

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΘΕΜΑ : «ΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟΥ ΓΙΑ
ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΜΟΝΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ
ΠΑσχΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ»



ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
Σικελιανού Δέσποινα

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ
Περίτσης Παναγιώτης

ΠΑΤΡΑ 2005

ΑΡΙΘΜΟΣ	4750
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ ιδιαίτερα την καθηγήτρια μου Σικελιανού Δέσποινα, για τη συνεχή και ουσιαστική βοήθειά που μου προσέφερε καθ' όλη τη διάρκεια της συνεργασίας μας.

Επίσης, τους γονείς μου,

τους φίλους μου, Αγγελική, Angie, Γιάννη, Λάζαρο και Μάγδα.

Τέλος, τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, στα δύο δημόσια Ψυχιατρικά Νοσοκομεία του νομού Αττικής.



ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι :

Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

1.1. Εισαγωγή.....	1
1.2. Ορισμοί Εννοιών.....	3
1.3. Η Ιστορία της Ψυχιατρικής Περίθαλψης στην Ευρώπη και την Ελλάδα.....	11
1.3.1. Η Ψυχιατρική Περίθαλψη στην Ευρώπη.....	12
1.3.1.1. Τα Πρώιμα Στάδια της Ψυχιατρικής Περίθαλψης : από το 200μ.Χ. έως το 1600.....	12
1.3.1.2. Ο Εγκλεισμός : από το 1600 έως το 1700.....	13
1.3.1.3. Η Γέννηση του Ψυχιατρείου : από το 1700 έως το 1900.....	14
1.3.1.4. Ψυχανάλυση, Ηλεκτροσόκ και η Νέα Ψυχιατρική : από το 1900 έως το 1999.....	16
1.3.2. Η Ψυχιατρική Περίθαλψη στην Ελλάδα.....	19
1.3.2.1. Η Ιστορική Φάση της Ψυχιατρικής Περίθαλψης : από τα μέσα του 19 ^{ου} αιώνα έως το 1950.....	19
1.3.2.2. Η Παραδοσιακή Φάση της Ψυχιατρικής Περίθαλψης : από τα μέσα του 1950 έως το 1983.....	20
1.3.2.3. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση : από το 1983 έως σήμερα.....	21

- ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ :

Ο ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ

2.1. Η Νοσηλεία στο Ψυχιατρείο.....	25
2.2. Ο Αποϊδρυματισμός : Θεωρητικά Ζητήματα και Πράξη.....	28

2.3. Παραδείγματα Αποϊδρυματισμού των Χρονίων Ψυχικά Πασχόντων και την Επανάταξη τους στην Ελληνική Κοινωνία.....	33
2.3.1. Ο Αποϊδρυματισμός στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.....	33
2.3.2. Ο Αποϊδρυματισμός στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Δρομοκαϊτειο...35	
2.3.3. Ο Αποϊδρυματισμός στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Νταού Πεντέλης	36
2.3.4. Ο Αποϊδρυματισμός στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.....	36
2.3.5. Ο Αποϊδρυματισμός στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης.....	37
2.3.6. Ο Αποϊδρυματισμός στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Ολύμπου.....	38
2.3.7. Ο Αποϊδρυματισμός στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων.....	38
2.3.8. Ο Αποϊδρυματισμός στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας.....	39
2.3.9. Ο Αποϊδρυματισμός στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου.....	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ :

Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

3.1. Χαρακτηριστικά των Ατόμων με Σοβαρές και Χρόνιες Ψυχικές Διαταραχές.....	42
3.2. Χαρακτηριστικά της Χρόνιας Ψυχικής Διαταραχής.....	43
3.3. Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση Χρονίων Ψυχικά Πασχόντων.....	46
3.3.1. Οι Ιδεολογικές Επιδράσεις στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση..	48
3.3.2. Οι Στόχοι και οι Βασικές Αρχές Εφαρμογής της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	51
3.4. Οι βασικοί Άξονες στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση	56
3.5. Ιστορικά Παραδείγματα Καινοτόμων Δράσεων στον Ελληνικό Χώρο...62	
3.6. Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην Ελλάδα.....	68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV:
Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗΝ
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

4.1. Οι Ρόλοι των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας.....	73
i) Ο Ψυχίατρος.....	74
ii) Ο Ψυχολόγος.....	75
iii) Ο Ψυχιατρικός Νοσηλευτής.....	76
iv) Ο Κοινωνικός Λειτουργός.....	78
v) Ο Εργοθεραπευτής.....	79
vi) Ο Επιμελητής των Περιπτώσεων.....	80
4.2. Παράγοντες Επιρροής των Στάσεων του Προσωπικού του Ψυχιατρείου για την Αποκατάσταση των Χρονίων Ψυχικά Ασθενών.....	82
4.2.1. Η Αντίληψη για την Ψυχική Νόσο.....	82
4.2.2. Η Θεραπευτική Σχέση του Προσωπικού με τους Ασθενείς.....	85
4.2.3. Ο Ιδρυματισμός του Προσωπικού.....	91
4.2.4. Το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξάντλησης (burn out).....	92
4.3. Παράγοντες Επίτευξης των Στόχων της Αποκατάστασης Χρονίων Ψυχικά Πασχόντων.....	96
4.4. Η Εκπαίδευση των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας.....	101

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V:
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5.1. Γενικός Στόχος της Έρευνας.....	104
5.2. Υλικό και Μεθοδολογία.....	107
5.2.1. Μεθοδολογία της Έρευνας.....	107
5.2.2. Υλικό.....	110

5.3. Στατιστική Ανάλυση Αποτελεσμάτων.....	112
5.4. Περιγραφική Ανάλυση Αποτελεσμάτων.....	372
5.5. Συμπεράσματα.....	386
5.6. Προτάσεις.....	395
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	397
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι :

Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Αποασυλοποίηση των χρόνιων ψυχικά ασθενών, ως στόχος της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, υλοποιείται από το 1984 έως και σήμερα στο πλαίσιο υλοποίησης και ολοκλήρωσης προγραμμάτων Ψυχοκοινωνικής και Επαγγελματικής Αποκατάστασης των ατόμων αυτών. Βασικός στόχος της αποασυλοποίησης είναι η μεταφορά του πυρήνα της παροχής υπηρεσιών ψυχιατρικής περίθαλψης από το άσυλο στην κοινότητα.

Η διαδικασία αυτή δεν περιλαμβάνει μόνο την έξοδο των χρόνιων ψυχικά ασθενών από τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, την εγκατάστασή τους σε αποκαταστασιακές δομές, αλλά και τη συμμετοχή τους σε προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

Γενικός στόχος της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται σε Ψυχιατρικά νοσοκομεία, σχετικά με τη μετάβαση και διαμονή των χρόνιων ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα. Ειδικότερα, μας ενδιέφερε να μελετήσουμε :

- Την άποψη των επαγγελματιών για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων και τον επαγγελματικό τους ρόλο ως φροντιστές των χρόνιων ψυχικά ασθενών.
- Τα συναισθήματα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και σε ποιο βαθμό επηρεάζουν τις αντιλήψεις και τις προσδοκίες τους για θέματα που σχετίζονται με την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών.

- Τη συμβολή τους στην αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών, δηλαδή με ποιους τρόπους και ποιες μεθόδους χρησιμοποιούν για τη μετάβαση των ασθενών στη κοινότητα.

Η συγκεκριμένη εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη, το θεωρητικό μέρος και το ερευνητικό μέρος. Ειδικότερα, το θεωρητικό μέρος αναφέρεται στην σχετική αποδελτίωση και βιβλιογραφική ανασκόπηση του αντικειμένου της μελέτης, το οποίο αφορά την αποσυλοποίηση και τους στόχους της ενώ το ερευνητικό μέρος αναφέρεται στη μεθοδολογία της έρευνας, στην ποσοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων και τη διεξαγωγή συμπερασμάτων και προτάσεων.

Συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο (Κεφάλαιο I) γίνεται μια ιστορική αναδρομή στην Ψυχιατρική Περίθαλψη, με σκοπό να αναδειχθεί η σταδιακή βελτίωση της θεραπευτικής αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών, από τα πρώιμα στάδια της Ψυχιατρικής Περίθαλψης μέχρι και σήμερα. Η Ιστορική αναδρομή αφορά τόσο τον Ελλαδικό χώρο όσο και τον Ευρωπαϊκό. Στο τέλος του πρώτου κεφαλαίου παρουσιάζεται και η σχετική Νομοθεσία για θέματα που σχετίζονται με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα σήμερα, καθώς και η παρουσίαση του Ευρωπαϊκού προγράμματος αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών «ΨΥΧΑΡΓΩΣ».

Στο δεύτερο κεφάλαιο (Κεφάλαιο II) παρουσιάζεται η Ασυλική φάση περίθαλψης, η διαδικασία του Αποϊδρυματισμού καθώς και παραδείγματα Αποϊδρυματισμού των χρόνιων ψυχικά πασχόντων για την επανένταξη τους στην Ελληνική κοινωνία.

Στο τρίτο κεφάλαιο (Κεφάλαιο III) περιγράφονται τα χαρακτηριστικά των ατόμων με σοβαρές και χρόνιες ψυχικές διαταραχές. Παράλληλα, αναλύονται οι στόχοι, οι αρχές και οι βασικοί άξονες της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και παρουσιάζονται κάποια ιστορικά παραδείγματα καινοτόμων δράσεων στον Ελλαδικό χώρο, καθώς και οι μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην Ελλάδα.

Το τέταρτο κεφάλαιο (Κεφάλαιο IV) αναφέρεται στους ρόλους των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στις δομές αποκατάστασης, τις προϋποθέσεις για την επιτυχημένη άσκηση του επαγγέλματός τους, καθώς και τους παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση των εργαζομένων κατά την άσκηση του επαγγέλματος.

Το πέμπτο κεφάλαιο (Κεφάλαιο V) αναφέρεται στο ερευνητικό μέρος της μελέτης αυτής η οποία πραγματοποιήθηκε σε δύο δημόσια Ψυχιατρικά Νοσοκομεία του νομού Αττικής, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Χαϊδαρίου) και στο Δρομοκαϊτειο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.

Το δείγμα αποτελούσε εκατόν τέσσερις (104) επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονταν και στα δύο Ψυχιατρεία. Από όλους τους εργαζόμενους, οι περισσότερες ήταν γυναίκες (76%) και οι υπόλοιποι άντρες (24%).

Η μέθοδος της έρευνας ήταν η επισκόπηση και έγινε ποσοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων, τα οποία παρουσιάζονται με τη μορφή γραφημάτων.

1.2. ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

Ψυχική Διαταραχή : Είναι εκείνη η «κατάσταση στην οποία βρίσκεται ένα άτομο όταν αντιμετωπίζει προβλήματα που το φέρνουν σε κατάσταση ενόχλησης ή η αδυναμία του να τα αντιμετωπίσει με επιτυχία του δημιουργεί πολύ μεγάλη ένταση. Από την ενόχληση περνάει κανείς στη διαταραχή όταν τον παρατεινόμενο έντονο πόνο συνοδεύουν νοητικές διαταραχές ή διαταραχές συμπεριφοράς. Η πάθηση τότε «κλινικοποιείται» (θεωρείται κλινική περίπτωση), δηλαδή εμφανίζονται μόνιμα συγκεκριμένα ψυχιατρικά συμπτώματα όπως παραλήρημα, ψευδαισθήσεις, εμμονές κλπ. Παρόλο που η κατάσταση διαταραχής δεν αποτελεί μέρος της φυσιολογικής ζωής, όλοι κάτω από ορισμένες συνθήκες θα μπορούσαν να βρεθούν σε μια τέτοια

κατάσταση. Η κατάσταση διαταραχής μπορεί να είναι προσωρινή, αν θεραπευθεί αποτελεσματικά και έγκαιρα.» (Stress.gr/odigos, 2001)

Ψυχική διαταραχή ορίζεται «κάθε διαταραχή που επηρεάζει τις ανώτερες λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος (προσοχή, συγκέντρωση, αντίληψη, συναίσθημα, κρίση, ικανότητα σχεδιασμού και εκτέλεσης κλπ) και γίνεται εμφανής στη συμπεριφορά του ατόμου ή επιδρά στο επίπεδο λειτουργικότητάς του». (Μαυρέας και Σκαπινάκης, 2002)

«Η ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να έχει ικανοποιητικές σχέσεις με τους συνανθρώπους του, να εργάζεται δημιουργικά και αποτελεσματικά και να φροντίζει τους ανάγκες του». (Σταθόπουλος, 1996)

Σχιζοφρένεια : Η σχιζοφρένεια είναι μια σοβαρή ψυχική διαταραχή που επηρεάζει τον τρόπο σκέψης, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά. Αποτελεί την πιο συχνή και την πιο σοβαρή μορφή ψύχωσης. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ψευδαισθήσεις, αποδιοργάνωση της σκέψης, παραλήρημα και αποκοπή από την πραγματικότητα. Ο όρος χρησιμοποιείται για να παρουσιάσει μια ψυχική κατάσταση όπου κυριαρχούν σχάσεις και διαχωρισμοί. Η λογική και η σκέψη αποδιοργανώνονται προκαλώντας συμπεριφορές ασυνάρτητες και αλλόκοτες. (Royal College of Psychiatrists, 2002).

Η σχιζοφρένεια είναι ίσως η πιο δύσκολα οριζόμενη διαταραχή. Μέχρι σήμερα αποτελεί ένα από τα βασικά και αμφιλεγόμενα θέματα της ψυχιατρικής. Στον πολύ κόσμο ανακαλεί την εικόνα της πιο σοβαρής και ακατανόητης «τρέλας». Στο παρελθόν θεωρούσαν ότι αυτή η μορφή παθολογίας ήταν αθεράπευτη και σταδιακά προκαλούσε στο άτομο άνοια. Σήμερα κάτω από τον όρο «σχιζοφρένεια» ταξινομούμε πολυάριθμες ψυχικές διαταραχές, ποικίλης οντότητας και σπουδαιότητας. Τα συμπτώματά της σχιζοφρένειας προκαλούν συχνά αναστάτωση και μας

αποπροσανατολίζουν, ωστόσο δεν είναι παρά τρόποι με τους οποίους το σχιζοφρενικό άτομο προσπαθεί να υπερασπίσει τον εαυτό του, ακόμα και αν αυτό γίνεται με τρόπο παράλογο, προκαλώντας πόνο βαθύ και καταστρεπτικό. Με αυτή την έννοια η σχιζοφρένεια συχνά επιδέχεται βελτίωση και σε ορισμένες περιπτώσεις μιλάμε για ίαση. (stress.gr/odigos, 2001).

Χρόνια Ψυχική Πάθηση (κατάσταση παγιωμένης διαταραχής) : Είναι εκείνη η κατάσταση την οποία το άτομο ζει όταν η διαταραχή καθίσταται χρόνια, όταν δηλαδή οι ψυχικές διαταραχές ή οι διαταραχές της συμπεριφοράς αλλά και η κατάσταση που τις έχει προκαλέσει διαρκούν πολύ μέσα στο χρόνο. Πολύ συχνά η διαταραχή παγιώνεται είτε επειδή δεν αποτελεί αντικείμενο φροντίδας είτε γιατί η φροντίδα που παρέχεται δεν είναι αυτή που πρέπει. (Stress.gr/odigos, 2001)

Χρόνιοι Ασυλικοί Ασθενείς : Ως χρόνιοι ασυλικοί ασθενείς χαρακτηρίζονται οι ψυχικά πάσχοντες έπειτα από μακρόχρονη νοσηλεία τους στο χώρο του ασύλου. Λόγω του πολυετούς εγκλεισμού τους στο ίδρυμα, αυτοί οι ασθενείς αποκτούν κάποια κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα όπως παθητική συμπεριφορά, αδιαφορία για τον εαυτό τους, απάθεια, υποτακτικότητα, έλλειψη ενδιαφερόντων και πρωτοβουλίας καθώς και έλλειψη έκφρασης συναισθημάτων. Τα άτομα αυτά βρίσκονται βυθισμένα σε ένα φτωχό περιβάλλον, ξεκομμένα από την ευρύτερη κοινωνία και ζουν για μια σημαντική χρονική περίοδο υπό συνθήκες περιορισμού και με τυπικές μορφές οργανωμένης διαβίωσης. (Μαδιανός, 2000)

Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση : Ο όρος υποδηλώνει μια αλλαγή, τη μεταβολή του κέντρου βάρους της αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας από το νοσοκομείο στην κοινότητα. (stress.gr/odigos, 2001).

Η αλλαγή αυτή πραγματοποιείται μέσα από τη μείωση των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και παράλληλα με τη δημιουργία νέων δομών και υπηρεσιών ψυχιατρικής περίθαλψης και φροντίδας στην κοινότητα. Οι δομές αυτές παρέχουν υποστήριξη για εναλλακτικούς τρόπους ζωής των ψυχικά πασχόντων –ιδιαίτερα εκείνων που έχουν ζήσει για μεγάλο χρονικό διάστημα σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία– και αποσκοπούν στην κοινωνικο – επαγγελματική ένταξή τους. (Anthony,W., Cohen,M., Farkas,M., 1990)

Αποϊδρυματοποίηση : Αποϊδρυματοποίηση είναι η έξοδος των ψυχικά πασχόντων από τα ψυχιατρικά ιδρύματα και η επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο. Η αποϊδρυματοποίηση είναι μια διαδικασία που δεν έχει σχέση μόνο με τη μείωση του αριθμού των κρεβατιών και το κλείσιμο των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Πρέπει να διεξάγεται από μια προοπτική που να περιλαμβάνει την δημιουργία και ενσωμάτωση κοινοτικών υπηρεσιών, την προσαρμογή και τον έλεγχο των πηγών χρηματοδότησης, την ενθάρρυνση νέων εργασιακών πρακτικών, την ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και την προβολή των σχετικών αλλαγών στην νομοθεσία. (Kabanov M.M., 1985).

Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση : Η γενικότερη ερμηνεία του όρου «αποκατάσταση» αναφέρεται στην επαναφορά στην προηγούμενη θέση ή κατάσταση. Όσον αφορά την αποκατάσταση του ψυχικά αρρώστου αυτή διακρίνεται α)στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση που περικλείει την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση και β)στην Κοινωνική Αποκατάσταση. Η αποκατάσταση περιλαμβάνει όλες τις μεθόδους και

τεχνικές για την μείωση των επιπτώσεων από τη διαδικασία της αρρώστιας. (W.H.O., 1980).

Σύμφωνα με τη συναινετική Διακήρυξη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρείας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μία διαδικασία η οποία διευκολύνει τις ευκαιρίες για άτομα – με έκπτωση λειτουργικότητας ανάικανα ή ανάπηρα από μια ψυχική διαταραχή – να επιτύχουν ένα όσο το δυνατό καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Η Ψ.Κ.Α. συνεπάγεται τόσο τη βελτίωση των ικανοτήτων του ατόμου όσο και την εισαγωγή περιβαλλοντικών αλλαγών ώστε να δημιουργήσει μια ζωή όσο το δυνατό περισσότερο ποιοτική για τους ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχονοητική διαταραχή, ή που έχουν μια έκπτωση της ψυχονοητικής τους ικανότητας τέτοια που να έχει παράγει ένα ορισμένο επίπεδο αναπηρίας. (W.H.O.-WAPR, 1996).

Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης : Πρόκειται για ένα διαρθρωμένο σύνολο από κατάλληλες υπηρεσίες που προορίζονται τόσο για τη θεραπεία όσο και για την αποκατάσταση. Είναι σημαντικό να υπογραμμίσουμε ότι οι μονάδες υποστήριξης δεν αντικαθιστούν το ψυχιατρείο, ούτε είναι πάντα χώροι χρόνιας διαμονής, αντίθετα η παραμονή σ' αυτές και η παρακολούθηση έχει σαν πρωταρχικό σκοπό την αποκατάσταση. Σκοπός τους είναι η παραμονή του ασθενούς στην κοινότητα και όχι ο εγκλεισμός ή η απομόνωσή του από αυτήν. (stress.gr/odigos, 2001).

Μονάδες ή προγράμματα όπου παρέχονται υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους είναι τα Οικοτροφεία, οι Ξενώνες, τα Προστατευμένα Διαμερίσματα και οι Φιλοξενούσες Οικογένειες. (Μαδιανός, 2000)

Μονάδες και Προγράμματα Αποκατάστασης : Είναι τα Οικοτροφεία, οι Ξενώνες, τα Προστατευμένα Διαμερίσματα και οι Φιλοξενούσες Οικογένειες. Οι Μονάδες αυτές έχουν ως σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση, σε χώρους διαβίωσης, θεραπείας και υποστήριξης, για μακρόχρονη ή βραχεία παραμονή, των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όταν δεν έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον. Στα Οικοτροφεία και τους Ξενώνες αναπτύσσονται δραστηριότητες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, πολιτιστικές, εκπαιδευτικές καθώς και κοινωνικής κι επαγγελματικής αποκατάστασης. (Φ.Ε.Κ. 96/17-05-1999)

Ξενώνας : Είναι Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Σ' έναν ξενώνα φιλοξενούνται άτομα που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή άτομα για τα οποία κρίνεται ότι είναι θεραπευτική η προσωρινή απομάκρυνσή τους από το περιβάλλον της οικογένειάς τους ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για τη ζωή στην κοινότητα. Η δυναμικότητα ενός ξενώνα δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 15 άτομα. Οι ξενώνες διαβαθμίζονται, ανάλογα με το χρόνο παραμονής των ενοίκων σε αυτούς σε βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής. Η υποστήριξη των ξενώνων διαβαθμίζεται ανάλογα με την παρουσία του προσωπικού σε αυτούς σε υψηλού βαθμού (24ωρη παρουσία προσωπικού), μέσου βαθμού (κατώτερη του 24ωρου παρουσία προσωπικού) και χαμηλού βαθμού (περιοδική παρακολούθηση και υποστήριξη των ενοίκων). (stress.gr/odigos, 2001).

Επαγγελματική Αποκατάσταση : Η επαγγελματική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία η οποία αποτελεί βασικό και αναπόσπαστο κομμάτι της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Σκοπός της επαγγελματικής αποκατάστασης είναι να παρέχει τη δυνατότητα σε ένα άτομο με έκπτωση λειτουργικότητας, ανίκανο ή ανάπηρο από μία ψυχική διαταραχή να εξασφαλίσει και να διατηρήσει μία θέση εργασίας και να εξελιχθεί στο κατάλληλο εργασιακό περιβάλλον, ώστε με αυτόν τον τρόπο να επιτευχθεί η περαιτέρω αποκατάσταση και ενσωμάτωση του ατόμου στην κοινωνία. (W.H.O., 1994).

Η επαγγελματική αποκατάσταση πρέπει να βασίζεται στην αρχή των ίσων ευκαιριών ανάμεσα στους εργαζόμενους με ψυχική διαταραχή και στους υπόλοιπους εργαζόμενους. Πρόσθετα υποστηρικτικά μέτρα τα οποία αποσκοπούν στην επίτευξη της ισότητας των ευκαιριών και στη θεραπεία και ενίσχυση των ψυχικά ασθενών στο χώρο της εργασίας δεν θα πρέπει να θεωρούνται ως διάκριση εις βάρος των υπολοίπων εργαζομένων και θα πρέπει να γίνονται σεβαστά. (Akabas S.H., 1994)

Ειδικές Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης : Είναι τα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης. Στις Μονάδες αυτές παρέχονται υπηρεσίες για την απόκτηση λειτουργικών, μαθησιακών και επαγγελματικών δεξιοτήτων σε άτομα άνω των 15 ετών με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Οι υπηρεσίες παρέχονται από κατάλληλο προσωπικό με σκοπό τη θεραπεία, την κοινωνική επανάταξη και την τοποθέτησή τους στην ελεύθερη ή την προστατευμένη αγορά εργασίας ή σε Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.) ή σε άλλες μορφές κοινωνικών ή δημοτικών επιχειρήσεων. (Φ.Ε.Κ. 96/17-05-99)

Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.) : Είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους, έχουν εμπορική ιδιότητα και αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Αποσκοπούν στην κοινωνικο –οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και συμβάλλουν στη θεραπεία τους και στην κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια. (Φ.Ε.Κ. 96/17-05-99)

Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας : Αποτελούν το επιστημονικό προσωπικό των δομών Ψυχιατρικής Περίθαλψης. Για την παροχή ολοκληρωμένης βοήθειας είναι απαραίτητες τουλάχιστον τέσσερις ειδικότητες, οι οποίες βρίσκονται σε στενή συνεργασία μεταξύ τους και αποτελούν την ομάδα ψυχικής υγείας : ο ψυχίατρος, ο ψυχολόγος, ο κοινωνικός λειτουργός και ο ειδικευμένος νοσηλευτής. Εκτός από το επιστημονικό προσωπικό, οι αποκαταστασιακές δομές απασχολούν και : Εργοθεραπευτές, Επισκέπτες Υγείας, Τεχνίτες /εκπαιδευτές και Βοηθούς προσωπικού. (stress.gr/odigos, 2001).

Στάση : Κατά τον Allport (1954), στάση είναι μια ψυχική (mental) και νευρική (neural) κατάσταση ετοιμότητας, που είναι αποτέλεσμα εμπειριών και που ασκεί μια κατευθυντήρια και δυναμική επίδραση πάνω στην αντίδραση του ατόμου σε όλα τα αντικείμενα και καταστάσεις με τις οποίες το άτομο συνδέεται. Η στάση (attitude) είναι τις περισσότερες φορές ταυτόσημη με τη γνώμη (opinion), αν και μπορούμε να ισχυριστούμε ότι η στάση είναι μάλλον μια περισσότερο σταθερή κατάσταση έκφραση απόψεων. Οι στάσεις μαθαίνονται και μάλλον δεν είναι το αποτέλεσμα ιδιοσυγκρασιακής ανάπτυξης και ωριμότητας. (Μαδιανός, 1989).

1.3. Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ένα γρήγορο βλέμμα στην ιστορία και τους διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους έβλεπαν την τρέλα, μπορεί να αποτελέσει τον καλύτερο τρόπο για να καταλάβουμε πόσο αλλάζει η ιδέα που υπάρχει για την ψυχική ασθένεια και πως αυτή η αλλαγή είναι άμεσα συνδεδεμένη με τις πεποιθήσεις της κοινωνίας και της εκάστοτε εποχής. Στην ιστορική αναδρομή που ακολουθεί παρουσιάζεται η Ψυχιατρική Περίθαλψη στην Ευρώπη και στην Ελλάδα.

Η Ψυχιατρική Περίθαλψη στην Ευρώπη περιλαμβάνει αναδρομή στην περίθαλψη κατά τον Μεσαίωνα, την γέννηση του Ψυχιατρείου και τα χρόνια του εγκλεισμού, την εισαγωγή της ψυχανάλυσης ως μορφή θεραπείας, την περίοδο εφαρμογής του ηλεκτροσόκ και την εξέλιξη της περίθαλψης έως την εμφάνιση της Κοινωνικής Ψυχιατρικής.

Η Ψυχιατρική Περίθαλψη στην Ελλάδα περιλαμβάνει την ανάπτυξη της Ιδρυματικής Ψυχιατρικής, την παραδοσιακή φάση της περίθαλψης, τις πρώτες μεταρρυθμιστικές πρακτικές και την εξέλιξη και παρούσα κατάσταση του συστήματος φροντίδας της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.

1.3.1. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

1.3.1.1. ΤΑ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ:

ΑΠΟ ΤΟ 200Μ.Χ. ΕΩΣ ΤΟ 1600

Η ψυχιατρική ως ειδικότητα δημιουργήθηκε πριν από δύο περίπου αιώνες. Πριν από αυτήν την περίοδο, όμως, οι ψυχικές ασθένειες θεωρούνταν αντικείμενο της φιλοσοφίας, κι ακόμα πιο παλιά και κατά το Μεσαίωνα ο ψυχικά άρρωστος, εάν δεν αγνοούνταν, θα «φροντίζονταν» - δηλαδή θα φυλακίζονταν, θα τιμωρούνταν ή θα εξορκίζονταν - από «γιατρούς» και κληρικούς. (Μάνος, 1997)

Η ημερομηνία 200 μ.Χ. δεν είναι τυχαία. Πράγματι, από το τέλος του 2^{ου} αιώνα εδραιώνεται στο λατινικό κόσμο η ιατρική σχολή του Γαληνού (130-200 μ.Χ.) που ξαναγυρνά στις μελέτες του Ιπποκράτη αναζητώντας νέες βάσεις και εξηγεί την ψυχική διαταραχή ως μία «ανισορροπία των βιολογικών υγρών» του εγκεφάλου. Βρισκόμαστε λοιπόν μπροστά σε μία απόπειρα οργανικής ερμηνείας της ψυχικής διαταραχής. (Stress.gr/odigos, 2001)

Ίσως η πιο σημαντική προσφορά των Ρωμαίων στην ψυχιατρική ήταν η δημιουργία νόμων για τους ψυχοπαθείς με θέσπιση ελαφρυντικών για την ψυχική ασθένεια και επί Ιουστινιανού (483-565 μ.Χ.) και κάτω από την επίδραση του Χριστιανισμού η δημιουργία του θεσμού της εισαγωγής των ψυχασθενών σε ιδρύματα για τους φτωχούς και τους ασθενείς.

Και ερχόμαστε στον Μεσαίωνα, όπου χαρακτηριστική είναι η συνέχιση της παραμέλησης και της σκληρής συμπεριφοράς προς τον ψυχασθενή. Εξάιρεση αποτελούν οι Άραβες οι οποίοι, με βάση τη Μουσουλμανική πίστη ότι ο ψυχασθενής είναι αγαπητός και διαλεγμένος από τον Θεό, αναπτύσσουν ανθρωπιστική αντιμετώπιση και δημιουργούν πρότυπα άσυλα για τους ψυχασθενείς. (Μάνος, 1997)

Κάτι, όμως, ιδιαίτερα σημαντικό που πρέπει να αναφέρουμε είναι ότι από το Μεσαίωνα κιόλας υπάρχει μια πόλη, η πόλη Gheel του Βελγίου που λειτουργεί σαν πρότυπο κέντρο θεραπείας ψυχικά ασθενών. Εκεί, όλη η πόλη φρόντιζε τους ψυχικά ασθενείς και υπήρχε η εκκλησία της Αγίας Δύφνης που φημιζόταν για θαύματα σε ψυχασθενείς. Η ουσία πάντως ήταν η κοινοτική και ανθρωπιστική αντιμετώπιση των ψυχασθενών.

Παρόλα αυτά το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο θεωρείται ότι ιδρύθηκε στη Βαλέντσια το 1409 από τον ιερέα Jofrè και γενικά ότι η Ισπανία πρωτοπόρησε στην ίδρυση ψυχιατρείων και στη χώρα της και στο Μεξικό σε συνδυασμό και με την επίδραση των Αράβων, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως.

Τέλος, ο Ισπανός Juan Luis Vives, ο οποίος θεωρείται πατέρας της εμπειρικής ψυχολογίας, περιγράφει λεπτομερέστατα γύρω στο 1524 τον τρόπο λειτουργίας των ψυχιατρικών νοσοκομείων που πρέπει να δημιουργηθούν. (Μάνος, 1997)

1.3.1.2. Ο ΕΓΚΛΕΙΣΜΟΣ : ΑΠΟ ΤΟ 1600 ΕΩΣ ΤΟ 1700

Σταδιακά η μοίρα του τρελού συνδέεται με αυτή του φτωχού και του εγκληματία. Η παρουσία του αποτελεί απειλή για τη δημόσια ασφάλεια και την κατεστημένη τάξη. Οι πόλεις ταυτόχρονα αρχίζουν να οργανώνουν τις διοικητικές τους δομές μέσα στα πλαίσια της σύγχρονης κοινωνικής οργάνωσης. Οι αρμόδιες αρχές για την επιβολή της δημόσιας τάξης διαθέτουν τώρα όχι μόνο φυλακές αλλά και θεραπευτήρια (άσυλα) που είναι λίγο έως πολύ υποχρεωτικά. (Stress.gr/odigos, 2001)

Τα άσυλα λειτουργούν ως αποθήκες ανεπιθύμητων και μέσα σε αυτά εγκλείονται όχι μόνο ψυχικώς πάσχοντες, αλλά και άποροι, ηλικιωμένοι και άστεγοι. Οι ψυχικά ασθενείς των ασύλων θεωρούνται ότι είναι άτρωτα ζώα που δεν προσβάλλονται από φυσικές αρρώστιες, τους δένουν και τους

συμπεριφέρονται με σκληρότητα (τους θεραπεύουν με εναλλασσόμενα κρύα και ζεστά μπάνια, με αφαιμάξεις και τοπικές λοιμώξεις) και επιδεικνύονται ως αξιοπερίεργα όντα, για τη διασκέδαση του κοινού. (Μάνος, 1997)

Επίσης, αν και μερικές φορές ονομάζονται Νοσοκομεία, αυτοί οι χώροι δεν έχουν τίποτα κοινό με τα σύγχρονα νοσοκομεία. Για τους τρελούς είναι ουσιαστικά χώροι εγκλεισμού, κάτι ανάμεσα σε φυλακή και άσυλο, όπου δέχεται κανείς βοήθεια αλλά και τιμωρίες και όπου οι συνθήκες υγιεινής, όπως και οι συνθήκες ζωής, είναι πολύ επισφαλείς. Πρέπει να επισημάνουμε ότι, αν και επίσημα δεν είναι αυτή η προέλευση του ψυχιατρείου, παρόλα αυτά αποτελεί την πρώτη δραματική του εικόνα. (british journal of psychiatry, 2001)

1.3.1.3. Η ΓΕΝΝΗΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟΥ : ΑΠΟ ΤΟ 1700 ΕΩΣ ΤΟ 1900

Με τις καινούργιες ιδέες που διαδόθηκαν το 18^ο αιώνα από το Διαφωτισμό και με την εδραίωση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και του πολίτη, που εξαπλώθηκαν με τη Γαλλική Επανάσταση, κλείνουν τα ιδρύματα εγκλεισμού και απομόνωσης και η τρέλα ξαναρχίζει να εξηγείται με όρους ασθένειας.

Η κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ψυχικά πάσχων, θεωρητικά τουλάχιστον, διαφέρει από εκείνη του φτωχού και του εγκληματία και βαθμιαία αρχίζουν να σκέφτονται την αντιμετώπισή του με όρους αποκλειστικά ιατρικούς.

Και ερχόμαστε στον Philippe Pinel (1745-1826), ο οποίος τολμά –στη σαδιστική εποχή της Γαλλικής Επανάστασης- να απελευθερώσει τους ασθενείς από τις αλυσίδες τους. Έτσι, το φρενοκομείο με την επαναστατική παρέμβαση του Pinel το 1793 γίνεται τόπος θεραπείας για τους ψυχικά ασθενείς. (Stress.gr/odigos, 2001)

Στην Αμερική τα νοσοκομεία μέχρι το τέλος του 18^{ου} αιώνα ακολουθούν την Ευρωπαϊκή παράδοση του ασύλου. Αξίζει να αναφέρουμε τον Benjamin Rush (1745-1813), ο οποίος εισάγει την ανθρωπιστική αντιμετώπιση των ασθενών στην Αμερική και τους κανόνες λειτουργίας των ψυχιατρείων που ισχύουν μέχρι σήμερα (μονάδες διεγερμένων ασθενών, θεσμός νοσοκόμων-φυλάκων κ.τ.λ).

Στις αρχές του 19^{ου} αιώνα χτίζεται ένας μεγάλος αριθμός ψυχιατρείων, πολλά από τα οποία υπάρχουν μέχρι σήμερα. Τα περισσότερα δεν έχουν ασπαστεί τις νέες ιδέες, αλλά υπάρχουν και φωτεινές εξαιρέσεις. Προς το τέλος του 19^{ου} αιώνα, η ηθική θεραπεία του Pinel χάνει έδαφος, καθώς απαισιοδοξία καταλαμβάνει προοδευτικά τους οπαδούς της και τα νοσοκομεία ξαναγυρνούν σταδιακά στην παλιά τους μορφή.

Τα νοσοκομεία βρίσκονται σαφώς ένα βήμα μπροστά σε σχέση με τα άσυλα του παρελθόντος, καθώς στοχεύουν στη θεραπεία και την ιατρική έρευνα, όμως από τη στιγμή που η «θεραπεία» άρχισε να ταυτίζεται με τον αντικειμενικό σκοπό της εξουσίας, που δεν είναι άλλος από τον έλεγχο των ασθενών, αποτέλεσαν τη συνέχεια των προηγούμενων τόπων εγκλεισμού και απομόνωσης. (Μάνος, 1997).

1.3.1.4. ΨΥΧΑΝΑΛΥΣΗ, ΗΛΕΚΤΡΟΣΟΚ ΚΑΙ Η ΝΕΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ: ΑΠΟ ΤΟ 1900 ΕΩΣ ΤΟ 1999

Ο 20^{ος} αιώνας εισάγει νέα μέσα και προσεγγίσεις στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Η ανακάλυψη των βιολογικών θεραπειών, η ψυχανάλυση και οι πρώτες διατυπώσεις των αρχών της κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής αλλάζουν σταδιακά τις μεθόδους θεραπείας και φροντίδας των ψυχικά ασθενών.

Οι ιστορικές καταβολές της ψυχιατρικής εναλλακτικής αντιμετώπισης του ψυχικά αρρώστου ως προς την ασυλιακή μπορεί να αναχθούν στις αρχές του 20^{ου} αιώνα και στην εμφάνιση, στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη, συγκυριών, δηλαδή της ανάπτυξης του κινήματος της ψυχικής υγείας στις ΗΠΑ από τον Beers, πρώην τρόφιμο ασύλου, και της συμμετοχής σε αυτό νέων ψυχιάτρων, του Meyer και του Freud. Ο Freud, με τη διατύπωση των απόψεών του γύρω από την ψυχανάλυση, ανοίγει το δρόμο στην ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση ψυχοπαθολογικών καταστάσεων έξω από τον παραδοσιακό χώρο (ψυχιατρείο) αντιμετώπισής τους. Το ψυχαναλυτικό κίνημα, που ιδρυτής του ήταν ο Sigmund Freud (1856-1939), αποτέλεσε τη σημαντικότερη επανάσταση στην ψυχιατρική του 20^{ου} αιώνα.

Στην Ευρώπη, στη δεκαετία του '30, πρέπει να αναφερθεί η νομοθετική ρύθμιση της ίδρυσης εξωασυλιακής ψυχιατρικής αγωγής στη Μεγάλη Βρετανία, ενώ το 1933 στη Σοβιετική Ένωση εγκαινιάζεται ο «θάλαμος της ημερήσιας διαμονής», το γνωστό σήμερα νοσοκομείο ημέρας. (Μαδιανός, 2000).

Στο τέλος της δεκαετίας του '30 αρχίζουν να διαδίδονται οι θεραπείες του shock, οι οποίες βασίζονται στη θεωρία που υποστηρίζει ότι ένα τραύμα ηλεκτρικό, πυρετικό, υπογλυκαιμικό κ.λ.π., το οποίο χορηγείται με κατάλληλο τρόπο, θα είχε θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ανάμεσα σε όλες τις

θεραπείες η πιο διαδεδομένη είναι το ηλεκτροσόκ. Την ίδια περίοδο εμφανίζεται και η ψυχοχειρουργική.

Ωστόσο, αυτή τη χρονική περίοδο η ίδια η ψυχιατρική εγκλωβίζεται στην προκατάληψη της οργανικότητας και εξαντλείται στην ταξινόμηση διαταραχών, συμπτωμάτων και συμπεριφορών αποδίδοντάς τα με σχολαστικότητα σε εκείνη ή την άλλη παθολογία. Έτσι στην συνέχεια εκ του ασφαλούς ανατρέχει σε θεραπείες κατευναστικού χαρακτήρα. (Stress.gr/odigos, 2001).

Στα μέσα της δεκαετίας του '50 εμφανίζονται τα ψυχοφάρμακα : ουσίες που ανεξάρτητα από τα θεραπευτικά τους αποτελέσματα καταφέρνουν να μετριάσουν τα πιο σοβαρά και κραυγαλέα συμπτώματα, καθώς επίσης και να καταστήσουν πιο ελεγχόμενες τις στιγμές της κρίσης. Γρήγορα γίνεται αντιληπτή η διπλή σκοπιμότητα που μπορεί να εξυπηρετεί η χρήση των ψυχοφαρμάκων : από τη μια αποτελούν ένα επιπλέον όργανο των ασθενών, από την άλλη, βοηθώντας στις πιο δύσκολες καταστάσεις τους ανθρώπους που νοσούν, διευκολύνουν τον πειραματισμό εναλλακτικών λύσεων απέναντι στις λειτουργίες του παραδοσιακού ψυχιατρείου. (Stress.gr/odigos, 2001)

Ταυτόχρονα, και όχι άσχετα με την ψυχοφαρμακολογική επανάσταση, αρχίζει να διαδίδεται η Κοινωνική-Κοινοτική ψυχιατρική στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες όπου άρχισαν να διαμορφώνονται εναλλακτικές λύσεις στο άσυλο, όπως τα νοσοκομεία ημέρας, οι μετανοσοκομειακοί ξενώνες, τα προστατευμένα διαμερίσματα και διάφορες μέθοδοι αποκατάστασης. (Μάνος, 1997)

Η πρόοδος που έχει επέλθει σε θεωρητικό και πειραματικό επίπεδο υποστηρίζεται, με το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, από μια σειρά πρωτοβουλιών οι οποίες θέτουν σε έντονη αμφισβήτηση την ιδρυματική τάξη έτσι όπως αυτή εκφράζεται από το ψυχιατρείο. Στην Αγγλία αναπτύσσονται τα πειράματα των «θεραπευτικών κοινοτήτων» και της

«αντιψυχιατρικής», στη Γαλλία γεννιούνται οι πρώτες προσπάθειες της «ιδρυματικής ψυχοθεραπείας» και της «ψυχιατρικής του τομέα», στην Ομοσπονδιακή Γερμανία αξίζει να αναφερθεί το πείραμα της Σοσιαλιστικής Κοινότητας Ψυχασθενών της Χαϊδελβέργης, που αποτέλεσε την πρώτη μορφή αυτοοργάνωσης ασθενών.

Αυτές οι πρωτοβουλίες συχνά οδηγούνται σε λάθη από την έλλειψη συστηματικότητας ή τον υπερβολικό ριζοσπαστισμό. Τους αναγνωρίζουμε όμως τη βαθιά ανανέωση που έφεραν στην ψυχιατρική, ιδιαίτερα σε δύο ζωτικές πτυχές. Αρχικά, επαναφέρουν την ιδέα της δυνατότητας να καταστεί η ψυχική ασθένεια αντικείμενο φροντίδας καθώς και την ιδέα της ίασης της, την οποία η καθιερωμένη ψυχιατρική είχε στην πράξη εγκαταλείψει. Στη συνέχεια υπερσκελίζουν την προκατάληψη που θέλει την ψυχική πάθηση να ερμηνεύεται σύμφωνα με το βιοϊατρικό μοντέλο ανοίγοντας με αυτόν τον τρόπο το δρόμο για την ψυχοθεραπευτική μεταχείριση του ασθενή. (erapsy.gr, 2001)

1.3.2. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.3.2.1. Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ : ΑΠΟ ΤΑ ΜΕΣΑ ΤΟΥ 19^{ΟΥ} ΑΙΩΝΑ ΕΩΣ ΤΟ 1950

Η Ιστορική φάση της Ελληνικής Ψυχιατρικής ξεκινάει ήδη από τα μέσα του 19^{ου} αιώνα και τελειώνει στα μέσα της δεκαετίας του 1950. Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη της ιδρυματικής ψυχιατρικής, ως αποτέλεσμα των επιστημονικών επιρροών της δυτικής Ευρώπης όπου η επιστημονική ψυχιατρική εγκαθιδρύεται ως κλάδος της Ιατρικής με σκοπό τη μελέτη, διάγνωση και θεραπεία των ψυχικών παθήσεων. Ο ψυχικά πάσχων αναγνωρίζεται επίσημα ως ασθενής ενώ το ψυχιατρικό νοσοκομείο, μετεξέλιξη των μεγάλων ασύλων των προηγούμενων αιώνων καθίσταται ως ο κατ' εξοχήν τόπος άσκησης της Ψυχιατρικής. Στην Ελλάδα ιδρύονται τα περισσότερα από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία που λειτουργούν έως σήμερα, καθώς και αρκετές ιδιωτικές κλινικές. (euro.who.int, 2001)

Το πρώτο-ψυχιατρείο-ιδρύθηκε το 1854 στην-Κέρκυρα. Ακολούθησαν το «Δρομοκαΐτειο Φρενοκομείο» το 1877, το Αιγινήτειο το 1875 και το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αττικής (Δαφνί) το 1927 στην Αθήνα. Παράλληλα ιδρύθηκαν ψυχιατρεία και σ' άλλες πόλεις (Θεσσαλονίκη, Τρίπολη, Λέρος). Εκτός από τα Κρατικά Ψυχιατρεία, δημιουργήθηκαν και πολλές ιδιωτικές κλινικές (συνήθως γνωστές ως Νευρολογικές κλινικές) για την εισαγωγή ψυχικά ασθενών. (Σταθόπουλος, 1996)

1.3.2.2. Η ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ (1950 ΕΩΣ ΤΟ 1983)

Η παραδοσιακή φάση της Ελληνικής Ψυχιατρικής καλύπτει το διάστημα από τα μέσα της δεκαετίας του '50 έως το 1983, η χρονιά που ψηφίστηκε ο νόμος 1397 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Σε αυτήν την περίοδο το σύστημα της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από συγκεντρωτισμό των υπηρεσιών στα δυο μεγάλα αστικά κέντρα, ανισοκατανομή και έλλειψη του ψυχιατρικού προσωπικού συγκριτικά με το προσωπικό υγείας.

Τα χαρακτηριστικά αυτά του συστήματος είχαν ως συνέπεια την ύπαρξη μικρού αριθμού ψυχιατρικών νοσοκομείων με ασυλικά χαρακτηριστικά (μεγάλος αριθμός εγκλειστών, μακρόχρονες νοσηλείες εφ' όρου ζωής, κακή ποιότητα περίθαλψης, απάνθρωπες συνθήκες διαβίωσης), την απουσία εναλλακτικών λύσεων στον εγκλεισμό, έλλειψη κοινοτικών υπηρεσιών και μονάδων αποκατάστασης.

Ως προς την εκπαίδευση των επαγγελματιών χαρακτηριστικά αναφέρεται η κοινή εκπαίδευση (ως το 1981) των γιατρών στη νευρολογία και την ψυχιατρική, η παντελής έλλειψη εκπαίδευσης ψυχολόγων (η πρώτη πανεπιστημιακή σχολή Ψυχολογίας ιδρύθηκε στην Ελλάδα το 1987) και η ανεπαρκής εκπαίδευση των υπολοίπων επαγγελματιών σε θέματα ψυχικής υγείας.

Στο χώρο της νομοθεσίας, οι μόνες αναφορές που γίνονται στους ψυχικά ασθενείς αφορούν τη ρύθμιση θεμάτων δημόσιας τάξης και ακούσιου εγκλεισμού λόγω επικινδυνότητας, ενώ δεν υπάρχει καμία πρόβλεψη ή κατοχύρωση του δικαιώματος στη θεραπεία ή την αποκατάσταση. (stress.gr/odigos, 2001)

1.3.2.3. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΑΠΟ 1983 ΕΩΣ ΚΑΙ ΣΗΜΕΡΑ

Στην Ελλάδα, μέχρι τις αρχές τις δεκαετίας του 1980, η κλειστή και πολλές φορές ασυλική ιδρυματική περίθαλψη παρέμενε σχεδόν η μοναδική επιλογή για την φροντίδα των ανθρώπων που αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας. Το σύστημα χαρακτηριζόταν συγκεντρωτικό, στάσιμο και αναποτελεσματικό για την κάλυψη των αναγκών. (Μαυρέας και Σκαπινάκης, 2002)

Από το 1983 έως τις μέρες μας η ψυχιατρική περίθαλψη στη χώρα μας βρίσκεται σε μια φάση μεταρρύθμισης. Ο νόμος 1397 του 1983 για το Ε.Σ.Υ. για πρώτη φορά αναφέρεται στην οργάνωση του συστήματος ψυχικής υγείας στην Ελλάδα (προβλέπεται η δημιουργία ψυχιατρικών τομέων στα Γενικά Νοσοκομεία). (Μάνος, 1997)

Ο κανονισμός 815/84 της Ευρωπαϊκής Ένωσης δίνει ώθηση στη δημιουργία ενός αριθμού εξωνοσοκομειακών μονάδων (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κινητές Μονάδες Ψυχιατρικής Περίθαλψης Υπαίθρου, Ξενώνες, Μονάδες Επαγγελματικής Αποκατάστασης) αλλά και την ευκαιρία να ξεκινήσουν μεταρρυθμιστικές εμπειρίες στο εσωτερικό των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, όπως στο Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης, Δαφνί, Δρομοκαϊτείο κλπ.

Το ξέσπασμα του σκανδάλου της Λέρου, με τη δημοσιοποίηση των απάνθρωπων συνθηκών στις οποίες ζούσαν εκεί εκατοντάδες ασθενών έδωσε τη δυνατότητα για την έναρξη παρεμβάσεων που έδειξαν ότι υπάρχουν εναλλακτικές στην ιδρυματική περίθαλψη ακόμη και για τα θεωρούμενα «βαριά» περιστατικά. Η ίδρυση ξενώνων φιλοξενίας σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας, η μεταρρύθμιση στο ίδιο το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο και ΠΙΚΠΑ Λέρου που οδήγησε στον εξανθρωπισμό των συνθηκών διαβίωσης των εγκλειστών αλλά και την κοινωνική επανένταξη και επαγγελματική αποκατάσταση μεγάλου αριθμού τους έδωσαν τη δυνατότητα να ενεργοποιηθεί η κοινοτική χρηματοδότηση αλλά κυρίως να

εμπνευστή μια νέα γενιά επαγγελματιών ψυχικής υγείας που στελέχωσε τις νέες δομές και πρότεινε καινούριες. (Λιάκος, 1996)

Μετά από ελληνικό αίτημα, η Ευρωπαϊκή Ένωση ενέκρινε τον Κανονισμό 815/84 για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και παρείχε γι' αυτό το σκοπό 60.000.000 ECU για χρονικό διάστημα πέντε ετών με στόχους:

- την αποασυλοποίηση
- τη βελτίωση των συνθηκών στα ψυχιατρεία
- την ανάπτυξη ψυχιατρικών τομέων στα γενικά νοσοκομεία
- την ανάπτυξη Κέντρων Ψυχικής Υγείας
- την ανάπτυξη Παιδοψυχιατρικών Υπηρεσιών
- την ανάπτυξη προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής φροντίδας στην κοινότητα
- την ανάπτυξη προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας
- την ενίσχυση προγραμμάτων υποδομής
- την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το ανειδίκευτο και ειδικευμένο προσωπικό ψυχικής υγείας

Υπολογίζεται ότι στο τέλος της πρώτης φάσης, δηλαδή έως το 1990, είχαν δημιουργηθεί μόνο το 35,9% των ψυχιατρικών τμημάτων σε ψυχιατρικά νοσοκομεία απ' όσα είχαν προγραμματισθεί, το 17,4% των Κέντρων Ψυχικής υγείας και μόνο το 29,4% των θέσεων σε δομές στέγασης στην κοινότητα. (Σκουρής, 1998)

Η πορεία του προγράμματος χαρακτηρίστηκε από δυσλειτουργίες και καθυστερήσεις και έληξε το 1990 με χαμηλή απορρόφηση κονδυλίων και χαμηλό βαθμό αποτελεσματικότητας. Μετά από αναστολή ενός έτους, το Συμβούλιο Υπουργών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενέκρινε την επανεργοποίηση του Κανονισμού 815/84, στη βάση ενός νέου και πιο ευέλικτου λειτουργικού προγράμματος μέχρι το 1994. Στη φάση αυτή έγιναν ουσιαστικές παρεμβάσεις στο Ψυχιατρείο και στο ΠΚΠΑ της Λέρου και

αναπτύχθηκαν 14 ξενώνες στην κοινότητα για άτομα που ζούσαν σ' αυτά τα ιδρύματα. (Σκουρής, 1998)

Ωστόσο, τα πράγματα έμειναν μετέωρα, καθώς το 1995 τερματίστηκε η εφαρμογή του Κανονισμού 815/84. Αυτό συντέλεσε σε μια δραστική συρρίκνωση των θεραπευτικών παρεμβάσεων με την αποχώρηση της πλειονότητας του ειδικευμένου προσωπικού. (Φυντανίδου, 1999)

Παρ' όλες τις εξελίξεις και την πορεία προς την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, συνέχισαν να παρατηρούνται και να καταγγέλλονται ιδρυματικά φαινόμενα στα ψυχιατρεία της χώρας. Τα παραπάνω πρέπει να συσχετισθούν και με τις γενικότερες ελλείψεις του οργανωτικού και νομοθετικού πλαισίου λειτουργίας των υπηρεσιών. Ενδεικτικό είναι ότι μέχρι το 1998 δεν είχαν θεσμοθετηθεί νομικά οι επί ετών λειτουργούσες μονάδες ψυχοκοινωνικής φροντίδας στην κοινότητα, οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι δομές στέγασης, κατάρτισης και απασχόλησης των ατόμων με χρόνια προβλήματα τους και η τομεοποίηση των υπηρεσιών συνεχιζόταν να αναφέρεται σαν γενικότερη εξαγγελία.

Από το 1999 έχει ξεκινήσει ένα φιλόδοξο πρόγραμμα, που αποτελεί τη συνέχεια του Κανονισμού 815/84. Πρόκειται για το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», ένα εθνικό πρόγραμμα – πλαίσιο κατευθύνσεων πολιτικής και αξόνων δράσης με 10ετες χρονικό ορίζοντα. Χρηματοδοτείται από εθνικούς και κοινοτικούς πόρους (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) και αποσκοπεί στην εδραίωση της μεταρρύθμισης του συστήματος Ψυχιατρικής Περίθαλψης και Φροντίδας στην Ελλάδα.

Το πρόγραμμα αυτό επαγγέλλεται κυρίως το μετασχηματισμό όλων των ψυχιατρικών ιδρυμάτων σε τριτοβάθμιες μονάδες παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών. Παράλληλα εργάζεται για την εξασφάλιση ενός επαρκούς δικτύου εναλλακτικών προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών και δομών στην Κοινότητα προσανατολισμένων στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων.

Σύμφωνα με το πρόγραμμα προβλέπεται η επανένταξη στην κοινότητα με παράλληλη προώθηση στην εργασία 700 περίπου ασθενών που νοσηλεύονται στα διάφορα ψυχιατρεία της χώρας, μέσω της ίδρυσης και λειτουργίας κατάλληλων κοινοτικών δομών (ξενώνων και χώρων κατάρτισης και απασχόλησης) που υποστηρίζουν αυτήν την προσπάθεια. Ειδικότερα θα πρέπει να τονιστεί ότι στο πλαίσιο του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» αποδίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην ενίσχυση και επέκταση των ευκαιριών κατάρτισης και απασχόλησης των ψυχικά πασχόντων και πρωτίστως στην αξιοποίηση του νέου και καινοτόμου θεσμού των «Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης». (Λιοδάκης, 1999)

Η εφαρμογή αυτού του προγράμματος καθώς και έναρξη άλλων ανάλογων θα δώσει τη δυνατότητα μέχρι το 2005 να κλείσουν μερικά περιφερειακά ψυχιατρικά νοσοκομεία (Κέρκυρας, Πέτρας Ολύμπου, Χανίων, Τρίπολης), ενώ τα μεγαλύτερα (Αθηνών, Δρομοκαϊτειου, Θεσσαλονίκης) να συρρικνωθούν. Η ανάπτυξη εναλλακτικών λύσεων στην ενδονοσοκομειακή μακρόχρονη νοσηλεία μέσω της λειτουργίας κοινοτικών μονάδων επανένταξης και αποκατάστασης θα επιτρέψει να ξεπεράσει η χώρα μας την ανάγκη του ψυχιατρικού νοσοκομείου. (psychosocial rehabilitation journal, 2001)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II :

Ο ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ

2.1. Η ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ

Ο τρόπος λειτουργίας των ψυχιατρείων, οι συνθήκες διαβίωσης και υγιεινής, η έλλειψη επικοινωνίας με τον εξωτερικό κόσμο, η επιβαλλόμενη παθητικότητα, τα φάρμακα και η καταστολή, η έλλειψη θεραπευτικών προγραμμάτων και η έλλειψη προοπτικής επανένταξης έχουν σοβαρές επιπτώσεις στους ασθενείς όπως, απάθεια, αδιαφορία, παθητική συμπεριφορά και αδιαφορία για τον εαυτό τους. Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά συνθέτουν την έννοια του ιδρυματισμού ή της ιδρυματικής νεύρωσης, όροι που έχουν καθιερωθεί από τους WING (1962) και Barton (1966) αντίστοιχα. (Μπαϊρακτάρης, 1984)

Ο ιδρυματισμός οδηγεί τον ασθενή στην υιοθέτηση συνηθειών και τρόπου ζωής που τον ακολουθούν και μετά την έξοδο του από το ίδρυμα. Το άτομο που μένει κλεισμένο σ' ένα ίδρυμα για χρόνια, αποκτά καινούριες συνήθειες που κάθε άλλο παρά εποικοδομητικές είναι για την επάνοδο του στην ανοικτή κοινωνία. Ο χρόνιος τρόφιμος του ψυχιατρικού νοσοκομείου γίνεται παθητικός στις σχέσεις του και εξαρτημένος, μηχανιστικός στις πράξεις του, μονότροπος και ξενόφοβος. Η συμπεριφορά του περιλαμβάνει άρνηση εργασίας και διασκέδασης, απομόνωση και επιθετικότητα ή τάσεις αυτοκαταστροφής. Η επίδραση των ψυχοφαρμάκων όσο ευεργετική και αν είναι τόσο στη σχιζοφρένεια όσο και στις συναισθηματικές διαταραχές, συνήθως δεν επεκτείνεται σ' ολόκληρο το φάσμα της προσωπικότητας του ασθενή. Οι χρόνιοι ψυχικά πάσχοντες που μένουν μόνοι τους στην κοινότητα μετά από μια μακρόχρονη νοσηλεία έχουν αποδεχτεί το ρόλο του

χρόνιου αρρώστου, αδυνατούν ν' αναπτύξουν δεξιότητες και να εργαστούν και ταυτίζονται με το περιθώριο. (Μαδιανός, 1989)

«Η μεταχείριση των ψυχικά πασχόντων μέσα και έξω από τα ψυχιατρεία είναι φυσικό να αντανakλά τις προκαταλήψεις και γενικά την αντίληψη που έχει η κοινωνία για τις ψυχιατρικές διαταραχές». (Χαρτοκόλλης, 1991)

Το φαινόμενο του στιγματισμού και της απομόνωσης κοινωνικά μειονεκτούντων ατόμων και ατόμων που πάσχουν από ανίατες νόσους δεν εμφανίζεται μόνο σε άτομα με ψυχικές διαταραχές. Χαρακτηριστικά παραδείγματα ανιάτων νόσων, με βαρύ κοινωνικό στιγματισμό και αποκλεισμό, αποτελούν οι πάσχοντες από λέπρα και φυματίωση. Με την ανακάλυψη όμως αποτελεσματικών θεραπειών, ο στιγματισμός και ο κοινωνικός αποκλεισμός των ατόμων που πάσχουν από τις ασθένειες αυτές, έχει δραστικά μειωθεί ή και οριστικά εκλείπει. (Παπαδάτος και Στογιαννίδου, 1988)

Ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών, ο οποίος υπάρχει και σήμερα, στηρίζεται σε μια σειρά προκαταλήψεων, οι οποίες κατά ένα μέρος δικαιολογούνταν την εποχή που δεν υπήρχαν αποτελεσματικές θεραπείες για τις ψυχώσεις. Οι προκαταλήψεις αυτές, ακόμα και σήμερα, επεκτείνονται και στους ψυχιάτρους και επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η Ψυχιατρική με την απομόνωση της στα Ψυχιατρεία αποκόπηκε από το υπόλοιπο σώμα των ιατρικών ειδικοτήτων. Οι προκαταλήψεις που βοήθησαν στη δημιουργία του στίγματος στηρίζονται στην πεποίθηση ότι ο ψυχικά ασθενείς είναι ανίκατος, επικίνδυνος για το περιβάλλον και ανεύθυνος για τις πράξεις του.

Μετά τη δεκαετία του '40 και μετά την ανακάλυψη δραστικών βιολογικών θεραπειών για την αντιμετώπιση των ψυχώσεων έγινε φανερό ότι οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα που αναφέρονται παραπάνω δεν ήταν καθόλου δικαιολογημένα. (Steess.gr/odigos, 2001)

Με την κατάλληλη και έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση και την εισδοχή των σύγχρονων ψυχιατρικών μεθόδων της έρευνας στην

ψυχιατρική, αποδείχθηκε ότι η σχιζοφρένεια η οποία αποτελούσε τον κύριο λόγο εγκλεισμού και απομόνωσης των ασθενών στα άσυλα, μπορούσε αποτελεσματικά να αντιμετωπισθεί. Οι σχετικές έρευνες έδειξαν ότι 20% των σχιζοφρενών μετά από μια πρώτη εμφάνιση της νόσου επανέρχονται πλήρως χωρίς κανένα κατάλοιπο της νόσου και με πλήρη κοινωνική αποκατάσταση. Οι ασθενείς αυτοί δεν έχουν κατά κανόνα ανάγκη συντηρητικής ή προληπτικής θεραπευτικής αγωγής.

Μια σειρά μελετών, με παρακολούθηση των ασθενών περισσότερο από 22 χρόνια, έδειξε ότι ένα ποσοστό 50-60% περίπου, ακόμα και μετά από επανειλημμένες προσβολές της νόσου, είτε είναι κατά μεγαλύτερες χρονικές περιόδους της ασθένειας κοινωνικά βιώσιμοι, είτε επανέρχονται πλήρως χωρίς ουσιαστικά υπολείμματα της νόσου ή βελτιώνονται σημαντικά. Μόνο 20% περίπου των ασθενών μετά από επανειλημμένες προσβολές της νόσου είναι δυνατόν να καταλήξει σε σοβαρή αναπηρία με αδυναμία εργασίας και μειωμένη κοινωνική προσαρμογή. Και σ' αυτό όμως το ποσοστό των βαριά πασχόντων είναι δυνατή η κατά μεγάλα διαστήματα κοινωνική τους διαβίωση και η μείωση των διαστημάτων που απαιτείται εσωτερική νοσηλεία. Από τα προαναφερόμενα είναι φανερό ότι ο μύθος του ανίατου σχιζοφρενή δεν είναι πλέον δικαιολογημένος. (Λιάκος, 2003)

Η στερεότυπη αντίληψη περί ανευθυνότητας του ψυχωσικού επίσης δεν είναι δικαιολογημένη. Μια βαριά μορφή της νόσου μπορεί μεν να επηρεάσει την κρίση του ασθενή με αποτέλεσμα να τον καταστήσει ανεύθυνο για τις πράξεις του, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις των ψυχώσεων αυτό δεν συμβαίνει παρά για μικρά χρονικά διαστήματα. Κατά τα διαστήματα αυτά ο ασθενής συνήθως βρίσκεται σε υποτροπή ή διακόπτει τη θεραπευτική του αγωγή. Σε περιπτώσεις που η ανευθυνότητα του ασθενούς είναι παρατεταμένη ή διαρκής, όπως π.χ. στα οργανικά ψυχοσύνδρομα και τη νοητική καθυστέρηση, απαιτείται από το νόμο ιατρική πραγματογνωμοσύνη για την επιβεβαίωση της. (Lempriere – Feline και συν, 1995)

2.2. Ο ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΑΞΗ

Η αποϊδρυματοποίηση ορίζεται ως η αντικατάσταση ψυχιατρείων μακράς παραμονής με μικρότερες, λιγότερο απομονωμένες εναλλακτικές υπηρεσίες που βασίζονται στην κοινότητα για τη φροντίδα των ψυχικά ασθενών. Σύμφωνα, με αυτόν τον ορισμό η αποϊδρυματοποίηση δε περιορίζεται στη μείωση των απογραφών των ψυχιατρείων, παρόλο που αυτό γίνεται κατανοητό από τον όρο. Ο ορισμός επεκτείνεται πέρα από τη μείωση του πληθυσμού στα νοσοκομεία, για να συμπεριλάβει την πρόνοια εναλλακτικών υπηρεσιών. Μειώνοντας το μέγεθος ή κλείνοντας τα ψυχιατρεία είναι ένα κρίσιμο μέρος της αποϊδρυματοποίησης, αλλά μόνο ένα μέρος, καθώς ο ορισμός δεν περικλείει μόνο αυτή την έννοια.

Η αποϊδρυματοποίηση συνεπάγεται τρεις ξεχωριστές διαδικασίες. Αρχικά, οι ασθενείς που ήδη ζούσαν σε ψυχιατρεία θα απελευθερώνονται σε εναλλακτικές υπηρεσίες φροντίδας στην κοινότητα. Κατά δεύτερο λόγο, οι νέες εισαγωγές στα ψυχιατρεία θα εμποδίζονται ή θα διοχετεύονται αλλού. Και τέλος, θα αναπτύσσονται περαιτέρω τα ειδικά κοινοτικά προγράμματα που συνδυάζουν ψυχιατρικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες για να καλυφθούν οι ανάγκες ενός νέου μη ιδρυματοποιημένου ασθενικού πληθυσμού.

Η αποϊδρυματοποίηση διαμορφώθηκε σύμφωνα με την υψηλή αντίληψη για τον ανθρωπισμό και τις ανάγκες των ασθενών. Πρόκειται για ένα βιοψυχοκοινωνικό κληροδότημα που περιλαμβάνει περισσότερα πράγματα από την αλλαγή του τρόπου φροντίδας : είναι μια κοινωνική διαδικασία με δευτερεύοντα αποτελέσματα. Είναι μια ζωτικής σημασίας διαδικασία για κοινωνική αλλαγή. Συνιστά μια συνεχή σειρά μεταβαλλόμενων ορίων που, χωρίς έκπληξη, δημιουργεί μια ανισορροπία στο σύστημα της φροντίδας. (Lamb, 1984)

Πολλές φορές μειώνοντας τον πληθυσμό των ψυχιατρείων τα άτομα με ψυχικές διαταραχές καταλήγουν στους δρόμους ή σε σωφρονιστικά ιδρύματα. Σήμερα είναι πια αποδεκτό ότι η μακροχρόνια περίθαλψη σε ιδρύματα δεν είναι αποτελεσματική σε κλινικό επίπεδο, αλλά ούτε και συμφέρουσα από οικονομικής απόψεως. Οι περισσότεροι πρώην ασυλικοί ασθενείς μπορούν να παραμείνουν στην κοινότητα, ζώντας αρμονικά σε αυτήν, μερικές φορές απαιτώντας χαμηλά επίπεδα ψυχιατρικής φροντίδας από το σύστημα ψυχικής υγείας.

Η ολοκληρωμένη παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών από την κοινότητα μπορεί να είναι ακριβή, ειδικά όταν ενδονοσοκομειακές και υπηρεσίες βασισμένες στην κοινότητα συνυπάρχουν και αλληλοσυμπληρώνονται, αλλά αυτή είναι μια αναπόφευκτη κατάσταση ιδίως στα πρώτα στάδια της αποϊδρυματοποίησης. Ωστόσο, πρέπει να τονιστεί ότι τα οικονομικά ζητήματα παρότι είναι σημαντικά, πρέπει να έρχονται σε δεύτερη μοίρα σε σχέση με ζητήματα που αφορούν τον άνθρωπο και την ποιότητα ζωής του.

Χωρίς τον κατάλληλο σχεδιασμό για στεγαστικές δομές και αποκαταστασιακά προγράμματα, πολλοί ασθενείς κινδυνεύουν να καταλήξουν άστεγοι ή να εμπλακούν σε παράνομα κυκλώματα. Τα στεγαστικά προβλήματα, η ανεργία και η φτώχεια, αποτελούν τους κύριους παράγοντες δυσαρέσκειας των πρώην ασυλικών ασθενών και από τους βασικούς λόγους για τους οποίους αποτυγχάνουν να παραμείνουν στην κοινότητα.

Είναι αυτονόητο πως η κατάργηση των ιδρυμάτων δεν μπορεί να προκύψει εάν πριν δεν δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις που να εξασφαλίζουν την βέβαιη, την αξιοπρεπή και την ασφαλή επιβίωση των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές μέσα στην κοινότητα. Για τους ανθρώπους αυτούς που έχουν ζήσει πολλά χρόνια (ίσως και το μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους) σε ιδρύματα, η μετάβαση στην κοινότητα αποτελεί πηγή άγχους και αγωνίας. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να προετοιμάζονται

σταδιακά για τη στεγαστική τους αυτονόμηση μέσα από χρονικά περιορισμένες διαμονές σε στεγαστικές δομές οι οποίες θα καλύπτουν τις βασικές ανάγκες διαβίωσης αλλά και τις θεραπευτικές τους ανάγκες, προτού εξαχθούν από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. (W.H.O., 1993)

Επιπλέον, ο σχεδιασμός των υπηρεσιών πρέπει να εξατομικεύεται και να αρμόζει στις ανάγκες των συγκεκριμένων ατόμων. Υπάρχουν ετερογενείς ομάδες ανθρώπων, κάποιοι χρειάζονται φαρμακολογική θεραπεία, ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, συμβουλευτική και αποκαταστασιακές παρεμβάσεις. Τα προγράμματα πρέπει να διαφέρουν ανάλογα με τις ανάγκες τους.

Ακόμα, είναι ουσιώδες να διευκολύνεται η πρόσβαση στη νοσοκομειακή φροντίδα για ασθενείς που θα την έχουν ανάγκη για όσο καιρό χρειαστεί. Το ποιοι χρειάζονται νοσοκομειακή φροντίδα και κάτω από ποιες συνθήκες, εξαρτάται από τις εναλλακτικές υπηρεσίες που διατίθενται στην κοινότητα. Υποστηρικτικές υπηρεσίες θα πρέπει να είναι διαθέσιμες σε διαφορετικά επίπεδα και για όσο χρόνο τις χρειάζονται. Επίσης, θα πρέπει να είναι ευέλικτες και με σεβασμό προς αυτούς που απευθύνονται.

Τέλος, οι ασθενείς πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στο σχεδιασμό των υπηρεσιών στο μεγαλύτερο βαθμό που είναι δυνατόν. Οι εμπειρίες, οι αξίες και οι προσωπικοί στόχοι πρέπει να αναγνωρίζονται στη διαδικασία του σχεδιασμού, να ενημερώνεται το άτομο για τη φύση της ασθένειάς του, για τα συμπτώματα και την πιθανή εξέλιξη. (Lieberman R.P., 1988)

Ένας αριθμός ερευνών στις Η.Π.Α. και Μ. Βρετανία κατά τη δεκαετία του 1960, γύρω από την επάνοδο των αρρώστων στην κοινότητα, απέδειξε ότι ένα ποσοστό ψυχιατρικών αρρώστων μεγαλύτερο από το 6,5% επιστρέφει στην οικογένειά του.

Γενικά, το 35-40% των αρρώστων επιστρέφουν στη συζυγική οικογένεια, το 35-40% στη γονεϊκή οικογένεια ή σε άλλους συγγενείς, ενώ το 20-25% ζει μόνο ή σε ξενώνες και οικοτροφεία. Μερικές σχετικά πρόσφατες έρευνες

κατέληξαν στα ίδια περίπου ευρήματα με τις προηγούμενες. (Goldstein & Strachan, 1986)

Από τις έρευνες αυτές, που όλες είχαν σαν στόχο την εκτίμηση των αναγκών των χρόνιων ψυχωσικών αρρώστων στην κοινότητα, προέκυψαν ορισμένα γενικά κοινά συμπεράσματα: 1) Οι περισσότεροι χρόνιοι σχιζοφρενικοί άρρωστοι, αν και φαίνεται ότι λειτουργούν, στην πραγματικότητα ζουν περιθωριακά. 2) Η επαρκής και συνεχής παροχή υπηρεσιών στα Κέντρα Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής με ιδιαίτερη έμφαση στην επανένταξη σχετίζεται άμεσα με το προηγούμενο δεδομένο. 3) Η αποδοχή ή όχι του αρρώστου από την οικογένεια και την κοινότητα είναι ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την παραμονή του χρόνιου ψυχωσικού έξω από το άσυλο. 4) Η προ-νοσηρά κατάσταση του χρόνιου ψυχωσικού από την άποψη εκπαίδευσης, επαγγέλματος, απασχόλησης ή οικογενειακής κατάστασης, δεν βρέθηκε να επηρεάζει την πρόγνωση για επανεισαγωγή στο άσυλο, όσο η κατάστασή του από πλευράς κοινωνικής λειτουργικότητας από τη στιγμή της έναρξης της νόσου μέχρι την εγκατάστασή του στην κοινότητα. 5) Η συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής σε δόσεις συντήρησης προλαμβάνει τις τυχόν υποτροπές σε σημαντικό ποσοστό. 6) Απαραίτητη είναι η ανοχή των αρρώστων σε ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής, όπως επίσης και 7) η αποδοχή της πραγματικότητας από τον άρρωστο, ότι δηλαδή αντιμετωπίζει δυσκολίες στην καθημερινή του ζωή και αγωνίζεται να τις υπερνικήσει. (Μαδιανός, 1994)

Μια ριζοσπαστική απόπειρα για την εποχή του προσπάθησε ο Franco Basaglia (διευθυντής του παλαιού Ψυχιατρείου της Τεργέστης), ο οποίος άνοιξε τις κλειστές πόρτες του ασύλου, εφάρμοσε τις αρχές της Θεραπευτικής Κοινότητας, περιόρισε τις εισαγωγές ασθενών, μετέτρεψε τις αναγκαστικές νοσηλείες σε εκούσιες και αύξησε τις εξόδους από το Ψυχιατρείο, το οποίο τελικά έκλεισε το 1978. Το προσωπικό του

Ψυχιατρείου πέρασε στα 7 Κέντρα Ψυχικής Υγείας που λειτουργούσαν στην πόλη της Τεργέστης. Στα κτίρια του πρώην Ψυχιατρείου φιλοξενούνταν πρώην τρόφιμοι, σε σχέση φιλοξενούμενου και όχι νοσηλεύόμενου.

Κάθε Κ.Ψ.Υ. λειτουργούσε σε 24ωρη βάση, έχοντας πλήρη ευθύνη για τον τομέα του και αντιμετωπίζοντας κάθε περιστατικό, ανεξαρτήτως βαρύτητας. Τα Κ.Ψ.Υ. παρείχαν σύντομη νοσηλεία, παρακολούθηση, οικονομική ενίσχυση κλπ. Παράλληλα δημιουργήθηκαν Προστατευμένα Διαμερίσματα, αυτοδιαχειριζόμενοι συνεταιρισμοί, ψυχιατρικός τομέας στο Γενικό Νοσοκομείο της πόλης, ξενώνες και υπηρεσία υπερηλίκων. (Επιστημονική Επιτροπή Ψ.Ν.Α., 1987)

Παρόμοια κίνηση υπήρξε και στις Η.Π.Α. κυρίως στη δεκαετία του 1970, η οποία ολοκληρώθηκε με τη μετατροπή της ψυχιατρικής περίθαλψης από το Ψυχιατρείο στην εξωτερική (κοινοτική) ψυχιατρική περίθαλψη. (Bachrach, 1976,1978) Το 1955 το 77% της ψυχιατρικής περίθαλψης ήταν ενδονοσοκομειακή (ασυλική), ενώ το 1975 το 73% ήταν σε εξωτερική βάση κοινοτικού τύπου. (American Psychiatric Association, 1983)

Η πρακτική των Η.Π.Α. κατηγορήθηκε από πολλούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας ότι οδήγησε στην εγκατάλειψη των ασθενών στη μοίρα τους: στους δρόμους, στα πάρκα, στις οικοδομές. Ο Θεόδωρος Μεγαλοοικονόμου, (ψυχίατρος στο Ψ.Ν. Λέρου, 1999) λέει χαρακτηριστικά: «...Τα Ψυχιατρικά ιδρύματα (στις Η.Π.Α.) έκλεισαν ή συρρικνώθηκαν όχι για να απελευθερωθούν οι έγκλειστοι και να ζήσουν ως κανονικοί πολίτες, αλλά για λόγους αναδιάρθρωσης προϋπολογισμών. Τα μεγάλα ψυχιατρεία θεωρήθηκαν από τις πιο «σπάταλες» και αναλώσιμες πλευρές του κράτους πρόνοιας, που θα μπορούσαν να αντικατασταθούν από πιο φτηνές κοινοτικές υπηρεσίες.» (Φυντανίδου, 1999)

Το ερώτημα που τίθεται λοιπόν είναι υπό ποιες προϋποθέσεις μπορούν να κλείσουν τα ψυχιατρεία. Σύμφωνα με τον Κο Τσιάντη, διευθυντή του Παιδοψυχιατρικού Τομέα στο Νοσοκομείο «Αγία Σοφία» (1999), για να

κλείσουν τα ψυχιατρεία πρέπει να εφαρμοστούν προγράμματα που θα εμποδίζουν την εισαγωγή των ασθενών σε άσυλο και παράλληλα θα βοηθούν τους «εγκλειστούς» να βγαίνουν σταδιακά από αυτό. (Φυντανίδου, 1999).

2.3. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Όπως έχει αναφερθεί, ο κανονισμός 815/84 των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων υπήρξε καταλυτικός ως προς την οργάνωση των πρώτων συγκεκριμένων κατασκευαστικών και πιλοτικών προγραμμάτων και για τον αποϊδρυματισμό των χρονίων ψυχικά πασχόντων και την επανένταξή τους στην κοινότητα.

Παρακάτω περιγράφονται όλα τα γεγονότα αναφορικά με τις προσπάθειες αποϊδρυματισμού σε κάθε ένα από τα 9 ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας.

2.3.1. Ο ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Ψ.Ν.Α.) υπέβαλε 20 προγράμματα του Κανονισμού 815/84 από τα οποία υλοποιούνται τα 14. Ο αριθμός των νοσηλευμένων ανέρχεται σε 1996 ασθενείς με μέση διάρκεια νοσηλείας 223 μέρες (1990). Στο Ψ.Ν.Α. εργάζονται 78 ψυχίατροι (ένας ψυχίατρος ανά 25 ασθενείς), 1175 νοσηλευτές και 27 κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι και εργοθεραπευτές. Εκτός από την πρόσφατη οργάνωση ενός ξενώνα 20 θέσεων στο Βοτανικό Αθηνών λειτουργεί από το 1987 το Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης Δυτικής Αθήνας. Το κέντρο είχε δυνατότητα

εκπαίδευσης 25 ατόμων που παρακολουθούν τρία εργαστήρια οικιακών δραστηριοτήτων – Γραμματειακό, Ξυλουργικό και πλεκτικής. Το προσωπικό αποτελείται από δυο ψυχίατρους, ένα ψυχολόγο, μια κοινωνική λειτουργό, πέντε εκπαιδευτές, δυο διοικητικούς υπαλλήλους και βοηθητικό προσωπικό.

Οι εκπαιδευόμενοι παραμένουν στο πρόγραμμα επί 6 και πλέον μήνες, με μηνιαία αμοιβή για το 1989 10.000 δραχμές. Κάθε Σάββατο λειτουργεί η Κοινωνική Λέσχη του κέντρου που περιλαμβάνει λειτουργία καφενείου με μουσική, παιχνίδια, ομαδικές συζητήσεις, εκτύπωση εφημερίδας. Αρκετά μέλη μετά το πέρας της εκπαίδευσης τους εγγράφονται στα ειδικά προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης του Ο.Α.Ε.Δ., ενώ κάποια άλλα μέλη βρίσκουν δουλειά στην ελεύθερη αγορά.

Πρόσφατα έχει δημιουργηθεί ένας Αγροτικός Συνεταιρισμός για 10-12 άτομα που ασχολείται με την παραγωγή κρασιού και άλλων ειδών. Παράλληλα λειτουργεί ένα κηροπλαστείο με επτά μέλη και ένα συνεργείο καθαριότητας με 15 άτομα. Οκτώ ασθενείς ήδη εργάζονται σε μορφές προστατευμένης εργασίας σε κατάσταση ψιλικών, στο αναψυκτήριο και στο βιβλιοπωλείο. Πρόκειται ακόμα να λειτουργήσουν μια συνεταιριστική επιχείρηση κηποτεχνικής για 20 άτομα, καθώς και πέντε καταστήματα πωλήσεων προϊόντων των συνεργατικών. Παραμένουν χωρίς στελέχωση και μέλη, πέντε μονάδες που αποτελούν προγράμματα του 815/84, δηλαδή ένας φούρνος, το πλυντήριο αυτοκινήτων, το ξυλουργείο, το κυλικείο. (Μαδιανός, 1994)

2.3.2. Ο ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ

Οι νοσηλευμένοι μιας μέρας ανέρχονταν το 1990 σε 713 ασθενείς με μέση διάρκεια νοσηλείας 283 μέρες. Εδώ απασχολούνται 35 Ψυχίατροι (ένας Ψυχίατρος ανά 20 ασθενείς), 577 Νοσηλευτές, 2 Ψυχολόγοι και 5 Κοινωνικοί Λειτουργοί –Εργοθεραπευτές.

Από τα 13 προγράμματα του κανονισμού. 815/84 της ΕΟΚ το ένα ολοκληρώθηκε και πέντε βρίσκονται σε εξέλιξη. Ένας αριθμός ασθενών, που φθάνει το 29% του συνόλου, συμμετέχει σε εργοθεραπευτικές δραστηριότητες χωρίς αμοιβή. Υπάρχουν σε εξέλιξη τρία προγράμματα εργασιακής και στεγαστικής αποκατάστασης, όπως η Μονάδα Αγροτικής Παραγωγής με 12 ωρομίσθια μέλη, η Μονάδα Βιοτεχνικής Παραγωγής (ραφείο) με 10 μέλη και το Πρόγραμμα Στεγαστικής Αποκαταστάσεις με 13 μέλη που αποτελούν ένα αυτοδιαχειριζόμενο τμήμα με προοπτική τη μεταφορά τους σε 3-4 διαμερίσματα.

Τέλος, κανένα αποκαταστασιακό κατασκευαστικό πρόγραμμα δεν έχει ολοκληρωθεί (οικοτροφείο 16 ατόμων, νοσοκομείο ημέρας, ξενώνας 16 ατόμων και κέντρο Προεπαγγελματικής αποκατάστασης). (Τριανταφυλλίδης και συνεργάτες, 1991)

2.3.3. Ο ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΝΤΑΟΥ ΠΕΝΤΕΛΗΣ

Το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής το 1981 είχε δυναμικό 100 κρεβατιών, ενώ το 1990 είχε 196. τα αναπτυγμένα κρεβάτια το 1990 ήταν 259. Από το 1985 λειτουργεί η Ειδική Θεραπευτική Μονάδα για αυτιστικά παιδιά για (1 έως 10 ετών). Η μέση διάρκεια νοσηλείας το 1989 ήταν 381 ημέρες.

Οι εργαζόμενοι αποτελούνται από 9 Παιδοψυχιάτρους, 16 Ψυχολόγους, 16 Κοινωνικούς Λειτουργούς, 3 ειδικούς Ψυχοπαιδαγωγικούς, 5 Εργοθεραπευτές, 1 Λογοθεραπευτή, 128 Νοσηλευτές, 12 γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, 30 βοηθούς θεραπευτές, 9 εκπαιδευτές και έναν Φυσιοθεραπευτή.

Έχουν αρχίσει να υλοποιούνται ένα «Πρόγραμμα Αποασυλοποίησης» σε θετές οικογένειες και ένα πρόγραμμα αποκατάστασης δυσλεξικών παιδιών. (Μπαϊρακτάρης, 1991)

2.3.4. Ο ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης έχει δυναμικότητα 822 κρεβάτια. Το προσωπικό του προλαμβάνει 35 ψυχιάτρους (έναν ψυχίατρο ανά 35 ασθενείς), 28 κοινωνικούς λειτουργούς – ψυχολόγους – εργοθεραπευτές και 416 νοσηλευτές. Η μέση διάρκεια νοσηλείας είναι 160 μέρες. Οι προσπάθειες για αποϊδρυματισμό επικεντρώθηκαν κυρίως στη Μονάδα Επανάταξης του Ψ.Ν.Θ.

Η Μονάδα Επανάταξης, που ιδρύθηκε το 1985 ως πρόγραμμα του κανονισμού 815/84 από τον Κώστα Μπαϊρακτάρη και τους συνεργάτες και εντάχθηκε στο Ψ.Ν.Θ, διέθετε μέχρι το 1990, 80 κρεβάτια μέσα στο Ψ.Ν.Θ.

ως πρόγραμμα προετοιμασίας και απασχολούσε 30 εργαζόμενους διαφόρων ειδικοτήτων. Το 1992 διέθετε ένα δίκτυο εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών που αναφέρονται στους άξονες εργασίας-κατοικίας αρρώστων.

Το πρόγραμμα της Μονάδας Επανάταξης διαιρείται σε τρεις φάσεις: Δραστηριοποίηση-κινητοποίηση των αρρώστων σε ασκήσεις καθημερινών κοινωνικών δεξιοτήτων με στόχο τον αποϊδρυματισμό τους.

Σταδιακή εξοικείωση με την κοινότητα, με τη διερεύνηση του ευρύτερου περιβάλλοντος.

Επαγγελματική εκπαίδευση και αποκατάσταση. Η επαγγελματική απασχόληση για ένα μικρό αριθμό αρρώστων(16) γίνεται μέσα στο ίδιο το Ψυχιατρείο, ενώ για 63 άλλους γίνεται σε διάφορους χώρους στην Κοινότητα.(Μαδιανός, 1994)

2.3.5. Ο ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης είναι ένα σχετικά μεσαίου μεγέθους ψυχιατρείο με δύο κλειστές κλινικές δυναμικότητα 280 κλινικών και ενός ανοικτού τμήματος 120 κλινών, με μέση διάρκεια νοσηλείας 183 μέρες.

Από το 1989 δημιουργήθηκε το Τμήμα Αποϊδρυματισμού, με δυναμικότητα 27 κλινών σε ορόφους χωρίς όμως ειδικευμένο κλινικό προσωπικό. Πρόσφατα έχει ανοίξει ο νέος ξενώνας 15 ατόμων.

Στο Ψ.Ν.Τ. έχει αρχίσει λειτουργία των τμημάτων προεπαγγελματικής εκπαίδευσης με 18 μέλη, και βραχείας νοσηλείας (15 κλινών). Λειτουργεί τέλος μια καφετέρια ανοιχτή στο κοινό. Το επιστημονικό προσωπικό ολόκληρου του Ψ.Ν.Τ. Το 1992 ήταν ένας ψυχίατρος, δυο κοινωνική λειτουργοί και ένας ψυχολόγος που εργαζόταν στο Συμβουλευτικό Σταθμό. (stress.gr/odigos, 2001)

2.3.6. Ο ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΟΛΥΜΠΟΥ

Το ψυχιατρείο αυτό βρίσκεται σε απόσταση 25 χλμ. έξω από την πόλη της Κατερίνης. Οι νοσηλευόμενοι μιας μέρας ανέχονται στους 355 με μέση διάρκεια νοσηλείας 304 ημερών. Εργάζονται 8 ψυχίατροι, 120 νοσηλευτές και 2 κοινωνικοί λειτουργοί. Μέσα στο ίδρυμα λειτουργεί από το 1987 η Μονάδα Αποκατάστασης 20 ασθενών με επταμελές προσωπικό.

Στην πόλη της Κατερίνης λειτουργούν το Κέντρο Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης (25)θέσεων) και ξενώνας με δυναμικό 15 ατόμων.(Μαδιανός, 1994)

2.3.7. Ο ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων έχει δυναμικότητα 405 κρεβατιών. Ο αριθμός ψυχιάτρων ανέρχεται στους 4, υπάρχουν ακόμη 2 εργοθεραπευτές, 3 κοινωνικοί λειτουργοί, ένας ψυχολόγος και τρεις παιδαγωγοί. Η μέση διάρκεια νοσηλείας το 1990 ήταν 169 μέρες. Από το πρόγραμμα Αποϊδρυματισμού λειτουργούν τα Εργαστήρια Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης 20 θέσεων και το Νοσοκομείο Ημέρας (30 θέσεις). Ο Ο.Α.Ε.Δ. έχει επίσης δημιουργήσει Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης 20 θέσεων. Από 1990 δημιουργήθηκε μια μονάδα Επανένταξης, η «Εξοδος», και θεραπευτικές Συνεταιριστικές Μονάδες, δηλαδή ο Αγροτικός Συνεταιρισμός Θερμοκηπίου, ο Συνεταιρισμός Υφαντικής, τα εργαστήρια ξυλουργικής, γλυπτικής, ζωγραφικής και το καφενείο στο Παλιό Λιμάνι.(Μαδιανός, 1994)

2.3.8. Ο ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΡΚΥΡΑΣ

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας είναι ως γνωστό το Παλαιότερο ίδρυμα της Χώρας, με κτίρια που χρονολογούνται από την εποχή της ίδρυσης του. Η δυναμικότητα του είναι 413 κρεβάτια και με πληθυσμό 370 ασθενείς. Η μέση διάρκεια νοσηλείας το 1990 ήταν 590 μέρες.

Το προσωπικό περιλαμβάνει 4 Ψυχιάτρους, 2 Εργοθεραπευτές και 110 πρακτικούς Νοσηλευτές. Δεν υπάρχουν Κοινωνικοί Λειτουργοί.

Από τα τέσσερα κατασκευαστικά προγράμματα του κανονισμού 815/84 τα τρία βρίσκονται στο στάδιο της υλοποίησης. (Σιμάτης και συνεργάτες, 1989)

2.3.9. Ο ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΡΟΥ

Στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου (Ψ.Ν.Λ.) έχουν γίνει κάποιες κτιριακές διαρρυθμίσεις, με τη λειτουργία 9 μικρών περιπτέρων και συνολικό δυναμικό 80 ασθενών που βρίσκονται στα εξωτερικά όρια του ασύλου. Από το 1988 λειτουργεί σε χώρο εκτός του Ψ.Ν.Λ. ένα πρόγραμμα εργοθεραπείας 20 ατόμων που ασχολούνται με χειροτεχνίες.

Την άνοιξη του 1990 θεσπίστηκαν ειδικά οικονομικά και άλλα κίνητρα για την προσέλκυση κλινικού προσωπικού. Έτσι στο Ψ.Ν.Λ. εργάζονται 6 ψυχίατροι, 5 ειδικευμένοι στην ψυχιατρική και 15 γιατροί άλλων ειδικοτήτων.

Εργάζονται επίσης σε εθελοντική βάση δύο νοσηλεύτριες από την Ολλανδία καθώς και σπουδαστές του Τομέα Ψυχολογίας της Φιλοσοφικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (1990-1991).

Η διαδικασία για τον αποϊδρυματισμό των αρρώστων του Ψ.Ν.Λ. ξεκίνησε το 1988, όταν κλιμάκιο της Ομάδας Επανάταξης του Ψυχιατρικού

Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης αναδιοργάνωσε το 16^ο περίπτερο μέσα από σειρά σταδιακών παρεμβάσεων .(Μεγαλοοικονόμου, 1991)

Το 1989 επίσης δημιουργήθηκε ομάδα εμπειρογνομόνων της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας για τον αποϊδρυματισμό στο Ψ.Ν.Λ. Η ομάδα αφού μελέτησε την υπάρχουσα κατάσταση κυρίως με επιτόπιες επισκέψεις, προσπάθησε να εκτιμήσει την ατμόσφαιρα του Ψυχιατρείου.

Από την εκτίμηση του προσωπικού χώρου και της ύπαρξης ομοιόμορφης στολής και υπόδησης, φαίνεται ότι υπάρχει ένας μόνον θάλαμος ανδρών και τρεις θάλαμοι γυναικών όπου οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα να έχουν προσωπικό χώρο. Σε τέσσερις ανδρικούς και πέντε γυναικείους θαλάμους οι έγκλειστοι φορούσαν ομοιόμορφες στολές.

Οι νοσηλευόμενοι ήταν στην πλειοψηφία τους ξυπόλυτοι. Οι προτάσεις της επιτροπής της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (1989) μεταξύ άλλων περιλάμβαναν ως κεντρικό άξονα και τελικό αποτέλεσμα την τοποθέτηση, σταδιακά μέσα σ' ένα διάστημα πέντε ετών, 500 αρρώστων με οργανικά ψυχοσύνδρομα και 600 λειτουργικών ασθενών σε 44 οικοτροφεία σε 12 πόλεις, ώστε να κλείσει σταδιακά το άσυλο.(Λουκάς, 1990)

Το Υπουργείο Υγείας ανέπτυξε ένα άλλο πρόγραμμα αποϊδρυματισμού μέσα στα πλαίσια του κανονισμού 815/84 της ΕΟΚ, το οποίο περιλαμβάνει την ίδρυση 11 οικοτροφείων σε επτά πόλεις της χώρας για 110 νοσηλευόμενους. Οι φορείς των οικοτροφείων αυτών είναι 6 Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου. Παράλληλα στο Ψ.Ν.Λ. εργάζονται επίσης δυο ευρωπαϊκές ομάδες παρέμβασης καθώς και τέσσερις ομάδες από ισάριθμες Ελληνικές δομές.

Από το 1990 λειτουργεί ένας Αγροτικός Συνεταιρισμός με 20 έμμισθα μέλη. Το 1992 νοικιάστηκαν δύο διαμερίσματα, με 6 μέλη το κάθε ένα. Λειτουργεί επίσης ένας ξενώνας με 12 θέσεις στη Αγία Μαρίνα, καθώς και ένας ξενώνας στη θέση Σπηλιά με 5 θέσεις. Έτσι συνολικά εκτός ψυχιατρείου διαμένουν 29 ασθενείς, αν και υπολογίζονται στη δύναμη του.

Πρέπει να σημειωθεί ότι σ' όλο το διάστημα μεταξύ 1989-1993 δεν έλειψαν τα κάθε τύπου προβλήματα καθώς και οι διεργασίες, τις περισσότερες φορές αρνητικές, που δεν ευοδώνουν τις όποιες θετικές προσπάθειες για την αναμόρφωση του Ασύλου.(Μεγαλοοικονόμου, 1993)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ :

Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

3.1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΟΒΑΡΕΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζουν επίμονα και μακροχρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας που προκαλούν διαφόρου τύπου μειονεξίες που, με τη σειρά τους, επιφέρουν σημαντικότερες επιπτώσεις στη λειτουργικότητα τους αλλά και στη ζωή των ατόμων που τους περιβάλλουν.

Ο πιο γνωστός ορισμός έχει διατυπωθεί από τους Goldman και συνεργάτες (1981), σύμφωνα με τον οποίο ως «χρόνιοι ψυχικά πάσχοντες ορίζονται τα άτομα εκείνα που υποφέρουν από συγκεκριμένες ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές οι οποίες μπορεί να χρονίσουν και να διαταράξουν ή να εμποδίσουν την ανάπτυξη της λειτουργικότητας σε τρία ή περισσότερα πεδία της καθημερινής τους ζωής, όπως προσωπική υγιεινή και αυτο-φροντίδα, δημιουργία και διατήρηση διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων, ικανότητα μάθησης και διασκέδασης, με τελικό αποτέλεσμα την αδυναμία της οικονομικής τους αυτονομίας». Επιπλέον, οι περισσότεροι από αυτούς χρήζουν νοσηλείας σε ψυχιατρικό νοσοκομείο για 90 ή και περισσότερες ημέρες, μέσα σε ένα διάστημα ενός χρόνου. (Μαδιανός, 1994)

Κατά τους Turner και Ten Hoor (1978) χαρακτηριστικά που διακινούν τον πληθυσμό των χρόνιων ψυχικά πασχόντων αφορούν: έλλειψη βασικών δεξιοτήτων ανταπόκρισης σε απαιτήσεις και ρόλους της καθημερινής ζωής, δυσκολίες στο να ικανοποιήσουν βασικές τους ανάγκες (π.χ. τροφή, ρουχισμός, στέγαση), έλλειψη κινήτρων ή ικανότητας για αναζήτηση βοήθειας και υψηλή ευαλωτότητα στο στρες. Τέλος, αυτές οι δυσκολίες και

μειονεξίες που φέρουν δεν αποκαθίστανται μέσα από μια θεραπεία σύντομης χρονικής διάρκειας. (Ekdawi, 1998)

3.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΗΚΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Τα κριτήρια που συνήθως χρησιμοποιούνται για τον ορισμό της χρόνιας ψυχικής διαταραχής είναι : διάγνωση, ανικανότητα και διάρκεια.

Όσον αφορά το πρώτο κριτήριο της διάγνωσης, στις χρόνιες ψυχικές διαταραχές, συγκαταλέγονται η σχιζοφρενική ψύχωση, η παραληρηματική διαταραχή, άλλου τύπου ψυχωτικές διαταραχές, οι καταθλιπτικές και οι διπολικές διαταραχές, ενώ άλλες διαταραχές, που μπορεί να προκαλέσουν χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν: οριστική διαταραχή προσωπικότητας και διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες.

Σχετικά με το δεύτερο κριτήριο (ανικανότητα), η πλειοψηφία των ορισμών επικεντρώνεται σε δυσλειτουργίες που προκύπτουν στη λειτουργικότητα ενός ατόμου. Η ανικανότητα σημαίνει ολική ή μερική έκπτωση απόδοσης ενός ρόλου με πρακτικό κυρίως προσανατολισμό (π.χ. επαγγελματικό ή οικιακό) ή σε σημαντικούς περιορισμούς λειτουργικότητας σε τουλάχιστον τρία ή και περισσότερα πεδία της καθημερινής δραστηριότητας, όπως: 1) αυτο-φροντίδα, 2)κατανόηση και εκφορά λόγου, 3) ικανότητα μάθησης, 4) κινητικότητα, 5) ικανότητα για αυτο-προσδιορισμό, 6) ικανότητα για ανεξάρτητη διαβίωση και 7) ικανότητα για οικονομική αυτονομία.

Τέλος, σχετικά με το τρίτο κριτήριο της χρονιότητας έχουν διατυπωθεί πολλοί ορισμοί. Σε προηγούμενες δεκαετίες, η χρονιότητα ισοδυναμούσε με συνεχή νοσηλεία διάρκειας δυο ετών ή και παραπάνω σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Το κριτήριο αυτό, ωστόσο, έχει σημαντικά αναθεωρηθεί λόγω των δραματικών εξελίξεων στο χώρο της ψυχιατρικής περίθαλψης.

Σύμφωνα με το εθνικό ινστιτούτο για την Ψυχική Υγεία των Η.Π.Α. (1977), ένα μοναδικό επεισόδιο νοσηλείας διάρκειας έξι μηνών κατά τα τελευταία πέντε χρόνια ή δυο ή και περισσότερες νοσηλείες μέσα σε διάστημα 12 μηνών αποτελούν κριτήρια χρονιότητας. (Ζήση, 2002)

Ο Goldman (1984) επισημαίνει πως οι περισσότεροι από αυτούς που αντιμετωπίζουν χρόνιες και σοβαρές ψυχικές διαταραχές έχουν νοσηλευτεί σε ψυχιατρικό νοσοκομείο ή σε υψηλά δομημένη στεγαστική δομή μέσης χρονικής διάρκειας από 90 ημέρες μέσα σε ένα διάστημα ενός έτους, ένα χρόνο ή και περισσότερο μέσα σε ένα διάστημα πέντε ετών.

Το τελευταίο της χρονιότητας είναι σχετικά προβληματικό καθώς υπάρχουν άτομα με χρόνιες ψυχιατρικές δυσκολίες τα οποία χρειάστηκαν σύντομης διάρκειας νοσηλεία (λιγότερο από 90 ημέρες) ή άτομα με χρόνιες ψυχιατρικές δυσκολίες τα οποία έκαναν χρήση εξωνοσοκομειακών μόνο υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή δεν έλαβαν κανενός τύπου περίθαλψη. Πιο χρήσιμο κριτήριο για τον προσδιορισμό της ομάδας των χρόνιων ψυχικά πασχόντων είναι εκείνο που αναφέρεται στις ανικανότητες μακράς που προκύπτουν από τις ψυχικές διαταραχές και όχι στο χρονικό διάστημα της προηγούμενης ή πρόσφατης νοσηλείας.

(Conning, 1998)

Από τα πιο χαρακτηριστικά είδη εκπτώσεων λόγω χρόνιας και σοβαρής ψυχικής διαταραχής αφορούν την εργασιακή λειτουργικότητα και τις κοινωνικές δεξιότητες.

i) Έκπτωση εργασιακής λειτουργικότητας

Τα εμπειρικά ευρήματα σχετικά με την ικανότητα των χρόνιων ψυχικά πασχόντων να εργαστούν χαρακτηρίζονται από ασυνέπεια, καθώς οι ορισμοί του εργασιακού αποτελέσματος είναι ετερογενείς. Παλαιότερες ανασκοπήσεις αναφέρουν ένα ποσοστό 20% με 30% πρώην ψυχιατρικών νοσηλευμένων ικανών να εργαστούν με επάρκεια σε μια δεδομένη χρονική

στιγμή. Μεταγενέστερες ανασκοπήσεις πρότειναν ένα μικρότερο ποσοστό επιτυχούς απασχόλησης 10% - 15%.

Οι Dion και Aanthony (1987) εξετάζοντας πειραματικές αλλά και ημι-πειραματικές μελέτες, αναφέρουν ένα εκτενές εύρος επιτυχούς απασχόλησης (11% έως 60% για χρόνιους ψυχικά πάσχοντες οι οποίοι όμως είχαν λάβει κάποιο είδος επαγγελματικής αποκαταστασιακής παρέμβασης. Τα αποτελέσματα για εκείνους που είχαν εμπλακεί σε ευνοϊκότερα, συγκριτικά με εκείνους που δεν είχαν λάβει κάποια αντίστοιχη κατάρτιση. Υπάρχει, ωστόσο, ένα σημαντικό έλλειμμα εμπειριστατωμένης γνώσης σχετικά με τις ανάγκες, τα ενδιαφέροντα και στόχους που φέρουν οι ίδιοι οι ψυχικά πάσχοντες στον επαγγελματικό τομέα. (Conning, 1998)

ii) Έκπτωση κοινωνικών δεξιοτήτων

Η έκπτωση των κοινωνικών δεξιοτήτων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων καταγράφεται κυρίως στα συρρικνωμένα κοινωνικά τους δίκτυα σε σύγκριση με τα αντίστοιχα του γενικού πληθυσμού. Οι διαπροσωπικές σχέσεις που διατηρούν είναι μικρές σε μέγεθος, χαρακτηρίζονται από χαμηλή αμοιβαιότητα και κυρίως αποτελούνται από συγγενικά άτομα.

Οι ψυχικά πάσχοντες στο φύλο άντρες, με κλινική διάγνωση χρόνια ή παρανοϊκή σχιζοφρένεια και με υψηλά επίπεδα συμπτωματολογίας, έχουν τις υψηλότερες πιθανότητες για κοινωνική απομόνωση. Η κοινωνική απομόνωση οδηγεί σε φτωχότερα αποτελέσματα στη χρόνια σχιζοφρένεια όπως και σε αυξημένες πιθανότητες για πρόωρη ψυχωσική υποτροπή ενώ, αντίθετα, η κοινωνική υποστήριξη έχει βρεθεί να συσχετίζεται με βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας, καλύτερη ανάρρωση και υποκειμενικά αισθήματα ικανοποίησης. (Ekdawi, 1998)

3.3. Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

Ο τομέας της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης είναι αυτόνομη επιστήμη και αναλαμβάνει την τριτογενή πρόληψη. Περιλαμβάνει όλες τις αναγκαίες μεθόδους και τεχνικές για τη μείωση των επιπτώσεων από τη διαδικασία της αρρώστιας, της ανικανότητας και της αναπηρίας, με παράλληλη την κοινωνική ενσωμάτωση του ασθενούς. (WHO, 1980) Η αποκατάσταση έχει στόχο όχι μόνο την εκπαίδευση του ατόμου για να προσαρμοστεί στο περιβάλλον του, αλλά και την ενίσχυση της κοινωνικής του επανένταξης μέσα από την παρέμβαση στο άμεσο περιβάλλον του και την κοινότητα.

Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση είναι μια συνεχής δυναμική διαδικασία που αρχίζει με τη διάγνωση της νόσου και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή συνθήκες διαμονής.

Τα είδη της αποκατάστασης του ψυχικά ασθενή είναι: 1) η ψυχιατρική εργοθεραπεία (μέσα ή έξω από το ψυχιατρείο με βάση την πολυδύναμη εργοθεραπεία), 2) η κοινωνική αποκατάσταση (έξω από το ψυχιατρείο στην κοινότητα) με τη λειτουργία κοινωνικής λέσχης και τις εναλλακτικές λύσεις στη διαμονή (ξενώνας, προστατευμένο διαμέρισμα, θετή οικογένεια κλπ.) και 3) η επαγγελματική αποκατάσταση (προεπαγγελματική εργασία, επαγγελματική αποκατάσταση ή προστατευμένη εργασία). (Μαδιανός, 2000)

Στοχεύοντας στην ανάπτυξη και εφαρμογή καινοτόμων προσεγγίσεων και δράσεων στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση διαμορφώνονται κάποιες γενικές κατευθύνσεις :

-Η μετάθεση της βασικής ψυχιατρικής φροντίδας από το νοσοκομείο στην κοινότητα.

-Η μετάθεση του κέντρου ενδιαφέροντος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας από την αρρώστια στο άτομο και στην κοινωνική μειονεξία που αυτό παρουσιάζει.

-Η μετάθεση από μια ατομική προσέγγιση της αρρώστιας σε μια συλλογική δράση και σχέδιο φροντίδας, με κέντρο τους ασθενείς και το περιβάλλον τους.

-Μια συλλογική στρατηγική προϋποθέτει ως ελάχιστες τις εξής συνθήκες:

-Διεπιστημονικότητα και πολυκλαδικότητα, δηλαδή διεύρυνση των κλάδων και των επιστημών του χώρου της ψυχικής υγείας.

-Αξιοποίηση των πόρων αυτό-βοήθειας, αυτό-στήριξης των ίδιων των ασθενών.

-Αξιοποίηση των πόρων των οικογενειών.

-Αγωγή του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας.

-Ουσιαστική αξιοποίηση και αναβάθμιση της συνεργασίας με μη επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

-Κριτική μελέτη και αξιολόγηση της αξίας της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

-Κοινοτικοί πόροι και διατομεακή συνεργασία, δηλαδή την αξιοποίηση και αναβάθμιση των μορφών ενεργού αλληλεγγύης που προσφέρεται από οργανωμένες κοινωνικές ομάδες, καθώς επίσης και από τοπικούς θεσμούς ανοικτούς στα κοινωνικά προβλήματα.

-Τις ανοικτές πόρτες της κοινοτικής ή νοσοκομειακής δομής. (Ζήση, 2001)

3.3.1. ΟΙ ΙΔΕΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η ανάπτυξη και η διαδικασία των εφαρμογών της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης έχουν επηρεαστεί σημαντικά από τις δυο μεγάλες ψυχιατρικές σχολές, της Φρουϊδικής ψυχοδυναμικής θεώρησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς και της μαθησιακής – συμπεριφορικής.

Στην Ψυχοδυναμική θεωρία βασίζεται η ανάπτυξη εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων με συμβολικό χαρακτήρα. Οι δραστηριότητες αυτές στοχεύουν στην ικανοποίηση των αναγκών του σχιζοφρενικού αρρώστου, ο οποίος έχει παλινδρομήσει σε πρώιμα στάδια της ψυχοσεξουαλικής του ανάπτυξης, με τη χρήση του ανάλογου υλικού ή ασκήσεων. Με την ψυχοδυναμική θεωρία επίσης λειτουργούν αρκετές ομάδες αποκατάστασης σε ορισμένες χώρες και ιδιαίτερα στις Η.Π.Α. και τη Γαλλία.

Η Συμπεριφορική θεραπευτική προσέγγιση έχει συνεισφέρει σημαντικά στην ανάπτυξη θεραπευτικών τεχνικών που έχουν μεγάλη εφαρμογή σε χρόνιους ψυχικά ασθενείς για την αποκατάστασή τους, ιδιαίτερα με την παροχή ενίσχυσης και κινήτρων ή προτύπων για τη μείωση ή εξάλειψη των δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών. Στην προσέγγιση αυτή αναφέρονται οι θεραπευτικές παρεμβάσεις μάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων, αντιμετώπισης των προβλημάτων στην οικογένεια του σχιζοφρενικού αρρώστου, κινητοποίησης ιδρυματικών αρρώστων με την παροχή ανταμοιβών (υλικών προσφορών, χρήσης κουπονιών κλπ) Ένα γενικότερο σημείο είναι ότι η παρουσία του κάθε θεραπευτή δρα ως πρότυπο μέσα από μαθησιακούς μηχανισμούς. (Μαδιανός, 1994)

Μια άλλη προσέγγιση που βασίζεται στη θεωρία της μάθησης είναι η εφαρμογή αποκαταστασιακών στόχων με συμφωνία ή συμβόλαιο, κάτι που γίνεται στην ψυχοθεραπεία ζεύγους.

Σημαντική επίδραση σε ορισμένες αποκαταστασιακές παρεμβάσεις έχει η προσέγγιση του Carl Rogers και ιδιαίτερα η άποψη του για την αυτοεκτίμηση, την αυτοενεργοποίηση και τη θετική και υποστηρικτική στάση του θεραπευτή απέναντι στον πελάτη του. Οι ομάδες αντιπαράθεσης που δημιουργήθηκαν από τον Rogers έχουν ευρύτατη εφαρμογή στις θεραπευτικές κοινότητες εξαρτημένων ατόμων.

Παράλληλα η Ανθρωπιστική Ψυχολογία του Abraham Maslow, με τη θεωρία του για την ιεράρχηση των ανθρωπίνων αναγκών, προσέφερε μια ακόμη θεωρητική βάση για θεραπευτικές συναλλαγές κατά τη διάρκεια των αποκαταστασιακών παρεμβάσεων.

Η αισιοδοξία, η παροχή ευκαιριών, η εξατομίκευση, αλλά και η ολιστική θεώρηση του ατόμου έλκουν την καταγωγή τους από την ανθρωπιστική ψυχολογία. Οι άλλες ιδεολογικές κατευθύνσεις στον ψυχιατρικό χώρο φαίνεται ότι ελάχιστα επηρέασαν τη διαμόρφωση τεχνικών κι εφαρμογών στους διάφορους τομείς της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Είναι όμως ουσιαστικό ότι μια γενικευμένη ιδεολογική ατμόσφαιρα, που είναι ταυτόσημη με μια κίνηση όπως η Δημοκρατική Ψυχιατρική στην Ιταλία, παίζει πρωταρχικό ρόλο στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση και συμπαρασύρει μια παράλληλη ανάπτυξη της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με κέντρα προστατευμένης εργασίας, συνεργατικές, ξενώνες, οικοτροφεία κλπ.

(al-lavoro.it/valmon, 2001)

Από την άλλη μεριά δεν θα πρέπει να υποτιμηθεί ο ρόλος μερικών κοινωνιολόγων ή κοινωνικών ψυχολόγων, όπως ο T. Scheff, ο E. Goffman και ο H.G. Mead, που διατύπωσαν συγκεκριμένες απόψεις για τη φυσιολογική κοινωνικοποίηση, την κοινωνική αντίδραση, το στίγμα, τις σχέσεις θεραπευτή και θεραπευόμενου, την ομαλότητα. (Μαδιανός, 1989)

Κατά τον Goffman, τη φάση του «προ-αρρώστου» διαδέχεται η φάση των «ατυχιών». Η πορεία του αρρώστου στο ψυχιατρείο είναι γνωστή και περιλαμβάνει αρκετά στάδια μέχρι τον τελικό ιδρυματισμό.

Οι απόψεις αυτές συγκλίνουν με την παραδοχή της ύπαρξης ενός «συνεχούς», υγείας-αρρώστιας, όπου στο ένα άκρο είναι ο χώρος της απόλυτης υγείας και στο άλλο ο χώρος της απόλυτης αρρώστιας. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, όλα τα άτομα υπόκεινται στη μετάπτωσή τους από την κατάσταση της υγείας στην κατάσταση της αρρώστιας. Κάθε άτομο λοιπόν είναι τοποθετημένο σε κάποιο σημείο του «συνεχούς», όχι όμως αμετακίνητο, επειδή ποικίλοι εξωτερικοί ή εσωτερικοί παράγοντες είναι δυνατό να επηρεάσουν τη μετακίνηση του ατόμου από το χώρο της υγείας στο χώρο της αρρώστιας και αντίστροφα. Η θεώρηση αυτή αποτρέπει το θεραπευτή να δρα ως ο «υγιής» που περιμένει τον «άρρωστο» για να τον βοηθήσει. (Goffman, 1994)

Το κάθε άτομο, όσο κι αν η αρρώστιά του εμφανίζει μια χρόνια διαδρομή, πολλές φορές δεν παραμένει αμετακίνητο στο χώρο της απόλυτης αρρώστιας αλλά έχει φάσεις πλησιέστερες στον πόλο της υγείας από ότι ο «υγιής» θεραπευτής του φαντάζεται. Η προσέγγιση αυτή προλαμβάνει την εμφάνιση πατερναλιστικών συμπεριφορών από το θεραπευτή και ενισχύει τη δημοκρατική, ανθρωπιστική προσέγγιση του ατόμου με τις ειδικές ανάγκες.

Στη γενική αυτή ανάλυση φαίνεται ότι τα διάφορα ιδεολογικά ρεύματα επηρέασαν άμεσα ή έμμεσα την ανάπτυξη και τις προσεγγίσεις των διαφόρων αποκαταστασιακών παρεμβάσεων. (Μαδιανός, 1994)

3.3.2. ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Πολλοί και σχετικά εμπεριστατωμένοι ορισμοί έχουν δοθεί, κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες, για το περιεχόμενο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά πασχόντων. Οι ορισμοί στην πλειοψηφία τους συμφωνούν πως οι δύο βασικοί της άξονες εντοπίζονται: α)στη βελτίωση της λειτουργικότητας του χρόνιου ψυχικά πάσχοντα και στην ανάπτυξη των λανθανουσών δεξιοτήτων του, και β)στην εξασφάλιση ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος του οποίου οι πόροι θα πρέπει να συναντούν τις ανάγκες του χρόνιου ψυχικά πάσχοντα. Οι άξονες αυτοί σημειοδοτούν κατά κάποιο τρόπο τη μετάβαση από την βιοϊατρική προσέγγιση της ψυχικής διαταραχής σε μία περισσότερο ψυχο-κοινωνική προσέγγιση όπου ο ψυχικά πάσχων χαρακτηρίζεται από συμπτώματα και κοινωνικές μειονεξίες αλλά και από δυνατότητες και συγκεκριμένες ανάγκες οι οποίες μπορούν να αναγνωσθούν και να απαντηθούν. (Ζήση, 2001)

Η Συναινετική Διακήρυξη ορίζει ότι για την επίτευξη των τελικών στόχων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης απαιτούνται μια σειρά ενδιάμεσων βημάτων που είναι : α) η μείωση των συμπτωμάτων, β) ο περιορισμός των ιατρογενών προβλημάτων, γ) η καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων σε βάρος των ψυχικά ασθενών, δ) η καλλιέργεια και βελτίωση των κοινωνικών ικανοτήτων των ασθενών, ε) η υποστήριξη στις οικογένειες των ασθενών, στ) η εξασφάλιση κοινωνικής υποστήριξης και ζ) η ενίσχυση των χρηστών των υπηρεσιών. (Lieberman, 1988,Anthony και συν, 1990)

Οι Anthony, Cohen & Farkas (1999) λαμβάνοντας υπόψη τους αυτά τα νέα δεδομένα προχώρησαν σε μια επαναδιατύπωση των βασικών αρχών που θα πρέπει να διατρέχουν την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Σύμφωνα με

τους συγγραφείς οι πολιτικοί σχεδιασμοί της αποκατάστασης θα πρέπει να στοχεύουν :

-Σ' ένα σύστημα ψυχικής υγείας όπου τα άτομα με ψυχιατρικές δυσκολίες προσεγγίζονται με έναν τρόπο ολιστικό που αναγνωρίζει όχι μόνο τις ψυχιατρικές τους μειονεξίες αλλά και τα θετικά τους χαρακτηριστικά και έτσι να αντιμετωπίζονται ανάλογα.

-Σ' ένα σύστημα ψυχικής υγείας το οποίο δεσμεύεται για τη βελτίωση του στεγαστικού, επαγγελματικού, εκπαιδευτικού και κοινωνικού επιπέδου του κάθε ψυχικά πάσχοντα.

-Σ' ένα σύστημα ψυχικής υγείας στο οποίο οι ίδιοι οι ψυχικά πάσχοντες θα μπορούν να παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στο σχεδιασμό αλλά και στην παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

-Σ' ένα σύστημα ψυχικής υγείας το οποίο αναγνωρίζει τη σημασία της εξειδίκευσης των επαγγελματιών αποκατάστασης σε τεχνικές και τεχνολογικές απαραίτητες για την επίτευξη των στόχων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

-Σ' ένα σύστημα ψυχικής υγείας το οποίο πιστεύει στην ανάρρωση του ψυχικά πάσχοντα.

Ο θεωρητικός και φιλοσοφικός άξονας των παραπάνω αρχών/στόχων επικεντρώνεται στην ανάδειξη του ψυχικά πάσχοντα σε άτομο με αυτονόητες ανάγκες και θετικά χαρακτηριστικά το οποίο μπορεί να αναρρώσει της χρόνιας ψυχικής διαταραχής και να συμβάλλει με ενεργητικό τρόπο στο σχεδιασμό και στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στην αναγνώριση της σημασίας της εξειδίκευσης των επαγγελματιών της αποκατάστασης σε ειδικές δεξιότητες όπως σχεδιασμός γενικών και ειδικών αποκαταστασιακών στόχων, διάγνωση της ετοιμότητας του πάσχοντα για την είσοδό του σε αποκαταστασιακές παρεμβάσεις, άμεση εκπαίδευση σε δεξιότητες κάτω από φυσικές συνθήκες, εντοπισμός πόρων και καλύτερη δυνατή αξιοποίησή τους, και τέλος στη δέσμευση του συστήματος ψυχικής

υγείας για κάλυψη των ατομικών, κοινωνικών, στεγαστικών και επαγγελματικών αναγκών του ψυχικά πάσχοντα. (Ζήση, 2001)

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν και μερικές γενικά αποδεκτές αρχές για τις συνθήκες εφαρμογής ενός ολοκληρωμένου σχεδίου ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που απαντούν στις βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και γενικότερες ανάγκες ως πολίτη του πάσχοντος ατόμου. Ο Zussman (1995) περιέγραψε οκτώ βασικές αρχές που διέπουν την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση οι οποίες είναι απόσταγμα των πρώτων αποκαταστασιακών εμπειριών των δεκαετιών 1960 και 1970 και είναι οι εξής :

-Η ψυχική αρρώστια δεν επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της συμπεριφοράς. Είναι γνωστό από την κλινική εμπειρία ότι ακόμα και ένα σοβαρά ψυχικά διαταραγμένο άτομο μπορεί ως ένα βαθμό να φροντίζει τον εαυτό του σε βασικά θέματα για την επιβίωσή του. Είναι σοβαρό λάθος να θεωρείται ένα άτομο που υπολειτουργεί σε ένα τομέα, ότι υπολειτουργεί και στους άλλους τομείς.

-Η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι δυνατόν να ανταποκριθεί προοδευτικά σε εντελώς νέες απαιτήσεις. Το μόνο πρόβλημα είναι ο χρόνος που απαιτείται για να αποκτηθούν αυτές οι νέες ικανότητες.

-Η ανθρώπινη συμπεριφορά ανταποκρίνεται στην παρουσία ή απουσία ειδικών παραγόντων στο περιβάλλον και στην κοινότητα. Είναι εμφανές ότι η αρχή αυτή βασίζεται στις έννοιες των θετικών ή αρνητικών ενισχύσεων όπως αυτές θεμελιώθηκαν από τον B.F. Skinner.

-Η κοινωνική πίεση μεταφέρεται αυτούσια ή τροποποιημένη στο άτομο μέσα από τις προσδοκίες της ομάδας για το άτομο αυτό. Η επιδίωξη των Ψυχοθεραπευτών και Εργοθεραπευτών να βοηθήσουν το άτομο να αλλάξει τη συμπεριφορά του και να δρα «φυσιολογικά», αντανακλά τα κοινωνικά στοιχεία που οριοθετούν τη συμπεριφορά.

-Η επιδίωξη της ψυχιατρικής αποκατάστασης ως διαδικασίας για την επανένταξη είναι να προσφέρει συνθήκες στο άτομο όμοιες με εκείνες που θα συναντήσει στην καθημερινή του ζωή, ώστε να εξοικειωθεί με αυτές. Εδώ καταγράφεται και το μειονέκτημα των ψυχιατρείων να δημιουργήσουν ατμόσφαιρα παρόμοια με τις κοινωνικές συνθήκες που θα ζήσει ο ασθενής έξω στην κοινότητα.

-Η κοινωνική πίεση γίνεται αισθητή στο άτομο μέσα από την αλληλεπίδραση του με τα άλλα μέλη της ομάδας. Υπάρχει μια θετική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού που το άτομο είναι δεμένο με την ομάδα και του βαθμού στον οποίο εκείνη το επηρεάζει.

-Η στάση και οι κοινωνικές δυνάμεις μέσα στην ομάδα είναι κρίσιμος παράγοντας που καθορίζει τη συμπεριφορά των μελών της ομάδας. Σύμφωνα με την αρχή αυτή, πρέπει να αποφεύγεται η ενίσχυση των παθολογικών συμπεριφορών, γι' αυτό στην ομάδα της ψυχιατρικής αποκατάστασης συμμετέχουν και άτομα χωρίς ψυχοπαθολογικό υπόβαθρο, η συμπεριφορά των οποίων μπορεί να αποτελεί σημείο ενίσχυσης της φυσιολογικής συμπεριφοράς των ψυχωσικών μελών.

-Η πρακτική της ψυχιατρικής αποκατάστασης πάντοτε ακολουθεί μια ιεραρχημένη διαδικασία στους τρεις βασικούς τομείς (εργασία, στέγαση, κοινωνικές δραστηριότητες). (Μαδιανός, 1994)

Μεταγενέστερες αρχές που θεωρούνται απαραίτητες για την παροχή θεραπευτικής και ψυχοκοινωνικής φροντίδας είναι :

-Ασφαλής και άνετος χώρος διαβίωσης με διασφάλιση τόσο του ιδιωτικού χώρου όσο και της δυνατότητας επαφής με άλλα άτομα.

-Αποτελεσματική διαχείριση και αντιμετώπιση των κρίσεων και υποτροπών μέσω 24ωρης λειτουργίας μονάδας κρίσης καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου (αποφυγή στο μέγιστο δυνατό των νοσηλειών σε νοσοκομειακό χώρο).

Εμπλοκή, στήριξη και εκπαίδευση της οικογένειας όπως επίσης και άλλων σημαντικών προσώπων της κοινότητας για κάθε ψυχικά πάσχοντα.

-Ενεργητική στήριξη και βοήθεια στο «φυσικό» περιβάλλον όπου ζει κάθε άτομο.

-Διαρκείς δράσεις για τον αποστιγματισμό της ψυχικής διαταραχής (προσέγγιση σε ατομικό επίπεδο αυτο-στιγματισμού, οικογενειακό επίπεδο και ευρύτερο κοινοτικό επίπεδο).

-Διαθεσιμότητα, χρήση και πρόσβαση σε κοινοτικούς πόρους στο ιδιαίτερο πολιτισμικό περιβάλλον κάθε τοπικής κοινωνίας.

-Σύνδεση και χρήση του δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

-Κύριος στόχος είναι η βελτίωση του επαγγελματικού αποτελέσματος των ατόμων, καθώς η ποιότητα ζωής στην οποία στοχεύει η αποκατάσταση είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την εξάσκηση του δικαιώματος στην εργασία. (Kabanov, 1995)

Παρόλα αυτά, υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις εννοιολογικού χαρακτήρα όσον αφορά την έννοια της αποκατάστασης. Σε κάποιες προσεγγίσεις, η επαγγελματική κατάρτιση και η εξεύρεση απασχόλησης θεωρούνται αναπόσπαστο μέρος της διαδικασίας αποκατάστασης, ενώ σε άλλες προσεγγίσεις αυτό θεωρείται ως μια ανεξάρτητη φάση η οποία έπεται της αποκαταστασιακής διαδικασίας. Με άλλα λόγια, η εξεύρεση απασχόλησης θεωρείται είτε ως ένα «εργαλείο» επίτευξης του στόχου της αποκατάστασης ή ως ένας στόχος της διαδικασίας αποκατάστασης.

Αναμφισβήτητα υπάρχει ο κίνδυνος η επικέντρωση των προσπαθειών για εξεύρεση αποτελεσματικών λύσεων όσον αφορά την επαγγελματική αποκατάσταση του ψυχικά πάσχοντα να παραμερίσει κάποιες από τις ατομικές ανάγκες φροντίδας, αλλά από την άλλη πλευρά η επίτευξη της πλήρους κοινωνικής ενσωμάτωσης χωρίς ένα δυνατό κίνητρο για επαγγελματική αποκατάσταση καθίσταται αρκετά προβληματική. (Cohen, 1990)

3.4. ΟΙ ΒΑΣΙΚΟΙ ΑΞΟΝΕΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Σε μια αποκαταστασιακή ψυχοκοινωνική παρέμβαση τα ζητούμενα είναι σύνθετα καθώς εμπλέκονται πολλά και διαφορετικά επίπεδα που κάποια από αυτά σχετίζονται με τον ίδιο τον ψυχικά πάσχοντα, ενώ κάποια άλλα με το περιβάλλον στο οποίο δρα και κινείται. Με δεδομένο το πολυσύνθετο των στόχων και των μεθόδων αλλά και το πολυεπίπεδο των παρεμβάσεων που πρέπει να πραγματοποιηθούν, προκύπτει η ανάγκη για τήρηση ορθών πρακτικών στους άξονες που ορίζουν των πολυδιάστατο χώρο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης :

i) Η επαρκής ιατρική αντιμετώπιση-μείωση της συμπτωματολογίας-μείωση των ιατρογενών προβλημάτων.(κλινικό επίπεδο παρέμβασης)

Ο άξονας αυτός, που είναι η ευθύνη του ψυχιάτρου κατεξοχήν, αναφέρεται στη μείωση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, στον καλύτερο χειρισμό και αντιμετώπισή της, στη συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή, στη μείωση των υποτροπών, στον καλύτερο χειρισμό των κρίσεων και στη μείωση των εισαγωγών στο ψυχιατρικό νοσοκομείο. Ορίζεται από την χορήγηση φαρμακευτικής η άλλης αγωγής η οποία θα είναι επιλεγμένη ως προς το είδος και τη δόση έτσι ώστε να προκαλεί τη μέγιστη δυνατή ύφεση της συμπτωματολογίας και τις ελάχιστες δυνατές παρενέργειες.

ii) Η κατοικία.(στεγαστικό επίπεδο παρέμβασης)

Βασικό στοιχείο της αποκαταστασιακής διαδικασίας είναι η υποστήριξη του ατόμου στην ανάγκη του να έχει όχι απλά στέγη αλλά «σπίτι», δηλαδή ένα χώρο όπου το άτομο θα αισθάνεται άνετα και θα έχει την δυνατότητα να κινηθεί ελεύθερα, να παρέμβει και να εκφραστεί μέσα από τη διακόσμηση

και τη χωροθέτηση, χώρο που θα επενδύσει με τα βιώματα της καθημερινής πραγματικότητας. Βασικός κανόνας για τον σχεδιασμό και την οργάνωση της οικιστικής αποκατάστασης είναι να προγραμματίσουμε σωστά και να διευκολύνουμε την προσαρμογή του «σπιτιού» στις ανάγκες και στις ιδιαιτερότητες των ενοίκων του, και όχι απλά να επιλέγουμε τους ασθενείς που μπορούν να προσαρμοσθούν και να «συμμορφωθούν» στις προδιαγραφές των συγκεκριμένων οικιστικών δομών. Τέλος είναι ιδιαίτερα σημαντικό η οικιστική δομή να εντάσσεται και να επικοινωνεί με το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. (Helmann και συν, 1985)

iii) Η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες-αυτονομία. (λειτουργικό επίπεδο παρέμβασης)

Η εκπαίδευση του ασθενούς στις κοινωνικές δεξιότητες αποσκοπεί κύρια στη βελτίωση της λειτουργικότητάς του δηλαδή στην κατάκτηση αυτονομίας, τη συνειδητοποίηση των ικανοτήτων του και των ορίων του και στην ανάπτυξη ανεξαρτησίας μέσα από την δημιουργία πολλαπλών εξαρτήσεων (δηλαδή τη χρήση πόρων). Η εκπαίδευση στις δεξιότητες οφείλει να καλύπτει τους ακόλουθους τομείς :

- Ατομική και περιβαλλοντική καθαριότητα και υγιεινή.
- Προμήθεια και αποθήκευση τροφίμων και παρασκευή γευμάτων.
- Διαχείριση του χρήματος.
- Εξοικείωση και χρήση κοινοτικών πόρων (μουσεία, εκθέσεις, συναυλίες).
- Αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου (τρόποι διασκέδασης, αποφυγή απομόνωσης και ρουτίνας).
- Συναλλαγή με τις δημόσιες υπηρεσίες και εκπλήρωση υποχρεώσεων έναντι της πολιτείας.
- Ψυχοεκπαίδευση του ασθενούς (εκπαίδευση γύρω από την ψυχική του ασθένεια) (Lieberman, 1988).

**iv) Η δημιουργία κοινωνικών δικτύων υποστήριξης και
συνδιαλλαγής. (ψυχολογικό επίπεδο παρέμβασης)**

Στην προσπάθεια αυτή που συνδέεται άμεσα με την αυτονομία του ασθενή, είναι καθοριστικός ο ρόλος της θεραπευτικής ομάδας. Είναι αυτή που θα ανοίξει τις πόρτες και θα συστήσει τον επί χρόνια έγκλειστο ασθενή στα κοινωνικά δίκτυα, είναι αυτή που θα στηρίξει τον ασθενή και θα τον βοηθήσει να επεξεργαστεί τις εμπειρίες και το άγχος του. Η θεραπευτική ομάδα θα βοηθήσει τον ασθενή στις πρώτες επαφές με τα κοινωνικά δίκτυα, επαφές που πρέπει να καλλιεργούνται και να προάγονται ώστε να λαμβάνει συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη από συγγενείς, ερωτικούς συντρόφους και φίλους.

v) Ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση στην οικογένεια.

Στόχοι της παρέμβασης αυτής είναι :

- Υποστήριξη στην οικογένεια.
- Διερεύνηση οικογενειακών συναισθημάτων και στάσεων στην οικογένεια.
- Ενημέρωση για φύση και πορεία της νόσου.
- Έμφαση στην συμμόρφωση προς την φαρμακευτική αγωγή.
- Έλεγχο θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων της νόσου.
- Αναγνώριση προδρόμων συμπτωμάτων υποτροπής για πρόληψη επανεισαγωγών.
- Παρέμβαση στην κρίση από ομάδα ψυχικής υγείας.
- Τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και μείωσης του stress.
- Προσαρμογή προσδοκιών της οικογένειας σχετικά με την κοινωνική λειτουργικότητα του ασθενούς.
- Εξασφάλιση θεραπευτικού συνεχούς. (Goldstein & Strachan, 1986)

vi) Η ενίσχυση των ασθενών και των οικογενειών.

Σκοπός της πρακτικής αυτής είναι η αύξηση της διεκδικητικής ικανότητας των ασθενών και των οικογενειών τους με στόχο την βελτίωση της πρόσβασής τους στα κέντρα λήψης αποφάσεων για διεκδίκηση επαρκών πόρων και αντιμετώπιση του προβλήματός τους.

vii) Αποστιγματισμός της ψυχικής νόσου και των συνεπειών της.

Η προσπάθεια αυτή για την αντιμετώπιση των διακρίσεων, του στίγματος και των προκαταλήψεων πρέπει να πραγματοποιηθεί με παρεμβάσεις σε όλα τα επίπεδα όπου εκτυλίσσεται η αποκατάσταση : κοινότητα, οικογένεια, νόμους, κρατικούς μηχανισμούς, δικαιώματα των πολιτών.

viii) Το προσωπικό των προγραμμάτων αποκατάστασης.

Το προσωπικό πρέπει να αναπτύσσει ισχυρό δεσμό με τους πελάτες και να τους βοηθά ώστε αυτοί : α) να λαμβάνουν συνεχή υποστήριξη, β) να ορίσουν προσωπικούς στόχους αποκατάστασης, γ) να αξιολογήσουν τις ικανότητες τους σε σχέση με τους ανωτέρω στόχους, δ) να σχεδιάσουν την ανάπτυξη δεξιοτήτων και πόρων, ε) να αποκτήσουν και να χρησιμοποιούν νέες δεξιότητες, στ) να αξιοποιούν, να συνδυάζουν και να αυξάνουν τους διαθέσιμους πόρους. (Helman και συν., 1985)

ix) Εκπαίδευση του προσωπικού.

Το προσωπικό πρέπει επίσης να εκπαιδεύεται σε ειδικές δεξιότητες, όπως : α) η ενσυναίσθηση (empathy), β) η διαχείριση ειδικών προβλημάτων που σχετίζονται με την χρόνια ψυχική νόσο, γ) η κατάρτιση εξατομικευμένων

σχεδίων φροντίδας, δ) η συνεργασία στα πλαίσια διακλαδικής θεραπευτικής ομάδας.

χ) Η σύνδεση με την κοινότητα και άλλες υπηρεσίες.

Η αποκαταστασιακή δομή πρέπει να είναι ατελής, έτσι ώστε να επιδιώκει τη συνεργασία με την κοινότητα και τις υπόλοιπες υπηρεσίες. Η συνεργασία αυτή πρέπει να βασίζεται στην ανταποδοτικότητα και ενδεικτικά παραδείγματα αποτελούν η συνεργασία με υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, ψυχαγωγίας, εκπαίδευσης, επαγγελματικής κατάρτισης κλπ., πάντα για την κάλυψη των αντίστοιχων αναγκών των ενοίκων. (Anthony και συν, 1980).

xi) Η εργασία. (επαγγελματικό επίπεδο παρέμβασης)

Οι Saraceno και Sternai (1985) διέκριναν τις ακόλουθες μορφές εργασίας στην ψυχιατρική περίθαλψη και επαγγελματική αποκατάσταση:

α) Η εργασία ως εκμετάλλευση : στις ψυχιατρικές δομές, είτε αυτές είναι ασυλικού τύπου - όπου η εκμετάλλευση είναι άτυπη και υπονοούμενη στην οργάνωση και στις ιεραρχίες του ολοπαγούς ιδρύματος, είτε είναι τα εντεταλμένα εργαστήρια όπου οι ασθενείς εργάζονται με πολύ χαμηλές αμοιβές και έξω από κάθε λογική διαπραγμάτευσης, για λογαριασμό εξωτερικών πελατών.

β) Η εργασία ως απασχόληση : κυρίως μέσα στο άσυλο, αλλά και σε εξωνοσοκομειακές δομές, όπου η εργασία εννοείται ως μη σκόπιμο μέσο απασχόλησης χρόνου του ασθενούς.

γ) Η θεραπευτική εργασία : είτε στο άσυλο είτε σε εξωνοσοκομειακές δομές, όπου αποδίδεται στην εργασία η λειτουργία της ενίσχυσης του εγώ του ασθενούς και μια ευκαιρία για κοινωνικοποίηση με άλλους ασθενείς.

δ) Η προστατευμένη εργασία : κυρίως σε κατάλληλες δομές, όπως εργαστήρια, κλπ., όπου η εργασία συνήθως αμείβεται και οι τρόποι οργάνωσης της παραγωγής είναι τέτοιοι που επιτρέπουν στον ασθενή μια αλληλεπίδραση με τη θεραπευτική ομάδα και τους άλλους συναδέλφους.

ε) Η συνεργατική εργασία : προωθείται η ίδρυση συνεταιρισμών, στους οποίους συμμετέχουν ως μέλη ασθενείς, λειτουργεί της αποκατάστασης και άλλοι, με στόχο την οργάνωση μιας πραγματικής παραγωγικής κοινότητας, ικανής και αυτόνομης στην οικονομική και κοινωνική ένταξη.

στ) Αμειβόμενη εργασία : τοποθετήσεις ασθενών σε κανονικές εργασιακές δομές : εργοστάσια, επιχειρήσεις, γραφεία, κλπ., χρησιμοποιώντας τις ισχύουσες νομοθετικές ρυθμίσεις που αφορούν την εργασιακή ένταξη αναπήρων ατόμων.

Σύμφωνα με τον Saraceno (1995) δεν είναι ορθό να υιοθετούμε με μη κριτικό τρόπο την άποψη ότι η εργασία είναι θεραπευτική. Πρέπει να λάβουμε υπόψη μας παράγοντες όπως το πλαίσιο στο οποίο εκτελείται η εργασία, τους στόχους που επιδιώκει, την ύπαρξη ευρύτερου σχεδίου φροντίδας και βεβαίως την ιδεολογία και θεραπευτική φιλοσοφία των επαγγελματιών της ψυχικής υγείας σχετικά με την εργασία ως αξία για την κοινωνία και το άτομο.

Προσεγγίζοντας το στόχο της εργασιακής και επαγγελματικής επανένταξης και αποκατάστασης των χρόνιων ψυχικά ασθενών πρέπει να ληφθούν υπόψη θέματα όπως η δομή και διάρθρωση της αγοράς εργασίας στη συγκεκριμένη κοινότητα, αλλά και το νόημα της εργασίας μέσα στο σύστημα αξιών της κοινότητας αυτής. (Cohen, 1990)

3.5. ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΚΑΙΝΟΤΟΜΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ

Αναφέρονται ενδεικτικά ορισμένες εμπειρίες από τον Ελληνικό χώρο, οι οποίες στα πρώτα στάδια λειτουργίας τους αποτέλεσαν καινοτόμες πρακτικές.

Αυτές είναι : το Νοσοκομείο Ημέρας και το Κέντρο Επαγγελματικής Προεργασίας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στο Κ.Θεραπευτήριο Λέρου, το Πρόγραμμα Αποασυλοποίησης-Αποκατάστασης του πρώην ΠΚΚΠΑ Λέρου, η Μονάδα Επανάταξης του Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης, το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής, η Κινητή Μονάδα Ψυχιατρικής Περίθαλψης της Εταιρείας Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, , το Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας Χαλκίδας, ο Συνεταιρισμός «ΚΛΙΜΑΞ» και η Μπαμπαγιώτειος Στέγη.

Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθούν εδώ: ο ψυχιατρικός τομέας του Γ.Ν. Ιωαννίνων «Χατζηκώστα» ως ο πρώτος ψυχιατρικός τομέας Γενικού Νοσοκομείου, η «κίνηση για τα Δικαιώματα των Ψυχασθενών» που εξέδιδε το περιοδικό «Η Ελευθερία είναι Θεραπευτική», ο Σ.Ο.Ψ.Υ. (Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία) και ο Σύλλογος «Αναγέννηση» με πρωτοβουλία της Β. Καρύδη.

Για λόγους διάρθρωσης δεν ήταν εφικτή η εκτενής παρουσίαση όλων των καινοτόμων εμπειριών που παρουσιάστηκαν στον ελληνικό χώρο και συνέβαλλαν ιστορικά στην προώθηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Πιο συγκεκριμένα

i) Το Νοσοκομείο Ημέρας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου

Ήταν το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας που λειτούργησε στην Ελλάδα (1978), σε περίοδο που η φροντίδα των ψυχιατρικών ασθενών ήταν οργανωμένη αποκλειστικά με βάση τα ψυχιατρεία. Σε αυτό αναπτύχθηκε για πρώτη φορά στον Ελληνικό χώρο ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών που προβλέπεται να παρέχονται από μια δομή αυτού του τύπου. (Μαντωνάκης και Κολύρης, 1975)

ii) Το Κέντρο Επαγγελματικής Προεργασίας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου

Το Κ.Ε.Π. ιδρύθηκε το 1984 με σκοπό την εξατομικευμένη εργασιακή αποκατάσταση χρονίως ψυχικά πασχόντων. Σταδιακά αναπτύχθηκε και περιέλαβε και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης (βιβλιοδεσία, δερματοτεχνία, ραπτική, ξυλογλυπτική), την Αστική Συνεργατική (βιβλιοτεχνία, δερματοτεχνία, ραπτική, κατασκευές) και την Αγροτική Συνεργατική. (Καρύδη, 1984)

iii) Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στο Κ. Θεραπευτήριο Λέρου

Η υλοποίηση του Κανονισμού 815/84 της ΕΟΚ στο Κ.Θ. Λέρου συνέβαλε καθοριστικά στην ολοκλήρωση σειράς σημαντικών αλλαγών που μετέβαλαν τη φυσιογνωμία του όσον αφορά τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης αλλά και τη συνολική δομή του σαν ίδρυμα.

Η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης δεν πραγματοποιήθηκε απλά με την κτιριακή αναβάθμιση, αλλά μέσα από μια συνολική διαδικασία αποϊδρυματοποίησης. Στα πλαίσια αυτά, αναπτύχθηκαν εξωνοσοκομειακά διαμερίσματα, ενδονοσοκομειακοί ξενώνες, προγράμματα αποκατάστασης

(συνεταιρισμοί κλπ.) και έγιναν σημαντικά βήματα για τη μετατροπή του Κ.Θ.Λ. σε δυο μεγάλους οικισμούς από ανεξάρτητες και αποκεντρωμένες μονάδες («σπίτια»).

Μέσα στην πολύχρονη και δυσχερή αυτή προσπάθεια ως καινοτόμες δράσεις περιλαμβάνονται:

α) Η παρέμβαση στο περίπτερο 16 που ήταν το πρώτο δραστικό βήμα και πραγματοποιήθηκε από ομάδα εθελοντών του μόνιμου προσωπικού του Κ.Θ.Λ. με τη συμμετοχή της Μονάδας Επανάταξης του Ψ.Ν.Θ. και την εθελοντική συμμετοχή στη συνέχεια και φοιτητών από το Φ.Π.Ψ. του Αριστοτελείου.

β) Η διεθνής συμμετοχή στην προσπάθεια μεταρρύθμισης.

γ) Η αποδοχή ότι η Ελευθερία είναι θεραπευτική, ως κατευθυντήρια αρχή και πρακτική.

δ) Η ιδιαίτερη έμφαση που δόθηκε στην κατάρτιση και εκπαίδευση του μόνιμου προσωπικού του ψυχιατρείου, ακόμα και με εκπαιδευτικά ταξίδια στο εξωτερικό.

ε) Η προσπάθεια που καταβλήθηκε για την παροχή πόρων στην κοινότητα του νησιού σαν κίνητρο για την προώθηση της αποασυλοποίησης.

στ) Η προώθηση των ασθενών που έβγαιναν από το ψυχιατρείο στις δομές εργασιακής αποκατάστασης ταυτόχρονα με την εγκατάστασή τους στις δομές οικιστικής αποκατάστασης. (Μεγαλοοικονόμου, 1990)

iv) Το Πρόγραμμα Αποασυλοποίησης – αποκατάστασης του πρώην ΠΙΚΠΑ Λέρου

Ειδική μνεία χρειάζεται η παρέμβαση στο πρώην ΠΙΚΠΑ Λέρου από την Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας Παιδιού και Εφήβου, με καινοτόμα στοιχεία:

- α) ολοκληρωμένος τύπος παρέμβασης, με ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση του προσωπικού
- β) συνεχής αξιολόγηση της προσπάθειας
- γ) η δημιουργία του Κοινοτικού Σπιτιού «Η Θέτις» με άτομα με νοητική καθυστέρηση και συνοδές αναπηρίες που προέρχονταν από το ΠΚΠΑ της Λέρου (Μεγαλοοικονόμου, 1990)

**ν) Η Μονάδα Επανάταξης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου
Θεσσαλονίκης**

Η Μονάδα Επανάταξης του Ψ.Ν.Θ. άρχισε να λειτουργεί στα πλαίσια του κοινοτικού Κανονισμού 815/84 από τις αρχές του 1986. Στα πλαίσια της επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης έχουν αναπτυχθεί Συνεταιριστικές Θεραπευτικές Μονάδες (Αγροτική Μονάδα, Ξυλουργείο, Ραφείο, Κυλικεία, Κηροποιείο, Ταβέρνα, Συνεργείο Καθαριότητας, Καλλιτεχνικό Εργαστήρι και Λογιστήριο) οι οποίες έχουν 145 θέσεις μελών και είναι λειτουργικά και διαχειριστικά αυτόνομες. Διοικούνται από Διοικούσα Επιτροπή με τη συμμετοχή και εκπροσώπου των ασθενών και απασχολούν και ασθενείς από άλλες κλινικές ή δομές του Α.Ν.Θ. Από το 1989 οι Συνεταιριστικές Μονάδες έχουν ενταχθεί στο Ευρωπαϊκό Πειραματικό Πρόγραμμα «AZIMOYΘIO».

Στα πλαίσια της κοινωνικής επανάταξης των ασθενών η οποία υποστηρίζεται από τη Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Στήριξης ασθενών διακρίνονται τέσσερα επίπεδα: επιστροφή στην οικογένεια, ξενώνας, διαμερίσματα και αυτόνομη ένταξη. Η μονάδα επανάταξης συμμετείχε το 1988 στην πρώτη παρέμβαση στο Κ.Θ. Λέρου (περίπου 16) σε εθελοντική βάση και σε συνεργασία με την αντίστοιχη ομάδα εργαζομένων και έναν ψυχίατρο, και σε μεταγενέστερο στάδιο με την κινητοποίηση εθελοντών από το Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης (Μπαϊρακτάρης, 1990)

vi) Το Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα – Καισαριανής

Το Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα –Καισαριανής (που υπάγεται στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο) ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1979. Αποτέλεσε σημαντική καινοτομία για τα ελληνικά δεδομένα καθώς ήταν το πρώτο Κ.Κ.Ψ.Υ. που λειτούργησε στην Ελλάδα και σταδιακά αναπτύχθηκε σε τέσσερις εξειδικευμένες υπηρεσίες: το Πρόγραμμα Ημερήσιας Φροντίδας, την Κοινωνική Λέσχη, τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και τη Συνεργατική Βιοτεχνική. Παράλληλα διασυνδέθηκε με τοπικούς φορείς (Κ.Α.Π.Η., Κέντρο Υγείας) και με το Κέντρο Επαγγελματικής Προεργασίας του Αιγινήτειου, που ιδρύθηκε το 1984.

