



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ
ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΨΥΧΙΚΑ
ΑΣΘΕΝΩΝ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΚΟΝΤΑΞΗ ΜΑΡΙΑ
ΝΤΑΦΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ
ΤΕΚΟΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
Δρ. ΣΙΚΕΛΙΑΝΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ**

ΠΑΤΡΑ, 2006

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα τους δικούς μας ανθρώπους, οι οποίοι μας στήριξαν σ' αυτή την προσπάθεια, την υπεύθυνη καθηγήτρια μας Δρ. Δ. Σικελιανού, για τις ουσιαστικές κατευθύνσεις που μας έδωσε κατά τη διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας και παράλληλα μας πρόσφερε πολύτιμες γνώσεις και βοήθεια, τον κ. Ν.Γκιωνάκη ο οποίος με τη βοήθεια που μας προσέφερε για τη συγκέντρωση της βιβλιογραφίας μας και την εμπειρία του, συνέβαλε σημαντικά στη διεκπεραίωση της παρούσας εργασίας και τέλος όλα τα άτομα που δέχθηκαν ν' απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο μας και μ' αυτό τον τρόπο μας βοήθησαν στην ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
1.2	ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	9
1.3	ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	10
1.3.1	Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΦΑΣΗ & Η ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ.....	12
1.3.2	Η ΦΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ.....	11
1.3.3	ΤΟ ΠΡΟΣΦΑΤΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ.....	13
1.3.4	ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΑΡΓΩΣ.....	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

2.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ.....	27
2.2	ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΝΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....	30
2.3	ΒΑΣΙΚΟΙ ΑΞΟΝΕΣ ΚΑΛΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	32
2.4	ΟΙ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	42
2.4.1	Ο ΞΕΝΩΝΑΣ.....	42
2.4.2	ΤΟ ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ.....	44

2.4.3	ΤΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ.....	46
2.5	ΟΙ ΑΝΑΔΟΧΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ.....	47
2.6	Ο ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ.....	48
2.6.1	Η ΠΟΛΥΚΛΑΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ.....	51
2.6.2	Ο ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ.....	52
2.6.3	ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ.....	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

3.1	ΚΑΘΟΔΗΓΗΤΙΚΑ- ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....	57
3.2	ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗΣ.....	59
3.3	ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ.....	60
3.4	ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....	62
3.5	ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ.....	65
3.6	ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΑΝΑΓΚΩΝ.....	68
3.7	ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΡΟΛΩΝ.....	72

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Η ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

4.1	ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ.....	77
4.2	Η ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ.....	79
4.3	ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ.....	89

4.4	Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	92
4.5	Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	100
4.6	ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΙ Η ΑΓΩΓΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ.....	102
4.7	ΟΙ ΕΠΙΔΙΩΞΕΙΣ ΚΑΙ ΤΑ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ.....	108
4.7.1	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ.....	110

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1	ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	114
5.2	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	116
5.2.1	ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	116
5.2.2	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ- ΔΕΙΓΜΑ.....	119
5.2.3	ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	120
5.3	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	122
5.3.1	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ.....	182
5.3.2	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	206
5.3.3	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.....	212
5.4	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	281
5.5	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	284
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	288

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε με σκοπό την διερεύνηση της στάσης της κοινότητας σχετικά με την υλοποίηση στεγαστικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ψυχικά ασθενών.

Αφορμή για την επιλογή του θέματος της πτυχιακής μας εργασίας ήταν η αποτελεσματικότητα και οι εκτιμήσεις των δράσεων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών, σύμφωνα με το Νόμο 815/1984 και το Νόμο 2716/1999 που αναφέρεται στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και στον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η διερεύνηση ενός τέτοιου θέματος είναι σημαντική γιατί i) είναι λίγες οι μελέτες που έχουν γίνει σχετικά με το θέμα αυτό, στον Ελλαδικό χώρο και ii) γιατί μια τέτοια έρευνα και τα αποτελέσματα της μπορούν να αποτελέσουν το έναυσμα για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος μέσα από την διεξαγωγή άλλων ποσοτικών ή ποιοτικών μελετών.

Η εργασία αυτή είναι χωρισμένη σε δύο μέρη, το κύριο και το ερευνητικό μέρος. Το ερευνητικό μέρος ολοκληρώθηκε με βάση την ποσοτική έρευνα, με στόχο να διεξαχθούν τα στατιστικά αποτελέσματα.

Το κύριο μέρος της εργασίας αυτής αποτελείται από 4 κεφάλαια. Συγκεκριμένα:

Στο Κεφάλαιο 1 περιγράφονται η Εισαγωγή, ο Σκοπός Μελέτης, η Ιστορική Ανασκόπηση σχετικά με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και τα προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης από το 1983 έως και σήμερα.

Στο Κεφάλαιο 2 γίνεται μια αναφορά στην Κοινωνική Ψυχιατρική, στις προϋποθέσεις ενός προγράμματος αποκατάστασης, στις στεγαστικές δομές αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών (ξενώνας, οικοτροφείο,

προστατευμένα διαμερίσματα), τέλος ακολουθεί ανάλυση του εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας των ξενώνων.

Στο Κεφάλαιο 3 παρουσιάζουμε αρχικά τα μοντέλα και τις θεωρίες που στηρίζουν τη διαδικασία της αποκατάστασης. Επιπλέον, παρουσιάζονται οι επαγγελματικοί ρόλοι των μελών του προσωπικού που εργάζεται για την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών. Παράλληλα, αναγράφονται οι προϋποθέσεις ενός προγράμματος αποκατάστασης και τα βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν για να επιτευχθούν οι τελικοί στόχοι της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Τέλος, περιγράφεται ο εσωτερικός κανονισμός της λειτουργίας ξενώνων αναλύοντας τις βασικές αρχές της αποκαταστασιακής διαδικασίας, το θεραπευτικό πλαίσιο ενός ξενώνα και τα βασικά χαρακτηριστικά και ο τρόπος λειτουργίας των ξενώνων αποκατάστασης.

Στο Κεφάλαιο 4 περιγράφονται ο κοινωνικός αποκλεισμός σε σχέση με την ψυχική υγεία, η προκατάληψη απέναντι στην ψυχική νόσο, οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση απέναντι στην ψυχική αρρώστια. Επίσης, γίνεται μια αναφορά στο στίγμα και την ψυχική ασθένεια και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Στο Ερευνητικό μέρος παρουσιάζεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για τη διεξαγωγή της μελέτης αυτής με τη μέθοδο της επισκόπησης. Ο γενικός στόχος και οι επιμέρους στόχοι της μελέτης. Τα στατιστικά αποτελέσματα της έρευνας σε δείγμα 145 ατόμων σε 2 Δήμους καθώς και τα συμπεράσματα και οι προτάσεις.

1.2 ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα μελέτη και έρευνα έχει ως στόχο να διερευνήσει τις στάσεις της κοινότητας ως προς την υλοποίηση στεγαστικών δομών αποκατάστασης ψυχικά ασθενών. Η μελέτη σκοπεύει στην ανίχνευση όλων εκείνων των στοιχείων που επηρεάζουν και καθορίζουν την στάση των φορέων μιας κοινότητας απέναντι στα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια.

Αναλυτικότερα μας ενδιέφερε να μελετήσουμε:

1. Τις γνώσεις των φορέων της κοινότητας σχετικά με την έννοια και το ρόλο της αποκατάστασης ψυχικά ασθενών. Ο τρόπος και το είδος της ενημέρωσης αυτών σχετικά με την υλοποίηση των στεγαστικών δομών αποκατάστασης ψυχικά ασθενών.
2. Τα συναισθήματα των μελών της κοινότητας σχετικά με τις δράσεις υλοποίησης της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών
3. Τις αντιδράσεις των μελών της κοινότητας σχετικά με την υλοποίηση προγραμμάτων ψυχικής και στεγαστικής αποκατάστασης ψυχικά ασθενών.

1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.3.1 Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΦΑΣΗ ΚΑΙ Η ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Το πέρασμα από την ασυλική ψυχιατρική (με τα ιδρυματικού τύπου, κλειστά νοσηλευτήρια αποκομμένα από την κοινωνία και- συχνά- από την ίδια τη ζωή), σε μία διαφορετική συνολική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα, στην Κοινωνική- Κοινοτική Ψυχιατρική και στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (με την ανάπτυξη ενός συνολικού Συστήματος Κοινοτικών υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας), αποτελεί σήμερα γενικώς παραδεκτή εξέλιξη στον χώρο της ψυχικής υγείας.

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση είναι μία συλλογική προσπάθεια της πολιτείας, των ψυχιάτρων, των άλλων επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας και της κοινωνίας, για την οριστική αντιμετώπιση των αναγκών του ανθρώπου που δημιουργούνται από την ψυχική ασθένεια.

Με τον όρο «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση» εννοούμε το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν στον ψυχικά ασθενή να παραμείνει ενεργός πολίτης, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη. Να έχει δηλαδή μία ζωή εντελώς διάφορη από εκείνη που έχει ο μακροχρόνια έγκλειστος στο ψυχιατρείο. (Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, 2001)

Η διεργασία της μετάβασης από την ψυχιατρική του ασύλου στην περίθαλψη στην κοινότητα στη χώρα μας βρίσκεται σε εξέλιξη ενώ σε άλλες χώρες έχει προχωρήσει σημαντικά ή και έχει συμπληρωθεί. Οι περισσότερες όμως χώρες βρίσκονται σε μία μεταβατική περίοδο. (Λιάκος, 2003)

Στην ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα έως σήμερα μπορούμε να διακρίνουμε τρεις φάσεις: την «ιστορική

φάση», την «παραδοσιακή φάση» και τη «φάση των μεταρρυθμίσεων».

Η ιστορική φάση της ελληνικής ψυχιατρικής ξεκινάει ήδη από τα μέσα του 19^{ου} αιώνα και τελειώνει στα μέσα της δεκαετίας του 1950. Χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη της ιδρυματικής ψυχιατρικής ως αποτέλεσμα των επιστημονικών επιρροών της δυτικής Ευρώπης όπου εγκαθιδρύεται η επιστημονική ψυχιατρική 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 και σήμερα καθώς και αρκετές ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές.(Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2001)

Η παραδοσιακή φάση της ελληνικής ψυχιατρικής καλύπτει το διάστημα από τα μέσα της δεκαετίας του '50 έως το 1983, χρονιά που ψηφίστηκε ο νόμος 1397 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Σε αυτή τη φάση το σύστημα της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από συγκεντρωτισμό των υπηρεσιών στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα, ανισοκατανομή και έλλειψη του ψυχιατρικού προσωπικού συγκριτικά με το προσωπικό υγείας. Αυτά τα χαρακτηριστικά του συστήματος είχαν ως συνέπεια την ύπαρξη μικρού αριθμού ψυχιατρικών νοσοκομείων με ασυλικά χαρακτηριστικά (μεγάλος αριθμός εγκλείστων, μακρόχρονες, εφ'όρου ζωής νοσηλείες, 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 έως το 1981 κοινή εκπαίδευση των γιατρών στη

νευρολογία και την ψυχιατρική, η παντελής έλλειψη εκπαίδευσης ψυχολόγων (η πρώτη πανεπιστημιακή σχολή ψυχολογίας ιδρύθηκε στην Ελλάδα το 1987), 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 καμία πρόβλεψη ή κατοχύρωση δεν υπάρχει του δικαιώματος στη θεραπεία ή την αποκατάσταση. (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2001)

1.3.2 Η ΦΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Από το 1983 έως τις μέρες μας η ψυχιατρική περίθαλψη στη χώρα μας βρίσκεται σε μία φάση μεταρρύθμισης. Ο νόμος 1397 του 1983 για το Ε. Σ. Υ. για πρώτη φορά αναφέρεται στην οργάνωση του συστήματος ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Με τον Κανονισμό 815/ 84 της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναπτύχθηκαν οι πρώτοι Ψυχιατρικοί Τομείς Γενικών Νοσοκομείων και τα πρώτα Κέντρα Ψυχικής Υγείας του Ε. Σ. Υ.. Οι δύο αυτοί τύποι μονάδων αναφέρονται με το γενικό όρο «Νέες Δομές». Το 1985 σηματοδότησε ουσιαστικά την έναρξη του Ε. Σ. Υ.. (Κωνσταντόπουλος, 1995)

Συγκεκριμένα το άρθρο 1 του Κανονισμού 815/ 84 προέβλεπε ότι μεταξύ 1. 1. 1984 και 31. 12. 1988 θα δινόταν έκτακτη οικονομική ενίσχυση στην Ελλάδα για:

α)την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης

β)την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό Κέντρων για

την αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες, με στόχο την επαγγελματική τους αποκατάσταση.

Συνολικά κατατέθηκαν και εγκρίθηκαν, μεταξύ 1984-1988, 182 αιτήσεις για συγκεκριμένα προγράμματα, από τα οποία το Μάιο του 1990 το 36, 8% είχε τελειώσει, το 45, 6% συνεχιζόταν και το 7, 6% δεν είχε ακόμη αρχίσει. Από τα προγράμματα αυτά τα 52 ήσαν πειραματικά, δηλαδή προέβλεπαν την πειραματική λειτουργία μιας υπηρεσίας, ενώ τα υπόλοιπα ήταν κατασκευαστικά προγράμματα εκτός από 10 που ήταν προγράμματα κατάρτισης και υποτροφιών. Από το σύνολο των 52 πειραματικών, τα 42 ήταν προγράμματα με καθαρούς αποκαταστασιακούς στόχους. (Μαδιανός, 1994)

1.3.3 ΤΟ ΠΡΟΣΦΑΤΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

Τον Ιανουάριο του 1990, ο τότε Υπουργός Υγείας, καθηγητής Γ. Μερίκας, συνέστησε τρεις επιτροπές για την αναθεώρηση της νομοθεσίας και της οργάνωσης των ψυχιατρείων των νέων δομών και γενικότερα για την αναδιοργάνωση των προγραμμάτων του Κανονισμού 815/ 84. Τα πορίσματα των επιτροπών αυτών αποτέλεσαν το υλικό με βάση το οποίο διαμορφώθηκε η σημερινή νομοθεσία για την ψυχική υγεία, (Μαδιανός, 1994)

Η ψήφιση των νόμων 2071/ 1992 και 2716/ 1999 καθώς και η ίδρυση της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας αποτέλεσαν σημαντική υποστήριξη για την προώθηση της βελτίωσης του συστήματος της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας.

Ο νόμος 2716/ 1999 με τίτλο «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» καθορίζει το πλαίσιο μέσα στο οποίο κινείται

η φροντίδα της ψυχικής υγείας στη χώρα μας.

Σύμφωνα μ' αυτό το νόμο, το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα.

Επίσης σύμφωνα με τον ίδιο νόμο, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξονοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Συνίσταται ειδική υπηρεσία για την υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων (Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές) που είναι ενταγμένη στην αυτοτελή υπηρεσία προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών η οποία λειτουργεί στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Ο νόμος καθορίζει επίσης ποιες μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης συγκροτούν τον Τομέα Ψυχικής Υγείας ενώ μεγάλο μέρος του είναι αφιερωμένο στη νομοθετική πλαισίωση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι. Σ. Π. Ε.) που αποτελούν το κύριο εργαλείο για την επαγγελματική αποκατάσταση και εργασιακή ένταξη των ατόμων με χρόνιες και αναπηροποιητικές ψυχικές διαταραχές. (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2001)

Ο προηγούμενος νόμος 2071 του 1992 καθορίζει τις προϋποθέσεις και συνθήκες ενός άλλου σημαντικού ζητήματος που αφορά ιδιαίτερα τα

άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές: πρόκειται για το ζήτημα της ακούσιας νοσηλείας.

Ακούσια νοσηλεία είναι η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και η παραμονή του για θεραπεία σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Η ακούσια νοσηλεία αποτελεί ένα μείζον ζήτημα που απασχολεί από χρόνια τους επιστημονικούς και επαγγελματικούς κύκλους του χώρου της ψυχικής υγείας αλλά και όσους ασχολούνται με θέματα αστικών και ατομικών δικαιωμάτων είτε λόγω θέσης αλλά και τους ευαισθητοποιημένους πολίτες. Αφορά όχι μόνο ζητήματα υγείας και ασθένειας αλλά αγγίζει κι άλλες ευαίσθητες περιοχές όπως αυτή των ατομικών δικαιωμάτων και ελευθεριών καθώς και των ορίων του κράτους στις σχέσεις του με τους πολίτες..

Προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία είναι:

I. α. ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή

β. να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του

γ. η έλλειψη νοσηλείας να έχει σαν συνέπεια είτε να αποκλεισθεί η θεραπεία του είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του, ή

II. Η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου.

Για να αποτραπούν πιθανές παρεξηγήσεις, ο νόμος διευκρινίζει πως η αδυναμία ή η άρνηση ενός προσώπου να προσαρμόζεται στις κοινωνικές ή ηθικές ή πολιτικές αξίες, που φαίνεται να επικρατούν στην κοινωνία, δεν αποτελεί καθ' αυτή ψυχική διαταραχή.

