

*ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ*

*ΣΧΟΛΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ*

*ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ*

*ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ*

*Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ  
ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ*

*ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΚΟΥΤΛΑ ΚΑΤΕΡΙΝΑ  
ΣΚΟΥΦΕΤΣΗ ΘΩΜΑΗ*

*ΠΑΤΡΑ  
2001*

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>4</b>
<b>ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ</b>	<b>4</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ</b>	<b>5</b>
<b>ΠΙΝΑΚΕΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ</b>	<b>6</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ</b>	<b>7</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ I</b>	<b>8</b>
<b>1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>8</b>
<b>3. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ</b>	<b>10</b>
<b>4. ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ</b>	<b>11</b>
<b>5. ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΕΤΑΞΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ</b>	<b>18</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ II: ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>19</b>
<b>1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΩΝ Κ.Ψ.Υ</b>	<b>19</b>
<b>2. ΣΚΟΠΟΣ, ΣΤΟΧΟΙ, ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ Κ.Ψ.Υ</b>	<b>21</b>
<i>α. Σκοπός του Κέντρου Ψυχικής Υγείας</i>	<i>21</i>
<i>β. Στόχοι του Κέντρου Ψυχικής Υγείας.</i>	<i>22</i>
<i>γ. Βαθμίδες Πρόληψης</i>	<i>24</i>
<i>i. Πρωτογενής Πρόληψη</i>	<i>24</i>
<i>ii. Δευτερογενής Πρόληψη</i>	<i>25</i>
<i>iii. Τριτογενής πρόληψη</i>	<i>25</i>
<i>δ. Αρχές του Κέντρου Ψυχικής Υγείας</i>	<i>26</i>
<i>ε. Λειτουργίες του Κέντρου Ψυχικής Υγείας</i>	<i>28</i>
<b>3. ΔΟΜΗ ΤΟΥ Κ.Ψ.Υ</b>	<b>29</b>
<b>4. ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΟΥ Κ.Ψ.Υ. ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>32</b>
<b>5. ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>33</b>
<b>6. ΡΟΛΟΣ ΛΟΙΠΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ ΣΤΟ Κ.Ψ.Υ</b>	<b>35</b>
<i>α. Ομάδα Ψυχικής Υγείας</i>	<i>35</i>
<i>β. Ψυχίατρος</i>	<i>36</i>
<i>γ. Ψυχολόγος</i>	<i>37</i>
<i>δ. Επισκέπτης Υγείας</i>	<i>38</i>
<i>ε. Λογοθεραπευτής</i>	<i>39</i>
<i>ζ. Ο\Η Εργοθεραπευτής</i>	<i>40</i>
<i>η. Ο\Η Κοινωνικός Λειτουργός</i>	<i>41</i>
<b>7. ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ</b>	<b>43</b>
<b>8. Κ.Ψ.Υ ΗΜΙΑΣΤΙΚΩΝ – ΑΓΡΟΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΟΧΩΝ</b>	<b>44</b>
<b>9. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ</b>	<b>46</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ III: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>51</b>
<b>1. ΓΕΝΙΚΑ</b>	<b>51</b>

2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΤΟΜΑ	54
3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΜΑΔΑ.	58
4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ	62
5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	66
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b>	<b>69</b>
1. ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	69
2. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΕΥΝΑΣ	70
3. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	71
4. ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	72
5. ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ	73
6. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	75
7. ΠΛΑΙΣΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ	76
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ V: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</b>	<b>77</b>
1. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ	77
2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	79
α. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	79
i. Δημογραφικά στοιχεία	79
ii. Ερωτήσεις ερωτηματολογίου	82
β. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ	105
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b>	<b>110</b>
1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	110
2. ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	119
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	<b>121</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>130</b>

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

### **ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ**

Η ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής εργασίας στηρίχθηκε στην συλλογική δουλειά και στην πολύτιμη συνεργασία προσώπων και υπηρεσιών.

Γι' αυτό τον λόγο θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους εκείνους που μας βοήθησαν στην διεκπεραίωση της πτυχιακής μας ,καθώς και αυτούς που μας συμπαραστάθηκαν ηθικά σε αυτή μας την προσπάθεια.

Ειδικότερα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε :

Την κυρία Παπαδοπούλου Χρυσή ,καθηγήτρια εφαρμογών του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι Πάτρας που δέχτηκε με μεγάλη χαρά το θέμα και για τις πρόσθετες ιδέες που μας έδωσε έτσι ώστε να γίνει πιο ενδιαφέρον, για την ενημέρωση, προσανατολισμό και την επιστημονική της καθοδήγηση.

Τον κύριο Κουτσογιάννη Κωνσταντίνο,ερευνητή για την επιστημονική του καθοδήγηση στο ερευνητικό μέρος της πτυχιακής, τις πολύτιμες συμβουλές του, καθώς επίσης για την επαγγελματική του συνέπεια και προθυμία.

Τέλος τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας της Ελλάδας που ανταποκρίθηκαν σε αυτή μας την προσπάθεια ,απαντώντας στα ερωτηματολόγια που τους στείλαμε.

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Ο χώρος της Ψυχικής Υγείας είναι ένα θέμα που μας κίνησε το ενδιαφέρον κατά την διάρκεια των σπουδών μας .

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας αποτελούν ένα από τα πλαίσια που δημιουργήθηκαν προκειμένου να αντιμετωπίσουν την ψυχική ασθένεια και στα οποία η συμβολή των Κοινωνικών Λειτουργών είναι ιδιαίτερα σημαντική.

Οι πολύτιμες γνώσεις που αποκτήσαμε κατά την διάρκεια των σπουδών μας στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας των Τ.Ε.Ι Πάτρας ,εμπλουτίστηκαν μέσα από την μελέτη που κάναμε για την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας .

Τα βιβλία και οι μελέτες που διαβάσαμε για τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και την Ψυχική Υγεία γενικότερα και η έρευνα που πραγματοποιήσαμε μεσώ ερωτηματολογίων, μας έδωσαν την ευκαιρία να γνωρίσουμε ακόμα περισσότερα για τον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού και να συνειδητοποιήσουμε τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο Κοινωνικός Λειτουργός σε ένα τέτοιο χώρο.

Το σημαντικότερο όμως είναι ότι γνωρίσαμε καλύτερα τον τρόπο λειτουργίας των συγκεκριμένων κέντρων και διαχωρίσαμε τον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού από αυτόν των άλλων ειδικοτήτων που ασχολούνται με θέματα ψυχικής υγείας ,δίνοντας έτσι μια πιο συγκεκριμένη εικόνα για τις υπηρεσίες που προσφέρουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας .

## ΠΙΝΑΚΕΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	11	46
ΠΟΛΥ	5	21
ΑΡΚΕΤΑ	3	12
ΛΙΓΟ	4	17
ΚΑΘΟΛΟΥ	1	4
ΣΥΝΟΛΟ	24	100%

Αριθμός	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΠΟΛΥ	ΑΡΚΕΤΑ	ΛΙΓΟ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ
30-40 ετών	7	3	5	1	0	16
41-50 ετών	3	2	3	0	0	8
ΣΥΝΟΛΟ	10	5	8	1	0	24

## **ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ**

**Κ.Λ.:** Κοινωνικός Λειτουργός

**Κ.Ψ.Υ:** Κέντρα Ψυχικής Υγείας

**Κ.Ε:** Κοινωνική Εργασία

**Κ.Ε.Α.:** Κοινωνική Εργασία με Άτομα

**Κ.Ε.Ο.:** Κοινωνική Εργασία με Ομάδες

**Κ.Ε.Κ.:** Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα

**Π.Ε.:** Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση

**Τ.Ε.:** Τεχνολογική Εκπαίδευση

**Δ.Ε.:** Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση

**Υ.Ε.:** Υποχρεωτική Εκπαίδευση

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι**

### **1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Στο θεωρητικό μέρος της παρούσας μελέτης, γίνεται προσπάθεια να δοθεί μια ενδεικτική εικόνα του τρόπου λειτουργίας ενός Κέντρου Ψυχικής Υγείας αλλά και του ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού μέσα στο πλαίσιο αυτό.

Πιο αναλυτικά, στο δεύτερο κεφάλαιο της μελέτης παρουσιάζεται μια ιστορική αναδρομή του Κ.Ψ.Υ., η δομή του, αλλά και οι σχέσεις του με άλλες υπηρεσίες υγείας και με την Κοινότητα. Στο ίδιο κεφάλαιο αναφέρονται ο σκοπός, οι στόχοι, οι αρχές και οι λειτουργίες του Κ.Ψ.Υ., όπως και η στελέχωση του και ο ρόλος της κάθε ειδικότητας μέσα στο πλαίσιο αυτό. Τέλος, αναφέρεται η σχέση του Κ.Ψ.Υ. με τον θεσμό του εθελοντισμού, διευκρινίζονται κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του Κ.Ψ.Υ. ημιαστικών ή αγροτικών περιοχών και παρουσιάζονται οι υπηρεσίες που παρέχονται από τα Κ.Ψ.Υ. στον εξυπηρετούμενο από αυτά πληθυσμό.

Στο τρίτο κεφάλαιο της μελέτης, και αφού γίνεται κατανοητή από τον αναγνώστη η έννοια του θεσμού του Κ.Ψ.Υ. αλλά και η χρησιμότητα του για το σύνολο, επιχειρείται να παρουσιαστεί με πιο εξειδικευμένο τρόπο ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο Κ.Ψ.Υ., δηλαδή οι υπηρεσίες που παρέχει ο Κ.Λ. σαν μεμονωμένη ειδικότητα του Κ.Ψ.Υ. αλλά και ο τρόπος με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες αυτές και το όφελος που προκύπτει στον εξυπηρετούμενο πληθυσμό.



## **2. ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ**

Στη σύγχρονη εποχή οι ραγδαίες εξελίξεις που σημειώνονται σε όλους τους τομείς, δημιουργούν στρεσογόνες καταστάσεις και πολλές φορές οδηγούν τους ανθρώπους σε ψυχικές διαταραχές ή άλλα προβλήματα γενικής ή ειδικότερης φύσεως που χρήζουν επαγγελματικής αντιμετώπισης.

Αντί των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων και του εγκλεισμού που αυτά συνεπάγονται, την απάντηση έρχονται σήμερα να δώσουν τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας που αντιμετωπίζουν ή και προλαμβάνουν τις παραπάνω καταστάσεις μέσα στο περιβάλλον του εξυπηρετούμενου με διαφορετικές και πιο σύγχρονες μεθόδους και πρακτικές. Πιο συγκεκριμένα, οι προσφερόμενες υπηρεσίες των Κ.Ψ.Υ. ήταν από τις πρώτες στην Ελλάδα που προσέγγιζαν τους ψυχικά ασθενείς, ψυχοθεραπευτικά και επιδίωκαν την κοινωνική και επαγγελματική τους αποκατάσταση. (Γακίδη Μ.,Μιχαλιά Δ.,1989 )

Από το 1978 άρχισαν να παρουσιάζονται στην Ελλάδα καινούργια Κ.Ψ.Υ. στελεχωμένα με κατάλληλο επιστημονικό προσωπικό όπως ψυχίατρους, ψυχολόγους, ειδικούς παιδαγωγούς, κοινωνικούς λειτουργούς, εργοθεραπευτές, επισκέπτες υγείας και λογοθεραπευτές. Ο κάθε ειδικός θέτει τις γνώσεις του και τις δεξιότητές του μέσα στην ομάδα, για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση των περιστατικών.

Το πρόβλημα εντοπίζεται πρώτα στη διευκρίνιση του θεσμού του Κ.Ψ.Υ., δηλαδή ποιόν ρόλο επιτελεί σήμερα, τι υπηρεσίες παρέχει και ποιοι οι στόχοι, οι αρχές και οι σκοποί του. Κύρια όμως αφορμή για να γίνει ο ρόλος του Κ.Λ. στα Κ.Ψ.Υ. αντικείμενο της μελέτης αυτής, ήταν το γεγονός ότι, τόσο οι υπηρεσίες που παρέχει σαν μεμονωμένη ειδικότητα του Κ.Ψ.Υ., όσο και η συμμετοχή του στη διεπιστημονική ομάδα και γενικά η δράση του σε ένα πλαίσιο κοινοτικής ψυχικής υγείας δεν έχουν διευκρινιστεί. (Λυμπεράκης Α., 1987 )

### **3. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη του θεσμού των Κέντρων Ψυχικής Υγείας και του ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού μέσα σ' αυτά

Πιο συγκεκριμένα, γίνεται προσπάθεια να καλυφθούν οι εξής στόχοι:

α) Να γίνει μια, όσο το δυνατό, αναλυτική περιγραφή του Κ.Ψ.Υ. σαν κοινοτικό πλαίσιο παροχής υπηρεσιών

β) Να σκιαγραφηθούν οι δραστηριότητες του Κ.Λ. στο παραπάνω πλαίσιο, μέσα από την υπάρχουσα έως τώρα βιβλιογραφία

γ) Να ερευνηθεί στην πράξη η δράση αλλά και οι προοπτικές του Κ.Λ. των Κ.Ψ.Υ., μέσω των ερωτηματολογίων που δόθηκαν σε όλους τους επαγγελματίες Κ.Λ. των Κ.Ψ.Υ. της Ελλάδας

δ) Να διατυπωθούν τα σχετικά συμπεράσματα, βάσει των δεδομένων που προέκυψαν από την έρευνα

ε) Να διατυπωθούν εισηγήσεις και προτάσεις σχετικές με το θέμα.

## **4. ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ**

Στο κεφάλαιο αυτό παραθέτονται κάποιοι βασικοί ορισμοί που θεωρούνται απαραίτητοι για την καλύτερη κατανόηση της παρούσας μελέτης :

- **ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**

Ψυχική υγεία, σύμφωνα με το Μάνο(1987,σελ174), είναι μια κατάσταση ισορροπίας και εσωτερικής αρμονίας, στην οποία ένα άτομο είναι ικανό να λειτουργεί άνετα μέσα στο κοινωνικό του περιβάλλον και να πετυχαίνει εξίσου καλά σε όλους τους τομείς της ζωής του.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, η ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην Κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα.(Μαδιανός, 1989 ,τόμος Α, σελ31)

- **ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ**

Ως ψυχική υγιεινή, αναφέρονται οι συνθήκες και οι πρακτικές που συντελούν στην εγκατάσταση και διατήρηση της ψυχικής υγείας. Είναι η πρακτική προσπάθεια πρόληψης και πρόωξης θεραπείας των ψυχικών νόσων.(Μάνος Ν.,1987,σελ .174)

- **ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ**

Η Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή περιέχει ένα σύνολο απαραίτητων ενεργειών, για την ανάπτυξη κάθε προγράμματος μέσα στην κοινότητα, οι οποίες εφαρμόζονται έξω από τα πλαίσια των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Επίσης επηρεάζουν κάθε κοινοτική προσπάθεια για διασφάλιση της ψυχικής υγείας των μελών της. Η κοινοτική ψυχική υγιεινή περικλείει ένα μεγάλο φάσμα δυνάμεων μέσα στην κοινότητα που στοχεύουν στη θετική προαγωγή της ψυχικής υγείας των μελών της ομάδας. Βασική ιδεολογία της είναι ότι, οι ψυχικές ασθένειες δεν διαφέρουν από όλες τις άλλες και ότι μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσα στα πλαίσια της κοινότητας, με τη βοήθεια αυτής.

- **ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ**

Κοινοτική ψυχιατρική είναι ένας ευρύς όρος που αναφέρεται στη χρήση όλων των διαθέσιμων δυνάμεων, πόρων και τεχνικών που ευοδώνουν την οικονομικά εφικτή θεραπεία του ψυχιατρικά αρρώστου στην κοινότητά του. (Μιχάλης Γ. Μαδιανός 1989, τόμος Β, σελ 28)

Ακόμη, ο όρος της κοινοτικής ψυχιατρικής αναφέρεται και ως κλάδος της ψυχιατρικής που εστιάζεται στη διερεύνηση, αναγνώριση, πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών μέσα στην κοινότητα, παρά μέσα στα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα.(Μάνος Α., 1987, σελ 61)

- **ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Είναι ένα κέντρο που βρίσκεται στην κοινότητα και χρησιμεύει σαν τόπος παροχής των διάφορων υπηρεσιών κοινοτικής ψυχιατρικής. Συνήθως το Κ.Κ.Ψ.Υ. εξυπηρετεί μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή. Σε πλήρη ανάπτυξη το Κ.Κ.Ψ.Υ. προσφέρει τουλάχιστον 10 υπηρεσίες.

- Ø Νοσηλευτική εξωτερικών ασθενών(με ποικιλία θεραπειών)
- Ø Μερική νοσηλεία
- Ø Επείγουσα παρέμβαση
- Ø Συμβουλευτική και εκπαιδευτική παιδοψυχιατρική και γηροψυχιατρική
- Ø Αποκατάσταση χρόνιων ασθενών
- Ø Αντιμετώπιση κατάχρησης/εξάρτησης αλκοόλ και διάφορων ουσιών.
- Ø Συμβουλευτική προς τις δημόσιες υπηρεσίες της κοινότητας(δικαστήρια, σχολεία κ.λ.π.)
- Ø Μετανοσοκομειακή παρακολούθηση

(Μάνος Ν., 1987,σελ 60-61)

- ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

- ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Σύμφωνα με τον Παπαδάτο(1989)το είδος της πρόληψης αυτής έχει σαν στόχο την βελτίωση των οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών της ζωής του ατόμου. Περιλαμβάνει πλήθος δραστηριοτήτων, οι οποίες δεν αποδεικνύονται πάντα αποτελεσματικές.(Γακίδη Μ., Μιχαλιά Δ., 1989, σελ 5)

- ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη αυτή στοχεύει σε άτομα που ήδη νοσούν, ώστε να βοηθηθούν εγκαίρως . Το κύριο προληπτικό έργο περιλαμβάνει την έγκαιρη παραπομπή ατόμων που νοσούν ψυχικά, την τακτική τους παρακολούθηση με πρόληψη των υποτροπών τους και τη λειτουργία ψυχιατρικών μονάδων σε Γενικά Νοσοκομεία. (Μιχάλης Γ. Μαδιανός , 1989, τόμος Β, σελ 38)

- ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη του τύπου αυτού περιλαμβάνει όλες τις αναγκαίες μεθόδους και τεχνικές για την μείωση των επιπτώσεων από τη διαδικασία της αρρώστιας με παράλληλη την κοινωνική ενσωμάτωση του αναπήρου. Έχει στόχο όχι μόνο την εκπαίδευση του ατόμου, για να προσαρμοστεί στο περιβάλλον, αλλά και παρέμβαση στο άμεσο περιβάλλον του ατόμου και την κοινότητα, με στόχο την ενίσχυση της κοινωνικής του επανένταξης. (Μιχάλης Γ. Μαδιανός ,1989, τόμος Β, σελ 38)

- ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

Είναι ο Κοινωνικός Λειτουργός που έχει ειδικευτεί στην ψυχική υγεία .Αρμοδιότητά του είναι η αξιολόγηση της πάθησης του ασθενή, σε σχέση με τους παράγοντες που την επηρεάζουν (οικογενειακοί, περιβαλλοντολογικοί, κοινωνικοί). Του παρέχεται η δυνατότητα να προβαίνει σε διαγνωστική συνέντευξη, καθώς και στην

παρακολούθηση και συμβουλευτική των ψυχικά ασθενών. Επίσης έχει τη δυνατότητα για ατομική, ομαδική, και οικογενειακή ψυχοθεραπεία και συμμετοχή στις οργανώσεις της κοινότητας. (Μάνος Α., 1987, σελ 260-261)

- **ΝΕΥΡΩΣΗ**

Νεύρωση είναι μια ψυχική διαταραχή, η οποία μπορεί να έχει, είτε ψυχολογικές, είτε οργανικές αιτίες. Η νεύρωση δεν αποτελεί σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή και ο νευρωτικός άρρωστος έχει επίγνωση της κατάστασης του και συνήθως γυρεύει βοήθεια. Βασικό χαρακτηριστικό των νευρώσεων είναι το άγχος που οφείλεται σε μια εσωτερική διαμάχη και συνήθως έχει την προέλευσή του σε ένα παιδικό τραύμα που δεν ξεπεράστηκε, αλλά απωθήθηκε στο ασυνείδητο.

(Χαρτοκόλλης Π. ,1989, σελ 88-89)

- **ΨΥΧΩΣΗ**

Οι ψυχώσεις είναι οι πιο βαριές μορφές ψυχικών διαταραχών και μπορούν να αποδοθούν, είτε σε οργανικά, είτε σε ψυχοκοινωνικά αίτια. Κοινό χαρακτηριστικό των ψυχώσεων είναι η απώλεια επαφής του πάσχοντος με την πραγματικότητα και η ελάχιστη ή ακόμη και καμία επίγνωση, τόσο της φύσης, όσο και της σοβαρότητας της πάθησης του. Ο ψυχωσικός δεν μπορεί να ανταποκριθεί σε επαγγελματικές και κοινωνικές απαιτήσεις.

(Παρασκευόπουλος Ι. ,1988, σελ 18)

- **ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ**

Νοητική καθυστέρηση είναι μια κατάσταση που οφείλεται σε ανεπαρκή ανάπτυξη των διανοητικών λειτουργιών ενός ατόμου που δεν του επιτρέπει να αποκτήσει όσες γνώσεις του χρειάζονται για να ξεπεράσει την ανάγκη για καθοδήγηση και προστασία που έχει κάθε άνθρωπος στα πρώτα χρόνια της ζωής του. Μόνο σε ένα 25% των περιπτώσεων η νοητική καθυστέρηση συνδέεται με κάποια γνωστή βιολογική

ανωμαλία, ανεξάρτητα όμως από τη νοσηρή ή όχι προέλευσή της, η διανοητική καθυστέρηση δεν συνεπάγεται αναγκαστικά ψυχιατρική διαταραχή, εκτός από μια δυσκολία προσαρμογής, που αντανακλά λίγο-πολύ στη συμπεριφορά του ατόμου με νοητική καθυστέρηση.

(Χαρτοκόλλης Π, 1989, σελ 236)

- ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

Όλες οι μαθησιακές λειτουργίες όπως η ανάγνωση, η γραφή, η ορθογραφία, κλπ είναι στην ουσία εξειδικευμένες εγκεφαλικές λειτουργίες που εκφράζονται από ιδιαίτερα κυκλώματα του εγκεφάλου. Παθήσεις των κυκλωμάτων αυτών από εγκεφαλικές, οργανικές βλάβες προκαλούν στο παιδί μαθησιακές δυσκολίες που εκφράζονται με: δυσκολία στην γραφή (ορθογραφία, αντιγραφή, κλπ), δυσκολία στην ανάγνωση, ανομοιογενή επίδοση στα διάφορα μαθήματα, κα.

(Καΐλα-Πολεμικός -Φιλίππου, 1995)

- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Στην ψυχοπαθολογία, πολλές φορές σκόπιμο είναι να αποφεύγεται η χρήση των όρων της κλασικής ψυχιατρικής και κλινικής ψυχολογίας, γιατί οι όροι αυτοί, από τη μακρόχρονη χρήση τους, ενέχουν μεγάλη αρνητική θυμική φόρτιση. Έτσι η ψυχική διαταραχή πχ. είναι προτιμότερο να αποδίδεται με τον ηπιότερο και πολύσημο όρο **προβληματική συμπεριφορά**. Επίσης αντί των γενικών διαγνωστικών όρων (πχ αγχώδης νεύρωση, σχιζοφρένια) είναι προτιμότερο να γίνεται αναλυτική περιγραφή των συγκεκριμένων συμπτωμάτων της προβληματικής συμπεριφοράς

(Παρασκευόπουλος Ι, 1988, σελ 27)

- **ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η θεραπεία αυτού του είδους έχει σκοπό τη δημιουργία μιας προστατευτικής, καθοδηγητικής σχέσης με ένα σταθερό αντικείμενο στο πρόσωπο του οποίου να βρίσκεται ο άρρωστος το μέτρο του εαυτού του, που δεν μπορεί να βρει μόνος του. Βασικά στοιχεία αυτής της θεραπείας είναι η οριοθέτηση της ζωής του ασθενή, η συμβουλή, η ενθάρρυνση μιας σωστής επικοινωνιακής συμπεριφοράς και η φιλική αλλά και δίκαιη κριτική των παραδρομών του συναισθήματος και της σκέψης.

(Χαρτοκόλλης Π , 1989, σελ 263)

- **ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η Συμβουλευτική θεραπεία αφορά την προώθηση ή αποκατάσταση της ψυχικής υγείας του ανθρώπου (ή ομάδας ανθρώπων) η οποία έχει διαταραχθεί από ποικίλες περιβαλλοντικές επιδράσεις ή από εσωτερικές συγκρούσεις. Στη Συμβουλευτική θεραπεία η σχέση ψυχολογικού συμβούλου και συμβουλευόμενου είναι βασική. (Μαλικιώση-Λοίζου, 1996, σελ 15)

- **ΣΥΣΤΗΜΙΚΗ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Στα πλαίσια της Συστημικής –οικογενειακής θεραπείας η οικογένεια που προσέρχεται αντιμετωπίζεται σαν ένα σύστημα σχέσεων, ανάμεσα στα μέλη, στο οποίο σύστημα υπάρχει πρόβλημα (το «πρόβλημα» δεν εντοπίζεται σε ένα μέλος )και το οποίο πρέπει να συμμετέχει στο σύνολό του στη διαδικασία της θεραπείας, ώστε να επιτευχθεί η αλλαγή των σχέσεων. Στη Συστημική θεραπεία συχνά παρατηρείται το φαινόμενο, ο θεραπευτής να γίνεται μέλος του «συστήματος». ( Napier A., 1997 )



- ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ως αποκατάσταση ορίζεται η επιτυχημένη τοποθέτηση του ατόμου σε όσο το δυνατόν περισσότερο περιοριστικό περιβάλλον, όπου θα έχει τη δυνατότητα να αξιοποιήσει όλες τις κοινωνικές, επαγγελματικές και προσωπικές ικανότητές του.

(Παπαδάτος Γ. , 1988 , σελ 166 )

- ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Πρόκειται για παρέμβαση στα πλαίσια μιας κοινότητας με την ανάπτυξη συγκεκριμένων προγραμμάτων για τον πληθυσμό της. Τα προγράμματα αυτά ως κύριους στόχους έχουν : την προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού μέσα από την αλλαγή του περιβάλλοντος και του συστήματος, την προστασία των ειδικών ομάδων ή των ομάδων υψηλού κινδύνου (όσον αφορά ψυχικές ασθένειες, ή γενικότερα προβλήματα συμπεριφοράς ) και την έγκαιρη αναγνώριση και επίλυση προβλημάτων με ψυχοκοινωνικό περιεχόμενο. Κατεξοχήν φορείς κοινοτικής παρέμβασης είναι τα Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

( Μιχάλης Γ. Μαδιανός ,1989 )

- ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ Ή ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ)

Πρόκειται για τμήμα του Κ.Ψ.Υ. στο οποίο υπάρχει η δυνατότητα νοσηλείας ενός μικρού αριθμού αρρώστων οι οποίοι έχουν ανάγκη άμεσης εισαγωγής σε ψυχιατρικό ίδρυμα το οποίο όμως δεν υπάρχει στην περιοχή ή δεν είναι συνδεδεμένο διοικητικά με το Κ.Ψ.Υ. Ο αριθμός των νοσηλευομένων δεν υπερβαίνει συνήθως τους 5 ή τους 10. Η δημιουργία 24ωρης ή νυχτερινής μονάδας νοσηλείας επιλέγεται όταν έχουν εξαντληθεί άλλες εναλλακτικές λύσεις, όπως η διασύνδεση με μονάδα στο Γενικό Νοσοκομείο ή Μετανοσοκομειακό Ξενώνα . Αντίθετα θα πρέπει να θεωρηθεί αναγκαία η λειτουργία Ημερήσιου Θεραπευτικού Προγράμματος σε κάθε Κ.Ψ.Υ. (Μιχάλης Γ. Μαδιανός , 1989, σελ 76 )

## 5. ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΕΤΑΞΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Η δοσμένη από τη βιβλιογραφία κατάσταση καθιστά δύσκολη μια τέτοιου είδους διαφοροποίηση. Και είναι σημαντικό να δηλωθεί προκαταβολικά, ότι οι διαφορές μεταξύ των δυο πλαισίων είναι ελάχιστες και τυπικές και ότι στην πράξη εκτελείται λίγο-πολύ το ίδιο έργο, τόσο από τα ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, όσο και από τα ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ.

Μία διαφορά που εύκολα εντοπίζεται είναι, ότι τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής αποτελούν Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου, ενώ τα Κοινωνικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας αποτελούν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Σχέδιο Νόμου: Για την ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό..., 1992, άρθρο 4)

Μια ακόμη διαφορά προκύπτει και από την ορολογία που χρησιμοποιείται για να διαχωριστούν τα πλαίσια αυτά (Κέντρο ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, Κέντρο ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ). Συγκεκριμένα, εφόσον ως «Ψυχική Υγεία» ορίζεται η κατάσταση ισορροπίας και εσωτερικής αρμονίας, στην οποία το άτομο μπορεί να λειτουργεί άνετα σε όλους τους τομείς της ζωής του (Μαδιανός Γ. Μιχάλης, 1989, τομος Α, σελ 31), το ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ τυπικά εξυπηρετεί αυτό το σκοπό, δηλαδή την αρμονική και επιτυχή διαβίωση του ατόμου μέσα στο κοινωνικό του περιβάλλον και την εξάλειψη, όσο αυτό είναι δυνατό, των παραγόντων που εμποδίζουν τη διαβίωση αυτή.