Σύμφωνα με μελέτες, η λειτουργία του Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα –Καισαριανής οδήγησε σε σημαντική μείωση του αριθμού και της διάρκειας των ψυχιατρικών νοσηλειών καθώς και των αναγκαστικών νοσηλειών (με εισαγγελική εντολή) που προέρχονταν από τις περιοχές αυτές. (Madianos και Economidou, 1999)

vii) Η Κινητή Μονάδα Ψυχιατρικής Περίθαλψης της Εταιρεία

Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας

Πρόκειται για την πρώτη Κινητή Μονάδα παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών που λειτούργησε στην Ελλάδα, το 1981 και μάλιστα σε ένα νομό χωρίς υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Είναι ιδιαίτερα σημαντική και καινοτόμος η συνέργεια που ανέπτυξε με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καθώς και με τους παράγοντες των τοπικών κοινωνιών. Προσφέρει επίσης σημαντικό έργο εκπαιδευτικό, αγωγής υγείας και προαγωγής ψυχικής υγείας στην κοινότητα καθώς και διασύνδεση με τις άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας του νομού Φωκίδας. (Σακελλαρόπουλος, 1985)

viii) Το Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας Χαλκίδας

Οι καινοτόμες δράσεις που αναπτύχθηκαν από την αρχή λειτουργίας (1991) του Κ.Κ.Ψ.Υ. Χαλκίδας είναι: α) διατομεακή συνεργασία με τους εξής φορείς της κοινότητας: τομέας υγείας, κοινωνικής πρόνοιας, δικαιοσύνης, εργασίας, πολιτιστικός, εκπαίδευσης, τοπικών αρχών, Μ.Μ.Ε., εκκλησίας και θρησκευτικών οργανώσεων.

β) Ιδιαίτερη αναφορά χρειάζεται για την πρότυπη συνεργασία με τους φορείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε θεραπευτικό αλλά και σε εκπαιδευτικό και ερευνητικό επίπεδο. (Στυλιανίδης και Καψάλη, 1995)

ix) Ο Συνεταιρισμός «ΚΛΙΜΑΞ»

Ιδρύθηκε το 1996 με στόχο την επαγγελματική αποκατάσταση – επανένταξη ατόμων με ψυχικές νόσους. Εκτός από τις δραστηριότητες επαγγελματικής αποκατάστασης παρέχονται και ιατρικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες, ενώ λειτουργεί και θεραπευτική ομάδα, παράλληλα δε και ψυχοθεραπείες (ατομική, ομαδική, οικογενειακή και δραματοθεραπεία).

Καινοτομία αποτελεί η παροχή υπηρεσιών υποστήριξης, ενημέρωσης και αποκατάστασης σε μειονοτικούς πληθυσμούς (Κούρδους, Πομάκους, Τσιγγάνους κλπ.) καθώς και η έκδοση σχετικών εντύπων (π.χ. δίγλωσσο ελληνοτουρκικό με πληροφορίες για το AIDS). Συμμετέχει επίσης σε συλλόγους –σωματεία –ομοσπονδίες των μειονοτήτων αυτών. (Στυλιανίδης και Καψάλη, 1995)

χ) Η Μπαμπαγιώτειος Στέγη

Ιδρύθηκε και λειτουργεί στη Σύρο, με σκοπό να βοηθήσει τα κοινωνικώς αποκλεισμένα παιδιά (π.χ. παιδιά του δρόμου, παιδιά με οικογενειακά ή ψυχολογικά προβλήματα, παιδιά –θύματα ρατσισμού κλπ.), να διευκολύνει την κοινωνική τους επανένταξη, να τους καλλιεργήσει ηθικές αρχές και να στηρίξει τα παιδιά με παραβατική δράση κατά την επανένταξή τους, ώστε να μην οδηγούνται ξανά στο περιθώριο.

Τα προγράμματα που λειτουργούν περιλαμβάνουν ημερήσια σίτιση, ψυχολογική υποστήριξη παιδιών και οικογενειών, προγράμματα χειροτεχνίας και δημιουργικής απασχόλησης, ψυχαγωγικά, πολιτιστικά, εκπαιδευτικά και μέριμνα επαγγελματικής αποκατάστασης. (Στυλιανίδης και Καψάλη, 1995)

3.6. ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας (ΜΨΥ) είναι τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, τα Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία, τα Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία, οι Κινητές Μονάδες, τα Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων ή Παιδών και Εφήβων Γενικών Νομαρχιακών ή Περιφερειακών Νοσοκομείων, οι Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές Ενηλίκων ή Παιδών και Εφήβων, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και οι Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή Παιδοψυχιατρικά Νοσοκομεία, οι ιδιωτικές Κλινικές, τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης, οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, τα Ειδικά Κέντρα ή οι Ειδικές Μονάδες

Κοινωνικής Επανάταξης και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης. (Άρθρο 4, Φ.Ε.Κ. 96/17-05-99).

Οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης χωρίζονται σε αυτές που αναφέρονται στη στέγαση των ψυχικά ασθενών και εκείνες που αφορούν την επαγγελματική ένταξη και αποκατάσταση. Συγκεκριμένα :

i) Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Μονάδες ή προγράμματα όπου παρέχονται υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους είναι τα Οικοτροφεία, οι Ξενώνες, τα Προστατευμένα Διαμερίσματα και οι Φιλοξενούσες Οικογένειες. Οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, έχουν ως σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση, σε χώρους διαβίωσης, θεραπείας και υποστήριξης, για μακρόχρονη ή βραχεία παραμονή, των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όταν δεν έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον, μετά από αίτησή τους, με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας.

Τα Οικοτροφεία και οι Ξενώνες έχουν ως σκοπό κυρίως την παροχή στεγαστικών, θεραπευτικών, κοινωνικών και πολιτιστικών υπηρεσιών. Ειδικότερα, αναπτύσσουν δραστηριότητες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και συμμετέχουν από κοινού με άλλα νομικά πρόσωπα της περιοχής τους σε δραστηριότητες πολιτιστικές και εκπαιδευτικές, καθώς και κοινωνικής και επαγγελματικής επανάταξης.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα προγράμματα των Προστατευμένων Διαμερισμάτων έχουν ως σκοπό την εγκατάσταση και ψυχιατρική παρακολούθηση ενήλικων ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε διαμέρισμα ή άλλης μορφής κατοικία στην κοινότητα. Στα Προστατευμένα Διαμερίσματα εγκαθίσταται αριθμός ατόμων με ψυχικές διαταραχές, μέχρι έξι (6), με

περιορισμένη εποπτεία και παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας από το προσωπικό της Μονάδας Ψυχικής Υγείας στην οποία υπάγονται.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών έχουν ως σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση ενηλίκων με ψυχικές διαταραχές σε κατάλληλες οικογένειες. Οι Φιλοξενούσες Οικογένειες μπορεί να ανήκουν στο φιλικό ή συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς, υπό την προϋπόθεση ότι δεν τελούν σε πρώτο βαθμό συγγένειας με τον ασθενή. Τα καθήκοντα της Φιλοξενούσας Οικογένειας μπορεί να ανατεθούν και σε μεμονωμένα άτομα. (Άρθρο 9, Φ.Ε.Κ. 96/17-05-99)

ii) Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης – Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης

Τα Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης μπορεί να είναι Θεραπευτικές Μονάδες Αποκατάστασης και Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους και Κέντρα Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης και Επαγγελματικής Κατάρτισης για ενήλικες και εφήβους.

Οι Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης είναι τα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης για ενήλικες ή εφήβους ηλικίας δεκαπέντε (15) ετών και άνω, με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Στα Προστατευμένα Εργαστήρια και στα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης παρέχονται υπηρεσίες για την απόκτηση λειτουργικών, μαθησιακών και επαγγελματικών δεξιοτήτων στα άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα από το κατάλληλο προσωπικό με σκοπό τη θεραπεία, την κοινωνική επανάταξη και την τοποθέτησή τους στην ελεύθερη ή προστατευμένη αγορά εργασίας ή σε

Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης ή άλλες μορφές κοινωνικών ή δημοτικών επιχειρήσεων. (Άρθρο 10, ΦΕΚ 96/17-05-99)

iii) Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.) αποβλέπουν στην κοινωνικο-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχο-κοινωνικά προβλήματα και συμβάλλουν στη θεραπεία τους και στην κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια. Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους, έχουν εμπορική ιδιότητα και αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας. Η μέριμνα για την ανάπτυξή τους και η εποπτεία τους ανήκουν στον υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και ασκούνται μέσω της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας.

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης μπορούν να είναι ταυτόχρονα παραγωγικές, καταναλωτικές, εμπορικές, προμηθευτικές, μεταφορικές, τουριστικές, οικοδομικές, πιστωτικές, αναπτυξιακές, κοινωνικές, εκπαιδευτικές και πολιτιστικές μονάδες και αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα (αγροτική, κτηνοτροφική, μελισσοκομική, αλιευτική, δασική, βιομηχανική, βιοτεχνική, ξενοδοχειακή, εμπορική, παροχής υπηρεσιών, κοινωνικής ανάπτυξης).

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης μπορούν :

α) Να ιδρύουν και να διατηρούν καταστήματα πώλησης και υποκαταστημάτων οπουδήποτε.

β) Να συμμετέχουν σε επιχειρήσεις κοινής ωφέλειας εφόσον η συμμετοχή αυτή επιτρέπεται από τις ειδικές κατά περίπτωση διατάξεις.

γ) Να συμμετέχουν σε αναπτυξιακά προγράμματα ή να συμμετέχουν με άλλες επιχειρήσεις ή εταιρίες στην πραγματοποίησή τους και να

συνεργάζονται με άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, εταιρίες ή άλλες ενώσεις κάθε τύπου.

Σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας συστήνεται και λειτουργεί αποκλειστικά ένας Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης. Για την σύσταση των Κοι.Σ.Π.Ε. απαιτείται άδεια σκοπιμότητας, η οποία χορηγείται από τον υπουργό Υγείας και Πρόνοιας μετά από εξέταση του προτεινόμενου καταστατικού και αφού ληφθούν υπόψη οι δυνατότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, τα αναπτυξιακά δεδομένα της περιοχής δράσης και η γνώμη του Τομέα Ψυχικής Υγείας. (Άρθρο 12, ΦΕΚ 96/17-05-99)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV :

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

4.1. ΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα βασικά μέλη της Ομάδας σε ένα πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στο Ψυχιατρείο είναι : οι Ψυχίατροι, οι Ψυχολόγοι, οι Νοσηλεύτες, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, οι Εργοθεραπευτές και οι Επιμελητές Περιπτώσεων.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας εργάζονται σε τρία επίπεδα: 1) άμεση αντιμετώπιση του ατόμου, που μπορεί να έχει τη μορφή της παρέμβασης σε κρίσεις ή της παρέμβασης με θεραπευτικούς / φαρμακευτικούς χειρισμούς, 2) θεραπευτική συνέχεια, μέχρι την εξάλειψη των ψυχοπαθολογικών φαινομένων στη συμπεριφορά του και 3) κοινωνική αποκατάσταση, όπου προγραμματίζεται κάθε μηχανισμός κοινωνικοποίησης και κοινωνικό-επαγγελματικής ένταξης του ατόμου.

Η συμβολή κάθε κλάδου για την αντιμετώπιση της περίπτωσης είναι ουσιαστική από τη σκοπιά της ειδικής συνεισφοράς του πεδίου των γνώσεων που απαιτούνται για την κάλυψη κάθε ειδικής ανάγκης του. Η αποδοτική εργασία της ομάδας είναι συνάρτηση: 1) της προσωπικότητας κάθε μέλους, 2) της εκπαίδευσης που έχει, 3) της διαμόρφωσης μιας συγκεκριμένης ιδεολογίας για της κοινοτική δράση, 4) της τήρησης των επαγγελματικών ορίων και 5) της αντίληψης της ομαδικότητας. (Μαδιανός, 2000)

Ειδικότερα, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά πασχόντων είναι :

Δ) Ο ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ

Ο Ψυχίατρος είναι εκπαιδευμένος γιατρός που εξειδικεύεται στη διάγνωση και το χειρισμό των ψυχικών διαταραχών. Εξετάζει την πληθώρα από διαφορετικούς παράγοντες που πιθανόν να έχουν συμβάλει στο να αρρωστήσει κάποιος ψυχικά και προσπαθεί να προσαρμόσει μια θεραπεία όσο δυνατόν πιο εξατομικευμένη στις ιδιαίτερες ανάγκες του / της ασθενούς.

Οι Ψυχίατροι είναι αρμόδιοι να παρέχουν μια σειρά από θεραπείες, που συμπεριλαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή και / ή διαφορετικούς τύπους ψυχοθεραπείας. Οι Ψυχίατροι είναι επίσης εξουσιοδοτημένοι από το νόμο, να εισηγούνται τον υποχρεωτικό περιορισμό (αναγκαστική νοσηλεία) κάποιου σε ψυχιατρική μονάδα. Η απόφαση αυτή λαμβάνεται μόνο προς το συμφέρον της υγείας ή της ασφάλειας του ατόμου ή για την προστασία άλλων, και όταν το άτομο δεν δέχεται κατάλληλη ιατρική συμβουλή παρά τη σοβαρότητα της κατάστασής του. (www.Royal College of Psychiatrists)

Η επιτυχημένη εργασία ενός κοινοτικού ψυχίατρου συναρτάται από την τήρηση των βασικών αρχών της Κοινοτική Ψυχιατρικής, τη διαμόρφωση συγκεκριμένης ιδεολογίας, την έλλειψη ελιτισμού, την ίδια τη στάση του προς την κοινότητα και τις ικανότητές του. Θα πρέπει να σημειωθεί και το πρόβλημα της ευθυνοφοβίας, που είναι ίσως το μεγαλύτερο εμπόδιο στην απρόσκοπτη εργασία ενός ψυχίατρου, που ξεπερνιέται με τη βαθιά γνώση του αντικειμένου της δουλειάς του, τη σωστή εκτίμηση των προγνωστικών δεικτών κινδύνου αυτοκτονίας και τα προληπτικά μέτρα που θα πρέπει να λάβει. (Μαδιανός, 2000)

II) Ο ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ

Ο Ψυχολόγος συμβάλλει στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου με την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Επίσης, με τη συμμετοχή του στις συναντήσεις της ψυχιατρικής ομάδας, στις οποίες γίνεται η συνολική εκτίμηση της κάθε περίπτωσης με βάση τα στοιχεία από το ψυχιατρικό και το κοινωνικό ιστορικό, από την προσαρμογή του αρρώστου κλπ. Στη συνολική εκτίμηση όλων αυτών των στοιχείων στηρίζεται ο σχεδιασμός των κατάλληλων παρεμβάσεων, που θα συντελέσουν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της νόσου, αλλά και των γενικότερων προβλημάτων του ασθενούς και της οικογένειάς του.

Ο Ψυχολόγος συμβάλλει στις συναντήσεις αυτές με τα στοιχεία από την ψυχολογική αξιολόγηση (π.χ. ποια είναι η παρούσα κατάσταση των νοητικών λειτουργιών του ασθενούς και πως έχουν επηρεαστεί, π.χ. η μνήμη του ή η κρίση του από τη νόσο, ποια είναι τα ψυχοπαθολογικά στοιχεία της προσωπικότητάς του κ.α.), αλλά και με στοιχεία από την εικόνα, την οποία έχει σχηματίσει στις ατομικές συναντήσεις του με τον ασθενή. Επίσης, ο ψυχολόγος, που έχει την κατάλληλη εκπαίδευση, εφαρμόζει, ανάλογα με την περίπτωση και την εξειδίκευσή του, διάφορες ψυχοθεραπευτικές μεθόδους, όπως ομαδική θεραπεία, θεραπείες συμπεριφοράς, δραματοθεραπεία, βραχεία ψυχαναλυτικού τύπου ψυχοθεραπεία, οικογενειακή θεραπεία, θεραπεία μέσω τέχνης κ.α. (Herbert και συνεργάτες, 1998)

Στη διαδικασία της αποκατάστασης και της κοινωνικής επανένταξης του ψυχικά ασθενούς ο ψυχολόγος συμβάλλει με ψυχολογική υποστήριξη, η οποία έχει ως στόχο να βοηθήσει τον ασθενή να ενταχθεί στο χώρο της εργασίας (π.χ. να παρακολουθήσει ειδικά προγράμματα εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης). Επίσης συμβάλλει με την ανάπτυξη, μέσω εξειδικευμένων ψυχοθεραπευτικών μεθόδων, των κοινωνικών δεξιοτήτων

του ασθενούς, που θα συντελέσουν αποφασιστικά στην κοινωνική του επανένταξη και τέλος, με την αξιολόγηση της προσωπικότητας, των ικανοτήτων και των ενδιαφερόντων του ασθενούς με στόχο την εξεύρεση της καταλληλότερης και εφικτής για την κάθε περίπτωση επαγγελματικής απασχόλησης. (Χριστοδούλου, 2000)

III) Ο ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ένα πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με εκπαίδευση στην ειδικότητα, κατά προτίμηση πανεπιστημιακή, μπορεί να αναλάβει διαφόρους ρόλους και αρμοδιότητες. Ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των αρρώστων που εξυπηρετεί, το γενικό σύστημα φροντίδας που διαμορφώνεται από τη διεπιστημονική ομάδα αποκατάστασης, τις μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας της κοινωνίας και τις νέες γνώσεις που παράγονται από ερευνητικές μελέτες.

Οι διαστάσεις του νοσηλευτικού ρόλου σε γενικές γραμμές είναι:

-Οργάνωση, προγραμματισμός, συντονισμός όλων των διαστάσεων της νοσηλευτικής φροντίδας των ψυχικά αρρώστων, καθώς και υπεύθυνη αξιολόγηση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

-Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ψυχικά αρρώστους και τις οικογένειές τους.

-Άσκηση πρωτοβάθμιας και κοινοτικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, με κύριο σκοπό την πρωτογενή πρόληψη αλλά και κάθε είδους πρόληψη, καθώς και την παρακολούθηση της πορείας των ψυχικά αρρώστων στην κοινότητα.

-Στην κλινική / φαρμακευτική αγωγή του αρρώστου και την παρακολούθηση του ως προς την κανονική λήψη των φαρμάκων και τις τυχόν παρενέργειες.

-Προστασία των ψυχικά αρρώστων από τυχόν παραμέληση, εκμετάλλευση ή προσβολή της αξιοπρέπειάς τους και υποστήριξη της επιστημονικής /ανθρωπιστικής ολοκληρωμένης φροντίδας τους.

-Αγωγή σωματικής και ψυχικής υγείας στους αρρώστους, το προσωπικό, τους εκπαιδευομένους, τις οικογένειες και στο κοινό.

-Συνεργασία με το νοσηλευτικό και το υπόλοιπο προσωπικό, καθώς και με τη διεπιστημονική ομάδα υγείας.

-Συμμετοχή σε ομάδες εργασίας για τη μελέτη και διενέργεια επιθυμητών αλλαγών στις μεθόδους και δομές των υπηρεσιών φροντίδας της υγείας.

(Ραγιά, 1999)

Για την εκπλήρωση των στόχων, την εκτέλεση των επιστημονικών εργασιών του και τη διασφάλιση της ποιότητας στην παρεχόμενη φροντίδα, ο ψυχιατρικός νοσηλευτής είναι απαραίτητο, εκτός από τις επιστημονικές αρχές και γνώσεις, να διαθέτει οργανωτικές και διοικητικές δεξιότητες, δυνατότητα εγκατάστασης θετικών διαπροσωπικών σχέσεων, ευελιξία επικοινωνίας, διαθεσιμότητα, παρατηρητικότητα, συνέπεια, διδακτική ικανότητα και να επιδιώκει συνεχή επιμόρφωση και ενημέρωση για τις νεότερες στάσεις και αντιλήψεις της Ψυχιατρικής. (Γιαννοπούλου, 1995)

IV) Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

Στα πλαίσια των προγραμμάτων αποκατάστασης, πέρα από την επίλυση άμεσων προβλημάτων (συνταξιοδοτικών, ασφαλιστικών, νομικών, επικοινωνίας με την οικογένεια κλπ.), σημαντικό κομμάτι της δουλειάς του Κ.Λ. είναι η ανάπτυξη ψυχοθεραπευτικής σχέσης, μέσω της μακρόχρονης, διαπροσωπική επαφής με τον ασθενή. Ο Κ.Λ. στηρίζει τον ψυχικά πάσχοντα με τη δημιουργία και το συντονισμό ομάδας καθώς και μέσω τακτικών συνεντεύξεων –συζητήσεων μαζί του. Επιπρόσθετα, σημαντικό στα πλαίσια αυτά είναι οι κοινές δραστηριότητες με τους ασθενείς (εκδρομές, έξοδοι, ταβέρνες κλπ.) μέσω των οποίων ενθαρρύνονται να αναπτύξουν την κοινωνικότητά τους και τις κοινωνικές τους δεξιότητες.

Βασικό στοιχείο στα αποκαταστασιακά προγράμματα είναι η ενημέρωση της οικογένειας για το πρόγραμμα και τους σκοπούς του και τις αλλαγές που αυτό θα επιφέρει στη ζωή και στο βιοτικό επίπεδο του πάσχοντα οικείου τους. Με τον τρόπο αυτό η οικογένεια νιώθει καλύτερα ξέροντας ότι ο άνθρωπός τους ζει σε ανθρώπινες συνθήκες και συγχρόνως ενθαρρύνονται ψυχολογικά στην επαφή τους με το πλαίσιο και το νοσηλευόμενο μια και επέρχεται αποστιγματισμός με την απομάκρυνση από το άσυλο. (Έντυπο Ενημερωτικό Υλικό Επιστημονικής Ομάδας ΨΝ. Αθήνας, 2000)

Παράλληλα, ο Κ.Λ. ευαισθητοποιεί στην πρόληψη της υποτροπής, ενθαρρύνει την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και τη δημιουργία κοινωνικών δεσμών, αναζητά πηγές βοήθειας, εργάζεται για τον αποστιγματισμό της ψυχικής νόσου και υποστηρίζει φορείς που ασχολούνται με την ψυχική υγεία (π.χ. σύλλογοι γονέων και σύλλογοι ασθενών). Πρέπει να δοθεί έμφαση στη συνεχή ενημέρωση του επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού γύρω από τις νέες τάσεις που αφορούν στο αντικείμενό του, που είναι προϋπόθεση για την επαγγελματική του επάρκεια καθώς και στην τήρηση των επαγγελματικών του ορίων. (Χριστοδούλου, 2000)

Υ) Ο ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ

Ο εργοθεραπευτής (occupational therapist) σε ένα πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι το μέλος της ψυχοκοινωνικής ομάδας που αναλαμβάνει : α) την άσκηση των χρόνιων ασθενών σε δεξιότητες (skills) τις οποίες έχουν χάσει λόγω της χρονιότητας της ψυχικής αρρώστιας ή δεν είχαν αποκτήσει ποτέ (οι δεξιότητες αυτές προσφέρουν τη δυνατότητα ανεξάρτησης και αυτονομίας στο άτομο, ώστε να γίνει παραγωγικό και ανεξάρτητο), β) τη φροντίδα για τη γενικότερη κοινωνικοποίησή τους μέσα από την ομαδική κοινωνικοθεραπευτική εργασία, γ) την εκτίμηση των ικανοτήτων του ατόμου πριν και κατά τη διάρκεια του προγράμματος αποκατάστασης και δ) το γενικότερο προγραμματισμό της κοινοτικής αποκατάστασης (συνθήκες διαμονής, εργασιακές σχέσεις). (Κωστάκη, 1986).

Ο εργοθεραπευτής στοχεύει : α) στην επίτευξη της ατομικής ανεξαρτητοποίησης του πελάτη, ώστε λειτουργικά να μπορεί να φροντίζει τον εαυτό του, να κινείται στην κοινότητα και γενικά να αυτοεξυπηρετείται, β) στην εργασιακή αποκατάσταση και γ) στην κοινωνικοποίησή του μέσα από κοινωνικοθεραπευτικές δραστηριότητες. (Μαδιανός, 2000).

Για την επίτευξη αυτών των στόχων χρησιμοποιεί τη «δραστηριότητα», η οποία είναι το βασικό μέσο που τον διαφοροποιεί από τις άλλες ειδικότητες ψυχικής υγείας στη θεραπευτική διαδικασία. Η δραστηριότητα αποτελεί τη γέφυρα ανάμεσα στην εσωτερική πραγματικότητα και τον εξωτερικό κόσμο. (Creek J., 1990).

Το θεραπευτικό έργο συνιστάται από την προσπάθεια του εργοθεραπευτή για δημιουργία μιας θεραπευτικής συμμαχίας με τον άρρωστο, την εκμάθηση των δραστηριοτήτων, την καθοδήγηση, τη διευκόλυνση της ολοκλήρωσης του έργου του, την ενίσχυση της ομαλοποίησης με την περιποίηση της προσωπικής εμφάνισης και υγιεινής, καθώς και με τη

δημιουργία αισθήματος αισιοδοξίας, εμπιστοσύνης, ασφάλειας αλλά και ορίων. Η θεραπευτική εργασία περιλαμβάνει και τη συναισθηματική υποστήριξη του αρρώστου με την ενίσχυση του εγώ αλλά και την ικανοποίηση των αναγκών του, ο δε θεραπευτής αποτελεί πρότυπο για ταύτιση.

Τέλος, ο εργοθεραπευτής συμμετέχει σε όλα τα στάδια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης μέχρι την τελική κοινωνική αποκατάσταση ή την ανάπτυξη ενός υποστηρικτικού συστήματος. (Μαδιανός, 1994)

VI) Ο ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ ΤΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Ο θεσμός του επιμελητή των περιπτώσεων (case manager) έχει θεωρηθεί από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής των ΗΠΑ αναγκαίος για την αναπλήρωση του κενού που παρατηρείται λόγω του αυξημένου αριθμού χρόνιων ψυχικά αρρώστων και της έλλειψης ειδικών επαγγελματιών – π.χ., κοινωνικών λειτουργών – οι οποίοι αναλαμβάνουν τις περιπτώσεις ως προς διάφορα θέματα, κυρίως προνοιακού χαρακτήρα.

Σύμφωνα με τον ορισμό : Επιμέλεια των περιπτώσεων είναι οι δραστηριότητες που συνδέουν το σύστημα υπηρεσιών με τον καταναλωτή του και συντονίζουν τα διαφορετικά του στοιχεία, ώστε να επιτευχθεί ένα θετικό αποτέλεσμα. Ο κύριος στόχος είναι το θεραπευτικό συνεχές και η επίλυση προβλημάτων και κυρίως η μείωση της «ακαμψίας» των υπηρεσιών και της υπολειτουργικότητας μερικών υπηρεσιών. (Joint Commission on Accreditation of Hospitals, 1976).

Στις αρμοδιότητες του επιμελητή περιπτώσεων συμπεριλαμβάνονται : α) το να βρίσκεται σε συνεχή επαφή με τους ασθενείς έτσι ώστε να παρακολουθεί την πρόοδό τους και να ελέγχει αν ικανοποιούνται οι ανάγκες τους, β) το να βοηθά τους ασθενείς ώστε να ζουν, όσο το δυνατόν, αυτόνομα, γ) το να βρίσκεται σε διαθεσιμότητα ώστε να παρεμβαίνει σε

περιόδους κρίσεων, δ) το να ενεργεί ως συνήγορος για τον κάθε ένα από τους ασθενείς για τους οποίους είναι υπεύθυνος και ε) το να ελέγχει αν υπάρχουν ελλείψεις στην παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και όπου υπάρχει ανάγκη να προβαίνει στις απαραίτητες ενέργειες. (W.H.O., 1993)

Ο επιμελητής των περιπτώσεων, που θα μπορούσε να ονομαστεί και ψυχιατρικός επιμελητής, είναι συνήθως πτυχιούχος μέσης εκπαίδευσης απόφοιτος ταχύρυθμων προγραμμάτων ή προπτυχιούχος φοιτητής σχολών ανθρωπιστικών επιστημών. Ο θεσμός αυτός άνθισε κατά την περίοδο της αποϊδρυματοποίησης στις Η.Π.Α., ωστόσο σε καμιά άλλη περίοδο δεν έχει εφαρμοστεί.

Ο θεσμός του επιμελητή περιπτώσεων στις Η.Π.Α. έχει συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της θέσης και γενικά της ποιότητας της ζωής των χρόνιων ψυχιατρικών αρρώστων που έχουν βγει από τα ψυχιατρεία κατά τη δεκαετία του '70. (Franklin και συν., 1987).

4.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΡΡΟΗΣ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

4.2.1. Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

Από τη δεκαετία του '20 και του '30, αλλά κυρίως από τις δεκαετίες του '40 και του '50, οι ψυχαναλυτές άρχισαν να διευρύνουν τη θεωρία και την τεχνική στη θεραπεία των ψυχώσεων. Οι ψυχαναλυτές στη δεκαετία του '20 τολμούν με ελάχιστα ή χωρίς καθόλου φάρμακα, να ηρεμήσουν τη διέγερση, να τροποποιήσουν την επικινδυνότητα, να επιχειρήσουν να δημιουργήσουν σχέση με τον άρρωστο, δηλαδή να επιδιώξουν την αναβίωση πλευρών της πρωτογενούς σχέσης του ασθενούς, που τη φοβούνται ακόμα και σήμερα πολλοί φροντιστές.

Η πράξη αυτή, μετά από τη ψυχοφαρμακολογική επανάσταση, μοιάζει ακόμα εξαιρετικά δύσκολη για μια μεγάλη μερίδα φροντιστών και φυσικά περισσότερο για τους οργανικά προσανατολισμένους ψυχιάτρους. Αυτή η διαδικασία εγκατάστασης και αντοχής της θεραπευτικής σχέσης με έναν παλινδρομημένο, ανήσυχο και διεγερτικό άρρωστο, μένει πάντα ένα σοβαρό πρόβλημα. Με το πέρασμα του χρόνου έγινε γνωστό ότι προσφέροντας στον ασθενή την αίσθηση της αφοσίωσης και της σταθερότητας και με την ταυτόχρονη λειτουργία της κατάλληλης τεχνικής, τροποποιείται τουλάχιστον η επιθετική, η καχύποπτη, η παραληρηματικά διωκτική στάση του ψυχωσικού απέναντι στον φροντιστή.

Από την άλλη, κατά τον Freud, η ψυχαναλυτική θεραπεία και η ψύχωση είναι δυο ασυμβίβαστες έννοιες. Πίστευε πως η μεταβίβαση –αναγκαίος μοχλός για κάθε θεραπεία– κατά τη συνεργασία με έναν ψυχωσικό, δεν μπορεί να λειτουργήσει με τον τρόπο που μπορεί να λειτουργήσει στη θεραπεία των νευρώσεων. Και αυτό, επειδή το Υπερεγώ του φροντιστή δεν

είναι τόσο απαιτητικό στην συνδιαλλαγή με τους ψυχωσικούς, όσο στη θεραπεία με νευρωτικούς, όπου τονίζεται στον επαγγελματία περισσότερο η αίσθηση της υποχρέωσης για ίαση της νεύρωσης. Ο Freud χαρακτηριστικά γράφει το 1938 : «Διαπιστώνω ότι θα πρέπει να παραιτηθούμε από την ιδέα να εφαρμόσουμε στους ψυχωσικούς τη θεραπευτική μας μέθοδο».

Ο τρόπος με τον οποίο «βλέπει» ο φροντιστής και κατανοεί το υλικό του ψυχωσικού και η φροντίδα που δείχνει σ' αυτόν, αποτελούν τα εργαλεία του στην εργασία με τον άρρωστο. Η οπτική γωνία από την οποία ο φροντιστής επιλέγει να «δει» την ψύχωση, να ρυθμίσει τη συνειδητή του στάση και την αντοχή του στις αποστερήσεις, διαμορφώνει και την απάντησή του στην εξωτερική πραγματικότητα σε σχέση με την ψύχωση.

Η επεξεργασία του υλικού του ψυχωσικού κάτω από ψυχαναλυτικό πρίσμα, προϋποθέτει το να πιστεύει ο φροντιστής σταθερά ότι οι ψυχολογικοί ασυνείδητοι μηχανισμοί είναι πράγματι εκείνοι που έδρασαν και δρουν σε όλες τις περιοχές των συμπτωμάτων του αρρώστου, ότι είναι εκείνοι που αν τροποποιηθούν με τους κατάλληλους ψυχοθεραπευτικούς χειρισμούς θα φέρουν το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Είναι αυτονόητο ότι μέσα σ' αυτό το πλαίσιο προσέγγισης της ψύχωσης, είναι απαραίτητη η συναισθηματική συμμετοχή του επαγγελματία και αναγκαίο το να πιστεύει στην ύπαρξη ασυνείδητου και στην δυνατότητα επικοινωνίας με εκείνο του αρρώστου. Μόνο έτσι μπορεί να αναζητηθεί ένα κίνητρο στη διαταραχή της συμπεριφοράς και ένας συμβολισμός σε κάθε σύμπτωμα. (Σακελλαρόπουλος, 1994)

Η λειτουργία του φροντιστή στα πλαίσια της ψυχοδυναμικής προσέγγισης συναντά κάποια ειδικά προβλήματα. Όπως επισημαίνει κι ο Searles : «Η κάθε είδους επικοινωνία και επαφή που στοχεύει σε θεραπευτικά αποτελέσματα προς τον ψυχωσικό ασθενή, ενέχει τον κίνδυνο της ταύτισης του θεραπευτή με τον θεραπευόμενο με έναν τρόπο άκρως ασυνείδητο». Κάτι τέτοιο έχει ως αποτέλεσμα τη διακίνηση απρόβλεπτων

συναισθηματικών καταστάσεων από τη μεριά του επαγγελματία, οι οποίες μπορεί να μη διαφέρουν καθόλου από εκείνες του αρρώστου. (Searles, 2003)

Όπως αναφέρει και ο Μαιούτσος, η παλινδρομική κίνηση ξεκινά τις περισσότερες φορές σε συνειδητό επίπεδο από τη μεριά του επαγγελματία, ο οποίος μάλιστα μπορεί να έχει μια χαρακτηριστική δυσκολία στο να εκφράσει καταθλιπτικά συναισθήματα ή συναισθήματα ενοχής. Έτσι, με ιδιαίτερη ευκολία τείνει να κατηγορεί τον ίδιο τον ασθενή, αποδεικνύοντας την υποβόσκουσα και ασυνείδητη ταύτιση μαζί του. Το «αδιαφοροποίητο» μεταξύ φροντιστή –ασθενή γίνεται συχνά μια τυπική κατάσταση στις σχέσεις και στις συμπεριφορές των ατόμων που συμμετέχουν στην προσπάθεια αποασυλοποίησης χρόνιων ψυχωσικών ασθενών. (Δαμίγος, 2003)

Η αγωνία μπροστά στον ψυχωσικό, όπως αναφέρει και ο Hochmann, μπορεί να οδηγήσει τον φροντιστή στο να θελήσει να «εξημερώσει» τον άρρωστο, χειραγωγώντας το ψυχωτικό του μέρος και προσπαθώντας να επαναφέρει αυτό που υποτίθεται ότι απουσιάζει. Αν θεωρήσει κανείς την ψύχωση ως έκπτωση, αυτόματα οδηγείται στο να δει την περίθαλψη ως «δεκανίκυ» που θα επέτρεπε στο υποκείμενο να ζήσει καλά ή άσχημα με αυτό που του λείπει, είτε να τη δει ως έναν παράγοντα επανόρθωσης.

Η ψύχωση θα πρέπει να θεωρείται ως άμυνα. Μόνο τότε θα μπορέσει ο φροντιστής να δώσει μια άλλη κατεύθυνση σε αυτήν την άμυνα, τροποποιώντας παράλληλα τη λειτουργία του προσυνειδητού. Αυτό απαιτεί χρόνο και ενέργεια, αλλά πρωτίστως απαιτεί μια θεωρητική επεξεργασία.

Αντίθετα με αυτό που θεωρούσαν οι παλαιότεροι θεραπευτές, οι οποίοι έβαζαν σε προνομιά θέση την «απλότητα» του καλού νοσοκόμου που είναι ικανός να συντροφεύει με έναν απλοϊκό τρόπο τον άρρωστο, οι επαγγελματίες έχουν αρχίσει να προσανατολίζονται στο να αντιμετωπίζουν την περίθαλψη ως μια διανοητική δραστηριότητα. Δηλαδή, το αντικείμενο της περίθαλψης είναι να θέσει ξανά σε λειτουργία τη δραστηριότητα σκέψης

του ασθενή, τη συνδετική διαδικασία, ενάντια στην οποία μάχεται απεγνωσμένα. Το να συμφιλώσκει κανείς τον ψυχωσικό ασθενή με τη σκέψη του, που τη βιώνει σαν έντονη καταδίωξη, το να τον βοηθήσει να ξαναβρεί την ευχαρίστηση να σκέφτεται, εκείνο είναι που επιδιώκει η περίθαλψη. (Δαμίγος, 2003)

4.2.2. Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Η μεταβίβαση αναφέρεται στη μετάθεση ή μετατόπιση συναισθημάτων, συμπεριφορών και στάσεων του θεραπευόμενου προς τον θεραπευτή. Το άτομο εκδηλώνει εμπειρίες από τις σχέσεις που είχε στο παρελθόν με σημαντικά πρόσωπα στην τωρινή σχέση που αναπτύσσει με τον θεραπευτή, στον οποίο προβάλλει τις προσδοκίες του. (Μαλικιώση –Λοΐζου, 1999)

Η αντιμεταβίβαση είναι η συναισθηματική αντίδραση του φροντιστή προς τον ασθενή, που αν αγνοηθεί, είναι ενδεχόμενο να προκαλέσει δυσκολίες ανάλογες με εκείνες που φέρνει μια ανερμήνευτη μεταβίβαση. Γι' αυτό πρέπει να συνειδητοποιηθεί και να διευκρινιστεί, με άλλα λόγια να ερμηνευτεί η προέλευσή της, οπότε μπορεί να φανεί χρήσιμη στον επαγγελματία, βοηθώντας τον να αντιμετωπίσει τον ασθενή με «αντικειμενική υποκειμενικότητα», όπως λέει κι ο Erikson. Η συχνότητα με την οποία εμφανίζεται και η σημασία της είναι μεγαλύτερες σε περιπτώσεις διαταραχής χαρακτήρα ή προσωπικότητας, ιδίως οριακού και ναρκισσιστικού τύπου. (Χαρτοκόλλης, 1991)

Τα αντιμεταβιβαστικά αισθήματα χωρίζονται σε δυο κατηγορίες :

1) Η κυρίως αντιμεταβίβαση, που είναι η ασυνείδητη αντίδραση του επαγγελματία σε αισθήματα, προβολές και συμπεριφορές του αρρώστου που μπορούν να προκαλέσουν έντονα αντικατοπτρικά αισθήματα στον φροντιστή, από αναβίωση παλιών εμπειριών κλπ. Ο φροντιστής πρέπει να προσπαθήσει να καταλάβει τα κατ' αρχήν αντιμεταβιβαστικά συναισθήματα

που του προκαλεί ο άρρωστος και να τα χρησιμοποιήσει διαγνωστικά, να δει δηλαδή το κατά πόσο οι αντιμεταβιβαστικές του αντιδράσεις αντιστοιχούν στο είδος και τη φύση των ασυνείδητων ενορμήσεων του ασθενή και των αμυντικών μηχανισμών του.

2) Η συνειδητή συναισθηματική αντίδραση στις πραγματικές ή μεταβιβαστικές ανάγκες του ασθενή. Για παράδειγμα, ο επαγγελματίας συνειδητά κολακεύεται, θυμώνει, αισθάνεται μειωμένος, απορριπτόμενος, ερωτικά επιθυμητός από τη συμπεριφορά και τα λεγόμενα του αρρώστου προς αυτόν. Ο Freud πρώτος αναγνώρισε στον εαυτό του τέτοιου είδους αντιδράσεις, αντιτέθηκε μ' αυτές κι αυτό τον έκανε να θέσει αυστηρούς κανόνες τεχνικής με κύριο στοιχείο την ουδετερότητα και τη χρήση του αναλυτή σαν λευκή οθόνη. (Γιωσαφάτ, 2003)

Το σύνολο των αντιμεταβιβαστικών αντιδράσεων καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα. Αν οι εμπειρίες του ασθενή με τον επαγγελματία είναι θετικές, δημιουργείται μια «διορθωτική συναισθηματική εμπειρία». Αυτό δε σημαίνει ότι ο φροντιστής προσφέρει αγάπη, ούτε συμπάθεια, όσο empathy, εμπραθητικότητα, μια ουσιαστική κατανόηση των αισθημάτων του ασθενή. Αν οι εμπειρίες είναι αρνητικές, η θεραπεία θα έχει συχνά αρνητικά αποτελέσματα. Ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος γίνεται ο «γιατρός του γιατρού», προσφέροντάς του συνειδητά ή ασυνείδητα την ικανοποίηση των συνειδητών ή ασυνείδητων επιθυμιών του επαγγελματία. Έτσι, επέρχεται μια διαστρέβλωση της σχέσης που δρα αντιθεραπευτικά. (Γιωσαφάτ, 2003)

Δουλεύοντας με ψυχωσικούς αρρώστους, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δέχονται την επιθετικότητά τους με συνέπεια την εμφάνιση της αρνητικής αντιμεταβίβασης. Αυτό που έχει σημασία είναι ο τρόπος με τον οποίο θα επεξεργαστεί κανείς την επιθετικότητά του, το φόβο ή το συναίσθημα αποτυχίας προς τον πάσχοντα. Κυρίως όμως θα πρέπει να τεθούν όρια.

Σύμφωνα με τον Σακελλαρόπουλο, ο φροντιστής οφείλει να διατηρεί την ουδετερότητά του και να μη γίνεται κριτής. Είναι βοηθητικό για αυτόν να αντιλαμβάνεται ότι ο ασθενής δεν επιτίθεται στην πραγματική του υπόσταση, αλλά σε ένα αρχαϊκό *imago* (μορφοείδωλο). Είναι σημαντικό να νιώσει ότι η επίθεση δεν απευθύνεται στον ίδιο. (Δαμίγος, 2003)

Μια από τις παλαιότερες, μεγαλύτερες έρευνες στην ψυχοθεραπεία (του Hans Strupp) βρήκε ότι οι κύριοι θεραπευτικοί παράγοντες σε κάθε ψυχοθεραπεία ήταν όχι οι θεωρίες αλλά ο θεραπευτής, ο οποίος πρέπει να έχει τις εξής τρεις ιδιότητες:

- 1) να είναι γνήσιος και αυθεντικός, κάτι που έχει λείψει στην παιδική ηλικία των περισσότερων ψυχικά ασθενών
- 2) να έχει σεβασμό και μια όχι κτητική σχέση θερμότητας με τον άρρωστο
- 3) να κατέχει κάποια θεωρία καλά, ώστε να βάζει σε κάποια τάξη τα συγκεχυμένα συναισθήματα του αρρώστου. (Γιωσαφάτ, 2003)

Επίσης, ένας άλλος παράγοντας –απαραίτητη προϋπόθεση για κάθε είδους αποκαταστασιακές δραστηριότητες είναι η δημιουργία θεραπευτικής ατμόσφαιρας ή περιβάλλοντος· με τον όρο αυτό εννοείται ένα σύνολο τάσεων και δραστηριοτήτων για την ικανοποίηση των αναγκών και την κινητοποίηση των αρρώστων, ώστε να μειωθεί το άγχος τους και η τυχόν ανασφάλειά τους. Ταυτόχρονα αναπτύσσεται το αίσθημα της ομαδικότητας, της ανοχής προς τους άλλους και του σεβασμού των αναγκών τους, ενώ ενισχύονται οι διαπροσωπικές σχέσεις και η συμμετοχή στο ομαδικό πνεύμα· όλα αυτά κατευθύνονται προς την επίτευξη του κύριου θεραπευτικού στόχου, που είναι να μπορέσει ο νοσηλευόμενος να διαχωρίσει και να διακρίνει το ρόλο που έχει μέσα στο ίδρυμα από το ρόλο που προγραμματίζει να έχει μετά την έξοδό του από αυτό.

Ιδιαίτερα θέματα που πρέπει να επισημαίνονται είναι οι συνειδητές και ασυνειδητές διαθέσεις ή ανάγκες για εξάρτηση των χρόνιων αρρώστων, οι οποίες πρέπει να τροποποιούνται μέσα από θεραπευτικές τεχνικές σταδιακά,

ώστε να αποφευχθούν αντιδράσεις και περιπλοκές. Στο θεραπευτικό περιβάλλον εμφανίζονται φαινόμενα που παρατηρούνται στις διεργασίες ομάδας (group process).

Από πλευράς προσωπικού δημιουργείται:

- 1) Ένα επίπεδο αποδοχής του αρρώστου ως ατόμου το οποίο έχει δικαιώματα κι ανάγκες που πρέπει να ικανοποιηθούν με την παροχή των αναγκαίων ψυχοθεραπευτικών ευκαιριών, ώστε ο άρρωστος να νιώθει ότι ανήκει στην ομάδα, ότι συμμετέχει ισότιμα σε αυτήν και ότι μπορεί να εκφράζει ελεύθερα τα συναισθήματά του.
- 2) Ένα επίπεδο ανεκτικότητας προς το επίπεδο λειτουργικότητας και ρυθμού του αρρώστου, καθώς και προς τα τυχόν προβλήματα στην ψυχοπαθολογία και την προσωπικότητά του.
- 3) Ένα επίπεδο δοτικότητας. Το σημείο αυτό αποτελεί ίσως και την ιδεολογική ιδιαιτερότητα της Δημοκρατικής Ψυχιατρικής του Ιταλικού πειράματος: η έμφαση στη δοτικότητα απέναντι στον άρρωστο μέσα στην υπηρεσία δημιουργεί μια κατάλληλη ατμόσφαιρα.
- 4) Ένα συμβολικό επίπεδο με στόχο την ικανοποίηση των αναγκών των αρρώστων (θεραπευτής –πατέρας, ομάδα –οικογένεια) (Μαδιανός, 1994)

Το γεγονός ότι για τόσο μεγάλο διάστημα ο εγκλεισμός των ψυχικά ασθενών σε ιδρύματα θεωρείτο ως γιατρικό της «τρέλας», δε στερείται ορισμένων βασικών λόγων. Πραγματικά, υπάρχει η ανάγκη για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να στηρίζονται σε θεσμούς, ακόμα κι όταν προσπαθούν να τους υπερβούν και να φροντίσουν τους ασθενείς, όχι σε ειδικά μέρη, αλλά ανάμεσα σε άλλους ανθρώπους.

Όπως αναφέρει ο Hochmann, η απόφαση για εγκατάλειψη της άνεσης ενός ιδρύματος που περικλείεται από τοίχους, χωρίς ιδιαίτερη προστασία και η παράλληλη προσπάθεια για κατάργηση των σχέσεων που βασίζονται στην ιεραρχία ανάμεσα στα διάφορα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, αλλά και ανάμεσα στους φροντιστές και τους ενοίκους ενός ξενώνα, θέτει τους

επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε μια ιδιαίτερα ευάλωτη θέση, κατά την οποία κινδυνεύουν να χάσουν την ταυτότητά τους. Στην περίπτωση αυτή, οι φροντιστές έχουν ανάγκη την αναφορά σε ένα θεωρητικό μοντέλο, το οποίο να δίνει νόημα σε αυτό που κάνουν και σε αυτό που είναι. Ένα μοντέλο που να τους θεσμοθετεί απέναντι στους ασθενείς, καθώς και απέναντι στην κοινωνία ως εργαζόμενους που εκπληρώνουν ένα πρωτότυπο καθήκον. Η θεωρία είναι εκείνο που καθορίζει το είδος των σχέσεων που αναπτύσσεται κατά την πρακτική. (Δαμίγος, 2003)

Αναλύοντας τις αποτυχίες ενός επαγγελματία, η κυριότερη αιτία δεν είναι τόσο ο φυσικός φόβος του, τον οποίο τελικά ξεπερνά με λίγη συνήθεια, όσο ένα πολύ πιο ασαφές συναίσθημα ανησυχητικό, που αναφέρεται στη γειτνίαση με τον κόσμο της ψύχωσης. Ο φροντιστής αισθάνεται ότι υπάρχει ένας κίνδυνος που απειλεί την ίδια τη νοητική του λειτουργία. Αυτό το συναίσθημα αρχικά συνδέεται με ένα συναίσθημα εισβολής, ότι δηλαδή δεν διαθέτει ένα προσωπικό ψυχικό χώρο, υφιστάμενος τη συνεχή εισβολή των επίμονων προβλητικών ταυτίσεων του ψυχωσικού.

Αρκετές συμπεριφορές, χαρακτηριστικές της ζωής στα ψυχιατρικά ιδρύματα δείχνουν την εμβέλεια αυτού του φόβου : η ένδυση άσπρης μπλούζας, που στην Ψυχιατρική δεν έχει πρακτική δικαιολογία, η ανάγκη ιδιαίτερων W.C. κλπ. Όταν λέγεται σε μια υπηρεσία «πρέπει να βάλουμε όρια σε έναν άρρωστο», εννοείται η ανάγκη να τεθεί ένα όριο, το οποίο θα προστατεύει την ακεραιότητα της πνευματικής λειτουργίας των φροντιστών.

Στη συνέχεια, ο φόβος συνδέεται με ένα αίσθημα κένωσης. Αυτό που φοβάται ο φροντιστής απέναντι σε ένα ψυχωσικό είναι να κενωθεί από τα ψυχονοητικά του περιεχόμενα, το να μη μπορεί να κρατήσει μέσα του τίποτα καλό και δημιουργικό. Για να προστατευθούν οι επαγγελματίες από αυτό το συναίσθημα, προσφεύγουν στον ακτιβισμό (φαρμακευτικό, ερμηνευτικό ή κοινωνιοθεραπευτικό έργο), για να μπορούν να δείξουν τόσο στους άλλους

όσο και στον εαυτό τους ότι τα καλά πράγματα που έχουν μέσα τους δεν έχουν υποστεί βλάβες.

Το τελευταίο συναίσθημα που αναδύεται, -και το οποίο είχαν αποστολή να κρύψουν τα προηγούμενα – είναι το συναίσθημα της ματαιότητας, της έλλειψης λογικής. Οι επαγγελματίες νιώθουν ένα συναίσθημα πλήρους παραλογισμού, ένα είδος αντι-σκέψης, που παραλύει τη δομή –ίδρυμα και την κάνει να εμφανίζει μια παρωδία ζωής.

Η εξέλιξη των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων με την ταχεία δημιουργία νέων σύγχρονων δομών, δεν αρκεί για να αποφευχθεί η αναπαραγωγή μιας τέτοιας κατάστασης. Είναι ανάγκη να βρεθεί ένας ψυχικός χώρος, όπου οι ψυχικές αισθήσεις του ασθενή να βρίσκουν ένα νόημα, διαμέσου της επένδυσης του φροντιστή. Η επένδυση της ψυχο –νοητικής λειτουργίας του αρρώστου από τον φροντιστή δεν είναι θεραπευτική παρά μόνο στο μέτρο όπου αναφέρεται σε ένα θεωρητικό μοντέλο, το οποίο τη θεμελιώνει και της επιτρέπει να διαρκεί.

Θα πρέπει να ασκηθεί κριτική στον αυθορμητισμό και την άρνηση της θεωρίας. Η προσπάθεια για εφαρμογή της όμως δεν πρέπει να οδηγεί στο φетиχισμό της θεωρίας και στην εξάρτηση του επαγγελματία από αυτή. Οι άρρωστοι έχουν δραματική ανάγκη από ποίηση, παρά από οριστικές εξηγήσεις. Η κρίση έρχεται όταν η θεωρία ραγίζει, τη στιγμή που ο φροντιστής δεν καταφέρνει πια να σκεφτεί το υλικό του αρρώστου. Η τάση αυτή μπροστά στην αποτυχία της σκέψης είναι να περνά κανείς στη δράση, χρησιμοποιώντας τα φάρμακα ή παίρνοντας αποστάσεις. (Δαμίγος, 2003)

4.2.3. Ο ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Οι εργαζόμενοι στο Ψυχιατρείο στοχεύουν στη θεραπεία του ψυχωσικού αρρώστου, εκ των πραγμάτων βιώνουν την ψυχωσική διάχυση στο προσωπικό τους επίπεδο, δηλαδή μια ψυχωσική «κένωση» από τα ψυχοσηπτικά τους περιεχόμενα, με αποτέλεσμα να μην «κρατούν» τίποτα το καλό και το δημιουργικό. Οι φροντιστές έχουν επίσης ένα συναίσθημα εισβολής με την προσβλητική ταύτιση, κάτι δηλαδή που θα μπορούσε να παρομοιαστεί με «μόλυνση» από την τρέλα. (Conning και συν, 1998)

Ο ιδρυματισμένος εργαζόμενος αμύνεται :

- μέσα από φοβικές άμυνες (ο φόβος για τον ίδιο τον νοσηλευόμενο),
- μέσα από τελετουργικές λειτουργίες (άσπρες μπλούζες, ειδικοί χώροι φαγητού κ.λπ.),
- μέσα από κοινωνικό ακτιβισμό, μια «υπομανία» των θεραπειών,
- μέσα από τη διάσπαση του θεραπευτικού χώρου του ψυχιατρείου,
- μέσα από την πρακτική της αναγκαστικής προσαρμογής σε ένα προκατασκευασμένο «εκμαγείο»,
- μέσα από την «αυτάρκεια» του και τη δημιουργία κλειστών και αυτόνομων ομάδων, συνήθως ανταγωνιστικών,
- μέσα από την καλά οργανωμένη δομή του ιδρύματος που αποστειρώνει τους αρρώστους. Αντίθετα ένα ίδρυμα με ελλείψεις προσφέρει την εμπειρία, ώστε να καλυφθούν οι ελλείψεις με δημιουργικότητα και φαντασία. Η έλλειψη υλικών πόρων δεν σημαίνει εγκατάλειψη του αρρώστου. (Μαδιανός, 1994)

Ο χρόνος στο ίδρυμα είναι ένας σημαντικός παράγοντας ιδρυματισμού. Ο ιδρυματικός χρόνος στο χώρο του ασύλου είναι δυο ειδών: ο χρόνος του έγκλειστου αρρώστου, χωρίς όρια και ο χρόνος (διοικητικά καθορισμένος) του θεραπευτή που πρέπει να έχει θεραπευτικά όρια. Ο στόχος του θεραπευτή, για να προλάβει τον ιδρυματισμό του και τον ιδρυματισμό των

αρρώστων είναι να διαφοροποιήσει τον ασυλιακό από το θεραπευτικό χρόνο. Η διαφοροποίηση αυτή επιτυγχάνεται με τη δόμηση του χρόνου του αρρώστου σε μια σειρά θεραπευτικών δραστηριοτήτων ποικίλου φάσματος. Βέβαια η διάρθρωση του χρόνου των εγκλείστων δεν είναι αρκετή ώστε να προλάβει τον ιδρυματισμό, αποτελεί ωστόσο το βασικό άξονα στον οποίο κινούνται και άλλοι παράγοντες.

Η πρόληψη του ιδρυματισμού του προσωπικού επιτυγχάνεται με μια καθορισμένη λειτουργία του ιδρύματος, η οποία ευνοεί τη δημιουργική αυτονομία των θεραπειών, έτσι οι θεραπευτές με τη σειρά τους είναι σε θέση να ενισχύουν τον άρρωστο να γίνει αυτόνομος και δημιουργικός, με την τροποποίηση των ψυχοπαθολογικών δομικών στοιχείων της σκέψης κ.λπ., προς την ομαλοποίηση, ώστε οι νοητικές του λειτουργίες να αποβαίνουν πηγή ευχαρίστησης. (Hochmann, 2003)

4.2.4. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗΣ (BURN OUT)

Ο όρος burn out αποδίδεται συνήθως στα ελληνικά με τις λέξεις «εξαντλημένος» ή «εξουθενωμένος» και εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζόμενου και την εξάντληση όλων των προσωπικών ψυχικών του αποθεμάτων κατά την προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες που σχετίζονται με την επαγγελματική του δραστηριότητα. Το συγκεκριμένο σύνδρομο αφορά κυρίως τα επαγγέλματα «φροντίδας» και σύμφωνα με τον Maslach (1982) εκδηλώνεται μέσω τριών επιμέρους χαρακτηριστικών γνωρισμάτων :

α) τη συναισθηματική εξάντληση, που αναφέρεται στην αίσθηση συνεχούς έντασης και συναισθηματικής αποξένωσης στις διαπροσωπικές σχέσεις των φροντιστών,

β) την αποπροσωποποίηση, που ταυτίζεται με την αρνητική και αγενή πολλές φορές συμπεριφορά κατά τη συναναστροφή με άτομα που ζητούν και αποδέχονται τις επαγγελματικές τους υπηρεσίες, και τέλος

γ) το αίσθημα των μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων, που εκδηλώνεται κατά τη συνεργασία με άλλους με την πεποίθηση ότι η ικανότητα και η επιθυμία τους για επιτυχία μειώνονται συνεχώς. (www.epapsy.gr)

Οι εργαζόμενοι σε ψυχιατρικές μονάδες συμπεριλαμβάνονται στο γενικότερο πλαίσιο των λεγόμενων «επαγγελμάτων φροντίδας και περίθαλψης». Η εργασία σε τέτοιες μονάδες είναι απαιτητική, όπως αναφέρει και ο Moore, υπάρχουν κίνδυνοι αυτοκτονίας ή βίας και οι ασθενείς πολύ σπάνια «πηγαίνουν καλύτερα». Το προσωπικό μπορεί συχνά να αισθανθεί ότι υπάρχει ελάχιστη βελτίωση στους ασθενείς και να απογοητεύεται. (Δαμίγος, 2003)

Τα συναισθήματα απογοήτευσης και η αίσθηση αναποτελεσματικότητας εκδηλώνονται μέσω κάποιων βασικών συμπτωμάτων : κατάθλιψη, γενική αδιαθεσία, συναισθήματα απόγνωσης και έλλειψη ελπίδας για το μέλλον, πονοκέφαλοι, έλκη, υπέρταση, χρόνια κόπωση και πόνους στην πλάτη. Πιθανόν να δημιουργηθούν και προσωπικά προβλήματα όπως : χρήση αλκοόλ και ουσιών, οικογενειακές συγκρούσεις. Από τη μεριά της Οργάνωσης το σύνδρομο καταλήγει σε ανεπαρκείς και αναποτελεσματικούς επαγγελματίες, χαμηλό ηθικό, αδικαιολόγητες απουσίες και παραιτήσεις, ενώ από τη μεριά των πελατών καταλήγει σε απρόσωπες, απάνθρωπες και χωρίς φροντίδα υπηρεσίες.

Ο Ψυχαναλυτής Freudenberger (1974) ήταν ο πρώτος που επισήμανε τον όρο burnout και αναφέρθηκε στη συναισθηματική και φυσική εξουθένωση που προέρχεται από τις εργασιακές συνθήκες. Αναφέρει επίσης ότι υπάρχουν ορισμένες προσωπικότητες που είναι επιρρεπείς στο σύνδρομο αυτό : ο πολύ αφοσιωμένος επαγγελματίας που αναλαμβάνει πολύ δουλειά με υπερβολική ένταση, ο φροντιστής χωρίς προσωπική ζωή ή εκείνος που η

ζωή του δεν τον ικανοποιεί ή ο πολύ ανταρχικός επαγγελματίας που θέλει να έχει απόλυτο έλεγχο στη δουλειά του. Πέρα από τα ατομικά χαρακτηριστικά, άλλες μεταβλητές που σχετίζονται με τη δημιουργία του burn out είναι η οργάνωση από άποψη εποπτείας, συναδελφικής υποστήριξης και κανονισμών και το πραγματικό αντικείμενο με τους πελάτες. (Βαριδάκη, 1997)

Το μεγαλύτερο ερευνητικό πρόγραμμα, αναφορικά με την εξουθένωση των νοσηλευτών, κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι υπήρχε μια σημαντική έλλειψη ισορροπίας μεταξύ των επιπλήξεων και των επιβραβεύσεων. Είναι σημαντικό να επιδιώκεται η ανάπτυξη ενός «μη ενοχοποιητικού περιβάλλοντος», ώστε το προσωπικό να μπορεί να αναλάβει την ευθύνη και να του επιτρέπεται να κάνει λάθη.

Οι ικανοποιήσεις και οι επιβραβεύσεις, όταν υπάρχουν, είναι ο ασφαλέστερος τρόπος για να αποφύγει κανείς την επαγγελματική εξουθένωση. Σύμφωνα με τον Moore, η εξουθένωση του φροντιστή εξαρτάται από τον leader, από τον τύπο των αρρώστων, από τις δυνατότητες και τα μέσα που διαθέτει η δομή (χώρους, προγράμματα κλπ.) αλλά κυρίως εξαρτάται από τη δυνατότητα του φροντιστή να αντλεί ικανοποιήσεις από το έργο του. Όταν οι προαναφερόμενοι παράγοντες συμβάλλουν θετικά η εξουθένωση έχει περιορισμένη έκταση και ανατάσσεται γρήγορα. (Δαμίγος, 2003)

Σε αντίθετη περίπτωση, το burn out είναι δυνατόν να υποβαθμίσει τις παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στους ασθενείς, κατά τέτοιο τρόπο ώστε να προκύπτουν περιορισμένα αποτελέσματα. Σε κάποιες ακραίες περιπτώσεις το burnout ευθύνεται για την αποτυχία των θεραπευτικών και αποκαταστασιακών σχεδίων. Το γεγονός αυτό οδηγεί στην επιδείνωση της κακής κατάστασης του ασθενούς και κατ' επέκταση στην αύξηση του σχετιζόμενου με τη νόσο κοινωνικού και ανθρώπινου κόστους. (www.epapsy.gr)

Οι μέθοδοι πρόληψης και ανακούφισης του burn out αναφέρονται κυρίως στα συμπτώματα και όχι στις αιτίες. Μερικές στρατηγικές πρόληψης που θεωρούνται αποτελεσματικές είναι :

1) Να αναπτύξουν οι φροντιστές τις ικανότητές τους και να χρησιμοποιούν τον εαυτό τους αποτελεσματικά. Μέσα από την αλλαγή στη ζωή του ασθενή, μπορεί να νιώσουν τη βεβαιότητα πως είναι σημαντικοί και έτσι να αποκτηθεί μια θετική σχέση με την εργασία.

2) Να επεκτείνουν το θεωρητικό τους υπόβαθρο, να αναπτύξουν την αυτογνωσία τους γνωρίζοντας τα προσωπικά τους όρια, να θέτουν ρεαλιστικούς στόχους ώστε να είναι σε θέση να μετρήσουν την πρόοδο του ασθενή και να συγκεντρώνονται στα δυνατά του σημεία.

3) Να συμμετέχουν σε ένα κοινωνικό σύστημα στήριξης στους χώρους εργασίας, ώστε να μπορούν να εκφράσουν τις απόψεις τους για την κοινωνική πραγματικότητα, όντας ικανοί να ακούνε και τις απόψεις των άλλων, καθώς και να δέχονται την κριτική και το feedback από τους προϊστάμενους και τους συναδέλφους τους.

4) Να θέτουν όρια στην εργασία τους, εξοικονομώντας προσωπικό χρόνο για να ασχολούνται με δραστηριότητες της αρεσκείας τους και να έχουν πλούσια και ενδιαφέρουσα προσωπική ζωή.

Από την πλευρά της Οργάνωσης / Υπηρεσίας, υπάρχουν κάποιοι τρόποι που μπορούν να βοηθήσουν στην μείωση του συνδρόμου :

-Η πολιτική και οι διαδικασίες της Οργάνωσης να απευθύνονται στις ανάγκες των χρηστών υπηρεσιών.

-Η πολιτική και οι κανονισμοί (τυπικοί και άτυποι) να παρέχουν καθαρότητα και διαύγεια όσων αφορά στα καθήκοντα των φροντιστών.

-Η πολιτική της Οργάνωσης να υποστηρίζει την ανάπτυξη σχέσεων κοινωνικής υποστήριξης από πλευράς συναδέλφων.

-Η Οργάνωση να έχει ίση και δίκαιη μεταχείριση όλων των επαγγελματιών ασχέτως γένους, θρησκείας και εθνικότητας.

-Να ανατίθενται στους επαγγελματίες καθήκοντα εκ περιτροπής, με σκοπό να έχουν διαφορετικές εμπειρίες και την αίσθηση της πρόκλησης στην εργασία τους.

-Η Οργάνωση να επιτρέπει στους φροντιστές να αναλαμβάνουν λιγότερο στρεσογόνα καθήκοντα για κάποια χρονικά διαστήματα.

-Η Οργάνωση να αναμειγνύεται σε θέματα Κοινωνικής Πολιτικής, προτείνοντας ρεαλιστικά προγράμματα και στόχους. (Βαριδάκη, 1997)

4.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

Ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας είναι επιτυχημένος στο ρόλο του όταν έχει εξασφαλίσει, μέχρι ενός σημείου, την επιτυχία σε κάθε έναν από τους εξής τρεις τομείς : τον προσωπικό, τον επαγγελματικό και τον κοινωνικό. Οι παράγοντες που καθορίζουν το αν ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας θα ασκεί επιτυχημένα ή όχι το ρόλο του είναι ποικίλοι και σύνθετοι και διαφέρουν ανάλογα με τον ίδιο τον φροντιστή και την προσωπικότητά του, το στάδιο της καριέρας του και τη θέση εργασίας του, την ομάδα στόχο και το εργασιακό περιβάλλον, την κοινότητα στην οποία εργάζεται, καθώς και άλλες ειδικές συνθήκες.

Παρά τη μεγάλη ποικιλία των παραγόντων που προαναφέρθηκαν, παραμένει σημαντικό να αναζητήσουμε και να κατανοήσουμε, ο καθένας προσωπικά αλλά και συλλογικά, τι συμβάλλει στην επιτυχία και τι την εμποδίζει. Για να το πετύχουμε αυτό πρέπει πρώτα να ερευνήσουμε τις διαστάσεις της επιτυχίας. Λέγοντας διαστάσεις της επιτυχίας εννοούμε τους τομείς που είναι σημαντικοί στην επιτυχία, τα άτομα που συνεισφέρουν στην επιτυχία ή την εμποδίζουν και τα σημεία στην καριέρα ενός φροντιστή από τα οποία η επιτυχία μπορεί να εξαρτηθεί.

Από την πλευρά του φροντιστή, προσωπική επιτυχία σημαίνει να έχει ικανοποιήσει τις προσωπικές και οικογενειακές του ανάγκες. Επαγγελματική επιτυχία σημαίνει να θεωρεί ο ίδιος ότι είναι αποτελεσματικός στον επαγγελματικό του ρόλο και το ότι μπορεί να αντεπεξέλθει στις οποιεσδήποτε προκλήσεις συναντά διατηρώντας την επαγγελματική του ικανότητα. Τέλος, επιτυχία σε κοινωνικό επίπεδο σημαίνει να θεωρεί ότι έχει μια ουσιαστική θέση προσωπικά και επαγγελματικά μέσα στην κοινωνία, καθώς και να τυγχάνει της υποστήριξης που χρειάζεται μέσα σ' αυτή.

Από την πλευρά της κοινωνίας, προσωπική επιτυχία σημαίνει να εκτελεί καλά ο φροντιστής τα καθήκοντά του και να έχει καθιερώσει ατομικές ποιοτικές σχέσεις μέσα στην κοινότητα. Η κοινότητα θεωρεί ως επαγγελματική επιτυχία το πόσο αποτελεσματικά ο φροντιστής αντιμετωπίζει αυτά που η ίδια ορίζει ως προβλήματα ψυχικής υγείας. Τέλος, κοινωνική επιτυχία είναι το κατά πόσο ο φροντιστής κατανοεί, σέβεται, «ταιριάζει» και συνεισφέρει στην κοινότητα. Στις περισσότερες κοινωνίες, όλα τα παραπάνω συμβάλλουν στην γενική εκτίμηση και αξιολόγηση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας από τους κατοίκους. (Beeson, 1991)

Ο κάθε φροντιστής μεμονωμένα δεν είναι ο μόνος που καθορίζει και επηρεάζει την επιτυχία. Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός από οργανισμούς, φορείς της κοινότητας και άτομα που ενδέχεται να επηρεάσουν την δημιουργία ενός πετυχημένου φροντιστή ψυχικής υγείας.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας αποτελούν το κλειδί της επιτυχίας. Μέσα από αυτά τα προγράμματα είναι δυνατόν ο κάθε φροντιστής να αποκτήσει τη γνώση και τις ικανότητες που απαιτούνται, ώστε να είναι αποτελεσματικός. Μέσω της πρακτικής εκπαίδευσης, των προτύπων συμπεριφοράς και της καθοδήγησης μαθαίνουν πως πρέπει να συμπεριφέρεται ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας. Επίσης, μέσω των εκπαιδευτικών προγραμμάτων οι φροντιστές αποκτούν είτε

θετικές είτε αρνητικές συμπεριφορές-στάσεις απέναντι στην ψυχική υγεία και την εργασία τους στον τομέα αυτό.

Η στάση του κάθε φροντιστή και τα όρια που θέτει απέναντι στην κοινότητα, στους ανθρώπους, στους ασθενείς καθώς και η πρακτική που υιοθετεί στην εργασία του, έχουν άμεσο αντίκτυπο στην επιτυχία του σαν επαγγελματία. Επιπρόσθετα, το πόσο κινητοποιημένοι και πρόθυμοι είναι να εξασφαλίσουν και να διατηρήσουν το είδος των επαγγελματικών και ταυτόχρονα προσωπικών σχέσεων που απαιτούνται με τους ασθενείς, θα καθορίσει την επιτυχία τους σαν επαγγελματίες. Τέλος, ο τρόπος που συμπεριφέρονται σε επαγγελματικό αλλά και σε προσωπικό επίπεδο έχει αντίκρουσμα στην επιτυχία του ρόλου τους.

Το εκάστοτε πλαίσιο εργασίας των φροντιστών και οι φορείς ψυχικής υγείας επηρεάζουν επίσης τη διαδικασία της επιτυχίας. Οι εθνικοί οργανισμοί και οι επίσημες αρχές καθορίζουν τα προγράμματα ψυχικής υγείας και την πολιτική που ασκείται στο χώρο της ψυχικής υγείας. Η πολιτική που ασκείται από τους οργανισμούς έχει επιπτώσεις στη νομοθεσία, στην πολιτική των αποζημιώσεων και στον προϋπολογισμό που διατίθεται για τον τομέα της ψυχικής υγείας. Το ίδιο ισχύει και για τους κρατικούς οργανισμούς ψυχικής υγείας. Τέλος, και σε τοπικό επίπεδο οι υπηρεσίες και οι οργανισμοί ψυχικής υγείας, καθώς και οι τοπικές κυβερνήσεις είτε υποβοηθούν είτε αποτρέπουν την επιτυχία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Οι κοινότητες επίσης στις οποίες οι φροντιστές ασκούν το επάγγελμά τους μπορούν να συμβάλλουν στην επιτυχημένη άσκηση του ρόλου τους. (Roush, 1986)

Ο δρόμος για την επιτυχία στην άσκηση των επαγγελμάτων ψυχικής υγείας περιλαμβάνει έναν αριθμό εξελικτικών σταδίων που είναι τα ιδανικά σημεία παρέμβασης γι' αυτούς που θέλουν να αυξήσουν τις πιθανότητες για επιτυχία. Πριν φτάσουμε στα εξελικτικά στάδια της επιτυχημένης άσκησης των επαγγελμάτων ψυχικής υγείας, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας

παρελθούσες καταστάσεις και εμπειρίες, οι οποίες είναι καθοριστικές και επηρεάζουν την επιτυχία του κάθε ατόμου, συνεπώς και του κάθε φροντιστή.

Πρώτα απ' όλα, οι αξίες και οι συμπεριφορές των ατόμων οι οποίες αναπτύχθηκαν ως μέρος της κοινωνικοποίησής τους είναι πιθανό να έχουν μία διαρκή επίπτωση (είτε θετική είτε αρνητική) στις πιθανότητές τους για επιτυχία στην άσκηση επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Αν δηλαδή ένα άτομο έχει διαμορφώσει μια θετική στάση, σύμφωνα με την κουλτούρα του και το υπόβαθρό του, για την ψυχική ασθένεια και τα άτομα που νοσούν, αυτό θα έχει θετική επιρροή στη μετέπειτα πορεία του σαν επαγγελματία ψυχικής υγείας. Αντίθετα, αν ο φροντιστής έχει υιοθετήσει ψευδείς αντιλήψεις και αρνητικά στερεότυπα για την ψυχική ασθένεια από το περιβάλλον στο οποίο κοινωνικοποιήθηκε, αυτό ενδέχεται να παρεμποδίσει την επιτυχία του.

Σ' αυτό συμβάλλει ασφαλώς και η δομή της προσωπικότητας του φροντιστή και το προσωπικό του σύστημα αρχών και αξιών. Μολονότι δεν υπάρχει ένας τύπος προσωπικότητας που να προδιαγράφει την επιτυχία, ορισμένα στοιχεία της προσωπικότητας αποτελούν θετικούς οiwονούς ως προς αυτή την κατεύθυνση.

Επομένως, το πρώτο στάδιο για την επιτυχία είναι η εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αλλά και η συνεχής επιμόρφωσή τους. Μέσω της εκπαίδευσης συχνά το άτομο μαθαίνει και «ξεμαθαίνει», εκτιμά και επανεκτιμά όλα αυτά στα οποία είχε καταλήξει και τα οποία αποτελούσαν τις πεποιθήσεις και τις αντιλήψεις του.

Το δεύτερο στάδιο για την επιτυχία είναι η απόφαση και η δέσμευση για την άσκηση του επαγγέλματος ψυχικής υγείας. Για ορισμένους αυτό μπορεί απλά να μεταφράζεται σαν «θα δοκιμάσω και θα το προσπαθήσω για μερικά χρόνια», ενώ για άλλους η απόφαση αυτή μπορεί να αποτελεί δέσμευση για μια ζωή.

Το τρίτο στάδιο είναι αυτό της τοποθέτησης ορίων. Ο κάθε επαγγελματίας πρέπει να θέτει όρια, να τα γνωστοποιεί στους άμεσα ενδιαφερόμενους (ασθενείς, συναδέλφους) αλλά και να τα γνωρίζει καλά και ο ίδιος, ώστε να ξέρει μέχρι που μπορεί να φτάσει.

Ακολουθεί το στάδιο της δοκιμής-προσαρμογής, το οποίο μπορεί να διαρκέσει για αρκετό χρονικό διάστημα και το οποίο περιλαμβάνει την προσαρμογή του φροντιστή στο επάγγελμα το οποίο εξασκεί και τις ιδιαιτερότητές του και την αμοιβαία προσαρμογή, δοκιμή του ίδιου από τους συναδέλφους του, την κοινότητα και τους ασθενείς του.

Το επόμενο στάδιο είναι αυτό της αποδοχής. Μέσα από την αλληλεπίδραση καταλήγουμε στην αποδοχή της κοινότητας και των ατόμων αυτής από το φροντιστή και στην αποδοχή του φροντιστή από την κοινότητα, στην αποδοχή των συναδέλφων και των ασθενών αλλά και στην αποδοχή από αυτούς.

Το έκτο στάδιο είναι αυτό της ενσωμάτωσης, κατά το οποίο οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αποκτούν μία σταθερή θέση στην κοινότητα και στον επαγγελματικό στίβο.

Το τελευταίο στάδιο στο δρόμο προς την επιτυχία είναι αυτό στο οποίο ο φροντιστής φτάνει να θεωρεί την εργασία του αναπόσπαστο κομμάτι του εαυτού του, αλλά και οι συναδέλφοι και η κοινότητα δεν μπορούν να φανταστούν το σύστημα παροχής ψυχικών υπηρεσιών χωρίς αυτόν.

Κατά τη διάρκεια όλων αυτών των σταδίων, και ο φροντιστής και η κοινότητα επαναπροσδιορίζουν την μεταξύ τους σχέση και είτε δεσμεύονται, είτε αποδεσμεύονται από αυτήν. (Beeson, 1991)

4.4. Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το πρόβλημα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα συνδέονται και με την ελλιπή εκπαίδευση των στελεχών ψυχικής υγείας. Κυρίως επισημαίνεται η ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας εκπαίδευσης και του προσανατολισμού των ψυχιατρικών νοσηλευτών. Το μεγαλύτερο πρόβλημα στον τομέα της εκπαίδευσης των νοσηλευτών είναι η έλλειψη σχολών Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής. Στις Ευρωπαϊκές χώρες οι νοσοκόμοι που θα εργαστούν σε ψυχιατρεία ή μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, έχουν τουλάχιστον δυο χρόνια ψυχιατρικής εκπαίδευσης και πρακτικής εξάσκησης, επιπλέον από τα έτη σπουδών στη γενική Νοσηλευτική.

Σε πρώτη φάση πρέπει να εφαρμοστούν ταχύρρυθμες διαδικασίες που θα περιλαμβάνουν : μετάκληση νοσηλευτών από ευρωπαϊκές χώρες για συμβολή στην οργάνωση, τη λειτουργία και την εκπαίδευση του προσωπικού σε ειδικούς τομείς υψηλής εξειδίκευσης, πχ. Μονάδα Οξέων, Κέντρα Ημερήσιας Περίθαλψης κλπ.. Ακόμα, τα προγράμματα εκπαίδευσης των τριών μεγάλων Ψυχιατρείων είναι περιορισμένα, με ελάχιστο αριθμό εκπαιδευόμενων νοσηλευτών και με βραδύ ρυθμό εκπαίδευσης. Γι' αυτό, οι μισοί νοσηλευτές των μεγάλων μονάδων θα πρέπει να εκπαιδευθούν και να ασκηθούν επαγγελματικά, με ρυθμούς πλήρους σχεδόν απασχόλησης, για τουλάχιστον ένα εξάμηνο.

Είναι βασικό ο ψυχιατρικός νοσηλευτής να εκτιμήσει τη σημασία του αντικειμένου εργασίας του και να την αγαπήσει. Ένα μεγάλο μέρος της εκπαίδευσης νοσηλευτών είναι απαραίτητο να γίνει σε μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, για να αποκτήσουν εμπειρίες συνεργασίας με την οικογένεια και την κοινότητα.

Ακόμα, προγράμματα εκπαίδευσης πρέπει να λειτουργήσουν και για τα άλλα επαγγέλματα ψυχικής υγείας (Κοινωνικούς Λειτουργούς, Ψυχολόγους κλπ.) είτε με εκπαίδευση κατά ομάδες ανάλογα με την ειδικότητά τους είτε

μέσα στα πλαίσια της συγκεκριμένης ψυχοθεραπευτικής ομάδας στην οποία εργάζονται, σε μια διαδικασία της «εντός του φορέα εκπαίδευσης». Η ανάγκη μετεκπαίδευσης σε ευρωπαϊκές χώρες με χρηματοδότηση της Ε.Ο.Κ., όλων των κλάδων ψυχικής υγείας είναι απαραίτητη, ιδίως για τη στελέχωση των μονάδων υψηλής εξειδίκευσης.

Ένα άλλο ζήτημα αφορά την κυκλική εκπαίδευση ειδικευόμενων ψυχιάτρων : μέρος της ειδίκευσης είναι αναγκαίο να αποκτάται στα ψυχιατρεία, ένα άλλο μέρος σε ψυχιατρικούς τομείς Γενικών Νοσοκομείων και το μεγαλύτερο σε μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και Κοινωνικής Ψυχιατρικής. (Σακελλαρόπουλος, 1995)

Η απόκτηση γνώσεων με τη μορφή σεμιναρίων, μαθημάτων, ομάδων εργασίας κλπ. δεν είναι αρκετή για την αποτελεσματική εκπαίδευση του προσωπικού. Εξίσου απαραίτητα με τα παραπάνω, είναι η απόκτηση δεξιοτήτων για την εφαρμογή δραστηριοτήτων που απαιτούνται σε έναν πλήρως λειτουργούντα ψυχιατρικό τομέα, περισσότερο όταν ασχολείται με ψυχωσικούς ασθενείς.

Οι δραστηριότητες αυτές περιλαμβάνουν την ικανότητα εργασίας με την οικογένεια του αρρώστου, αποτελεσματική επικοινωνία με την κοινότητα, θεραπευτικές παρεμβάσεις στο σπίτι του ασθενή, θεραπευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς και την οικογένειά τους στο στάδιο της υποτροπής, δημιουργία κατάλληλης θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή και την οικογένειά του και πολλές άλλες δεξιότητες.

Η εκπαίδευση επομένως του προσωπικού, είναι πλήρως συναρτημένη με τη λειτουργία των τομέων. Η παραπάνω δεξιότητες απαιτούν την αλλαγή φιλοσοφίας και στάσης του προσωπικού απέναντι στον ασθενή και την οικογένειά του, όπως και απέναντι στη φύση της ψυχιατρικής διαταραχής. Στερεότυπα όπως αυτά που περιλαμβάνονται στο τρίπτυχο του στιγματισμού των αρρώστων, δηλαδή του ανιάτου, της επικινδυνότητας και της

ανευθυνότητάς τους, εμποδίζουν την απόκτηση των σωστών δεξιοτήτων και είναι ασύμβατα με τις δραστηριότητες της Κοινωνικής Ψυχιατρικής.

Επίσης, η αντίληψη ότι οι φροντιστές αναλαμβάνουν «την ευθύνη» για τους ασθενείς τους θα πρέπει να αφορά μόνο τον τομέα του θεραπευτικού σχεδίου. Για να μπορέσουν οι ασθενείς να λειτουργήσουν στην κοινότητα, θα πρέπει βαθμιαία να αναλάβουν οι ίδιοι τις ευθύνες για την καθημερινή τους λειτουργία μέσα σ' αυτή.

Για να επιτευχθεί το αποκαταστασιακό έργο στους ξενώνες, χρειάζεται ένα επίπονο και μακροχρόνιο πρόγραμμα εκπαίδευσης των θεραπειών το οποίο περιλαμβάνει την ομογενοποίηση της ομάδας με την ισότιμη λειτουργία των διαφόρων ειδικοτήτων, την επεξεργασία των συναισθημάτων που γεννά η στενή σχέση με τον χρόνιο ψυχωσικό ασθενή, την εποπτεία σε χειρισμούς, την ανάλυση της παθολογίας του κάθε ασθενή καθώς και τις επισκέψεις σε αντίστοιχες μονάδες του εξωτερικού και την προσαρμογή της δικής τους εμπειρίας στα ελληνικά δεδομένα. (Δαμίγος, 2003)

Όπως αναφέρει η Μαυρατζώτου, πέρα από τις επιστημονικές γνώσεις στο γνωστικό τους αντικείμενο και την ενίσχυσή τους με συνεχή εκπαίδευση και εποπτεία, πρέπει να αναζητήσουν μέσα και εργαλεία άλλων τομέων της γνώσης, όπως την αξιοποίηση πληροφοριακών συστημάτων και των δυνατοτήτων που παρέχουν για πληροφόρηση, για διασύνδεση, για αντιμετώπιση πρακτικών και επιστημονικών ζητημάτων, ώστε να διευκολύνουν την εργασία τους. (Δαμίγος, 2003)

EPEYNHTIKO

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V:

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5.1. ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Γενικός στόχος της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη των στάσεων του ψυχιατρικού προσωπικού για τη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα. Με τη συγκεκριμένη έρευνα γίνεται μια προσπάθεια αποτίμησης της αλλαγής που επιχειρείται στις συνθήκες διαβίωσης των χρόνιων ασθενών μέσω του προγράμματος της αποασυλοποίησης, της διαδικασίας μετάβασής τους στην κοινότητα καθώς και της συμβολής των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, που εργάζονται στο Ψυχιατρείο στο σχέδιο αποκατάστασης. Ειδικότερα μας ενδιέφερε να μελετήσουμε τα εξής :

Η άποψη των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, για την ψυχοκοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων και η αντίληψη των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τους στόχους της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των χρόνιων ψυχικά πασχόντων.

Η συμβολή τους στην προετοιμασία για τη μετάβαση και την ένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα (τρόποι – μέθοδοι).

Τα συναισθήματα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που αναπτύσσονται κατά την προσπάθεια να βοηθήσουν και να προετοιμάσουν τους ασθενείς για την διαβίωση στην κοινότητα.

Για την επίτευξη της προσπάθειας αυτής εντοπίστηκαν και ελέγχθηκαν παράγοντες που σχετίζονται με την εν λόγω ενέργεια. Σύμφωνα με την σύγχρονη βιβλιογραφία, βασιστήκαμε σε κάποιες συγκεκριμένες θεωρητικές υποθέσεις, προκειμένου να μελετήσουμε το αντικείμενο της παρούσας μελέτης.

Συγκεκριμένα, ένας σημαντικός παράγοντας που επιδρά στην επιτυχημένη μετάβαση στην κοινότητα είναι η στάση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Η επιτυχημένη ένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα κρίνεται εκτός άλλων κατά πολύ από την κατάλληλη και επαρκή προετοιμασία τους πριν τη μετάβαση, στο χώρο του ψυχιατρείου.

Τα χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση είναι στοιχεία που ενδέχεται να καθορίσουν τη στάση του επαγγελματία ψυχ. Υγείας που εργάζεται στο Ψυχιατρείο.

Παράλληλα, τα χρόνια προϋπηρεσίας των μελών του ψυχιατρικού προσωπικού είναι δυνατόν να επηρεάσουν τις αντιλήψεις τους για τη φύση και την πορεία της ψυχικής νόσου, αλλά και την ποιότητα της σχέσης με τον ασθενή και τις στάσεις του για την μετάβαση του ασθενή στην κοινότητα. Μάλιστα, η εξειδίκευση και γενικότερα η επιμόρφωση των επαγγελματιών ενδέχεται να απαλλάσσει αυτούς από τις αρνητικές στερεότυπες αντιλήψεις σχετικά με την ψυχική ασθένεια (Δαμίγος, 2003).

Οι αξίες και οι συμπεριφορές των επαγγελματιών, οι οποίες αναπτύσσονται και επηρεάζουν το θεραπευτικό έργο της κοινωνικοποίησης των ασθενών, είναι πιθανόν να επιδράσουν θετικά ή αρνητικά στην άσκηση του θεραπευτικού ρόλου και στην έκβαση του θεραπευτικού έργου (Beeson, 1991).

Η προϋπηρεσία των μελών του ψυχιατρικού προσωπικού σε εξωνοσοκομειακές δομές αποκατάστασης πιθανόν να είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει τη στάση του προσωπικού για τη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα. Ταυτόχρονα, η ειδικότητα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας πιθανόν να επηρεάζει την άσκηση του θεραπευτικού τους ρόλου στο πλαίσιο του Ψυχιατρείου, δηλαδή τον τρόπο προσέγγισης των ασθενών, το βαθμό εγγύτητας και το είδος της

αλληλεπίδρασης με αυτούς (Anthony, Cohen & Farkas, 1999). Η αποδοχή ή όχι του αρρώστου από την κοινότητα είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την παραμονή του χρόνιου ψυχωσικού έξω από το άσυλο (Goldstein & Strachan, 1986). Άλλωστε, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αποτελούν μέρος της κοινότητας όπου κατοικούν, και τείνουν να εσωτερικεύουν τις αντιλήψεις της για την ψυχική ασθένεια και να οικειοποιούνται τις αντιδράσεις της (Μαδιανός, 1994).

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξάντλησης (burn out) δύναται να επηρεάσει τον επαγγελματία ψυχικής υγείας στον τρόπο που ασκεί το θεραπευτικό του ρόλο και το επίπεδο ενσυναίσθησης (empathy) απέναντι στους ασθενείς.

5.2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.2.1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της μελέτης αυτής ήταν η επισκόπηση. Οι επισκοπήσεις συλλέγουν δεδομένα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, αποσκοπώντας να περιγράψουν τη φύση των υπάρχουσών συνθηκών ή να εντοπίσουν σταθερές με βάση τις οποίες μπορούν να συγκριθούν οι υπάρχουσες συνθήκες ή να προσδιορίσουν τις σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα σε συγκεκριμένα γεγονότα.

Για τη συλλογή πληροφοριών χρησιμοποιείται συνήθως μια ή περισσότερες από τις ακόλουθες τεχνικές συγκέντρωσης δεδομένων : δομημένες ή ημι-δομημένες συνεντεύξεις, ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται επιτόπου ή ερωτηματολόγια μέσω ταχυδρομείου, σταθμισμένα test επίδοσης ή γνώσεων και κλίμακες στάσεων, είτε έχουν αναληφθεί από κάποια κυβερνητική υπηρεσία, είτε διεξάγονται από μεμονωμένους ερευνητές.

Κατά κανόνα, οι επισκοπήσεις προχωρούν μέσα από στάδια που είναι ορισμένα με σαφήνεια, αν και για την επιτυχή ολοκλήρωση μιας επισκόπησης δεν απαιτούνται όλα ανεξαιρέτως τα στάδια.

Το πρώτο στάδιο της παρούσας μελέτης ήταν ο προσδιορισμός του ακριβούς σκοπού της έρευνας. Αφού είχε αποσαφηνιστεί ο πρωταρχικός στόχος της επισκόπησης, η δεύτερη φάση του προγραμματισμού αφορούσε τον εντοπισμό και το διαχωρισμό των δευτερογενών ζητημάτων, τα οποία σχετίζονταν με τον κεντρικό της στόχο. Η τρίτη φάση αφορά τον προσδιορισμό των πληροφοριών που απαιτούνταν σχετικά με το καθένα από αυτά τα θέματα. (Cohen & Manion, 1997) Με τη λήξη της πρώτης φάσης της έρευνας (καθορισμός δείγματος, επιλογή

εργαλείου, εκπόνηση του ερωτηματολογίου και δοκιμή του) προχώρησα στη δεύτερη φάση η οποία πραγματοποιήθηκε σε δύο στάδια.

Ειδικότερα, επιλέχθησαν δύο δημόσια Ψυχιατρικά Νοσοκομεία του Νομού Αττικής : το «Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής» και το «Δρομοκαϊτειο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο», όπου θα διεξαγόταν η διερευνητική διαδικασία και γι' αυτό το λόγο προχωρήσαμε σε τηλεφωνική επικοινωνία με τους υπεύθυνους διευθυντές αυτών. Αφού αναφερθήκαμε λεπτομερώς στο αντικείμενο της έρευνας και στον σκοπό της μελέτης αυτής συνεργαστήκαμε με τους προϊσταμένους των κοινωνικών υπηρεσιών και ζητήσαμε τη συνεργασία τους και τη συγκατάθεσή τους για τη διεξαγωγή της έρευνας. Μετά την συγκατάθεση για συνεργασία , ορίστηκαν οι ημερομηνίες των συναντήσεων μαζί τους, προκειμένου να μοιράσουμε τα ερωτηματολόγια στους επαγγελματίες των δύο Ψυχιατρείων.

Στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στο ψυχιατρικό προσωπικό με την καθοδήγηση μιας Κοινωνικής Λειτουργού, της οποίας η βοήθεια ήταν σημαντική. Στο Δρομοκαϊτειο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο δε δόθηκε αρχικά άδεια πρόσβασης στα τμήματα προκειμένου να μοιραστούν τα ερωτηματολόγια στους επαγγελματίες. Μετά την έγκριση της αίτησής μου προς το Διοικητή του Ψυχιατρείου αποφασίστηκε να δοθούν τα ερωτηματολόγια στην Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου καθώς και στο γραφείο των Νοσηλευτών, προκειμένου να τα διανέμουν οι εργαζόμενοι των προαναφερόμενων υπηρεσιών στο λοιπό ψυχιατρικό προσωπικό.(Β' Φάση)

Αφού συμφωνήθηκε ένα χρονικό όριο τριών (3) εβδομάδων (Ιούνιος 2005) για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, ορίστηκε η ημερομηνία παράλαβής τους. Υπήρξαν κάποιες καθυστερήσεις που έκαναν αναγκαία την παράταση του χρονικού ορίου παράλαβής και τα

ερωτηματολόγια συγκεντρώθηκαν σε ένα μήνα. Τελικά, ο συνολικός χρόνος που διήρκεσε η ερευνητική διαδικασία ήταν ένας μήνας, δηλαδή από τις αρχές έως το τέλος του Ιουνίου του 2005. Κατά τη Γ' Φάση της μελέτης αυτής, συγκεντρώθηκαν τα ερωτηματολόγια και ξεκίνησε η διαδικασία της κωδικοποίησης και της ανάλυσης των δεδομένων με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή και τη χρήση των προγραμμάτων Word και Excel 2003.

Οι απαντήσεις που δόθηκαν στα απαντημένα ερωτηματολόγια αναλύθηκαν με δύο τρόπους : α) συγκεντρωτικά και β) σε σχέση με τις δημογραφικές μεταβλητές. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων επιτεύχθηκε κυρίως μέσω πινάκων και ιστογραμμάτων. Η ανάλυση των δεδομένων ήταν ποσοτική.

ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας ήταν το ερωτηματολόγιο. Το συγκεκριμένο εργαλείο επιλέχθηκε γιατί παρέχει τη δυνατότητα εξοικονόμησης χρόνου και ελέγχου μεγάλων δειγμάτων.

Όσον αφορά στο είδος των ερωτήσεων, υπήρχαν ερωτήσεις πραγματικές (δημογραφικά στοιχεία : φύλο, ηλικία κ.λ.π.), συναισθηματικού περιεχομένου (τι αισθάνονται ή τι πιστεύουν ότι θα αισθανθούν) και ερωτήσεις που στοχεύουν στο να καταγραφούν οι συμπεριφορές τους.

Η πρώτη ενότητα των ερωτήσεων αναφερόταν στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων στο ψυχιατρείο : φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μεταπτυχιακές σπουδές, ειδικότητα, εργασιακή εμπειρία στο ψυχιατρείο και προϋπηρεσία σε μονάδες αποκατάστασης. Οι επόμενες ερωτήσεις αποσκοπούσαν στην ανάδειξη των απόψεων των

επαγγελματιών σχετικά με τη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα, με τις προϋποθέσεις της και τις δυσκολίες που πιστεύουν ότι υπάρχουν στην όλη διαδικασία. Επίσης, υπήρχαν ερωτήσεις που είχαν ως στόχο την ανάδειξη των εκφραζόμενων συναισθημάτων των εργαζομένων για την προσπάθεια της μετάβασης των ασθενών καθώς και τη συμβολή των επαγγελματιών στην αγωγή της κοινότητας γύρω από το ζήτημα της αποασυλοποίησης.

Το ερωτηματολόγιο περιείχε δεκαοκτώ (18) ερωτήσεις, οι οποίες ήταν κλειστού τύπου, τακτικής κλίμακας, πολλαπλών επιλογών και κατά συνθήκη ερωτήσεις.

5.2.2. ΥΛΙΚΟ

Ο πληθυσμός της έρευνας ήταν όλοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας. Το δείγμα αποτελούσαν οι εργαζόμενοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που αποτελούσαν ψυχιατρικό προσωπικό (εκτός από το βοηθητικό προσωπικό) σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Η έρευνα διεξήχθη στον Νομό Αττικής, στα τμήματα χρονίων των δύο δημόσιων Ψυχιατρικών Νοσοκομείων : Ψ.Ν.Α. και Ψ.Ν.Δρομοκαΐτειου.

Το δείγμα συμπεριλάμβανε άτομα από όλες τις ηλικίες και των δύο φύλων και όλων των ειδικοτήτων που απασχολούνται σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία : Ψυχιάτρους, Ψυχολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς, Νοσηλευτές (Πανεπιστημιακής, Τεχνολογικής και Διαιτούς εκπαίδευσης) και Εργοθεραπευτές. Η απόφαση να μην εξετασθούν οι στάσεις όλων των εργαζομένων αλλά μόνο του επιστημονικού προσωπικού ελήφθη γιατί κρίθηκε ότι ο ρόλος των τελευταίων είναι περισσότερο καθοριστικός κατά τη διαδικασία μετάβασης των ασθενών στην κοινότητα.

Μοιράστηκαν συνολικά 120 ερωτηματολόγια, από τα οποία δε συμπληρώθηκαν 16. Το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 104 άτομα, από τους οποίους : δέκα (10) ήταν Ψυχίατροι, επτά (7) Ψυχολόγοι, είκοσιένα (21) Κοινωνικοί Λειτουργοί, τρεις (3) Νοσηλευτές Π.Ε., δεκατρείς (13) Νοσηλευτές Τ.Ε., σαρανταέξι (46) Νοσηλευτές Δ.Ε. και τέσσερεις (4) Εργοθεραπευτές.

Από τους εργαζόμενους, οι περισσότερες ήταν γυναίκες (76%) και οι υπόλοιποι άντρες (24%). Το 48% ήταν ηλικίας 26-35χρ., το 28% ηλικίας 36-45χρ., το 14% 45 και άνω και το υπόλοιπο 10% ήταν ηλικίας 18-25χρ. Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση, οι περισσότεροι ήταν άγαμοι (48%), έγγαμοι (38%), οι χήροι (6%), οι διαζευγμένοι (5%) και σε διάσταση το 3%.

Μεταπτυχιακές σπουδές είχε το 13%, από τους οποίους το 79% είχε Μάστερ και 21% είχε Διδακτορικό. Τα ποσοστά των ειδικοτήτων που απάντησαν ήταν : 43% Νοσηλευτές Δ.Ε., 20% Κοινωνικοί Λειτουργοί, 13% Νοσηλευτές Τ.Ε., 10% Ψυχίατροι, 7% Ψυχολόγοι και 4% Εργοθεραπευτές και Νοσηλευτές Π.Ε. 3%.

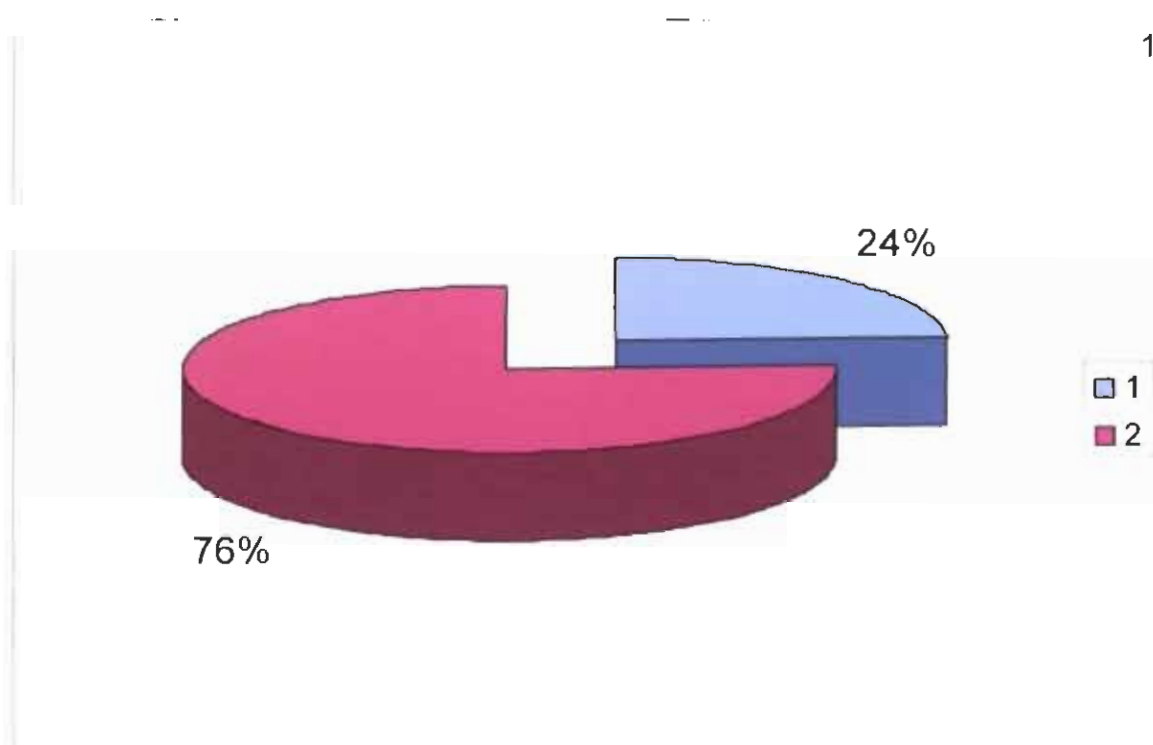
5.3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Δημογραφικά στατιστικά Ε1 – Ε7

1) Φύλο :

1. Άρρεν

2. Θήλυ

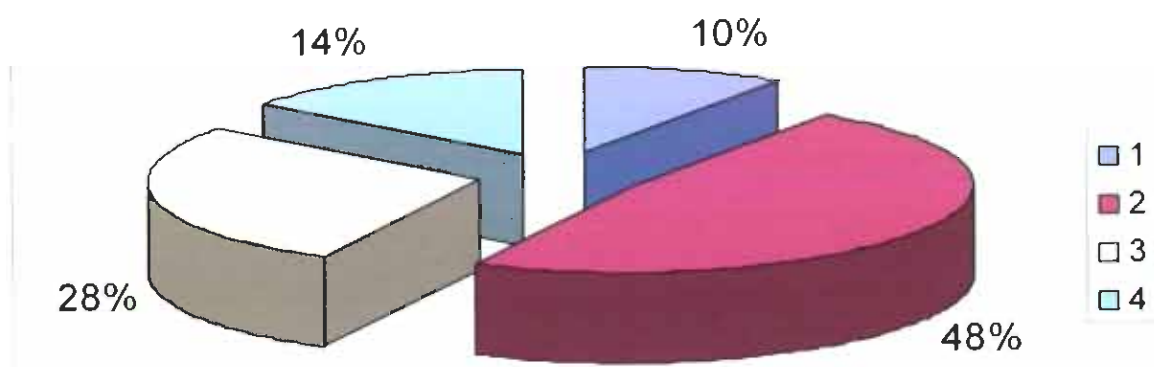


Το μεγαλύτερο ποσοστό (76%) των εργαζομένων ήταν γυναίκες και 24% άντρες.

2) Ηλικία :

1. 18 έως 25
2. 26 έως 35
3. 36 έως 45
4. 45 και άνω

2

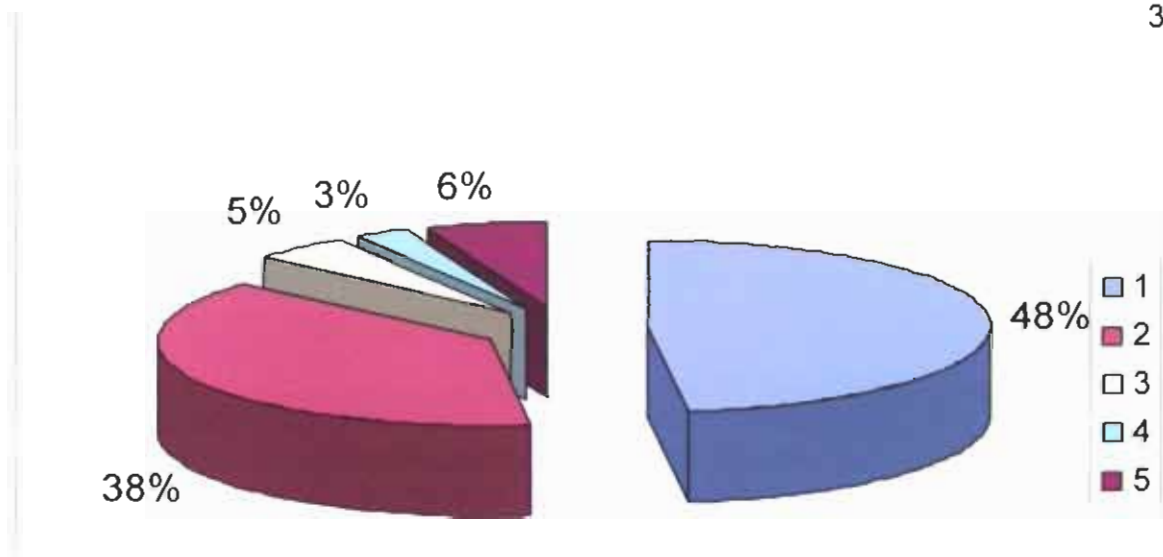


Το μεγαλύτερο ποσοστό 48% των εργαζομένων ήταν ηλικίας 26 έως 35χρ., 28% ήταν 36 έως 45χρ., 14% ήταν ηλικίας 45 και άνω και 10% ήταν 18 έως 25χρ.

3) Οικογενειακή κατάσταση :

1. Άγαμος / η
2. Έγγαμος / η
3. Διαζευγμένος / η
4. Σε Διάσταση
5. Χήρος / α

3



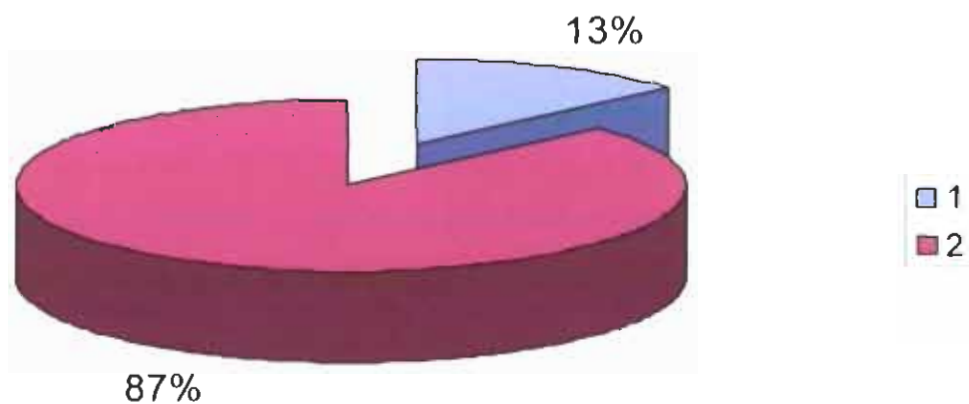
Οι άγαμοι ήταν 48%, οι έγγαμοι 38%, οι χήροι 6%, οι διαζευγμένοι 5%, και αυτοί που βρίσκονται σε δε Διάσταση 3%.

4) Α. Μεταπτυχιακές σπουδές :

1. ΝΑΙ

2. ΟΧΙ

4Α



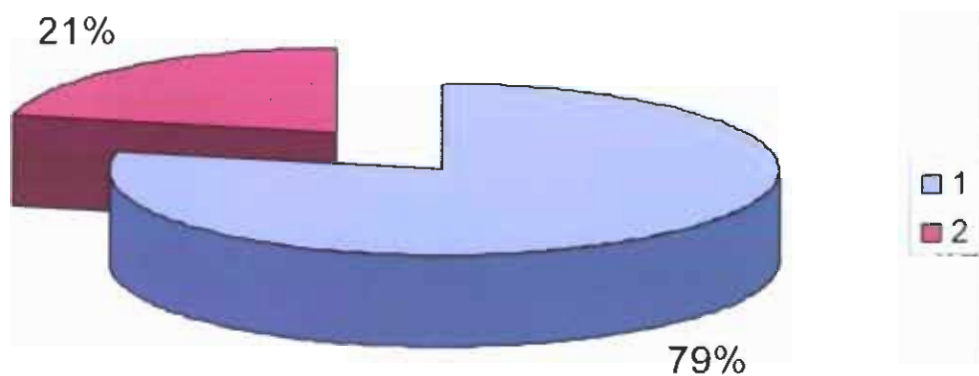
Το μεγαλύτερο ποσοστό (87%) των εργαζόμενων δεν έχει κάνει μεταπτυχιακές σπουδές, μόνο το 13% έχει κάποιον μεταπτυχιακό τίτλο.

4) Β. Αν ΝΑΙ, ποια-ες από τις παρακάτω :

1. Μάστερ

2. Διδακτορικό

4B

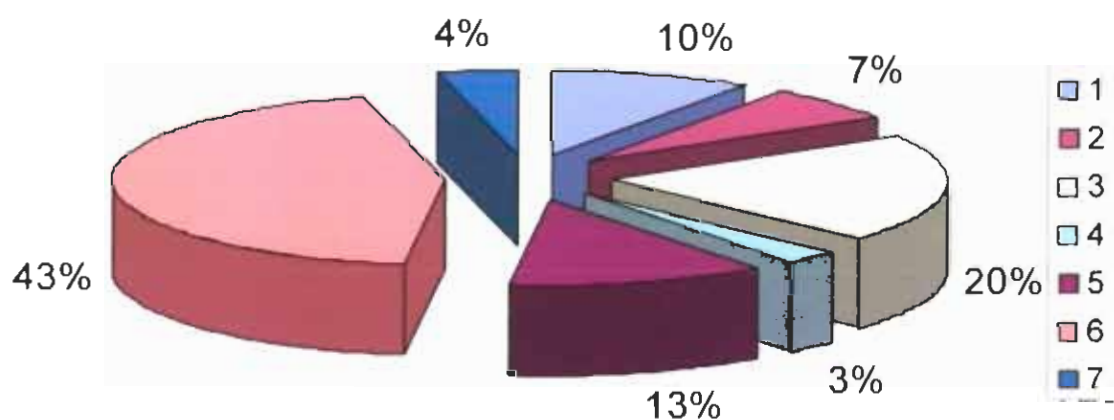


Το 79% έχει Μάστερ και το 21% Διδακτορικό τίτλο.

5) Ειδικότητα :

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| 1. Ψυχίατρος | 5. Νοσηλευτής Τ.Ε. |
| 2. Ψυχολόγος | 6. Νοσηλευτής Δ.Ε. |
| 3. Κοινωνικός Λειτουργός | 7. Εργοθεραπευτής |
| 4. Νοσηλευτής Π.Ε. | |

5

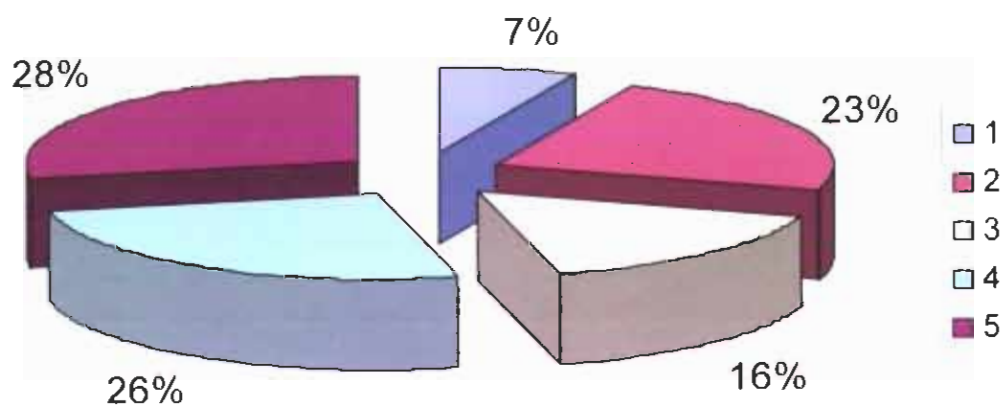


Το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων με ποσοστό 43% ήταν Νοσηλευτές Δ.Ε, 20% ήταν Κοινωνικοί Λειτουργοί, 13% ήταν Νοσηλευτές Τ.Ε, 10% ήταν Ψυχίατροι, 7% ήταν Ψυχολόγοι, 4% ήταν Εργοθεραπευτές και το 3% Νοσηλευτές Π.Ε.

6) Εργασιακή εμπειρία στο ψυχιατρείο :

1. Έως και ένα έτος
2. Ένα έως τρία έτη
3. Τρία έως πέντε έτη
4. Πέντε έως δέκα έτη
5. Δέκα και άνω

6

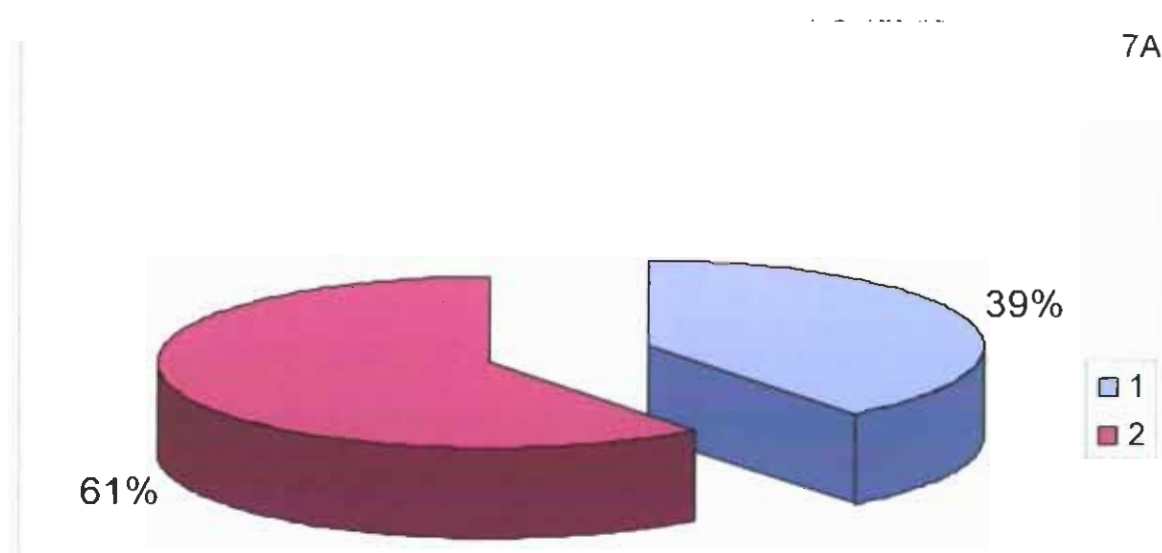


Οι περισσότεροι εργαζόμενοι είχαν εργασιακή εμπειρία στο ψυχιατρείο από δέκα χρόνια και άνω (28%), 26% είχε εμπειρία πέντε έως δέκα έτη, 23% είχε ένα έως τρία έτη, 16% είχε τρία έως πέντε έτη, και 7% είχε εμπειρία έως ένα έτος.

7) Α. Έχετε εργαστεί ποτέ σε μονάδα αποκατάστασης του Ψυχιατρείου;

1. ΝΑΙ

2. ΟΧΙ

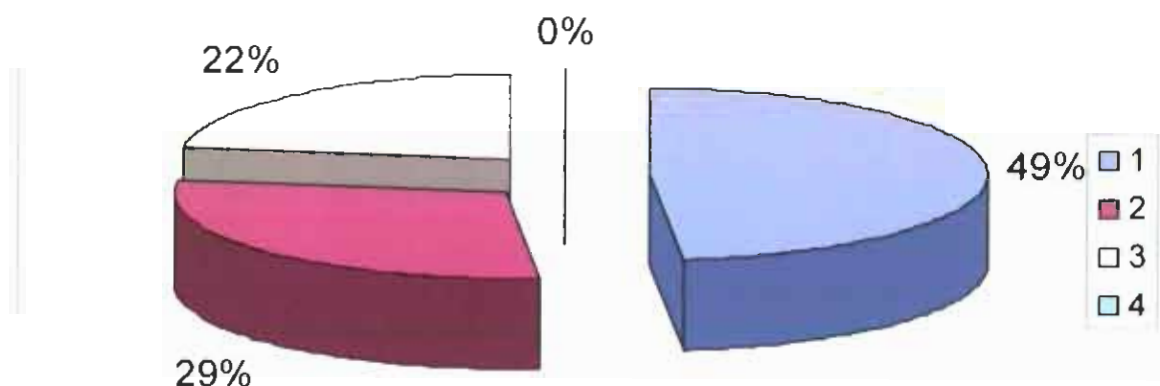


Οι περισσότεροι εργαζόμενοι (61%) δεν έχουν εργαστεί σε μονάδα αποκατάστασης, ενώ το 39% έχει εργαστεί.

7) Β. Αν ΝΑΙ, σε ποια-ες από τις παρακάτω μονάδες αποκατάστασης :

1. Ξενώνας
2. Οικοτροφείο
3. Προστατευμένα Διαμερίσματα
4. Επαγγελματικά Εργαστήρια

7B

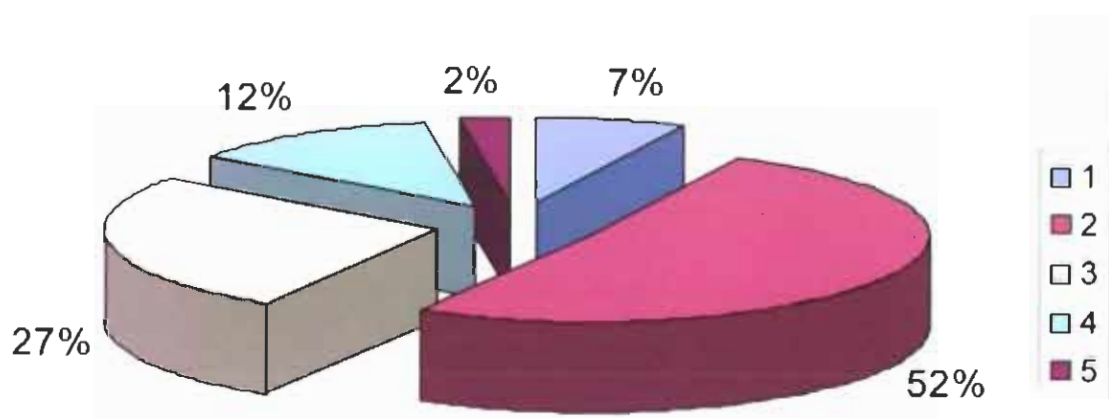


Σε Ξενώνα έχουν εργαστεί (49%), σε Οικοτροφείο (29%), σε Προστατευμένα Διαμερίσματα (22%) και σε Επαγγελματικά Εργαστήρια κανένας (0%).

7) Γ. Για πόσο χρονικό διάστημα :

1. Έως και ένα έτος
2. Ένα έως τρία έτη
3. Τρία έως πέντε έτη
4. Πέντε έως δέκα έτη
5. Δέκα και άνω

7Γ

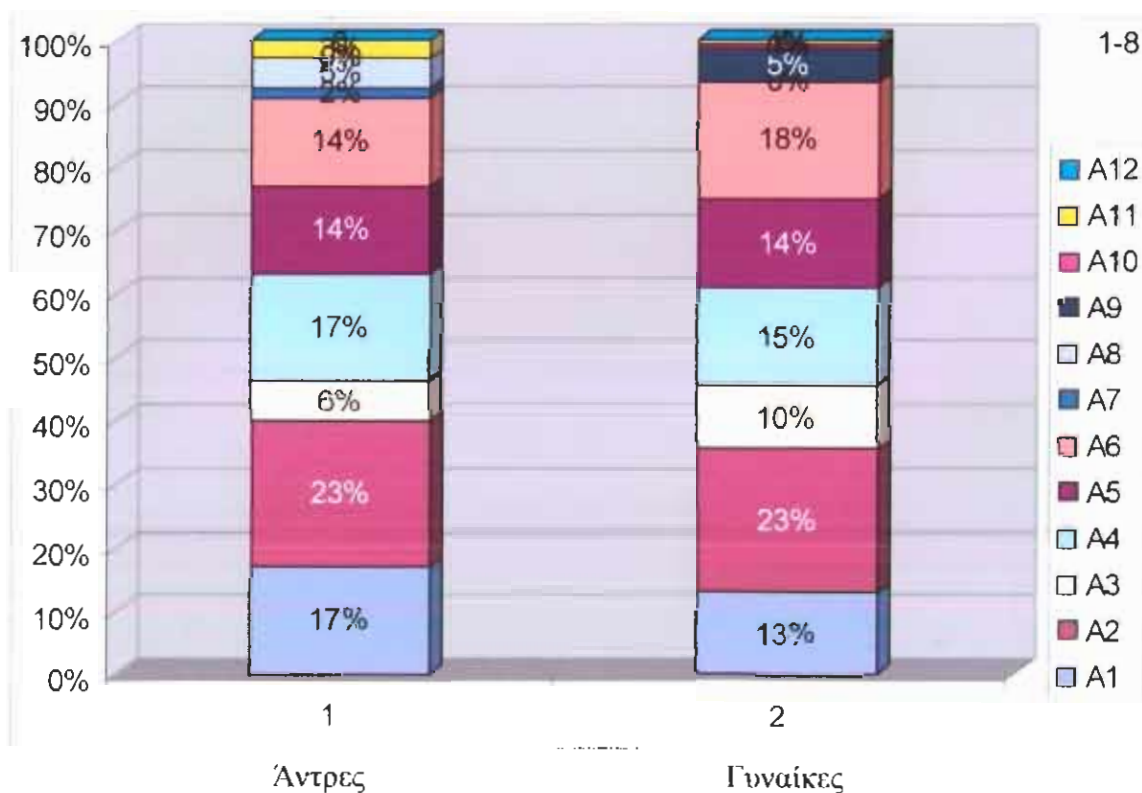


Το 52% των επαγγελματιών έχει εργαστεί σε μονάδα αποκατάστασης του Ψυχιατρείου από ένα έως τρία έτη, 27% των εργαζόμενων από τρία έως πέντε έτη, 12% από πέντε έως δέκα έτη, 7% έως και ένα έτος και 2% από δέκα έτη και άνω.

Συσγέτιση ερωτήσεων με το Φύλο (E1)

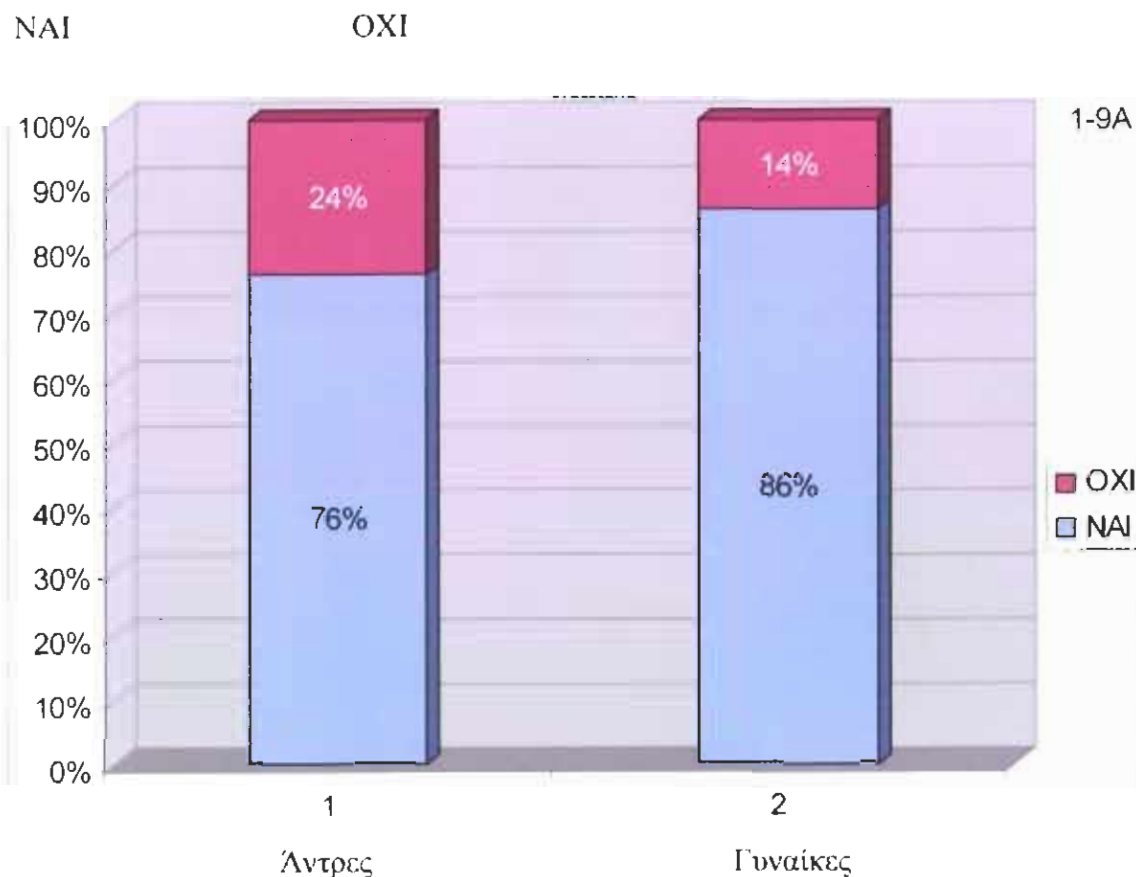
E8) Η μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές συντελεί :

- A1. στη μείωση των υποτροπών
- A2. στη λειτουργικότητα των ασθενών
- A3. στην επαγγελματική αποκατάσταση
- A4. στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα
- A5. στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας
- A6. στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών
- A7. στην όξυνση των σχέσεων μεταξύ των ασθενών και της κοινότητας
- A8. στην αύξηση των υποτροπών
- A9. Όλα τα παραπάνω
- A10. Κανένα από τα παραπάνω
- A11. Δ.Ξ.
- A12. Άλλο, προσδιορίστε



Σχετικά με τη μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές, η επικρατέστερη απάντηση στους άντρες και στις γυναίκες ήταν με 23% αντίστοιχα ότι αυτή συντελεί στη «λειτουργικότητα των ασθενών». Οι αμέσως δυο επικρατέστερες απαντήσεις των ανδρών ήταν : «μείωση των υποτροπών» και «ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα» με ισόποσα ποσοστά 17%. Στις γυναίκες οι αμέσως επικρατέστερες απαντήσεις ήταν ότι η μετάβαση συντελεί στην «προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών» (18%) και στην «ενθάρρυνση για μακρά διαβίωση στην κοινότητα» (15%).

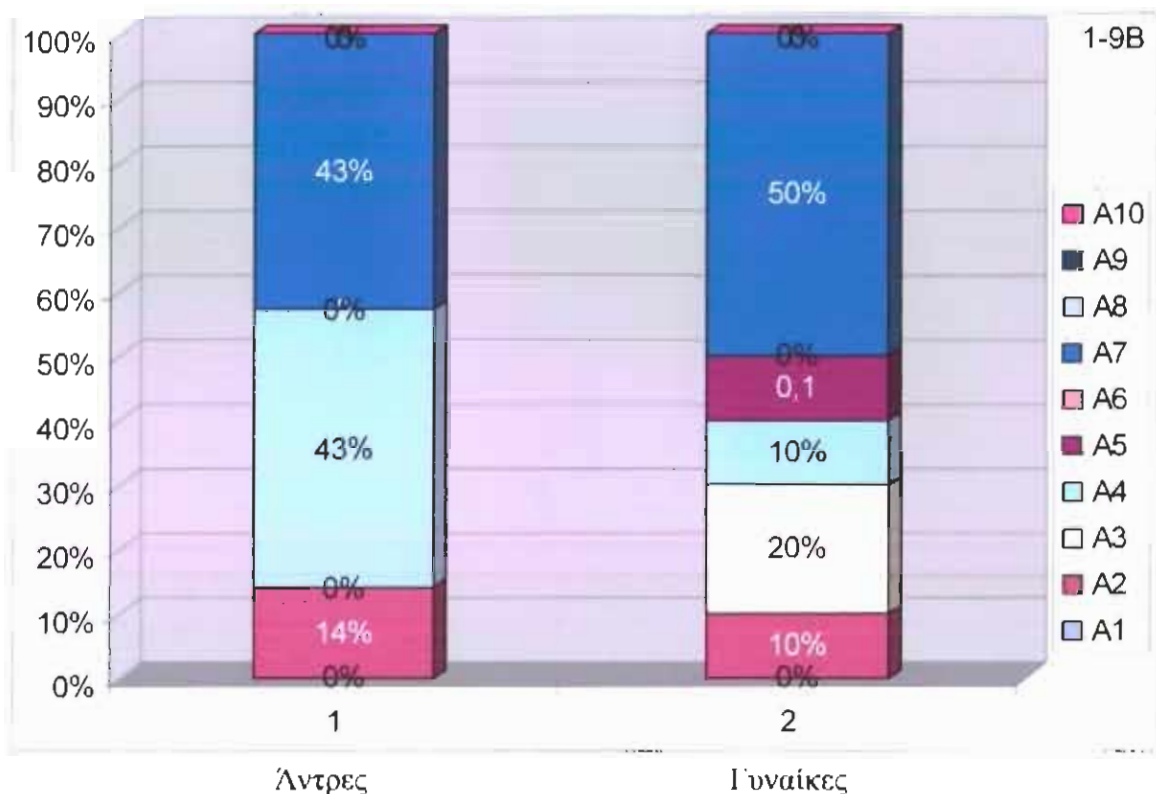
Ε9) Α. Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα;



Στο μεγαλύτερό τους ποσοστό, και οι άντρες (76%) και οι γυναίκες (86%) πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα.

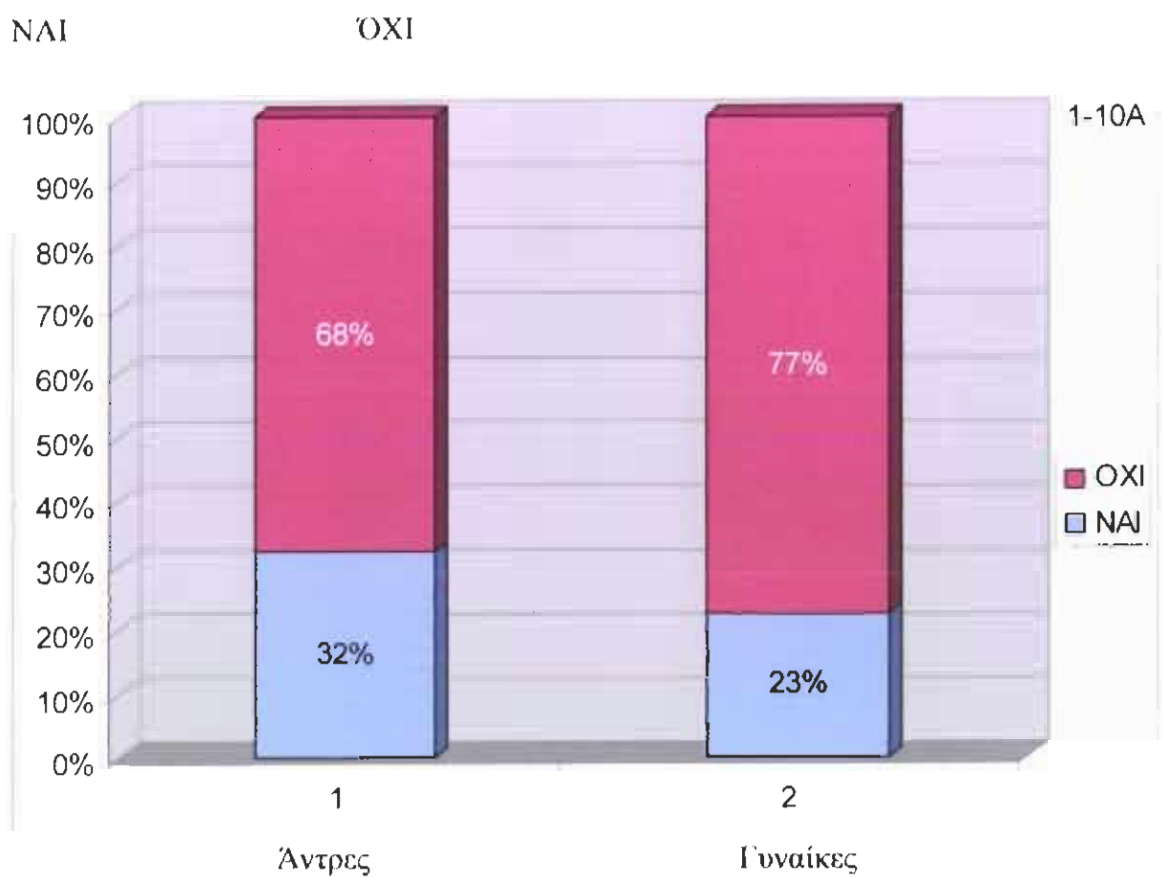
Ε9) Β. Αν ΟΧΙ, ποιος -οι από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι έχει δυσκολέψει την προσπάθεια αυτή :

- A1. Έλλειψη συνεργασίας με τους επαγγελματίες των αποκαταστασιακών δομών
- A2. Φόρτος εργασίας / ανάληψη μεγάλου όγκου καθηκόντων
- A3. Έλλειψη οικονομικών πόρων
- A4. Η νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό
- A5. Δυσκαμψία της κοινότητας να αποδεχθεί την ύπαρξη δομών στα πλαίσιά της
- A6. Έλλειψη ειδίκευσης των φροντιστών
- A7. Όλα τα παραπάνω
- A8. Κανένα από τα παραπάνω
- A9. Δ.Ξ.
- A10. Άλλο, προσδιορίστε



Από αυτούς που πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα, οι άντρες πιστεύουν ότι την προσπάθεια αυτή έχουν δυσκολέψει κυρίως : «η νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό» και «όλα τα παραπάνω» με ισόποσα ποσοστά (43%). Οι γυναίκες θεωρούν ως λόγο δυσκολίας «όλα τα παραπάνω» (50%) και «την έλλειψη οικονομικών πόρων» (20%).

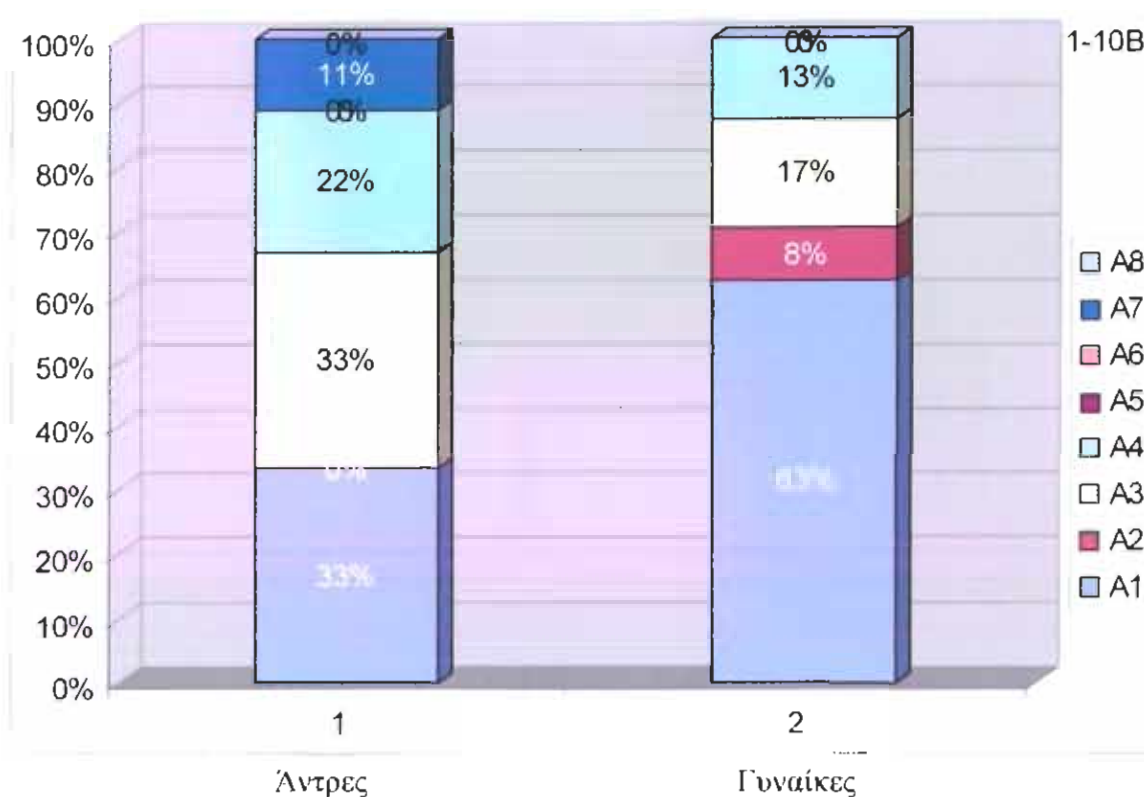
Ε10) Α. Πιστεύετε ότι όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζεστε θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης;



Και οι άντρες (68%) και οι γυναίκες με μεγαλύτερο ποσοστό (77%) πιστεύουν ότι δεν θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζονται.

E10) Β. Αν ΝΑΙ, για ποιον-ους από τους παρακάτω λόγους μπορούν να μεταβούν στην κοινότητα :

- A1. Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα
- A2. Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα λόγω της αναγκαστικής απορρόφησης των οικονομικών κονδυλίων
- A3. Επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών
- A4. Επειδή πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία
- A5. Όλα τα παραπάνω
- A6. Κανένα από τα παραπάνω
- A7. Δ.Ξ.
- A8. Άλλο, προσδιορίστε

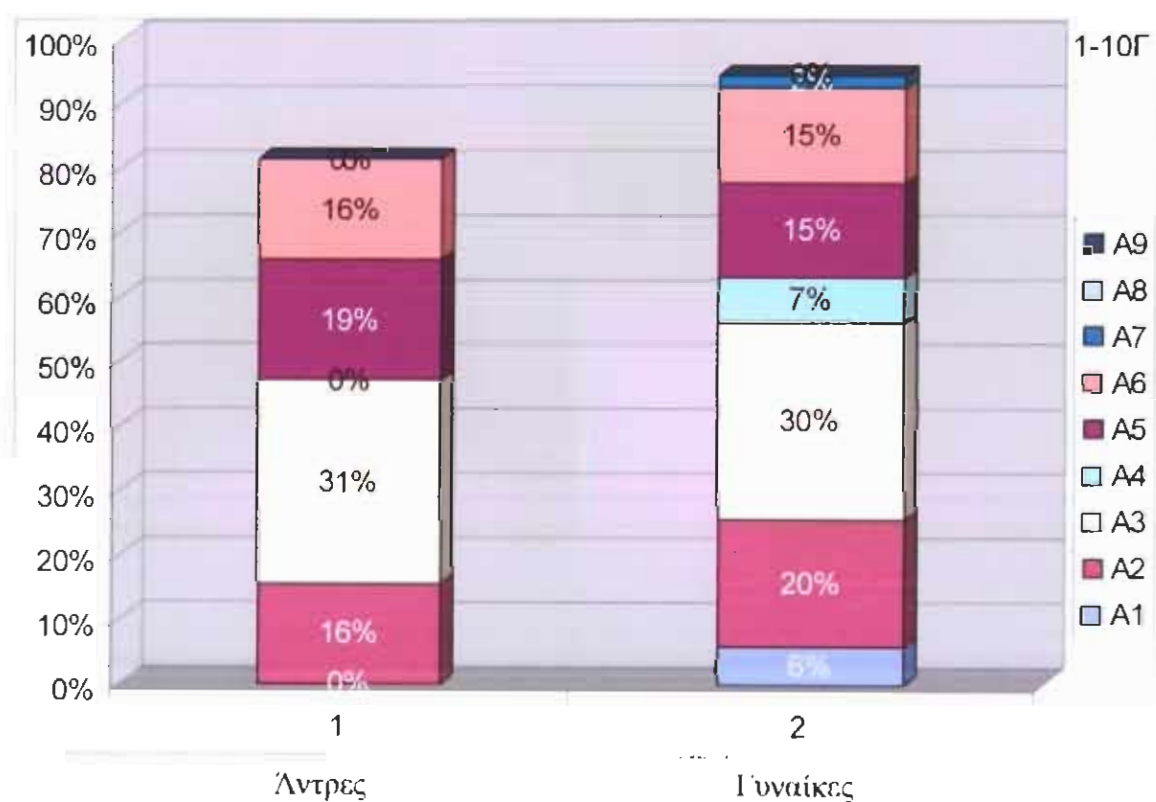


Από αυτούς που πιστεύουν ότι όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζονται θα μπορούσαν να μεταβούν στην κοινότητα, οι επικρατέστερες απαντήσεις των αντρών για το λόγο που αυτό θα μπορούσε να γίνει ήταν : «επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα» (33%), «επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών» (33%) και 22% «επειδή πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία».

Οι γυναίκες στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (63%) πιστεύουν ότι οι ασθενείς θα μπορούσαν να μεταβούν στην κοινότητα επειδή : «όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα» και με 17% «επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών».

E10) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιον -ους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης :

- A1. Λόγω δυσκολίας οργάνωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την προετοιμασία των ασθενών σχετικά για την μετάβαση τους
- A2. Λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών
- A3. Λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών
- A4. Λόγω προκαταλήψεων της κοινότητας
- A5. Λόγω της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών
- A6. Όλα τα παραπάνω
- A7. Κανένα από τα παραπάνω
- A8. Δ.Ξ.
- A9. Άλλο, προσδιορίστε

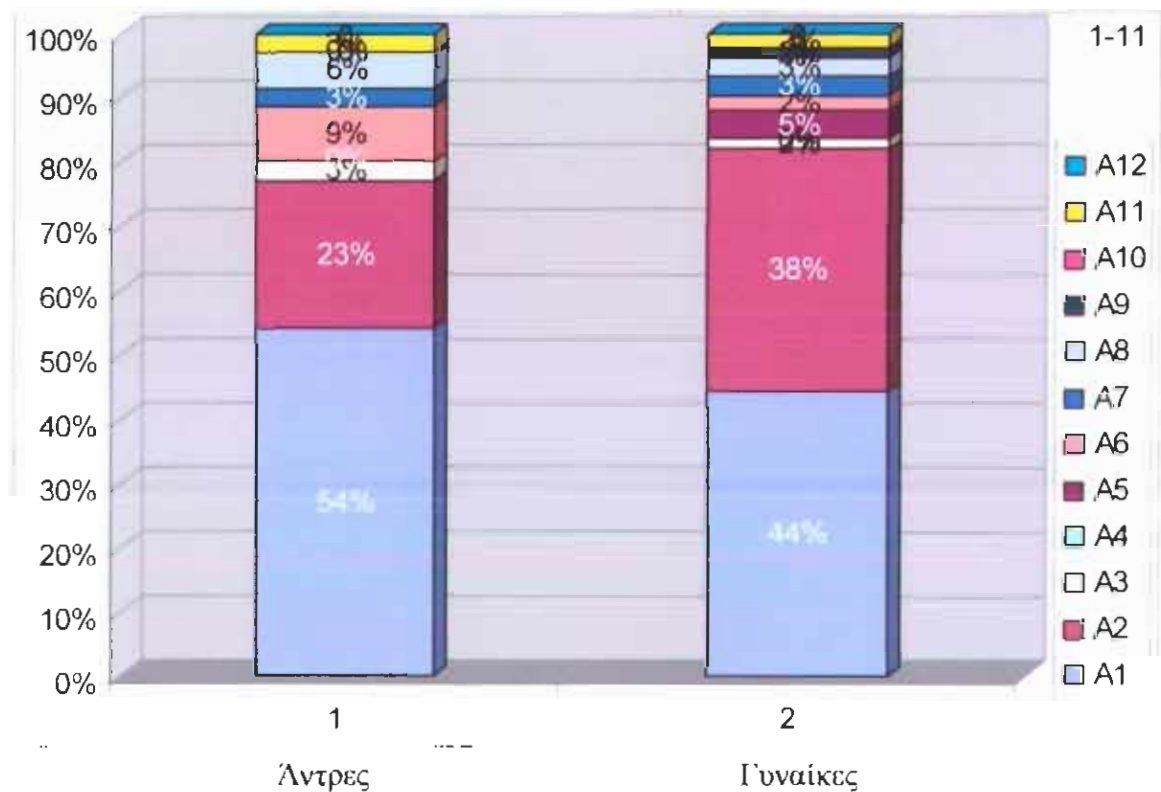


E10) Από αυτούς που πιστεύουν ότι δεν θα μπορούσαν όλοι οι ασθενείς να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης, το μεγαλύτερο ποσοστό των αντρών (31%) πιστεύει ότι αυτό δεν θα μπορούσε να συμβεί : «λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών», «λόγω της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών» (19%) και με ισόποσα ποσοστά (16%) : «Λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών» και «Όλα τα παραπάνω».

Αντίστοιχα στις γυναίκες, οι επικρατέστερες απαντήσεις για τους λόγους που δεν θα μπορούσαν να μεταβούν όλοι οι ασθενείς στη κοινότητα ήταν : «λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών» (30%), «λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών» (20%), «Λόγω της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών» και «Όλα τα παραπάνω» με ίδια ποσοστά (15%).