Ο νόμος ορίζει ακόμη τις προϋποθέσεις για τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας: αυτή η διαδικασία κινείται είτε από συγγενείς πρώτου και δεύτερου βαθμού είτε από κηδεμόνες με αίτηση προς τον εισαγγελέα πρωτοδικών. Η αίτηση συνοδεύεται από γραπτές γνωματεύσεις δύο ψυχιάτρων. Αυτεπάγγελτα μπορεί ο εισαγγελέας να διατάξει τη μεταφορά του ασθενή για εξέταση σε δημόσια Μονάδα

Ψυχικής Υγείας, όπου μέσα σε 48 ώρες πρέπει να γίνουν οι αναγκαίες εξετάσεις και η σύνταξη γνωματεύσεων από δύο ψυχιάτρους.

Μετά την εισαγωγή του για νοσηλεία, ο ασθενής ενημερώνεται τόσο προφορικά όσο και εγγράφως από το προσωπικό για το δικαίωμά του να ασκήσει ένδικο μέσα για την ακύρωση της απόφασης για ακούσια νοσηλεία. Η ακούσια νοσηλεία μπορεί να μετατραπεί σε εκούσια αν ο ασθενής αναγνωρίζει την ανάγκη νοσηλείας του και συνεργάζεται με τη θεραπευτική ομάδα. (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2001)

Οι συνθήκες ακούσιας νοσηλείας πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας. Τα περιοριστικά μέτρα δεν επιτρέπεται να αποκλείουν απαραίτητα για τη θεραπεία μέσα, όπως είναι οι άδειες, οι οργανωμένες έξοδοι, η διαμονή σε χώρους που εποπτεύονται έξω από τα κλειστά ιδρύματα.

Η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας δε μπορεί να υπερβαίνει τους 6 μήνες ενώ στους 3 μήνες πρέπει να αιτιολογηθεί κατάλληλα η ανάγκη για συνέχιση της νοσηλείας, αν αυτό απαιτείται. Στις σπάνιες περιπτώσεις που η πέραν του εξαμήνου νοσηλεία κρίνεται αναγκαία, ο νόμος προβλέπει επίσης την κατάλληλη αιτιολόγηση αυτής της απόφασης.

Ως προς το εξιτήριο του ασθενούς που νοσηλεύεται ακούσια, αυτό αποφασίζεται από τη θεραπευτική ομάδα ενώ ταυτόχρονα με το εξιτήριο αποστέλλεται σχετική έκθεση στον αρμόδιο εισαγγελέα.

Η θεραπεία μπορεί να συνεχιστεί για όσο διάστημα κρίνεται απαραίτητο μετά το εξιτήριο, σε εξωτερική βάση. Αυτό μπορεί να γίνει είτε στα εξωτερικά ιατρεία της Μονάδας στην οποία νοσηλεύτηκε ο ασθενής είτε στην πιο κοντινή στον τόπο διαμονής του Μονάδα Ψυχικής Υγείας που έχει τη δυνατότητα. (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2001)

1.3.4 ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

Από το 1999 έχει ξεκινήσει επίσης ένα φιλόδοξο πρόγραμμα το οποίο χρηματοδοτείται από εθνικούς και κοινοτικούς πόρους. Σύμφωνα με αυτό, το πρόγραμμα που φέρει την ονομασία ΨΥΧΑΡΓΩΣ, προβλέπεται η επανένταξη στην κοινότητα με παράλληλη προώθηση στην εργασία 700 περίπου ασθενών που νοσηλεύονται στα διάφορα ψυχιατρεία της χώρας μέσω της ίδρυσης και της λειτουργίας κατάλληλων κοινοτικών δομών (ξενώνων και χώρων κατάρτισης και απασχόλησης) που υποστηρίζουν αυτή την προσπάθεια. 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 (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2001)

Αναλυτικότερα, το πρόγραμμα «Ψυχαργός» είναι ένα διαρκές - δεκαετούς ανάπτυξης- πρόγραμμα δράσεων, που στοχεύει να καλύψει σταδιακά όλες τις ανάγκες σε εθνικό επίπεδο, στον τομέα της Ψυχικής Υγείας.

Η κωδική του ονομασία προέρχεται από τη μυθολογική «Αργώ» και την επιστροφή του χρυσόμαλλου δέρατος. Ο συμβολισμός παραπέμπει στην «επιστροφή» των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα που επιφέρει η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.

Το πρόγραμμα διαμορφώθηκε κατά το 1997 για την περίοδο 1997-2006. Η περίοδος 1996- 2001 αποτελεί την Α' φάση υλοποίησης και η περίοδος 2002- 2006 τη Β' φάση υλοποίησης, στο τέλος της οποίας προγραμματίζεται να πραγματοποιηθεί η δεύτερη Αναθεώρηση του προγράμματος. (Πρόγραμμα Ανάπτυξης Δομών και Υποδομών στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας,2001)

Κάθε αναθεώρηση στοχεύει στη επικαιροποίηση των στοιχείων και δεδομένων, ώστε να διαμορφώνεται ένας ακριβέστερος χρονικός προγραμματισμός και να επανιεραρχούνται οι προτεραιότητες ανά περιφέρεια και τομέα καθώς και να επανέρχονται επιμέρους αλλαγές, όπου αυτές προκύπτουν ως αναγκαίες μέσω της αποκτηθείσας εμπειρίας.

Το πρόγραμμα αποτελείται από δύο μέρη: το πρώτο αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για την αποασυλοποίηση των ασθενών από τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και διαμορφώνεται με βάση τη διασπορά των ασθενών κάθε Ψυχιατρείου στους τόπους από τους οποίους αυτοί προέρχονται (τόπος κατοικίας πριν από τον εγκλεισμό στο ψυχιατρείο). Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στις δομές στην κοινότητα για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών του τομέα της Ψυχικής Υγείας και διαμορφώνεται σε περιφερειακή βάση, ενώ εξειδικεύεται σε επίπεδο νομού και τομέα. Μέχρι σήμερα (Α' φάση) το μεγαλύτερο βάρος δόθηκε στην αποασυλοποίηση των ασθενών. Δημιουργήθηκαν 66 ξενώνες, 14 οικοτροφεία και 10 διαμερίσματα στα οποία εγκαταστάθηκαν 1000 περίπου ασθενείς από όλα τα ψυχιατρεία της χώρας, 1 οικοτροφείο για αυτιστικά άτομα, 1 ξενώνας για πρόσφυγες ψυχικά ασθενείς και 35 εργαστήρια κατάρτισης ψυχικά ασθενών, ενώ προσελήφθησαν 1200 άτομα για τις δομές αυτές (νέοι επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας), που καταρτίστηκαν μέσω ειδικών προγραμμάτων εκπαίδευσης. (Πρόγραμμα Ανάπτυξης Δομών και Υποδομών στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας,2001)

Ο προγραμματισμός για την ανάπτυξη των δομών στην κοινότητα, ενώ αρχικά προέβλεπε σημαντικές δραστηριότητες, δυστυχώς τροποποιήθηκε στην πορεία λόγω των καταστροφών που έφερε ο σεισμός της εβδομης Σεπτεμβρίου 1999. Έτσι μεγάλο βάρος και αρκετά μεγάλο ποσοστό του προϋπολογισμού διατέθηκε για την αποκατάσταση

του 80% των κτιριακών υποδομών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής. Παρόλ' αυτά, στο ίδιο χρονικό διάστημα δημιουργήθηκαν ένα Κέντρο Ημέρας για ψυχικά ασθενείς Ρομ και κατασκευάστηκαν 6 νέα Ψυχιατρικά Τμήματα σε νέα κτίρια Γενικών Νοσοκομείων.

Για την περίοδο 2001- 2010 (Α' Αναθεώρηση), που αναλύεται στο κείμενο αυτό, προβλέπεται, όσον αφορά την αποασυλοποίηση, δημιουργία 300 στεγαστικών δομών (κυρίως ορφανοτροφεία αλλά και ξενώνες και προστατευόμενα διαμερίσματα) με 3500 ασθενείς που διαβιούν σε Ψυχιατρεία ή νοσηλεύονται σε Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων και χρειάζονται υποστηριζόμενη διαβίωση στην κοινότητα για κάποιο χρονικό διάστημα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που διαβιούν σήμερα στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία είναι ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών, στην πλειονότητά τους ψυχογηριατρικοί ασθενείς, ένας μεγάλος αριθμός από τον πληθυσμό αυτό είναι ασθενείς με διπλή διάγνωση (ψυχική ασθένεια και νοητική υστέρηση). (Πρόγραμμα Ανάπτυξης Δομών και Υποδομών στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας,2001)

Ως εκ τούτου επιβάλλεται η δημιουργία σημαντικού αριθμού οικοτροφείων στη φάση αυτή, αφού είναι αναγκαία η σε μακροχρόνια βάση προστατευόμενη διαμονή των ατόμων αυτών. Στον πληθυσμό αυτό υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός ασθενών με ψυχική ασθένεια και άλλες αναπηρίες ή σωματικές ασθένειες ή οργανικά σύνδρομα. Για το λόγο αυτό οι προβλεπόμενες δομές (οικοτροφεία μακράς παραμονής) αναπτύσσονται έτσι, ώστε η καθεμιά να εξυπηρετεί ως 15 ασθενείς, με αυξημένο αριθμό και ποικιλία ειδικοτήτων προσωπικού. Επίσης επιλέγονται περιοχές στα άκρα οικιστικών ιστών, ώστε η εγκατάσταση και διαμονή των ασθενών να συντελεσθεί χωρίς προσκόμματα.

Αντίθετα οι ξενώνες και ιδιαίτερα τα προστατευόμενα διαμερίσματα αναπτύσσονται σε συνοικίες, έτσι ώστε οι ένοικοί τους να

μπορούν να λειτουργούν αυτοτελώς μέσα στο κοινωνικό σύνολο. (Πρόγραμμα Ανάπτυξης Δομών και Υποδομών στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας,2001)

Ένα υποπρόγραμμα αποτελούν κατά τη φάση της υλοποίησης τους οι δομές στην κοινότητα για ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, άλλο οι δομές για τα άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου, άλλο πρόγραμμα οι δομές για τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα και άλλο επίσης υποπρόγραμμα οι δομές για τα άτομα με ψυχική διαταραχή και πολιτισμικές και θρησκευτικές διαφορές .

Το συνολικό πρόγραμμα χωρίζεται σε εξειδικευμένα υποπρογράμματα. Αυτό γίνεται ακριβώς για να υπάρχει διαφορετική και εξατομικευμένη προσέγγιση στις ιδιαιτερότητες κάθε ομάδας και μέσα από την προσέγγιση αυτή να επέλθει η σύνθεση των δράσεων στο σύνολο πλέον του πληθυσμού, π. χ. ένα υποπρόγραμμα αποτελούν κατά τη φάση της υλοποίησης τους οι δομές στην κοινότητα για ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, άλλο οι δομές για τα άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου, άλλο πρόγραμμα οι δομές για τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα και άλλο επίσης υποπρόγραμμα οι δομές για τα άτομα με ψυχική διαταραχή και πολιτισμικές και θρησκευτικές διαφορές. (Πρόγραμμα Ανάπτυξης Δομών και Υποδομών στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας,2001)

Ειδικότερα το υποπρόγραμμα για τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα περιλαμβάνει στο παρόν στάδιο μόνο στις δομές που αναπτύσσονται σε νοσοκομειακές μονάδες, ενώ οι λοιπές δομές συνεχίζουν να αναπτύσσονται από τον ΟΚΑΝΑ, το ΚΕΘΕΑ και τις αντίστοιχες μονάδες των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων Αττικής και Θεσσαλονίκης. Οι δομές για τον αυτισμό περιλαμβάνουν κυρίως δράσεις που αποβλέπουν στην πρωτογενή πρόληψη, τη στήριξη του αυτιστικού παιδιού στο σχολείο (σε συνεργασία με τις υπηρεσίες του Υπουργείου Παιδείας),

στην ανακούφιση της οικογένειας και την στήριξη των αυτιστικών ατόμων, που στερούνται οικογενειακού περιβάλλοντος (σε συνεργασία με τις υπηρεσίες Πρόνοιας).

Αντίστοιχα οι υπηρεσίες για ψυχικά ασθενείς με πολιτισμικές και θρησκευτικές διαφορές, που αναπτύσσονται στο υποπρόγραμμα «Ψυχαδέλφεια», αποτελούν μονάδες εξειδικευμένες για τα άτομα αυτά, με κύριο στόχο να λειτουργούν ως «πύλες» του συνολικού συστήματος. Αποσκοπούν δηλαδή στο να ετοιμάζουν τις υπόλοιπες υπηρεσίες ώστε να δεχτούν τα άτομα αυτά, τα οποία προηγουμένως έχουν επίσης προετοιμαστεί στις δομές υποδοχής, ενώ παράλληλα προετοιμάζουν το προσωπικό και τους ενοίκους των δομών φιλοξενίας να τα υποδεχτούν και να σεβαστούν τα δικαιώματά τους στις πολιτισμικές τους ή και θρησκευτικές τους διαφορές. (Πρόγραμμα Ανάπτυξης Δομών και Υποδομών στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας, 2001)

Η Β' Φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» (περίοδος 2001-2006)

Η υλοποίηση του δεκαετούς προγράμματος «Ψυχαργός»⁽¹⁾ (Αναθεώρηση 2001-2010) χωρίζεται σε δύο χρονικές περιόδους, την περίοδο 2001-2006. η οποία αποτελεί και τη δεύτερη φάση της υλοποίησης, προβλέπεται η ανάπτυξη δομών αποασυλοποίησης στην κοινότητα για 3000 χρόνιας ασυλικούς ασθενείς.

Στην ίδια περίοδο προβλέπεται ακόμη η πρόσληψη 5500 νέων επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας όλων των κλάδων και ειδικοτήτων καθώς και η κατάρτιση τους.

Στο τέλος της περιόδου αυτής, προβλέπεται να έχουν αντικατασταθεί από ψυχιατρικές υπηρεσίες των Γενικών Νοσοκομείων, οι υπηρεσίες των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και να κλείσουν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία:

- α) Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής,
- β) Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου,
- γ) Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας,
- δ) Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης και
- ε) Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων.

Το προσωπικό των Ψυχιατρικών αυτών Νοσοκομείων θα αξιοποιείται σταδιακά στις νέες δομές ενώ η κτιριακή τους υποδομή θα χρησιμοποιηθεί για την κατάρτιση και απασχόληση ασθενών καθώς και για την ανάπτυξη διαφόρων Πανεπιστημιακών Τμημάτων (Κέρκυρα, Τρίπολη, Χανιά).

Παράλληλα, για το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής-«Δρομοκαΐτειο» και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης προβλέπεται η μείωση του αριθμού των κλινών τους σε 500, 350 και 250 αντίστοιχα, που θα καλύπτουν μόνο οξεία περιστατικά με νοσηλεία μέσης διάρκειας. Η ολοκλήρωση των δομών στην κοινότητα έως το διάστημα 2012-2015, θα επιτρέψει την οριστική κατάργηση και των τριών αυτών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Ανάλογη είναι η πρόβλεψη και για το Κρατικό Θεραπευτήριο της Λέρου, με την ανάπτυξη του εξειδικευμένου προγράμματος «Ειδική Δράση για τη Λέρο». Ο συνολικός προϋπολογισμός του προγράμματος ανέρχεται στο ποσό των 250 δισεκατομμυρίων δραχμών. Για την περίοδο 2001-2006 θα διατεθούν 72 δισεκατομμύρια δραχμές από το τρίτο Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης, 25 δισεκατομμύρια δραχμές από το Εθνικό Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, 108 δισεκατομμύρια δραχμές από τον Τακτικό προϋπολογισμό και 45 δισεκατομμύρια δραχμές από την Κοινωνική Ασφάλιση. (Πρόγραμμα Ανάπτυξης Δομών και Υποδομών στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας, 2001).

Είναι πλέον πραγματικότητα η συρρίκνωση των δημόσιων ψυχιατρικών που από 8387 κρεβάτια το 1981 έφτασαν τα 2632 το 2004

με παράλληλη έξοδο πάνω από 3000 χρόνιων αρρώστων κυρίως με οργανικότητα και γνωσιακά ελλείμματα, υπολειμματική σχιζοφρένεια ή συναισθηματικές διαταραχές. Όλοι αυτοί οι εξελθόντες από τα ιδρύματα διαμένουν σε πολυάριθμα οικοτροφεία ή ξενώνες και σε μικρότερο αριθμό διαμερισμάτων οι δομές αυτές είναι εγκατεσπαρμένες σε ολόκληρη τη χώρα.

Η νέα Νομοθεσία για την ψυχική υγεία προώθησε τη μεταρρύθμιση του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας με αποτέλεσμα ορατό στον πληθυσμό των νοσηλευόμενων στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Το 2004 οι νοσηλευόμενοι στα 8 κρατικά ψυχιατρεία μειώθηκαν κατά 770% σε σχέση με το 1981 και ανέρχονταν στους 2564. Η μεγαλύτερη μείωση παρατηρήθηκε στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία Αττικής (λόγω του σεισμού του Σεπτεμβρίου 1999) Κέρκυρας και Λέρου.

