη", "απρόσωπη" και "απάνθρωπη" πόλη να επιδρά αρνητικά ως προς την στάση σε ότι αφορά την κοινωνική μέριμνα και φροντίδα.

γ) Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο:

Εδώ μας εκπλήσσει το γεγονός ότι όσο πιο υψηλό είναι το μορφωτικό επίπεδο τόσο πιο αρνητική είναι η στάση στον παράγοντα αυτό. Ένα τέτοιο αποτέλεσμα δεν ήταν αναμενόμενο. Απεναντίας, το αντίθετο θα περίμενε κανείς. Ίσως αυτό να σχετίζεται με την ομάδα του επαγγέλματος, δηλαδή ότι είναι εργοδότες (ιδιοκτήτες). Το εύρημα αυτό είναι άξιο παραπέρα διερεύνησης.

3. Ο παράγοντας FD (Κοινωνική Ενσωμάτωση) επηρεάζεται από τη μεταβλητή "τόπος διαμονής μέχρι 13 ετών". (Ασυμφωνία με ΜΑΔΙΑΝΟ κ.α, 1984, ΜΑΔΙΑΝΟΣ et. al. 1987). Εδώ διαπιστώθηκε ότι αυτοί που έζησαν στην πόλη της Πάτρας ή στην περιοχή της πρωτεύουσας έχουν πιο θετική στάση στον παράγοντα αυτόν και είναι περισσότερο υπέρ της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα.

Αξιοσημείωτο εδώ είναι το γεγονός ότι παρατηρείται μια ασυμφωνία σχετικά με τη στάση στον παράγοντα FC (Κοινωνική Φροντίδα), που κανονικά δεν έπρεπε να αναμένεται. Διαπιστώνουμε λοιπόν εδώ ότι οι αγροτικές, ημιαστικές και αστικές περιοχές της επαρχίας είναι περισσότερο θετικές και υπέρ της κοινωνικής φροντίδας των ψυχικά ασθενών, όχι όμως και υπέρ της κοινωνικής ενσωμάτωσης.

4. Οι παράγοντες FA (Κοινωνική Διάκριση) και FE (Αιτιολογία) δεν επηρεάζονται από καμία μεταβλητή (ηλικία, τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο). Εδώ μόνο στον παράγοντα FE συμφωνούμε με τα ευρήματα του Μαδιανού και των συνεργατών του.

5. Το φύλο δε βρέθηκε να επηρεάζει κανέναν από τους πέντε παράγοντες της κλίμακας OMI, ένα παρόμοιο εύρημα μ' εκείνο του Μαδιανού και των συνεργατών του (1984, 1987).

6. Αξιοσημείωτο επίσης είναι το γεγονός ότι σύμφωνα με τις στατιστικές αναλύσεις του t-test υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του παράγοντα FA (Κοινωνική Διάκριση) και πρόσληψη



ψυχικά ασθενούς. Δηλαδή η πρόσληψη ή όχι ενός ψυχικά ασθενούς επηρεάζεται από τη στάση στον παράγοντα FA (βλ. πίνακα 16).

7. Ένα άλλο αξιοσημείωτο εύρημα είναι ότι ο παράγοντας FA (Κοινωνική Διάκριση) εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά με την ερώτηση "γνωστός ψυχικά άρρωστος" (βλ. πίνακα 20). Αντίθετα μια συσχέτιση αυτού του παράγοντα με την ερώτηση "συγγενής ψυχικά άρρωστος" δεν παρουσιάζει καμία στατιστικά σημαντική διαφορά.

8. Μια συσχέτιση του παράγοντα FD (Κοινωνική Ενσωμάτωση) και "πρόσληψη ψυχικά αρρώστου" έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά. Άτομα δηλαδή, που έχουν θετική στάση απέναντι στον FD είναι και ευνοϊκά διατεθειμένα ως προς την πρόσληψη ψυχικά ασθενούς. (βλ. πίνακα 17).

9) Επίσης η συσχέτιση του παράγοντα FD (Κοινωνική Ενσωμάτωση) με την πρόσληψη αποφοίτου των εργαστηρίων επαγγελματικής και κοινωνικής αποκατάστασης έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά. Η πρόσληψη δηλαδή αποφοίτου επηρεάζεται από τη στάση των εργοδοτών στον παράγοντα Κοινωνική Ενσωμάτωση. (βλ. πίνακα 18).

10. Η συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των εργαζομένων που απασχολεί η επιχείρηση με την πρόσληψη αποφοίτου των εργαστηρίων έδειξε ότι πιο επιφυλακτικοί φαίνονται να είναι οι εργοδότες οι οποίοι απασχολούν πάνω από 21 άτομα και είναι παραγωγικές βιομηχανίες ή βιοτεχνίες ενώ αντίθετα πιο θετική στάση έχουν αυτοί που απασχολούν μέχρι 10 άτομα (βλ. πίνακα 21).

11. Η συσχέτιση "πρόσληψης ψυχικά ασθενούς" και "κατάλληλες θέσεις εργασίας" έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά. Δηλαδή η πρόσληψη ή μη ενός ψυχικά ασθενούς εξαρτάται από το αν υπάρχουν κατάλληλες θέσεις εργασίας. (βλ. πίνακα 22).