E11) Ποια -ες από τις παρακάτω αντιδράσεις έχετε όταν αποφασίζεται η μετάβαση ενός ασθενή του τμήματος όπου εργάζεστε σε αποκαταστασιακές δομές;

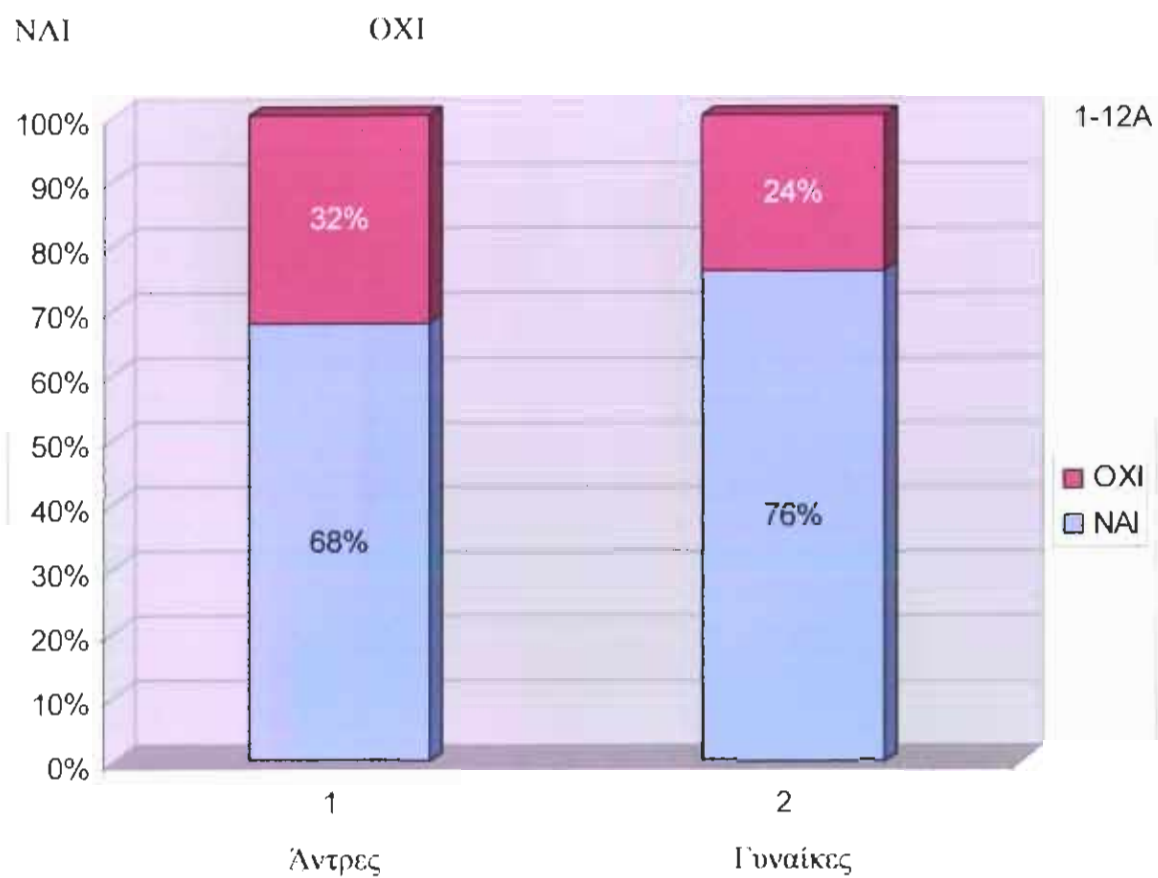
- A1. Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)
- A2. Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητε συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου
- A3. Άδειες
- A4. Έναρξη μεταπτυχιακών σπουδών
- A5. Μειωμένη διάθεση συνεργασίας με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα
- A6. Αποφυγή επαφής με τους ασθενείς
- A7. Συγκρούσεις με το λοιπό προσωπικό
- A8. Μειωμένη αποτελεσματικότητα στα καθήκοντα
- A9. Όλα τα παραπάνω
- A10. Κανένα από τα παραπάνω
- A11. Δ.Ξ.
- A12. Άλλο, προσδιορίστε:



E11) Οι επικρατέστερες αντιδράσεις των αντρών είναι: «συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)» (54%) και «συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ο ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για τις απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου» (23%).

Ίδιες ήταν και οι επικρατέστερες αντιδράσεις των γυναικών αλλά με διαφορετικά ποσοστά : «συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή» (44%) και «συνεργασία με τους φροντιστές» (38%).

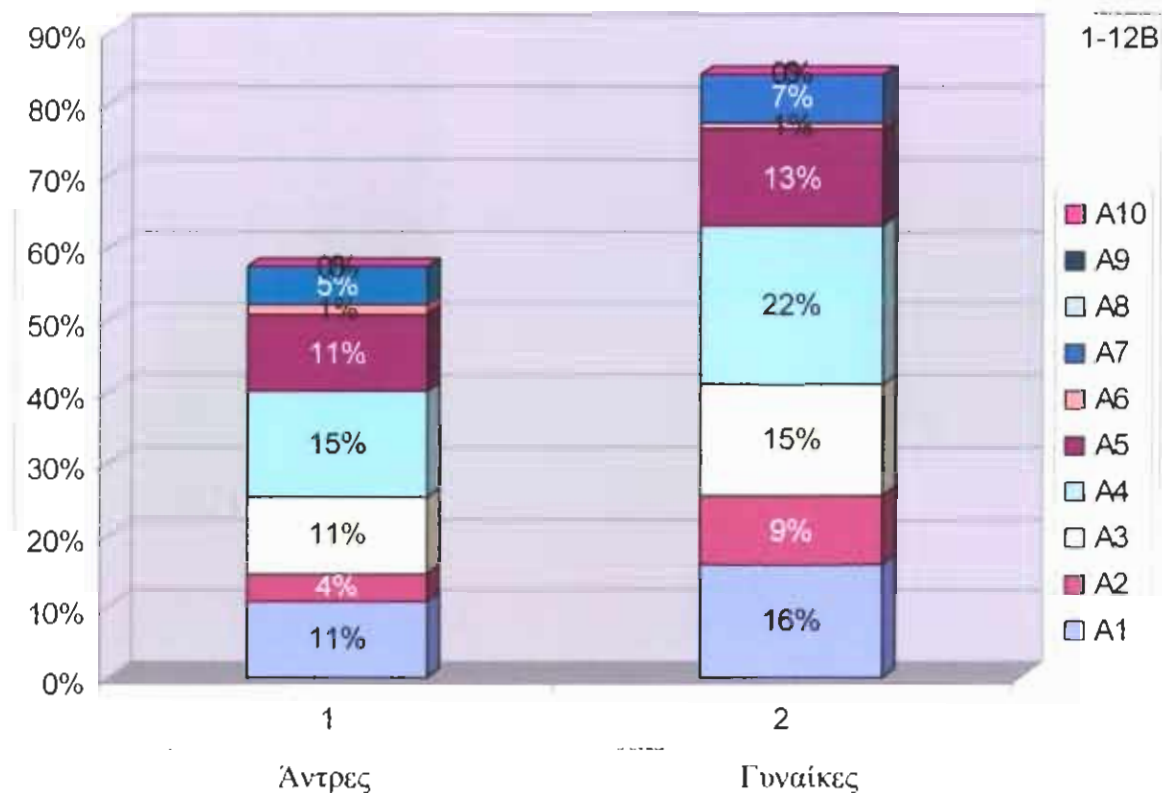
Ε12) Α. Έχετε βοηθήσει ασθενείς να βγουν και να μείνουν σε στεγαστική μονάδα αποκατάστασης στην κοινότητα;



Άντρες και γυναίκες στο μεγαλύτερο τους ποσοστό, 68% και 76% αντίστοιχα, έχουν βοηθήσει ασθενείς να βγουν και να μείνουν σε στεγαστική μονάδα αποκατάστασης στην κοινότητα.

E12) Β. Αν ΝΑΙ, ποιο-ια από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι αισθάνθηκαν οι ασθενείς για τη μετάβαση τους στη κοινότητα :

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| Λ1. Ικανοποίηση | Λ6. Λδιαφορία |
| Λ2. Λύπη | Λ7. Όλα τα παραπάνω |
| Λ3. Χαρά | Λ8. Κανένα από τα παραπάνω |
| Λ4. Άγχος | Λ9. Δ.Ξ. |
| Λ5. Φόβο | Λ10 Άλλο, προσδιορίστε |

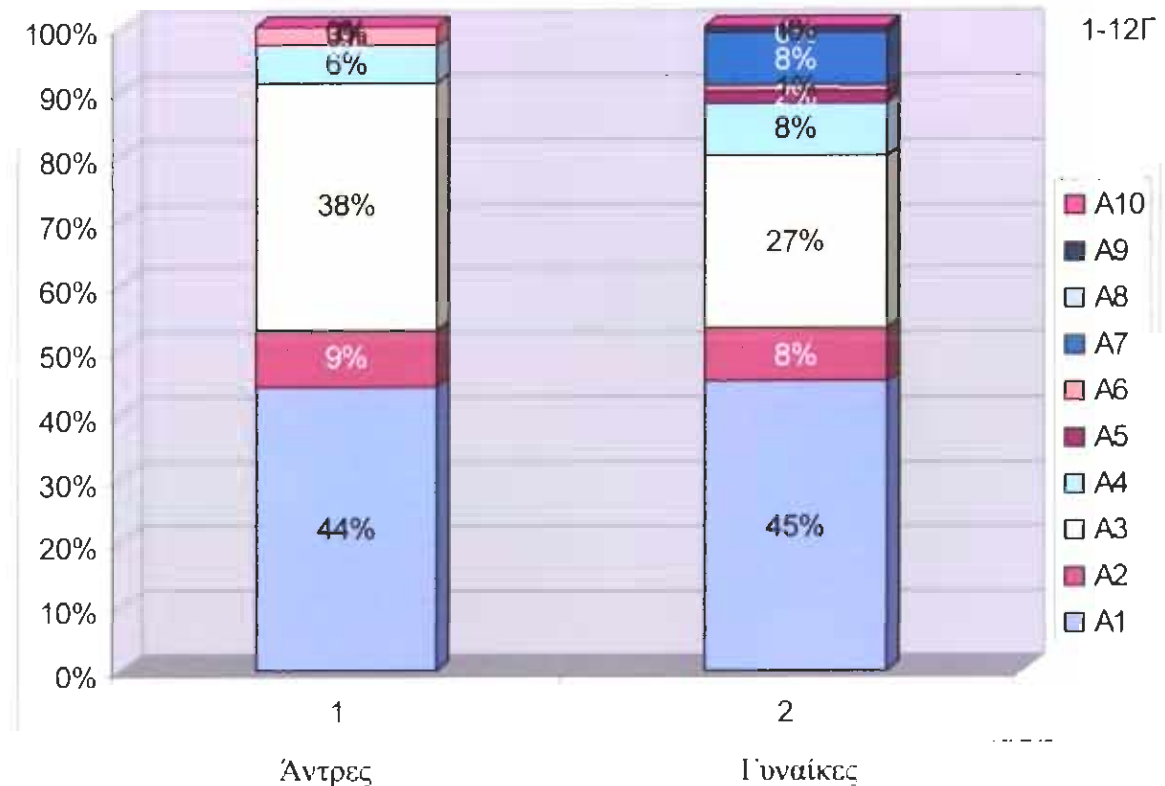


Οι άντρες πιστεύουν ότι, οι ασθενείς αισθάνθηκαν για την μετάβασή τους κυρίως : «άγχος» (15%), «ικανοποίηση», «χαρά» και «φόβο» με ποσοστά (11%).

Στις γυναίκες οι επικρατέστερες απαντήσεις ήταν : «άγχος» (22%), «ικανοποίηση» (16%), «χαρά» (15%) και «φόβο» (13%).

Ε12) Γ. Ποιο-ποια συναισθήματα νιώσατε μετά τη μετάβαση των ασθενών σας στην κοινότητα:

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| Λ1. Ικανοποίηση | Λ6. Λδιαφορία |
| Λ2. Λύπη | Λ7. Όλα τα παραπάνω |
| Λ3. Χαρά | Λ8. Κανένα από τα παραπάνω |
| Λ4. Άγχος | Λ9. Δ.Ξ. |
| Λ5. Φόβο | Λ10. Άλλο, προσδιορίστε |

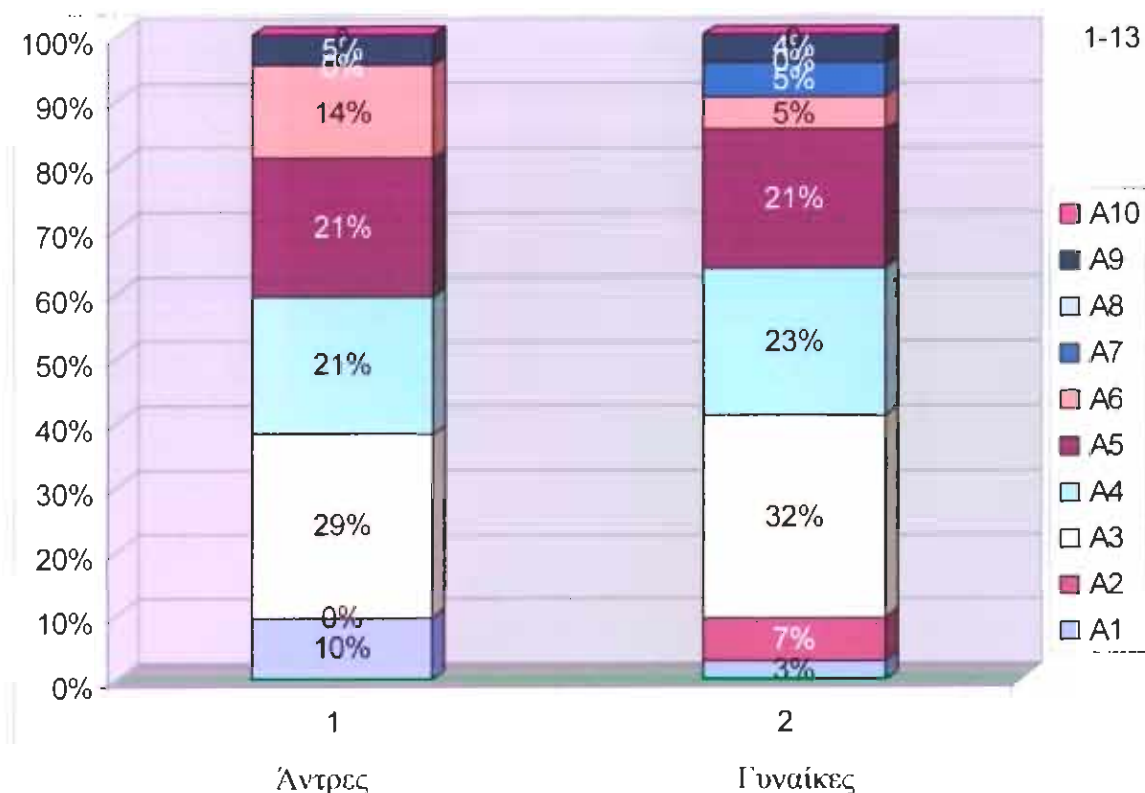


Οι άντρες αισθάνθηκαν για την μετάβαση των ασθενών τους κυρίως : «ικανοποίηση» (44%) και «χαρά» (38%).

Στις γυναίκες οι επικρατέστερες απαντήσεις ήταν ικανοποίηση» (45%) και «χαρά» (27%).

Ε13) Ποιο-α από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι θα μπορούσε να βιώσει η κοινότητα σχετικά με την μετάβαση των ασθενών;

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| Α1. Ικανοποίηση | Α6. Λύπη |
| Α2. Ευχαρίστηση | Α7. Όλα τα παραπάνω |
| Α3. Αμφιθυμία | Α8. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α4. Απάθεια – αδιαφορία | Α9. Δ.Ξ. |
| Α5. Θυμός – οργή | Α10. Άλλο, προσδιορίστε |

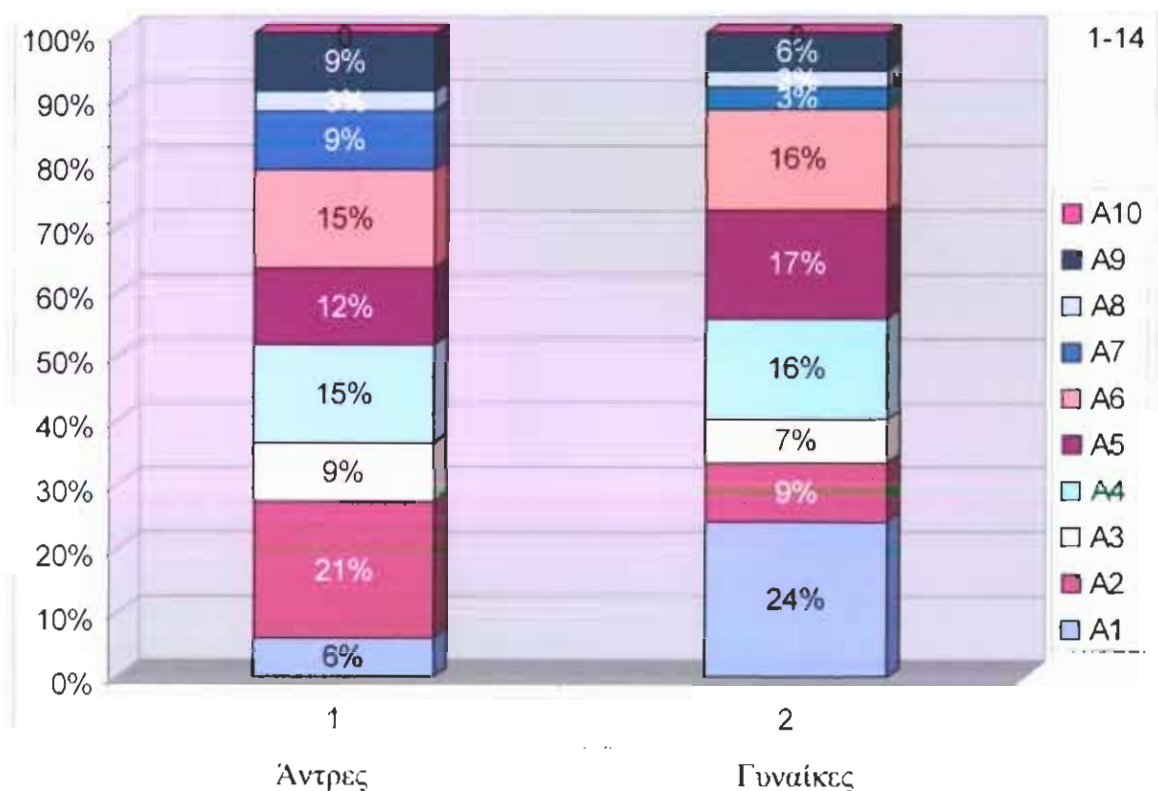


Για τη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα, οι άντρες πιστεύουν ότι η κοινότητα θα μπορούσε να βιώσει κυρίως : «αμφιθυμία» (29%), «απάθεια-αδιαφορία», «θυμό-οργή» σε ισόποσα ποσοστά 21% και «Λύπη» (14%).

Ίδια συναισθήματα αποδίδουν στην κοινότητα και οι γυναίκες, με διαφορετικά ποσοστά : «αμφιθυμία» (32%), «απάθεια-αδιαφορία» (23%) και «θυμό-οργή» (21%).

E14) Ποιο-α από τα παρακάτω θα μπορούσαν, κατά την γνώμη σας, να αποτελέσουν έμπρακτη αντίδραση της κοινότητας σχετικά με τη δημιουργία εξωτερικών μονάδων αποκατάστασης;

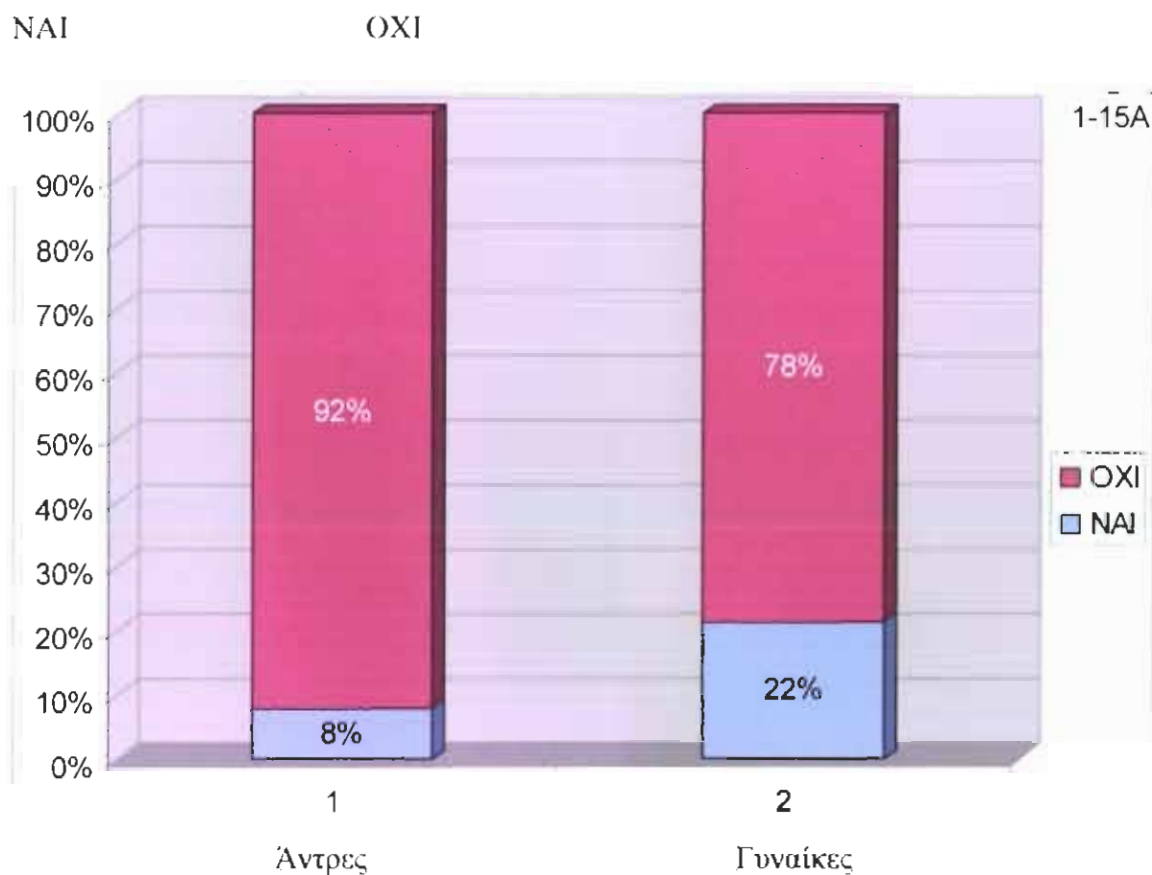
- A1. Εθελοντισμός
- A2. Οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων
- A3. Μη οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων
- A4. Απάθεια
- A5. Στιγματισμός
- A6. Επιθετικότητα
- A7. Όλα τα παραπάνω
- A8. Κανένα από τα παραπάνω
- A9. Δ.Ξ.
- A10. Άλλο, προσδιορίστε



Οι επικρατέστερες απαντήσεις των αντρών για το τι θα μπορούσε να αποτελέσει έμπρακτη αντίδραση της κοινότητας ήταν : «η οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων» (21%), και με ισόποσα ποσοστά 15% : «απάθεια» και «στιγματισμός».

Οι επικρατέστερες απαντήσεις των γυναικών ήταν : «εθελοντισμός» (24%), «στιγματισμός» (17%), και με ισόποσα ποσοστά 16% : «απάθεια» και «επιθετικότητα».

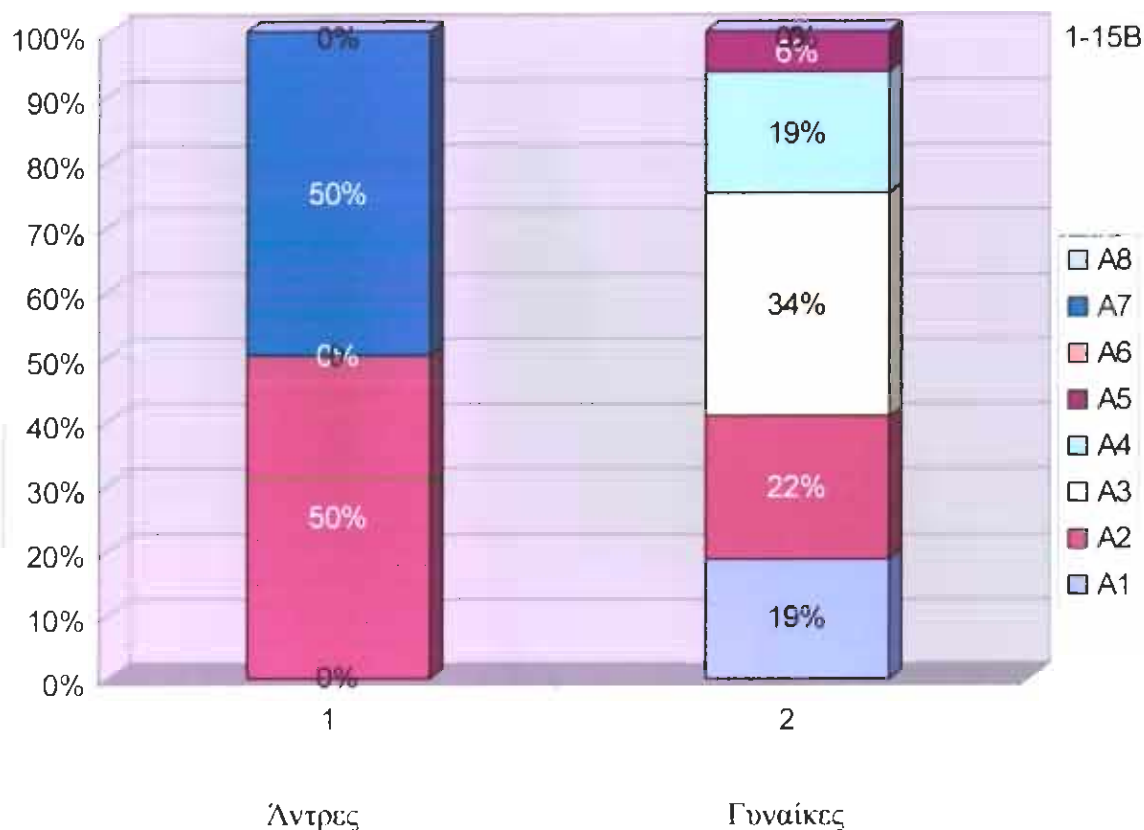
E15) Α. Πιστεύετε ότι η κοινότητα είναι ενημερωμένη για την λειτουργία θεραπευτικών μονάδων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων;



Η συντριπτική πλειοψηφία των αντρών (92%) πιστεύει ότι η κοινότητα δεν είναι ενημερωμένη για τη λειτουργία θεραπευτικών μονάδων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων. Σε εξίσου μεγάλο ποσοστό (78%) πιστεύουν το ίδιο και οι γυναίκες.

E15) Β. Αν ΝΑΙ, με ποιον-ους από τους παρακάτω τρόπους πιστεύετε ότι έχει ενημερωθεί :

- | | |
|---|----------------------------|
| Λ1. Αγωγή κοινότητας | Λ5. Όλα τα παραπάνω |
| Λ2. Μ.Μ.Ε. | Λ6. Κανένα από τα παραπάνω |
| Λ3. Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων | Λ7. Δ. Ξ. |
| Λ4. Ημερίδες – Σεμινάρια | Λ8. Άλλο, προσδιορίστε |



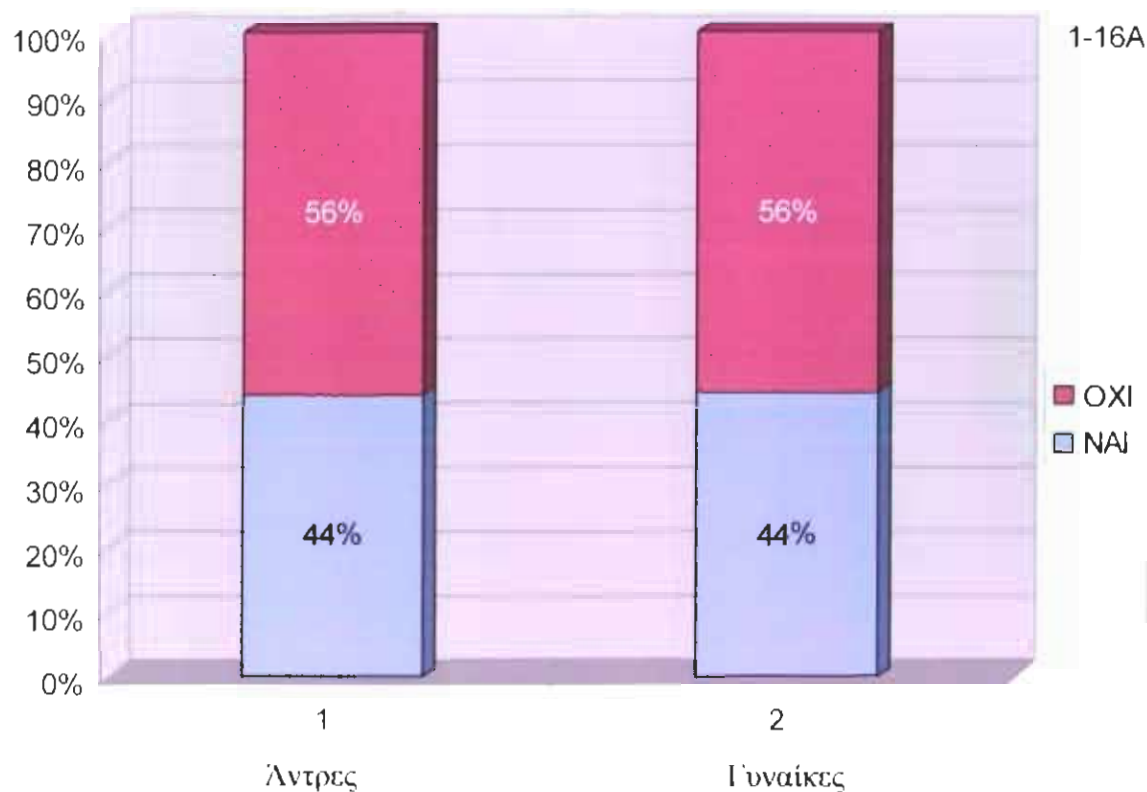
Από τους άντρες που πιστεύουν ότι η κοινότητα έχει ενημερωθεί, οι μισοί (50%) πιστεύουν ότι αυτό έχει γίνει μέσω των «Μ.Μ.Ε.» και το άλλο 50% «με όλα τα παραπάνω».

Από τις γυναίκες που πιστεύουν ότι η κοινότητα έχει ενημερωθεί, οι περισσότερες (34%) πιστεύουν ότι αυτό έχει γίνει με «ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων», «Μ.Μ.Ε.» (22%), «Αγωγή κοινότητας» Ημερίδες – Σεμινάρια» με ποσοστά 19%.

E16) Α. Εσείς έχετε συντελέσει ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Ψυχιατρείου στην αγωγή της κοινότητας, σχετικά με την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών για το θέμα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών;

ΝΑΙ

ΟΧΙ



Σχετικά με την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών για το θέμα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών, και οι άντρες και οι γυναίκες με το ίδιο ακριβώς ποσοστό (56%) πιστεύουν ότι δεν έχουν συντελέσει ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας στην αγωγή της κοινότητας.

Ε16) Β. Αν ΝΑΙ, με ποιον- ους από τους παρακάτω τρόπους :

Α1. Αγωγή κοινότητας

Α2. Μ.Μ.Ε.

Α3. Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων

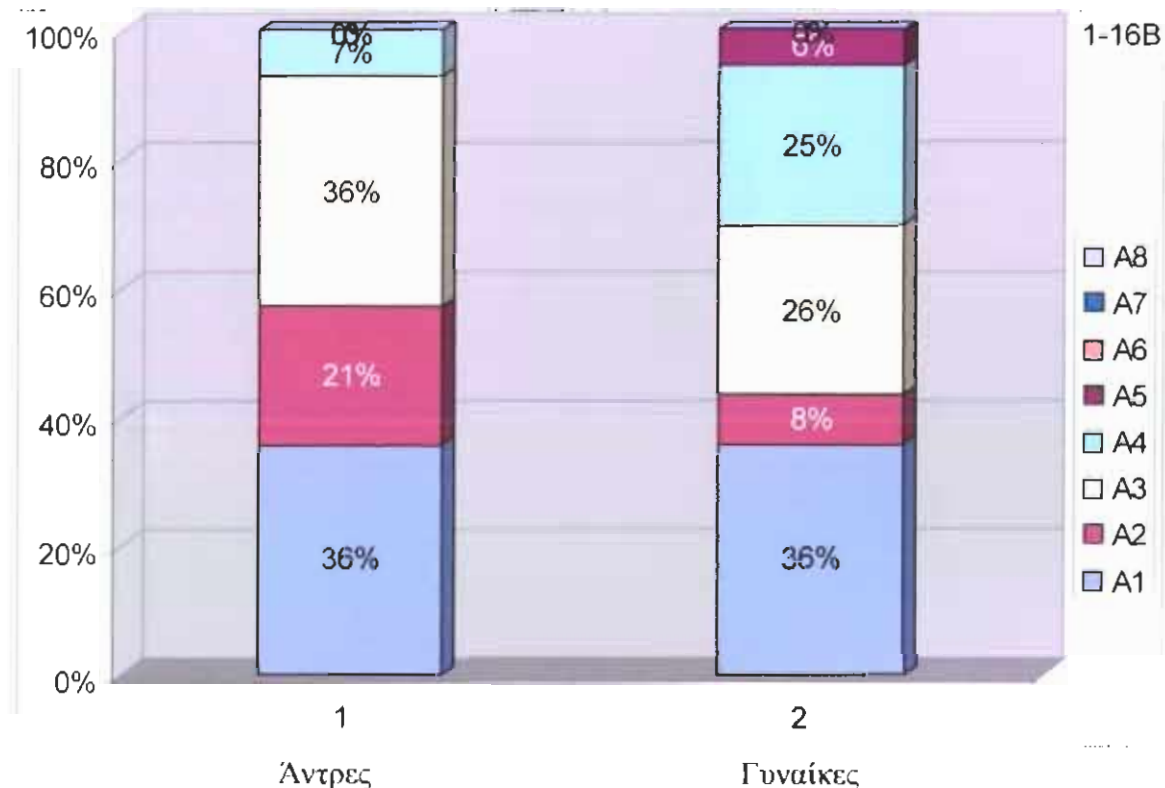
Α4. Ημερίδες – Σεμινάρια

Α5. Όλα τα παραπάνω

Α6. Κανένα από τα παραπάνω

Α7. Δ.Ξ.

Α8. Άλλο, προσδιορίστε

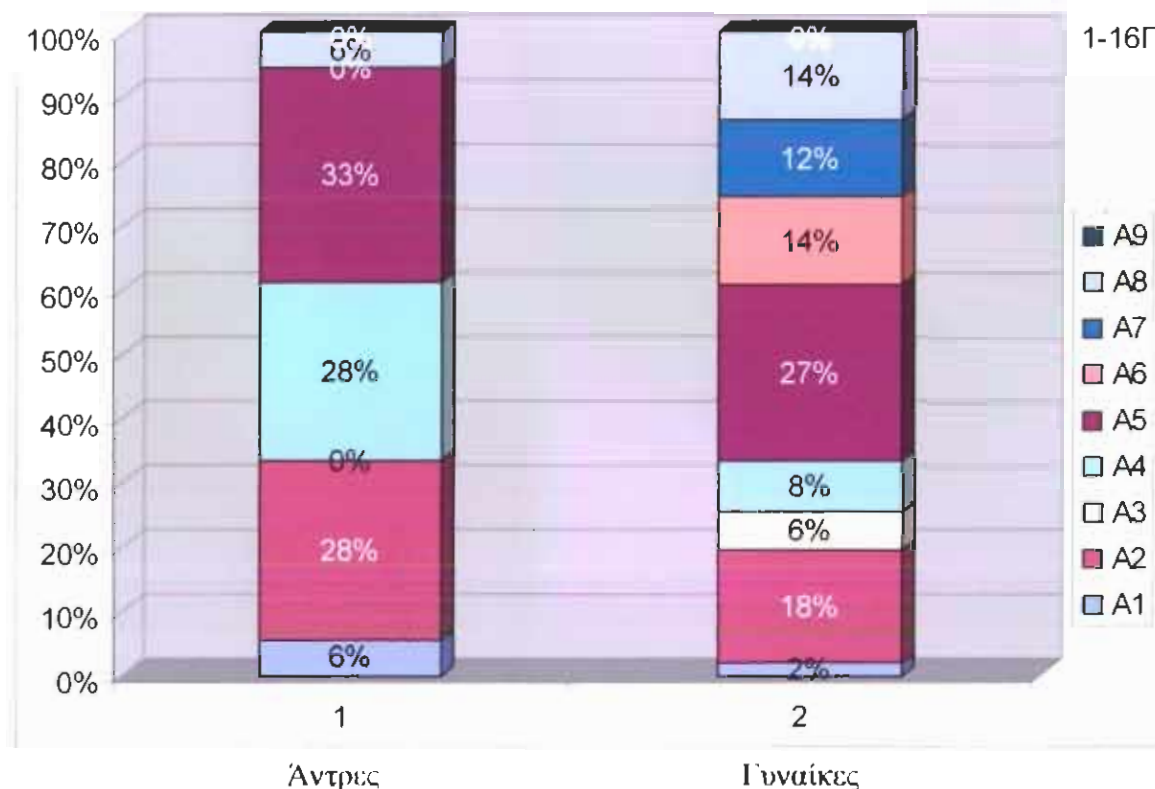


Από τους άντρες που πιστεύουν ότι έχουν συντελέσει στην αγωγή της κοινότητας, 36% πιστεύει ότι αυτό έχει γίνει με «αγωγή κοινότητας», 36% με «ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων-κοινοτήτων» και 21% μέσω «Μ.Μ.Ε.».

Από τις γυναίκες που πιστεύουν ότι έχουν συντελέσει στην αγωγή της κοινότητας, 36% πιστεύει ότι αυτό έχει γίνει με «αγωγή κοινότητας», 26% με «ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων-κοινοτήτων» και 25% με «Ημερίδες-Σεμινάρια».

Ε16) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιον – ποιους από τους παρακάτω λόγους δεν καταφέρατε κάτι τέτοιο :

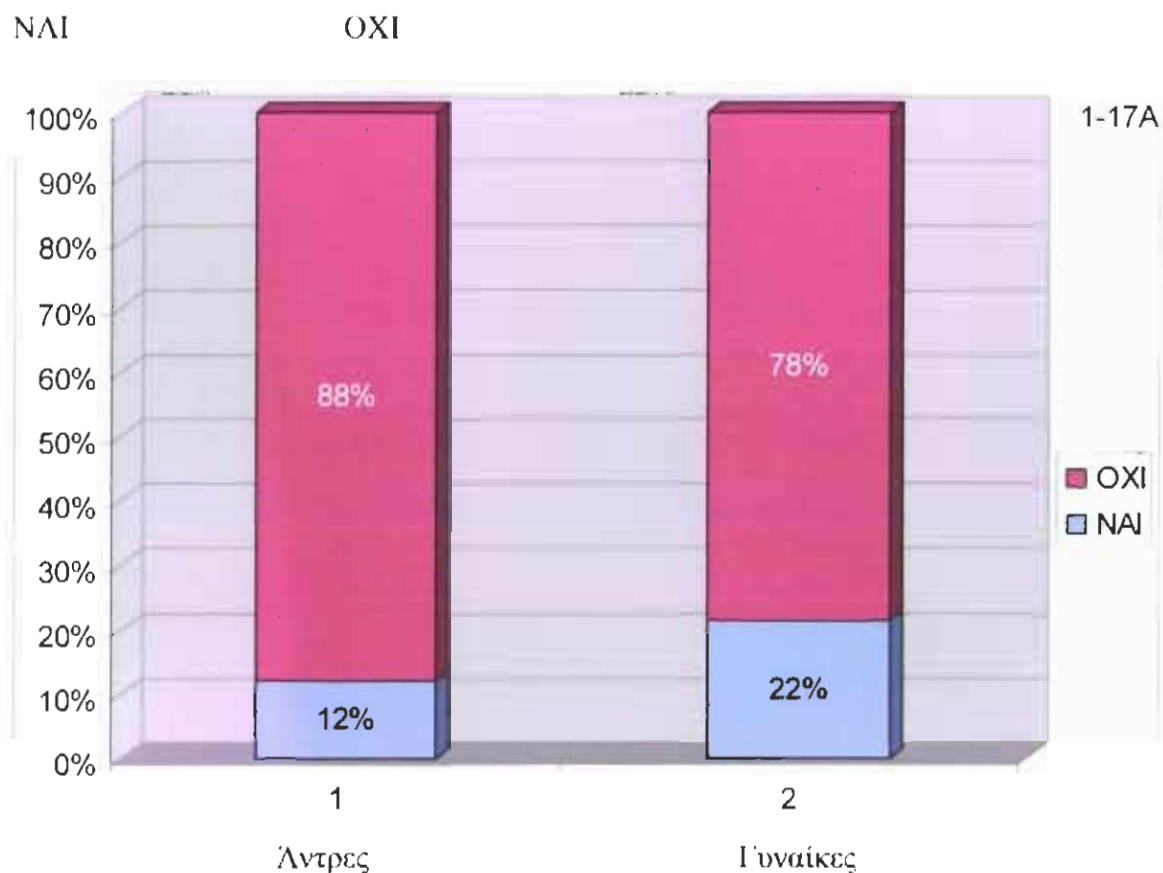
- A1. Λόγω αρνήσεως των τοπικών φορέων να συνεργαστούν
- A2. Λόγω έλλειψης κονδυλιών
- A3. Λόγω άρνησης του ίδιου του προσωπικού
- A4. Λόγω αδιαφορίας
- A5. Λόγω έλλειψης χρόνου
- A6. Όλα τα παραπάνω
- A7. Κανένα από τα παραπάνω
- A8. Δ.Ξ.
- A9. Άλλο, προσδιορίστε



Από τους άντρες που πιστεύουν ότι δεν έχουν συντελέσει στην αγωγή της κοινότητας, οι περισσότεροι πιστεύουν ότι δεν κατάφεραν κάτι τέτοιο κυρίως : «λόγω έλλειψης χρόνου» (33%), και με ισόποσα ποσοστά (28%) : «λόγω έλλειψης κονδυλιών» και «λόγω αδιαφορίας».

Οι επικρατέστερες απαντήσεις των γυναικών ήταν επίσης : «λόγω έλλειψης χρόνου» (27%), «λόγω έλλειψης κονδυλιών» (18%) και «Κανένα από τα παραπάνω» (12%).

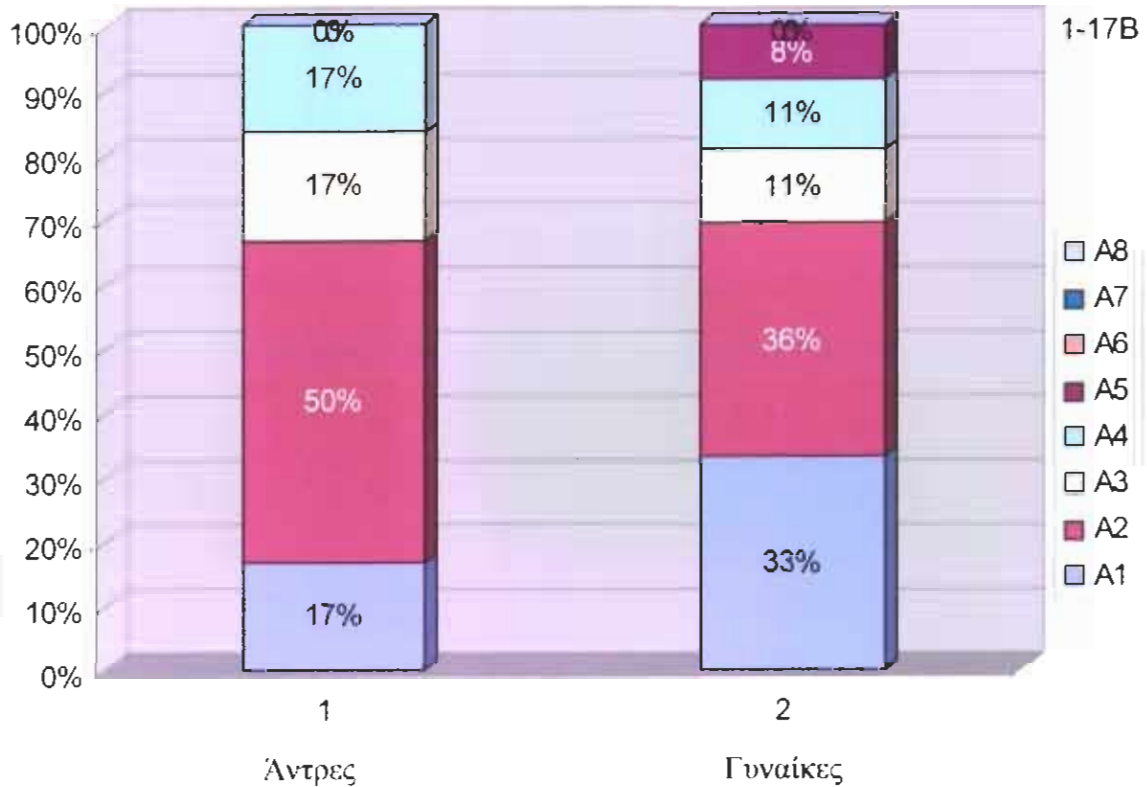
Ε17) Α. Πιστεύετε ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα;



Η πλειοψηφία των αντρών (88%) πιστεύει ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα. Το ίδιο πιστεύει και η πλειοψηφία (78%) των γυναικών.

Ε17) Β. Αν ΝΑΙ, σε ποια -ες από τις παρακάτω δομές –υπηρεσίες θα μπορούσαν εργαστούν :

- | | |
|---|----------------------------|
| Α1. Σε Προστατευμένα Εργαστήρια | Α5. Όλα τα παραπάνω |
| Α2. Σε Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς | Α6. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α3. Σε Δημόσιες Υπηρεσίες | Α7. Δ.Ξ. |
| Α4. Σε Ιδιωτικές Υπηρεσίες – Επιχειρήσεις | Α8. Άλλο, προσδιορίστε |

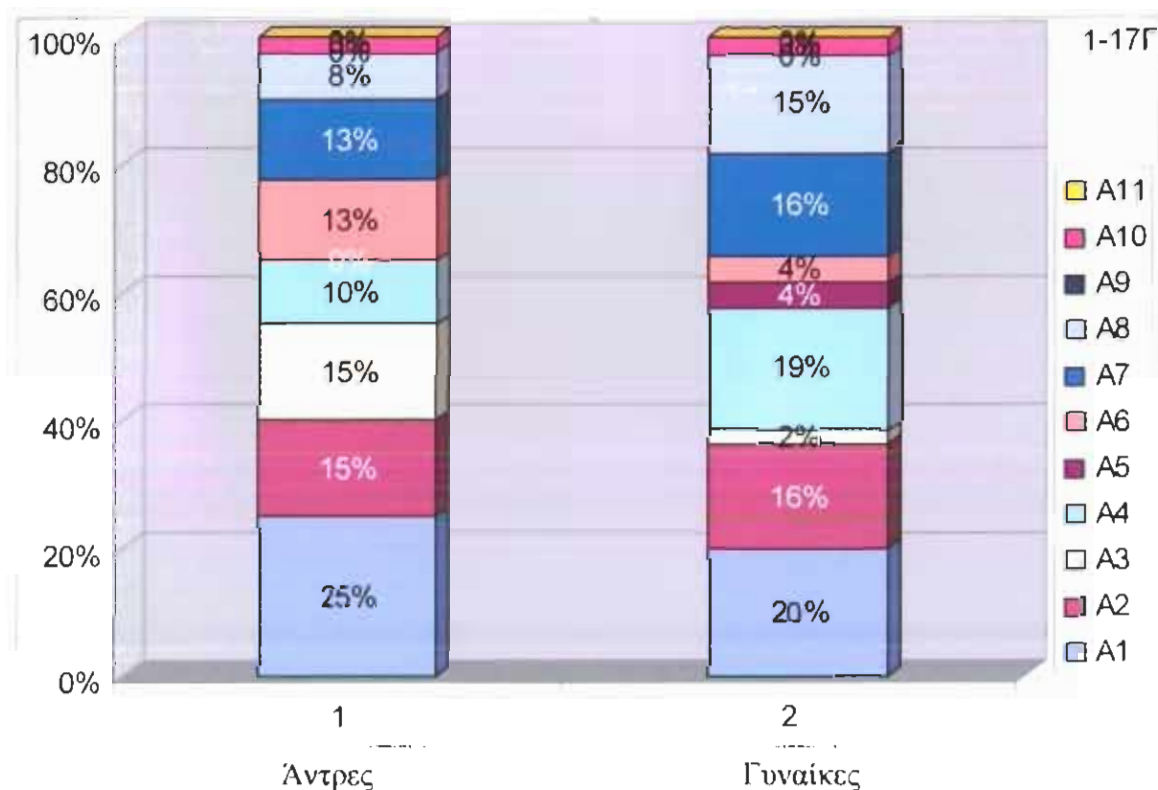


Από τους άντρες που πιστεύουν ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα, οι περισσότεροι (50%) πιστεύουν ότι οι ασθενείς θα μπορούσαν να εργαστούν σε «Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς» και με ισόποσα ποσοστά 15% «Σε Προστατευμένα Εργαστήρια», «Σε Δημόσιες Υπηρεσίες» και «Σε Ιδιωτικές Υπηρεσίες – Επιχειρήσεις».

Το ίδιο πιστεύουν και οι περισσότερες γυναίκες σε μικρότερο ποσοστό (36%), αλλά και 33% σε «Προστατευμένα Εργαστήρια».

Ε17) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιον-ους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν επαρκεί :

- A1. Λόγω έλλειψης υποδομής
- A2. Λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης
- A3. Λόγω ύπαρξης ανειδίκευτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας
- A4. Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών
- A5. Λόγω έλλειψης συντονισμού θεραπευτικής ομάδας
- A6. Λόγω κακής οργάνωσης του θεραπευτικού προγράμματος
- A7. Λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών
- A8. Όλα τα παραπάνω
- A9. Κανένα από τα παραπάνω
- A10. Δ.Ξ.
- A11. Άλλο, προσδιορίστε

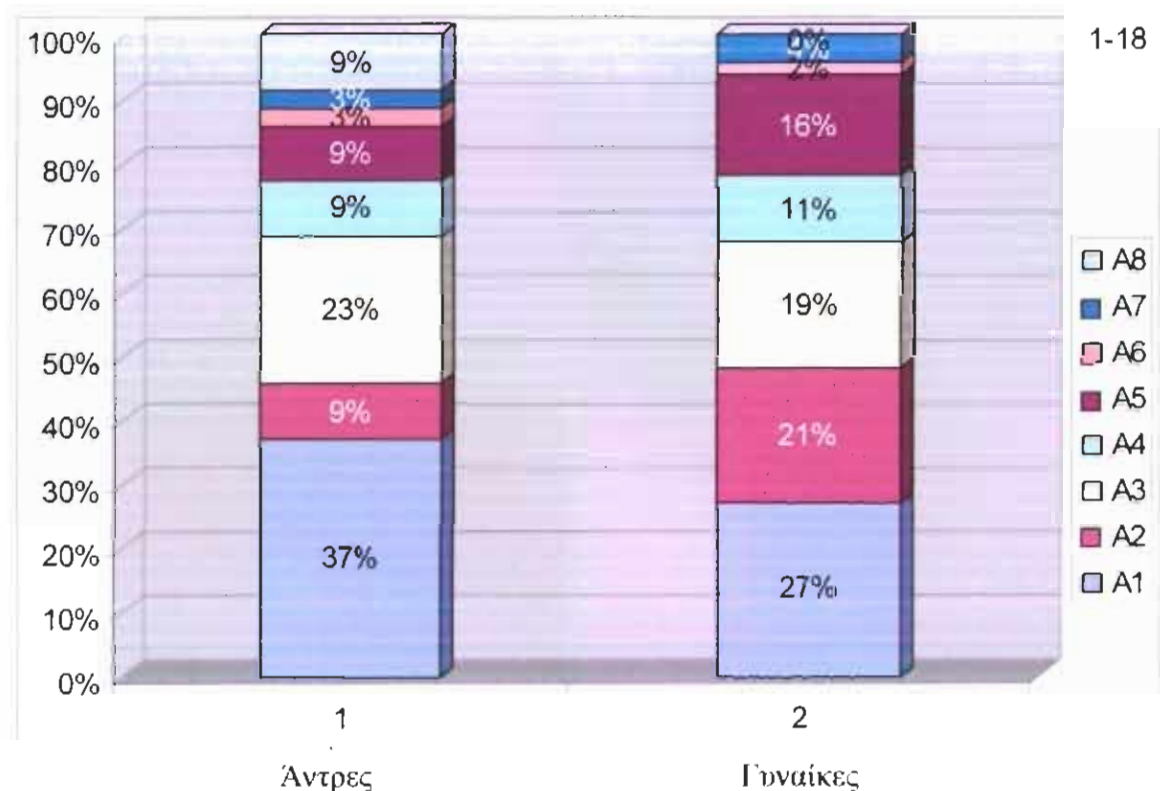


Ε17) Από τους άντρες που πιστεύουν ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα, οι περισσότεροι (25%) πιστεύουν ότι αυτό οφείλεται στην «έλλειψη υποδομής» στη «δυσκολία στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης» στην «ύπαρξη ανειδίκευτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας» με ποσοστά (15%), επίσης με ισόποσα ποσοστά 13% «Λόγω κακής οργάνωσης του θεραπευτικού προγράμματος» και «Λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών».

Οι περισσότερες από τις γυναίκες πιστεύουν ότι η προετοιμασία δεν επαρκεί κυρίως : «λόγω έλλειψης υποδομής» (20%), «λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών» (19%) και με ποσοστά 16% «Λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης» και «Λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των Εργοδοτών».

E18) Πιστεύετε ότι η διαμονή των ασθενών σας στην κοινότητα, βοηθά :

- A1. στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση
- A2. στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση
- A3. στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη
- A4. στην προώθηση και απορρόφηση των κονδυλίων από την Ε.Ε.
- A5. Όλα τα παραπάνω
- A6. Κανένα από τα παραπάνω
- A7. Δ.Ξ.
- A8. Άλλο, προσδιορίστε



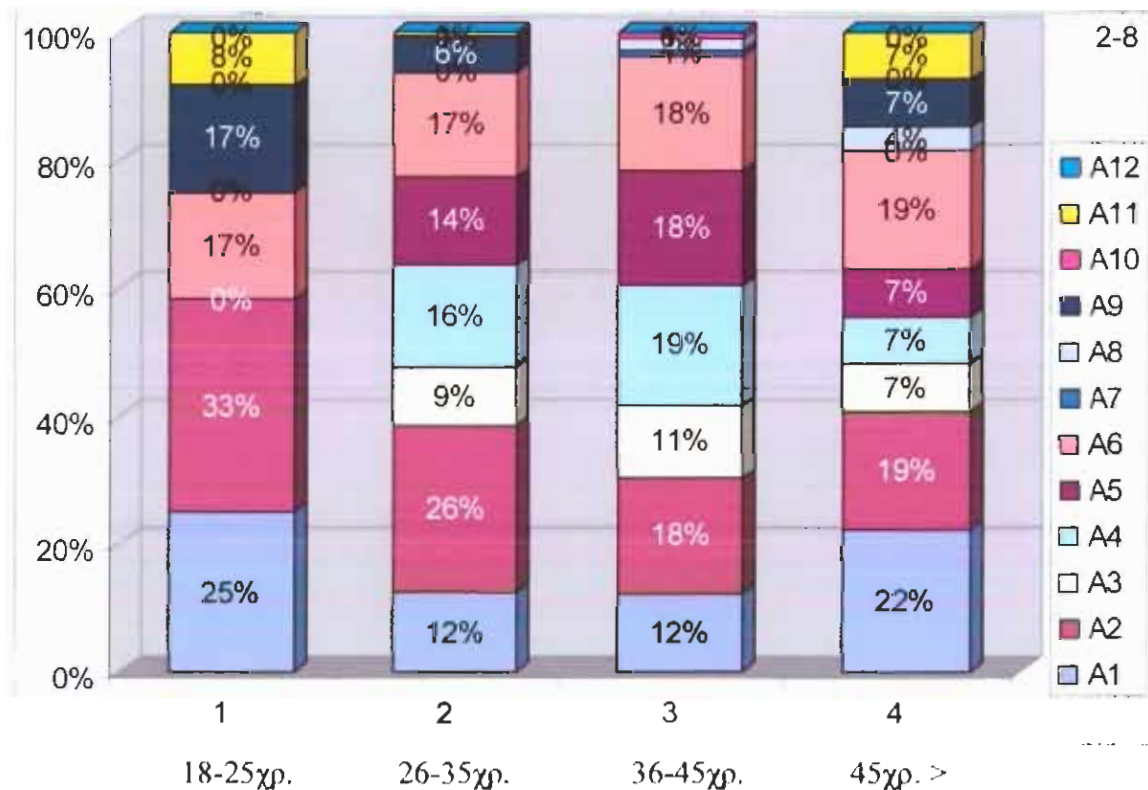
Οι περισσότεροι άντρες πιστεύουν ότι η διαμονή των ασθενών τους στην κοινότητα βοηθά : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» (37%) και «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη» (23%).

Οι περισσότερες γυναίκες πιστεύουν ότι η διαμονή των ασθενών τους στην κοινότητα βοηθά : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» (27%), «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση» (21%), «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη» (19%) και «Όλα τα παραπάνω» (16%) .

Συσχέτιση ερωτήσεων με την Ηλικία (E2)

E8) Η μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές συντελεί :

- A1. στη μείωση των υποτροπών
- A2. στη λειτουργικότητα των ασθενών
- A3. στην επαγγελματική αποκατάσταση
- A4. στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα
- A5. στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας
- A6. στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών
- A7. στην όξυνση των σχέσεων μεταξύ των ασθενών και της κοινότητας
- A8. στην αύξηση των υποτροπών
- A9. Όλα τα παραπάνω
- A10. Κανένα από τα παραπάνω
- A11. Δ.Ξ.
- A12. Άλλο, προσδιορίστε

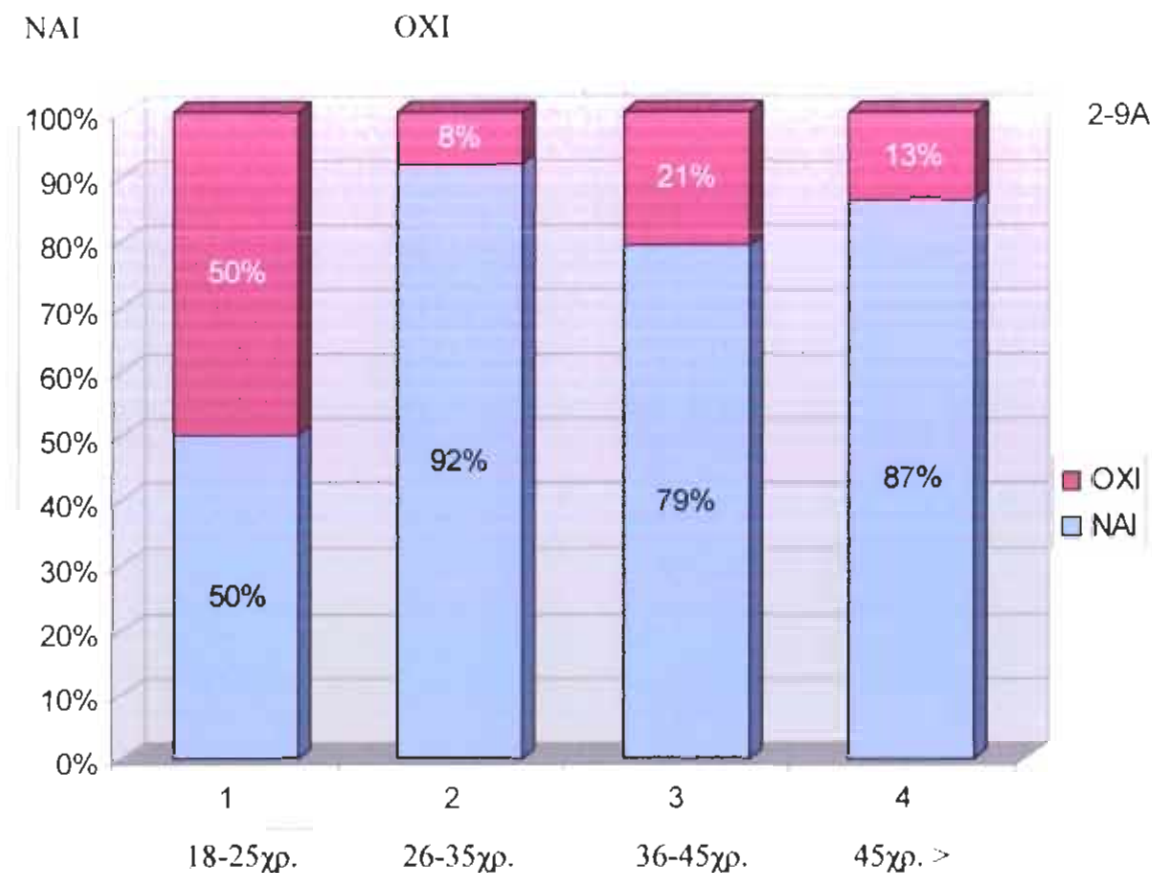


E8) Για τη μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές, το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιών 18-25χρ. πιστεύει ότι αυτή συντελεί στη «λειτουργικότητα των ασθενών» με ποσοστά 33%, «στη μείωση των υποτροπών» (25%) και με ισόποσα ποσοστά 17% : «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών» και «Όλα τα παραπάνω».

Στην ηλικιακή ομάδα 26-35χρ απάντησαν : «στη λειτουργικότητα των ασθενών» (26%), «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών» (17%), και «στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα» (16%).

Στην ηλικιακή ομάδα 36-45χρ. η επικρατέστερες απαντήσεις ήταν : «στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα» (19%) και με ίδια ποσοστά 18% : «στη λειτουργικότητα των ασθενών», «στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας» και «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών». Τα περισσότερα άτομα ηλικίας 45 και άνω πιστεύουν ότι η μετάβαση συντελεί : «στη μείωση των υποτροπών» (22%) και «στη λειτουργικότητα των ασθενών», «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών» με ίδια ποσοστά 19%.

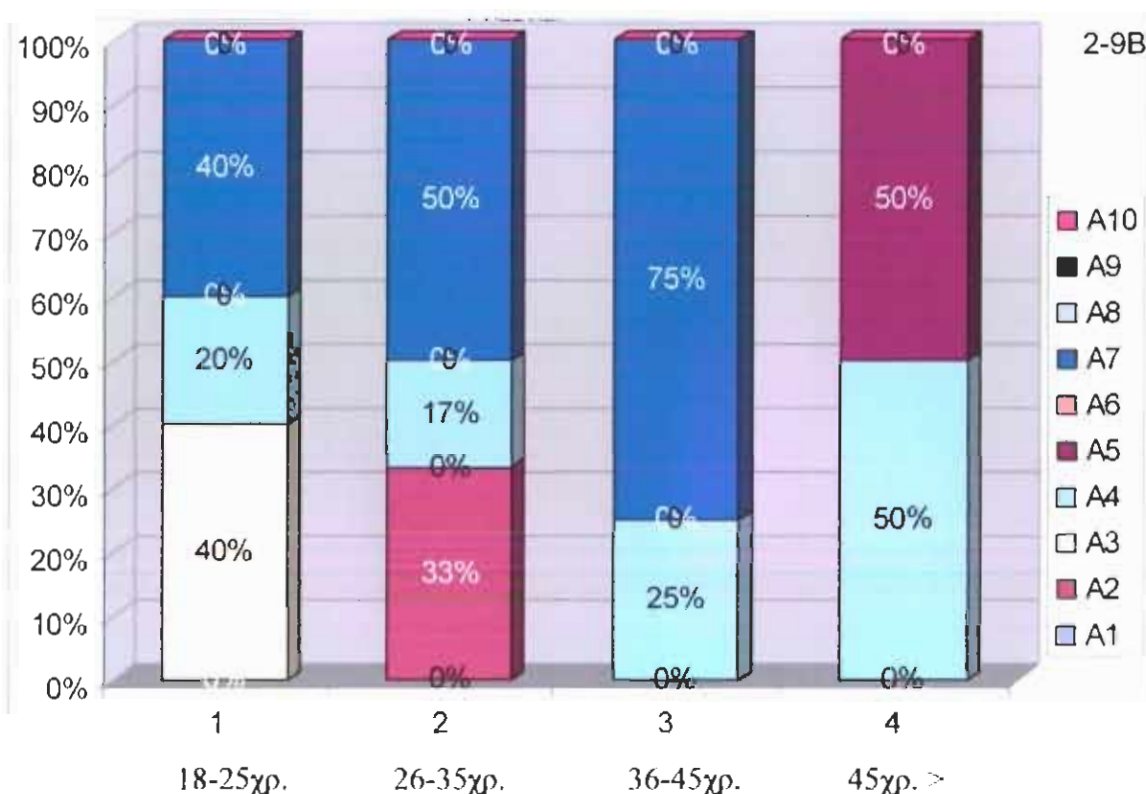
Ε9) Α. Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα;



Σχετικά με τη συμβολή των επαγγελματιών στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα, οι απαντήσεις των ατόμων της πρώτης ηλικιακής ομάδας (18-25χρ.) δίστανται : 50% απάντησαν αρνητικά και οι άλλοι μισοί θετικά. Οι υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες συμφωνούν στο ότι οι επαγγελματίες έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα : η συντριπτική πλειοψηφία (92%) των ατόμων 26-35χρ., το 79% των ατόμων 36-45χρ και το 87% των ατόμων 45 και άνω.

Ε9) Β. Αν ΟΧΙ, ποιος -οι από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι έχει δυσκολέψει την προσπάθεια αυτή :

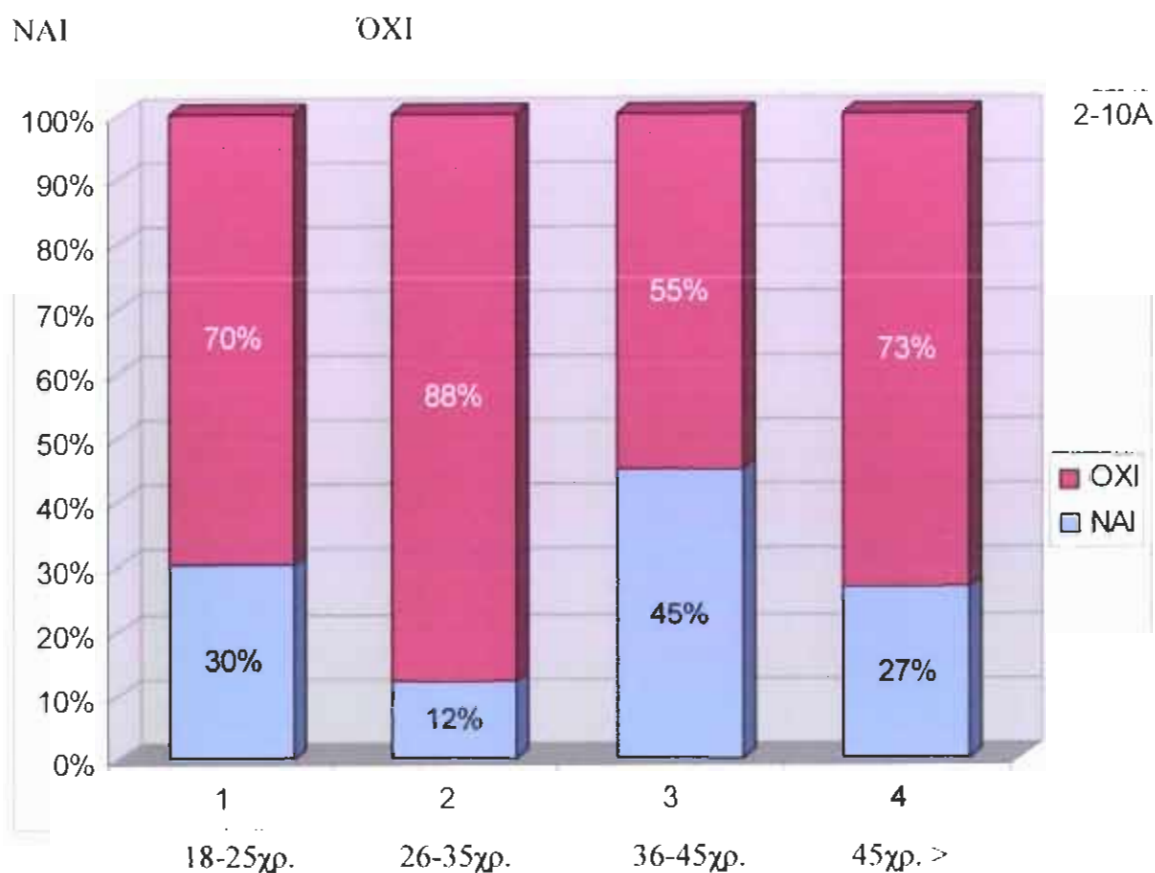
- Α1. Έλλειψη συνεργασίας με τους επαγγελματίες των αποκαταστασιακών δομών
- Α2. Φόρτος εργασίας / ανάληψη μεγάλου όγκου καθηκόντων
- Α3. Έλλειψη οικονομικών πόρων
- Α4. Η νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό
- Α5. Δυσκαμψία της κοινότητας να αποδεχθεί την ύπαρξη δομών στα πλαίσιά της
- Α6. Έλλειψη ειδίκευσης των φροντιστών
- Α7. Όλα τα παραπάνω
- Α8. Κανένα από τα παραπάνω
- Α9. Δ.Ξ.
- Α10. Άλλο, προσδιορίστε



Από αυτούς που πιστεύουν ότι δεν έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα, τα περισσότερα άτομα ηλικίας 18-25χρ. πιστεύουν ότι την προσπάθεια αυτή έχουν δυσκολέψει : «η έλλειψη οικονομικών πόρων» (40%) και «όλα τα παραπάνω» (40%).

Στη δεύτερη ηλικιακή ομάδα 26-35χρ. η επικρατέστερη απάντηση ήταν : «όλα τα παραπάνω» (50%) και «ο φόρτος εργασίας» (33%). Τα άτομα ηλικίας 36-45χρ. απάντησαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (75%) «όλα τα παραπάνω» και «Η νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό» (25%). Από τα άτομα ηλικίας 45 και άνω, οι μισοί (50%) πιστεύουν ότι την προσπάθεια μετάβασης έχει δυσκολέψει «η νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό» και οι άλλοι μισοί θεωρούν υπεύθυνη τη «δυσκαμψία της κοινότητας να αποδεχθεί την ύπαρξη δομών στα πλαίσιά της».

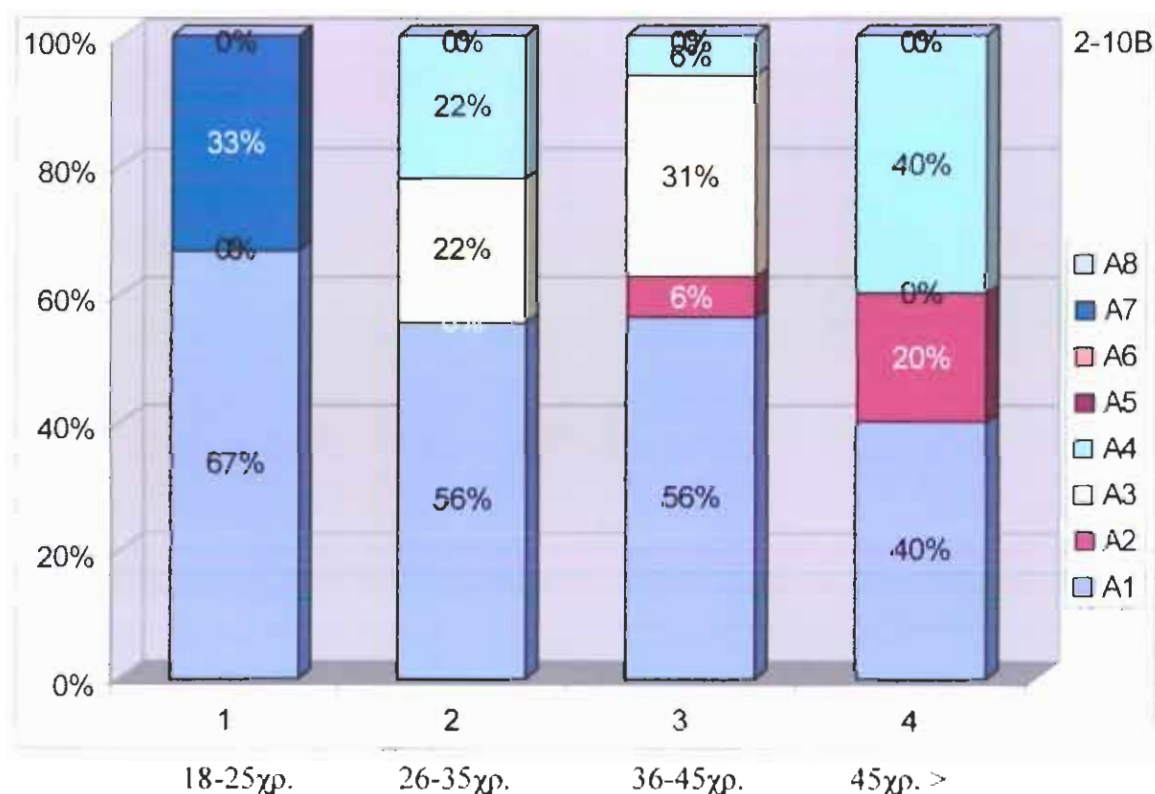
Ε10) Α. Πιστεύετε ότι όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζεστε θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης;



Και οι τέσσερις ηλικιακές ομάδες πιστεύουν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους ότι δεν θα μπορούσαν να μεταβούν όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζονται σε κάποια δομή αποκατάστασης : 70% των ατόμων 18-25χρ., 88% των ατόμων 26-35χρ., 55% των ατόμων 36-45χρ. και το 73% των ατόμων 45 και άνω.

E10) Β. Αν ΝΑΙ, για ποιον-ους από τους παρακάτω λόγους μπορούν να μεταβούν στην κοινότητα :

- A1. Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα
- A2. Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα λόγω της αναγκαίας απορρόφησης των οικονομικών κονδυλίων
- A3. Επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών
- A4. Επειδή πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία
- A5. Όλα τα παραπάνω
- A6. Κανένα από τα παραπάνω
- A7. Δ.Ξ.
- A8. Άλλο, προσδιορίστε



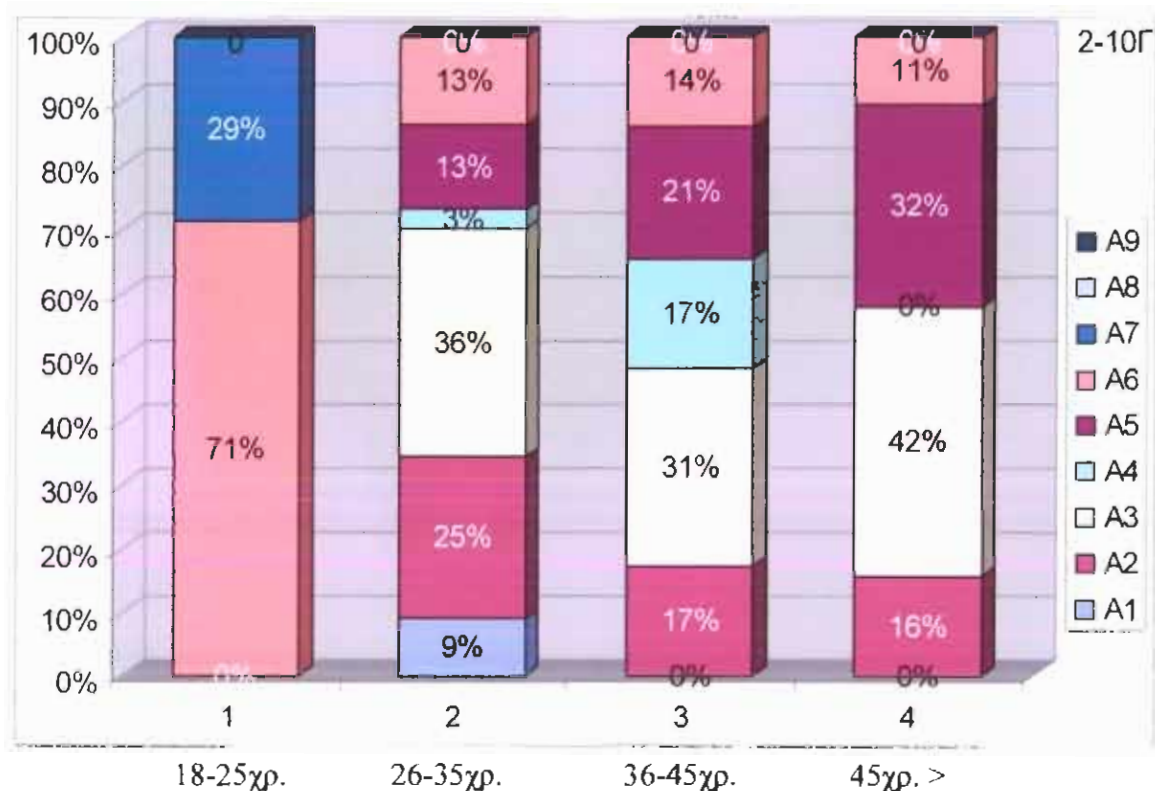
Από αυτούς που πιστεύουν ότι όλοι οι ασθενείς θα μπορούσαν να μεταβούν στην κοινότητα, τα περισσότερα (67%) άτομα ηλικίας 18-25χρ. πιστεύουν ότι αυτό θα μπορούσε να γίνει επειδή «όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα» και «όλα τα παραπάνω» (33%).

Και στις δυο επόμενες ηλικιακές ομάδες (26-35χρ.) και (36-45χρ.) η επικρατέστερη απάντηση με ίδιο ποσοστό (56%) ήταν : «επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα» αλλά και «επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών» με 22% και 31% αντίστοιχα.

Τα άτομα ηλικίας 45 και άνω πιστεύουν ότι η μετάβαση μπορεί να γίνει «επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα» (40%) και «επειδή πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία» (40%).

E10) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιον -ους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης :

- A1. Λόγω δυσκολίας οργάνωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την προετοιμασία των ασθενών σχετικά για την μετάβαση τους
- A2. Λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών
- A3. Λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών
- A4. Λόγω προκαταλήψεων της κοινότητας
- A5. Λόγω της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών
- A6. Όλα τα παραπάνω
- A7. Κανένα από τα παραπάνω
- A8. Δ.Ξ.
- A9. Άλλο, προσδιορίστε



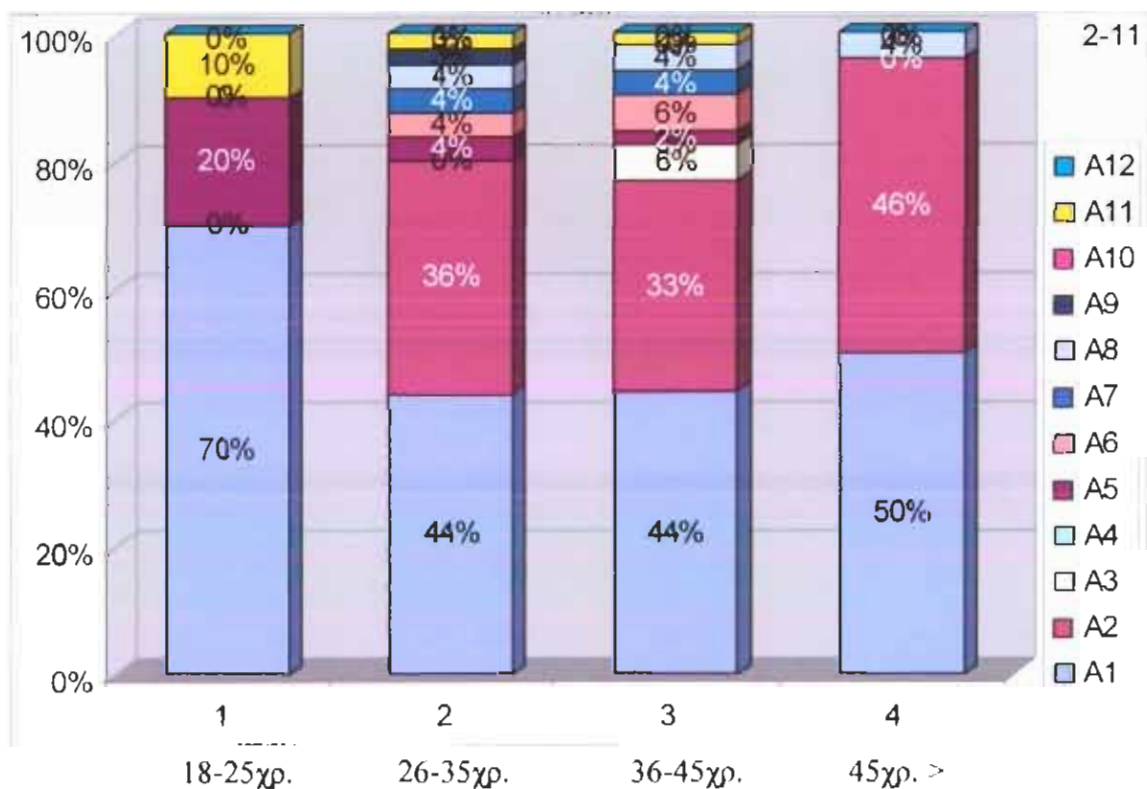
Για τους λόγους που πιστεύουν ότι δεν θα μπορούσαν να μεταβούν όλοι οι ασθενείς στην κοινότητα, τα άτομα ηλικίας 18-25chr. έδωσαν επικρατέστερες απαντήσεις «όλα τα παραπάνω» (71%) και «Κανένα από τα παραπάνω» (29%).

Τα άτομα ηλικίας 26-35chr. θεωρούν κύριους λόγους τη «δυσλειτουργικότητα των ασθενών» (36%) αλλά και την «ενεργό συμπτωματολογία τους» (25%).

Στις δυο επόμενες ηλικιακές ομάδες, 36-45chr. και 45chr. και άνω, οι επικρατέστερες απαντήσεις ήταν : «λόγω της δυσλειτουργικότητας των ασθενών», με 31% και 42% αντίστοιχα και «λόγω της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών» με 21% και 32% αντίστοιχα.

E11) Ποια -ες από τις παρακάτω αντιδράσεις έχετε όταν αποφασίζεται η μετάβαση ενός ασθενή του τμήματος όπου εργάζεστε σε αποκαταστασιακές δομές;

- A1. Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)
- A2. Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου
- A3. Άδειες
- A4. Έναρξη μεταπτυχιακών σπουδών
- A5. Μειωμένη διάθεση συνεργασίας με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα
- A6. Αποφυγή επαφής με τους ασθενείς
- A7. Συγκρούσεις με το λοιπό προσωπικό
- A8. Μειωμένη αποτελεσματικότητα στα καθήκοντα
- A9. Όλα τα παραπάνω
- A10. Κανένα από τα παραπάνω
- A11. Δ.Ξ.
- A12. Άλλο, προσδιορίστε

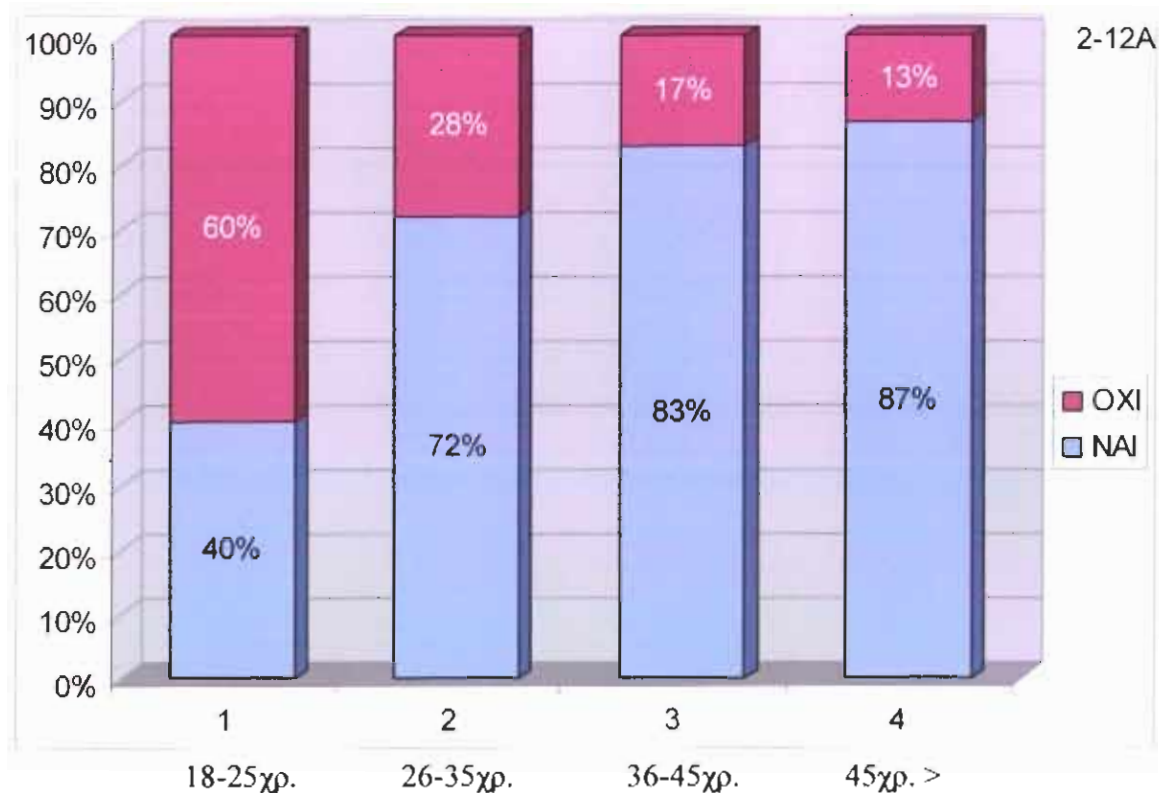


E11) Για τις αντιδράσεις που έχουν όταν αποφασίζεται η μετάβαση ενός ασθενή, η πλειοψηφία (70%) των ατόμων ηλικίας 18-25χρ. απάντησαν ότι «συμμετέχουν στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του». Ίδια ήταν η επικρατέστερη απάντηση και στις δυο επόμενες ηλικιακές ομάδες 26-35χρ. και 36-45χρ. με 44%, αλλά και «συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής» με 36% και 33% αντίστοιχα. Τέλος, τα μισά άτομα (50%) ηλικίας 45 και άνω απάντησαν και αυτοί ότι «συμμετέχουν στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του» και σχεδόν οι άλλοι μισοί (46%) : «συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής».

E12) Α. Έχετε βοηθήσει ασθενείς να βγουν και να μείνουν σε στεγαστική μονάδα αποκατάστασης στην κοινότητα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ



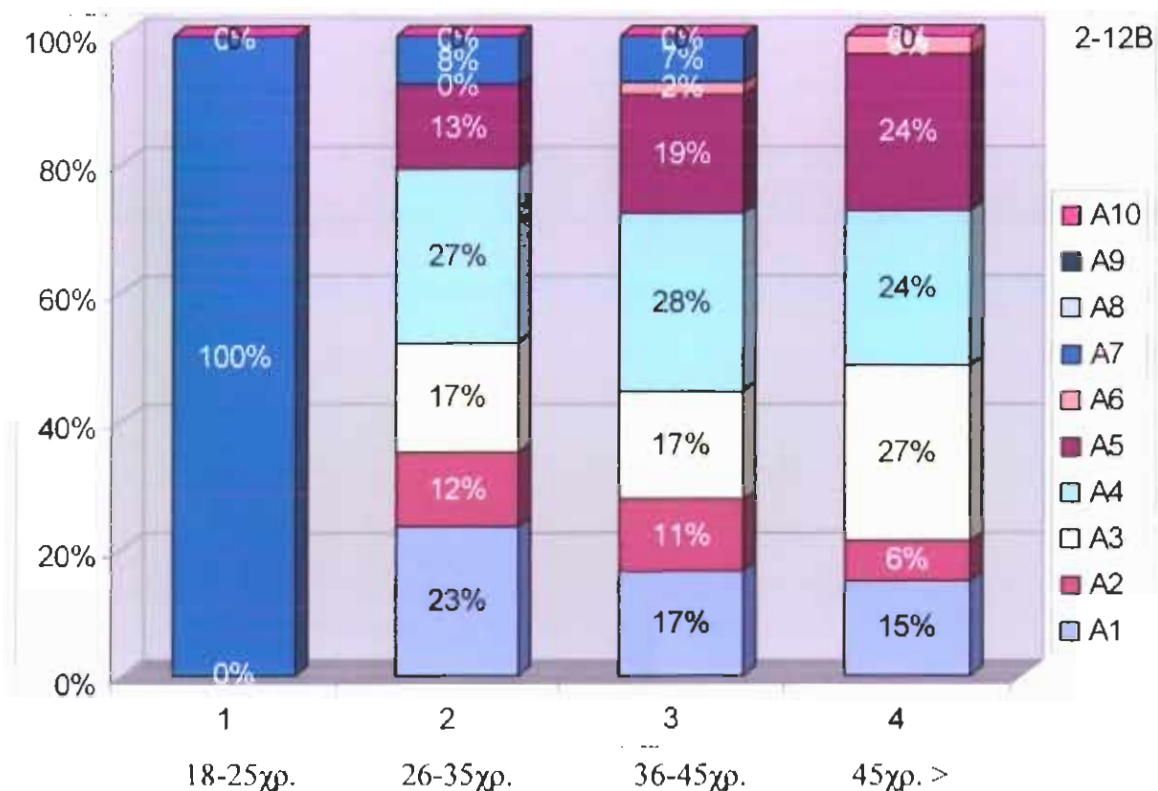
Η πλειοψηφία των ατόμων των τριών τελευταίων ηλικιακών ομάδων πιστεύουν ότι έχουν βοηθήσει ασθενείς να βγουν και να μείνουν σε στεγαστική μονάδα στην κοινότητα : 72% των ατόμων 26-35χρ., 83% των ατόμων 36-45χρ. και 87% των ατόμων ηλικίας 45 και άνω.

Η μόνη ηλικιακή ομάδα που διαφωνεί με αυτό είναι η πρώτη (18-25χρ) με ποσοστό 60%.

E12) Β. Αν ΝΑΙ, ποιο-οια από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι αισθάνθηκαν οι ασθενείς για τη μετάβαση τους στη κοινότητα :

- Α1. Ικανοποίηση
- Α2. Λύπη
- Α3. Χαρά
- Α4. Άγχος
- Α5. Φόβο

- Α6. Αδιαφορία
- Α7. Όλα τα παραπάνω
- Α8. Κανένα από τα παραπάνω
- Α9. Δ.Ξ.
- Α10 Άλλο, προσδιορίστε

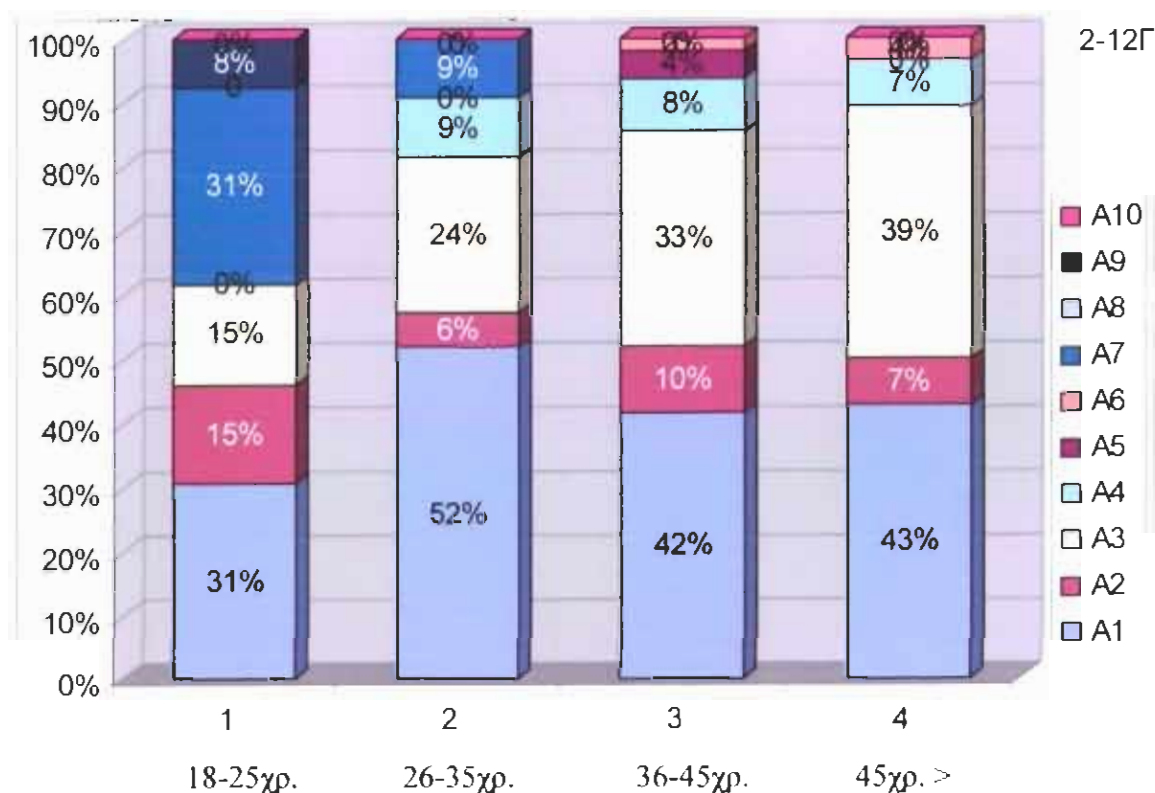


Τα άτομα ηλικίας 18-25χρ. πιστεύουν στο σύνολό τους (100%) ότι οι ασθενείς αισθάνθηκαν για τη μετάβαση τους στην κοινότητα «όλα τα παραπάνω».

Η δεύτερη ηλικιακή ομάδα (26-35χρ.) πιστεύει ότι οι ασθενείς αισθάνθηκαν κυρίως : «άγχος» (27%), «ικανοποίηση» (23%) και «Χαρά» (17%). Τα άτομα ηλικίας 36-45χρ. έδωσαν επικρατέστερη απάντηση «άγχος» (28%), «φόβο» (19%) και με ισόποσα ποσοστά 17% «Ικανοποίηση» και «Χαρά» ενώ τα άτομα ηλικίας 45χρ. και άνω θεωρούν ως επικρατέστερο συναίσθημα των ασθενών τη «χαρά» (27%), με ισόποσα ποσοστά 24% «άγχος» και το «φόβο» και «Ικανοποίηση» με ποσοστό (15%).

Ε12) Γ. Ποιο-ποια συναισθήματα νιώσατε μετά τη μετάβαση των ασθενών σας στην κοινότητα :

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| Α1. Ικανοποίηση | Α6. Αδιαφορία |
| Α2. Λύπη | Α7. Όλα τα παραπάνω |
| Α3. Χαρά | Α8. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α4. Άγχος | Α9. Δ.Ξ. |
| Α5. Φόβο | Α10. Άλλο, προσδιορίστε |



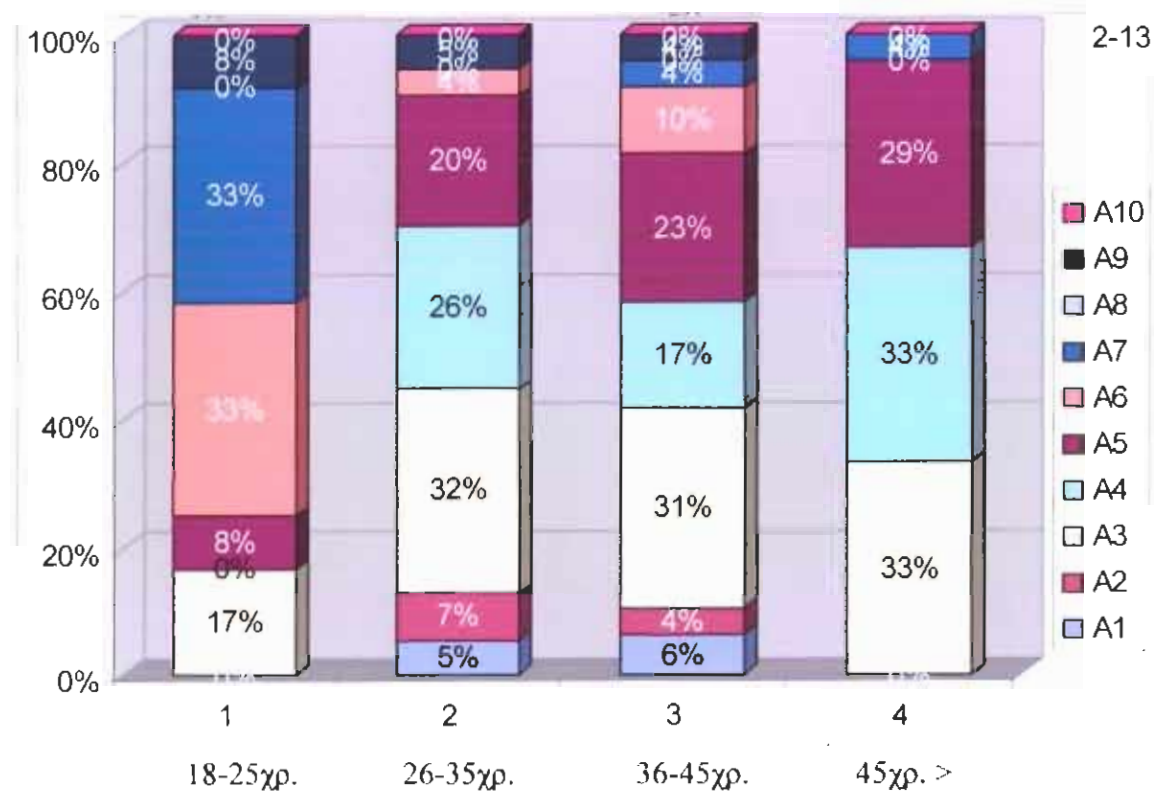
Για τα συναισθήματα που ένιωσαν οι ίδιοι μετά τη μετάβαση των ασθενών τους στην κοινότητα, οι επικρατέστερες απαντήσεις των ατόμων ηλικίας 18-25χρ. ήταν : «ικανοποίηση» και «όλα τα παραπάνω» με ισόποσα ποσοστά 31% επίσης με ίδια ποσοστά 15% «λύπη» και «χαρά».

Στη δεύτερη ηλικιακή ομάδα 26-35χρ. περίπου οι μισοί (52%) ένιωσαν «ικανοποίηση» και ένα 32% «χαρά». Ίδιες απαντήσεις έδωσαν και τα άτομα ηλικίας 36-45χρ. : «ικανοποίηση» (42%) και «χαρά» (33%), αλλά και τα άτομα 45χρ και άνω με αντίστοιχα ποσοστά 43% και 39%.

E13) Ποιο-α από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι θα μπορούσε να βιώσει η κοινότητα σχετικά με την μετάβαση των ασθενών;

- Α1. Ικανοποίηση
- Α2. Ευχαρίστηση
- Α3. Αμφιθυμία
- Α4. Απάθεια – αδιαφορία
- Α5. Θυμός – οργή

- Α6. Λύπη
- Α7. Όλα τα παραπάνω
- Α8. Κανένα από τα παραπάνω
- Α9. Δ.Ξ.
- Α10. Άλλο, προσδιορίστε



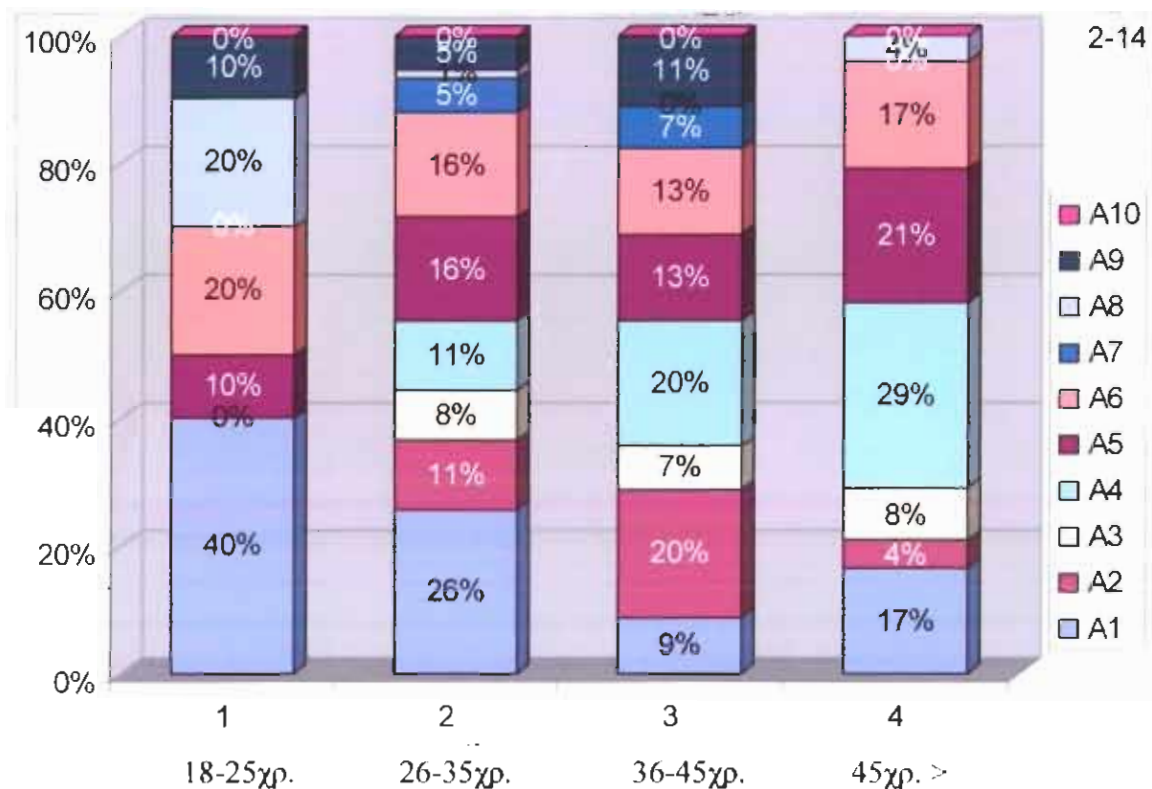
Για τα συναισθήματα που πιστεύουν ότι θα μπορούσε να βιώσει η κοινότητα σχετικά με την μετάβαση των ασθενών, τα περισσότερα άτομα ηλικίας 18-25χρ. απάντησαν με ισόποσα ποσοστά 33% «λύπη» και «όλα τα παραπάνω» και «Αμφιθυμία» (17%).

Οι επικρατέστερες απαντήσεις των ατόμων ηλικίας 26-35χρ. ήταν : «αμφιθυμία» (32%), «απάθεια-αδιαφορία» (26%) και «Θυμός – οργή» (20%). Από τα άτομα της τρίτης ηλικιακής ομάδας (36-45χρ.) το 31% απάντησε «αμφιθυμία» το 23% «θυμό-οργή» και το 17% «Απάθεια – αδιαφορία».

Στην τέταρτη ηλικιακή ομάδα των ατόμων 45χρ. και άνω, οι επικρατέστερες απαντήσεις ήταν : «αμφιθυμία» και «απάθεια-αδιαφορία» με ισόποσα ποσοστά 33% και «θυμό-οργή» (29%).

E14) Ποιο-α από τα παρακάτω θα μπορούσαν, κατά την γνώμη σας, να αποτελέσουν έμπρακτη αντίδραση της κοινότητας σχετικά με τη δημιουργία εξωτερικών μονάδων αποκατάστασης;

- A1. Φθελοντισμός
- A2. Οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων
- A3. Μη οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων
- A4. Απάθεια
- A5. Στιγματισμός
- A6. Επιθετικότητα
- A7. Όλα τα παραπάνω
- A8. Κανένα από τα παραπάνω
- A9. Δ.Ξ.
- A10. Άλλο, προσδιορίστε

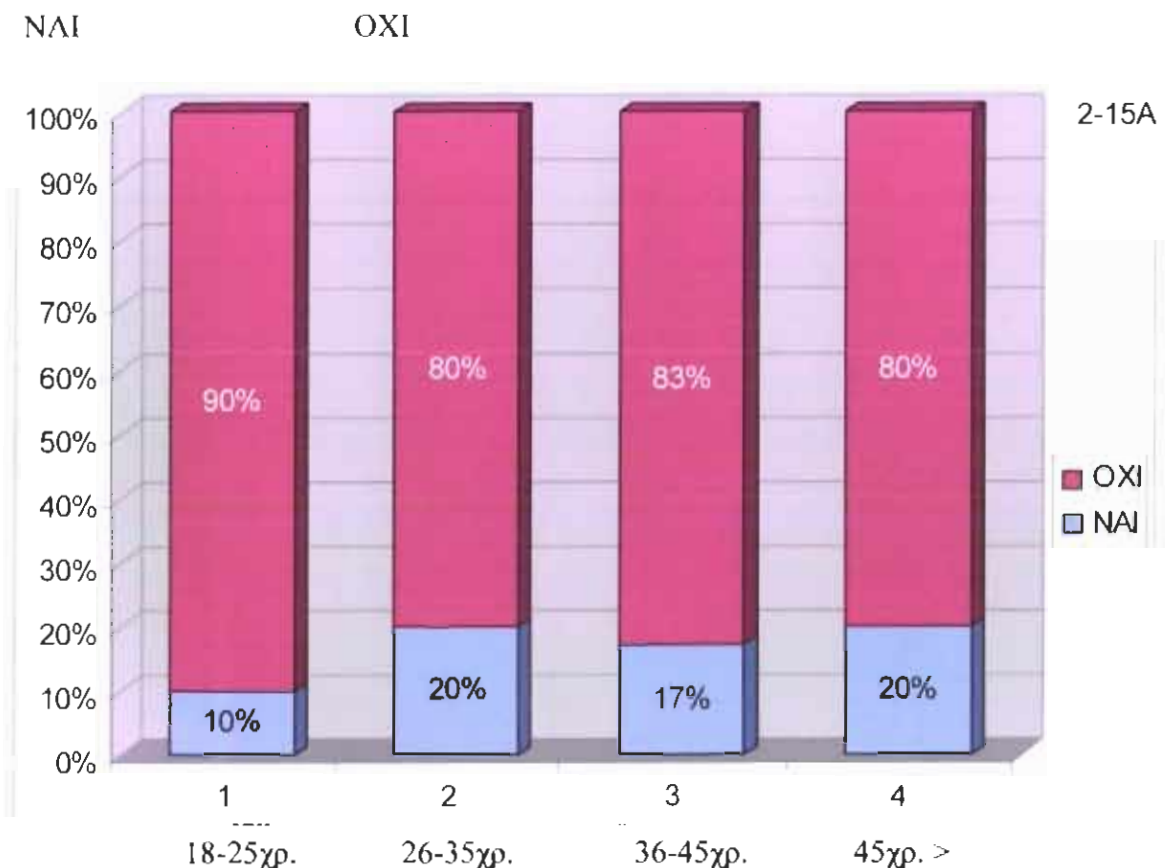


E14) Για το τι θα μπορούσε να αποτελέσει έμπρακτη αντίδραση της κοινότητας σχετικά με τη δημιουργία εξωτερικών μονάδων αποκατάστασης, τα περισσότερα άτομα ηλικίας 18-25χρ. έδωσαν ως επικρατέστερες απαντήσεις : «εθελοντισμό» (40%) και με ισόποσα ποσοστά 20% «Επιθετικότητα» και «Κανένα από τα παραπάνω». Ίδια επικρατέστερη απάντηση έδωσαν και τα άτομα ηλικίας 26-35χρ. με μικρότερο ποσοστό 26%, αλλά και με ισόποσα ποσοστά 16% : «στιγματισμό» και «επιθετικότητα».

Στις ηλικίες 36-45χρ. οι επικρατέστερες απαντήσεις με ισόποσα ποσοστά 20% ήταν : «οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων» και «απάθεια» και με ίδια ποσοστά 13% : «Στιγματισμός» και «Επιθετικότητα».

Στην τελευταία ηλικιακή ομάδα ατόμων 45χρ. και άνω οι επικρατέστερες απαντήσεις ήταν : «απάθεια» (29%), «στιγματισμός» (21%) και με ισόποσα ποσοστά 17% : «Εθελοντισμός» και «Επιθετικότητα».

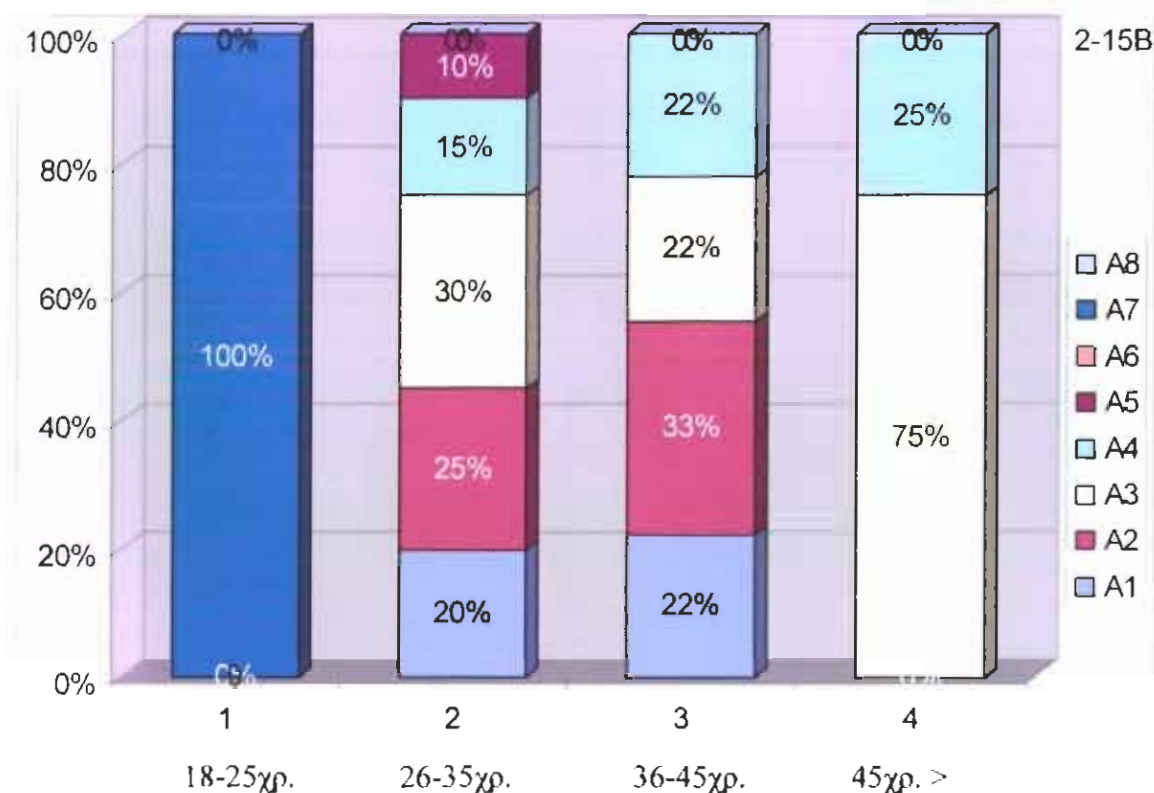
Ε15) Α. Πιστεύετε ότι η κοινότητα είναι ενημερωμένη για την λειτουργία θεραπευτικών μονάδων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων;



Η πλειοψηφία των ατόμων σε όλες τα ηλικιακές ομάδες συμφωνεί στο ότι η κοινότητα δεν είναι ενημερωμένη για τη λειτουργία θεραπευτικών μονάδων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων, με ποσοστά : 90% των ατόμων 18-25χρ., 80% των ατόμων ηλικίας 26-35χρ., 83% των ατόμων 36-45χρ. και 80% των ατόμων ηλικίας 45χρ. και άνω.

E15) Β. Αν ΝΑΙ, με ποιον-ους από τους παρακάτω τρόπους πιστεύετε ότι έχει ενημερωθεί :

- | | |
|---|----------------------------|
| A1. Αγωγή κοινότητας | A5. Όλα τα παραπάνω |
| A2. Μ.Μ.Ε. | A6. Κανένα από τα παραπάνω |
| A3. Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων | A7. Δ. Ξ. |
| A4. Ημερίδες – Σεμινάρια | A8. Άλλο, προσδιορίστε |

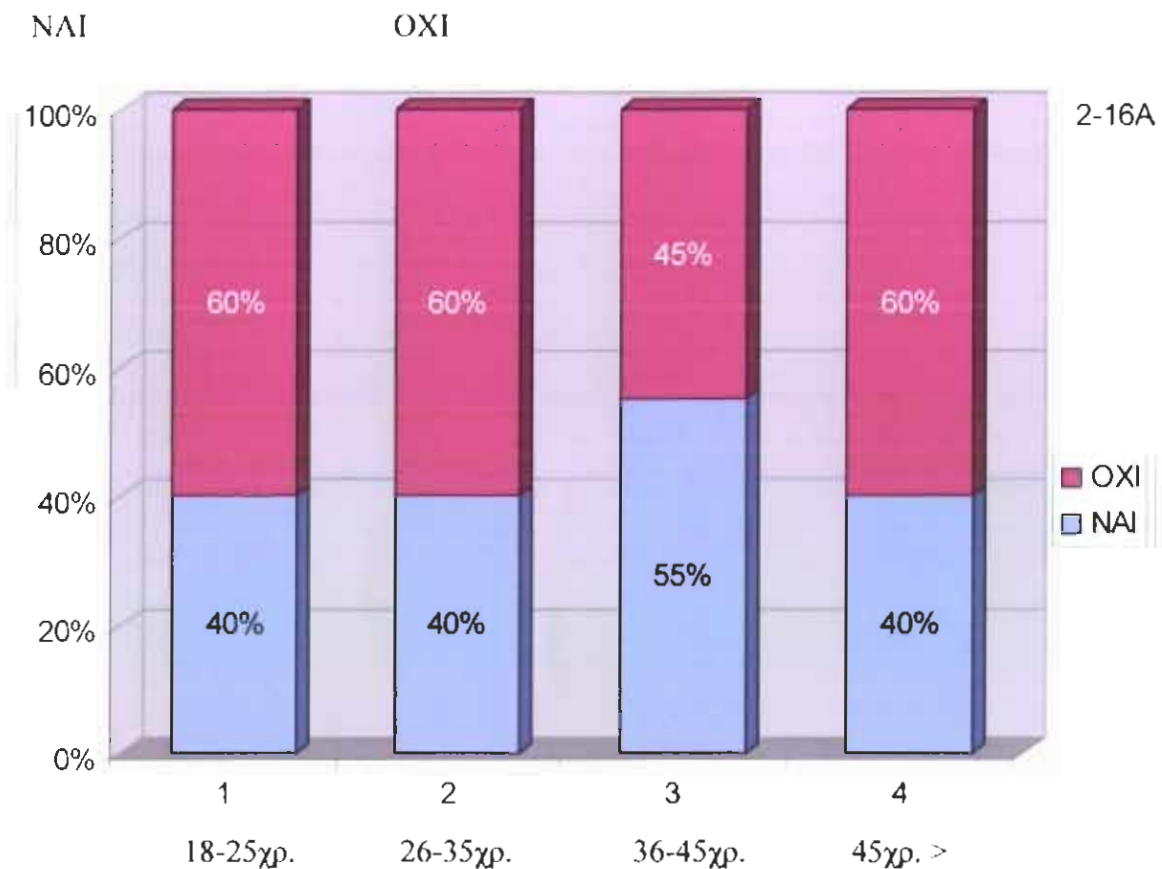


Από αυτούς που πιστεύουν ότι η κοινότητα είναι ενημερωμένη για τη λειτουργία θεραπευτικών μονάδων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων, όλα τα άτομα (100%) ηλικίας 18-25χρ. πιστεύουν ότι αυτό έχει γίνει με «αγωγή κοινότητας».

Τα περισσότερα άτομα (30%) ηλικίας 26-35χρ. πιστεύουν ότι η ενημέρωση έχει γίνει μέσω «ενημερωτικών φυλλαδίων Δήμων – κοινοτήτων», μέσω «Μ.Μ.Ε.» (25%) και με «Αγωγή κοινότητας» (20%).

Στην τρίτη ηλικιακή ομάδα 36-45χρ. επικρατέστερες απαντήσεις ήταν μέσω «Μ.Μ.Ε.» (33%) και με ισόποσα ποσοστά 20% μέσω : «Αγωγή κοινότητας», «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» και «Ημερίδες – Σεμινάρια» ενώ τα περισσότερα άτομα (75%) ηλικίας 45χρ. και άνω θεωρούν ότι η ενημέρωση έχει γίνει μέσω «ενημερωτικών φυλλαδίων Δήμων – κοινοτήτων».

E16) Α. Εσείς έχετε συντελέσει ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Ψυχιατρείου στην αγωγή της κοινότητας, σχετικά με την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών για το θέμα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών;

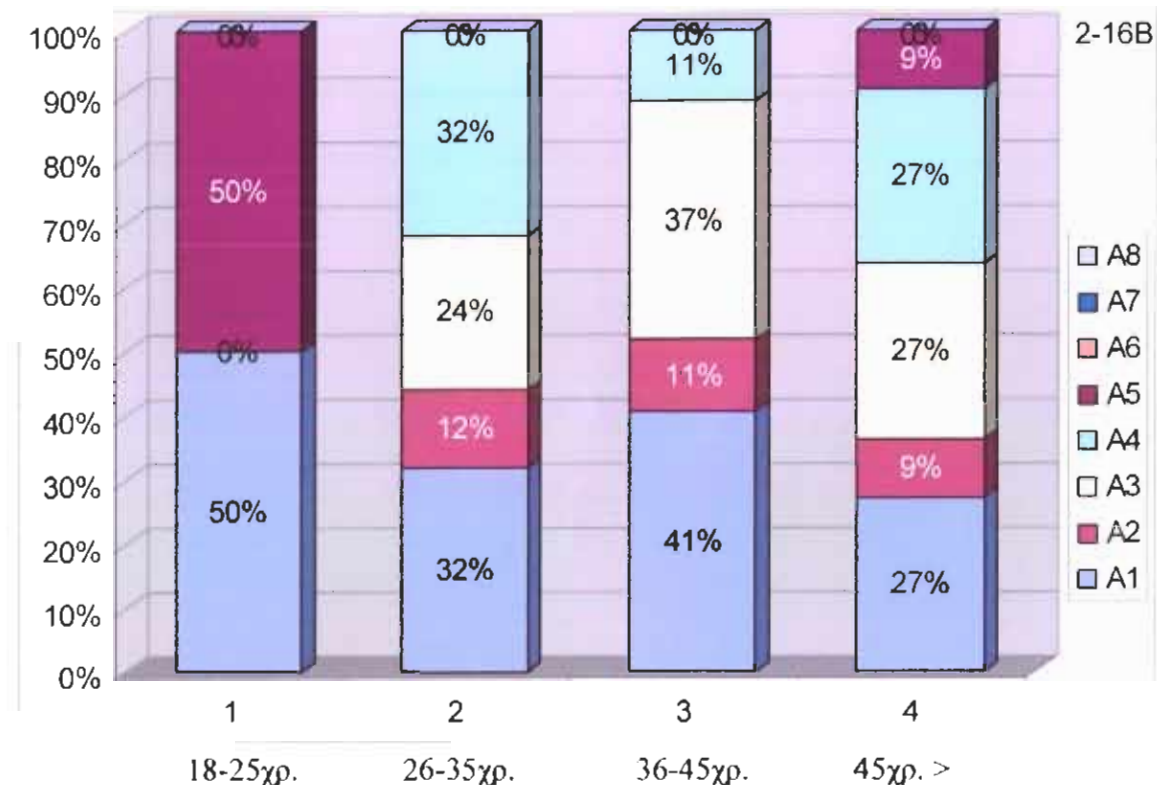


Τα περισσότερα άτομα από τις δυο πρώτες ομάδες, 18-25χρ. και 26-35χρ. καθώς και τα περισσότερα από την τελευταία, 45χρ. και άνω πιστεύουν με το ίδιο ποσοστό (60%) ότι δεν έχουν συντελέσει στην αγωγή της κοινότητας, σχετικά με την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών για το θέμα της αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών.

Οι μόνοι που πιστεύουν ότι έχουν συντελέσει είναι το 55% των ατόμων ηλικίας 36-45χρ.

E16) Β. Αν ΝΑΙ, με ποιον- ους από τους παρακάτω τρόπους :

- | | |
|---|----------------------------|
| A1. Αγωγή κοινότητας | A5. Όλα τα παραπάνω |
| A2. Μ.Μ.Ε. | A6. Κανένα από τα παραπάνω |
| A3. Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων | A7. Δ.Ξ. |
| A4. Ημερίδες – Σεμινάρια | A8. Άλλο, προσδιορίστε |



Από αυτούς που πιστεύουν ότι έχουν συντελέσει στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών, το 50% των ατόμων 18-25χρ. πιστεύει ότι συντέλεσε σε αυτό με «αγωγή κοινότητας» και οι άλλοι μισοί «μέσω Μ.Μ.Ε».

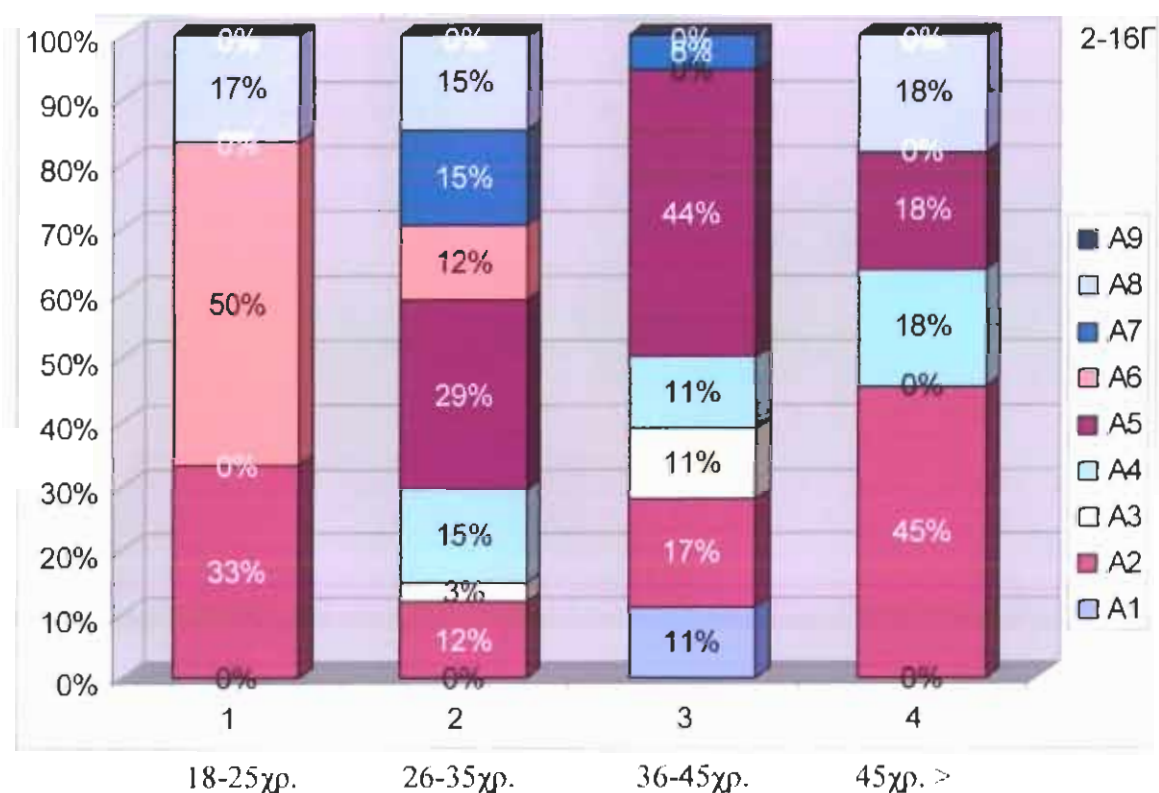
Τα περισσότερα άτομα ηλικίας 26-35χρ. πιστεύουν με ισόποσα ποσοστά (32%) ότι έχουν συντελέσει με : «αγωγή κοινότητας» και «Ημερίδες-Σεμινάρια» και με ποσοστό 24% «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων».

Από την τρίτη ηλικιακή ομάδα, 36-45χρ. τα περισσότερα άτομα (41%) πιστεύουν ότι έχουν συντελέσει με «αγωγή κοινότητας», αλλά και με «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» (37%).

Στην τέταρτη ηλικιακή ομάδα, 45χρ. και άνω, οι επικρατέστερες απαντήσεις με ισόποσα ποσοστά (27%) ήταν : «αγωγή κοινότητας», «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» και «Ημερίδες-Σεμινάρια».

ΕΙ6) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιον – ποιους από τους παρακάτω λόγους δεν καταφέρατε κάτι τέτοιο :

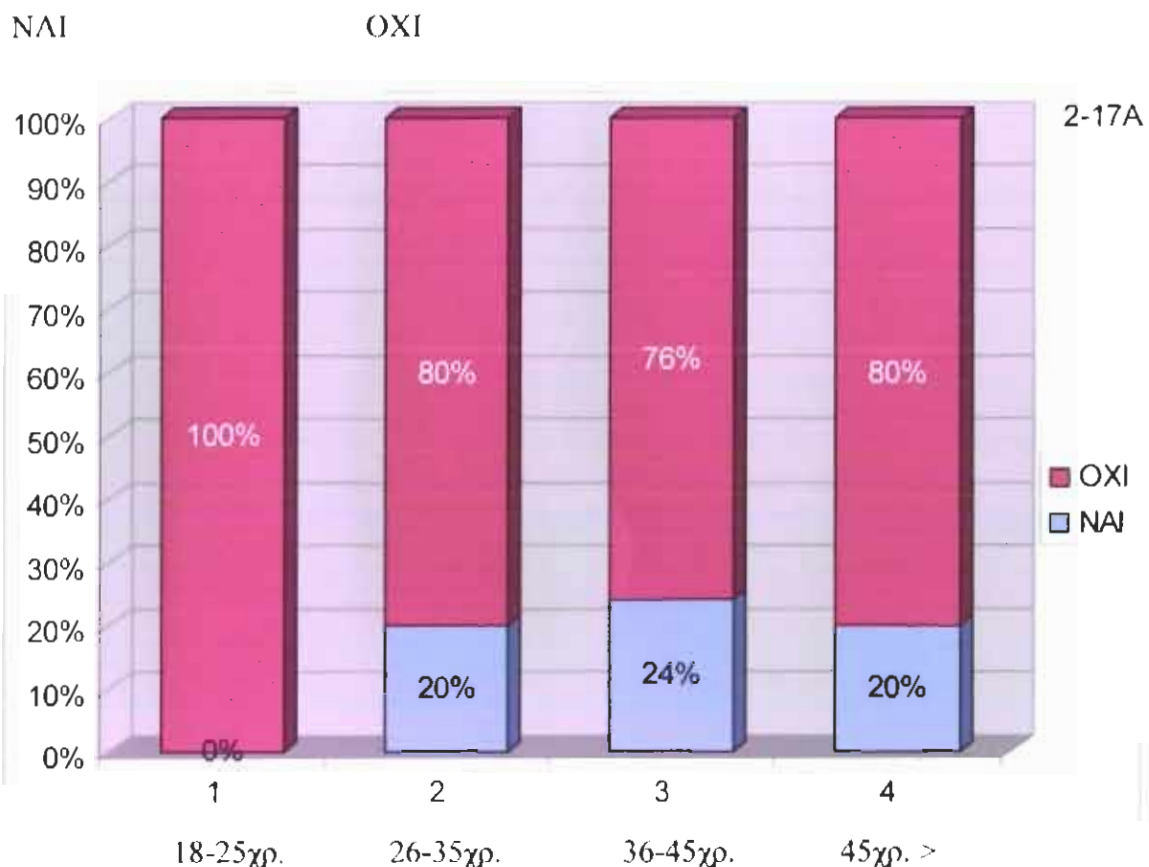
- Α1. Λόγω αρνήσεως των τοπικών φορέων να συνεργαστούν
- Α2. Λόγω έλλειψης κονδυλίων
- Α3. Λόγω άρνησης του ίδιου του προσωπικού
- Α4. Λόγω αδιαφορίας
- Α5. Λόγω έλλειψης χρόνου
- Α6. Όλα τα παραπάνω
- Α7. Κανένα από τα παραπάνω
- Α8. Δ.Ξ.
- Α9. Άλλο, προσδιορίστε



Για τους λόγους που πιστεύουν ότι δεν έχουν συντελέσει στην αγωγή κοινότητας, το μεγαλύτερο ποσοστό (50%) των ατόμων 18-25χρ. απάντησαν «όλα τα παραπάνω» και 33% «λόγω έλλειψης κονδυλίων».

Στη δεύτερη ηλικιακή ομάδα 26-35χρ, ο επικρατέστερος λόγος ήταν : «η έλλειψη χρόνου» (29%) και με τα ίδια ποσοστά 15% «Λόγω αδιαφορίας» «Κανένα από τα παραπάνω» και «Δ.Ξ.». Τα περισσότερα 44% άτομα ηλικίας 36-45χρ. απάντησαν «Λόγω έλλειψης χρόνου» και με ποσοστό 17% «Λόγω έλλειψης κονδυλίων». Τέλος, ο επικρατέστεροι λόγοι για τα άτομα ηλικίας 45χρ. και άνω ήταν : «η έλλειψη κονδυλίων» (45%) και με ισόποσα ποσοστά 18% : «Λόγω αδιαφορίας», «Λόγω έλλειψης χρόνου» και «Δ.Ξ.».

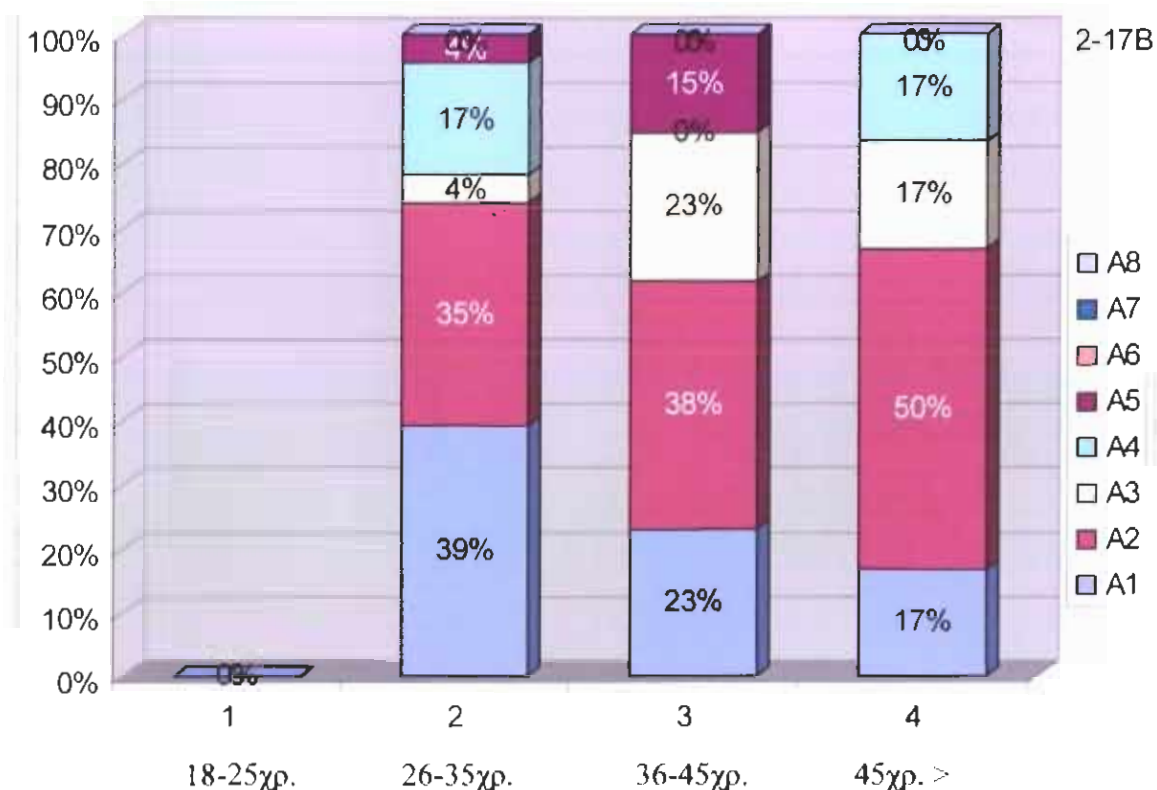
Ε17) Α. Πιστεύετε ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα;



Η πλειοψηφία των ατόμων από όλες τις ηλικιακές ομάδες συμφωνεί ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα. Αναλυτικά : όλα (100%) τα άτομα ηλικίας 18-25χρ., το 80% των ατόμων 26-35χρ., το 76% των ατόμων ηλικίας 36-45χρ. και το 80% των ατόμων 45χρ. και άνω.

Ε17) Β. Αν ΝΑΙ, σε ποια -ες από τις παρακάτω δομές –υπηρεσίες θα μπορούσαν εργαστούν :

- | | |
|---|----------------------------|
| A1. Σε Προστατευμένα Εργαστήρια | A5. Όλα τα παραπάνω |
| A2. Σε Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς | A6. Κανένα από τα παραπάνω |
| A3. Σε Δημόσιες Υπηρεσίες | A7. Δ.Ξ. |
| A4. Σε Ιδιωτικές Υπηρεσίες – Επιχειρήσεις | A8. Άλλο, προσδιορίστε |

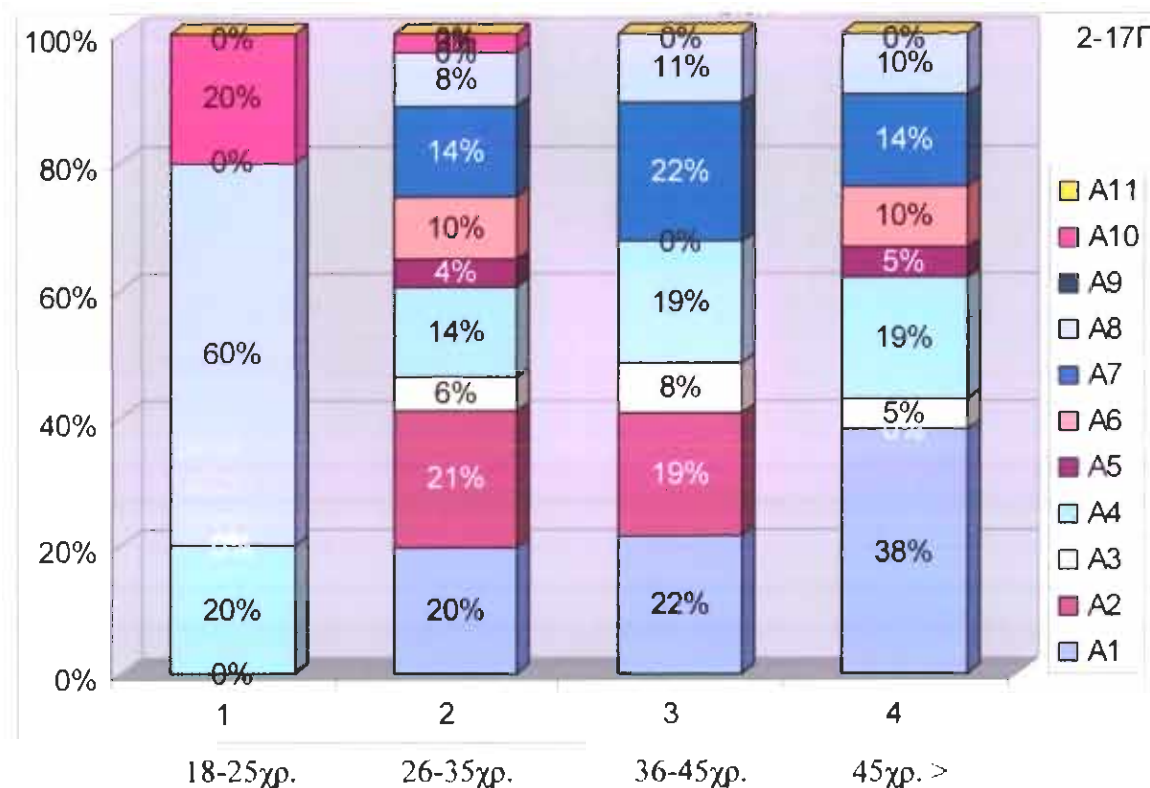


Από αυτούς που πιστεύουν ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα, τα άτομα ηλικίας 26-35χρ. πιστεύουν ότι οι ασθενείς θα μπορούσαν να εργαστούν σε «Προστατευμένα Εργαστήρια» (39%) και 35% σε «Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς».

Η επικρατέστερες απαντήσεις της ηλικιακής ομάδας 36-45χρ ήταν : «Σε Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς» (38%) και με ίδια ποσοστά 23% : «Σε Προστατευμένα Εργαστήρια» και «Σε Δημόσιες Υπηρεσίες». Τα άτομα 45χρ. και άνω απάντησαν : «Σε Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς» (50%) και με ισόποσα ποσοστά 17% : «Σε Προστατευμένα Εργαστήρια», Σε Δημόσιες Υπηρεσίες» και «Σε Ιδιωτικές Υπηρεσίες – Επιχειρήσεις».

E17) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιόν-ους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν επαρκεί :

- Α1. Λόγω έλλειψης υποδομής
- Α2. Λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης
- Α3. Λόγω ύπαρξης ανεϊδίκευτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας
- Α4. Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών
- Α5. Λόγω έλλειψης συντονισμού θεραπευτικής ομάδας
- Α6. Λόγω κακής οργάνωσης του θεραπευτικού προγράμματος
- Α7. Λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών
- Α8. Όλα τα παραπάνω
- Α9. Κανένα από τα παραπάνω
- Α10. Δ.Ξ.
- Α11. Άλλο, προσδιορίστε



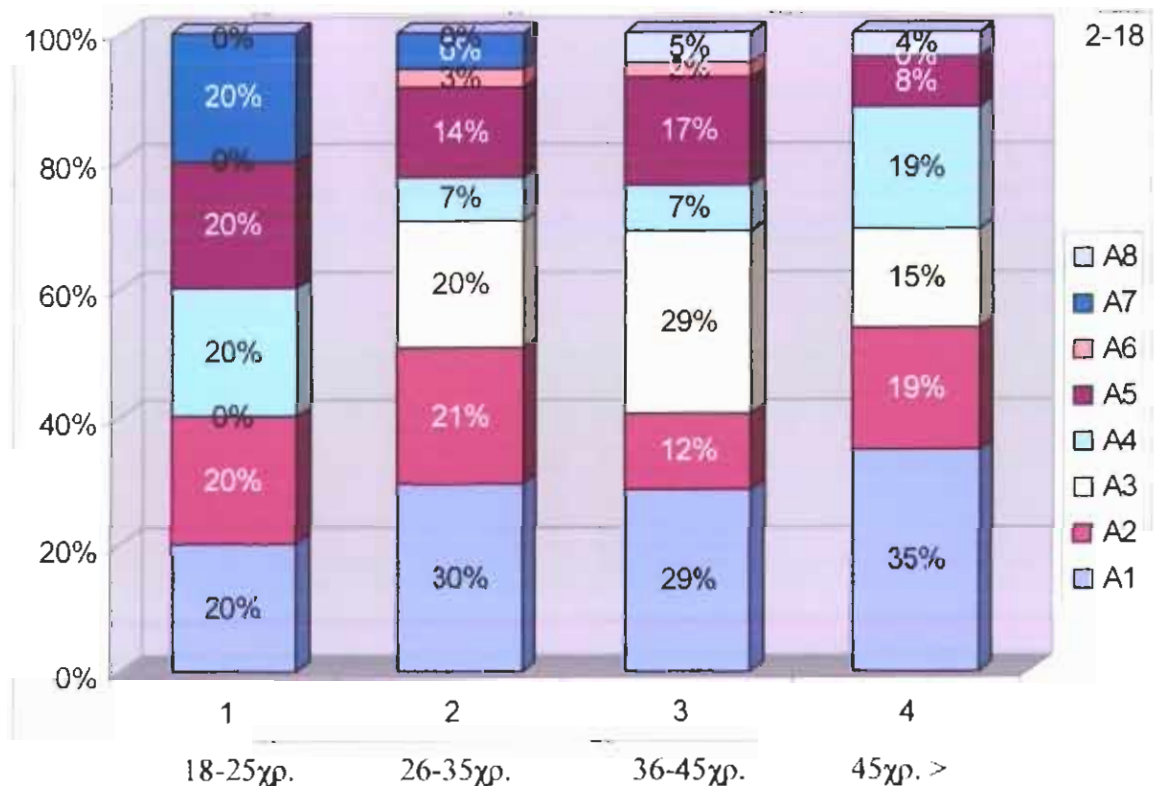
Ε17) Τα περισσότερα άτομα (60%) ηλικίας 18-25χρ. πιστεύουν ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρονίων ασθενών δεν επαρκεί για «όλα τα παραπάνω» και με ισόποσα ποσοστά 20% : «Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών» και «Δ.Ξ.»

Οι επικρατέστεροι λόγοι για τα άτομα της δεύτερης ηλικιακής ομάδας 26-35χρ. ήταν : «η δυσκολία στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης» (21%), «η έλλειψη υποδομής» (20%) και με ίδια ποσοστά 14% : «Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών» και «Λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών».

Τα άτομα ηλικίας 36-45χρ. έδωσαν ως επικρατέστερες απαντήσεις με ισόποσα ποσοστά (22%) : «λόγω έλλειψης υποδομής» και «λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών» και με ποσοστά 19% : «Λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης» και «Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών». Τα άτομα ηλικίας 45χρ. και άνω έδωσαν επικρατέστερη απάντηση : «λόγω έλλειψης υποδομής» (38%) και «Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών» (19%).

E18) Πιστεύετε ότι η διαμονή των ασθενών σας στην κοινότητα, βοηθά :

- A1. στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση
- A2. στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση
- A3. στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη
- A4. στην προώθηση και απορρόφηση των κονδυλίων από την Ε.Ε.
- A5. Όλα τα παραπάνω
- A6. Κανένα από τα παραπάνω
- A7. Δ.Ξ.
- A8. Άλλο, προσδιορίστε



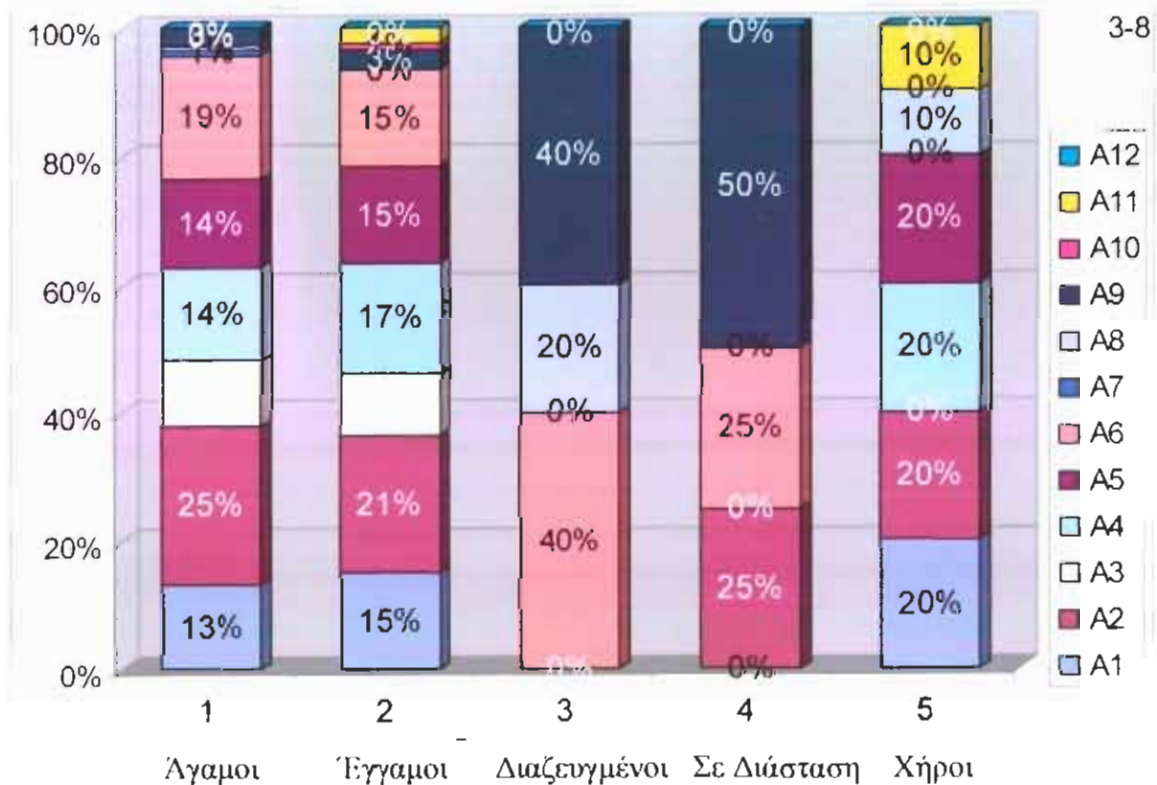
E18) Τα άτομα 18-25χρ. πιστεύουν με ισόποσα ποσοστά (20%) ότι η διαμονή των ασθενών στην κοινότητα βοηθά : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση», «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση», «στην προώθηση και απορρόφηση των κονδυλίων από την Ε.Ε.», σε «όλα τα παραπάνω» και «Δ.Ξ.». Οι επικρατέστερες απαντήσεις των ατόμων ηλικίας 26-35χρ. ήταν : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» (30%), «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση» (21%) και «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη» (20%).

Τα άτομα της τρίτης ηλικιακής ομάδας 36-45χρ. έδωσαν ως επικρατέστερες απαντήσεις με ισόποσα ποσοστά 29% : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» και «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη» και με ποσοστό 17% «Όλα τα παραπάνω». Τέλος, τα περισσότερα (35%) άτομα ηλικίας 45χρ. και άνω πιστεύουν ότι η διαμονή των ασθενών στην κοινότητα βοηθά : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» και με ισόποσα ποσοστά (19%) : «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση» στην προώθηση και απορρόφηση των κονδυλίων από την Ε.Ε

Συσχέτιση ερωτήσεων με την Οικογενειακή κατάσταση (E3)

E8) Η μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές συντελεί :

- A1. στη μείωση των υποτροπών
- A2. στη λειτουργικότητα των ασθενών
- A3. στην επαγγελματική αποκατάσταση
- A4. στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα
- A5. στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας
- A6. στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών
- A7. στην όξυνση των σχέσεων μεταξύ των ασθενών και της κοινότητας
- A8. στην αύξηση των υποτροπών
- A9. Όλα τα παραπάνω
- A10. Κανένα από τα παραπάνω
- A11. Δ.Ξ.
- A12. Άλλο, προσδιορίστε



Ε8) Οι επικρατέστερες απαντήσεις των άγαμων σχετικά με τη μετάβαση των ασθενών σε κοινοτικές δομές ήταν ότι αυτή συντελεί : «στη λειτουργικότητα των ασθενών» (25%) «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών» (19%) και με ισόποσα ποσοστά 14% : «στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα» και στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας».