Περνώντας τώρα στα ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ και εξετάζοντας τον ορισμό «Ψυχική Υγιεινή», γίνεται κατανοητό ότι ο όρος αυτός παραπέμπει στην πρόληψη και στην πρόωμη θεραπεία των ψυχικών νόσων (Μάνος, 1987, σελ 174). Άρα, τυπικά πάντα, κύριο έργο του ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ είναι η πρόληψη, ώστε να μην δημιουργηθούν οι παράγοντες εκείνοι που θα διαταράξουν την ισορροπημένη διαβίωση του ατόμου στο περιβάλλον μέσα στο οποίο κινείται.

Συμπερασματικά λοιπόν, και πάντα με βάση τους παραπάνω ορισμούς θα μπορούσε να παρατηρηθεί ότι και τα δύο πλαίσια (Κ.Ψ.ΥΓΕΙΑΣ και Κ.Ψ.ΥΓΙΕΙΝΗΣ) εξυπηρετούν τον ίδιο σκοπό (άνετη διαβίωση του ατόμου στην κοινότητα) χρησιμοποιώντας όμως διαφορετικά μέσα (τα Κ.Ψ. Υγείας κατά κύριο λόγο την θεραπευτική παρέμβαση, ενώ τα Κ.Ψ. Υγιεινής την πρόληψη)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ: ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### **1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΩΝ Κ.Ψ.Υ**

Πριν από 30 χρόνια η ψυχιατρική υγιεινή ,η πρόληψη των ψυχιατρικών νόσων και η ψυχιατρική περίθαλψη ,όπως εννοούνται σήμερα ,ήταν ανύπαρκτα στην Ελλάδα. Στις αρχές του 1950 κανένα από τα σημερινά ψυχοφάρμακα δεν ήταν γνωστό.(Πεθεριώτη Κ.,1991)

Στον τομέα της πρωτοβάθμιας ψυχιατρικής περίθαλψης σημαντική υπήρξε η συμβολή των υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής ,διότι πρώτο αυτό στα μέσα της δεκαετίας του 1960 εισήγαγε υπηρεσίες άγνωστες μέχρι τότε στην Ελλάδα ,όπως μονάδα ημερήσιας περίθαλψης ,ψυχοθεραπευτική μονάδα ,μονάδες για παιδιά με ειδικά προβλήματα και άλλα.(Γακίδη Μ., Μιχαλιά Δ., 1989)

Όταν ιδρύθηκε το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής δεν υπήρχαν άλλες υπηρεσίες ,εκτός από τις κλινικές και τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία που να στοχεύουν στην πρόληψη ή στην καταστολή προβλημάτων ψυχικής υγείας . Για έναν ψυχικά ασθενή δεν υπήρχαν άλλες λύσεις εκτός από την εισαγωγή και την εγκατάσταση του σε κάποια κλινική ,ή την φαρμακευτική του παρακολούθηση από ιδιώτη ψυχίατρο.(Γακίδη Μ., Μιχαλιά Δ.,1989)

Στις αρχές του 1981 ,αναγνωρίζεται από το κράτος η ανάγκη του χωρισμού της ειδικότητας της ψυχιατρικής από την νευρολογία .

Ακόμα σημαντικότερος σταθμός είναι το 1983 όπου η Κυβέρνηση και κατ' επέκταση το κράτος αποφασίζουν ότι χρειάζεται επιτέλους μια ενιαία στρατηγική και εθνική πολιτική στον τομέα της υγείας ,με τον νόμο για το Ε.Σ.Υ (Εθνικό Σύστημα Υγείας ) Ορίζεται νομοθετικά και θεσμοθετείται μια επιτροπή για την Ψυχική Υγεία. Η επιτροπή της Ψυχικής Υγείας , γνωμοδοτικό όργανο στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας έχει ουσιαστικά την ευθύνη της χάραξης μιας ενιαίας πολιτικής στον τομέα της Ψυχικής Υγείας . ( Πεθεριώτη Κ., 1991 )

Συγκεκριμένα το άρθρο 21 του Νόμου 1397\83 που αφορά την Ψυχική Υγεία ,ορίζει την δημιουργία ψυχιατρικών τομέων στα Γενικά Νοσοκομεία ,Κέντρων Ψυχικής Υγείας και τρόπου διασύνδεσης των διαφόρων μονάδων υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση ΦΕΚ 26 Οκτωβρίου 1988 , τεύχος 2 , αριθμός φύλλου 777 , άρθρο 3

- 1 Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας αποτελεί αυτοτελή Διεύθυνση
  - 2 Η Υπηρεσία του Κέντρου Ψυχικής Υγείας απαρτίζεται από :
    - α) Ιατρεία Ψυχιατρικής και Παιδοψυχιατρικής
    - β) Μονάδα μερικής νοσηλείας ( ημερήσιας και νυχτερινής )
    - γ) Γραφεία Κοινωνικής Φροντίδας
    - δ) Γραφεία Γραμματείας
- ( Πεθεριώτη Κ.,1991)

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας αλλά και άλλες Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας που δημιουργήθηκαν , ξεκίνησαν από πρωτοβουλίες μικρών ομάδων ατόμων με ελάχιστη οικονομική βοήθεια ,οι οποίες έρχονταν σε αντίθεση με τον τρόπο εργασίας των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών ,των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων και των ψυχιατρικών ασύλων .Οι ανάγκες όμως που προέκυψαν στον πληθυσμό κατέστησαν αναγκαία την ύπαρξη τέτοιων υπηρεσιών.( Πεθεριώτη Κ., 1991 )

Μέχρι σήμερα η λειτουργία των Κέντρων Ψυχικής Υγείας έχει να παρουσιάσει μεγάλες αλλαγές στην δομή και τις υπηρεσίες που προσφέρει στην Κοινότητα. Στην Αθήνα ,στα Ιωάννινα ,στην Τρίπολη ,στα Χανιά και σε άλλες πόλεις της Ελλάδας λειτουργούν Κέντρα Ψυχικής Υγείας και έχουν πολλά να προσφέρουν στην πρόληψη ,διάγνωσή ,και θεραπεία των ψυχικά ασθενών , έτσι ώστε ο εγκλεισμός τους σε ίδρυμα να αποτελέσει παρελθόν .( Πεθεριώτη Κ. ,1991 )

## 2. ΣΚΟΠΟΣ, ΣΤΟΧΟΙ, ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ Κ.Ψ.Υ

### α. Σκοπός του Κέντρου Ψυχικής Υγείας

Ο σκοπός της λειτουργίας ενός Κέντρου Ψυχικής Υγείας είναι:

- A) Να εκπαιδεύσει ,να ευαισθητοποιήσει και να κινητοποιήσει τους κατοίκους της κοινότητας πάνω σε θέματα Ψυχικής Υγείας , έτσι ώστε η απόσταση μεταξύ των τελευταίων και των διαφόρων ψυχιατρικών υπηρεσιών να μειωθεί. Με αυτόν τον τρόπο το στίγμα της "επικινδυνότητας "του ψυχικά ασθενή μειώνεται αισθητά ,με αποτέλεσμα η κοινότητα να αλλάζει στάση απέναντι στον τελευταίο .Επιπλέον η κοινότητα εκδηλώνει ενδιαφέρον για συμμετοχή σε εθελοντικά προγράμματα του Κέντρου Ψυχικής Υγείας .( πρωτογενής πρόληψη ). ( S. Leborici ,Π. Σακελαρόπουλος ,1984 )
- B) Να προσφέρει ψυχιατρικές υπηρεσίες σε άτομα που νοσούν ή ζητούν συμβουλευτική βοήθεια .( δευτερογενής ή τριτογενής πρόληψη ). (S. Leborici ,Π. Σακελλαρόπουλος ,1984 ).
- Γ) Να εξασφαλίσει την παραμονή ατόμων με υψηλή επικινδυνότητα στην Κοινότητα (τριτογενής πρόληψη ) και να βοηθήσει άτομα με ειδικά προβλήματα ,με την αύξηση της αυτογνωσίας τους .(πρωτογενής πρόληψη ).( S. Leborici , Π. Σακελλαρόπουλος ,1984 )
- Δ) Να προσφέρει τις απαραίτητες πληροφορίες στο κράτος για την ανάπτυξη άλλων παρόμοιων Κέντρων .( S. Leborici ,Π. Σακελλαρόπουλος ,1984 )

Σύμφωνα με την Απόφαση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας <<Εσωτερικός Κανονισμός Κέντρων Ψυχικής Υγείας >> Αθήνα 13 Ιανουαρίου 1989,αριθμός απόφασης 2<sup>ε</sup> της 59<sup>ης</sup> ολομ./12.1.89 οι σκοποί του Κέντρου Ψυχικής Υγείας είναι :

A. Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας έχει ως σκοπό την ψυχοκοινωνική μέριμνα ,την συμβουλευτική παρέμβαση και διαφώτιση στην Κοινότητα ,την πρόληψη ,την θεραπεία και την συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του αρρώστου .

B. Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας έχει ως σκοπό την παροχή υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα ,έτσι ώστε το άτομο να μην χρειαστεί να απομακρυνθεί από τον φυσικό και κοινωνικό του χώρο.Αυτό αποτελεί ηθμό για τις εισαγωγές σε μονάδες νοσοκομειακής ψυχιατρικής περίθαλψης .Αν μια εισαγωγή κριθεί αναγκαία ,αυτή γίνεται στην κατάλληλη για την περίπτωση νοσοκομειακή μονάδα στην περιοχή ευθύνης όπου ανήκει το Κέντρο Ψυχικής Υγείας .Αν δεν υπάρχει τέτοια μονάδα στην περιοχή ευθύνης ,η εισαγωγή γίνεται στην πληρέστερη κατάλληλη μονάδα .

Γ. Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας ακολουθεί την Αρχή της Τομεοποίησης . Η περιοχή ευθύνης του στις αστικές περιοχές αφορά πληθυσμό 90.000-160.000 κατοίκων.Τα όρια της συμπίπτουν με τα όρια του Δήμου ή Δήμων .

## **β. Στόχοι του Κέντρου Ψυχικής Υγείας.**

Οι στόχοι του Κέντρου Ψυχικής Υγείας μπορούν να προσδιοριστούν από τα εξής

1. Την πρωτογενή πρόληψη με στόχο την μείωση του αριθμού νέων περιπτώσεων ψυχικά ασθενών .(Κοσμόπουλος Α., Μπουγιουκλή Μ., Τουμαράς Δ.,1991 )  
Μέσο της πρωτογενής πρόληψης που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων με εμπλοκή ατόμων και υπηρεσιών υγείας , μπορεί να επιτευχθεί μείωση του αριθμού νέων περιπτώσεων των ψυχικά ασθενών .Με την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας σε σχολεία ,με την δημιουργία Σχολών Γονέων και ομάδων ευαισθητοποίησης αλλά και με εκπαιδευτικές εκδηλώσεις υπό την μορφή σεμιναρίων ,διαλέξεων ,συζητήσεων και άλλα ,μπορεί να επιτευχθεί ο παραπάνω στόχος .( Μαδιανός .Γ. Μιχάλης , 1998 )

2. Την δευτερογενή πρόληψη που συντελείται με παραπομπή ,διάγνωση και θεραπεία .(Κοσμόπουλος Α. , Μπουγιουκλή Μ., Τουμαράς Δ. ,1991)  
Η δευτερογενής πρόληψη επικεντρώνεται στα άτομα εκείνα που ήδη νοσούν .Στόχος είναι η έγκαιρη διάγνωση ,παραπομπή στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας από το ειδικευμένο προσωπικό του Κέντρου .( Μιχάλης .Γ. Μαδιανός ,1998 )
3. Την τριτογενή πρόληψη που αναφέρεται στις προσπάθειες για πρόληψη υποτροπών και κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών. (Κοσμόπουλος Α., Μπουγιουκλή Μ. ,Τουμαράς Δ. ,1991 )
4. Την μείωση των απορριπτικών στάσεων της Οικογένειας προς το ασθενές φύλο.Αυτό επιτυγχάνεται με συνεχή επαφή του ειδικού με την Οικογένεια του ασθενή ,έτσι ώστε η τελευταία να ενημερωθεί για την κατάσταση του "άρρωστου " μέλους της ,για τις επιπλοκές που η ιδιαιτερότητα θα δημιουργήσει και για την θεραπευτική προσέγγιση που πρέπει να ακολουθήσει .Ο ειδικός προσπαθεί να βοηθήσει την οικογένεια να συνειδητοποιήσει το πρόβλημα και να το αποδεχτεί .Επιπλέον προσφέρει συμβουλευτική βοήθεια ,έτσι ώστε να αποφευχθούν συμπεριφορές που οξύνουν την κατάσταση του ασθενή .( Κοσμόπουλος Α., Μπουγιουκλή Μ., Τουμαράς Δ.,1991)
5. Την οικονομική ωφέλεια για το κοινωνικό σύνολο από την άσκηση της προληπτικής και θεραπευτικής ψυχιατρικής σε κοινοτικό επίπεδο .( Κοσμόπουλος Α., Μπουγιουκλή Μ., Τουμαράς Δ.,1991 )
6. Εκπαίδευση νέων στελεχών υγείας και συνεχή επιμόρφωση αυτών .Ο στόχος αυτός μπορεί να επιτευχθεί μεσώ ειδικών σεμιναρίων που θα πραγματοποιηθούν ακόμα και μέσα στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας .Συνήθως ψυχίατροι αναλαμβάνουν αυτόν τον ρόλο και εκπαιδεύουν στελέχη ψυχικής υγείας όπως Επισκέπτες Υγείας ,Κοινωνικούς Λειτουργούς ,Νοσηλευτές πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας ,προς όφελος των ασθενών .(Κοσμόπουλος Α., Μπουγιουκλή Μ., Τουμαράς Δ.,1991 )
7. Διεξαγωγή έρευνας .Πραγματοποιούνται έρευνες από ειδικούς με στόχο την σωστή ενημέρωση τους πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας .Τα αποτελέσματα των ερευνών αποτελούν μια σημαντική βοήθεια για τους τελευταίους προκειμένου να

προβούν σε προγράμματα που θα καλύπτουν όσο το δυνατόν καλύτερα τις ανάγκες των κατοίκων της Κοινότητας .( Κοσμόπουλος Α., Μπουγιουκλή Μ., Τουμαράς Δ. ,1991 )

## **γ. Βαθμίδες Πρόληψης**

### **i. Πρωτογενής Πρόληψη**

Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα στόχων και δραστηριοτήτων στην οποία εμπλέκονται φορείς υγείας , ψυχικής υγείας και διάφορες επαγγελματικές ομάδες . Καλύπτει όλη την πορεία ζωής του ανθρώπου ,από την προγεννητική μέχρι και την γεροντική ηλικία και αφορά άτομα και οικογένειες υψηλού κινδύνου νόσησης ή άτομα που βρίσκονται σε κρίση ,λόγω καταστάσεων πένθους ,διαζυγίου ,οικονομικών δυσχερειών και άλλα.( Μιχάλης Γ. Μαδιανός .,1998 )

Κατά την προγεννητική περίοδο της ζωής ,η πρωτογενής πρόληψη στρέφει την προσοχή της σε άγαμες ανήλικες μητέρες , άλλα και σε έγκυες υψηλού κινδύνου-ψυχικές διαταραχές και άλλα- προσφέροντας την βοήθεια που χρειάζονται. Αυτή έχει να κάνει με την επισήμανση προβλημάτων , με μια πιο ολοκληρωμένη προγεννητική φροντίδα , με έλεγχο του περιβάλλοντος και της διατροφής. Σε μητέρες πολύτεκνες και σε ανήλικους γονείς γίνεται οικογενειακός προγραμματισμός , συμβουλευτική κ.τ.λ. ( Μιχάλης Γ. Μαδιανός ,1998 )

Η πρόληψη αυτή έχει ως στόχο την βελτίωση των οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών της ζωής του ανθρώπου . Βασικός όμως στόχος των προληπτικών της προγραμμάτων είναι ο ίδιος ο γενικός πληθυσμός της κοινότητας ,ο οποίος εκπαιδεύεται σε θέματα ψυχικής υγείας στοχεύοντας στην προαγωγή της .Η πρωτογενής ψυχιατρική εργασία απαιτεί τον συντονισμό και την συνεργασία πολλών υπηρεσιών , οργανώσεων και φορέων - τόσο κρατικών όσο και εθελοντικών - ώστε να γίνει αποτελεσματική και αποδοτική. ( Μιχάλης Γ. Μαδιανός ,1998 ).



## **ii. Δευτερογενής Πρόληψη**

Η δευτερογενής πρόληψη στρέφει την προσοχή της στα άτομα εκείνα που ήδη νοσούν ,με σκοπό την έγκαιρη θεραπευτική τους αποκατάσταση. Επικεντρώνεται σε άτομα που βρίσκονται σε οξεία ψυχωσική κατάσταση ,σε άτομα που νοσηλεύονται για ορισμένα σωματικά νοσήματα άλλα και σε παιδιά που αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες , νοητική υστέρηση ,αυτισμό, ψυχικές διαταραχές και άλλα. Όλος όμως ο γενικός πληθυσμός αποτελεί στόχο της δευτεροβάθμιας πρόληψης ,με κύριο αντικείμενο της τις Αποκεντρωμένες Υπηρεσίες Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας .( Μιχάλης Γ. Μαδιανός ,1998 )

Το κύριο έργο της περιλαμβάνει την έγκαιρη παραπομπή ατόμων που νοσούν ψυχικά ,την συνεχή παρακολούθηση τους ,ώστε να αποφευχθούν οι υποτροπές άλλα και την λειτουργία ψυχιατρικών μονάδων σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Ειδικά προγράμματα εφαρμόζονται με στόχο να εκλείψει ο φόβος για την ψυχική ασθένεια και να αλλάξει η στάση του πληθυσμού απέναντι σε αυτήν και τα άτομα που νοσούν .( Μιχάλης Γ. Μαδιανός , 1998 )

## **iii. Τριτογενής πρόληψη**

<< Την πρόληψη αυτού του τύπου αναλαμβάνει ο φορέας της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ,που είναι αυτόνομη επιστήμη και περιλαμβάνει όλες τις αναγκαίες μεθόδους και τεχνικές για την μείωση των επιπτώσεων από την διαδικασία της αρρώστιας -έκπτωσης -ανικανότητας -αναπηρίας ,με παράλληλη την κοινωνική ενσωμάτωση του ατόμου. >> (Μιχάλης Γ. Μαδιανός ,1998 )

Η κοινωνική ενσωμάτωση και αποκατάσταση του ατόμου αποτελούν τους στόχους της τριτογενής πρόληψης .Με τον όρο "Αποκατάσταση "εννοούμε την παρέμβαση στην Κοινότητα αλλά και στο άμεσο περιβάλλον του ατόμου ,με στόχο την προώθηση της κοινωνικής του επαναπροσαρμογής .Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια συνεχής διαδικασία ,η οποία ξεκινάει με την διάγνωση της συγκεκριμένης νόσου και τελειώνει με την τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη γι' αυτόν εργασία ή στον πιο κατάλληλα διαμορφωμένο περιβάλλον διαμονής .( Μιχάλης Γ. Μαδιανός ,1998 ).

## δ. Αρχές του Κέντρου Ψυχικής Υγείας

Οι βασικές Αρχές που καθορίζουν την λειτουργία των Κέντρων Ψυχικής Υγείας είναι εκείνες της Κοινοτικής Ψυχιατρικής .

1. Η Αρχή της πλήρους παροχής με μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα ,σε σύντομο χρονικό διάστημα και με το μικρότερο δυνατό κόστος. Σύμφωνα με την αρχή αυτή η θεραπεία που παρέχεται στον ασθενή προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες του τελευταίου .Οι ανάγκες ποικίλουν στις διάφορες ψυχικές διαταραχές ,όπως επίσης διαφέρουν στον κάθε άρρωστο ανάλογα με τα στάδια της νόσου.Η θεραπεία που παρέχεται διαφέρει και ως προς την χρονική της διάρκεια .ανάλογα με την ψυχοπαθολογία του ασθενή.Όλα αυτά αποτελούν τα κριτήρια εκείνα προκειμένου να επιλεγθεί η σωστή θεραπεία. (Κοσμόπουλος Α. ,Μπουγιουκλή Μ., Τουμαράς Δ, 1991)

2. Η Αρχή της Τομεοποίησης .Με τον όρο "Τομεοποίηση" εννοούμε ένα σύστημα αλληλοσυμπληρούμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας που εξυπηρετεί πληθυσμό συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής με τέτοιο τρόπο ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια στην ψυχιατρική φροντίδα των περιθαλπομένων στην Κοινότητα.(Κοσμόπουλος Α., Μπουγιουκλή Μ., Τουμαράς Δ., 1991).

Η απόσταση των κατοίκων της Κοινότητας από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας κυμαίνεται από 1 ως 15 λεπτά και καλύπτει ανάγκες περίπου 70 ως 150.000 κατοίκων.(Μιχάλης Γ. Μαδιανός , 1998 ).

Η παροχή υπηρεσιών με αυτό τον τρόπο επιτρέπει την αντιμετώπιση κάθε περιστατικού σαν προσώπου που ζει και λειτουργεί σε αμφίδρομη σχέση με το σύνολο των κοινωνικών λειτουργιών της Κοινότητας και δεν περιορίζεται η αντιμετώπιση του περιστατικού στην νόσο που παρουσιάζει.( Κοσμόπουλος Α., Μπουγιουκλή Μ., Τουμαράς Δ., 1991 )

3. Η Αρχή της συνεχούς παροχής υπηρεσιών που για ορισμένες παθήσεις είναι ο καλύτερος τρόπος αποφυγής της υποτροπής και του εγκλεισμού του ασθενή σε

άσυλο. Τα θεραπευτικά αποτελέσματα της παροχής αξιολογούνται συνεχώς. Η ίδια ομάδα ψυχικής υγείας παρακολουθεί τον ασθενή από την αρχή της εκδήλωσης της νόσου μέχρι και την πλήρη αποκατάσταση του ,με σκοπό την αποφυγή εγκλεισμού του σε ίδρυμα.( Κοσμόπουλος Α., Μπουγιουκλή Μ., Τουμαράς Δ., 1991 )

#### 4. Η Αρχή της Ανταποκριτικότητας

Η προσέλευση του κοινού στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας είναι ανάλογη με την ανάπτυξη του δικτύου παραπομπών που δημιουργείται μέσα από την συνεργασία του με τις Ιατροκοινωνικές Υπηρεσίες της Κοινότητας.Γι' αυτό απαιτείται η ύπαρξη μιας σωστής επαγγελματικής σχέσης με τις διάφορες υπηρεσίες της Κοινότητας σε συνδυασμό με την ενημέρωση για τις υπηρεσίες που προσφέρει το συγκεκριμένο Κέντρο. ( Κοσμόπουλος Α., Μπουγιουκλή Μ.,Τουμαράς Δ.,1991 )

<< Η εφαρμογή των βασικών αυτών Αρχών οδηγεί στην εμφάνιση των εξής φαινομένων :

- 1.Το φαινόμενο της συνεχούς αλληλεπίδρασης Κέντρου-Κοινότητας. Η σχέση αυτή χαρακτηρίζει κάθε μέλος του κέντρου με το συγκεκριμένο χώρο και το επηρεάζει και αντιστρόφως .
- 2.Η μείωση του κόστους της παροχής όσο οργανώνεται το κοινωνικό, υποστηρικτικό σύστημα του καταναλωτή.
- 3.Το φαινόμενο της συσχέτισης της συμμετοχής των καταναλωτών στο έργο της κοινοτικής παρέμβασης και μείωσης του κόστους ψυχιατρικής περίθαλψης .

Τα κύρια κριτήρια που εφαρμόζονται πάνω στην λήψη μιας απόφασης που αφορά είτε την παροχή υπηρεσιών ,είτε την κοινοτική παρέμβαση είναι η εγκυρότητα, η προτεραιότητα, το εφικτό,με προσδοκώμενο αποτέλεσμα την αποδοτικότητα στην εκτέλεση της απόφασης .>>(S. Leborici, Π. Σακελλαρόπουλος, 1984,σελ.201)

## **ε. Λειτουργίες του Κέντρου Ψυχικής Υγείας**

Οι λειτουργίες του Κέντρου Ψυχικής Υγείας συνίστανται σε :

1. Πρόληψη ,έγκαιρη διάγνωση ,αντιμετώπιση και θεραπεία όλου του φάσματος των ψυχικών διαταραχών .Αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών με παρέμβαση και στο σπίτι. Στη θεραπευτική δραστηριότητα του Κέντρου Ψυχικής Υγείας χρησιμοποιείται ολόκληρο το φάσμα των καθιερωμένων μεθόδων-βιολογικών,ψυχοθεραπευτικών και ψυχοκοινωνικών.Το άτομο που ζητά βοήθεια αντιμετωπίζεται σαν ενιαία βιο-ψυχοκοινωνική οντότητα .Οι ψυχοθεραπείες που εφαρμόζονται είναι ατομικές, ομαδικές και οικογένειας και μπορούν να έχουν ποικίλο προσανατολισμό. Η όλη θεραπευτική παρέμβαση ακολουθεί τις Αρχές της σφαιρικής προσέγγισης και της σύνθεσης θεραπευτικών μεθόδων.( Βανάκα Κ.,1998 )
2. Συνεχή παρακολούθηση των χρόνιων ασθενών με στόχο την επαύξηση της λειτουργικότητας τους ,την αποφυγή επανεισαγωγών, την κοινωνική και επαγγελματική τους αποκατάσταση.( Βανάκα Κ.,1998 )
3. Ανάπτυξη προγραμμάτων με δραστηριότητες σχετικές με την εκπαίδευση για την ψυχική υγεία τόσο του γενικού πληθυσμού της περιοχής όσο και ειδικών ομάδων (εκπαιδευτικοί, υγειονομικοί, ομάδες υψηλής επικινδυνότητας, κ.τ.λ.)( Βανάκα Κ.,1998 )
4. Ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης όλων των κλάδων επιστημόνων ψυχικής υγείας .(Βανάκα Κ.,1998 )
5. Έρευνα σχετική με τις πολλαπλές λειτουργίες του Κέντρου καθώς και περιοδική αξιολόγηση του έργου του .(Βανάκα Κ.,1998 )

### **3. ΔΟΜΗ ΤΟΥ Κ.Ψ.Υ**

Το Κ.Ψ.Υ αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου και βρίσκεται κάτω από την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας .Πιο συγκεκριμένα, λειτουργεί ως αποκεντρωμένη οργανική μονάδα Γενικού Νοσοκομείου ή Ειδικού Ψυχιατρικού Νοσοκομείου που εντάσσεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας .( Απόφαση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας , 1989 )

Το Κ.Ψ.Υ αποτελεί αυτοτελή διεύθυνση της οποίας προϊστάται γιατρός με βαθμό διευθυντή που υπηρετεί στο Κ.Ψ.Υ και εκλέγεται από τους γιατρούς του Κ.Ψ.Υ σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ.5 του άρθρου 18 του Ν1397/83 και ο οποίος ασκεί τα καθήκοντα του προϊστάμενου παράλληλα με τα λοιπά καθήκοντά του. Αν δεν υπηρετεί γιατρός με βαθμό διευθυντή , καθήκοντα προϊστάμενου ασκεί ο ανώτερος σε βαθμό γιατρός , από αυτούς που υπηρετούν στο Κ.Ψ.Υ και σε περίπτωση ομοιοβάθμων, ο αρχαιότερος στον κλάδο γιατρών ΕΣΥ. (ΦΕΚ354, Τεύχος Β,1992)

Η υπηρεσία του Κ.Ψ.Υ απαρτίζεται από :

- α) Ιατρεία Ψυχιατρικής και Παιδοψυχιατρικής ,
- β) Μονάδα Μερικής Νοσηλείας (Ημερήσιας ή νυχτερινής ) ,
- γ)Γραφείο κοινωνικής Φροντίδας ,
- δ) Γραφείο Γραμματείας .