Το σημαντικό είναι ότι 2966 χρόνιοι άρρωστοι ζουν στην κοινότητα (οι περισσότεροι, 1015 από το Ψ. Ν. Α.) ενώ 1898 νοσηλεύονται ακόμη (2004) στα 8 ψυχιατρεία (Αττικής, Δρομοκαϊτειο, Παιδοψυχιατρικό, Θεσσαλονίκης, Πέτρας Ολύμπου- έκλεισε, Χανίων- έκλεισε, Κέρκυρας, Λέρου, Τρίπολης). (Κοκκινάκος, 2004)

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 ανάικα ή ανάπηρα από μια ψυχική διαταραχή- να επιτύχουν ένα όσο το δυνατό καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Η ΨΚΑ 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» (WHO-WARP 1996).(Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής (Μ.ΥΠ.Ε.Π.), 2000)

Η δραστηριότητα του κοινωνικού τομέα (Τρίτου Τομέα) της Οικονομίας ξεκινά διεθνώς πριν από 200 χρόνια με την μορφή εθελοντικών και μη κερδοσκοπικών οργανώσεων.

Στην Ευρώπη μέχρι τη δεκαετία του '70 οι Οργανισμοί αυτοί χαρακτηρίζονται κύρια από ρόλο συμβουλευτικό και ανακατανομής των πόρων.

Στη δεκαετία του 1980 παρατηρείται ενίσχυση κύρια του παραγωγικού ρόλου αυτών των Οργανισμών.

Τόσο η ενίσχυση του παραγωγικού ρόλου αυτών των Οργανισμών όσο και η αναγκαιότητα περαιτέρω συμβολής τους στη δημιουργία απασχόλησης οδήγησαν στην εισαγωγή νέων τύπων Οργανισμών των «κοινωνικών επιχειρήσεων» προκειμένου να δοθεί έμφαση στον παραγωγικό τους ρόλο (παραγωγή κοινωνικών αγαθών και υπηρεσιών), στον καινοτομικό τρόπο οργάνωσής τους, στη δυνατότητά τους να δημιουργούν θέσεις απασχόλησης και στη δυναμική που αναπτύσσουν στην ανάπτυξη τοπικών οικονομιών και της επιχειρηματικότητας σε νέες σφαίρες της οικονομικής και κοινωνικής ζωής. (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής (Μ.ΥΠ.Ε.Π), 2000)

Καθολικά αποδεκτός ορισμός των Κοινωνικών Επιχειρήσεων δεν υπάρχει σήμερα. Σε πρόσφατη μελέτη του EME5" προτάθηκαν κάποια κριτήρια τόσο οικονομικά όσο και κοινωνικά για τον καθορισμό των πρωτοβουλιών που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως «Κοινωνική Επιχείρηση». (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής (Μ.ΥΠ.Ε.Π), 2000)

Τα οικονομικά κριτήρια περιλαμβάνουν τα εξής:

- Υψηλό βαθμό αυτονομίας
- Σημαντικό επίπεδο οικονομικού κινδύνου
- Ελάχιστο επίπεδο αμειβόμενης εργασίας.

Τα κοινωνικά κριτήρια περιλαμβάνουν τα εξής:

- Πρωτοβουλία που ξεκινάει από μία ομάδα πολιτών
- Σύστημα αποφάσεων που δεν προκρίνει την αμοιβή του κεφαλαίου
- Συμμετοχικός χαρακτήρας
- Περιορισμένης έκτασης διανομή κερδών
- Εμφανής σκοπός προς όφελος της κοινωνίας.

Η νομική - οργανωτική μορφή των Κοινωνικών Επιχειρήσεων μπορεί να είναι διαφορετική στις διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες όπως Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί (Social Cooperative), Συνεταιρισμοί Ενσωμάτωσης (Integrated Cooperative), Κοινωνικές Επιχειρήσεις (Social Enterprise), Εταιρείες με κοινωνικούς στόχους (Societe a finalite sociale). Οι Κοινωνικές Επιχειρήσεις διακρίνονται συνήθως σε δύο τύπους: Κοινωνικές Επιχειρήσεις με στόχο την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών (υγείας, εκπαίδευσης, πρόνοιας) σε διάφορες ομάδες πληθυσμού όπως άτομα τρίτης ηλικίας, παιδιά, μειονεκτούντα άτομα κλπ., και κοινωνικές επιχειρήσεις με στόχο την κοινωνική ενσωμάτωση μειονεκτούντων ατόμων διάφορων ομάδων - στόχων. Μέλη των συνεταιρισμών αυτών είναι τόσο άτομα με ψυχικά προβλήματα όσο και γενικότερα άτομα μειονεκτουσών ομάδων. (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής (Μ.ΥΠ.Ε.Π), 2000)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Κατά τον Wing η Κοινωνική Ψυχιατρική δε χρειάζεται να ορισθεί. Η Κοινωνική Ψυχιατρική είναι η σύγχρονη Ψυχιατρική. Αυτό, γιατί είναι πλέον αυτονόητο και ευρύτατα παραδεκτό ότι η συμμετοχή των κοινωνικών παραγόντων είναι αναμφισβήτητη στην αιτιολογία και εξέλιξη της ψυχικής διαταραχής. Επομένως, ο σύγχρονος ψυχίατρος θα πρέπει να ενσωματώσει στις πρακτικές του τις τεχνικές παρέμβασης και τις υπηρεσίες περίθαλψης, που προέρχονται από τη συνειδητοποίηση της κοινωνικής διάστασης της νόσου, στη θεραπεία και αντιμετώπιση της. Παράλληλα θα πρέπει να αναπτυχθούν οι δομές περίθαλψης που ανταποκρίνονται στις σύγχρονες ανάγκες ψυχιατρικής περίθαλψης.(Λιάκος,2003)

Ο όρος Κοινοτική Ψυχιατρική αφορά στην παροχή υπηρεσιών σε ασθενείς μέσα στην κοινότητα, χωρίς να τους απομακρύνουμε από το φυσικό κοινωνικό τους περιβάλλον και με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας. Η πρακτική αυτή έρχεται σε αντίθεση με παλαιότερες προερχόμενες από την εποχή που οι επιστημονικές γνώσεις για την αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής και ιδιαίτερα των ψυχώσεων, ήταν ασήμαντες. Η Κοινοτική Ψυχιατρική υλοποιείται με τη δημιουργία εναλλακτικών προς το άσυλο μορφών περίθαλψης των ασθενών μιας συγκεκριμένης πληθυσμιακής περιοχής. Η ανάπτυξη γίνεται σύμφωνα με τις αρχές της τομεοποίησης, της συνέχειας της φροντίδας του ασθενούς και της αποτελεσματικής και πλήρους κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού.(Λιάκος,2003)

Για τη σωστή ανάπτυξη των υπηρεσιών αυτών και την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας είναι απαραίτητη η ευαισθητοποίηση της και η δημιουργία στελεχών επαγγελματιών ψυχικής υγείας που με την κατάλληλη εκπαίδευση θα αποκτήσουν τις γνώσεις, δεξιότητες και

στάσεις, που είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Απαιτούνται επίσης οι κατάλληλες θεσμικές και οργανωτικές αλλαγές που θα αποτελέσουν το νομικό και οργανωτικό πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.(Λιάκος,2003)

Η αρχή της τομεοποίησης αφορά στη διαίρεση της χώρας σε πληθυσμιακές και αντίστοιχες γεωγραφικές περιοχές και στον προσδιορισμό των πληθυσμών για τους οποίους σχεδιάζεται το σύστημα παροχής υπηρεσιών, δηλαδή των τομέων. Ο πληθυσμός των τομέων σύμφωνα με διεθνείς προδιαγραφές πρέπει να κυμαίνεται από 50 έως 150 χιλιάδες κατοίκους. Χωρίς τον προσδιορισμό της πληθυσμιακής και γεωγραφικής μορφής του τομέα δεν είναι δυνατός κανένας σχεδιασμός υπηρεσιών, επειδή υπάρχουν ιδιομορφίες πληθυσμιακές και γεωγραφικές, αλλά το κυριότερο, επειδή υπάρχει απόλυτη εξάρτηση των απαιτούμενων θέσεων και του προσωπικού που χρειάζεται για την επάνδρωση του συστήματος, από το μέγεθος του πληθυσμού για τον οποίο οι υπηρεσίες αναπτύσσονται.(Λιάκος,2003)

Το μέγεθος του τομέα καθορίζει και τις αποστάσεις που πρέπει ο ασθενής να διανύσει, ώστε να μην αναγκάζεται να απομακρύνεται για την παροχή της περίθαλψης από το κοινωνικό του περιβάλλον.(Λιάκος,2003)

Η αρχή της συνέχειας της φροντίδας του ασθενούς σημαίνει τη δυνατότητα της θεραπευτικής ομάδας να παραμένει υπεύθυνη για τον ασθενή της σε όλες τις φάσεις της νόσου και ανεξάρτητα από το είδος περίθαλψης το οποίο απαιτείται για τον ασθενή. Με τον τρόπο αυτό διατηρείται η θεραπευτική σχέση και αποφεύγονται οι υποτροπές της νόσου.(Λιάκος,2003)

Η αρχή της αποτελεσματικής και πλήρους κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού υπονοεί το σχεδιασμό των υπηρεσιών μετά από προσδιορισμό των αναγκών του πληθυσμού του τομέα, την πλήρη

κάλυψη τους με πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων. Η οργάνωση και η κατανομή των πόρων θα πρέπει να συμβάλει στην επίτευξη της μέγιστης αποτελεσματικότητας του συστήματος με το μικρότερο κόστος.(Λιάκος,2003)

2.2 ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΝΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Ένα πρόγραμμα αποκατάστασης θα πρέπει να στηρίζεται σε κάποιες απαραίτητες προϋποθέσεις. Συγκεκριμένα θα πρέπει:

- Ø Να επικεντρώνεται στο χρόνιο ψυχωσικό άρρωστο
- Ø Να καλύπτει το σύνολο των λειτουργικών αναγκών του ασθενούς (κοινωνική αποκατάσταση, επαγγελματική αποκατάσταση, φαρμακοθεραπεία, ψυχοθεραπεία κ.λ.π.) στα πλαίσια ρεαλιστικών δυνατοτήτων του
- Ø Να ταιριάζει στην κοινωνική-πολιτισμική κατάσταση του ασθενούς
- Ø Να είναι προσαρμοσμένο στις ανάγκες και τις δυνατότητες της κοινότητας
- Ø Το προσωπικό του προγράμματος να είναι εξειδικευμένο (εκμάθηση δεξιοτήτων, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, συμπεριφορικές τεχνικές κ.ά.)
- Ø Το προσωπικό του προγράμματος να είναι ευαισθητοποιημένο σε σχέση με τις δυσκολίες υλοποίησης των προγραμμάτων αποκατάστασης (αποφυγή των περιπτώσεων αποθάρρυνσης του προσωπικού)
- Ø Να υπάρχει διασύνδεση του προγράμματος με άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες σε κοινοτικό πλαίσιο (συμβουλευτική υπηρεσία, κέντρο ημέρας, μονάδα παρέμβασης σε κρίση κ.ά.)
- Ø Το πρόγραμμα να συνδέεται με ψυχιατρικό τομέα νοσοκομείου, για τη δυνατότητα κάλυψης επανεισαγωγής σε περίπτωση «κρίσης» ή υποτροπής του ασθενούς. (Κονταξάκης,1995)

Οι κατευθύνσεις αποκατάστασης και κοινωνικής ένταξης προς τον ασθενή επικεντρώνονται στα παρακάτω:

- Να μάθει να «ξαναζεί» με την οικογένεια και το περιβάλλον
- Να μην επικαλείται το ρόλο του εύθραυστου
- Να συνεργάζεται στο επίπεδο της θεραπείας (θεραπευτική «συμμόρφωση»)
- Να αποδέχεται και να συνεργάζεται με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες (θεραπευτική «συμμαχία»)
- Να παροτρύνεται στη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων και επαγγελματικών δραστηριοτήτων. (Κονταξιάκης,1995)

Οι κατευθύνσεις αποκατάστασης προς την οικογένεια επικεντρώνονται στα παρακάτω:

- § Να μάθει να «ξαναζεί» με το άρρωστο μέλος της
- § Να αποφεύγονται λανθασμένες συμπεριφορές (υπερπροστασία, απόρριψη, άρνηση της νόσου)
- § Να μάθει να «συναλλάσσεται» και να αντεπεξέρχεται προς τη νόσο (θετική συμβολή στη θεραπευτική «συμμόρφωση»και στη «θεραπευτική συμμαχία»)
- § Να μην υπάρχουν λανθασμένες συμπεριφορές προς την κοινότητα («πέπλο σιωπής» για τη νόσο, απομόνωση του ασθενούς κ.λ.π.)
- § Να μην υπάρχει έντονη «έκφραση συναισθημάτων» μέσα στην οικογένεια

Να γίνεται προσπάθεια για τη μείωση του «βάρους»της οικογένειας. Η επιβάρυνση της οικογένειας με άρρωστο μέλος είναι τεράστια σε επίπεδο ψυχολογικό, οικονομικό, κοινωνικό.(Κονταξιάκης, 1995)

2.3 ΒΑΣΙΚΟΙ ΑΞΟΝΕΣ ΚΑΛΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση είναι μια διαδικασία, με την οποία παρέχονται οι δυνατότητες στα άτομα με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. (Παρίσης, Τζανακάκη-Μελισσάρη, Χατζάκη-Τζωράκη, 2003)

Οι εργαζόμενοι στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση οφείλουν να δραστηριοποιούνται στην επίτευξη των κατωτέρω βασικών στόχων της:

- Ø Βελτίωση των κοινωνικών ικανοτήτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές μέσω της αύξησης των κοινωνικών δεξιοτήτων τους και της απασχόλησης.
- Ø Διαρκής βελτίωση της λειτουργικότητας των ατόμων και ελαχιστοποίηση των ανικανοτήτων και μειονεξιών τους.
- Ø Διασφάλιση της ποιότητας της ζωής και της αυτόνομης διαβίωσης στην κοινότητα.
- Ø Μείωση του στίγματος και των διακρίσεων.
- Ø Διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται κατά περίπτωση στην διαδικασία ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των φιλοξενούμενων ατόμων που διαμένουν σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και σε Προστατευμένα Διαμερίσματα και τις οποίες οφείλει να εξασφαλίζει ο Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας, είναι:

- ο φαρμακευτική αγωγή

- εκπαίδευση σε δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης και σε κοινωνικές δεξιότητες ψυχολογική στήριξη στους ίδιους και τις οικογένειες τους
- επαγγελματική εκπαίδευση και απασχόληση εφόσον η ηλικία τους το επιτρέπει
- συμμετοχή σε δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης
- συμμετοχή σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου
- προγράμματα εκπαίδευσης για το προσωπικό
- συνεχής αξιολόγηση των δραστηριοτήτων και ανάλογες ερευνητικές δραστηριότητες
- ανάπτυξη γραπτών προτύπων και δεικτών για τη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας ψυχικής υγείας.
- προγράμματα ενημέρωσης της κοινότητας για την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος και των προκαταλήψεων που σχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές. (Παρίσης και συν., 2003)

Η Συναινετική Διακήρυξη ορίζει ότι για την επίτευξη των τελικών στόχων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης απαιτούνται μια σειρά ενδιάμεσων βημάτων που είναι:

- η μείωση των συμπτωμάτων
- ο περιορισμός των ιατρογενών προβλημάτων
- η καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων σε βάρος των ψυχικά ασθενών
- η καλλιέργεια και βελτίωση των κοινωνικών ικανοτήτων των ασθενών
- η υποστήριξη στις οικογένειες των ασθενών
- η εξασφάλιση κοινωνικής υποστήριξης

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 τον πολυδιάστατο χώρο της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης:

α) η επαρκής ιατρική αντιμετώπιση-μείωση της συμπτωματολογίας-μείωση των ιατρογενών προβλημάτων.