Οι έγγαμοι δίνουν ως επικρατέστερες απαντήσεις : «στην λειτουργικότητα των ασθενών» (21%), «στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα» (17%) και με ισόποσα ποσοστά 15% : «στη μείωση των υποτροπών», στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας» και «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών».

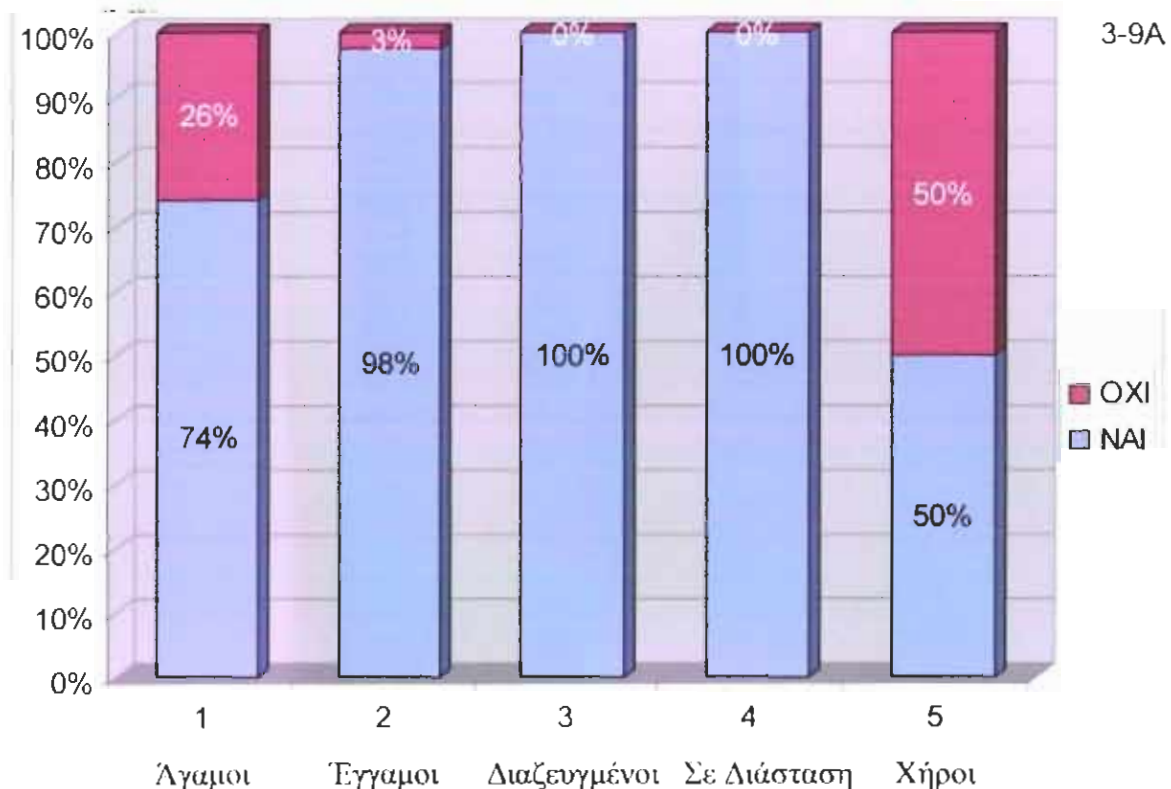
Οι διαζευγμένοι δίνουν ως επικρατέστερες απαντήσεις με ισόποσα ποσοστά 40% : «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών», «Όλα τα παραπάνω» και με ποσοστό 20% «στην αύξηση των υποτροπών». Όσοι είναι σε διάσταση δίνουν ως επικρατέστερες αποτίσεις : «Όλα τα παραπάνω» (50%) και με ποσοστά 25% : «στη λειτουργικότητα των ασθενών» και «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών».

Οι χήροι απάντησαν με ισόποσα ποσοστά 20% : «στη μείωση των υποτροπών», «στη λειτουργικότητα των ασθενών», «στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα» και «στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας».

Ε9) Α. Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ



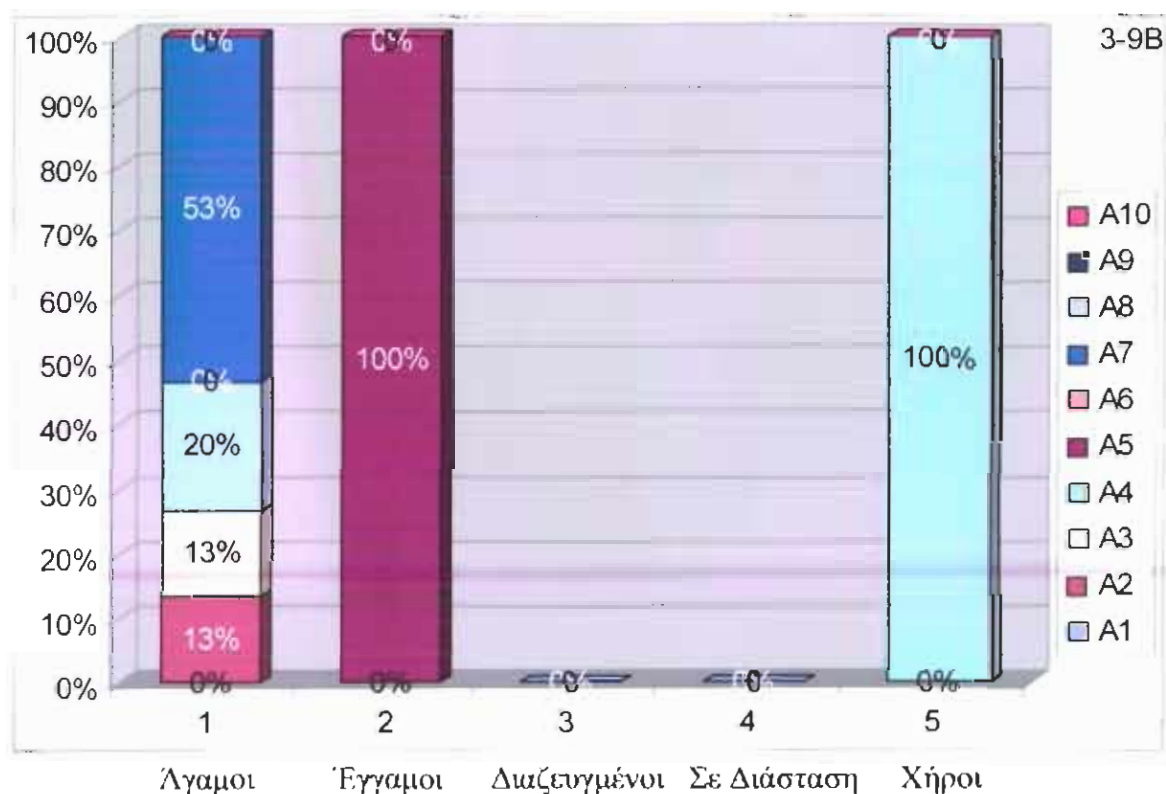
Οι διαζευγμένοι και όσοι βρίσκονται σε διάσταση πιστεύουν στο σύνολό τους (100%) ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα.

Το ίδιο πιστεύει και η συντριπτική πλειοψηφία των έγγαμων (98%) και μεγάλο ποσοστό των άγαμων (78%).

Μόνο οι απόψεις των χήρων δίστανται : οι μισοί (50%) πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών και οι άλλοι μισοί όχι.

E9) Β. Αν ΟΧΙ, ποιος -οι από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι έχει δυσκολέψει την προσπάθεια αυτή :

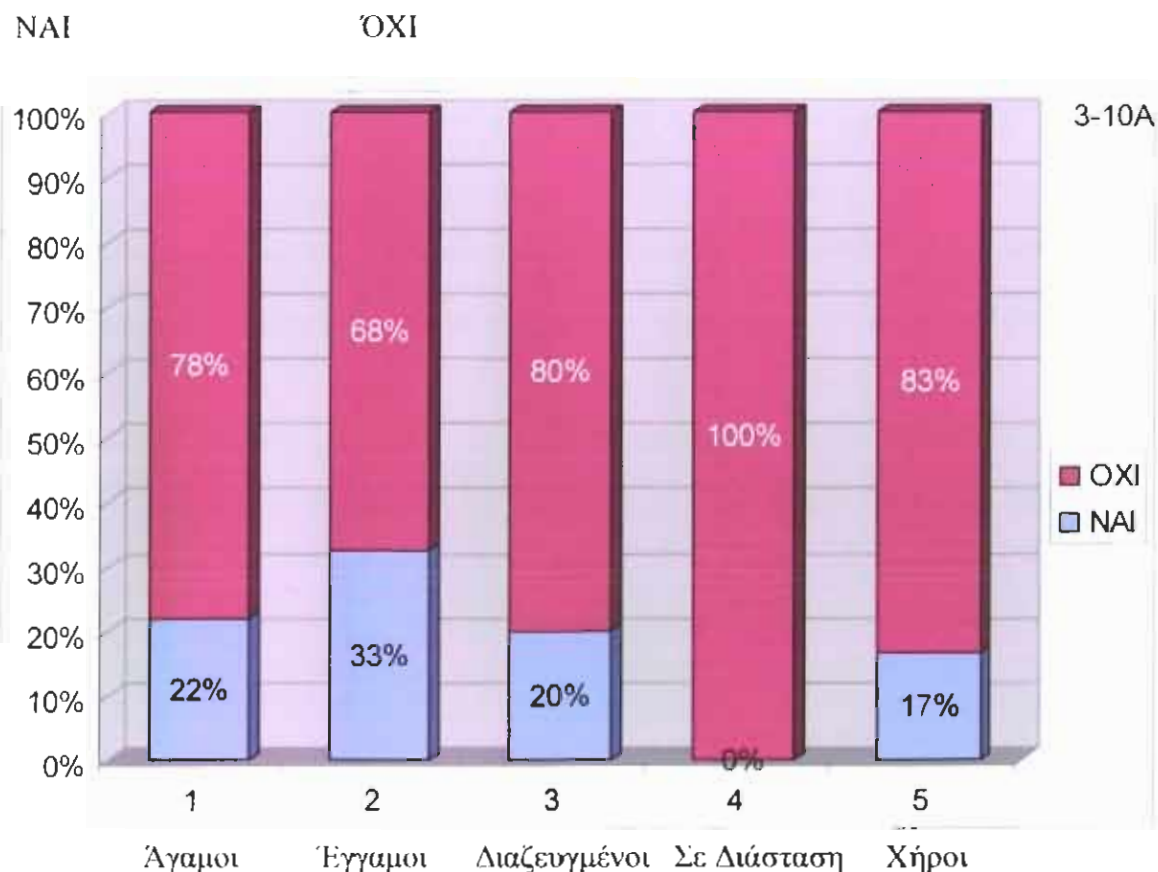
- A1. Έλλειψη συνεργασίας με τους επαγγελματίες των αποκαταστασιακών δομών
- A2. Φόρτος εργασίας / ανάληψη μεγάλου όγκου καθηκόντων
- A3. Έλλειψη οικονομικών πόρων
- A4. Η νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό
- A5. Δυσκαμψία της κοινότητας να αποδεχθεί την ύπαρξη δομών στα πλαίσιά της
- A6. Έλλειψη ειδίκευσης των φροντιστών
- A7. Όλα τα παραπάνω
- A8. Κανένα από τα παραπάνω
- A9. Δ.Ξ.
- A10. Άλλο, προσδιορίστε



Το μεγαλύτερο ποσοστό άγαμων πιστεύει πως την προσπάθεια μετάβασης των ασθενών στην κοινότητα έχουν δυσκολέψει : «όλα τα παραπάνω» (53%) και «Η νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό» (20%).

Όλοι (100%) οι έγγαμοι αποδίδουν τη δυσκολία στην «δυσκαμψία της κοινότητας να αποδεχθεί την ύπαρξη δομών στα πλαίσιά της» και όλοι (100%) οι χήροι πιστεύουν ότι την προσπάθεια έχει δυσκολέψει «η νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό».

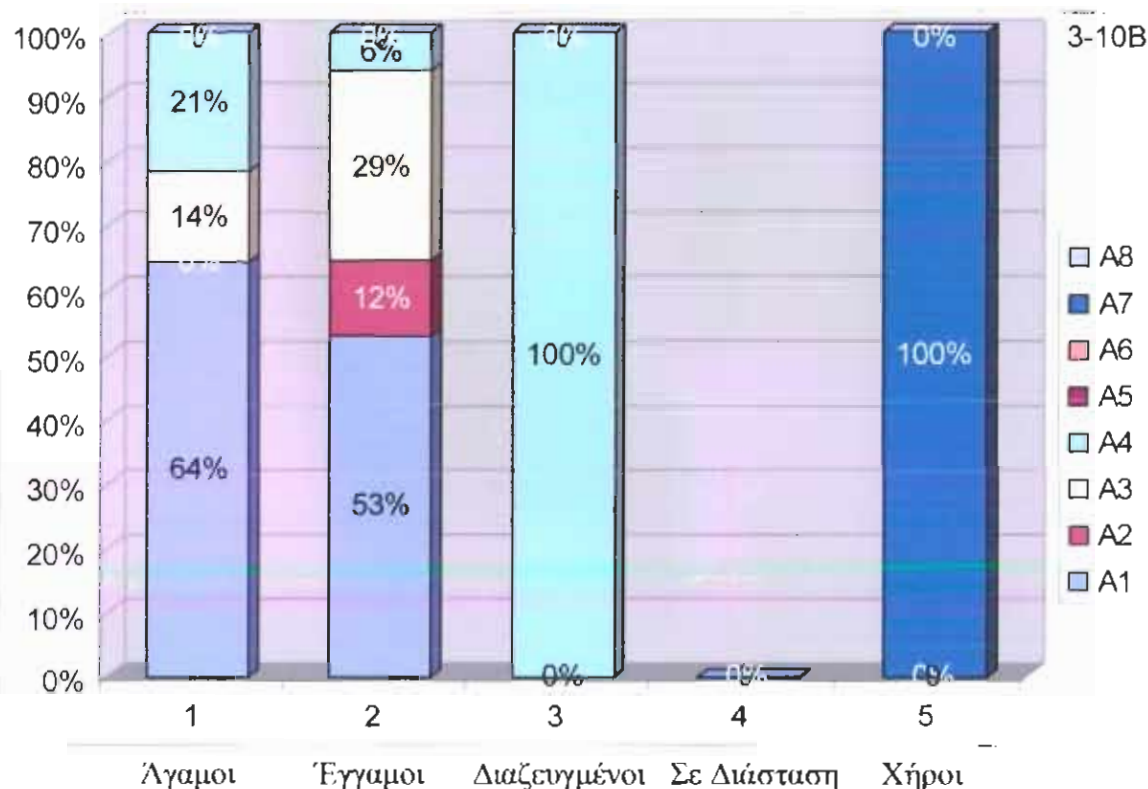
Ε10) Α. Πιστεύετε ότι όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζεστε θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης;



Όλοι ανεξαρτήτως οικογενειακής κατάστασης πιστεύουν ότι δεν θα μπορούσαν όλοι οι ασθενείς να μεταβούν στην κοινότητα, αναλυτικά : οι άγαμοι απάντησαν αρνητικά με 78%, οι έγγαμοι με 68%, οι διαζευγμένοι με 80%, όσοι βρίσκονται σε διάσταση απάντησαν αρνητικά στο σύνολό τους (100%) και οι χήροι απάντησαν αρνητικά σε ποσοστό 83%.

E10) Β. Αν ΝΑΙ, για ποιον-ους από τους παρακάτω λόγους μπορούν να μεταβούν στην κοινότητα :

- A1. Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα
- A2. Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα λόγω της αναγκαιίας απορρόφησης των οικονομικών κονδυλίων
- A3. Επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών
- A4. Επειδή πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία
- A5. Όλα τα παραπάνω
- A6. Κανένα από τα παραπάνω
- A7. Δ.Ξ.
- A8. Άλλο, προσδιορίστε



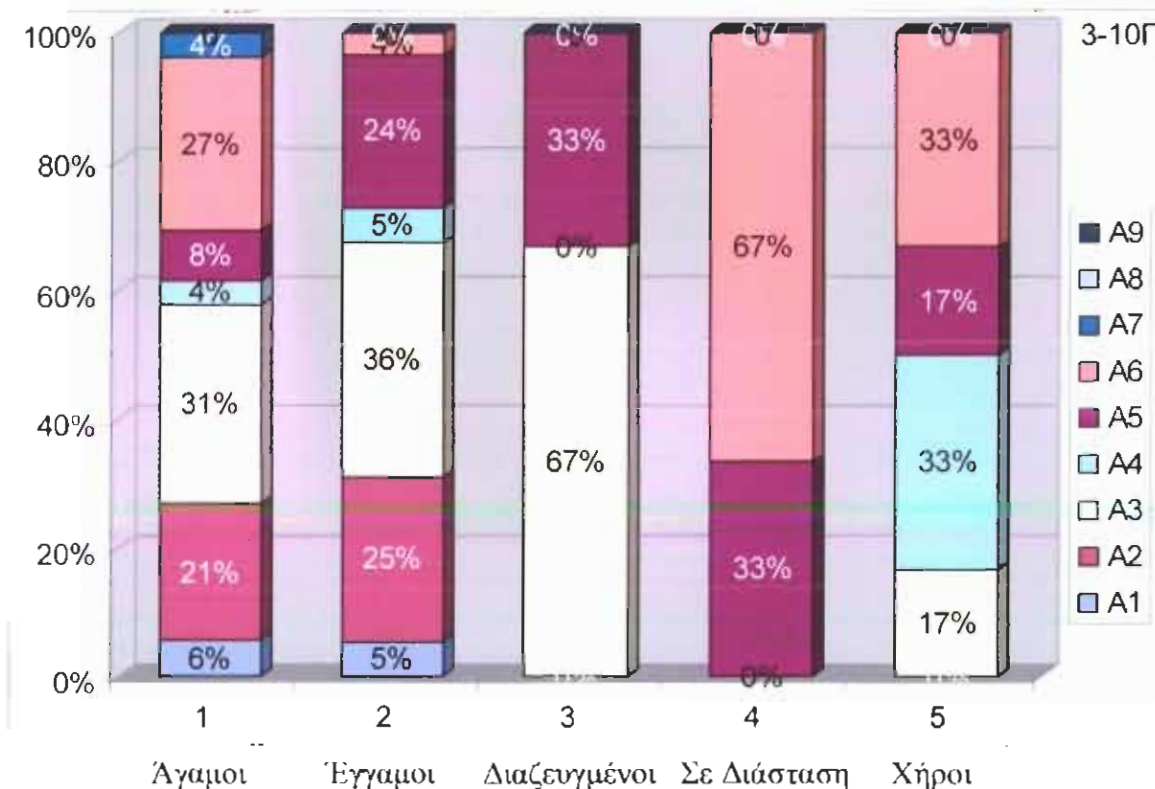
Οι άγαμοι πιστεύουν ότι οι ασθενείς μπορούν να μεταβούν στην κοινότητα κυρίως γιατί : «όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα» (64%) και «επειδή πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία» (21%). Την ίδια επικρατέστερη απάντηση έχουν δώσει και οι έγγαμοι με 53% : «όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα», αλλά και «επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών» (29%).

Όλοι οι διαζευγμένοι (100%) πιστεύουν ότι οι ασθενείς μπορούν να μεταβούν στην κοινότητα «επειδή πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία».

Από τους χήρους-ες που απάντησαν πως όλοι οι ασθενείς μπορούν να μεταβούν στην κοινότητα, το σύνολό τους (100%) απάντησε πως δεν ξέρει για ποιους λόγους θα μπορούσε να γίνει αυτό.

Ε10) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιον -ους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης :

- Α1. Λόγω δυσκολίας οργάνωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την προετοιμασία των ασθενών σχετικά για την μετάβαση τους
- Α2. Λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών
- Α3. Λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών
- Α4. Λόγω προκαταλήψεων της κοινότητας
- Α5. Λόγω της ασυλκικής συμπεριφοράς των ασθενών
- Α6. Όλα τα παραπάνω
- Α7. Κανένα από τα παραπάνω
- Α8. Δ.Ξ.
- Α9. Άλλο, προσδιορίστε

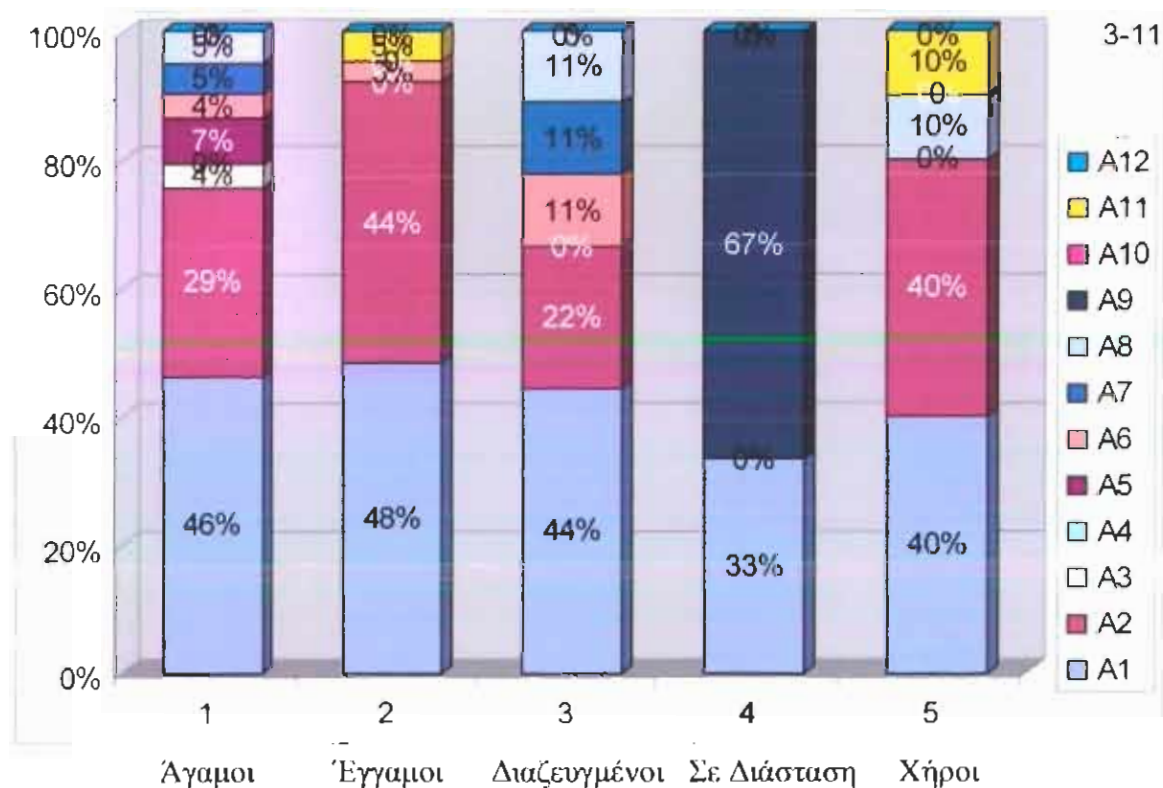


E10) Γ. Οι άγαμοι πιστεύουν ότι δε θα μπορούσαν να μεταβούν όλοι οι ασθενείς στην κοινότητα κυρίως : «λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών» (31%), «όλα τα παραπάνω» (27%) και «Λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών» (21%). Οι έγγαμοι δίνουν ως επικρατέστερους λόγους : τη «δυσλειτουργικότητα των χρόνιων ασθενών» (36%), την «ενεργό συμπτωματολογία των χρόνιων ασθενών» (25%) και την «ασυλική συμπεριφορά» (24%).

Οι διαζευγμένοι θεωρούν σε μεγάλο ποσοστό ως λόγο τη «δυσλειτουργικότητα των χρόνιων ασθενών» (67%) και «Λόγω της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών» (33%), ενώ όσοι βρίσκονται σε διάσταση πιστεύουν με ίδιο ποσοστό (67%) ότι δε θα μπορούσαν όλοι να μεταβούν για «όλα τα παραπάνω» και «Λόγω της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών» (33%) . Τέλος, όσοι είναι σε χηρεία δίνουν ως επικρατέστερες απαντήσεις ποσοστά (33%) στις «προκαταλήψεις της κοινότητας» και σε «όλα τα παραπάνω» και με ποσοστά 17% : «Λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών» και «Λόγω της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών».

E11) Ποια -ες από τις παρακάτω αντιδράσεις έχετε όταν αποφασίζεται η μετάβαση ενός ασθενή του τμήματος όπου εργάζεστε σε αποκαταστασιακές δομές;

- A1. Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)
- A2. Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για τις απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου
- A3. Άδειες
- A4. Έναρξη μεταπτυχιακών σπουδών
- A5. Μειωμένη διάθεση συνεργασίας με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα
- A6. Αποφυγή επαφής με τους ασθενείς
- A7. Συγκρούσεις με το λοιπό προσωπικό
- A8. Μειωμένη αποτελεσματικότητα στα καθήκοντα
- A9. Όλα τα παραπάνω
- A10. Κανένα από τα παραπάνω
- A11. Δ.Ξ.
- A12. Άλλο, προσδιορίστε

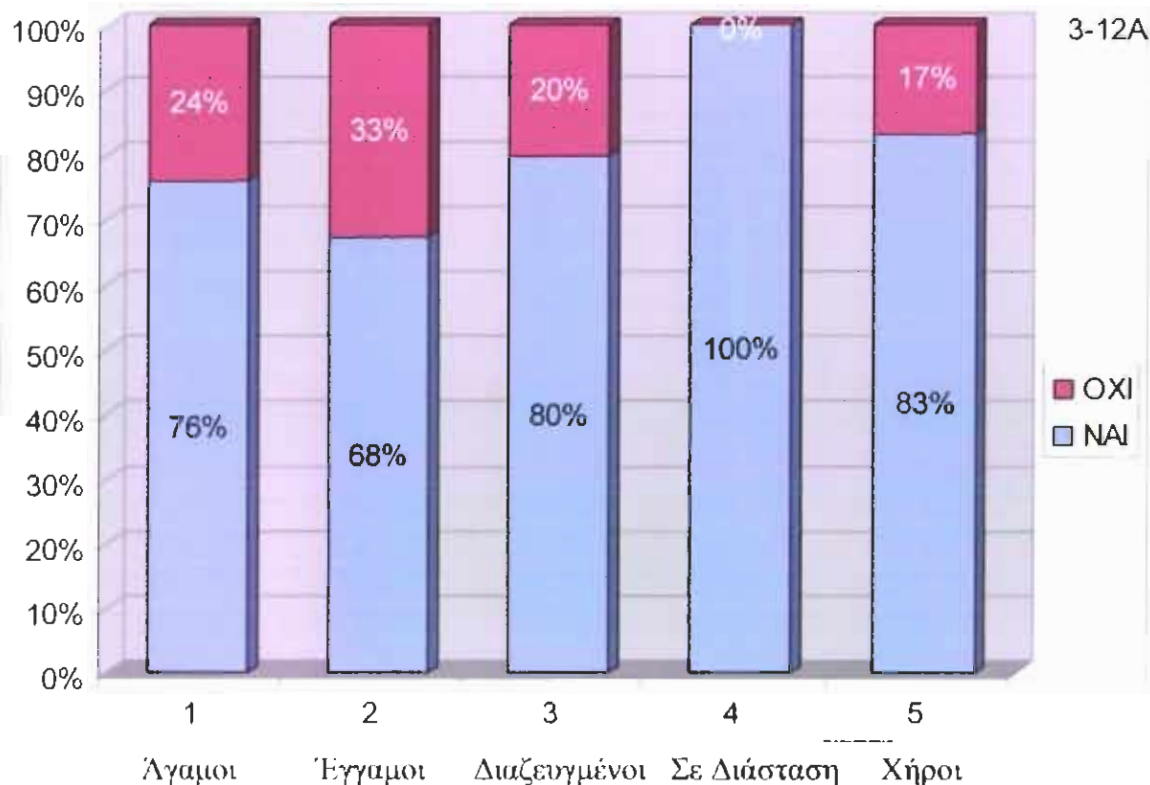


E11) Όσον αφορά τις αντιδράσεις που έχουν όταν αποφασίζεται η μετάβαση ενός ασθενή σε αποκαταστασιακές δομές, οι άγαμοι, οι έγγαμοι και οι διαζευγμένοι παρουσιάζουν τις ίδιες επικρατέστερες απαντήσεις : «συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του» με ποσοστά 46%, 48% και 44% αντίστοιχα, καθώς και «συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ο ασθενής και συντονισμός των κινήσεων» με ποσοστά 29%, 44% και 22% αντίστοιχα. Τέλος, η επικρατέστερη απάντηση για όσους βρίσκονται σε διάσταση ήταν : «όλα τα παραπάνω» (67%), ενώ στους χήρους ήταν με ισόποσα ποσοστά (40%) : «η συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του» και «η συνεργασία με τους φροντιστές».

Ε12) Α. Έχετε βοηθήσει ασθενείς να βγουν και να μείνουν σε στεγαστική μονάδα αποκατάστασης στην κοινότητα;

ΝΑΙ

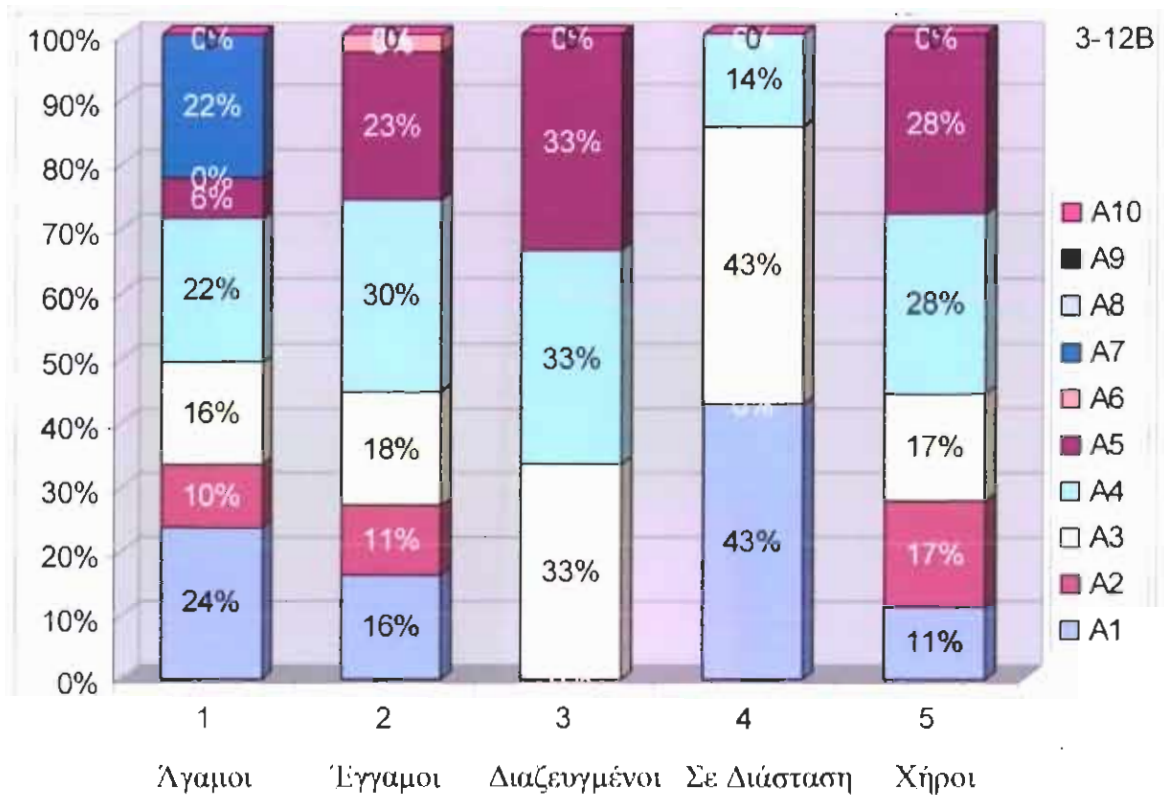
ΟΧΙ



Όλοι ανεξαρτήτως οικογενειακής κατάστασης πιστεύουν ότι έχουν βοηθήσει ασθενείς να βγουν και να μείνουν σε στεγαστική μονάδα αποκατάστασης στην κοινότητα. Αναλυτικά, απάντησαν θετικά : 76% των άγαμων, 68% των έγγαμων, 80% των διαζευγμένων, 100% όσων βρίσκονται σε διάσταση και 83% των χήρων.

E12) Β. Αν ΝΑΙ, ποιο-ια από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι αισθάνθηκαν οι ασθενείς για τη μετάβαση τους στη κοινότητα :

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| Α1. Ικανοποίηση | Α6. Αδιαφορία |
| Α2. Λύπη | Α7. Όλα τα παραπάνω |
| Α3. Χαρά | Α8. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α4. Άγχος | Α9. Δ.Ξ. |
| Α5. Φόβο | Α10. Άλλο, προσδιορίστε |

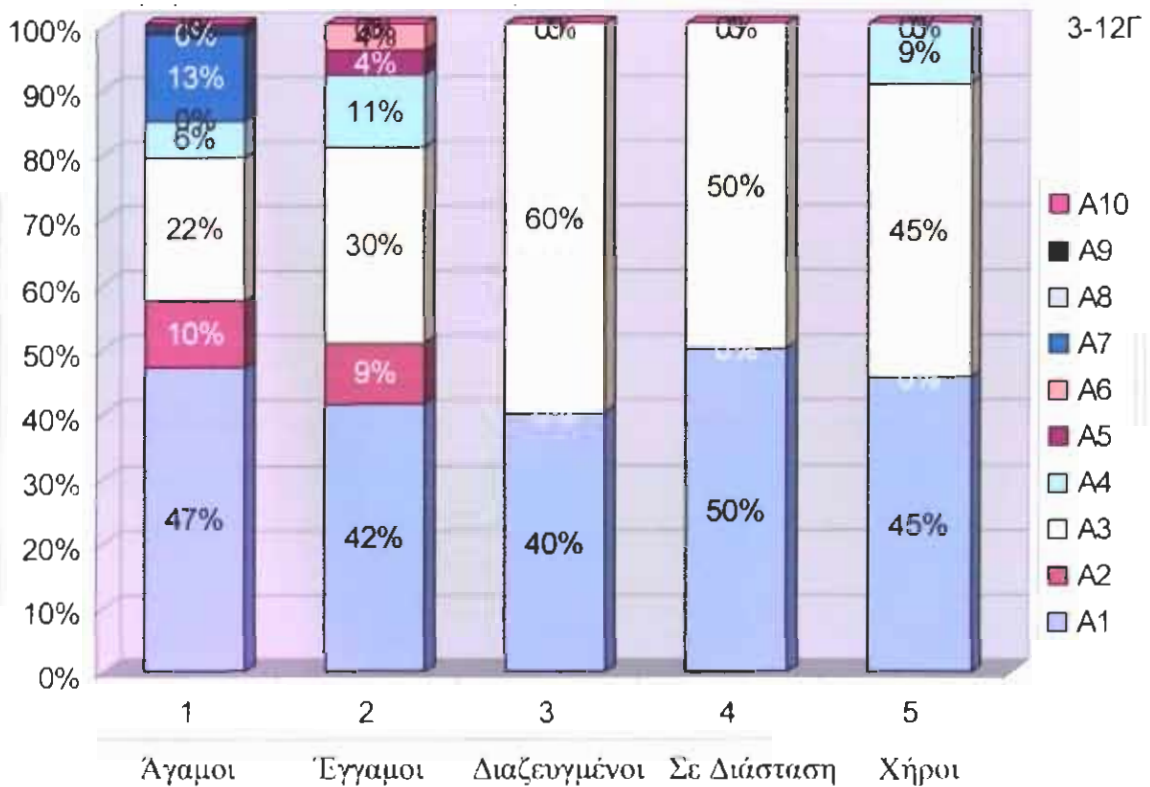


Οι άγαμοι πιστεύουν ότι οι ασθενείς αισθάνθηκαν για τη μετάβαση τους στην κοινότητα κυρίως : «ικανοποίηση» (24%) και με ισόποσα ποσοστά (22%) : «άγχος» και «όλα τα παραπάνω». Τα επικρατέστερα συναισθήματα που πιστεύουν οι έγγαμοι ότι ένιωσαν οι ασθενείς ήταν : «άγχος» (30%), «φόβο» (23%) και «Χαρά». Ίδιες απαντήσεις με τους έγγαμους έδωσαν και οι διαζευγμένοι με μεγαλύτερα ποσοστά (33%) ισόποσα για «άγχος και «φόβο», καθώς και 33% «χαρά».

Αυτοί που είναι σε διάσταση έδωσαν ως επικρατέστερα συναισθήματα των ασθενών : «ικανοποίηση» και «χαρά» με ισόποσα ποσοστά (43%) και οι χήροι είχαν ισόποσα ποσοστά (28%) στις επικρατέστερες απαντήσεις : «άγχος και «φόβο».

Ε12) Γ. Ποιο-ποια συναισθήματα νιώσατε μετά τη μετάβαση των ασθενών σας στην κοινότητα :

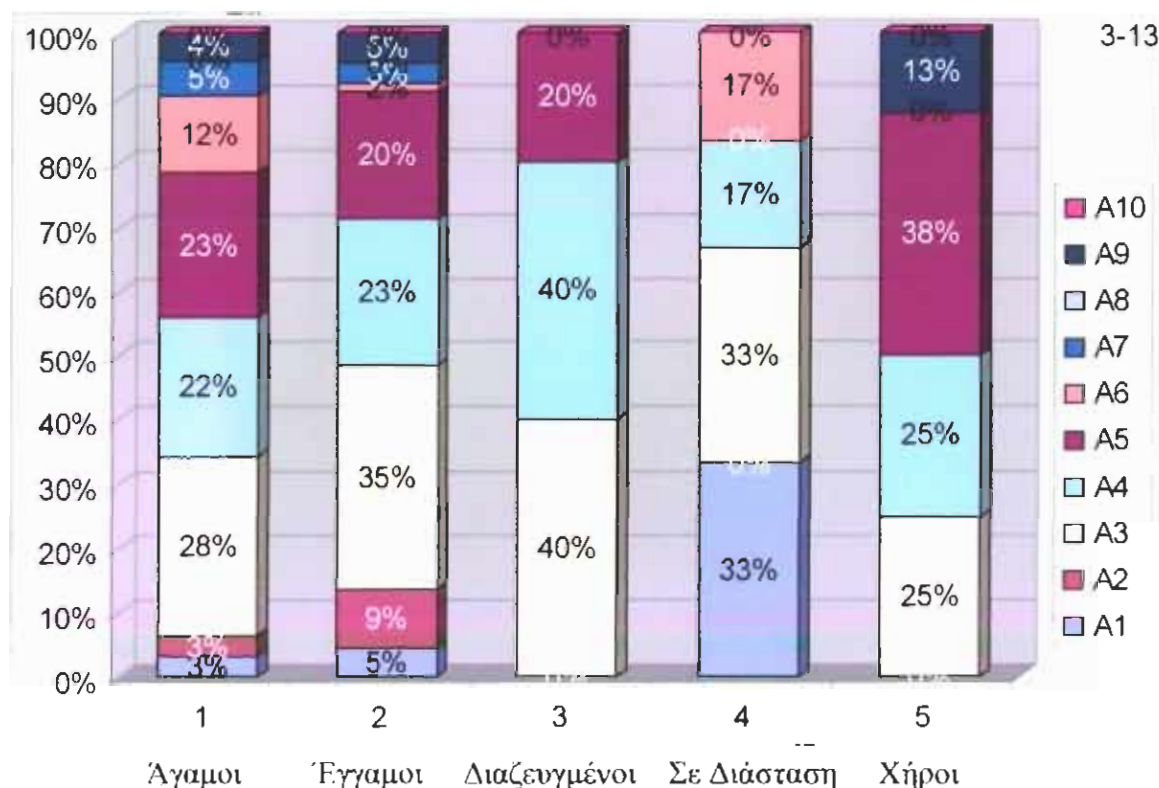
- | | |
|-----------------|----------------------------|
| Α1. Ικανοποίηση | Α6. Αδιαφορία |
| Α2. Λύπη | Α7. Όλα τα παραπάνω |
| Α3. Χαρά | Α8. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α4. Άγχος | Α9. Δ.Ξ. |
| Α5. Φόβο | Α10. Άλλο, προσδιορίστε |



Για τη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα, οι άγαμοι και οι έγγαμοι δίνουν ως επικρατέστερα συναισθήματα που ένιωσαν : «ικανοποίηση» (47% και 42% αντίστοιχα) και «χαρά» (22% και 30% αντίστοιχα). Για τους διαζευγμένους, τους υπό διάσταση και τους χήρους το επικρατέστερο συναίσθημα ήταν : «χαρά» (60% , 50% και 45% αντίστοιχα) και «ικανοποίηση» (40%, 50% και 45% αντίστοιχα).

E13) Ποιο-α από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι θα μπορούσε να βιώσει η κοινότητα σχετικά με την μετάβαση των ασθενών;

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| Α1. Ικανοποίηση | Α6. Λύπη |
| Α2. Ευχαρίστηση | Α7. Όλα τα παραπάνω |
| Α3. Αμφιθυμία | Α8. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α4. Απάθεια - αδιαφορία | Α9. Δ.Ξ. |
| Α5. Θυμός - οργή | Α10. Άλλο, προσδιορίστε |

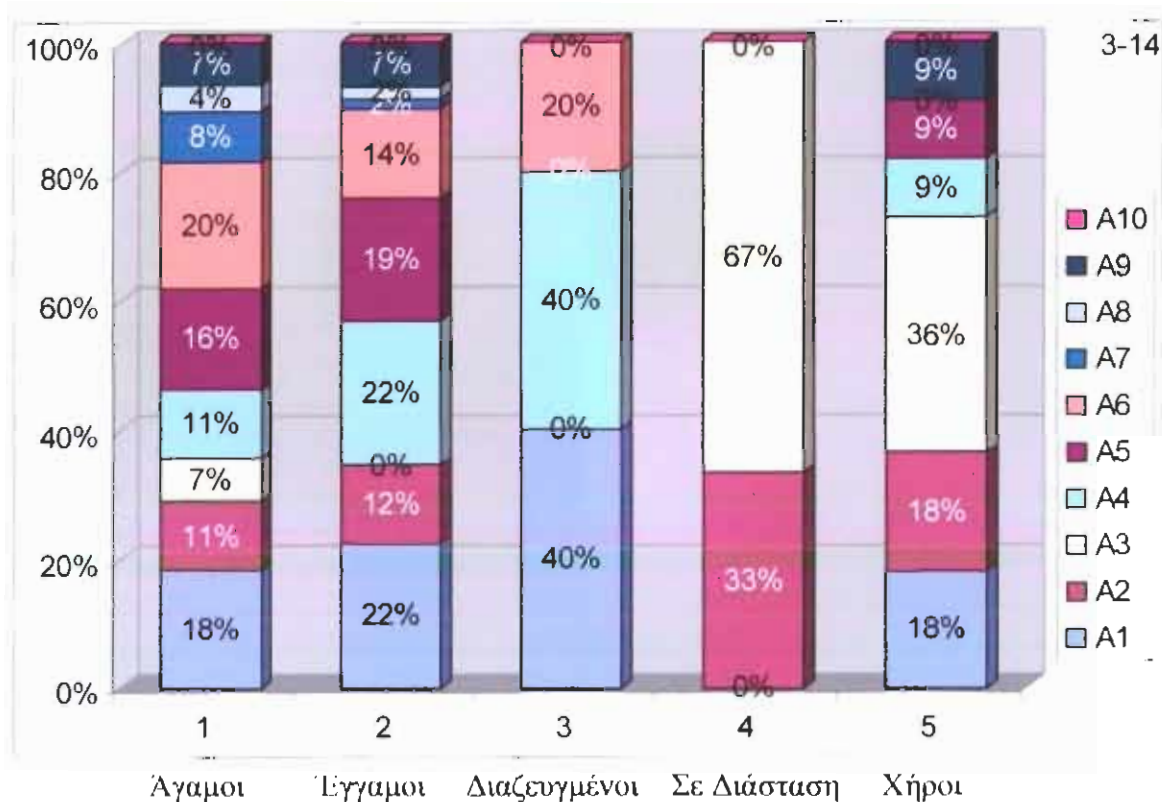


Σχετικά με τα συναισθήματα της κοινότητας για τη μετάβαση των ασθενών σ' αυτή, οι άγαμοι έδωσαν ως επικρατέστερα συναισθήματα που πιστεύουν ότι θα μπορούσε να βιώσει η κοινότητα : «αμφιθυμία» (28%) και «θυμό-οργή» (23%). Οι περισσότεροι έγγαμοι απάντησαν : «αμφιθυμία» (35%) και «απάθεια-αδιαφορία» (23%). Ίδιες απαντήσεις με τους έγγαμους έδωσαν και οι διαζευγμένοι με ισόποσα ποσοστά : 40% αντίστοιχα.

Για εκείνους που βρίσκονται σε διάσταση τα επικρατέστερα συναισθήματα με ισόποσα ποσοστά (33%) ήταν : «ικανοποίηση» και «αμφιθυμία». Τέλος, οι περισσότεροι χήροι (38%) πιστεύουν ότι η κοινότητα θα μπορούσε να βιώσει «θυμό-οργή», και με ισόποσα ποσοστά 25% : «απάθεια-αδιαφορία» και «αμφιθυμία».

Ε14) Ποιο-α από τα παρακάτω θα μπορούσαν, κατά την γνώμη σας, να αποτελέσουν έμπρακτη αντίδραση της κοινότητας σχετικά με τη δημιουργία εξωτερικών μονάδων αποκατάστασης;

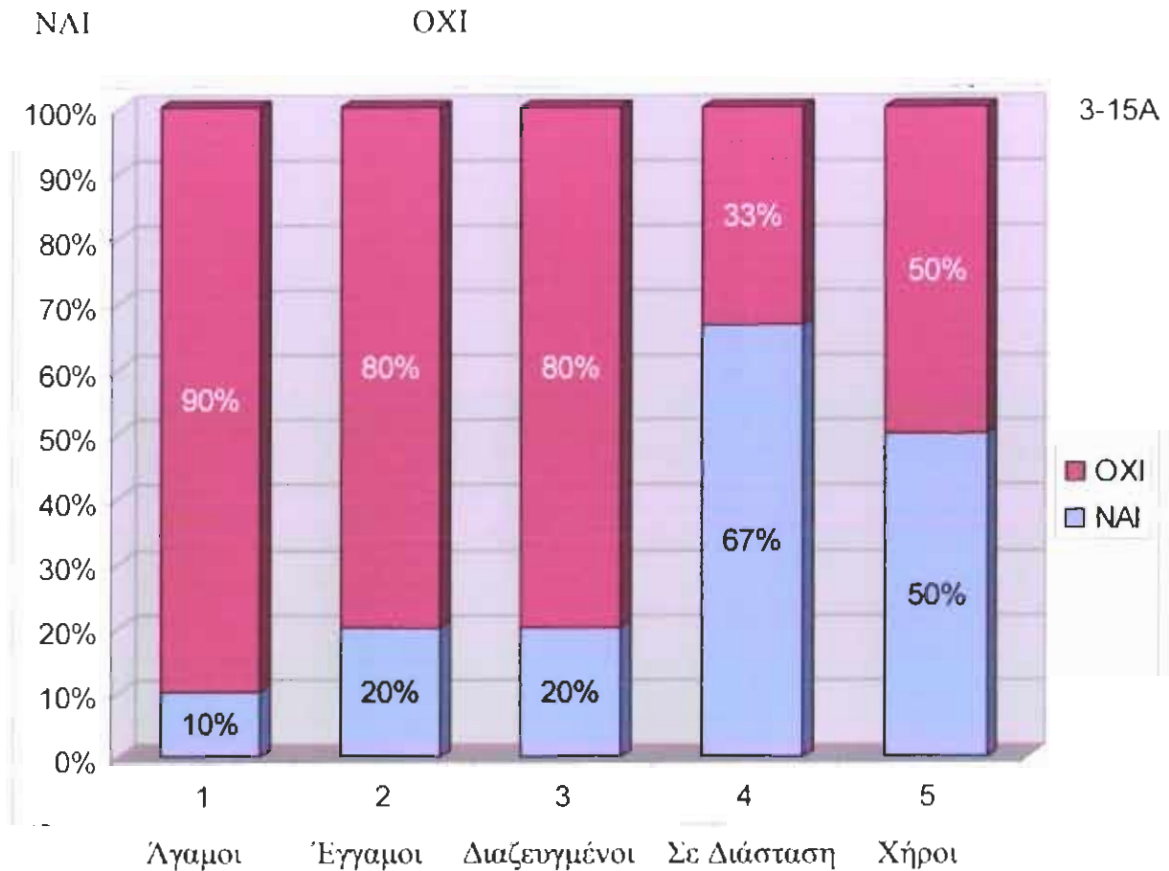
- Α1. Εθελοντισμός
- Α2. Οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων
- Α3. Μη οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων
- Α4. Απάθεια
- Α5. Στιγματισμός
- Α6. Επιθετικότητα
- Α7. Όλα τα παραπάνω
- Α8. Κανένα από τα παραπάνω
- Α9. Δ.Ξ.
- Α10. Άλλο, προσδιορίστε



E14) Αναφορικά με την έμπρακτη αντίδραση της κοινότητας σχετικά με τη δημιουργία εξωτερικών μονάδων αποκατάστασης, οι άγαμοι έδωσαν ως επικρατέστερες απαντήσεις : «επιθετικότητα» (20%), «εθελοντισμό» (18%) και «Στιγματισμός» (16%). Οι έγγαμοι θεωρούν ότι έμπρακτη αντίδραση της κοινότητας θα αποτελούσε : ο «εθελοντισμός» και η «απάθεια» με ισόποσα ποσοστά 22%, καθώς ο «στιγματισμός» (19%) και «Επιθετικότητα» (14%).

Οι επικρατέστερες απαντήσεις για τους διαζευγμένους ήταν ο «εθελοντισμός» και η «απάθεια» με ισόποσα ποσοστά 40%, ενώ οι περισσότεροι (67%) από αυτούς που βρίσκονται σε διάσταση πιστεύουν ότι η κοινότητα θα αντιδρούσε με «μη οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων» και «Οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων» (33%). Η επικρατέστερες απαντήσεις για τους χήρους ήταν : «Μη οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων» και με ισόποσα 18% : «Εθελοντισμός» και «Οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων».

E15) Α. Πιστεύετε ότι η κοινότητα είναι ενημερωμένη για την λειτουργία θεραπευτικών μονάδων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων;



Στο μεγαλύτερο ποσοστό τους : 90% των άγαμων, 80% των έγγαμων και 80% των διαζευγμένων πιστεύουν ότι η κοινότητα δεν είναι ενημερωμένη για την λειτουργία θεραπευτικών μονάδων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων. Διαφωνούν με αυτό εκείνοι που βρίσκονται σε διάσταση, οι οποίοι θεωρούν με 67% ότι η κοινότητα είναι ενημερωμένη. Οι απόψεις των χήρων δίστανται : οι μισοί πιστεύουν ότι η κοινότητα είναι ενημερωμένη και οι άλλοι μισοί όχι.

E15) Β. Αν ΝΑΙ, με ποιον-ους από τους παρακάτω τρόπους πιστεύετε ότι έχει ενημερωθεί:

A1. Αγωγή κοινότητας

A2. Μ.Μ.Ε.

A3. Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων

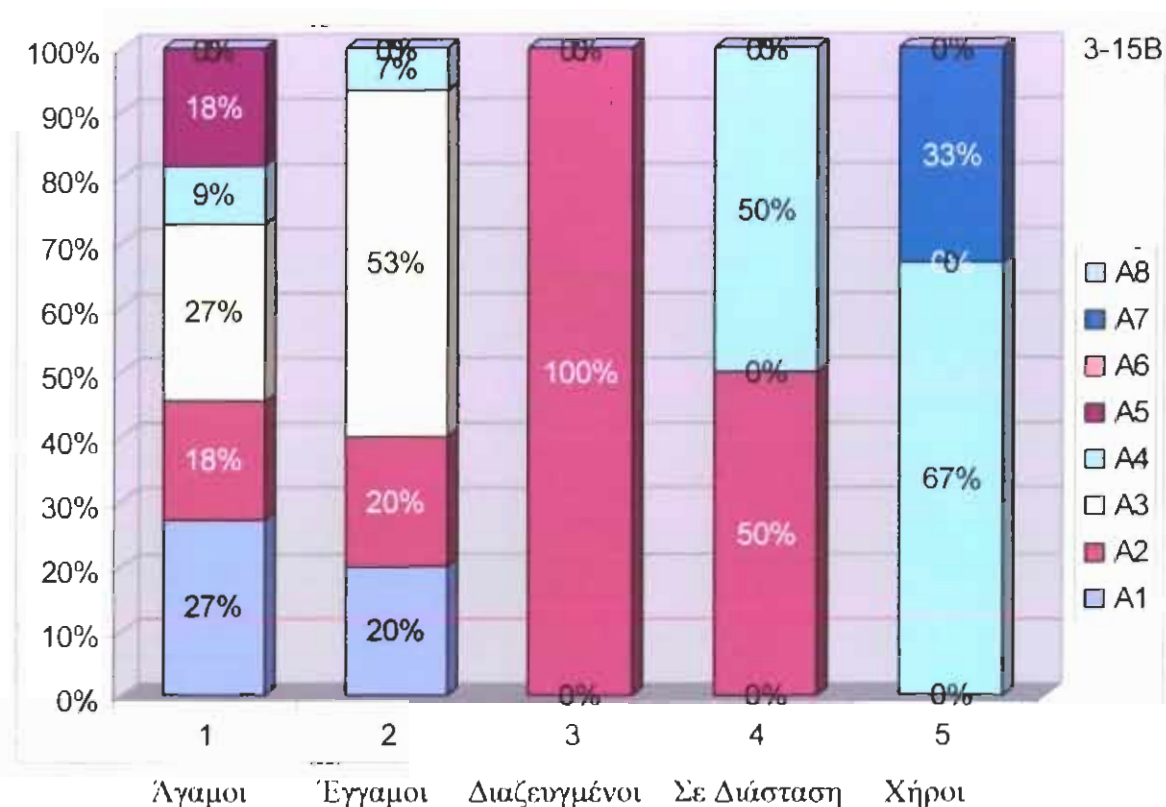
A4. Ημερίδες – Σεμινάρια

A5. Όλα τα παραπάνω

A6. Κανένα από τα παραπάνω

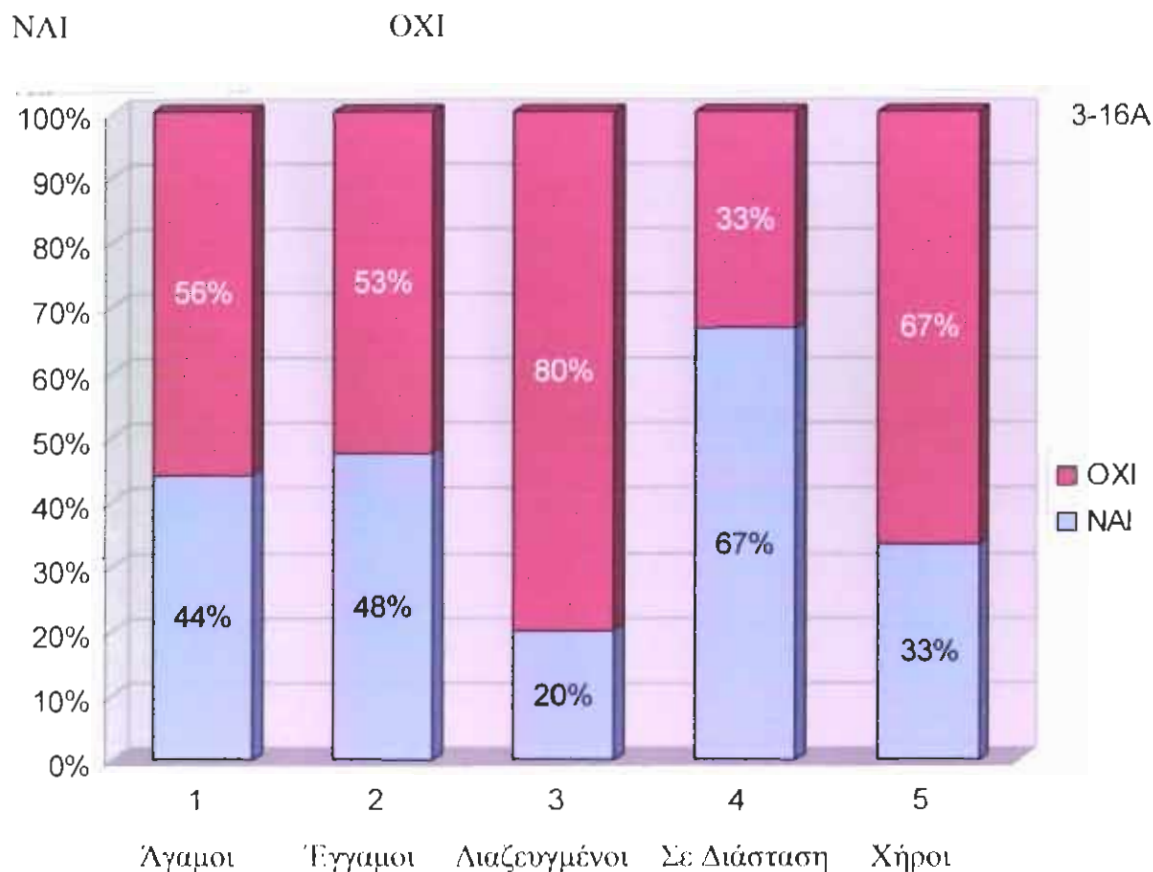
A7. Δ. Ξ.

A8. Άλλο, προσδιορίστε



Οι άγαμοι (σε ισόποσα ποσοστά 27%) πιστεύουν ότι η κοινότητα έχει ενημερωθεί με : «Αγωγή κοινότητας» και «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» και με ποσοστά 18% από : «Μ.Μ.Ε» και «Όλα τα παραπάνω». Από τους έγγαμους, οι περισσότεροι (53%) πιστεύουν ότι η ενημέρωση έχει γίνει με «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» και με ισόποσα ποσοστά 20% : «Αγωγή κοινότητας» και από τα «Μ.Μ.Ε.». Οι διαζευγμένοι στο σύνολό τους (100%) θεωρούν ότι η κοινότητα έχει ενημερωθεί μέσω των «Μ.Μ.Ε.», ενώ εκείνοι που βρίσκονται σε διάσταση πιστεύουν σε ισόποσα ποσοστά 50% : μέσω «Μ.Μ.Ε.» και με «Ημερίδες-Σεμινάρια». Τέλος, το μεγαλύτερο ποσοστό (67%) των χήρων πιστεύει ότι η ενημέρωση έχει γίνει μέσω «Ημερίδων – Σεμιναρίων», ενώ 33% απάντησαν «δεν ξέρω».

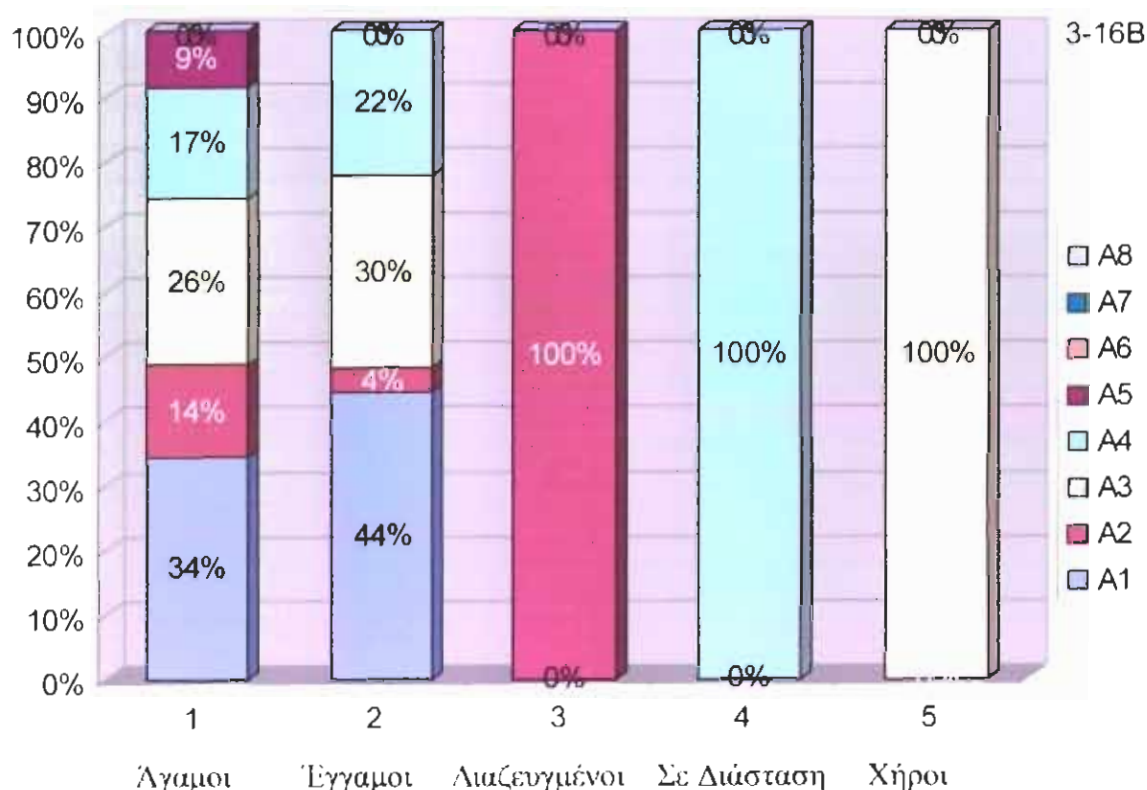
E16) Α. Εσείς έχετε συντελέσει ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Ψυχιατρείου στην αγωγή της κοινότητας, σχετικά με την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών για το θέμα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών;



Οι άγαμοι και οι έγγαμοι πιστεύουν περίπου με τα ίδια ποσοστά (56% και 53% αντίστοιχα) ότι δεν έχουν συντελέσει στην αγωγή της κοινότητας. Την ίδια άποψη έχουν και οι διαζευγμένοι με αρκετά μεγαλύτερο ποσοστό (80%), καθώς και οι περισσότεροι χήροι (67%). Μόνο εκείνοι που βρίσκονται σε διάσταση πιστεύουν ότι έχουν συντελέσει στην αγωγή της κοινότητας με ποσοστό 67%.

ΕΙ6) Β. Αν ΝΑΙ, με ποιον- ους από τους παρακάτω τρόπους :

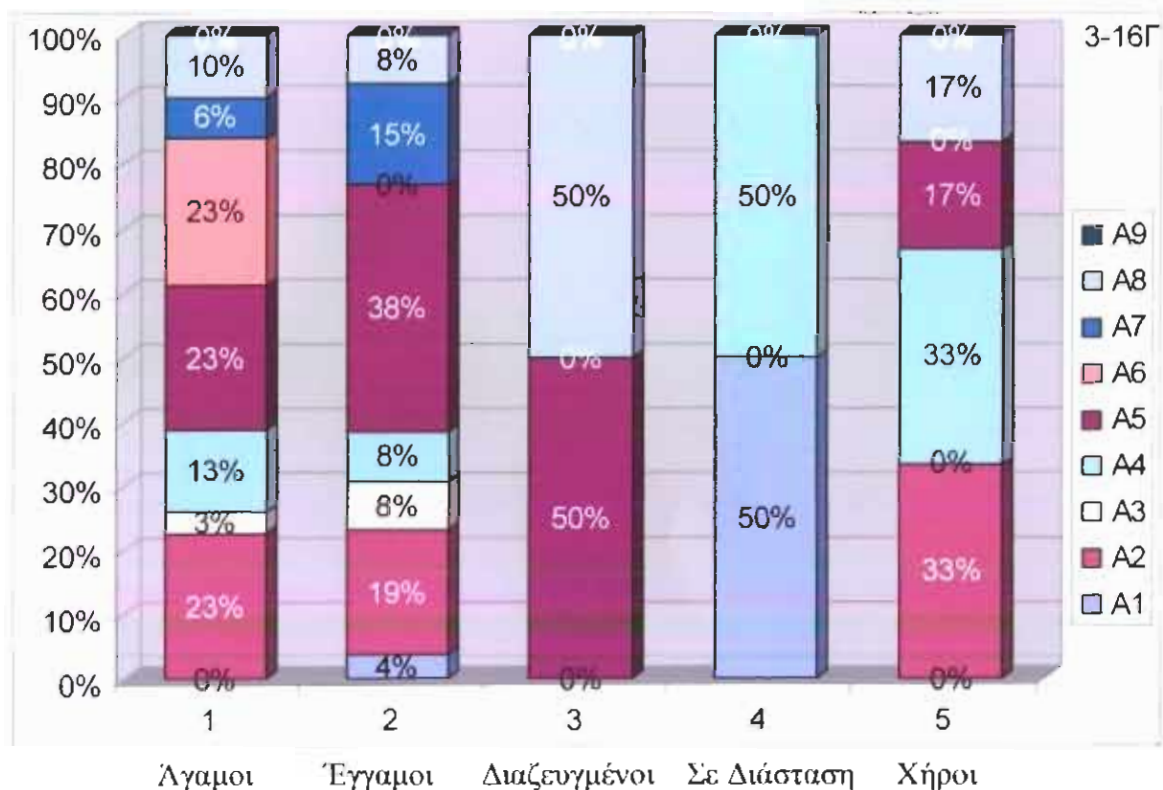
- | | |
|---|----------------------------|
| Α1. Αγωγή κοινότητας | Α5. Όλα τα παραπάνω |
| Α2. Μ.Μ.Ε. | Α6. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α3. Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων | Α7. Δ.Ξ. |
| Α4. Ημερίδες Σεμινάρια | Α8. Άλλο, προσδιορίστε |



Οι περισσότεροι άγαμοι (34%) πιστεύουν ότι η κοινότητα έχει ενημερωθεί με : «αγωγή κοινότητας», με «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» (26%) και «Ημερίδες – Σεμινάρια»(17%) . Οι έγγαμοι πιστεύουν ότι η κοινότητα έχει ενημερωθεί με : «αγωγή κοινότητας» (44%), «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» (30%) και «Ημερίδες – Σεμινάρια» (22%). Το σύνολο των διαζευγμένων (100%) θεωρεί ότι η ενημέρωση έχει γίνει μέσω των «Μ.Μ.Ε.», το σύνολο (100%) των εν διστάσει απάντησαν : «Ημερίδες-Σεμινάρια», ενώ όλοι όσοι βρίσκονται σε χρεία (100%) απάντησαν : «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων».

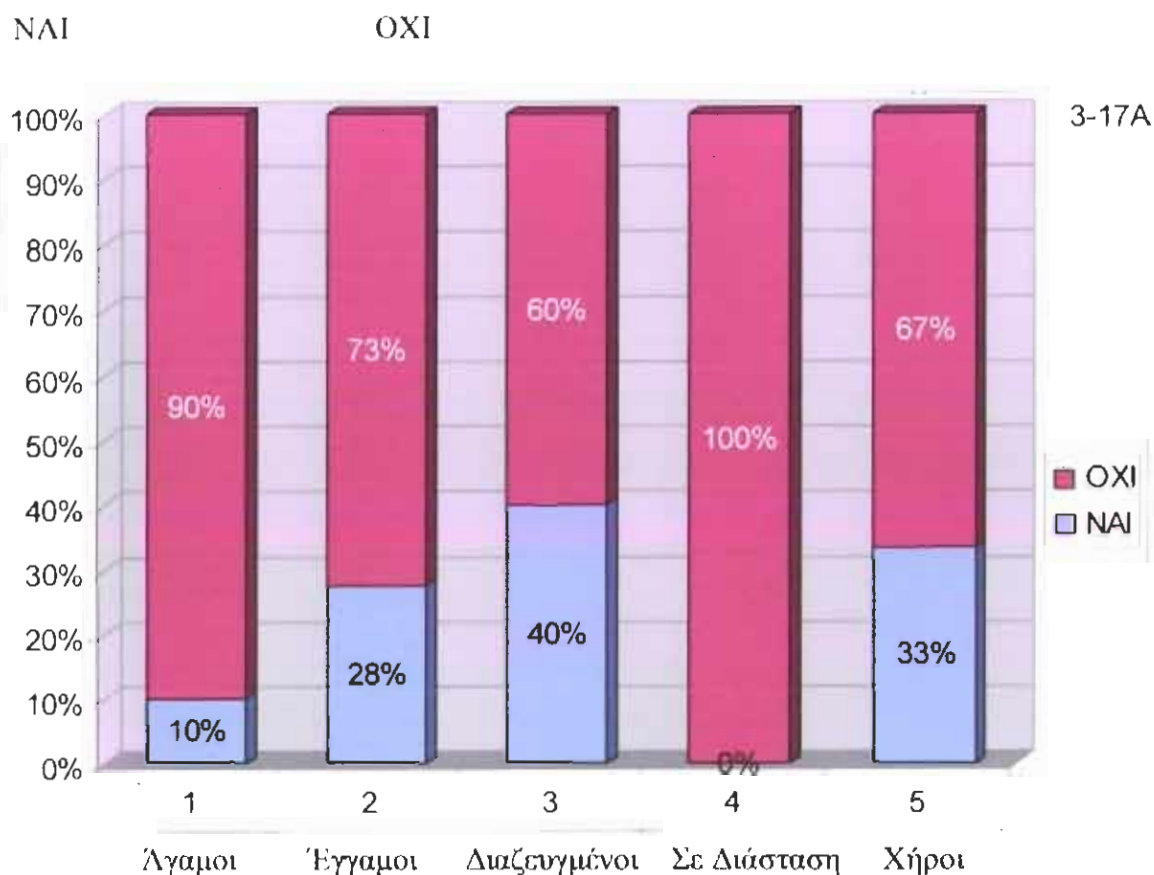
E16) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιον – ποιους από τους παρακάτω λόγους δεν καταφέρατε κάτι τέτοιο :

- A1. Λόγω αρνήσεως των τοπικών φορέων να συνεργαστούν
- A2. Λόγω έλλειψης κονδυλίων
- A3. Λόγω άρνησης του ίδιου του προσωπικού
- A4. Λόγω αδιαφορίας
- A5. Λόγω έλλειψης χρόνου
- A6. Όλα τα παραπάνω
- A7. Κανένα από τα παραπάνω
- A8. Δ.Ξ.
- A9. Άλλο, προσδιορίστε



Οι άγαμοι πιστεύουν σε ισόποσα ποσοστά (23%) ότι δεν έχουν συντελέσει στην ενημέρωση της κοινότητας κυρίως λόγω : «έλλειψης κονδυλίων», «λόγω έλλειψης χρόνου» και για «όλα τα παραπάνω». Οι περισσότεροι (38%) έγγαμοι θεωρούν ως αιτία την «έλλειψη χρόνου», αλλά και την «έλλειψη κονδυλίων» (19%). Από τους διαζευγμένους, οι μισοί θεωρούν ότι δεν κατάφεραν να συντελέσουν στην ενημέρωση «λόγω έλλειψης χρόνου», ενώ το άλλο 50% δεν ήξερε να απαντήσει γιατί. Από τους εν διαστάσει, οι μισοί αναφέρουν ως λόγο την «άρνηση των τοπικών φορέων να συνεργαστούν», ενώ το άλλο 50% «λόγω αδιαφορίας». Τέλος, οι περισσότεροι που βρίσκονται σε χηρεία (με ισόποσα ποσοστά 33%) αναφέρουν ότι δεν κατάφεραν να συντελέσουν στην ενημέρωση λόγω «έλλειψης κονδυλίων» και «λόγω αδιαφορίας».

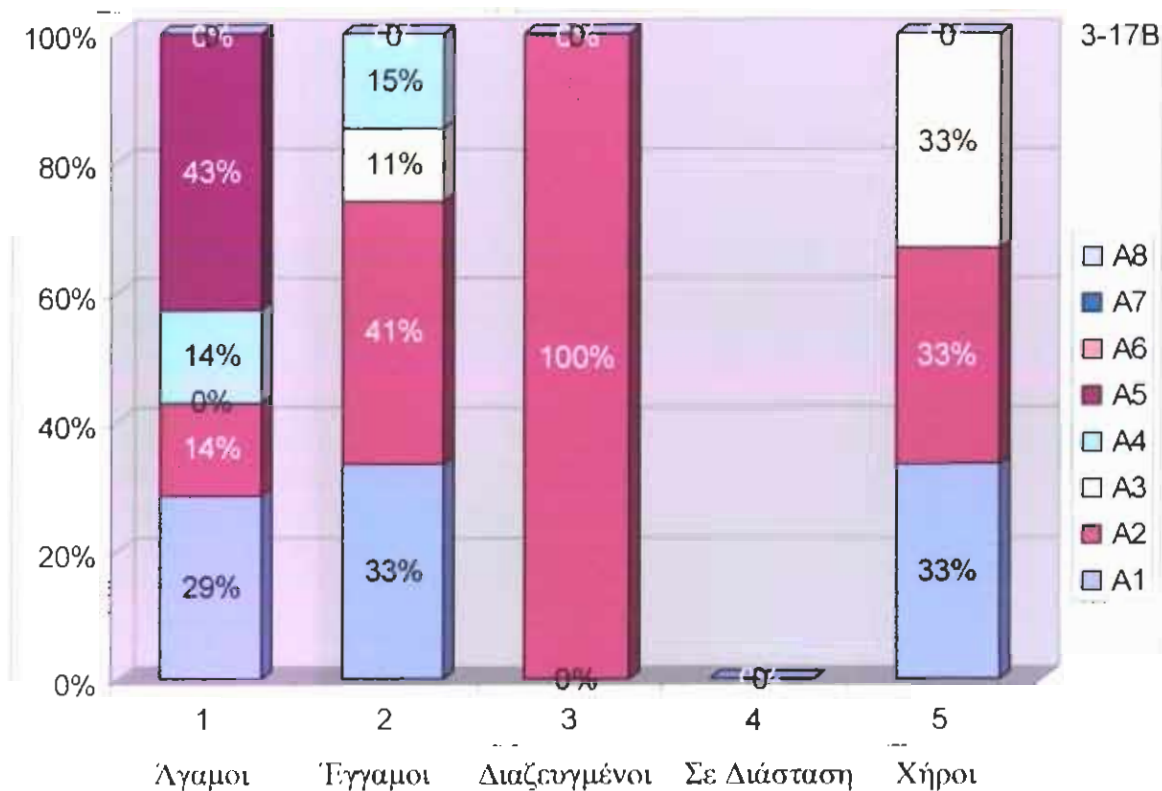
Ε17) Α. Πιστεύετε ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα;



Ανεξαρτήτως οικογενειακής κατάστασης σε μεγάλα ποσοστά όλοι πιστεύουν ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα. Αναλυτικά, απάντησαν αρνητικά : όλοι (100%) οι εν διαστάσει, η συντριπτική πλειοψηφία (90%) των άγαμων, το μεγαλύτερο ποσοστό (73%) των έγγαμων και των χήρων (67%), και μεγάλο ποσοστό (60%) των διαζευγμένων.

E17) Β. Αν ΝΑΙ, σε ποια -ες από τις παρακάτω δομές –υπηρεσίες θα μπορούσαν εργαστούν:

- | | |
|---|----------------------------|
| A1. Σε Προστατευμένα Εργαστήρια | A5. Όλα τα παραπάνω |
| A2. Σε Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς | A6. Κανένα από τα παραπάνω |
| A3. Σε Δημόσιες Υπηρεσίες | A7. Δ.Ξ. |
| A4. Σε Ιδιωτικές Υπηρεσίες – Επιχειρήσεις | A8. Άλλο, προσδιορίστε |

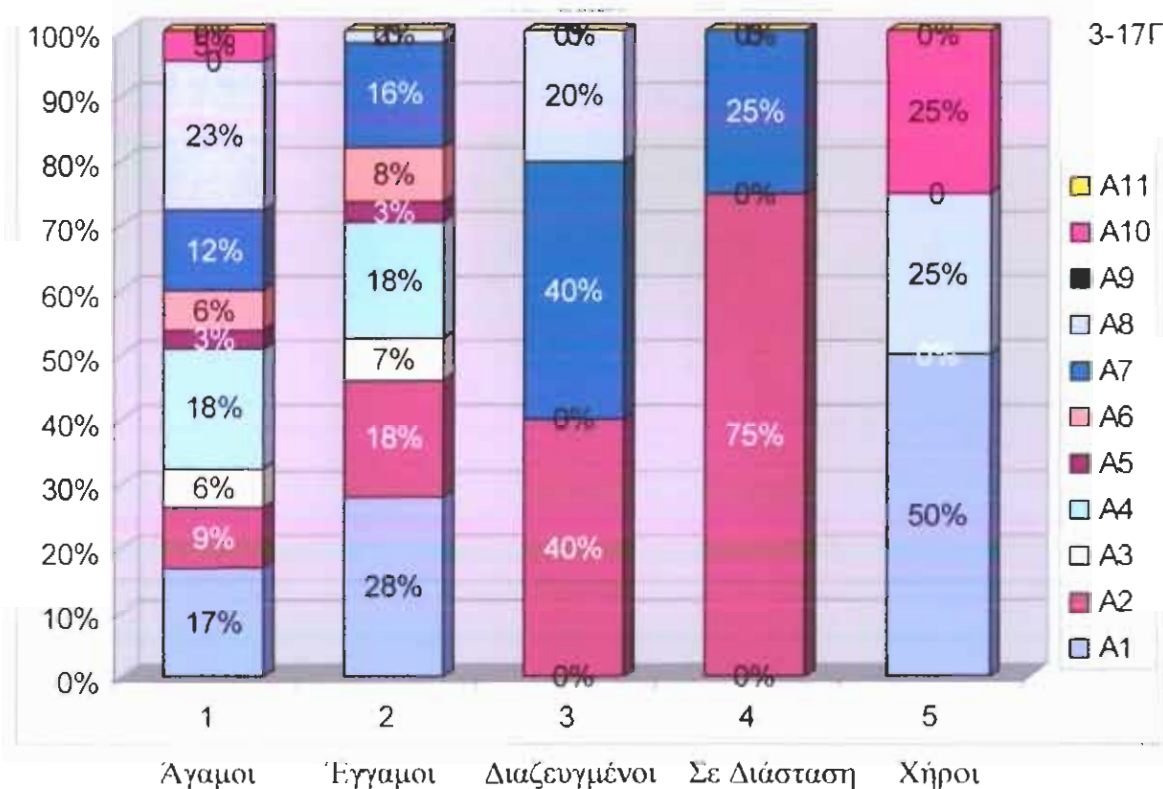


Στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (43%) οι άγαμοι θεωρούν ότι οι ασθενείς θα μπορούσαν να εργαστούν σε «όλα τα παραπάνω» και «Σε Προστατευμένα Εργαστήρια» (29%). Οι περισσότεροι από τους έγγαμους απάντησαν : «σε Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς» (41%) και «Σε Προστατευμένα Εργαστήρια» (33%). Οι διαζευγμένοι απάντησαν στο σύνολο τους (100%) «Σε Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς».

Τέλος, από αυτούς που είναι χήροι, οι περισσότεροι με ισόποσα ποσοστά (33%) πιστεύουν ότι οι ασθενείς θα μπορούσαν να εργαστούν σε : «Προστατευμένα Εργαστήρια» και σε «Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς», ενώ είναι και οι μόνοι που ανέφεραν τις «Δημόσιες Υπηρεσίες».

E17) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποίον-ους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν επαρκεί :

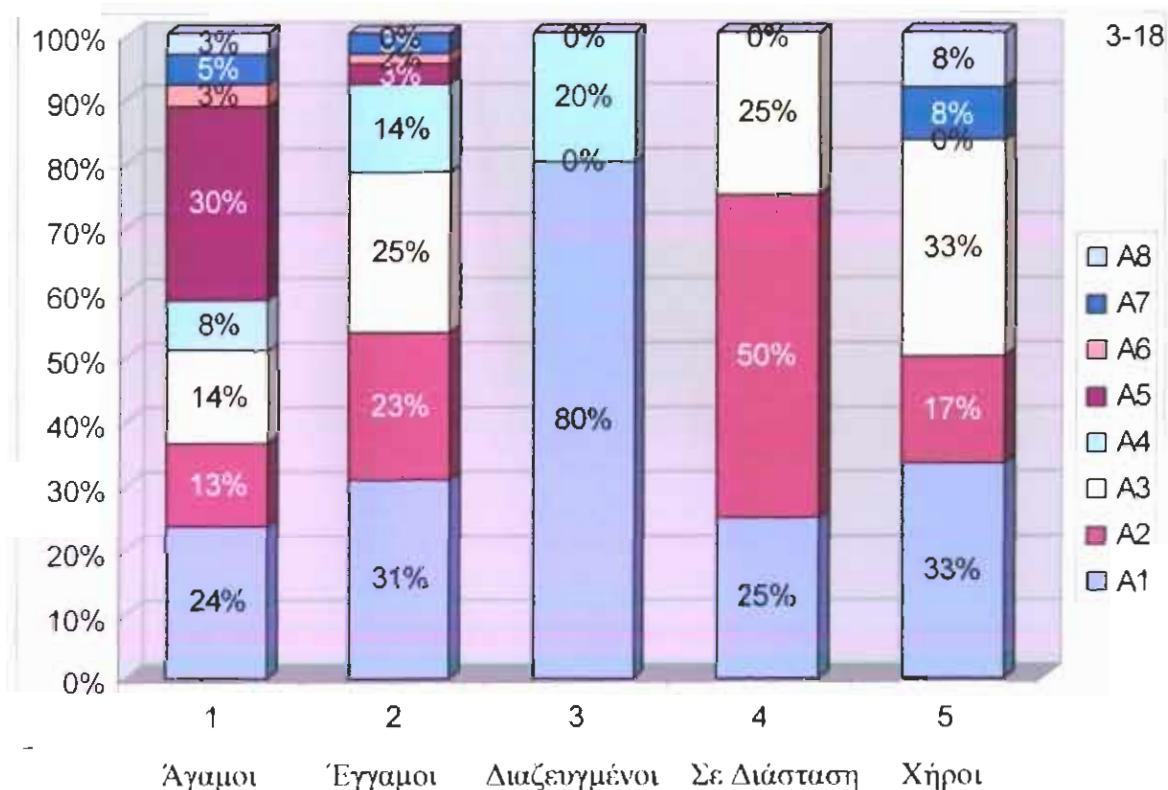
- A1. Λόγω έλλειψης υποδομής
- A2. Λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης
- A3. Λόγω ύπαρξης ανειδίκευτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας
- A4. Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών
- A5. Λόγω έλλειψης συντονισμού θεραπευτικής ομάδας
- A6. Λόγω κακής οργάνωσης του θεραπευτικού προγράμματος
- A7. Λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών
- A8. Όλα τα παραπάνω
- A9. Κανένα από τα παραπάνω
- A10. Δ.Ξ.
- A11. Άλλο, προσδιορίστε



E17) Γ. Οι επικρατέστεροι λόγοι για τους οποίους οι άγαμοι πιστεύουν ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν επαρκεί ήταν : «όλα τα παραπάνω» (23%) και η «μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασία των ασθενών» (18%). Οι περισσότεροι έγγαμοι πιστεύουν ότι η προετοιμασία δεν επαρκεί «λόγω έλλειψης υποδομής» (28%) και με ισόποσα ποσοστά (18%) : «λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης» και «λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών». Οι επικρατέστερες απαντήσεις των διαζευγμένων ήταν με ισόποσα ποσοστά (40%) : «λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης» και «λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών». Οι εν διαστάσει απάντησαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (75%) : «λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης», ενώ οι χήροι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (50%) απάντησαν «λόγω έλλειψης υποδομής», ενώ ήταν κι η μόνη ομάδα που είχε ποσοστό απαντήσεων «δεν ξέρω» (25%).

Ε18) Πιστεύετε ότι η διαμονή των ασθενών σας στην κοινότητα, Βοηθά :

- A1. στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση
- A2. στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση
- A3. στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη
- A4. στην προώθηση και απορρόφηση των κονδυλίων από την Ε.Ε.
- A5. Όλα τα παραπάνω
- A6. Κανένα από τα παραπάνω
- A7. Δ.Ξ.
- A8. Άλλο, προσδιορίστε

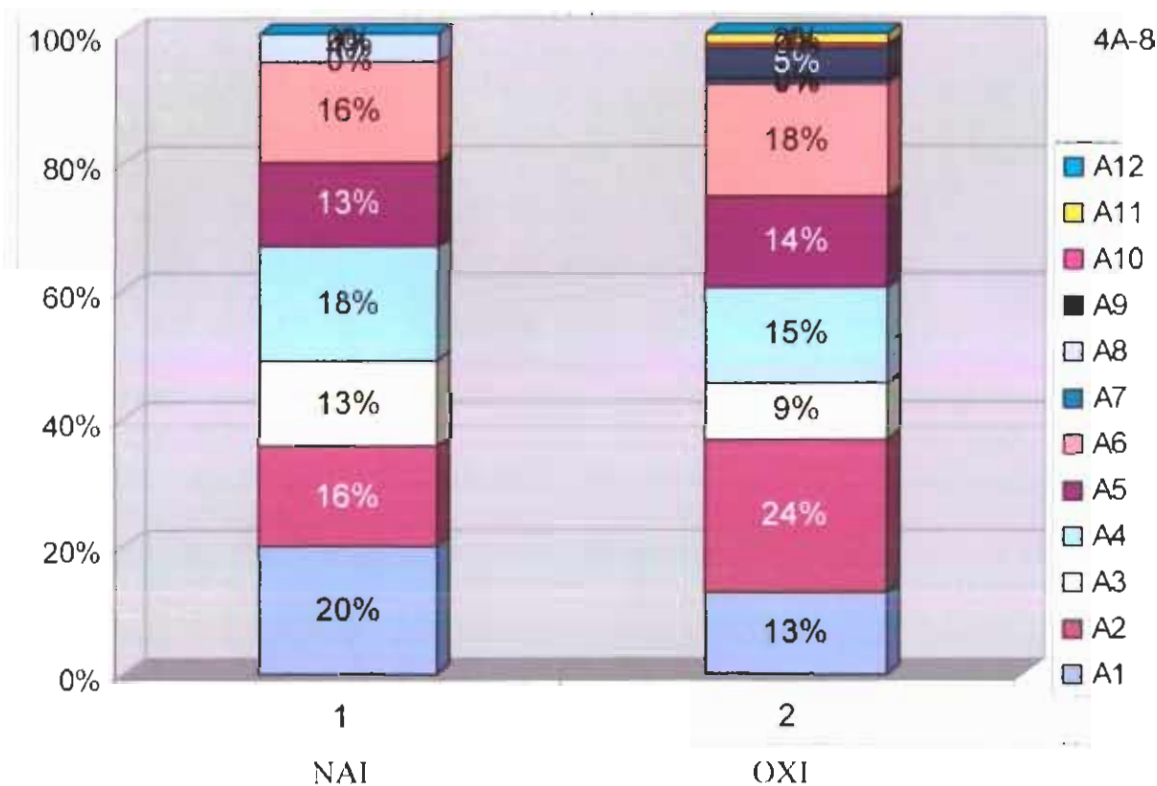


Οι άγαμοι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (30%) πιστεύουν ότι η διαμονή των ασθενών τους στην κοινότητα βοηθά σε «όλα τα παραπάνω» και «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» (24%). Οι επικρατέστερες απόψεις των έγγαμων ήταν : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» (31%), «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη» (25%) και «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση» (23%), ενώ οι διαζευγμένοι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (80%) πιστεύουν ότι η διαμονή των ασθενών στην κοινότητα βοηθά «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση». Από τους εν διαστάσει το μεγαλύτερο ποσοστό (50%) απάντησε : «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση» και με ισόποσα ποσοστά 25% : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» και «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη», ενώ τα άτομα σε χηρεία έδωσαν ισόποσα ποσοστά (33%) στις απαντήσεις : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» και «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη».

Συσχέτιση ερωτήσεων με : Μεταπτυχιακές σπουδές (E4A)

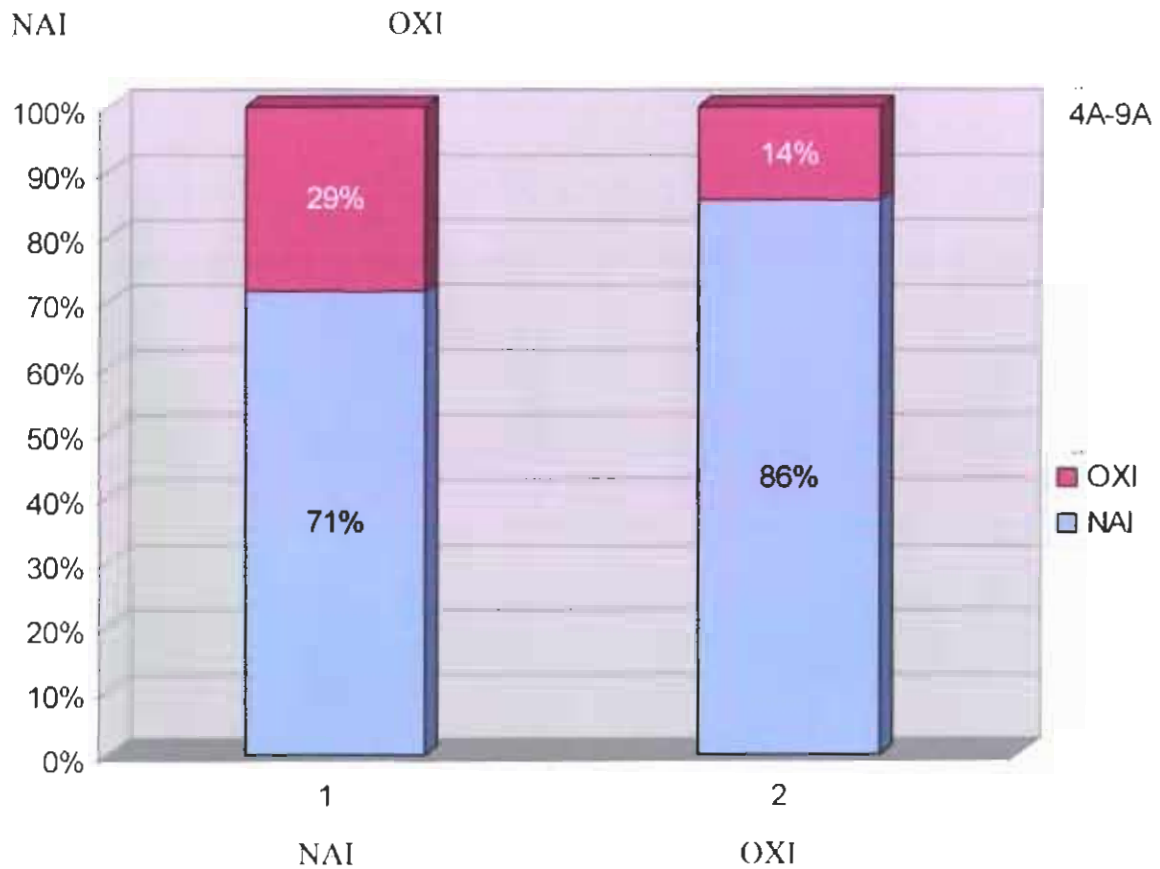
E8) Η μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές συντελεί :

- Λ1. στη μείωση των υποτροπών
- Λ2. στη λειτουργικότητα των ασθενών
- Λ3. στην επαγγελματική αποκατάσταση
- Λ4. στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα
- Λ5. στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας
- Λ6. στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών
- Λ7. στην όξυνση των σχέσεων μεταξύ των ασθενών και της κοινότητας
- Λ8. στην αύξηση των υποτροπών
- Λ9. Όλα τα παραπάνω
- Λ10. Κανένα από τα παραπάνω
- Λ11. Δ.Ξ.
- Λ12. Άλλο, προσδιορίστε



E8) Οι περισσότεροι από εκείνους που έχουν μεταπτυχιακές σπουδές πιστεύουν ότι η μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές συντελεί : «στη μείωση των υποτροπών» (20%), «στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα» (18%) και με ισόποσα ποσοστά 16% : «στη λειτουργικότητα των ασθενών» και «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών», ενώ οι επικρατέστερες απαντήσεις όσων δεν έχουν ήταν : «στη λειτουργικότητα των ασθενών» (24%), «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών» (18%), «στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα» (15%) και «στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας» (14%).

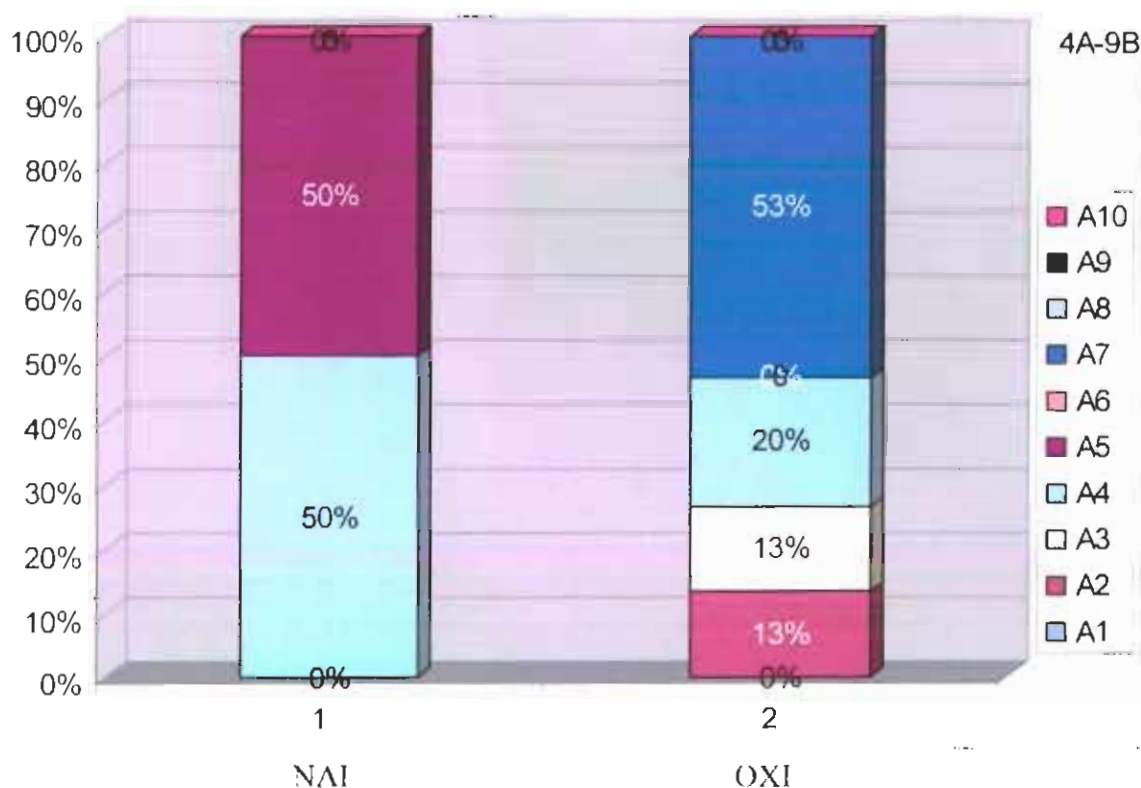
Ε9) Α. Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα;



Και αυτοί που έχουν μεταπτυχιακές σπουδές και εκείνοι που δεν έχουν πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα με ποσοστά : 71% και 86% αντίστοιχα.

E9) Β. Αν ΟΧΙ, ποιος -οι από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι έχει δυσκολέψει την προσπάθεια αυτή :

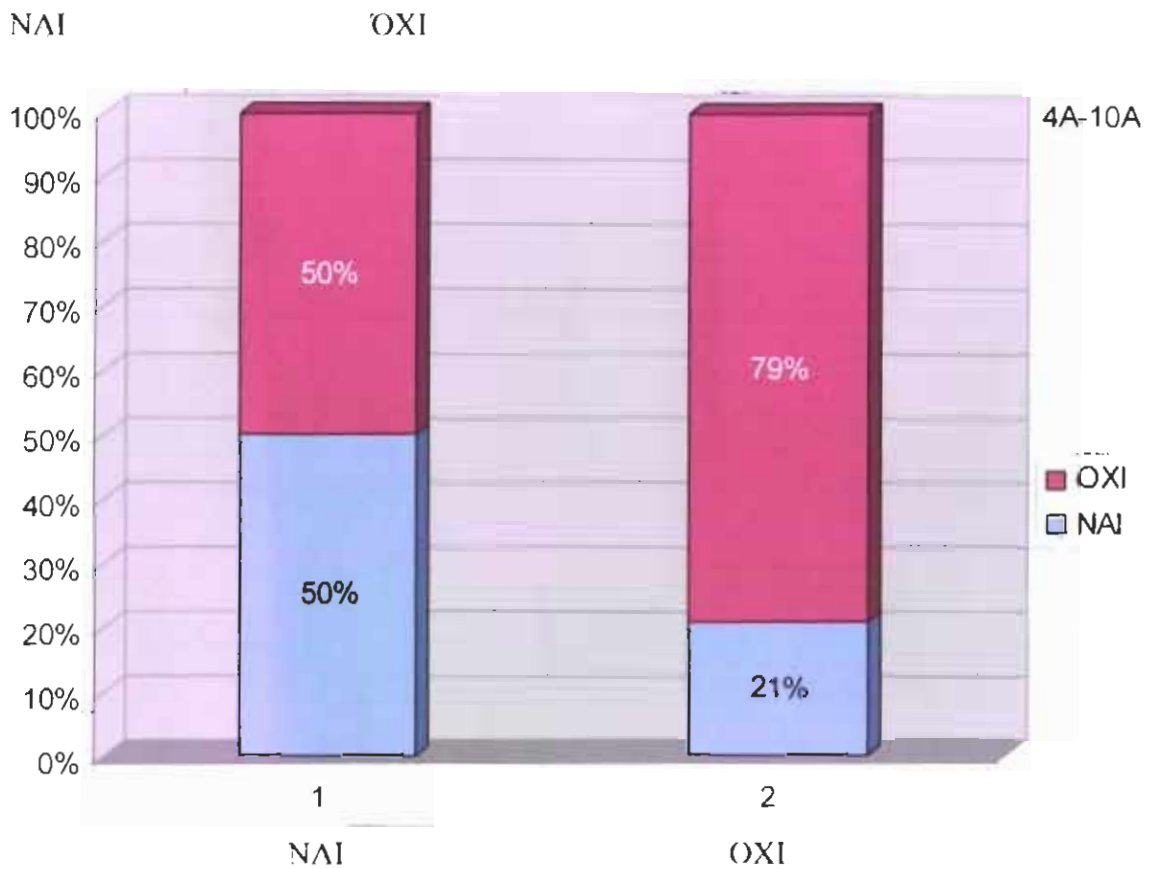
- A1. Έλλειψη συνεργασίας με τους επαγγελματίες των αποκαταστασιακών δομών
- A2. Φόρτος εργασίας / ανάληψη μεγάλου όγκου καθηκόντων
- A3. Έλλειψη οικονομικών πόρων
- A4. Η νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό
- A5. Δυσκαμψία της κοινότητας να αποδεχθεί την ύπαρξη δομών στα πλαίσιά της
- A6. Έλλειψη ειδίκευσης των φροντιστών
- A7. Όλα τα παραπάνω
- A8. Κανένα από τα παραπάνω
- A9. Δ.Ξ.
- A10. Άλλο, προσδιορίστε



Από όσους δεν πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα, οι έχοντες μεταπτυχιακό τίτλο πιστεύουν ότι την προσπάθεια αυτή έχουν δυσκολέψει : «η νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό» (50%) και «η δυσκαμψία της κοινότητας να αποδεχθεί την ύπαρξη δομών στα πλαίσιά της» (50%).

Οι μη έχοντες μεταπτυχιακό τίτλο αποδίδουν τη δυσκολία σε : «όλα τα παραπάνω» (53%) αλλά και «στη νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό» (20%).

Ε10) Α. Πιστεύετε ότι όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζεστε θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης;

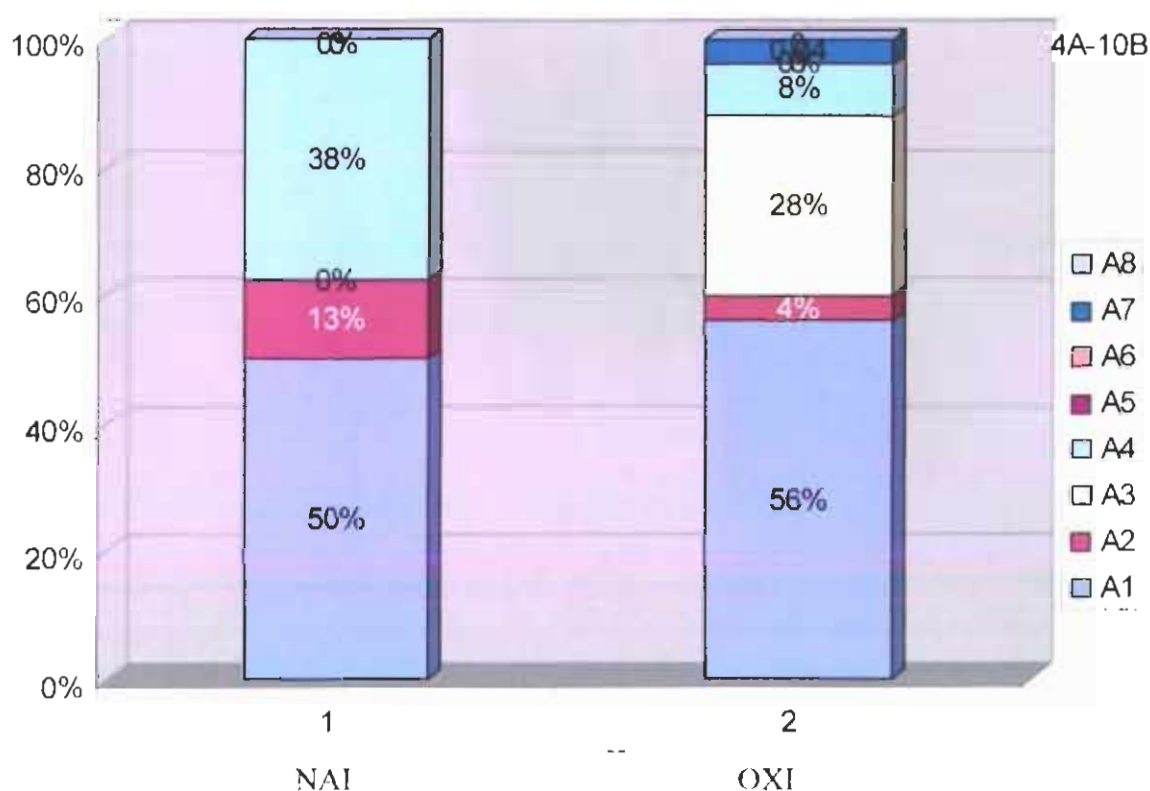


Από αυτούς που έχουν κάνει μεταπτυχιακές σπουδές οι μισοί πιστεύουν ότι όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζονται θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης και το άλλο 50% έδωσε αρνητική απάντηση.

Από εκείνους που δεν έχουν μεταπτυχιακές σπουδές το μεγαλύτερο ποσοστό (79%) απάντησε θετικά.

E10) Β. Αν ΝΑΙ, για ποιον-ους από τους παρακάτω λόγους μπορούν να μεταβούν στην κοινότητα :

- Α1. Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα
- Α2. Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα λόγω της αναγκαιίας απορρόφησης των οικονομικών κονδυλίων
- Α3. Επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών
- Α4. Επειδή πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία
- Α5. Όλα τα παραπάνω
- Α6. Κανένα από τα παραπάνω
- Α7. Δ.Ξ.
- Α8. Άλλο, προσδιορίστε

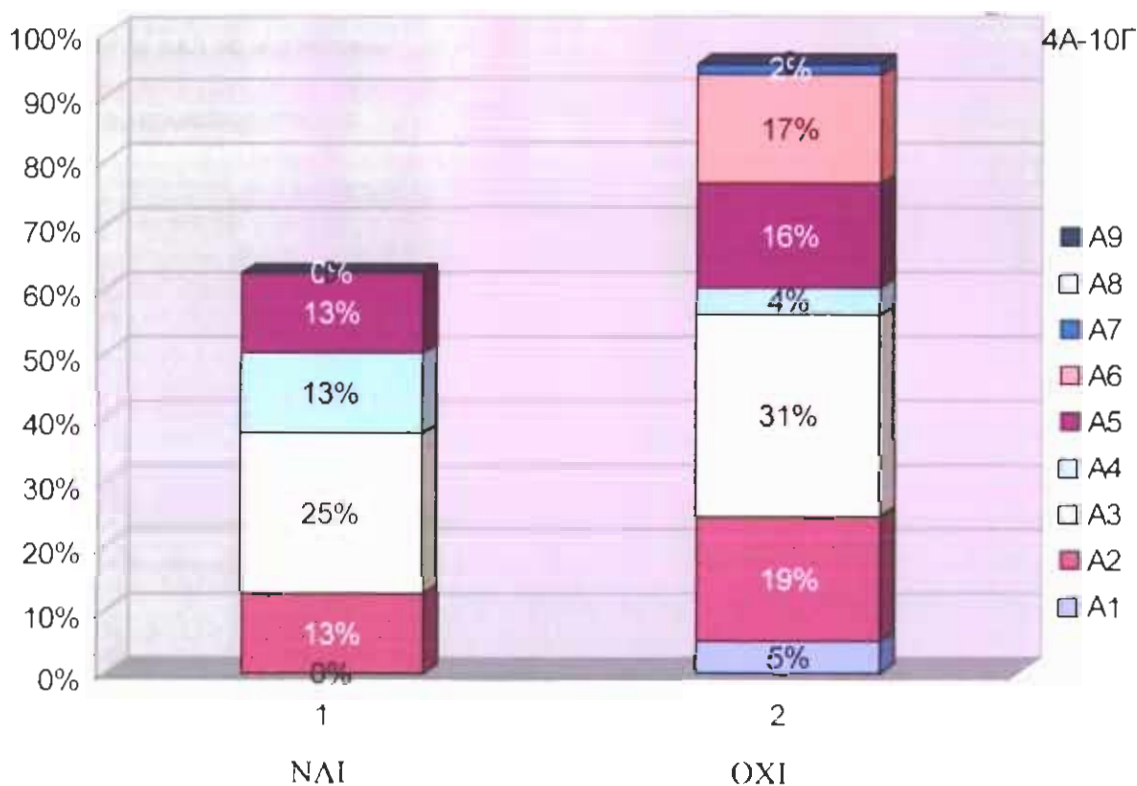


Από αυτούς που έχουν κάνει μεταπτυχιακές σπουδές οι μισοί (50%) πιστεύουν ότι όλοι οι ασθενείς μπορούν να μεταβούν στην κοινότητα : «επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα» και «επειδή πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία» (38%).

Ίδια ήταν κι η επικρατέστερη απάντηση όσων δεν έχουν μεταπτυχιακές σπουδές : «επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα» (56%), αλλά και «επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών» (28%).

Ε10) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιον -ους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης :

- A1. Λόγω δυσκολίας οργάνωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την προετοιμασία των ασθενών σχετικά για την μετάβαση τους
- A2. Λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών
- A3. Λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών
- A4. Λόγω προκαταλήψεων της κοινότητας
- A5. Λόγω της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών
- A6. Όλα τα παραπάνω
- A7. Κανένα από τα παραπάνω
- A8. Δ.Ξ.
- A9. Άλλο, προσδιορίστε

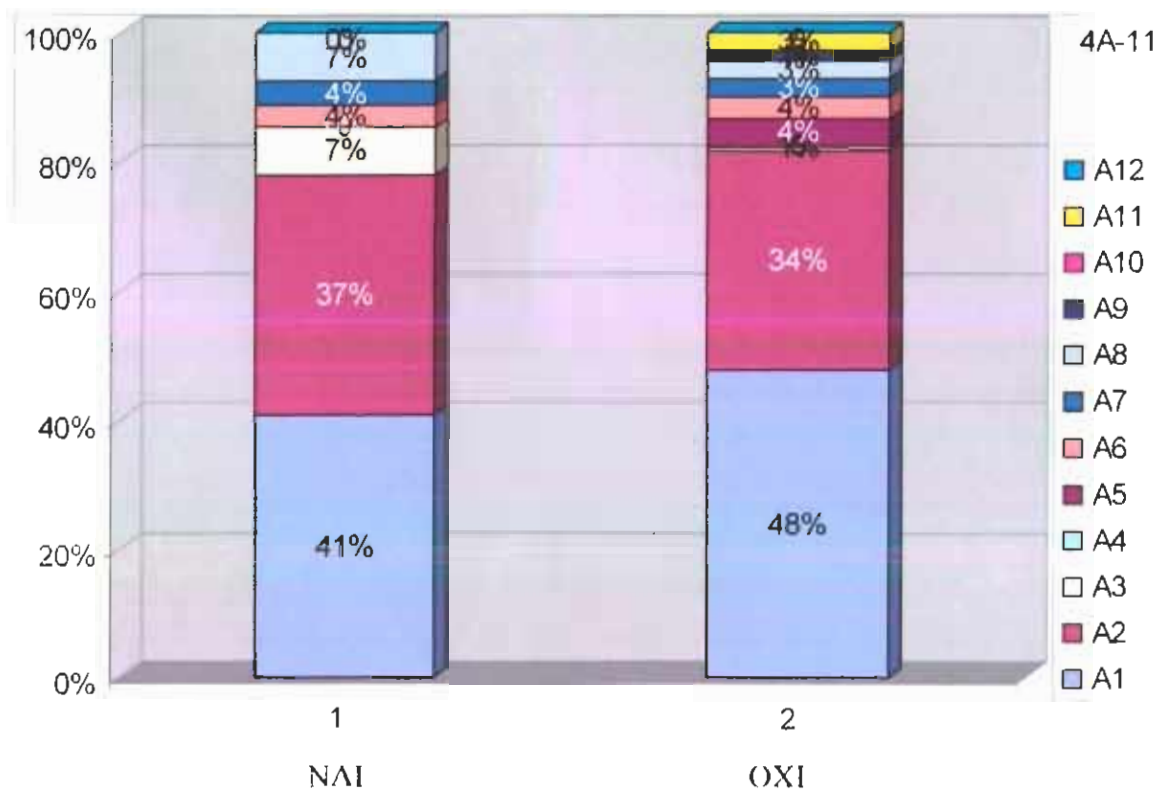


Από αυτούς που δεν πιστεύουν ότι όλοι οι ασθενείς μπορούν να μεταβούν στην κοινότητα, το μεγαλύτερο ποσοστό εκείνων που έχουν μεταπτυχιακές σπουδές πιστεύει ότι αυτό δε μπορεί να γίνει : «λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών» (25%), αλλά και λόγω «προκαταλήψεων της κοινότητας», «της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών» και «της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών», με ισόποσα ποσοστά 13%.

Για εκείνους που δεν έχουν μεταπτυχιακές σπουδές οι επικρατέστεροι λόγοι ήταν : «η δυσλειτουργικότητα των χρόνιων ασθενών» (31%), «η ενεργός συμπτωματολογία των χρόνιων ασθενών» (19%), «Όλα τα παραπάνω» (17%) και «Λόγω της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών».

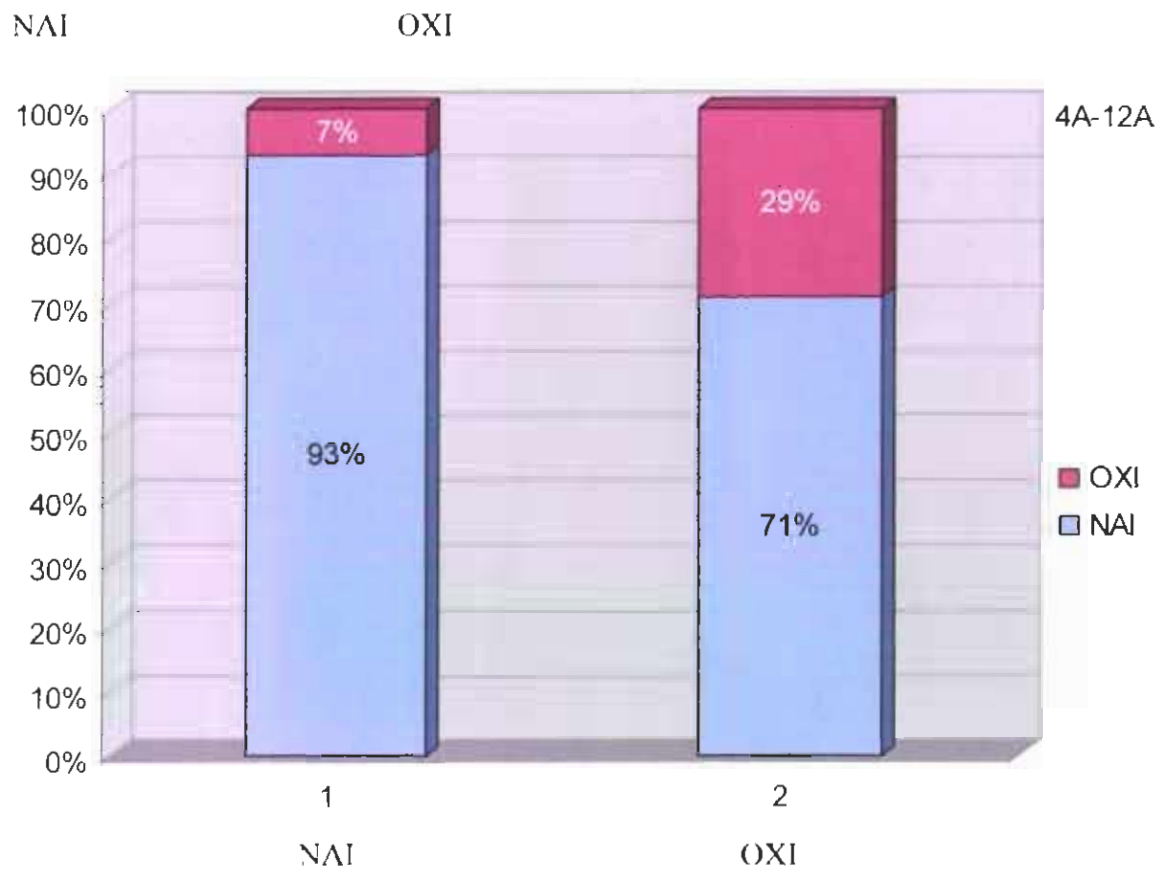
E11) Ποια -ες από τις παρακάτω αντιδράσεις έχετε όταν αποφασίζετε η μετάβαση ενός ασθενή του τμήματος όπου εργάζεστε σε αποκαταστασιακές δομές;

- Α1. Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)
- Α2. Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητε συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου
- Α3. Άδειες
- Α4. Έναρξη μεταπτυχιακών σπουδών
- Α5. Μειωμένη διάθεση συνεργασίας με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα
- Α6. Αποφυγή επαφής με τους ασθενείς
- Α7. Συγκρούσεις με το λοιπό προσωπικό
- Α8. Μειωμένη αποτελεσματικότητα στα καθήκοντα
- Α9. Όλα τα παραπάνω
- Α10. Κανένα από τα παραπάνω
- Α11. Δ.Ξ.
- Α12. Άλλο, προσδιορίστε



Και αυτοί που έχουν μεταπτυχιακές σπουδές και εκείνοι που δεν έχουν, έδωσαν ως επικρατέστερες αντιδράσεις : «συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του» (41% και 48% αντίστοιχα) και «συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητε συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου» (37% και 34% αντίστοιχα).

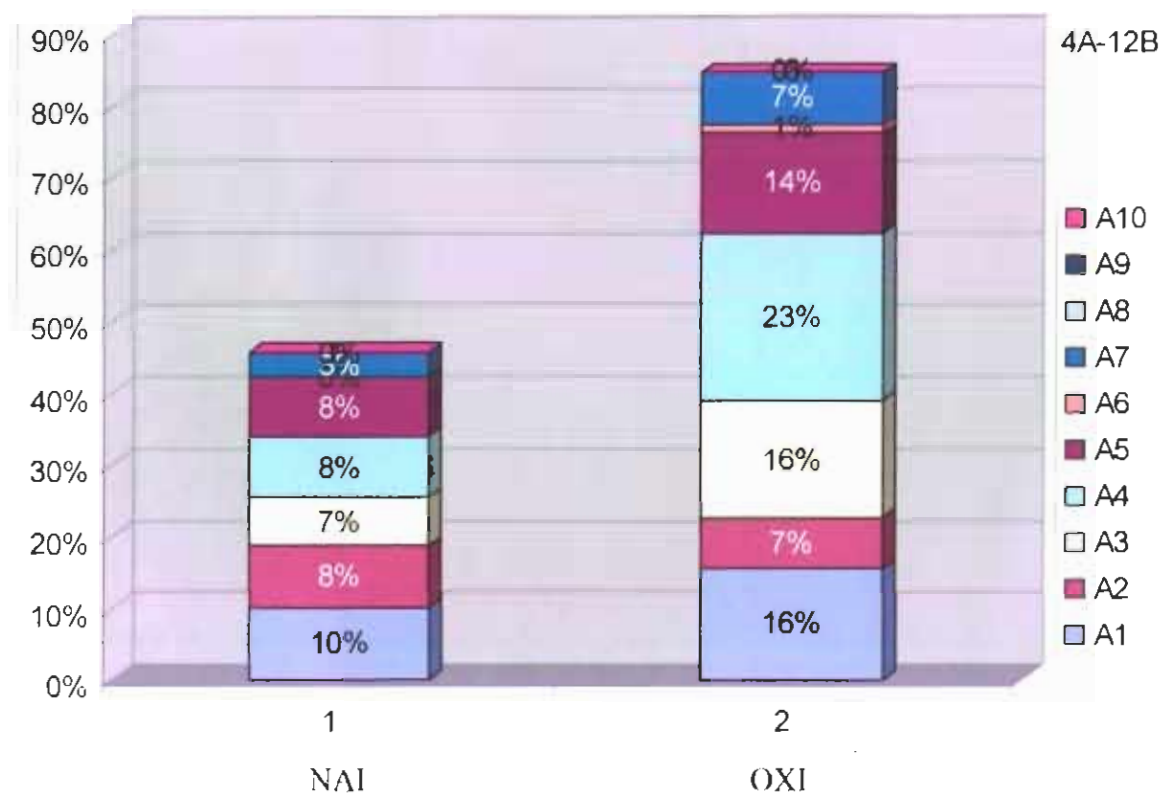
E12) Α. Έχετε βοηθήσει ασθενείς να βγουν και να μείνουν σε στεγαστική μονάδα αποκατάστασης στην κοινότητα;



Και οι δυο ομάδες επαγγελματιών έχουν βοηθήσει ασθενείς να βγουν και να μείνουν σε στεγαστική μονάδα αποκατάστασης στην κοινότητα : η συντριπτική πλειοψηφία (93%) αυτών που έχουν κάνει μεταπτυχιακές σπουδές και το μεγαλύτερο ποσοστό (71%) εκείνων που δεν έχουν.

E12) Β. Αν ΝΑΙ, ποιο-οια από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι αισθάνθηκαν οι ασθενείς για τη μετάβαση τους στη κοινότητα :

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| Α1. Ικανοποίηση | Α6. Λδιαφορία |
| Α2. Λύπη | Α7. Όλα τα παραπάνω |
| Α3. Χαρά | Α8. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α4. Άγχος | Α9. Δ.Ξ. |
| Α5. Φόβο | Α10. Άλλο, προσδιορίστε |

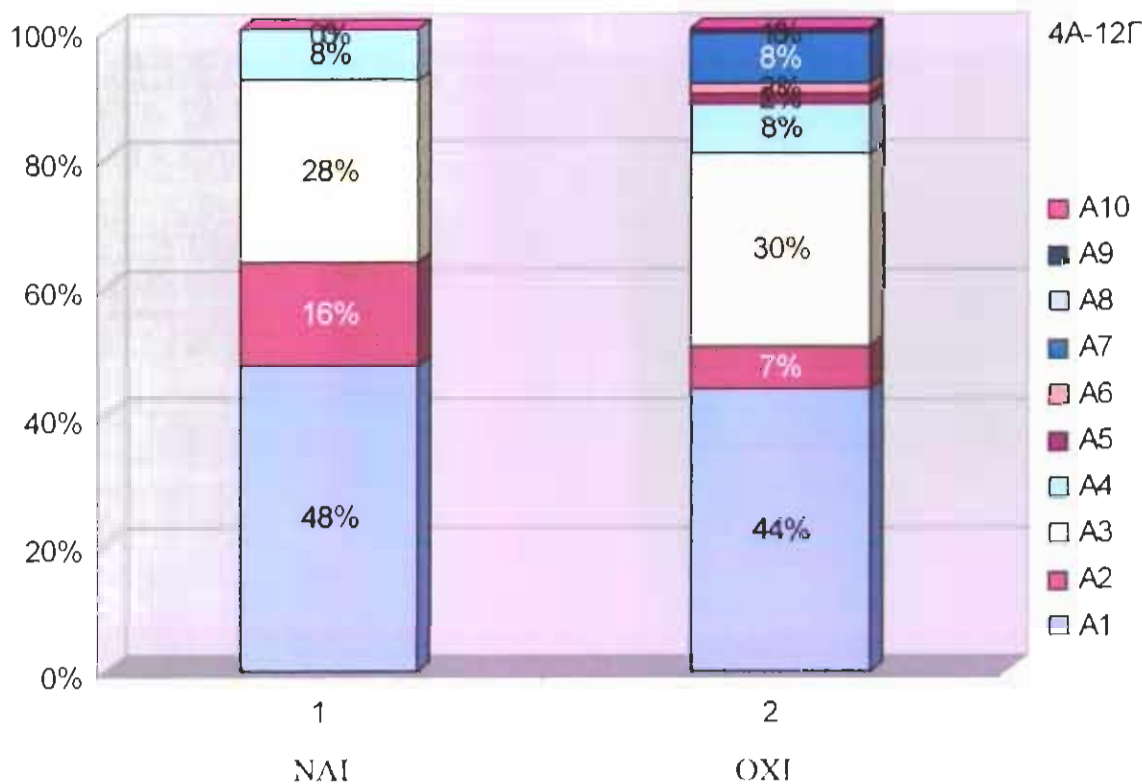


Περίπου οι μισοί από τους έχοντες μεταπτυχιακές σπουδές δεν απάντησαν στην ερώτηση, οι άλλοι μισοί έδωσαν ισόποσα ποσοστά σε διάφορες απαντήσεις με επικρατέστερη την «ικανοποίηση» (10%).

Από αυτούς που δεν έχουν κάνει μεταπτυχιακές σπουδές, οι περισσότεροι πιστεύουν ότι οι ασθενείς αισθάνθηκαν για τη μετάβασή τους στην κοινότητα : «άγχος» (23%), «χαρά» και «ικανοποίηση» με ισόποσα ποσοστά 16%, αλλά και «φόβο» (14%).

Ε12) Γ. Ποιο-ποια συναισθήματα νιώσατε μετά τη μετάβαση των ασθενών σας στην κοινότητα :

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| Α1. Ικανοποίηση | Α6. Λδιαφορία |
| Α2. Λύπη | Α7. Όλα τα παραπάνω |
| Α3. Χαρά | Α8. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α4. Άγχος | Α9. Δ.Ξ. |
| Α5. Φόβο | Α10. Άλλο, προσδιορίστε |

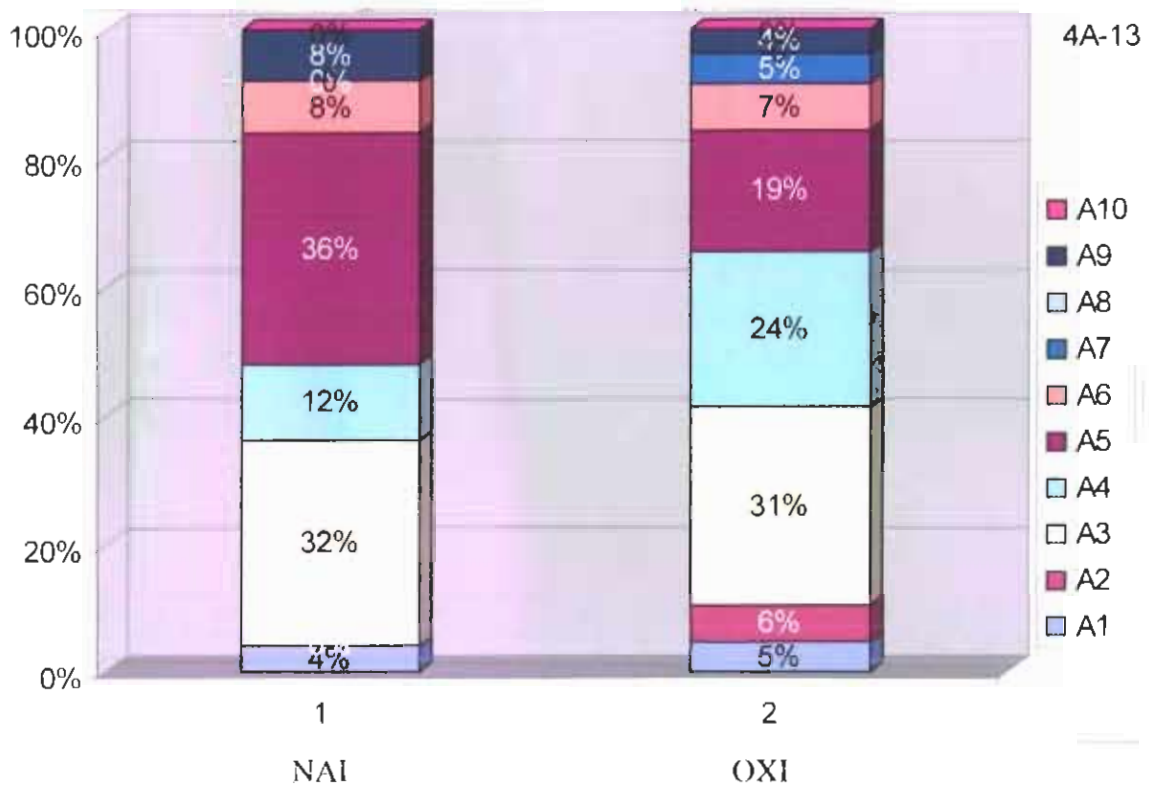


Για τα συναισθήματα που ένιωσαν μετά τη μετάβαση των ασθενών τους στην κοινότητα, οι περισσότεροι από αυτούς που έχουν μεταπτυχιακές σπουδές απάντησαν : «ικανοποίηση» (48%) και «χαρά» (28%), αλλά και «λύπη» (16%).

Οι επικρατέστερες απαντήσεις όσων δεν έχουν μεταπτυχιακές σπουδές ήταν : 44% «ικανοποίηση» και 30% «χαρά».

13) Ποιο-α από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι θα μπορούσε να βιώσει η κοινότητα σχετικά με την μετάβαση των ασθενών;

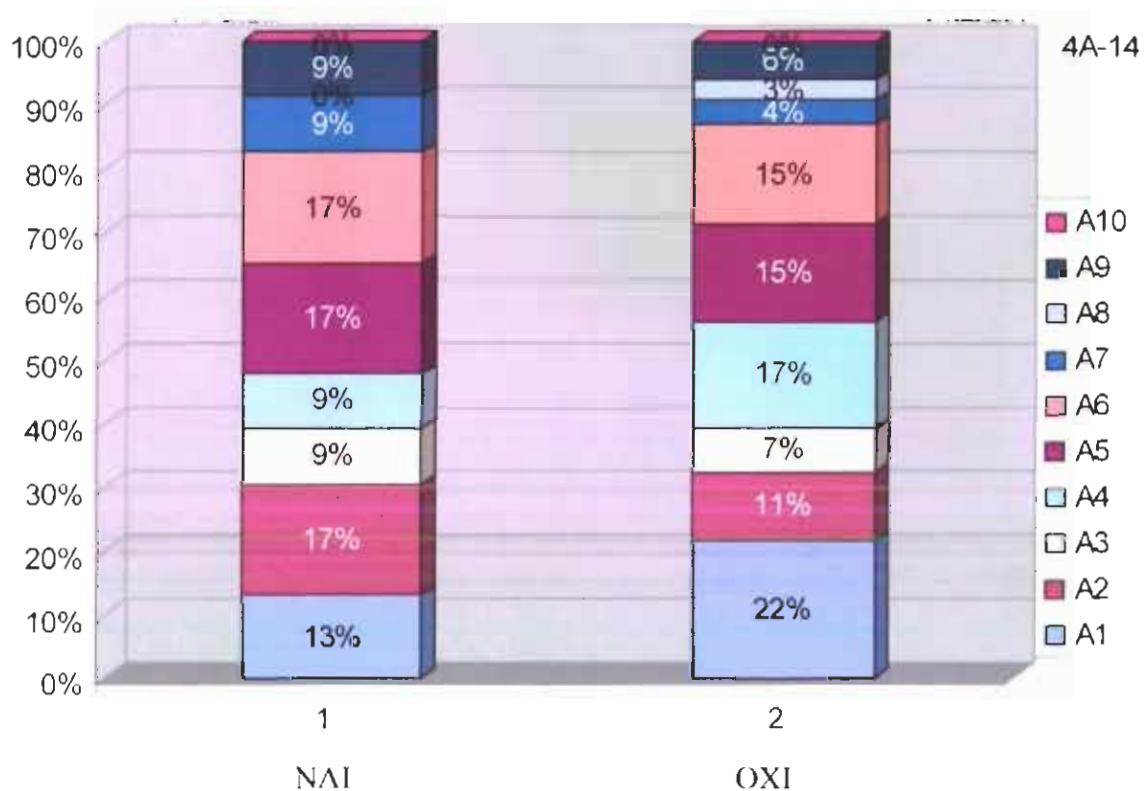
- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| Α1. Ικανοποίηση | Α6. Λύπη |
| Α2. Ευχαρίστηση | Α7. Όλα τα παραπάνω |
| Α3. Αμφιθυμία | Α8. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α4. Απάθεια – αδιαφορία | Α9. Δ.Ξ. |
| Α5. Θυμός – οργή | Α10. Άλλο, προσδιορίστε |



Οι έχοντες μεταπτυχιακές σπουδές πιστεύουν ότι η κοινότητα θα μπορούσε να βιώσει κυρίως : «θυμό-οργή» (36%) και «αμφιθυμία» (32%). Εκείνοι που δεν έχουν μεταπτυχιακές σπουδές αποδίδουν στην κοινότητα ως επικρατέστερα : «αμφιθυμία» (31%), «απάθεια-αδιαφορία» (24%) αλλά και «θυμό-οργή» (19%).

E14) Ποιο-α από τα παρακάτω θα μπορούσαν, κατά την γνώμη σας, να αποτελέσουν έμπρακτη αντίδραση της κοινότητας σχετικά με τη δημιουργία εξωτερικών μονάδων αποκατάστασης;

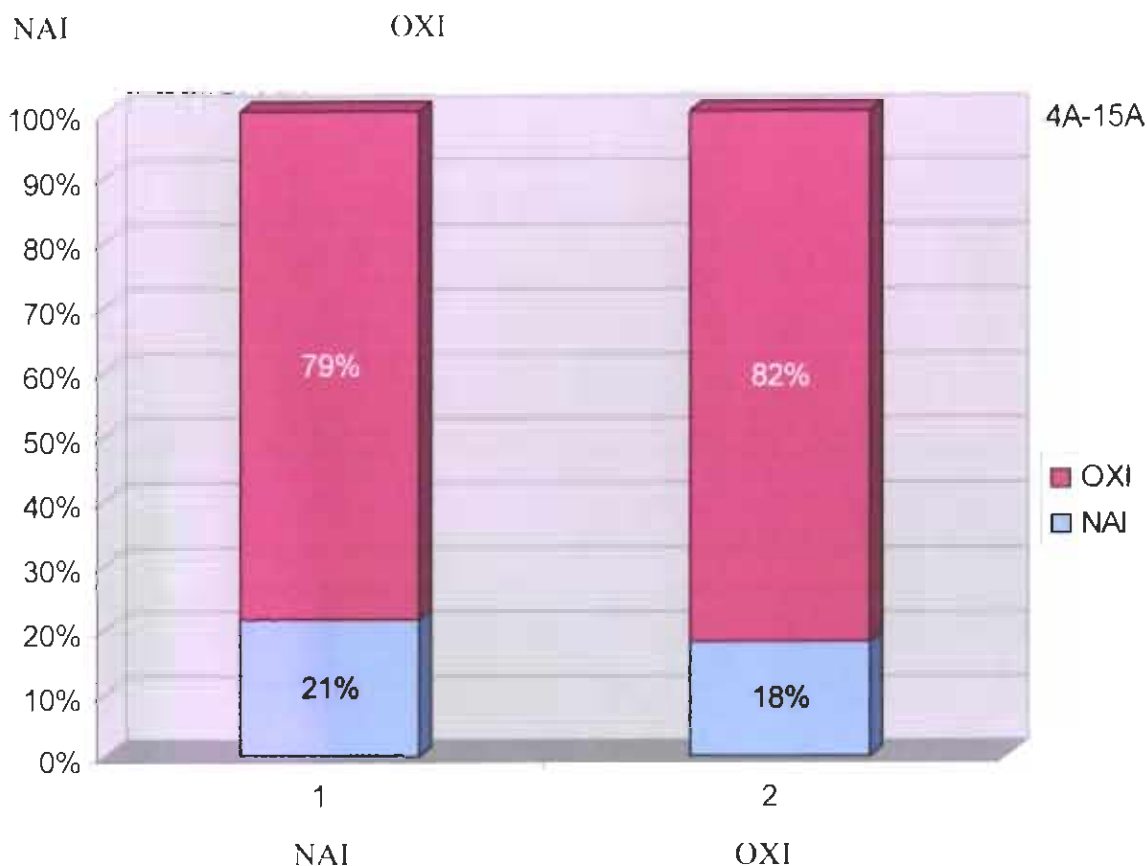
- Λ1. Εθελοντισμός
- Λ2. Οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων
- Λ3. Μη οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων
- Λ4. Απάθεια
- Α5. Στιγματισμός
- Λ6. Επιθετικότητα
- Λ7. Όλα τα παραπάνω
- Λ8. Κανένα από τα παραπάνω
- Λ9. Δ.Ξ.
- Λ10. Άλλο, προσδιορίστε



Από αυτούς που έχουν μεταπτυχιακές σπουδές απάντησαν με ισόποσα ποσοστά 17% ως επικρατέστερες έμπρακτες αντιδράσεις της κοινότητας : «οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων», «στιγματισμό» και «επιθετικότητα» και με ποσοστό 13% «Εθελοντισμός».

Για τους μη έχοντες μεταπτυχιακές σπουδές επικρατέστερες αντιδράσεις της κοινότητας ήταν : «εθελοντισμός» (22%), «απάθεια» (17%) και με ισόποσα 15% : «στιγματισμός» και «επιθετικότητα».

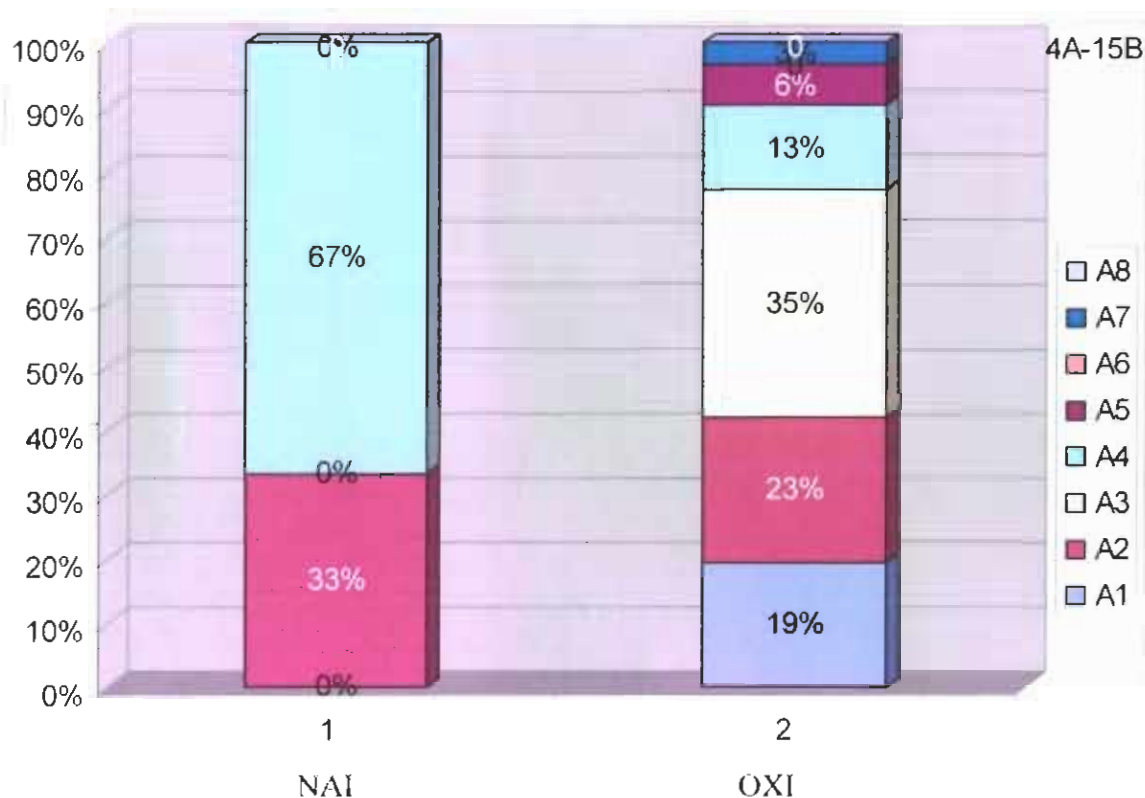
E15) Α. Πιστεύετε ότι η κοινότητα είναι ενημερωμένη για την λειτουργία θεραπευτικών μονάδων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων;



Στην πλειοψηφία τους, και εκείνοι που έχουν μεταπτυχιακές σπουδές (79%) και όσοι δεν έχουν (82%), θεωρούν ότι η κοινότητα δεν είναι ενημερωμένη.

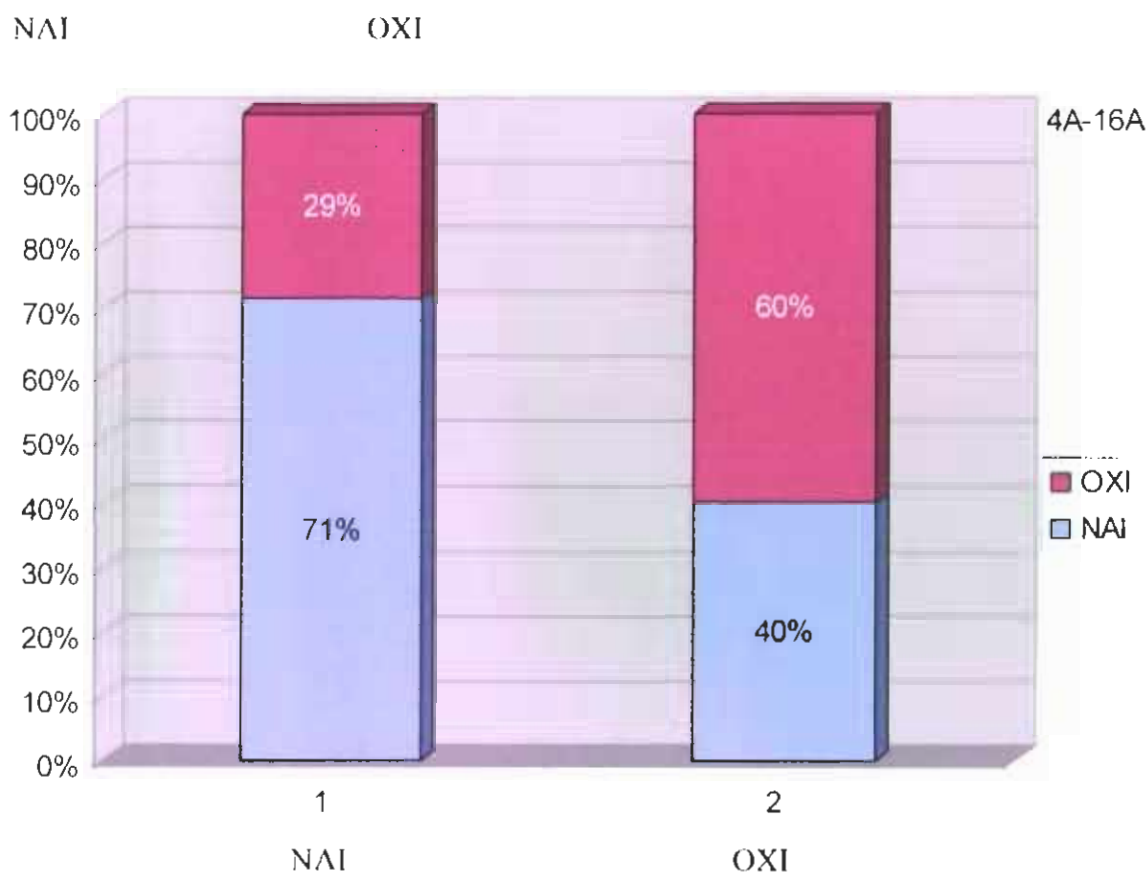
E15) Β. Αν ΝΑΙ, με ποιον-ους από τους παρακάτω τρόπους πιστεύετε ότι έχει ενημερωθεί :

- | | |
|---|----------------------------|
| Α1. Αγωγή κοινότητας | Α5. Όλα τα παραπάνω |
| Α2. Μ.Μ.Ε. | Α6. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α3. Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων | Α7. Δ. Ξ. |
| Α4. Ημερίδες – Σεμινάρια | Α8. Άλλο, προσδιορίστε |



Από αυτούς που πιστεύουν ότι η κοινότητα είναι ενημερωμένη, οι έχοντες μεταπτυχιακές σπουδές πιστεύουν ότι η ενημέρωση έχει γίνει κυρίως με «Ημερίδες-Σεμινάρια» (67%) και μέσω «Μ.Μ.Ε.» (33%), ενώ εκείνοι που δεν έχουν μεταπτυχιακά πιστεύουν ότι η κοινότητα ενημερώθηκε με «ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» (35%) μέσω «Μ.Μ.Ε.» (23%) και «Αγωγή κοινότητας» (19%).

E16) Α. Εσείς έχετε συντελέσει ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Ψυχιατρείου στην αγωγή της κοινότητας, σχετικά με την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών για το θέμα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών;



Το μεγαλύτερο ποσοστό (71%) αυτών που έχουν μεταπτυχιακές σπουδές πιστεύει ότι έχει συντελέσει στην αγωγή της κοινότητας, ενώ οι περισσότεροι (60%) από τους μη έχοντες μεταπτυχιακές σπουδές πιστεύουν ότι δεν έχουν συντελέσει.

E16) Β. Αν ΝΑΙ, με ποιον- ους από τους παρακάτω τρόπους :

Α1. Αγωγή κοινότητας

Α2. Μ.Μ.Ε.

Α3. Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων

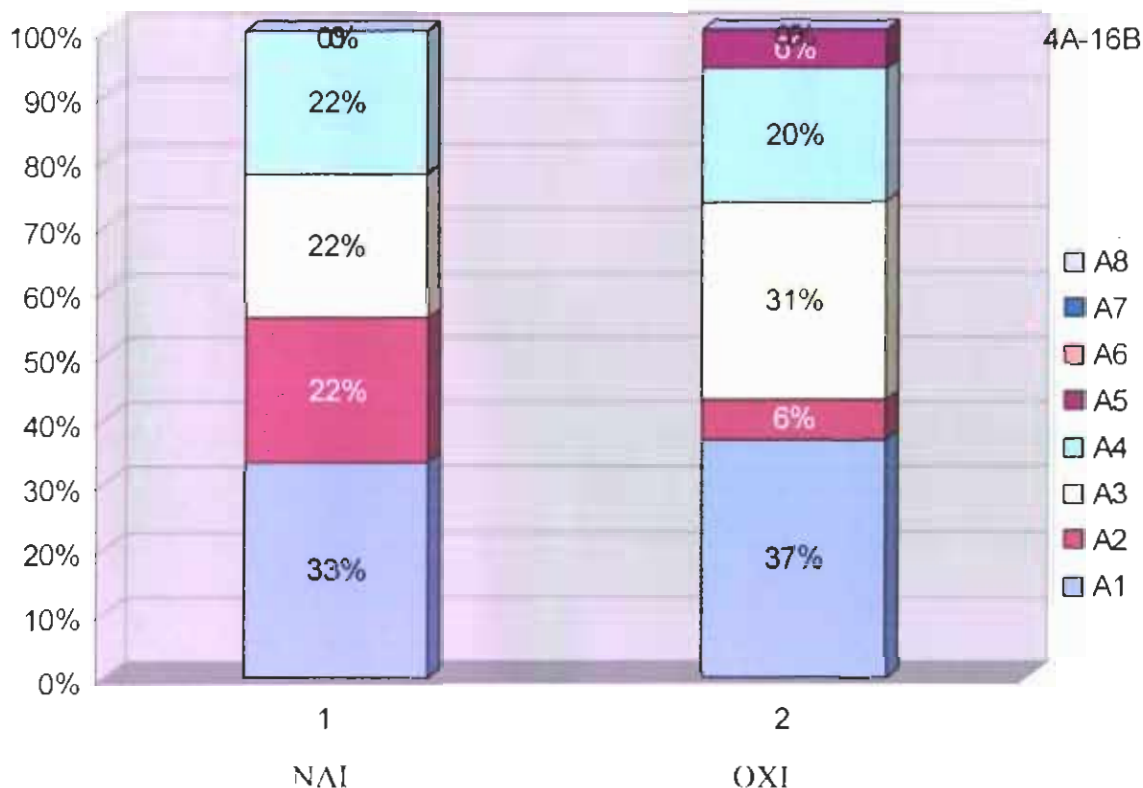
Α4. Ημερίδες – Σεμινάρια

Α5. Όλα τα παραπάνω

Α6. Κανένα από τα παραπάνω

Α7. Δ.Ξ.