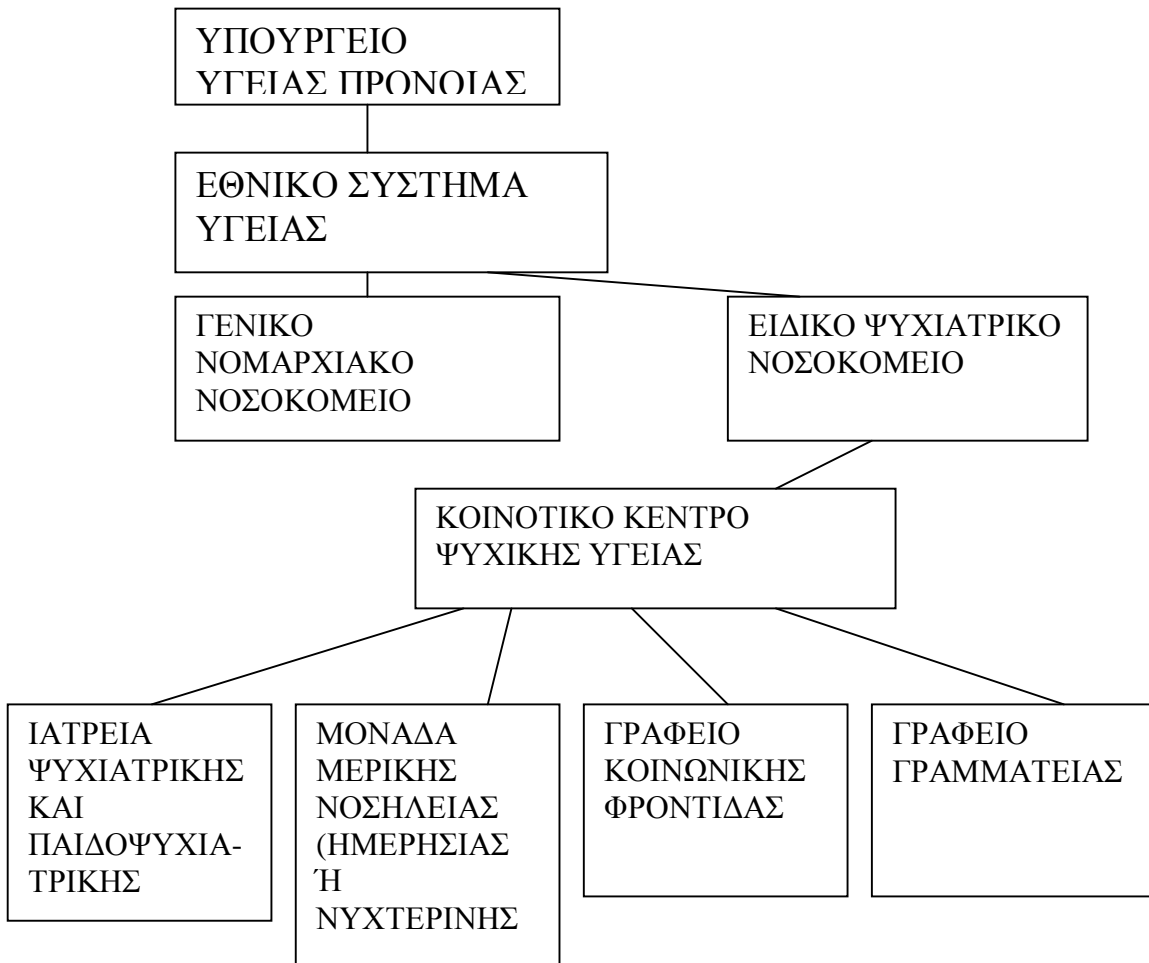
(ΦΕΚ 354, Τεύχος Β,1992 )

Τα ιατρεία του Κ.Ψ.Υ πλαισιώνονται από γιατρούς του κλάδου ΕΣΥ , από γιατρούς ειδικευόμενους στην Ψυχιατρική και Παιδοψυχιατρική , σύμφωνα με όσα κάθε φορά ισχύουν και από Ψυχολόγους , Λογοθεραπευτές και προσωπικό άλλων συναφών κλάδων. Το Γραφείο Κοινωνικής Φροντίδας πλαισιώνεται από το προσωπικό των κλάδων κοινωνικής εργασίας , επισκεπτών – τριών υγείας και άλλων συναφών ειδικοτήτων. Στο γραφείο αυτό προϊστάται υπάλληλος της κατηγορίας Τ.Ε του κλάδου Τ.Ε κοινωνικής εργασίας ή του κλάδου Τ.Ε επισκεπτών-τριών υγείας. Το γραφείο γραμματείας πλαισιώνεται από το προσωπικό των λοιπών κλάδων του Κ.Ψ.Υ

και προϊστάται σ' αυτό υπάλληλος της κατηγορίας Δ.Ε του κλάδου Δ.Ε Διοικητικού – Λογιστικού (ΦΕΚ354, Τεύχος Β,1992)

Οι υπάλληλοι που προϊστανται στα γραφεία Κοινωνικής Φροντίδας και Γραμματείας ορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις που κάθε φορά ισχύουν. Το προσωπικό πέραν από τα κατά κλάδο και κατηγορία καθήκοντά του , μετέχει στις Ψυχιατρικές Ομάδες που συγκροτούνται κάθε φορά από τον διευθυντή του Κ.Ψ.Υ .(ΦΕΚ 354, Τεύχος Β, 1992 ) ( Απόφαση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας , 1989 ).

## ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΚΨΥ



## **4. ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΟΥ Κ.Ψ.Υ. ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ**

Το Κ.Ψ.Υ. βρίσκεται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση με το Νοσοκομείο το οποίο υπάγεται και το Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Υγειονομικής Περιφέρειας, των οποίων αποτελεί αυτοτελή Διεύθυνση και αποκεντρωμένη οργανική μονάδα.(Απόφαση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, 1989)

Αναπτύσσει ή συνεργάζεται με άλλες ενδιαμέσες δομές της Ψυχιατρικής Περίθαλψης όπως: Ξενώνες, Οικοτροφεία, ώστε να εξασφαλίσει τη συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας από την πρόληψη μέχρι την αποθεραπεία και αποκατάσταση(Απόφαση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, 1989) ( Καλπίνη -Παπαδοπούλου, 1998)

Ακόμη, συνεργάζεται ή και αναπτύσσει, όπου αυτό κριθεί αναγκαίο, επαγγελματικό ή προστατευόμενο εργαστήριο, όπου απασχολούνται άτομα τα οποία δεν διαθέτουν τις κατάλληλες ικανότητες για ελεύθερη ανταγωνιστική εργασία. Μ' αυτόν τον τρόπο τα Κ.Ψ.Υ. αποτελούν εναλλακτική λύση για τα άτομα εκείνα των οποίων οι λειτουργικές ικανότητες εμποδίζουν την αυτόνομη επαγγελματική και κοινωνική διαβίωση τους.( Παπαδάτος -Στογιαννίδου,1988 )

Τέλος, συνεργάζεται με τους φορείς της Κοινότητας (δήμος ή δήμοι, πολιτιστικοί φορείς, σύλλογοι γονέων, σχολεία, κ.λ.π.) για την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού στα ζητήματα ψυχικής υγείας και για προληπτική και ενημερωτική παρέμβαση. (Απόφαση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας,1989, άρθρο 3)

Ακόμη, βρίσκεται σε συνεχή επαφή με υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην περιοχή του, εφόσον άτομα με ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα τείνουν να χρησιμοποιούν συχνότερα ιατρικές υπηρεσίες για σωματικά προβλήματα.( Μαδιανός Γ. Μιχάλης ,1998 )



## **5. ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Ένα Κ.Ψ.Υ. με περιοχή ευθύνης 90.000-150.000 κατοίκων στελεχώνεται από διεπιστημονική ομάδα που λειτουργεί ως θεραπευτική ομάδα και η οποία αποτελείται από τις παρακάτω ειδικότητες :

Ψυχίατρος

Παιδοψυχίατρος

Ψυχολόγους

Κοινωνικούς Λειτουργούς

Επισκέπτες Υγείας

Εργοθεραπευτές

Ειδικούς Παιδαγωγούς

Εκπαιδευτικούς

Λογοθεραπευτές

Διοικητικούς υπαλλήλους , γραμματείας

Βοηθητικό προσωπικό για την καθαριότητα και την διακίνηση εγγράφων και υλικού

Στο Κ.Ψ.Υ. μπορεί να λειτουργεί και Παιδοψυχιατρικό Τμήμα το οποίο έχει πλήρη επιστημονική αυτοτέλεια και στελεχώνεται από διεπιστημονική ομάδα, από τους εξής εκ των ανωτέρω: 2 Παιδοψυχίατροι, 2 Ψυχολόγοι με εκπαίδευση στην Παιδοψυχολογία, 2 Κοινωνικοί Λειτουργοί, 1 Λογοθεραπευτής, 1 Ειδικός Παιδαγωγός, 1 Επισκέπτης Υγείας, 1 Εργοθεραπευτής.

Αν το Κ.Ψ.Υ. αναπτύξει Μονάδα Μερικής Νοσηλείας (Ημερήσιας ή Νυχτερινή) θα χρειαστεί συγκεκριμένη πρόσθετη στελέχωση και χώρο λειτουργίας, εφόσον, σύμφωνα με τον ΜΑΔΙΑΝΟ (1998) η λειτουργία του Κ.Ψ.Υ. που περιέχει τη δυνατότητα νοσηλείας πρέπει να διασφαλίζει συνθήκες ασφαλείας για τον νοσηλευόμενο. Επιπλέον η μονάδα νοσηλείας δεν πρέπει να εμποδίζει την απρόσκοπτη κύρια λειτουργία του Κ.Ψ.Υ. που είναι η παροχή υπηρεσιών (πρωτοβάθμια περίθαλψη), και πρέπει να είναι εναρμονισμένη στην όλη θεραπευτική ατμόσφαιρα του Κέντρου (ολιστική προσέγγιση του προβλήματος, συμμετοχή του οικογενειακού και κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος, θεραπευτικό συνεχές ). Γίνεται λοιπόν άμεσα κατανοητό ότι για να πληρεί μια Μονάδα Μερικής Νοσηλείας τις παραπάνω προϋποθέσεις, είναι άμεσα απαραίτητα η πρόσθετη στελέχωση και ο επιπλέον χώρος λειτουργίας.

## 6. ΡΟΛΟΣ ΛΟΙΠΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ ΣΤΟ Κ.Ψ.Υ

### α. Ομάδα Ψυχικής Υγείας

Η λειτουργία των Κέντρων Ψυχικής Υγείας βασίζεται στην ύπαρξη ομάδας ψυχικής υγείας, η οποία καταρτίζεται από όλες τις ειδικότητες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας .

Η αναγκαιότητα για την δημιουργία μιας τέτοιας ομάδας αναπτύχθηκε μετά την αποδοχή ότι η ψυχική διαταραχή δεν είναι αποτέλεσμα ενός συγκεκριμένου οργάνου του ανθρώπινου οργανισμού ,αλλά εκφράζει την ανατροπή ή απώλεια της ομοιοστατικής ισορροπίας του ανθρώπου με το κοινωνικό του περιβάλλον.Επομένως όλοι οι παράγοντες που επιδρούν στο άτομο έχουν ανάγκη πληρέστερης μελέτης,όχι στο αφηρημένο πεδίο αποδοχής της ύπαρξής τους ,αλλά στο εκάστοτε συγκεκριμένο άτομο.Αποτέλεσμα αυτής της αντίληψης ήταν η απαίτηση για την δημιουργία μιας διεπιστημονικής ομάδας ,όπου ο κάθε ένας επιστήμονας προσφέρει τις δικές του γνώσεις και εμπειρίες .( Κοσμόπουλος Α., Μπουγιουκλή Μ., Τουμαράς Δ. ,1991 )

Έτσι δημιουργήθηκε η ομάδα Ψυχικής Υγείας όπου αποτελεί κατάκτηση στον χώρο αυτό. Για να λειτουργήσει όμως σωστά μια τέτοια ομάδα και να προσφέρει έργο προϋποθέτει αμοιβαία αποδοχή των μελών όλων των ειδικοτήτων μεταξύ τους και την κοινή ευθύνη για την περίθαλψη του ασθενούς .

Οι στόχοι της λειτουργίας της ομάδας κατευθύνονται σε τρία επίπεδα:

- A)Την διάγνωση της ψυχικής διαταραχής
- B)Την ανεύρεση από το άμεσο περιβάλλον των κοινωνικών παραγόντων που συμμετέχουν στην εκδήλωση της διαταραχής.
- Γ)Την κατάκτηση ενός προγράμματος θεραπευτικής αντιμετώπισης. (Κοσμόπουλος Α., Μπουγιουκλή Μ., Τουμαράς Δ., 1991)

Η ομάδα πραγματοποιεί συναντήσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα ,όπου το κάθε μέλος αναφέρει την εμπειρία και τις απόψεις του από την δική του επαφή με τον ασθενή ,καθώς επίσης και τις προτάσεις που έχει να κάνει για την αποκατάσταση του.

Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της ομάδας είναι το γεγονός ότι είναι πολύ δύσκολο να διαχωρίσει κανείς με τρόπο απόλυτο την προσφορά του κάθε μέλους της. (Μπουγιουκλή Μ., Κοσμόπουλος Α., Τουμαράς Δ., 1991).

<< Η αποδοτική και αποτελεσματική εργασία της ομάδας είναι συνάρτηση:

1. Της προσωπικότητας κάθε μέλους που ευνοεί την καλή επαφή με την κοινότητα και το άτομο.
2. Της εκπαίδευσης και πιο συγκεκριμένα της εξειδίκευσης στην Κοινωνική-Κοινοτική Ψυχιατρική.
3. Της διαμόρφωσης μιας συγκεκριμένης ιδεολογίας για την κοινοτική δράση.
4. Της τήρησης των επαγγελματικών ορίων.
5. Της αντίληψης της ομαδικότητας. >>

(Μιχάλης .Γ. Μαδιανός, 1998 ,σελ.120)

## **β. Ψυχίατρος**

Ο ρόλος του Ψυχιάτρου στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας είναι σύνθετος και υπερβαίνει τον κλασικό ιατρικό ρόλο.

Για να μπορέσει να ανταποκριθεί στις ανάγκες του συγκεκριμένου κέντρου είναι απαραίτητη από μέρους του η πείρα σε θέματα ψυχικής υγείας και υγιεινής και γ'αυτό χορηγείται ειδικότητα Κοινοτικής Ψυχιατρικής από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας .

Τα επίπεδα εργασίας όπου επικεντρώνεται είναι δυο. Το επίπεδο του ατόμου που ζητά βοήθεια και παρουσιάζει πρόβλημα και το επίπεδο της ίδιας της Κοινότητας ,εννοώντας την συμμετοχή του σε προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης με στόχο την πρόληψη της ψυχικής αρρώστιας .Γι' αυτό απαιτείται εκτός από τις γνώσεις ψυχοπαθολογίας και ψυχοθεραπευτικών χειρισμών να έχει την ικανότητα να αξιολογεί τις κοινωνικές παραμέτρους που υπεισέρχονται στις ψυχικές διαταραχές .( Κοσμόπουλος Α., Μπουγιουκλή Μ., Τουμαράς Δ., 1991 )

Η συμμετοχή του στην διαδικασία πρόληψης στο επίπεδο της κοινότητας καθώς και στην διαδικασία αποκατάστασης των ψυχικών διαταραχών είναι πολύ σημαντική. Παίζει όχι μόνο τον ρόλο του θεραπευτή ,αλλά και τον ρόλο του συμβούλου της κοινότητας πάνω σε θέματα ψυχικής ασθένειας .Παραπέμπει σε συναδέλφους άλλης ειδικότητας περιστατικά που δεν εμπίπτουν στις αρμοδιότητες του και μπορεί να περιοριστεί σε ένα ρόλο παθητικό, όταν αρχηγός της ομάδας που λαμβάνει μέρος είναι κάποιος άλλος .( Κοσμόπουλος Α., Μπουγιουκλή Μ., Τουμαράς Δ.,1991 )

Ο ρόλος του στην ομάδα έχει να κάνει με τον προσδιορισμό των ιατρικών συνδρόμων ή τις ιατρικές πλευρές πολύπλοκων καταστάσεων τις οποίες αντιμετωπίζει αποτελεσματικά σε συνεργασία με τους άλλους επιστήμονες που συνθέτουν την ομάδα. (Μπουγιουκλή Μ,Κοσμόπουλος Α., Τουμαράς Δ.,1991 )

### **γ. Ψυχολόγος**

Ο ρόλος του Ψυχολόγου στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας είναι ουσιαστικός καθώς συμμετέχει και στις δυο φάσεις της κλινικής προσέγγισης δηλαδή στην Διάγνωση και στην Θεραπεία.Η κλινική εμπειρία του καθώς επίσης και η γνώση του στην χρήση και χορήγηση ψυχομετρικών τεστ μπορεί να συνεισφέρει στην πληρέστερη εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης ενός "πελάτη",αλλά και στον ορθολογικότερο προγραμματισμό της θεραπευτικής του αγωγής.( Κοσμόπουλος Α., Μπουγιουκλή Μ., Τουμαράς Δ.,1991 )

Ο ρόλος του στην θεραπευτική ομάδα είναι σημαντικός επειδή η ειδίκευση του στην χρήση των ψυχομετρικών τεστ μπορεί να δώσει στην ομάδα μια πιο πλήρη εικόνα για το συγκεκριμένο άτομο.Επιπλέον εργάζεται και στο επίπεδο της συμμετέχοντας σε προγράμματα πρόληψης, όπως είναι η διοργάνωση Σχολών Γονέων, οι ομάδες ευαισθητοποίησης και η συνεργασία με την Επιτροπή Ψυχικής Υγείας .( Μιχάλης .Γ. Μαδιανός ,1998 )

Η συνεισφορά τέλος του Ψυχολόγου στον τομέα της ανάληψης περιπτώσεων με εμφανές κοινωνικό ,ψυχολογικό περιεχόμενο (επικείμενο διαζύγιο στο ζευγάρι)ή και όχι αναγκαστικά ψυχιατρικό ,είναι μοναδική αφού έτσι αποφεύγουμε την ψυχιατρικοποίηση του προβλήματος η οποία σε άλλη περίπτωση μπορεί να αποπροσανατολίσει την σωστή αντιμετώπιση του.(Μιχάλης .Γ.Μαδιανός ,1998 )

## **δ. Επισκέπτης Υγείας**

Ο\Η Επισκέπτης Υγείας προσφέρει το δικό του έργο τόσο στον "πελάτη"που έρχεται στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας ,όσο και στην κοινότητα που το πλαισιώνει.

Ως προς τις υπηρεσίες που προσφέρει στο άτομο αυτές έχουν να κάνουν με τον έλεγχο των συνθηκών διαβίωσης του,από πλευρά καθαριότητας των χώρων διαμονής, καταλληλότητας του από πλευρά φωτεινότητας, αερισμού κ.τ.λ Είναι γνωστό πως αρκετοί χρόνιοι ψυχωσικοί διαμένουν σε τρώγλες κάτω από άθλιες συνθήκες, ανθυγιεινές που επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο την κατάσταση τους.

Επίσης ελέγχει την κατάσταση του ασθενή ως προς την φαρμακευτική αγωγή που του έχει δοθεί.Παρακολουθεί κατά πόσο ο ασθενής ακολουθεί την αγωγή αλλά και τις πιθανές παρενέργειες από αυτή.( Μιχάλης Γ. Μαδιανός ,1998 )

Έρχεται σε επαφή και συνεργάζεται με την οικογένεια του τελευταίου και με τον Ψυχίατρο προκειμένου να ενημερωθεί για την ανταπόκριση του πάνω σε κάθε ψυχοφαρμακευτικό σχήμα.( Μιχάλης Γ. Μαδιανός ,1998 )

Παίζει τον ρόλο του συντονιστή στο προσωπικό των διαφόρων υπηρεσιών του συστήματος ψυχικής υγείας, τις οποίες ενδεχομένως να χρησιμοποιεί ο ασθενής όπως για παράδειγμα του νοσοκομείου ημέρας,του μετανοσοκομειακού ξενώνα κ.τ.λ Επιπλέον τους ενημερώνει για την κατάσταση του ασθενή ,προκειμένου να ρυθμίσουν την συμπεριφορά τους με τον ανάλογο τρόπο,ώστε να αποφεύγουν τυχόν επικίνδυνες συμπεριφορές από την πλευρά του ασθενή.( Μιχάλης Γ. Μαδιανός ,1998

Ο Επισκέπτης Υγείας συμμετέχει και στον προγραμματισμό για την αποκατάσταση του ασθενή και κατά συνέπεια ο ρόλος του στην θεραπευτική ομάδα είναι εξίσου σημαντικός με των άλλων ειδικοτήτων. Συνεργάζεται με τον Κοινωνικό λειτουργό και με τον Ψυχίατρο στο πρόγραμμα ανίχνευσης "περιπτώσεων" από κοινού. Συμμετέχει στα εκπαιδευτικά και ερευνητικά προγράμματα του Κέντρου Ψυχικής Υγείας. (Μιχάλης Γ. Μαδιανός, 1998)

Τέλος συνεργάζεται με τις τοπικές αρχές, φορείς και οργανώσεις στα προγράμματα Κοινωνικής παρέμβασης όπου εκεί μπορεί να προσφέρει σημαντικό έργο οργανώνοντας ομάδες κατοίκων με εκπαιδευτικό στόχο, πάνω σε θέματα ψυχοκοινωνικής υγείας όπως για παράδειγμα ο οικογενειακός προγραμματισμός, πρόληψη καρκίνου κ.τ.λ (Μιχάλης Γ. Μαδιανός, 1998)

### **ε. Λογοθεραπευτής**

<<Αναλαμβάνει την διαγνωστική εκτίμηση των λεκτικών ικανοτήτων του ασθενούς, τόσο στο επίπεδο κατανόησης του λόγου όσο και στα επίπεδα έκφρασης και επικοινωνίας. Η θεραπευτική του παρέμβαση στοχεύει στην επέκταση των λεκτικών δεξιοτήτων επικοινωνίας του ασθενή.

Η συμβολή του στην επιστημονική ομάδα καθώς και στο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή είναι μεγάλη γιατί προσφέρει πολύτιμες συμβουλές για καλύτερους τρόπους επικοινωνίας του ασθενή>>.

(Μπουγιουκλή Μ., Κοσμόπουλος Α., Τουμαράς Δ., 1991, σελ. 123)

## **ζ. ΟΗ Εργοθεραπευτής**

Ο Εργοθεραπευτής στο Κέντρο Ψυχικής αποτελεί μέλος της ψυχοκοινωνικής ομάδας Μπορεί να κρίνει κατά πόσο ο ασθενής μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί και να εργαστεί δημιουργικά

Αναλαμβάνει την άσκηση των χρόνιων ασθενών σε δεξιότητες τις οποίες είτε δεν έχουν αποκτήσει ποτέ ,είτε έχουν χάσει λόγω της χρονιότητας της ψυχικής τους αρρώστιας.Η άσκηση αυτή σε δεξιότητες βοηθάει τον ασθενή να απεξαρτηθεί και να γίνει άτομο αυτόνομο και στην συνέχεια παραγωγικό και ανεξάρτητο.( Μιχάλης Γ. Μαδιανός ,1998 )

Επίσης αναλαμβάνει και τον τομέα της κοινωνικοποίησης του ασθενή μέσα από ομαδική κοινωνικοθεραπευτική εργασία. Μεταφέρει τις εκτιμήσεις και τα συμπεράσματα του μέσα από την εργασία του με τον ασθενή στην διεπιστημονική ομάδα,βοηθώντας έτσι καλύτερα την ομάδα να συναποφασίσει για την πορεία του ασθενή αλλά και για την θεραπεία και αποκατάσταση του.( Μιχάλης Γ. Μαδιανός, 1998 )

Η συμμετοχή του στον γενικότερο προγραμματισμό της κοινοτικής αποκατάστασης είναι μεγάλη. Οι επαφές με πιθανούς εργοδότες ή βιοτέχνες της κοινότητας μπορούν να βοηθήσουν στον τομέα της επαγγελματικής αποκατάστασης του ασθενή και κατά συνέπεια της ανεξαρτητοποίησης του. Επιπλέον εργάζεται στα προστατευόμενα εργαστήρια που εδρεύουν μέσα ή έξω από τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας,ή στα Κέντρα Προεπαγγελματικής Αποκατάστασης ,έχοντας διαρκή επαφή με τον Ψυχίατρο και τον Κοινωνικό Λειτουργό,προκειμένου να έχει μια πλήρη εικόνα της κοινωνικής και ψυχιατρικής κατάστασης του ασθενή.Ακόμη συνεργάζεται και με τον Ψυχολόγο του Επαγγελματικού Προσανατολισμού για την συνεκτίμηση των λειτουργικών ικανοτήτων του ασθενή.( Μιχάλης Γ. Μαδιανός ,1998 )

Η εργασιακή απασχόληση των ψυχικά ασθενών έχει την σημαντικότερη συμβολή στις θεραπευτικές προσπάθειες ,εφόσον προσφέρει ευκαιρίες για υγιή αυτοπειθαρχία και για υγιή αλληλεπίδραση με τους υπόλοιπους ασθενείς η οποία στην συνέχεια θα



μεταφερθεί και στην κοινότητα προετοιμάζοντας τον για υγιείς σχέσεις με τα υπόλοιπα μέλη της .

( Μπουγιουκλή Μ., Τουμαράς Δ., Κοσμόπουλος Α., 1991 ).

## **η. Ο/Η Κοινωνικός Λειτουργός**

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην θεραπευτική ομάδα του Κέντρου Ψυχικής Υγείας είναι πολύ σημαντικός. Προμηθεύει την ομάδα με πληροφορίες για τον ασθενή και την οικογένεια του που είναι αποτέλεσμα των συνεντεύξεων και συστηματικών επαφών που έχει μαζί τους ,από την πρώτη τους επαφή με το Κέντρο μέχρι και την πλήρη αποκατάσταση του ασθενή .( Κοσμόπουλος Α., Μπουγιουκλή Μ., Τουμαράς Δ., 1991).

Διεξάγει κοινωνική έρευνα σε κάθε καινούργια εισαγωγή .Πιο συγκεκριμένα :

Έρχεται πρώτος σε επαφή με τον φυσικό χώρο του ασθενή ,κάνοντας σύμφωνα με την εμπειρία και τις γνώσεις του την δική του αξιολόγηση για την καταλληλότητα του περιβάλλοντος του τελευταίου και κατά πόσο αυτό αμβλύνει ή οξύνει το πρόβλημα του .( Κοσμόπουλος Α., Μπουγιουκλή Μ., Τουμαράς Δ., 1991)

Επιπλέον ενημερώνεται για τον φάκελο του ασθενή από διάφορες πηγές -στις οποίες λόγω της ειδικότητας του έχει πρόσβαση- όπως είναι το σχολείο του ασθενή, ο χώρος της εργασίας του ,κ.τ.λ ,μεταφέροντας τα στοιχεία αυτά στην θεραπευτική ομάδα μαζί με τις δικές του εκτιμήσεις και αξιολογήσεις για τον τελευταίο. Η θεραπευτική ομάδα με την σειρά της θα λάβει υπόψη της τα στοιχεία του Κοινωνικού Λειτουργού προκειμένου να διαμορφώσει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για τον ασθενή και κατά επέκταση την καλύτερη θεραπευτική του προσέγγιση.( Κοσμόπουλος Α., Μπουγιουκλή Μ., Τουμαράς Δ., 1991)

Ο Κοινωνικός Λειτουργός οργανώνει κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες για τους ασθενείς ερχόμενος σε συνεργασία με τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας .Διοργανώνει ομάδες με ψυχικά ασθενείς ,ομάδες γονέων κ.τ.λ στις οποίες

συμμετέχουν έχοντας ενεργό ή όχι ρόλο τα μέλη της τελευταίας ,αλλά και το αντίστροφο.(Κοσμόπουλος Α.,Μπουγιουκλή Μ., Τουμαράς Δ., 1991).

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην θεραπευτική ομάδα και η σχέση του με αυτή, είναι πολύ σημαντικός για την πορεία θεραπείας του ψυχικά ασθενή. Γι' αυτό πρέπει να αισθάνεται ισότιμο μέλος με τους υπόλοιπους και να αποφεύγονται συγκρούσεις που οδηγούν σε αποδιοργάνωση της ομάδας και κατά συνέπεια σε αδυναμία παροχής της απαραίτητης βοήθειας στον ασθενή. (Κοσμόπουλος Α., Μπουγιουκλή Μ., Τουμαράς Δ.,1991 )

## **7. ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ**

Ο ρόλος των Εθελοντών σε ένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας είναι πάρα πολύ σημαντικός. Με τον όρο 'Εθελοντές' εννοούμε άτομα, κατοίκους της κοινότητας που πλαισιώνουν το Κέντρο Ψυχικής Υγείας και που προσφέρουν τις υπηρεσίες και την βοήθεια τους στα προγράμματα που Κέντρου δίχως να αμείβονται. Το μορφωτικό τους επίπεδο μπορεί να ποικίλλει από το πτυχίο Λυκείου μέχρι και του πανεπιστημίου. Επίσης με τις ειδικές γνώσεις τους πάνω σε διάφορους τομείς μπορούν να προσφέρουν ακόμα μεγαλύτερο έργο στην αποκατάσταση των ασθενών, όπως για παράδειγμα συμμετοχή σε προγράμματα κηπουρικής, ξυλουργικής κ.τ.λ. που εφαρμόζονται με μεγάλη επιτυχία. (Μιχάλης Γ. Μαδιανός, 1998)

Το σημαντικότερο όμως είναι ότι η συμμετοχή των εθελοντών ενεργοποιεί και πραγματώνει την ενσωμάτωση των ασθενών, μέσα από ποικίλες διεργασίες όπως κοινές συνεστιάσεις, εκπαιδευτικές επισκέψεις σε διάφορους χώρους, εκδρομές ψυχαγωγικές δραστηριότητες, κ.τ.λ. Ο ασθενής μέσα από την επαφή του με τους εθελοντές αισθάνεται πως είναι αποδεκτός και αγαπητός, με αποτέλεσμα οι σχέσεις του με την κοινότητα να βελτιώνονται και ο ίδιος να νιώθει μέλος αυτής και όχι "ξένος" λόγω της ιδιαιτερότητας του. (Μιχάλης Γ. Μαδιανός, 1998).

Για να μπορέσουν όμως οι Εθελοντές να προσφέρουν έργο χρειάζεται μια προηγούμενη εκπαίδευση σε βασικά θέματα ψυχικής υγείας η οποία δίνεται από το ίδιο το Κέντρο μέσω σεμιναρίων, διαλέξεων κ.τ.λ.

(Μιχάλης Γ. Μαδιανός, 1998).

## 8. Κ.Ψ.Υ ΗΜΙΑΣΤΙΚΩΝ – ΑΓΡΟΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΟΧΩΝ

Στο παρόν κεφάλαιο περιγράφονται κάποια επιπλέον χαρακτηριστικά γνωρίσματα των Κ.Ψ.Υ. που βρίσκονται σε αγροτικές ή ημιαστικές περιοχές. Και σ' αυτό το σημείο πρέπει να σημειωθεί ότι τα παραπάνω Κ.Ψ.Υ. δεν αποτελούν ξεχωριστή κατηγορία, ούτε παρέχουν διαφορετικές υπηρεσίες από τα Κ.Ψ.Υ. των αστικών περιοχών. Λόγω της γεωγραφικής τους θέσης και μόνο, και για να μην «μειονεκτούν» σε σχέση με τα Κ.Ψ.Υ. των αστικών κέντρων, πρέπει να διακρίνονται από κάποια χαρακτηριστικά στοιχεία τα οποία δικαιολογούνται από τη υπάρχουσα βιβλιογραφία ως εξής:

Η υπεροχή των αγροτικών και ημιαστικών περιοχών , ως προς τη μειωμένη επικράτηση της « ανομίας » και της κοινωνικής αποργάνωσης έναντι των αστικών περιοχών , είναι δεδομένη ,αφού όλες οι επιδημιολογικές έρευνες την αποδεικνύουν. Οι ίδιες όμως οι αγροτικές περιοχές εμφανίζουν ιδιαιτερότητες γύρω από τη δημογραφική δομή τους, της πολιτιστικές αξίες και τα στερεότυπα γύρω από την ψυχική αρρώστια και τον θεσμό της οικογένειας . ( Μιχάλης Γ. Μαδιανός , 1998, Τόμος Β, Σελ .65-66 ) .