## E. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΑΥΓΕΡΙΔΗΣ, Κ., ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, Γ., ΜΑΛΙΩΡΗ, Μ., ΚΥΡΙΑΚΙΔΗΣ, Β.: Επαγγελματική αποκατάσταση ατόμων με ψύχωση και νοητική καθυστέρηση. *Εγκέφαλος*, 25, 1, 1988, σελ. 43-45.
2. BENNETT, D.: Das Arbeitstraining in teilsstationaeren Einrichtungen in England. In: REIMER (Hrsg.): *Arbeitstherapie, Praxis und Probleme in der Psychiatrie*. Thieme-Verlag, Stuttgart 1977.
3. BENNETT, D.H.: The historical Debelomplent of Rehabilitation Services. In: WATTS, F. N. (Ed.): *Theorie and practice of Pschiatric Rehabilitation*. John Wiley, New York 1983.
4. BERNER, R., BRUCK, H.: *Wien. med. Wschr.* 115 (1965) 45/46 S. 935.
5. BLUMENTHAL, S. et. al.: Arbeitszufriedenheit bei erstmals stationaer behandelten psychiatrischen Patienten. *Zeitschrift fuer klinische Psychologie* 14 (1985) 1-11.
6. BUNGARD, W.: Arbeits-und organisationspsychologische Aspekte der beruflichen Wiedereingliederung psychisch Behinderter. *Koeln-Mannheimer Beitraege zur Wirtschafts-und Organisations-Psychologie* 2(1986) 1-18.
7. CAPLAN, G., CAPLAN, R.: In: *Comprehen. Textbook psychiat.*, Baltimore 1967, S. 1499.
8. CHOEN, J., STUENING, E.: Opinions about mental illness in the personnel of two large hospitals. *J. Abn. Soc. Psychol.* 64 (1962): 349-360.
9. DOERNER, K., PLOG, U.: *Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie/psychotherapie*, Psychiatrie - Verlag, Wunstorf 1978.
10. FIDLER, G., FIDLER, J.: *Occupational tharapy*, New York 1961.

11. FLORIAN, V.: Objective obstacles in hiring disabled persons-the employers' point of view. *Interantional J. of Rehabilitation Research* 4 (1981) 167-174.
12. FREEDMANN, A.: *Comprehen. Textbook Psychiat.*, Baltimore 1967, S. 154 8.
13. FUQUA, D. R. et. al.: A comparison of employer attitudes toward the worker problems of eight types of disabled workers. *J. of Applied Rehabilitation Counseling* 15(1984) 40-43.
14. ΓΑΛΑΝΗΣ, Γ.: Ο ρόλος της Κοινότητας στην Ψυχική Υγεία. Περιέχεται στο: ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, Γ. (Εισαγωγή-Επιμέλεια): Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση. Εκδόσεις Ειρήνη, Αθήνα 1987, σελ. 363-376.
15. ΓΑΛΑΝΗΣ, Γ.: Ανεργία και εγκληματικότητα. Λήμμα στην παιδαγωγική - ψυχολογική εγκυκλοπαίδεια - λεξικό. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1989, σελ. 458 - 461.
16. GASTAGER, H.: *Die Rehabilitation des Schrizophrenen.* Bern - Stuttgart 1965.
17. ΓΕΡΟΥΚΑΛΗΣ, Δ.: Ευρωπαϊκή Κοινότητα και Αποκατάσταση. *Εγκέφαλος*, 25, 1, 1988, σελ. 51-53.
18. GOFFMAN, E.: *Asyle.* Suhrkamp, Frankfurt 1972.
19. GREENWOOD, R., et. al.: Employer perspectives on workers with disabilities. *J. of Rehabilitation* 53 (1987) 37-47.
20. GRIFFITHS, R.D.P.: A Standarized Assessment of the Work Behaviour of Psychiatric Patients. In: *Brit. J. Psychiat.* (1973), 123, 403-8.
21. HAVENS, L., CUBELLI, G.: *Amer. J. Psychiat.* 123 (1967) 9, S. 1904.

22. HERPICH, M., STEINLE, H.: Probleme und Rahmenbedingungen der betrieblichen Integration Behinderter. *Rehabilitation* 22(1983) 149 - 156.
23. HOWARD, G.: The ex-mental patient as an employee: an on-the job evaluation. *Amer. J. Orthopsychiatry* 45(1975) 479-483.
24. HUBSCHMID, T., SCHAUB, M.: Der psychiatrische langzeitpatient am Arbeitsplatz-Einbefragung von Arbeitgebern. *Rehabilitation* 27 (1988) 145-148.
25. IPSEN, D.: Das Konstrukt Zufriedenheit. *Soziale Welt* (1978) 44-53.
26. JOHODA, M.: Wie viel Arbeit braucht der Mensch? Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert. Beltz-Verlag, Weinheim 1983.
27. KABANOV, M. M.: Die Entwicklung der Rehabilitationsvorstellungen in der Psychiatrie. In: BACH O., FELDES D., THOM A., WEISE K., (Hrsg): *Sozialpsychiatrische Forschung und Praxis*. VEB, Georg Thieme, Leipzig 1976, S. 13-28.
28. KRUSEN, F.: *Arch. Phys. med. a rehabil.* 50 (1969) 1, S. 1.
29. ΚΥΡΙΑΚΑΚΗΣ, Β.: Κοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη στην κοινότητα ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Περιέχεται στο: ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ Γ. (Εισαγωγή-Επιμέλεια): *Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση*, εκδόσεις Ειρήνη, Αθήνα 1987, σελ. 387-390.
30. ΚΥΡΙΑΚΑΚΗΣ, Β., ΝΙΚΟΛΗΣ, Κ., ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, Γ.: Νομοθετικές ρυθμίσεις για αποκατάσταση ατόμων με ψυχικές διαταραχές, *Εγκέφαλος* 25, 1, 1988, σελ. 49-50.
31. ΜΑΔΙΑΝΟΣ, Μ., ΜΑΔΙΑΝΟΥ, Δ., ΒΛΑΧΟΝΙΚΟΛΗΣ, Ι., ΣΤΕΦΑΝΗΣ, Κ.: Η στάση απέναντι στην ψυχική αρρώστια σε δυο δήμους της Αθήνας: Δημογραφικές και κοινωνικές επιδράσεις. *Εγκέφαλος* 21 (1984) 162 - 167.
32. MADIANOS, M. G., MADIANOU, D., VLACHONIKOLIS, J., STEFANIS C. N.: Attitudes toward mental illness in the Athens area:

Implications for community mental health intervention. *Acta psychiatr. scand.* 75 (1987) 158-165.

33. ΜΑΛΙΩΡΗ, Μ., ΚΥΡΙΑΚΑΚΗΣ, Β., ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, Γ.: Η γνώμη του κοινού για την ψυχική αρρώστια και η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα. Περιέχεται στο: ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, Γ. (Εισαγωγή-επιμέλεια): Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση, εκδόσεις Ειρήνη, Αθήνα 1987, σελ. 39-47.

34. ΜΠΑΙΡΑΚΤΑΡΗΣ, Κ.: Επαγγελματική κατάρτιση ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Δυνατότητες, περιορισμοί. Περιέχεται στο: ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, Γ. (Πρόλογος-Επιμέλεια): Κοινωνική αποκατάσταση ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Αθήνα 1987, σελ. 39-47.

35. ΝΕΣΤΟΡΟΣ, Ι. Ν. ΧΑΝΤΖΗ, Α. ΣΤΥΛΙΑΝΟΥ, Μ., ΒΑΛΛΙΑΝΑΤΟΥ, Δ. Γ., ΚΑΝΕΛΛΑΚΗΣ, Π.: Στάσεις απέναντι στην ψυχική αρρώστια των φοιτητών ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης. Περιέχεται στο: ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Α., ΕΥΚΛΕΙΔΗ, Α., ΓΩΝΙΔΑ, Ε., ΒΑΚΑΛΗ, Μ.: Ανάπτυξη, μάθηση και εκπαίδευση. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Θεσσαλονίκη χ.χ. (1982) σελ. 195 - 207.

36. ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, Γ.: Εισαγωγή στο: ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, Γ. (εισαγωγή-επιμέλεια) Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση, εκδόσεις Ειρήνη, Αθήνα 1987, σελ. 9-12.

37. ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, Γ., ΛΑΛΑΣ, Κ., ΑΥΓΕΡΙΔΗΣ, Κ., ΣΑΚΕΛΛΑΡΗΣ, Δ., ΔΕΓΛΕΡΗΣ, Ν., ΤΣΙΑΡΑΣ, Κ.: Μονάδες κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές. Εγκέφαλος 25, 1, 1988, σελ. 13 - 16.

38. ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, Γ., ΠΑΡΙΤΣΗΣ, Ν., ΝΙΚΟΛΑΟΥ, Π., ΤΥΧΟΠΟΥΛΟΣ, Γ., ΖΟΥΝΗ, Μ. Επαγγελματική εκπαίδευση νοσηλευομένων σε ψυχιατρεία σε ειδικές μονάδες εκτός ψυχιατρείων. Εγκέφαλος 25, 1, 1988, σελ. 19-22.

39. ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, Γ., ΣΤΟΓΙΑΝΝΙΔΟΥ, Α.: Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή. Η εναλλακτική πρόταση στην παραδοσιακή ψυχιατρική. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1988.



40. ΠΑΠΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ, Θ.: Παραγωγική απασχόληση κατά την κοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων. Εγκέφαλος 25, 1, 1988, σελ. 23 - 24.
41. PHILLIPS, R. J., et. al.: Improving communications between counselors and employers. J. of Rehabilitation 48 (1982) 54 - 56.
42. QUERIDO, A.: In: Seminar ueber die Praxis des gesellschaftlichen Gesundheitswesens und die prophylaxe von psychischen Ergkrankungen. London 6-17 Juli 1964. Kopenhagen 1966, S. 7.
43. REBELL, CHR.: Sozialpsychiatrie in der Industriegesellschaft. Campus - Verlag, Frankfurt 1976.
44. SCHMID-TRAUB, S.: Der irrsinn mit der beruflichen Rehabilitation. In: KEUPP, H. (Hg): Im Schatten der Wende, DGVT, Tuebingen 1985.
45. SHEPHERD, G.: Institutional Care and Rehabilitation. Longman, London 1984.
46. TREFF, D.R.: Placement: the employer's view. Rehabilitation literature 40 (1979) 7-10.
47. SIMON, H.: Allgem. Zeschr. F. psychiatrie 87 (1927) S. 97.
48. ΣΟΥΓΙΟΥΛΤΖΟΓΛΟΥ, Μ., ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, Γ., ΠΟΤΑΜΙΑΝΟΥ, Μ., ΚΕΡΑΜΑΡΗΣ, Γ.: Παράγοντες επαγγελματικής αποκατάστασης ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Εγκέφαλος 25, 1, 1988, σελ. 46 - 48.
49. WATTS, F.N., BENNETT, D.H.: Introduction. The concept of Rehabilitation. In: F. N. WATTS, u. -D. H. BENNETT (Ends): Theory and practice of Psychiatric Rehabilitation. Chichester, G.B.: Wiley and Sons 1983.
50. WATTS, F. N., et. al.: Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation. Gohn Wiley, Chichester 1983.
51. W. H. O.: Expert Committee on Medical Rehabilitation: First report, Geneva 1958, second report, Geneva 1969.