Α8. Άλλο, προσδιορίστε

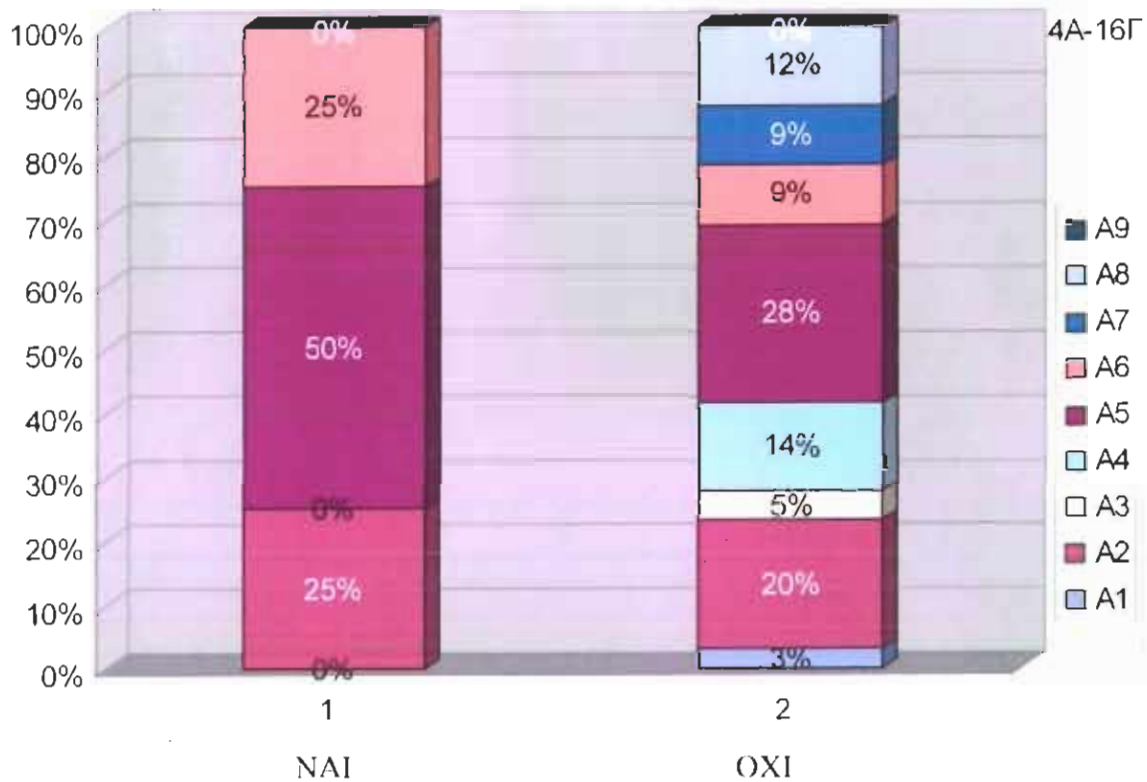


Από αυτούς που πιστεύουν ότι έχουν συντελέσει στην αγωγή της κοινότητας, οι περισσότεροι έχοντες μεταπτυχιακές σπουδές πιστεύουν ότι έχουν συντελέσει κυρίως με : «αγωγή κοινότητας» (33%) και με ισόποσα ποσοστά 22% μέσω : «Μ.Μ.Ε.», «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» και «Ημερίδες – Σεμινάρια».

Εκείνοι που δεν έχουν μεταπτυχιακές σπουδές πιστεύουν ότι έχουν συντελέσει κυρίως με : «αγωγή κοινότητας» (37%) «ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» (31%) και «Ημερίδες – Σεμινάρια» (20%).

Ε16) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιον – ποιους από τους παρακάτω λόγους δεν καταφέρατε κάτι τέτοιο :

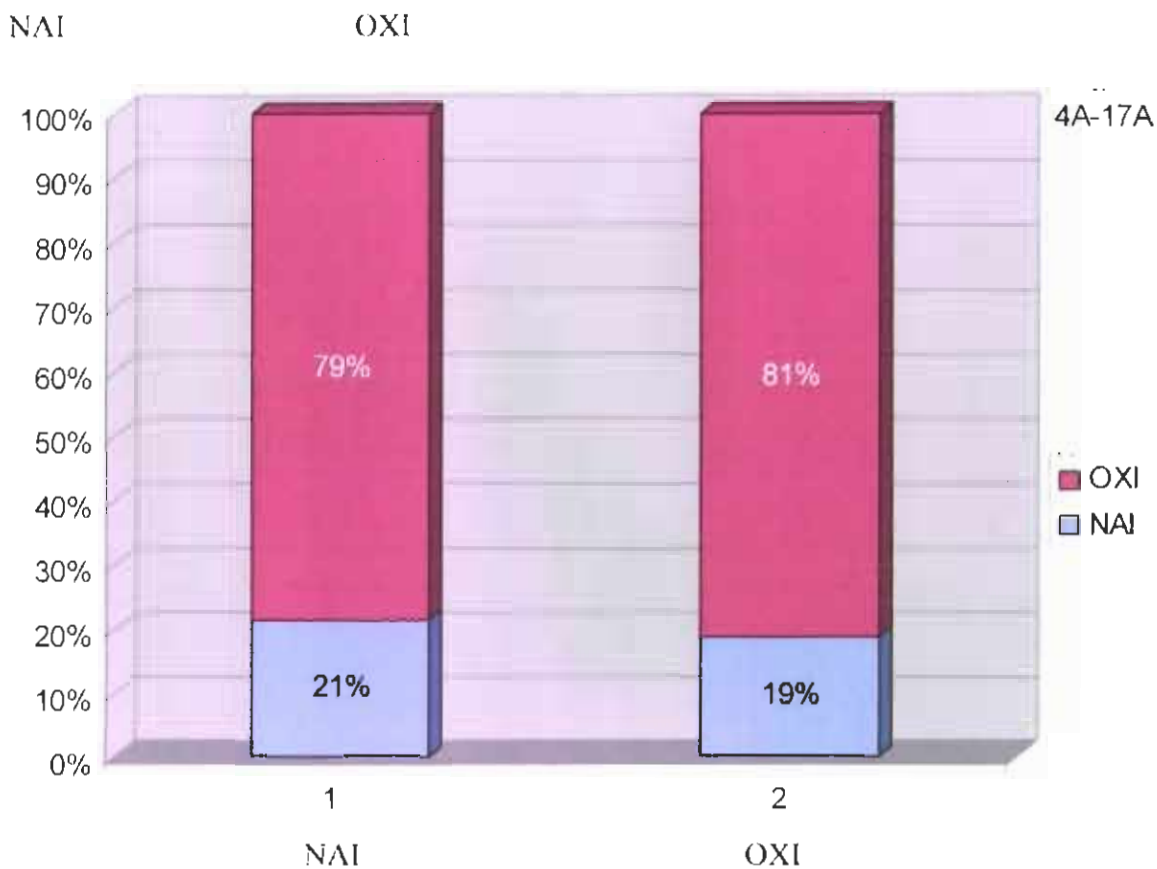
- Α1. Λόγω αρνήσεως των τοπικών φορέων να συνεργαστούν
- Α2. Λόγω έλλειψης κονδυλίων
- Α3. Λόγω άρνησης του ίδιου του προσωπικού
- Α4. Λόγω αδιαφορίας
- Α5. Λόγω έλλειψης χρόνου
- Α6. Όλα τα παραπάνω
- Α7. Κανένα από τα παραπάνω
- Α8. Λ.Ξ.
- Α9. Άλλο, προσδιορίστε



Από εκείνους που έχουν μεταπτυχιακές σπουδές, οι περισσότεροι (50%) πιστεύουν ότι δεν έχουν συντελέσει στην ενημέρωση της κοινότητας κυρίως «λόγω έλλειψης χρόνου», και με ισόποσα 25% : «λόγω έλλειψης κονδυλίων» και «όλα τα παραπάνω».

Οι περισσότεροι μη έχοντες μεταπτυχιακές σπουδές θεωρούν ως σημαντικότερους λόγους : την «έλλειψη χρόνου» (28%), την «έλλειψη κονδυλίων» (20%) και την «αδιαφορία» (14%). Παράλληλα 12% έδωσαν απάντηση : «δεν ξέρω» και ένα 9% απάντησε : «κανένα από τα παραπάνω».

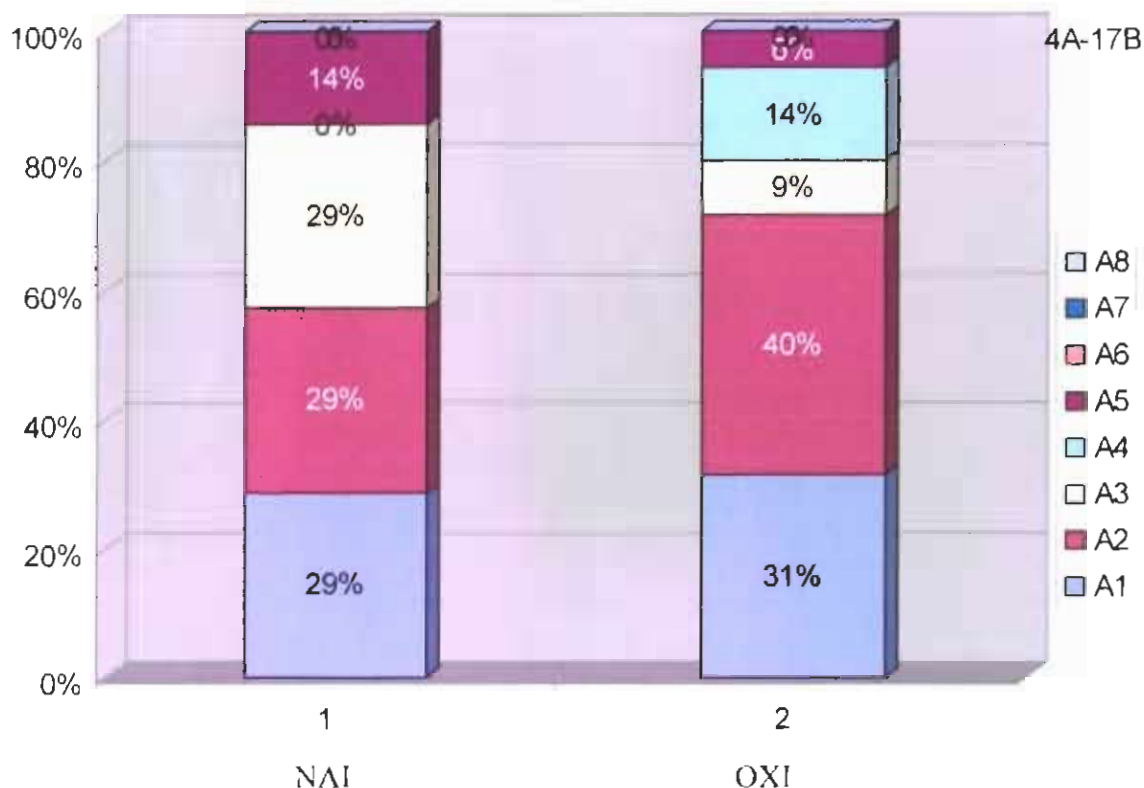
E17) Α. Πιστεύετε ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα;



Και οι εκείνοι που έχουν μεταπτυχιακές σπουδές και αυτοί δεν έχουν συμφωνούν στην πλειοψηφία τους (79% και 81% αντίστοιχα) ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα.

Ε17) Β. Αν ΝΑΙ, σε ποια -ες από τις παρακάτω δομές –υπηρεσίες θα μπορούσαν εργαστούν :

- | | |
|---|----------------------------|
| Α1. Σε Προστατευμένα Εργαστήρια | Α5. Όλα τα παραπάνω |
| Α2. Σε Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς | Α6. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α3. Σε Δημόσιες Υπηρεσίες | Α7. Δ.Ξ. |
| Α4. Σε Ιδιωτικές Υπηρεσίες – Επιχειρήσεις | Α8. Άλλο, προσδιορίστε |

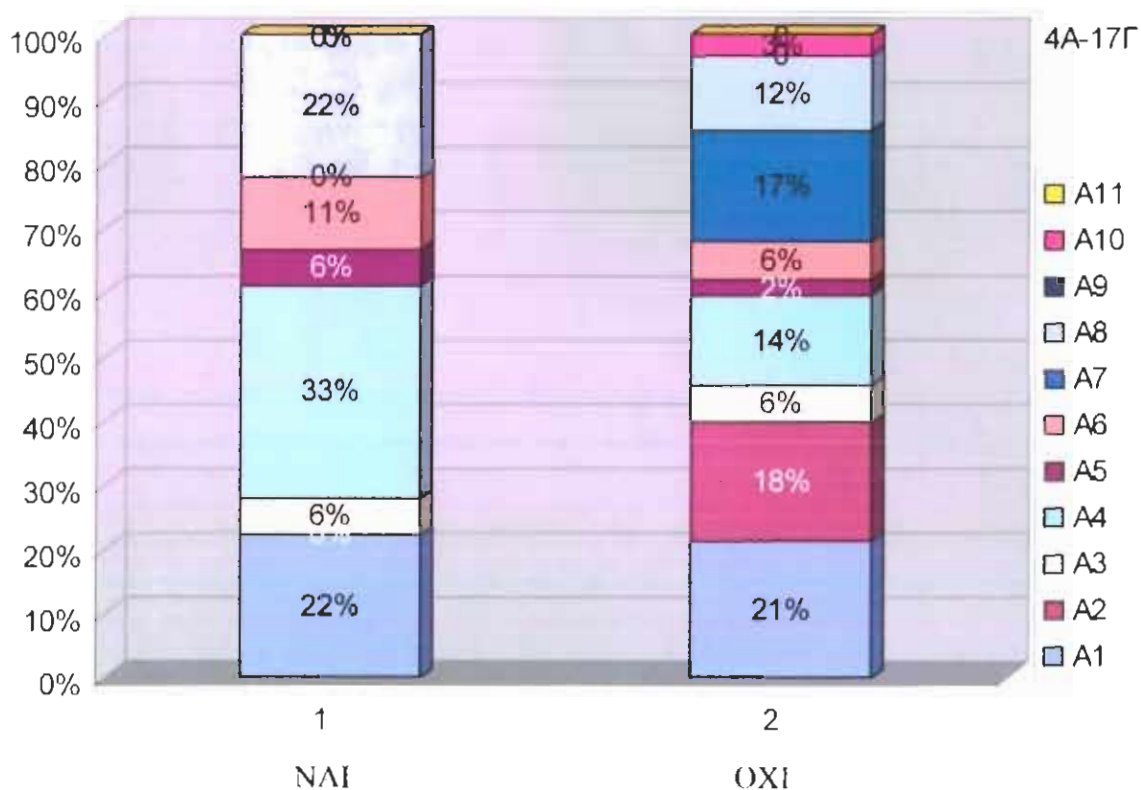


Οι περισσότεροι από αυτούς που έχουν μεταπτυχιακές σπουδές πιστεύουν (με ισόποσα ποσοστά 29%) ότι οι ασθενείς θα μπορούσαν να εργαστούν σε : «Προστατευμένα Εργαστήρια», «Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς» και σε «Δημόσιες Υπηρεσίες».

Από τους μη έχοντες μεταπτυχιακές σπουδές οι περισσότεροι (40%) πιστεύουν ότι οι ασθενείς θα μπορούσαν να εργαστούν σε «Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς» και 31% σε «Προστατευμένα Εργαστήρια».

Ε17) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιόν-ους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν επαρκεί :

- Α1. Λόγω έλλειψης υποδομής
- Α2. Λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης
- Α3. Λόγω ύπαρξης ανειδίκευτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας
- Α4. Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών
- Α5. Λόγω έλλειψης συντονισμού θεραπευτικής ομάδας
- Α6. Λόγω κακής οργάνωσης του θεραπευτικού προγράμματος
- Α7. Λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών
- Α8. Όλα τα παραπάνω
- Α9. Κανένα από τα παραπάνω
- Α10. Δ.Ξ.
- Α11. Άλλο, προσδιορίστε

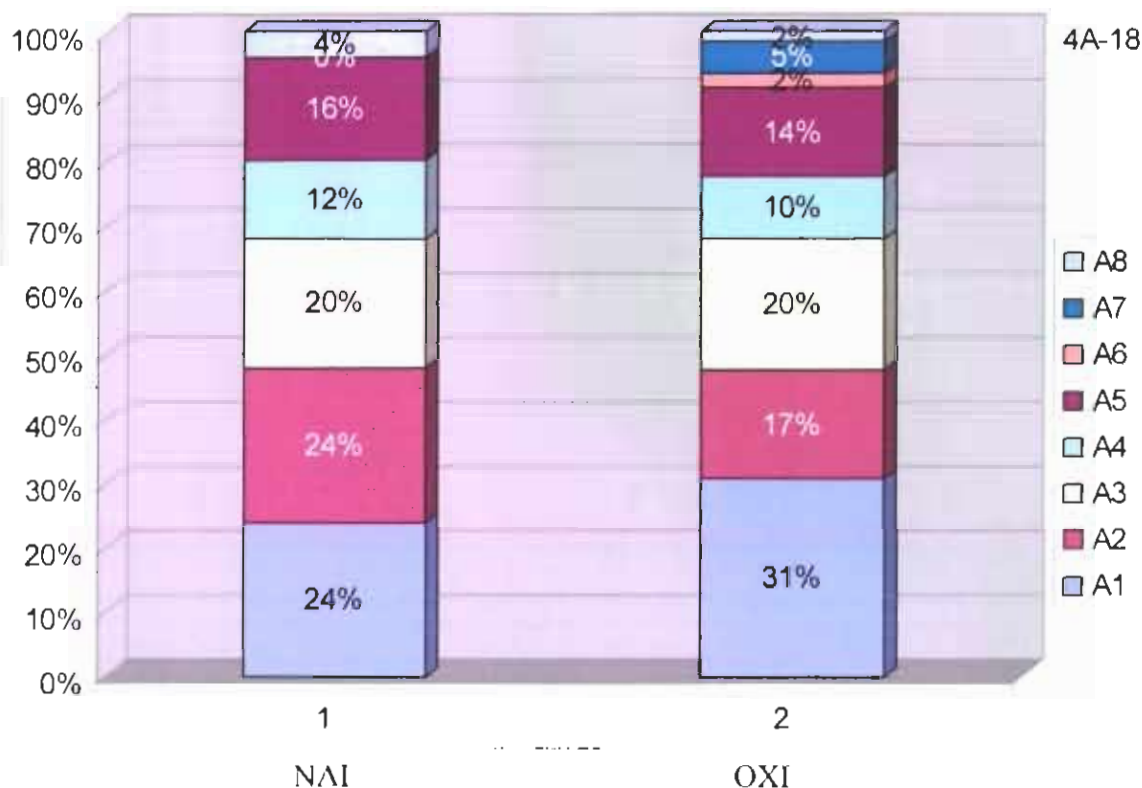


Από τους έχοντες μεταπτυχιακές σπουδές, οι περισσότεροι πιστεύουν ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία δεν επαρκεί κυρίως λόγω : «μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών» (33%) και με ισόποσα ποσοστά 22% λόγω : « έλλειψης υποδομής» και για «όλα τα παραπάνω».

Εκείνοι που δεν έχουν κάνει μεταπτυχιακές σπουδές πιστεύουν ότι η προετοιμασία δεν επαρκεί λόγω : «έλλειψης υποδομής» (21%), «δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης» (18%) και «λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών» (17%).

E18) Πιστεύετε ότι η διαμονή των ασθενών σας στην κοινότητα, βοηθά :

- A1. στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση
- A2. στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση
- A3. στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη
- A4. στην προώθηση και απορρόφηση των κονδυλίων από την Ξ.Ε.
- A5. Όλα τα παραπάνω
- A6. Κανένα από τα παραπάνω
- A7. Δ.Ξ.
- A8. Άλλο, προσδιορίστε



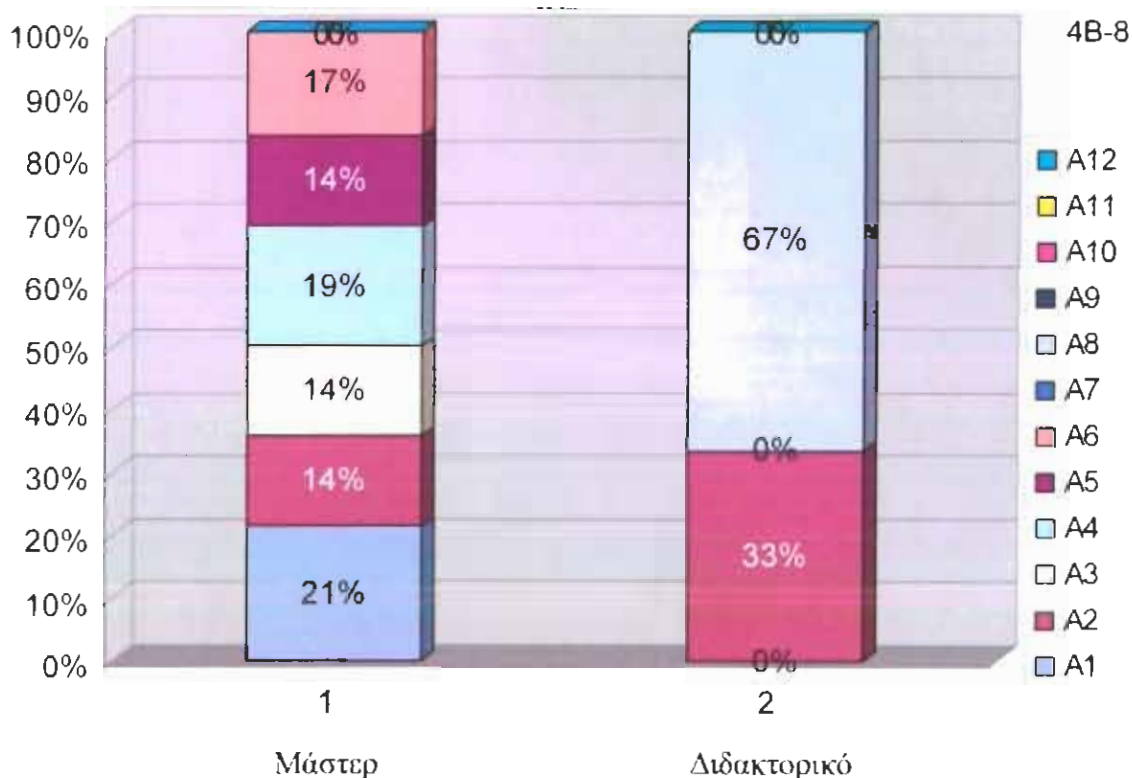
Αυτοί που έχουν κάνει μεταπτυχιακές σπουδές πιστεύουν με ισόποσα ποσοστά 24% ότι η διαμονή των ασθενών τους στην κοινότητα βοηθά κυρίως : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» και «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση» και «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη» (20%).

Από αυτούς που δεν έχουν μεταπτυχιακές σπουδές, οι περισσότεροι πιστεύουν ότι η διαμονή στην κοινότητα βοηθά τους ασθενείς στην : «προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» (31%), «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη» (20%) και «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση».

Συσχέτιση ερωτήσεων με : Μεταπτυχιακές σπουδές (E4B)

E8) Η μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές συντελεί :

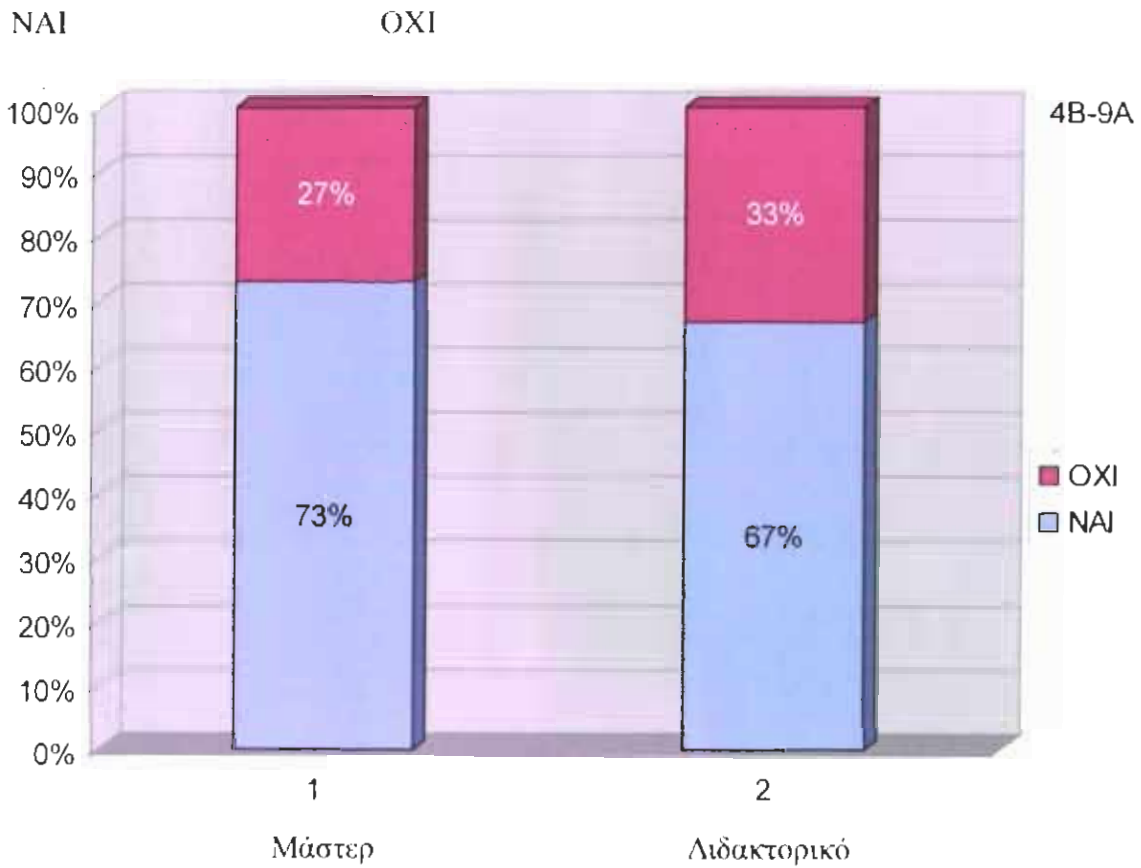
- Λ1. στη μείωση των υποτροπών
- Λ2. στη λειτουργικότητα των ασθενών
- Λ3. στην επαγγελματική αποκατάσταση
- Λ4. στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα
- Λ5. στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας
- Λ6. στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών
- Λ7. στην όξυνση των σχέσεων μεταξύ των ασθενών και της κοινότητας
- Λ8. στην αύξηση των υποτροπών
- Λ9. Όλα τα παραπάνω
- Λ10. Κανένα από τα παραπάνω
- Λ11. Δ.Ξ.
- Λ12. Άλλο, προσδιορίστε



Οι κάτοχοι Μάστερ πιστεύουν ότι η μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές συντελεί κυρίως : «στη μείωση των υποτροπών» (21%), «στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα» (19%) και «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών» (17%).

Οι περισσότεροι (67%) από τους κατόχους Διδακτορικού τίτλου πιστεύουν ότι μετάβαση συντελεί : «στη αύξηση των υποτροπών», αλλά και «στη λειτουργικότητα των ασθενών» (33%).

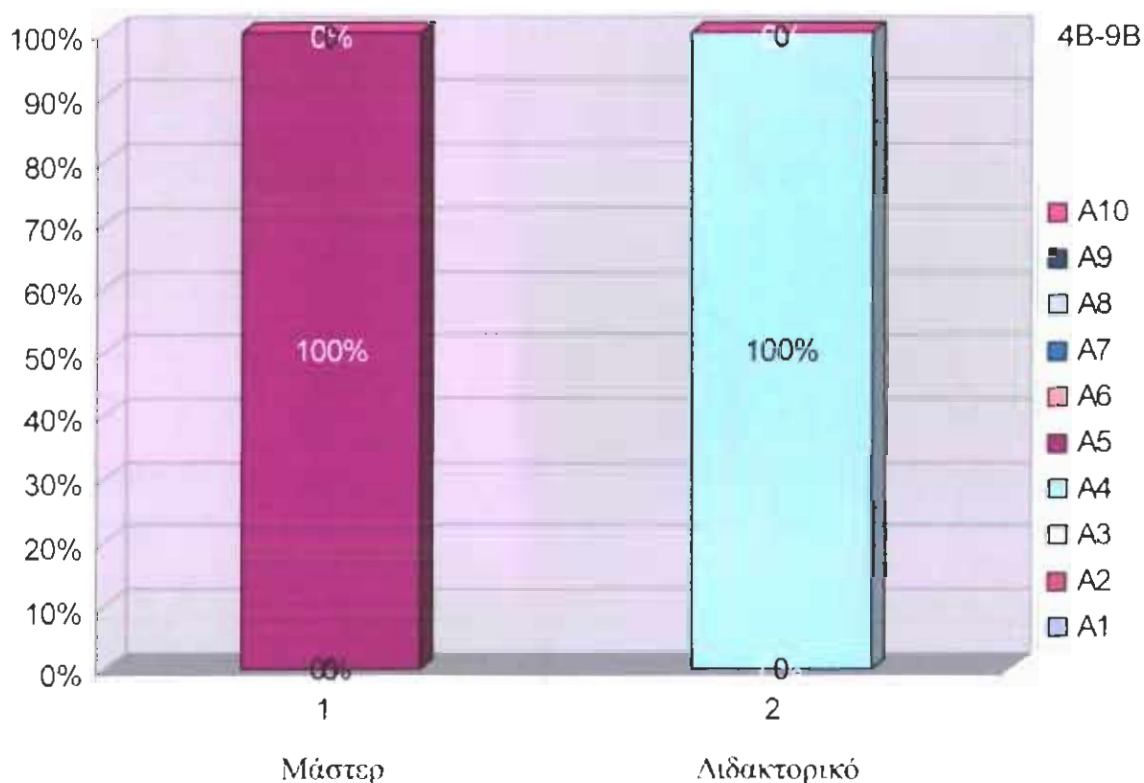
E9) Α. Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα;



Και οι κάτοχοι Μάστερ (73%) και οι κάτοχοι Διδακτορικού (67%) πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα.

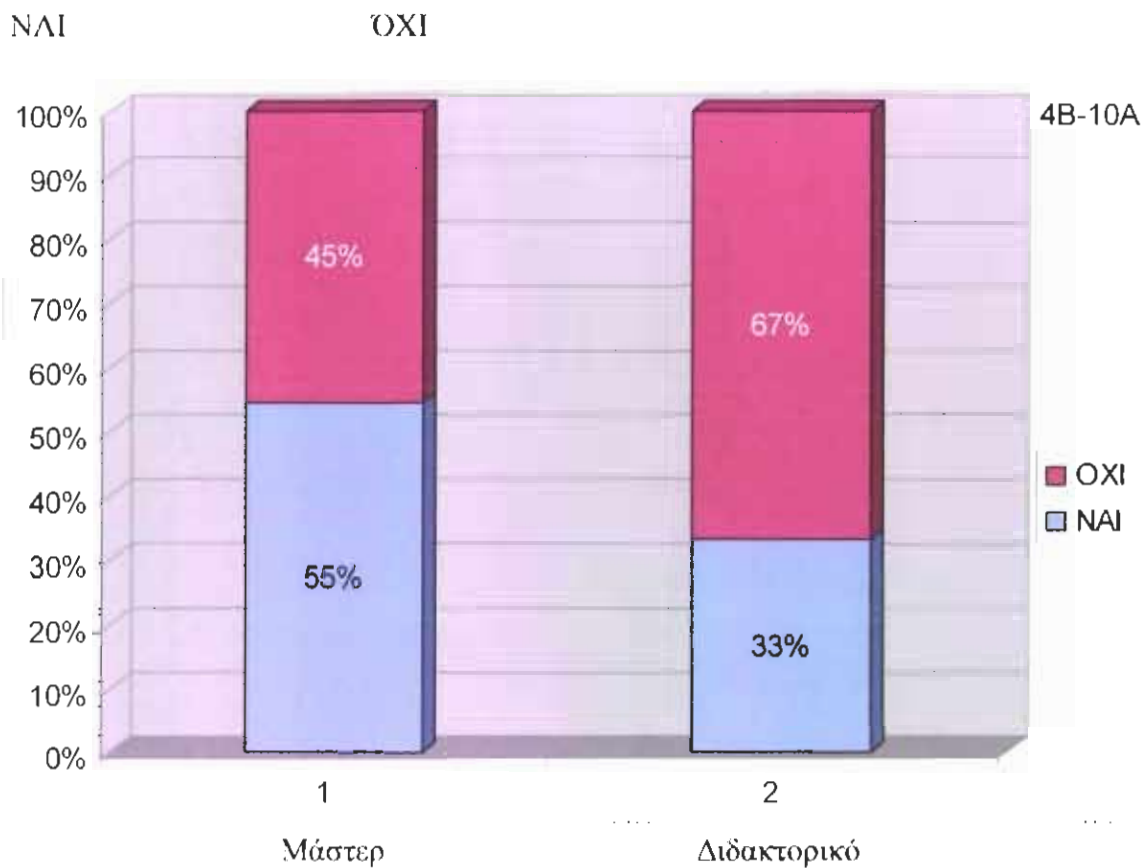
E9) Β. Αν ΟΧΙ, ποιος -οι από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι έχει δυσκολέψει την προσπάθεια αυτή :

- A1. Έλλειψη συνεργασίας με τους επαγγελματίες των αποκαταστασιακών δομών
- A2. Φόρτος εργασίας / ανάληψη μεγάλου όγκου καθηκόντων
- A3. Έλλειψη οικονομικών πόρων
- A4. Η νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό
- A5. Δυσκαμψία της κοινότητας να αποδεχθεί την ύπαρξη δομών στα πλαίσιά της
- A6. Έλλειψη ειδίκευσης των φροντιστών
- A7. Όλα τα παραπάνω
- A8. Κανένα από τα παραπάνω
- A9. Δ.Ξ.
- A10. Άλλο, προσδιορίστε



Από αυτούς που πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες δεν έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα, οι κάτοχοι Μάστερ πιστεύουν στο σύνολό τους (100%) ότι την προσπάθεια αυτή έχει δυσκολέψει : «η δυσκαμψία της κοινότητας να αποδεχθεί την ύπαρξη δομών στα πλαίσιά της», ενώ επίσης όλοι (100%) οι κάτοχοι Διδακτορικού πιστεύουν ότι την προσπάθεια έχει δυσκολέψει : «η νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό».

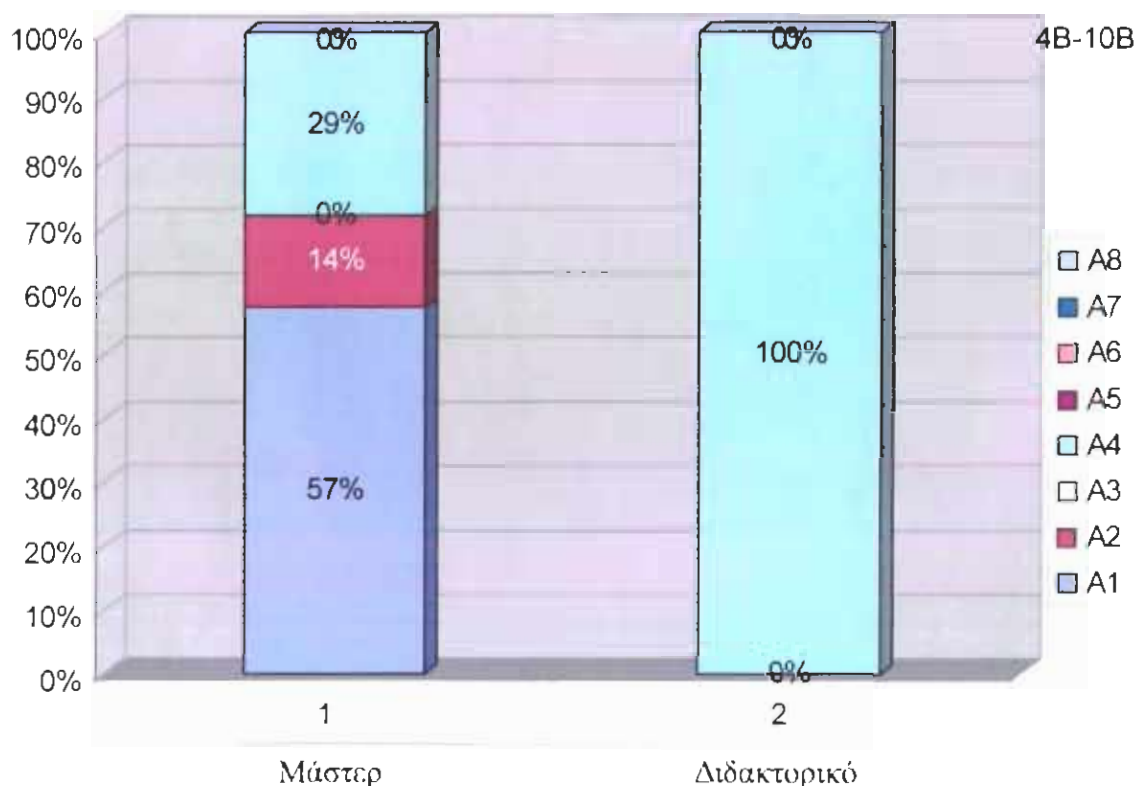
E10) Α. Πιστεύετε ότι όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζεστε θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης;



Πάνω από τους μισούς (55%) κατόχους Μάστερ πιστεύουν ότι όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζονται θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης, ενώ οι περισσότεροι (67%) κάτοχοι Διδακτορικού απάντησαν αρνητικά.

Ε10) Β. Αν ΝΑΙ, για ποιον-ους από τους παρακάτω λόγους μπορούν να μεταβούν στην κοινότητα :

- Α1. Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα
- Α2. Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα λόγω της αναγκαίας απορρόφησης των οικονομικών κονδυλίων
- Α3. Επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών
- Α4. Επειδή πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία
- Α5. Όλα τα παραπάνω
- Α6. Κανένα από τα παραπάνω
- Α7. Δ.Ξ.
- Α8. Άλλο, προσδιορίστε

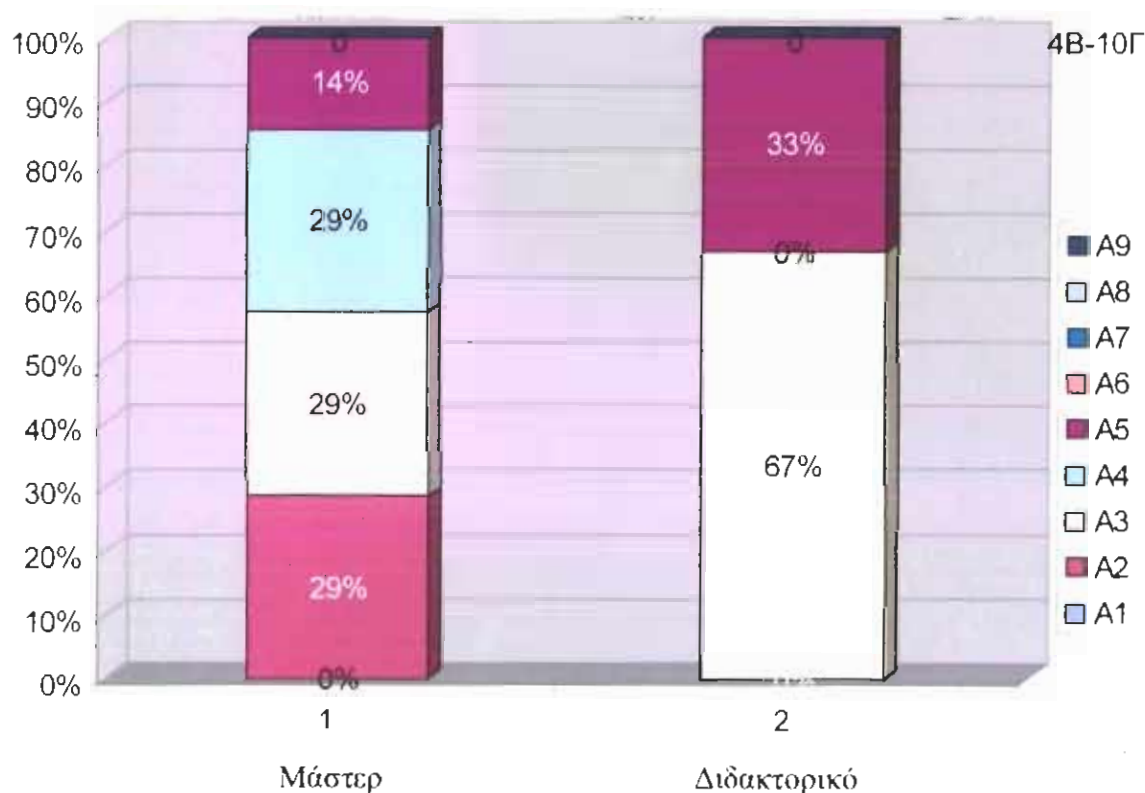


Οι περισσότεροι κάτοχοι Μάστερ πιστεύουν ότι όλοι οι ασθενείς μπορούν να μεταβούν στην κοινότητα κυρίως επειδή : «όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα» (57%), αλλά και επειδή «πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία» (29%).

Όλοι οι κάτοχοι Διδακτορικού τίτλου πιστεύουν ότι όλοι οι ασθενείς μπορούν να μεταβούν «επειδή πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία» (100%).

E10) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιον -ους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης :

- Α1. Λόγω δυσκολίας οργάνωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την προετοιμασία των ασθενών σχετικά για την μετάβαση τους
- Α2. Λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών
- Α3. Λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών
- Α4. Λόγω προκαταλήψεων της κοινότητας
- Α5. Λόγω της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών
- Α6. Όλα τα παραπάνω
- Α7. Κανένα από τα παραπάνω
- Α8. Δ.Ξ.
- Α9. Άλλο, προσδιορίστε

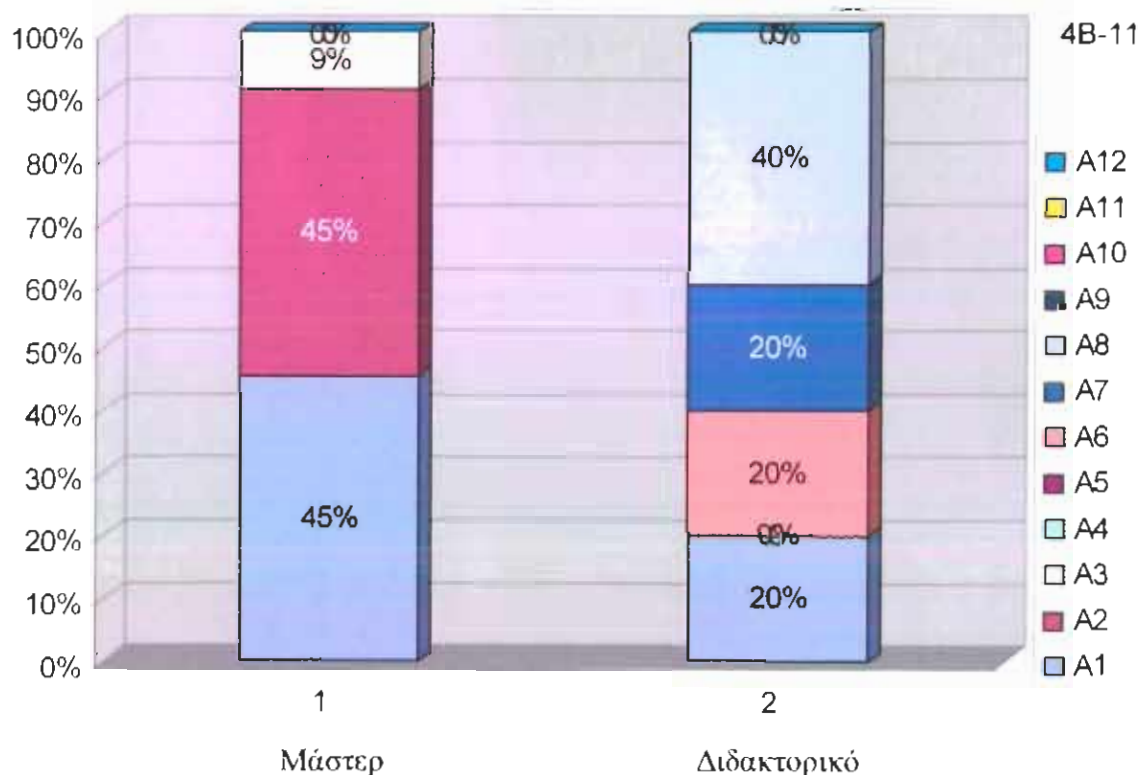


Για τους λόγους που πιστεύουν ότι δε θα μπορούσαν όλοι οι ασθενείς να μεταβούν στην κοινότητα, οι κάτοχοι Μάστερ δίνουν ισόποσα ποσοστά (29%) : «λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών», «λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών» και «λόγω προκαταλήψεων της κοινότητας».

Οι περισσότεροι κάτοχοι Διδακτορικού θεωρούν ως σημαντικότερο λόγο : «τη δυσλειτουργικότητα των χρόνιων ασθενών» (67%) και «την ασυλική συμπεριφορά των ασθενών» (33%).

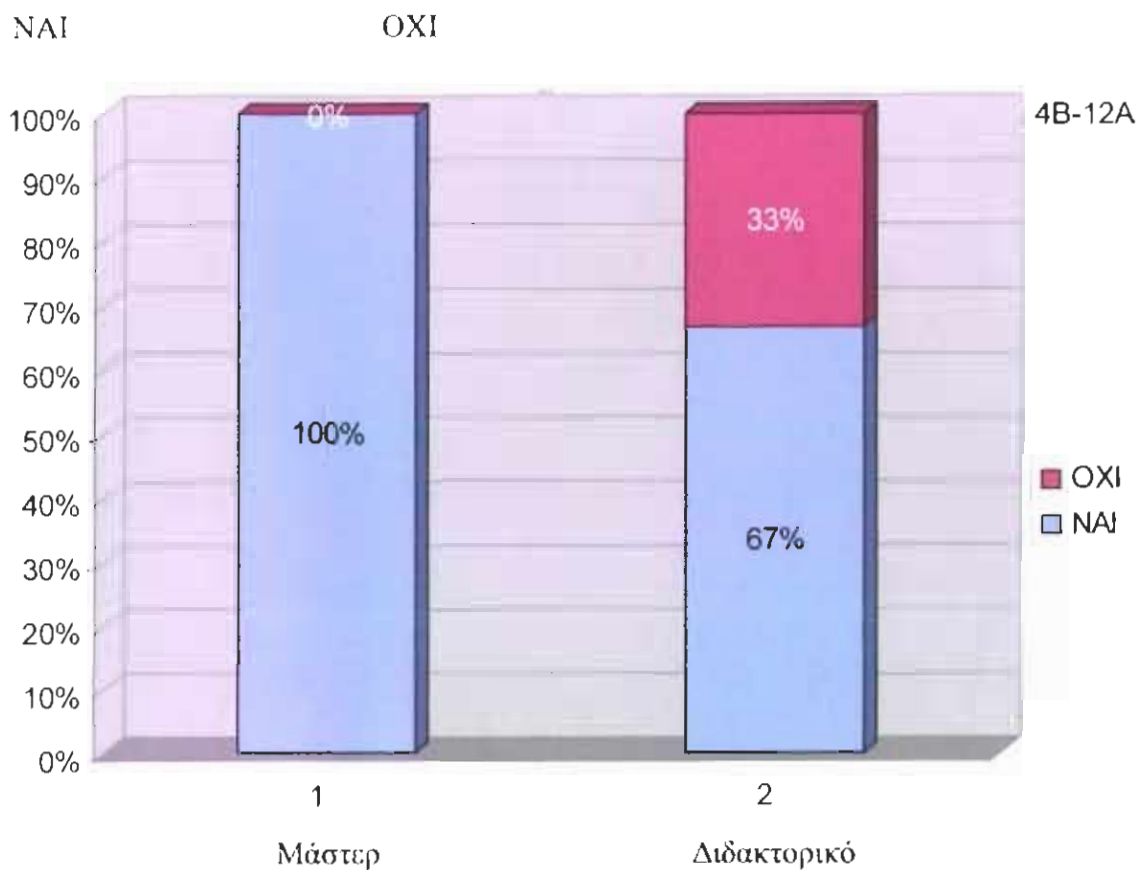
E11) Ποια -ες από τις παρακάτω αντιδράσεις έχετε όταν αποφασίζεται η μετάβαση ενός ασθενή του τμήματος όπου εργάζεστε σε αποκαταστασιακές δομές;

- A1. Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)
- A2. Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητε συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου
- A3. Άδειες
- A4. Έναρξη μεταπτυχιακών σπουδών
- A5. Μειωμένη διάθεση συνεργασίας με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα
- A6. Αποφυγή επαφής με τους ασθενείς
- A7. Σύγκρούσεις με το λοιπό προσωπικό
- A8. Μειωμένη αποτελεσματικότητα στα καθήκοντα
- A9. Όλα τα παραπάνω
- A10. Κανένα από τα παραπάνω
- A11. Δ.Ξ.
- A12. Άλλο, προσδιορίστε



E11) Για τις αντιδράσεις που έχουν όταν αποφασίζεται η μετάβαση ενός ασθενή στην κοινότητα, οι περισσότεροι κάτοχοι Μάστερ απάντησαν με ισόποσα ποσοστά 45% : «συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του» και «συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου». Οι κάτοχοι Διδακτορικού έδωσαν ως επικρατέστερη απάντηση 40% : «μειωμένη αποτελεσματικότητα στα καθήκοντα» και με ισόποσα ποσοστά 20% : «συγκρούσεις με το λοιπό προσωπικό», «αποφυγή επαφής με τους ασθενείς», αλλά και «συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του».

E12) Α. Έχετε βοηθήσει ασθενείς να βγουν και να μείνουν σε στεγαστική μονάδα αποκατάστασης στην κοινότητα;

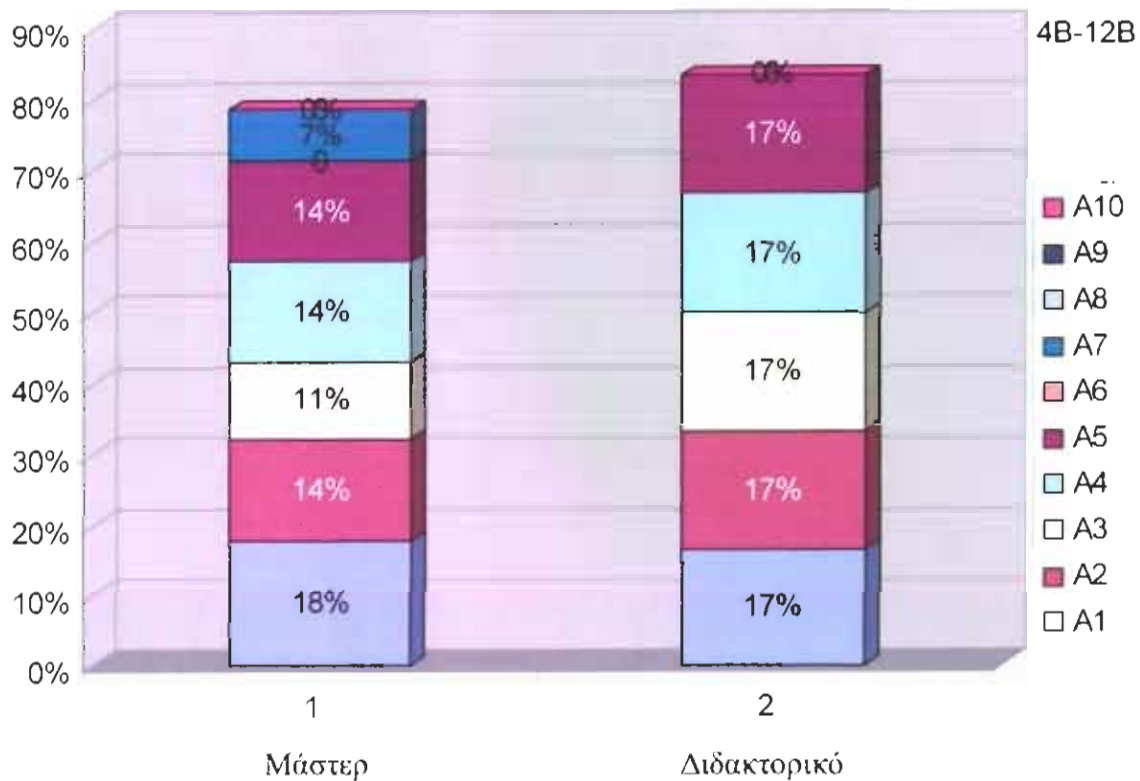


Όλοι (100%) οι κάτοχοι Μάστερ απάντησαν θετικά στο αν έχουν βοηθήσει ασθενείς να βγουν και να μείνουν στην κοινότητα και το ίδιο απάντησαν με μικρότερο όμως ποσοστό (67%) και οι κάτοχοι Διδακτορικού.

Ε12) Β. Αν ΝΑΙ, ποιο-οια από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι αισθάνθηκαν οι ασθενείς για τη μετάβαση τους στη κοινότητα :

- Α1. Ικανοποίηση
- Α2. Λύπη
- Α3. Χαρά
- Α4. Άγχος
- Α5. Φόβο

- Α6. Λδιαφορία
- Α7. Όλα τα παραπάνω
- Α8. Κανένα από τα παραπάνω
- Α9. Δ.Ξ.
- Α10 Άλλο, προσδιορίστε



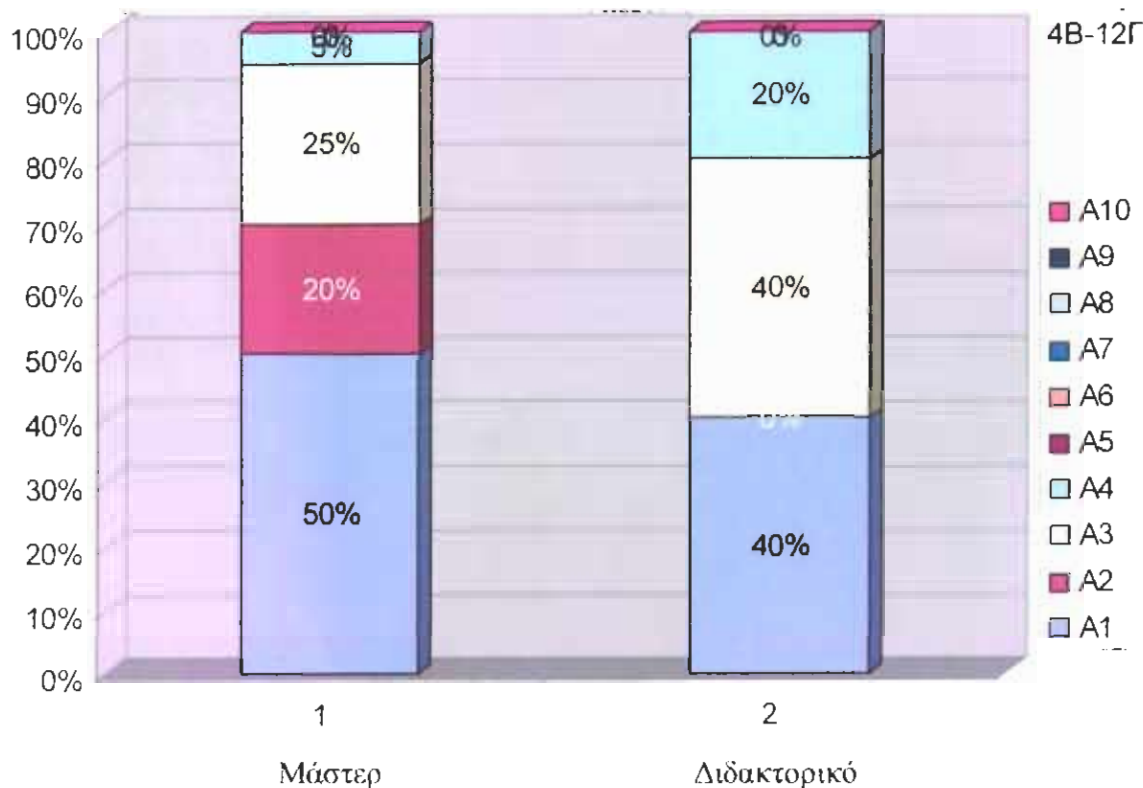
Οι περισσότεροι κάτοχοι Μάστερ πιστεύουν ότι οι ασθενείς αισθάνθηκαν για τη μετάβαση τους στην κοινότητα : «ικανοποίηση» (18%), και με ισόποσα ποσοστά 14% : «λύπη», «άγχος» και «φόβο».

Οι κάτοχοι Διδακτορικού έδωσαν ισόποσα ποσοστά 17% απαντήσεων : «ικανοποίηση», «λύπη», «χαρά», «άγχος» και «φόβο».

Ε12) Γ. Ποιο-ποια συναισθήματα νιώσατε μετά τη μετάβαση των ασθενών σας στην κοινότητα :

- Λ1. Ικανοποίηση
- Λ2. Λύπη
- Λ3. Χαρά
- Λ4. Άγχος
- Λ5. Φόβο

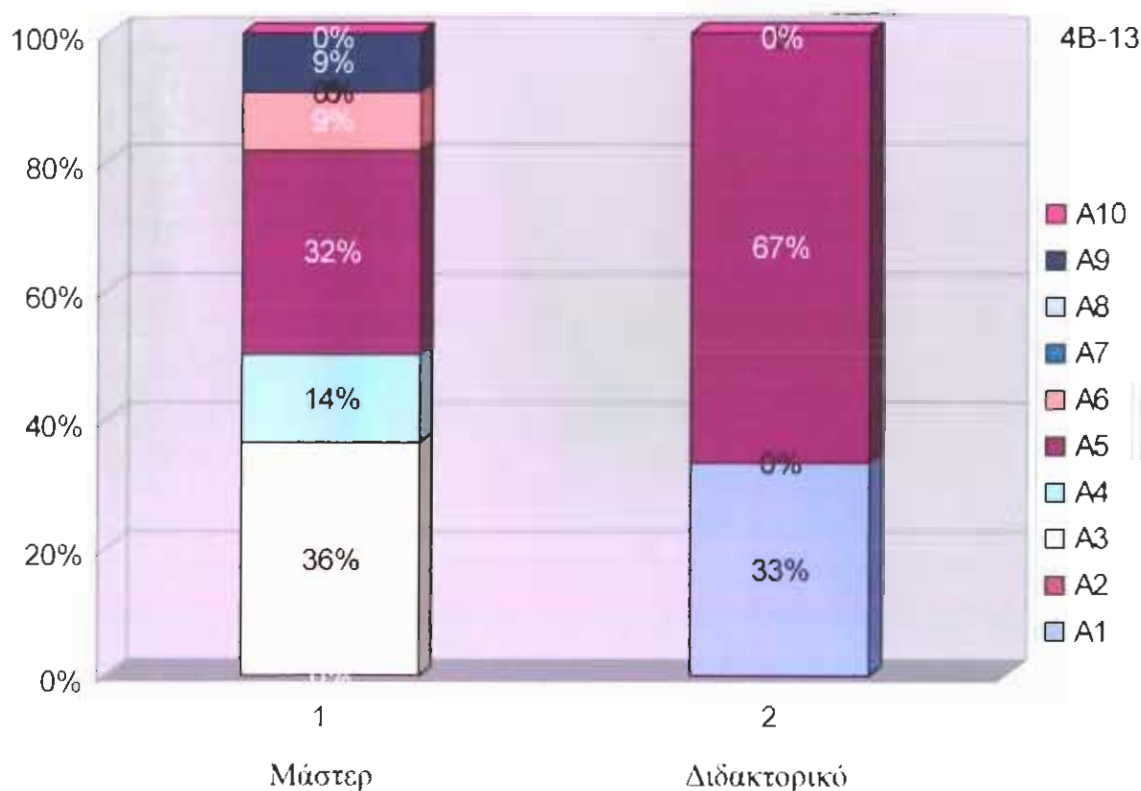
- Λ6. Λδιαφορία
- Λ7. Όλα τα παραπάνω
- Λ8. Κανένα από τα παραπάνω
- Λ9. Λ.Ξ.
- Λ10. Άλλο, προσδιορίστε



Και οι κάτοχοι Μάστερ και οι κάτοχοι Διδακτορικού απάντησαν πως ένιωσαν κυρίως : «ικανοποίηση» (50% και 40% αντίστοιχα) και «άγχος» (25% και 40% αντίστοιχα).

E13) Ποιο-α από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι θα μπορούσε να βιώσει η κοινότητα σχετικά με την μετάβαση των ασθενών;

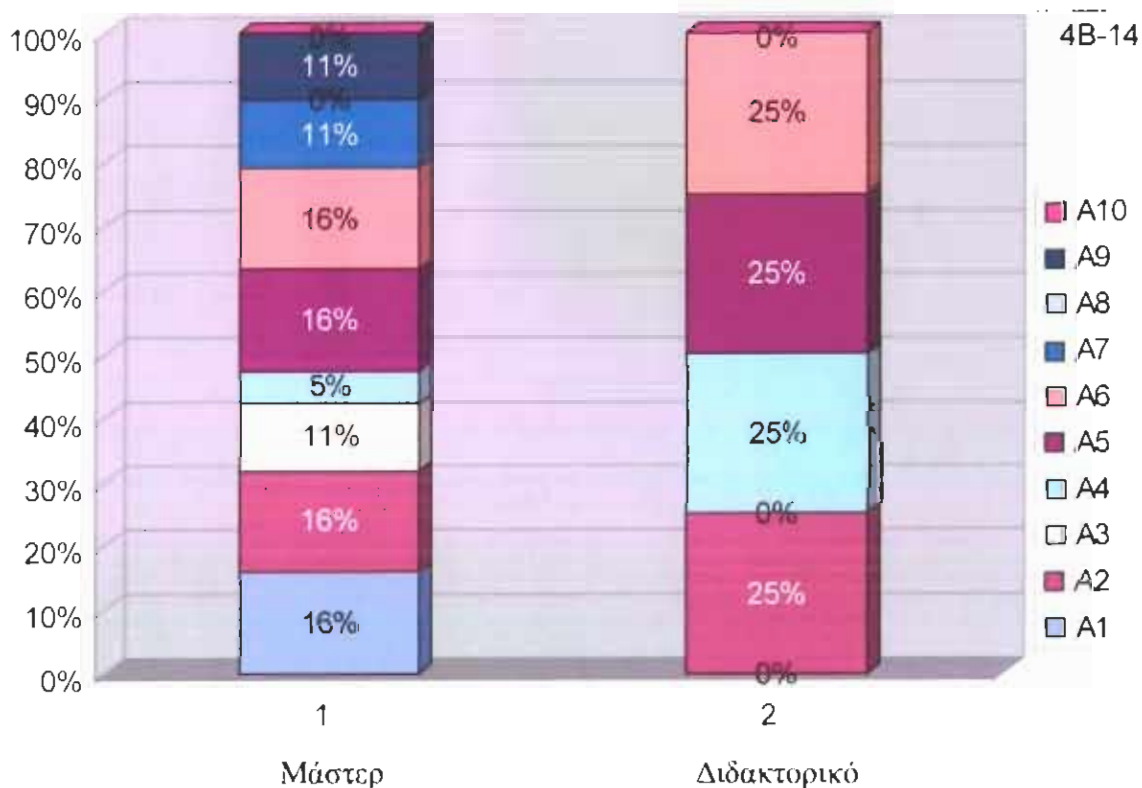
- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| Α1. Ικανοποίηση | Α6. Λύπη |
| Α2. Ευχαρίστηση | Α7. Όλα τα παραπάνω |
| Α3. Αμφιθυμία | Α8. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α4. Απάθεια - αδιαφορία | Α9. Λ.Ξ. |
| Α5. Θυμός - οργή | Α10. Άλλο, προσδιορίστε |



Οι κάτοχοι Μάστερ πιστεύουν ότι η κοινότητα θα μπορούσε να βιώσει κυρίως : «αμφιθυμία» (36%) και «θυμό-οργή» (32%). Οι περισσότεροι (67%) κάτοχοι Διδακτορικού πιστεύουν ότι η κοινότητα θα αισθανόταν «θυμό-οργή» και «ικανοποίηση» (33%).

E14) Ποιο-α από τα παρακάτω θα μπορούσαν, κατά την γνώμη σας, να αποτελέσουν έμπρακτη αντίδραση της κοινότητας σχετικά με τη δημιουργία εξωτερικών μονάδων αποκατάστασης;

- Λ1. Εθελοντισμός
- Λ2. Οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων
- Λ3. Μη οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων
- Λ4. Απάθεια
- Λ5. Στιγματισμός
- Λ6. Επιθετικότητα
- Λ7. Όλα τα παραπάνω
- Λ8. Κανένα από τα παραπάνω
- Λ9. Δ.Ξ.
- Λ10. Άλλο, προσδιορίστε



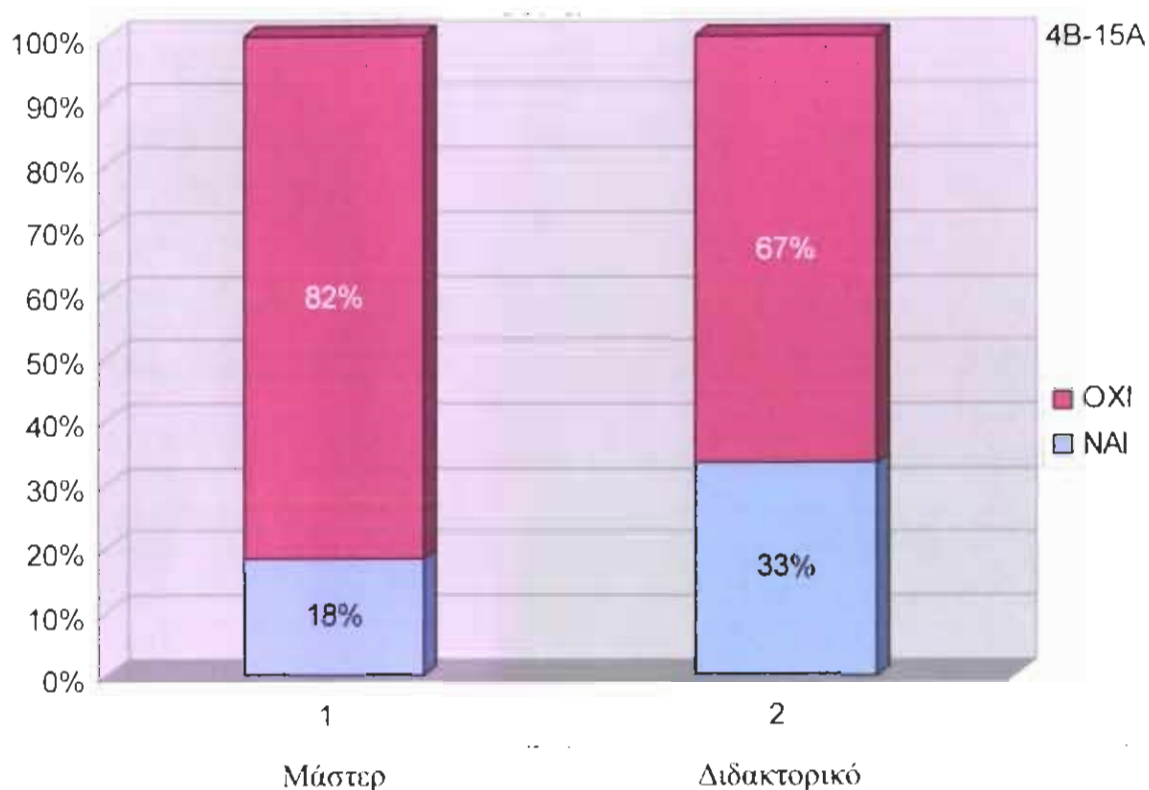
Οι κάτοχοι Μάστερ θεωρούν (με ισόποσα ποσοστά 16%) ότι έμπρακτη αντίδραση της κοινότητας θα μπορούσαν να αποτελέσουν : ο «εθελοντισμός», η «οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων», η «μη οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων», ο «στιγματισμός» και η «επιθετικότητα».

Οι επικρατέστερες απαντήσεις (με ισόποσα ποσοστά 25%) των κατόχων Διδακτορικού ήταν: «οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων», «απάθεια», «στιγματισμός» και «επιθετικότητα».

E15) Α. Πιστεύετε ότι η κοινότητα είναι ενημερωμένη για την λειτουργία θεραπευτικών μονάδων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων;

ΝΑΙ

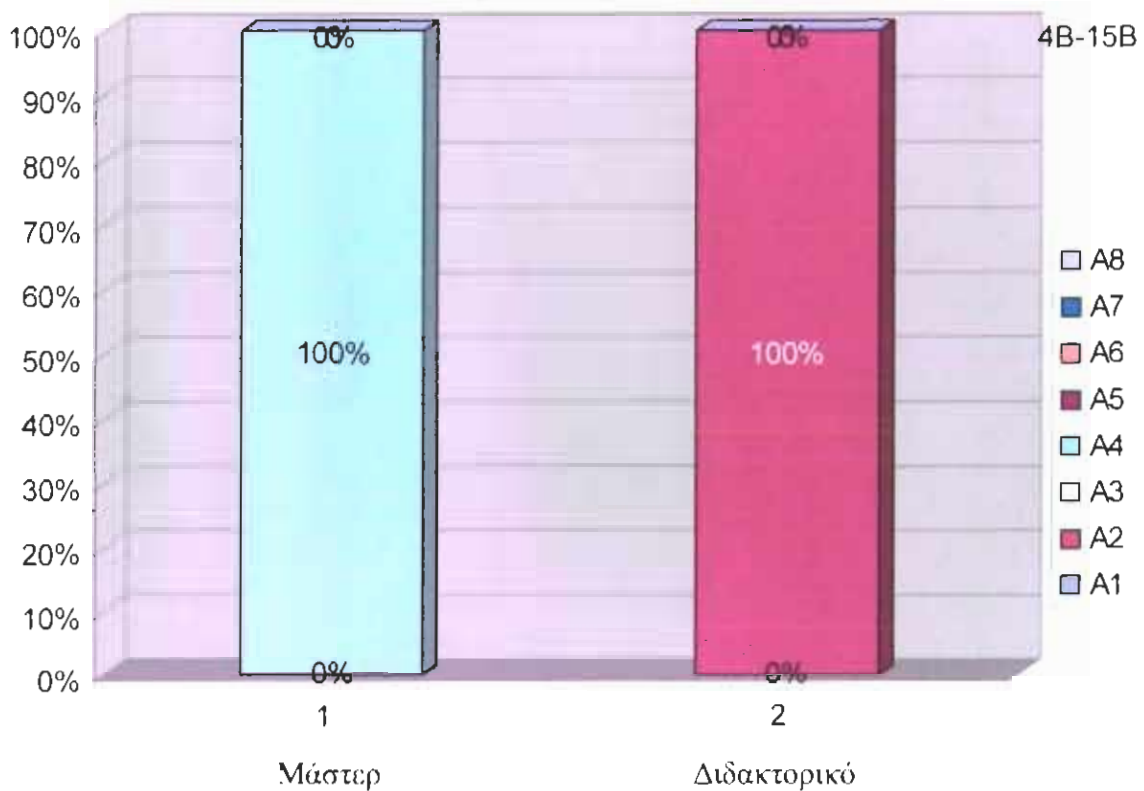
ΟΧΙ



Το μεγαλύτερο ποσοστό (82%) των κατόχων Μάστερ πιστεύει η κοινότητα δεν είναι ενημερωμένη και το ίδιο πιστεύουν και οι περισσότεροι κάτοχοι Διδακτορικού σε μικρότερο ποσοστό : 67%.

Ε15) Β. Αν ΝΑΙ, με ποιον-ους από τους παρακάτω τρόπους πιστεύετε ότι έχει ενημερωθεί :

- | | |
|---|----------------------------|
| Α1. Λαογραφία κοινότητας | Α5. Όλα τα παραπάνω |
| Α2. Μ.Μ.Ε. | Α6. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α3. Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων | Α7. Δ. Ξ. |
| Α4. Ημερίδες - Σεμινάρια | Α8. Άλλο, προσδιορίστε |

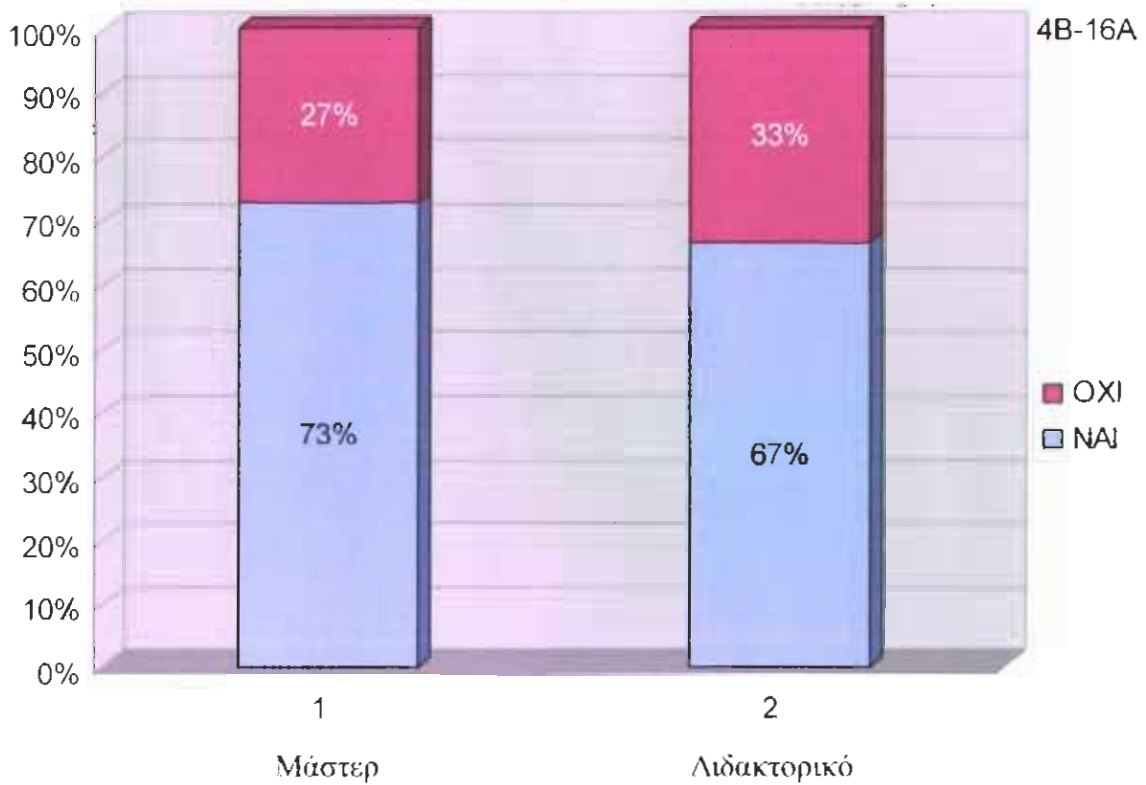


Από αυτούς που πιστεύουν ότι η κοινότητα είναι ενημερωμένη, όλοι (100%) οι κάτοχοι Μάστερ πιστεύουν ότι η ενημέρωση έχει γίνει με «Ημερίδες-Σεμινάρια», ενώ το σύνολο (100%) των κατόχων Διδακτορικού πιστεύει ότι η ενημέρωση έχει γίνει μέσω «Μ.Μ.Ε.».

Ε16) Α. Εσείς έχετε συντελέσει ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Ψυχιατρείου στην αγωγή της κοινότητας, σχετικά με την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών για το θέμα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών;

ΝΑΙ

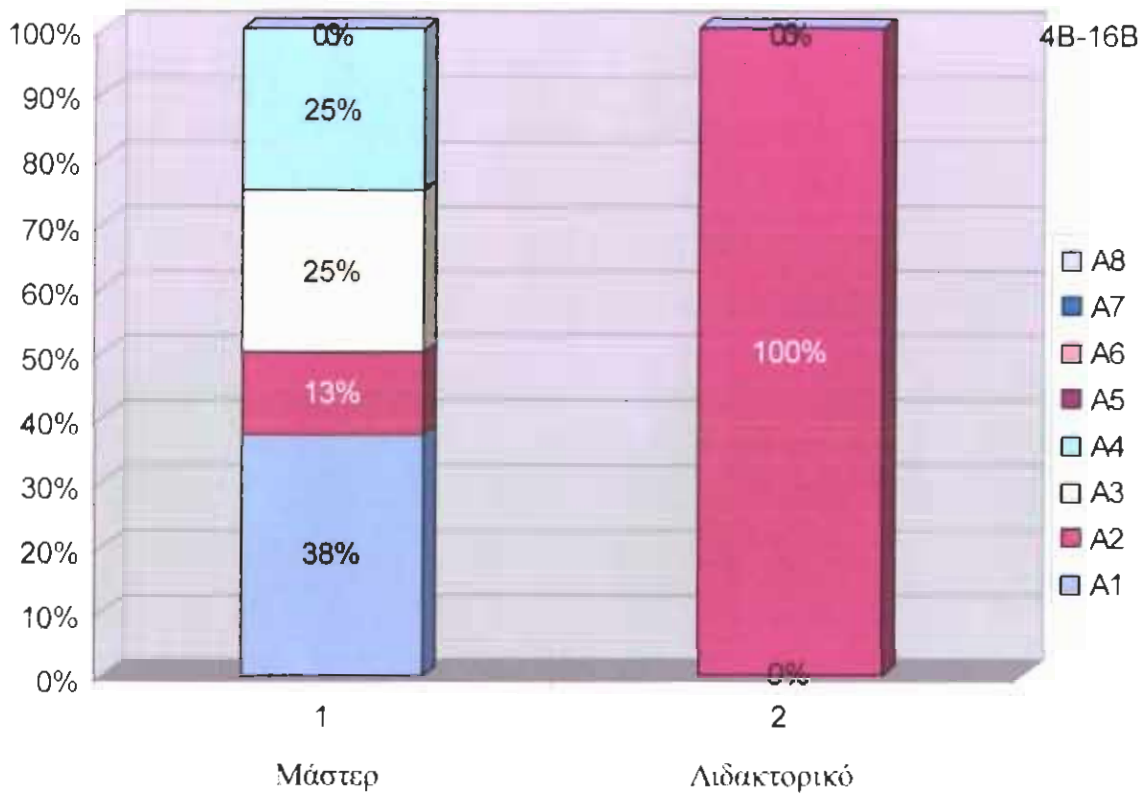
ΟΧΙ



Το μεγαλύτερο ποσοστό (73%) των κατόχων Μάστερ και οι περισσότεροι (67%) από τους κατόχους Διδακτορικού απάντησαν ότι έχουν συντελέσει στην αγωγή της κοινότητας.

Ε16) Β. Αν ΝΑΙ, με ποιον- ους από τους παρακάτω τρόπους :

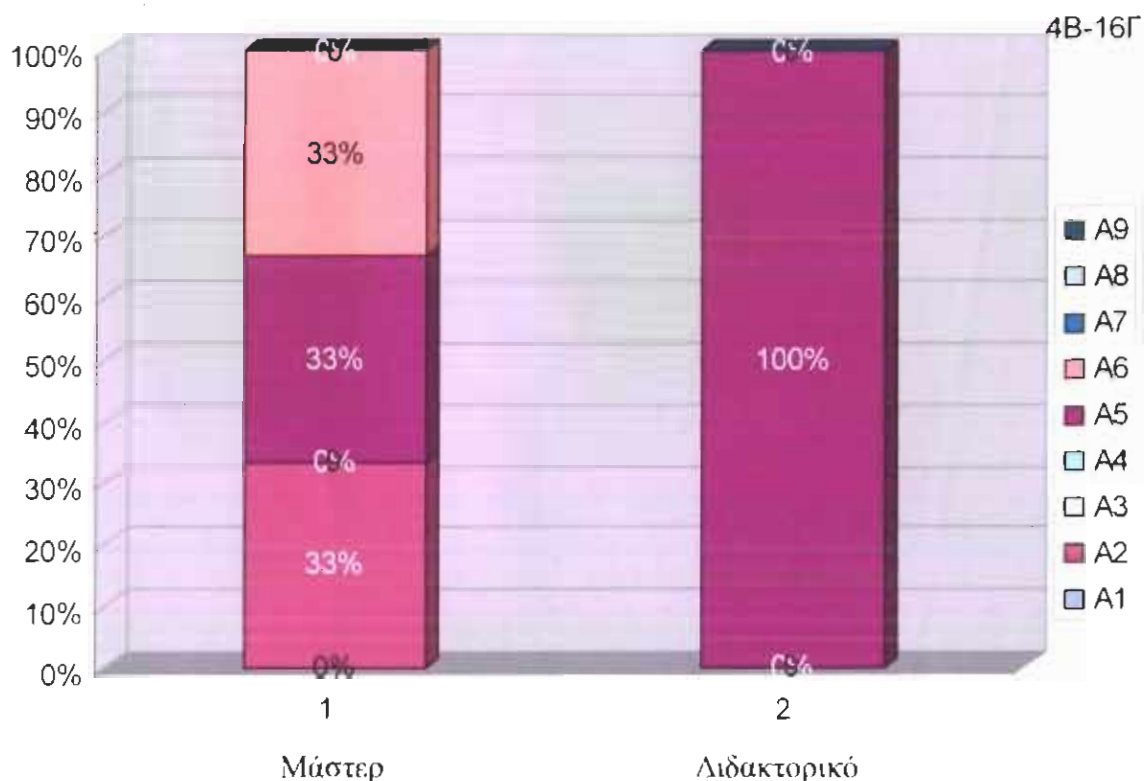
- | | |
|---|----------------------------|
| Α1. Αγωγή κοινότητας | Α5. Όλα τα παραπάνω |
| Α2. Μ.Μ.Ε. | Α6. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α3. Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων | Α7. Δ.Ξ. |
| Α4. Ημερίδες – Σεμινάρια | Α8. Άλλο, προσδιορίστε |



Οι περισσότεροι (38%) κάτοχοι Μάστερ απάντησαν πως έχουν συντελέσει στην ενημέρωση με : «αγωγή κοινότητας», και με ισόποσα ποσοστά 25% : με «ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» και με «Ημερίδες – Σεμινάρια». Οι κάτοχοι Διδακτορικού στο σύνολό τους (100%) απάντησαν ότι έχουν συντελέσει μέσω των «Μ.Μ.Ε.».

Ε16) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιον – ποιους από τους παρακάτω λόγους δεν καταφέρατε κάτι τέτοιο :

- Λ1. Λόγω αρνήσεως των τοπικών φορέων να συνεργαστούν
- Λ2. Λόγω έλλειψης κονδυλίων
- Λ3. Λόγω άρνησης του ίδιου του προσωπικού
- Λ4. Λόγω αδιαφορίας
- Λ5. Λόγω έλλειψης χρόνου
- Λ6. Όλα τα παραπάνω
- Λ7. Κανένα από τα παραπάνω
- Λ8. Δ.Ξ.
- Λ9. Άλλο, προσδιορίστε



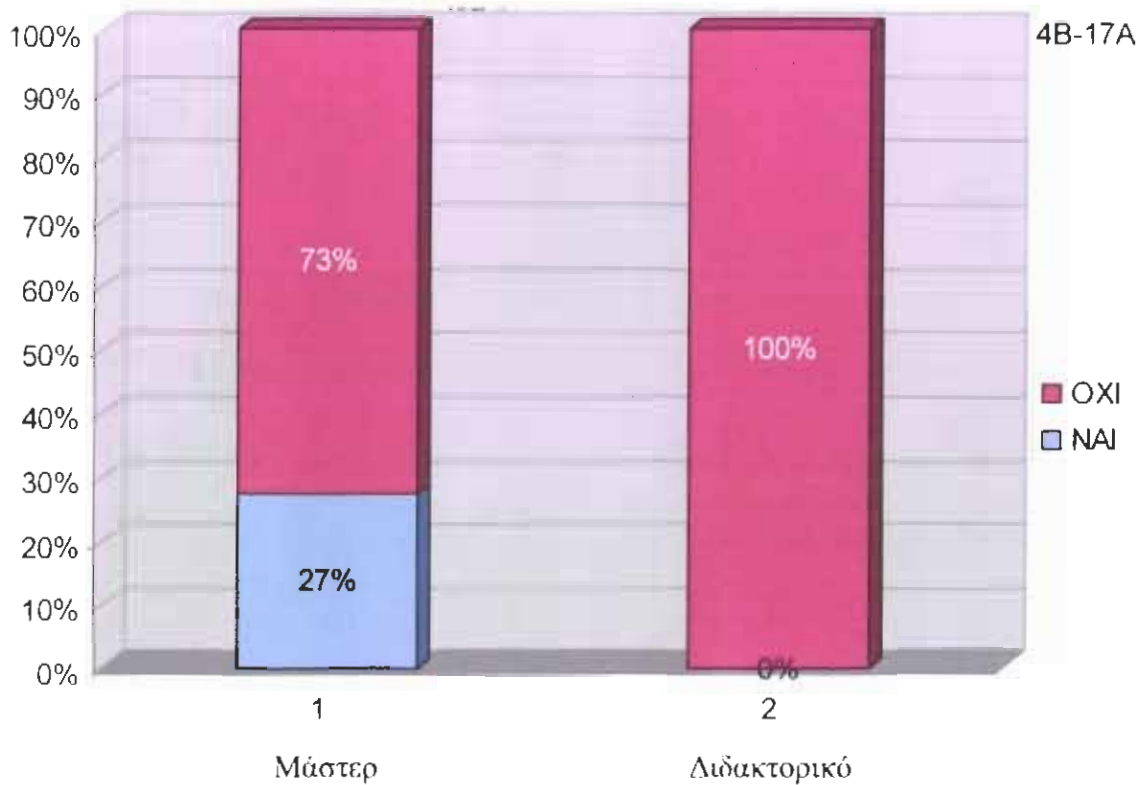
Από αυτούς που πιστεύουν ότι δεν έχουν συντελέσει στην αγωγή της κοινότητας, οι κάτοχοι Μάστερ (με ισόποσα ποσοστά 33%) πιστεύουν ότι δεν κατάφεραν κάτι τέτοιο κυρίως : «λόγω έλλειψης κονδυλίων», «λόγω έλλειψης χρόνου» και για «όλα τα παραπάνω».

Οι κάτοχοι Διδακτορικού στο σύνολό τους (100%) πιστεύουν ότι δεν κατάφεραν να συντελέσουν : «λόγω έλλειψης χρόνου».

E17) Α. Πιστεύετε ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα;

ΝΑΙ

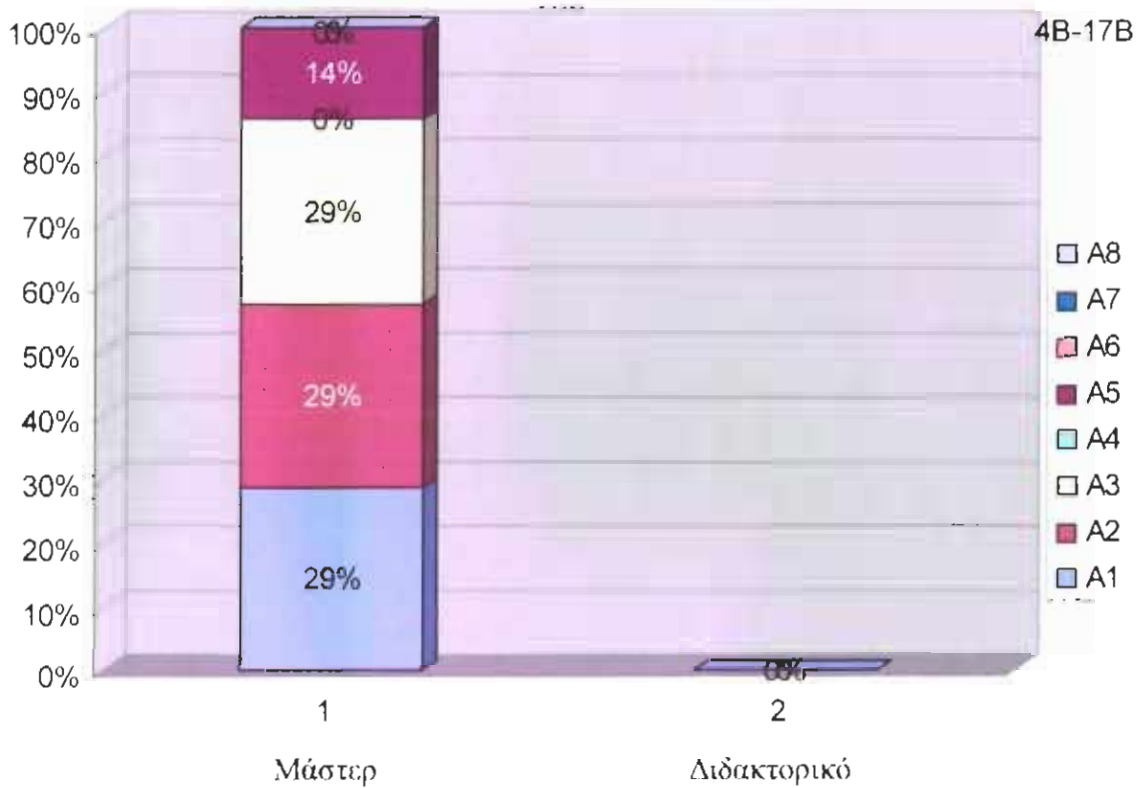
ΟΧΙ



Το μεγαλύτερο ποσοστό (73%) των κατόχων Μάστερ και το σύνολο (100%) των κατόχων Διδακτορικού πιστεύουν ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία δεν επαρκεί.

E17) Β. Αν ΝΑΙ, σε ποια -ες από τις παρακάτω δομές –υπηρεσίες θα μπορούσαν εργαστούν :

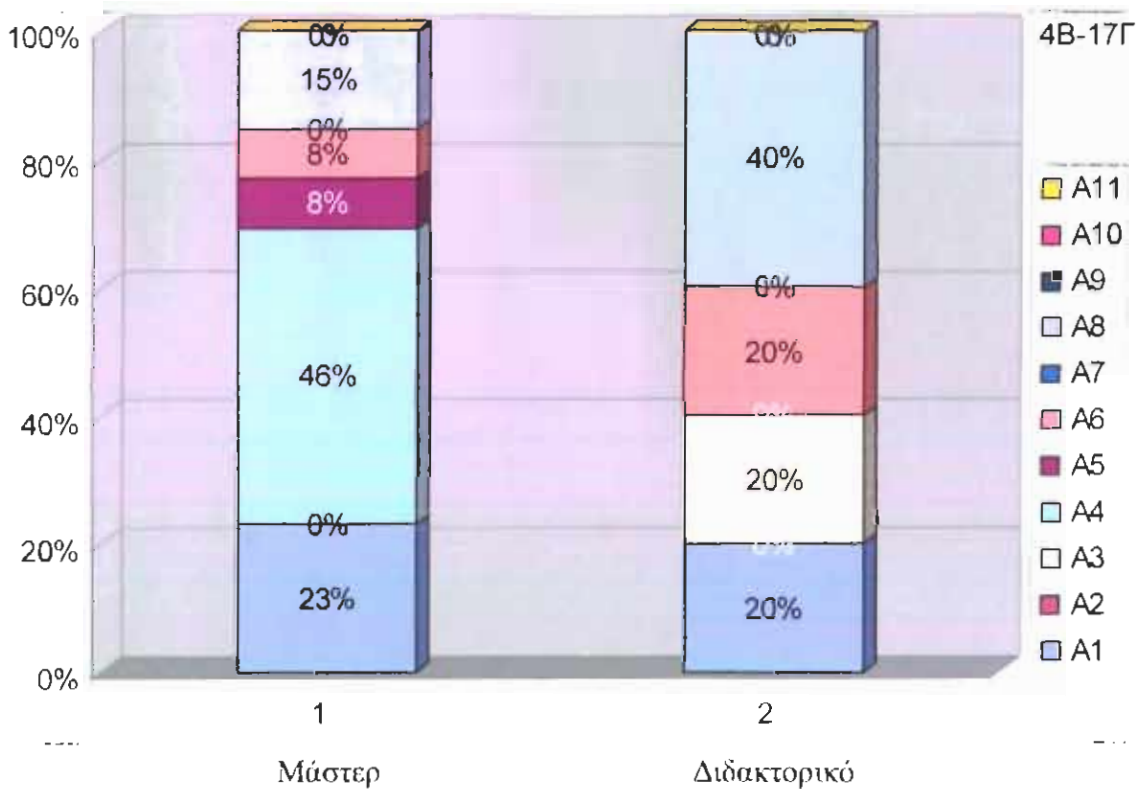
- | | |
|---|----------------------------|
| A1. Σε Προστατευμένα Εργαστήρια | A5. Όλα τα παραπάνω |
| A2. Σε Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς | A6. Κανένα από τα παραπάνω |
| A3. Σε Δημόσιες Υπηρεσίες | A7. Δ.Ξ. |
| A4. Σε Ιδιωτικές Υπηρεσίες – Επιχειρήσεις | A8. Άλλο, προσδιορίστε |



Από τους κατόχους Μάστερ που πιστεύουν ότι η προετοιμασία των ασθενών επαρκεί, οι περισσότεροι (με ισόποσα ποσοστά 29%) πιστεύουν ότι οι ασθενείς θα μπορούσαν να εργαστούν σε : «Προστατευμένα Εργαστήρια», σε «Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς» και σε «Δημόσιες Υπηρεσίες».

Ε17) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιόν-ους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν επαρκεί :

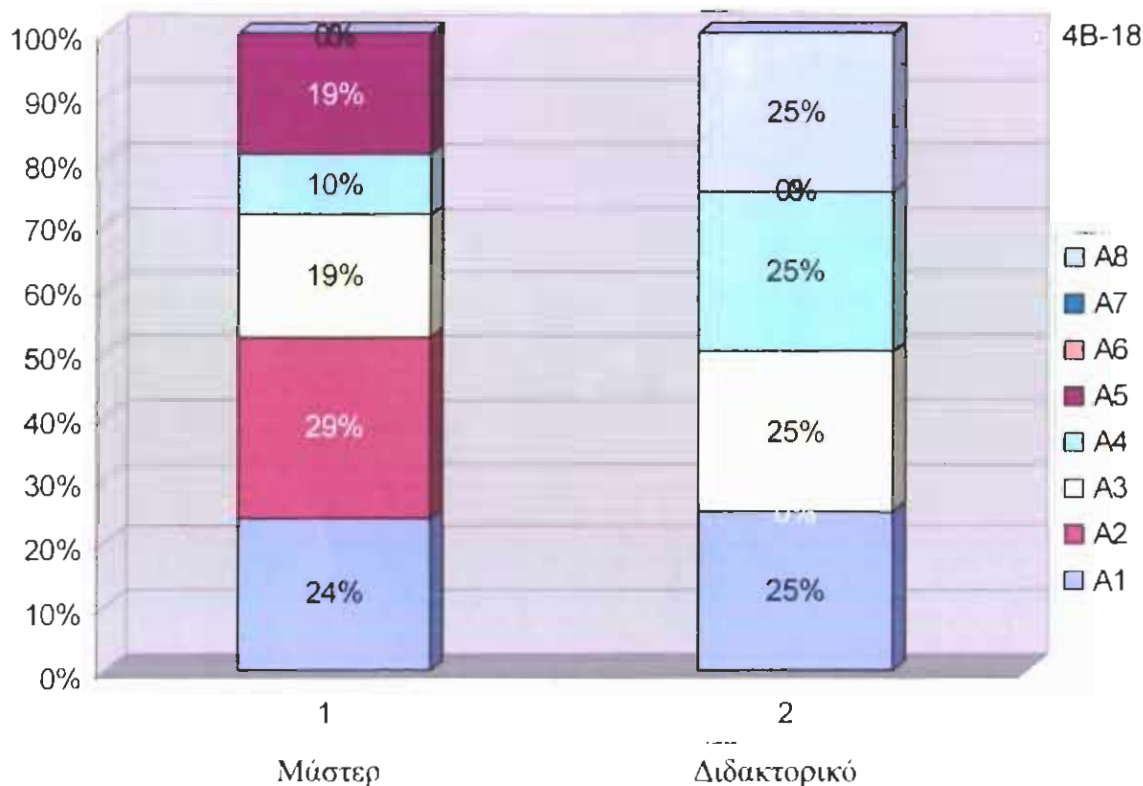
- A1. Λόγω έλλειψης υποδομής
- A2. Λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης
- A3. Λόγω ύπαρξης ανειδίκευτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας
- A4. Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών
- A5. Λόγω έλλειψης συντονισμού θεραπευτικής ομάδας
- A6. Λόγω κακής οργάνωσης του θεραπευτικού προγράμματος
- A7. Λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών
- A8. Όλα τα παραπάνω
- A9. Κανένα από τα παραπάνω
- A10. Δ.Ξ.
- A11. Άλλο, προσδιορίστε



Από τους κατόχους Μάστερ, οι περισσότεροι πιστεύουν ότι η προετοιμασία των ασθενών δεν επαρκεί : «Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών» (46%) και «Λόγω έλλειψης υποδομής» (23%), ενώ ο επικρατέστερος λόγος για τους κατόχους Διδακτορικού ήταν : «όλα τα παραπάνω» (40%) και με ισόποσα ποσοστά (20%) : «Λόγω έλλειψης υποδομής», «Λόγω ύπαρξης ανειδίκευτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας» και «Λόγω κακής οργάνωσης του θεραπευτικού προγράμματος».

E18) Πιστεύετε ότι η διαμονή των ασθενών σας στην κοινότητα, βοηθά :

- A1. στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση
- A2. στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση
- A3. στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη
- A4. στην προώθηση και απορρόφηση των κονδυλίων από την Ε.Ε.
- A5. Όλα τα παραπάνω
- A6. Κανένα από τα παραπάνω
- A7. Δ.Ξ.
- A8. Άλλο, προσδιορίστε



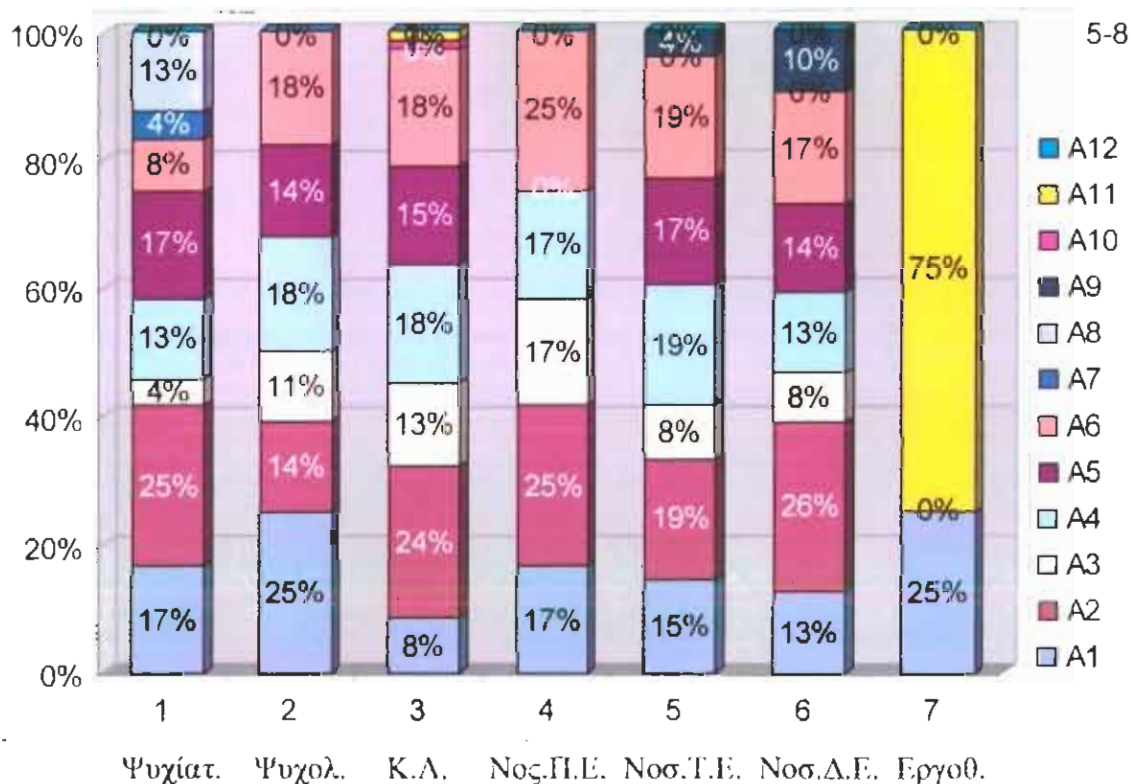
Οι περισσότεροι κάτοχοι Μάστερ πιστεύουν ότι η διαμονή των ασθενών στην κοινότητα βοηθά : «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση» (29%) και «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» (24%), ενώ δίνουν ισόποσα ποσοστά 19% και στις απαντήσεις : «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη» και «όλα τα παραπάνω».

Από τους κατόχους Διδακτορικού, οι περισσότεροι πιστεύουν με ισόποσα ποσοστά 25% ότι η διαμονή βοηθά : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση», «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη», «στην προώθηση και απορρόφηση των κονδυλίων από την Ε.Ε.» και «άλλο».

Συσχέτιση ερωτήσεων με την Ειδικότητα (Ε5)

Ε8) Η μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές συντελεί :

- Λ1. στη μείωση των υποτροπών
- Λ2. στη λειτουργικότητα των ασθενών
- Α3. στην επαγγελματική αποκατάσταση
- Α4. στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα
- Λ5. στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας
- Λ6. στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών
- Λ7. στην όξυνση των σχέσεων μεταξύ των ασθενών και της κοινότητας
- Α8. στην αύξηση των υποτροπών
- Α9. Όλα τα παραπάνω
- Α10. Κανένα από τα παραπάνω
- Α11. Δ.Ξ.
- Α12. Άλλο, προσδιορίστε



E8) Σχετικά με τη μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές, οι Ψυχίατροι πιστεύουν ότι αυτή συντελεί : «στη λειτουργικότητα των ασθενών» (25%) και στη «μείωση των υποτροπών» και «μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας» (με ισόποσα ποσοστά 17%).

Στους Ψυχολόγους οι επικρατέστερες απαντήσεις ήταν : «μείωση των υποτροπών» (25%), «ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα» και «αύξηση των υποτροπών» (18%).

Στους Κοινωνικούς Λειτουργούς οι επικρατέστερες απαντήσεις ήταν : «λειτουργικότητα των ασθενών» (24%) και με ισόποσα ποσοστά ήταν «ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα» και «προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών» (18%).

Στους Νοσηλευτές Π.Ε. οι δυο επικρατέστερες απαντήσεις με ισόποσα ποσοστά 25% ήταν : «λειτουργικότητα των ασθενών» και «προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών». Οι αμέσως τρεις επικρατέστερες απαντήσεις με ισόποσα ποσοστά 17% ήταν : «μείωση των υποτροπών», «επαγγελματική αποκατάσταση» και «ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα».

Στους Νοσηλευτές Τ.Ε. οι τρεις επικρατέστερες απαντήσεις με ισόποσα ποσοστά 19% ήταν : «λειτουργικότητα των ασθενών», «ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα» και «προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών».

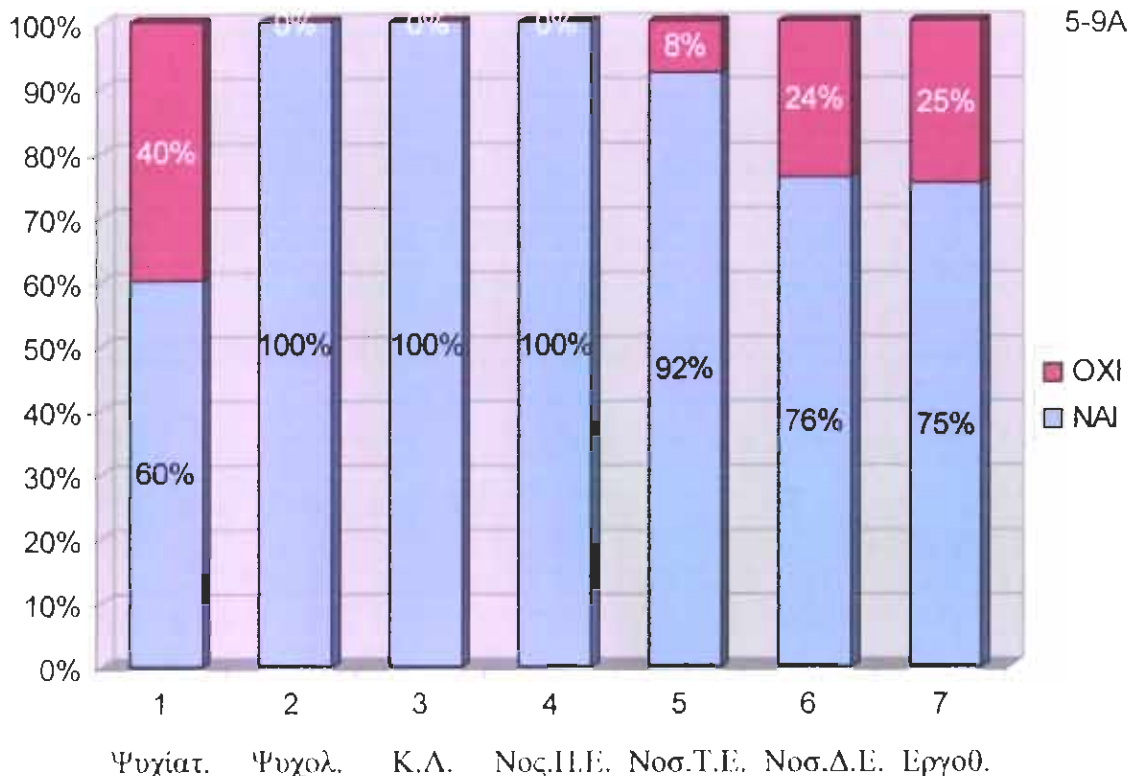
Στους Νοσηλευτές Δ.Ε. οι επικρατέστερες απαντήσεις ήταν : «λειτουργικότητα των ασθενών» (26%) και «προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών»(17%).

Στους Εργοθεραπευτές οι επικρατέστερες απαντήσεις ήταν : «Δ.Ξ.»(75%) και « μείωση των υποτροπών» (25%).

E9) Α. Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα;

ΝΑΙ

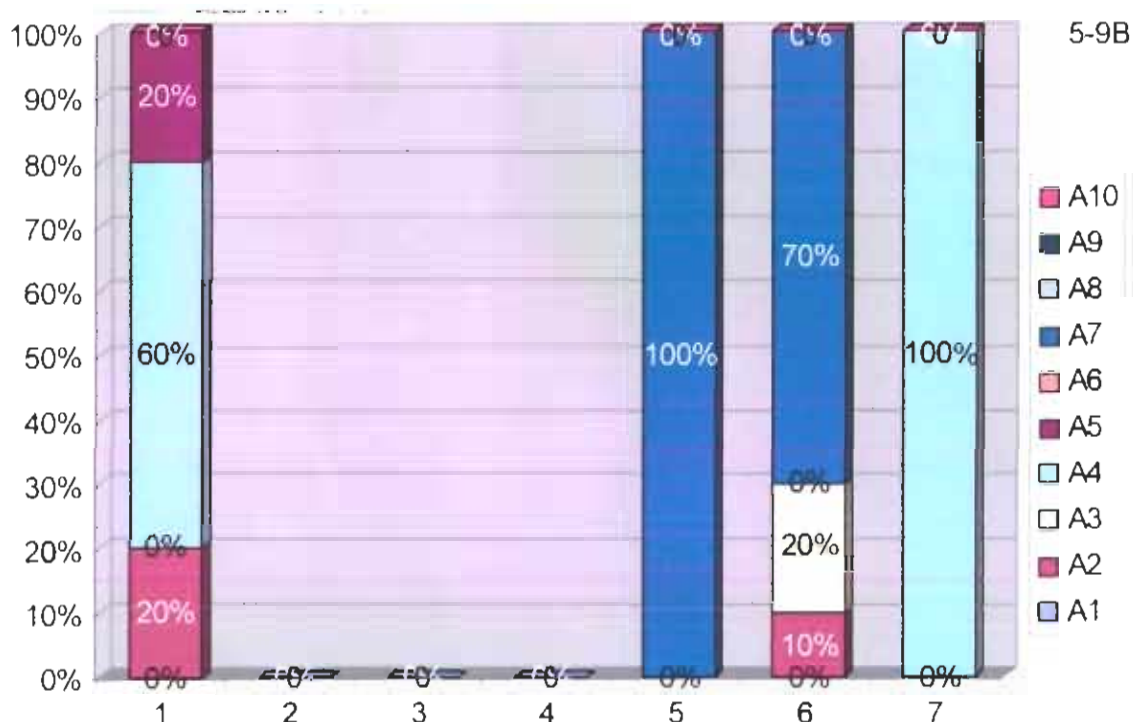
ΟΧΙ



Στο μεγαλύτερό τους ποσοστό, οι Ψυχίατροι (60%), οι Ψυχολόγοι (100%), οι Κοινωνικοί Λειτουργοί (100%), οι Νοσηλευτές Π.Ε. (100%), οι Νοσηλευτές Τ.Ε. (92%), οι Νοσηλευτές Δ.Ε. (76%) και οι Εργοθεραπευτές (75%) πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα.

E9) Β. Αν ΟΧΙ, ποιος -οι από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι έχει δυσκολέψει την προσπάθεια αυτή :

- Α1. Έλλειψη συνεργασίας με τους επαγγελματίες των αποκαταστασιακών δομών
- Α2. Φόρτος εργασίας / ανάληψη μεγάλου όγκου καθηκόντων
- Α3. Έλλειψη οικονομικών πόρων
- Α4. Η νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό
- Α5. Δυσκαμψία της κοινότητας να αποδεχθεί την ύπαρξη δομών στα πλαίσιά της
- Α6. Έλλειψη ειδίκευσης των φροντιστών
- Α7. Όλα τα παραπάνω
- Α8. Κανένα από τα παραπάνω
- Α9. Δ.Ξ.
- Α10. Άλλο, προσδιορίστε



Ψυχίατ. Ψυχολ. Κ.Α. Νος.Π.Ε. Νος.Τ.Ε. Νος Δ.Ε. Εργοθ.

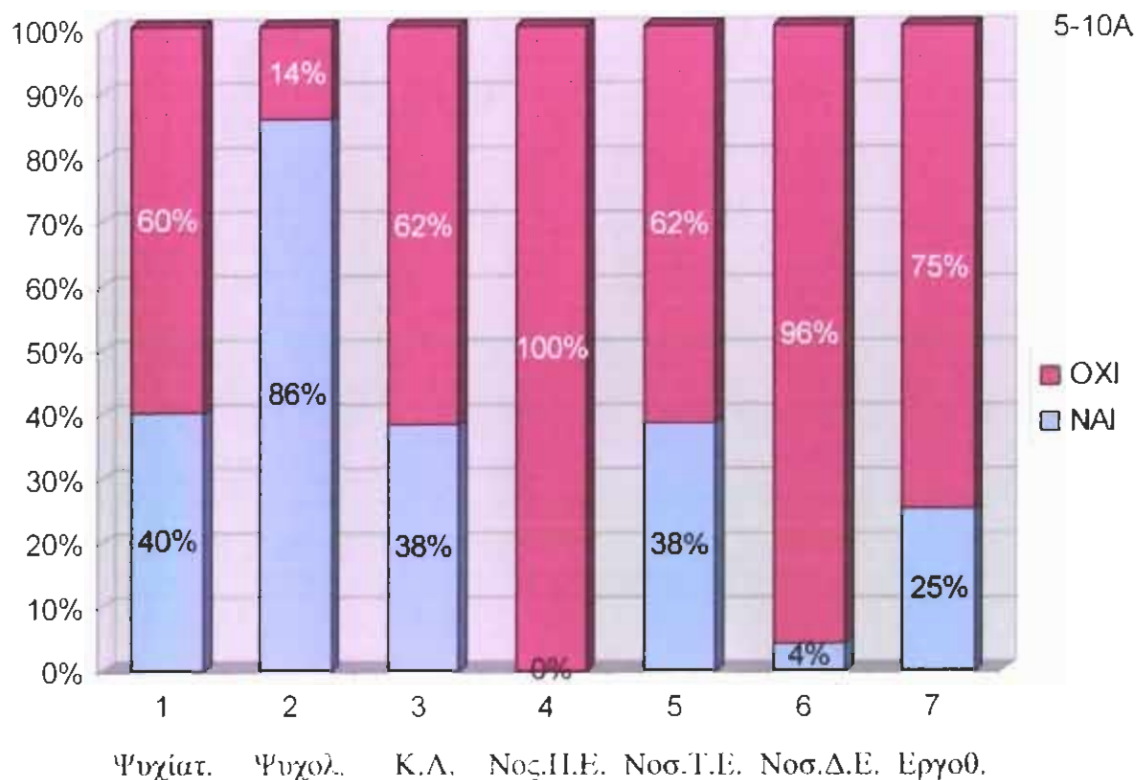
Από αυτούς που απάντησαν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα, οι Ψυχίατροι πιστεύουν ότι την προσπάθεια αυτή έχουν δυσκολέψει κυρίως : «Η νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό» (60%), και «Φόρτος εργασίας / ανάληψη μεγάλου όγκου καθηκόντων» και «Δυσκαμψία της κοινότητας να αποδεχθεί την ύπαρξη δομών στα πλαίσιά της» (20%) με ισόποσα ποσοστά.

Οι Νοσηλευτές Τ.Ε. θεωρούν ως λόγο δυσκολίας : « Όλα τα παραπάνω» (100%). Οι Νοσηλευτές Δ.Ε. θεωρούν «Όλα τα παραπάνω» (70%) και « Έλλειψη οικονομικών πόρων» (20%). Οι Εργοθεραπευτές θεωρούν ως λόγο δυσκολίας «τη νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό» (100%).

Ε10) Α. Πιστεύετε ότι όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζεστε θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης;

ΝΑΙ

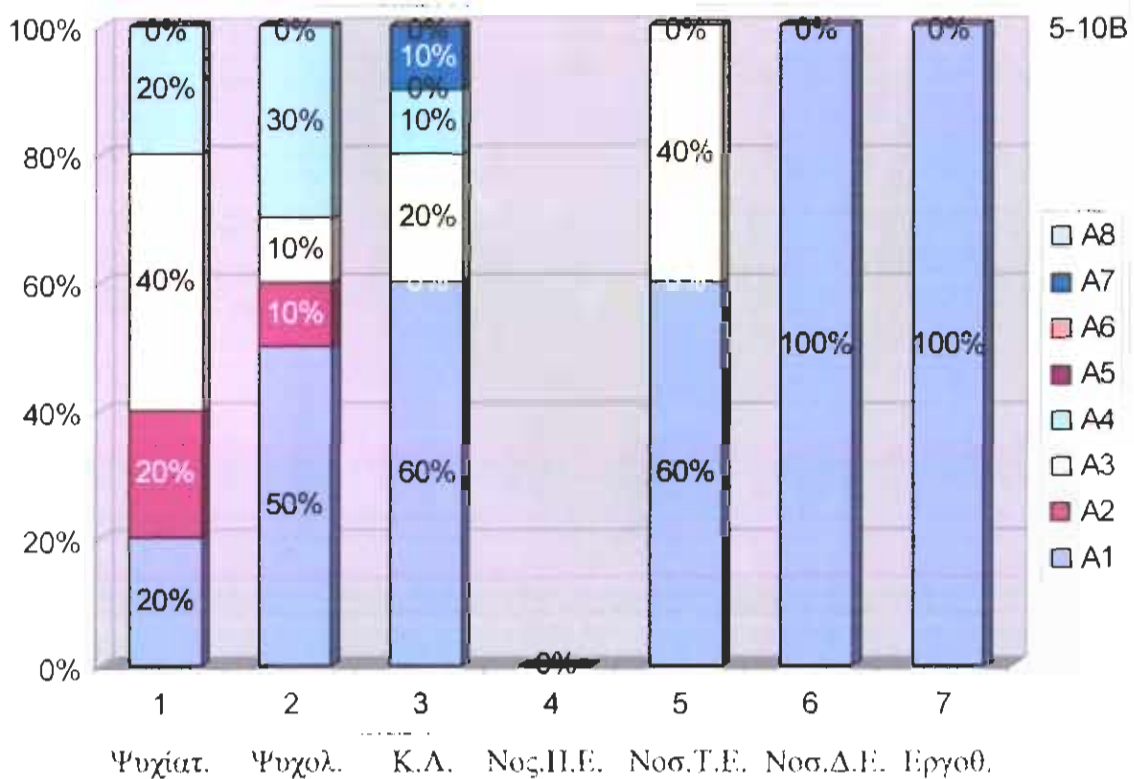
ΌΧΙ



Στην ερώτηση : Πιστεύετε ότι όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζεστε θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης, οι Ψυχίατροι απάντησαν αρνητικά με ποσοστό (60%), οι Ψυχολόγοι με ποσοστό (86%) θετικά, και απάντησαν αρνητικά : οι Κοινωνικοί Λειτουργοί με ποσοστό (62%), οι Νοσηλευτές Π.Ε. (100%), οι Νοσηλευτές Τ.Ε. (62%), οι Νοσηλευτές Δ.Ε. (96%) και οι Εργοθεραπευτές (75%).

Ε10) Β. Αν ΝΑΙ, για ποιον-ους από τους παρακάτω λόγους μπορούν να μεταβούν στην κοινότητα :

- A1. Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα
- A2. Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα λόγω της αναγκαίας απορρόφησης των οικονομικών κονδυλίων
- A3. Επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών
- A4. Επειδή πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία
- A5. Όλα τα παραπάνω
- A6. Κανένα από τα παραπάνω
- A7. Δ.Ξ.
- A8. Άλλο, προσδιορίστε



E10)B. Από αυτούς που πιστεύουν ότι όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζονται θα μπορούσαν να μεταβούν στην κοινότητα, οι επικρατέστερες απαντήσεις των Ψυχιάτρων για το λόγο που αυτό θα μπορούσε να γίνει ήταν : «Επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών» (40%). Οι αμέσως δυο επικρατέστερες απαντήσεις ήταν : «Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα λόγω της αναγκαίας απορρόφησης των οικονομικών κονδυλίων» και «Επειδή πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία» (20%) με ισόποσα ποσοστά.

Οι Ψυχολόγοι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (50%) πιστεύουν ότι οι ασθενείς θα μπορούσαν να μεταβούν στην κοινότητα : «Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα» και με ποσοστό (30%) «Επειδή πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία».

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (60%) απάντησαν : «Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα» και με ποσοστό (20%) : «Επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών».

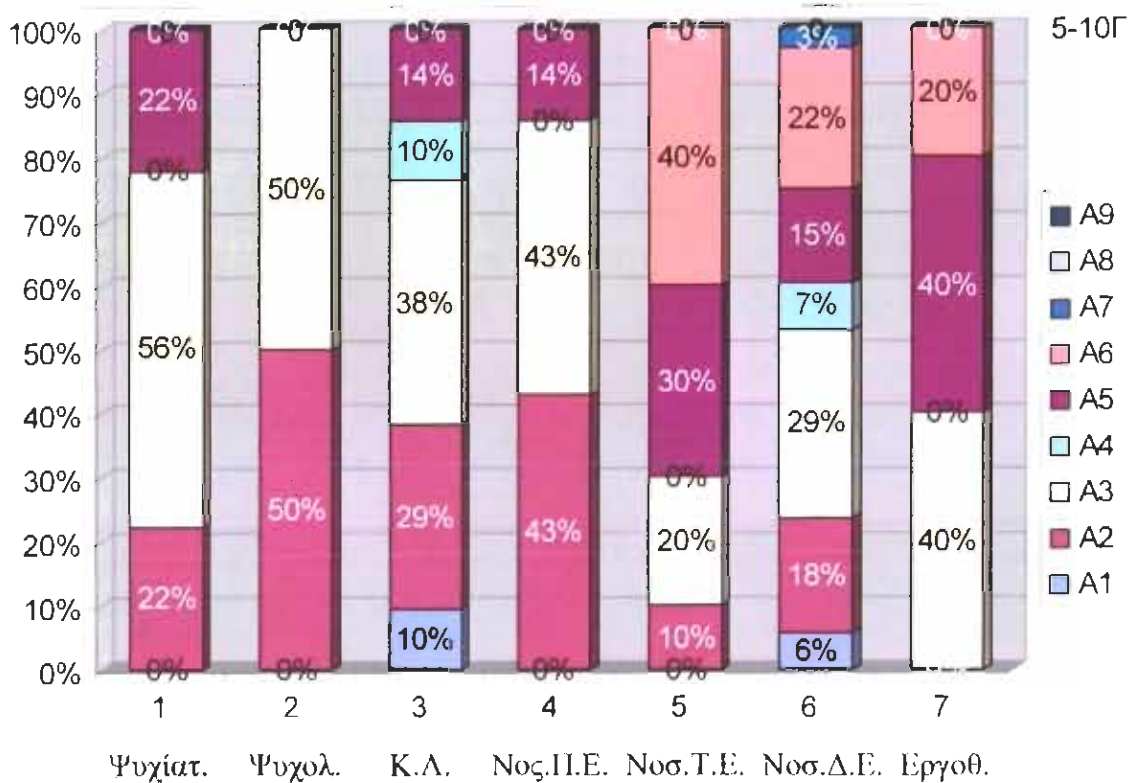
Οι Νοσηλευτές Π.Ε. δεν δώσανε καμιά απάντηση.

Οι Νοσηλευτές Τ.Ε. με ποσοστό (60%) απάντησαν : «Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα» και με ποσοστό (40%) : «Επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών».

Οι Νοσηλευτές Δ.Ε. και οι Εργοθεραπευτές με ποσοστό (100%) απάντησαν : «Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα».

Ε10) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιον -ους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης :

- Α1. Λόγω δυσκολίας οργάνωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την προετοιμασία των ασθενών σχετικά για την μετάβαση τους
- Α2. Λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών
- Α3. Λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών
- Α4. Λόγω προκαταλήψεων της κοινότητας
- Α5. Λόγω της ασυλκής συμπεριφοράς των ασθενών
- Α6. Όλα τα παραπάνω
- Α7. Κανένα από τα παραπάνω
- Α8. Δ.Ξ.
- Α9. Άλλο, προσδιορίστε



Ε10)Γ. Από αυτούς που πιστεύουν ότι δεν θα μπορούσαν όλοι οι ασθενείς να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης, το μεγαλύτερο ποσοστό των Ψυχιάτρων (56%) πιστεύει ότι αυτό δεν θα μπορούσε να συμβεί : «Λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών» και με ισόποσα ποσοστά (22%) : «Λόγω δυσκολίας οργάνωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την προετοιμασία των ασθενών σχετικά για την μετάβαση τους» και «Λόγω της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών».

Οι Ψυχολόγοι με ισόποσα ποσοστά (50%) πιστεύουν ότι οι ασθενείς δεν θα μπορούσαν να μεταβούν στην κοινότητα : « Λόγω δυσκολίας οργάνωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την προετοιμασία των ασθενών σχετικά για την μετάβαση τους» και «Λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών».

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (38%) απάντησαν : «Λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών» και με ποσοστό (29%) : «Λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών».

Οι Νοσηλευτές Π.Ε. με ισόποσα ποσοστά (43%) απάντησαν : «Λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών» και «Λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών».

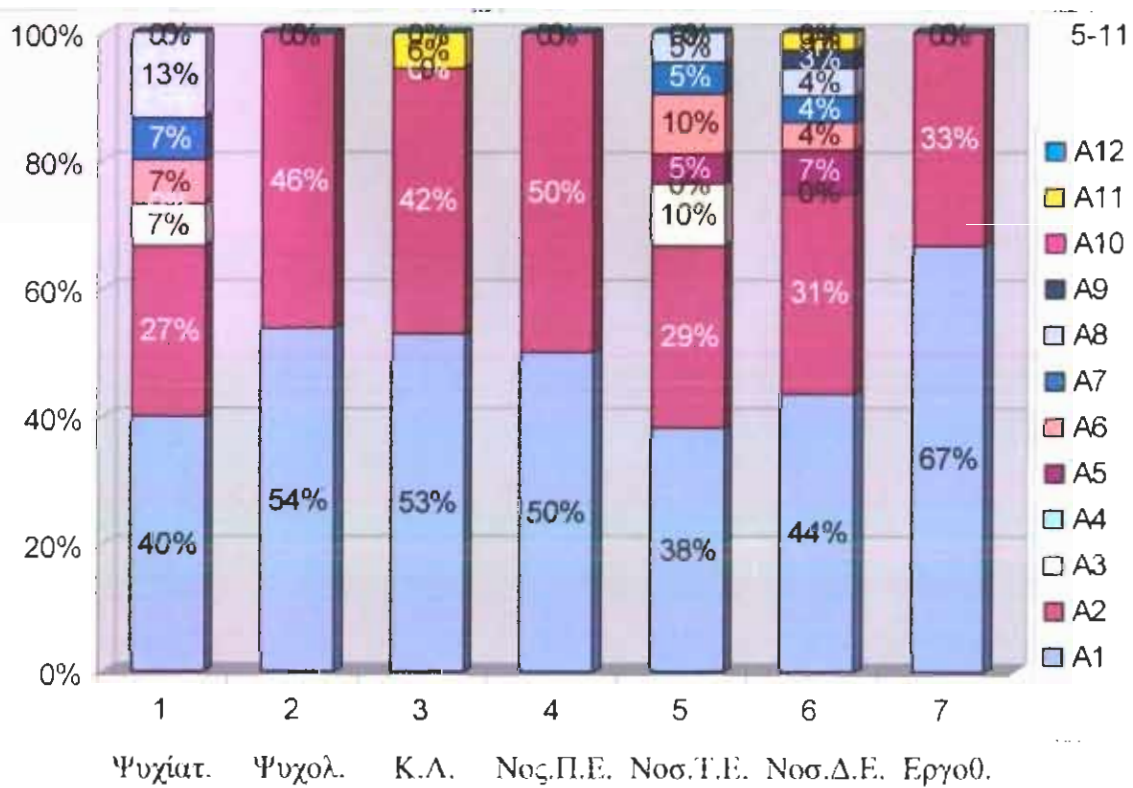
Οι Νοσηλευτές Τ.Ε. με ποσοστό (40%) απάντησαν : «Όλα τα παραπάνω» και με ποσοστό (30%) «Λόγω της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών».

Οι Νοσηλευτές Δ.Ε. με ποσοστό (29%) απάντησαν : «Λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών» και με ποσοστό (22%) : «Όλα τα παραπάνω».

Οι Εργοθεραπευτές με ισόποσα ποσοστά (40%) απάντησαν : «Λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών» και «Λόγω της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών».

E11) Ποια -ες από τις παρακάτω αντιδράσεις έχετε όταν αποφασίζετε η μετάβαση ενός ασθενή του τμήματος όπου εργάζεστε σε αποκαταστασιακές δομές;

- Α1. Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)
- Α2. Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου
- Α3. Άδειες
- Α4. Έναρξη μεταπτυχιακών σπουδών
- Α5. Μειωμένη διάθεση συνεργασίας με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα
- Α6. Αποφυγή επαφής με τους ασθενείς
- Α7. Σύγκρούσεις με το λοιπό προσωπικό
- Α8. Μειωμένη αποτελεσματικότητα στα καθήκοντα
- Α9. Όλα τα παραπάνω
- Α10. Κανένα από τα παραπάνω
- Α11. Δ.Ξ.
- Α12. Άλλο, προσδιορίστε



E11) Οι επικρατέστερες αντιδράσεις των Ψυχιάτρων είναι : «Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)» (40%) και «Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και «συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου» (27%).

Οι επικρατέστερες αντιδράσεις των Ψυχολόγων είναι : «Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)» (54%) και «Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και «συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου» (46%).

Οι επικρατέστερες αντιδράσεις των Κοινωνικών Λειτουργών είναι : «Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)» (53%) και «Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και «συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου» (42%).

Οι επικρατέστερες αντιδράσεις των Νοσηλευτών Π.Ε. με ισόποσα ποσοστά (50%) είναι : «Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)» και «Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και «συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου».

Οι επικρατέστερες αντιδράσεις των Νοσηλευτών Τ.Ε. είναι : «Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)» (38%) και «Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και «συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου» (29%).

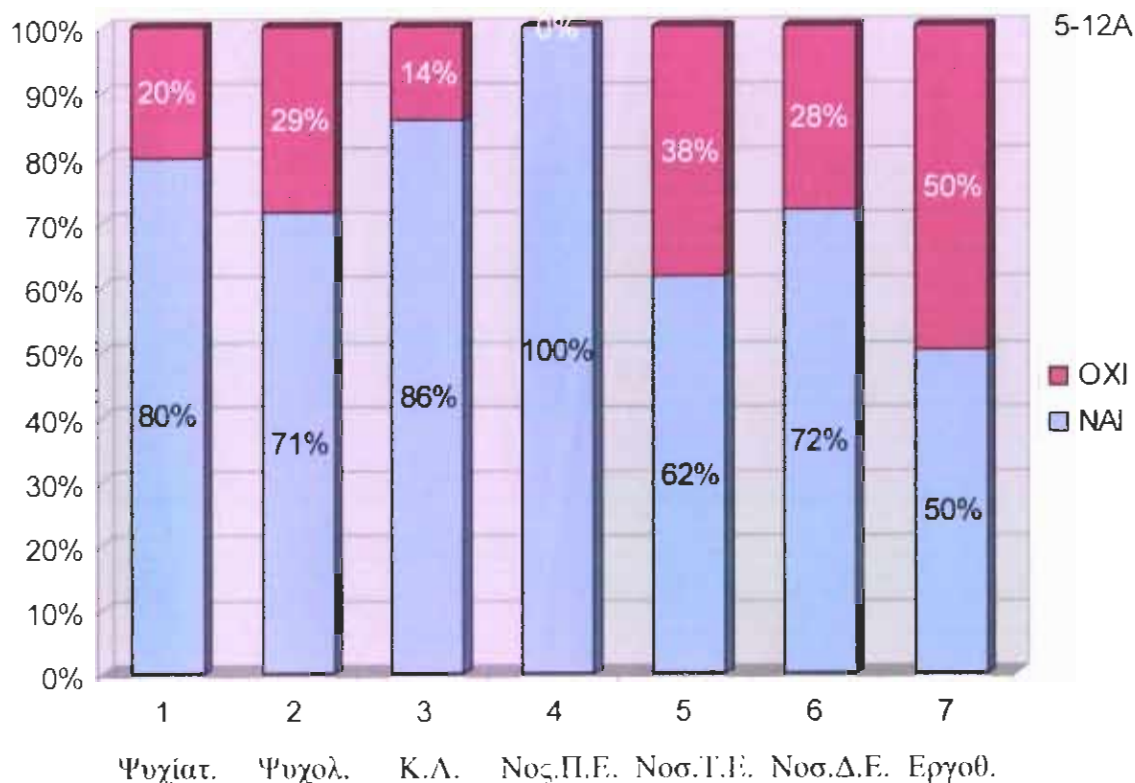
Οι επικρατέστερες αντιδράσεις των Νοσηλευτών Δ.Ε. είναι : «Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)» (44%) και «Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και «συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου» (31%).

Οι επικρατέστερες αντιδράσεις των Εργοθεραπευτών είναι : «Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)» (67%) και «Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και «συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου» (33%).

Ε12) Α. Έχετε βοηθήσει ασθενείς να βγουν και να μείνουν σε στεγαστική μονάδα αποκατάστασης στην κοινότητα;

ΝΑΙ

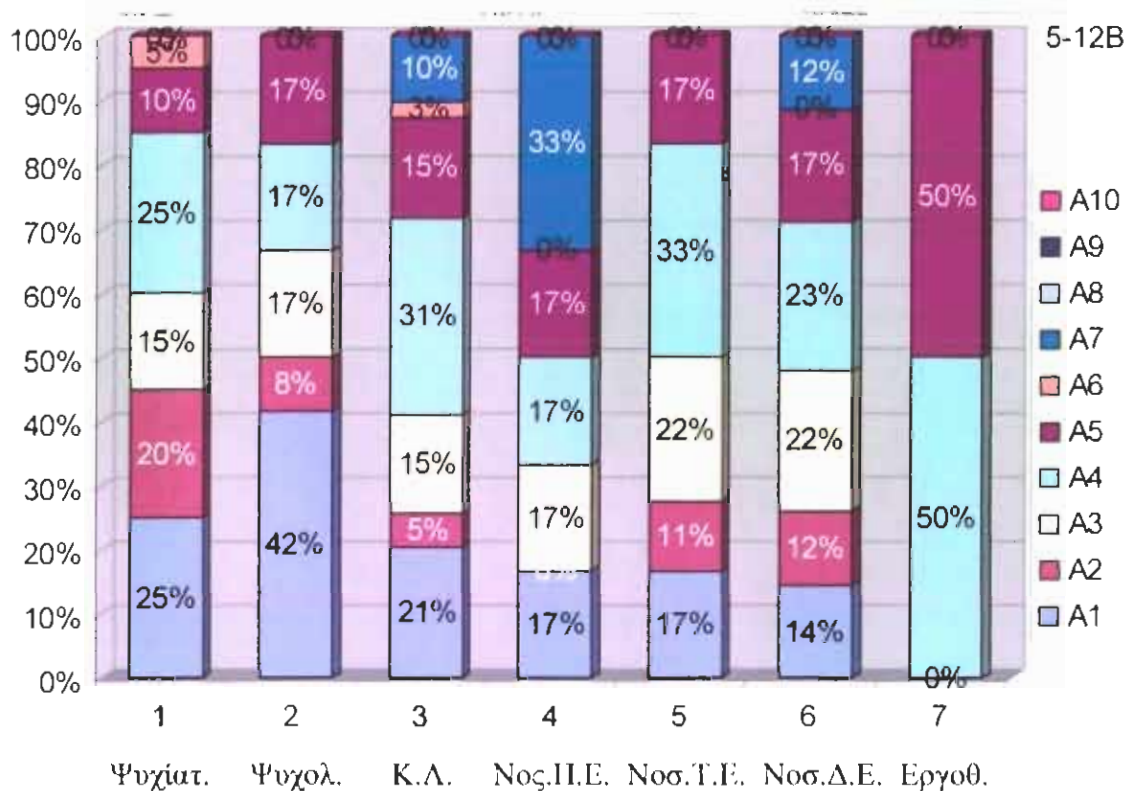
ΟΧΙ



Απάντησαν θετικά : το μεγαλύτερο ποσοστό (80%) των Ψυχιάτρων, το ίδιο και οι περισσότεροι Ψυχολόγοι (71%), Κοινωνικοί Λειτουργοί (86%), το σύνολο των Νοσηλευτών Π.Ε. (100%), το 62% των Νοσηλευτών Τ.Ε. και το 72% των Νοσηλευτών Δ.Ε. Οι Εργοθεραπευτές έχουν απαντήσει με ισόποσα ποσοστά (50%).

Ε12) Β. Αν ΝΑΙ, ποιο-οια από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι αισθάνθηκαν οι ασθενείς για τη μετάβαση τους στη κοινότητα:

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| A1. Ικανοποίηση | A6. Λδιαφορία |
| A2. Λύπη | A7. Όλα τα παραπάνω |
| A3. Χαρά | A8. Κανένα από τα παραπάνω |
| A4. Άγχος | A9. Δ.Ξ. |
| A5. Φόβο | A10. Άλλο, προσδιορίστε |



Οι Ψυχίατροι πιστεύουν ότι, οι ασθενείς αισθάνθηκαν κυρίως : «ικανοποίηση» και «άγχος» με ισόποσα ποσοστά (25%) και «λύπη» με ποσοστό (20%).

Οι Ψυχολόγοι πιστεύουν ότι, οι ασθενείς αισθάνθηκαν για την μετάβασή τους κυρίως : «ικανοποίηση» (42%) και με ισόποσα ποσοστά (17%): «χαρά», «άγχος» και «φόβο».

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί απάντησαν κυρίως : «άγχος» (31%), «ικανοποίηση» (21%) και με ισόποσα ποσοστά (15%): «χαρά» και «φόβο».

Οι Νοσηλευτές Π.Ε. απάντησαν κυρίως : «Όλα τα παραπάνω» (33%), και με ισόποσα ποσοστά (17%) : «ικανοποίηση», «χαρά», «άγχος», και «φόβο».

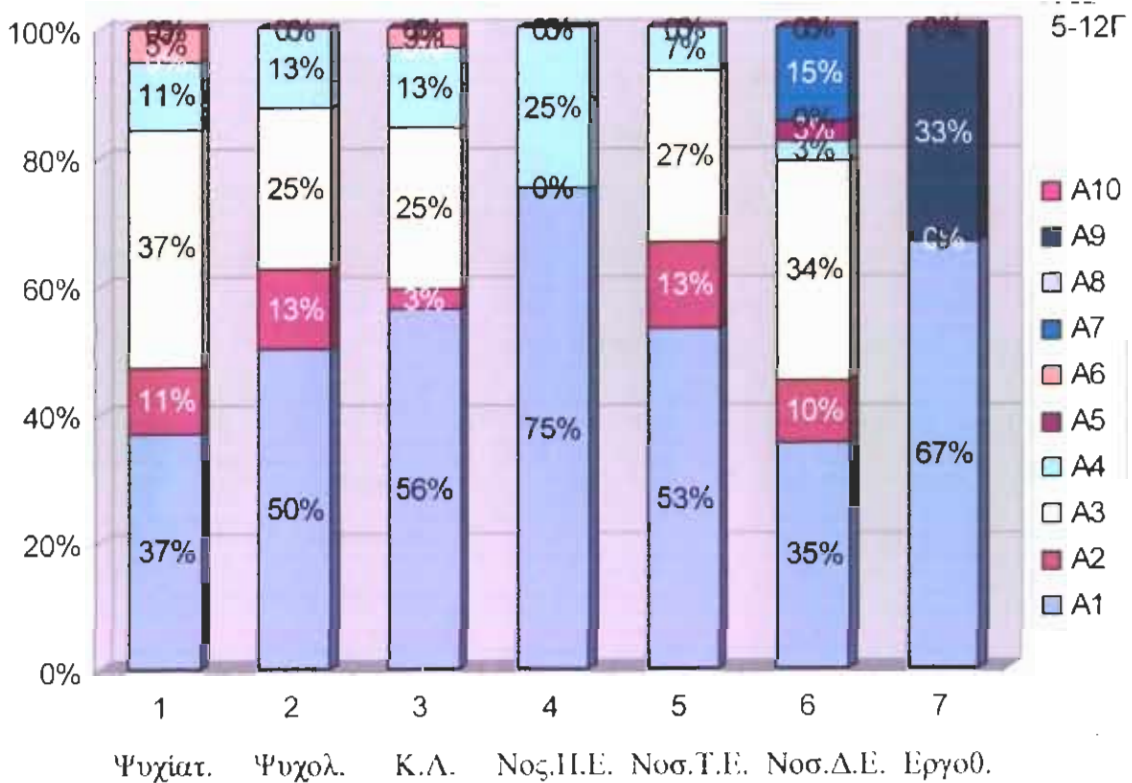
Οι Νοσηλευτές Τ.Ε. απάντησαν κυρίως : «άγχος» (33%), «χαρά» (22%), «ικανοποίηση» και «φόβο» (17%).

Οι Νοσηλευτές Δ.Ε. απάντησαν κυρίως : «άγχος» (23%), «χαρά» (22%) και «φόβο» (17%).

Οι Εργοθεραπευτές Οι Νοσηλευτές Τ.Ε. απάντησαν με ισόποσα ποσοστά (50%) : «άγχος» και «φόβο».

Ε12) Γ. Ποιο-ποια συναισθήματα νιώσατε μετά τη μετάβαση των ασθενών σας στην κοινότητα:

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| Α1. Ικανοποίηση | Α6. Αδιαφορία |
| Α2. Λύπη | Α7. Όλα τα παραπάνω |
| Α3. Χαρά | Α8. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α4. Άγχος | Α9. Δ.Ξ. |
| Α5. Φόβο | Α10. Άλλο, προσδιορίστε |



Για τη μετάβαση των ασθενών τους στην κοινότητα, οι Ψυχίατροι ένιωσαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους : «ικανοποίηση» και «χαρά» (με ισόποσα ποσοστά 37%).

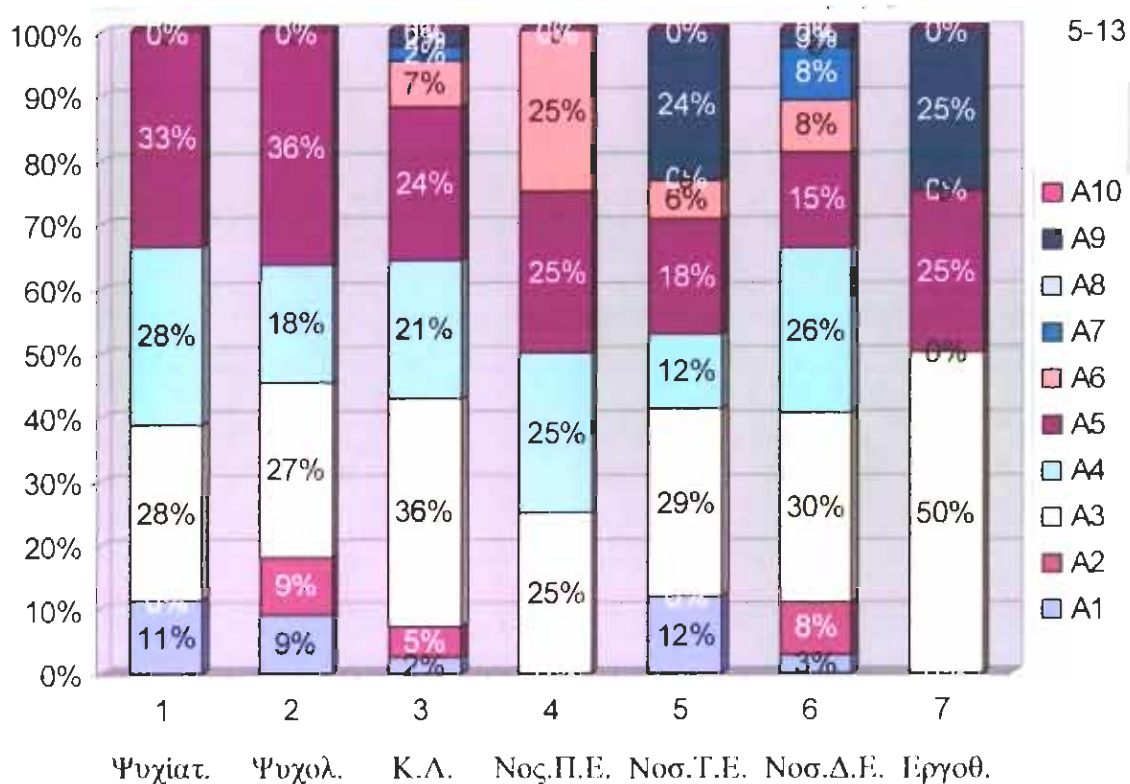
Οι Ψυχολόγοι ένιωσαν : «ικανοποίηση» (50%) και «χαρά» (25%). Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί ένιωσαν : «ικανοποίηση» (56%) και «χαρά» (25%). Οι Νοσηλευτές Π.Ε. ένιωσαν : «ικανοποίηση» (75%) και «άγχος» (25%).

Οι Νοσηλευτές Τ.Ε. και Νοσηλευτές Δ.Ε. ένιωσαν : «ικανοποίηση» (53% και 35% αντίστοιχα) και «χαρά» (27% και 34% αντίστοιχα).

Οι Εργοθεραπευτές ένιωσαν : «ικανοποίηση» (67%) και «Δ.Ξ.» (33%).

Ε13) Ποιο-α από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι θα μπορούσε να βιώσει η κοινότητα σχετικά με την μετάβαση των ασθενών;

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| A1. Ικανοποίηση | Λ6. Λύπη |
| A2. Ευχαρίστηση | Λ7. Όλα τα παραπάνω |
| Λ3. Αμφιθυμία | Λ8. Κανένα από τα παραπάνω |
| Λ4. Απάθεια – αδιαφορία | Λ9. Δ.Ξ. |
| Λ5. Θυμός – οργή | Λ10. Άλλο, προσδιορίστε |



Για τη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα, οι Ψυχίατροι πιστεύουν ότι η κοινότητα θα μπορούσε να βιώσει κυρίως : «Θυμός – οργή» (33%), « Αμφιθυμία» και «Απάθεια – αδιαφορία» (28% με ισόποσα).

Οι Ψυχολόγοι απάντησαν : «Θυμός – οργή» (36%), « Αμφιθυμία» (27%) «Απάθεια – αδιαφορία» (18%).

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί απάντησαν : « Αμφιθυμία» (36%), «Θυμός – οργή» (24%), και «Απάθεια – αδιαφορία» (21%).