Βασικές αρχές λοιπόν , σύμφωνα με τον Μαδιανό (1998, Σελ.66 ) στην οργάνωση του Κ.Ψ.Υ σε αγροτικές – ημιαστικές περιοχές είναι :

- α) να είναι συμβατό πολιτιστικά με το κοινωνικό περιβάλλον (κυρίως όσον αφορά την αρχιτεκτονική του κτιρίου) ,
- β) να είναι εύκολα προσεγγίσιμο από την άποψη γεωγραφικών αποστάσεων (κάτι τέτοιο διευκολύνεται με την ύπαρξη καλού οδικού δικτύου ή τη δημιουργία δορυφορικών κινητών μονάδων),
- γ) δεδομένου ότι το βασικότερο οργανωτικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα Κ.Ψ.Υ. αγροτικών κυρίως περιοχών είναι η ανεπαρκής στελέχωση, μια ακόμη βασική αρχή για αυτά τα Κ.Ψ.Υ. είναι να στελεχώνονται επαρκώς ( με την εφαρμογή του θεσμού του επισκέπτη – ψυχιάτρου ή άλλης ειδικότητας από γειτονικά αστικά Κ.Ψ.Υ)

Σε συνάρτηση με τα παραπάνω και σύμφωνα με την Απόφαση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας ( 1989 ) τα Κ.Ψ.Υ που θα καλύπτουν ημιαστικές αγροτικές περιοχές θα πρέπει να έχουν τα εξής ιδιαίτερα χαρακτηριστικά :

α) Στενότερη σύνδεση με τα Κέντρα Υγείας τα οποία θα μπορούν να αναλάβουν , μετά από κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού τους , μέρος του έργου τους

β) Ανάπτυξη κινητών μονάδων, όταν το απαιτούν ειδικοί γεωγραφικοί και πληθυσμιακοί λόγοι, μέσα στα πλαίσια του έργου τους.

γ) Η ανάπτυξη, η διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες, ο τρόπος λειτουργίας και η στελέχωσή τους θα εξαρτηθεί από τις συγκεκριμένες τοπικές συνθήκες σε συνάρτηση με το γενικότερο κεντρικό προγραμματισμό.

## 9. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Η ανάπτυξη των παρεχόμενων υπηρεσιών των Κ.Ψ.Υ. δημιουργήθηκαν με τη συνεργασία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και εντάσσονται στο συνολικότερο σχεδιασμό για την αλλαγή της Ψυχικής Υγείας στη χώρα μας .

Η κυριότερες υπηρεσίες που λειτουργούν στα Κ.Ψ.Υ της Ελλάδας είναι :

### A) Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία

Εξυπηρετεί τις ανάγκες του νηπιακού, παιδικού και εφηβικού πληθυσμού που παρουσιάζει ψυχολογικά προβλήματα από ψυχιατρικές διαταραχές, όπως νευρώσεις , ψυχώσεις , νοητική καθυστέρηση, μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα συμπεριφοράς ή προσαρμογής κ.α .Καλύπτει ακόμη και περιπτώσεις παιδιών των οποίων οι οικογένειες προσέρχονται στο Κ.Ψ.Υ. και πιθανόν υπάρχει ανάγκη και για το ανήλικο μέλος της να βοηθηθεί από κάποιον ειδικό.(Μιχάλης Γ. Μαδιανός , 1998, σελ 66)

Οι τρόποι λειτουργίας των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων μπορούν να συνοψισθούν στους εξής :

- Ø Διαγνωστική εκτίμηση και θεραπευτική παρέμβαση. Η διαγνωστική εκτίμηση είναι μια διαδικασία που επιτυγχάνεται με την κατανόηση της λειτουργίας της φυσικής κατάστασης του παιδιού, των αλληλεπιδράσεων στο οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού και με την κατανόηση της λειτουργικότητας του ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο βρίσκεται. Μετά το πέρας της διαδικασίας της διάγνωσης, ακολουθεί η θεραπευτική παρέμβαση, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει: συμβουλευτική παιδιών και οικογένειας, ψυχοθεραπεία( ατομική, ομαδική ή οικογενειακή), θεραπεία συμπεριφοράς, φαρμακοθεραπεία, κοινωνική εργασία με άτομα, οικογένειες ή ομάδες. (Παπαδάτος , 1988,σελ 132)
- Ø Κοινωνική παρέμβαση σε σχολεία, παιδικούς σταθμούς, ιδρύματα, συλλόγους γονέων .(για την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού που απασχολείται στους παραπάνω φορείς στα ζητήματα της ηλικίας αυτής, για προληπτική

παρέμβαση και για έγκαιρη διάγνωση προβλημάτων) (Μιχάλης Γ. Μαδιανός , 1998 )

- Ø Εκπαίδευση προσωπικού των επαγγελμάτων υγείας και ψυχικής υγείας (ώστε να επιτυγχάνεται η έγκαιρη διάγνωση και παραπομπή στην εξειδικευμένη, ανάλογα με το περιστατικό, υπηρεσία) (Παπαδάτος ,1988,σελ132)
- Ø Έρευνα στο αντικείμενο της Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας, όσον αφορά:
  - ο τους κοινωνικούς παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της παιδικής προσωπικότητας αλλά και στην εμφάνιση προβλημάτων σ` αυτή την ηλικία,
  - ο τις ιδιαίτερες δυνατότητες αλλά και προβλήματα κάθε σταδίου ανάπτυξης
  - ο την δημιουργία κατάλληλων μέσων αξιολόγησης και διάγνωσης
  - ο αποτελεσματικούς τρόπους θεραπευτικής αντιμετώπισης

( Παπαδάτος , 1988 )

### B) Τμήμα Ενηλίκων

Εξυπηρετεί ενήλικες με ψυχιατρικές διαταραχές καθώς επίσης και άτομα που νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρική κλινική ή νοσοκομείο , για Μετανοσοκομειακή παρακολούθηση. Προσφέρει :

- Ø Εκτίμηση-διάγνωση του προβλήματος με το οποίο προσέρχεται ο εξυπηρετούμενος
- Ø Θεραπεία σε όλο το φάσμα ψυχιατρικών διαταραχών
- Ø Συμβουλευτικές υπηρεσίες και συνεργασία με τους οικογενειακούς ή νοσοκομειακούς γιατρούς των εξυπηρετούμενων

(Πεθεριώτη Κ. ,1991 ,σελ 54)

### Γ) Υπηρεσία αντιμετώπισης κρίσεων ή υπηρεσία επειγόντων περιστατικών

Τα προγράμματα αυτά στοχεύουν στην προσφορά άμεσης ψυχολογικής υποστήριξης, σε εκείνα τα άτομα της κοινότητας, τα οποία βρίσκονται σε κρίση, με θεραπευτική αντιμετώπιση των παθολογικών αντιδράσεων του ατόμου κατά την κρίσιμη κατάσταση και κυρίως με πρόληψη πιθανών σοβαρότερων μελλοντικών επιπλοκών. (ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, 1988, Σελ. 134).

Οι υπηρεσίες αντιμετώπισης κρίσεων έχουν προγραμματιστεί να λειτουργούν με τους εξής τρόπους :

- Ø Άμεση τηλεφωνική ψυχολογική υποστήριξη με διαμόρφωση τηλεφωνικού κέντρου.
- Ø Άμεση υποδοχή ατόμων που βρίσκονται σε κρίση με συγκρότηση ομάδας για επέμβαση στην κρίση.
- Ø Άμεση μετακίνηση προς τα άτομα αυτά με συγκρότηση αντίστοιχης ομάδας

Οι παραπάνω υπηρεσίες στελεχώνονται με ειδικά εκπαιδευμένη επιστημονική ομάδα που αποτελείται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς που απαντούν τηλεφωνικά και ενημερώνουν, συμβουλεύουν ή υποστηρίζουν το ενδιαφερόμενο άτομο.

(Πεθεριώτη, 1991, σελ 58-59)

### Δ) ΜΟΝΑΔΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Στις μονάδες αυτές επιδιώκεται η θεραπευτική προσέγγιση ψυχιατρικών περιπτώσεων σε ημερήσια ή τακτική βάση, με στόχους κυρίως την κοινωνική επανένταξη των εξυπηρετούμενων. (Πεθεριώτη Κ, 1991, σελ 60)

Συγκεκριμένα, μέσω των μονάδων αυτών προσφέρεται εντατική θεραπεία, αλλά ταυτόχρονα παρέχεται εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, κινητοποίηση, αποκατάσταση. Αποτελεί μια ενδιάμεση μορφή θεραπείας για περιστατικά που δεν



μπορούν να αντιμετωπιστούν σε μονάδες εξωτερικών ιατρείων αλλά και για τα οποία δεν απαιτείται κλειστή ψυχιατρική νοσηλεία.

(Κοσμόπουλος Α ,Μπουγιουκλή Μ , Τουμαράς Δ., 1991)

#### Ε) ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Αντιμετωπίζει άτομα με διαπροσωπικά προβλήματα, προβλήματα συμπεριφοράς ή οικογενειακά προβλήματα με

- Ø Ατομική-ομαδική ψυχοθεραπεία
- Ø Ψυχοθεραπεία οικογένειας
- Ø Ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς

(Μαδιανός Γ. Μιχάλης , Στεφανής Κ.Μ., 1997 )

Άλλες υπηρεσίες που λειτουργούν στα Κ.Ψ.Υ. πανελλαδικά είναι:

- § Υπηρεσία επανερχομένων ασθενών (παρακολούθηση του εξυπηρετούμενου και μετά το πέρας της θεραπευτικής διαδικασίας για την πρόληψη και την αποφυγή των υποτροπών)
- § Υπηρεσία ψυχικής υγείας φοιτητών
- § Υπηρεσία συστημικής-οικογενειακής θεραπείας
- § Συμβουλευτική-εκπαιδευτική υπηρεσία προς την κοινότητα (για ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σε ζητήματα ψυχικής υγείας και για προληπτική και ενημερωτική παρέμβαση)
- § Ψυχομετρικά εργαστήρια (όπου πραγματοποιούνται, στα πλαίσια της διαδικασίας της διάγνωσης ,διάφορα ψυχομετρικά τεστ)
- § Κοινωνικές λέσχες ασθενών (όπου εξυπηρετούμενοι που βρίσκονται στο στάδιο της αποθεραπείας, μπορούν να παρακολουθούν κάποια προγράμματα απασχόλησης και γενικότερα να αξιοποιούν δημιουργικά τον χρόνο τους με κύριο στόχο την αποφυγή των υποτροπών)

§ Τμήμα έρευνας και εκπαίδευσης. Πιο συγκεκριμένα, οι έρευνες που διεξάγονται προσανατολίζονται προς την κοινότητα που αποτελεί την περιοχή ευθύνης του Κ.Ψ.Υ. και προς τους χρήστες των υπηρεσιών του Κέντρου και συνήθως δημοσιεύονται σε επιστημονικά περιοδικά ή ανακοινώνονται σε επιστημονικά συνέδρια. Στα πλαίσια της εκπαίδευσης, το Κέντρο ενθαρρύνει τα στελέχη του για συνεχή επιμόρφωση, υλοποιεί εσωτερικά προγράμματα εκπαίδευσης με καλεσμένους εξωτερικούς ομιλητές που παρουσιάζουν θέματα της εξειδίκευσής τους ή του χώρου εργασίας τους και σε συνεργασία με Πανεπιστημιακές μονάδες διεξάγει μετεκπαιδευτικά σεμινάρια .( Μαδιανός Γ. Μιχάλης ,Στεφανής Κ.Μ., 1997 )

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### **1. ΓΕΝΙΚΑ**

Ο Κοινωνικός Λειτουργός που εργάζεται στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας χρησιμοποιεί ανάλογα με τις ανάγκες που παρουσιάζονται όλες τις μεθόδους της Κοινωνικής Εργασίας ,(Κ.Ε.Ο,Κ.Ε.Κ,Κ.Ε.Α,Κ.Ε.με Οικογένεια).

Ο ρόλος του είναι διαγνωστικός, συμβουλευτικός ,αλλά και θεραπευτικός ,υπό την επίβλεψη ενός εκπαιδευτικού ειδικού ή και με την συνεργασία της θεραπευτικής ομάδας της οποίας είναι μέλος .Η συμμετοχή του στην θεραπευτική ομάδα είναι πάρα πολύ σημαντική, γιατί είναι εκπαιδευμένος και προδιατεθειμένος να μπει στο φυσικό χώρο του ασθενή και να συλλέξει στοιχεία που διαφορετικά δεν μπορούν να συλλεχθούν με συνεντεύξεις στο γραφείο.( Καστρινού Δ., Καψάλη Β., 1987 )

Μέσα στην θεραπευτική ομάδα ο Κοινωνικός Λειτουργός δεν αισθάνεται ότι σηκώνει κάποιο βάρος μόνος του και χωρίς υποστήριξη.Του δίνεται η δυνατότητα να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα του και να τα θέσει υπό επιστημονικό έλεγχο ,κάτι που θεωρείται σημαντικό για την διατήρηση της δική του ισορροπίας ,αλλά και εμπιστοσύνης απέναντι στον εαυτό του.( Βανάκα Κ. ,1998 )

Ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο Κοινωνικός Λειτουργός στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας αλλά και σε άλλα πλαίσια ψυχικής υγείας, είναι το γεγονός ότι από την εκπαίδευσή του δεν αποκτά ιδιαίτερη ειδίκευση πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας .Το μόνο που παίρνει είναι γενικές γνώσεις .Έτσι σε αρκετά κέντρα οι ψυχίατροι έχουν αναλάβει ένα είδος εκπαίδευσης και προετοιμασίας των Κοινωνικών Λειτουργών που πρόκειται να εργαστούν σε αυτά τα κέντρα ,ένα είδος σεμιναρίων αρκετά αποτελεσματικών.

Είναι όμως τόσο σημαντικό και αξιόλογο το έργο που επιτελείται από την θεραπευτική ομάδα ,που τέτοιες ατέλειες ξεπερνιούνται εύκολα μόνο και μόνο προς

όφελος της ίδιας της ύπαρξης του κέντρου και του σκοπού που εξυπηρετεί.(Βανάκα Κ., 1998 )

Οι επαγγελματικές ενασχολήσεις του είναι προληπτικές, διαγνωστικές, συμβουλευτικές και θεραπευτικές. Στον τομέα της Πρόληψης ,η συμβολή του Κοινωνικού Λειτουργού είναι πολύ μεγάλη. Οργανώνει ομάδες με προληπτικό χαρακτήρα πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας ,όπως ομάδες γονέων, παιδιών σε σχολεία ,ομάδες για διαφώτιση, κ.τ.λ. στοχεύοντας στην έγκαιρη διάγνωση ψυχικών διαταραχών και στην έγκαιρη αντιμετώπιση τους.( Πεθεριώτη Κ.,1991 )

Η Διαγνωστική προσφορά του είναι επίσης βοηθητική στο έργο της θεραπευτικής ομάδας, εφόσον είναι το άτομο που θα έρθει σε επαφή με τον φυσικό χώρο του ασθενή και θα συγκεντρώσει τα στοιχεία εκείνα που θα βοηθήσουν την θεραπευτική ομάδα να οργανώσει την θεραπεία του ασθενή.( Πεθεριώτη Κ.,1991 )

Ο ρόλος του εκτός από την διαγνωστική και προληπτική προσφορά του είναι και συμβουλευτικός .Ο Κοινωνικός Λειτουργός έρχεται σε επαφή με τον ασθενή ,με μέλη της οικογένειας του ή και με την οικογένεια στο σύνολο της, με σκοπό να δώσει αναγκαίες πληροφορίες ,να επεξηγήσει το διαγνωστικό αποτέλεσμα της θεραπευτικής ομάδας ,να δώσει διευκρινήσεις σε ερωτήματα που αφορούν την πορεία της ασθένειας και την θεραπεία αυτής ,να συμβουλευσει ,να προσφέρει την βοήθεια του στην επίλυση πρακτικών προβλημάτων και να δημιουργήσει μια αμοιβαία σχέση εμπιστοσύνης.( Πεθεριώτη Κ.,1991 )

Ο Θεραπευτής Κοινωνικός Λειτουργός στοχεύει στην καλυτέρευση σχέσεων των ψυχικά ασθενών ,στην προσαρμογή τους στο οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον,στην ανάπτυξη ικανοτήτων για την επίλυση προβληματικών καθημερινών καταστάσεων.Επικεντρώνεται τόσο στα προβλήματα που οι ασθενείς αντιμετωπίζουν σε σχέση με το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον ,όσο και στα προβλήματα που αντιμετωπίζει η οικογένεια από την πλευρά της ,εξαιτίας της ψυχικής ασθένειας του μέλους της .(Πεθεριώτη Κωνσταντίνα,1991)

Πιο συγκεκριμένα οι επαγγελματικές ενασχολήσεις του είναι:

1. Σε σχέση με άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα που είναι απόρροια άγνοιας ,ολικής ή μερικής έλλειψης ικανοτήτων στην αντιμετώπιση οικογενειακών και περιβαλλοντικών κρίσιμων καταστάσεων και πιέσεων ,που μπορεί να σχετίζονται με την σωματική και ψυχική υγεία τους ,αναπτυξιακούς,εργασιακούς και οικονομικούς λόγους ( Βανάκα Κ.,1998 )
2. Σε σχέση με ομάδες ατόμων που αντιμετωπίζουν κοινά προβλήματα ,είτε μέσα σε ένα θεραπευτικό χώρο ή χώρο εργασίας ή γενικά μέσα στο κύριο χώρο ,οπού τα άτομα ζουν.( Βανάκα Κ., 1998 )
3. Σε σχέση με τα υπάρχοντα κοινοτικά ή ευρύτερα κοινωνικά συστήματα παροχής υπηρεσιών,με αντικειμενικό σκοπό την καλύτερευση τους ή την σωστή ανταπόκριση τους στις ατομικές ή συλλογικές ανάγκες των ατόμων. ( Βανάκα Κ., 1998 )

Συνοψίζοντας θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας είναι ρόλος "κλειδί" και έχει καθοριστική σημασία για την επίτευξη των αντικειμενικών, θεραπευτικών στόχων του ψυχικού πλαισίου."(Βανάκα Κ , 1998)

## **2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΤΟΜΑ**

Η Κοινωνική Εργασία με Άτομα είναι η μέθοδος η οποία παραδοσιακά είναι περισσότερο συνδεδεμένη με την Κοινωνική Εργασία και η μέθοδος που χρησιμοποιείται περισσότερο από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς σε όλα τα πλαίσια που απασχολούνται. Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας είναι ένα από αυτά. ( Βανάκα Κ.,1998 )

Ο ψυχικά ασθενής ερχόμενος στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας για να ζητήσει βοήθεια - ανεξάρτητα αν έρχεται εθελοντικά ή όχι - χρειάζεται να εξοικειωθεί με το περιβάλλον και να προσαρμοστεί στην πρώτη του αυτή επαφή με το Κέντρο. Όσο πιο καλή και ζεστή θα είναι αυτή η πρώτη επαφή τόσο πιο εύκολα ο ασθενής θα δεχθεί την βοήθεια που θα του δοθεί. Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι το άτομο που θα τον βοηθήσει να αισθανθεί οικεία με τον χώρο, να αποβάλλει τα συναισθήματα φόβου , ανασφάλειας , άγχους που κουβαλάει μαζί του ερχόμενος στο Κέντρο, να τον ενημερώσει για τις υπηρεσίες που προσφέρει το τελευταίο και τον τρόπο με τον οποίο αυτές θα προσαρμοστούν στην δική του κατάσταση. ( Καστρινού Δ., Καψάλη Β.,1987 )

Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι το μέλος της θεραπευτικής ομάδας που έρχεται πρώτο σε επαφή με τον ψυχικά ασθενή. Με την τεχνική της Συνέντευξης θα συγκεντρώσει τα στοιχεία του κοινωνικού ιστορικού του ασθενή και θα κάνει την διάγνωση και την εκτίμηση για την κατάσταση του τελευταίου , μεταφέροντας τα συμπεράσματα του στην θεραπευτική ομάδα ( Βανάκα Κ., 1998 )

Αναφορικά με την Συνέντευξη ο Κοινωνικός Λειτουργός προσπαθεί να είναι ευαίσθητος στις αξίες του θεραπευόμενου , ελέγχοντας παράλληλα τις δικές του προκαταλήψεις και ανάγκες . Επιτυχημένο κλίμα συνέντευξης είναι εκείνο που χαρακτηρίζεται από εμπραθητικό άκουσμα και σεβασμό εκ μέρους του Κοινωνικού Λειτουργού για όσα λει το άτομο αλλά και για όσα φανερώνει με τους μη λεκτικούς τρόπους. ( Βανάκα Κ.,1998 )

Πολλές φορές μετά από την πρώτη Συνέντευξη ο Κοινωνικός Λειτουργός βλέπει στην συνέχεια άλλα προβλήματα και δυσκολίες. Έτσι ξεκινάει από εκεί που θέλει ο πελάτης και συνεχίζει με επόμενες συνεντεύξεις να εργάζεται μαζί του πάνω στην μεθοδολογία και τις τεχνικές της Κοινωνικής Εργασίας. ( Βανάκα Κ., 1998 )

Ο Κοινωνικός Λειτουργός με την συνεχή επαφή του με τον ασθενή μέσω της μεθόδου της Κοινωνικής Εργασίας με Άτομα προσπαθεί να βοηθήσει τον ασθενή να γνωρίσει τον εαυτό του ,να αποδεχθεί την ιδιαιτερότητα του και να δουλέψει πάνω σε αυτή προκειμένου να καταστεί άτομο κοινωνικά υπεύθυνο ,χρήσιμο για τον εαυτό του και το κοινωνικό σύνολο. Γι' αυτό παραμένει αντικειμενικός στην κρίση του απέναντι στον ασθενή, δίχως να επηρεάζεται από συναισθηματισμούς αλλά και δίχως να διατηρεί ένα ψυχρό πρόσωπο απέναντι του. (Βανάκα Κ.,1998)

Διακρίνονται τέσσερα στάδια στην τεχνική της Συνέντευξης η οποία αποτελεί και το κύριο μέσο εργασίας του Κοινωνικού Λειτουργού στην Κοινωνική Εργασία με Άτομα. Αυτές είναι :

1. Διαγνωστική εκτίμηση : Γίνεται εκτίμηση των παραγόντων τόσο των προσωπικών όσο και των περιβαλλοντικών που συντελούν στην δυσλειτουργία και δυσφορία του ατόμου. Ο Κοινωνικός Λειτουργός με τις ειδικές γνώσεις που διαθέτει μπορεί να εργαστεί διαγνωστικά τόσο με τον ασθενή όσο και με το περιβάλλον του τελευταίου, ερχόμενος σε επαφή και με τις δύο πλευρές. Μέσα από ένα επιτυχημένο κλίμα συνέντευξης με τον ασθενή αλλά και με κάποια μέλη της οικογένειας του ή άλλα σημαντικά πρόσωπα της ζωής του μπορούν να έρθουν στην επιφάνεια - με λεκτικούς ή μη λεκτικούς τρόπους - στοιχεία που να φανερώνουν την αρνητική ή όχι επίδραση τους πάνω στον ασθενή. Ο Κοινωνικός Λειτουργός θα μεταφέρει τα συμπεράσματα στην θεραπευτική μονάδα, η οποία με τα καινούργια αυτά στοιχεία θα βοηθηθεί στο να γνωρίσει ακόμα καλύτερα τον εξυπηρετούμενο και να σχεδιάσει την κατάλληλη θεραπεία γι' αυτόν. (Καστρινού Δ, Καψάλη Β, 1987)

2.Σχεδιασμός παρέμβασης : Αφορά την επιλογή ενεργειών που προγραμματίστηκαν για να πετύχουν στους συγκεκριμένους σκοπούς, οι οποίοι αποτελούν απόφαση και του θεραπευόμενου. Το σχέδιο παρέμβασης εξαρτάται όχι μόνο από τι ο Κοινωνικός Λειτουργός προσφέρει αλλά και από τι ο θεραπευόμενος είναι έτοιμος να δεχτεί.

Είναι πολύ σημαντικό ο Κοινωνικός Λειτουργός να αντιληφθεί τους περιορισμούς και τις δυνάμεις του θεραπευόμενου και του κοινωνικού του περίγυρου.(Καστρινού Δ, Καψάλη Β, 1987).

3.Τρόποι παρέμβασης: Περιλαμβάνονται ειδικές διαδικασίες π.χ. υποστηρικτές παρατηρήσεις ή προγραμματισμένες συζητήσεις με τους "σημαντικούς άλλους" - μέλη της οικογένειας του θεραπευόμενου. Ο Κοινωνικός Λειτουργός έρχεται σε επαφή με μέλη της οικογένειας τα οποία παίζουν καθοριστικό ρόλο για την θεραπεία του ασθενή. Προσπαθεί να συλλέξει τα στοιχεία εκείνα που θα τον βοηθήσουν να σχεδιάσει μαζί με την ομάδα ψυχικής υγείας την θεραπεία του τελευταίου και επιπλέον να προσφέρει βοήθεια υποστηρικτική προκειμένου ο ασθενής μετά την θεραπεία του να αντιμετωπισθεί σωστά και να αποφευχθούν συμπεριφορές που μπορεί να τον επαναφέρουν εκεί που ξεκίνησε ερχόμενος στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας.(Καστρινού Δ, Καψάλη Β, 1987).

4.Στάδιο τερματισμού συνεργασίας : Σε αυτό το στάδιο ο Κοινωνικός Λειτουργός παίρνει υπόψη του το επίπεδο ωριμότητας του ψυχικά ασθενή και μεταφέρει τα συμπεράσματα του στην θεραπευτική ομάδα. Εκεί θα εργαστεί πλέον ομαδικά, εφόσον θα έχουν συγκεντρωθεί στοιχεία για τον ασθενή και από τις επαφές με τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας και θα σχεδιαστεί προσεχτικά η θεραπεία του.(Καστρινού Δ, Καψάλη Β, 1987)

Ο Κοινωνικός Λειτουργός εργάζεται με τον ασθενή-εξυπηρετούμενο του Κέντρου σε όλη την διάρκεια επαφής του τελευταίου με αυτό ,εφαρμόζοντας την μέθοδο της Κοινωνικής Εργασίας με Άτομα και προσαρμόζοντας τις τεχνικές ,γνώσεις και την εμπειρία του ανάλογα με το στάδιο στο οποίο ο ασθενής βρίσκεται και τις ανάγκες που προκύπτουν.( Καστρινού Δ., Καψάλη Β., 1987 )

Εργάζεται με τον ασθενή όταν αυτός παρουσιάζει διαταραχές στην συμπεριφορά του, με αποτέλεσμα να δημιουργεί δυσάρεστες σχέσεις με τους άλλους εξυπηρετούμενους και το προσωπικό του Κέντρου. Έρχεται σε επαφή με τον ασθενή προκειμένου να διαγνώσει αν είναι ικανός ή όχι να συμμετέχει στις δραστηριότητες και ομάδες που λειτουργούν στο Κέντρο και ανάλογα με τις ικανότητες του να επιλεγεί η πιο κατάλληλη για αυτόν.( Βανάκα Κ. ,1987 )



Ο Κοινωνικός Λειτουργός προετοιμάζει την επάνοδο του αποθεραπευθέντος στην Οικογένεια του και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον ,αντιμετωπίζοντας τις τυχόν υπάρχουσες προκαταλήψεις ,υποβοηθώντας στην επαγγελματική του αποκατάσταση και επιλύοντας ότι πρόβλημα προκύψει. Διατηρεί την επαφή του με τον ασθενή και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας του ,παρακολουθώντας διακριτικά με επισκέψεις κατ'οίκον την προσαρμογή του στο Οικογενειακό του περιβάλλον και παρεμβαίνοντας αν και όταν χρειαστεί. ( Βανάκα Κ.,1998 )

Με ειδική εκπαίδευση πανεπιστημιακού επιπέδου ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να ασκήσει και το έργο της Συμβουλευτικής ή Ψυχοθεραπείας σε άτομα με ψυχικές διαταραχές ( Καστρινού Δ., Καψάλη Β., 1987 )

### **3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΜΑΔΑ.**

Η Μέθοδος της Κοινωνική Εργασίας με Ομάδα επικεντρώνεται στις ανάγκες του ατόμου και παράλληλα διατηρεί ζωνφό το ενδιαφέρον της για τις ανάγκες, τους περιορισμούς και τις ικανότητες της ομάδας ,όπου το άτομο ανήκει.