Ο άξονας αυτός, που είναι ευθύνη του ψυχιάτρου κατεξοχήν, ορίζεται από τη χορήγηση φαρμακευτικής ή 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. (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής (Μ.ΥΠ.Ε.Π.), 2000)

β) η κατοικία

Βασικό στοιχείο της αποκαταστασιακής διαδικασίας είναι η υποστήριξη του ατόμου στην ανάγκη του να έχει όχι απλά στέγη (δηλαδή ένα κάποιο καταφύγιο) αλλά «σπίτι», δηλαδή ένα χώρο όπου το άτομο θα αισθάνεται άνετα και θα έχει τη 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. Σύμφωνα με τους Saraceno και Sternai (1985):

«Εννοούμε με τον όρο «σπίτι» το σύμπλεγμα συγκεκριμένων εμπειριών επαναπόκτησης και επανεκμάθησης της χρήσης των χώρων του προσανατολισμού στην ανάγνωση του χρόνου σύμφωνα με μη ιδρυματικούς ρυθμούς, της ικανότητας χρήσης αντικειμένων και ευκαιριών της καθημερινής ζωής. Αλλά επίσης: τη δυνατότητα να επισκεφτείς ξανά το παλιό σου σπίτι, τις ρίζες και τους τόπους, τις αναμνήσεις και το ανέφικτο...». (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής (Μ.ΥΠ.Ε.Π.), 2000)

Βασικός κανόνας για το 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. Η δομή που ακολουθεί το μοντέλο «αποκατάστασης - αποϊδρυματισμού» χαρακτηρίζεται επίσης από μια θεραπευτική ομάδα απαλλαγμένη από ιδρυματικούς και περιχαρακωμένους ρόλους, την «οικογενειακή» ατμόσφαιρα, την κατάρτιση και προώθηση σχεδίων αποκατάστασης και αποϊδρυματισμού αλλά και τη συμμετοχή των φιλοξενούμενων στις αποφάσεις και τις ευθύνες διαχείρισης της οικιστικής δομής. Οι υποτροπές και γενικότερα οι κρίσεις μέσα στην οικιστική δομή πρέπει να αντιμετωπίζονται με επάρκεια αλλά και να υποβάλλονται σε επεξεργασία από τη θεραπευτική ομάδα. (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής (Μ.ΥΠ.Ε.Π.), 2000)

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό η οικιστική δομή να εντάσσεται, να διασυνδέεται και να επικοινωνεί με το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, αποφεύγοντας την απομόνωση και ασυλοποίησή της. (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής (Μ.ΥΠ.Ε.Π.), 2000)

Γενικά, η ίδρυση και λειτουργία μιας οικιστικής δομής στην κοινότητα, όπως αποφαινόνται οι Saraceno και Sternai (1987), δεν σημαίνει κατ' ανάγκη ότι εκπληρώνει τον αποκαταστασιακό και αντιϊδρυματικό της ρόλο. Απαιτείται ριζική αναθεώρηση και εκπαίδευση σε πολλά επίπεδα (προτεραιότητες, στόχοι, τρόπος σκέψης, μέθοδοι, τρόπος δράσης και εργασίας) για να καταστεί εφικτή η εκπλήρωση του ρόλου αυτού. (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής (Μ.ΥΠ.Ε.Π.), 2000)

γ) η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες-αυτονομία

Η εκπαίδευση του ασθενούς στις κοινωνικές δεξιότητες αποσκοπεί κύρια στην κατάκτηση αυτονομίας, δηλαδή τη συνειδητοποίηση των δυνατοτήτων του και των ορίων του και την ανάπτυξη ανεξαρτησίας μέσα από τη 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 (αποταμίευση, αναζήτηση «ευκαιριών», αξιοποίηση βοηθημάτων)
- Εξοικείωση και χρήση κοινοτικών πόρων (μουσεία, εκθέσεις, συναυλίες κ.λ.π.)
- Αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου (κοινωνικές επαφές, τρόποι διασκέδασης, αποφυγή απομόνωσης και ρουτίνας)
- Συναλλαγή με τις δημόσιες υπηρεσίες και εκπλήρωση υποχρεώσεων έναντι της πολιτείας (φορολόγηση κ.λ.π.)
- Ψυχοεκπαίδευση του ασθενούς (εκπαίδευση γύρω από την ψυχική του ασθένεια και την αναγνώριση προδρόμων σημείων υποτροπής, συνειδητοποίηση της αναγκαιότητας συμμόρφωσης προς την αγωγή του και της θεραπευτικής συνεργασίας)

(Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής (Μ.ΥΠ.Ε.Π.), 2000)

δ) Η δημιουργία κοινωνικών δικτύων υποστήριξης και συνδιαλλαγής

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 και

επίσης θα φιλτράρει τον καταγισμό ερεθισμάτων από τον εξωτερικό κόσμο επιτρέποντας το σχηματισμό ενός πλαισίου ιδανικού ερεθισμού (optimal stimulation). Σε πρακτικό επίπεδο, η θεραπευτική ομάδα πρέπει να συνοδεύει τον ασθενή στις πρώτες επαφές με τα κοινωνικά δίκτυα, επαφές που πρέπει επίσης να καλλιεργούνται και να προάγονται με την παροχή κινήτρων και πόρων από τη θεραπευτική ομάδα προς τα δίκτυα (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής (Μ.ΥΠ.Ε.Π.), 2000)

ε) 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 τη φαρμακευτική αγωγή
- έλεγχο θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων της νόσου
- αναγνώριση προδρόμων συμπτωμάτων υποτροπής για πρόληψη υποτροπών και επανεισαγωγών
- παρέμβαση στην κρίση από ομάδα ψυχικής υγείας
- τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και μείωση του stress
- προσαρμογή προσδοκιών της οικογένειας σχετικά με την κοινωνική λειτουργικότητα του ασθενούς
- εξασφάλιση θεραπευτικού συνεχούς

στ) Η ενίσχυση (empowerment) των ασθενών και των οικογενειών

Σκοπός της πρακτικής αυτής είναι η αύξηση της διεκδικητικής ικανότητας των ασθενών και των οικογενειών τους με στόχο τη βελτίωση

της πρόσβασής τους στα κέντρα λήψης των αποφάσεων για διεκδίκηση επαρκών πόρων και αντιμετώπιση του προβλήματός τους. (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής (Μ.ΥΠ.Ε.Π.), 2000)

ζ) Αποστιγματισμός της ψυχικής νόσου και των συνεπειών της

Η προσπάθεια αυτή για την καταπολέμηση των διακρίσεων, του στίγματος και των προκαταλήψεων πρέπει να πραγματοποιηθεί με παρεμβάσεις σε όλα τα επίπεδα όπου εκτυλίσσεται η αποκατάσταση: η κοινότητα, η οικογένεια, οι νόμοι, οι κρατικοί μηχανισμοί, τα δικαιώματα των πολιτών. (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής (Μ.ΥΠ.Ε.Π.), 2000)

η) Η εργασία

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

1) 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.

2) 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.

3) 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.

4) 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. Σε αυτό το είδος της εργασίας δίδεται μεγαλύτερη αξία στην «πραγματική» πτυχή της παραγωγικής κοινότητας, ικανής και αυτόνομης στην οικονομική και κοινωνική ένταξη.

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

6) Αμειβόμενη εργασία: τοποθετήσεις ασθενών σε κανονικές εργασιακές δομές: εργοστάσια, επιχειρήσεις, γραφεία, κλπ., χρησιμοποιώντας τις ισχύουσες νομοθετικές ρυθμίσεις που αφορούν την εργασιακή ένταξη αναπήρων ατόμων». (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής (Μ.ΥΠ.Ε.Π.), 2000)

Σύμφωνα με τους Cohen (1990) και 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. (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής (Μ.ΥΠ.Ε.Π.), 2000)

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. (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής (Μ.ΥΠ.Ε.Π.), 2000)

Αξίζουν ιδιαίτερης μνείας οι θεσμοί των Κοινωνικών Επιχειρήσεων και της υποστηριζόμενης εργασίας που τα τελευταία χρόνια γνωρίζουν ευρεία διάδοση διεθνώς.(Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής (Μ.ΥΠ.Ε.Π.), 2000)

7) Το προσωπικό των προγραμμάτων αποκατάστασης

Το προσωπικό σύμφωνα με τους Munetz (1993), Links (1994) και Campo (1997) πρέπει να αναπτύσσει ισχυρό δεσμό με τους πελάτες και να τους βοηθά ώστε αυτοί:

- να λαμβάνουν συνεχή υποστήριξη
- να ορίσουν προσωπικούς στόχους αποκατάστασης
- να αξιολογήσουν τις ικανότητές τους σε σχέση με τους ανωτέρω στόχους
- να σχεδιάσουν την ανάπτυξη δεξιοτήτων και πόρων
- να αποκτήσουν και να χρησιμοποιούν νέες δεξιότητες να αξιοποιούν, να συνδυάζουν και να αυξάνουν τους διαθέσιμους πόρους.(Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής (Μ.ΥΠ.Ε.Π.), 2000)

8) Εκπαίδευση του προσωπικού

Το προσωπικό πρέπει επίσης να εκπαιδεύεται σε ειδικές δεξιότητες, όπως:

- η ενσυναίσθηση (empathy).
- η διαχείριση ειδικών προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρόνια ψυχική νόσο.
- η κατάρτιση εξατομικευμένων σχεδίων φροντίδας.
- η συνεργασία στα πλαίσια διακλαδικής θεραπευτικής ομάδας

(Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής (Μ.ΥΠ.Ε.Π.), 2000)

9) Η σύνδεση με την κοινότητα και άλλες υπηρεσίες

Σύμφωνα με τον Anthony (1980) 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 . (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής (Μ.ΥΠ.Ε.Π.), 2000)

2.4 ΟΙ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

2.4.1 Ο ΞΕΝΩΝΑΣ

Η επιτυχία των προγραμμάτων αποκατάστασης εξαρτάται, σε σημαντικό βαθμό, από τη λειτουργία εναλλακτικών (προς το παραδοσιακό ψυχιατρικό ίδρυμα) δομών στην κοινότητα. Οι δομές αυτές μπορεί να χωριστούν:

- Ø Σε μονάδες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, όπως συμβουλευτικές υπηρεσίες ενηλίκων, ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες, κέντρα ημέρας ή νύχτας, κοινωνικές λέσχες, υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας, ανοικτές μονάδες για ασθενείς με προβλήματα κατάχρησης ουσιών ή αλκοόλ, ψυχογηριατρικές κοινοτικές μονάδες, ψυχιατρικές μονάδες σε γενικά νοσοκομεία
- Ø Σε μονάδες στεγαστικής κάλυψης, όπως ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα, ανάδοχες οικογένειες.

1. Ο ξενώνας ως Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη ύστερα από αίτησή τους και με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. (Παρίσης και συν, 2003)

Ειδικότερα στους ξενώνες φιλοξενούνται άτομα με ψυχικές διαταραχές που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον, ή άτομα που κρίνεται ότι είναι θεραπευτική η προσωρινή απομάκρυνση τους από το περιβάλλον της

οικογένειάς τους ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για την ζωή στην κοινότητα. (Παρίτσης και συν, 2003)
Η λειτουργία του ξενώνα είναι ανοικτή στην κοινωνία και προσομοιάζει με οικογενειακό περιβάλλον.

Η δυναμικότητα του ξενώνα δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 15 άτομα.

2. Οι ξενώνες διαβαθμίζονται ανάλογα με το χρόνο παραμονής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και του βαθμού υποστήριξης αυτών, σε:

- Ø Βραχείας διάρκειας παραμονής: όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι 8 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα υψηλού βαθμού υποστήριξης.
- Ø Μέσης διάρκειας παραμονής: όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι 20 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα υψηλού έως μέσου βαθμού υποστήριξης,
- Ø Μακράς διάρκειας παραμονής: όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι 36 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα μέσου έως χαμηλού βαθμού υποστήριξης.

Αλλαγή της ανωτέρω διαβάθμισης μπορεί να γίνει με τεκμηριωμένη εισήγηση του Επιστημονικού Υπευθύνου κοίτης διοίκησης του φορέα στην οποία ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας και έγκριση από την Δ/νση Ψυχικής Υγείας. (Παρίτσης και συν, 2003)

3. Οι ξενώνες ανάλογα με το χώρο εγκατάστασης τους χωρίζονται σε ενδονοσοκομειακούς και εξωνοσοκομειακούς.

Οι ενδονοσοκομειακοί ξενώνες βρίσκονται μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, είναι βραχείας και μέσης διάρκειας παραμονής, έχουν υψηλό έως μέσο βαθμό υποστήριξης και σε αυτούς γίνεται η προετοιμασία για τη μετάβαση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που

νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά τμήματα Ψυχιατρικών ή Γενικών Νοσοκομείων στους εξωνοσοκομειακούς ξενώνες. (Παρίτσης και συν, 2003)

Οι εξωνοσοκομειακοί ξενώνες βρίσκονται στην κοινότητα, είναι βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής και έχουν υψηλό ή μέσο ή χαμηλό βαθμό υποστήριξης.

4. Η υποστήριξη των ξενώνων διαβαθμίζεται ανάλογα με την παρουσία του προσωπικού στον ξενώνα ως εξής:

- Ø Υψηλός βαθμός υποστήριξης: εικοσιτετράωρη παρουσία προσωπικού. (Ημερήσιο κλειστό νοσήλιο 47 €)
- Ø Μέσος βαθμός υποστήριξης: κατώτερη του εικοσιτετράωρου παρουσία του προσωπικού. (Ημερήσιο κλειστό νοσήλιο 41 €) και
- Ø Χαμηλός βαθμός υποστήριξης: η κατά περίπτωση περιοδική παρουσία του προσωπικού για την παρακολούθηση και υποστήριξη των ατόμων. (Ημερήσιο κλειστό νοσήλιο 35 €) (ΦΕΚ 485/19-4-2002 Υπ.Αποφ.35724) (Παρίτσης και συν, 2003)

2.4.2 ΤΟ ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ

1. Το Οικοτροφείο είναι Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας στο οποίο φιλοξενούνται για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη άτομα με ψυχικές διαταραχές με σκοπό να διασφαλισθεί η παραμονή τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων των ατόμων αυτών με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας. (Παρίτσης και συν, 2003)

Ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενεί το Οικοτροφείο δεν ξεπερνά τους 25. Δεν υπάρχει περιορισμός στο χρόνο παραμονής τους σε αυτό.

Ειδικότερα τα άτομα που διαμένουν στο Οικοτροφείο είναι:

- ü άτομα που χρειάζονται ψυχογηριατρική φροντίδα,
- ü άτομα με νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές,
- ü άτομα που μπορούν να ζουν στην κοινότητα αλλά επειδή έχουν χαμηλό βαθμό αυτοδυναμίας έχουν ανάγκη στεγαστικής δομής υψηλής εποπτείας.

2. Διαφοροποιήσεις των Οικοτροφείων, ανάλογα με την ηλικία, δύνανται να γίνουν στην περίπτωση που αναπτυχθούν πολλά Οικοτροφεία σε έναν Τομέα Ψυχικής Υγείας, μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπευθύνου και της διοίκησης του φορέα που ανήκουν και γνώμη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας και με απόφαση του Υπουργού Υγείας - Πρόνοιας. Οι διαφοροποιήσεις των οικοτροφείων ανάλογα με την ηλικία των ατόμων που διαμένουν σ' αυτά είναι:

- ✓ Οικοτροφείο νέων από 19-30 ετών
- ✓ Οικοτροφείο ενηλίκων από 31 - 55 ετών και
- ✓ Οικοτροφείο από 56 ετών και άνω

Το κλειστό νοσήλειο ορίζεται:

- § Για ενήλικες: 35 €ανά ημέρα ανά άτομο
- § Για παιδιά: 53 €ανά ημέρα ανά άτομο

2.4.3 ΤΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ

1. Το προστατευμένο διαμέρισμα είναι χώρος στέγασης σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες, ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές τα οποία έχουν αυξημένες αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Ο αριθμός των ατόμων που διαμένουν στα προστατευμένα διαμερίσματα δεν υπερβαίνει τα έξι.

2. Η ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται στα άτομα που διαμένουν στα προστατευμένα διαμερίσματα έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητας τους, ώστε να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία και στόχο την πλήρη αυτόνομη διαβίωση.

3. Στα προστατευμένα διαμερίσματα το ειδικό ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο ορίζεται σε 18,00 € ανά ημέρα και άτομο. Από το ποσό αυτό ο φορέας, ο οποίος υλοποιεί το πρόγραμμα των Προστατευμένων Διαμερισμάτων, αποδίδει στον ασθενή το 85%, για την αντιμετώπιση των δαπανών διαβίωσης στο πλαίσιο της θεραπευτικής - εκπαιδευτικής διαδικασίας κοινωνικής του επανένταξης. (Παρίσης και συν, 2003)

2.5 ΟΙ ΑΝΑΔΟΧΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ

Τέλος, μια ιδιαίτερη ενδιάμεση δομή είναι οι Ανάδοχες Οικογένειες. Σ' αυτήν την περίπτωση, ένας ή δύο ψυχιατρικοί ασθενείς "υιοθετούνται" από μια οικογένεια και ζουν μέσα σ' αυτή, καθώς η ίδια χρηματοδοτείται από κρατικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το πλαίσιο των ανάδοχων οικογενειών ευνοεί σημαντικά τις συναισθηματικές μεταβιβάσεις και ταυτίσεις του ασθενή. Εξαιτίας της παραλληλίας των οικογενειακών του εικόνων με τις αντίστοιχες της οικογένειας που τον αποδέχεται, ευνοείται η συναισθηματική κινητοποίηση του αρρώστου και συνεπώς η βελτίωση του. Μ' αυτόν τον τρόπο, η ένταξη ψυχωτικών σε ανάδοχες οικογένειες μπορεί να αποτελέσει ένα νέο πλαίσιο ψυχοθεραπευτικής σχέσης.

(Θεσσαλική εταιρία ψυχικής υγείας, περίθαλψης, αποκατάστασης, Εταιρεία ψυχική υγείας, κοινωνικής αποκατάστασης, 2005)

Η πολυετής εφαρμογή του θεσμού σε μερικές χώρες, οδήγησε σε αρκετές περιπτώσεις, σε νέα μορφή απομόνωσης των χρόνιων ασυλικών αρρώστων. Ο ρόλος της θεραπευτικής ομάδας συρρικνώθηκε πολλές φορές, εξαρχής, στον εφοδιασμό με φάρμακα και στην επίλυση πρακτικών προβλημάτων. Οι σχέσεις ασθενών και ανάδοχων οικογενειών συχνά, περιορίστηκαν στη διανομή των φαρμάκων και του φαγητού. Ο ασθενής ζει ουσιαστικά μακριά από την υπόλοιπη οικογένεια.