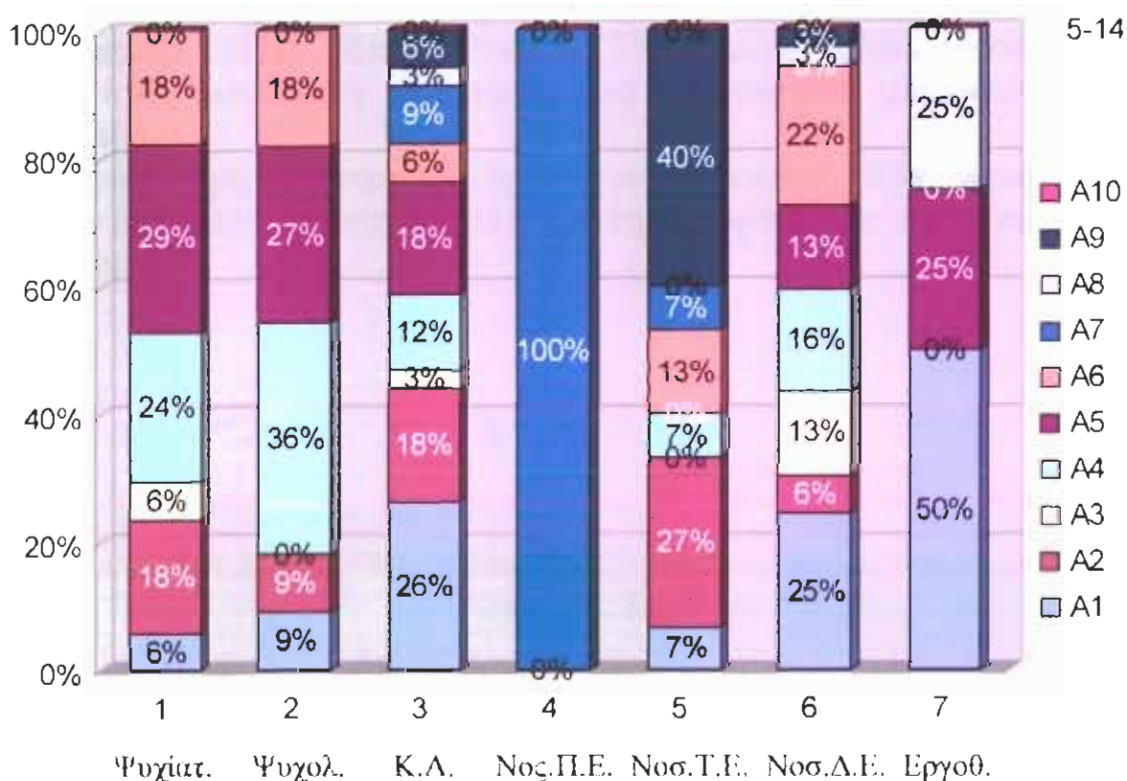
Οι Νοσηλευτές Π.Ε. απάντησαν : «Αμφιθυμία», «Απάθεια – αδιαφορία», «Θυμός – οργή» και « Λύπη» με ισόποσα ποσοστά (25%)

Οι Νοσηλευτές Γ.Ε. απάντησαν : « Αμφιθυμία» (29%), «Δ.Ξ.»(24%) και «Θυμός – οργή» (18%).

Οι Εργοθεραπευτές απάντησαν : Αμφιθυμία» (50%), «Θυμός – οργή» και «Δ.Ξ.»(25%).

Ε14) Ποιο-α από τα παρακάτω θα μπορούσαν, κατά την γνώμη σας, να αποτελέσουν έμπρακτη αντίδραση της κοινότητας σχετικά με τη δημιουργία εξωτερικών μονάδων αποκατάστασης;

- Α1. Εθελοντισμός
- Α2. Οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων
- Α3. Μη οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων
- Α4. Λάθητεια
- Α5. Στιγματισμός
- Α6. Επίθετικότητα
- Α7. Όλα τα παραπάνω
- Α8. Κανένα από τα παραπάνω
- Α9. Δ.Ξ.
- Α10. Άλλο, προσδιορίστε



Ε14) Οι επικρατέστερες απαντήσεις των Ψυχιάτρων για το τι θα μπορούσε να αποτελέσει έμπρακτη αντίδραση της κοινότητας ήταν : «Στιγματισμός» (29%), «Απάθεια» (24%) και με ισόποσα ποσοστά 18% : «Οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων» και «Επιθετικότητα».

Οι επικρατέστερες απαντήσεις των Ψυχολόγων ήταν : «Απάθεια» (36%), «Στιγματισμός» (27%) και «Επιθετικότητα» (18%).

Οι επικρατέστερες απαντήσεις των Κοινωνικών Λειτουργών ήταν : «Εθελοντισμός» (26%) και με ισόποσα ποσοστά (18%) : «Οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων» και «Στιγματισμός».

Οι επικρατέστερη απάντηση των Νοσηλευτών Π.Ε. ήταν : «Όλα τα παραπάνω» (100%).

Οι επικρατέστερη απάντηση των Νοσηλευτών Τ.Ε. ήταν : Δ.Ξ. (40%) και «Οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων» (27%).

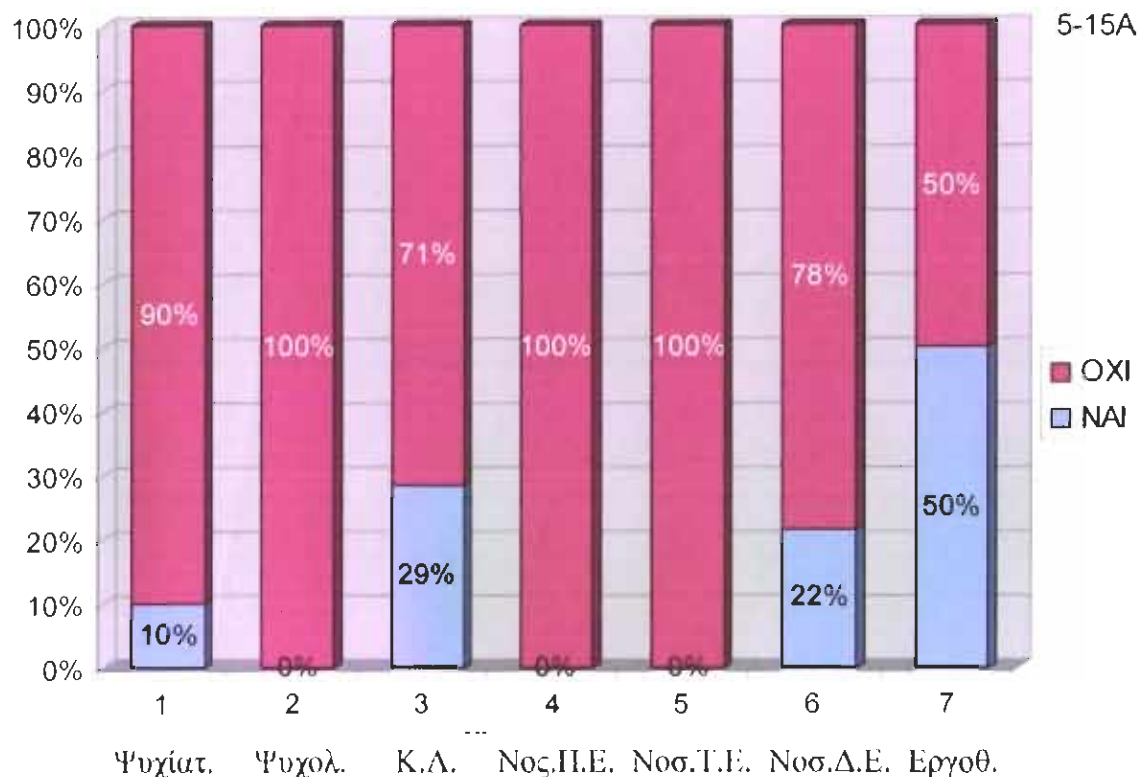
Οι επικρατέστερη απάντηση των Νοσηλευτών Δ.Ε. ήταν : «Εθελοντισμός» (25%), «Επιθετικότητα» (22%) και με ισόποσα ποσοστά (13%) : «Μη οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων» και «Στιγματισμός».

Οι επικρατέστερη απάντηση των Εργοθεραπευτών ήταν : «Εθελοντισμός» (50%) και με ισόποσα ποσοστά (25%) : «Στιγματισμός» και «Κανένα από τα παραπάνω».

E15) Α. Πιστεύετε ότι η κοινότητα είναι ενημερωμένη για τη λειτουργία θεραπευτικών μονάδων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων;

ΝΑΙ

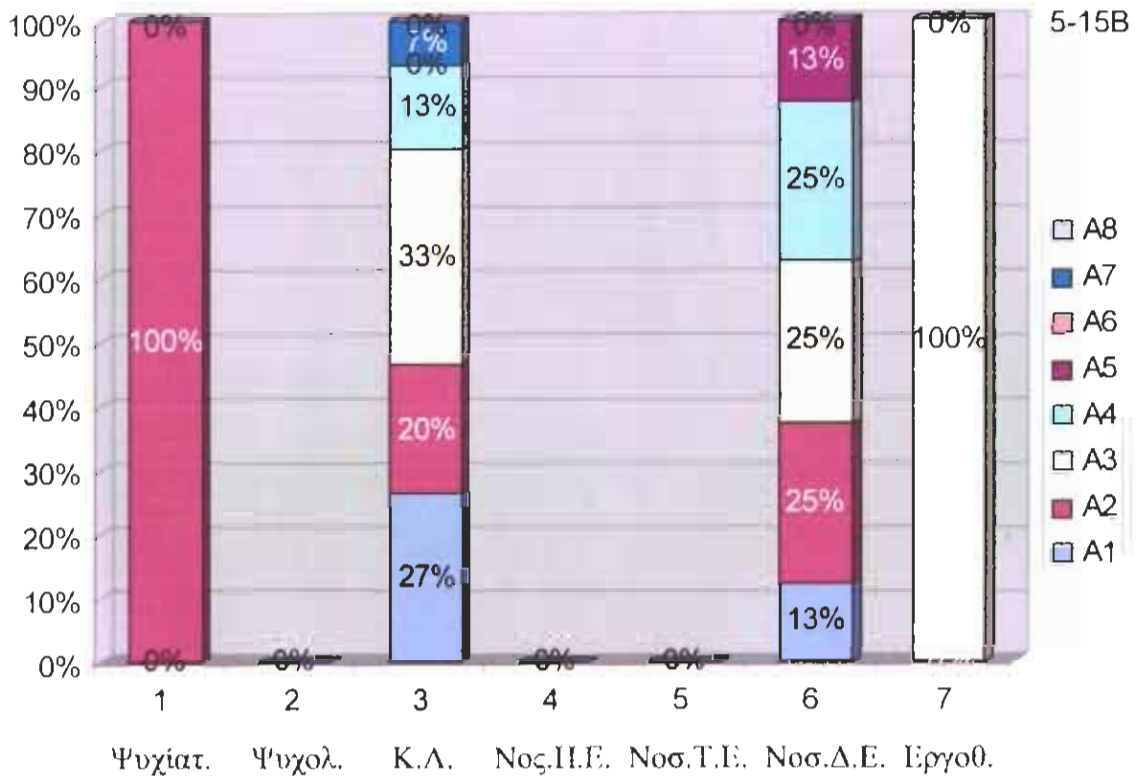
ΟΧΙ



Η συντριπτική πλειοψηφία των Ειδικοτήτων πιστεύει ότι η κοινότητα δεν είναι ενημερωμένη για τη λειτουργία θεραπευτικών μονάδων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων πιο συγκεκριμένα : Ψυχίατροι (90%), Ψυχολόγοι (100%), Κοινωνικοί Λειτουργοί (71%), Νοσηλευτές Π.Ε. (100%), Νοσηλευτές Τ.Ε. (100%), και Νοσηλευτές Δ.Ε. (78%). Με εξαίρεση τους Εργοθεραπευτές που το (50%) πιστεύει ότι η κοινότητα είναι ενημερωμένη για τη λειτουργία θεραπευτικών μονάδων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων.

E15) Β. Αν ΝΑΙ, με ποιον-ους από τους παρακάτω τρόπους πιστεύετε ότι έχει ενημερωθεί:

- | | |
|---|----------------------------|
| Α1. Αγωγή κοινότητας | Α5. Όλα τα παραπάνω |
| Α2. Μ.Μ.Ε. | Α6. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α3. Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων - κοινοτήτων | Α7. Δ. Ξ. |
| Α4. Ημερίδες - Σεμινάρια | Α8. Άλλο, προσδιορίστε |



Από τους επαγγελματίες που πιστεύουν ότι η κοινότητα έχει ενημερωθεί, το (100%) των Ψυχιάτρων πιστεύουν ότι αυτό έχει γίνει μέσω των «Μ.Μ.Ε.».

Από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς που πιστεύουν ότι η κοινότητα έχει ενημερωθεί, το (33%) πιστεύουν ότι αυτό έχει γίνει από : «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων», το (27%) μέσω «Αγωγής κοινότητας» και το (20%) πιστεύει ότι αυτό έχει γίνει μέσω των «Μ.Μ.Ε.».

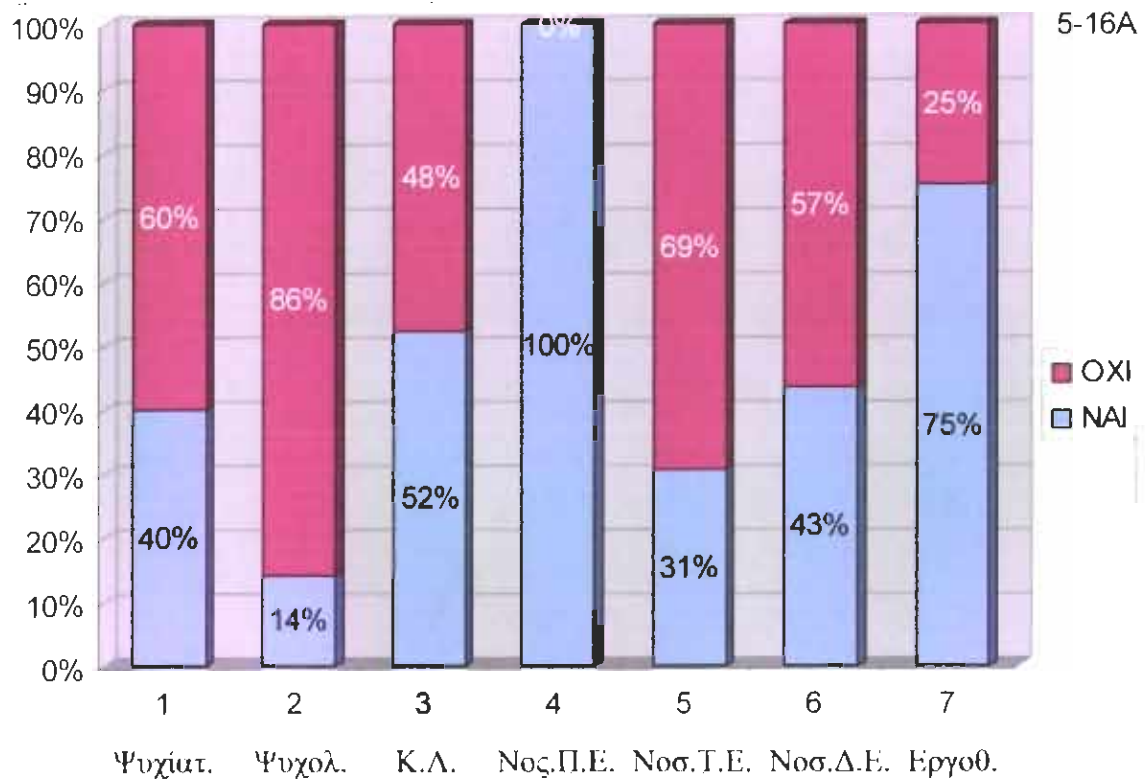
Από τους νοσηλευτές με ισόποσα ποσοστά (25%) πιστεύει ότι αυτό έχει γίνει μέσω : «Μ.Μ.Ε.», «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» και «Ημερίδες – Σεμινάρια».

Οι Εργοθεραπευτές στη συντριπτική τους πλειοψηφία (100%) πιστεύουν ότι αυτό έχει γίνει από «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων».

E16) Α. Εσείς έχετε συντελέσει ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Ψυχιατρείου στην αγωγή της κοινότητας, σχετικά με την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών για το θέμα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών;

ΝΑΙ

ΟΧΙ



Στο αν έχουν συντελέσει στην αγωγή κοινότητας : οι Ψυχίατροι με ποσοστό (60%) απάντησαν αρνητικά, το ίδιο και οι Ψυχολόγοι με ποσοστό (86%).

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί με ποσοστό (52%) απάντησαν θετικά, το ίδιο και όλοι οι Νοσηλευτές Π.Ε. (100%).

Οι Νοσηλευτές Τ.Ε. με ποσοστό (69%) απάντησαν αρνητικά, το ίδιο και οι Νοσηλευτές Δ.Ε. με ποσοστό (57%).

Οι Εργοθεραπευτές με ποσοστό (75%) απάντησαν θετικά.

E16) Β. Αν ΝΑΙ, με ποιους από τους παρακάτω τρόπους:

Α1. Αγωγή κοινότητας

Α2. Μ.Μ.Ε.

Α3. Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων

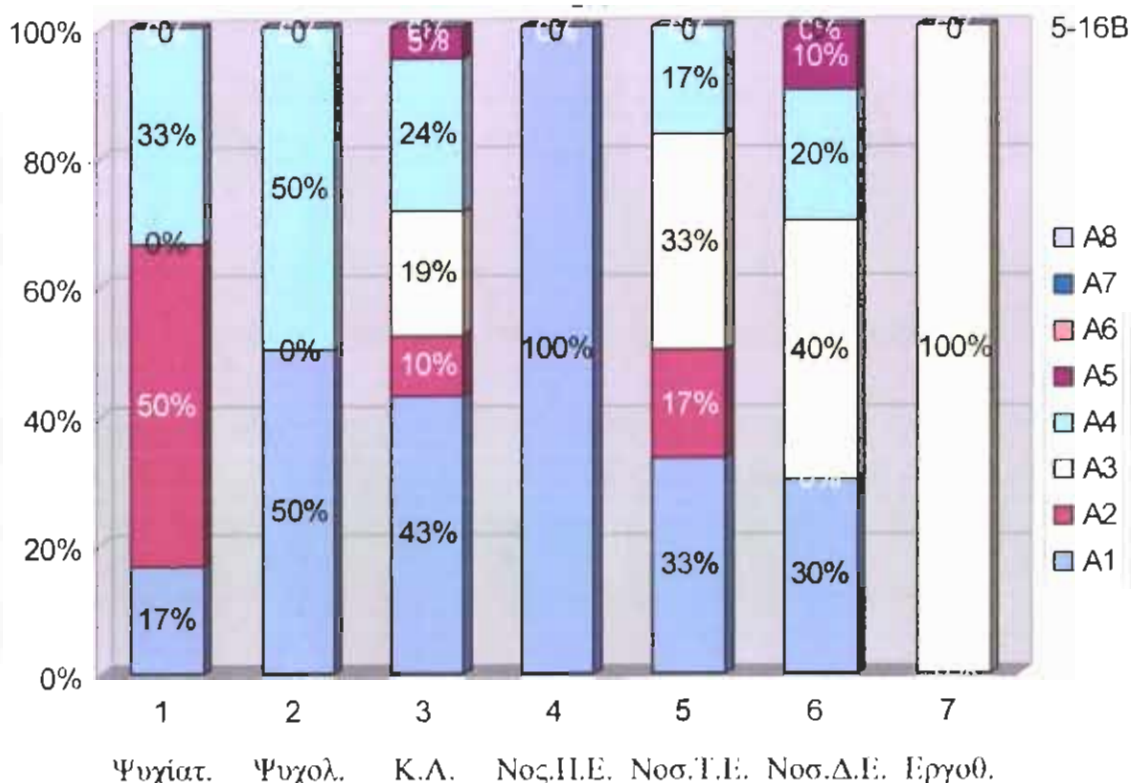
Α4. Ημερίδες – Σεμινάρια

Α5. Όλα τα παραπάνω

Α6. Κανένα από τα παραπάνω

Α7. Δ.Ξ.

Α8. Άλλο, προσδιορίστε



Από τους φροντιστές που απάντησαν ότι έχουν συντελέσει ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Ψυχιατρείου στην αγωγή της κοινότητας, οι Ψυχίατροι απάντησαν ότι έχουν χρησιμοποιήσει τους εξής τρόπους : «Μ.Μ.Ε.» (50%) και (33%) με «Ημερίδες – Σεμινάρια».

Οι Ψυχολόγοι απάντησαν με ισόποσα ποσοστά (50%) : «Αγωγή κοινότητας» και «Ημερίδες – Σεμινάρια».

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί απάντησαν : «Αγωγή κοινότητας» (43%) και «Ημερίδες – Σεμινάρια» (24%).

Οι Νοσηλευτές Π.Ε. απάντησαν : «Αγωγή κοινότητας» (100%)

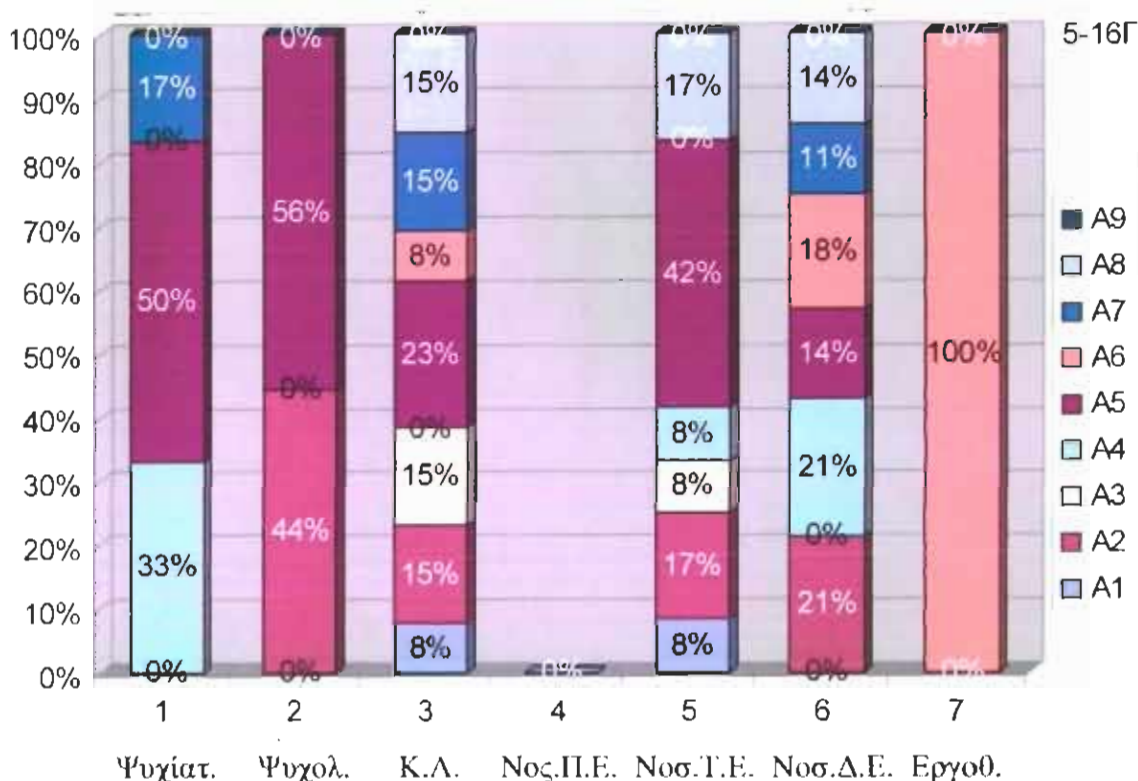
Οι Νοσηλευτές Τ.Ε. απάντησαν με ισόποσα ποσοστά(33%) : «Αγωγή κοινότητας» και «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων».

Οι Νοσηλευτές Δ.Ε. απάντησαν : «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» (40%) και «Αγωγή κοινότητας» (30%).

Οι Εργοθεραπευτές απάντησαν : «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» (100%).

Ε16) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιον – ποιους από τους παρακάτω λόγους δεν καταφέρατε κάτι τέτοιο :

- Λ1. Λόγω αρνήσεως των τοπικών φορέων να συνεργαστούν
- Λ2. Λόγω έλλειψης κονδυλίων
- Λ3. Λόγω άρνησης του ίδιου του προσωπικού
- Λ4. Λόγω αδιαφορίας
- Λ5. Λόγω έλλειψης χρόνου
- Λ6. Όλα τα παραπάνω
- Λ7. Κανένα από τα παραπάνω
- Λ8. Δ.Ξ.
- Λ9. Άλλο, προσδιορίστε



Από τους επαγγελματίες που απάντησαν ότι δεν έχουν συντελέσει ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Ψυχιατρείου στην αγωγή της κοινότητας, οι Ψυχίατροι απάντησαν ότι οι λόγοι που δεν καταφέρανε κάτι τέτοιο ήταν : «η έλλειψη χρόνου» (50%) και «αδιαφορία» (33%).

Οι Ψυχολόγοι απάντησαν : «Λόγω έλλειψης χρόνου» (50%) και «Λόγω έλλειψης κονδυλίων» (44%).

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί απάντησαν : «Λόγω έλλειψης χρόνου» (23%) και με ισόποσα ποσοστά (15%) «Λόγω έλλειψης κονδυλίων», «Λόγω άρνησης του ίδιου του προσωπικού», «Κανένα από τα παραπάνω» και «Δ.Ξ.».

Οι Νοσηλευτές Γ.Ε. απάντησαν : «Λόγω έλλειψης χρόνου» (42%) και με ισόποσα ποσοστά (17%) «Λόγω έλλειψης κονδυλίων» και «Δ.Ξ.».

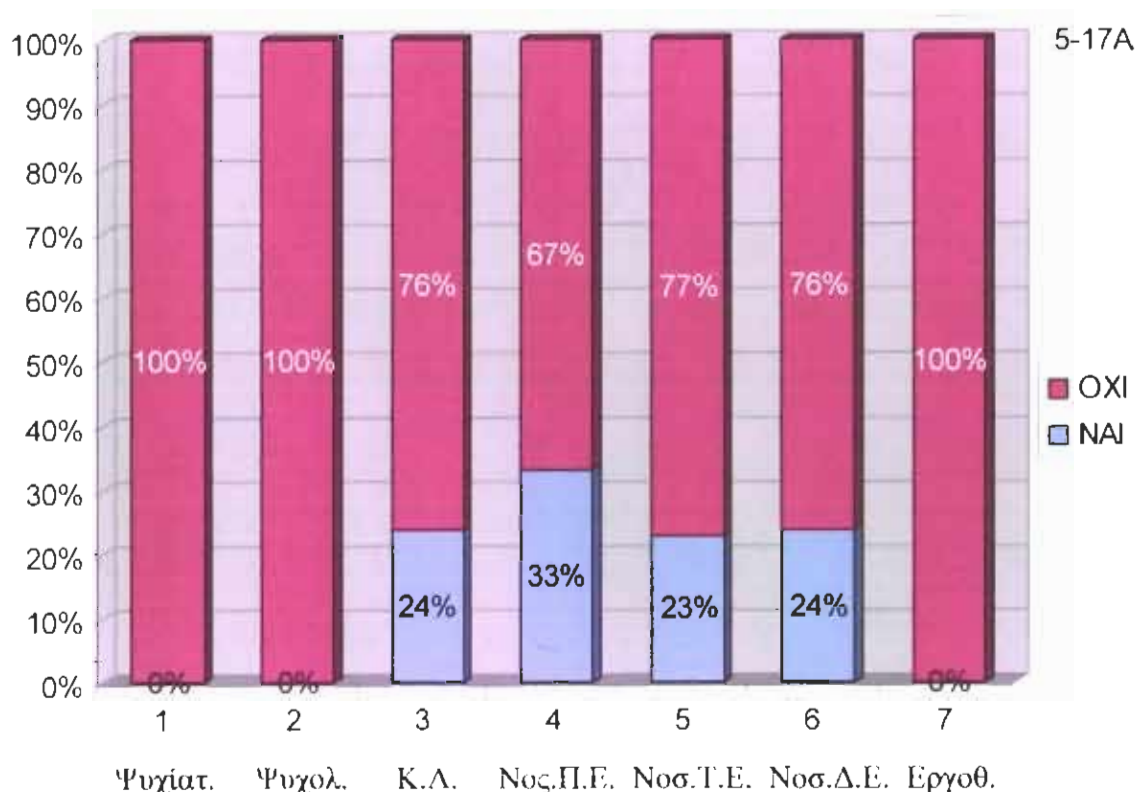
Οι Νοσηλευτές Δ.Ε. απάντησαν και με ισόποσα ποσοστά (21%) : «Λόγω έλλειψης κονδυλίων» και «Λόγω αδιαφορίας».

Οι Εργοθεραπευτές απάντησαν : «Όλα τα παραπάνω» (100%).

Ε17) Α. Πιστεύετε ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα;

ΝΑΙ

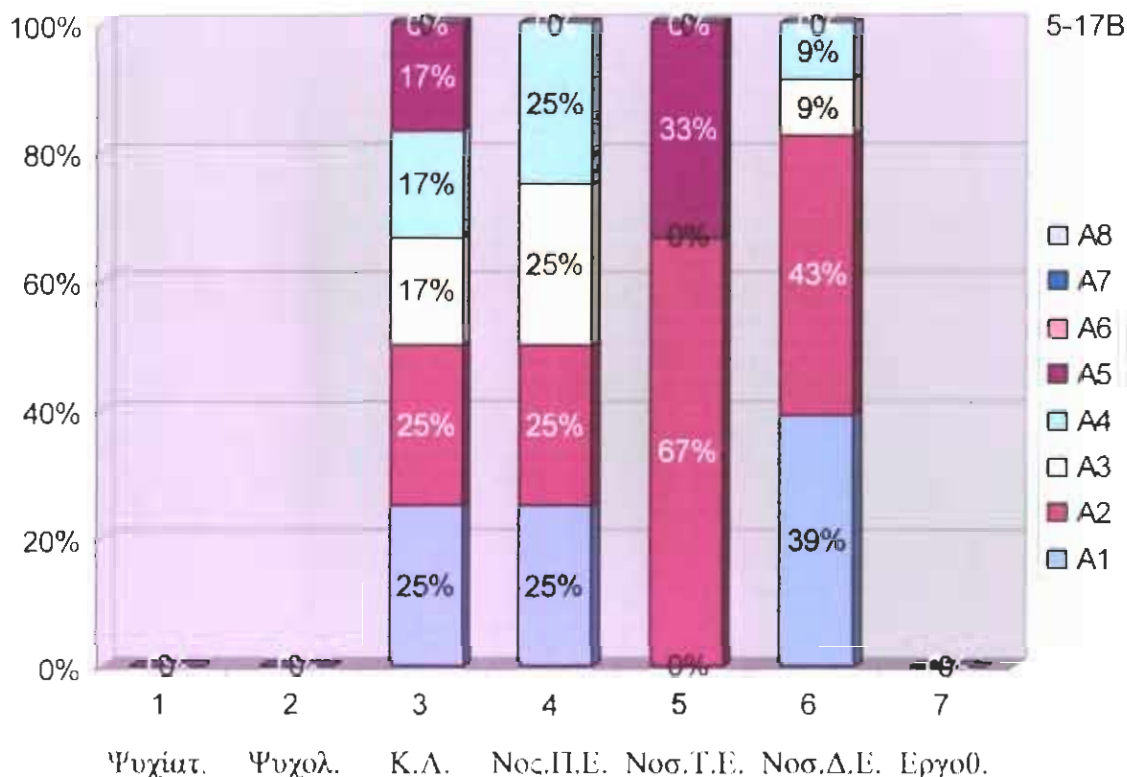
ΟΧΙ



Η συντριπτική πλειοψηφία των Ειδικοτήτων πιστεύει ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα πιο συγκριμένα : Ψυχίατροι (100%), Ψυχολόγοι (100%), Κοινωνικοί Λειτουργοί (76%) Νοσηλευτές Π.Ε. (67%), Νοσηλευτές Τ.Ε. (77%), Νοσηλευτές Δ.Ε. (76%) και Εργοθεραπευτές (100%).

Ε17) Β. Αν ΝΑΙ, σε ποια -ες από τις παρακάτω δομές –υπηρεσίες θα μπορούσαν εργαστούν:

- | | |
|---|----------------------------|
| Α1. Σε Προστατευμένα Εργαστήρια | Α5. Όλα τα παραπάνω |
| Α2. Σε Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς | Α6. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α3. Σε Δημόσιες Υπηρεσίες | Α7. Δ.Ξ. |
| Α4. Σε Ιδιωτικές Υπηρεσίες – Επιχειρήσεις | Α8. Άλλο, προσδιορίστε |



Από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που απάντησαν ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί επέλεξαν τις παρακάτω δομές –υπηρεσίες που θα μπορούσαν να εργαστούν οι χρόνιοι ψυχικά ασθενείς, με ισόποσα ποσοστά (25%) : «Σε Προστατευμένα Εργαστήρια» και «Σε Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς».

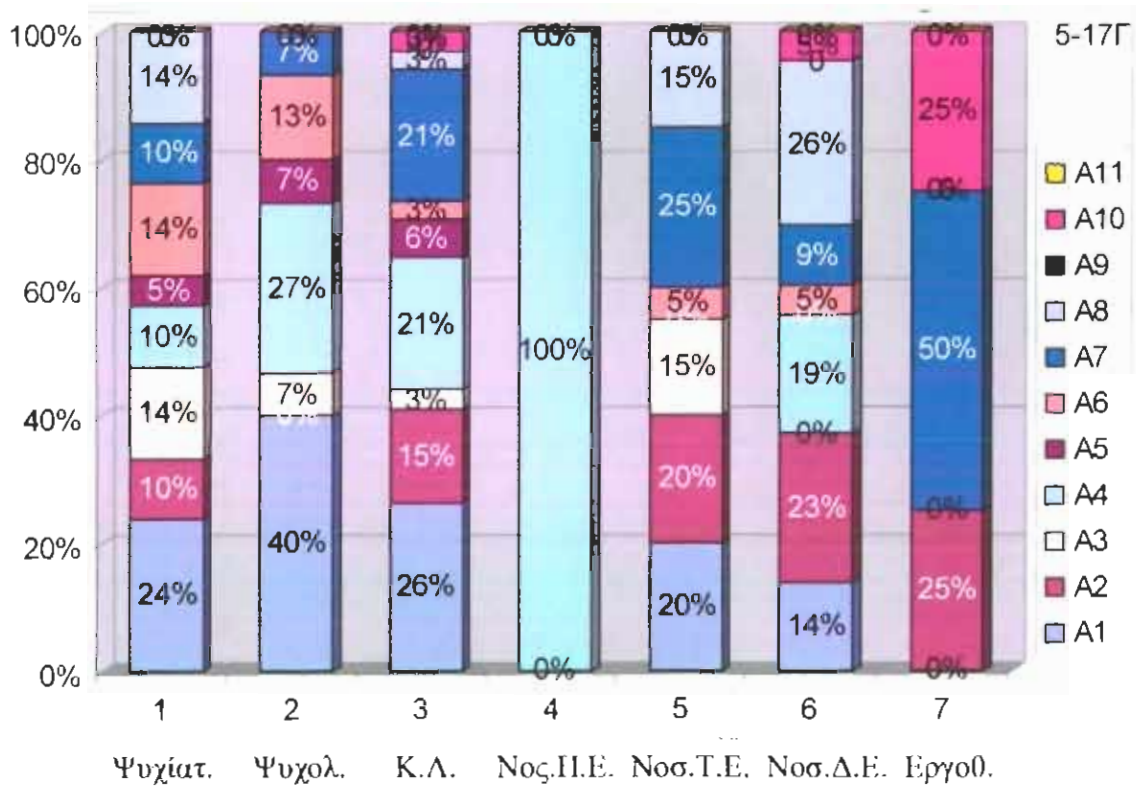
Οι Νοσηλευτές Π.Ε. πιστεύουν ότι οι χρόνιοι ψυχικά ασθενείς μπορούν να εργαστούν, με ισόποσα ποσοστά (25%) : «Σε Προστατευμένα Εργαστήρια», «Σε Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς», «Σε Δημόσιες Υπηρεσίες» και «Σε Ιδιωτικές Υπηρεσίες – Επιχειρήσεις».

Οι Νοσηλευτές Τ.Ε. πιστεύουν ότι οι χρόνιοι ψυχικά ασθενείς μπορούν να εργαστούν: «Σε Προστατευμένα Εργαστήρια» (67%) και «Όλα τα παραπάνω» (33%).

Οι Νοσηλευτές Δ.Ε. πιστεύουν ότι οι χρόνιοι ψυχικά ασθενείς μπορούν να εργαστούν: «Σε Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς» (43%) και «Σε Προστατευμένα Εργαστήρια» (39%).

Ε17) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιόν-ους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν επαρκεί:

- Α1. Λόγω έλλειψης υποδομής
- Α2. Λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης
- Α3. Λόγω ύπαρξης ανεϊδίκευτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας
- Α4. Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών
- Α5. Λόγω έλλειψης συντονισμού θεραπευτικής ομάδας
- Α6. Λόγω κακής οργάνωσης του θεραπευτικού προγράμματος
- Α7. Λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών
- Α8. Όλα τα παραπάνω
- Α9. Κανένα από τα παραπάνω
- Α10. Δ.Ξ.
- Α11. Άλλο, προσδιορίστε



Ε17) Γ. Από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που πιστεύουν ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα, οι Ψυχίατροι απάντησαν : «Λόγω έλλειψης υποδομής» (24%) και με ισόποσα ποσοστά (14%) : «Λόγω ύπαρξης ανειδίκευτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας», «Λόγω κακής οργάνωσης του θεραπευτικού προγράμματος» και «Όλα τα παραπάνω».

Οι Ψυχολόγοι απάντησαν : «Λόγω έλλειψης υποδομής» (40%) και «Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών» (27%).

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί απάντησαν : «Λόγω έλλειψης υποδομής» (26%) και με ισόποσα ποσοστά (21%) : «Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών» και «Λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών».

Οι Νοσηλευτές Π.Ε. απάντησαν : «Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών» (100%)

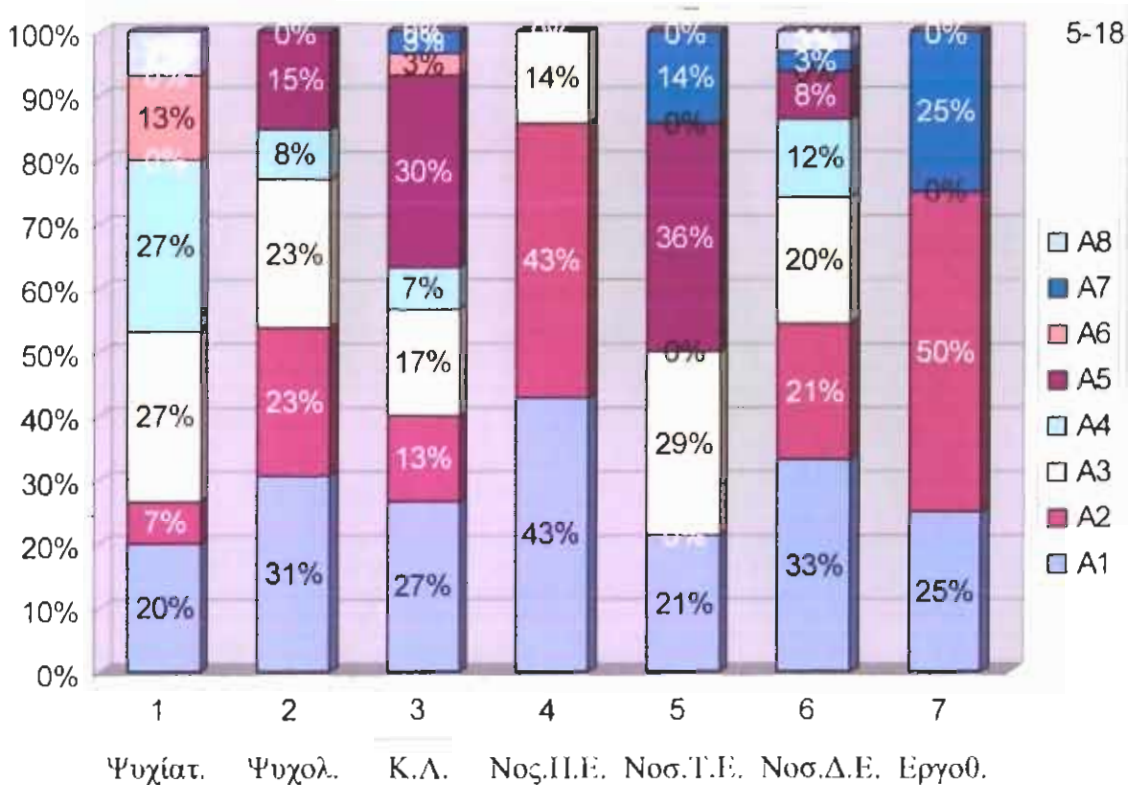
Οι Νοσηλευτές Γ.Ε. απάντησαν : «Λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών» (25%), και με ισόποσα ποσοστά (20%) : «Λόγω έλλειψης υποδομής» και «Λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης».

Οι Νοσηλευτές Δ.Ε. απάντησαν : «Όλα τα παραπάνω» (26%), «Λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης» (23%) και «Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών» (19%).

Οι Εργοθεραπευτές απάντησαν : «Λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών» (50%) και ισόποσα ποσοστά (25%) : «Λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης» και «Δ.Ξ.».

E18) Πιστεύετε ότι η διαμονή των ασθενών σας στην κοινότητα, βοηθά:

- A1. στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση
- A2. στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση
- A3. στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη
- A4. στην προώθηση και απορρόφηση των κονδυλίων από την Ε.Ε.
- A5. Όλα τα παραπάνω
- A6. Κανένα από τα παραπάνω
- A7. Δ.Ξ.
- A8. Άλλο, προσδιορίστε



E18) Οι Ψυχίατροι πιστεύουν ότι η διαμονή των ασθενών τους στην κοινότητα βοηθά : «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη» και «στην πρόωθηση και απορρόφηση των κονδυλίων από την Ε.Ε.» με ισόποσα ποσοστά (27%).

Οι Ψυχολόγοι πιστεύουν ότι βοηθά : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» (31%) και με ισόποσα ποσοστά (23%) : «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση» και «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη».

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί πιστεύουν ότι βοηθά : «Όλα τα παραπάνω» (30%) και «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» (27%)

Οι Νοσηλευτές Π.Ε. πιστεύουν ότι βοηθά με ισόποσα ποσοστά (43%) : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση».

Οι Νοσηλευτές Τ.Ε. πιστεύουν ότι βοηθά : «Όλα τα παραπάνω» (36%), «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη» (29%) και «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» (21%).

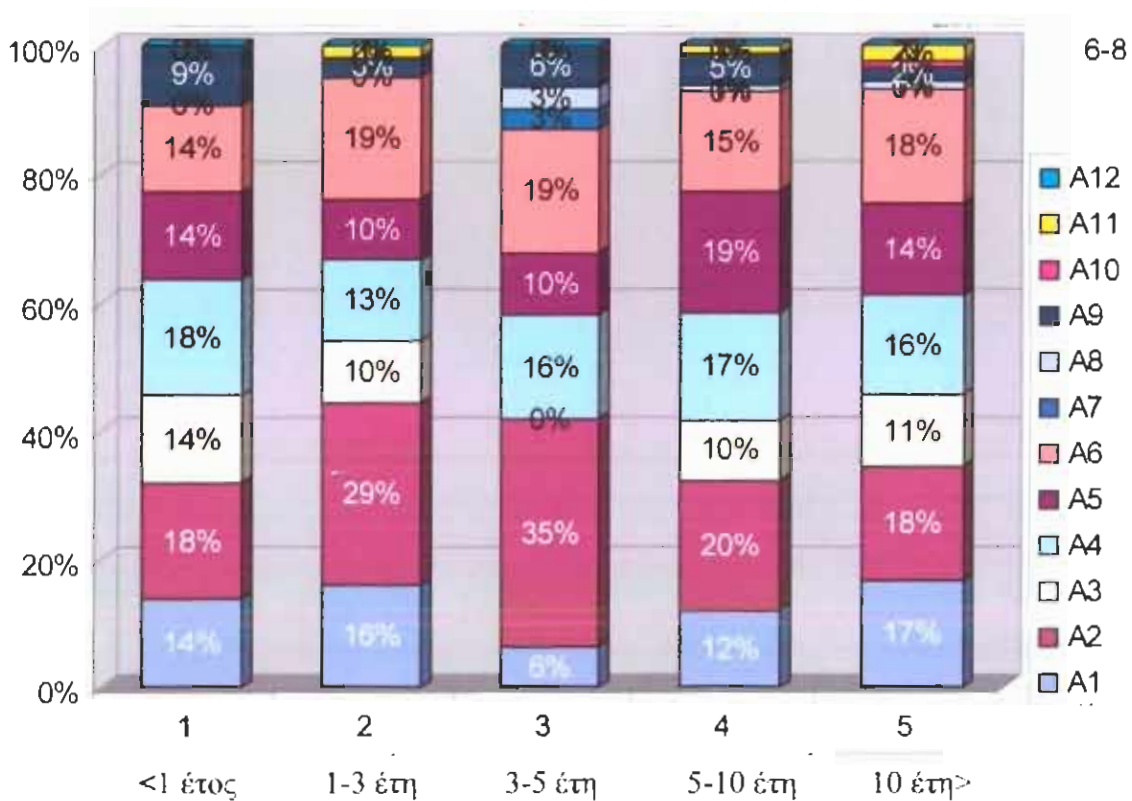
Οι Νοσηλευτές Δ.Ε. πιστεύουν ότι βοηθά : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» (33%), «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση» (21%) και «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη» (20%).

Οι Εργοθεραπευτές πιστεύουν ότι βοηθά : «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση» (50%) και με ισόποσα ποσοστά (25%) : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» και «Δ.Ξ.».

Συσχέτιση ερωτήσεων με την Εργασιακή εμπειρία (E6)

Ε8) Η μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές συντελεί :

- Α1. στη μείωση των υποτροπών
- Α2. στη λειτουργικότητα των ασθενών
- Α3. στην επαγγελματική αποκατάσταση
- Α4. στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα
- Α5. στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας
- Α6. στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών
- Α7. στην όξυνση των σχέσεων μεταξύ των ασθενών και της κοινότητας
- Α8. στην αύξηση των υποτροπών
- Α9. Όλα τα παραπάνω
- Α10. Κανένα από τα παραπάνω
- Α11. Δ.Ξ.
- Α12. Άλλο, προσδιορίστε



Ε8) Σχετικά με τη μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές, οι επικρατέστερες απαντήσεις στους φροντιστές που εργάζονται στο ψυχιατρείο έως και 1 έτος είναι, ότι συντελεί με ισόποσα ποσοστά (18%) : «στη λειτουργικότητα των ασθενών» και «στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα» και με τα ίδια ποσοστά 14% : «στη μείωση των υποτροπών», «στην επαγγελματική αποκατάσταση», «στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας» και «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών».

Από 1 έως 3 έτη πιστεύουν ότι συντελεί : «στη λειτουργικότητα των ασθενών» (29%), «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών» (19%) και «στη μείωση των υποτροπών» (16%).

Από 3 έως 5 έτη πιστεύουν ότι συντελεί : «στη λειτουργικότητα των ασθενών» (35%), «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών» (19%) και «στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα» (16%).

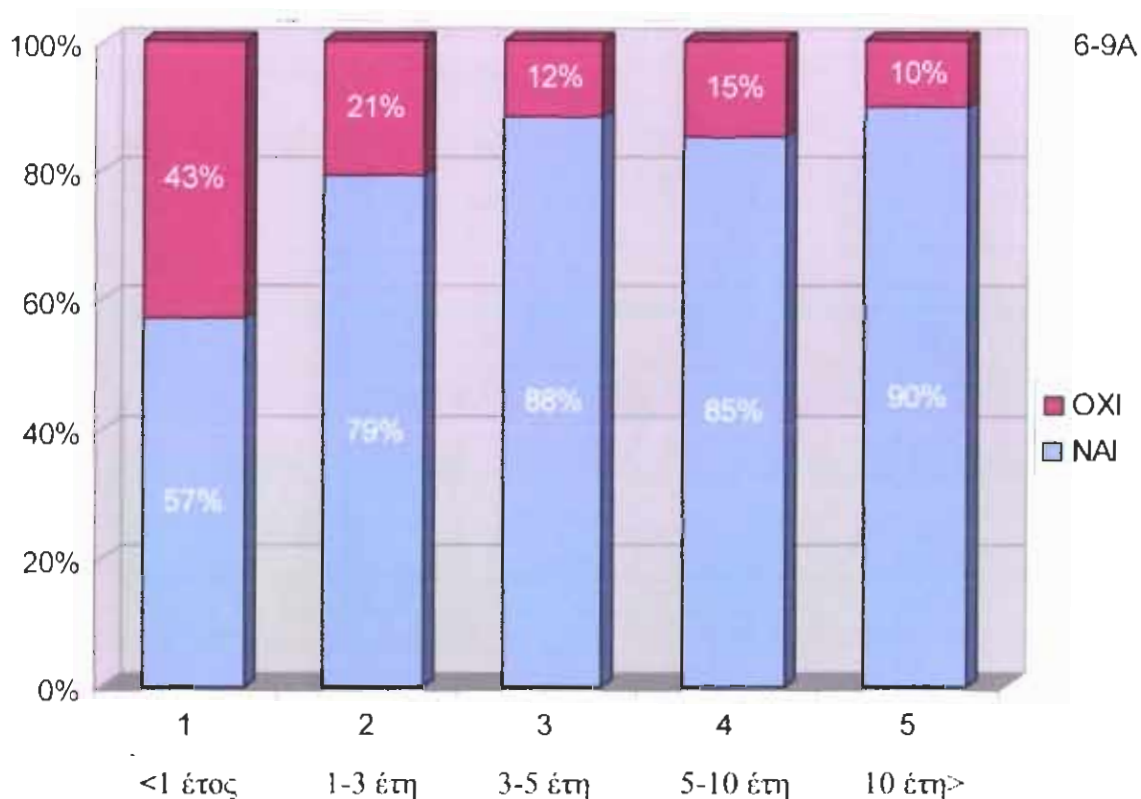
Από 5 έως 10 έτη πιστεύουν ότι συντελεί : «στη λειτουργικότητα των ασθενών» (20%), «στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας» (19%), «στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα» (17%) και «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών» (15%).

Από 10 και άνω πιστεύουν ότι συντελεί, με ισόποσα ποσοστά (18%) : «στη λειτουργικότητα των ασθενών» και «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών». Η αμέσως μετά επικρατέστερες απαντήσεις είναι : «στη μείωση των υποτροπών» (17%) και «στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα» (16%).

Ε9) Α. Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα;

ΝΑΙ

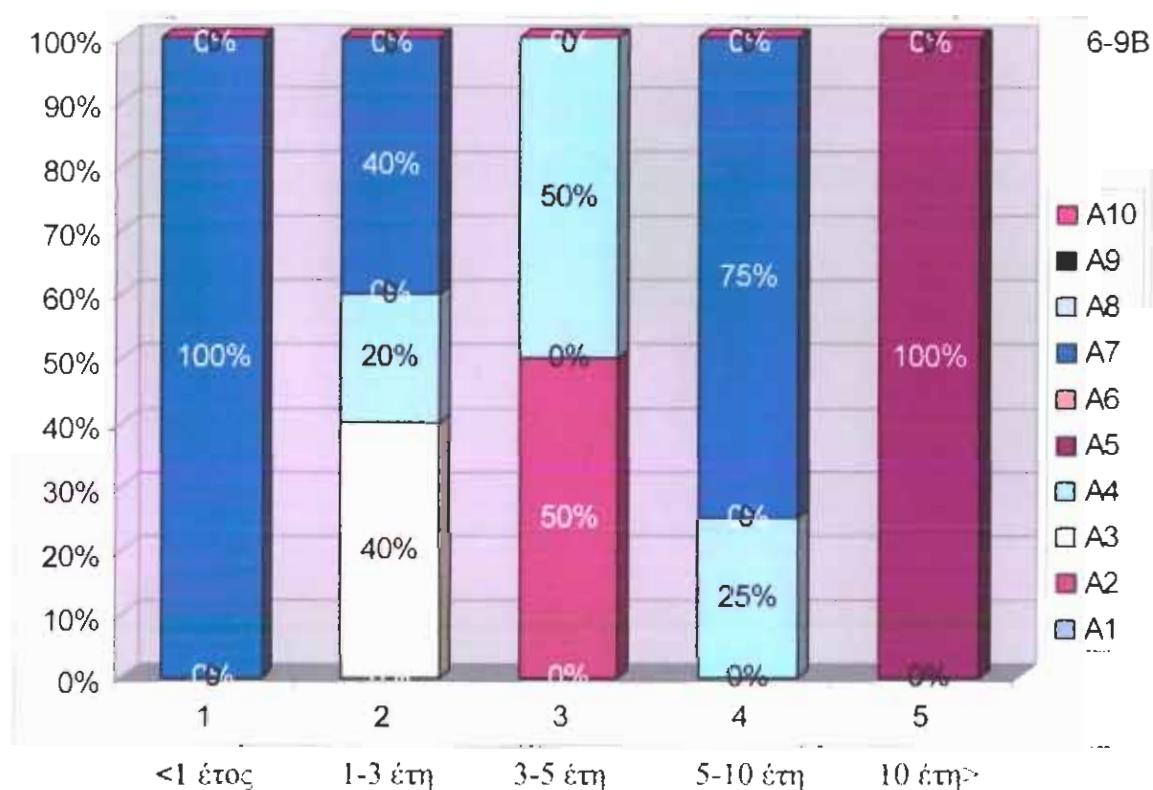
ΟΧΙ



Στην πλειοψηφία τους οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία πιστεύουν ότι έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα, πιο συγκεκριμένα : όσοι έχουν εργαστεί έως 1 έτος πιστεύουν ότι έχουν συμβάλει (57%). Οι εργαζόμενοι από 1 έως 3 έτη πιστεύουν ότι έχουν συμβάλει (79%), από 3 έως 5 έτη (88%), οι εργαζόμενοι από 5 έως 10 έτη πιστεύουν ότι έχουν συμβάλει (85%) και από 10 και άνω (90%).

E9) Β. Αν ΟΧΙ, ποιος -οι από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι έχει δυσκολέψει την προσπάθεια αυτή :

- Α1. Έλλειψη συνεργασίας με τους επαγγελματίες των αποκαταστασιακών δομών
- Α2. Φόρτος εργασίας / ανάληψη μεγάλου όγκου καθηκόντων
- Α3. Έλλειψη οικονομικών πόρων
- Α4. Η νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό
- Α5. Δυσκαμψία της κοινότητας να αποδεχθεί την ύπαρξη δομών στα πλαίσιά της
- Α6. Έλλειψη ειδίκευσης των φροντιστών
- Α7. Όλα τα παραπάνω
- Α8. Κανένα από τα παραπάνω
- Α9. Δ.Ξ.
- Α10. Άλλο, προσδιορίστε



Από αυτούς που απάντησαν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα, όσοι έχουν εργαστεί έως 1 έτος πιστεύουν ότι έχει δυσκολέψει την προσπάθεια αυτή η : «Έλλειψη συνεργασίας με τους επαγγελματίες των αποκαταστασιακών δομών» (100%).

1 έως 3 έτη απάντησαν με ισόποσα ποσοστά (40%) : «Έλλειψη οικονομικών πόρων» και «Όλα τα παραπάνω».

3 έως 5 έτη απάντησαν με ισόποσα ποσοστά (50%) : «Φόρτος εργασίας/ ανάληψη μεγάλου όγκου καθηκόντων» και «Η νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό».

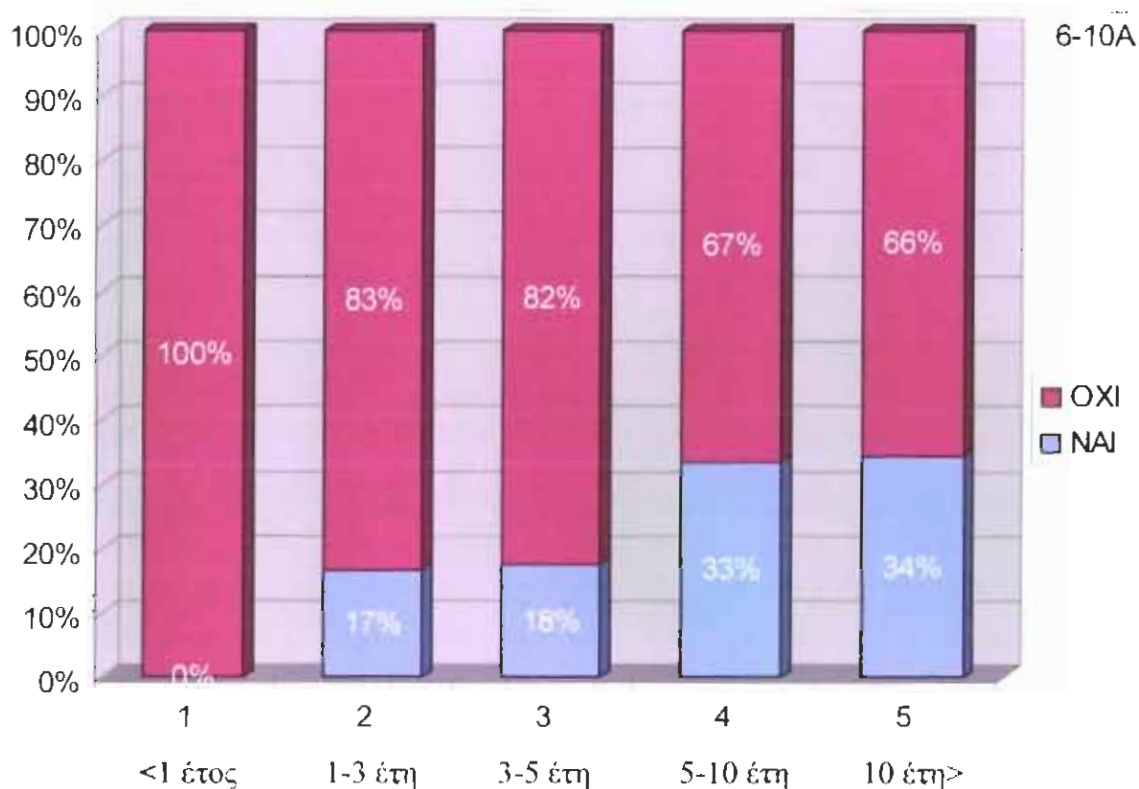
5 έως 10 έτη απάντησαν : «Όλα τα παραπάνω» (75%) και «η νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό» (25%).

10 και άνω απάντησαν λόγω : «Δυσκαμψίας της κοινότητας να αποδεχθεί την ύπαρξη δομών στα πλαίσιά της» (100%).

Ε10) Α. Πιστεύετε ότι όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζεστε θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης;

ΝΑΙ

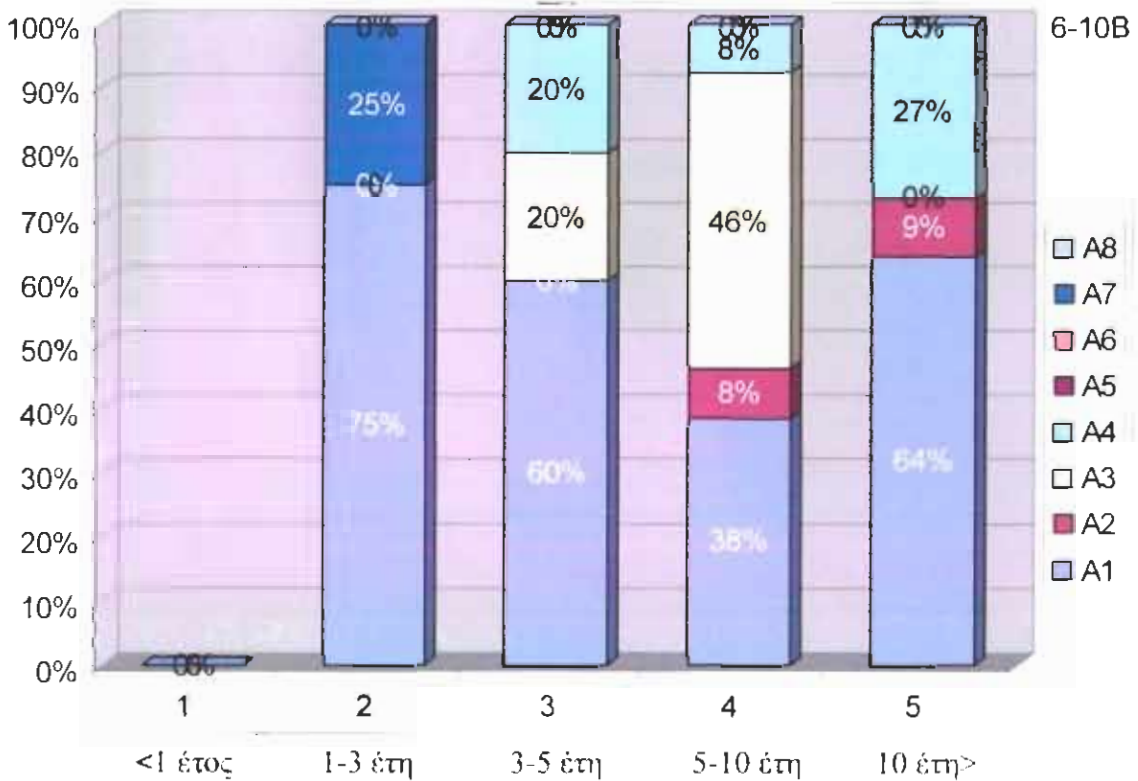
ΌΧΙ



Στην πλειοψηφία τους οι εργαζόμενοι απάντησαν αρνητικά, πιο συγκριμένα : 100% όσων εργάζονται έως 1 έτος, 83% όσων εργάζονται 1 έως 3 έτη, (82%) των 3 έως 5 έτη, (67%) των εργαζόμενων από 5 έως 10 έτη και 66% των από 10 και άνω.

E10) Β. Αν ΝΑΙ, για ποιον-ους από τους παρακάτω λόγους μπορούν να μεταβούν στην κοινότητα :

- Α1. Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα
- Α2. Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα λόγω της αναγκαίας απορρόφησης των οικονομικών κονδυλίων
- Α3. Επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών
- Α4. Επειδή πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία
- Α5. Όλα τα παραπάνω
- Α6. Κανένα από τα παραπάνω
- Α7. Δ.Ξ.
- Α8. Άλλο, προσδιορίστε



E10) Β. Από αυτούς που πιστεύουν ότι όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζονται θα μπορούσαν να μεταβούν στην κοινότητα, για το λόγο που αυτό θα μπορούσε να γίνει, οι επικρατέστερες απαντήσεις των φροντιστών που εργάζονται : 1 έως 3 έτη ήταν : «Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα» (75%) και «Δ.Ξ.» (25%).

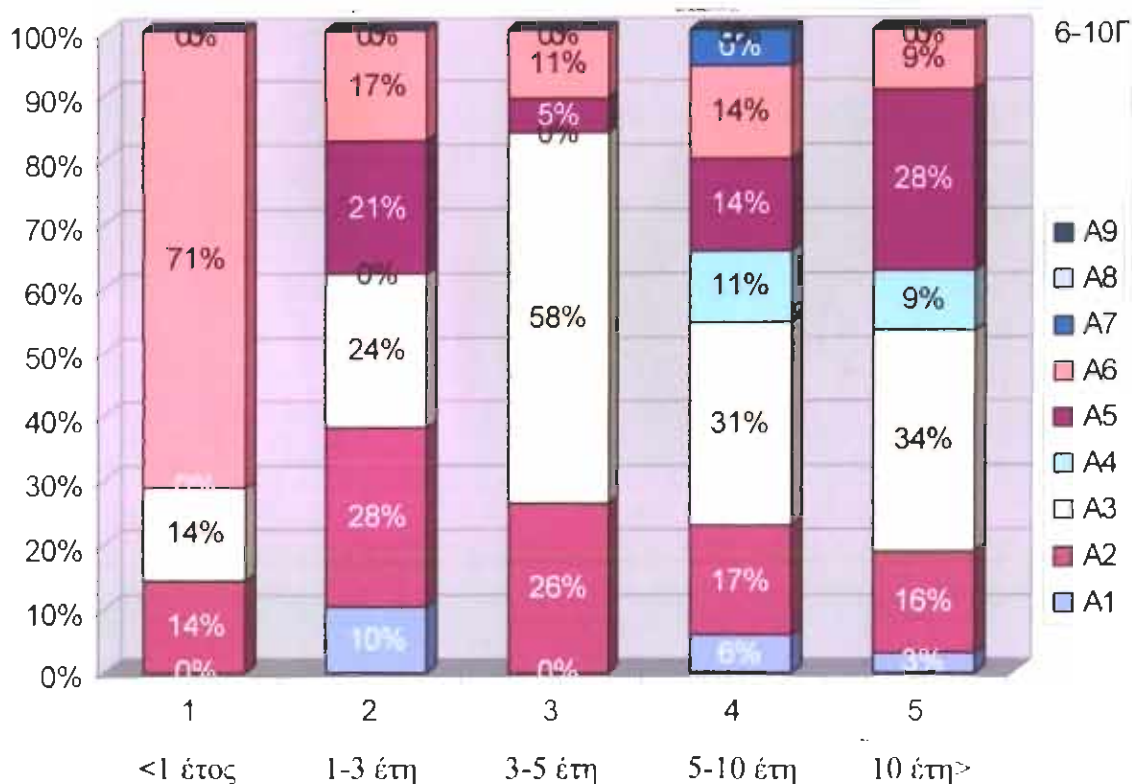
3 έως 5 έτη απάντησαν : «Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα» (60%) και με ισόποσα ποσοστά (20%) : «Επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών» και «Επειδή πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία».

5 έως 10 έτη απάντησαν : «Επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών» (46%) και «Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα» (38%).

10 και άνω απάντησαν : «Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα» (64 %) και «Επειδή πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία» (27%).

Ε10) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιον -ους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης :

- Λ1. Λόγω δυσκολίας οργάνωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την προετοιμασία των ασθενών σχετικά για την μετάβαση τους
- Λ2. Λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών
- Λ3. Λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών
- Λ4. Λόγω προκαταλήψεων της κοινότητας
- Λ5. Λόγω της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών
- Λ6. Όλα τα παραπάνω
- Λ7. Κανένα από τα παραπάνω
- Λ8. Δ.Ξ.
- Λ9. Άλλο, προσδιορίστε



E10) Γ. Από αυτούς που πιστεύουν ότι δεν θα μπορούσαν όλοι οι ασθενείς να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που έχουν εργαστεί έως 1 έτος πιστεύουν ότι αυτό δεν θα μπορούσε να συμβεί : Όλα τα παραπάνω (71%) και με ισόποσα ποσοστά (14%) : «Λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών» και «Λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών»

1 έως 3 έτη πιστεύουν ότι αυτό δεν θα μπορούσε να συμβεί : «Λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών» (28%), «Λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών» (24%) και «Λόγω της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών» (21%).

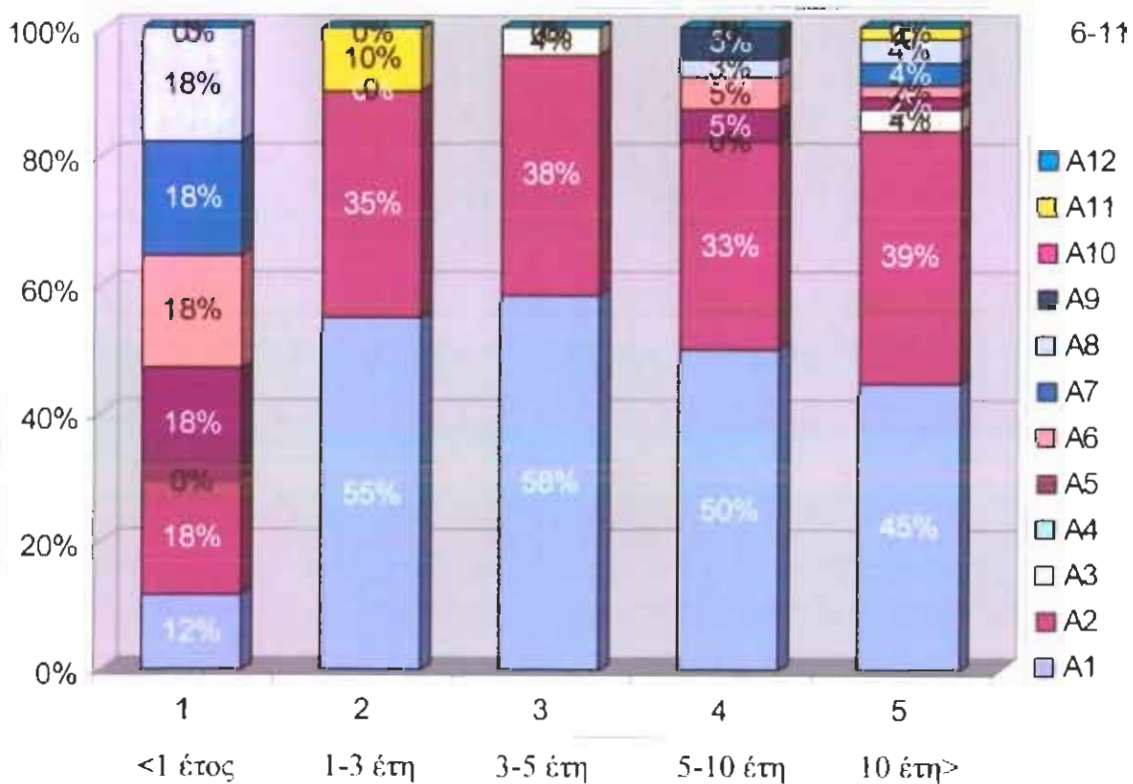
3 έως 5 έτη πιστεύουν ότι αυτό δεν θα μπορούσε να συμβεί : «Λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών» (58%) και «Λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών» (26%).

5 έως 10 έτη πιστεύουν ότι αυτό δεν θα μπορούσε να συμβεί : «Λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών» (31%), «Λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών» (17%) και με ισόποσα ποσοστά (14%) : «Λόγω της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών» και «Όλα τα παραπάνω».

10 και άνω έτη πιστεύουν ότι αυτό δεν θα μπορούσε να συμβεί : «Λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών» (34%), «Λόγω της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών» (28%) και «Λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών» (16%).

E11) Ποια -ες από τις παρακάτω αντιδράσεις έχετε όταν αποφασίζετε η μετάβαση ενός ασθενή του τμήματος όπου εργάζεστε σε αποκαταστασιακές δομές;

- A1. Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)
- A2. Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου
- A3. Άδειες
- A4. Έναρξη μεταπτυχιακών σπουδών
- A5. Μειωμένη διάθεση συνεργασίας με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα
- A6. Αποφυγή επαφής με τους ασθενείς
- A7. Συγκρούσεις με το λοιπό προσωπικό
- A8. Μειωμένη αποτελεσματικότητα στα καθήκοντα
- A9. Όλα τα παραπάνω
- A10. Κανένα από τα παραπάνω
- A11. Δ.Ξ.
- A12. Άλλο, προσδιορίστε



E11) Οι επικρατέστερες αντιδράσεις όσων έχουν εργαστεί έως και ένα 1 έτος με ισόποσα ποσοστά (18%) είναι : «Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητε συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου», «Μειωμένη διάθεση συνεργασίας με την υπόλοιπη θεραπευτική Ομάδα», «Αποφυγή επαφής με τους ασθενείς», «Συγκρούσεις με το λοιπό προσωπικό» και «Μειωμένη αποτελεσματικότητα στα καθήκοντα».

1 έως 3 έτη οι επικρατέστερες αντιδράσεις είναι : «Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)» (55%) και «Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητε συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου» (35%).

3 έως 5ετη οι επικρατέστερες αντιδράσεις είναι : «Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)» (58%) και «Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου» (38%).

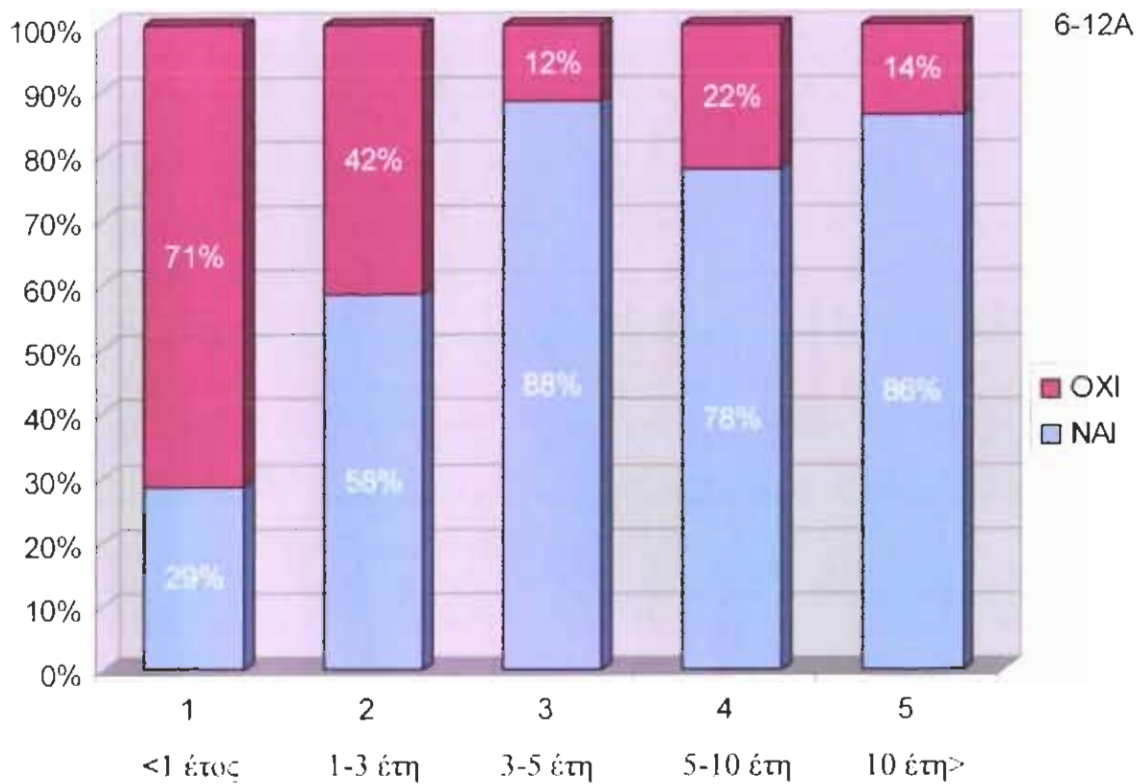
5 έως 10 έτη οι επικρατέστερες αντιδράσεις είναι : «Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)» (50%) και «Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητε συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου» (33%).

10 και άνω οι επικρατέστερες αντιδράσεις είναι : «Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)» (45%) και «Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητε συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου» (39%).

Ε12) Α. Έχετε βοηθήσει ασθενείς να βγουν και να μείνουν σε στεγαστική μονάδα αποκατάστασης στην κοινότητα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

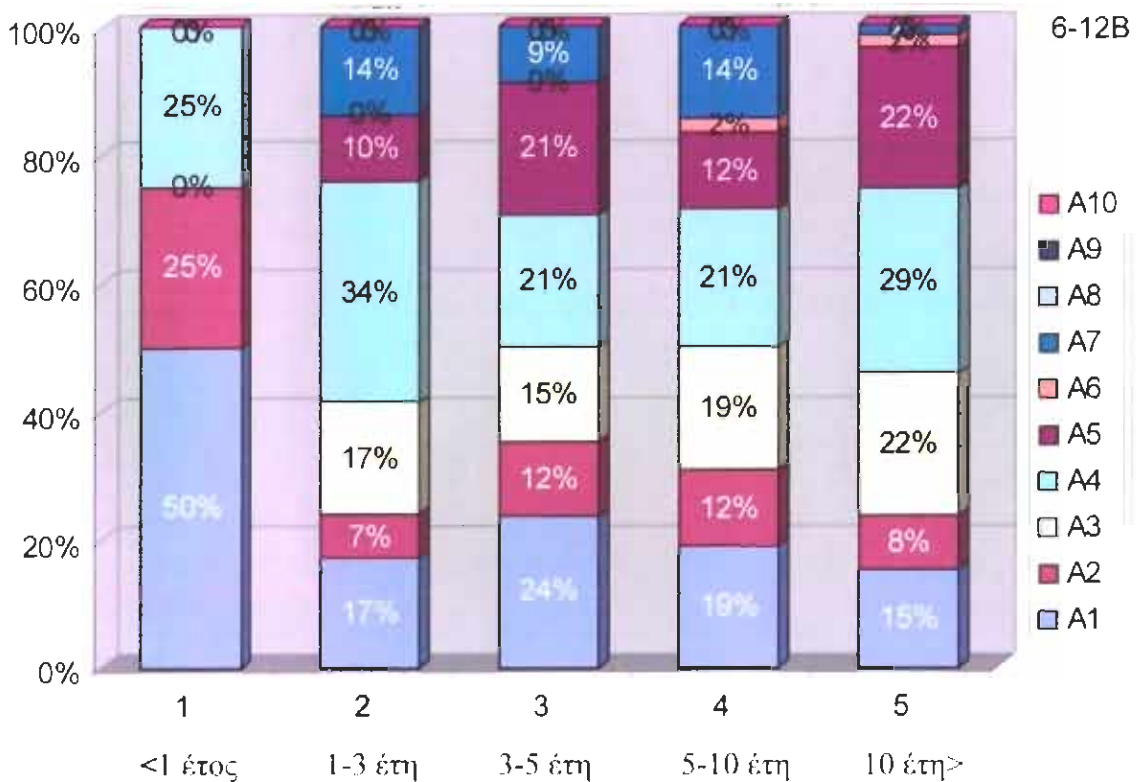


Απάντησαν ότι δεν έχουν βοηθήσει ασθενείς να βγουν στην κοινότητα : 71% όσων εργάζονται έως ένα 1 έτος.

Απάντησαν θετικά : το 58% των εργαζόμενων από 1 έως 3 έτη, 88% των 3 έως 5 έτη, (78%) των 5 έως 10 έτη και 86% των εργαζόμενων από 10 και άνω.

E12) Β. Αν ΝΑΙ, ποιο-οια από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι αισθάνθηκαν οι ασθενείς για τη μετάβαση τους στη κοινότητα :

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| A1. Ικανοποίηση | A6. Λδιαφορία |
| A2. Λύπη | A7. Όλα τα παραπάνω |
| A3. Χαρά | A8. Κανένα από τα παραπάνω |
| A4. Άγχος | A9. Δ.Ξ. |
| A5. Φόβο | A10. Άλλο, προσδιορίστε |



Όσοι εργάζονται έως και 1 έτος πιστεύουν ότι, οι ασθενείς αισθάνθηκαν για την μετάβασή τους κυρίως : «Ικανοποίηση» (50%) και με ισόποσα ποσοστά (25%) : «Λύπη» και «Άγχος».

1 έως 3 έτη απάντησαν : «Άγχος» (34%) και με ισόποσα ποσοστά (17%) : «Ικανοποίηση» και «Χαρά».

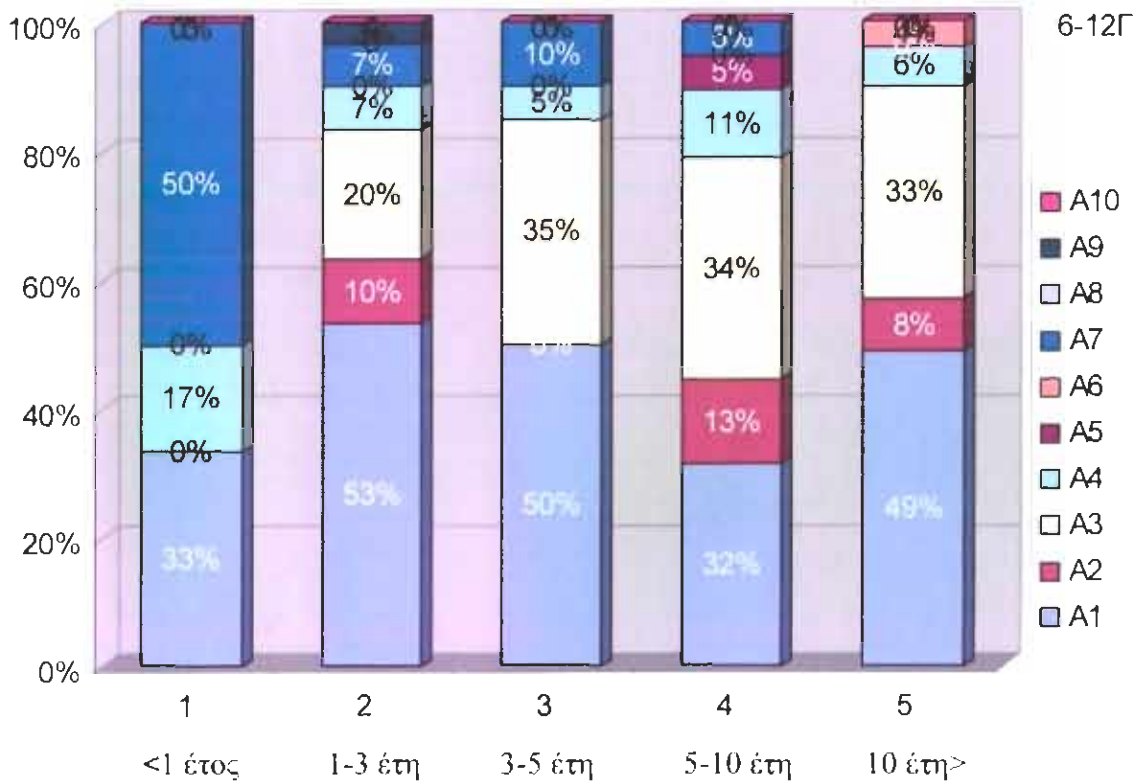
3 έως 5 έτη απάντησαν : «Ικανοποίηση» (21%) και με ισόποσα ποσοστά (21%) : «Άγχος» και «Φόβο».

5 έως 10 έτη απάντησαν : «Άγχος» (21%) και με ισόποσα ποσοστά (19%) : «Ικανοποίηση» και «Χαρά».

10 και άνω απάντησαν : «Άγχος» (29%) και με ισόποσα ποσοστά (22%) : «Χαρά» και «Φόβο».

Ε12) Γ. Ποιο-ποια συναισθήματα νιώσατε μετά τη μετάβαση των ασθενών σας στην κοινότητα :

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| A1. Ικανοποίηση | A6. Αδιαφορία |
| A2. Λύπη | A7. Όλα τα παραπάνω |
| A3. Χαρά | A8. Κανένα από τα παραπάνω |
| A4. Άγχος | A9. Δ.Ξ. |
| A5. Φόβο | A10. Άλλο, προσδιορίστε |



Για τη μετάβαση των ασθενών τους στην κοινότητα όσοι εργάζονται έως και 1 έτος ένιωσαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους : «Όλα τα παραπάνω» (50%) και «Ικανοποίηση» (33%).

1 έως 3 έτη απάντησαν : «Ικανοποίηση» (52%) και «Χαρά» (20%).

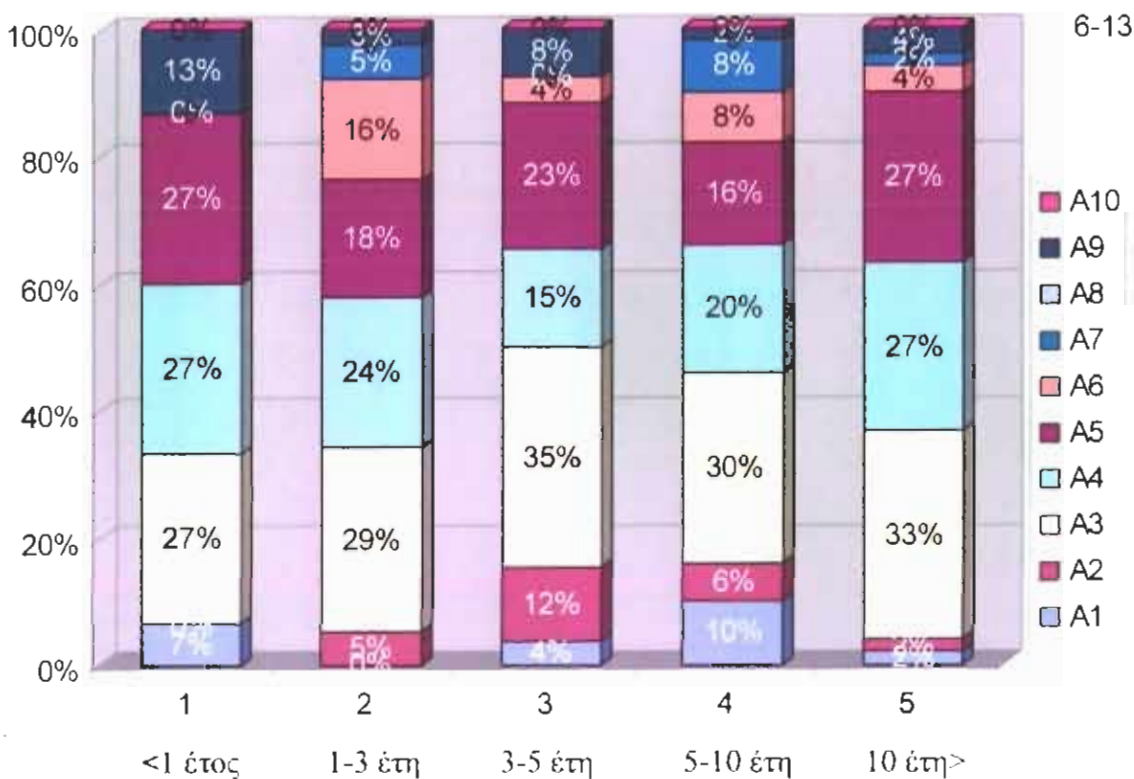
3 έως 5 έτη απάντησαν : «Ικανοποίηση» (50%) και «Χαρά» (35%).

5 έως 10 έτη απάντησαν : «Χαρά» (35%) «Ικανοποίηση» (32%).

10 και άνω απάντησαν : «Ικανοποίηση» (49%) και «Χαρά» (33%).

Ε13) Ποιο-α από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι θα μπορούσε να βιώσει η κοινότητα σχετικά με την μετάβαση των ασθενών;

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| Α1. Ικανοποίηση | Α6. Λύπη |
| Α2. Ευχαρίστηση | Α7. Όλα τα παραπάνω |
| Α3. Αμφιθυμία | Α8. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α4. Απάθεια -- αδιαφορία | Α9. Δ.Ξ. |
| Α5. Θυμός – οργή | Α10. Άλλο, προσδιορίστε |



Για τη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα, όσοι έχουν εργασιακή εμπειρία έως και 1 έτος πιστεύουν ότι η κοινότητα θα μπορούσε να βιώσει κυρίως : «Αμφιθυμία» «Απάθεια – αδιαφορία» και «Θυμός – οργή» με ισόποσα ποσοστά (27%).

1 έως 3 έτη πιστεύουν ότι η κοινότητα θα μπορούσε να βιώσει κυρίως : «Αμφιθυμία» (29%) και «Απάθεια – αδιαφορία» (24%).

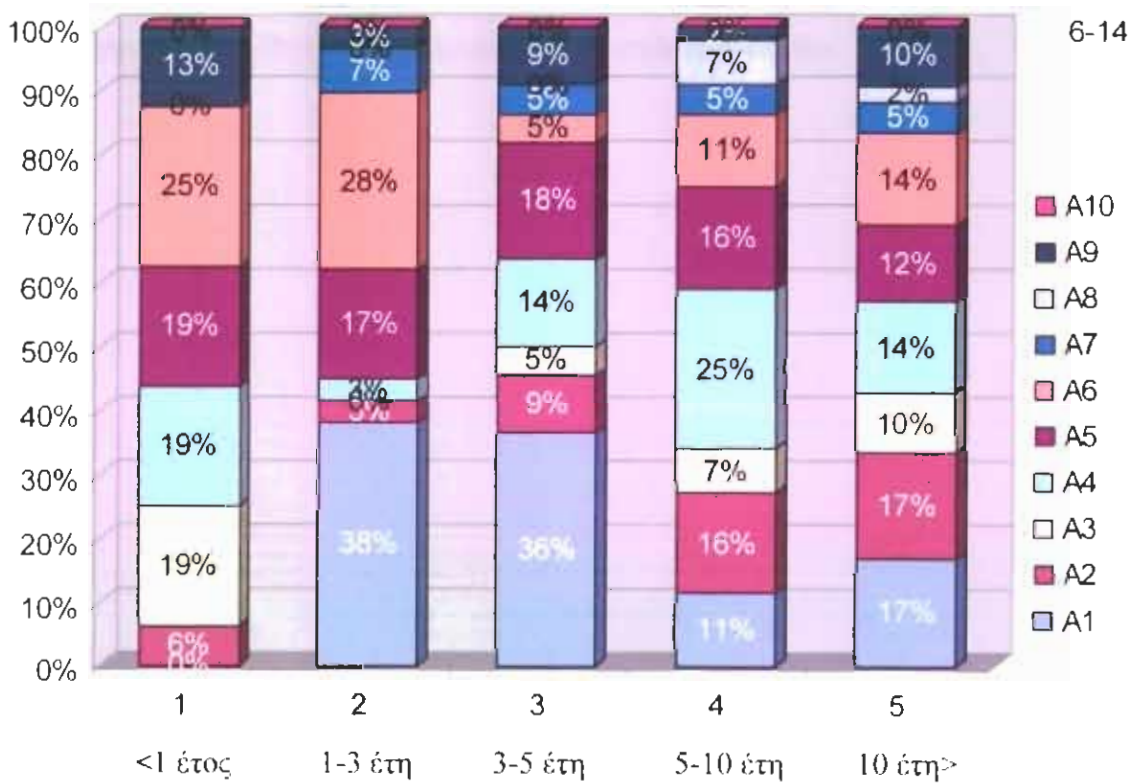
3 έως 5 έτη πιστεύουν ότι η κοινότητα θα μπορούσε να βιώσει κυρίως : «Αμφιθυμία» (35%) και «Θυμός – οργή» (23%).

5 έως 10 έτη πιστεύουν ότι η κοινότητα θα μπορούσε να βιώσει κυρίως : «Αμφιθυμία» (30%) «Απάθεια – αδιαφορία» (20%).

10 και άνω πιστεύουν ότι η κοινότητα θα μπορούσε να βιώσει κυρίως : «Αμφιθυμία» (33%) «Απάθεια – αδιαφορία» και με ισόποσα ποσοστά (27%) : «Απάθεια – αδιαφορία» και «Θυμός – οργή».

E14) Ποιο-α από τα παρακάτω θα μπορούσαν, κατά την γνώμη σας, να αποτελέσουν έμπρακτη αντίδραση της κοινότητας σχετικά με τη δημιουργία εξωτερικών μονάδων αποκατάστασης;

- Α1. Εθελοντισμός
- Α2. Οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων
- Α3. Μη οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων
- Α4. Λπάθεια
- Α5. Στιγματισμός
- Α6. Επιθετικότητα
- Α7. Όλα τα παραπάνω
- Α8. Κανένα από τα παραπάνω
- Α9. Δ.Ξ.
- Α10. Άλλο, προσδιορίστε



E14) Οι επικρατέστερες απαντήσεις των φροντιστών, που εργάζονται έως και 1 έτος για το τι θα μπορούσε να αποτελέσει έμπρακτη αντίδραση της κοινότητας ήταν : «Επιθετικότητα» (25%) και ισόποσα ποσοστά (19%) : «Μη οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων», «Απάθεια» και «Στιγματισμός».

1 έως και 3 έτη πιστεύουν ότι θα ήταν : «Εθελοντισμός» και «Επιθετικότητα».

3 έως και 5 έτη πιστεύουν ότι θα ήταν : «Εθελοντισμός» (36%) και «Στιγματισμός» (18%).

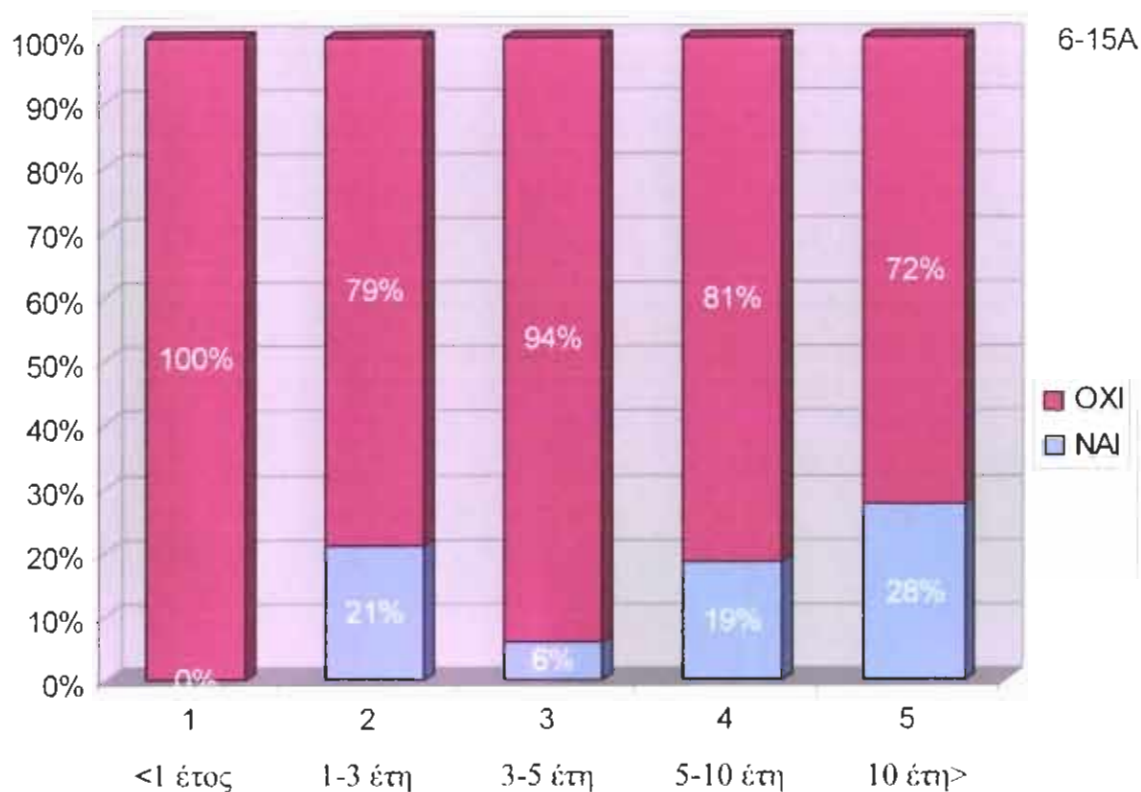
5 έως και 10ετη πιστεύουν ότι θα ήταν : «Απάθεια» (25%) και με ισόποσα ποσοστά (16%) : «Οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων» και «Στιγματισμός».

10 και άνω πιστεύουν ότι θα ήταν με ισόποσα ποσοστά (17%) : «Εθελοντισμός» και «Οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων» και με ποσοστό (14%) : «Απάθεια» και «Επιθετικότητα».

E15) Α. Πιστεύετε ότι η κοινότητα είναι ενημερωμένη για την λειτουργία θεραπευτικών μονάδων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων;

ΝΑΙ

ΟΧΙ



6-15A

Η συντριπτική πλειοψηφία των φροντιστών πιστεύει ότι η κοινότητα δεν είναι ενημερωμένη για τη λειτουργία θεραπευτικών μονάδων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων, ποιο συγκεκριμένα : όλοι (100%) οι εργαζόμενοι έως και ένα έτος, (79%) των 1 έως 3 έτη, (94%) των από 3 έως 5 έτη, (81%) των από 5 έως 10 έτη και 72% των εργαζόμενων από 10 και άνω.

E15) Β. Αν ΝΑΙ, με ποιον-ους από τους παρακάτω τρόπους πιστεύετε ότι έχει ενημερωθεί:

A1. Αγωγή κοινότητας

A2. Μ.Μ.Ε.

A3. Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων -- κοινοτήτων

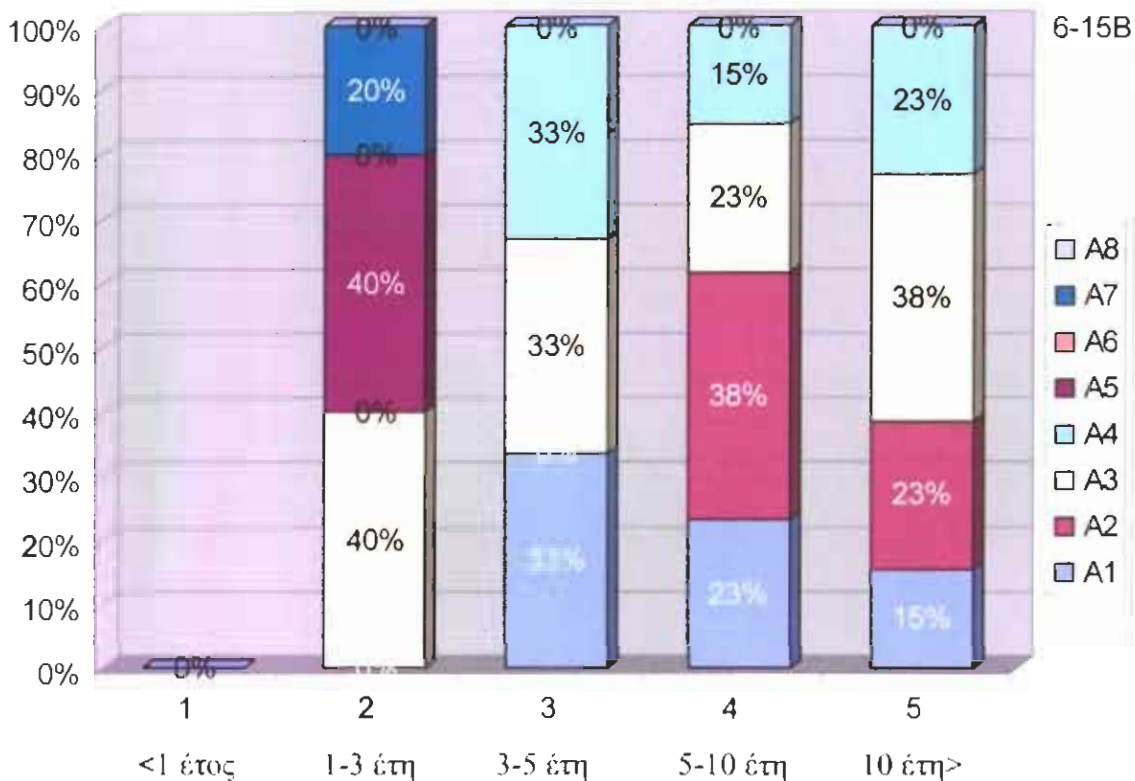
A4. Ημερίδες – Σεμινάρια

A5. Όλα τα παραπάνω

A6. Κανένα από τα παραπάνω

A7. Δ. Ξ.

A8. Άλλο, προσδιορίστε



Οι έχοντες εργασιακή εμπειρία 1 έως 3 έτη απάντησαν με ισόποσα ποσοστά (40%) ότι η κοινότητα έχει ενημερωθεί μέσω : «Ενημερωτικών φυλλαδίων Δήμων – κοινοτήτων» και «Όλα τα παραπάνω».

3εως 5 έτη απάντησαν με ισόποσα ποσοστά (33%) ότι η κοινότητα έχει ενημερωθεί μέσω : «Αγωγή κοινότητας», «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» και «Ημερίδες – Σεμινάρια».

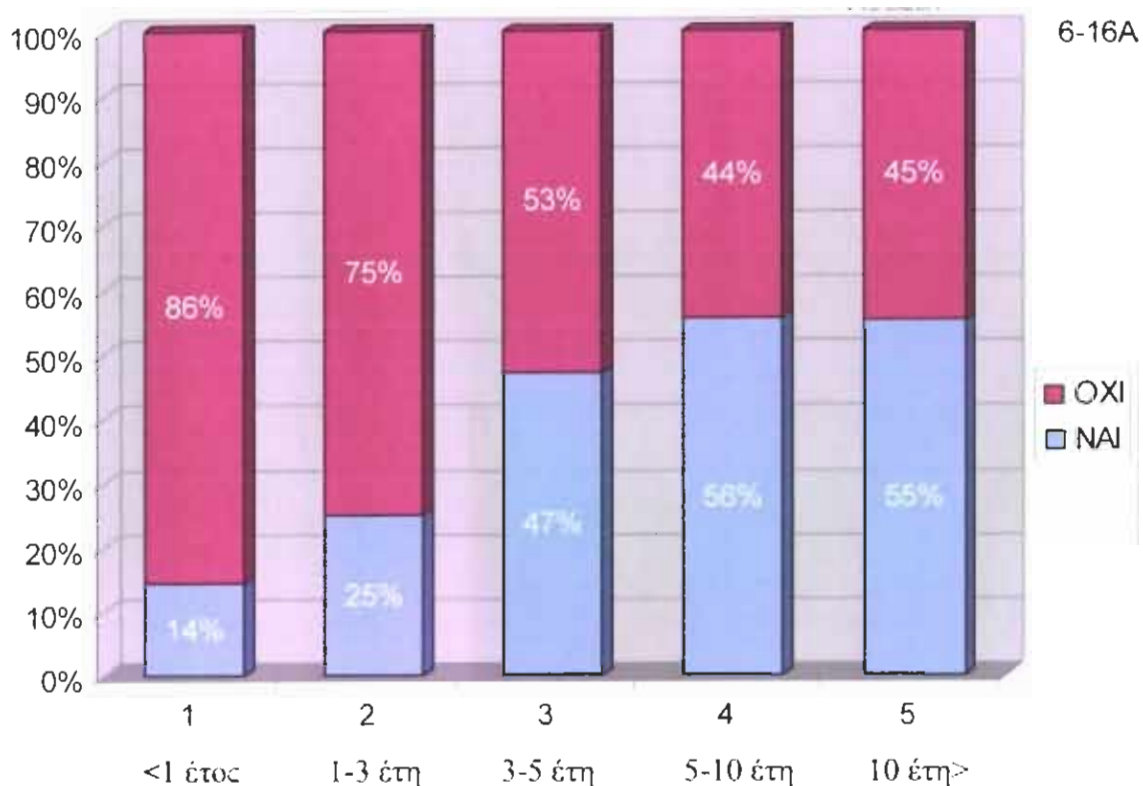
5 έως 10 έτη απάντησαν ότι η κοινότητα έχει ενημερωθεί μέσω : «Μ.Μ.Ε.» (38%) και ισόποσα ποσοστά (23%) : «Αγωγή κοινότητας» και «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων».

10 και άνω απάντησαν ότι η κοινότητα έχει ενημερωθεί μέσω : (38%) και με ισόποσα ποσοστά (23%) : «Μ.Μ.Ε.» και «Ημερίδες – Σεμινάρια».

Ε16) Α. Εσείς έχετε συντελέσει ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Ψυχιατρείου στην αγωγή της κοινότητας, σχετικά με την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών για το θέμα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών;

ΝΑΙ

ΟΧΙ



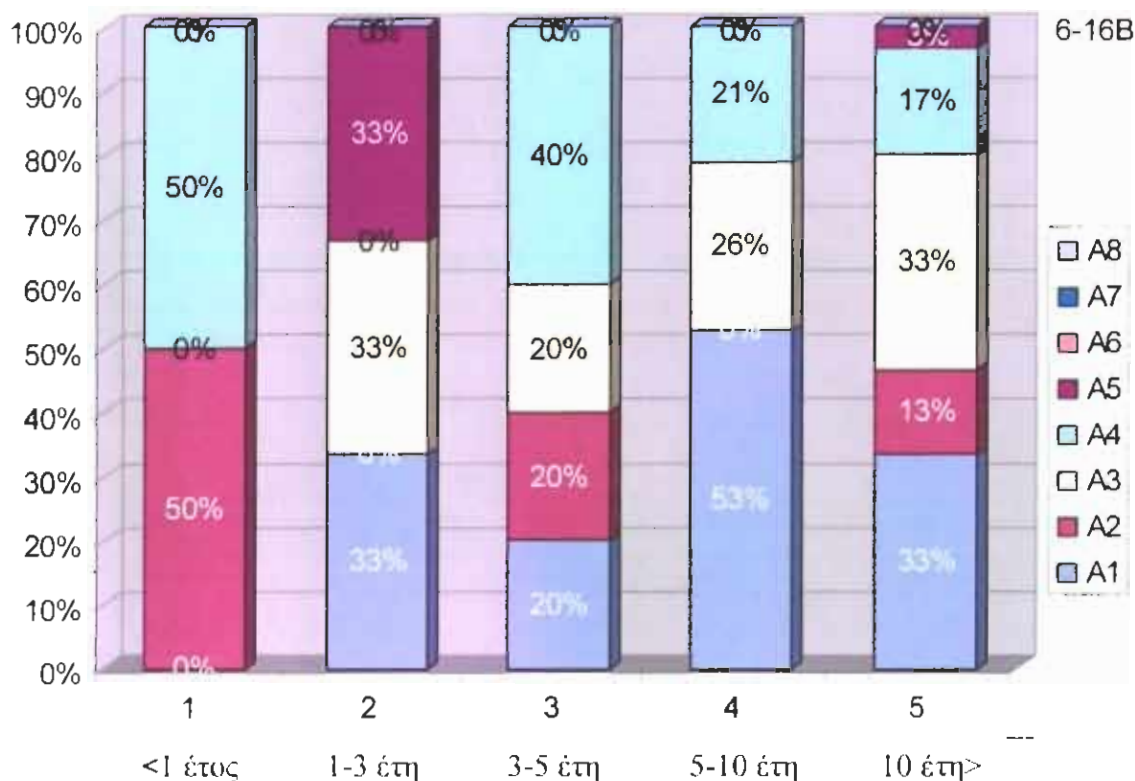
6-16A

Δεν έχουν συντελέσει ως επαγγελματίες σχετικά με την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών : οι φροντιστές που εργάζονται έως και 1 έτος (86%), οι εργαζόμενοι από 1 έως 3 έτη (75%).

Από 3 έως 5 έτη απάντησαν αρνητικά (53%). Από 5 έως 10 έτη απάντησαν θετικά (56%) και επίσης θετικά απάντησαν οι 10 και άνω (55%).

E16) Β. Αν ΝΑΙ, με ποιον- ους από τους παρακάτω τρόπους:

- | | |
|---|----------------------------|
| Α1. Αγωγή κοινότητας | Α5. Όλα τα παραπάνω |
| Α2. Μ.Μ.Ε. | Α6. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α3. Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων κοινοτήτων | Α7. Λ.Ξ. |
| Α4. Ημερίδες – Σεμινάρια | Α8. Άλλο, προσδιορίστε |



Από αυτούς που απάντησαν ότι έχουν συντελέσει ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Ψυχιατρείου στην αγωγή της κοινότητας, όσοι εργάζονται έως και 1 έτος απάντησαν ότι έχουν χρησιμοποιήσει τους εξής τρόπους με ισόποσα ποσοστά (50%) : «Μ.Μ.Ε.» και «Ημερίδες – Σεμινάρια».

1 έως 3 έτη απάντησαν ότι έχουν χρησιμοποιήσει με ισόποσα ποσοστά (33%) : «Αγωγή κοινότητας» «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» και «Όλα τα παραπάνω».

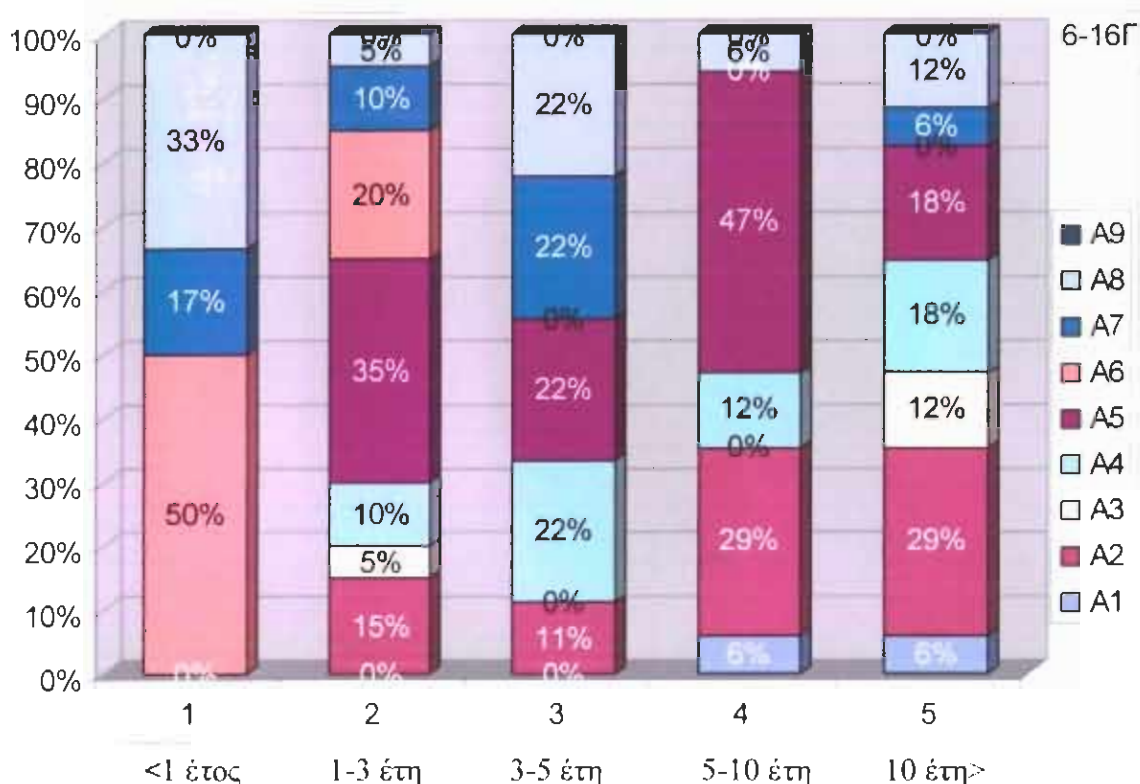
3 έως 5 έτη απάντησαν : «Ημερίδες – Σεμινάρια» (40%) και με ισόποσα ποσοστά (20%) : «Αγωγή κοινότητας» «Μ.Μ.Ε.» και «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων».

5 έως 10 έτη απάντησαν ότι έχουν χρησιμοποιήσει τους εξής τρόπους : «Αγωγή κοινότητας» (53%), «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» (26%) και «Ημερίδες – Σεμινάρια» (21%).

10 και άνω απάντησαν με ισόποσα ποσοστά (33%) : «Αγωγή κοινότητας» και «Μ.Μ.Ε.».

Ε16) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιον – ποιους από τους παρακάτω λόγους δεν καταφέρατε κάτι τέτοιο:

- Λ1. Λόγω αρνήσεως των τοπικών φορέων να συνεργαστούν
- Λ2. Λόγω έλλειψης κονδυλιών
- Λ3. Λόγω άρνησης του ίδιου του προσωπικού
- Λ4. Λόγω αδιαφορίας
- Λ5. Λόγω έλλειψης χρόνου
- Λ6. Όλα τα παραπάνω
- Λ7. Κανένα από τα παραπάνω
- Λ8. Δ.Ξ.
- Λ9. Άλλο, προσδιορίστε



Όσοι εργάζονται έως και 1 έτος απάντησαν ότι οι λόγοι που δεν καταφέρανε κάτι τέτοιο ήταν : «Όλα τα παραπάνω» (50%) και «Δ.Ξ.» (33%).

1 έως 3 έτη απάντησαν : «Λόγω έλλειψης χρόνου» (35%) και «Όλα τα παραπάνω» (20%).

3 έως 5 έτη απάντησαν με ισόποσα ποσοστά (22%) : «Λόγω αδιαφορίας», «Λόγω έλλειψης χρόνου», «Κανένα από τα παραπάνω» και «Δ.Ξ.».

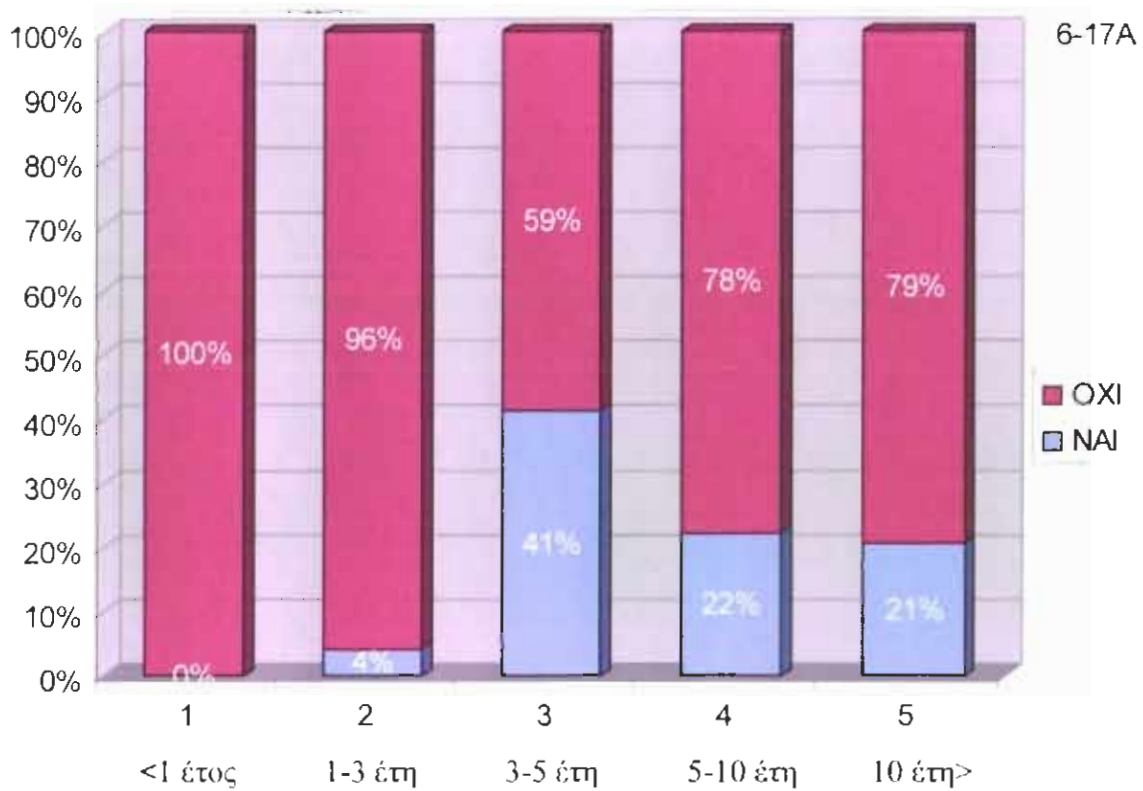
5 έως 10 έτη απάντησαν : «Λόγω έλλειψης χρόνου» (47%) και «Λόγω έλλειψης κονδυλιών» (29%).

10 και άνω απάντησαν : «Λόγω έλλειψης κονδυλιών» (29%) και με ισόποσα ποσοστά (18%) : «Λόγω αδιαφορίας» και «Λόγω έλλειψης χρόνου».

Ε17) Α. Πιστεύετε ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα;

ΝΑΙ

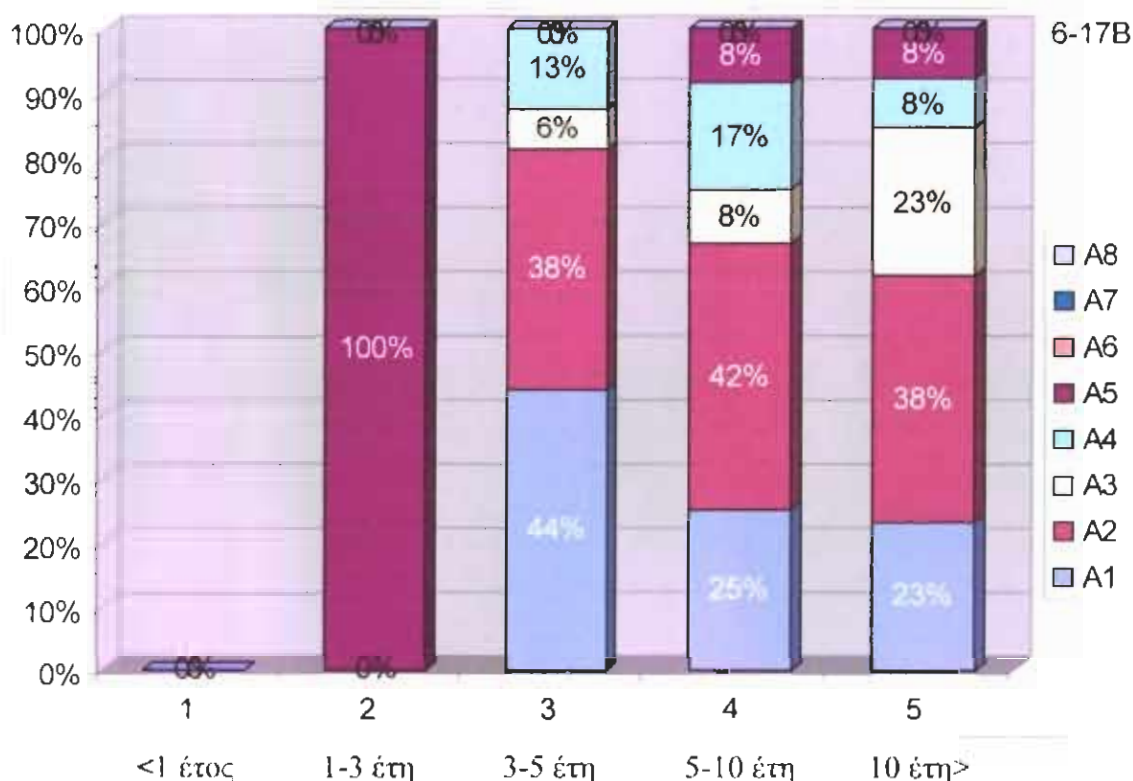
ΟΧΙ



Η συντριπτική πλειοψηφία των φροντιστών πιστεύει ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα, πιο συγκεκριμένα, απάντησαν αρνητικά : όσοι εργάζονται έως και 1 έτος (100%), οι εργαζόμενοι από 1 έως 3 έτη (96%), (59%) των από 3 έως 5 έτη, 5 έως 10 έτη (78%) και οι εργαζόμενοι από 10 και άνω (79%).

Ε17) Β. Αν ΝΑΙ, σε ποια -ες από τις παρακάτω δομές –υπηρεσίες θα μπορούσαν εργαστούν:

- | | |
|---|----------------------------|
| Α1. Σε Προστατευμένα Εργαστήρια | Α5. Όλα τα παραπάνω |
| Α2. Σε Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς | Α6. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α3. Σε Δημόσιες Υπηρεσίες | Α7. Δ.Ξ. |
| Α4. Σε Ιδιωτικές Υπηρεσίες – Επιχειρήσεις | Α8. Άλλο, προσδιορίστε |



Από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που απάντησαν ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν, απάντησαν όσοι εργάζονται 1 έως 3 έτη με την συντριπτική πλειοψηφία «Όλα τα παραπάνω» (100%).

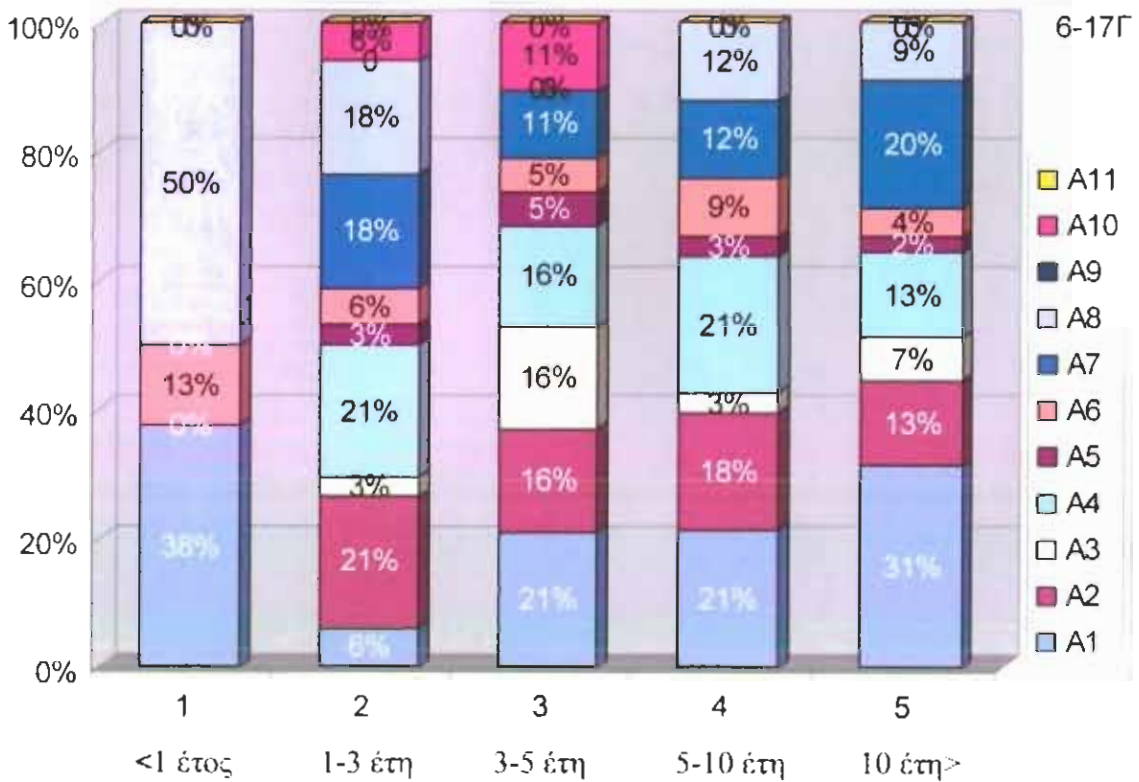
Όσοι εργάζονται 3 έως 5 έτη απάντησαν ότι οι χρόνιοι ψυχικά ασθενείς μπορούν να εργαστούν : «Σε Προστατευμένα Εργαστήρια» (44%) και «Σε Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς» (38%).

Όσοι εργάζονται 5 έως 10 έτη απάντησαν ότι οι χρόνιοι ψυχικά ασθενείς μπορούν να εργαστούν : «Σε Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς» (42%) και «Σε Προστατευμένα Εργαστήρια» (25%).

Όσοι εργάζονται 10 και άνω απάντησαν ότι οι χρόνιοι ψυχικά ασθενείς μπορούν να εργαστούν : «Σε Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς» (38%) και «Σε Προστατευμένα Εργαστήρια» (23%).

E17) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιόν-ους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν επαρκεί:

- A1. Λόγω έλλειψης υποδομής
- A2. Λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης
- A3. Λόγω ύπαρξης ανειδίκευτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας
- A4. Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών
- A5. Λόγω έλλειψης συντονισμού θεραπευτικής ομάδας
- A6. Λόγω κακής οργάνωσης του θεραπευτικού προγράμματος
- A7. Λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών
- A8. Όλα τα παραπάνω
- A9. Κανένα από τα παραπάνω
- A10. Δ.Ξ.
- A11. Άλλο, προσδιορίστε



E17) Γ. Από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που πιστεύουν ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα, όσοι εργάζονται έως και 1 έτος απάντησαν : «Όλα τα παραπάνω» (50%) και «Λόγω έλλειψης υποδομής» (38%).

1 έως 3 έτη απάντησαν ότι δεν επαρκεί με ισόποσα ποσοστά (21%) : «Λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης» και «Λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών». Οι επόμενες επικρατέστερες απαντήσεις με ισόποσα ποσοστά (18%) είναι : «Λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών» και «Όλα τα παραπάνω».

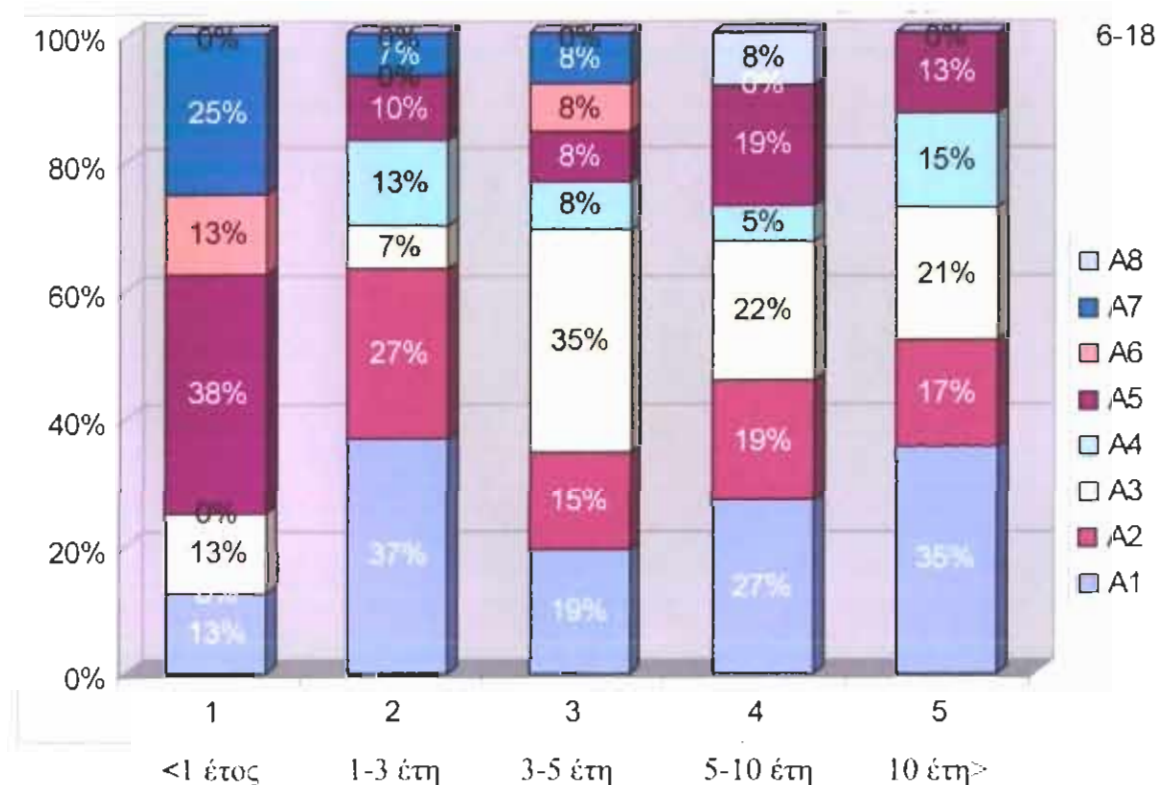
3 έως 5 έτη απάντησαν ότι δεν επαρκεί : «Λόγω έλλειψης υποδομής» (21%) και ισόποσα ποσοστά (16%) : «Λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης» «Λόγω ύπαρξης ανειδίκευτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας» και «Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών».

5 έως 10 έτη απάντησαν ότι δεν επαρκεί με ισόποσα ποσοστά (21%) : «Λόγω έλλειψης υποδομής», «Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών» και με ποσοστό (18%) : «Λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης».

10 και άνω απάντησαν ότι δεν επαρκεί : «Λόγω έλλειψης υποδομής» (31%), «Λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών» (20%) και με ισόποσα ποσοστά (13%) : «Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών» και «Λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών».

Ε18) Πιστεύετε ότι η διαμονή των ασθενών σας στην κοινότητα, βοηθά :

- Α1. στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση
- Α2. στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση
- Α3. στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη
- Α4. στην προώθηση και απορρόφηση των κονδυλίων από την Ε.Ε.
- Α5. Όλα τα παραπάνω
- Α6. Κανένα από τα παραπάνω
- Α7. Δ.Ξ.
- Α8. Άλλο, προσδιορίστε



E18) Όσοι εργάζονται έως και 1 έτος πιστεύουν ότι η διαμονή των ασθενών τους στην κοινότητα βοηθά σε : «Όλα τα παραπάνω» (35%) και «Δ.Ξ.» (25%).

1 έως 3 έτη πιστεύουν ότι η διαμονή των ασθενών τους στην κοινότητα βοηθά : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» (37%) και «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση» (27%).

3 έως 5 έτη πιστεύουν ότι η διαμονή των ασθενών τους στην κοινότητα βοηθά : «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη» (35%) και «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» (19%).

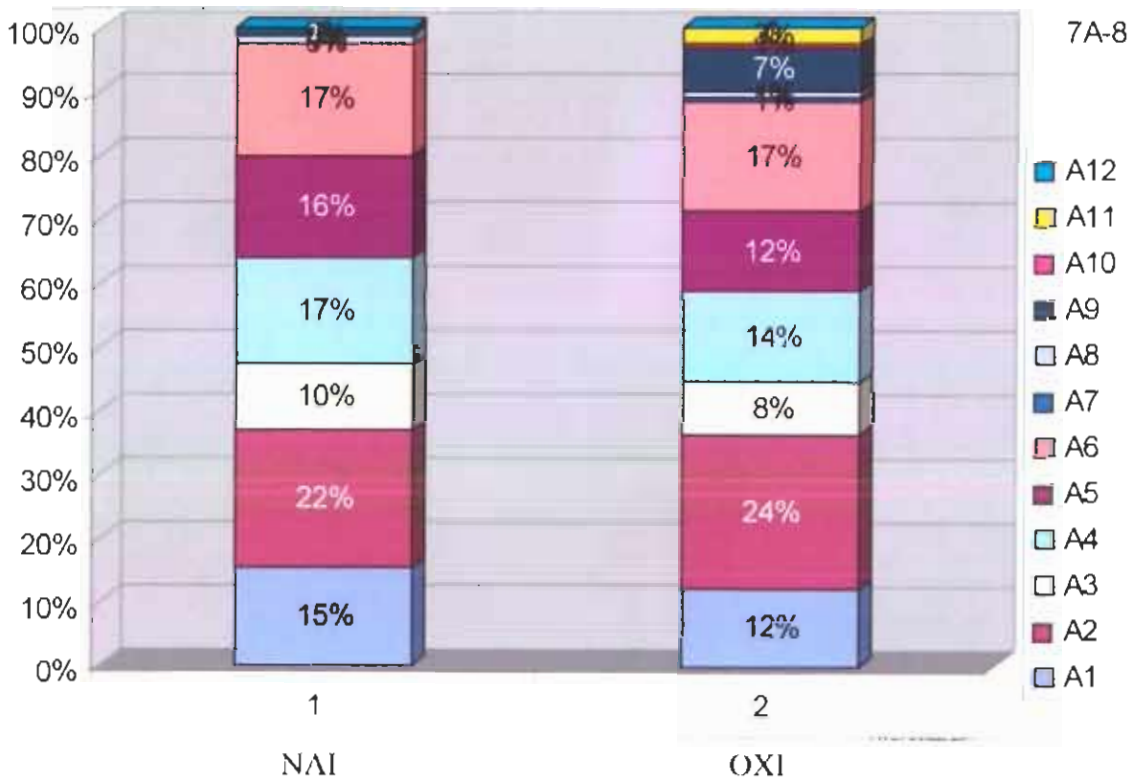
5 έως 10 έτη πιστεύουν ότι η διαμονή των ασθενών τους στην κοινότητα βοηθά : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» (27%), «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη» (22%) και «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση» (19%).

10 και άνω πιστεύουν ότι η διαμονή των ασθενών τους στην κοινότητα βοηθά : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» (35%), «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη» (21%) και «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση».

Συσχέτιση ερωτήσεων με την εργασιακή εμπειρία σε μονάδα αποκατάστασης του Ψυχιατρείου (Ε7.Α)

Ε8) Η μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές συντελεί :

- A1. στη μείωση των υποτροπών
- A2. στη λειτουργικότητα των ασθενών
- A3. στην επαγγελματική αποκατάσταση
- A4. στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα
- A5. στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας
- A6. στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών
- A7. στην όξυνση των σχέσεων μεταξύ των ασθενών και της κοινότητας
- A8. στην αύξηση των υποτροπών
- A9. Όλα τα παραπάνω
- A10. Κανένα από τα παραπάνω
- A11. Δ.Ξ.
- A12. Άλλο, προσδιορίστε



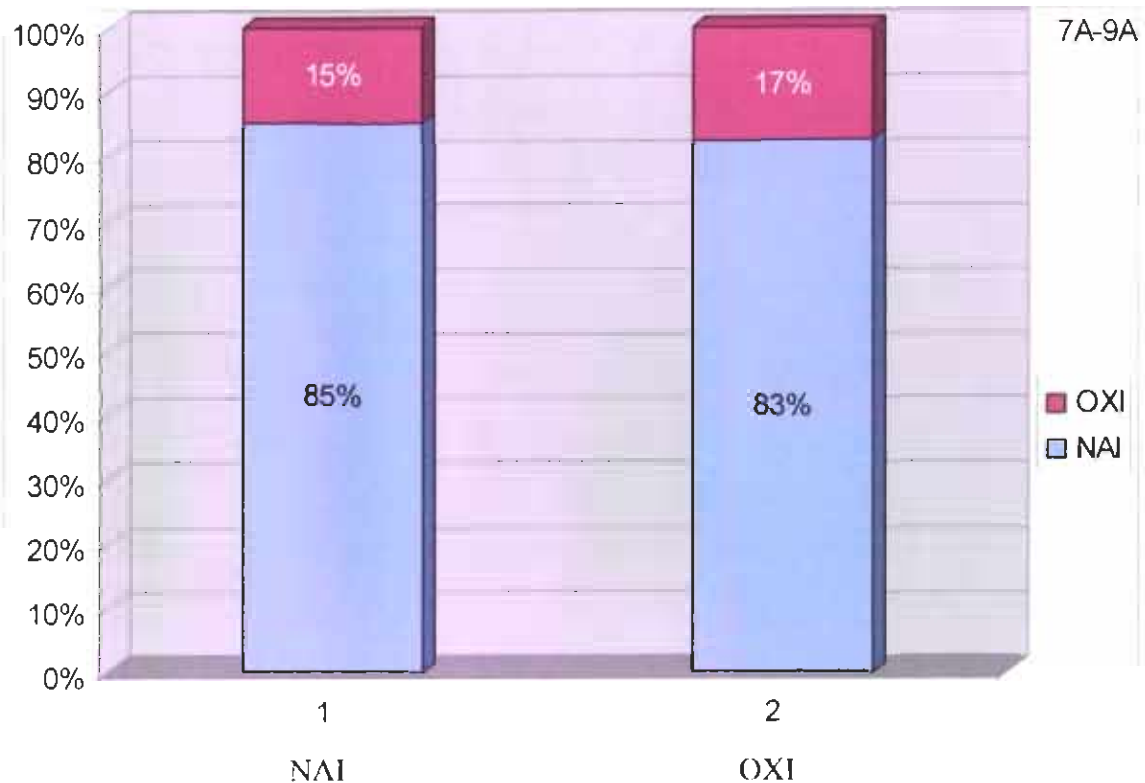
E8) Οι φροντιστές που έχουν εργαστεί σε μονάδα αποκατάστασης πιστεύουν ότι η μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές συντελεί : «στη λειτουργικότητα των ασθενών» (22%) και με ισόποσα ποσοστά (17%) : «στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα» και «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών» και με ποσοστό 16% : «στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας»

Οι φροντιστές που δεν έχουν εργαστεί σε μονάδα αποκατάστασης πιστεύουν ότι η μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές συντελεί : «στη λειτουργικότητα των ασθενών» (24%), «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών» (17%) και «στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα» (14%).

Ε9) Α. Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα;

ΝΑΙ

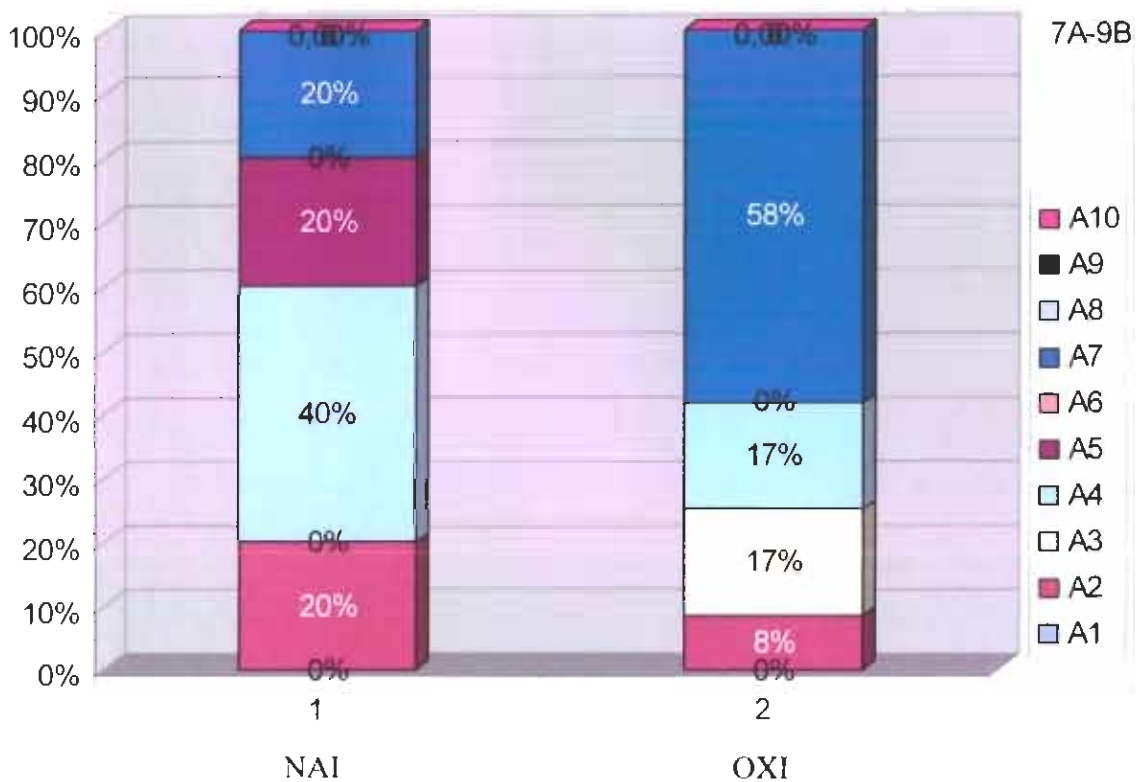
ΟΧΙ



Στο μεγαλύτερό τους ποσοστό, και οι φροντιστές που έχουν εργαστεί σε μονάδα αποκατάστασης (85%) και αυτοί που δεν έχουν εργαστεί (83%) πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα.

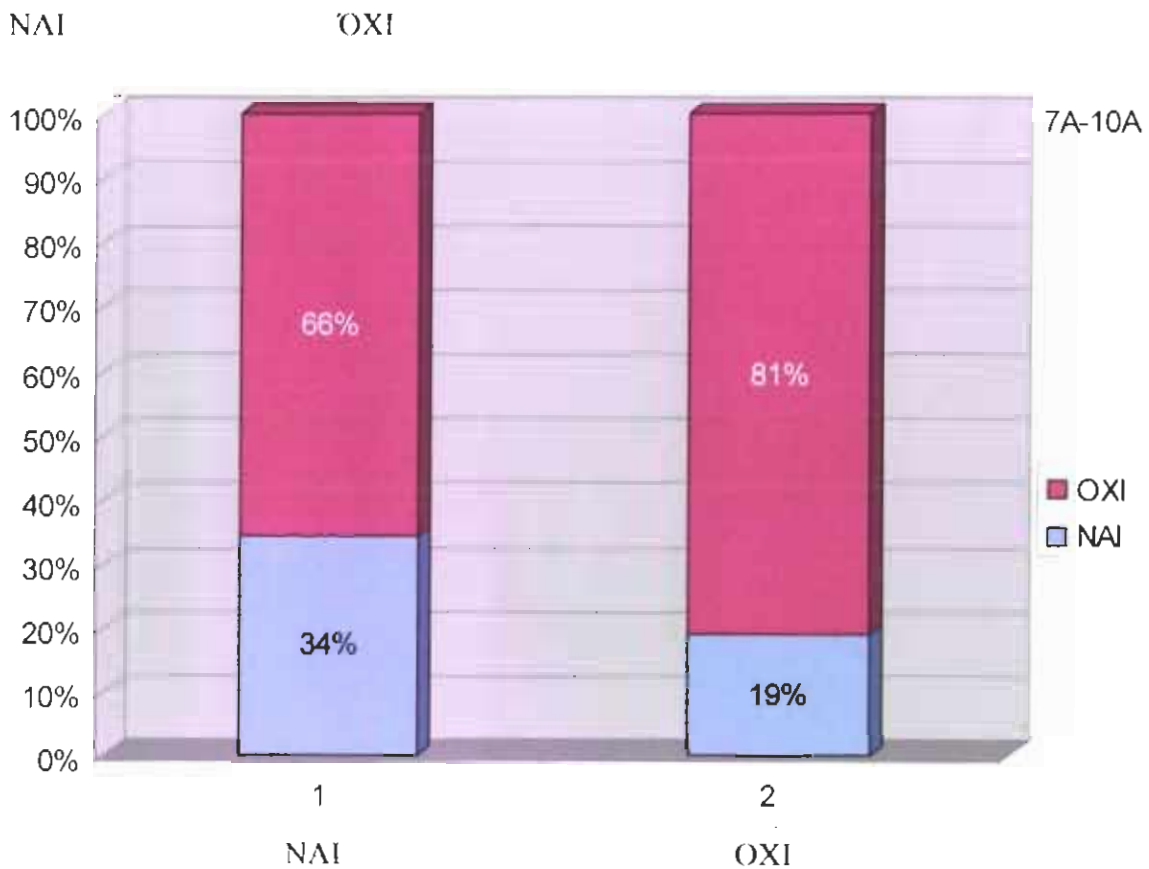
E9) Β. Αν ΟΧΙ, ποιος -οι από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι έχει δυσκολέψει την προσπάθεια αυτή :

- A1. Έλλειψη συνεργασίας με τους επαγγελματίες των αποκαταστασιακών δομών
- A2. Φόρτος εργασίας / ανάληψη μεγάλου όγκου καθηκόντων
- A3. Έλλειψη οικονομικών πόρων
- A4. Η νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό
- A5. Δυσκαμψία της κοινότητας να αποδεχθεί την ύπαρξη δομών στα πλαίσιά της
- A6. Έλλειψη ειδίκευσης των φροντιστών
- A7. Όλα τα παραπάνω
- A8. Κανένα από τα παραπάνω
- A9. Δ.Ξ.
- A10. Άλλο, προσδιορίστε



Από αυτούς που απάντησαν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν έχουν συμβάλει στη μετάβαση, οι εργαζόμενοι σε μονάδα αποκατάστασης πιστεύουν ότι την προσπάθεια αυτή έχουν δυσκολέψει κυρίως : «η νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό» (40%) και με ισόποσα ποσοστά (20%) : «Φόρτος εργασίας / ανάληψη μεγάλου όγκου καθηκόντων», «Δυσκαμψία της κοινότητας να αποδεχθεί την ύπαρξη δομών στα πλαίσιά της» και «Όλα τα παραπάνω». Όσοι δεν έχουν εργαστεί θεωρούν ως λόγω δυσκολίας «όλα τα παραπάνω» (58%) και με ισόποσα ποσοστά (17%) : «την έλλειψη οικονομικών πόρων», «Η νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό».

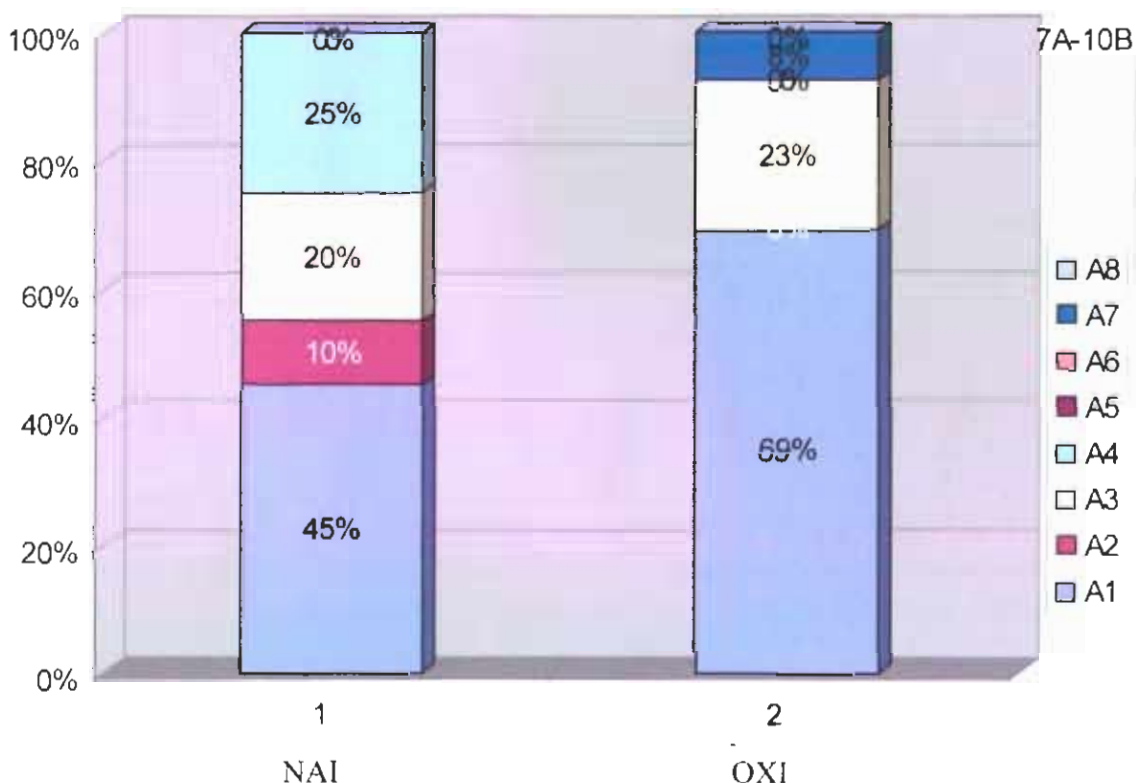
Ε10) Α. Πιστεύετε ότι όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζεστε θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης;



Και αυτοί που έχουν εργαστεί σε μονάδα αποκατάστασης (66%) και όσοι δεν έχουν εργαστεί με μεγαλύτερο ποσοστό (81%) πιστεύουν ότι δεν θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζονται.