52. W.H.O.: Primary Health Care. Report of the International Conference of Primary Health Care. Alma Ata USSR, 6-12 Apr. 1978, Geneva: WHO.

53. WIJSENBECK, H., LINDNER, B.: Psychiatr., Neurol., neurochem. (Amsterdam) 1962, 65, S. 424.

54. WING, J., MORRIS, B. (eds): Handbook of Psychiatric Rehabilitation practice Oxford: Oxford University Press 1981.

## **ΣΤ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

1. Κατάλογος Πινάκων
2. Ερωτηματολόγιο: Στάσεις εργοδοτών
3. Η γνώμη για την ψυχική αρρώστια (κλίμακα ΟΜΙ)



## Στ. 1. Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Η ηλικία των εργοδοτών

Πίνακας 2: Τόπος γέννησης

Πίνακας 3: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των παραγόντων της κλίμακας OMI.

Πίνακας 4: Συγκρίσεις των μεταβλητών FA, FB, FC, FD, FE με το κριτήριο t-test groups (ΜΑΔΙΑΝΟΣ - ΕΡΓΟΔΟΤΕΣ).

Πίνακας 5: Ανάλυση της μεταβλητότητας (φύλο, ηλικία, τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο) στον παράγοντα FA.

Πίνακας 6: Ανάλυση της μεταβλητότητας (φύλο, ηλικία, τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο) στον παράγοντα FB.

Πίνακας 7: Ανάλυση της μεταβλητότητας (φύλο, ηλικία, τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο) στον παράγοντα FC.

Πίνακας 8: Ανάλυση της μεταβλητότητας (φύλο, ηλικία, τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο) στον παράγοντα FD.

Πίνακας 9: Ανάλυση της μεταβλητότητας (φύλο, ηλικία, τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο) στον παράγοντα FE.

Πίνακας 10: Ανάλυση της μεταβλητότητας (φύλο, ηλικία, τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο) στον παράγοντα FD.

Πίνακας 11: Ανάλυση της μεταβλητότητας (φύλο, ηλικία, τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο) στον παράγοντα FC.

Πίνακας 12: Σύγκριση του παράγοντα FB (Κοινωνικός Περιορισμός) με τον τόπο διαμονής.

Πίνακας 13: Σύγκριση του παράγοντα FC (Κοινωνική Φροντίδα) με τον τόπο διαμονής.

Πίνακας 14: Σύγκριση του παράγοντα FC (Κοινωνική Φροντίδα) με την ηλικία.

Πίνακας 15: Σύγκριση του παράγοντα FC με τις ομάδες ηλικιών της μεταβλητής ηλικία (ONEWAY ANALYSIS).

Πίνακας 16: Σύγκριση του παράγοντα FA (Κοινωνική Διάκριση) και πρόσληψη ψυχικά αρρώστου (ερώτηση 16).

Πίνακας 17: Σύγκριση του παράγοντα FD (Κοινωνική Ενσωμάτωση) και πρόσληψη ψυχικά αρρώστου (ερώτηση 16).

Πίνακας 18: Σύγκριση του παράγοντα FD (Κοινωνική Ενσωμάτωση) και πρόσληψη αποφοίτου εργαστηρίων.

Πίνακας 19: Σύγκριση του παράγοντα FD με τις ομάδες απαντήσεων της μεταβλητής "πρόσληψη αποφοίτου εργαστηρίων".



Πίνακας 20: Σύγκριση του παράγοντα FA (Κοινωνική Διάκριση) με την μεταβλητή "γνωστός ψυχικά αρρώστος".

Πίνακας 21: Σύγκριση αριθμού εργαζομένων και πρόσληψης αποφοίτου (σε απόλυτους αριθμούς και ποσοστά).

Πίνακας 22: Σύγκριση πρόσληψης ψυχικά αρρώστου και κατάλληλων θέσεων εργασίας (σε απόλυτους αριθμούς και ποσοστά).

Πίνακας 23: Σύγκριση του παράγοντα FB με υποομάδες της μεταβλητής "τόπος διαμονής μέχρι 13 ετών".

Πίνακας 24: Σύγκριση του παράγοντα FC με υποομάδες της μεταβλητής "ηλικία".

Πίνακας 25: Σύγκριση του παράγοντα FC με τις υποομάδες της μεταβλητής "τόπος διαμονής μέχρι 13 ετών".

Πίνακας 26: Σύγκριση του παράγοντα FC με τις υποομάδες της μεταβλητής "μορφωτικό επίπεδο".

Πίνακας 27: Σύγκριση του παράγοντα FD με τις υποομάδες της μεταβλητής "τόπος διαμονής μέχρι 13 ετών".