(Θεσσαλική εταιρία ψυχικής υγείας, περίθαλψης, αποκατάστασης, Εταιρεία ψυχική υγείας, κοινωνικής αποκατάστασης, 2005)

2.6 Ο ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ

Ο Ξενώνας αποτελεί ένα θεραπευτικό πλαίσιο που παρέχει τις αναγκαίες συνθήκες για την επίτευξη των στόχων της αποκαταστασιακής διεργασίας, προκειμένου τα μέλη που φιλοξενεί να ανακτήσουν τις λειτουργίες και ικανότητες που η ψυχική νόσος ή το ιδρυματικό παρελθόν έχουν υποβαθμίσει ή ακυρώσει. Το θεραπευτικό έργο του ξενώνα γίνεται μέσα από οργανωμένες θεραπευτικές πράξεις και δραστηριότητες οι οποίες καθορίζονται από τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες του ατόμου. Μέσα από καθημερινή συνύπαρξη των φιλοξενούμενων με τα μέλη της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας δημιουργούνται οι αναγκαίες συνθήκες για να εκφραστούν οι λειτουργίες που συνδέονται με την προβληματική του ατόμου, επιτρέποντας έτσι την επεξεργασία τους. (Δαμίγος, 2003)

Η παραμονή ενός μέλους στον ξενώνα δεν έχει μόνιμο χαρακτήρα αλλά στοχεύει στη μετάβαση σε μία πιο αυτόνομη μορφή διαβίωσης όταν οι συνθήκες και τα αποτελέσματα του θεραπευτικού έργου το επιτρέψουν. (Δαμίγος, 2003)

Χαρακτηριστικά του θεραπευτικού πλαισίου

Ο Ξενώνας, ως θεραπευτικό πλαίσιο προσδιορίζεται από 1) τα τεχνικά χαρακτηριστικά που είναι απαραίτητα προκειμένου η θεραπευτική διεργασία να αναπτυχθεί και 2) τα δυναμικά χαρακτηριστικά που αναφέρονται στις θεραπευτικές λειτουργίες που στοχεύουν στην υλοποίηση των θεραπευτικών στόχων.

Τα χαρακτηριστικά αυτά πρέπει να είναι σταθερά όσο είναι αναγκαίο αλλά και να μπορούν να μεταβάλλονται όταν οι θεραπευτικές ανάγκες το απαιτούν. (Δαμίγος, 2003)

Τα τεχνικά χαρακτηριστικά αφορούν: 1) Την έννοια ενός προστατευμένου χώρου ικανού να αναπαραγάγει μεταφορικά την έννοια του σπιτιού, της καθημερινής ζωής και συμμετοχής των μελών στα συμβαίνοντα, 2) Την έννοια του προσωπικού χώρου και των προσωπικών αντικειμένων που προσδιορίζει την ατομικότητα και διαφορετικότητα του ατόμου, 3) Την έννοια του κοινόχρηστου χώρου και των κοινών κανόνων συνύπαρξης που συμβάλλει στην ανάπτυξη του συναισθήματος ότι το άτομο ανήκει σε μία ομάδα με κοινούς αλλά διαφοροποιημένους στόχους και καθήκοντα ανάλογα με το άτομο, και 4) Την έννοια του κοινωνικού χώρου μέσα στον οποίο ανήκει ο ξενώνας και η συνεχής επικοινωνία και συναλλαγή με αυτόν. (Δαμίγος, 2003)

Τα δυναμικά χαρακτηριστικά αφορούν: 1) Την έννοια της φροντίδας και κάλυψης των βασικών αναγκών των φιλοξενούμενων που παραπέμπει στο γονεϊκό ρόλο, 2) Την έννοια της συνοδείας και στήριξης των φιλοξενούμενων στην προοπτική της αυτονόμησης και ανάπτυξης των ικανοτήτων τους, 3) Την έννοια της διαπραγμάτευσης ανάμεσα στις ανάγκες και τα αιτήματα των φιλοξενούμενων και τις δυνατότητες του πλαισίου αποκατάστασης, 4) Την έννοια της συμπληρωματικότητας στους ρόλους και τα καθήκοντα στο επίπεδο των μελών της θεραπευτικής ομάδας, 5) Την έννοια της διαφορετικότητας μεταξύ των φιλοξενούμενων, τόσο σε επίπεδο αναγκών αλλά και αιτημάτων, επιθυμιών, 6) Την έννοια του μεταβατικού που εμπεριέχει την έννοια του ανολοκλήρωτου, του προσωρινού και κατά συνέπεια την δυνατότητα εξέλιξης για την θεραπευτική ομάδα και τους φιλοξενούμενους, και 7) Την έννοια του απρόβλεπτου και της «έκπληξης» στην οποία η

Πολυκλαδική θεραπευτική Ομάδα πρέπει να είναι ανοιχτή και δεκτική στο «καινούργιο» της κλινικής ή κοινωνικής. (Δαμίγος, 2003)

Βασικοί κανόνες συνύπαρξης:

Βασικό πλαίσιο αναφοράς της ζωής του ξενώνα και θεμέλιος λίθος πάνω στον οποίο χτίζονται προοδευτικά οι συνθήκες συνύπαρξης, αποτελούν οι ακόλουθοι κανόνες, οι οποίοι αναφέρονται:

1. Στην απαγόρευση της βίας, σωματικής και λεκτικής από κάθε μέλος, είτε της ομάδας των ασθενών, είτε της θεραπευτικής ομάδας, προς οποιοδήποτε άτομο.
2. Στην φροντίδα και την διατήρηση των συνθηκών ασφάλειας των ατόμων ή του ξενώνα και στην απαγόρευση κάθε ενέργειας που θα μπορούσε να την βάλει σε κίνδυνο
3. Στην υποχρέωση να φροντίζεται η υγεία σε όλα τα επίπεδα.

Οι δύο πρώτοι κανόνες στοχεύουν στη δημιουργία ενός κλίματος ασφαλείας, εμπιστοσύνης και σεβασμού για το άτομο, ενώ ο τρίτος υπογραμμίζει την επένδυση που υπάρχει για την φροντίδα (της ζωής του ατόμου. Η παράβαση των κανόνων αυτών, αποτελεί αντικείμενο επείγοντος προβληματισμού από την Θεραπευτική Ομάδα στα πλαίσια της κλινικής επεξεργασίας και αναζητούνται τρόποι αντιμετώπισής της, με γνώμονα την διασφάλιση των θεραπευτικών στόχων.(Δαμίγος, 2003)

Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος και η Πολυκλαδική θεραπευτική Ομάδα καταρτίζουν εξαμηνιαίο πρόγραμμα για κάθε μία από τις ανωτέρω παρεχόμενες υπηρεσίες καθώς επίσης και Ατομικό θεραπευτικό Πρόγραμμα για κάθε φιλοξενούμενο άτομο στο οποίο αποτυπώνονται τα ανωτέρω, και καταγράφονται λεπτομερώς και συστηματικά με την ενεργό συμμετοχή του ενδιαφερομένου στον ατομικό του φάκελο. Το Ατομικό θεραπευτικό Πρόγραμμα αναθεωρείται τουλάχιστον κάθε εξάμηνο. (Παρίτσης και συν, 2003)

Ανά εβδομάδα καταχωρείται στο φάκελο του κάθε ατόμου κάθε είδους δραστηριότητα του μέσα και έξω από το χώρο κατοικίας είτε αυτή προβλέπεται στο Ατομικό θεραπευτικό Πρόγραμμα είτε όχι.

Τα προγράμματα αυτά κατατίθενται στο Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας και στο Δ/ντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχικής Υγείας και το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος οι οποίοι έχουν και την αρμοδιότητα ελέγχου από κοινού της πλήρους και ακριβούς εφαρμογής τους. (Παρίτσης και συν, 2003)

2.6.1 Η ΠΟΛΥΚΛΑΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

1. Το σύνολο των εργαζομένων σε κάθε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και στα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων που ανήκουν σε αυτήν αποτελεί την Πολυκλαδική θεραπευτική Ομάδα. Η Πολυκλαδική θεραπευτική Ομάδα ορίζεται με απόφαση του διοικούντος οργάνου του φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπεύθυνου. Η σύνθεση του προσωπικού που απαρτίζει την Πολυκλαδική θεραπευτική Ομάδα περιλαμβάνει ενδεικτικά ψυχίατρο ή παιδοψυχίατρο (στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης παιδιών και εφήβων), ψυχολόγο, κοινωνικό/ή λειτουργό, νοσηλεύτη/τρια, επισκέπτη/τρια υγείας, εργοθεραπευτή/τρια, διοικητικό/ή υπάλληλο. Η Πολυκλαδική θεραπευτική Ομάδα δύναται να πλαισιώνεται και με άλλες ειδικότητες κατά περίπτωση ή ανάλογα με το επιτελούμενο έργο, μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπεύθυνου. (Παρίτσης και συν, 2003)

2. Έργο της Πολυκλαδικής θεραπευτικής Ομάδας είναι ο σχεδιασμός και η υλοποίηση όλων των ενεργειών για την επίτευξη των στόχων της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης όπως αναφέρονται στη

Συναινετική Διακήρυξη μέσω των μεθόδων που περιγράφονται στην παρούσα απόφαση (υπ' Αρ 3α/οικ.876, ΦΕΚ 661/23-5-2000 τεύχος Β'). Βασική αρχή λειτουργίας της Πολυκλαδικής θεραπευτικής Ομάδας είναι η αμοιβαία, ισότιμη συνεργασία με σκοπό τη συμβολή της κάθε ειδικότητας στη σύνθεση του πολύπλευρου έργου της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Παρίτσης και συν, 2003)

3. Με απόφαση της διοίκησης του φορέα στον οποίο υπάγεται η μονάδα και μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπευθύνου ορίζεται εξωτερικός επόπτης με εξειδίκευση και εμπειρία σε θέματα δυναμικής της ομάδας για την ετήσια εποπτεία του έργου της Πολυκλαδικής θεραπευτικής Ομάδας. (Παρίτσης και συν, 2003)

Η σύνθεση της Πολυκλαδικής θεραπευτικής Ομάδας δεν μεταβάλλεται παρά μόνο με αιτιολογημένη εισήγηση του Επιστημονικού Υπευθύνου ή με αίτημα του ενδιαφερόμενου μέλους ή αποχώρηση του από το φορέα.. Η σταθερότητα της σύνθεσης της Πολυκλαδικής θεραπευτικής Ομάδας στις ειδικότητες και στα άτομα που έχουν οριστεί αποτελεί ευθύνη της Διοίκησης του φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος. Αναιτιολόγητη αλλαγή αποτελεί παράβαση των διατάξεων της παρούσας απόφασης από τη Διοίκηση. (Παρίτσης και συν, 2003)

2.6.2 Ο ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ

Με απόφαση του διοικούντος οργάνου του φορέα, στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος, ορίζεται Επιστημονικός Υπεύθυνος σε κάθε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή Πρόγραμμα

Προστατευμένων Διαμερισμάτων. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος ορίζεται με κριτήρια τη γνώση και εμπειρία του, αποδεικνυόμενων κυρίως από την ενεργό συμμετοχή του σε αντίστοιχες δράσεις ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και προέρχεται από τις ειδικότητες που συνθέτουν και στελεχώνουν την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα. (Παρίτσης και συν, 2003)

Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος έχει την ευθύνη συντονισμού και υλοποίησης του έργου της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας, όπως αυτό περιγράφεται ανωτέρω, την επιστημονική ευθύνη για τη λειτουργία της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και του Προγράμματος Προστατευμένου Διαμερίσματος γενικότερα και τη διασύνδεσή της με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του Τομέα που ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος. (Παρίτσης και συν, 2003)

Το αυτό πρόσωπο μπορεί να ορίζεται Επιστημονικός Υπεύθυνος σε περισσότερες από μία Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων του ιδίου φορέα.

2.6.3 ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ

Οι θέσεις του προσωπικού των Ξενώνων και των Οικοτροφείων συνιστώνται με Προεδρικό Διάταγμα. Το προσωπικό των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων προέρχεται από το προσωπικό του φορέα στον οποίο ανήκουν τα προγράμματα αυτά. (Παρίτσης και συν, 2003)

Ο αριθμός των εργαζομένων στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένων Διαμερισμάτων προσδιορίζεται από τον Επιστημονικά Υπεύθυνο ανάλογα με τη χρονική

φάση της λειτουργίας τους, το βαθμό υποστήριξης και τη λειτουργικότητα των ατόμων που διαμένουν σ' αυτά. Για τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή τα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 11 του Ν.2716/99 ο εβδομαδιαίος χρόνος απασχόλησης (μερική ή πλήρης) κάθε μέλους του προσωπικού τους η κατανομή του χρόνου αυτού μέσα στο εικοσιτετράωρο και ο αριθμός των εργαζομένων σ' αυτές εγκρίνεται από την αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας στην οποία ανήκει η Μονάδα Ψυχικής Υγείας. (Παρίσης και συν, 2003)

Με ευθύνη του Επιστημονικά Υπεύθυνου διασφαλίζεται ότι οι ρόλοι των εργαζομένων εκτός των καθηκόντων που απορρέουν από την ειδικότητα τους συνδυάζονται και προσαρμόζονται στους αποκαταστασιακούς στόχους καθώς και στο χρόνο απασχόλησης (μερική ή πλήρης) στη Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή στο Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος. (Παρίσης και συν, 2003)

Το μέλος της Πολυκλαδικής θεραπευτικής Ομάδας που αναλαμβάνει να οργανώσει και να συντονίσει την φροντίδα για τον ασθενή, όπως έχει σχεδιασθεί κατά την κατάρτιση του Ατομικού θεραπευτικού Προγράμματος, καλείται "πρόσωπο-αναφοράς" για τον ασθενή αυτό. (Παρίσης και συν, 2003)

Οι εργαζόμενοι σε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος οφείλουν να υπηρετούν το ρόλο του "προσώπου - αναφοράς" για τους διαβιούντες στις ανωτέρω Μονάδες και Προγράμματα. Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος ορίζει από το σύνολο των εργαζομένων κάθε έναν, ανεξαρτήτως ειδικότητας, για ποιους συγκεκριμένους ασθενείς αναλαμβάνει το ρόλο του "προσώπου - αναφοράς" γι' αυτούς. (Παρίσης και συν, 2003)

Τέλος, κανένας εργαζόμενος δεν μπορεί να αναλαμβάνει το ρόλο του "προσώπου - αναφοράς" για περισσότερους από έξι (6) ενοίκους των

Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή του Προγράμματος
Προστατευμένου Διαμερίσματος. (Παρίσης και συν, 2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

3.1 ΚΑΘΟΔΗΓΗΤΙΚΑ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Αποϊδρυματοποίηση είναι η συρρίκνωση του παραδοσιακού έγκλειστου περιβάλλοντος με την ταυτόχρονη επέκταση των κοινωνικά βασιζόμενων υπηρεσιών (Bachrach, 1976). Έχει επηρεάσει σημαντικά τις αλλαγές που γίνονται στην τακτική της νοσητικής ασθένειας και άσκησης τα τελευταία χρόνια. Ο Bachrach υποστηρίζει ότι υπάρχουν τρεις ξεχωριστές αντιλήψεις για την αποϊδρυματοποίηση. Σαν γεγονός, σαν διαδικασία και σαν φιλοσοφία. (Mounir και συν., c1998)

Υπάρχουν κάποια μοντέλα και θεωρίες που καθοδηγούν τη διαδικασία αποκατάστασης αλλά πρώτα πρέπει να ξεκαθαρίσουμε τι είναι η αποκατάσταση. Ο όρος έχει υιοθετηθεί στην ψυχιατρική από τη φυσικοθεραπεία, και δηλώνει μια διαδικασία δύο σταδίων: 1) Χειρισμός των συμπτωμάτων κάποιου σωματικά ανάπηρου όπως με "φάρμακα ή φυσιοθεραπεία και 2) βοήθεια του ατόμου να προσαρμοστεί μόνιμα στο περιβάλλον με την παροχή βοηθημάτων λ.χ. αναπηρικής καρέκλας (Bennett, 1983). Ο Bennett (1983) συζητά την εξέλιξη του όρου στην ψυχιατρική και δηλώνει ότι υπάρχουν 6 στάδια στην ανάπτυξη αυτής της έννοιας: (Mounir και συν., c1998)

1. α.) Προσπάθεια να μετριαστεί η ψυχική αναπηρία

β.) αποκατάσταση της αναπτύσσοντας άλλες ικανότητες και τοποθέτηση του ατόμου σε περιβάλλον μέσα στο οποίο να μπορεί να χρησιμοποιήσει αυτές τις ικανότητες.

2. Αποκατάστασή τους σε απασχόληση.

3. Επαναφορά των ψυχικά ασθενών στην προηγούμενη κατάσταση τους.