Υπάρχουν χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν την ομάδα από ένα σύνολο ατόμων ,όπως η σχέση αλληλεπίδρασης όπου τα μέλη μιας ομάδας βρίσκονται μεταξύ τους ,ο κοινός σκοπός και η εργασία που πραγματοποιούν με την βοήθεια του Κοινωνικού Λειτουργού προκειμένου να τον πετύχουν, οι κανόνες συμπεριφοράς που τα μέλη πρέπει να τηρήσουν για να παραμείνουν στην ομάδα. Επιπλέον αναπτύσσουν ένα σύνολο ρόλων και ένα δίκτυο διαπροσωπικών δυνάμεων έλξης που τους κάνει να ξεχωρίσουν από ένα απλό σύνολο ατόμων.(Χρυσούλα Κατσορίδου Παπαδοπούλου,1993)

Στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας ο Κοινωνικός Λειτουργός οργανώνει και ασχολείται με Ομάδες ατόμων με ψυχικές διαταραχές -με τους ασθενείς εκείνους όμως που είναι σε θέση να συμμετέχουν στην ομάδα .Παρόντα είναι και τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας τα οποία βοηθούν τον Κοινωνικό Λειτουργό στο δύσκολο αυτό έργο.Αναλύονται περιπτώσεις ασθενών παρουσία τους και ακούγονται διάφορες προτάσεις για καλύτερευση της θεραπευτικής αγωγής ,όπως ελάττωση παροχής ψυχοφαρμάκων κ.τ.λ. και δίνονται ερεθίσματα για μια πιο προσεγμένη θεραπευτική προσέγγιση. ( Καστρινού Δ., Καψάλη Β., 1987 )

Ο Κοινωνικός Λειτουργός παίζει τον ρόλο του Παρατηρητή, του Μεσολαβητή, του Ηγέτη ,του προσώπου που κατευθύνει και συμβουλεύει ,,ανάλογα με την ικανότητα και τις ανάγκες της ομάδας και των μελών της .Γνωρίζοντας ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές παρουσιάζουν πολλές ιδιαιτερότητες στην συμπεριφορά τους , είναι ιδιαίτερα προσεκτικός προκειμένου να αποφευχθούν επικίνδυνες συμπεριφορές από την πλευρά του τελευταίου.( Καστρινού Δ., Καψάλη Β., 1987 )

Παίζει τον ρόλο του Παρατηρητή ,όταν τα μέλη της ομάδας μπορούν να ενεργήσουν αυτοδύναμα προς όφελος αυτής ,ένας ρόλος που τον συναντάμε σε προχωρημένο στάδιο ανάπτυξης της ομάδας .Αν χρειαστεί ο Κοινωνικός Λειτουργός μεσολαβεί για να επαναφέρει την ομάδα στην τάξη και για να αποτρέψει την διάλυση της ,εφόσον μια ομάδα με ψυχικά ασθενείς έχει περισσότερες πιθανότητες -λόγω των ιδιαιτεροτήτων που παρουσιάζει- να αποσυντονιστεί και να λειτουργήσει εις βάρος των μελών της . ( Καστρινού Δ., Καψάλη Β., 1987 )

Εμψυχώνει και παρακινεί τα μέλη της ομάδας στις μεταξύ τους σχέσεις ,στην αυτοέκφραση ,στην λήψη αποφάσεων ,στην παραγωγή έργου. Οι ψυχικά ασθενείς έχουν ανάγκη και πρέπει να εκφράσουν τα συναισθήματα τους και αυτό είναι καλό να γίνεται μέσα στην ομάδα ,γιατί εκεί ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να αντιμετωπίσει με τον σωστό τρόπο μια επικίνδυνη συμπεριφορά και να αποφορτίσει τον ασθενή. Επιπλέον εμψυχώνοντας και παρακινώντας τους ασθενείς της ομάδας στην δημιουργία σχέσεων σωστά δομημένων μεταξύ τους ,προετοιμάζει το έδαφος για σχέσεις που θα αναπτύξουν αργότερα ως θεραπευμένοι μέσα στην Κοινότητα. ( Καστρινού Δ., Καψάλη Β., 1987 ).

Στα αρχικά στάδια λειτουργίας της ομάδας ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να παίζει τον ρόλο του Ηγέτη .Οι ψυχικά ασθενείς έχουν ανάγκη να διδαχθούν δημοκρατικές διαδικασίες ,να ξεχωρίσουν τις αποδεκτές από τις μη αποδεκτές συμπεριφορές ,να καθορίσουν τα σωστά όρια στην συμπεριφορά τους .Χρειάζονται επομένως ένα δυναμικό άτομο να τους καθοδηγήσει σωστά σε αυτή τους την προσπάθεια . ( Βανάκα Κ., 1998 ).

Στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας ο Κοινωνικός Λειτουργός οργανώνει μικρές ομάδες ψυχαγωγικού χαρακτήρα ,με τις οποίες δίνεται η δυνατότητα στους ψυχικά ασθενείς να εκφράσουν τα συναισθήματα τους ,μέσα από δημιουργικές δραστηριότητες που εκτός από ψυχαγωγικό χαρακτήρα έχουν και θεραπευτικές ιδιότητες ( Καστρινού Δ., Καψάλη Β., 1987 ).

Επίσης οργανώνει ομάδες μορφωτικές ,που σκοπό έχουν την καλύτερη προσαρμογή του ασθενή στην θεραπεία, την επανασύνδεση του τελευταίου με την πραγματικότητα ,την ενημέρωση του πάνω στην ψυχική ασθένεια του και τις επιπλοκές που αυτή μπορεί να του δημιουργήσει στους τομείς της ζωής του .Μέσα από αυτή την ομάδα ο ασθενής εξοικειώνεται με την κατάσταση του ,μαθαίνει να είναι υπεύθυνος ακολουθώντας την φαρμακευτική αγωγή- προκειμένου να αποφύγει δυσάρεστες καταστάσεις- και συμμετέχει ενεργά στην θεραπεία του .( Βανάκα Κ., 1998 )

Στις ομάδες συμβουλευτικού χαρακτήρα δίνεται στους ασθενείς η ευκαιρία να εκφράσουν τα συναισθήματα που προέρχονται από δυσκολίες, ματαιώσεις, απογοητεύσεις στις σχέσεις τους με τους άλλους .Ανταλλάσσονται εμπειρίες και διάλογοι, γίνεται διερεύνηση νέων τρόπων αντιμετώπισης της ασθένειας τους καθώς επίσης και ενημέρωση για τα δικαιώματα που έχουν και που συχνά παραβιάζονται. (Βανάκα Κ.,1998 )

Με την ανταλλαγή ρόλων (ROLE PLAY)-τεχνική που εφαρμόζει ο Κοινωνικός Λειτουργός -δίνεται στον ασθενή η ευκαιρία παρουσίασης γεγονότων της ζωής κάποιου άλλου ψυχικά ασθενή και έτσι ο τελευταίος προετοιμάζεται για πιθανή αντιμετώπιση παρόμοιων καταστάσεων όταν θα επανέρθει στην Κοινότητα πλέον ως υγιές μέλος αυτής .( Βανάκα Κ.,1998 )

Πολλές φορές η δραστηριότητα του Κοινωνικού Λειτουργού μέσα στην ομάδα δεν είναι ικανοποιητική . Υπάρχει έντονη ανταγωνιστικότητα μεταξύ των μελών της και διάχυτη η τάση για επικάλυψη του ρόλου του .Γι' αυτό κρίνεται απαραίτητο να προσαρμόζει τις δραστηριότητες του ανάλογα με τις εξελίξεις και τις δυνατότητες της ομάδας .( Βανάκα Κ.,1998 )

Η εργασία του Κοινωνικού Λειτουργού δεν σταματάει μόνο στις ομάδες εκείνες που μέλη της είναι ψυχικά ασθενείς . Οργανώνει ομάδες προληπτικού χαρακτήρα με παιδιά -εφήβους , εφόσον οι ψυχικές διαταραχές αρχίζουν να κάνουν την εμφάνιση τους κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας .Η έγκαιρη διάγνωση της ψυχικής διαταραχής θα συντελέσει στην αποτελεσματικότερη θεραπεία της .

Επίσης οργανώνει ομάδες που απαρτίζονται από τους γονείς των εξυπηρετούμενων του Κέντρου, οι οποίες μπορούν με την κατάλληλη καθοδήγηση από τον Κοινωνικό Λειτουργό να λειτουργήσουν συμβουλευτικά και υποστηρικτικά για τις οικογένειες των ψυχικά ασθενών .( Βανάκα Κ.,1998 )

Η Μέθοδος της Κοινωνικής Εργασίας με Ομάδες εφαρμόζεται σε αρκετά Κέντρα Ψυχικής Υγείας από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς .Χρειάζεται όμως οι τελευταίοι να κατέχουν πολύ καλή γνώση της δυναμικής της Ομάδας προκειμένου τα μέλη αυτής να βοηθηθούν. Κακή μεταχείριση από την πλευρά του Κοινωνικού Λειτουργού μπορεί να οδηγήσει την ομάδα σε δυσάρεστες καταστάσεις και κάποια μέλη της σε πράξεις επικίνδυνες τόσο για τους άλλους όσο και για τον εαυτό τους .( Καστρινού Δ.,Καψάλη Β.,1987 )

## **4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ**

Στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας ο Κοινωνικός Λειτουργός εφαρμόζει την μέθοδο της Κοινωνικής Εργασίας με Κοινότητα ,με στόχο την ενημέρωση,ευαισθητοποίηση και πληροφόρηση της κοινής γνώμης για τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και γενικότερα των εξυπηρετούμενων των συγκεκριμένων Κέντρων

Μέχρι στιγμής η δυνατότητα για μεγαλύτερη επαφή με την Κοινότητα είναι περιορισμένη ,γεγονός που οφείλεται στα λίγα έτη λειτουργίας των Κέντρων Ψυχικής Υγείας ,σε συνδυασμό με τον περιορισμένο αριθμό Κοινωνικών Λειτουργών που απασχολούνται σε αυτά.( Καστρινού Δ., Καψάλη Β., 1987 )

Ο Κοινωνικός Λειτουργός γνωρίζει καλά πως τα άτομα και οι συνθήκες στις οποίες ζουν βρίσκονται σε αλληλεπίδραση μεταξύ τους και είναι ανάγκη να εκτιμηθούν οι συνθήκες αυτές προκειμένου το άτομο να βελτιώσει την ζωή του .Η εφαρμογή επομένως της Κοινωνικής Εργασίας με Κοινότητα είναι απαραίτητη για την επίτευξη του στόχου αυτού.( Καστρινού Δ., Καψάλη Β., 1987 )

Οι ενέργειες για την ομαλή κοινωνική ένταξη του ασθενή ξεκινούν από την ίδια την Κοινότητα από την οποία το άτομο δέχεται επιδράσεις Η αντίχνευση περιβάλλοντος του τελευταίου και η θεραπεία περιβάλλοντος ,είναι μια διαδικασία απαραίτητη προκειμένου να αποκατασταθεί ο ασθενής και να επανέρθει στο κοινωνικό σύνολο σαν ένα υγιές μέλος. Δεν επαρκούν μόνο οι προσωπικές γνώσεις και η εμπειρία του Κοινωνικού Λειτουργού για την εφαρμογή της Κοινωνικής Εργασίας με Κοινότητα . Χρειάζεται ολοκληρωμένη κάλυψη, αντιμετώπιση και συντονισμός όλων των πηγών της Κοινότητας ,όπως επίσης και συνεργασία των συναφών επαγγελματιών ( Καστρινού Δ., Καψάλη Β ,1987 ).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός συνεργάζεται με οργανισμούς και υπηρεσίες για την διεργασία - λύσης προβλημάτων των πελατών του ,όπως ψυχιατρικές κλινικές νοσοκομείων ,τον οικογενειακό προγραμματισμό ,κ.τ.λ. Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας δεν μπορεί να λειτουργήσει αυτόνομα και ανεξάρτητα από τις υπηρεσίες αυτές ,εφόσον η συνεργασία μαζί τους κρίνεται απαραίτητη για την αποκατάσταση των

ασθενών .Αρκετές φορές για παράδειγμα εξυπηρετούμενοι του Κέντρου χρειάζεται να νοσηλευτούν σε κάποια ψυχιατρική κλινική νοσοκομείου ή να έρθουν σε επαφή με κάποια άλλη υπηρεσία και οργανισμό. Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι το άτομο που θα κάνει την πρώτη επαφή και θα ενημερώσει για το περιστατικό του Κέντρου του και για τους λόγους παραπομπής του ασθενή του στην συγκεκριμένη υπηρεσία .Οι υπηρεσίες της Κοινότητας από την άλλη παίζουν καθοριστικό ρόλο για το Κέντρο ,εφόσον είναι αυτές που θα παραπέμψουν με την σειρά τους τον ασθενή που χρειάζεται ψυχιατρική παρακολούθηση σε αυτό. Κρίνεται επομένως αναγκαία η δημιουργία μιας ζεστής επαγγελματικής σχέσης μεταξύ των δυο -Κέντρων Ψυχικής Υγείας και Υπηρεσιών της Κοινότητας -προς όφελος του εξυπηρετούμενου. ( Καστρινού Δ., Καψάλη Β.,1987 )

Ο Κοινωνικός Λειτουργός συνεργάζεται και με τοπικούς φορείς -δημόσιους και ιδιωτικούς -ώστε να γίνει πλατειά ενημέρωση για το έργο και τον ρόλο του ,όπως επίσης και για τα προγράμματα της υπηρεσίας του . Συγκεκριμένα έρχεται σε επαφή με δασκάλους , καθηγητές ,μαθητές και κατοίκους της Κοινότητας που απασχολούνται σε διάφορους φορείς προκειμένου να τους ενημερώσει για τον σκοπό λειτουργίας του Κέντρου ,για θέματα ψυχικής υγείας ,για τον δικό του ρόλο. Στόχος αυτής του της επαφής είναι αρχικά να εξαλείψει το στίγμα που ακολουθεί την ψυχική υγεία και να διώξει τον φόβο της" επικινδυνότητας" του ψυχικά ασθενή.Με την ενημέρωση του πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας βοηθάει σημαντικά στον τομέα της πρόληψης και κατ' επέκταση στην μείωση των πιθανοτήτων εγκλεισμού του ασθενή σε κάποιο ίδρυμα και της ομαλής ένταξης του στην Κοινότητα.( Καστρινού Δ.,Καψάλη Β.,1987 )

Η συμβολή του Κοινωνικού Λειτουργού στον τομέα της Πρόληψης είναι πολύ σημαντική .Ερχόμενος σε συνεργασία και με τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας διοργανώνει διαλέξεις ,σεμινάρια ,ομιλίες και συζητήσεις σε χώρους όπου η Πρόληψη των ψυχικών διαταραχών παίζει καθοριστικό ρόλο- όπως είναι ο χώρος του σχολείου- εφόσον όσο πιο έγκαιρά διαγνωστεί τόσο πιο αποτελεσματική θα είναι και η θεραπεία της . ( Καστρινού Δ.,Καψάλη Β.,1987 )

Σημαντική είναι και η εργασία που πραγματοποιεί με τους εθελοντές -κατοίκους της κοινότητας .Όσο πιο μεγάλος είναι ο αριθμός των εθελοντών ,τόσες περισσότερες

είναι και οι πιθανότητες να υλοποιηθούν οι στόχοι του Κέντρου Ψυχικής Υγείας και να μπορούμε να μιλάμε για ομαλή ένταξη των ψυχικά ασθενών στην Κοινότητα. Ο Κοινωνικός Λειτουργός διοργανώνει ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες ,ερχόμενος σε συνεργασία τόσο με τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας όσο και με τους εθελοντές κατοίκους .Η εμπλοκή των τελευταίων στα διάφορα προγράμματα του Κέντρου Ψυχικής Υγείας βοηθάει σημαντικά στον τομέα της αποκατάστασης των ασθενών ,εφόσον οι εξυπηρετούμενοι του Κέντρου αισθάνονται αποδεκτοί και αγαπητοί από την Κοινότητα και τα μέλη της . Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η καλύτερη συμμετοχή των ασθενών στην θεραπεία και μια πιο ομαλή ένταξη στην Κοινότητα όπου ζουν. ( Βανάκα Κ.,1998 )

Τέλος ένας σημαντικός τομέας απασχόλησης του Κοινωνικού Λειτουργού ο οποίος δεν είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένος ,άλλα βρίσκεται σε εξέλιξη είναι αυτός της επαγγελματικής αποκατάστασης του ψυχικά ασθενή .Ο τελευταίος τις περισσότερες φορές εξαιτίας της ιδιαιτερότητας του αντιμετωπίζει μεγάλο πρόβλημα ως προς την ανεύρεση εργασίας και αυτό συμβαίνει επειδή ελάχιστοι είναι οι εργοδότες που δέχονται κάποιον ψυχικά ασθενή να εργαστεί μαζί τους ,λόγω του στίγματος της "επικινδυνότητας " που ακολουθεί τον τελευταίο.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός σε συνεργασία και με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας εργάζεται πάνω στον τομέα αυτό .Έρχεται σε επαφή με διάφορες υπηρεσίες και φορείς που προσφέρουν εργασία προσπαθώντας να τους ευαισθητοποιήσει και να τους πείσει για την ικανότητα των ασθενών να παράγουν έργο. Ο τομέας αυτός εξελίσσεται σε αργούς ρυθμούς γεγονός που οφείλεται εκτός των άλλων και στα μεγάλα ποσοστά ανεργίας στην Ελλάδα.( Βανάκα Κ.,1998 )

Η Μέθοδος της Κοινωνικής Εργασίας με Κοινότητα εφαρμόζεται σε μικρότερο βαθμό σε σύγκριση με τις άλλες μεθόδους ,,υπάρχουν όμως προοπτικές για ανάπτυξη της ,γεγονός που θα συμβάλει στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών .( Βανάκα Κ.,1998 )





## 5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Ένας σημαντικός τομέας εργασίας του Κοινωνικού Λειτουργού στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας είναι η οικογένεια του ψυχικά ασθενή. Ο στόχος σχέσης κοινωνικών λειτουργών και οικογένειας είναι να διαπιστώσει και να διερευνήσει τα δυναμικά που διαπλέκονται μέσα στην ίδια την οικογένεια ,τους ρόλους των μελών της οικογένειας του ασθενή,του ίδιου του ασθενή και του ρόλου του μέσα στους τομείς της οικογένειας .( Βανάκα Κ. 1998 )

Με τα σημερινά δεδομένα οι δυνατότητες για Οικογενειακή Θεραπεία είναι περιορισμένες ,άλλα υπάρχουν υποσχέσεις για το μέλλον. Οι λόγοι έλλειψης Οικογενειακής Θεραπείας είναι οι εξής :

A) Η ελλιπής στελέχωση των Κέντρων Ψυχικής Υγείας από Κοινωνικούς Λειτουργούς ,έχει σαν αποτέλεσμα ο τελευταίος να έχει περιορισμένες δυνατότητες να αντεπεξέλθει στον ρόλο του ,καλύπτοντας όσο το δυνατόν περισσότερο τις ανάγκες του Κέντρου.( Καστρινού Δ., Καψάλη Β.,1987 )

B) Η έλλειψη σωστής εκπαίδευσης των Κοινωνικών Λειτουργών πάνω σε θέματα κοινωνικής θεραπείας ,δεν τους επιτρέπει να εργαστούν πάνω στον τομέα αυτό. ( Καστρινού Δ., Καψάλη Β.,1987 )

Γ) Ένας τρίτος λόγος είναι η πολύ γραφική δουλειά που έχει καθηλώσει τον Κοινωνικό Λειτουργό στο γραφείο του και οι πολλές υποχρεώσεις μέσα στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας που δεν του επιτρέπουν να ασχοληθεί με την Οικογενειακή Θεραπεία, όπου απαιτεί αρκετό χρόνο.( Καστρινού Δ., Καψάλη Β., 1987 )

Παρά τις δυσκολίες για Οικογενειακή Θεραπεία η εργασία που πραγματοποιεί ο Κοινωνικός Λειτουργός με την οικογένεια του ψυχικά ασθενή είναι πολύ σημαντική. Αρχικά προετοιμάζει τον ασθενή και την οικογένεια του στην πρώτη τους επαφή με το Κέντρο Ψυχικής Υγείας ,με στόχο την εξοικείωση τους με τον "άγνωστο "για αυτούς μέχρι τώρα χώρο .Στην πρώτη αυτή επαφή τόσο ο ασθενής όσο και η

οικογένεια του μπορεί να είναι φοβισμένοι, καχύποπτοι, επιφυλακτικοί, συχνά εχθρικοί ,αμήχανοι ή αμφιθυμικοί. Μπορεί να τους έχει στείλει στο Κέντρο κάποια άλλη υπηρεσία ή να έχουν έρθει εθελοντικά. Η σωστή προσέγγιση από την πλευρά του Κοινωνικού Λειτουργού θα τους βοηθήσει να προσαρμοστούν ομαλά στο περιβάλλον και να δεχθούν βοήθεια. ( Καστρινού Δ., Καψάλη Β., 1987 )

Ο Κοινωνικός Λειτουργός εργάζεται με την οικογένεια του ασθενή ,με σκοπό να συλλέξει στοιχεία για τον τελευταίο που θα βοηθήσουν την θεραπευτική ομάδα να προχωρήσει έγκαιρα και σωστά στην διάγνωση -.εφόσον πρόκειται για μια διαδικασία ομαδική και όχι ατομική -άλλα και στην θεραπεία. Επίσης έχει την ικανότητα να αντιλαμβάνεται έγκαιρα κάποια στοιχεία στον οικογενειακό χώρο ,τα οποία αποτελούν ενδεικτικά των σχέσεων των μελών μεταξύ τους .Ο χώρος της οικογένειας είναι ιδιαίτερα οικείος για αυτόν και μέσα από τις επισκέψεις κατ'οίκον, την τηλεφωνική επικοινωνία και γενικότερα με τις επαγγελματικές επαφές που πραγματοποιεί μαζί της , κάνει τις δικές του διαπιστώσεις , συγκρίνει ,κατανοεί και μεταφέρει τα μηνύματα στην θεραπευτική ομάδα.( Βανάκα Κ. ,1998 )

Επίσης συνεργάζεται με την οικογένεια προκειμένου να την ενημερώσει και κατατοπίσει πάνω στις ειδικές ανάγκες του ασθενή και της παθήσεως του. Η τελευταία τις περισσότερες φορές έχει πολλές απορίες σχετικά με την ασθένεια του αδύναμου μέλους της .Ο Κοινωνικός Λειτουργός με τα στοιχεία που έχει στην διάθεση του -και από τις επαφές του με την θεραπευτική ομάδα-προσπαθεί να καλύψει όσες περισσότερες απορίες μπορεί και να βοηθήσει την οικογένεια να κατανοήσει την κατάσταση ,να την αποδεχθεί και να διαμορφώσει την κατάλληλη συμπεριφορά απέναντι στον ασθενή -μέλος της .Με αυτόν τον τρόπο αποφεύγονται τυχόν συμπεριφορές από την πλευρά της που μπορεί να οξύνουν την κατάσταση του ασθενή και να δυσκολέψουν την θεραπευτική του αποκατάσταση.( Βανάκα Κ.,1998 )

Κατά το διάστημα επαφής του ασθενή με το Κέντρο Ψυχικής Υγείας ο Κοινωνικός Λειτουργός αντιλαμβάνεται κάθε πρόβλημα που προκύπτει ,- συνήθως πρόβλημα μη προσαρμοστικότητας ,ενδείξεις επιθετικότητας απέναντι στους άλλους εξυπηρετούμενους άλλα και στο προσωπικό του Κέντρου-και έρχεται σε επαφή με την οικογένεια ,συμβουλευόμενος πάντα και τον αρμόδιο ψυχίατρο ,προκειμένου να βρουν κάποια από κοινού λύση για τον εξυπηρετούμενο.( Βανάκα Κ., 1998 )

Στον τομέα της προετοιμασίας και ευαισθητοποίησης της οικογένειας για την αποδοχή του ψυχικά άρρωστου μέλους της , ο Κοινωνικός Λειτουργός εργάζεται με τον εξυπηρετούμενο και την οικογένεια του , με στόχο την δημιουργία μιας ζεστής και ανθρώπινης σχέσης ,σχέσης εμπιστοσύνης απέναντι στο πρόσωπο του, άλλα και στο Κέντρο που έχει αναλάβει την θεραπεία του ασθενή.( Βανάκα Κ., 1998 )

Τέλος διατηρεί την επαφή με τον ασθενή και την οικογένεια του και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας του τελευταίου ,προκειμένου να διαπιστώσει κατά πόσο η οικογένεια έχει προετοιμαστεί για το ξεκίνημα μιας καινούργιας σχέσης με το θεραπευμένο πλέον μέλος της .Η οικογένεια μπορεί να χρειαστεί στα πρώτα αυτά βήματα βοήθεια και ο Κοινωνικός Λειτουργός θα είναι εκεί να παρέμβει και να συμβουλευτεί προκειμένου να αποφευχθούν λαθεμένες συμπεριφορές .( Βανάκα Κ.,1998 )

Η εργασία που πραγματοποιεί ο Κοινωνικός Λειτουργός στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας με την Οικογένεια του ασθενή δεν είναι εκτεταμένη στα επίπεδα που πρέπει ,άλλα υπάρχουν οι δυνατότητες να εξελιχθεί σε μια πιο δημιουργική και αποδοτική εργασία. ( Βανάκα Κ. ,1998 ).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

### **1.ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η ερευνητική στρατηγική που ακολουθήθηκε στην παρούσα μελέτη είναι η περιγραφική. Σε μια περιγραφική έρευνα, βασική πρόθεση είναι η εκτίμηση των χαρακτηριστικών μιας δεδομένης κατάστασης. (Φίλιας Β., 1996,σελ 27). Οι περιγραφικές έρευνες δίνουν έμφαση στη περιγραφή των ειδικών χαρακτηριστικών δεδομένων περιστάσεων. (Φίλιας Β, 1996, σελ 31).

Στη συγκεκριμένη έρευνα στόχος είναι να εκτιμηθεί ο ρόλος του Κ.Λ. στα Κ.Ψ.Υ. της Ελλάδας και να διαπιστωθεί κατά πόσο η έως τώρα δοσμένη από την βιβλιογραφία κατάσταση ανταποκρίνεται και σε ποιο βαθμό στην πραγματικότητα.

Επιδιώκεται η συγκέντρωση και παρουσίαση ορισμένων δεδομένων που θα δώσουν μια ενδεικτική εικόνα του έργου του Κ.Λ. σε Κ.Ψ.Υ. στο πρακτικό επίπεδο και θα ολοκληρώσουν την άποψη που σχηματίζεται από το θεωρητικό μέρος της μελέτης.

## **2. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Αντικείμενο έρευνας είναι ο ρόλος του Κ.Λ. στα Κ.Ψ.Υ. της Ελλάδας, οι παρούσες δραστηριότητές του αλλά και οι προοπτικές του στο συγκεκριμένο πλαίσιο.

Το αντικείμενο της έρευνας στους απασχολούμενους Κ.Λ. στα Κ.Ψ.Υ. της Ελλάδας περιλαμβάνει σε πρώτο στάδιο κάποια ατομικά στοιχεία του δείγματος όπως: φύλο, ηλικία, έτη προϋπηρεσίας στο παρόν πλαίσιο απασχόλησης, εκπαίδευση, εξειδίκευση και τόπο διαμονής.

Κυρίως όμως, περιλαμβάνει στοιχεία άμεσα συνδεδεμένα με το έργο του Κ.Λ. σε πλαίσιο Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας όπως:

- § Αρχές λειτουργίας Κ.Ψ.Υ. και η σχέση τους με το αντικείμενο εργασίας του Κ.Λ.
- § Μεθόδους Κ.Ε. με τις οποίες ασχολείται ο Κ.Λ. στο Κ.Ψ.Υ. (Κ.Ε.Α., Κ.Ε.Ο., Κ.Ε.Κ., Κ.Ε. με Οικογένεια)
- § Περιοριστικοί – ανασταλτικοί παράγοντες στο έργο του Κ.Λ.
- § Βοηθητικά μέσα – μέθοδοι στο έργο του Κ.Λ.
- § Αξιολόγηση του έργου του Κ.Λ. και της εκπαίδευσης για το έργο αυτό
- § Αξιολόγηση των σχέσεων που ο Κ.Λ. αναπτύσσει με τους εξυπηρετούμενους και με τη διεπιστημονική ομάδα του Κ.Ψ.Υ.

### **3. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

#### Κ.Ψ.Υ.

A. Αρχικά διερευνούνται οι παρούσες δραστηριότητες και δυνατότητες του Κ.Λ. στο άξονες που σχετίζονται με :

- § Τις μεθόδους που χρησιμοποιεί ο Κ.Λ. στο πλαίσιο απασχόλησης του
- § Την εκπαίδευση ή εξειδίκευσή του
- § Την αξιολόγηση του έργου και των σχέσεών του στο πλαίσιο απασχόλησής του από τον ίδιο τον Κ.Λ.

B. Σε δεύτερη φάση ερευνούνται οι προοπτικές εξέλιξης και δράσης του Κ.Λ. στα Κ.Ψ.Υ.

Η διερεύνηση αυτή περιλαμβάνει 3 βασικούς άξονες που σχετίζονται με:

- § Τους περιοριστικούς παράγοντες στη δράση του Κ.Λ. στο πλαίσιο απασχόλησής του
- § Στην αξιολόγηση της εκπαίδευσης του Κ.Λ. και στις παρούσες ενέργειές του για μετεκπαίδευση, εξειδίκευση ή ενημέρωση
- § Την αξιολόγηση της προσφοράς του Κ.Λ. στο πλαίσιο απασχόλησής του.

## **4. ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ**

Η βιβλιογραφική μελέτη του θέματος δημιούργησε μια σειρά ερωτημάτων, τα οποία προσπαθεί να απαντήσει η παρούσα έρευνα, μέσω του ερωτηματολογίου το οποίο δόθηκε στο δείγμα.