## **ΣΤ. 2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ: ΣΤΑΣΕΙΣ ΕΡΓΟΔΟΤΩΝ**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ:

### **1. ΦΥΛΟ**

1. Αντρας
2. Γυναίκα.

### **2. ΗΛΙΚΙΑ**

#### **3. ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ**

1. Αγροτικές περιοχές (έως 2.999 κατ.)
2. ημιαστικές περιοχές (3.000 - 9.999 κατ.)
3. αστικές περιοχές (10.000 - 79.000 κατ.)
4. αστικές περιοχές εκτός Αχαΐας (80.000 και άνω κατ.)
5. Πάτρα
6. Περιοχή πρωτεύουσας

#### **4. ΤΟΠΟΣ ΠΟΥ ΖΗΣΑΤΕ ΤΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡ ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΧΡΙ ΚΑΙ ΤΑ 13.**

1. αγροτικές περιοχές (έως 2.999 κατ.)
2. ημιαστικές περιοχές (έως 3.000-9.999 κατ.)
3. αστικές περιοχές (10.000 - 79.000 κατ.)
4. αστικές περιοχές εκτός Αχαΐας (80.000 και άνω κατ.)
5. Πάτρα
6. περιοχή πρωτεύουσας

**5. ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**

1. αγροτικές περιοχές (έως 2.999 κατ.)
2. ημιαστικές περιοχές (3.000-9.999 κατ.)
3. αστικές περιοχές (10.000-79.000 κατ.)
4. Πάτρα

**6. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**

1. Δεν έχω πάει καθόλου σχολείο
2. Πήγα στο Δημοτικό για μερικά χρόνια
3. Τελείωσα το Δημοτικό
4. Πήγα για λίγο στο Γυμνάσιο
5. Τελείωσα το Γυμνάσιο
6. Πήγα στο Λύκειο ή σε Μέση Τεχνική Σχολή
7. Πήγα στο Πανεπιστήμιο αλλά δεν αποφοίτησα
8. Είμαι απόφοιτος Πανεπιστημίου
9. Έκανα μεταπτυχιακές σπουδές
10. Τελείωσα κάποια Ανώτερη Τεχνική Σχολή
11. Άλλες σπουδές (κατονομάστε)
12. Άγνωστο

**7. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ**

1. Ανειδίκευτος εργάτης ή κατώτερος υπάλληλος
2. Εργαζόμενος στη γεωργία-ζωοκομία-δασοκομία-αλιεία ή θήρα
3. Τεχνίτης-εργάτης (εκτός γεωργίας)-χειριστής μεταφορικών μέσων
4. Υπάλληλος απόφοιτος Γυμνασίου ή Ανωτέρας ή Τεχνικής Σχολής
5. Διευθυντικό ή ανώτερο διοικητικό στέλεχος
6. Μικροεπιχειρηματίας με δικό του κατάστημα
7. Μεγαλοεπιχειρηματίας - βιομήχανος
8. Καλλιτέχνης
9. Επιστήμονας (Δημόσιος ή Ιδιωτικός Υπάλληλος)
10. Επιστήμονας με ελεύθερο επάγγελμα
11. Στρατιωτικός
12. Άλλο (κατονομάστε)

- 13. Άνεργος
- 0. Άγνωστο

## 8. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

- 1. Ανειδίκευτη εργάτρια ή κατώτερη υπάλληλος
- 2. Εργαζόμενη στη γεωργία-ζωοκομία-δασσοκομία-αλιεία ή θήρα
- 3. Τεχνίτης - εργάτρια (εκτός γεωργίας) χειρίστρια μεταφορικών μέσων
- 4. Υπάλληλος απόφοιτη Γυμνασίου ή Ανώτερης ή Τεχνικής Σχολής
- 5. Διευθυντικό ή ανώτερο διοικητικό στέλεχος
- 6. Μικροεπιχειρηματίας με δικό της κατάστημα
- 7. Μεγαλοεπιχειρηματίας - Βιομήχανος
- 8. Καλλιτέχνης
- 9. Επιστήμονας (Δημόσιος ή Ιδιωτικός Υπάλληλος)
- 10. Επιστήμονας με ελεύθερο επάγγελμα
- 11. Οικιακά
- 12. Άλλο
- 13. Άνεργη
- 0 Άγνωστο

## 9. ΕΙΔΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

### 10. ΕΙΣΤΕ:

- 1. Ιδιοκτήτης (τρία) της επιχείρησης
- 2. Διευθυντής (τρία)
- 3. Προϊστάμενος

Στις ερωτήσεις 11 και 12 σημειώστε όλες τις κατηγορίες που ανταποκρίνονται στο προσωπικό της επιχείρησης.

### 11. ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ ΕΙΝΑΙ:

- 1. Μόνιμο
- 2. εποχιακό

3. με ωρομίσθιο
4. με σύμβαση εργασίας
5. άλλο (διευκρινείστε)

## 12. ΕΙΔΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Ειδικευμένος	Ανειδίκευτοι
1. γραμματειακή .....	.....
2. πωλήσεις.....	.....
3. ξυλουργική.....	.....
4. βιομηχανική εργασία .....	.....
5. υφαντουργική-ταπητου- ργία.....	.....
6. ραπτική-κοπτική.....	.....
7. εξυπηρέτηση κοινού..... (σερβιτόροι κλπ.)	.....
8. χειροτεχνία-ζωγραφική.....	.....
9. ξυλογλυπτική.....	.....
10. κηπουρική..... ανθοκαλλιέργεια.	.....
11. ηλεκτρολογική .....	.....
12. πλεκτική .....	.....
13. κεραμική .....	.....
14. αγγειοπλαστική .....	.....
15. κορνιζοποιία .....	.....