4. Επιστροφή ή ενσωμάτωση του ψυχικά ασθενούς μέσα σε σπίτι, σχολείο, κοινωνικό χώρο και ανάπτυξη των ικανοτήτων του.
5. Βελτίωση των δυνατοτήτων του ψυχικά ασθενούς.
6. Η διαδικασία βοήθειας του ψυχικά ασθενούς για την καλύτερη δυνατή χρήση των υπόλοιπων δυνατοτήτων με τις οποίες θα μπορέσει να λειτουργήσει όσο γίνεται περισσότερο σαν φυσιολογικός σε ένα κοινωνικό χώρο . (Mounir και συν., c1998)

3.2 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗΣ

Ένα μοντέλο παρέχει το πλαίσιο σκέψης για ένα συγκεκριμένο θέμα ή για ένα συγκεκριμένο πρόβλημα. Επιτρέπει να γίνουν υποθέσεις για το αποτέλεσμα της παρέμβασης το οποίο μπορεί να ελεγχθεί. Εάν οι υποθέσεις δεν υποστηρίζονται, τότε το μοντέλο και η τακτική που βασίζεται πάνω του πρέπει να αλλαχθεί. Η χρήση μοντέλου που θα καθοδηγήσει τη σκέψη και συμπεριφορά κάποιου όταν επεμβαίνει στην αποκατάσταση θα βεβαιώνει ότι η παρέμβαση είναι καλά μελετημένη, έχει ξεκάθαρο στόχο και αναμενόμενο αποτέλεσμα και συμφωνεί με άλλες παρεμβάσεις που αφορούν το ίδιο άτομο. (Mounir και συν., c1998)

3.3 ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Αυτό το μοντέλο αντιστοιχεί με το στάδιο 3 της ανάπτυξης του Bennett (1983) της εξέλιξης της αποκατάστασης. Υιοθετήθηκε από τη φυσιατρική και στην πιο βασική της μορφή και υποστηρίζει ότι εάν κάποιος παρατηρεί ένα σύνολο συμπτωμάτων, μπορεί να κάνει διάγνωση, και αυτή η διάγνωση προϋποθέτει την παρέμβαση με ένα συγκεκριμένο τρόπο για την παραγωγή της θεραπείας. Αυτό το μοντέλο φυσικά δεν μπορεί να ασκηθεί σε πολλές περιπτώσεις ακόμα και στην φυσιατρική, αλλά στην ψυχιατρική οι συνέπειες της είναι επιζήμιες. (Mounir και συν., c1998)

Πρώτον δηλώνει ότι κάποιο σωματικό πρόβλημα υπάρχει που μπορεί να θεραπευτεί με σωματικές παρεμβάσεις. Παρότι η σωματική παρέμβαση όπως η φαρμακευτική αγωγή είναι συχνά σημαντικό συστατικό της θεραπείας του ατόμου, αποτελεί ένα μόνο συστατικό που πρέπει να ληφθεί υπόψη σε σχέση με άλλες παρεμβάσεις. Η επικέντρωση του ενδιαφέροντος αποκλειστικά στη σωματική πλευρά του τι δε πάει καλά, δεν βοηθάει καθόλου, καθώς είναι πιθανόν να υπάρχουν πολλές πλευρές της ζωής τους που επηρεάζουν το επίπεδο λειτουργίας τους, για παράδειγμα το κοινωνικό περιβάλλον και οι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως η αυτό-εκτίμηση. (Mounir και συν., c1998)

Το ιατρικό θεραπευτικό μοντέλο, όπως υποστηρίζει ο Pilling (1991), σημαίνει ότι υπάρχει ίαση κι αυτό είναι το μοναδικό επιθυμητό αποτέλεσμα. Από τη στιγμή που οι περισσότεροι ασθενείς φτάνουν σε μια επανορθωτική και μακροχρόνια θεραπεία είναι φανερό ότι οι ψυχικές τους αναπηρίες είναι μακροχρόνιες και όλες οι προσπάθειες "θεραπείας" έχουν "αποτύχει". Η συνέχιση των προσδοκιών της ίασης από την πλευρά του θεραπευτή ή του ασθενούς δεν είναι χρήσιμη. Αντίθετα κάποιος πρέπει να στοχεύει σε κάτι πλησιέστερο του πέμπτου σταδίου του

Bennett στην ανάπτυξη της αντίληψης της ψυχιατρικής αποκατάστασης: έμφαση στα μικρά βήματα προς τη βελτίωση της λειτουργίας ενώ αναγνωρίζουμε ότι η λειτουργία του ατόμου θα έχει διακυμάνσεις. (Mounir και συν., c1998)

Το ιατρικό θεραπευτικό μοντέλο δηλώνει επίσης ότι το άτομο είναι άρρωστο και συνεπώς πρέπει να αφήσει το φυσικό του ρόλο και να δεχτεί παθητικά τη θεραπεία. Παρότι είναι καμιά φορά χρήσιμο για τους ασθενείς να υιοθετήσουν ένα ρόλο παθητικού ασθενή και να εισαχθούν στο νοσοκομείο για κάποια χρονική περίοδο κατά την οποία τα συμπτώματα επιδεινώνονται, η έμφαση στην αποκατάσταση βασίζεται συνήθως στη συνεργασία με τον ασθενή με στόχο τη βελτίωση ή συντήρηση της λειτουργίας. (Mounir και συν., c1998)

Από τη θετική πλευρά, κάποιοι ασθενείς και οι θεραπευτές τους ανακουφίζονται από τη διάγνωση η οποία δικαιολογεί τα συμπτώματα και τη συμπεριφορά που παρατηρούν και παρέχει την επιβεβαίωση ότι είναι κατανοητά. Όμως, η πραγματικότητα έγκειται στο ότι μέχρι τη στιγμή που οι ασθενείς φτάνουν στην αποκατάσταση και μακροχρόνια θεραπεία, η διάγνωση δεν προβλέπει την πρόγνωση, τα συμπτώματα ή τις παρεμβάσεις. Πράγματι, από τη στιγμή που κάποιος ασθενής έχει μακροχρόνια προβλήματα, η γνώση της βιοτικής του κατάστασης ή της κοινωνικής παρουσίας δείχνει περισσότερο για τη λειτουργία του παρά η γνώση της διάγνωσης. Συχνά λέγεται ότι μια διαγνωστική ετικέτα οδηγεί στο στιγματισμό και τη στερεοτυπία. Όμως αυτό δε γίνεται από την ίδια την ετικέτα αλλά από το γεγονός ότι γίνεται γνωστή η νοσηλεία του σε ψυχιατρικό ίδρυμα. (Mounir και συν., c1998)

3.4 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Όπως επισημαίνεται από τον έκτο ορισμό της αποκατάστασης του Bennett είναι φυσικό να θεωρήσουμε τον ασθενή της αποκατάστασης σαν ψυχικά ανάπηρο. Μέσω της διαδικασίας αποκατάστασης οι ανάπηροι βοηθούνται να προσαρμοστούν ή να προσαρμόσουν ή να αναπροσαρμόσουν την αναπηρία τους. Όπου η αναπηρία είναι μόνιμη, στόχος είναι να την αλλάξουμε ή να αφήσουμε στο περιβάλλον να την αποκαταστήσει. Ο Wing 1978,1981, προτείνει ένα χρήσιμο μοντέλο ψυχικής αναπηρίας που καθορίζει τρία επίπεδα: (Mounir και συν., c1998)

1. Πρωτογενής ή ενδογενής αναπηρία, που είναι το άμεσο αποτέλεσμα της "ασθένειας", λ.χ. θετικά συμπτώματα (παραισθήσεις) και αρνητικά (επίπεδο συναίσθημα, υποδραστηριότητα, κοινωνική απόσυρση, βραδύτητα της σκέψης και της κίνησης) στη σχιζοφρένεια.
2. Δευτερογενής αναπηρία που δεν αποτελείται από τα ενδογενή χαρακτηριστικά της ασθένειας αλλά είναι το αποτέλεσμα της αντιμετώπισης των άλλων, επιστημόνων, οικογένειας, κοινωνίας στην "ασθένεια" του ατόμου που αντικατοπτρίζεται στην τάση του ατόμου προς τον εαυτό του- η στάση του ατόμου θα δείξει έλλειψη αυτοπεποίθησης, χαμηλά κίνητρα, κακές στρατηγικές αντιμετώπισης, ίσως και άρνηση της ασθένειας ή υιοθέτηση άρρωστου ρόλου.
3. Τριτογενείς ή εξωγενείς αναπηρίες που είναι μειονεκτήματα σε κάποια έκταση ανεξάρτητα της ασθένειας που μπορεί όμως να παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη της ή να προέρχονται από τις αρχικές και δευτερεύουσες αναπηρίες- τέτοιες μπορεί να είναι το άσχημο περιβάλλον διαμονής, φτώχεια, ανεργία,

φτωχά κοινωνικά δίκτυα, δύσκολες οικογενειακές σχέσεις.
(Mounir και συν., c1998)

Αυτό το τριών επιπέδων μοντέλο είναι χρήσιμο διότι αναγκάζει κάποιον να κοιτάξει πέρα από τα συμπτώματα της ασθένειας, την αντίδραση του ατόμου και των άλλων ανθρώπων σε αυτά τα συμπτώματα, όλα εκ των οποίων μπορεί να επηρεάσουν το επίπεδο λειτουργίας του. Τονίζει επίσης ότι η παρέμβαση θα πρέπει να διεξάγεται όχι μόνο στην μονάδα αποκατάστασης αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Πρέπει να εφαρμόζεται στους ασθενείς ανεξάρτητα από το χώρο μέσα στον οποίο ζούνε. (Mounir και συν., c1998)

Η Bachrach (1986) υποστηρίζει ότι αυτό το μοντέλο αναπηρίας "μας επιτρέπει να επικεντρωθούμε σε συγκεκριμένους τομείς αναγκών μέσα στον πληθυσμό και μας βοηθά να σχεδιάσουμε το σχετικό πρόγραμμα". Παρέχει το πλαίσιο με τις σημαντικές ενδείξεις του που θα κατευθύνουμε τις πηγές. Τα μειονεκτήματα του μοντέλου είναι ότι βασίζεται στο ιατρικό σχήμα μπορεί, όπως προαναφέραμε, να μη χρησιμεύει στην κατανόηση των αναπηριών του ασθενούς. Αν και αυτό το μοντέλο υποδεικνύει τομείς της ζωής του ασθενούς που πρέπει να ληφθούν υπόψη δε δείχνει το πώς μπορεί κάποιος να παρέμβει προς όφελος του ασθενούς. Ο Wing διαχωρίζει (1978,1981) τις αναπηρίες από τις ανικανότητες. Οι Wood και Badley (1978) δηλώνουν επίσης ότι αναπηρίες- εμπόδια είναι οι κοινωνικές και περιβαλλοντολογικές συνέπειες της ανικανότητας. Ένα άτομο μπορεί να είναι ανάπηρο, αλλά να μην είναι ανάπηρο από την ανικανότητά του. Το παραπάνω όριο μπορεί να επιτευχθεί με τη μείωση των ανικανότητων του ατόμου, αλλά μπορεί να γίνουν περισσότερα για να μειωθεί η αργή αναπηρία με την αλλαγή των εξωγενών παραγόντων. Η αναπηρία συμβαίνει όταν οι ανικανότητες θέτουν το άτομο σε μειονεκτική θέση έναντι των άλλων

στην κοινωνία, και όταν η κοινωνία δεν παρέχει τα κατάλληλα πλαίσια για να μπορούν οι ασθενείς να βρουν κατάλυμα και αποκατάσταση των ανικανοτήτων τους . (Μουπίρ και συν., c1998)

3.5 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

Το μοντέλο δεξιοτήτων είναι σύμφωνο με το τέταρτο στάδιο του Bennett (1983) για την ανάπτυξη της αντίληψης της αποκατάστασης και την καλλιέργειά της στο πέμπτο στάδιο. Το μοντέλο δεξιοτήτων αναπτύχθηκε από την εργασία του Anthony (1977) και των συνεργατών του στις Η.Π.Α και πίστευε ότι:

Στόχος της προσέγγισης της αποκατάστασης είναι να παράσχουμε στο ανάπηρο άτομο την σωματική, νοητική, συναισθηματική ικανότητα που χρειάζεται για να ζήσει, να μάθει και να εργαστεί στην κοινωνία με το ελάχιστο δυνατό ποσό υποστήριξης από τα θεραπευτικά επαγγέλματα. Το μέσον επίτευξης αυτών των στόχων είναι η ανάπτυξη της ικανότητας του ασθενούς, όχι η εξάλειψη των συμπτωμάτων, και το μέτρο παρατήρησης της επίτευξης αυτής είναι η αλλαγή της κοινωνικής συμπεριφοράς, κι όχι η ψυχοδυναμική αυτογνωσία. (Mounir και συν., c1998)

Σε αυτό το μοντέλο επικρατεί η ιδέα ότι ο ασθενής έχει χάσει ή ποτέ δεν ανέπτυξε ικανότητες βασικές της επιβίωσης έξω από τα ψυχιατρικά ιδρύματα και συνεπώς εάν κάποιος τους διδάξει τις απαραίτητες δεξιότητες θα είναι σε θέση να επιβιώσουν. Ο Anthony (1977) υποστηρίζει μια διαδικασία τριών σταδίων για την ανάπτυξη των ικανοτήτων. (Mounir και συν., c1998)

1. Εντοπίστε τις ικανότητες εκείνες που η έλλειψή τους εμποδίζει την αποτελεσματική λειτουργία του ασθενούς στο περιβάλλον του.
2. Εκτιμήστε το παρόν και απαιτούμενο επίπεδο λειτουργίας της κάθε ικανότητας.

Παρεμβαίνετε για να εντοπίσετε οποιαδήποτε διαφορά ανάμεσα στο παρόν και αναμενόμενο επίπεδο ικανότητας διασπώντας την σε μικρά

βήματα, διδάσκοντας τη δεξιότητα στον ασθενή και επιτρέποντας του να παρουσιάσει κάθε βήμα στο περιβάλλον του λαμβάνοντας την υποστήριξη και διαφορετική ενίσχυση με βάση τις επιδόσεις του στην συγκεκριμένη δεξιότητα.

(Mounir και συν., c1998)

Πρόσφατα ο Anthony και οι συνάδελφοι του (Cohenand Cohen, Liberman) υποστήριξαν ότι η ανάπτυξη ικανότητας του ασθενούς θα πρέπει να βαδίζει χέρι- χέρι με την ανάπτυξη των πηγών του περιβάλλοντος. Οι Liberman, Fallon και Wallace (1984) σύμφωνα με τον Mounir (1998) αναφέρουν ότι η ανάπτυξη της σκέψης προέρχεται από το εύρημα ότι παρά τα στοιχεία ότι οι ασθενείς μπορούν ενεργά να συμμετάσχουν στις διαδικασίες εκμάθησης δεξιοτήτων ,η επαναφορά της λειτουργίας μέσω της εκμάθησης δεξιοτήτων περιορίζεται από τις συνεχιζόμενες ενδείξεις και την επανεμφάνιση των συμπτωμάτων. Με άλλα λόγια η βελτίωση που μπορεί να προέλθει από την εκμάθηση δεξιοτήτων είναι πολύ ελάχιστη από την προσδοκώμενη και συνεπώς πρέπει να στραφούμε προς την αλλαγή του περιβάλλοντος των ασθενών για να στηρίξουμε τις ικανότητες του όπως με την παροχή στεγασμένης εργασίας και βιοτικού περιβάλλοντος . (Mounir και συν., c1998)

Αυτό το μοντέλο αποκατάστασης είναι η βάση πάνω στην οποία στηρίχθηκε η ίδρυση του Κέντρου Ψυχικής Αποκατάστασης της Βοστώνης των Η.Π.Α το 1979 με τον Anthony σαν διευθυντή του. Εδώ οι ασθενείς βοηθούνται να θέσουν στόχους τους οποίους θέλουν να πετύχουν, να κάνουν τις επιλογές τους για τους στόχους τους. Η διαδικασία αποκατάστασης ξεκινά αφότου γίνει αυτή η επιλογή. Κατόπιν εξακριβώνονται η υποστήριξη και οι κρίσιμες δεξιότητες που χρειάζεται για να πετύχει το άτομο το στόχο του. Η παρέμβαση κατά τον Farkas (1990) σύμφωνα με τον Mounir (1998) αναφέρει ότι βασίζεται στη διάσπαση του στόχου σε μικρότερα μέρη και στη διδασκαλία και άσκηση

των δεξιοτήτων ώστε να πετύχει το άτομο αυτούς τους στόχους. Τα πλεονεκτήματα της προσέγγισης των δεξιοτήτων στην αποκατάσταση είναι ότι επιτρέπουν σε κάποιον να εξετάσει ένα ευρύ φάσμα τομέων της λειτουργίας, ότι παρέχει μεμονωμένη θεραπεία και χρησιμοποιεί πρακτικά μέσα για την επίτευξη των στόχων. Ο ασθενής δεν εκλαμβάνεται απομονωμένα αλλά μέσα στον περιβαλλοντολογικό και κοινωνικό του ρόλο. Τα μειονεκτήματα αυτής της προσέγγισης είναι ότι δε διακρίνει ανάμεσα στην έλλειψη ικανότητας και στην ικανότητα που υπάρχει μεν, αλλά δε χρησιμοποιείται. (Mounir και συν., c1998)

Οι λόγοι του που ένα άτομο δεν ασκεί μια δεξιότητα αγνοούνται για παράδειγμα ο ασθενής πιθανόν να μη θεωρεί μια δεξιότητα κατάλληλη ή σχετική. Το μοντέλο δεξιοτήτων επίσης αγνοεί την αστάθεια λειτουργίας των ατόμων με μακροχρόνιες ψυχικές ανικανότητες και προϋποθέτει ότι η πρόοδος θα γίνεται πάντα προς μια κατεύθυνση: προς τα εμπρός. Αν και δίνει στους ανθρώπους την ελπίδα ότι η ζωή μπορεί να βελτιωθεί, η αρνητική πλευρά δηλαδή η αποτυχία να φτάσει στον επιθυμητό στόχο μπορεί να οδηγήσει το θεραπευτή και ασθενή στη σκέψη ότι «πέτυχαν ενώ στην πραγματικότητα είχαν επιλέξει λάθος στόχο. Στην αρχική του μορφή το μοντέλο βλέπει τη μάθηση μιας δεξιότητας σαν το μόνο τρόπο αναπλήρωσης μιας αναπηρίας. Ο προτεινόμενος τύπος του μοντέλου επίσης λαμβάνει υπόψη τις περιβαλλοντολογικές πηγές. Πιθανόν να υπάρχουν άλλοι και πλέον κατάλληλοι τρόποι επίτευξης του ίδιου στόχου. (Mounir και συν., c1998)