Τα κυριότερα ερωτήματα μπορούν να συνοψιστούν ως εξής :

- § Η σχέση των αρχών λειτουργίας του Κ.Ψ.Υ. με το αντικείμενο εργασίας του Κ.Λ.
- § Οι μέθοδοι Κ.Ε. και ο τρόπος με τον οποίο τις εφαρμόζει ο Κ.Λ.
- § Παράγοντες που επηρεάζουν το έργο του Κ.Λ. στα Κ.Ψ.Υ.
- § Αξιολόγηση από τον Κ.Λ.
  - της προσφοράς του στο Κ.Ψ.Υ. και στους εξυπηρετούμενους του
  - των σχέσεων συνεργασίας που αναπτύσσονται στο Κ.Ψ.Υ. ανάμεσα σε Κ.Λ. και διεπιστημονική ομάδα της εκπαίδευσης του, όσον αφορά το αντικείμενο απασχόλησής του (κοινωνική ψυχική υγεία)



## 5. ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ

Τα υποκείμενα της έρευνας είναι επαγγελματίες Κοινωνικοί Λειτουργοί που απασχολούνται στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας στον Ελλαδικό χώρο. Το αρχικό δείγμα που επιλέχθηκε, αποτελούσε στην ουσία και τον πληθυσμό, δηλαδή όλους τους Κ.Λ. που εργάζονταν το δεδομένο χρονικό διάστημα (10/12/2000 –10/1/2001) στα Κ.Ψ.Υ. της Ελλάδας.

Από το δείγμα αποκλείστηκαν οι Κ.Λ. που απασχολούνται στα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής λόγω κάποιων τυπικών διαφορών που αφορούν όχι τους ίδιους τους Κ.Λ. αλλά τα πλαίσια απασχόλησης τους.(βλ σελίδα: )

Πριν αρχίσει η αποστολή των ερωτηματολογίων, το δείγμα προσεγγίστηκε με τηλεφωνική επικοινωνία, κατά την οποία εξηγούνταν ο σκοπός και ο φορέας της έρευνας. Ακόμη, μαζί με το ερωτηματολόγιο, επισυνάφθηκε σχετική επιστολή (βλ παράρτημα) που ανέφερε τα παραπάνω αλλά και πληροφορίες σχετικές με την επιστροφή των ερωτηματολογίων. Τέλος, μέσω και της επιστολής επισημαινόταν, ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και επιβεβαιωνόταν η τήρηση εχεμύθειας.

Από τα 30 ερωτηματολόγια που εστάλησαν, απαντήθηκαν και εστάλησαν πίσω τα 24, υπήρξε δηλαδή απώλεια δείγματος που αντιστοιχεί σε 6 Κ.Λ. Από τους 6 αυτούς Κ.Λ.οι 2 που δεν απάντησαν, απουσίαζαν το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα από τα πλαίσια τους με άδεια, ενώ οι υπόλοιποι 4, αν και ανταποκρίθηκαν θετικά κατά την τηλεφωνική επικοινωνία που προηγήθηκε, δεν απάντησαν τελικά για αδιευκρίνιστους λόγους.

Από τους 24 Κ.Λ. που συμμετείχαν στην ερευνητική διαδικασία, το 88% ήταν γυναίκες (21 Κ.Λ.)ενώ το υπόλοιπο 12% ήταν άνδρες .

Οι 16 από τους 24 ερωτηθέντες (66%) ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 30 και μικρότερης των 40, ενώ οι υπόλοιποι 8 ερωτηθέντες (34%) ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 40 και μικρότερης των 50.

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν προϋπηρεσία στο παρόν πλαίσιο απασχόλησης τους έως 5 έτη.

Όσον αφορά τώρα την εκπαίδευσή τους, όλοι ήταν απόφοιτοι Τ.Ε.Ι., 5 από αυτούς είχαν και πανεπιστημιακή εκπαίδευση και 3 από αυτούς είχαν και μεταπτυχιακή εκπαίδευση.

Τέλος οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν κάτοικοι της πόλης της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης.

## **6. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

Η συλλογή των δεδομένων της παρούσας έρευνας έγινε με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου, το οποίο συντάχθηκε με βάση τη μεθοδολογία που αναφέρεται από τον Β.ΦΙΛΙΑ (1996).

Το ερωτηματολόγιο το οποίο εστάλη στο δείγμα αποτελείται από 42 ερωτήσεις

- Ø Οι έξι (6) ερωτήσεις είναι πραγματικές και αφορούν το φύλο, την ηλικία, την προϋπηρεσία του ερωτώμενου στο παρόν πλαίσιο απασχόλησης του, την εκπαίδευση και εξειδίκευσή του και τέλος τον τόπο διαμονής του
- Ø Οι 27 ερωτήσεις είναι κλειστές. Οι κλειστές ερωτήσεις δεν απαιτούν μεγάλη προσπάθεια και απαντώνται εύκολα από τον ερωτώμενο. Ακόμη διευκολύνουν στην εύκολη ταξινόμηση των απαντήσεων.(ΦΙΛΙΑΣ.Β., 1996,σελ155-156).

Από τις 27 κλειστές ερωτήσεις, οι 7 είναι του τύπου «ναι, όχι, ίσως, δεν ξέρω», ενώ στις υπόλοιπες 20 χρησιμοποιήθηκαν διαβαθμίσεις του τύπου «πάρα πολύ, πολύ, αρκετά, λίγο, καθόλου.

- Ø Οι εννέα (9) ερωτήσεις είναι προκατασκευασμένες. Αυτό το είδος της ερώτησης είναι άριστο γιατί βοηθάει τον ερωτώμενο να συμπληρώσει τις αναμνήσεις του, όταν πρόκειται για συγκεκριμένες απαντήσεις.(ΦΙΛΙΑΣ.Β, 1996, σελ158).

## **7. ΠΛΑΙΣΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Για τη σύνταξη της συγκεκριμένης έρευνας υπήρξε συνεργασία με όλα τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας της Ελλάδας και πιο συγκεκριμένα, με όλους τους Κ.Λ. που απασχολούνται σ' αυτά.

Η συγκέντρωση του βιβλιογραφικού υλικού πραγματοποιήθηκε από τις βιβλιοθήκες του Τ.Ε.Ι. Αθηνών και Πάτρας ,από την Εθνική Βιβλιοθήκη και από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ V: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### **1. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ**

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα εργασίας με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας.

Το ερωτηματολόγιο αυτό το οποίο ήταν κλειστού τύπου πολλαπλών απαντήσεων, συμπληρώθηκε από 24 άτομα (άντρες και γυναίκες) εργαζόμενους σε Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής από όλη την Ελλάδα. Η έρευνά μας πραγματοποιήθηκε από τον Δεκέμβριο του 2000 έως και τον Μάρτιο του 2001.

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν μέσω αλληλογραφίας, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτόμενο/η, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε με σχετική επιστολή μας το σκοπό της έρευνάς μας, σημειώσαμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας.

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας και πιο ειδικά με τη μορφή της ποσοτικής, πολυπαραγοντικής και ενεργής έρευνας.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το STATISTICA for Windows.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ: Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες, καθώς και τα ποσοστά που αντιστοιχούν σε αυτές επί του συνόλου των απαντήσεων.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ: Τέλος, για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν ενδεικτικά και για λίγες περιπτώσεις λόγω του μικρού αριθμού του δείγματος μας, crosstabs με τα οποία συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Στο τέλος των crosstabs αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από:

1. Μέγεθος του δείγματος
2.  $\chi^2$  (chi-square)
3. Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (p)

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα  $p < 0.05$ .

Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων, ήταν το chi-square.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

## 2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ συνήθως ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

### α. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

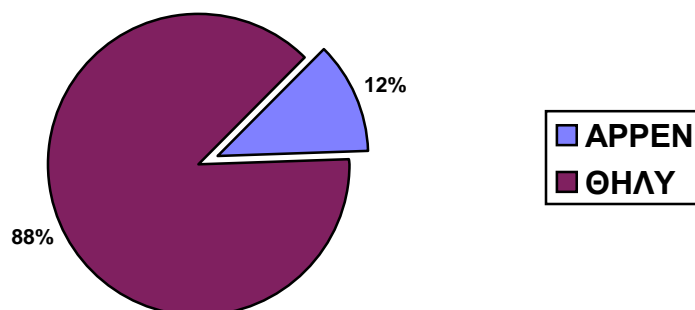
#### ι. Δημογραφικά στοιχεία

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1 : Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΘΗΛΥ	21	88
ΑΡΡΕΝ	3	12
ΣΥΝΟΛΟ	24	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες.

ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 21 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.

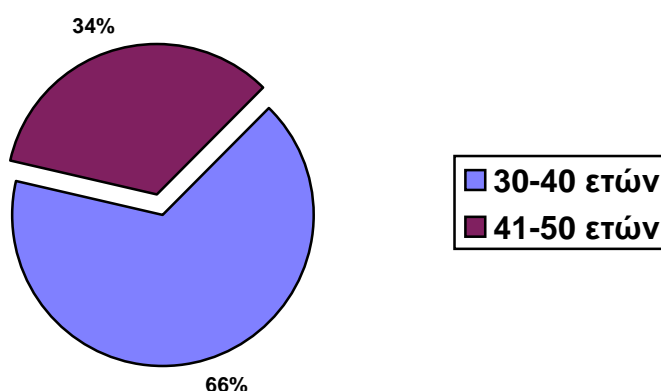


ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2 : Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
30-40 ετών	16	66
41-50 ετών	8	34
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 30 και μικρότερης των 40 ετών.

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.



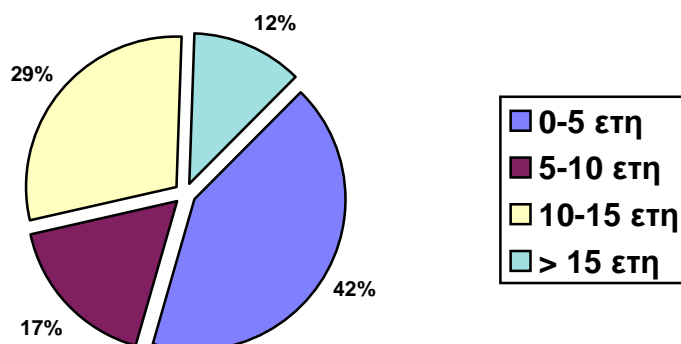
ΠΙΝΑΚΑΣ 1.3 : Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με την προϋπηρεσία τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
0- 5 έτη	10	42
5 – 10 έτη	4	17
10 – 15 έτη	7	29
> 15 έτη	3	12
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν είχαν προϋπηρεσία έως 5 έτη.



ΣΧΗΜΑ 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με την προϋπηρεσία τους.



ΠΙΝΑΚΑΣ 1.4 : Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσής τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Τ.Ε.Ι.	24	100
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	5	21
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	3	12

Όλοι οι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν απόφοιτοι Τ.Ε.Ι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.5 : Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με την ειδική εκπαίδευσή τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΥΣΤ. ΟΙΚΟΓ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	9	38
ΑΝΑΛ. ΨΥΧΟΘΕΡ.	5	21
ΨΥΧΑΝΑΛ. ΓΝΩΣΤ	1	4
ΔΡΑΜΑΤΟΘΕΡΑΠ.	1	4
ΚΟΙΝΩΝ. ΨΥΧ.	1	4
ΘΕΡΑΠΕΥΤ. ΟΜ.	1	4

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ειδικευμένοι την συστηματική οικογενειακή θεραπεία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.6: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με τον τόπο διαμονής τους (ονομαστικά).

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΕΡΡΕΣ	2	8
ΚΑΤΕΡΙΝΗ	1	4
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	6	24
ΚΑΒΑΛΑ	1	4
ΤΡΙΠΟΛΗ	1	4
ΙΩΑΝΝΙΝΑ	1	4
ΧΑΝΙΑ	3	12
ΒΟΛΟΣ	3	12
ΛΑΡΙΣΑ	1	4
ΑΘΗΝΑ	6	24
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν κάτοικοι της πόλης της Θεσσαλονίκης και της Αθήνας.

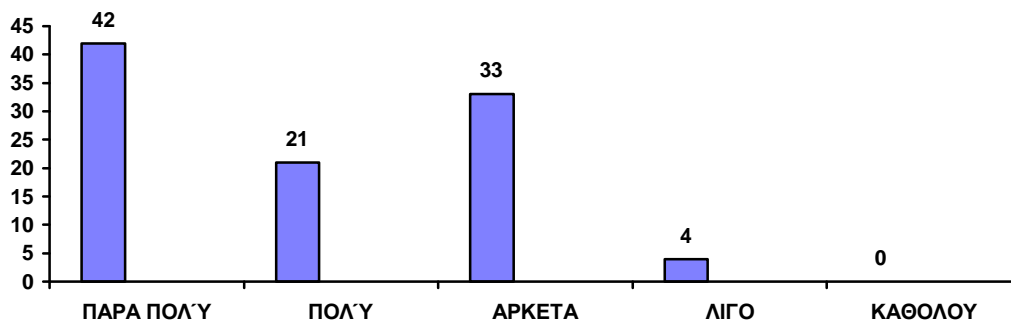
## ii. Ερωτήσεις ερωτηματολογίου

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι οι αρχές λειτουργίας του ΚΨΥ συμπίπτουν με το αντικείμενο εργασίας του κοινωνικού λειτουργού

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	10	42
ΠΟΛΥ	5	21
ΑΡΚΕΤΑ	8	33
ΛΙΓΟ	1	4
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι οι αρχές λειτουργίας του ΚΨΥ συμπίπτουν με το αντικείμενο εργασίας του κοινωνικού λειτουργού πάρα πολύ.

ΣΧΗΜΑ 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι οι αρχές λειτουργίας του ΚΨΥ συμπίπτουν με το αντικείμενο εργασίας του κοινωνικού λειτουργού



ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το κατά πόσο εργάζονται στην κοινότητα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	2	8
ΠΟΛΥ	5	21
ΑΡΚΕΤΑ	13	55
ΛΙΓΟ	4	16
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα εργάζονται πάρα πολύ στην κοινότητα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι η αλληλεπίδραση του ΚΨΥ με την κοινότητα είναι προς όφελος του εξυπηρετουμένου.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	23	96
ΟΧΙ	0	0
ΙΣΩΣ	1	4
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

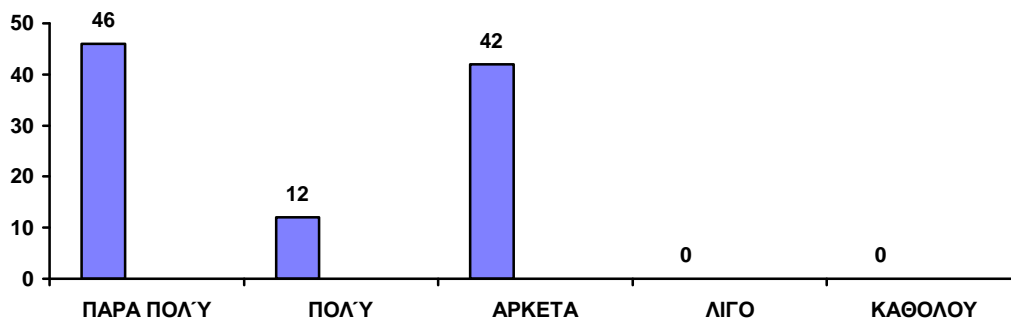
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι η αλληλεπίδραση του ΚΨΥ με την κοινότητα είναι προς όφελος του εξυπηρετουμένου

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.4: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η αλληλεπίδραση αποτελεί στόχο του ΚΨΥ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	11	46
ΠΟΛΥ	3	12
ΑΡΚΕΤΑ	10	42
ΛΙΓΟ	0	0
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι η αλληλεπίδραση αποτελεί κύριο στόχο του ΚΨΥ.

ΣΧΗΜΑ 5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η αλληλεπίδραση αποτελεί στόχο του ΚΨΥ.



ΠΙΝΑΚΑΣ 2.5: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πιστεύουν στην αξία της συμμετοχής των κατοίκων της κοινότητας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	6	25
ΠΟΛΥ	5	21
ΑΡΚΕΤΑ	7	29
ΛΙΓΟ	6	25
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν αρκετά στην αξία της συμμετοχής των κατοίκων της κοινότητας

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.6: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν επιδιώκουν την εμπλοκή αυτή.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	1	4
ΠΟΛΥ	5	21
ΑΡΚΕΤΑ	8	33
ΛΙΓΟ	9	38
ΚΑΘΟΛΟΥ	1	4
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα επιδιώκουν λίγο την εμπλοκή αυτή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.7: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έρχονται σε επαφή με τις :

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΤΟΠΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ	22	92
ΤΟΠΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ	20	83
ΣΧΟΛΕΙΑ	22	92
ΑΛΛΟ	4	17

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έρχονται σε επαφή με τοπικές αρχές και σχολεία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.8: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν σημαντική την οργάνωση εκδηλώσεων ενημέρωσης

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	24	100
ΟΧΙ	0	0
ΙΣΩΣ	0	0
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Όλοι οι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν σημαντική την οργάνωση εκδηλώσεων ενημέρωσης-

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.9: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν υπάρχει τέτοια δυνατότητα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	18	74
ΟΧΙ	3	13
ΙΣΩΣ	3	13
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι υπάρχει τέτοια δυνατότητα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.10: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με τους παράγοντες που εμποδίζουν τις παραπάνω εκδηλώσεις.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΕΛΛΕΙΨΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ	1	4
ΕΛΛΕΙΨΗ ΚΙΝΗΤΡΟΥ	4	17
ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ	0	0
ΟΛΑ	2	8
ΑΛΛΟ	2	8

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι η έλλειψη κινήτρων εμποδίζει το ενδιαφέρον για τις παραπάνω εκδηλώσεις

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.11: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν ασχολούνται με την μέθοδο της ΚΕΟ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	14	58
ΟΧΙ	10	42
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ασχολούνται με την μέθοδο της ΚΕΟ.



ΠΙΝΑΚΑΣ 2.12: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με τις ομάδες που ασχολούνται.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	10	42
ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ	0	0
ΓΟΝΕΙΣ-ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ	10	42
ΠΑΙΔΙΑ-ΕΦΗΒΟΥΣ	3	12
ΟΛΑ	0	0
ΑΛΛΟ	1	4
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

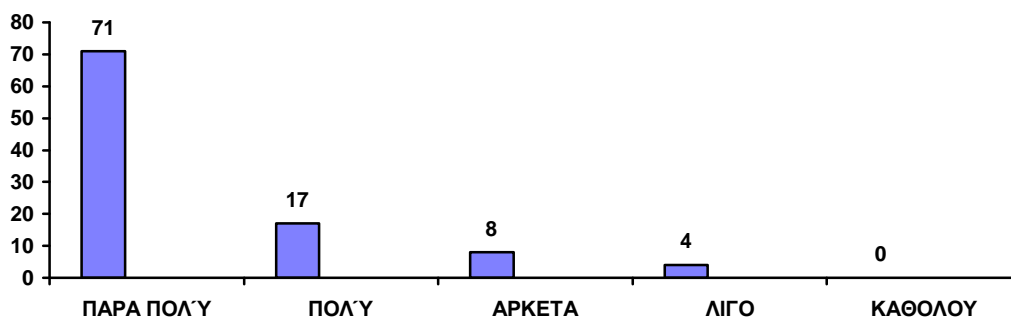
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ασχολούνται κυρίως με ψυχικές διαταραχές και τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.13: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν εργάζονται και με την οικογένεια του εξυπηρετούμενου.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	17	71
ΠΟΛΥ	4	17
ΑΡΚΕΤΑ	2	8
ΛΙΓΟ	1	4
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα εργάζονται και με την οικογένεια του εξυπηρετούμενου πάρα πολύ.

ΣΧΗΜΑ 6: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν εργάζονται και με την οικογένεια του εξυπηρετούμενου

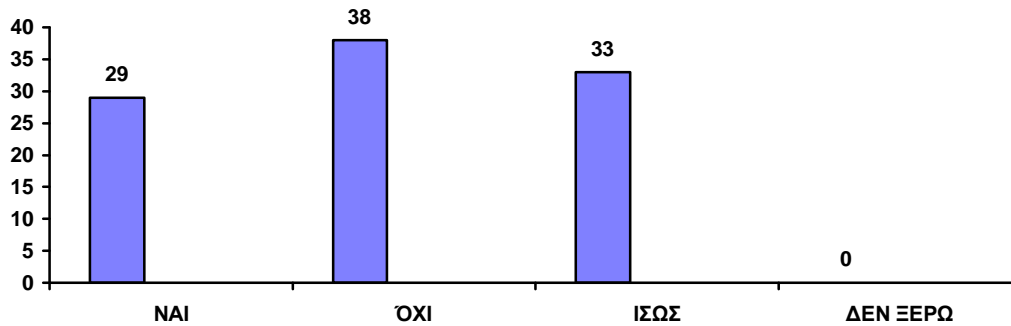


ΠΙΝΑΚΑΣ 2.14: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με την σημασία της κατ' οίκον επίσκεψης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	7	29
ΟΧΙ	9	38
ΙΣΩΣ	8	33
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι δεν είναι σημαντική η σημασία της κατ' οίκον επίσκεψης.

ΣΧΗΜΑ 7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με την σημασία της κατ' οίκον επίσκεψης.



ΠΙΝΑΚΑΣ 2.15: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν εφαρμόζουν την κατ' οίκον επίσκεψη.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	0	0
ΠΟΛΥ	1	4
ΑΡΚΕΤΑ	6	25
ΛΙΓΟ	6	25
ΚΑΘΟΛΟΥ	11	46
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ΔΕΝ εφαρμόζουν την κατ' οίκον επίσκεψη

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.16: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με τους ανασταλτικούς παράγοντες της κατ' οίκον επίσκεψης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΕΛΛΕΙΨΗ ΧΡΟΝΟΥ	6	25
ΚΟΣΤΟΣ	5	22
ΚΙΝΔΥΝΟΙ	0	0
ΑΠΡΟΘΥΜΙΑ	0	0
ΑΛΛΟ	19	79
ΟΛΑ	1	4
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ΔΕΝ εντοπίζουν τους ανασταλτικούς παράγοντες της κατ' οίκον επίσκεψης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.17: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν τηρούν την αρχή της συνεχούς παρακολούθησης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	7	29
ΠΟΛΥ	6	25
ΑΡΚΕΤΑ	10	42
ΛΙΓΟ	1	4
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

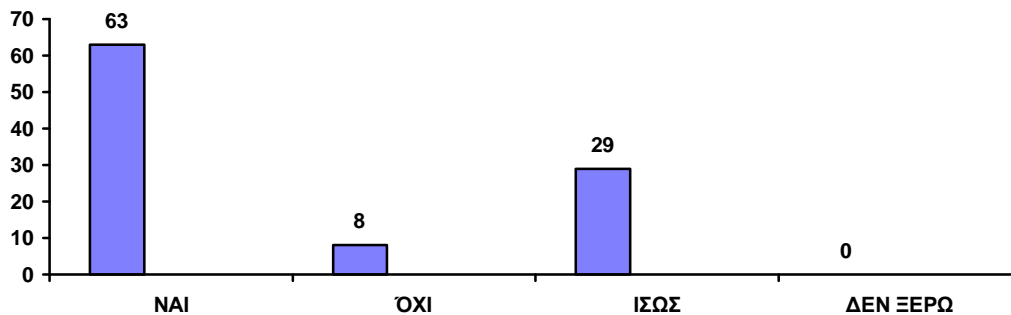
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα τηρούν αρκετά την αρχή της συνεχούς παρακολούθησης

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.18: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν σημαντική την τηλεφωνική επαφή.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	15	63
ΟΧΙ	2	8
ΙΣΩΣ	7	29
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν πολύ σημαντική την τηλεφωνική επαφή

ΣΧΗΜΑ 8: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν σημαντική την τηλεφωνική επαφή.



ΠΙΝΑΚΑΣ 2.19: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν ασχολούνται με την πρόληψη ψυχικών ασθενειών.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	11	46
ΠΟΛΥ	5	21
ΑΡΚΕΤΑ	3	12
ΛΙΓΟ	4	17
ΚΑΘΟΛΟΥ	1	4
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ασχολούνται πάρα πολύ με την πρόληψη ψυχικών ασθενειών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.20: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος της πρόληψης που εφαρμόζουν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ	11	46
ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ	6	25
ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ	2	8
ΟΛΑ	9	38
ΑΛΛΟ	0	0

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα εφαρμόζουν την πρωτογενή πρόληψη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.21: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με τα μέσα που χρησιμοποιούν για την πρόληψη.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	16	67
ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ	17	71
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΦΟΡΕΙΣ	16	67
ΑΛΛΟ	5	21

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιούν την έγκαιρη διαπίστωση για την πρόληψη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.22: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με την εμπλοκή τους στην επαγγελματική αποκατάσταση των «θεραπευμένων»

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	2	8
ΠΟΛΥ	4	17
ΑΡΚΕΤΑ	3	13
ΛΙΓΟ	7	29
ΚΑΘΟΛΟΥ	8	33
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

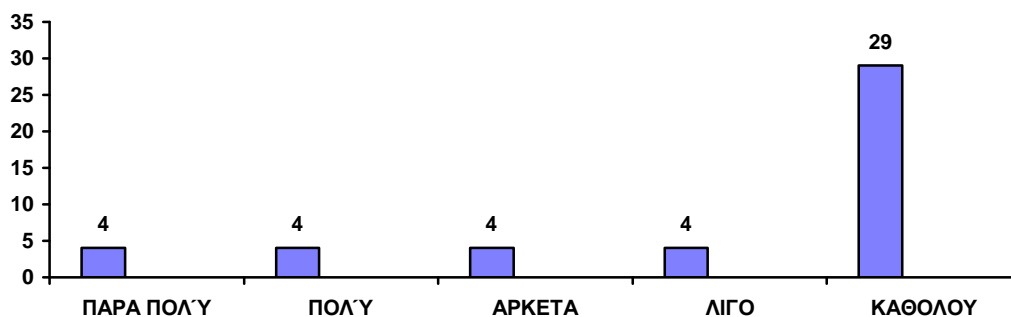
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ανύπαρκτη την εμπλοκή τους στην επαγγελματική αποκατάσταση των «θεραπευμένων».

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.23: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν συμμετέχουν στα προγράμματα του Κέντρου Ημέρας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	1	4
ΠΟΛΥ	1	4
ΑΡΚΕΤΑ	1	4
ΛΙΓΟ	1	4
ΚΑΘΟΛΟΥ	7	29

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν συμμετέχουν στα προγράμματα του Κέντρου Ημέρας

ΣΧΗΜΑ 9: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν συμμετέχουν στα προγράμματα του Κέντρου Ημέρας



ΠΙΝΑΚΑΣ 2.24: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με τις μεθόδους της Κ.Ε. ασχολήθηκαν περισσότερο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΕΑ	17	71
ΚΕΟ	9	38
ΚΕΚ	7	29
ΚΕ με οικογένεια	18	75

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ασχολήθηκαν περισσότερο με την ΚΕΑ.



ΠΙΝΑΚΑΣ 2.25: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι οι εξυπηρετούμενοι ωφελούνται.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	16	66
ΠΟΛΥ	3	13
ΑΡΚΕΤΑ	5	21
ΛΙΓΟ	0	0
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι οι εξυπηρετούμενοι ωφελούνται πάρα πολύ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.26: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με την αξία των στοιχείων που συγκεντρώνονται για την ομάδα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	20	83
ΠΟΛΥ	4	17
ΑΡΚΕΤΑ	0	0
ΛΙΓΟ	0	0
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν πάρα πολύ σημαντική την αξία των στοιχείων που συγκεντρώνονται για την ομάδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.27: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν ολοκληρώνονται με τα παραπάνω στοιχεία η διάγνωση.

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
ΝΑΙ	23	96
ΟΧΙ	0	0
ΙΣΩΣ	1	4
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

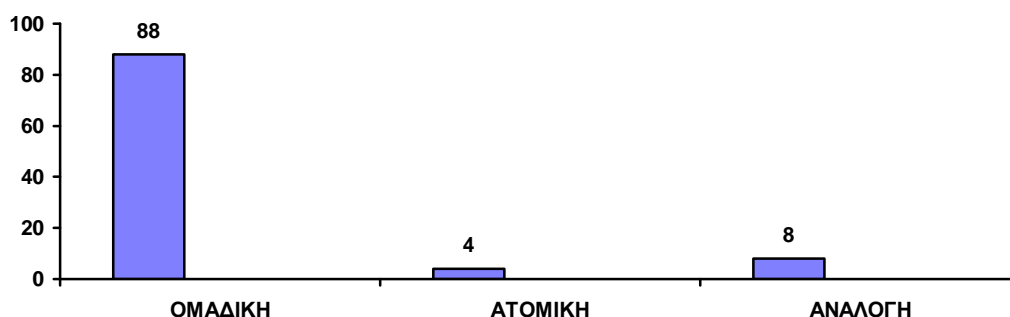
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι ολοκληρώνονται με τα παραπάνω στοιχεία η διάγνωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.28: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι η διάγνωση είναι μια διαδικασία:

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
ΟΜΑΔΙΚΗ	21	88
ΑΤΟΜΙΚΗ	1	4
ΑΝΑΛΟΓΗ ΜΕ ΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	2	8
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι η διάγνωση είναι μια διαδικασία ομαδική.