## 13. ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ

1. 1 - 5
2. 6 - 10
3. 11 - 20
4. 21 - 50
5. 51 - 100
6. 101 - 200
7. 201 - 500
8. 501 και άνω



**14. ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ**

1. Με δικό του μέσο
2. με λεωφορεία της επιχείρησης
3. και τα δύο
4. άλλος (διευκρινείστε)

**15. Η ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΜΑΣ ΕΧΕΙ ΚΑΤΑΛΛΗΛΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ****ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΥΠΟΦΕΡΕΙ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΨΥΧΙΚΗ ΑΡΡΩΣΤΙΑ**

1. Ναι
2. Όχι

**16. ΘΑ ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΑ ΕΝΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΣΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΜΑΣ**

(Σημειώστε όλες τις απαντήσεις που σας ταιριάζουν)

1. Ναι, θα το προσλάβω
2. Δοκιμαστικά για μικρό χρονικό διάστημα
3. Αν είχα επίσημη βεβαίωση ότι το άτομο είναι ικανό να εργασθεί.
4. Αν είχα οικονομικό όφελος
5. Ποτέ

**17. ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ Ή ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΑΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΨΥΧΙΚΗ ΑΡΡΩΣΤΙΑ**

1. Ναι
2. Όχι

**18. ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΓΝΩΣΤΟΣ-ΓΝΩΣΤΗ ΣΑΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ****ΑΠΟ ΨΥΧΙΚΗ ΑΡΡΩΣΤΙΑ;**

1. Ναι
2. Όχι

19. Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής έχει δημιουργήσει μονάδες Κοινωνικής και Επαγγελματικής Αποκατάστασης για άτομα με ψυχικά προβλήματα. Στις μονάδες αυτές λειτουργούν εργαστήρια όπου εκπαιδεύονται άντρες και γυναίκες σε ειδικότητες όπως γραμματειακή εργασία, αγγειοπλαστική, κοπτική-ραπτική, κορμιζοποιία και πολλά άλλα. Η εκπαίδευση τους διαρκεί περίπου ένα χρόνο.

Μετά το τέλος της εκπαίδευσής τους, γίνονται προσπάθειες από το προσωπικό του Κ.Ψ.Υ. για την επαγγελματική τους αποκατάσταση στην ελεύθερη αγορά.

Αν κάποιος απόφοιτος τέτοιου εργαστηρίου παρουσιαζόταν στην επιχείρησή σας τι θα κάνατε:

1. Δε θα δίσταζα να τον προσλάβω αν υπήρχε κατάλληλη εργασία.
2. Θα τον προσλάβωνα δοκιμαστικά.
3. Δε θα τον προσλάβωνα ποτέ.

### 3. Η γνώμη για την ψυχική αρρώστια (κλίμακα OMI: Opinion about Mental Illness)

#### Η ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΡΡΩΣΤΕΙΑ

J. Cohen and E. Struening 1962, Μαδιανός 1982

Οι παρακάτω ερωτήσεις αποτελούν γνώμες ή ιδέες γύρω από την ψυχική αρρώστια και τους ψυχικά αρρώστους. Ψυχική αρρώστια εννοούμε την αρρώστια που φέρνει τον άρρωστο στο ψυχιατρικό νοσοκομείο και ψυχικά αρρώστους εννοούμε τους αρρώστους των ψυχιατρικών νοσοκομείων.

Υπάρχουν πολλές διαφορές στη γνώμη γύρω από το θέμα. Με άλλα λόγια, πολλοί άνθρωποι συμφωνούν με μία ορισμένη απάντηση στις παρακάτω ερωτήσεις, ενώ άλλοι διαφωνούν με αυτήν την απάντηση. Θα θέλαμε να μας πείτε τη δική σας γνώμη. Κάθε ερώτηση ακολουθείται από έξι απαντήσεις.

συμφωνώ - συμφωνώ - μάλλον - μάλλον - διαφωνώ - διαφωνώ  
απόλυτα συμφωνώ - διαφωνώ εντελώς

Παρακαλώ, βάλτε ένα σταυρό στο τετραγωνάκι που αντιστοιχεί καλύτερα στη γνώμη σας για κάθε ερώτηση. Να είστε βέβαιοι ότι πολλοί, ανάμεσα σ' αυτούς και γιατροί, θα συμφωνήσουν με τη γνώμη σας. Δεν υπάρχει λόγος να δώσετε λανθασμένες απαντήσεις. Μας ενδιαφέρει μόνο η γνώμη σας.  
Μην παραλείψετε καμιά απάντηση.