3.6 TO MONTEΛO ANAGKΩN

Μπορούμε εύκολα μέσα από μια γρήγορη ματιά του British National Health Service και του Community Care Act (Department of Health, 1990), να συμπεράνουμε ότι το μοντέλο αναγκών είναι πλατιά αποδεκτό. Για παράδειγμα το πρώτο δικαίωμα που ορίζεται από το British Patient Charter είναι ότι κάθε πολίτης έχει δικαίωμα να λάβει μέριμνα υγείας βάση των κλινικών του αναγκών. Μέσα στα όρια αποκατάστασης και μακροχρόνιας θεραπείας, η έμφαση της αντιμετώπισης των αναγκών των ασθενών έχει δημιουργηθεί από την ανάγκη να παρέχεται εξατομικευμένη και στοχοκατευθυνόμενη θεραπεία, που βασίζεται σε μια διεξοδική αξιολόγηση του ασθενούς. Βάση αυτής της ανησυχίας είναι η προθυμία να αποφύγουμε τη θεραπεία του ασθενούς που συνδέεται με ιδρύματα και είναι πλέον γνωστό ότι είναι επιζήμια όπως η "κλειστή" θεραπεία, η απομόνωση, και η αποπροσωποποίηση. (Mounir και συν., c1998)

Οι Conning και Rowland (1992) σύμφωνα με τον Mounir (1998) θεωρούν ευνόητη στο στόχο αντιμετώπισης των αναγκών του ασθενούς είναι την ακόλουθη υπόθεση της διαδικασίας. Εάν συγκεντρωθούν πληροφορίες γύρω από τη λειτουργικότητα του ασθενούς σε όλες τις πλευρές της ζωής, τότε το προσωπικό θα μπορέσει να εξακριβώσει τις ανάγκες του και να συνθέσει κατάλληλο και ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα, βασισμένο σ' αυτές τις γνώσεις, που θα αντιμετωπίσει τις εξακριβωμένες ανάγκες. Αλλά η συσσώρευση στοιχείων κάνει πλέον εμφανές ότι αυτή η διαδικασία δεν είναι τόσο απλή όσο φαίνεται". Για παράδειγμα ο Khwaja (1985) βρήκε ότι προσωπικό και ασθενείς διαφωνούν για το ποιες είναι οι ανάγκες του ασθενούς. Έτσι, τίνος άποψη πρέπει να ακολουθήσουμε όταν σχεδιάζουμε το που να επέμβουμε; (Mounir και συν., c1998)

Δεύτερον οι Thapa & Rowland (1989) βρήκαν ότι προσωπικό και ασθενείς διαφέρουν στη σημασία που προσδίδουν στους διαφορετικούς τομείς αναγκών, έτσι δε σημαίνει ότι οι θεραπευτές γνωρίζουν την προτεραιότητα που πρέπει να δώσουν στις ανάγκες των ασθενών. (Mounir και συν., c1998)

Ένα τρίτο πρόβλημα κατά τους Conning και Rowland (1992) είναι ότι η στάση του προσωπικού για τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να φροντίζονται οι ασθενείς (δηλαδή, οι στάσεις τους για τις μεθόδους διαχείρισης), επηρεάζουν τις πληροφορίες που συγκεντρώνουν, τις ανάγκες που εντοπίζουν και τις παρεμβάσεις που επιλέγουν. Η όλη διαδικασία φαίνεται να περιστοιχίζεται από δυσκολίες. (Mounir και συν., c1998)

Εκτός των προφανών δυσκολιών φαίνεται να υπάρχει ένα περισσότερο βασικό πρόβλημα της απόφασης του ποιες ακριβώς είναι οι ανάγκες. Τι εννοούμε όταν μιλάμε για ανάγκες; Ο όρος "ανάγκη" χρησιμοποιείται με διάφορους τρόπους, από διαφορετικούς ή τον ίδιο συγγραφέα. Μερικές φορές η "ανάγκη" είναι ταυτόσημη με το "πρόβλημα" κατά τους Compton και Brugha (1988) δηλώνει "απαίτηση", "επιθυμία", "παροχές που καθορίζονται από τον επιστήμονα". Η ταύτιση των αναγκών με τις παροχές περιγράφεται από τους Brewin (1987) που επεσήμαναν ότι η ανάγκη θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη μόνο εάν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος τρόπος φροντίδας που αναμένεται να βελτιώσει το πρόβλημα. Αναρωτιέται κανείς εάν ο ασθενής θα συμφωνούσε. Αυτή η συγκεχυμένη χρήση του όρου ανάγκη προέρχεται από το γεγονός ότι έχει γίνει ελάχιστη εργασία παραγωγής ικανοποιητικού θεωρητικού μοντέλου της ανάγκης. Ο Waismann (1988) προσπάθησε να καλύψει το κενό και περιέγραψε πόσο σύνθετο πρέπει να είναι το μοντέλο που απαιτείται για την περιγραφή της ανθρώπινης ανάγκης. (Mounir και συν., c1998)

Η εκτίμηση των αναγκών σε μακροχρόνια φροντίδα αποδείχθηκε επίσης δύσκολη εξαιτίας της έλλειψης θεωρητικού μοντέλου. Οι μέθοδοι που επιλέγονται εξαρτώνται εν μέρει από τον ορισμό των αναγκών που υιοθετείται. Για παράδειγμα όταν η ανάγκη φαίνεται να είναι απαίτηση ή εκφραζόμενη ανάγκη τότε ο υπολογισμός του αριθμού νέων περιστατικών σε ημερήσια βάση θα δώσει το μέτρο της ανάγκης. Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί δύο όργανα εκτίμησης των αναγκών μακροχρόνιων ψυχασθενών. Ο Brewin ανέπτυξε το MRC στο οποίο το προσωπικό αξιολογεί-μετράει τον ασθενή. Οι Waismann και Rowland (1989) ανέπτυξαν ένα όργανο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί από ασθενείς με δυσκολία συγκέντρωσης όταν έρχονται αντιμέτωποι με παραδοσιακές μεθόδους εκτίμησης, που χρησιμοποιούν για να μετρήσουν τη σχετική σημασία, την οποία οι ασθενείς με μακροχρόνιες ψυχικές ανικανότητες δίνουν σε διάφορους τομείς αναγκών. (Mounir και συν., c1998)

Δεδομένων των δυσκολιών καθορισμού και μέτρησης των αναγκών, κάποιος θα αναρωτιόταν εάν είναι μια χρήσιμη έννοια πάνω στην οποία να βασιστεί η αποκατάσταση. Η μια απάντηση βρίσκεται στις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στο μοντέλο ικανοτήτων και το μοντέλο αναγκών. Κάποιος ασθενής ζούσε μόνος του και επισκεπτόταν το Ημερήσιο Κέντρο Μέριμνας σε καθημερινή βάση. Όταν διαπιστώθηκε από το προσωπικό ότι δεν ήξερε να μαγειρεύει του διδάχτηκαν κάποιοι τρόποι μαγειρικής για να μπορεί να ετοιμάζει μόνος του το φαγητό του. Μετά από καιρό τον επισκέφτηκαν στο σπίτι του και δεν είδαν πουθενά ίχνος μαγειρικής. "Γιατί δε μαγειρεύεις;" τον ρώτησαν. "Δεν το χρειάζομαι" απάντησε, "πηγαίνω στο καφενείο και εκεί οι φίλοι μου με κερνάνε". Μπορεί να του έλλειπε η ικανότητα μαγειρικής αλλά η ανάγκη του ήταν να τον ταΐζουν, κι αυτή ικανοποιείτο καλύτερα πηγαίνοντας στο

καφενείο όπου ταυτόχρονα διατηρούσε τις φιλίες του. (Mounir και συν., c1998)

Όταν οι ασθενείς δεν αποκτούν ή ασκούν μια δεξιότητα κατηγορούνται συχνά για "τεμπελιά" ή "έλλειψη κινήτρου". Στην πραγματικότητα όμως μπορεί η δεξιότητα να μην θεωρείται σημαντική από αυτόν, επειδή δεν ικανοποιεί μια ανάγκη, ή θεωρείται δύσκολη και η ανάγκη μπορεί να ικανοποιηθεί ευκολότερα. (Mounir και συν., c1998)

Η έννοια της ανάγκης αναγκάζει κάποιον να σκεφτεί το άτομο και πέρα από τις συγκεκριμένες παρεμβάσεις για δημιουργικό τρόπο αντιμετώπισης των αναγκών, και να δει ολόκληρη τη ζωή του ατόμου. Επίσης επιτρέπει να δούμε τις προσδοκίες και την ποιότητα ζωής του ατόμου. Αλλά πρέπει να γίνουν περισσότερα για τον ορισμό των αναγκών και την ανάπτυξη κατάλληλων μεθόδων μέτρησης. (Mounir και συν., c1998)

3.7 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΡΟΛΩΝ

Μια χρήσιμη αλλά λιγότερο δημοφιλής έννοια του προσανατολισμού της αποκατάστασης είναι αυτή του κοινωνικού ρόλου. Οι Lan και Power (1991) σύμφωνα με τον Mounir αναφέρουν ότι οι ρόλοι που εκτελεί ένα άτομο του δίνουν αυτοπεποίθηση, ιδιαίτερα όταν δεν έχει μία έμφυτη αυτοπεποίθηση. Η αποκατάσταση είναι διαδικασία εξακρίβωσης και παρεμπόδισης ή ελαχιστοποίησης των αιτιών της σοβαρής κοινωνικής αναπηρίας που συχνά συνοδεύει την ψυχική ασθένεια ενώ ταυτόχρονα βοηθά το άτομο να αναπτύξει ή να χρησιμοποιήσει το ταλέντο του και συνεπώς να αποκτήσει αυτοπεποίθηση μέσα από την επιτυχία του κοινωνικού του ρόλου όπως αναφέρει η Wing (1980) σύμφωνα με τον Mounir. Η ανάπτυξη και διατήρηση κοινωνικών ρόλων φαίνεται σαν ένας τρόπος μείωσης της κοινωνικής αναπηρίας που προκαλείται από την ψυχασθένεια. Μια από τις μεγαλύτερες δυσκολίες του ατόμου με μακροχρόνια ψυχασθένεια είναι η εκτέλεση ρόλων στον έξω κόσμο. (Mounir και συν., c1998)

Οι ρόλοι που εκτελούμε σχηματίζουν την κοινωνική μας θέση. Οι κοινωνικοί ρόλοι είναι ταξινομημένοι με ιεραρχική σειρά. Ένα άτομο μπορεί να έχει αρκετούς ρόλους σε διάφορες σφαίρες της ζωής: επαγγελματικό, κοινωνικό, οικογενειακό κ.ο.κ. Εάν δεν μπορούμε να αντιμετωπίσουμε τις προσδοκίες της κοινωνίας με την εκτέλεση των ρόλων μας, θεωρείται ότι έχουμε αποτύχει. Μέσα στην αποκατάσταση, δίνεται έμφαση στη διατήρηση του επαγγελματικού ρόλου και είναι σε αυτή τη σφαίρα που κάποιες υπηρεσίες, όπως το Netherne Rehabilitation Service του East Surrey, έχει πετύχει εξαιρετικά. Ο αρχικός στόχος του εργασιακού ρόλου έχει πολλά πλεονεκτήματα για κάποιον με μακροχρόνια νοητικά προβλήματα, όπως: στοιχεία της ίδιας της εργασίας και η αισθητηριακή και αντιληπτική κρίση. Η επίδραση της

αυτοπεποίθησης που βοηθά στην αποβολή του ρόλου του ασθενούς. (Mounir και συν., c1998)

Όμως ο Parry (1983) πιστεύει ότι δε θα πρέπει να αμελούμε την αποκαταστατική δυνατότητα των οικιακών ρόλων: μητέρα, πατέρα, σύζυγος. Για να ωφεληθούν οι ασθενείς από αυτή τη δυνατότητα, πρέπει να αναλυθούν συστηματικά οι δεξιότητες και τα καθήκοντα που καθορίζουν τον κάθε ρόλο, ως επίσης να περιγραφθεί η δομή του ρόλου. Όταν αυτό έχει ολοκληρωθεί, η διαδικασία αποκατάστασης θα ασχοληθεί με την εξακρίβωση των στοιχείων του ρόλου με τα οποία είναι ικανός ο ασθενής να ασχοληθεί, των στοιχείων εκείνων που μπορεί να μάθει ή να αναπτύξει, και εκείνων που δεν μπορεί να εκτελέσει κι άρα θα χρειαστεί την υποστήριξη από την οικογένεια ή από επαγγελματίες. Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι η λειτουργία των ατόμων με μακροχρόνια νοητικά προβλήματα παρουσιάζει διακυμάνσεις. Υπάρχουν φορές που θα πετύχει περισσότερα από τα αναμενόμενα, ενός δεδομένου ρόλου, και φορές που θα χρειάζεται βοήθεια. Στην ψύχωση, ο άνθρωπος μπορεί να διατηρήσει τον επαγγελματικό αλλά όχι τον οικογενειακό του ρόλο, έτσι η καλύτερη μέθοδος είναι να τον απομακρύνουμε από το οικογενειακό του περιβάλλον για λίγο, αλλά όχι και από την εργασία του. (Mounir και συν., c1998)

Μια προέκταση της έννοιας του κοινωνικού ρόλου είναι η συνεχής εκτίμηση της ικανότητας του ασθενούς στην εκτέλεση κάθε πλευράς κάθε ρόλου, και η δυνατότητα αυξομείωσης του επιπέδου υποστήριξης όπου είναι απαραίτητο. Μέσα στην ψυχιατρική ο πιο συχνά συζητούμενος ρόλος είναι ο ρόλος του ασθενούς. Η διαφωνία βρίσκεται στο ότι θεωρώντας τους ανθρώπους συνεχώς σαν νοητικά άρρωστους τους αναγκάζουμε να φέρονται σαν άρρωστοι και ότι υπάρχουν κοινωνικές προσδοκίες για το ρόλο του αρρώστου, συγκεκριμένα ότι:

- ✓ Ο άρρωστος απαλλάσσεται από τις φυσιολογικές κοινωνικές ευθύνες, στο βαθμό που απαιτείται από το είδος και το βαθμό της ασθένειας του.
- ✓ Δεν περιμένει κανείς από τον άρρωστο να αποφασίσει να γίνει καλά ή να συγκροτηθεί.
- ✓ Είναι ανεπιθύμητο το να είναι άρρωστος κανείς, άρα υπάρχει μια υποχρέωση να θέλει να γίνει καλά.

Υπάρχει μια υποχρέωση να ζητήσει βοήθεια για να γίνει καλά από ένα ικανό άτομο και να συνεργαστεί στη διαδικασία και θεραπείας του. (Mounir και συν., c1998)

Σαν αποτέλεσμα της σχέσης τους με τα ψυχιατρικά ιδρύματα, οι επιστήμονες ψυχικής υγιεινής συζητούν για την ανάληψη του ρόλου του ασθενούς σαν κάτι ανεπιθύμητο που πιθανόν να καταστέλλει την πρόοδο του αρρώστου. (Mounir και συν., c1998)

Από την άλλη πλευρά, απογοητευόμαστε όταν οι ασθενείς αρνούνται να δεχτούν ότι είναι άρρωστοι και δε συνεχίζουν τη θεραπευτική αγωγή, δε διατηρούν την επαφή με ψυχιατρικές υπηρεσίες ή δεν μπαίνουν στο νοσοκομείο. Ίσως στην αποκατάσταση ο ρόλος τους ασθενούς θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν κάθε άλλος ρόλος ενός ασθενούς. Με άλλα λόγια πρέπει να υπάρχει μόνιμη διαδικασία εκτίμησης για να αποφασίσουμε πόσο πολύ και ποιες πλευρές του συγκεκριμένου ρόλου θα πρέπει ή δε θα πρέπει να αναλάβει το άτομο. Υπάρχουν φορές που είναι πολύ σημαντικό για κάποιον να αναλάβει ένα ασθενή ρόλο αλλά θα ήταν ενάντιο στη φιλοσοφία της αποκατάστασης να επιτραπεί στο άτομο να φυτοζωεί σε αυτό το ρόλο όταν δε θα του είναι πλέον απαραίτητος. Η αντίληψη του ρόλου μέσα στην αποκατάσταση μπορεί να έρθει σε αντίθεση με το μοντέλο δεξιοτήτων. Ο ρόλος της μητέρας μπορεί να αποτελείται από πολλές δεξιότητες ή καθήκοντα, αλλά η απλή εκτέλεση αυτών των καθηκόντων δεν είναι

αρκετή. Όπως χαρακτηριστικά λέει και ο Parry (1983): "Δεν αρκεί να ξέρεις να μαγειρεύεις, πρέπει να ξέρεις και το πότε θα παίξεις με ένα μωρό." (Mounir και συν., c1998)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Η ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

4.1 ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

Η υποτροπή είναι στοιχείο της ψυχικής νόσου, η οποία προκαλείται από πολλούς – κυρίως περιβαλλοντικούς παράγοντες – όπως π.χ. η αδυναμία στήριξης του αρρώστου από την οικογένεια του ή από το κοινωνικό ευρύτερο περιβάλλον και από τα χαρακτηριστικά της ίδιας της νόσου, που επιτρέπουν την έξαρση των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων.(Σακελλαρόπουλος, 2003)

Η υποτροπή του ψυχικά ασθενή σημαίνει κοινωνική έκπτωση και επαγγελματικές δυσκολίες. Σημαίνει επίσης, συχνά, απόρριψη από την οικογένεια.