E10) Β. Αν ΝΑΙ, για ποιον-ους από τους παρακάτω λόγους μπορούν να μεταβούν στην κοινότητα :

- A1. Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα
- A2. Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα λόγω της αναγκαίας απορρόφησης των οικονομικών κονδυλίων
- A3. Επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών
- A4. Επειδή πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία
- A5. Όλα τα παραπάνω
- A6. Κανένα από τα παραπάνω
- A7. Δ.Ξ.
- A8. Άλλο, προσδιορίστε

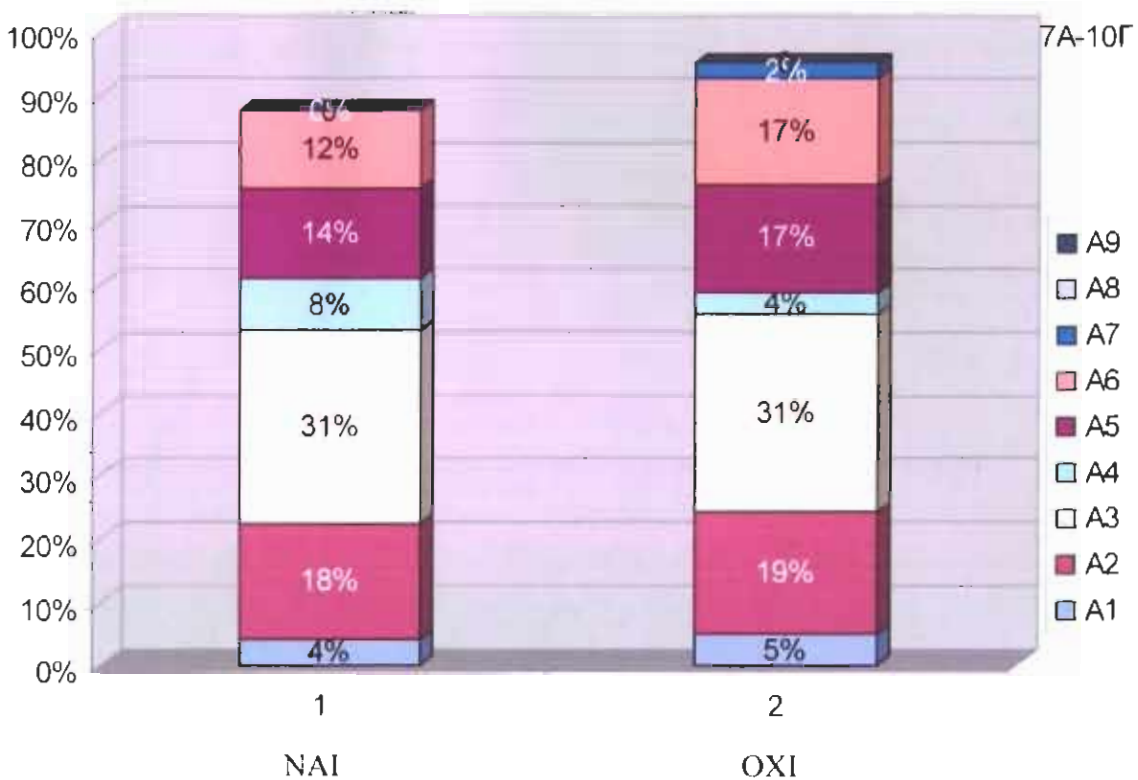


Για το λόγο που πιστεύουν ότι όλοι οι ασθενείς θα μπορούσαν να μεταβούν στην κοινότητα, οι επικρατέστερες απαντήσεις όσων έχουν εργαστεί σε μονάδα ήταν : «επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα» (45%), «Επειδή πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία» (25%) και με ποσοστό (20%) : «Επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών».

Όσοι δεν έχουν εργαστεί, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (69%) πιστεύουν ότι οι ασθενείς θα μπορούσαν να μεταβούν στην κοινότητα επειδή : «όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα» και «επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών» (23%).

E10) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιον -ους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης :

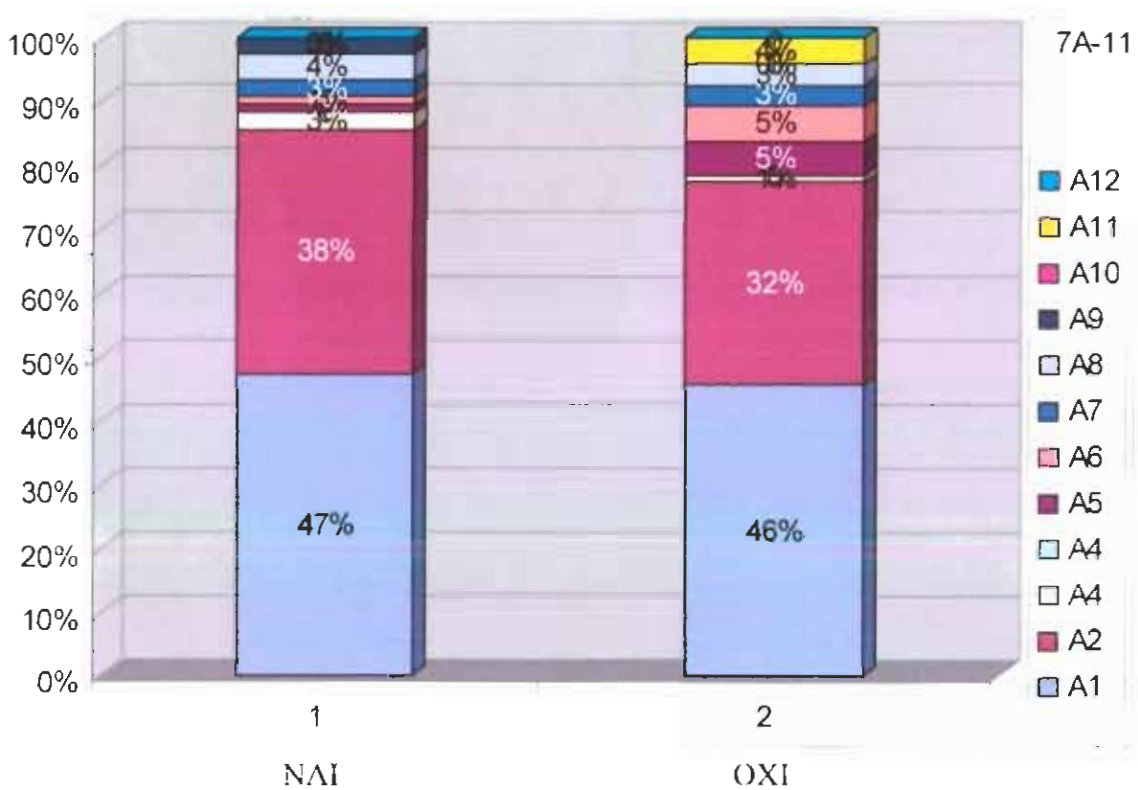
- A1. Λόγω δυσκολίας οργάνωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την προετοιμασία των ασθενών σχετικά για την μετάβαση τους
- A2. Λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών
- A3. Λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών
- A4. Λόγω προκαταλήψεων της κοινότητας
- A5. Λόγω της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών
- A6. Όλα τα παραπάνω
- A7. Κανένα από τα παραπάνω
- A8. Δ.Ξ.
- A9. Άλλο, προσδιορίστε



Από αυτούς που πιστεύουν ότι δεν θα μπορούσαν όλοι οι ασθενείς να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που έχουν εργαστεί σε μονάδα αποκατάστασης (31%) πιστεύει ότι αυτό δεν θα μπορούσε να συμβεί : «λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών» και «Λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών» (18%). Αντίστοιχα στους φροντιστές που δεν έχουν εργαστεί σε μονάδα αποκατάστασης, οι επικρατέστερες απαντήσεις για τους λόγους που δεν θα μπορούσαν να μεταβούν όλοι οι ασθενείς στη κοινότητα ήταν : «λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών» (31%), «λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών» (19%) και με ισόποσα ποσοστά 17% «Λόγω της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών» και «Όλα τα παραπάνω».

E11) Ποια -ες από τις παρακάτω αντιδράσεις έχετε όταν αποφασίζετε η μετάβαση ενός ασθενή του τμήματος όπου εργάζεστε σε αποκαταστασιακές δομές;

- A1. Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)
- A2. Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου
- A3. Άδειες
- A4. Έναρξη μεταπτυχιακών σπουδών
- A5. Μειωμένη διάθεση συνεργασίας με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα
- A6. Αποφυγή επαφής με τους ασθενείς
- A7. Συγκρούσεις με το λοιπό προσωπικό
- A8. Μειωμένη αποτελεσματικότητα στα καθήκοντα
- A9. Όλα τα παραπάνω
- A10. Κανένα από τα παραπάνω
- A11. Δ.Ξ.
- A12. Άλλο, προσδιορίστε



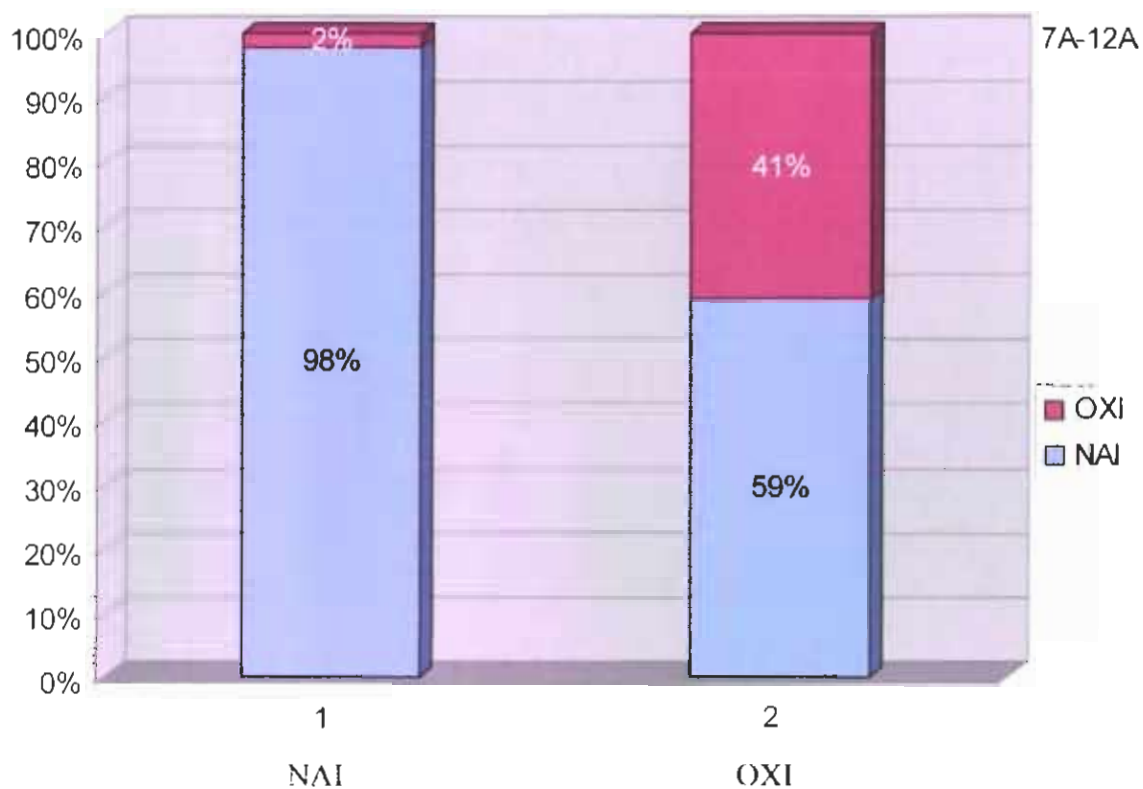
E11) Οι επικρατέστερες αντιδράσεις όσων έχουν εργαστεί είναι : «συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)» (47%) και «συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ο ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για τις απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου» (38%).

Ίδιες ήταν και οι επικρατέστερες αντιδράσεις όσων δεν έχουν εργαστεί αλλά με διαφορετικά ποσοστά : «συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή» (46%) και «συνεργασία με τους φροντιστές» (32%).

E12) Α. Έχετε βοηθήσει ασθενείς να βγουν και να μείνουν σε στεγαστική μονάδα αποκατάστασης στην κοινότητα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

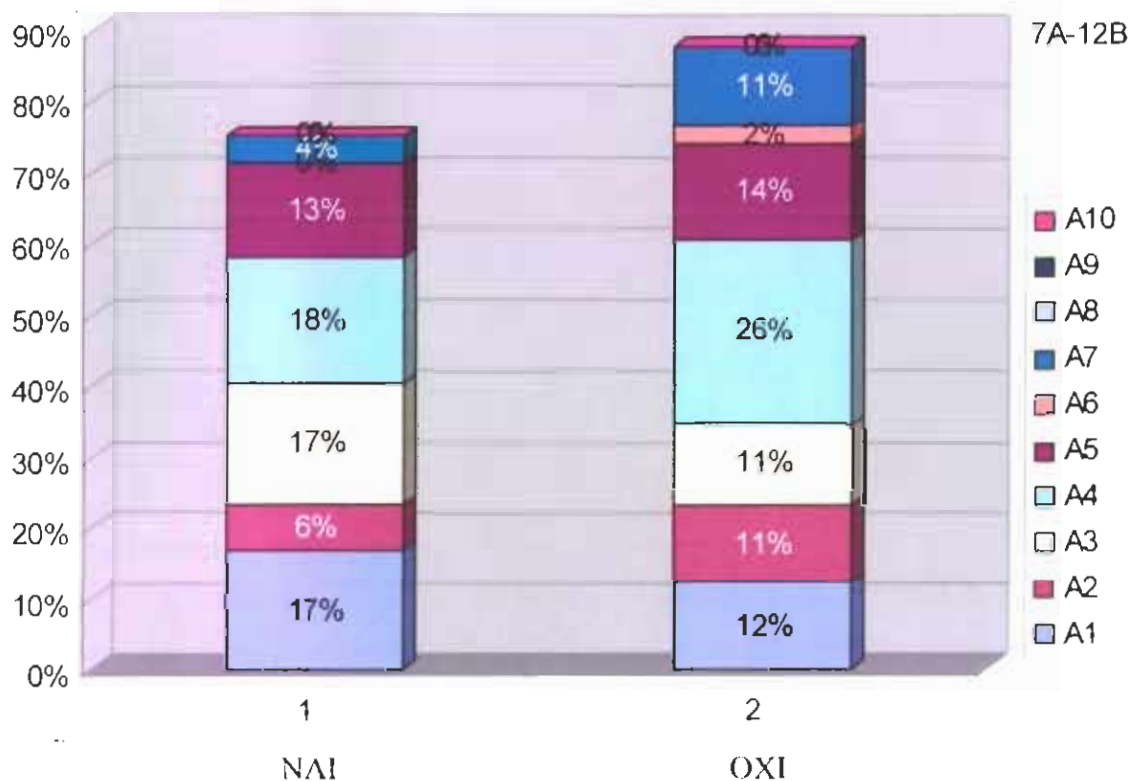


Όσοι έχουν εργασιακή εμπειρία σε μονάδα αποκατάστασης του ψυχιατρείου και όσοι δεν έχουν εργασιακή εμπειρία στο μεγαλύτερο τους ποσοστό, 98% και 59% αντίστοιχα, έχουν βοηθήσει ασθενείς να βγουν και να μείνουν σε στεγαστική μονάδα αποκατάστασης στην κοινότητα.

E12) Β. Αν ΝΑΙ, ποιο-οια από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι αισθάνθηκαν οι ασθενείς για τη μετάβαση τους στη κοινότητα :

- Α1. Ικανοποίηση
- Α2. Λύπη
- Α3. Χαρά
- Α4. Άγχος
- Α5. Φόβο

- Α6. Αδιαφορία
- Α7. Όλα τα παραπάνω
- Α8. Κανένα από τα παραπάνω
- Α9. Δ.Ξ.
- Α10 Άλλο, προσδιορίστε

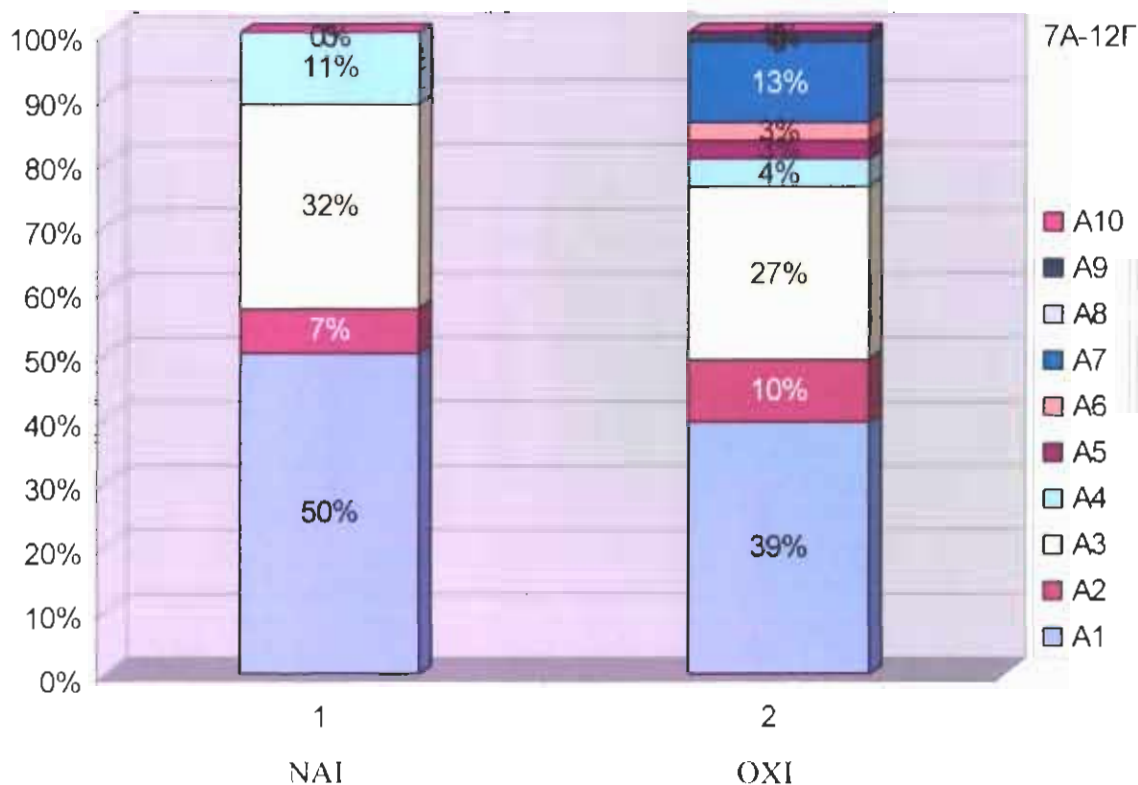


Όσοι έχουν εργαστεί σε μονάδα αποκατάστασης πιστεύουν ότι, οι ασθενείς αισθάνθηκαν για την μετάβασή τους κυρίως : «άγχος» (18%) και με ισόποσα ποσοστά (17%) : «ικανοποίηση» και «χαρά».

Αυτοί που δεν έχουν εργαστεί, πιστεύουν ότι οι ασθενείς αισθάνθηκαν κυρίως : «άγχος» (26%), «φόβο» (14%) και «ικανοποίηση» (12%).

Ε12) Γ. Ποιο-ποια συναισθήματα νιώσατε μετά τη μετάβαση των ασθενών σας στην κοινότητα:

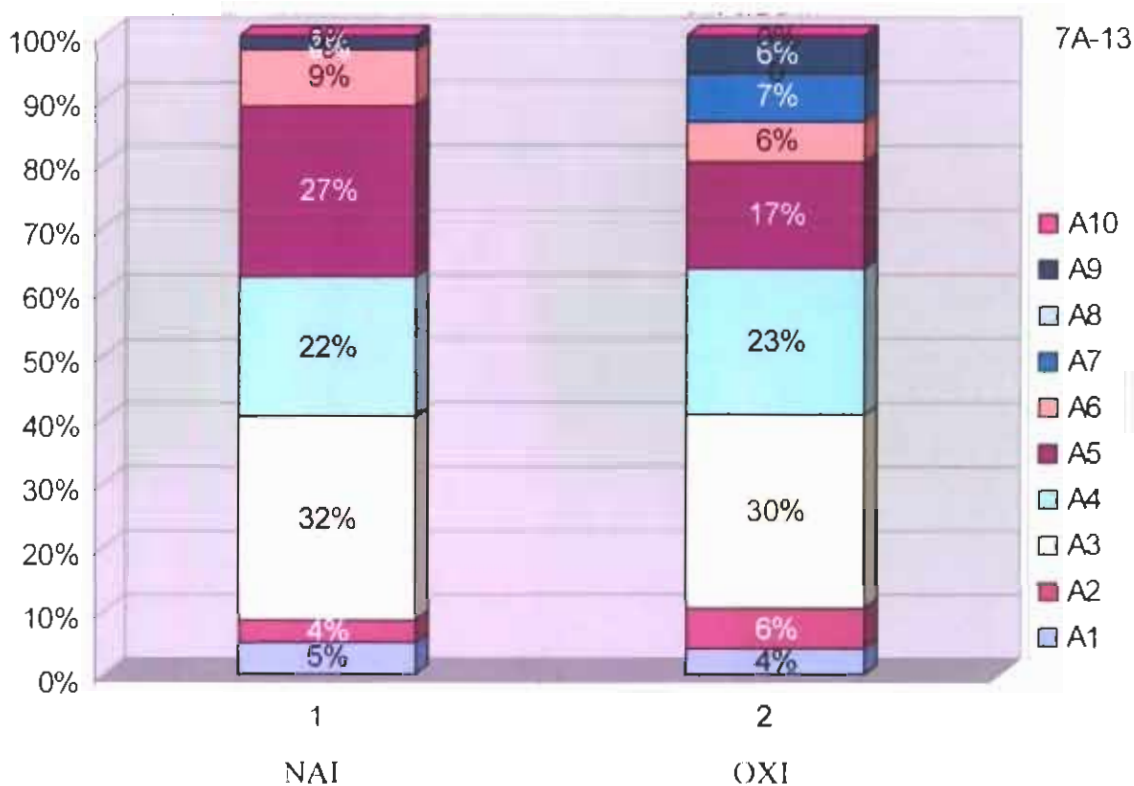
- | | |
|-----------------|----------------------------|
| Α1. Ικανοποίηση | Α6. Λδιαφορία |
| Α2. Λύπη | Α7. Όλα τα παραπάνω |
| Α3. Χαρά | Α8. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α4. Άγχος | Α9. Δ.Ξ. |
| Α5. Φόβο | Α10. Άλλο, προσδιορίστε |



Για τη μετάβαση των ασθενών τους στην κοινότητα, οι εργαζόμενοι που έχουν δουλέψει σε μονάδες αποκατάστασης ένιωσαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους : «ικανοποίηση» (50%) και «χαρά» (32%). Τα ίδια συναισθήματα ένιωσαν και όσοι δεν έχουν εργαστεί με αντίστοιχα ποσοστά 39% και 27%.

E13) Ποιο-α από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι θα μπορούσε να βιώσει η κοινότητα σχετικά με την μετάβαση των ασθενών;

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| Α1. Ικανοποίηση | Α6. Λύπη |
| Α2. Ευχαρίστηση | Α7. Όλα τα παραπάνω |
| Α3. Αμφιθυμία | Α8. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α4. Απάθεια – αδιαφορία | Α9. Δ.Ξ. |
| Α5. Θυμός – οργή | Α10. Άλλο, προσδιορίστε |



Για τη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα, όσοι έχουν εργαστεί σε μονάδες αποκατάστασης πιστεύουν ότι η κοινότητα θα μπορούσε να βιώσει κυρίως : «αμφιθυμία» (32%), «θυμό-οργή» (27%) και «απάθεια-αδιαφορία» (22%). Ίδια συναισθήματα αποδίδουν στην κοινότητα και όσοι δεν έχουν εργαστεί, με διαφορετικά ποσοστά : «αμφιθυμία» (30%), «απάθεια-αδιαφορία» (23%) και «θυμό-οργή» (17%).

E14) Ποιο-α από τα παρακάτω θα μπορούσαν, κατά την γνώμη σας, να αποτελέσουν έμπρακτη αντίδραση της κοινότητας σχετικά με τη δημιουργία εξωτερικών μονάδων αποκατάστασης;

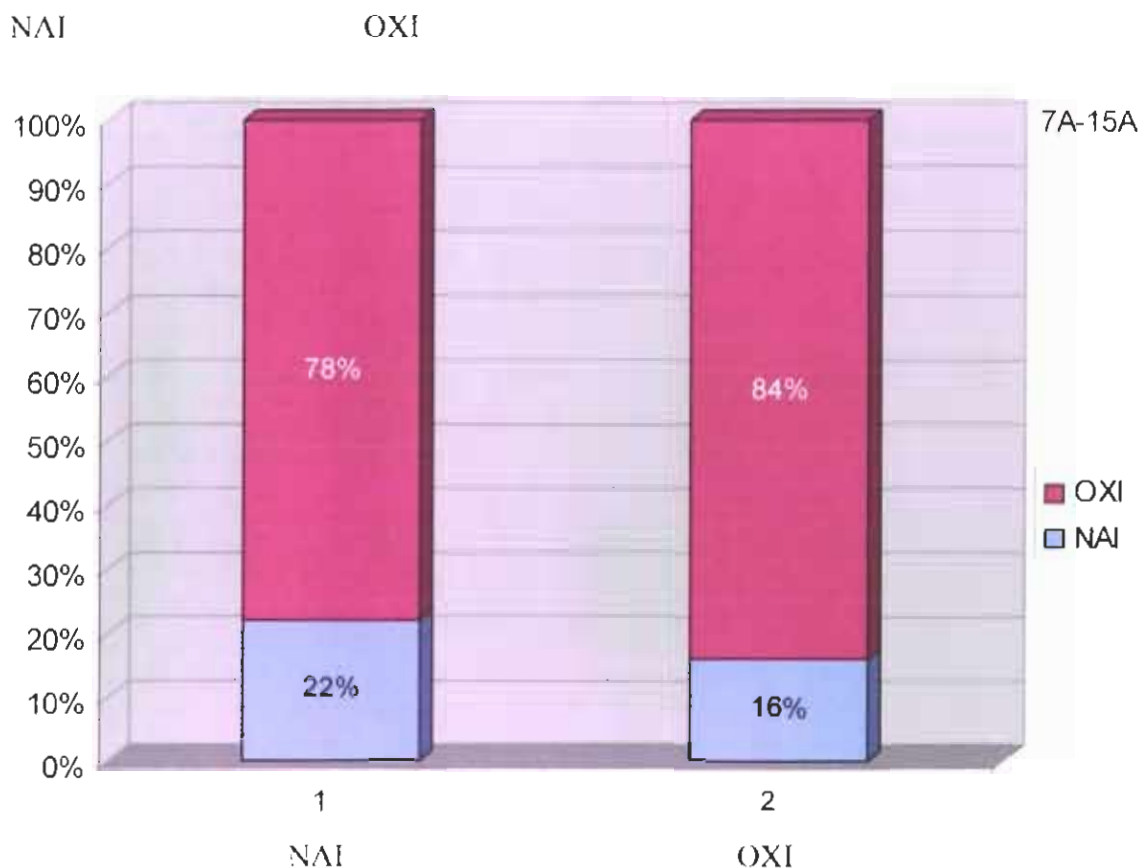
- A1. Εθελοντισμός
- A2. Οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων
- A3. Μη οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων
- A4. Απάθεια
- A5. Στιγματισμός
- A6. Επιθετικότητα
- A7. Όλα τα παραπάνω
- A8. Κανένα από τα παραπάνω
- A9. Δ.Ξ.
- A10. Άλλο, προσδιορίστε



Οι επικρατέστερες απαντήσεις όσων έχουν εργαστεί σε μονάδες αποκατάστασης για το τι θα μπορούσε να αποτελέσει έμπρακτη αντίδραση της κοινότητας ήταν : «Εθελοντισμός» (18%) και ισόποσα ποσοστά 15% : «Οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων» και «Στιγματισμός» και οι επόμενες επικρατέστερες απαντήσεις με ισόποσα ποσοστά 13% είναι : «Μη οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων» «Απάθεια».

Οι επικρατέστερες απαντήσεις όσων δεν έχουν εργαστεί ήταν : «εθελοντισμός» και «επιθετικότητα» με ισόποσα ποσοστά (22%) και «απάθεια» (17%).

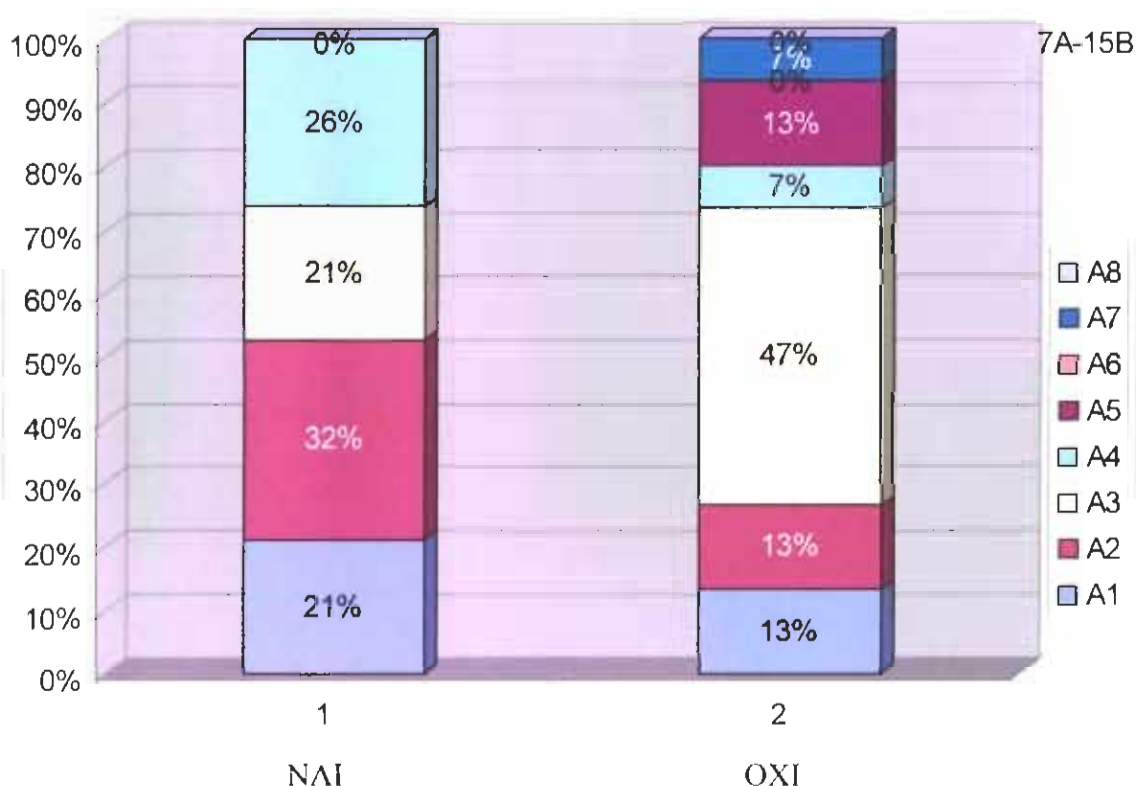
Ε15) Α. Πιστεύετε ότι η κοινότητα είναι ενημερωμένη για την λειτουργία θεραπευτικών μονάδων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων;



Η συντριπτική πλειοψηφία όσων έχουν εργαστεί σε μονάδα αποκατάστασης του ψυχιατρείου (78%) πιστεύει ότι η κοινότητα δεν είναι ενημερωμένη για τη λειτουργία θεραπευτικών μονάδων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων. Σε εξίσου μεγάλο ποσοστό (84%) πιστεύουν το ίδιο και όσοι δεν έχουν εργαστεί.

E15) Β. Αν ΝΑΙ, με ποιον-ους από τους παρακάτω τρόπους πιστεύετε ότι έχει ενημερωθεί:

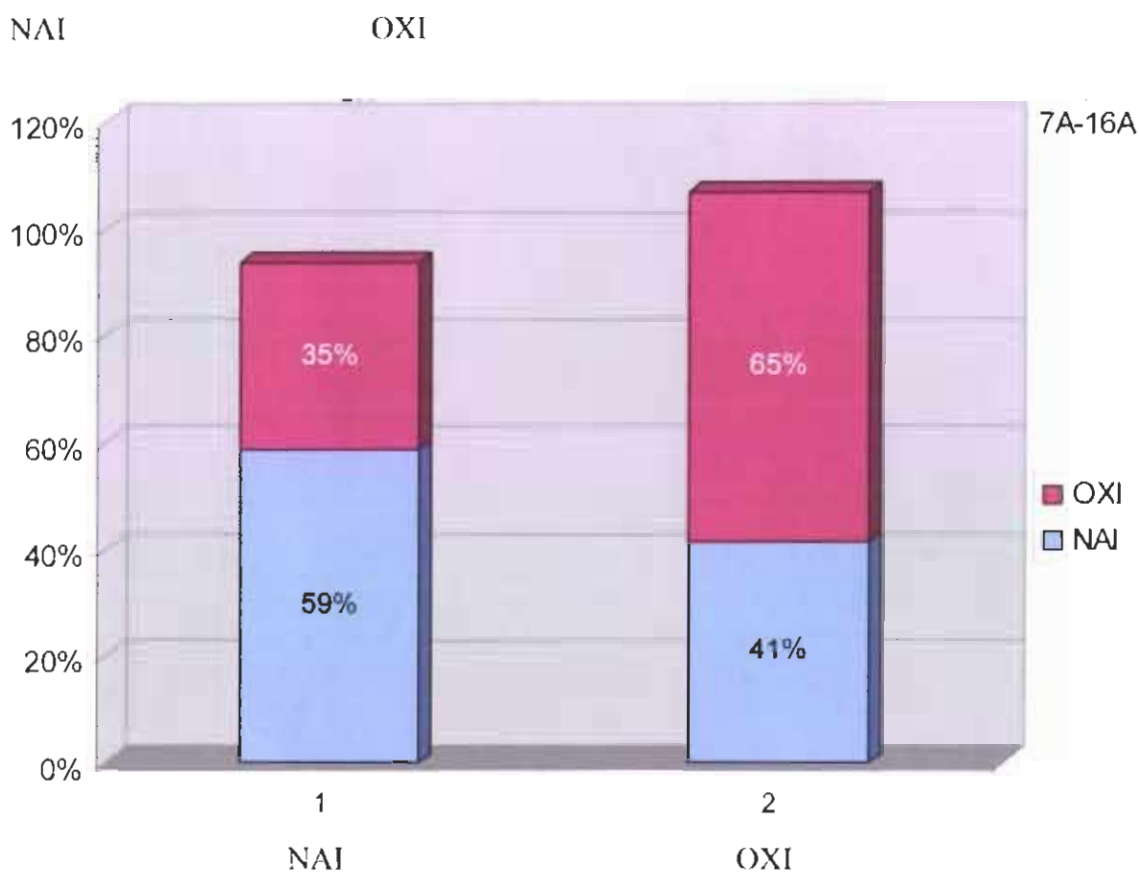
- | | |
|---|----------------------------|
| A1. Αγωγή κοινότητας | A5. Όλα τα παραπάνω |
| A2. Μ.Μ.Ε. | A6. Κανένα από τα παραπάνω |
| A3. Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων | A7. Δ. Ξ. |
| A4. Ημερίδες – Σεμινάρια | A8. Άλλο, προσδιορίστε |



Από αυτούς που έχουν εργαστεί σε μονάδες αποκατάστασης που πιστεύουν ότι η κοινότητα έχει ενημερωθεί, πιστεύουν ότι αυτό έχει γίνει μέσω των «Μ.Μ.Ε.» (32%), «Ημερίδες – Σεμινάρια» ((26%) και με ισόποσα ποσοστά (21%) «Αγωγή κοινότητας» και «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων».

Από όσους δεν έχουν εργαστεί πιστεύουν ότι η κοινότητα έχει ενημερωθεί από : «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» (47%) και ισόποσα ποσοστά (13%) «Αγωγή κοινότητας», «Μ.Μ.Ε.» και «Όλα τα παραπάνω».

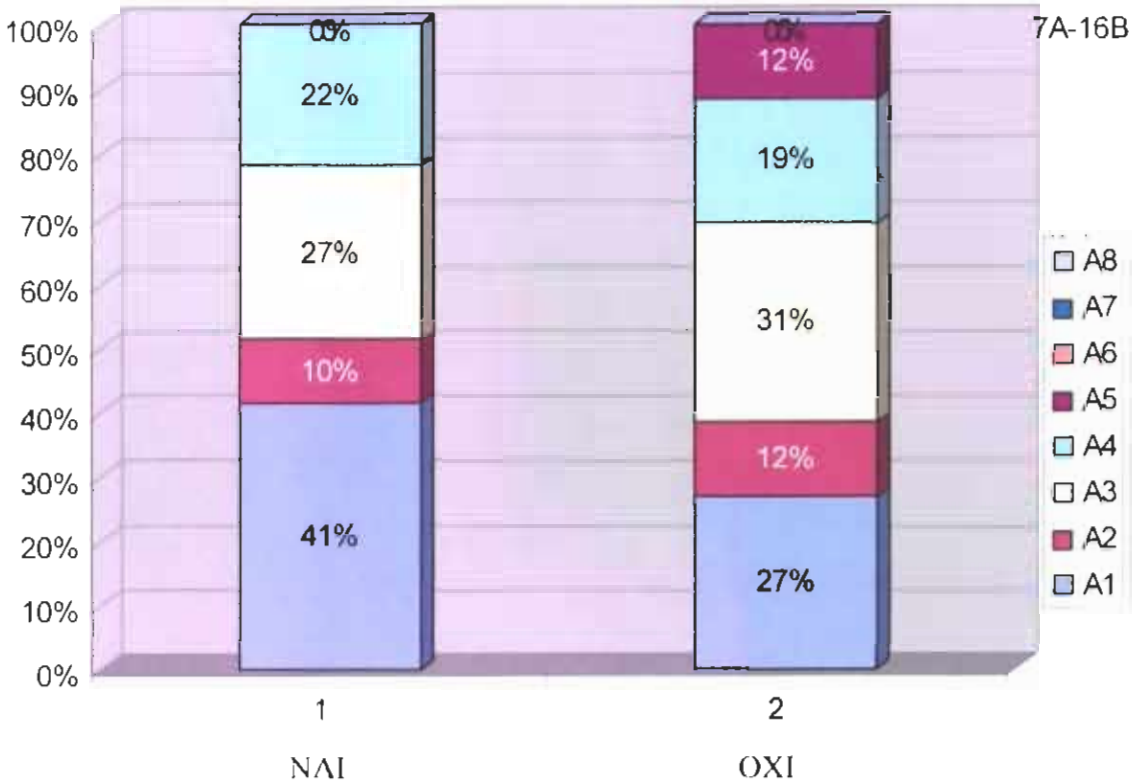
E16) Α. Εσείς έχετε συντελέσει ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Ψυχιατρείου στην αγωγή της κοινότητας, σχετικά με την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών για το θέμα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών;



Σχετικά με την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών για το θέμα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών, όσοι έχουν εργαστεί σε μονάδες αποκατάστασης με ποσοστό 59% πιστεύουν ότι έχουν συντελέσει στην αγωγή της κοινότητας, αντίθετα με όσους δεν έχουν εργαστεί σε μονάδες αποκατάστασης που πιστεύουν ότι δεν έχουν συντελέσει με ποσοστό 65%.

E16) Β. Αν ΝΑΙ, με ποιον- ους από τους παρακάτω τρόπους :

- | | |
|---|----------------------------|
| A1. Αγωγή κοινότητας | A5. Όλα τα παραπάνω |
| A2. Μ.Μ.Ε. | A6. Κανένα από τα παραπάνω |
| A3. Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων | A7. Δ.Ξ. |
| A4. Ημερίδες Σεμινάρια | A8. Άλλο, προσδιορίστε |

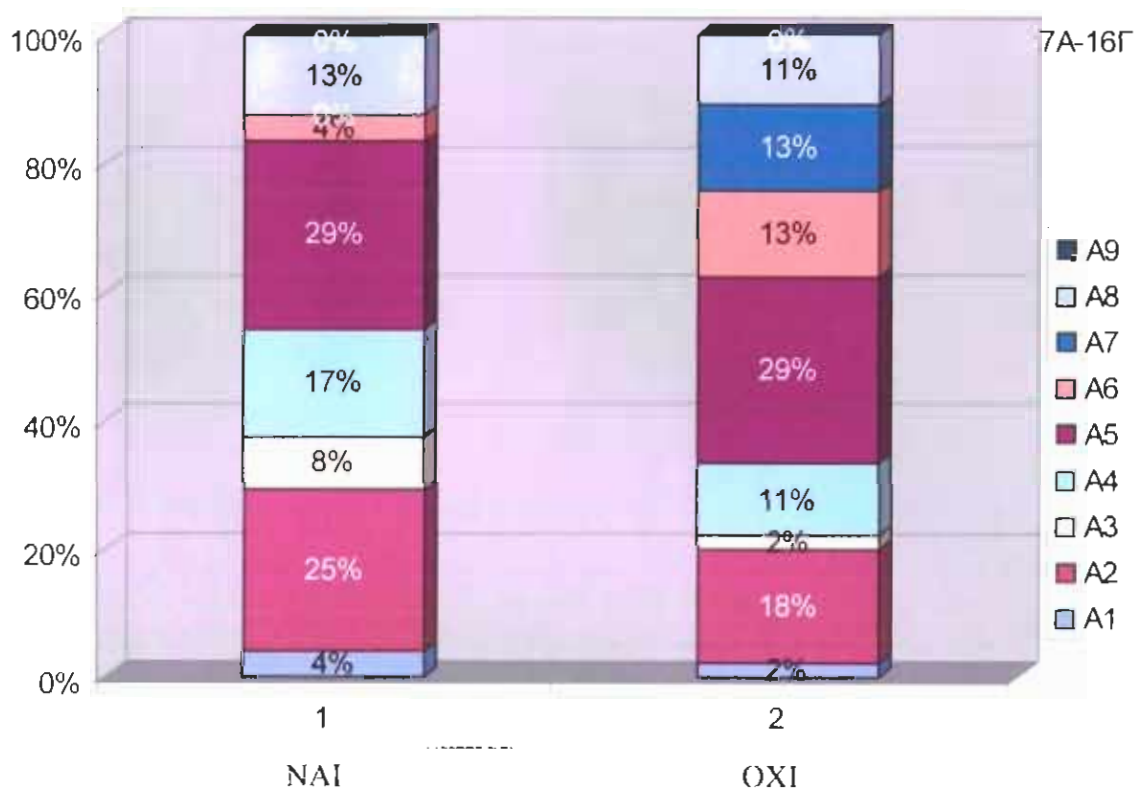


Όσοι έχουν εργαστεί σε μονάδες αποκατάστασης που πιστεύουν ότι έχουν συντελέσει στην αγωγή της κοινότητας, 41% πιστεύει ότι αυτό έχει γίνει με «αγωγή κοινότητας», 27% με «ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων-κοινοτήτων» και 22% με «Ημερίδες – Σεμινάρια»

Όσοι δεν έχουν εργαστεί πιστεύουν ότι έχουν συντελέσει στην αγωγή της κοινότητας : 31% με «ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων-κοινοτήτων», 27% με «αγωγή κοινότητας», και το (19%) με «Ημερίδες – Σεμινάρια»

Ε16) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιον – ποιους από τους παρακάτω λόγους δεν καταφέρατε κάτι τέτοιο :

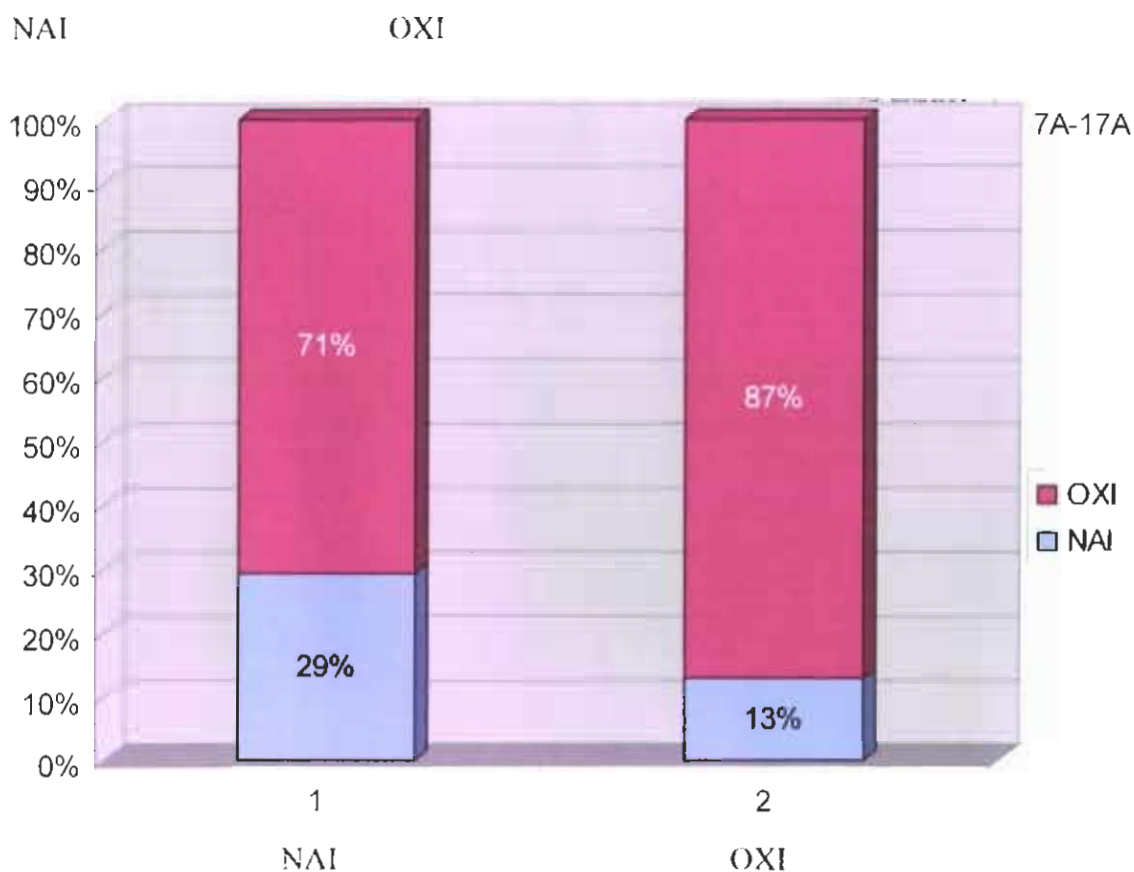
- Α1. Λόγω αρνήσεως των τοπικών φορέων να συνεργαστούν
- Α2. Λόγω έλλειψης κονδυλίων
- Α3. Λόγω άρνησης του ίδιου του προσωπικού
- Α4. Λόγω αδιαφορίας
- Α5. Λόγω έλλειψης χρόνου
- Α6. Όλα τα παραπάνω
- Α7. Κανένα από τα παραπάνω
- Α8. Δ.Ξ.
- Α9. Άλλο, προσδιορίστε



Οι περισσότεροι απ' όσους έχουν εργαστεί σε μονάδες αποκατάστασης, απάντησαν ότι δεν έχουν συντελέσει στην αγωγή της κοινότητας κυρίως : «Λόγω έλλειψης χρόνου» (29%), «Λόγω έλλειψης κονδυλίων» (25%) και «Λόγω αδιαφορίας» (17%).

Όσοι δεν έχουν εργαστεί σε μονάδες αποκατάστασης πιστεύουν ότι δεν κατάφεραν κάτι τέτοιο κυρίως : «Λόγω έλλειψης χρόνου» (29%), «Λόγω έλλειψης κονδυλίων» (18%) και «Κανένα από τα παραπάνω» (13%).

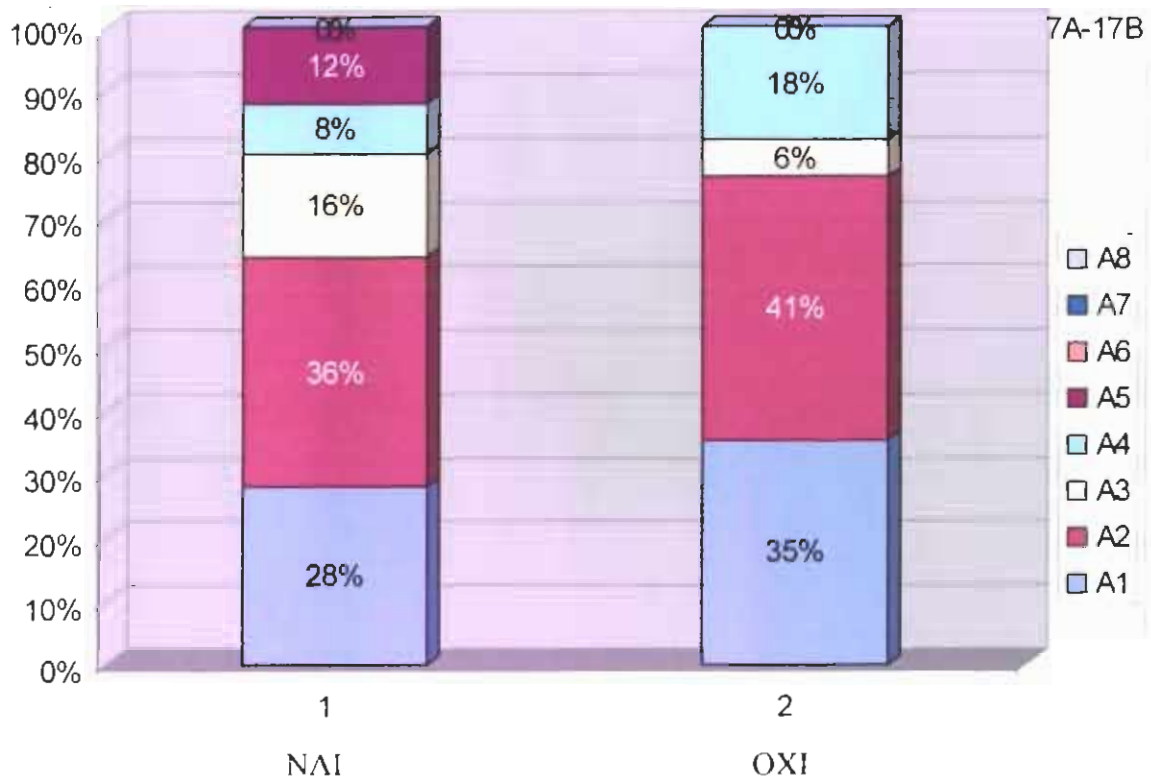
E17) Α. Πιστεύετε ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα;



Η πλειοψηφία όσων έχουν εργαστεί σε μονάδα αποκατάστασης του ψυχιατρείου (71%) πιστεύει ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα. Το ίδιο πιστεύει και η πλειοψηφία (87%) των φροντιστών που δεν έχουν εργαστεί σε μονάδα αποκατάστασης.

E17) Β. Αν ΝΑΙ, σε ποια -ες από τις παρακάτω δομές –υπηρεσίες θα μπορούσαν εργαστούν:

- | | |
|---|----------------------------|
| A1. Σε Προστατευμένα Εργαστήρια | A5. Όλα τα παραπάνω |
| A2. Σε Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς | A6. Κανένα από τα παραπάνω |
| A3. Σε Δημόσιες Υπηρεσίες | A7. Λ.Ξ. |
| A4. Σε Ιδιωτικές Υπηρεσίες - Επιχειρήσεις | A8. Άλλο, προσδιορίστε |

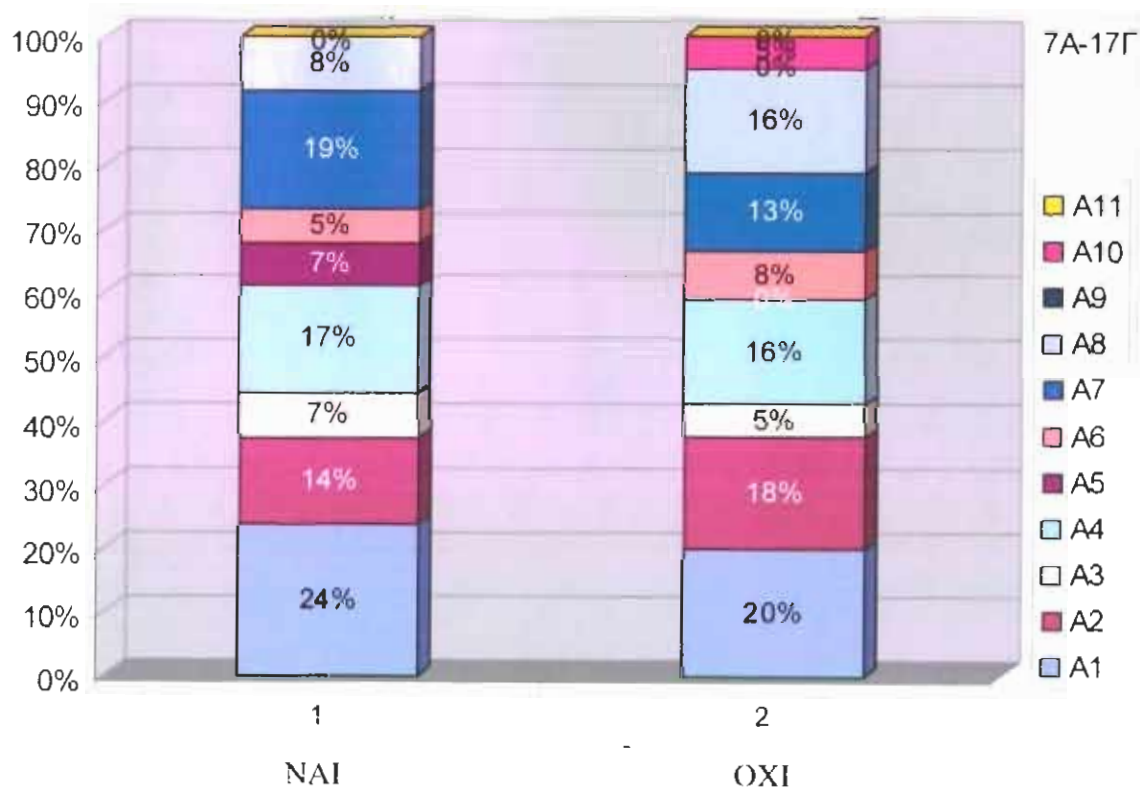


Από τους φροντιστές που έχουν εργαστεί σε μονάδα αποκατάστασης και που πιστεύουν ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα, (36%) πιστεύουν ότι οι ασθενείς θα μπορούσαν να εργαστούν σε «Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς» και (28%) «Σε Προστατευμένα Εργαστήρια».

Το ίδιο πιστεύουν και οι περισσότεροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που δεν έχουν εργαστεί σε μονάδα αποκατάστασης, με ποσοστό (41%) σε «Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς» και 35% σε «Προστατευμένα Εργαστήρια».

Ε17) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιόν-ους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν επαρκεί :

- A1. Λόγω έλλειψης υποδομής
- A2. Λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης
- A3. Λόγω ύπαρξης ανειδίκευτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας
- A4. Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών
- A5. Λόγω έλλειψης συντονισμού θεραπευτικής ομάδας
- A6. Λόγω κακής οργάνωσης του θεραπευτικού προγράμματος
- A7. Λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών
- A8. Όλα τα παραπάνω
- A9. Κανένα από τα παραπάνω
- A10. Λ.Ξ.
- A11. Άλλο, προσδιορίστε

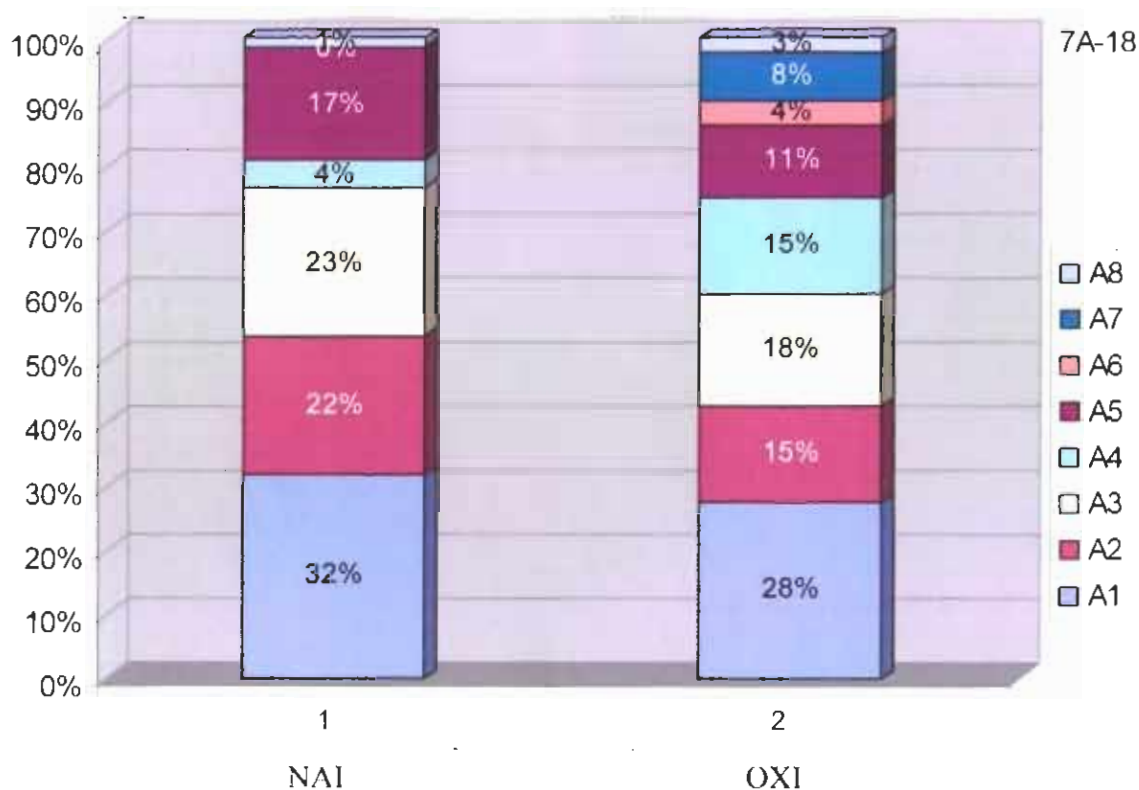


Ε17) Γ. Από όσους έχουν εργαστεί σε μονάδες αποκατάστασης που απάντησαν ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα, οι περισσότεροι (24%) πιστεύουν ότι αυτό οφείλεται «έλλειψη υποδομής», (19%) στην «έλλειψη ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών» και με (17%) στην «μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασία των ασθενών».

Οι περισσότεροι από όσους δεν έχουν εργαστεί σε μονάδες αποκατάστασης πιστεύουν ότι η προετοιμασία δεν επαρκεί κυρίως : «Λόγω έλλειψης υποδομής» (20%), «Λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης» (18%) και με ισόποσα ποσοστά (16%) «Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών» και «Όλα τα παραπάνω».

E18) Πιστεύετε ότι η διαμονή των ασθενών σας στην κοινότητα, βοηθά :

- Α1. στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση
- Α2. στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση
- Α3. στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη
- Α4. στην προώθηση και απορρόφηση των κονδυλίων από την Ε.Ε.
- Α5. Όλα τα παραπάνω
- Α6. Κανένα από τα παραπάνω
- Α7. Δ.Ξ.
- Α8. Άλλο, προσδιορίστε



Οι περισσότεροι από όσους έχουν εργαστεί σε ομάδες αποκατάστασης πιστεύουν ότι η διαμονή των ασθενών τους στην κοινότητα βοηθά : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» (32%), «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη» (23%) και «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση» (22%).

Οι περισσότεροι από όσους δεν έχουν εργαστεί σε μονάδα αποκατάστασης του ψυχιατρείου πιστεύουν ότι η διαμονή των ασθενών τους στην κοινότητα βοηθά : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» (28%), «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση» (18%) και με ισόποσα ποσοστά (15%) : «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση» και «στην προώθηση και απορρόφηση των κονδυλίων από την Ε.Ε.»

Συσχέτιση ερωτήσεων με τις μονάδες αποκατάστασης (E.7B)

E8) Η μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές συντελεί :

- Λ1. στη μείωση των υποτροπών
- Λ2. στη λειτουργικότητα των ασθενών
- Λ3. στην επαγγελματική αποκατάσταση
- Λ4. στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα
- Λ5. στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας
- Λ6. στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών
- Λ7. στην όξυνση των σχέσεων μεταξύ των ασθενών και της κοινότητας
- Λ8. στην αύξηση των υποτροπών
- Λ9. Όλα τα παραπάνω
- Λ10. Κανένα από τα παραπάνω
- Λ11. Δ.Ξ.
- Λ12. Άλλο, προσδιορίστε



E8) Σχετικά με τη μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές, οι επικρατέστερες απαντήσεις στους φροντιστές που έχουν εργαστεί σε Ξενώνα, απάντησαν με ισόποσα ποσοστά (18%) ότι συντελεί : «στη λειτουργικότητα των ασθενών» και «στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα». Οι επόμενες επικρατέστερες απαντήσεις είναι : «στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας» και «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών» με ισόποσα ποσοστά (17%).

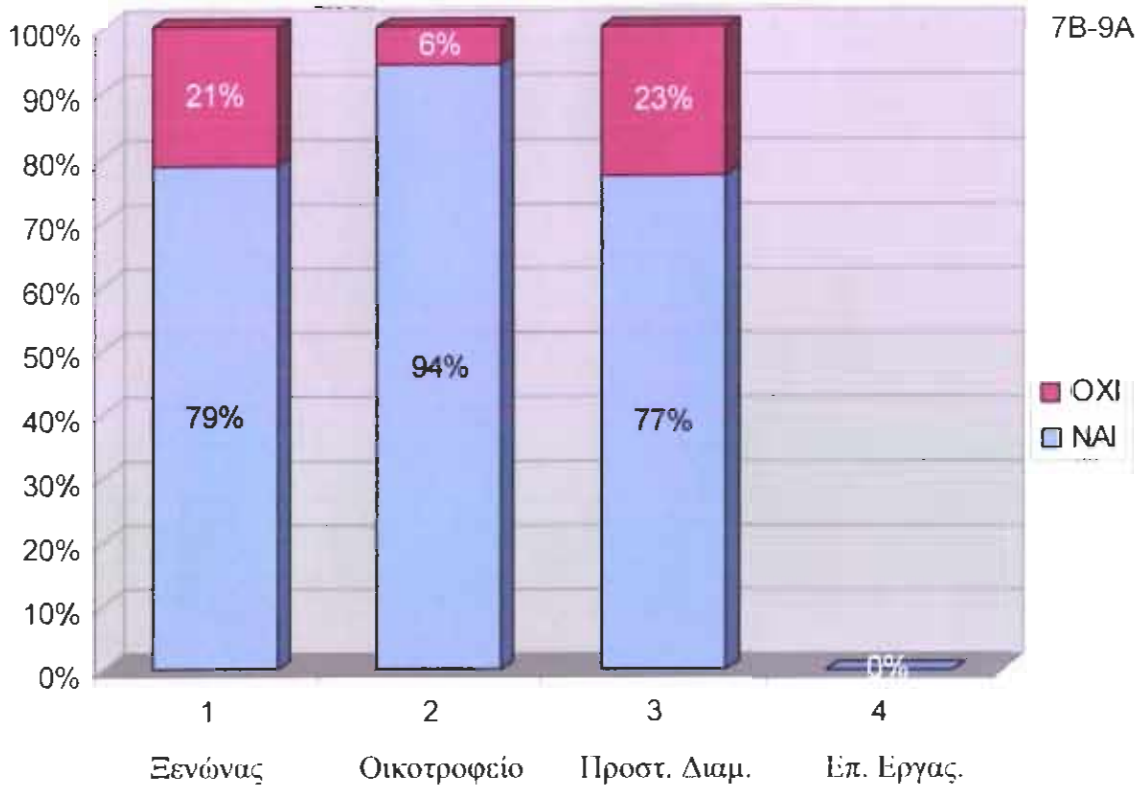
Όσοι έχουν εργαστεί σε Οικοτροφεία πιστεύουν ότι συντελεί : «στη λειτουργικότητα των ασθενών» (27%), «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών» (20%) και «στη μείωση των υποτροπών» (18%).

Σε Προστατευμένα Διαμερίσματα πιστεύουν ότι συντελεί : «στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας» (21%), με ισόποσα ποσοστά (18%) «στη λειτουργικότητα των ασθενών» και «στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα» και με ποσοστό 16% «στη μείωση των υποτροπών».

Ε9) Α. Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα;

ΝΑΙ

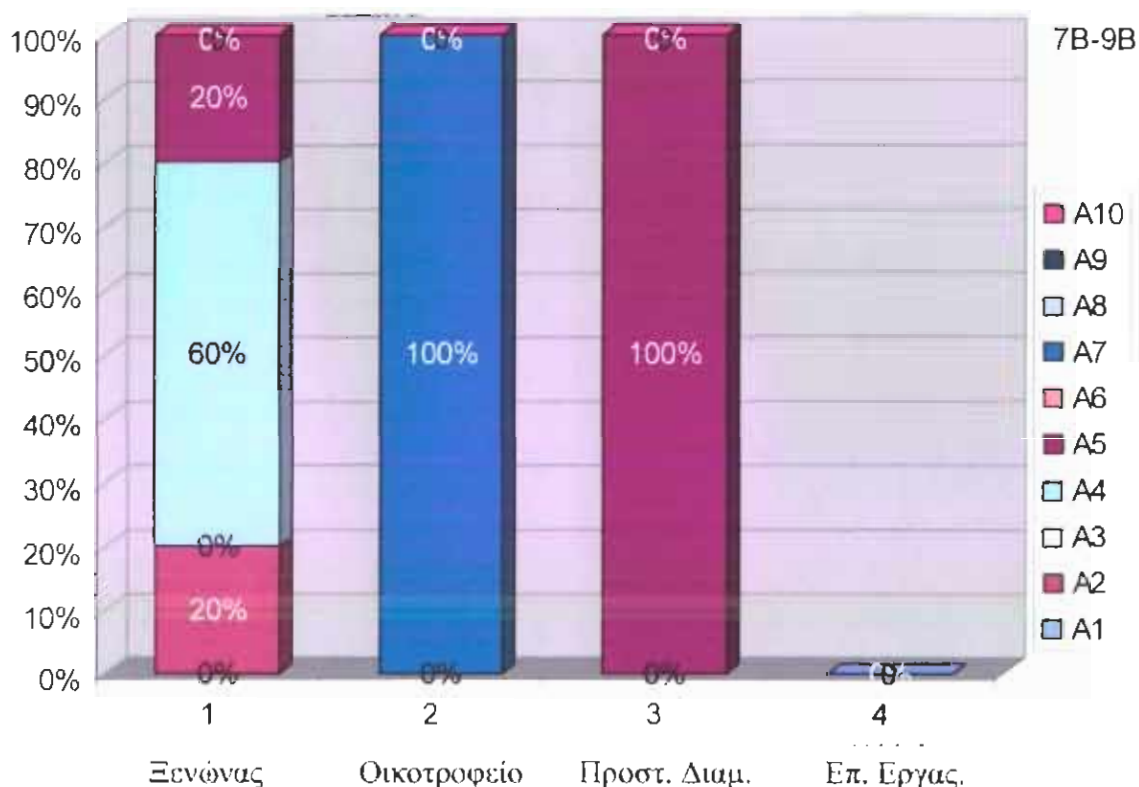
ΟΧΙ



Στο μεγαλύτερο τους ποσοστό όσοι έχουν εργαστεί, σε Ξενώνες (79%), σε Οικοτροφείο (94%), σε Προστατευμένα Διαμερίσματα (77%) πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα.

E9) Β. Αν ΟΧΙ, ποιος -οι από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι έχει δυσκολέψει την προσπάθεια αυτή :

- A1. Έλλειψη συνεργασίας με τους επαγγελματίες των αποκαταστασιακών δομών
- A2. Φόρτος εργασίας / ανάληψη μεγάλου όγκου καθηκόντων
- A3. Έλλειψη οικονομικών πόρων
- A4. Η νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό
- A5. Δυσκαμψία της κοινότητας να αποδεχθεί την ύπαρξη δομών στα πλαίσιά της
- A6. Έλλειψη ειδικευσης των φροντιστών
- A7. Όλα τα παραπάνω
- A8. Κανένα από τα παραπάνω
- A9. Δ.Ξ.
- A10. Άλλο, προσδιορίστε



Από αυτούς που απάντησαν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα, Όσοι έχουν εργαστεί σε Ξενώνες πιστεύουν ότι την προσπάθεια αυτή έχει δυσκολέψει κυρίως : «Η νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό» (60%), και με ισόποσα ποσοστά (20%) : «Φόρτος εργασίας / ανάληψη μεγάλου όγκου καθηκόντων» και «Δυσκαμψία της κοινότητας να αποδεχθεί την ύπαρξη δομών στα πλαίσιά της».

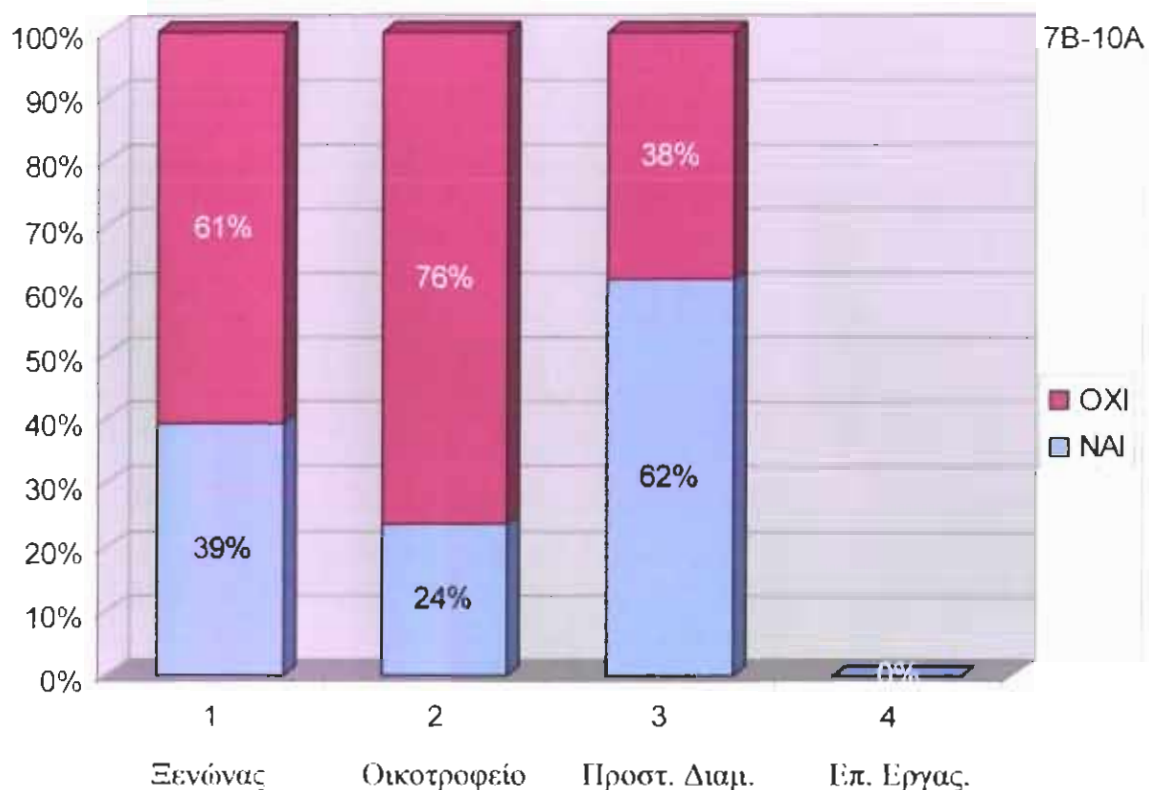
Σε Οικοτροφείο θεωρούν ως λόγοι δυσκολίας : «Όλα τα παραπάνω» (100%).

Σε Προστατευμένα Διαμερίσματα θεωρούν ως λόγω δυσκολίας : «Δυσκαμψία της κοινότητας να αποδεχθεί την ύπαρξη δομών στα πλαίσιά της»(100%).

Ε10) Α. Πιστεύετε ότι όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζεστε θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης;

ΝΑΙ

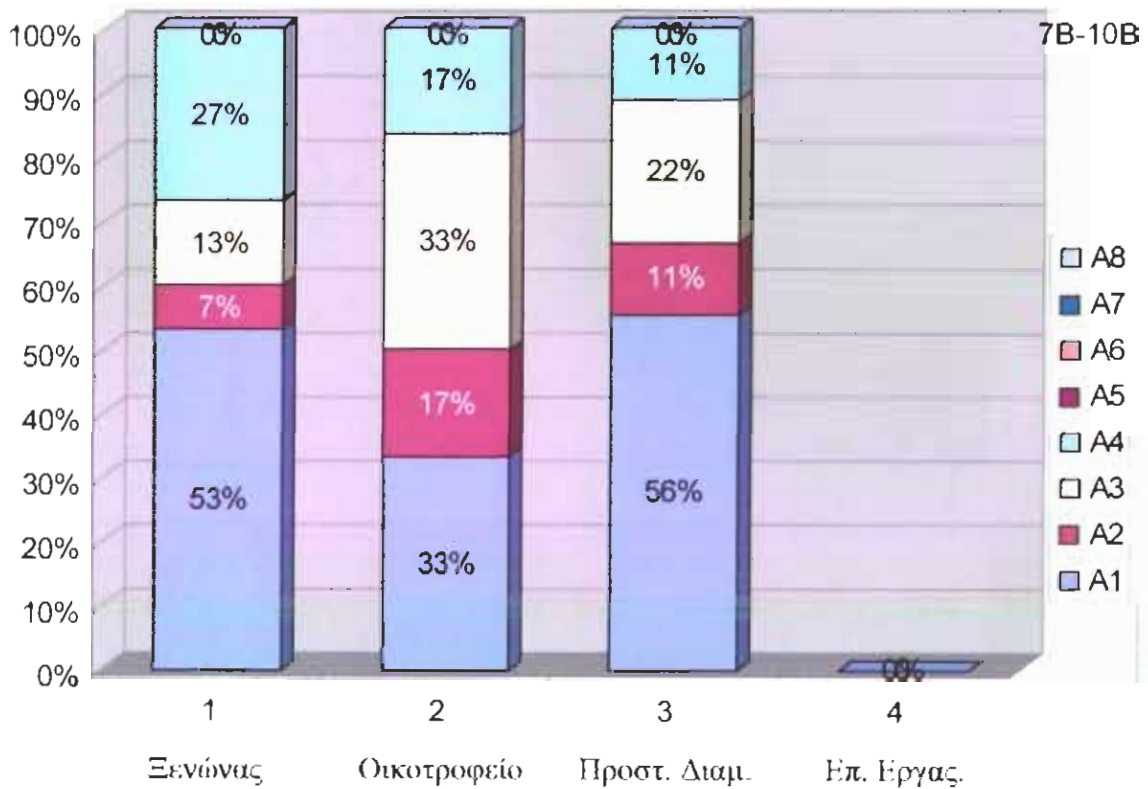
ΌΧΙ



Όσοι έχουν εργαστεί σε Ξενώνες απάντησαν αρνητικά με ποσοστό (61%). Σε Οικοτροφείο απάντησαν αρνητικά (76%). Σε Προστατευμένα Διαμερίσματα θετικά με ποσοστό (62%).

Ε10) Β. Αν ΝΑΙ, για ποιον-ους από τους παρακάτω λόγους μπορούν να μεταβούν στην κοινότητα :

- Α1. Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα
- Α2. Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα λόγω της αναγκαίας απορρόφησης των οικονομικών κονδυλίων
- Α3. Επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών
- Α4. Επειδή πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία
- Α5. Όλα τα παραπάνω
- Α6. Κανένα από τα παραπάνω
- Α7. Δ.Ξ.
- Α8. Άλλο, προσδιορίστε



E10)B. Από αυτούς που πιστεύουν ότι όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζονται θα μπορούσαν να μεταβούν στην κοινότητα, οι επικρατέστεροι λόγοι όσων έχουν εργαστεί σε Ξενώνα ήταν : «Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα» (53%) και «Επειδή πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία» (27%).

Όσοι έχουν εργαστεί σε Οικοτροφείο πιστεύουν ότι οι λόγοι είναι : «Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα» και «Επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών» με ισόποσα ποσοστά (33%).

Όσοι έχουν εργαστεί σε Προστατευμένα Διαμερίσματα πιστεύουν ότι οι λόγοι είναι : «Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα» (56%) και με ποσοστό (22%) : «Επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών».

Ε10) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιον -ους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης :

- A1. Λόγω δυσκολίας οργάνωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την προετοιμασία των ασθενών σχετικά για την μετάβαση τους
- A2. Λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών
- A3. Λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών
- A4. Λόγω προκαταλήψεων της κοινότητας
- A5. Λόγω της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών
- A6. Όλα τα παραπάνω
- A7. Κανένα από τα παραπάνω
- A8. Δ.Ξ.
- A9. Άλλο, προσδιορίστε



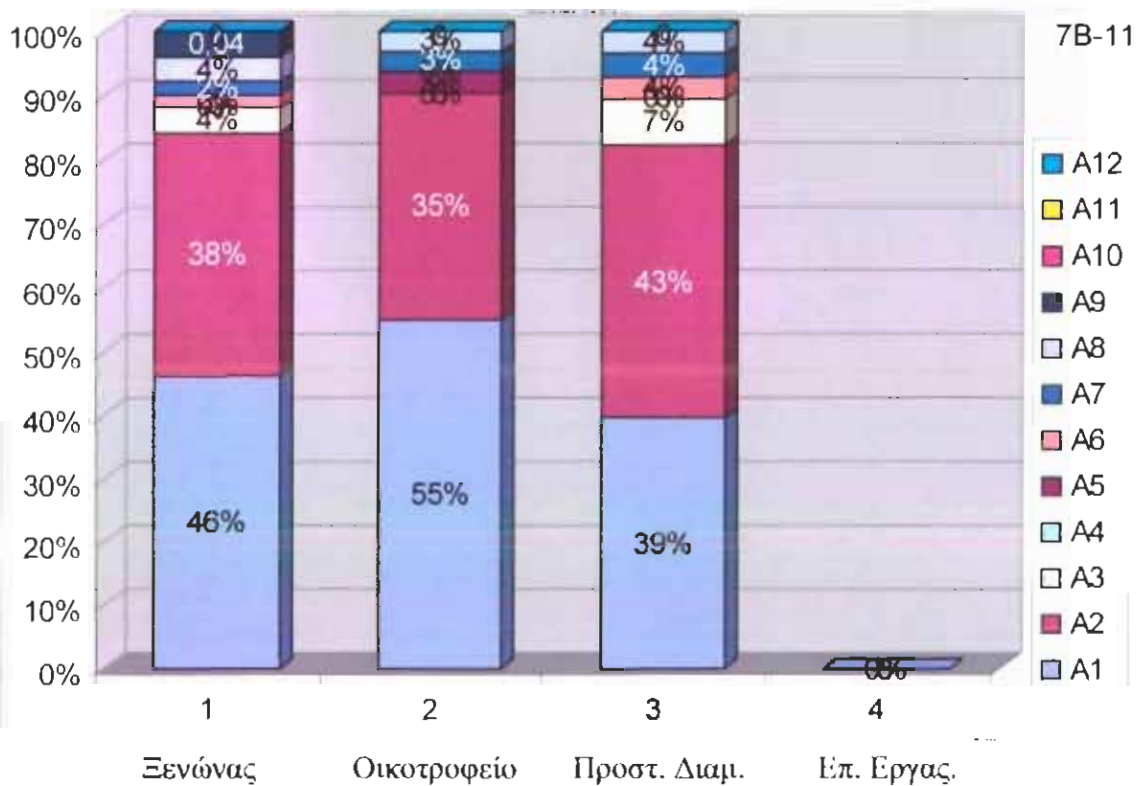
Όσοι έχουν εργαστεί σε Ξενώνα πιστεύουν ότι δεν θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης : «Λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών» (31%) και «Λόγω της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών» (19%).

Όσοι έχουν εργαστεί σε Οικοτροφείο απάντησαν : «Λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών» (45%) και «Λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών» (25%)

Όσοι έχουν εργαστεί σε Προστατευμένα Διαμερίσματα απάντησαν : «Λόγω δυσκολίας οργάνωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την προετοιμασία των ασθενών σχετικά για την μετάβαση τους» και «Λόγω προκαταλήψεων της κοινότητας» με ισόποσα ποσοστά (29%).

E11) Ποια -ες από τις παρακάτω αντιδράσεις έχετε όταν αποφασίζετε η μετάβαση ενός ασθενή του τμήματος όπου εργάζεστε σε αποκαταστασιακές δομές;

- A1. Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)
- A2. Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητε συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου
- A3. Λδεις
- A4. Έναρξη μεταπτυχιακών σπουδών
- A5. Μειωμένη διάθεση συνεργασίας με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα
- A6. Αποφυγή επαφής με τους ασθενείς
- A7. Συγκρούσεις με το λοιπό προσωπικό
- A8. Μειωμένη αποτελεσματικότητα στα καθήκοντα
- A9. Όλα τα παραπάνω
- A10. Κανένα από τα παραπάνω
- A11. Δ.Ξ.
- A12. Άλλο, προσδιορίστε



E11) Οι επικρατέστερες αντιδράσεις των φροντιστών που έχουν εργαστεί σε Ξενώνα είναι : «Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)» (46%) και «Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου» (38%).

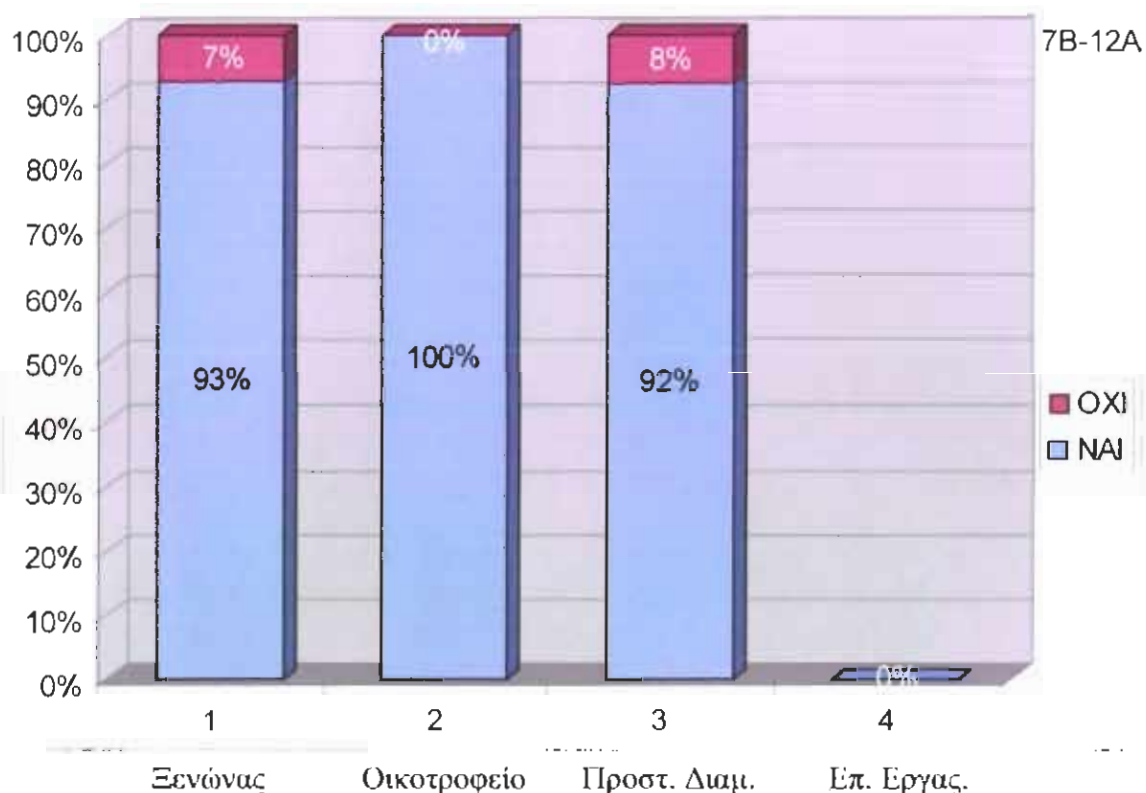
Σε Οικοτροφείο είναι : «Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)» (55%) και «Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου» (35%).

Σε Προστατευμένα Διαμερίσματα είναι : «Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου» (43%) και «Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)» (39%)

Ε12) Α. Έχετε βοηθήσει ασθενείς να βγουν και να μείνουν σε στεγαστική μονάδα αποκατάστασης στην κοινότητα;

ΝΑΙ

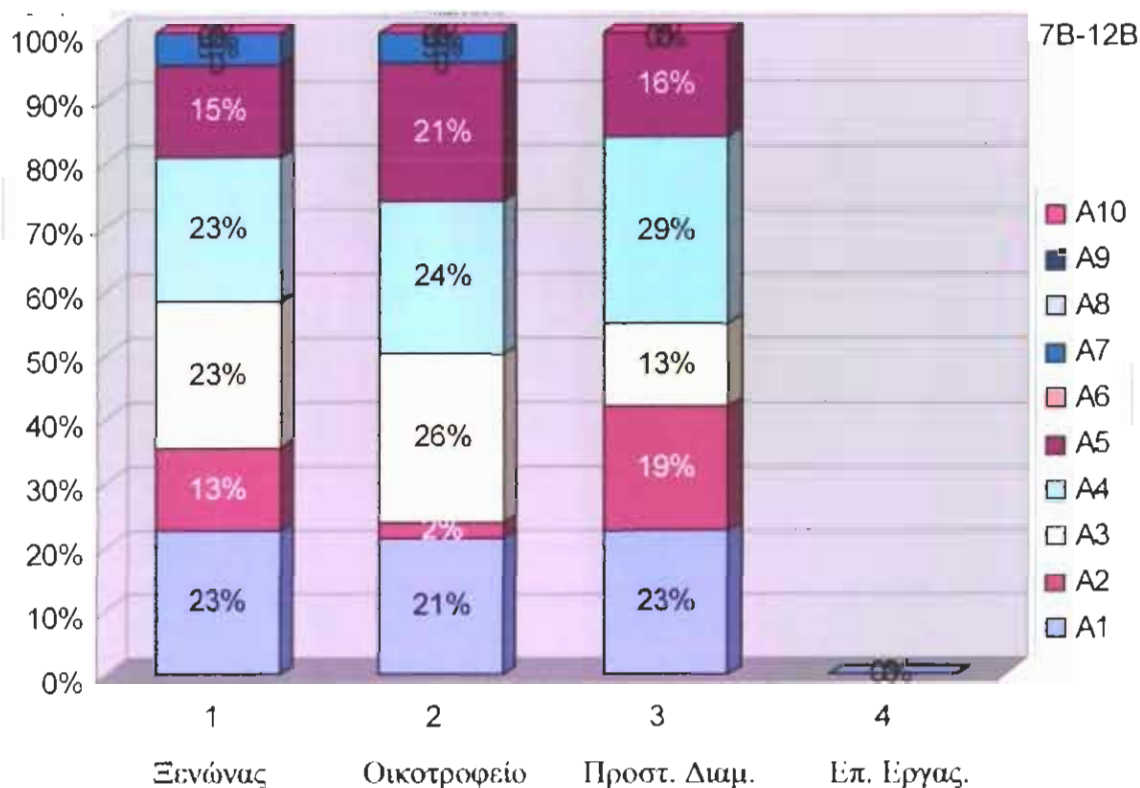
ΟΧΙ



Η συντριπτική πλειοψηφία των επαγγελματιών απάντησε ότι έχουν βοηθήσει, με διαφορά στα ποσοστά : όσοι έχουν εργαστεί σε Ξενώνες (93%), σε Οικοτροφείο (100%) και σε Προστατευμένα Διαμερίσματα (92%).

E12) Β. Αν ΝΑΙ, ποιο-οια από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι αισθάνθηκαν οι ασθενείς για τη μετάβαση τους στη κοινότητα :

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| Α1. Ικανοποίηση | Α6. Αδιαφορία |
| Α2. Λύπη | Α7. Όλα τα παραπάνω |
| Α3. Χαρά | Α8. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α4. Άγχος | Α9. Δ.Ξ. |
| Α5. Φόβος | Α10 Άλλο, προσδιορίστε |



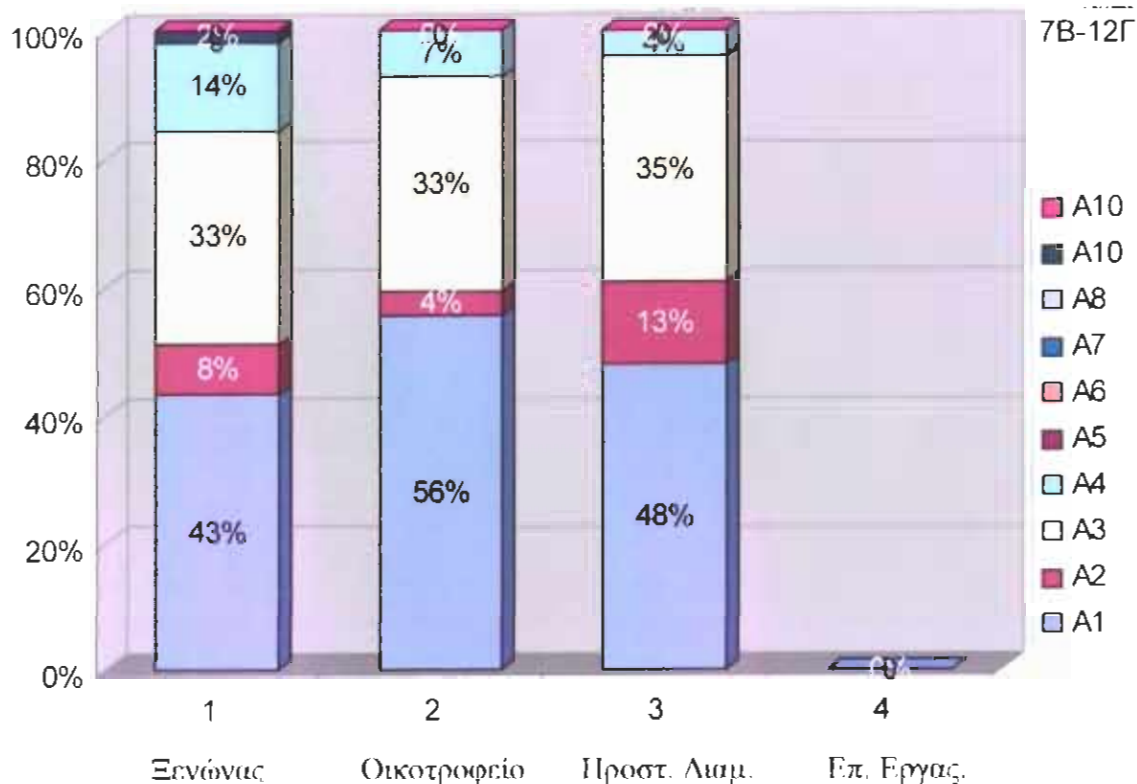
Όσοι έχουν εργαστεί σε Ξενώνα πιστεύουν ότι, οι ασθενείς αισθάνθηκαν για την μετάβασή τους κυρίως : «Ικανοποίηση» «Χαρά» και «Άγχος» με ισόποσα ποσοστά (23%).

Σε Οικοτροφείο, πιστεύουν ότι, οι ασθενείς αισθάνθηκαν για την μετάβασή τους κυρίως : «Χαρά» (26%) «Άγχος» (24%) και με ισόποσα ποσοστά (21%) : «Ικανοποίηση» και «Φόβος».

Σε Προστατευμένα Διαμερίσματα πιστεύουν ότι, οι ασθενείς αισθάνθηκαν για την μετάβασή τους κυρίως : «Άγχος» (29%) «Ικανοποίηση» (23%) και «Λύπη» (19%).

Ε12) Γ. Ποιο-ποια συναισθήματα νιώσατε μετά τη μετάβαση των ασθενών σας στην κοινότητα:

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| A1. Ικανοποίηση | A6. Λδιαφορία |
| A2. Λύπη | A7. Όλα τα παραπάνω |
| A3. Χαρά | A8. Κανένα από τα παραπάνω |
| A4. Άγχος | A9. Δ.Ξ. |
| A5. Φόβο | A10. Άλλο, προσδιορίστε |



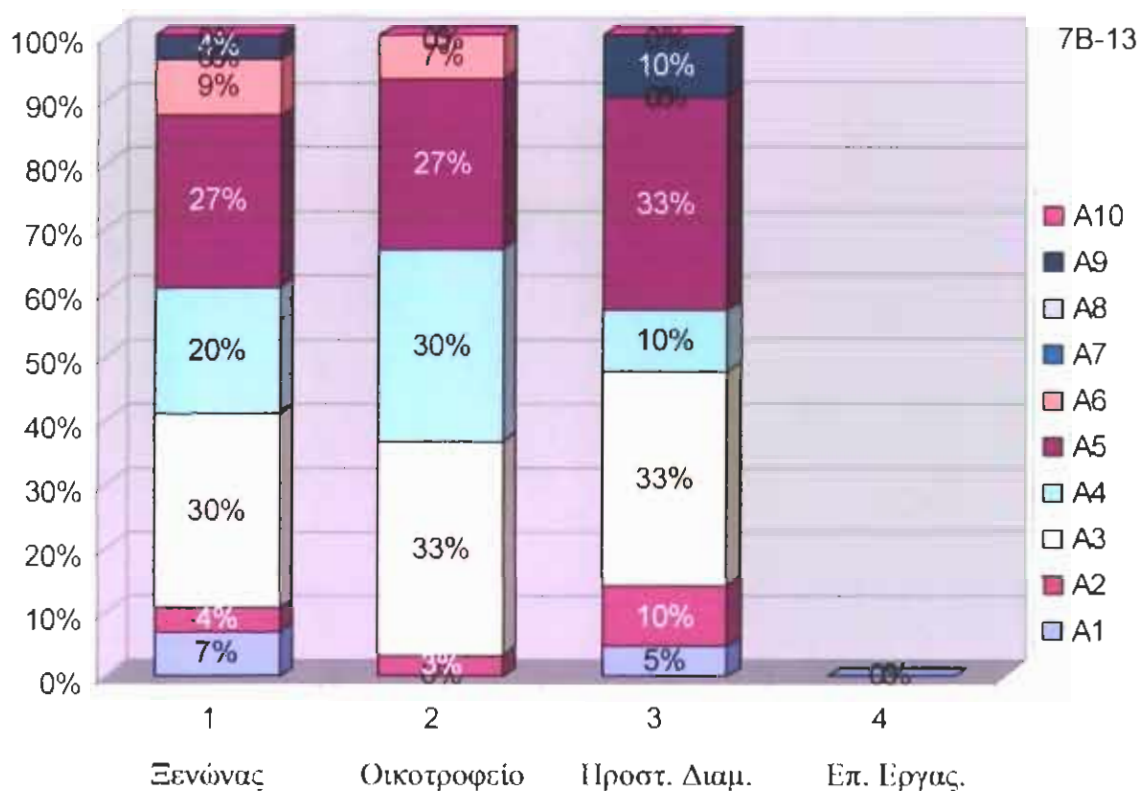
Για τη μετάβαση των ασθενών τους στην κοινότητα, οι επαγγελματίες που έχουν εργαστεί σε Ξενώνα ένωσαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους : «ικανοποίηση» (43%) και «χαρά» (33%).

Σε Οικοτροφείο ένωσαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους : «ικανοποίηση» (56%) και «χαρά» (33%).

Σε Προστατευμένα Διαμερίσματα ένωσαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους : «ικανοποίηση» (48%) και «χαρά» (35%).

Ε13) Ποιο-α από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι θα μπορούσε να βιώσει η κοινότητα σχετικά με την μετάβαση των ασθενών;

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| Α1. Ικανοποίηση | Α6. Λύπη |
| Α2. Γευχαρίστηση | Α7. Όλα τα παραπάνω |
| Α3. Αμφιθυμία | Α8. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α4. Απάθεια – αδιαφορία | Α9. Δ.Ξ. |
| Α5. Θυμός – οργή | Α10. Άλλο, προσδιορίστε |



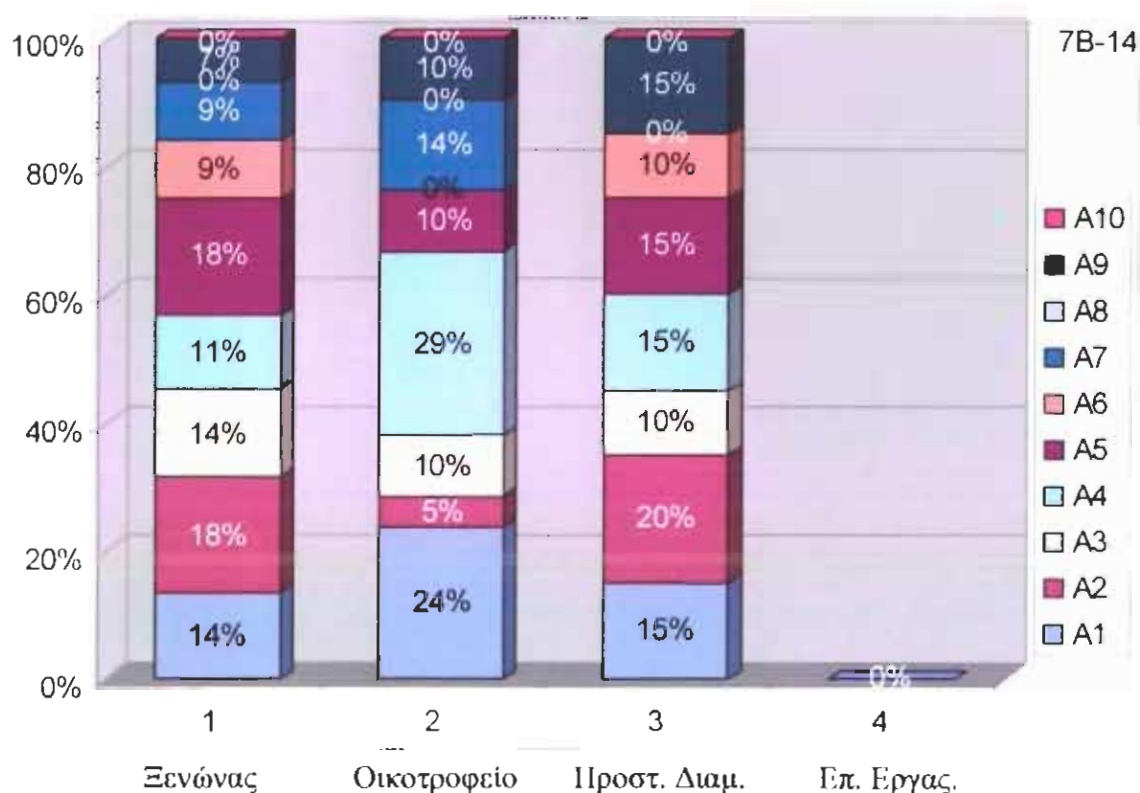
Για τη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα, όσοι έχουν εργαστεί σε Ξενώνα πιστεύουν ότι η κοινότητα θα μπορούσε να βιώσει κυρίως : «Αμφιθυμία» (30%), «Θυμό – οργή» (27%) και «Απάθεια – αδιαφορία» (20%).

Σε Οικοτροφείο πιστεύουν ότι η κοινότητα θα μπορούσε να βιώσει κυρίως : «Αμφιθυμία» (33%) «Απάθεια – αδιαφορία» (30%) και «Θυμός – οργή» (27%).

Σε Προστατευμένα Διαμερίσματα πιστεύουν ότι η κοινότητα θα μπορούσε να βιώσει κυρίως : «Αμφιθυμία» (33%) και «Απάθεια – αδιαφορία» (33%).

E14) Ποιο-α από τα παρακάτω θα μπορούσαν, κατά την γνώμη σας, να αποτελέσουν έμπρακτη αντίδραση της κοινότητας σχετικά με τη δημιουργία εξωτερικών μονάδων αποκατάστασης;

- A1. Εθελοντισμός
- A2. Οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων
- A3. Μη οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων
- A4. Απάθεια
- A5. Στιγματισμός
- A6. Επιθετικότητα
- A7. Όλα τα παραπάνω
- A8. Κανένα από τα παραπάνω
- A9. Δ.Ξ.
- A10. Άλλο, προσδιορίστε



Οι επικρατέστερες απαντήσεις όσων έχουν εργαστεί σε Ξενώνα για το τι θα μπορούσε να αποτελέσει έμπρακτη αντίδραση της κοινότητας ήταν με ισόποσα ποσοστά (18%) : «Οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων» και «Στιγματισμός», οι επόμενες επικρατέστερες αποτίσεις είναι με ποσοστό (14%) : «Εθελοντισμός» και «Μη οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων».

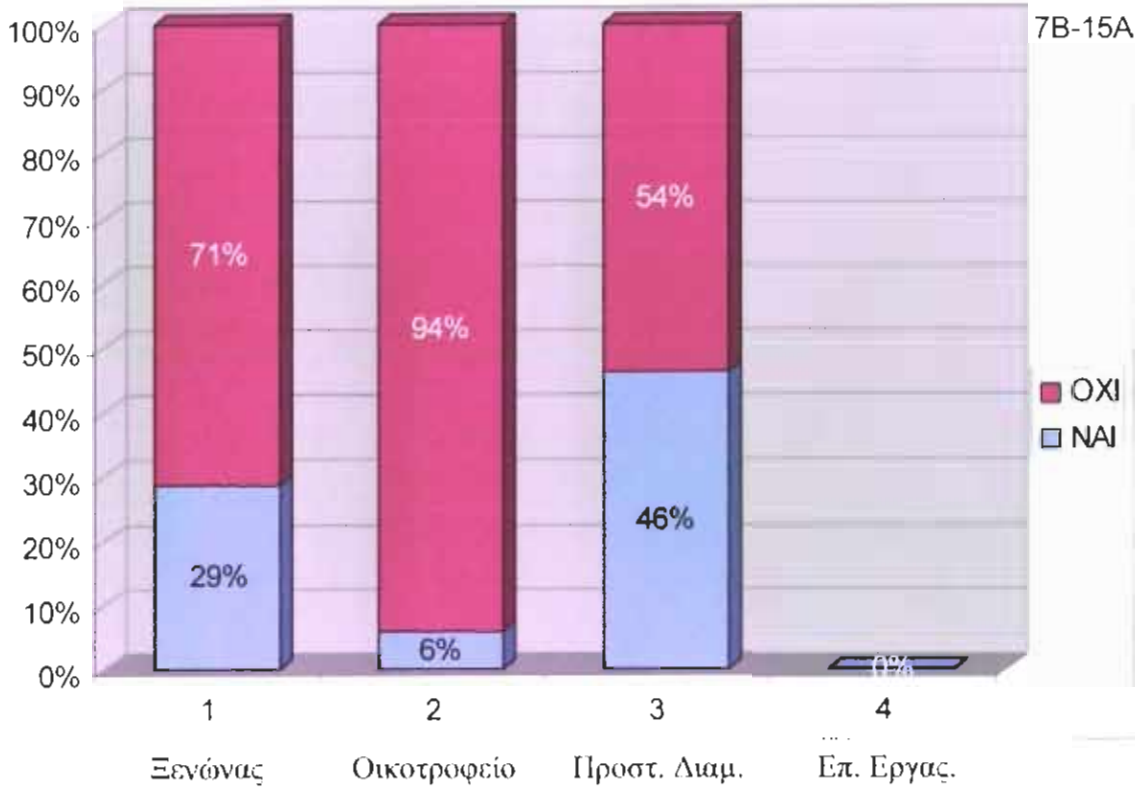
Όσοι έχουν εργαστεί σε Οικοτροφεία απάντησαν τα εξής : «Απάθεια» (29%), «Εθελοντισμός» (24%) και «Όλα τα παραπάνω» (14%).

Όσοι έχουν εργαστεί σε Προστατευμένα Διαμερίσματα απάντησαν τα εξής : «Οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων» (20%) και με ισόποσα ποσοστά (15%) : «Εθελοντισμός», «Απάθεια» και «Στιγματισμός».

E15) Α. Πιστεύετε ότι η κοινότητα είναι ενημερωμένη για την λειτουργία θεραπευτικών μονάδων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων;

ΝΑΙ

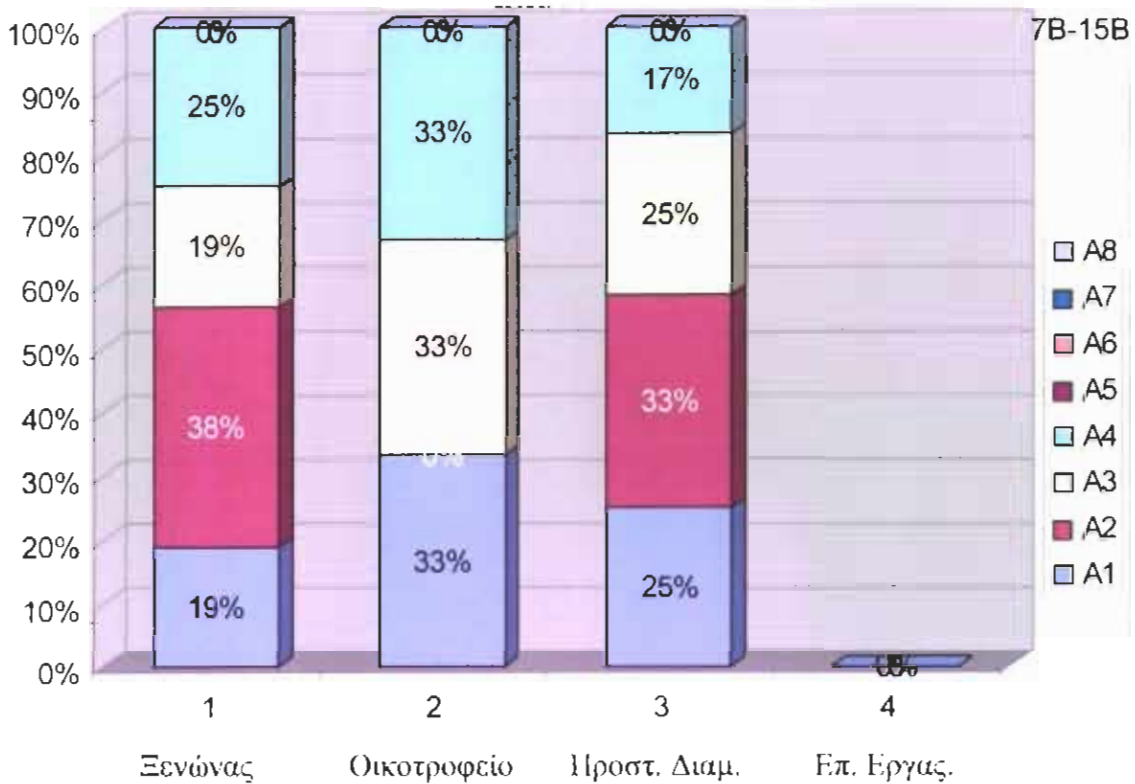
ΟΧΙ



Στη πλειοψηφία τους, όσοι έχουν εργαστεί σε μονάδες αποκατάστασης πιστεύουν ότι η κοινότητα δεν είναι ενημερωμένη για τη λειτουργία θεραπευτικών μονάδων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων. Πιο συγκεκριμένα : σε Ξενώνες (71%), σε Οικοτροφείο (94%) και σε Προστατευμένα Διαμερίσματα (54%).

E15) Β. Αν ΝΑΙ, με ποιον-ους από τους παρακάτω τρόπους πιστεύετε ότι έχει ενημερωθεί :

- | | |
|---|----------------------------|
| A1. Αγωγή κοινότητας | A5. Όλα τα παραπάνω |
| A2. Μ.Μ.Ε. | A6. Κανένα από τα παραπάνω |
| A3. Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων | A7. Δ. Ξ. |
| A4. Ημερίδες – Σεμινάρια | A8. Άλλο, προσδιορίστε |



Από τους επαγγελματίες που πιστεύουν ότι η κοινότητα έχει ενημερωθεί, όσοι από αυτούς έχουν εργαστεί σε Ξενώνα πιστεύουν ότι αυτό έχει γίνει μέσω : «Μ.Μ.Ε.»(38%) και «Ημερίδες – Σεμινάρια» (25%).

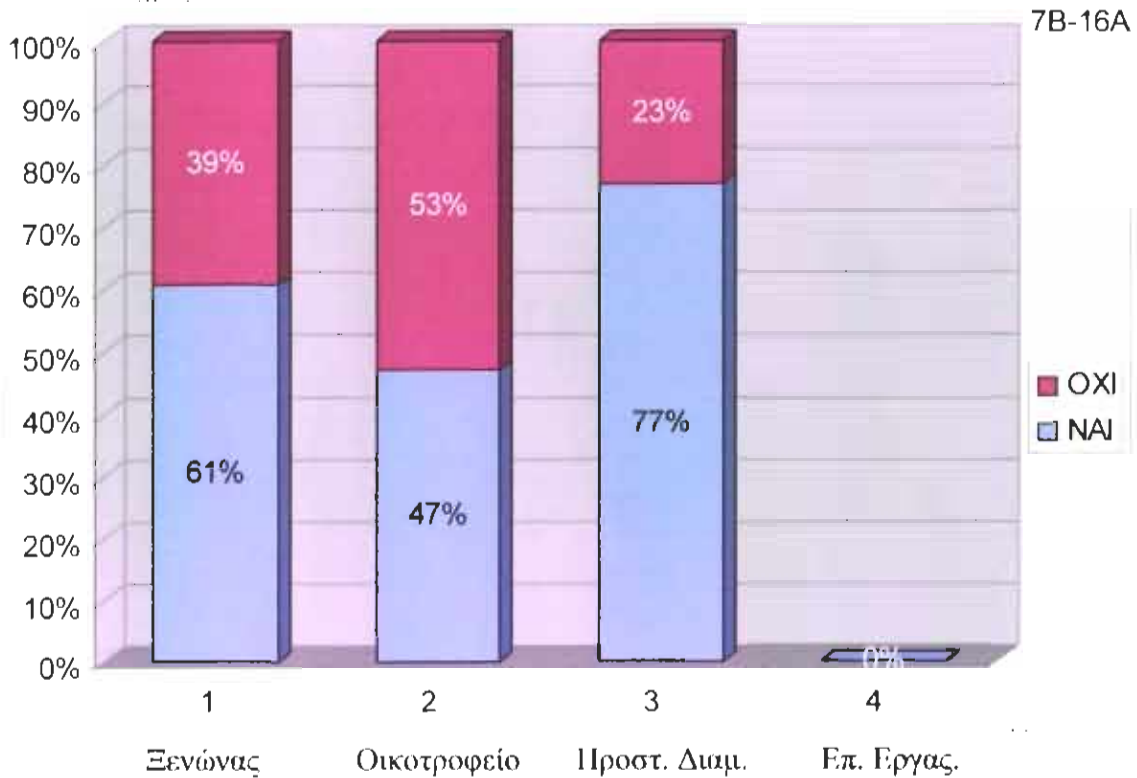
Σε Οικοτροφεία πιστεύουν ότι αυτό έχει γίνει μέσω, «Αγωγή κοινότητας», «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» και «Ημερίδες – Σεμινάρια» με ισόποσα ποσοστά (30%) .

Σε Προστατευμένα Διαμερίσματα πιστεύουν ότι αυτό έχει γίνει μέσω : «Μ.Μ.Ε.» (33%) και με ισόποσα ποσοστά (25%) : με «Αγωγή κοινότητας» και «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων».

E16) Α. Εσείς έχετε συντελέσει ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Ψυχιατρείου στην αγωγή της κοινότητας, σχετικά με την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών για το θέμα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών;

ΝΑΙ

ΟΧΙ



Όσοι έχουν εργαστεί σε Ξενώνα απάντησαν θετικά (61%), σε Οικοτροφείο απάντησαν αρνητικά (53%) και σε Προστατευμένα Διαμερίσματα θετικά (77%) για το αν έχουν συντελέσει στην αγωγή κοινότητας.

Ε16) Β. Αν ΝΑΙ, με ποιον- ους από τους παρακάτω τρόπους:

Α1. Αγωγή κοινότητας

Α2. Μ.Μ.Ε.

Α3. Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων

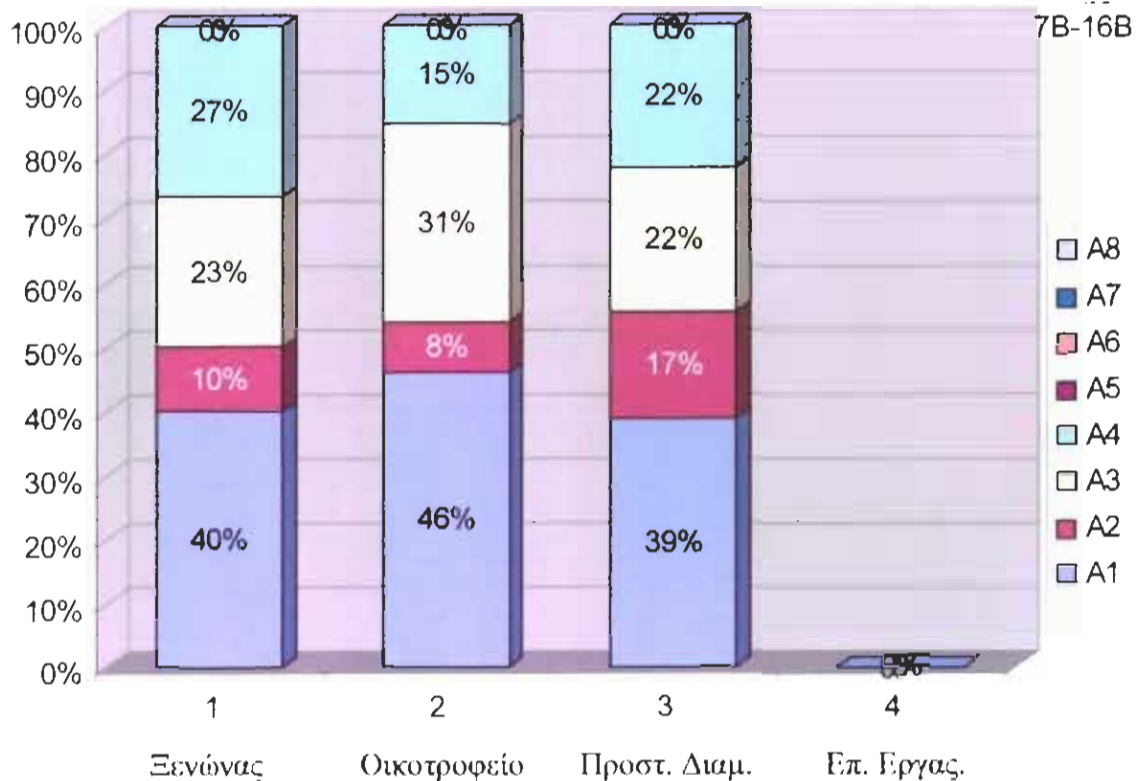
Α4. Ημερίδες – Σεμινάρια

Α5. Όλα τα παραπάνω

Α6. Κανένα από τα παραπάνω

Α7. Δ.Ξ.

Α8. Άλλο, προσδιορίστε



Από τους φροντιστές που απάντησαν ότι έχουν συντελέσει ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Ψυχιατρείου στην αγωγή της κοινότητας, όσοι έχουν εργαστεί σε Ξενώνα απάντησαν ότι έχουν χρησιμοποιήσει τα εξής μέσα : «Αγωγή κοινότητας» (40%) «Ημερίδες – Σεμινάρια» (27%) και «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» (23%).

Σε Οικοτροφεία απάντησαν ότι έχουν χρησιμοποιήσει τα εξής μέσα : «Αγωγή κοινότητας» (46%) και «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» (31%).

Σε Προστατευμένα Διαμερίσματα έχουν χρησιμοποιήσει τα εξής μέσα : «Αγωγή κοινότητας» (39%) και με ισόποσα ποσοστά (22%) : «Ημερίδες – Σεμινάρια» και «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων».

E16) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιον – ποιους από τους παρακάτω λόγους δεν καταφέρατε κάτι τέτοιο:

- Λ1. Λόγω αρνήσεως των τοπικών φορέων να συνεργαστούν
- Λ2. Λόγω έλλειψης κονδυλίων
- Λ3. Λόγω άρνησης του ίδιου του προσωπικού
- Λ4. Λόγω αδιαφορίας
- Λ5. Λόγω έλλειψης χρόνου
- Λ6. Όλα τα παραπάνω
- Λ7. Κανένα από τα παραπάνω
- Λ8. Δ.Ξ.
- Λ9. Άλλο, προσδιορίστε

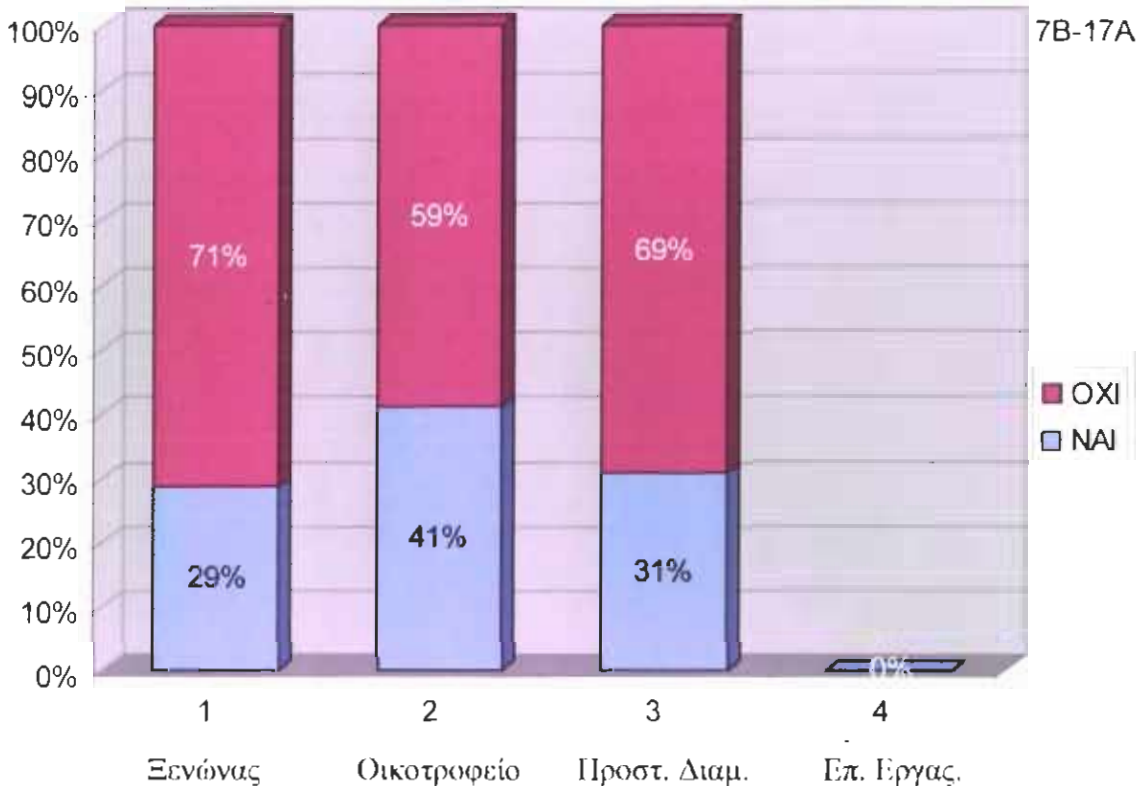


Από τους επαγγελματίες που απάντησαν ότι δεν έχουν συντελέσει ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Ψυχιατρείου στην αγωγή της κοινότητας, όσοι έχουν εργαστεί σε Ξενώνα απάντησαν ότι οι λόγοι που δεν καταφέρανε κάτι τέτοιο ήταν : «Λόγω έλλειψης χρόνου» (27%) «Λόγω έλλειψης κονδυλίων» (20%) και «Όλα τα παραπάνω» (13%).

E17) Α. Πιστεύετε ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ



Η πλειοψηφία των φροντιστών που έχουν εργαστεί σε μονάδες αποκατάστασης του ψυχιατρείου πιστεύει ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα πιο συγκεκριμένα : απάντησαν αρνητικά : 71% όσων έχουν εργαστεί σε Ξενώνα, 59% όσων σε έχουν εργαστεί σε Οικοτροφεία και 69% όσων έχουν εργαστεί σε Προστατευμένα Διαμερίσματα.

E17) Β. Αν ΝΑΙ, σε ποια -ες από τις παρακάτω δομές –υπηρεσίες θα μπορούσαν εργαστούν :

- | | |
|---|----------------------------|
| A1. Σε Προστατευμένα Εργαστήρια | A5. Όλα τα παραπάνω |
| A2. Σε Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς | A6. Κανένα από τα παραπάνω |
| A3. Σε Δημόσιες Υπηρεσίες | A7. Δ.Ξ. |
| A4. Σε Ιδιωτικές Υπηρεσίες – Επιχειρήσεις | A8. Άλλο, προσδιορίστε |



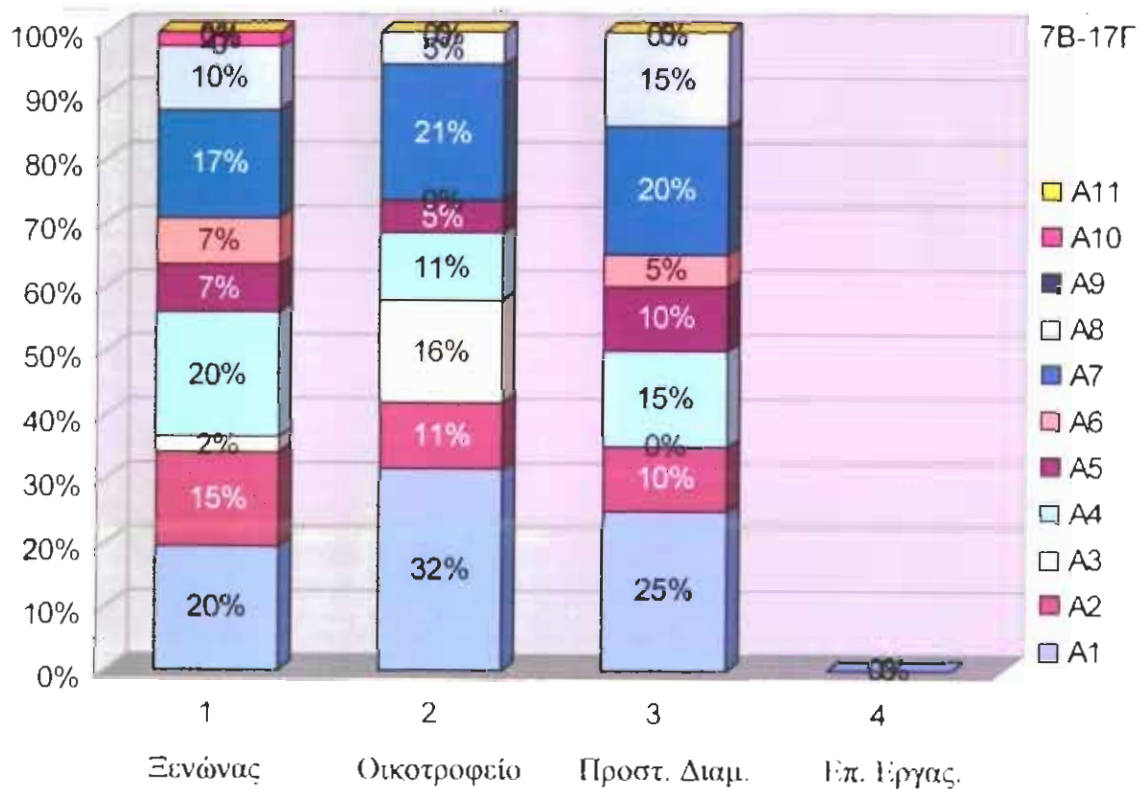
Από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που απάντησαν ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αλοκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν, όσοι έχουν εργαστεί σε Ξενώνα πιστεύουν ότι μπορούν να εργαστούν : «Σε Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς» (35%) και με ισόποσα ποσοστά (24%) : «Σε Προστατευμένα Εργαστήρια» και «Σε Δημόσιες Υπηρεσίες».

Όσοι έχουν εργαστεί σε Οικοτροφεία πιστεύουν ότι μπορούν να εργαστούν : «Σε Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς» (46%) και Σε Προστατευμένα Εργαστήρια» (31%).

Όσοι έχουν εργαστεί σε Προστατευμένα Διαμερίσματα πιστεύουν ότι μπορούν να εργαστούν : «Σε Προστατευμένα Εργαστήρια» Σε Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς» και «Σε Δημόσιες Υπηρεσίες» με ισόποσα ποσοστά (30%).

Ε17) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιόν-ους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν επαρκεί :

- A1. Λόγω έλλειψης υποδομής
- A2. Λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης
- A3. Λόγω ύπαρξης ανειδίκευτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας
- A4. Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών
- A5. Λόγω έλλειψης συντονισμού θεραπευτικής ομάδας
- A6. Λόγω κακής οργάνωσης του θεραπευτικού προγράμματος
- A7. Λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών
- A8. Όλα τα παραπάνω
- A9. Κανένα από τα παραπάνω
- A10. Δ.Ξ.
- A11. Άλλο, προσδιορίστε



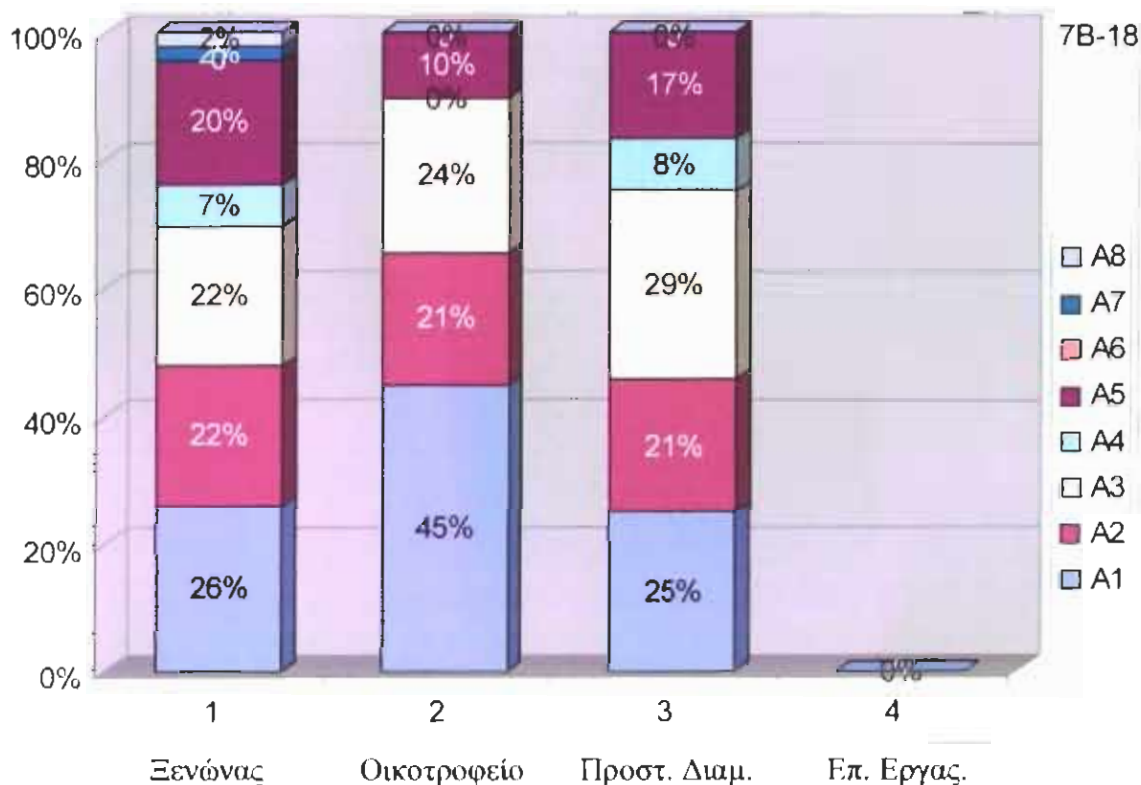
E17) Γ. Από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που πιστεύουν ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα, όσοι έχουν εργαστεί σε Ξεώνα απάντησαν : με ισόποσα ποσοστά (20%) «Λόγω έλλειψης υποδομής» και «Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών», ενώ η επόμενη επικρατέστερη απάντηση με 15% ήταν : «Λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης».

Όσοι έχουν εργαστεί σε Οικοτροφείο απάντησαν : «Λόγω έλλειψης υποδομής» (32%), «Λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών» (21%) και «Λόγω ύπαρξης ανειδίκευτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας» (16%).

Όσοι έχουν εργαστεί σε Προστατευμένα Διαμερίσματα απάντησαν : «Λόγω έλλειψης υποδομής» (25%), «Λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών» (20%) και «Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών» (15%).

E18) Πιστεύετε ότι η διαμονή των ασθενών σας στην κοινότητα, βοηθά :

- A1. στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση
- A2. στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση
- A3. στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη
- A4. στην προώθηση και απορρόφηση των κονδυλίων από την Ε.Ε.
- A5. Όλα τα παραπάνω
- A6. Κανένα από τα παραπάνω
- A7. Δ.Ξ.
- A8. Άλλο, προσδιορίστε



Όσοι έχουν εργαστεί σε Ξενώνα πιστεύουν ότι η διαμονή των ασθενών τους στην κοινότητα βοηθά : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» (26%), «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση» «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη» με ισόποσα ποσοστά (22%).

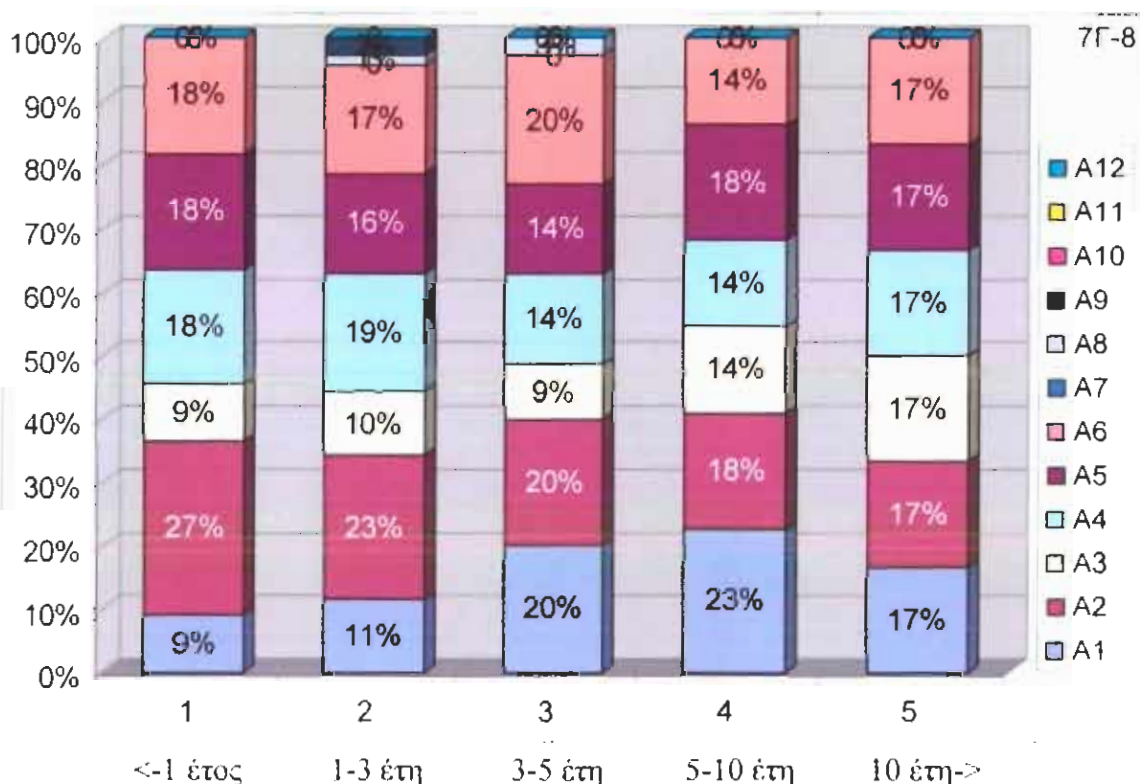
Όσοι έχουν εργαστεί σε Οικοτροφείο πιστεύουν ότι η διαμονή των ασθενών τους στην κοινότητα βοηθά : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» (45%), «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη» (24%) και «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση» (21%).

Όσοι έχουν εργαστεί σε Προστατευμένα Διαμερίσματα πιστεύουν ότι η διαμονή των ασθενών τους στην κοινότητα βοηθά : «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη» (29%), «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση»(25%) και «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση» (21%).

Συσχέτιση ερωτήσεων με τη εργασιακή εμπειρία σε μονάδες αποκατάστασης του Ψυχιατρείου (Ε.7Γ)

Ε8) Η μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές Συντελεί :

- Α1. στη μείωση των υποτροπών
- Α2. στη λειτουργικότητα των ασθενών
- Α3. στην επαγγελματική αποκατάσταση
- Α4. στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα
- Α5. στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας
- Α6. στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών
- Α7. στην όξυνση των σχέσεων μεταξύ των ασθενών και της κοινότητας
- Α8. στην αύξηση των υποτροπών
- Α9. Όλα τα παραπάνω
- Α10. Κανένα από τα παραπάνω
- Α11. Δ.Ξ.
- Α12. Άλλο, προσδιορίστε



E8) Όσοι εργάζονται έως 1 έτος έδωσαν ως επικρατέστερες απαντήσεις ότι η μετάβαση συντελεί : «στη λειτουργικότητα των ασθενών» (27%), με ισόποσα ποσοστά 18% : «στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα», «στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας» και «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών».

Οι εργαζόμενοι : από 1-3έτη έδωσαν ως επικρατέστερες απαντήσεις ότι η μετάβαση συντελεί : «στη λειτουργικότητα των ασθενών» (23%), «στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα» (19%), «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών» (17%), «στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας» (16%).

Οι εργαζόμενοι από 3-5έτη έδωσαν επικρατέστερες απαντήσεις με ισόποσα ποσοστά 20% : «στη μείωση των υποτροπών», «στη λειτουργικότητα των ασθενών» και «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών» και επίσης με ισόποσα ποσοστά 14% : «στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα», «στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας».

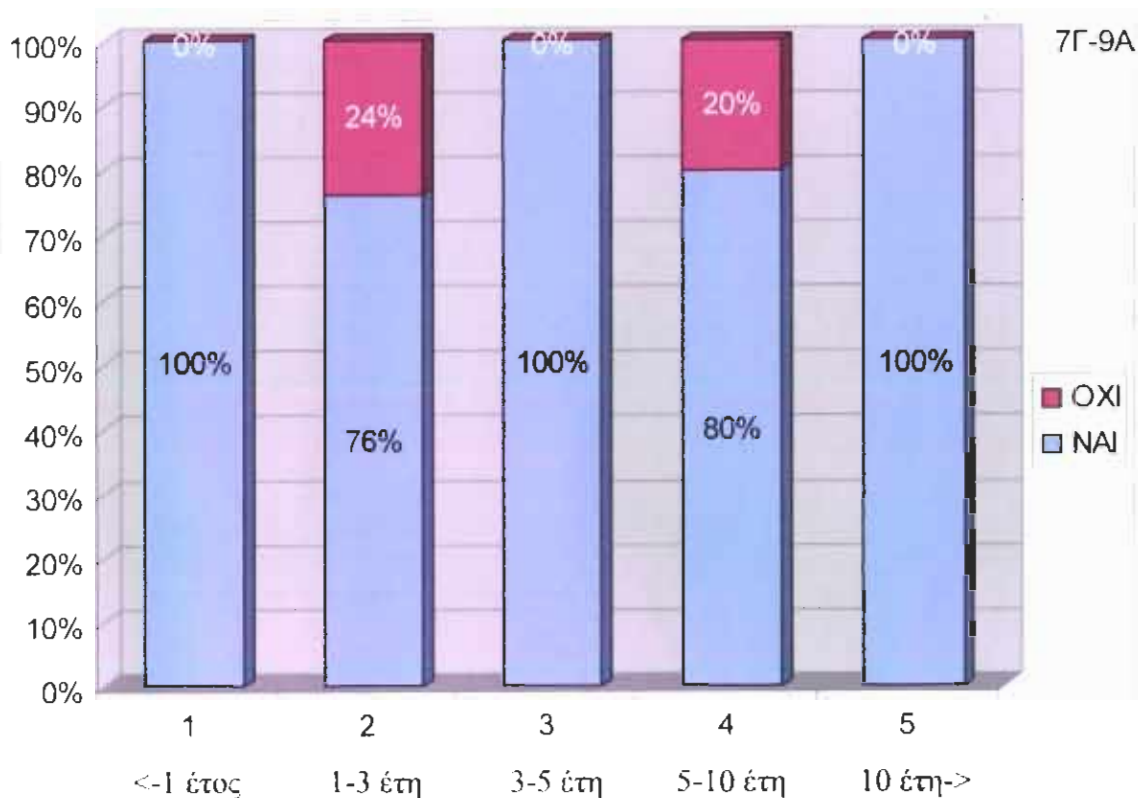
Οι εργαζόμενοι από 5-10έτη έδωσαν επικρατέστερες απαντήσεις : «στη μείωση των υποτροπών» (23%), «στη λειτουργικότητα των ασθενών» και «στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας» με ίδια ποσοστά (18%) επίσης με ισόποσα ποσοστά 14% : «στην επαγγελματική αποκατάσταση» και «στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα».

Όσοι εργάζονται 10έτη και άνω έδωσαν ως επικρατέστερες απαντήσεις ότι η μετάβαση συντελεί με ισόποσα ποσοστά 17% : «στη μείωση των υποτροπών», «στη λειτουργικότητα των ασθενών», «στην επαγγελματική αποκατάσταση», «στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα», «στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας» και «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών».

Ε9) Α. Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα;

ΝΑΙ

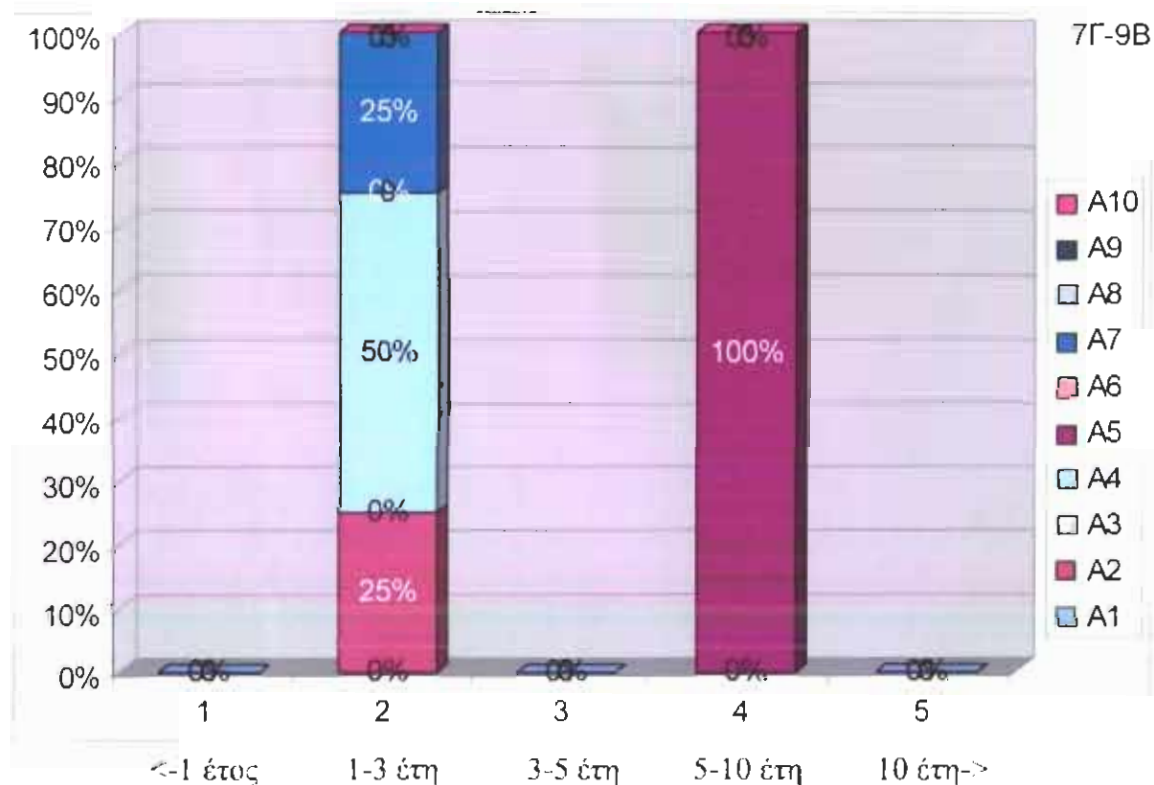
ΟΧΙ



Οι εργαζόμενοι : έως 1έτος, από 3-5έτη και 10έτη και άνω, στο σύνολό τους (100%) πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες έχουν συμβάλει στην μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα. Σε αυτό συμφωνούν κι οι υπόλοιποι εργαζόμενοι από 3-5έτη και 5-10έτη, αλλά σε μικρότερο ποσοστό : 76% και 80% αντίστοιχα.

Ε9) Β. Αν ΟΧΙ, ποιους -οι από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι έχει δυσκολέψει την προσπάθεια αυτή:

- Α1. Έλλειψη συνεργασίας με τους επαγγελματίες των αποκαταστασιακών δομών
- Α2. Φόρτος εργασίας / ανάληψη μεγάλου όγκου καθηκόντων
- Α3. Έλλειψη οικονομικών πόρων
- Α4. Η νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό
- Α5. Δυσκαμψία της κοινότητας να αποδεχθεί την ύπαρξη δομών στα πλαίσιά της
- Α6. Έλλειψη ειδίκευσης των φροντιστών
- Α7. Όλα τα παραπάνω
- Α8. Κανένα από τα παραπάνω
- Α9. Δ.Ξ.
- Α10. Άλλο, προσδιορίστε

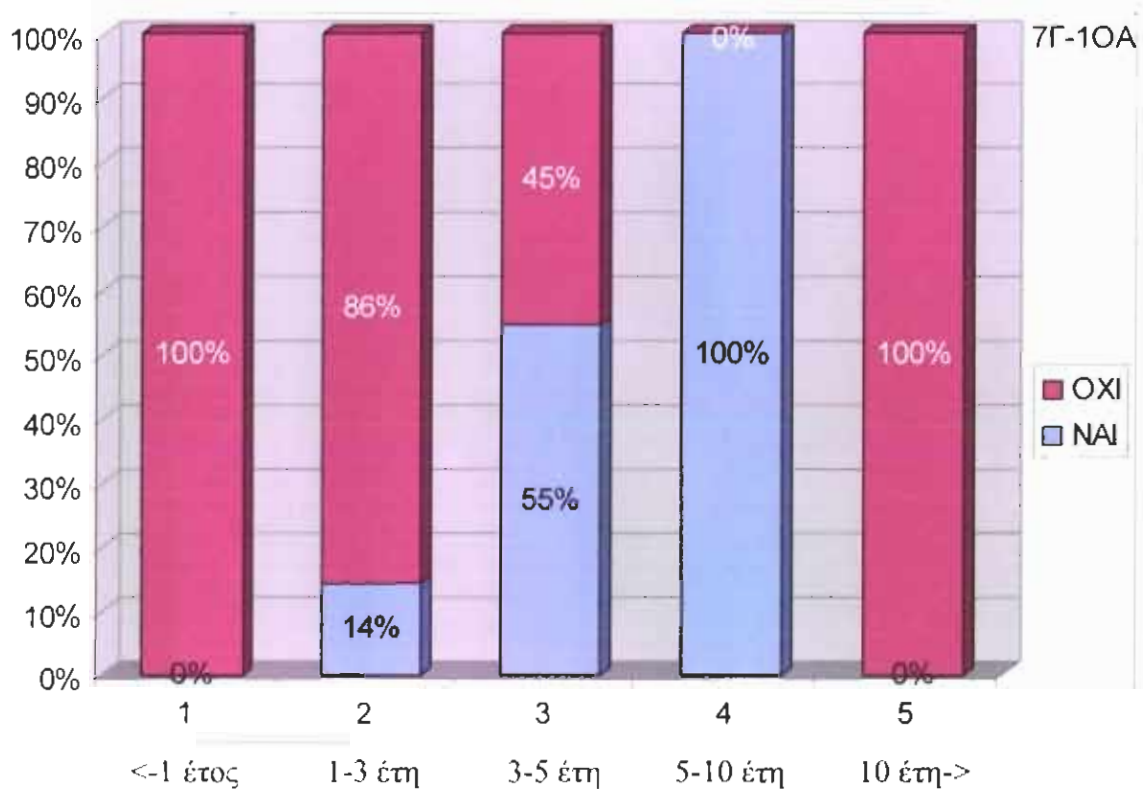


Οι περισσότεροι από τους εργαζόμενους από 1-3έτη πιστεύουν ότι την προσπάθεια μετάβασης έχει δυσκολέψει κυρίως : «η νοοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό» (50%) και με ισόποσο ποσοστό 25% : «Φόρτος εργασίας / ανάληψη μεγάλου όγκου καθηκόντων» και «Όλα τα παραπάνω», ενώ οι εργαζόμενοι από 5-10έτη θεωρούν στο σύνολό τους (100%) ως σημαντικότερο λόγο : «τη δυσκαμψία της κοινότητας να αποδεχθεί την ύπαρξη δομών στα πλαίσιά της».