	1	2	3	4	5	6	
	συμφωνώ απόλυτα	συμφωνώ	μέλλον συμφωνώ	μέλλον διαφωνώ	διαφωνώ	διαφωνώ εντελώς	
Τα νεύρα - σπάνε συνήθως όταν οι άνθρωποι εργάζονται πολύ σκληρά.							<input type="checkbox"/> 6
Η ψυχική αρρώστια είναι μία αρρώστια σαν όλες τις άλλες.							<input type="checkbox"/> 7
Οι περισσότεροι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν είναι επικίνδυνοι.							<input type="checkbox"/> 8
Έστω και εάν οι άρρωστοι που βγαίνουν από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία φαίνονται να είναι εν τάξει, δε θα πρέπει να παντρεύονται.							<input type="checkbox"/> 9
Εάν οι γονείς αγαπούσαν περισσότερο τα παιδιά τους θα υπήρχε λιγότερη ψυχική αρρώστια.							<input type="checkbox"/> 10
Οι άνθρωποι που είναι ψυχικά άρρωστοι αφήνουν τα συναισθήματα τους να τους κατευθύνουν, τα κανονικά άτομα ελέγχουν την συμπεριφορά τους.							<input type="checkbox"/> 11
Οι άνθρωποι που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο δεν είναι περισσότερο επικίνδυνοι από το μέσο κανονικό άτομο.							<input type="checkbox"/> 12
Όταν κάποιος έχει ένα πρόβλημα ή μια στεναχώρια, το καλύτερο είναι να μην το σκέπτεται, αλλά να απασχολείται διαρκώς με πιο ευχάριστα πράγματα.							<input type="checkbox"/> 13
Αν και δεν έχουν συνήθως επίγνωση τούτου πολλοί άνθρωποι γίνονται ψυχικά άρρωστοι για να αποφύγουν τα δύσκολα προβλήματα της καθημερινής ζωής.							<input type="checkbox"/> 14
Είναι εύκολο να αναγνωρίσεις κάποιον που κάποτε αρρώστησε από σοβαρή ψυχική αρρώστια.							<input type="checkbox"/> 15
Υπάρχει κάτι γύρω από τους ψυχικά αρρώστους που τους κάνει να ξεχωρίζουν από τους άλλους ανθρώπους.							<input type="checkbox"/> 16
Αν και οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία συμπεριφέρονται με παράδοξους τρόπους, δεν είναι σωστό να γελάμε με αυτούς.							<input type="checkbox"/> 17
Οι περισσότεροι ψυχικά άρρωστοι επιθυμούν να εργασθούν.							<input type="checkbox"/> 18
Τα μικρά παιδιά των αρρώστων που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, δε θα πρέπει να τα αφήνουν να τους επισκέπτονται.							<input type="checkbox"/> 19
Οι άνθρωποι που είναι επιτυχημένοι στην δουλειά τους, σπάνια αρρωσταίνουν ψυχικά.							<input type="checkbox"/> 20
Οι άνθρωποι δεν θα αρρώσταιναν ψυχικά, εάν απέφευγαν κακές σκέψεις.							<input type="checkbox"/> 21

	1	2	3	4	5	6	
	συμφωνώ απολύτα	συμφωνώ	μέλλον συμφωνώ	μέλλον διαφωνώ	διαφωνώ	διαφωνώ εντελώς	
Οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι από πολλές πλευρές σαν παιδιά.							<input type="checkbox"/> 22
Περισσότερα χρήματα από τον κρατικό προϋπολογισμό θα πρέπει να ξοδεύονται για τη φροντίδα και την θεραπεία εκείνων που πάσχουν από σοβαρή ψυχική αρρώστια.							<input type="checkbox"/> 23
Ένας καρδιοπαθής έχει μια μόνο βλάβη, ενώ ο ψυχικά άρρωστος είναι τελείως διαφορετικός από τους άλλους αρρώστους.							<input type="checkbox"/> 24
Οι ψυχικά άρρωστοι προέρχονται από οικογένειες όπου οι γονείς έδειξαν λίγο ενδιαφέρον για τα παιδιά τους.							<input type="checkbox"/> 25
Οι ψυχικά άρρωστοι δε θα πρέπει να νοσηλεύονται στο ίδιο νοσοκομείο με αρρώστους που πάσχουν από σωματική αρρώστια.							<input type="checkbox"/> 26
Κάθε ένας που κάνει σκληρή προσπάθεια να καλύτερέψει τον εαυτό του, αξίζει το σεβασμό των άλλων.							<input type="checkbox"/> 27
Εάν τα νοσοκομεία μας είχαν πολύ καλά εκπαιδευμένους γιατρούς και αδελφές πολλοί από τους αρρώστους θα γίνονταν καλά ώστε να ζουν έξω από το νοσοκομείο.							<input type="checkbox"/> 28
Θα ήταν ανόητη μια γυναίκα που θα παντρευόταν έναν άντρα που έπασχε από μια σοβαρή ψυχική αρρώστια έστω και αν έδειχνε ότι είχε πλήρως αποκατασταθεί.							<input type="checkbox"/> 29
Εάν τα παιδιά ψυχικά αρρώστων γονέων αναλαμβάνονταν από υγιείς γονείς, πιθανώς δε θα αρρώδαταν ψυχικά.							<input type="checkbox"/> 30
Οι άνθρωποι που έχουν νοσηλευτεί σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, ποτέ δε θα ξαναγίνουν ο παλιός εαυτός τους.							<input type="checkbox"/> 31
Πολλοί ψυχικά άρρωστοι είναι ικανοί για εξειδικευμένη εργασία, ακόμη και εάν είναι κατά κάποιο τρόπο ψυχικά διαταραγμένοι.							<input type="checkbox"/> 32
Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μας μοιάζουν περισσότερο με φυλακές παρά με χώρους όπου ψυχικά άρρωστα άτομα μπορούν να τύχουν της αναγκαίας φροντίδας.							<input type="checkbox"/> 33
Όποιος είναι σε ψυχιατρικό νοσοκομείο δε θα πρέπει να του επιτρέπεται να ψηφίζει.							<input type="checkbox"/> 34
Η ψυχική αρρώστια πολλών ατόμων οφείλεται σε χωρισμό ή διαζύγιο των γονέων του στην παιδική ηλικία.							<input type="checkbox"/> 35