ΣΧΗΜΑ 10: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το τι διαδικασία πιστεύουν ότι είναι η διάγνωση



ΠΙΝΑΚΑΣ 2.29: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με τη συμμετοχή του ΚΛ στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων στην:

### I. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	8	34
ΠΟΛΥ	12	50
ΑΡΚΕΤΑ	2	8
ΛΙΓΟ	2	8
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

### II. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	8	34
ΠΟΛΥ	10	50
ΑΡΚΕΤΑ	4	18
ΛΙΓΟ	2	8
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν τη συμμετοχή του ΚΛ στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων στην θεραπευτική προσέγγιση και την θεραπευτική αντιμετώπιση πολύ σημαντική.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.30: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν αποτελούν ισότιμο συνεργάτη της επιστημονικής ομάδας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	13	54
ΠΟΛΥ	6	25
ΑΡΚΕΤΑ	5	21
ΛΙΓΟ	0	0
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι αποτελούν ισότιμο συνεργάτη της επιστημονικής ομάδας

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.31: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούνται σαν ισότιμοι συνεργάτες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	10	42
ΠΟΛΥ	8	33
ΑΡΚΕΤΑ	4	17
ΛΙΓΟ	2	8
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούνται από τα άλλα μέλη της επιστημονικής ομάδας σαν ισότιμοι συνεργάτες

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.32: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν είναι ικανοποιημένοι από την συνεργασία τους

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	10	42
ΠΟΛΥ	2	8
ΑΡΚΕΤΑ	8	33
ΛΙΓΟ	0	0
ΚΑΘΟΛΟΥ	4	17
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από την συνεργασία τους

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.33: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η εκπαίδευσή τους είναι επαρκής.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΕΠΑΡΚΗΣ	10	42
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ	10	42
ΜΕΤΡΙΑ	3	12
ΕΛΛΙΠΗΣ	1	4
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

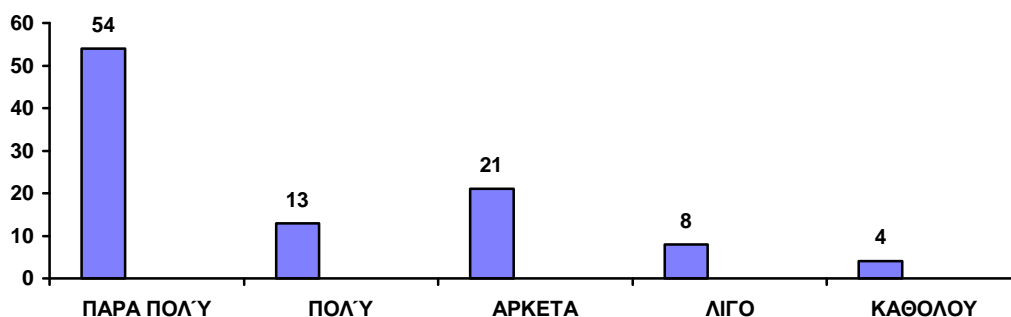
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι εκπαίδευσή τους είναι επαρκής.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.34: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν χρειάζονται παραπέρα εξειδίκευση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	13	54
ΠΟΛΥ	3	13
ΑΡΚΕΤΑ	5	21
ΛΙΓΟ	2	8
ΚΑΘΟΛΟΥ	1	4
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι χρειάζονται παραπέρα εξειδίκευση.

ΣΧΗΜΑ 11: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν χρειάζονται παραπέρα εξειδίκευση.



ΠΙΝΑΚΑΣ 2.35: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν συμμετέχουν σε σεμινάρια εξειδίκευσης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	8	33
ΠΟΛΥ	6	25
ΑΡΚΕΤΑ	9	38
ΛΙΓΟ	1	4
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	24	100 %

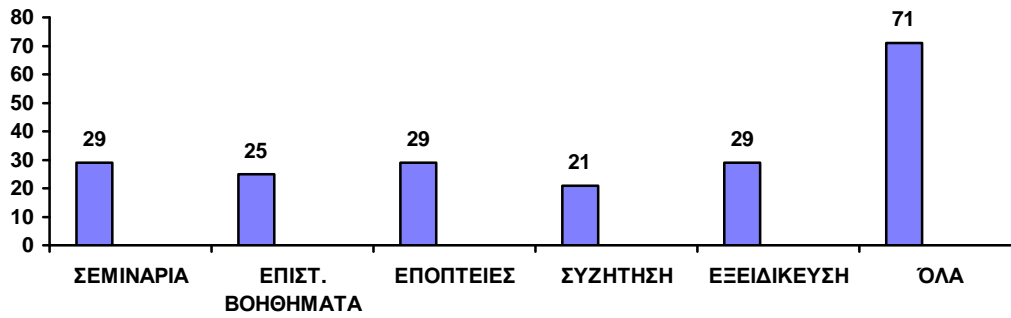
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα συμμετέχουν σε σεμινάρια εξειδίκευσης

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.36: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με το πώς νομίζουν ότι μπορεί να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα του έργου του ΚΛ στα ΚΨΥ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ	7	29
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ	6	25
ΕΠΟΠΤΕΙΕΣ	7	29
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	5	21
ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ	7	29
ΟΛΑ	17	71

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι μπορεί να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα του έργου του ΚΛ στα ΚΨΥ με τα σεμινάρια, τις συχνές εποπτείες, την παραπέρα εξειδίκευση και τα επιστημονικά βοηθήματα.

ΣΧΗΜΑ 12: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με τα μέσα με τα οποία μπορεί να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα του έργου του ΚΛ στα ΚΨΥ.





## β. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ

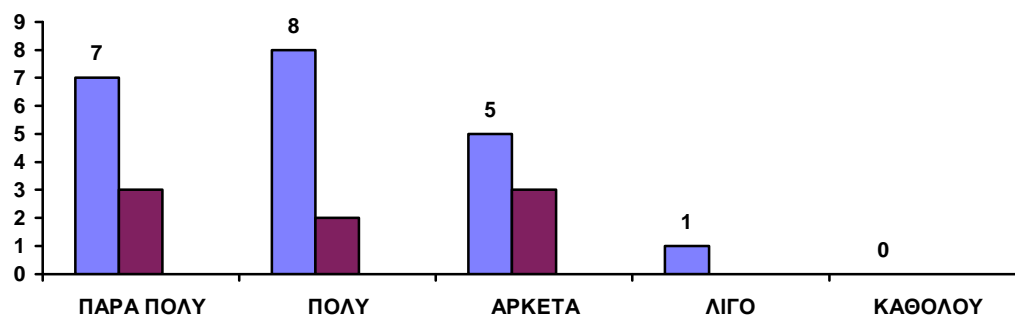
ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Συσχέτιση των απαντήσεων των ερωτηθέντων για εντοπισμό τυχόν διαφορών μεταξύ διαφορετικών ηλικιών σε σχέση με το αν θεωρούν ότι οι αρχές λειτουργίας του ΚΨΥ συμπίπτουν με το αντικείμενο εργασίας του κοινωνικού λειτουργού (Ερώτηση 1.2 και 2.1)

Αριθμός	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΠΟΛΥ	ΑΡΚΕΤΑ	ΛΙΓΟ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ
30-40 ετών	7	3	5	1	0	16
41-50 ετών	3	2	3	0	0	8
ΣΥΝΟΛΟ	10	5	8	1	0	24

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	1,2	> 0.01

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ ΚΛ διαφορετικών ηλικιών σε σχέση με το αν θεωρούν ότι οι αρχές λειτουργίας του ΚΨΥ συμπίπτουν με το αντικείμενο εργασίας του κοινωνικού λειτουργού.

ΣΧΗΜΑ 13 : Γραφική συσχέτιση των απαντήσεων των ερωτηθέντων για εντοπισμό τυχόν διαφορών μεταξύ διαφορετικών ηλικιών σε σχέση με το αν θεωρούν ότι οι αρχές λειτουργίας του ΚΨΥ συμπίπτουν με το αντικείμενο εργασίας του κοινωνικού λειτουργού



ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Συσχέτιση των απαντήσεων των ερωτηθέντων για εντοπισμό τυχόν διαφορών μεταξύ διαφορετικών ηλικιών σε σχέση με τις κατ' οίκον επισκέψεις (Ερώτηση 1.2 και 2.15 )

Αριθμός	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΠΟΛΥ	ΑΡΚΕΤΑ	ΛΙΓΟ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ
30-40 ετών	0	1	4	3	8	16
41-50 ετών	0	0	2	3	3	8
ΣΥΝΟΛΟ	0	1	6	6	11	24

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	2,0	> 0.01

Οι απαντήσεις δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ ΚΛ διαφορετικών ηλικιών σε σχέση με την άποψή τους για τις κατ' οίκον επισκέψεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Συσχέτιση των απαντήσεων των ερωτηθέντων για εντοπισμό τυχόν διαφορών μεταξύ διαφορετικών ηλικιών σε σχέση με την επάρκεια της εκπαίδευσής τους (Ερώτηση 1.2 και 2.33 )

Αριθμός	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΠΟΛΥ	ΑΡΚΕΤΑ	ΛΙΓΟ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ
30-40 ετών	7	5	3	1	0	16
41-50 ετών	3	5	0	0	0	8
ΣΥΝΟΛΟ	10	10	3	1	0	24

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	3,9	> 0.01

Οι απαντήσεις δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ ΚΛ μεταξύ διαφορετικών ηλικιών σε σχέση με σχέση με την επάρκεια της εκπαίδευσής τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Συσχέτιση των απαντήσεων των ερωτηθέντων για εντοπισμό τυχόν διαφορών μεταξύ διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης σε σχέση με το αν θεωρούν ότι οι αρχές λειτουργίας του ΚΨΥ συμπίπτουν με το αντικείμενο εργασίας του κοινωνικού λειτουργού (Ερώτηση 1.4 και 2.1 )

Αριθμός	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΠΟΛΥ	ΑΡΚΕΤΑ	ΛΙΓΟ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ
Τ.Ε.Ι.	9	3	3	1	0	16
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	1	1	3	0	0	5
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	0	1	2	0	0	3
ΣΥΝΟΛΟ	10	5	8	1	0	24

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	7,5	> 0.01

Οι απαντήσεις δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ ΚΛ διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης σε σχέση με το αν θεωρούν ότι οι αρχές λειτουργίας του ΚΨΥ συμπίπτουν με το αντικείμενο εργασίας του κοινωνικού λειτουργού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Συσχέτιση των απαντήσεων των ερωτηθέντων για εντοπισμό τυχόν διαφορών μεταξύ διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης σε σχέση με τη πίστη στην αξία της συμμετοχής της κοινότητας (Ερώτηση 1.4 και 2.5)

Αριθμός	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΠΟΛΥ	ΑΡΚΕΤΑ	ΛΙΓΟ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ
Τ.Ε.Ι.	4	4	5	3	0	16
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	1	1	1	2	0	5
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	1	0	1	1	0	3
ΣΥΝΟΛΟ	6	5	7	6	0	24

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	7,6	> 0.01

Οι απαντήσεις δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης σε σχέση με σχέση με τη πίστη στην αξία της συμμετοχής της κοινότητας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Συσχέτιση των απαντήσεων των ερωτηθέντων για εντοπισμό τυχόν διαφορών μεταξύ διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης σε σχέση με την επάρκεια της εκπαίδευσής τους (Ερώτηση 1.4 και 2.33)

Αριθμός	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΠΟΛΥ	ΑΡΚΕΤΑ	ΛΙΓΟ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ
Τ.Ε.Ι.	8	6	1	1	0	16
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	1	3	1	0	0	5
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	1	1	1	0	0	3
ΣΥΝΟΛΟ	10	10	3	1	0	24

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	7,5	> 0.01

Οι απαντήσεις δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ ΚΛ διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης σε σχέση με την επάρκεια της εκπαίδευσής τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Συσχέτιση των απαντήσεων των ερωτηθέντων για εντοπισμό τυχόν διαφορών μεταξύ διαφορετικής προϋπηρεσίας σε σχέση με το αν θεωρούν ότι οι αρχές λειτουργίας του ΚΨΥ συμπίπτουν με το αντικείμενο εργασίας του κοινωνικού λειτουργού (Ερώτηση 1.3 και 2.1)

Αριθμός	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΠΟΛΥ	ΑΡΚΕΤΑ	ΛΙΓΟ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ
0- 5 έτη	6	1	4	0	0	10
5 – 10 έτη	1	1	1	0	0	4
10 – 15 έτη	2	3	1	1	0	7
> 15 έτη	1	0	2	0	0	3
ΣΥΝΟΛΟ	10	5	8	1	0	24

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	5,8	> 0.01

Οι απαντήσεις διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ ΚΛ διαφορετικής προϋπηρεσίας σε σχέση με το αν θεωρούν ότι οι αρχές λειτουργίας του ΚΨΥ συμπίπτουν με το αντικείμενο εργασίας του κοινωνικού λειτουργού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Συσχέτιση των απαντήσεων των ερωτηθέντων για εντοπισμό τυχόν διαφορών διαφορετικής προϋπηρεσίας σε σχέση με τις κατ' οίκον επισκέψεις (Ερώτηση 1.4 και 2.15)

Αριθμός	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΠΟΛΥ	ΑΡΚΕΤΑ	ΛΙΓΟ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ
0- 5 έτη	0	1	4	1	4	10
5 – 10 έτη	0	0	0	1	3	4
10 – 15 έτη	0	0	2	3	2	7
> 15 έτη	0	0	0	1	2	3
ΣΥΝΟΛΟ	0	1	6	6	11	24

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	5,7	> 0.05

Οι απαντήσεις δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ διαφορετικής προϋπηρεσίας σε σχέση με τις κατ' οίκον επισκέψεις

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Συσχέτιση των απαντήσεων των ερωτηθέντων για εντοπισμό τυχόν διαφορών διαφορετικής προϋπηρεσίας σε σχέση με την επάρκεια της εκπαίδευσής τους (Ερώτηση 1.3 και 2.33)

Αριθμός	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΠΟΛΥ	ΑΡΚΕΤΑ	ΛΙΓΟ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ
0- 5 έτη	3	4	1	1	0	10
5 – 10 έτη	3	1	0	0	0	4
10 – 15 έτη	3	4	1	0	0	7
> 15 έτη	1	1	1	0	0	3
ΣΥΝΟΛΟ	10	10	3	1	0	24

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	4,5	> 0.05

Οι απαντήσεις δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ ΚΛ διαφορετικής προϋπηρεσίας σε σχέση με τις απόψεις τους για την επάρκεια της εκπαίδευσής τους.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

### **1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Ξεκινώντας με κάποια δημογραφικά στοιχεία οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες με ποσοστό 88%,έναντι του ποσοστού 12%, που αντιστοιχεί στους άντρες Κ.Λ.

Η ηλικία των περισσότερων ερωτηθέντων (66%) ήταν μεγαλύτερη των 30 και μικρότερη των 40, ενώ το υπόλοιπο 34% δεν ξεπερνούσε την ηλικία των 50 χρόνων.

Όσον αφορά την προϋπηρεσία του δείγματος στην παρούσα θέση απασχόλησης του (στα Κ.Ψ.Υ.), οι περισσότεροι ερωτηθέντες (42%) είχαν προϋπηρεσία λιγότερη των 5 ετών, αρκετοί ήταν αυτοί με προϋπηρεσία 10-15 έτη (29%), ενώ λίγοι ήταν οι Κ.Λ. με προϋπηρεσία 5-10 έτη (17%) ή με προϋπηρεσία άνω των 15 ετών (12%).

Αναφορικά με την εκπαίδευση των ερωτηθέντων, όλοι τους ήταν απόφοιτοι Τ.Ε.Ι., με ένα ποσοστό 21% που έχουν και πανεπιστημιακή εκπαίδευση και ένα ποσοστό 12% και με μεταπτυχιακή εκπαίδευση.

Στη σχετική με την ειδική εκπαίδευση ερώτηση, το 70% των ερωτηθέντων απάντησε θετικά. Πιο συγκεκριμένα, το 38% του δείγματος ειδικεύεται στη συστημική οικογενειακή θεραπεία, το 21% στην αναλυτική ψυχοθεραπεία, ενώ οι υπόλοιποι ερωτηθέντες εξειδικεύονται σε τομείς ποικίλης θεματολογίας (δραματοθεραπεία, κοινωνική ψυχολογία, θεραπευτική ομάδας, γνωστική ψυχανάλυση ).

Τέλος, όσον αφορά τον τόπο διαμονής των ερωτηθέντων και κατ'επέκταση τον τόπο απασχόλησης τους, οι περισσότεροι ήταν κάτοικοι της πόλης της Θεσσαλονίκης (24%) και της Αθήνας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ από τα πρώτα αυτά δημογραφικά στοιχεία, παρατηρείται μια αριθμητική υπεροχή των γυναικών Κ.Λ. στα Κ.Ψ.Υ., γεγονός αναμενόμενο, μια και η πλειοψηφία του σώματος των Κ.Λ. είναι γυναίκες.

Όσον αφορά την ηλικία, αξιοσημείωτη είναι η απουσία από τα Κ.Ψ.Υ. Κοινωνικών Λειτουργών κάτω από την ηλικία των 30, γεγονός που ίσως υποδηλώνει και την μειωμένη ζήτηση προσωπικού και κατά συνέπεια και Κοινωνικών Λειτουργών στα Κ.Ψ.Υ. τα τελευταία χρόνια.

Τα συμπεράσματα σχετικά με την προϋπηρεσία του δείγματος στα Κ.Ψ.Υ. υποδηλώνουν την ύπαρξη αρκετών νέων Κ.Ψ.Υ. (εφόσον η πλειοψηφία του δείγματος είχε προϋπηρεσία σ'αυτά λιγότερη από 5 χρόνια) και αρκετών σχετικά παλιών Κ.Ψ.Υ. (10-15 ετών).Τα παραπάνω ίσως οδηγούν και στη διαπίστωση ότι μεσολάβησε κάποιο διάστημα από τη δημιουργία των πρώτων Κ.Ψ.Υ.(στα μεγάλα αστικά κέντρα κυρίως) μέχρι τη δημιουργία και λειτουργία των υπόλοιπων Κ.Ψ.Υ.(στις επαρχιακές πόλεις ).

Σχετικά με την εκπαίδευση του δείγματος, διαπιστώνεται ότι ένα σχετικά μικρό ποσοστό από τους ερωτηθέντες συνέχισε πέραν της βασικής, αλλά ένα μεγάλο ποσοστό συμμετέχει σε προγράμματα εξειδίκευσης, γεγονός που δίνει μια αισιόδοξη προοπτική, όσον αφορά την συνεχή επιμόρφωση και κατάρτιση των Κ.Λ.

Τέλος όσον αφορά τον τόπο διαμονής και απασχόλησης του δείγματος, τα συμπεράσματα είναι ίσως απογοητευτικά για τις επαρχιακές πόλεις, εφόσον η αριθμητική υπεροχή των απασχολούμενων Κοινωνικών Λειτουργών σε Κ.Ψ.Υ., αλλά και των ίδιων των Κ.Ψ.Υ. ανήκει στις δυο μεγάλες πόλεις, Θεσσαλονίκη και Αθήνα.

Συνεχίζοντας με τις ερωτήσεις, οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι οι αρχές λειτουργίας των Κ.Ψ.Υ. συμπίπτουν με το αντικείμενο εργασίας των Κ.Λ., ενώ σημαντική είναι η απουσία, από το δείγμα, αυτών που απάντησαν αρνητικά στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Υπάρχει λοιπόν μια κοινή παραδοχή για τη συνάφεια του Κ.Ψ.Υ. σαν πλαίσιο, με το αντικείμενο εργασίας του Κ.Λ.

Εξετάζοντας στη συνέχεια, ξεχωριστά τους τομείς απασχόλησης του Κοινωνικού Λειτουργού μέσα στο Κ.Ψ.Υ. το δείγμα καλείται να απαντήσει κατά πόσο εργάζεται με την Κοινότητα (τοπικές αρχές και υπηρεσίες).Ένα 55% από το δείγμα δίνει ως απάντηση ότι εργάζεται αρκετά με την Κοινότητα, ένα 29% απαντά ότι εργάζεται πολύ ενώ ένα 16% απαντά ότι εργάζεται λίγο με την Κοινότητα.

Συνεχίζοντας, όμως στην επόμενη ερώτηση, το 96% των ερωτηθέντων απαντά ότι η αλληλεπίδραση του Κ.Ψ.Υ. με την Κοινότητα είναι προς όφελος του εξυπηρετούμενου, απάντηση που έρχεται σε σχετική αντίφαση με το χρόνο που οι Κ.Λ. στα Κ.Ψ.Υ. αφιερώνουν στην εργασία τους με την Κοινότητα.

Στην επόμενη ερώτηση το δείγμα ερωτάται, αν η αλληλεπίδραση του Κ.Ψ.Υ. με την Κοινότητα αποτελεί στόχο του Κ.Λ. Το 46% των ερωτηθέντων απαντά ότι μια τέτοιου είδους αλληλεπίδραση αποτελεί κύριο στόχο του Κ.Λ. και το 42% κατατάσσει την αλληλεπίδραση αυτή σε ένα από τους βασικούς στόχους του Κ.Λ.

Συνεχίζοντας στο ίδιο θέμα (Κ.Ε.Κ. στο Κ.Ψ.Υ.), οι περισσότεροι ερωτηθέντες πιστεύουν αρκετά έως πολύ στην αξία της συμμετοχής των κατοίκων της Κοινότητας, αλλά στην επόμενη ερώτηση οι περισσότεροι απαντούν ότι επιδιώκουν την εμπλοκή αυτή από αρκετά έως λίγο.

Στα πλαίσια της Κοινοτικής Παρέμβασης στο Κ.Ψ.Υ., οι περισσότεροι ερωτηθέντες έρχονται σε επαφή με τοπικές αρχές και με σχολεία, ενώ όλοι θεωρούν σημαντική την οργάνωση εκδηλώσεων ενημέρωσης μέσα στην Κοινότητα και ένα 74% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι υπάρχει και η δυνατότητα από το Κ.Ψ.Υ. για την οργάνωσή τους.

Στην επόμενη και τελευταία ερώτηση, όσον αφορά την μέθοδο της Κ.Ε.Κ. στο Κ.Ψ.Υ., οι περισσότεροι ερωτηθέντες παρουσιάζουν την έλλειψη κινήτρου από το πλαίσιο ως κύριο ανασταλτικό παράγοντα για τη διοργάνωση εκδηλώσεων ενημέρωσης και κατ' επέκταση εμπλοκής με την Κοινότητα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ λοιπόν, θα μπορούσε να διαπιστωθεί μια επαρκής εμπλοκή και ενασχόληση του Κ.Λ. στο Κ.Ψ.Υ. με την Κοινότητα, η οποία θα μπορούσε όμως να αναπτυχθεί ποσοτικά και ποιοτικά στην περίπτωση που θα δινόταν περισσότερα κίνητρα στους Κ.Λ. από τα Κ.Ψ.Υ.

Εξετάζοντας, στη συνέχεια, την ενασχόληση του Κ.Λ. στο Κ.Ψ.Υ. με ομάδες (Κ.Ε.Ο.) το 58% των ερωτηθέντων απαντά θετικά ενώ το 42% ,αρνητικά.



Από τη μερίδα του δείγματος που απάντησε θετικά, το 42% ασχολείται με ομάδες ατόμων με ψυχικές διαταραχές, το 42% με ομάδες γονέων-εκπαιδευτικών και ένα 12% με ομάδες παιδιών-εφήβων.

Σε αντίθεση με την ενασχόληση των Κ.Λ. στα Κ.Ψ.Υ. με τη μέθοδο της Κ.Ε.Ο. η εργασία των Κ.Λ. με την οικογένεια του εξυπηρετούμενου παρουσιάζεται ως σημαντικότερη για το δείγμα. Πιο συγκεκριμένα το 71% απαντά ότι εργάζεται πάρα πολύ με την οικογένεια του εξυπηρετούμενου, το 17% ότι εργάζεται πολύ με την οικογένεια του εξυπηρετούμενου, ενώ μόνο ένα 4% απαντά ότι ασχολείται λίγο με τον τομέα αυτό.

Συνεχίζοντας με το θέμα της κατ' οίκον επίσκεψης από τον Κ.Λ., οι περισσότεροι ερωτηθέντες (38%) δεν τη θεωρούν μεγάλης σημασίας, ενώ αρκετοί είναι αυτοί (33%) που δεν εκφέρουν συγκεκριμένη άποψη για τη δραστηριότητα αυτή.

Περνώντας στην πράξη, λίγοι από τους ερωτηθέντες εφαρμόζουν τη κατ' οίκον επίσκεψη, ενώ αρκετοί είναι αυτοί (46%) που δεν ασχολούνται καθόλου με την παραπάνω μέθοδο.

Ως ανασταλτικοί παράγοντες για τη μειωμένη ενασχόληση με τη δραστηριότητα της κατ' οίκον επίσκεψης παρουσιάζονται: η έλλειψη χρόνου από τον Κ.Λ. και το κόστος μετάβασης στην οικία του εξυπηρετούμενου ενώ οι περισσότεροι ερωτηθέντες, αν και απαντούν αρνητικά, ΔΕΝ εντοπίζουν τους ανασταλτικούς παράγοντες.

Ως ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ από τα παραπάνω δεδομένα προκύπτει ότι η κατ' οίκον επίσκεψη από τον Κ.Λ. του Κ.Ψ.Υ. δεν θεωρείται σημαντική και κατ' επέκταση δεν εφαρμόζεται από τη μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος.

Σε αντίθεση με τη μέθοδο της κατ' οίκον επίσκεψης, η τηλεφωνική επαφή του Κ.Λ. με τον εξυπηρετούμενο θεωρείται από την πλειοψηφία του δείγματος πολύ σημαντική για τη θεραπευτική σχέση, όπως επίσης σημαντική θεωρείται και η αρχή της συνεχούς παρακολούθησης η οποία εφαρμόζεται από ένα μεγάλο μέρος του δείγματος.

Περνώντας στο θέμα της πρόληψης, που αποτελεί και κατ' εξοχήν έργο των Κ.Ψ.Υ. το 46% των ερωτηθέντων απαντά ότι ασχολείται πάρα πολύ με την πρόληψη των ψυχικών ασθενειών, το 21% πολύ, ενώ ένα 12% αρκετά.

Το είδος της πρόληψης που εφαρμόζεται από τους περισσότερους Κ.Λ. των Κ.Ψ.Υ. είναι η πρωτογενής πρόληψη (46%). Η δευτερογενής πρόληψη εφαρμόζεται από το 25% του δείγματος ενώ η τριτογενής πρόληψη εφαρμόζεται από το 8% του δείγματος. Επιπλέον, ένα 38% του δείγματος απαντάει ότι ασχολείται με όλα τα είδη της πρόληψης.

Τα μέσα που οι Κ.Λ. των Κ.Ψ.Υ. χρησιμοποιούν περισσότερο για το έργο της πρόληψης είναι η έγκαιρη διαπίστωση του προβλήματος σε συνδυασμό με την έγκαιρη παραπομπή (κατά ποσοστό 71%) και η ενημέρωση και συνεργασία με άλλους φορείς (κατά 67% το καθένα).

Στην ερώτηση για την εμπλοκή των Κ.Λ. των Κ.Ψ.Υ. στον τομέα επαγγελματικής αποκατάστασης των “θεραπευμένων” ψυχικά ασθενών, οι περισσότεροι ερωτηθέντες (33%) θεωρούν ανύπαρκτη την εμπλοκή τους στον τομέα αυτό.

Επίσης ένα 29% του δείγματος θεωρεί μικρή την εμπλοκή του στην επαγγελματική αποκατάσταση των “θεραπευμένων” ψυχικά ασθενών.

Όσον αφορά δε, τη συμμετοχή του Κ.Λ. στα προγράμματα του Κέντρου Ημέρας του Κ.Ψ.Υ. (όπου υπάρχει) οι απαντήσεις του δείγματος είναι επίσης αρνητικές, με τη μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων να μη συμμετέχει καθόλου στις προαναφερθείσες δραστηριότητες.

Οι απαντήσεις στην επόμενη ερώτηση έρχονται να εξηγήσουν κατά κάποιο τρόπο τις αρνητικές απαντήσεις του δείγματος στις δύο προηγούμενες ερωτήσεις. Στην ερώτηση λοιπόν, όσον αφορά την μέθοδο με την οποία δίνεται στους Κ.Λ του Κ.Ψ.Υ η ευκαιρία να ασχοληθούν περισσότερο, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος απαντά την Κ. Ε με Άτομα και την Κ. Ε με Οικογένεια. Αμέσως μετά τοποθετούν την Κ.Ε με Ομάδα και την Κ. Ε με Κοινότητα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ λοιπόν , γίνεται εμμέσως κατανοητό ότι είτε η «πολιτική» του κάθε Κ.Ψ.Υ χωριστά , είτε οι απαιτήσεις του πληθυσμού που το Κ.Ψ.Υ εξυπηρετεί , δίνουν την ευκαιρία στους Κ.Λ να ασχοληθούν περισσότερο με τη μέθοδο της Κ.Ε.Α και τις Κ.Ε με Οικογένεια , «περιορίζοντας» τους ταυτόχρονα να αναπτύξουν δράση σε άλλους τομείς.

Οι επόμενες ερωτήσεις και απαντήσεις αντίστοιχα , αποτελούν μία απόπειρα για αξιολόγηση από το δείγμα του Κ.Ψ.Υ , της θεραπευτικής ομάδας του Κ.Ψ.Υ αλλά και του Κ.Λ όσον αφορά την προσφορά αλλά και την κατάρτιση του σε σχέση με το πλαίσιο απασχόλησής του.

Πιο συγκεκριμένα, στην ερώτηση αναφορικά με το όφελος των εξυπηρετούμενων από την παρακολούθηση των προγραμμάτων του Κ.Ψ.Υ , το 66% των ερωτηθέντων απαντά ότι οι εξυπηρετούμενοι ωφελούνται πάρα πολύ , το 13% απαντά πολύ και το 21% απαντά αρκετά .

Παρατηρείται λοιπόν μια θετική εικόνα των Κ.Λ όσον αφορά την προσφορά του Κ.Ψ.Υ , μέσω των προγραμμάτων του , στους εξυπηρετούμενους .

Συνεχίζοντας, ζητείται από τους ερωτηθέντες να αξιολογήσουν την σημασία των στοιχείων που οι ίδιοι συγκεντρώνουν από την επαφή τους με τον εξυπηρετούμενο , για την θεραπευτική ομάδα του Κ.Ψ.Υ.