Ε10) Α. Πιστεύετε ότι όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζεστε θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης;

ΝΑΙ

ΌΧΙ

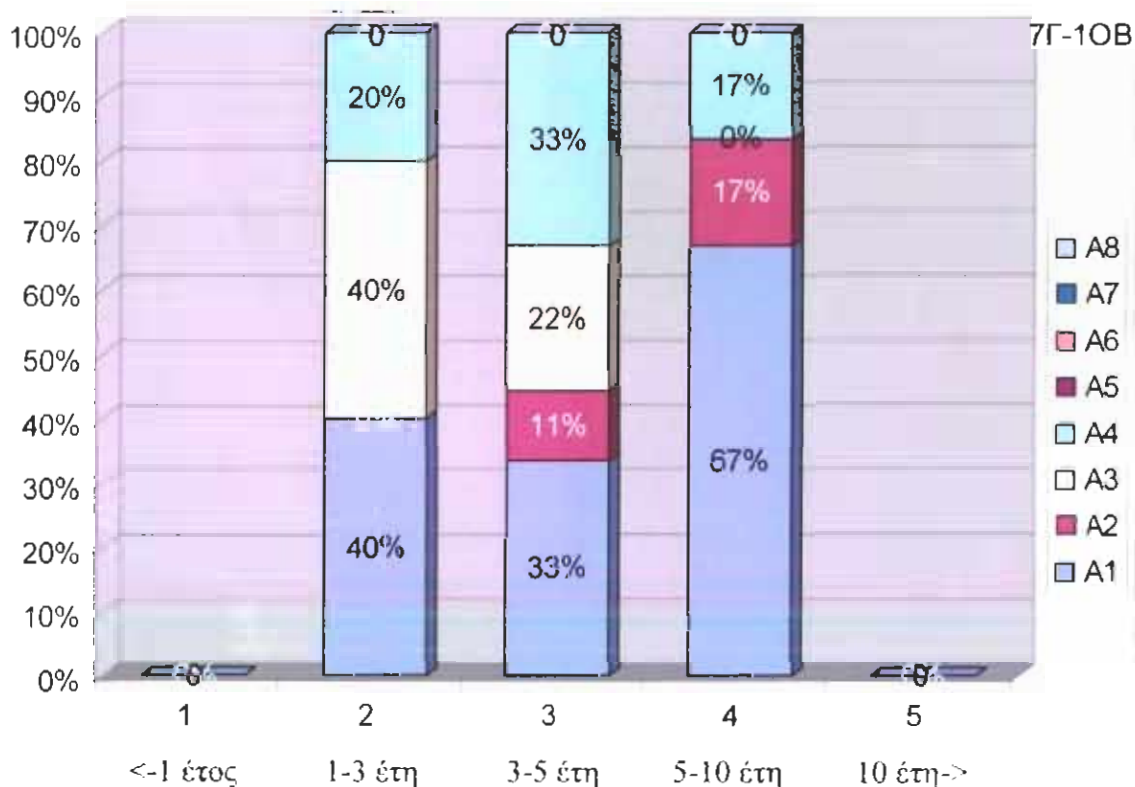


Οι εργαζόμενοι έως 1έτος και από 10έτη και άνω πιστεύουν στο σύνολό τους (100%) ότι δεν θα μπορούσαν όλοι οι ασθενείς να μεταβούν στην κοινότητα. Το ίδιο πιστεύει και η πλειοψηφία (86%) των εργαζόμενων από 1-3έτη.

Οι εργαζόμενοι από 3-5έτη έχουν αντίθετη άποψη και υποστηρίζουν με 55% ότι όλοι οι ασθενείς θα μπορούσαν να μεταβούν στην κοινότητα και σ' αυτό συμφωνούν όλοι (100%) οι εργαζόμενοι από 5-10έτη.

E10) Β. Αν ΝΑΙ, για ποιον-ους από τους παρακάτω λόγους μπορούν να μεταβούν στην κοινότητα:

- Α1. Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα
- Α2. Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα λόγω της αναγκάιας απορρόφησης των οικονομικών κονδυλίων
- Α3. Επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών
- Α4. Επειδή πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία
- Α5. Όλα τα παραπάνω
- Α6. Κανένα από τα παραπάνω
- Α7. Δ.Ξ.
- Α8. Άλλο, προσδιορίστε



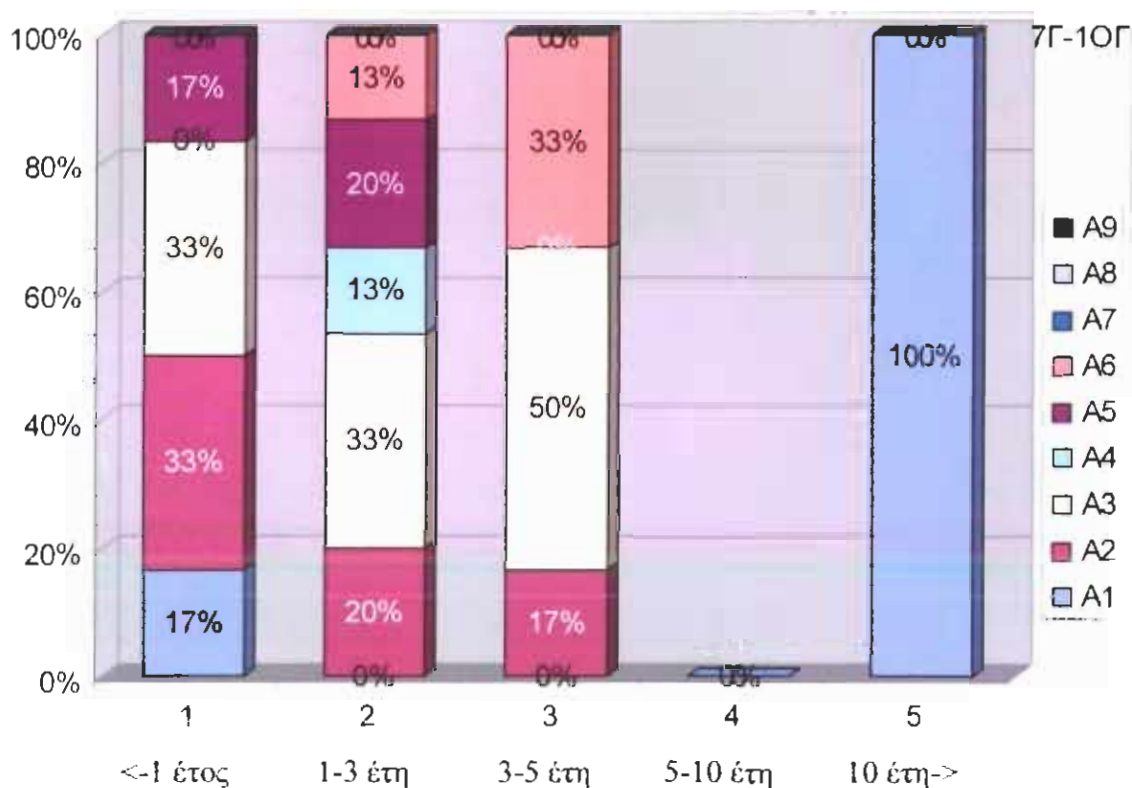
Οι εργαζόμενοι από 1-3έτη πιστεύουν με ισόποσα ποσοστά (40%) ότι οι ασθενείς μπορούν να μεταβούν στην κοινότητα : «επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα» και «επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών».

Οι εργαζόμενοι από 3-5έτη έδωσαν ισόποσα ποσοστά (33%) στις απαντήσεις : «επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα» «επειδή πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία» και με ποσοστό 22%, «Επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών».

Οι περισσότεροι (67%) από αυτούς που εργάζονται από 5-10έτη πιστεύουν ότι οι ασθενείς μπορούν να μεταβούν : «επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα».

Ε10) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιον -ους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης:

- Α1. Λόγω δυσκολίας οργάνωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την προετοιμασία των ασθενών σχετικά για την μετάβαση τους
- Α2. Λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών
- Α3. Λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών
- Α4. Λόγω προκαταλήψεων της κοινότητας
- Α5. Λόγω της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών
- Α6. Όλα τα παραπάνω
- Α7. Κανένα από τα παραπάνω
- Α8. Δ.Ξ.
- Α9. Άλλο, προσδιορίστε



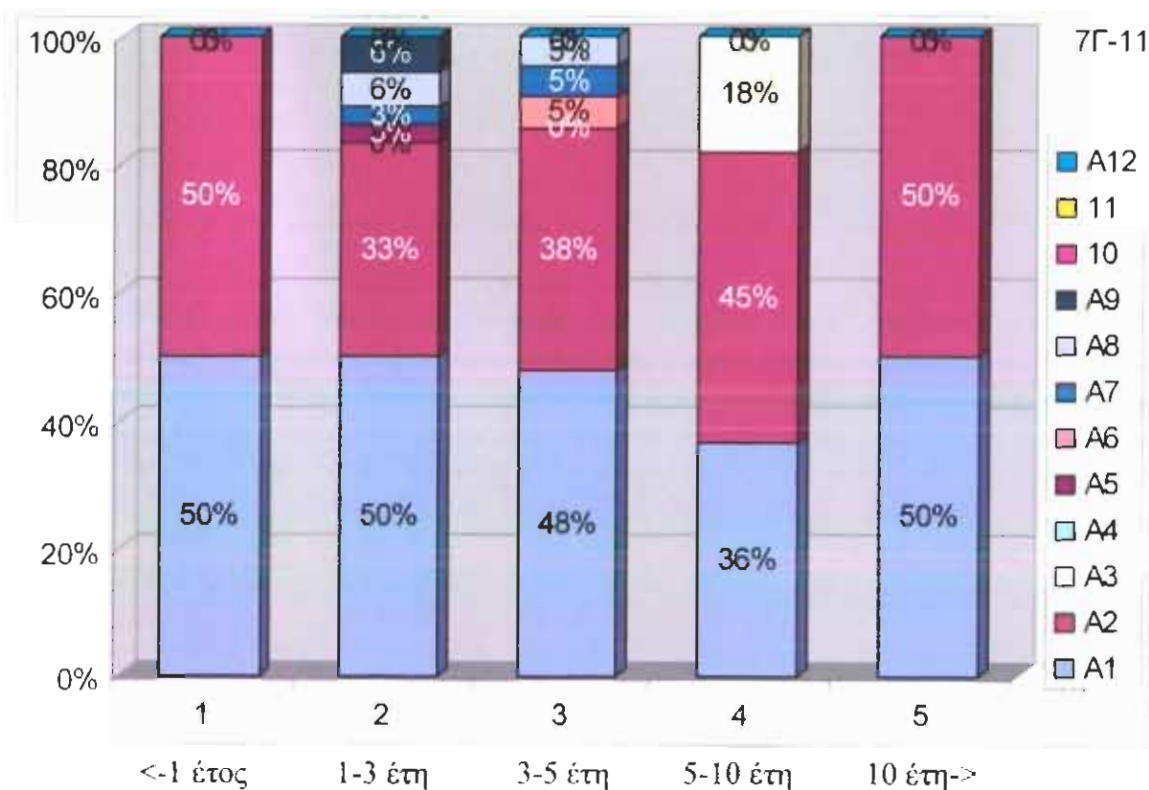
Οι εργαζόμενοι έως 1έτος πιστεύουν ότι δεν θα μπορούσαν όλοι οι ασθενείς να μεταβούν στην κοινότητα κυρίως λόγω : «της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών» και «λόγω της δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών», με ισόποσα ποσοστά 33%.

Οι εργαζόμενοι από 1-3έτη και από 3-5έτη έδωσαν ως επικρατέστερο λόγο : «τη δυσλειτουργικότητα των χρόνιων ασθενών» (33% και 50% αντίστοιχα).

Οι εργαζόμενοι από 10έτη και άνω έδωσαν στο σύνολό τους (100%) ως επικρατέστερο λόγο : «τη δυσκολία οργάνωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την προετοιμασία των ασθενών σχετικά για την μετάβαση τους».

E11) Ποια -ες από τις παρακάτω αντιδράσεις έχετε όταν αποφασίζεται η μετάβαση ενός ασθενή του τμήματος όπου εργάζεστε σε αποκαταστασιακές δομές;

- A1. Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)
- A2. Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητη συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου
- A3. Άδειες
- A4. Έναρξη μεταπτυχιακών σπουδών
- A5. Μειωμένη διάθεση συνεργασίας με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα
- A6. Αποφυγή επαφής με τους ασθενείς
- A7. Συγκρούσεις με το λοιπό προσωπικό
- A8. Μειωμένη αποτελεσματικότητα στα καθήκοντα
- A9. Όλα τα παραπάνω
- A10. Κανένα από τα παραπάνω
- A11. Δ.Ξ.
- A12. Άλλο, προσδιορίστε



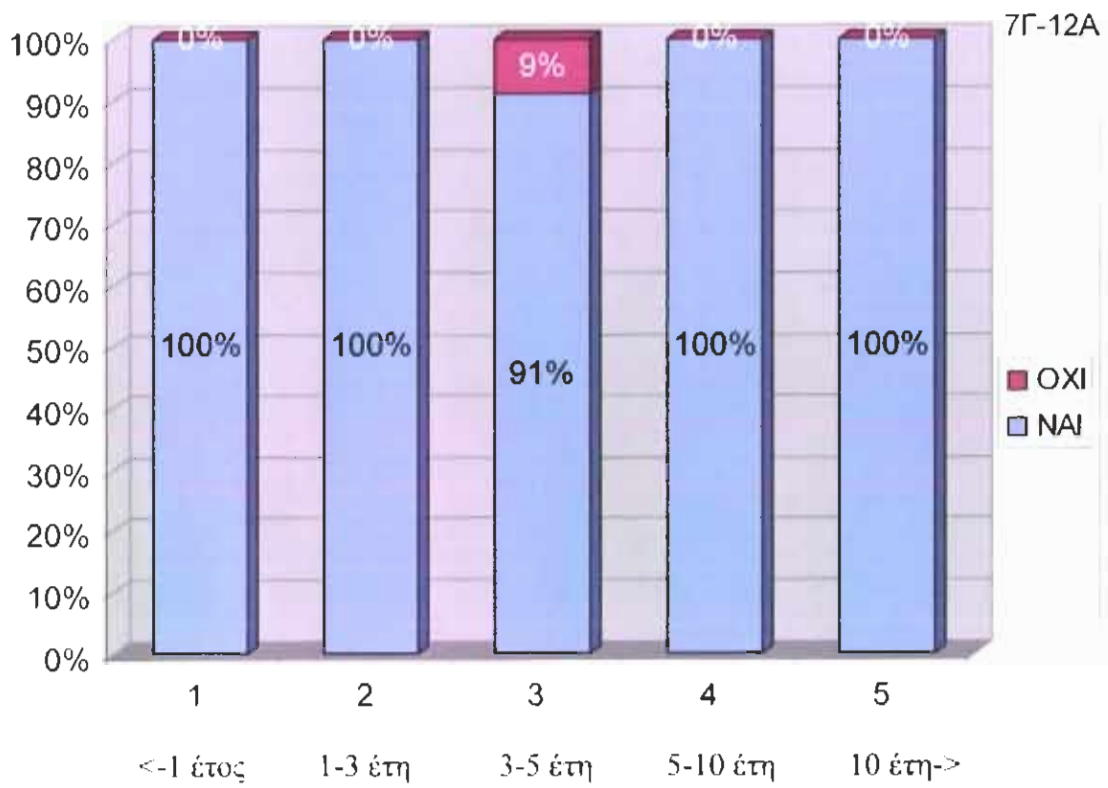
E11) Οι μισοί (50%) εργαζόμενοι έως 1έτος και από 10έτη και άνω απάντησαν : «συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του» και το άλλο 50% : «συνεργασία με τους φροντιστές της δομής και συντονισμός των κινήσεων».

Επίσης η «συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του» ήταν η επικρατέστερη απάντηση για το 50% των εργαζόμενων από 1-3έτη και για το 48% των εργαζόμενων από 3-5έτη, ενώ στους εργαζόμενους από 5-10έτη επικρατέστερες απαντήσεις με ισόποσα ποσοστά 50% ήταν : η «συνεργασία με τους φροντιστές της δομής και συντονισμός των κινήσεων».

E12) Α. Έχετε βοηθήσει ασθενείς να βγουν και να μείνουν σε στεγαστική μονάδα αποκατάστασης στην κοινότητα;

ΝΑΙ

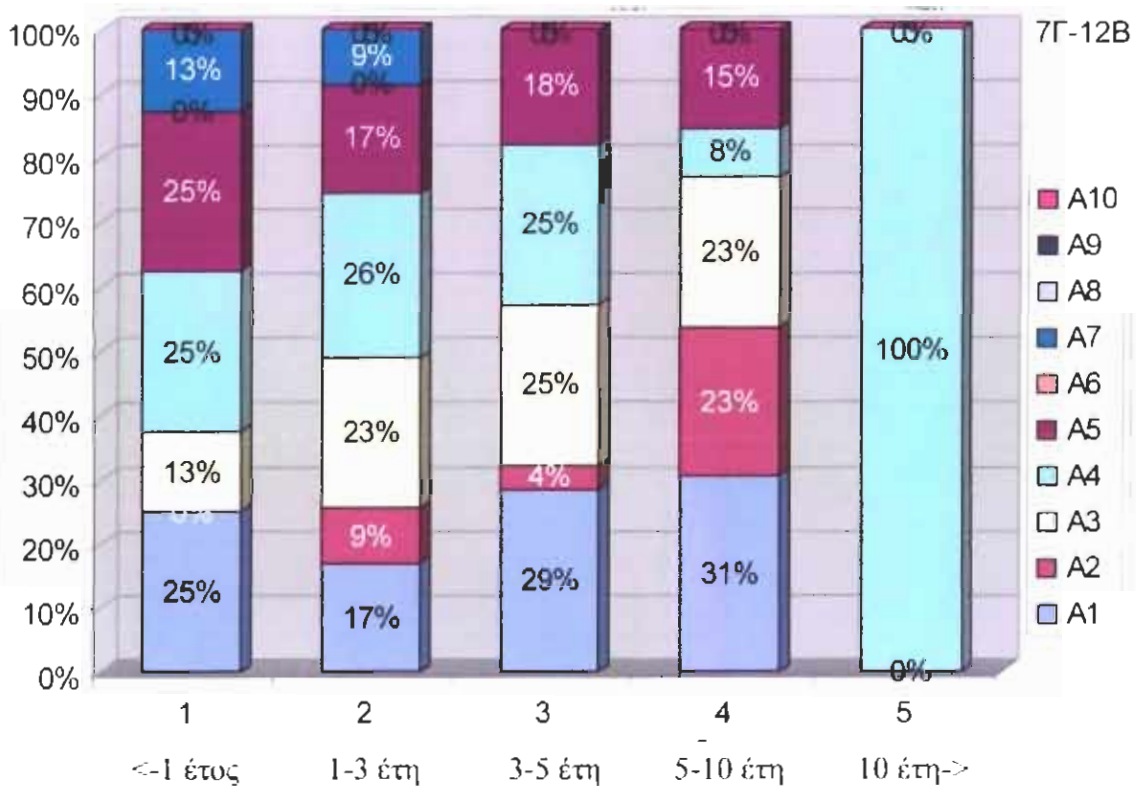
ΟΧΙ



Οι εργαζόμενοι έως 1έτος, από 1-3έτη, από 5-10έτη και 10έτη και άνω, στο σύνολό τους (100%) απάντησαν πως έχουν βοηθήσει ασθενείς να βγουν και να μείνουν στην κοινότητα. Θετική απάντηση έδωσε κι η πλειοψηφία των εργαζόμενων από 3-5έτη (με λίγο μικρότερο ποσοστό (91%).

ΕΙ2) Β. Αν ΝΑΙ, ποιο-οια από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι αισθάνθηκαν οι ασθενείς για τη μετάβαση τους στη κοινότητα:

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| Α1. Ικανοποίηση | Α6. Λδιαφορία |
| Α2. Λύπη | Α7. Όλα τα παραπάνω |
| Α3. Χαρά | Α8. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α4. Άγχος | Α9. Δ.Ξ. |
| Α5. Φόβο | Α10 Άλλο, προσδιορίστε |



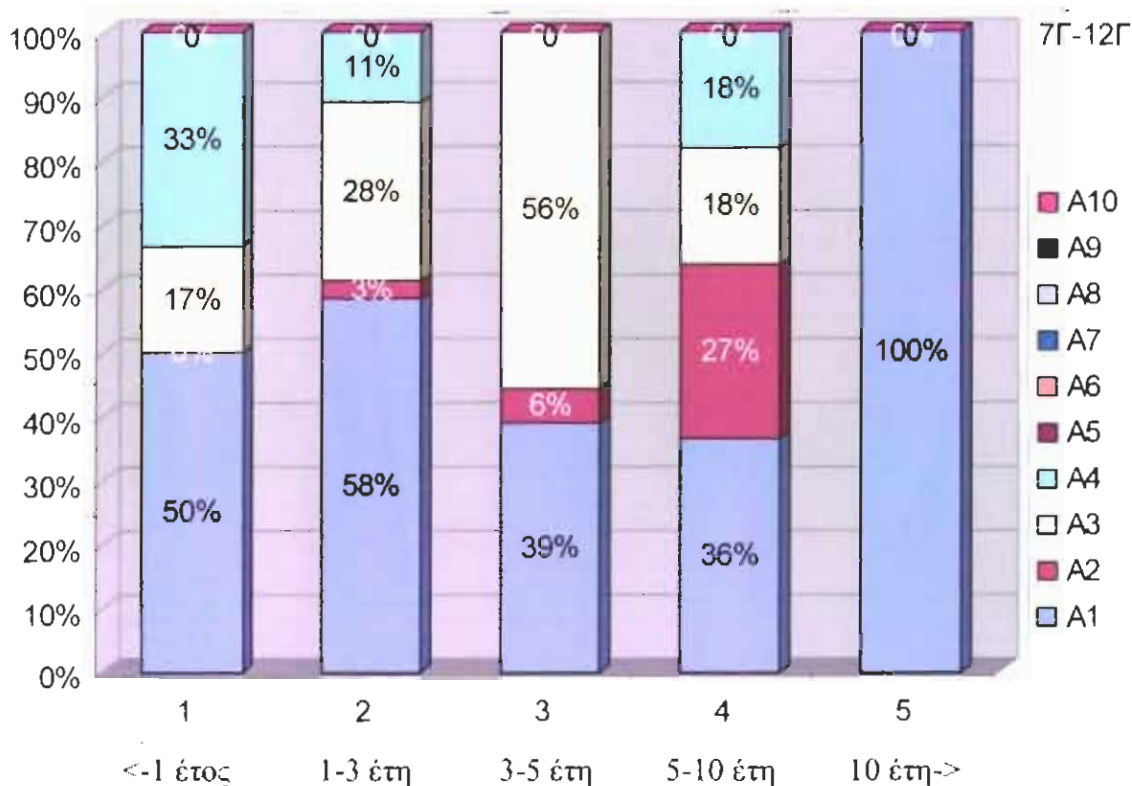
Για τα συναισθήματα που πιστεύουν ότι ένιωσαν οι ασθενείς : οι εργαζόμενοι έως 1έτος έδωσαν επικρατέστερες απαντήσεις με ισόποσα 25% : «ικανοποίηση», «άγχος» και «φόβο». Οι εργαζόμενοι από 1-3έτη πιστεύουν ότι οι ασθενείς αισθάνθηκαν κυρίως : «άγχος» (26%) «χαρά» (23%) και με ισόποσα ποσοστά 17% : «Ικανοποίηση» και «Φόβο».

Οι εργαζόμενοι από 3-5έτη απάντησαν : «ικανοποίηση» (29%) και με ισόποσα ποσοστά 25% : «χαρά» και «άγχος». Από τους εργαζόμενους 5-10έτη, οι περισσότεροι απάντησαν : «ικανοποίηση» (31%) και με ισόποσα ποσοστά 25% : «λύπη» και «χαρά».

Τέλος, οι εργαζόμενοι από 10έτη και άνω ήταν η μόνη ομάδα που έδωσε μια μόνο απάντηση στο σύνολό της (100%) : «άγχος».

Ε12) Γ. Ποιο-ποια συναισθήματα νιώσατε μετά τη μετάβαση των ασθενών σας στην κοινότητα:

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| A1. Ικανοποίηση | A6. Λδιαφορία |
| A2. Λύπη | A7. Όλα τα παραπάνω |
| A3. Χαρά | A8. Κανένα από τα παραπάνω |
| A4. Άγχος | A9. Δ.Ξ. |
| A5. Φόβο | A10. Άλλο, προσδιορίστε |

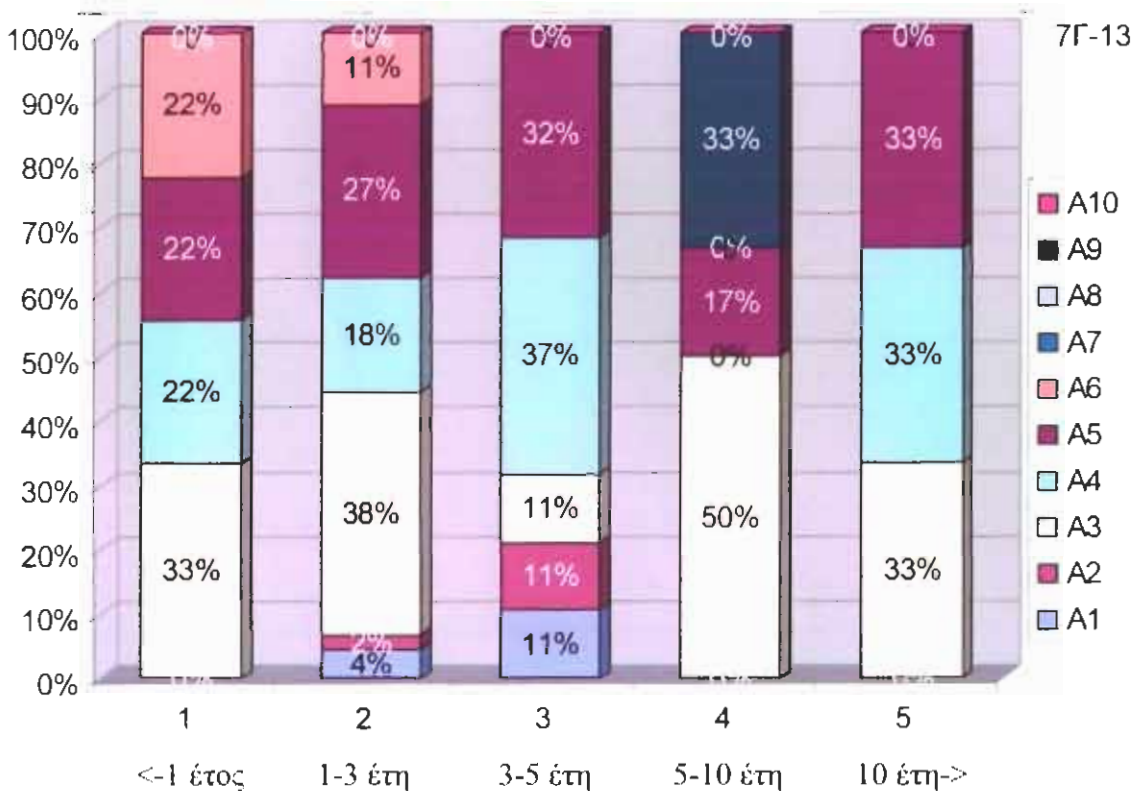


Οι εργαζόμενοι έως 1έτος έδωσαν επικρατέστερα συναισθήματα : «ικανοποίηση» (50%) και «άγχος» (33%). Οι εργαζόμενοι από 1-3έτη ένωσαν κυρίως : «ικανοποίηση» (58%) και «χαρά» (28%).

Οι περισσότεροι εργαζόμενοι από 3-5έτη ένωσαν : «χαρά» (56%) και «ικανοποίηση» (39%). Οι εργαζόμενοι 5-10έτη έδωσαν ως επικρατέστερα συναισθήματα : «ικανοποίηση» (36%) και: «λύπη» (27%), ενώ οι εργαζόμενοι από 10έτη και άνω στο σύνολό τους (100%) απάντησαν : «ικανοποίηση».

Ε13) Ποιο-α από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι θα μπορούσε να βιώσει η κοινότητα σχετικά με την μετάβαση των ασθενών;

- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| Α1. Ικανοποίηση | Α6. Λύπη |
| Α2. Ευχαρίστηση | Α7. Όλα τα παραπάνω |
| Α3. Δμφιθυμία | Α8. Κανένα από τα παραπάνω |
| Α4. Απάθεια αδιαφορία | Α9. Δ.Ξ. |
| Α5. Θυμός – οργή | Α10. Άλλο, προσδιορίστε |



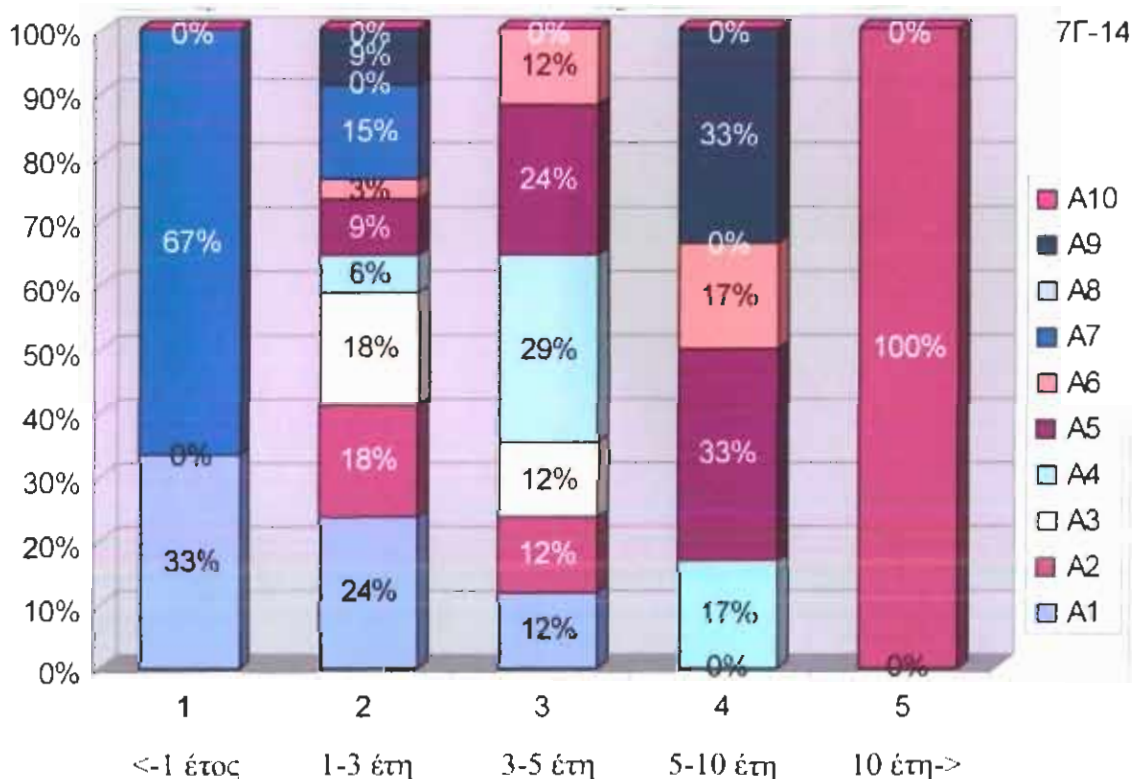
Για τα συναισθήματα που πιστεύουν ότι θα μπορούσε να βιώσει η κοινότητα : οι εργαζόμενοι έως 1έτος έδωσαν επικρατέστερη απάντηση : «αμφιθυμία» (33%) και με ισόποσα 22% : «απάθεια-αδιαφορία», «θυμός-οργή» και «λύπη». Οι εργαζόμενοι από 1-3έτη έδωσαν ως επικρατέστερα συναισθήματα «αμφιθυμία» (38%) και «θυμός-οργή» (27%).

Οι περισσότεροι εργαζόμενοι από 3-5έτη απάντησαν : «απάθεια-αδιαφορία» (37%) και «θυμός-οργή» (32%), ενώ από τους εργαζόμενους 5-10έτη, οι περισσότεροι απάντησαν : «αμφιθυμία» (50%) και «δεν ξέρω» (33%).

Τέλος, οι εργαζόμενοι από 10έτη και άνω απάντησαν με ισόποσα ποσοστά 33% : «αμφιθυμία», «απάθεια-αδιαφορία» και «θυμό-οργή».

E14) Ποιο-α από τα παρακάτω θα μπορούσαν, κατά την γνώμη σας, να αποτελέσουν έμπρακτη αντίδραση της κοινότητας σχετικά με τη δημιουργία εξωτερικών μονάδων αποκατάστασης;

- A1. Εθελοντισμός
- A2. Οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων
- A3. Μη οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων
- A4. Απάθεια
- A5. Στιγματισμός
- A6. Επιθετικότητα
- A7. Όλα τα παραπάνω
- A8. Κανένα από τα παραπάνω
- A9. Δ.Ξ.
- A10. Άλλο, προσδιορίστε



7Γ-14

Για την έμπρακτη αντίδραση της κοινότητας : οι εργαζόμενοι έως 1έτος έδωσαν επικρατέστερη απάντηση : «όλα τα παραπάνω» (67%) και «εθελοντισμό» (33%). Οι εργαζόμενοι από 1-3έτη πιστεύουν ότι η κοινότητα θα αντιδρούσε με : «εθελοντισμό» (24%) και με ισόποσα 18%: «οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων» και «μη οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων».

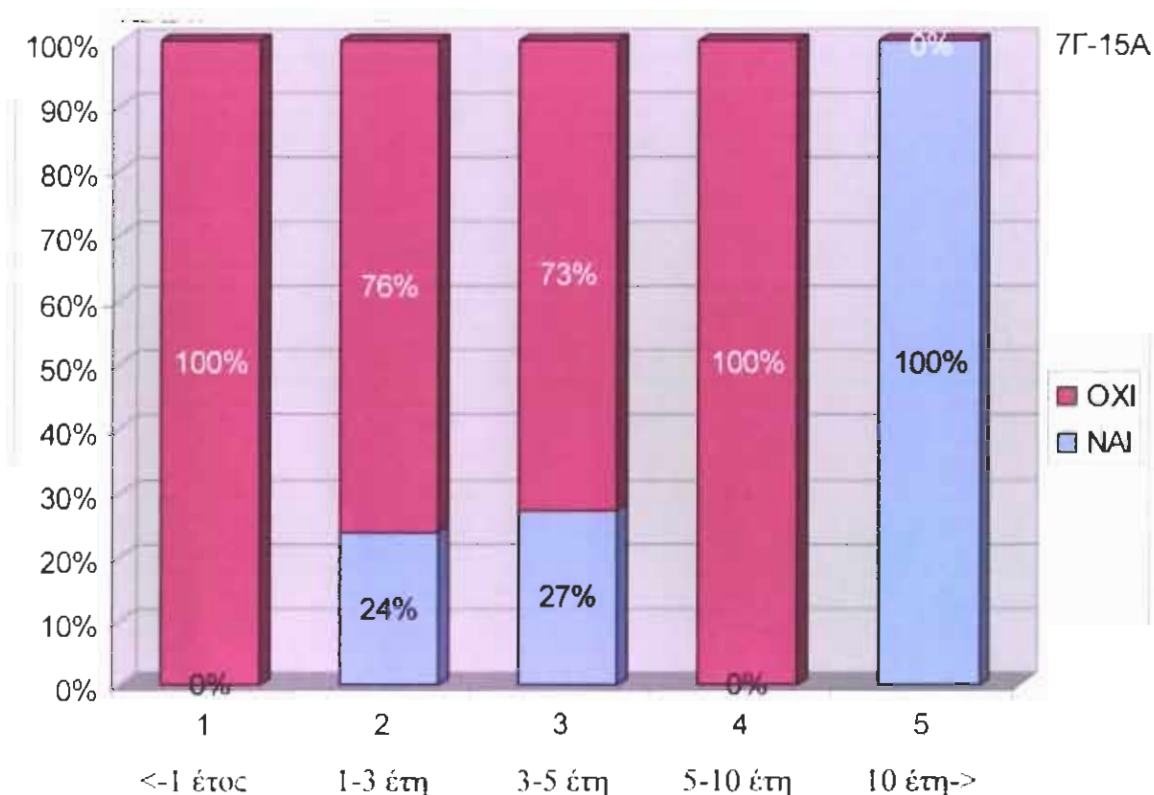
Οι περισσότεροι εργαζόμενοι από 3-5έτη απάντησαν : «απάθεια» (29%) και «στιγματισμό» (24%), ενώ από τους εργαζόμενους 5-10έτη, οι περισσότεροι απάντησαν με ισόποσα 33% : «στιγματισμό» και «δεν ξέρω».

Τέλος, οι εργαζόμενοι από 10έτη και άνω απάντησαν στο σύνολό τους (100%) ότι η κοινότητα θα αντιδρούσε με : «οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων».

E15) Α. Πιστεύετε ότι η κοινότητα είναι ενημερωμένη για την λειτουργία θεραπευτικών μονάδων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

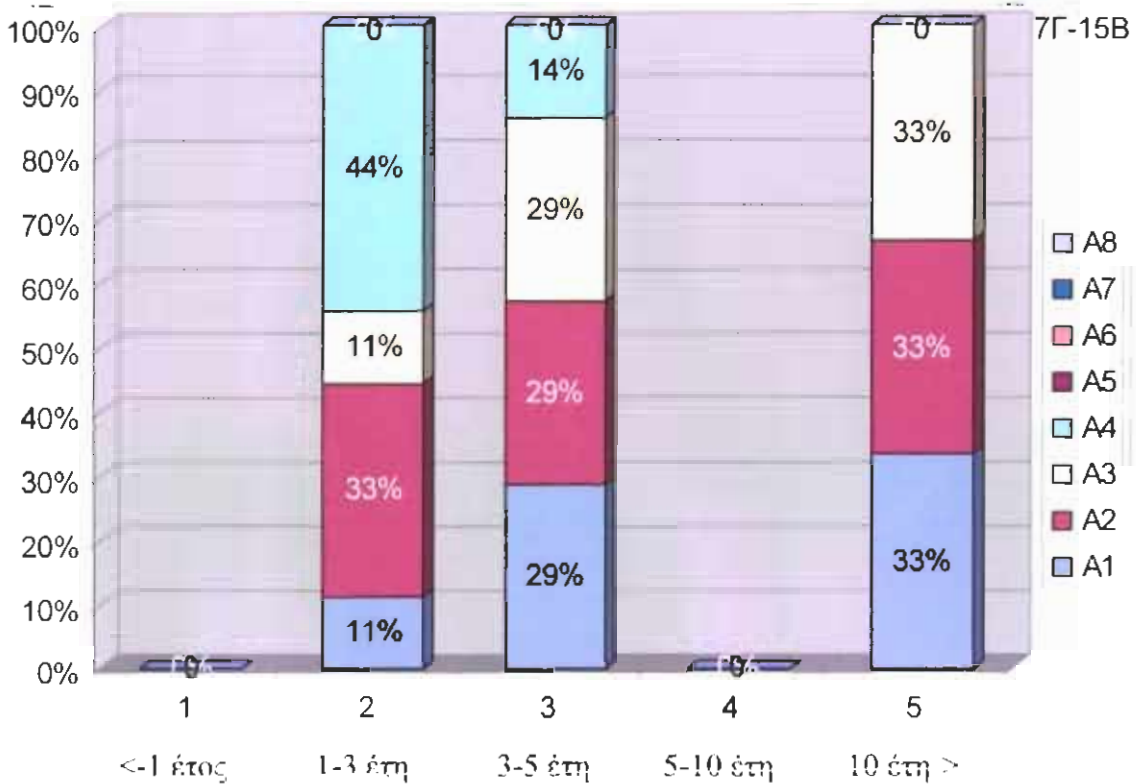


Το 100% των εργαζόμενων έως 1έτος και από 5-10έτη πιστεύουν ότι η κοινότητα δεν είναι ενημερωμένη. Το ίδιο πιστεύουν και οι περισσότεροι (76%) από τους εργαζόμενους 1-3έτη και το 73% των εργαζόμενων 3-5έτη.

Διαφωνούν με αυτό οι εργαζόμενοι από 10έτη και άνω, που στο σύνολό τους (100%) θεωρούν ότι η κοινότητα είναι ενημερωμένη.

E15) Β. Αν ΝΑΙ, με ποιον-ους από τους παρακάτω τρόπους πιστεύετε ότι έχει ενημερωθεί:

- Α1. Αγωγή κοινότητας
- Α2. Μ.Μ.Ε.
- Α3. Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων
- Α4. Ημερίδες – Σεμινάρια
- Α5. Όλα τα παραπάνω
- Α6. Κανένα από τα παραπάνω
- Α7. Δ. Ξ.
- Α8. Άλλο, προσδιορίστε



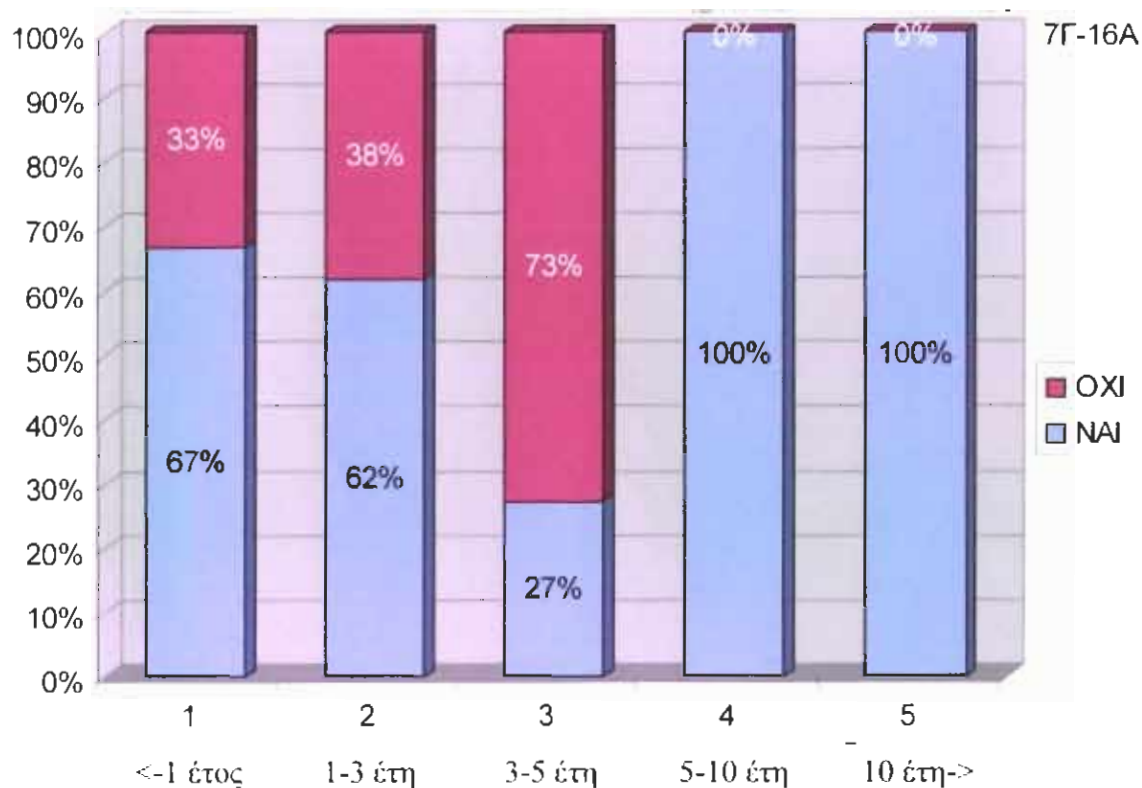
Οι εργαζόμενοι από 1-3έτη πιστεύουν ότι η κοινότητα έχει ενημερωθεί κυρίως με : «Ημερίδες-Σεμινάρια» (44%) και μέσω των «Μ.Μ.Ε.» (33%).

Οι εργαζόμενοι από 3-5έτη και από 10έτη και άνω έδωσαν τους ίδιους επικρατέστερους τρόπους με διαφορετικά ισόποσα ποσοστά (29% και 33% αντίστοιχα) : «αγωγή κοινότητας», «Μ.Μ.Ε.» και «ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων».

Ε16) Α. Εσείς έχετε συντελέσει ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Ψυχιατρείου στην αγωγή της κοινότητας, σχετικά με την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών για το θέμα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών;

ΝΑΙ

ΟΧΙ



Όλοι (100%) οι εργαζόμενοι από 5-10έτη και από 10έτη και άνω απάντησαν ότι έχουν συντελέσει στην αγωγή της κοινότητας. Το ίδιο απάντησαν και οι εργαζόμενοι έως 1έτος και από 1-3έτη, αλλά με μικρότερα ποσοστά (67% και 62% αντίστοιχα). Μόνο οι εργαζόμενοι από 3-5έτη με αρκετά μεγάλο ποσοστό (73%) πιστεύουν ότι δεν έχουν συντελέσει στην αγωγή.

Ε16) Β. Αν ΝΑΙ, με ποιον- ους από τους παρακάτω τρόπους:

A1. Αγωγή κοινότητας

A2. Μ.Μ.Ε.

A3. Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων κοινοτήτων

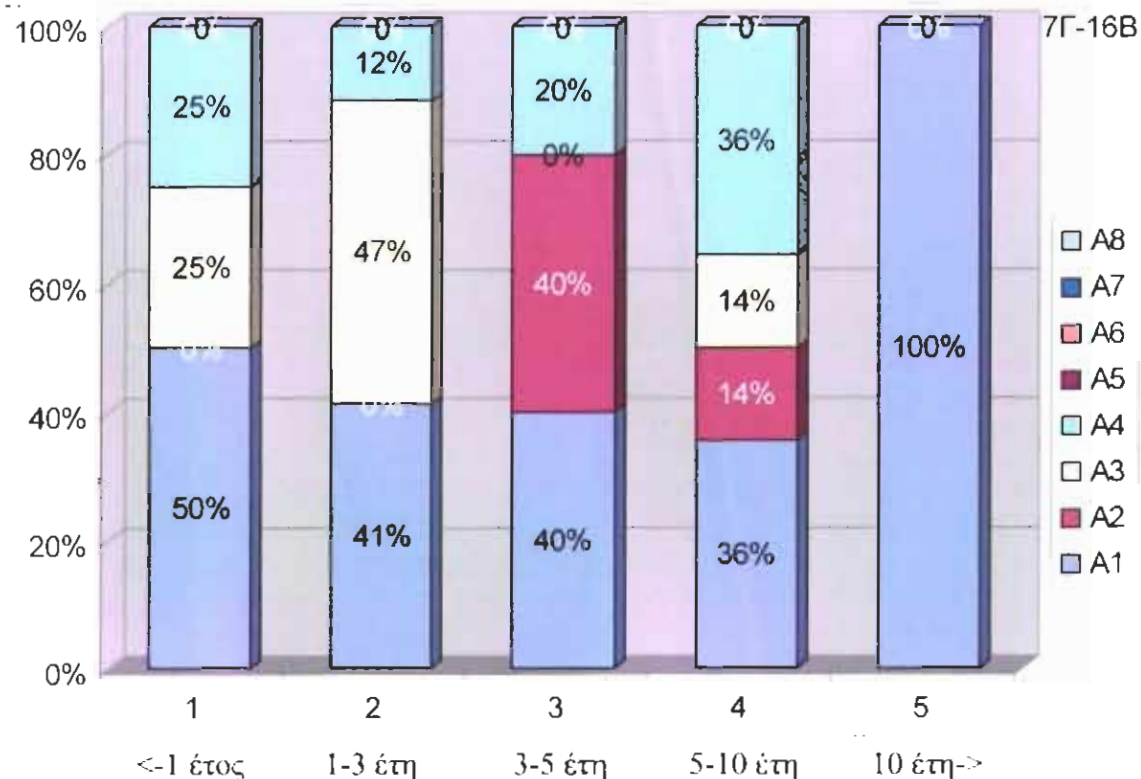
A4. Ημερίδες – Σεμινάρια

A5. Όλα τα παραπάνω

A6. Κανένα από τα παραπάνω

A7. Δ.Ξ.

A8. Άλλο, προσδιορίστε



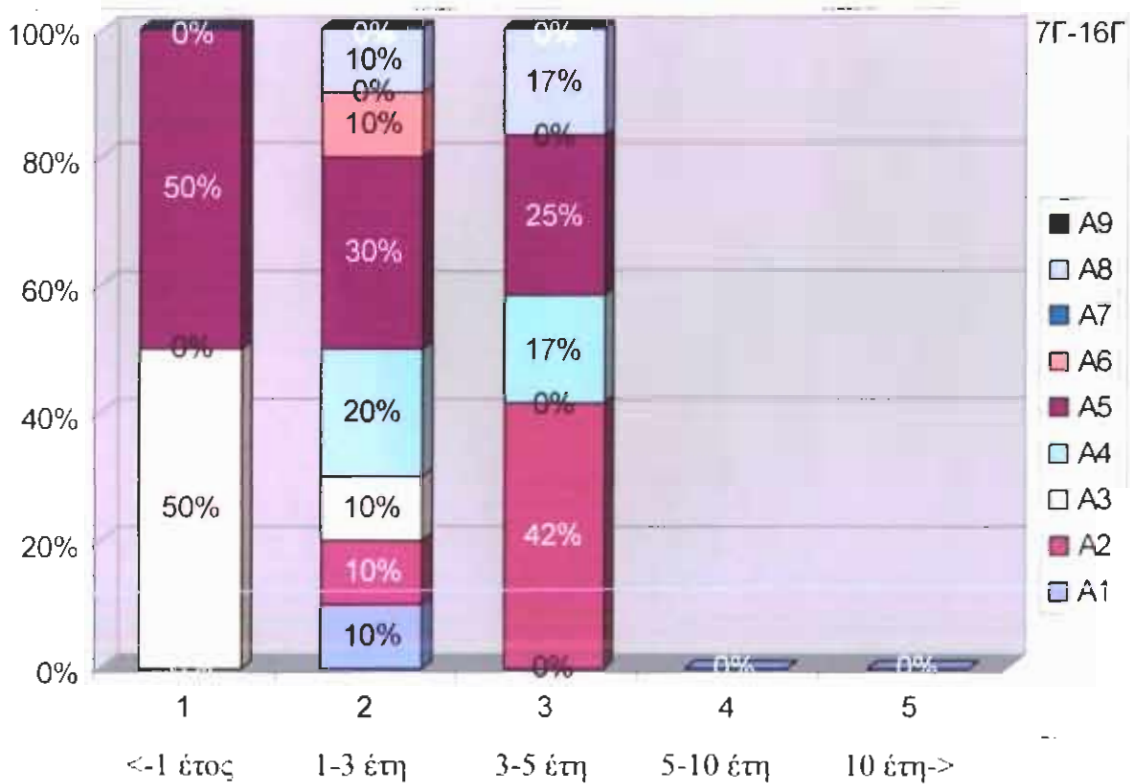
Για τους τρόπους με τους οποίους πιστεύουν ότι έχουν βοηθήσει στην ενημέρωση της κοινότητας, οι εργαζόμενοι έως 1έτος έδωσαν επικρατέστερη απάντηση : «αγωγή κοινότητας» (50%) και με ισόποσα ποσοστά 25% : «Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» και «Ημερίδες – Σεμινάρια». Οι εργαζόμενοι από 1-3έτη πιστεύουν ότι η κοινότητα ενημερώθηκε κυρίως με : «ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» (47%) και «Αγωγή κοινότητας» (41%).

Οι περισσότεροι εργαζόμενοι από 3-5έτη έδωσαν ισόποσα ποσοστά 40% στις απαντήσεις : «αγωγή κοινότητας» και «Μ.Μ.Ε.». Επίσης ισόποσα ποσοστά 36% έδωσαν και οι περισσότεροι εργαζόμενοι 5-10έτη : «αγωγή κοινότητας» και «Ημερίδες –σεμινάρια».

Τέλος, οι εργαζόμενοι από 10έτη και άνω απάντησαν στο σύνολό τους (100%) ότι η κοινότητα έχει ενημερωθεί με : «αγωγή κοινότητας».

Ε16) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιον – ποιους από τους παρακάτω λόγους δεν καταφέρατε κάτι τέτοιο:

- Λ1. Λόγω αρνήσεως των τοπικών φορέων να συνεργαστούν
- Λ2. Λόγω έλλειψης κονδυλίων
- Λ3. Λόγω άρνησης του ίδιου του προσωπικού
- Λ4. Λόγω αδιαφορίας
- Λ5. Λόγω έλλειψης χρόνου
- Λ6. Όλα τα παραπάνω
- Λ7. Κανένα από τα παραπάνω
- Λ8. Δ.Ξ.
- Λ9. Άλλο, προσδιορίστε



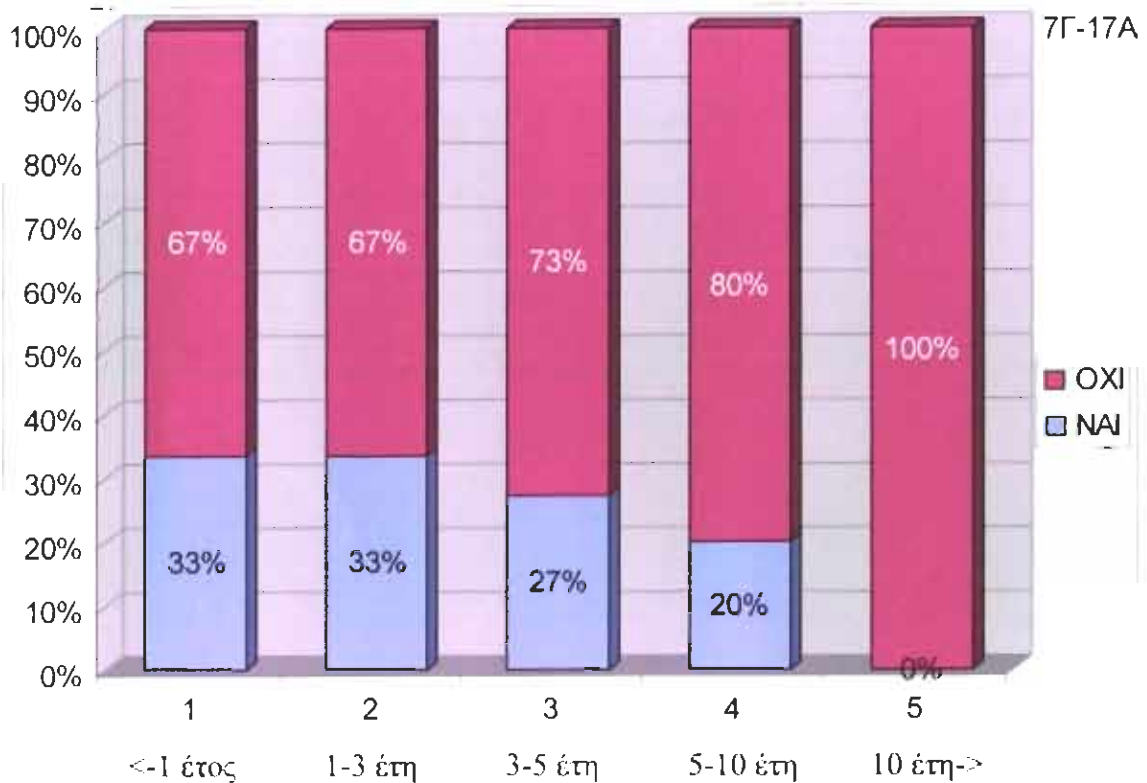
Οι μισοί εργαζόμενοι έως 1έτος πιστεύουν ότι δεν κατάφεραν να συντελέσουν στην αγωγή της κοινότητας λόγω : «άρνησης του ίδιου του προσωπικού» και το άλλο 50% : «λόγω έλλειψης χρόνου».

Από τους εργαζόμενους από 1-3έτη, ο επικρατέστερος λόγος ήταν : η «έλλειψη χρόνου» (30%) και η «αδιαφορία» (20%), ενώ στους εργαζόμενους από 3-5έτη η επικρατέστερη απάντηση ήταν η «έλλειψη κονδυλίων» (42%), αλλά και η «έλλειψη χρόνου» (25%).

Ε17) Α. Πιστεύετε ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

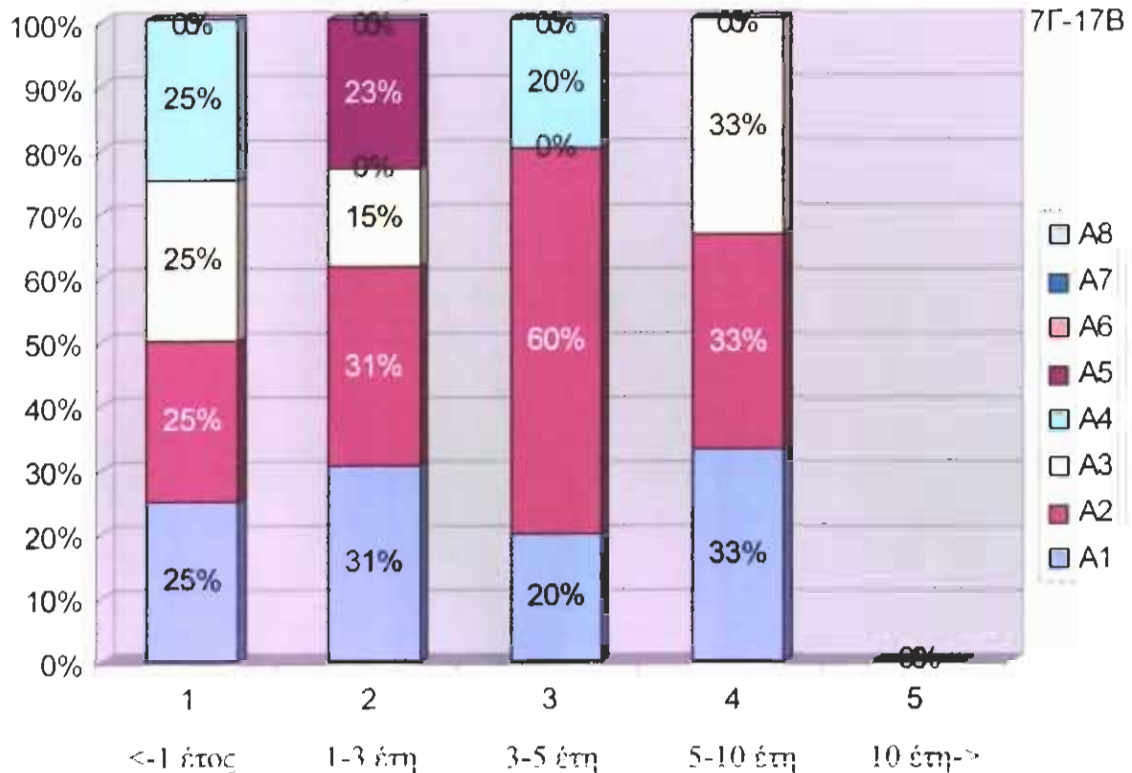


Οι εργαζόμενοι έως 1 έτος και από 1-3 έτη πιστεύουν στο ίδιο ποσοστό (67%) ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία δεν επαρκεί. Το ίδιο πιστεύει και το μεγαλύτερο ποσοστό (73%) των εργαζόμενων από 3-5 έτη, το 80% των εργαζόμενων από 5-10 έτη και όλοι (100%) οι εργαζόμενοι από 10 έτη και άνω.

Ε17) Β. Αν ΝΑΙ, σε ποια -ες από τις παρακάτω δομές –υπηρεσίες θα μπορούσαν εργαστούν:

- A1. Σε Προστατευμένα Εργαστήρια
- A2. Σε Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς
- A3. Σε Δημόσιες Υπηρεσίες
- A4. Σε Ιδιωτικές Υπηρεσίες – Επιχειρήσεις

- A5. Όλα τα παραπάνω
- A6. Κανένα από τα παραπάνω
- A7. Δ.Ξ.
- A8. Άλλο, προσδιορίστε



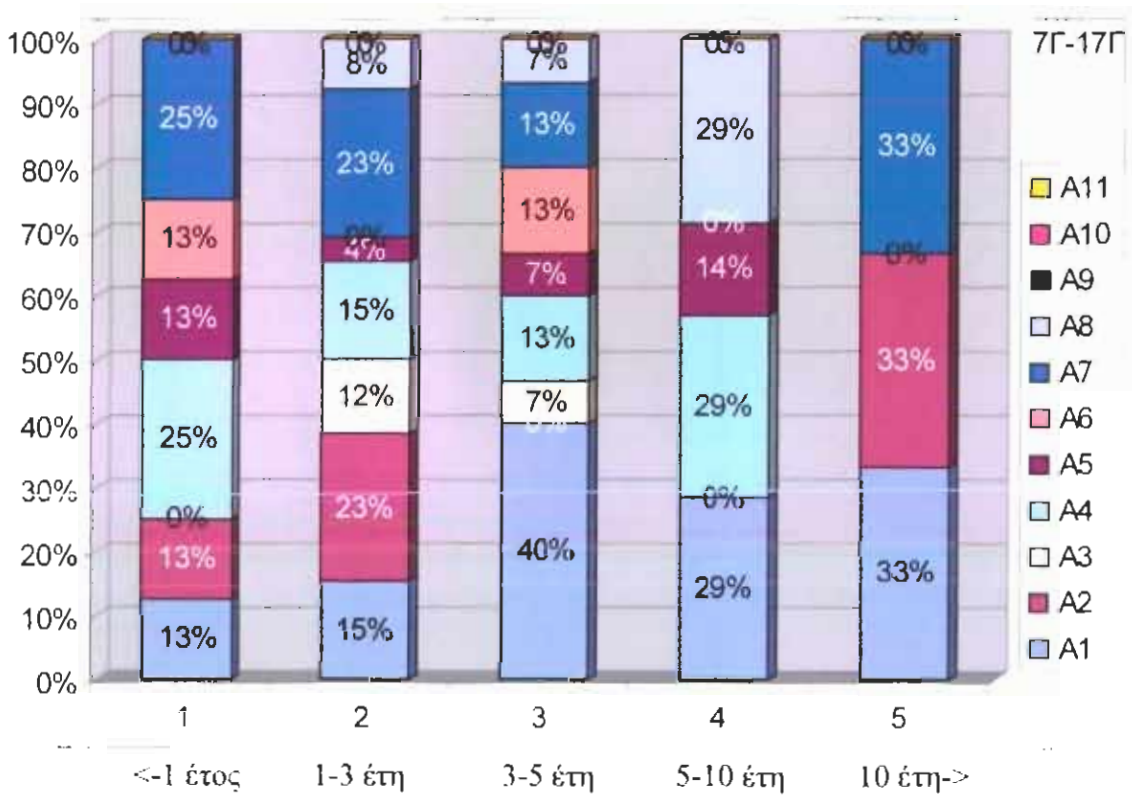
Οι εργαζόμενοι έως 1έτος με ισόποσα ποσοστά 25% πιστεύουν ότι οι ασθενείς θα μπορούσαν να εργαστούν σε : «Προστατευμένα Εργαστήρια», «Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς», «Δημόσιες Υπηρεσίες» και «Ιδιωτικές Υπηρεσίες – Επιχειρήσεις».

Οι περισσότεροι εργαζόμενοι από 1-3έτη πιστεύουν με ισόποσα ποσοστά 31% ότι οι ασθενείς θα μπορούσαν να εργαστούν σε : «Προστατευμένα Εργαστήρια», «Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς» και με ποσοστό 23% «Όλα τα παραπάνω».

Από τους εργαζόμενους 3-5έτη, το μεγαλύτερο ποσοστό (60%) απάντησε : «Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς» και οι εργαζόμενοι 5-10έτη έδωσαν επικρατέστερες απαντήσεις με ισόποσα ποσοστά 33% : «Προστατευμένα Εργαστήρια», «Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς», «Δημόσιες Υπηρεσίες».

Ε17) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποίον-ους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν επαρκεί:

- Α1. Λόγω έλλειψης υποδομής
- Α2. Λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης
- Α3. Λόγω ύπαρξης ανεϊδικευτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας
- Α4. Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών
- Α5. Λόγω έλλειψης συντονισμού θεραπευτικής ομάδας
- Α6. Λόγω κακής οργάνωσης του θεραπευτικού προγράμματος
- Α7. Λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών
- Α8. Όλα τα παραπάνω
- Α9. Κανένα από τα παραπάνω
- Α10. Δ.Ξ.
- Α11. Άλλο, προσδιορίστε

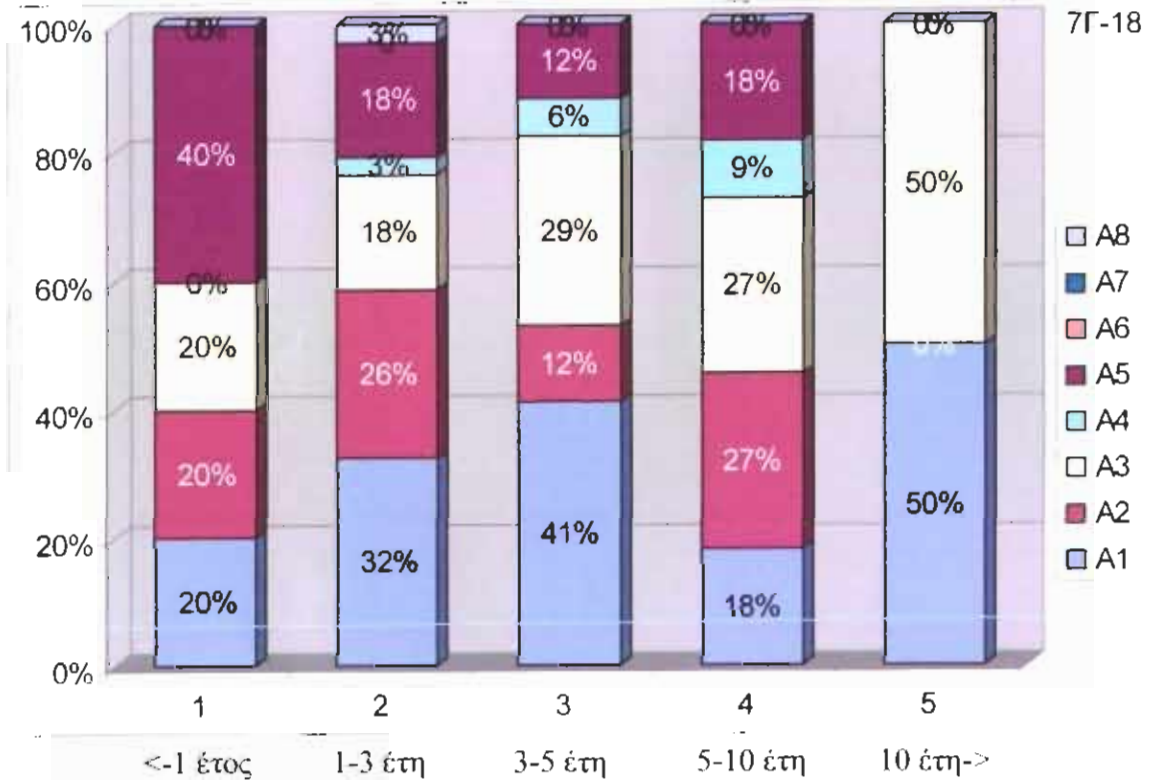


E17) Γ. Για τους λόγους που θεωρούν την προετοιμασία των ασθενών ανεπαρκή, οι εργαζόμενοι έως 1έτος έδωσαν επικρατέστερους λόγους με ισόποσα ποσοστά 25% : «τη μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασία των ασθενών» και «την έλλειψη ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών». Οι εργαζόμενοι από 1-3έτη απάντησαν με ισόποσα ποσοστά (23%) : «τη δυσκολία στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης» και «την έλλειψη ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών».

Ο επικρατέστερος λόγος για τους εργαζόμενους 3-5έτη ήταν : «η έλλειψη υποδομής», ενώ οι εργαζόμενοι από 5-10έτη έδωσαν ισόποσα ποσοστά 29% : «Λόγω έλλειψης υποδομής», «Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών» και «όλα τα παραπάνω». Οι εργαζόμενοι από 10έτη και άνω απάντησαν με ισόποσα 33% : «λόγω έλλειψης υποδομής», «λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης» και «λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών».

Ε18) Πιστεύετε ότι η διασπομή των ασθενών σας στην κοινότητα, βοηθά:

- A1. στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση
- A2. στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση
- A3. στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη
- A4. στην προώθηση και απορρόφηση των κονδυλίων από την Ε.Ε.
- A5. Όλα τα παραπάνω
- A6. Κανένα από τα παραπάνω
- A7. Δ.Ξ.
- A8. Άλλο, προσδιορίστε



E18) Όσοι έχουν εργαστεί έως 1 έτος πιστεύουν ότι η διαμονή των ασθενών τους στην κοινότητα βοηθά σε : «Όλα τα παραπάνω» (40%) και με ισόποσα ποσοστά (20% : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση», «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση» και «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη».

Όσοι έχουν εργαστεί 1 έως 3 έτη πιστεύουν ότι η διαμονή των ασθενών τους στην κοινότητα βοηθά : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» (32%) και «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση» (26%).

Όσοι έχουν εργαστεί 3 έως 5 έτη πιστεύουν ότι η διαμονή των ασθενών τους στην κοινότητα βοηθά : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» (41%) και «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη» (28%).

Όσοι έχουν εργαστεί 5 έως 10 έτη πιστεύουν ότι η διαμονή των ασθενών τους στην κοινότητα βοηθά με ισόποσα ποσοστά (27%) : «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση» και «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη», επίσης με ισόποσα ποσοστά (18%) : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» και «Όλα τα παραπάνω»

Όσοι έχουν εργαστεί 10 και άνω πιστεύουν ότι η διαμονή των ασθενών τους στην κοινότητα βοηθά με ισόποσα ποσοστά (50%) : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση» και «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη»

5.4. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Από τους εργαζόμενους, οι περισσότερες ήταν γυναίκες (76%) και οι υπόλοιποι άντρες (24%). Το 48% ήταν ηλικίας 26-35χρ., το 28% ηλικίας 36-45χρ., το 14% 45 και άνω και το υπόλοιπο 10% ήταν ηλικίας 18-25χρ.

Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση, οι περισσότεροι ήταν άγαμοι (48%), έγγαμοι (38%), οι χήροι (6%), οι διαζευγμένοι (5%) και σε διάσταση το 3%.

Μεταπτυχιακές σπουδές είχε το 13%, από τους οποίους το 79% είχε Μάστερ και 21% είχε Διδακτορικό. Τα ποσοστά των ειδικοτήτων που απάντησαν ήταν : 43% Νοσηλευτές Δ.Ε., 20% Κοινωνικοί Λειτουργοί, 13% Νοσηλευτές Τ.Ε., 10% Ψυχίατροι, 7% Ψυχολόγοι και 4% Εργοθεραπευτές και Νοσηλευτές Π.Ε. 3%.

Σχετικά με τη μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές, άντρες και γυναίκες συμφωνούν ότι αυτή συντελεί στη «λειτουργικότητα των ασθενών». Και οι άντρες (68%) και οι γυναίκες με μεγαλύτερο ποσοστό (77%) πιστεύουν ότι δεν θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζονται. Και τα δυο φύλα συμφωνούν ότι αυτό δε θα μπορούσε να γίνει κυρίως λόγω της «δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών».

Και οι άντρες (76%) και οι γυναίκες με μεγαλύτερο ποσοστό (86%) πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν συμβάλλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα. Επίσης, και τα δύο φύλα απάντησαν περίπου στα ίδια ποσοστά ότι έχουν βοηθήσει ασθενείς να βγουν και να μείνουν σε στεγαστική μονάδα αποκατάστασης στην κοινότητα.

Και τα δύο φύλα και περισσότερο οι άντρες (με ποσοστό 92%) πιστεύουν ότι η κοινότητα δεν είναι ενημερωμένη για τη λειτουργία θεραπευτικών

μονάδων κι ότι οι ίδιοι δεν έχουν συντελέσει ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας στην αγωγή της κοινότητας κυρίως λόγω έλλειψης χρόνου.

Για τη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα, άντρες και γυναίκες, περίπου στα ίδια ποσοστά, πιστεύουν ότι η κοινότητα θα μπορούσε να βιώσει κυρίως : «αμφιθυμία», «απάθεια-αδιαφορία» και «θυμό-οργή», ενώ το επικρατέστερο συναίσθημα που αναφέρουν ότι ένιωσαν οι ίδιοι ήταν : «ικανοποίηση» και «χαρά». Και τα δυο φύλα συμφωνούν ότι οι ασθενείς ένιωσαν «άγχος» για τη μετάβασή τους (άντρες 15%, γυναίκες 22%).

Η πλειοψηφία των αντρών και των γυναικών πιστεύει ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα.

Όλες οι ηλικιακές ομάδες (με μεγάλα ποσοστά) συμφωνούν στο ότι οι επαγγελματίες έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα, (26-35χρ. 92%, 36-45χρ. 79%, 45 και άνω 87%) εκτός από τους μισούς της πρώτης ηλικιακής ομάδας (18-25χρ. 50%), που απάντησαν αρνητικά, θεωρώντας ότι την προσπάθεια αυτή έχει δυσκολέψει κυρίως : «η έλλειψη οικονομικών πόρων».

Και οι τέσσερις ηλικιακές ομάδες πιστεύουν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους ότι δεν θα μπορούσαν όλοι οι ασθενείς να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης. Για τους λόγους που πιστεύουν ότι δεν θα μπορούσε να γίνει αυτό, τα άτομα 18-25χρ. έδωσαν επικρατέστερη απάντηση «όλα τα παραπάνω» (71%), ενώ στις τρεις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, ως κυριότερος λόγος παρουσιάζεται η «δυσλειτουργικότητα των ασθενών».

Η πλειοψηφία των ατόμων των τριών τελευταίων ηλικιακών ομάδων απάντησαν ότι έχουν βοηθήσει ασθενείς να βγουν και να μείνουν σε στεγαστική μονάδα στην κοινότητα, ενώ οι μόνοι που διαφωνούν με αυτό είναι τα άτομα 18-25χρ. με ποσοστό 60%. Για τις αντιδράσεις που έχουν όταν αποφασίζεται η μετάβαση ενός ασθενή, η επικρατέστερη απάντηση σε

όλες τις ηλικιακές ομάδες ήταν : «συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του».

Για τα συναισθήματα που ένιωσαν οι ίδιοι μετά τη μετάβαση των ασθενών τους στην κοινότητα, οι επικρατέστερες απαντήσεις όλων των ηλικιακών ομάδων ήταν : «ικανοποίηση» και «χαρά». Για τα συναισθήματα που πιστεύουν ότι θα μπορούσε να βιώσει η κοινότητα σχετικά με την μετάβαση των ασθενών, τα περισσότερα άτομα ηλικίας 18-25χρ. απάντησαν με ισόποσα ποσοστά 33% «λύπη» και «όλα τα παραπάνω», ενώ οι επικρατέστερες απαντήσεις των υπόλοιπων ηλικιακών ομάδων ήταν : «αμφιθυμία», «απάθεια-αδιαφορία» και «θυμό-οργή».

Αναφορικά με το τι θα μπορούσε να αποτελέσει έμπρακτη αντίδραση της κοινότητας σχετικά με τη δημιουργία εξωτερικών μονάδων αποκατάστασης, οι δυο πρώτες ηλικιακές ομάδες έδωσαν ως επικρατέστερη απάντηση : «εθελοντισμό», (18-25χρ. 40%, 26-35χρ με μικρότερο ποσοστό 26%), στις ηλικίες 36-45χρ. οι επικρατέστερες απαντήσεις ήταν : «οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων» και «απάθεια» (με ισόποσα ποσοστά 20%), ενώ τα άτομα 45χρ. και άνω απάντησαν ως επί τω πλείστων : «απάθεια» (29%) και «στιγματισμό» (21%).

Η πλειοψηφία των ατόμων σε όλες τις ηλικιακές ομάδες συμφωνεί στο ότι η κοινότητα δεν είναι ενημερωμένη για τη λειτουργία θεραπευτικών μονάδων. Τα περισσότερα άτομα από τις δυο πρώτες ηλικιακές ομάδες, (18-25χρ. και 26-35χρ) καθώς και τα περισσότερα από την τελευταία (45χρ. και άνω), πιστεύουν με το ίδιο ποσοστό (60%) ότι δεν έχουν συντελέσει στην αγωγή της κοινότητας, Η μόνη ηλικιακή ομάδα που πιστεύει (με ποσοστό 55%) ότι έχει συντελέσει είναι η τρίτη (36-45χρ.) και απάντησε ότι το έχει κάνει με «αγωγή κοινότητας».

Η πλειοψηφία των ατόμων από όλες τις ηλικιακές ομάδες συμφωνεί ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην

κοινότητα. Ο επικρατέστερος λόγος για τα άτομα ηλικίας 18-25χρ. ήταν «όλα τα παραπάνω», για τα άτομα της δεύτερης ηλικιακής ομάδας 26-35χρ. : «η δυσκολία στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης» και «η έλλειψη υποδομής» (20%). Τα άτομα ηλικίας 36-45χρ. έδωσαν ως επικρατέστερες απαντήσεις με ισόποσα ποσοστά (22%) : «λόγω έλλειψης υποδομής» και «λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών». Τα άτομα ηλικίας 45χρ. και άνω έδωσαν επικρατέστερη απάντηση : «λόγω έλλειψης υποδομής» (38%).

Όλοι οι επαγγελματίες ανεξάρτητα από το αν έχουν κάνει μεταπτυχιακές σπουδές ή όχι, πιστεύουν ότι έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα στο μεγαλύτερο τους ποσοστό. Εδώ φαίνεται ότι ο παράγοντας «μεταπτυχιακός τίτλος» δεν διαφοροποιεί την αντίληψη των επαγγελματιών ως προς τη συμβολή τους στην μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα.

Από αυτούς που έχουν μεταπτυχιακές σπουδές οι μισοί (50%) πιστεύουν ότι όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζονται θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης, ενώ από εκείνους που δεν έχουν μεταπτυχιακές σπουδές το μεγαλύτερο ποσοστό (79%) απάντησε θετικά. Και οι δυο ομάδες επαγγελματιών έχουν βοηθήσει τους ασθενείς να βγουν και να μείνουν σε στεγαστική μονάδα αποκατάστασης στην κοινότητα : η συντριπτική πλειοψηφία (93%) αυτών που έχουν κάνει μεταπτυχιακές σπουδές και το μεγαλύτερο ποσοστό (71%) εκείνων που δεν έχουν. Για το αν η κοινότητα είναι ενημερωμένη, στην πλειοψηφία τους, και εκείνοι που έχουν μεταπτυχιακές σπουδές (79%) και όσοι δεν έχουν (82%), θεωρούν ότι η κοινότητα δεν είναι ενημερωμένη. Από αυτούς που πιστεύουν ότι η κοινότητα είναι ενημερωμένη, οι έχοντες μεταπτυχιακές σπουδές πιστεύουν ότι η ενημέρωση έχει γίνει κυρίως με «Ημερίδες-Σεμινάρια» (67%), ενώ εκείνοι που δεν έχουν μεταπτυχιακά πιστεύουν ότι η κοινότητα

ενημερώθηκε με «ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» (35%) και μέσω «Μ.Μ.Ε.» (23%).

Το μεγαλύτερο ποσοστό (71%) αυτών που έχουν μεταπτυχιακές σπουδές πιστεύει ότι έχει συντελέσει στην αγωγή της κοινότητας, ενώ οι περισσότεροι (60%) από τους μη έχοντες μεταπτυχιακές σπουδές πιστεύουν ότι δεν έχουν συντελέσει.

Οι κάτοχοι Μάστερ πιστεύουν ότι η μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές συντελεί κυρίως : «στη μείωση των υποτροπών» (21%), «στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα» (19%) και «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών» (17%).

Και οι κάτοχοι Μάστερ (73%) και οι κάτοχοι Διδακτορικού (67%) πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα.

Πάνω από τους μισούς (55%) κατόχους Μάστερ πιστεύουν ότι όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζονται θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης, ενώ οι περισσότεροι (67%) κάτοχοι Διδακτορικού απάντησαν αρνητικά.

Για τις αντιδράσεις που έχουν όταν αποφασίζεται η μετάβαση ενός ασθενή στην κοινότητα, οι περισσότεροι κάτοχοι Μάστερ απάντησαν με ισόποσα ποσοστά 45% : «συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του» και «συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου». Οι κάτοχοι Διδακτορικού έδωσαν ως επικρατέστερη απάντηση 40% : «μειωμένη αποτελεσματικότητα στα καθήκοντα» και με ισόποσα ποσοστά 20% : «συγκρούσεις με το λοιπό προσωπικό»,

Και οι κάτοχοι Μάστερ και οι κάτοχοι Διδακτορικού απάντησαν πως ένιωσαν κυρίως : «ικανοποίηση» (50% και 40% αντίστοιχα) και «άγχος» (25% και 40% αντίστοιχα).

Το μεγαλύτερο ποσοστό (82%) των κατόχων Μάστερ πιστεύει η κοινότητα δεν είναι ενημερωμένη και το ίδιο πιστεύουν και οι περισσότεροι κάτοχοι Διδακτορικού σε μικρότερο ποσοστό : 67%.

Το μεγαλύτερο ποσοστό (73%) των κατόχων Μάστερ και οι περισσότεροι (67%) από τους κατόχους Διδακτορικού απάντησαν ότι έχουν συντελέσει στην αγωγή της κοινότητας.

Οι περισσότεροι (38%) κάτοχοι Μάστερ απάντησαν πως έχουν συντελέσει στην ενημέρωση με : «αγωγή κοινότητας», και με τα ίδια ποσοστά 25% : με «ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων» και με «Ημερίδες – Σεμινάρια». Οι κάτοχοι Διδακτορικού στο σύνολό τους (100%) απάντησαν ότι έχουν συντελέσει μέσω των «Μ.Μ.Ε.».

Το μεγαλύτερο ποσοστό (73%) των κατόχων Μάστερ και το σύνολο (100%) των κατόχων Διδακτορικού πιστεύουν ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία των ασθενών για τη μετάβαση τους στην κοινότητα δεν επαρκεί. Για τους κατόχους Μάστερ, οι περισσότεροι πιστεύουν ότι η προετοιμασία των ασθενών δεν επαρκεί : «λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών» (46%) και «λόγω έλλειψης υποδομής» (23%), ενώ ο επικρατέστερος λόγος για τους κατόχους Διδακτορικού ήταν : «όλα τα παραπάνω» (40%) και με ισόποσα ποσοστά (20%) : «λόγω έλλειψης υποδομής», «λόγω ύπαρξης ανειδίκευτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας» και «λόγω κακής οργάνωσης του θεραπευτικού προγράμματος».

Η δημοφιλέστερη απάντηση όλων των ειδικοτήτων σχετικά με τη μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές είναι ότι αυτή συντελεί : «στη λειτουργικότητα των ασθενών», στη «μείωση των υποτροπών» και «μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας»

Στο μεγαλύτερό τους ποσοστό, οι Ψυχίατροι (60%), οι Ψυχολόγοι (100%), οι Κοινωνικοί Λειτουργοί (100%), οι Νοσηλευτές Π.Ε. (100%), οι Νοσηλευτές Τ.Ε. (92%), οι Νοσηλευτές Δ.Ε. (76%) και οι Εργοθεραπευτές (75%) πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν συμβάλλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα.

Σχετικά με το αν θα μπορούσαν όλοι οι ασθενείς τους να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης, στο μεγαλύτερο τους ποσοστό απάντησαν αρνητικά : οι Ψυχίατροι (60%), οι Κοινωνικοί Λειτουργοί με ποσοστό (62%), όλοι (100%) οι Νοσηλευτές Π.Ε., οι Νοσηλευτές Τ.Ε. (62%), οι Νοσηλευτές Δ.Ε. (96%) και οι Εργοθεραπευτές (75%). Οι μόνοι που απάντησαν θετικά με μεγάλο ποσοστό (86%) ήταν οι Ψυχολόγοι.

Για το ποιες είναι οι αντιδράσεις των φροντιστών όταν αποφασίζεται η μετάβαση ενός ασθενή, οι δημοφιλέστερες απαντήσεις ανεξαρτήτως ειδικοτήτων ήταν : «συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)» και «συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου». Για τη μετάβαση των ασθενών τους στην κοινότητα, οι φροντιστές ένιωσαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους : «ικανοποίηση» και «χαρά».

Για τη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα, όλες οι ειδικότητες πιστεύουν ότι η κοινότητα θα μπορούσε να βιώσει κυρίως : «θυμό – οργή», «αμφιθυμία» και «απάθεια – αδιαφορία».

Η συντριπτική πλειοψηφία των Ειδικοτήτων πιστεύει ότι η κοινότητα δεν είναι ενημερωμένη για τη λειτουργία θεραπευτικών μονάδων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων. Αναλυτικά : οι Ψυχίατροι (90%), οι Ψυχολόγοι (100%), οι Κοινωνικοί Λειτουργοί (71%), οι Νοσηλευτές Π.Ε. (100%), οι Νοσηλευτές Τ.Ε. (100%), και οι Νοσηλευτές Δ.Ε. (78%). Εξαιρέση αποτελεί

το 50% των Εργοθεραπευτών που πιστεύει ότι η κοινότητα είναι ενημερωμένη για τη λειτουργία θεραπευτικών μονάδων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων.

Στο αν έχουν συντελέσει στην αγωγή κοινότητας απάντησαν αρνητικά : οι Ψυχίατροι (60%), οι Ψυχολόγοι (86%), οι Νοσηλευτές Τ.Ε. (69%) και οι Νοσηλευτές Δ.Ε. (57%). Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί (52%), οι Νοσηλευτές Π.Ε. (100%) και οι Εργοθεραπευτές με ποσοστό (75%) απάντησαν ότι έχουν συντελέσει στην αγωγή της κοινότητας.

Η συντριπτική πλειοψηφία των Ειδικοτήτων πιστεύει ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα. Ψυχίατροι (100%), Ψυχολόγοι (100%), Κοινωνικοί Λειτουργοί (76%) Νοσηλευτές Π.Ε. (67%), Νοσηλευτές Τ.Ε. (77%), Νοσηλευτές Δ.Ε. (76%) και Εργοθεραπευτές (100%).

Από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που πιστεύουν ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα, οι επικρατέστεροι λόγοι φαίνεται πως είναι : «η έλλειψη υποδομής», «η ύπαρξη ανειδίκευτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας», «η κακή οργάνωση του θεραπευτικού προγράμματος», « η μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασία των ασθενών» και « η έλλειψη ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών».

Στην πλειοψηφία τους οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία πιστεύουν ότι έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα. Πιο συγκεκριμένα : όσοι έχουν εργαστεί έως 1 έτος πιστεύουν ότι έχουν συμβάλει (57%). Οι εργαζόμενοι από 1 έως 3 έτη πιστεύουν ότι έχουν συμβάλει (79%), από 3 έως 5 έτη (88%), οι εργαζόμενοι από 5 έως 10 έτη πιστεύουν ότι έχουν συμβάλει (85%) και από 10 και άνω (90%).

Για τη μετάβαση ασθενών στη κοινότητα όσοι έχουν εργαστεί έως και ένα 1 έτος σε μονάδα αποκατάστασης απάντησαν : «συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου», «μειωμένη διάθεση συνεργασίας με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα», «αποφυγή επαφής με τους ασθενείς», «συγκρούσεις με το λοιπό προσωπικό» και «μειωμένη αποτελεσματικότητα στα καθήκοντα».

1 έως 3 έτη οι επικρατέστερες αντιδράσεις ήταν : «η συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)» (55%) και «συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου» (35%).

3 έως 5ετη οι επικρατέστερες αντιδράσεις ήταν : «συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)» (58%) και «συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου» (38%).

5 έως 10 έτη οι επικρατέστερες αντιδράσεις είναι : «συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)» (50%) και «συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου» (33%).

10 και άνω οι επικρατέστερες αντιδράσεις είναι : «συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)» (45%) και «συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία

θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητε συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου» (39%).

Απάντησε ότι δεν έχουν βοηθήσει ασθενείς να βγουν στην κοινότητα το 71% όσων εργάζονται έως ένα 1 έτος, ενώ απάντησαν ότι έχουν βοήσει : το 58% των εργαζόμενων από 1 έως 3 έτη, το 88% των 3 έως 5 έτη, το 78% των 5 έως 10 έτη και 86% των εργαζόμενων από 10 και άνω.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα χρόνια προϋπηρεσίας δεν επηρεάζουν τα συναισθήματα των φροντιστών μετά τη μετάβαση των ασθενών σας στην κοινότητα, οι οποίοι στη πλειοψηφία τους ένιωσαν : «Ικανοποίηση» και «Χαρά».

Για τη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα, ανεξάρτητα με τα χρόνια προϋπηρεσίας πιστεύουν ότι η κοινότητα θα μπορούσε να βιώσει κυρίως : «αμφιθυμία», «απάθεια – αδιαφορία» και «θυμό – οργή» με ισόποσα ποσοστά (27%). Η πλειοψηφία των φροντιστών πιστεύει ότι η κοινότητα δεν είναι ενημερωμένη για τη λειτουργία θεραπευτικών μονάδων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων.

Η συντριπτική πλειοψηφία των φροντιστών πιστεύει ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα. Πιο συγκεκριμένα, απάντησαν αρνητικά : όλοι (100%) όσοι εργάζονται έως και 1 έτος, οι εργαζόμενοι από 1 έως 3 έτη (96%), από 3 έως 5 έτη (59%), 5 έως 10 έτη (78%) και οι εργαζόμενοι από 10 και άνω (79%). Για τους λόγους που πιστεύουν ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα, οι περισσότεροι επαγγελματίες απάντησαν : «λόγω έλλειψης υποδομής», «λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης», «λόγω ύπαρξης ανειδίκευτων

επαγγελματιών ψυχικής υγείας» και «λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών».

Και οι φροντιστές που έχουν εργαστεί σε μονάδα αποκατάστασης και εκείνοι που δεν έχουν εργαστεί, πιστεύουν ότι η μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές συντελεί : «στη λειτουργικότητα των ασθενών» και «στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα».

Στο μεγαλύτερό τους ποσοστό, και οι φροντιστές που έχουν εργαστεί σε μονάδα αποκατάστασης (85%) και αυτοί που δεν έχουν εργαστεί (83%) πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν συμβάλλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα.

Και αυτοί που έχουν εργαστεί σε μονάδα αποκατάστασης (66%) και όσοι δεν έχουν εργαστεί με μεγαλύτερο ποσοστό (81%) πιστεύουν ότι δεν θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζονται κυρίως λόγω : «δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών» και «λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών».

Σχεδόν όλοι (98%) όσοι έχουν εργασιακή εμπειρία σε μονάδα αποκατάστασης του ψυχιατρείου και μεγάλο ποσοστό από όσους δεν έχουν, απάντησαν ότι έχουν βοηθήσει ασθενείς να βγουν και να μείνουν σε στεγαστική μονάδα αποκατάστασης στην κοινότητα. Και οι δυο ομάδες εργαζομένων στο μεγαλύτερο ποσοστό τους ένιωσαν για τη μετάβαση των ασθενών: «ικανοποίηση» και «χαρά». Όσον αφορά όμως στα συναισθήματα που θα μπορούσε να βιώσει η κοινότητα, όσοι έχουν εργαστεί σε μονάδες αποκατάστασης πιστεύουν ότι η αυτή θα μπορούσε να βιώσει κυρίως : «αμφιθυμία», «θυμό-οργή» και «απάθεια-αδιαφορία». Ίδια συναισθήματα αποδίδουν στην κοινότητα και όσοι δεν έχουν εργαστεί.

Σχετικά με την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών για το θέμα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών, οι περισσότεροι (59%) από όσους έχουν εργαστεί σε μονάδες αποκατάστασης πιστεύουν ότι έχουν συντελέσει στην αγωγή της κοινότητας. Οι τρόποι που χρησιμοποίησαν ήταν : «αγωγή κοινότητας», «ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων-κοινοτήτων» και «Ημερίδες – Σεμινάρια». Από την άλλη, όσοι δεν έχουν εργαστεί σε μονάδες αποκατάστασης πιστεύουν ότι δεν έχουν συντελέσει στην αγωγή κοινότητας με ποσοστό 65%. Δεν κατάφεραν κάτι τέτοιο κυρίως : «λόγω έλλειψης χρόνου» και «λόγω έλλειψης κονδυλίων».

Η πλειοψηφία (71%) όσων έχουν εργαστεί σε μονάδα αποκατάστασης του ψυχιατρείου πιστεύει ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα και ότι αυτό οφείλεται κυρίως στην : «έλλειψη υποδομής», «έλλειψη ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών» και «μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών».

Το ίδιο πιστεύει και η πλειοψηφία (87%) των φροντιστών που δεν έχουν εργαστεί σε μονάδα αποκατάστασης και για τους λόγους που δεν επαρκεί απάντησαν : «λόγω έλλειψης υποδομής», «λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης» και «λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών».

Οι εργαζόμενοι έως 1έτος και από 10έτη και άνω πιστεύουν στο σύνολό τους (100%) ότι δεν θα μπορούσαν όλοι οι ασθενείς να μεταβούν στην κοινότητα. Το ίδιο πιστεύει και η πλειοψηφία (86%) των εργαζόμενων από 1-3έτη. Οι εργαζόμενοι από 3-5έτη έχουν αντίθετη άποψη και υποστηρίζουν με 55% ότι όλοι οι ασθενείς θα μπορούσαν να μεταβούν στην κοινότητα και σ' αυτό συμφωνούν όλοι (100%) οι εργαζόμενοι από 5-10έτη.

Σχετικά με τις αντιδράσεις των φροντιστών που έχουν εργαστεί σε μονάδες αποκατάστασης, οι μισοί (50%) των εργαζόμενων έως 1έτος και

από 10έτη και άνω απάντησαν : «συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του» και το άλλο 50% : «συνεργασία με τους φροντιστές της δομής και συντονισμός των κινήσεων». Επίσης : «συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του» ήταν η επικρατέστερη απάντηση για το 50% των εργαζόμενων από 1-3έτη και για το 48% των εργαζόμενων από 3-5έτη, ενώ στους εργαζόμενους από 5-10έτη επικρατέστερη απάντηση ήταν : η «συνεργασία με τους φροντιστές της δομής και συντονισμός των κινήσεων».

Οι εργαζόμενοι έως 1έτος, από 1-3έτη, από 5-10έτη και 10έτη και άνω, στο σύνολό τους (100%) απάντησαν πως έχουν βοηθήσει ασθενείς να βγουν και να μείνουν στην κοινότητα. Θετική απάντηση έδωσε κι η πλειοψηφία των εργαζόμενων από 3-5έτη (με λίγο μικρότερο ποσοστό 91%).

Για τα συναισθήματα που πιστεύουν ότι ένιωσαν οι ασθενείς, οι εργαζόμενοι έως 1έτος έδωσαν επικρατέστερες απαντήσεις : «ικανοποίηση», «άγχος» και «φόβος». Οι εργαζόμενοι από 1-3έτη πιστεύουν ότι οι ασθενείς αισθάνθηκαν κυρίως : «άγχος» και «χαρά». Οι εργαζόμενοι από 3-5έτη απάντησαν : «ικανοποίηση», «χαρά» και «άγχος». Από τους εργαζόμενους 5-10έτη, οι περισσότεροι απάντησαν : «ικανοποίηση», «λύπη» και «χαρά». Τέλος, οι εργαζόμενοι από 10έτη και άνω ήταν η μόνη ομάδα που έδωσε μια μόνο απάντηση στο σύνολό της (100%) : «άγχος».

Για τα συναισθήματα που ένιωσαν οι ίδιοι, οι εργαζόμενοι έως 1έτος έδωσαν επικρατέστερα συναισθήματα : «ικανοποίηση» και «άγχος». Οι εργαζόμενοι από 1-3έτη ένιωσαν κυρίως : «ικανοποίηση» και «χαρά». Οι περισσότεροι εργαζόμενοι από 3-5έτη ένιωσαν : «χαρά» και «ικανοποίηση». Οι εργαζόμενοι 5-10έτη έδωσαν ως επικρατέστερα συναισθήματα : «ικανοποίηση» και «λύπη», ενώ οι εργαζόμενοι από 10έτη και άνω στο σύνολό τους (100%) απάντησαν : «ικανοποίηση».

Για τα συναισθήματα που πιστεύουν ότι θα μπορούσε να βιώσει η κοινότητα στο σύνολό τους οι εργαζόμενοι έδωσαν ως επικρατέστερες απαντήσεις : «αμφιθυμία», «απάθεια-αδιαφορία», «θυμό-οργή» και «λύπη».

Το 100% των εργαζόμενων έως 1έτος και από 5-10έτη πιστεύουν ότι η κοινότητα δεν είναι ενημερωμένη. Το ίδιο πιστεύουν και οι περισσότεροι (76%) από τους εργαζόμενους 1-3έτη και το 73% των εργαζόμενων 3-5έτη. Διαφωνούν με αυτό οι εργαζόμενοι από 10έτη και άνω, που στο σύνολό τους (100%) θεωρούν ότι η κοινότητα είναι ενημερωμένη και ότι έχει ενημερωθεί κυρίως με : «αγωγή κοινότητας», «Μ.Μ.Ε.» και «ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων».

Όλοι (100%) οι εργαζόμενοι από 5-10έτη και από 10έτη και άνω απάντησαν ότι έχουν συντελέσει στην αγωγή της κοινότητας. Το ίδιο απάντησαν και οι εργαζόμενοι έως 1έτος και από 1-3έτη, αλλά με μικρότερα ποσοστά (67% και 62% αντίστοιχα). Για τους τρόπους με τους οποίους πιστεύουν ότι έχουν βοηθήσει στην ενημέρωση της κοινότητας, οι εργαζόμενοι έως 1έτος έδωσαν επικρατέστερη απάντηση : «αγωγή κοινότητας». Οι εργαζόμενοι από 1-3έτη πιστεύουν ότι η κοινότητα ενημερώθηκε κυρίως με : «ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων». Οι περισσότεροι εργαζόμενοι από 3-5έτη έδωσαν τις απαντήσεις : «αγωγή κοινότητας» και «Μ.Μ.Ε.». Οι περισσότεροι εργαζόμενοι 5-10έτη απάντησαν : «αγωγή κοινότητας» και «Ημερίδες – σεμινάρια». Τέλος, οι εργαζόμενοι από 10έτη και άνω απάντησαν στο σύνολό τους (100%) ότι η κοινότητα έχει ενημερωθεί με : «αγωγή κοινότητας».

Μόνο οι εργαζόμενοι από 3-5έτη με αρκετά μεγάλο ποσοστό (73%) πιστεύουν ότι δεν έχουν συντελέσει στην αγωγή και ως σημαντικότερους λόγους θεωρούν την «έλλειψη κονδυλίων», αλλά και την «έλλειψη χρόνου».

Οι περισσότεροι εργαζόμενοι, ανεξαρτήτως με τα χρόνια που έχουν εργαστεί σε μονάδες αποκατάστασης του ψυχιατρείου, πιστεύουν ότι η

διαμονή των ασθενών τους στην κοινότητα βοηθά κυρίως : «στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση», «στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση» και «στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη».

5.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σχετικά με τη μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές, Ο ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ φύλο δεν επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τις αντιλήψεις των φροντιστών για τη ψυχική νόσο γιατί τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες πιστεύουν ότι δεν θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζονται. Και τα δυο φύλα συμφωνούν ότι αυτό δε θα μπορούσε να γίνει κυρίως λόγω της «δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών».

Για τη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα, άντρες και γυναίκες, περίπου στα ίδια ποσοστά, πιστεύουν ότι η κοινότητα θα μπορούσε να βιώσει κυρίως «αμφιθυμία», «απάθεια-αδιαφορία» και «θυμό-οργή», ενώ το επικρατέστερο συναίσθημα που αναφέρουν ότι ένιωσαν οι ίδιοι ήταν «ικανοποίηση» και «χαρά». Και τα δυο φύλα συμφωνούν ότι οι ασθενείς ένιωσαν «άγχος» για τη μετάβασή τους. Από τις παραπάνω απαντήσεις φαίνεται ότι ο παράγοντας φύλο δε φαίνεται να διαφοροποιεί τα εκφραζόμενα συναισθήματα τους ως προς τους ασθενείς ούτε και ως προς την άποψη που έχουν για τα συναισθήματα της κοινότητας σχετικά με την μετάβαση.

Η μικρή επαγγελματική προϋπηρεσία στο χώρο του ψυχιατρείου φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην άποψη των επαγγελματιών σχετικά με τη συμβολή τους στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα.

Όλες οι ηλικιακές ομάδες συμφωνούν ότι οι επαγγελματίες έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα, εκτός από τη πρώτη ηλικιακή ομάδα (18-25 ετών), που απάντησε ότι δεν έχει συμβάλει. Οι νεότεροι επαγγελματίες (18-25 ετών) φαίνεται ότι δεν μπορούν να διακρίνουν έναν σημαντικό παράγοντα ως προς την αδυναμία κάποιων ασθενών του Ψυχιατρείου να μεταβούν στην κοινότητα, σε αντίθεση με τους μεγαλύτερους και εμπειρότερους στην ηλικία επαγγελματίες, οι οποίοι αναγνωρίζουν με μεγάλη ευκολία τον κυρίαρχο παράγοντα της «δυσλειτουργικότητας των ασθενών».

Η πλειοψηφία των ατόμων των τριών τελευταίων ηλικιακών ομάδων (26 ετών - 45 και άνω) πιστεύουν ότι έχουν βοηθήσει τους ασθενείς να βγουν και να μείνουν σε στεγαστική μονάδα στην κοινότητα, ενώ οι μόνοι που δεν πιστεύουν ότι έχουν καταφέρει κάτι τέτοιο είναι τα άτομα ηλικίας 18-25 ετών. Οι παραπάνω αντιλήψεις φαίνεται ότι σχετίζονται με την επαγγελματική εμπειρία των επαγγελματιών.

Σχετικά με τις αντιδράσεις που έχουν οι επαγγελματίες όταν αποφασίζεται η μετάβαση ενός ασθενή, η επικρατέστερη άποψη σε όλες τις ηλικιακές ομάδες ήταν «συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του».

Οι αντιδράσεις των επαγγελματιών δε φαίνεται να επηρεάζονται από την ηλικία, καθώς εδώ πιθανόν παίζει καθοριστικό ρόλο η απόφαση του φορέα (Ψυχιατρείο) να υλοποιήσει πρόγραμμα μετάβασης ψυχιατρικών ασθενών, κάτι το οποίο πρέπει όλοι οι επαγγελματίες να ακολουθήσουν.

Σχετικά με τα συναισθήματα που ένιωσαν οι ίδιοι μετά τη μετάβαση των ασθενών τους στην κοινότητα, οι επικρατέστερες απαντήσεις όλων των ηλικιακών ομάδων ήταν «ικανοποίηση» και «χαρά». Η ηλικία δε φαίνεται να είναι παράγοντας που επηρεάζει τα συναισθήματα των επαγγελματιών για τους ασθενείς.

Αναφορικά με τα συναισθήματα που πιστεύουν ότι θα μπορούσε να βιώσει η κοινότητα σχετικά με την μετάβαση των ασθενών, οι απόψεις των

νεότερων.. επαγγελματιών (18-25 ετών) διακρίνονται από στοιχεία πολυπλοκότητας και αντιφατικότητας ως προς τις απαντήσεις τους, κάτι το οποίο οφείλεται στη μικρή επαγγελματική εμπειρία. Αντίθετα, οι απόψεις των πιο έμπειρων επαγγελματιών χαρακτηρίζονται ως πιο συγκεκριμένες (π.χ. η «αμφιθυμία», η «απάθεια-αδιαφορία» και «ο θυμός - η οργή»).

Η πλειοψηφία των ατόμων από όλες τις ηλικιακές ομάδες συμφωνεί ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα. Τα παραπάνω αποτελέσματα δείχνουν ότι η ηλικία δεν επηρεάζει τις αντιλήψεις των φροντιστών για την μετάβαση των ασθενών.

Οι επαγγελματίες που έχουν κάνει μεταπτυχιακές σπουδές πιστεύουν ότι έχουν συντελέσει στην αγωγή της κοινότητας, ενώ οι περισσότεροι από τους μη κατέχοντες μεταπτυχιακούς τίτλους πιστεύουν ότι δεν έχουν συντελέσει εκθέτοντας ως σημαντικούς λόγους την «έλλειψη χρόνου», την «έλλειψη κονδυλίων» και την «αδιαφορία». Εδώ προφανώς υπάρχει αυτή η διαφοροποίηση γιατί πιθανόν όσοι έχουν κάνει μεταπτυχιακές σπουδές στο χώρο της ψυχικής υγείας γνωρίζουν την ιδιαίτερη βαρύτητα που πρέπει να δίνεται στην αγωγή της κοινότητας ως σημαντικό παράγοντα συμβολής στην αποκατάσταση των ασθενών στην κοινότητα, σε αντίθεση με εκείνους τους επαγγελματίες που δεν κατέχουν μεταπτυχιακούς τίτλους.

Επίσης, το ίδιο διαπιστώνεται για τους κατόχους μεταπτυχιακών τίτλων ότι η μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές συντελεί κυρίως «στη μείωση των υποτροπών», «στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα» και «στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών». Και εδώ φαίνεται ότι οι μεταπτυχιακές σπουδές διαμορφώνουν συγκεκριμένες στάσεις και αντιλήψεις σχετικά με τη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα.

Αντίθετα όσοι κατέχουν διδακτορικό πιστεύουν ότι η μετάβαση συντελεί στη αύξηση των υποτροπών. Πιθανόν έχει να κάνει με το γνωστικό

αντικείμενο του διδακτορικού τίτλου ή με την ειδικότητα του επαγγελματία που κατέχει έναν τέτοιο τίτλο.

Πάνω από τους μισούς κατόχους μεταπτυχιακού τίτλου πιστεύουν ότι όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζονται θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης επειδή «όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα», και επειδή «πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία». Ενώ οι κάτοχοι διδακτορικού πιστεύουν ότι δεν μπορούν όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζονται να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης και σαν εμπόδιο θεωρούν «τη δυσλειτουργικότητα των χρόνιων ασθενών» και «την ασυλική συμπεριφορά των ασθενών». Πιθανόν οι απόψεις αυτές να χαρακτηρίζονται από μία πιο ρεαλιστική εκτίμηση της αποκατάστασης των ασθενών, την οποία διαμορφώνουν οι πιο ολοκληρωμένες γνώσεις και εμπειρίες στο γνωστικό αντικείμενο της αποκατάστασης.

Σχετικά με τις αντιδράσεις που έχουν όταν αποφασίζεται η μετάβαση ενός ασθενή στην κοινότητα, οι περισσότεροι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου απάντησαν ότι έχουν «συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του» και «συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου». Διαφορετικές αντιδράσεις έχουν οι κάτοχοι διδακτορικού οι οποίοι δήλωσαν «μειωμένη αποτελεσματικότητα στα καθήκοντα» και «συγκρούσεις με το λοιπό προσωπικό». Φαίνεται ότι το επίπεδο σπουδών επηρεάζει τους επαγγελματίες στο ρόλο τους και στον τρόπο που αντιδρούν.

Σχετικά με τη μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές, οι απόψεις όλων των επαγγελματιών συγκλίνουν «στη λειτουργικότητα των ασθενών», στη «μείωση των υποτροπών» και «μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας». Φαίνεται ότι η ειδικότητα του κάθε επαγγελματία δεν επηρεάζει τις απόψεις των επαγγελματιών σχετικά με τη

μετάβαση των ασθενών. Επίσης, όλοι οι επαγγελματίες πιστεύουν ότι οι έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα.

Εκείνο που πρέπει να σημειωθεί εδώ είναι ότι οι ψυχολόγοι στην πλειοψηφία τους πιστεύουν ότι οι ασθενείς θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης, ενώ οι υπόλοιπες ειδικότητες και κυρίως οι νοσηλεύτες δε συμφωνούν σε αυτό. Το γεγονός αυτό έχει να κάνει με τη ρεαλιστική ματιά των νοσηλευτών οι οποίοι καταναλώνουν έναν μεγάλο αριθμό ωρών κοντά με τους ασθενείς και έτσι διακρίνουν τις ιδιαίτερες αδυναμίες των ασθενών τους. Αντίθετα οι ψυχολόγοι, οι οποίοι δε έχουν την ίδια συχνότητα επαφής και επικοινωνίας με τους ασθενείς και πιθανόν τείνουν να ασκούν μόνο τον καθαρά θεραπευτικό τους ρόλο (π.χ. χρήση θεραπευτικών προσεγγίσεων), βλέπουν τον ασθενή περισσότερο «ιατροκεντρικά» και λιγότερο ως μία ολότητα.

Σχετικά με τις ενέργειες των επαγγελματιών όταν αποφασίζεται η μετάβαση ενός ασθενή στην κοινότητα οι απόψεις όλων ανεξάρτητα από την ειδικότητα, συγκλίνουν στη συμμετοχή για την προετοιμασία του ασθενή να μεταβεί σε εξωνοσοκομειακή δομή στην κοινότητα με την κατάλληλη προετοιμασία και θεραπευτική υποστήριξη του ασθενή, συνεργασία με τους φροντιστές της εξωνοσοκομειακής δομής στην οποία θα μεταβεί ασθενής και οργανωμένος συντονισμός της θεραπευτικής ομάδας του τμήματος του Ψυχιατρείου. Για την εμπειρία της μετάβασης κάποιων ασθενών του Ψυχιατρείου στην κοινότητα, οι επαγγελματίες φαίνεται ότι νιώθουν τα ίδια συναισθήματα, δηλαδή ικανοποίηση και χαρά.

Η πλειοψηφία των επαγγελματιών πιστεύει ότι η κοινότητα δεν είναι καλά ενημερωμένη για τη λειτουργία θεραπευτικών μονάδων χρόνιων ψυχικά πασχόντων, με εξαίρεση τους εργοθεραπευτές που πιστεύει ότι η κοινότητα είναι ενημερωμένη για τη λειτουργία θεραπευτικών μονάδων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων. Η απάντηση των εργοθεραπευτών ίσως έχει σχέση με τη φύση του επαγγέλματός τους που δεν τους φέρνει συχνά σε

επαφή και αλληλεπίδραση με την κοινότητα, όπως συμβαίνει με τους άλλους επαγγελματίες (π.χ. κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι). Μάλιστα, οι τελευταίοι είναι εκείνοι που συνήθως ενημερώνουν την κοινότητα και λειτουργούν πιο συχνά μέσα σε αυτήν.

Η πλειοψηφία των επαγγελματιών πιστεύει ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα και οι επικρατέστεροι λόγοι φαίνεται πως είναι η έλλειψη υποδομών, η ύπαρξη ανειδίκευτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, η κακή οργάνωση των θεραπευτικών προγραμμάτων αποκατάστασης, ο λιγοστός χρόνος προετοιμασίας των ασθενών για τη μετάβασή τους στην κοινότητα και η έλλειψη ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών. Από τις παραπάνω απαντήσεις φαίνεται ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες θεωρούν ως υπεύθυνους τους εμπλεκόμενους φορείς και την έλλειψη εξειδίκευσης για την ανεπαρκή προετοιμασία και την μη επιτυχή έκβαση της επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχιατρικών ασθενών.

Η επαγγελματική εμπειρία (3-5έτη και 10 έτη και άνω) φαίνεται ότι επηρεάζει θετικά τη συμβολή των επαγγελματιών στη μετάβαση των ασθενών στη κοινότητα. Ειδικότερα, συμμετέχουν στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή) συνεργάζονται με τους φροντιστές της εξωνοσοκομειακής δομής, στην οποία θα μεταβεί ασθενής και συνεργάζονται με ιδιαίτερη ευκολία, στο πλαίσιο ενός οργανωμένου συντονισμού. Αντίθετα, οι άπειροι επαγγελματίες, που έχουν εργαστεί έως και ένα έτος, δεν έχουν την ίδια άποψη. Συγκεκριμένα, αναφέρουν μία μειωμένη διάθεση συνεργασίας με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα του Ψυχιατρείου, αποφεύγουν την συχνή επαφή με τους ασθενείς, συγκρούονται συχνά με το λοιπό προσωπικό και διαθέτουν μειωμένη αποτελεσματικότητα στα καθήκοντά τους. Ο λιγοστός χρόνος εμπειρίας φαίνεται ότι είναι αποφασιστικός παράγοντας για τη

μικρή και εκούσια απομάκρυνση του άπειρου προσωπικού να συμβάλει στη διαδικασία μετάβασης των ασθενών στην κοινότητα.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα χρόνια προϋπηρεσίας δεν επηρεάζουν τα συναισθήματα των φροντιστών για τους ασθενείς τους. Οι περισσότεροι επαγγελματίες ένιωσαν ικανοποίηση και χαρά μετά τη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα.

Τόσο οι φροντιστές που έχουν εργαστεί σε μονάδα αποκατάστασης όσο και εκείνοι που δεν έχουν εργαστεί, πιστεύουν ότι η μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές συντελεί στη λειτουργικότητα των ασθενών και στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα. Στο μεγαλύτερό τους ποσοστό, οι φροντιστές, πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα.

Επίσης, και αυτοί που έχουν εργαστεί σε μονάδα αποκατάστασης και όσοι δεν έχουν εργαστεί, πιστεύουν ότι δεν θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζονται κυρίως λόγω της μη λειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών και της ενεργούς συμπτωματολογίας των ασθενών. Οι απαντήσεις των εργαζόμενων δε φαίνεται να επηρεάζονται από τα χρόνια προϋπηρεσίας, αλλά μάλλον από την εμφανή νοοτροπία του Ψυχιατρείου που επικρατεί για τη φύση της ψυχικής ασθένειας.

Όσοι έχουν εργασιακή εμπειρία σε μονάδα αποκατάστασης του ψυχιατρείου και όσοι δεν έχουν αποκτήσει ακόμα, πιστεύουν ότι έχουν βοηθήσει τους ασθενείς να βγουν και να μείνουν σε στεγαστική μονάδα αποκατάστασης στην κοινότητα.

Αναφορικά με τα συναισθήματα που θα μπορούσε να βιώσει η κοινότητα για τη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα, όλοι οι επαγγελματίες, ανεξάρτητα από την εμπειρία τους πιστεύουν ότι η κοινότητα θα μπορούσε να βιώσει κυρίως αμφιθυμία, θυμό-οργή, και

απάθεια-αδιαφορία. Αντίθετα, οι ίδιοι νιώθουν κυρίως χαρά και ικανοποίηση για την επιτυχία του έργου της μετάβασης των ασθενών στην κοινότητα.

Σχετικά με την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών για το θέμα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών, όσοι έχουν εργαστεί σε μονάδες αποκατάστασης πιστεύουν ότι έχουν συντελέσει στην αγωγή της κοινότητας κυρίως με την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγή κοινότητας, με ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων-κοινοτήτων και με Ημερίδες – Σεμινάρια. Αντίθετη είναι η άποψη των επαγγελματιών που δεν έχουν εργαστεί ποτέ σε μονάδες αποκατάστασης, οι οποίοι πιστεύουν ότι δεν έχουν συμβάλει στο έργο της μετάβασης των ασθενών κυρίως λόγω έλλειψης χρόνου και λόγω έλλειψης κονδυλίων.

Όλοι οι επαγγελματίες του ψυχιατρείου ανεξάρτητα από τα χρόνια προϋπηρεσίας τους πιστεύουν ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα και ότι αυτό οφείλεται κυρίως στην έλλειψη υποδομής, έλλειψη ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών και λόγω της μικρής χρονικής διάρκειας για την προετοιμασία των ασθενών.

Εκείνο που αξίζει να σημειωθεί εδώ είναι ότι οι νεότεροι και άπειροι εργαζόμενοι σε μονάδες αποκατάστασης καθώς και εκείνοι που εργάζονται για περισσότερο από δέκα χρόνια χαρακτηρίζονται ως πιο αρνητικοί και επιφυλακτικοί σχετικά με τη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα, γεγονός το οποίο πιθανόν σχετίζεται: i. με την απειρία και την αρνητική στάση (φοβικές στάσεις) των νέων επαγγελματιών στο χώρο της ψυχικής υγείας και ii. με τις ματαιωτικές εμπειρίες από τη χρόνια επαφή με την ψυχική νόσο και τη νοοτροπία του Ψυχιατρείου σχετικά με την ψυχική νόσο για τους έμπειρους επαγγελματίες.

Όλοι οι εργαζόμενοι πιστεύουν ότι η κοινότητα δεν είναι καλά ενημερωμένη σχετικά με τους στόχους της αποκατάστασης των χρόνιων

ψυχικά ασθενών με εξαίρεση τους επαγγελματίες που κατέχουν εμπειρία πάνω από 10 έτη , οι οποίοι θεωρούν ότι η κοινότητα είναι καλά ενημερωμένη και ως επικρατέστεροι τρόποι για την ενημέρωσή της είναι η αγωγή κοινότητας, τα Μ.Μ.Ε. και τα ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων. Προφανώς αυτό συμβαίνει γιατί οι πιο έμπειροι κατέχουν μία μεγάλη εμπειρία ως προς την υλοποίηση προγραμμάτων ενημέρωσης της κοινότητας.

Οι περισσότεροι εργαζόμενοι ανεξάρτητα από τα χρόνια προϋπηρεσίας στο ψυχιατρείο, πιστεύουν ότι η διαμονή των ασθενών τους στην κοινότητα βοηθά κυρίως στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση, στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση και στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη.

5.6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι στάσεις δείχνουν να συνδέονται με διάφορους παράγοντες, όπως : την επαγγελματική εμπειρία στο χώρο της ψυχικής υγείας, τα χρόνια προϋπηρεσίας στο Ψυχιατρείο, την κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου, το επίπεδο μετεκπαίδευσης, και την ειδικότητα. Ενώ, το φύλο, η ηλικία και η ειδικότητα δεν φαίνεται να επηρεάζουν τις απόψεις, τις αντιδράσεις και τα συναισθήματα των επαγγελματιών.

Η εκπαίδευση που παρέχεται σήμερα σε επίπεδο προπτυχιακών σπουδών για τους υποψήφιους επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι επαρκής ως προς την θεωρητική κατάρτιση των ατόμων αυτών, όμως δε φαίνεται να στοχεύει και στη διαμόρφωση συγκεκριμένων θετικών στάσεων και συμπεριφορών για την ψυχική νόσο. Παράλληλα, ακόμα και αν υπάρχει μία αρκετά υψηλή ποιότητα προπτυχιακής εκπαίδευσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και ένας ξεκάθαρος προσανατολισμός ειδικότητας των ατόμων αυτών που συνδυάζεται με την πρακτική εξάσκηση, εντούτοις δεν επαρκεί για την ανάπτυξη θετικών στάσεων για την ψυχική νόσο. Κύριο μέλημα της προπτυχιακής εκπαίδευσης πρέπει να είναι η διαμόρφωση και η ανάπτυξη θετικών στάσεων και συμπεριφορών των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την ψυχική νόσο. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω της πρακτικής εξάσκησης των σπουδαστών σε ψυχιατρικά πλαίσια, η οποία να τίθεται ως απαραίτητη προϋπόθεση για όσους επιθυμούν μελλοντικά να εργαστούν σε έναν τέτοιο χώρο. Άλλωστε, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η αλλαγή της στάσης της κοινότητας για την ψυχική νόσο ξεκινά από την αλλαγή της στάσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Επίσης, θα πρέπει οι επαγγελματίες που θέλουν να εργαστούν σε δομές ψυχιατρικής περίθαλψης, να εξειδικεύονται στο αντικείμενο της αποκατάστασης των χρόνιων ψυχικά ασθενών.

Παράλληλα, θεωρείται αναγκαία η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού που εργάζεται σε χώρους αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών μέσω

επιμορφωτικών σεμιναρίων, μαθημάτων και ομάδων εργασίας, όπου τα μέλη θα επεξεργάζονται τις εκάστοτε στάσεις τους για τον χρόνιο ασθενή, θα μοιράζονται τις τυχόν ανησυχίες τους για την άσκηση του επαγγελματικού τους ρόλου ή για την πορεία των ασθενών τους. Αυτή η «εντός του φορέα» εκπαίδευση θα στοχεύει εκτός άλλων και στην απόκτηση ικανότητας εργασίας με την οικογένεια, στην απόκτηση αποτελεσματικών τρόπων επικοινωνίας με την κοινότητα, στην σωστή θεραπευτική παρέμβαση στο χώρο του ασθενή μετά την έξοδό του σε περίπτωση υποτροπής. Επίσης σημαντική θα ήταν και η δυνατότητα μετεκπαίδευσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες με χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Είναι απαραίτητο να επέλθει μια αλλαγή στη φιλοσοφία και στη στάση του προσωπικού απέναντι στον ψυχικά ασθενή, στην οικογένειά του και απέναντι στην φύση της ψυχικής διαταραχής γενικότερα. Η συνεχής επιμόρφωση και ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών σε σχετικά με το αντικείμενο θέματα δύναται να συμβάλλει στο να εκλείψει σιγά σιγά το στερεότυπο του στιγματισμού, του ανιάτου, της επικινδυνότητας και της ανευθυνότητας των ψυχικά ασθενών.

Για να επιτευχθεί το αποκαταστασιακό έργο στο οποίο στοχεύει η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση χρειάζεται η εφαρμογή ενός μακροχρόνιου προγράμματος εκπαίδευσης. Το πρόγραμμα αυτό θα πρέπει να περιλαμβάνει την ομογενοποίηση της θεραπευτικής ομάδας του Ψυχιατρείου με παράλληλο στόχο την ισότιμη λειτουργία των ειδικοτήτων, την επεξεργασία των συναισθημάτων που γεννά η στενή σχέση του προσωπικού με τον χρόνιο ψυχωσικό, την εποπτεία χειρισμών, καθώς και επισκέψεις σε μονάδες του εξωτερικού με σκοπό την προσαρμογή της εμπειρίας αυτής στα ελληνικά δεδομένα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Γιαννοπούλου Αθηνά (1995), «Ψυχιατρική Νοσηλευτική», 9^η έκδοση, Αθήνα, σελ.25-31
2. Γιωσαφάτ Ματθαίος (2003), «Η Ψυχανάλυση στον 21^ο Αιώνα», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, σελ. 123-195
3. Δαμίγος Δ. (2003), «Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα σελ. 62-64, 306-307, 452-473
4. Ζήση Α. (2002), «Επανάταξη Χρονίων Ψυχικά Πασχόντων», Εκδόσεις Γιώργος Δάρδανος, σελ. 57- 81, 90-99, 118-167
5. Λιάκος Άρης (1995), «Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων – Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Εφαρμογές της στην Ελλάδα», Εκδόσεις Παπαζήση Β΄ τόμος σελ. 391- 402
6. Λιάκος Άρης (2003), «Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα σελ. 55-60, 147-152, 190 198
7. Μαδιανός Γ. Μιχάλης (1989), «Κοινωνία και Ψυχική Υγεία», Εκδόσεις Κάστανιώτη, Αθήνα σελ. 118-120
8. Μαδιανός Γ. Μιχάλης (1994), «Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση – Από το Άσυλο στην Κοινότητα», Εκδόσεις Ελληνικά Γεράματα, Αθήνα σελ. 33-54, 172-180
9. Μαδιανός Γ. Μιχάλης (1999), «Η Μηλιά Κάτω από το Μήλο», Εκδόσεις Ελληνικά Γεράματα, Αθήνα σελ. 40-49
10. Μαδιανός Γ. Μιχάλης (2000), «Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή», Γ΄ έκδοση, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα σελ. 25-45, 53-62, 114-119, 149-160, 187-189, 200-276

11. Μαλικιώση – Λοΐζου Μ (1999), «Συμβουλευτική Ψυχολογία», Ε΄ έκδοση, Εκδόσεις Ελληνικά Γράματα, Αθήνα σελ. 113-14, 353-354
12. Μάνος Ν. (1997), «Κλινική Ψυχιατρική», University Studio Press, Θεσσαλονίκη σελ. 17- 31
13. Μαυρέας Β: (2003) «Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα σελ. 474-480
14. Ράγια Χ.Α. (1999), «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας : Ψυχιατρική Νοσηλευτική», Β΄ έκδοση, Αθήνα σελ. 107-124
15. Σακελλαρόπουλος Π. (1995), «Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων – Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Εφαρμογές της στην Ελλάδα» Εκδόσεις Παπαζήση Α΄ τόμος σελ. 35-38, Β΄ τόμος σελ. 396-397
16. Σακελλαρόπουλος Π. (2003), «Η Ψυχανάλυση στον 21^ο Αιώνα», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα σελ. 147- 150
17. Σακελλαρόπουλος Π. (2003), «Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα σελ.325-330, 555- 569
18. Σταθόπουλος Π.(1996), «Κοινωνική Πρόνοια», Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα σελ. 345-349

19. Χριστοδούλου Γ.Ν. και συν. (2000), «Ψυχιατρική», Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα Αθήνα, Α΄ τόμος σελ. 38-40, 82-87, Β΄ τόμος σελ. 863-880, 893-901, 909-915, 916-923

ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ

20. Cohen & Manion L. (1997), «Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας», Α΄ Έκδοση, Εκδόσεις Έκφραση – Εκπαιδευτική Βιβλιοθήκη, Αθήνα
σελ. 32-65, 92- 100
21. Conning Alison M. (1998), «Ψυχιατρική Αποκατάσταση», Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα σελ. 47-54
22. Ekdawi Mounir Y. (1998), «Ψυχιατρική Αποκατάσταση», Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα σελ. 47-54
23. Hochmann J. (2003), «Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
σελ. 452-460, 462-470

ΞΕΝΗ

24. Akabas S.H. (1994), “Workplace Responsiveness: Key Employer Characteristics in Support of Job Maintenance for People with Mental Illness, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(3), p. 92-101
25. Anthony W, Cohen M, Farkas M. (1980), “The skills of Community Service Coordination”, University Path Press, Baltimore
26. Anthony W, Cohen M, Farkas M. (1990), “Psychiatric Rehabilitation”, Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, p.99-105
27. Cohen K.J. (1990) “Work and Mental Health”, *Personal Social and Economic Context, Social Psychiatric Epidemiology*, 25 p. 108-113
28. Creek J. (1990), “Occupational Therapy and Mental Health. Principles, Skills and Practice”, Edinburgh, Churchill Livingstone p.23-27

29. Helman et all. (1985), "Organisational size and Perceptions in a Residential Treatment Programme", American Journal of Community Psychology, 13: p99-105
30. Kabanov M.M. (2002), "Rehabilitation of the Mentally Ill", Second Edition, Leningrad.
31. Kabanov M.M. (2002), "Rehabilitation of the Mentally Ill is Improvement of their Quality of Life – Theoretical and Methological Aspects".
32. Lamb H.R. (1984), "Deinstitutionalisation and the Homeless Mentally Ill", Hospital and Community Psychiatry, 35p. 89-907
33. Lieberman R.P. (1988), "Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients", Washington D.C., American Psychiatric Press

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ – ΑΡΘΡΑ – ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ

34. Βαριδάκη Λ. (1997), Σημειώσεις από το Μάθημα «Κοινωνική Εργασία με Άτομα III» του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Πάτρας.

35. Beeson G. Peter (1991), "The Successful Rural Mental Health Practitioner: Dimensions of Success", Community Mental Health, Vol. 18, No 4, p. 120-153
36. Κανδύλης Δημήτριος, Γκάρο Εσαγιάν, Luigi Leonardi, Paulus Brun, Λάμπρος Ιωακείμ, Άννα Φλώρα (1993), «Σκέψεις Γύρω από το Έργο του Μη Ψυχιατρικού Προσωπικού ενός Μεταβατικού Ξενώνα», Τριμηνιαία Περιοδική Έκδοση Επιστημονικής Ένωσης Ψ.Ν.Α. – Οκτώβριος – Δεκέμβριος 1993, Τετράδιο Ψυχιατρικής No 44
37. Κωστάκη Λ. (1986), «Ο Ρόλος του Εργοθεραπευτή», Εγκέφαλος, No 26 (Εκτατο Τεύχος), σελ. 325-326

38. Lang A.M. et al. (1999), "Clinicians and Clients Perspectives on the Impact of Assertive Community Treatment", *Psychiatric Services*, Vol. 50, No10, October 1999
39. Λουκάς Γ. (1990), «Εξέλιξη και Παρούσα Κατάσταση στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου», *Τετράδια Ψυχιατρικής* No 43 σελ. 102-105
40. Madianos M.G., Economou M. (1999), "International update. The Impact of a Community Mental Health Center on Psychiatric Hospitalizations in two Athens Areas", *Community Mental Health Journal*, 35: p. 313-323
41. Μεγαλοικονόμου Θ. (1990), «Λέρος: Μια Ζωντανή Αμφισβήτηση της Κλασικής Ψυχιατρικής», *Τετράδια Ψυχιατρικής* No 28-29, σελ. 15-24
42. Μπαϊρακτάρης Κ. (1990), «Ενημέρωση για την Πορεία, τα Συμπεράσματα και τα Προβλήματα της Μονάδας Επανεπίταξης του Ψ.Ν.Θ.», *Τετράδια Ψυχιατρικής* No 30 σελ. 3-7
43. Παπαδάτος Γ. και συν. (1988), «Μονάδες Κοινωνικής και Επαγγελματικής Αποκατάστασης Ατόμων με Ψυχιατρικές Διαταραχές», *Εγκέφαλος* No 25 σελ. 13-16
44. Roush S. (1986), "Health Professionals as Communication", *American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 66, p. 245-256
45. Σιμάτης Π. και συνεργάτες, (1989) «Η Αποασυλοποίηση των Νοσηλευόμενων στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας : Δυνατότητας και Περιορισμοί σε σχέση με Δημογραφικά, Κοινωνικά και Κλινικά Χαρακτηριστικά», *Τετράδια Ψυχιατρικής* No 27 σελ. 22-24
46. Στυλιανίδης Σ. και Καψάλη Α. (1995), «Εκπαίδευση και Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Εύβοια : Εκτιμήσεις μιας Πενταετίας (1990-1995)», *Τετράδια Ψυχιατρικής* No 51 σελ. 30-41
47. Φ.Ε.Κ. 123/ 15-07-92 : Νόμος υπ' αριθμό 2071/92 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας», Άρθρο 93

48. Φ.Ε.Κ. 96/17-05-99 : Νόμος υπ' αριθμό 271/99 «Περί Ανάπτυξης και Εκσυγχρονισμού των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και Άλλες Διάταξης»
49. Φουντανίδου Έλενα (1999), «Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση Χρειάζεται επείγοντως... Ψυχίατρο», Κωδικός άρθρου : Β12551Α421, Εφημερίδα ΤΟ ΒΗΜΑ, 18-4-1999

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ – ΕΡΕΥΝΕΣ

50. Ζήση Α. (2001), «Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση Ατόμων με Χρόνιες Ψυχιατρικές Δυσκολίες : Ερευνητικές Εξελίξεις και Προοπτικές», Έρευνα που Πραγματοποιήθηκε στο Τμήμα Φιλοσοφικών και Κοινωνικών Σπουδών του Πανεπιστημίου Κρήτης.
51. Goldstein M.J., Strachan A.M. (1986), "Impact of Family Intervention Programmes on Family Communication and the Short-term course of Schizophrenia"
52. Joint Commission on Accreditation of Hospitals (1976): "Accreditation of Community Mental Health Service Programmes", Chicago
-
53. Λιάκος Α. (1995), «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση : Χωροταξική Κατανομή των Προγραμμάτων του Κανονισμού 815», Ανακοίνωση στη 2^η Ημερίδα: «Πανελλήνια Συνάντηση Ψυχιάτρων Νοσοκομείων και Κέντρων Ψυχικής Υγείας», Ψ.Ν.Α., Αθήνα 1-2 Ιουνίου
54. Μαντωνάκης Ι., Κολύρης Γ. (1995), «Μελέτη Τρόπου Λειτουργίας Νοσοκομείου Ημέρας (Day Hospital)», *Minerva Medica Graeca*, 3 σελ. 359-368
55. Σκουρής Β. (1998, «Γνώμη της Ο.Κ.Ε. επί του Σχεδίου Νόμου (2716/99): Για την Ανάπτυξη και τον Εκσυγχρονισμό των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας», Αθήνα, 16 Σεπτεμβρίου 1998

56. W.H.O. (1980), "International Classification of Impairments Disabilities and handicaps", Geneva
57. W.H.O. (1993) "Transition from Hospital to Community, A Literature Review on Housing", WHO/MNH/MND/93.17, Geneva
58. W.H.O. (1994) "Vocational Rehabilitation for People Disabled by Mental Illness, Report on an Informal Consultation", WHO/MNH/MND/94.22, Geneva
59. W.H.O. – WAPR (1996) "Psychosocial Rehabilitation, A Consensus Statement", WHO/MNH/MND/96.2, Geneva

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ

60. <http://www.epapsy.gr>
61. <http://www.stress.gr/odigos>
62. <http://www.RoyalCollegeofPsychiatrists>
63. <http://www.psychosocialrehabilitationjournal>
64. <http://www.britishjournalofpsychiatry>

65. <http://www.euro.who.int>
66. <http://www.al-lavoro.it/valmon>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1) Φύλο :

1. Άρρεν

2. Θήλυ

2) Ηλικία :

1. 18 έως 25

2. 26 έως 35

3. 36 έως 45

4. 45 και άνω

3) Οικογενειακή κατάσταση :

1. Άγαμος / η

2. Έγγαμος / η

3. Διαζευγμένος / η

4. Σε Διάσταση

5. Χήρος / α

4) Α. Μεταπτυχιακές σπουδές :

1. ΝΑΙ

2. ΟΧΙ

4) Β. Αν ΝΑΙ, ποια-ες από τις παρακάτω :

1. Μάστερ

2. Διδακτορικό

5) Ειδικότητα:

1. Ψυχίατρος

2. Ψυχολόγος

3. Κοινωνικός Λειτουργός

4. Νοσηλεύτης Π.Ε.

5. Νοσηλεύτης Τ.Ε.

6. Νοσηλεύτης Δ.Ε.

7. Εργοθεραπευτής

6) Εργασιακή εμπειρία στο ψυχιατρείο :

- 1. Έως και ένα έτος
- 2. Ένα έως τρία έτη
- 3. Τρία έως πέντε έτη
- 4. Πέντε έως δέκα έτη
- 5. Δέκα και άνω

7) Α. Έχετε εργαστεί ποτέ σε μονάδα αποκατάστασης του Ψυχιατρείου;

- 1. ΝΑΙ
- 2. ΟΧΙ

7) Β. Αν ΝΑΙ, σε ποια-ες από τις παρακάτω μονάδες αποκατάστασης :

- 1. Ξενώνας
- 2. Οικοτροφείο
- 3. Προστατευμένα Διαμερίσματα
- 4. Επαγγελματικά Εργαστήρια

7) Γ. Για πόσο χρονικό διάστημα :

- 1. Έως και ένα έτος
- 2. Ένα έως τρία έτη
- 3. Τρία έως πέντε έτη
- 4. Πέντε έως δέκα έτη
- 5. Δέκα και άνω

8) Η μετάβαση των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικές δομές
Συντελεί :

- 1. στη μείωση των υποτροπών
- 2. στη λειτουργικότητα των ασθενών
- 3. στην επαγγελματική αποκατάσταση
- 4. στην ενθάρρυνση των ασθενών για μακρά διαβίωση στην κοινότητα
- 5. στη μείωση των προκαταλήψεων της κοινότητας
- 6. στην προώθηση της ψυχικής υγείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών

- 7. στην όξυνση των σχέσεων μεταξύ των ασθενών και της κοινότητας
- 8. στην αύξηση των υποτροπών
- 9. Όλα τα παραπάνω
- 10. Κανένα από τα παραπάνω
- 11. Δ.Ξ.
- 12. Άλλο, προσδιορίστε.....

9) Α. Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν συμβάλει στη μετάβαση των ασθενών στην κοινότητα;

1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

9) Β. Αν ΟΧΙ, ποιος -οι από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι έχει δυσκολέψει την προσπάθεια αυτή :

- 1. Έλλειψη συνεργασίας με τους επαγγελματίες των αποκαταστασιακών δομών
- 2. Φόρτος εργασίας / ανάληψη μεγάλου όγκου καθηκόντων
- 3. Έλλειψη οικονομικών πόρων
- 4. Η νοσοτροπία του ψυχιατρείου από το ίδιο το προσωπικό
- 5. Δυσκαμψία της κοινότητας να αποδεχθεί την ύπαρξη δομών στα πλαίσιά της
- 6. Έλλειψη ειδίκευσης των φροντιστών
- 7. Όλα τα παραπάνω
- 8. Κανένα από τα παραπάνω
- 9. Δ.Ξ.
- 10. Άλλο, προσδιορίστε.....

10) Α. Πιστεύετε ότι όλοι οι ασθενείς του τμήματος όπου εργάζεστε θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης;

1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

10) Β. Αν ΝΑΙ, για ποιον-ους από τους παρακάτω λόγους μπορούν να μεταβούν στην κοινότητα :

- 1. Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα
- 2. Επειδή όλοι οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στην κοινότητα λόγω της αναγκαίας απορρόφησης των οικονομικών κονδυλίων
- 3. Επειδή η Ευρωπαϊκή πολιτική της χώρας μας πρέπει να ακολουθήσει την πορεία των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών ως προς την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών
- 4. Επειδή πρέπει να κλείσουν τα ψυχιατρεία
- 5. Όλα τα παραπάνω
- 6. Κανένα από τα παραπάνω
- 7. Δ.Ξ.
- 8. Άλλο, προσδιορίστε.....

10) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιον -ους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν θα μπορούσαν να μεταβούν σε κάποια δομή αποκατάστασης :

- 1. Λόγω δυσκολίας οργάνωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την προετοιμασία των ασθενών σχετικά για την μετάβαση τους
- 2. Λόγω της ενεργούς συμπτωματολογίας των χρόνιων ασθενών
- 3. Λόγω δυσλειτουργικότητας των χρόνιων ασθενών
- 4. Λόγω προκαταλήψεων της κοινότητας
- 5. Λόγω της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών
- 6. Όλα τα παραπάνω
- 7. Κανένα από τα παραπάνω
- 8. Δ.Ξ.
- 9. Άλλο, προσδιορίστε.....

11) Ποια -ες από τις παρακάτω αντιδράσεις έχετε όταν αποφασίζεται η μετάβαση ενός ασθενή του τμήματος όπου εργάζεστε σε αποκαταστασιακές δομές;

- 1. Συμμετοχή στην προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του (προετοιμασία / υποστήριξη του ασθενή)
- 2. Συνεργασία με τους φροντιστές της δομής στην οποία θα μεταβεί ο ασθενής και συντονισμός των κινήσεων για της απαραίτητες συνεργασίες με τη θεραπευτική ομάδα του τμήματος του νοσοκομείου
- 3. Άδειες
- 4. Έναρξη μεταπτυχιακών σπουδών
- 5. Μειωμένη διάθεση συνεργασίας με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα
- 6. Αποφυγή επαφής με τους ασθενείς
- 7. Συγκρούσεις με το λοιπό προσωπικό
- 8. Μειωμένη αποτελεσματικότητα στα καθήκοντα
- 9. Όλα τα παραπάνω
- 10. Κανένα από τα παραπάνω
- 11. Δ.Ε.
- 12. Άλλο, προσδιορίστε.....

12) Α. Έχετε βοηθήσει ασθενείς να βγουν και να μείνουν σε στεγαστική μονάδα-αποκατάστασης-στην κοινότητα;

1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

12) Β. Αν ΝΑΙ, ποιο-οια από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι αισθάνθηκαν οι ασθενείς για τη μετάβαση τους στη κοινότητα :

- 1. Ικανοποίηση
- 2. Λύπη
- 3. Χαρά
- 4. Άγχος
- 5. Φόβο
- 6. Αδιαφορία
- 7. Όλα τα παραπάνω

- 8. Κανένα από τα παραπάνω
- 9. Δ.Ξ.
- 10 Άλλο, προσδιορίστε.....

12) Γ. Ποιο-ποια συναισθήματα νιώσατε μετά τη μετάβαση των ασθενών σας στην κοινότητα :

- 1. Ικανοποίηση
- 2. Λύπη
- 3. Χαρά
- 4. Άγχος
- 5. Φόβο
- 6. Αδιαφορία
- 7. Όλα τα παραπάνω
- 8. Κανένα από τα παραπάνω
- 9. Δ.Ξ.
- 10. Άλλο, προσδιορίστε.....

13) Ποιο-α από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι θα μπορούσε να βιώσει η κοινότητα σχετικά με την μετάβαση των ασθενών;

-
- 1. Ικανοποίηση
 - 2. Ευχαρίστηση
 - 3. Αμφιθυμία
 - 4. Απάθεια – αδιαφορία
 - 5. Θυμός – οργή
 - 6. Λύπη
 - 7. Όλα τα παραπάνω
 - 8. Κανένα από τα παραπάνω
 - 9. Δ.Ξ.
 - 10. Άλλο, προσδιορίστε.....

14) Ποιο-α από τα παρακάτω θα μπορούσαν, κατά την γνώμη σας, να αποτελέσουν έμπρακτη αντίδραση της κοινότητας σχετικά με τη δημιουργία εξωτερικών μονάδων αποκατάστασης;

- 1. Εθελοντισμός
- 2. Οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων
- 3. Μη οικονομική υποστήριξη των παραγωγικών μονάδων
- 4. Απάθεια
- 5. Στιγματισμός
- 6. Επιθετικότητα
- 7. Όλα τα παραπάνω
- 8. Κανένα από τα παραπάνω
- 9. Δ.Ε.
- 10. Άλλο, προσδιορίστε.....

15) Α. Πιστεύετε ότι η κοινότητα είναι ενημερωμένη για την λειτουργία θεραπευτικών μονάδων των χρόνιων ψυχικά πασχόντων;

- 1. ΝΑΙ
- 2. ΟΧΙ

15) Β. Αν ΝΑΙ, με ποιον-ους από τους παρακάτω τρόπους πιστεύετε ότι έχει ενημερωθεί :

- 1. Αγωγή κοινότητας
- 2. Μ.Μ.Ε.
- 3. Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων
- 4. Ημερίδες – Σεμινάρια
- 5. Όλα τα παραπάνω
- 6. Κανένα από τα παραπάνω
- 7. Δ.Ε.
- 8. Άλλο, προσδιορίστε.....

16) Α. Εσείς έχετε συντελέσει ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Ψυχιατρείου στην αγωγή της κοινότητας, σχετικά με την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών για το θέμα αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών;

1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

16) Β. Αν ΝΑΙ, με ποιον- ους από τους παρακάτω τρόπους :

1. Αγωγή κοινότητας
2. Μ.Μ.Ε.
3. Ενημερωτικά φυλλάδια Δήμων – κοινοτήτων
4. Ημερίδες – Σεμινάρια
5. Όλα τα παραπάνω
6. Κανένα από τα παραπάνω
7. Δ.Ξ.
8. Άλλο, προσδιορίστε.....

16) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποιον – ποιους από τους παρακάτω λόγους δεν καταφέρατε κάτι τέτοιο :

1. Λόγω αρνήσεως των τοπικών φορέων να συνεργαστούν
2. Λόγω έλλειψης κονδυλίων
3. Λόγω άρνησης του ίδιου του προσωπικού
4. Λόγω αδιαφορίας
5. Λόγω έλλειψης χρόνου
6. Όλα τα παραπάνω
7. Κανένα από τα παραπάνω
8. Δ.Ξ.
9. Άλλο, προσδιορίστε.....

17) Α. Πιστεύετε ότι η μέχρι σήμερα προετοιμασία για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών επαρκεί στο βαθμό που να μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα;

1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

17) Β. Αν ΝΑΙ, σε ποια -ες από τις παρακάτω δομές –υπηρεσίες θα μπορούσαν εργαστούν :

- 1. Σε Προστατευμένα Εργαστήρια
- 2. Σε Θεραπευτικούς Συνεταιρισμούς
- 3. Σε Δημόσιες Υπηρεσίες
- 4. Σε Ιδιωτικές Υπηρεσίες – Επιχειρήσεις
- 5. Όλα τα παραπάνω
- 6. Κανένα από τα παραπάνω
- 7. Δ.Ξ.
- 8. Άλλο, προσδιορίστε.....

17) Γ. Αν ΟΧΙ, για ποίον-ους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν επαρκεί:

- 1. Λόγω έλλειψης υποδομής
- 2. Λόγω δυσκολίας στην προώθηση των προγραμμάτων αποκατάστασης
- 3. Λόγω ύπαρξης ανειδίκευτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας
- 4. Λόγω μικρής χρονικής διάρκειας προετοιμασίας των ασθενών
- 5. Λόγω έλλειψης συντονισμού θεραπευτικής ομάδας
- 6. Λόγω κακής οργάνωσης του θεραπευτικού προγράμματος

- 7. Λόγω έλλειψης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας και των εργοδοτών
- 8. Όλα τα παραπάνω
- 9. Κανένα από τα παραπάνω
- 10. Δ.Ξ.
- 11. Άλλο, προσδιορίστε.....

18) Πιστεύετε ότι η διαμονή των ασθενών σας στην κοινότητα, βοηθά :

- 1. στην προετοιμασία τους για αυτόνομη διαβίωση
- 2. στην προετοιμασία για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση
- 3. στην κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη
- 4. στην προώθηση και απορρόφηση των κονδυλίων από την Ε.Ε.

- 5. Όλα τα παραπάνω
- 6. Κανένα από τα παραπάνω
- 7. Δ.Ξ.
- 8. Άλλο, προσδιορίστε.....