	1	2	3	4	5	6	
	συμφωνώ απόλυτα	συμφωνώ	μάλλον συμφωνώ	μάλλον διαφωνώ	διαφωνώ	διαφωνώ εντελώς	
Ο καλύτερος τρόπος να χειριστούμε αρρώστους ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι να τους έχουμε πίσω από κλειστές πόρτες.							<input type="checkbox"/> 36
Το να νοσηλευτεί κανείς σε ψυχιατρικό νοσοκομείο σημαίνει αποτυχία στη ζωή.							<input type="checkbox"/> 37
Στους αρρώστους ψυχιατρικών νοσοκομείων θα πρέπει να δίνεται περισσότερος χώρος για ιδιωτική τους χρήση.							<input type="checkbox"/> 38
Εάν ένας άρρωστος σε ψυχιατρικό νοσοκομείο χτυπήσει κάποιον θα πρέπει να τιωρηθεί για να μην το ξανακάνει.							<input type="checkbox"/> 39
Εάν τα παιδιά υγιών γονέων αναλαμβάνονταν από ψυχικά αρρώστους γονείς θα γίνονταν πιθανώς ψυχικά άρρωστα.							<input type="checkbox"/> 40
Κάθε ψυχιατρικό νοσοκομείο θα πρέπει να περιβάλλεται από ψηλά κάγκελα και φύλακες.							<input type="checkbox"/> 41
Ο νόμος θα πρέπει να επιτρέπει μια γυναίκα να χωρίζει από τον άντρα της αμέσως μετά τον εγκλεισμό του σε ψυχιατρικό νοσοκομείο για σοβαρή ψυχική αρρώστια.							<input type="checkbox"/> 42
Οι άνθρωποι που δεν μπορούν να εργασθούν εξ αιτίας ψυχικής αρρώστιας θα πρέπει να παίρνουν χρήματα για να ζήσουν.							<input type="checkbox"/> 43
Η ψυχική αρρώστια συνήθως σφειλεται σε κάποια πάθηση του νευρικού συστήματος.							<input type="checkbox"/> 44
Άσχετα πώς το βλέπετε, οι άρρωστοι με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν είναι πραγματικοί άνθρωποι.							<input type="checkbox"/> 45
Τις περισσότερες γυναίκες που κάποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο μπορούν να τις εμπιστευούνται να προσέχουν τα μικρά παιδιά (μπεϊμπυ-σίττερς).							<input type="checkbox"/> 46
Οι περισσότεροι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν ενδιαφέρονται για την εμφάνισή τους.							<input type="checkbox"/> 47
Οι άνθρωποι των γραμμάτων, οι Καθηγητές, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν ψυχικά άρρωστοι από τους επιχειρηματίες.							<input type="checkbox"/> 48
Πολλοί άνθρωποι που ουδέποτε νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο είναι περισσότερο ψυχικά άρρωστοι από πολλούς νοσηλευμένους ψυχικά αρρώστους.							<input type="checkbox"/> 49

	1	2	3	4	5	6	
	συμφωνώ απόλυτα	συμφωνώ	μέλλον συμφωνώ	μέλλον διαφωνώ	διαφωνώ	διαφωνώ εντελώς	
Αν και ορισμένοι ψυχοπαθείς φαίνονται εντάξει, είναι επικίνδυνο να ξεχάσουμε προς στιγμήν ότι είναι ψυχικά άρρωστοι.							<input type="checkbox"/> 50
Μερικές φορές η ψυχική αρρώστια αποτελεί τιμορία για κακές πράξεις.							<input type="checkbox"/> 51
Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μας θα πρέπει να οργανωθούν κατά τέτοιο τρόπο ώστε να κάνουν τον άρρωστο να αισθάνεται, όσο το δυνατό, σαν να ζει στο σπίτι του.							<input type="checkbox"/> 52
Μια από τις κυριότερες αιτίες τς ψυχικής αρρώστιας είναι η έλλειψη ηθικής δύναμης ή δύναμης θελήσεως.							<input type="checkbox"/> 53
Δεν μπορούν να γίνουν πολλά πράγματα για τους αρρώστους σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο, εκτός από το να ζούνε άνετα και να τρώνε καλά.							<input type="checkbox"/> 54
Πολλοί ψυχικά άρρωστοι θα παρέμεναν στο νοσοκομείο μέχρι να γίνουν καλά ακόμη και εάν οι πύρτες δεν ήταν κλειδαμένες.							<input type="checkbox"/> 55
Όλοι οι άρρωστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία θα πρέπει να εμπροδιατούν να έχουν παιδιά, με μία ανώδυνη εγχείρηση (στείρωση).							<input type="checkbox"/> 56

57-58 A

59-60 B

61-62 Γ

63-64 Δ

65-66 E