Το 83% του δείγματος θεωρεί πάρα πολύ σημαντικά τα στοιχεία που συγκεντρώνονται από τον Κ.Λ για την ομάδα , ενώ το 17% πολύ σημαντικά. Γίνεται λοιπόν κατανοητό , από τα παραπάνω , ότι οι Κ.Λ των Κ.Ψ.Υ έχουν μια πολύ θετική άποψη για την προσφορά τους στο έργο της θεραπευτικής ομάδας και γενικότερα του Κ.Ψ.Υ .

Στην ερώτηση, για το κατά πόσο τα στοιχεία που μεταφέρει ο Κ.Λ στη διεπιστημονική ομάδα του Κ.Ψ.Υ ολοκληρώνουν τη διάγνωση , το 96% των ερωτηθέντων απαντά ότι την ολοκληρώνουν , επιβεβαιώνοντας με αυτήν την απάντηση την θετική αντίληψή τους για την προσφορά τους στα Κ.Ψ.Υ όπου απασχολούνται .

Επιπρόσθετα , και σε συμφωνία με την παραπάνω απάντηση , το 88% του δείγματος θεωρεί ότι η διάγνωση είναι μια διαδικασία ομαδική , αναγνωρίζοντας με αυτόν τον τρόπο τη συνδρομή των Κ.Λ στην προαναφερθείσα διαδικασία .

Συνεχίζοντας , στο ίδιο κλίμα , οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν πολύ σημαντική τη συμμετοχή του Κ.Λ στην αξιολόγηση , τόσο της θεραπευτικής προσέγγισης , όσο και της θεραπευτικής αντιμετώπισης .

Στην ερώτηση , αναφορικά με την αντίληψη των ερωτηθέντων για το αν αποτελούν ή όχι ισότιμα μέλη – συνεργάτες , στα πλαίσια της επιστημονικής – θεραπευτικής ομάδας , η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος απάντησε θετικά , όπως επίσης θετικά ( με μικρές αποκλίσεις ) απάντησε και στην ερώτηση σχετικά με το αν θεωρείται ή όχι από τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας ισότιμος συνεργάτης.

Η τελευταία απάντηση ίσως υποδεικνύει και ένα καλό κλίμα συνεργασίας του Κ.Λ με το υπόλοιπο προσωπικό του Κ.Ψ.Υ , εφόσον φαίνεται να αναγνωρίζεται και να εκτιμάται το έργο των Κ.Λ από τις υπόλοιπες ειδικότητες .

Ως επιβεβαίωση των παραπάνω , έρχεται και η επόμενη απάντηση του δείγματος στην ερώτηση για το αν ο Κ.Λ του Κ.Ψ.Υ είναι ικανοποιημένος από την συνεργασία του με τη διεπιστημονική ομάδα του Κ.Ψ.Υ .

42% από του ερωτηθέντες δηλώνουν πάρα πολύ ικανοποιημένοι από αυτή τη συνεργασία , 8% πολύ , 33% αρκετά , ενώ υπάρχει και ένα ποσοστό της τάξεως του 17% που δεν είναι ικανοποιημένοι από τη συνεργασία τους με την ομάδα του Κ.Ψ.Υ.

Οι ακόλουθες και τελευταίες ερωτήσεις , αφορούν την εκπαίδευση και εξειδίκευση του Κ.Λ που απασχολείται στο Κ.Ψ.Υ .

Συγκεκριμένα , το δείγμα ερωτήθηκε αν η εκπαίδευση του Κ.Λ , όσον αφορά τον τομέα απασχόλησής του (κοινοτική ψυχική υγεία ) είναι επαρκής ή όχι.

42% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι η εκπαίδευσή τους είναι επαρκής,  
42% απάντησαν ότι είναι ικανοποιητική,  
12% ότι είναι μέτρια και  
4% ότι είναι ελλιπής.

Στην επόμενη ερώτηση σχετικά με το αν ο Κ.Λ. χρειάζεται περισσότερη εξειδίκευση στον τομέα της ψυχικής υγείας, για να βελτιώσει το έργο του στον τομέα αυτό,

4% των ερωτηθέντων απάντησαν αρνητικά,  
8% ότι χρειάζονται λίγη εξειδίκευση, ενώ το υπόλοιπο  
88% απάντησε ότι αρκετή έως πάρα πολύ εξειδίκευση θα ήταν σημαντική για το έργο του Κ.Λ. στο Κ.Ψ.Υ.

Συνεχίζοντας, το δείγμα ερωτήθηκε κατά πόσο συμμετέχει σε μεταπτυχιακά προγράμματα, επιμορφωτικά σεμινάρια ή προγράμματα εξειδίκευσης.

33% απάντησε ότι συμμετέχει πάρα πολύ στις προαναφερθείσες δραστηριότητες  
25% απάντησε ότι συμμετέχει πολύ  
38% απάντησε ότι συμμετέχει αρκετά και  
4% ότι συμμετέχει λίγο.

Τέλος οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα, θεωρούν ότι η αποτελεσματικότητα του έργου του Κ.Λ. στα Κ.Ψ.Υ. μπορεί να βελτιωθεί με σεμινάρια, επιμορφωτικά συνέδρια, με συνεχή αναδρομή σε επιστημονικά βοηθήματα, με εποπτείες και συζητήσεις στη διεπιστημονική ομάδα και τέλος με εξειδίκευση του Κ.Λ.

Όσον αφορά λοιπόν τις τελευταίες ερωτήσεις σχετικά με την εκπαίδευση και εξειδίκευση του Κ.Λ. μπορεί να βγει το συμπέρασμα ότι ενώ μια μεγάλη μερίδα των Κ.Λ. στα Κ.Ψ.Υ. θεωρεί επαρκή ή ικανοποιητική την εκπαίδευσή τους, θεωρούν επίσης σημαντική και την περαιτέρω εξειδίκευσή τους και αυτό αποδεικνύεται έμπρακτα με τη συμμετοχή τους σε εκπαιδευτικές-επιμορφωτικές δραστηριότητες. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι σύμφωνα με μια συγκριτική συσχέτιση που έγινε στην ερώτηση τη σχετική με την επάρκεια της εκπαίδευσης των Κ.Λ. , οι απαντήσεις που δόθηκαν από το δείγμα δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ ερωτηθέντων

διαφορετικών ηλικιών, διαφορετικού επιπέδου εκπαίδευσης και διαφορετικής προϋπηρεσίας.

## 2. ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ανακεφαλαιώνοντας κανείς τα συμπεράσματα που προέκυψαν από το προηγούμενο κεφάλαιο και βάσει των δεδομένων της έρευνας, η εικόνα που διαμορφώνεται για το ρόλο του Κ.Λ. στα Κ.Ψ.Υ., τις δραστηριότητες του, αλλά και για τις προοπτικές που διαγράφονται, είναι μάλλον θετική και αισιόδοξη.

Οι προτάσεις λοιπόν που θα μπορούσαν να διατυπωθούν στο σημείο αυτό περιορίζονται στις εξής:

- § Δεδομένης της σχετικά περιορισμένης δράσης του Κ.Λ. του Κ.Ψ.Υ. στην Κοινότητα, αλλά και της μεγάλης σημασίας που δίδεται από το δείγμα στην αξία της αλληλεπίδρασης του Κ.Ψ.Υ. με την Κοινότητα και στο όφελος που προκύπτει στον εξυπηρετούμενο από την αλληλεπίδραση αυτή, προτείνεται:
  - α) Να δοθούν από τα Κ.Ψ.Υ. στους Κ.Λ. περισσότερα κίνητρα, αλλά και πρωτοβουλίες, όσον αφορά την ενασχόληση τους με την Κοινότητα
  - β) Να υπάρξει κατάρτιση, όχι μόνο των Κ.Λ. , αλλά και όλου του προσωπικού των Κ.Ψ.Υ. σχετικά με την Κοινοτική Δράση και Παρέμβαση και το όφελος που μακροπρόθεσμα προκύπτει στην ευρύτερη Κοινότητα από τέτοιου είδους δραστηριότητες.
  
- § Παρατηρώντας συνολικά τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους Κ.Λ., όσον αφορά τις κύριες δραστηριότητες τους στο Κ.Ψ.Υ. μπορεί να γίνει άμεσα αντιληπτό, ότι ο περισσότερος χρόνος των ερωτηθέντων αφιερώνεται στη μέθοδο της Κ.Ε.Α. και της Κ.Ε. με Οικογένεια. Συνέπεια της παραπάνω διαπίστωσης είναι να τίθενται σε σχετικά δεύτερη μοίρα ασχολίες και δραστηριότητες όπως: Κ.Ε. με Ομάδες, Κ.Ε. με Κοινότητα, συμμετοχή του Κ.Λ. στις δραστηριότητες του Κέντρου Ημέρας, ενασχόληση του Κ.Λ. με την επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών, κατ` οίκον επίσκεψη του Κ.Λ. κ.λ.π. Οι προτάσεις λοιπόν που θα μπορούσαν να διατυπωθούν σε σχέση με το σημαντικό αυτό ζήτημα είναι:

α) Αλλαγή «πολιτικής» από την πλευρά των Κ.Ψ.Υ., ώστε να επέλθει μια κίνηση του προσωπικού τους (και κυρίως των Κ.Λ.) από τις λίγο-πολύ παραδοσιακές μεθόδους παρέμβασης και αντιμετώπισης προς τις μεθόδους με πιο μακροπρόθεσμο ορίζοντα και με πιο δυναμική εμπλοκή στα πλαίσια της Κοινότητας.

β) Περισσότεροι Κοινωνικοί Λειτουργοί στα Κ.Ψ.Υ., ώστε να υπάρξει η δυνατότητα να ικανοποιηθούν με επάρκεια όλες, κατά το δυνατό, οι ανάγκες του πληθυσμού με τον οποίο εμπλέκονται οι Κ.Λ. και οι τελευταίοι να μην περιορίζονται μόνο σε ζητήματα «άμεσης ανάγκης» παραμερίζοντας ταυτόχρονα μακρόπνοες και μεθοδικές δραστηριότητες.

§ Τέλος, δεδομένων των απαντήσεων του δείγματος, όσον αφορά την αναγκαιότητα περαιτέρω εξειδίκευσης των Κ.Λ. και γενικότερα την βελτίωση της αποτελεσματικότητας του έργου τους στα Κ.Ψ.Υ. θα μπορούσαν να προταθούν τα εξής:

α) Είναι αναγκαία η συνεχής επιμόρφωση και εξειδίκευση των Κ.Λ., ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν με συνέπεια και επάρκεια στις ανάγκες του ρόλου τους αλλά και του πληθυσμού που καλούνται να εξυπηρετήσουν.

β) Θα ήταν εξαιρετικά βοηθητικό και χρήσιμο για τους Κ.Λ. των Κ.Ψ.Υ. να καθιερωθούν πλέον τακτικές όπως η εποπτεία, η συζήτηση στη διεπιστημονική ομάδα ζητημάτων σωστής λειτουργίας, αποτελεσματικότητας και επικοινωνιακής συνεργασίας στα πλαίσια της, τα σεμινάρια για θέματα κοινοτικής ψυχικής υγείας, η συνεχής αναδρομή σε επιστημονικά βοηθήματα, ώστε να αισθανθούν και οι ίδιοι οι Κ.Λ. εφοδιασμένοι και προετοιμασμένοι για τις νέες προκλήσεις και απαιτήσεις του χώρου της Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας και μ' αυτό τον τρόπο να βελτιωθεί και η αποτελεσματικότητα του έργου τους στα Κ.Ψ.Υ.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Κυρία / Κύριε Επαγγελματία

Όπως ήδη θα έχετε ενημερωθεί και τηλεφωνικώς, στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας, φιλοδοξούμε να εκπονήσουμε έρευνα με θέμα το " Ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας της Ελλάδας".

Πρόκειται για μία προσπάθεια, ώστε να διαμορφωθεί μια όσο το δυνατό συνολική και ολοκληρωμένη άποψη για τις δραστηριότητες και τις δυνατότητες του Κοινωνικού Λειτουργού που απασχολείται σε πλαίσιο σαν αυτό του Κέντρου Ψυχικής Υγείας.

Σ' αυτή την προσπάθεια, η δική σας βοήθεια θεωρείται πολύτιμη και απαραίτητη. Θα εκτιμούσαμε λοιπόν να διαθέσετε λίγο χρόνο συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί, ανέπαιστα και με ειλικρίνεια. Σημαντικό επίσης είναι να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις αλλά και στο φύλλο όπου ζητούνται τα ατομικά στοιχεία.

Τέλος εξαιρετικά βοηθητικό θα ήταν να επιστραφούν τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια σε διάστημα 15 ημερών. Για δική σας διευκόλυνση επισυγκρίνεται και ο σχετικός για την πιστοποίησή του ερωτηματολογίου φάκελος με πληρωμένο το ταχυδρομικό τέλος και συμπληρωμένη τη διεύθυνση παραλήπτη.

Όλες οι πληροφορίες θα παραμείνουν στα αρχεία μας, με την διαβεβαίωση από μέρος μας ότι θα τηρηθεί απόλυτη εχεμύθεια.

Ευκαταβολικά σας ευχαριστούμε για τη συνδρομή σας.

Με εκτίμηση

Κούτλα Κατερίνα  
Σκουφέτση Θωμαή

**ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

i. Φύλο:            Άνδρας       
                         Γυναίκα    

ii. Ηλικία:        20-30 ετών       
                         30-40 ετών       
                         40-50 ετών       
                         50 ετών και άνω    

iii. Προϋπηρεσία στην θέση αυτή:            0-5 έτη              
   5-10 έτη              
   10-15 έτη              
   15-20 έτη              
   20 έτη και άνω    

iv. Εκπαίδευση:    Βασική (ΤΕΙ)              
                                 Πανεπιστημιακή (ΠΕ)       
                                 Μεταπτυχιακό              
                                 Διδακτορικό             

v. Ειδική Εκπαίδευση:  
    (Εξειδίκευση)

vi. Τύπος Διαμονής:

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Πιστεύετε ότι οι αρχές λειτουργίας των ΚΨΥ συμπίπτουν με το αντικείμενο εργασίας του ΚΛ ;
  - α. Πάρα πολύ
  - β. Πολύ
  - γ. Αρκετά
  - δ. Λίγο
  - ε. Καθόλου
  
2. Κατά πόσο στο πλαίσιο απασχόλησής σας εργάζεστε με την κοινότητα ( τοπικές αρχές και υπηρεσίες ) ;
  - α. Πάρα πολύ
  - β. Πολύ
  - γ. Αρκετά
  - δ. Λίγο
  - ε. Καθόλου
  
3. Πιστεύετε ότι η αλληλεπίδραση του ΚΨΥ με την κοινότητα είναι προς όφελος του εξυπηρετούμενου ;
  - α. Ναι
  - β. Όχι
  - γ. Ίσως
  - δ. Δεν ξέρω
  
4. Η αλληλεπίδραση του ΚΨΥ με την κοινότητα αποτελεί στόχο του ΚΛ ;
  - α. Πάρα πολύ
  - β. Πολύ
  - γ. Αρκετά
  - δ. Λίγο
  - ε. Καθόλου
  
5. Πιστεύετε ότι είναι σημαντική η εμπλοκή των κατοίκων της κοινότητας στο έργο και στην υλοποίηση των στόχων του ΚΨΥ ;
  - α. Πάρα πολύ
  - β. Πολύ
  - γ. Αρκετά
  - δ. Λίγο
  - ε. Καθόλου

6. Κατά πόσο το παραπάνω (ερώτηση 5 - εμπλοκή κατοίκων) επιδιώκεται από εσάς, στο πλαίσιο απασχόλησής σας ;
  - α. Πάρα πολύ
  - β. Πολύ
  - γ. Αρκετά
  - δ. Λίγο
  - ε. Καθόλου
  
7. Στα πλαίσια της κοινοτικής παρέμβασης στο ΚΨΥ, ο ΚΛ έρχεται σε επαφή με :
  - α. Τοπικές Αρχές
  - β. Τοπικές Οργανώσεις
  - γ. Σχολεία ( γονείς, μαθητές, δασκάλους )
  - δ. Άλλο
  
8. Πιστεύετε ότι στα πλαίσια της Κοινοτικής παρέμβασης είναι σημαντική η διοργάνωση ομιλιών, διαλέξεων και συζητήσεων ;
  - α. Ναι
  - β. Όχι
  - γ. Ίσως
  - δ. Δεν ξέρω
  
9. Στο πλαίσιο απασχόλησής σας υπάρχει ( από εσάς ) η δυνατότητα διοργάνωσης διαλέξεων, ομιλιών, συζητήσεων πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας ;
  - α. Ναι
  - β. Όχι
  - γ. Ίσως
  - δ. Δεν ξέρω
  
10. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει η παραπάνω δυνατότητα (ερώτηση 9), ποιοι είναι οι παράγοντες που εμποδίζουν κάτι τέτοιο ;
  - α. Έλλειψη κατάρτισης
  - β. Έλλειψη κινήτρου από το πλαίσιο
  - γ. Έλλειψη ενδιαφέροντος από την κοινότητα
  - δ. Όλα τα παραπάνω
  - ε. Άλλο
  
11. Στο πλαίσιο απασχόλησής σας ασχολείστε με την μέθοδο της ΚΕΟ ;
  - α. Ναι
  - β. Όχι

12. Αν ναι ( ερώτηση 11 ) με α είδους ομάδες ασχολείσασ ;
- α. Ομάδες ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές
  - β. Ομάδες ιπτόμων με νοητική καθυστέρηση
  - γ. Ομάδες γονέων – εκπαιδευτικών
  - δ. Ομάδες παιδιών – εφήβων
  - ε. Όλα τα παραπάνω
  - στ. Άλλο
13. Κατά πόσο στο πλαίσιο απασχόλησής σας εργάζεστε με την οικογένεια του εξυπηρετούμενου ;
- α. Πάρα πολύ
  - β. Πολύ
  - γ. Αρκετά
  - δ. Λίγο
  - ε. Καθόλου
14. Θεωρείτε την επίσκεψη κατ'οίκον , από τον ΚΑ , βασικό στοιχείο θεραπείας ;
- α. Ναι
  - β. Όχι
  - γ. Ίσως
  - δ. Δεν ξέρω
15. Κατά πόσο η επίσκεψη κατ'οίκον προσαρμόζεται στο πλαίσιο απασχόλησής σας ;
- α. Πάρα πολύ
  - β. Πολύ
  - γ. Αρκετά
  - δ. Λίγο
  - ε. Καθόλου
16. Ποιοι πιστεύετε ότι είναι οι ανασταλτικοί - περιοριστικοί παράγοντες όσον αφορά την κατ'οίκον επίσκεψη ;
- α. Έλλειψη χρόνου
  - β. Κόστος μετάβασης στην οικία του εξυπηρετούμενου
  - γ. Ενδεχόμενοι κίνδυνοι κατά τη διάρκεια της επίσκεψης
  - ε. Απροθυμία από πλευρά του εξυπηρετούμενου
  - ε. Άλλο
  - στ. Όλα τα παραπάνω

17. Κατά πόσο τηρείτε από εσείς η αρχή της συνεχούς παρακολούθησης και επαφής με τον εξυπηρετούμενο ;
- α. Πάρα πολύ
  - β. Πολύ
  - γ. Αρκετά
  - δ. Λίγο
  - ε. Καθόλου
18. Θεωρείτε βασικό στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης την τηλεφωνική επαφή του ΚΑ με τον εξυπηρετούμενο ;
- α. Ναι
  - β. Όχι
  - γ. Ίσως
  - δ. Δεν ξέρω
19. Κατά πόσο ασχολείστε με τον τομέα της πρόληψης των περιστατικών ψυχικής ασθένειας ;
- α. Πάρα πολύ
  - β. Πολύ
  - γ. Αρκετά
  - δ. Λίγο
  - ε. Καθόλου
20. Με ποιο είδος πρόληψης ασχολείστε περισσότερο ;
- α. Πρωτογενής πρόληψη
  - β. Δευτερογενής πρόληψη
  - γ. Τριτογενής πρόληψη
  - δ. Όλα τα παραπάνω
  - ε. Άλλο
21. Ποια μέσα χρησιμοποιείτε στην πρόληψη των περιστατικών ψυχικής ασθένειας ;
- α. Ενημέρωση κοινότητας ( διαλέξεις , ομιλίες , κ.τ.λ. )
  - β. Έγκαιρη διαπίστωση προβλήματος – έγκαιρη παραπομπή
  - γ. Συνεργασία με τοπικούς φορείς
  - δ. Άλλο

22. Κατά πόσο υπάρχει δική σας εμπλοκή στον τομέα επαγγελματικής ολοκλήρωσης των «θεραπευμένων» ψυχικά ασθενών ;
- α. Πάρα πολύ
  - β. Πολύ
  - γ. Αρκετά
  - δ. Λίγο
  - ε. Καθόλου
23. Αν στο κέντρο στο οποίο απασχολείστε λειτουργεί Κέντρο Ημέρας, κατά πόσο συμμετέχετε στα προγράμματά του ;
- α. Πάρα πολύ
  - β. Πολύ
  - γ. Αρκετά
  - δ. Λίγο
  - ε. Καθόλου
24. Με ποια από τις μεθόδους της Κ.Ε σας δίνεται η ευκαιρία να ασχληθείτε περισσότερο ;
- α. Κ.Ε.Α
  - β. Κ.Ε.Ο
  - γ. Κ.Ε.Κ
  - δ. Κ.Ε με οικογένεια
25. Πιστεύετε ότι οι εξυπηρετούμενοι του ΚΨΥ, στο οποίο απασχολείστε, ωφελούνται από την παρακολούθηση των προγραμμάτων του ;
- α. Πάρα πολύ
  - β. Πολύ
  - γ. Αρκετά
  - δ. Λίγο
  - ε. Καθόλου
26. Θεωρείτε ότι τα στοιχεία που συγκεντρώνει ο ΚΑ, από την επαφή του με τον εξυπηρετούμενο, είναι σημαντικά για την θεραπευτική ομάδα του ΚΨΥ ;
- α. Πάρα πολύ
  - β. Πολύ
  - γ. Αρκετά
  - δ. Λίγο

27. Τα στοιχεία που μεταφέρει ο ΚΑ στην επιστημονική ομάδα του ΚΦΥ ολοκληρώνουν τη διάγνωση ;
- α. Ναι
  - β. Οχι
  - γ. Ίσως
  - δ. Δεν ξέρω
28. Πιστεύετε ότι η διάγνωση στα ΚΦΥ είναι μία διαδικασία :
- α. Ομαδική
  - β. Ατομική ( π.χ υπό τον ψυχίατρο )
  - γ. Ανάλογη με το ακάστοτα περιστατικό
29. Κατά πόσο ο ΚΑ συμμετέχει στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων :
- Ι. Της θεραπευτικής προσέγγισης
    - α. Πάρα πολύ
    - β. Πολύ
    - γ. Αρκετά
    - δ. Λίγο
    - ε. Καθόλου
  - ΙΙ. Των αποτελεσμάτων της θεραπευτικής αντιμετώπισης
    - α. Πάρα πολύ
    - β. Πολύ
    - γ. Αρκετά
    - δ. Λίγο
    - ε. Καθόλου
30. Στο πλαίσιο της Επιστημονικής θεραπευτικής ομάδας πιστεύετε ότι αποτελείτε ισότιμο μέλος – συνεργάτη ;
- α. Πάρα πολύ
  - β. Πολύ
  - γ. Αρκετά
  - δ. Λίγο
  - ε. Καθόλου
31. Πιστεύετε ότι θεωρείστε από την επιστημονική ομάδα ισότιμο μέλος – συνεργάτη ;
- α. Πάρα πολύ
  - β. Πολύ
  - γ. Αρκετά
  - δ. Λίγο
  - ε. Καθόλου



32. Είστε ικανοποιημένοι από την συνεργασία σας με την διαπιστημονική ομάδα του ΚΨΥ ;
- α. Πάρα πολύ
  - β. Πολύ
  - γ. Αρκετά
  - δ. Λίγο
  - ε. Καθόλου
33. Όσον αφορά τον τομέα απασχόλησής σας ( κοινωνική ψυχική υγεία ) πιστεύετε ότι η εκπαίδευσή σας είναι :
- α. Επιρκεής
  - β. Ικανοποιητική
  - γ. Μέτρια
  - δ. Ελλιπής
34. Πιστεύετε ότι παραπέρα εξειδίκευση στον τομέα της ψυχικής υγείας θα ήταν σημαντική στο έργο σας στο ΚΨΥ :
- α. Πάρα πολύ
  - β. Πολύ
  - γ. Αρκετά
  - δ. Λίγο
  - ε. Καθόλου
35. Κατά πόσο συμμετέχετε σε μεταπτυχιακά προγράμματα , επιμορφωτικά σεμινάρια ή προγράμματα εξειδίκευσης ;
- α. Πάρα πολύ
  - β. Πολύ
  - γ. Αρκετά
  - δ. Λίγο
  - ε. Καθόλου
36. Πως νομίζετε ότι μπορεί να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα του έργου του ΚΑ στα ΚΨΥ ;
- α. Με σεμινάρια – επιμορφωτικά συνέδρια
  - β. Με συνεχή ανάρθρωση σε επιστημονικά βοηθήματα
  - γ. Με αποτυχίες
  - δ. Με συζήτηση στη διαπιστημονική ομάδα
  - ε. Με εξειδίκευση του ΚΑ
  - στ. Όλα τα παραπάνω
  - ζ. Άλλο

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- **Βανάκα Κ.**, Ενδιάμεσες Δομές Κοινωνικής Ψυχιατρικής στον Ελλαδικό Χώρο, Τ.Ε.Ι. ΑΘΗΝΑΣ , Αθήνα 1998
- **Γακίδη Μ., Μιχαλιά Δ.**, Κέντρα Ψυχικής Υγείας και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού , Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ , Πάτρα 1989
- **Κοσμόπουλος Α., Μπουγιουκλή Μ., Τουμαράς Δ.**, Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ , Πάτρα 1991
- **Καλύβας Α.**, Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα σήμερα , Τ.Ε.Ι. ΑΘΗΝΩΝ, Αθήνα 1995
- **Καρπαθάκη Σ.**, Η οργάνωση της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα , Τ.Ε.Ι ΑΘΗΝΩΝ, Αθήνα 1997
- **Καστρινού Δ., Καψάλη Β.**, Οργάνωση και διοίκηση της ψυχιατρικής κλινικής του γενικού νοσοκομείου και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού , Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ, Πάτρα 1987
- **Καίλα -Πολεμικός -Φιλίππου** , Η αρχαιότερη περίπτωση παιδιού με μαθησιακές δυσκολίες , **Γιαννικόπουλος Α.**, στο Άτομα με Ειδικές Ανάγκες, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Τόμος Α, Αθήνα 1995
- **Καίλα-Πολεμικός -Φιλίππου** , Νευροφυσιολογική διερεύνηση των μαθησιακών διαταραχών , **Μπεχλιβανίδης Χ.**, στο Άτομα με Ειδικές Ανάγκες , ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ , Τόμος Α , Αθήνα ,1995
- **Λυμπεροπούλου Α.**, Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού , ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ , Τεύχος 26, Αθήνα 1986
- **Μαδιανός Γ. Μιχάλης** , Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξη της (από την θεωρία στην πράξη), ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα 1994

- **Μιχάλης Γ. Μαδιανός** , Κοινωνία και Ψυχική Υγεία , ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ ,Αθήνα 1998
- **Μιχάλης Γ. Μαδιανός ,Στεφανής Κ. Μ** , Οδηγός Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και υποστήριξης στην Ελλάδα, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα 1997
- **Μάνος Ν.**, Ερμηνευτικό λεξικό ψυχιατρικών όρων, ΕΚΔΟΣΕΙΣ UNIVERSITY STUDIO PRESS, ΕΚΔΟΣΗ Β, Θεσσαλονίκη 1987
- **Παπαδάτος Γ.**, Ανάπτυξη Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής στην Ελλάδα, Λυμπεράκης Στάθης στο Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΙΡΗΝΗ ,Αθήνα 1987
- **Παρασκευόπουλος Ιωάννης** ,Κλινική Ψυχολογία ,Αθήνα ,1988
- **Παπαδάτος Γ- Στογαννίδου Α.**, Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ, Αθήνα 1988.
- **Παπαδάτος Γ., Λάιλας Κ., Αυγερίνης Κ., Σακελλαρής Δ., Δεγλέρης Ν., Τσιάρας Κ.**, Μονάδες κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές, ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ ,Τεύχος 25, Αθήνα 1990
- **Παπαδοπούλου -Καλπίνη**, Θέματα Κοινωνικής Εργασίας, Τομέας Κοινοτικής ψυχικής υγείας , Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ ,Πάτρα 1998
- **Παπαδοπούλου Χρυσή Κατσορίδου**, Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗ , Αθήνα 1993
- **Πεθεριώτη Κ.**, Μορφές Κοινοτικής Ψυχιατρικής Περίθαλψης , Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ , Πάτρα 1991
- **Σακελλαρόπουλος Π., S. Leborici** ,Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής , ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ , Αθήνα 1984

- **Φίλιας Β.**, Εισαγωγή στην μεθοδολογία και τις τεχνικές των Κοινωνικών Ερευνών , ΕΚΔΟΣΕΙΣ GUTENBERG, Αθήνα 1996
- **Χαρτοκόλλης Πέτρος** ,Εισαγωγή στην Ψυχιατρική , ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΘΕΜΕΛΙΟ, Αθήνα 1989
- **Napier A.**, Το ζευγάρι ο εύθραυστος δεσμός , ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ,Αθήνα 1997
- **ΦΕΚ 354**, Αθήνα 1992 (Τεύχος Δεύτερο),ΑΠΟΦΑΣΗ: Εσωτερικός Κανονισμός Κ.Ψ.Υ. ,Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας , Αθήνα 1989
- **ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ** :Για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας , Αθήνα 1992