Η υποτροπή, κυρίως στις χρόνιες ψυχώσεις της διασχιστικής σειράς είναι διεθνώς το μεγαλύτερο πρόβλημα των υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Προκειμένου να αποφευχθεί η υποτροπή πρέπει η αγωγή κοινότητας η οποία θεωρείται το ίδιο σημαντική με την πρόληψη να προβεί σε σημαντικές ενέργειες. Αρκετά γρήγορα γίνεται αντιληπτή η αναγκαιότητα της πραγματοποίησης των προγραμματισμένων συνεντεύξεων του αρρώστου, με τους θεραπευτές των κλιμακίων της Κινητής Μονάδας, κάθε εβδομάδα ή κάθε δεκαπενθήμερο. Είναι εντυπωσιακό το πόσο ο άρρωστος επιδιώκει και προσδοκά αυτή τη συνέντευξη. Ιδίως για τις χρόνιες ψυχώσεις, η τακτική επικοινωνία με το θεραπευτή, είναι απολύτως απαραίτητη για την αποφυγή της υποτροπής.(Σακελλαρόπουλος,2003).

Αλλά και για το παιδί, για το γονέα και για τους ασθενείς που βρίσκονται σε μακρόπνοες ψυχοθεραπείες, η σταθερή μας παρουσία σε τακτές ημερομηνίες κοντά τους, προσφέρει μια συναισθηματική ασφάλεια, με σημαντική θεραπευτική βαρύτητα. Και εδώ, όπως και σε

πολλούς άλλους τομείς της παροχής υπηρεσιών, μπορεί να εφαρμοστεί το ψυχαναλυτικό θεραπευτικό πλαίσιο: σταθερός θεραπευτής και θεραπευόμενος, τακτές ημέρες και ώρες πραγματοποίησης θεραπευτικών συνεντεύξεων. Έχει διαπιστωθεί πια με βεβαιότητα, ότι η συνεπής παρουσία μας δίπλα στον άρρωστο και την οικογένεια του, μαζί με την αγωγή κοινότητας, συντελούν αποφασιστικά στην αποφυγή των βαριών υποτροπών. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Κάτω από τις προαναφερόμενες θεραπευτικές συνθήκες, όταν ο άρρωστος αρχίζει να μην πηγαίνει καλά, στην αρχική φάση της υποτροπής, παρεμβαίνουμε αυξάνοντας τη φαρμακευτική δόση και πυκνώνοντας την ψυχοθεραπευτική παρουσία. Έτσι μια προβλεπόμενη υποτροπή, σημαντικής έκτασης και βαρύτητας, παραμένει ως ελαφρά υποτροπή, χωρίς ουσιαστική μεταβολή της συμπεριφοράς του αρρώστου. Η επικινδυνότητα επίσης, που συνοδεύει συνήθως τη μεγάλη υποτροπή, δεν εμφανίζεται. Μάλιστα παρατηρείται ότι σπάνια πια βλέπουμε τους αρρώστους μας- οι οποίοι παρακολουθούνται για μια μεγάλη χρονική περίοδο από την Κινητή Μονάδα- να εμφανίζουν μεγάλες και ατίθασες, στη θεραπευτική αγωγή, διεγέρσεις.(Σακελλαρόπουλος,2003)

Όπου η υποτροπή συνδυάζεται με διέγερση και επιθετικότητα ή τάση για αυτοκτονία, ο ψυχίατρος κινδυνεύει να χάσει τον άρρωστο του. Η επικινδυνότητα του ψυχωσικού είναι ο κύριος παράγοντας που προκαλεί την απόρριψη από την κοινωνική ομάδα, τόσο του αρρώστου όσο και του θεραπευτή, παρόλη την αγωγή κοινότητας που έχει προηγηθεί. Ακόμη και σε κοινότητες όπου η σχέση με τον πληθυσμό είναι παλιά και σταθερή, μια ψυχρότητα μπορεί να εμφανισθεί, ως επακόλουθο ενός κρούσματος επικινδυνότητας.(Σακελλαρόπουλος,2003)

4.2 Η ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

Η προκατάληψη γεννιέται από το φόβο και τρέφεται με την άγνοια. Πρόκειται για φαύλο κύκλο που αποτελεί ένα από τα κυριότερα εμπόδια στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Επιπλέον, δεν επιτρέπει πολλές προσπάθειες αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης εκείνων των ατόμων που βίωσαν κάποια στιγμή της ζωής τους μια κατάσταση ψυχικής διαταραχής. Ακόμη χειρότερα, πολλές φορές αναστέλλει την προσφυγή σε εκείνες τις υπηρεσίες ή εκείνους τους επαγγελματίες που είναι εντεταλμένοι με την παροχή κατάλληλης βοήθειας όταν παρίσταται ανάγκη. (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2001)

Ο φόβος της τρέλας παγώνει τη σκέψη, μας ακινητοποιεί, ενώ ορισμένες φορές μπορεί να μας τρομοκρατήσει, ιδιαίτερα όταν αγγίζει εμάς τους ίδιους ή κάποια συγγενικά και φιλικά μας πρόσωπα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα συχνά ένα άτομο που πάσχει από μια ψυχική διαταραχή να ζητάει βοήθεια πολύ καιρό μετά την εμφάνιση της. Οι συνέπειες αυτής της καθυστέρησης είναι ευνόητες. (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2001)

Σύμφωνα με τον Piccione (1993) η απώλεια ή η διατήρηση της ψυχικής υγείας είναι ένα πρόβλημα μεγάλης σημασίας γιατί αφορά εκατοντάδες εκατομμύρια ανθρώπων σε όλο τον κόσμο. Αν όλοι αντιλαμβάνονταν και κατείχαν το θέμα, πολλοί άνθρωποι θα έθεταν σε μικρότερο κίνδυνο την ψυχική τους υγεία. Μερικές ψυχικές διαταραχές δε θα γίνονταν τόσο σοβαρές, ώστε να είναι δύσκολη η θεραπεία τους. Όλοι θα μπορούσαν να ζήσουν σε συνθήκες μεγαλύτερης ψυχικής ευεξίας. Κι αν αυτό συνέβαινε, δεν θα έβλεπαν τη ζωή τους κατεστραμμένη εξ αιτίας της πάθησης ενός οικείου τους προσώπου.

(Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2001)

Οι ιδέες που έχουμε στο μυαλό και την ψυχή μας μάς αγγίζουν ιδιαίτερα, επειδή εκεί βρίσκονται οι ρίζες της ταυτότητας μας. Από την άλλη μεριά, οι επιστημονικές γνώσεις για τη φύση των διαταραχών και την ψυχική υγεία είναι ασαφείς και αβέβαιες. Οι προκαταλήψεις είναι τα πρώτα εργαλεία- μια υπαρκτή θεωρία έτοιμη, που βασίζεται σε κοινοτοπίες- με τα οποία συμπληρώνουμε αυτές τις αβεβαιότητες και υπερασπιζόμαστε ενστικτωδώς τους εαυτούς μας. (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2001)

Προκατάληψη ονομάζουμε συνήθως μια πρόωρη, χωρίς εμβάθυνση, κρίση, μια άρρητη γνώμη, ικανή να οδηγήσει σε λανθασμένες στάσεις, ιδιαίτερα στο χώρο των κοινωνικών σχέσεων. Δεν είναι τυχαίο ότι με τον ίδιο όρο καταδεικνύουμε τη βλάβη που μπορεί να επιφέρουμε σε κάποιον μέσω μιας ακατάλληλης συμπεριφοράς. (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2001)

Η προκατάληψη οδηγεί στα άκρα, γενικεύει, αρνείται την ανάλυση και δημιουργεί μια άμεση αίσθηση σιγουριάς, γιατί καθιστά πιο εύκολες εκείνες τις πτυχές της πραγματικότητας που είναι πολύπλοκες και σχετικά άγνωστες. Όλοι, ανεξαρτήτως πολιτιστικού επιπέδου ή διανοητικών ικανοτήτων, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε την προκατάληψη σαν σύντμηση της σκέψης, είτε αφορά εμάς είτε τους άλλους. (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2001)

Στην περίπτωση της ψυχικής διαταραχής, μια πραγματικότητα άβολη για όλους όσους προσπαθούν να την αποσιωπήσουν, η προκατάληψη γίνεται πιο φανερή. Στα σοβαρά προβλήματα που ήδη υπάρχουν σε μια ανάλογη κατάσταση, έρχεται να προστεθεί και εκείνο της σιωπής ή της απόκρυψης, ένας τρόπος προφύλαξης που απομακρύνει αυτούς που υποφέρουν από τους άλλους αλλά και από τον ίδιο τους τον εαυτό. (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2001)

Οι πιο διαδεδομένες προκαταλήψεις για τις ψυχικές νόσους, που συχνά επιβαρύνονται από τη σιωπή και τη ντροπή που νοιώθουμε, είναι τέσσερις:

1. Οι ψυχικά πάσχοντες είναι επικίνδυνοι και η ψυχική διαταραχή δεν μπορεί να γίνει κατανοητή.
2. Η ψυχική διαταραχή έχει οργανική αιτιολογία.
3. Η ψυχική διαταραχή είναι ανίατη.
4. Η ιδιωτική περίθαλψη είναι καλύτερη και πιο αποτελεσματική από τη δημόσια.

Συγκεκριμένα:

ΟΙ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ Η ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΚΑΤΑΝΟΗΤΗ

Είναι πράγματι δύσκολο να διακρίνουμε τους αληθινούς φόβους από το φόβο που ενισχύει την προκατάληψη της επικινδυνότητας, όταν έχουμε απέναντι μας άτομα που έχουν προσβληθεί από ψυχικές διαταραχές. Σίγουρα υπάρχουν περιπτώσεις ψυχικής διαταραχής που οδηγούν αναπόφευκτα στη βία και στην εκδήλωση επιθετικών συμπεριφορών. Δε θα πρέπει να ξεχνάμε πόσες φορές άτομα που βρίσκονταν κατάσταση ψυχικής διαταραχής υπήρξαν επιρρεπείς στο λάθος και τη βία. Η επιθετικότητα σ' όλες αυτές τις περιπτώσεις δεν είναι άλλο από μια αντίδραση σε καταστάσεις φόβου, πόνου ή ανυπόφορης έντασης, ακόμη και απέναντι σε άτομα του οικείου περιβάλλοντος. Αυτός είναι όμως και ο κυριότερος λόγος για τον οποίο μπορεί να προληφθεί και να αντιμετωπιστεί έγκαιρα, όταν ο ασθενής παρακολουθείται από μια θεραπευτική ομάδα. (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2001)

Τα στατιστικά στοιχεία διαψεύδουν και ανατρέπουν την αντίληψη περί «βίαιου τρελού»: επιθέσεις, ζημιές, ανθρωποκτονίες είναι αναλογικά ίσες στον αποκαλούμενο «φυσιολογικό πληθυσμό» και τον πληθυσμό των ψυχικά ασθενών. Εδώ, παρόλα αυτά, δεν εξετάζουμε τόσο την αντικειμενική επικινδυνότητα (που σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει) όσο την προκατάληψη που τροφοδοτεί το φόβο απέναντι σε όποιον φανερά πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή. Αυτή είναι μια προκατάληψη που έχει δημιουργηθεί εξαιτίας του φόβου μας ν' αντιμετωπίζουμε καταστάσεις απρόβλεπτες, που εμφανίζονται ως απειλητικές και ακατανόητες. (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2001)

Πράγματι, κάποιος που πάσχει από μία ψυχονοητική διαταραχή μπορεί να φαίνεται απειλητικός και αυτό γιατί δεν καταφέρνουμε να καταλάβουμε ότι θέλει να επικοινωνήσει. Έχουμε την εντύπωση ότι μας λέει πράγματα χωρίς νόημα, ότι μιλάει μια γλώσσα ακαταλαβίστικη. Για να εξαφανίσουμε το φόβο και την ενόχληση που αισθανόμαστε, αρνούμαστε κάθε προσπάθεια να κατανοήσουμε τις σκέψεις και τα συναισθήματα αυτού του ανθρώπου, τον οποίο θεωρούμε εντελώς διαφορετικό από εμάς. Οι σκέψεις και τα συναισθήματα του είναι αναμφίβολα περίεργα και ακατανόητα, αν τα δει κανείς από μια εξωτερική οπτική, έχουν όμως πάντα ένα συγκεκριμένο νόημα, έστω και αν είναι πολύ δύσκολο σε μας να το κατανοήσουμε. Ο μόνος τρόπος για να μπορέσουμε να ξεπεράσουμε την προκατάληψη της επικινδυνότητας είναι να καταπολεμήσουμε την άγνοια μας και την τάση άρνησης που έχουμε να καταλάβουμε όλα αυτά τα περίεργα μηνύματα της πάθησης. (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2001)

Η ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΧΕΙ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η προκατάληψη για την οργανική αιτιολογία της ψυχικής νόσου γεννιέται απ' την ιδέα που θέλει την ασθένεια να εξαρτάται αποκλειστικά και μόνο από μια βλάβη ή από μια διαταραχή του εγκεφάλου. Σύμφωνα μ' αυτή την ιδέα, αν διαπιστώσουμε μια ανωμαλία ή μια ψυχονοητική πάθηση, αυτό σημαίνει ότι τα νευρικά κύτταρα έχουν καταστραφεί ή δεν λειτουργούν όπως πρέπει. Αυτή η προκατάληψη ενισχύεται απ' το γεγονός ότι υπάρχουν πράγματι ασθένειες του νευρικού συστήματος, μέρος του οποίου είναι και ο εγκέφαλος, όπως είναι οι όγκοι, οι σκληρύνσεις, η μηνιγγίτιδα, η άνοια, που έχουν οργανική φύση. Ενισχύεται επίσης από την ύπαρξη διαγνωστικών εργαλείων που «αποτυπώνουν» τη λειτουργία του εγκεφάλου, όπως το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, η μαγνητική και η αξονική τομογραφία. Ακόμη, μαζί με τις ασθένειες και τις διαγνώσεις συναντάμε και τις βιολογικές θεραπείες, οι οποίες αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις σοβαρές διαταραχές. (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2001)

Συνεπώς, το λάθος της προκατάληψης για την οργανική αιτιολογία είναι ότι επεκτείνεται με τρόπο αδικαιολόγητο σε όλες τις ψυχικές διαταραχές, ενώ ισχύει μόνο για ορισμένες από αυτές. Τώρα πια όμως γνωρίζουμε με βεβαιότητα ότι πολλές από τις διαταραχές της ψυχονοητικής ισορροπίας, ακόμη και οι πιο σοβαρές, δεν οφείλονται αποκλειστικά σε βλάβες οργανικής αιτιολογίας. Γι' αυτό το λόγο, σήμερα έχουν αναπτυχθεί κλάδοι διαφορετικών ειδικοτήτων: η Ψυχολογία που μελετά τη νόσηση και τις λειτουργίες της, η Νευρολογία που ασχολείται με τις οργανικές διαταραχές του Κεντρικού και Περιφερικού Νευρικού Συστήματος, η Ψυχιατρική που ασχολείται με τις ψυχικές διαταραχές. Αυτές οι επιστήμες ορίζουν ότι οι παράγοντες που οδηγούν έναν άνθρωπο στην «ψυχική ασθένεια» είναι σύνθετης φύσης και σίγουρα δε

σχετίζονται αποκλειστικά και μόνο με την κακή λειτουργία ενός οργάνου ή των κυττάρων ενός ιστού. (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2001)

Για να ξεπεράσουμε την προκατάληψη της οργανικής αιτιολογίας οφείλουμε να κατανοήσουμε ότι η ψυχική σφαίρα κάθε ατόμου δεν αντανakλά μόνο τη λειτουργία των οργάνων και των ιστών του σώματος, αλλά αποτελεί και τον καθρέφτη της ιστορίας του, δηλαδή του τρόπου ζωής, των απογοητεύσεων, των ικανοποιήσεων, των εμπειριών που σημάδεψαν με καθοριστικό τρόπο, θετικά ή αρνητικά, την ύπαρξη του. (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2001)

Η ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΙΝΑΙ ΑΝΙΑΤΗ

«Όταν κάποιος είναι τρελός, δεν μπορεί να γίνει τίποτε, δεν θεραπεύεται». Έτσι συνοψίζεται, με αυτόν το σκληρό και κυνικό τρόπο, η προκατάληψη για τις ψυχικές παθήσεις, σε μια σταθερή και αμετακίνητη κατάσταση που δεν έχει κανένα περιθώριο για επανεξέταση, τροποποίηση ή μεταβολή. Αν η προκατάληψη της οργανικής αιτιολογίας είναι η πιο διαδεδομένη, η προκατάληψη περί του ανίατου της ψυχικής νόσου είναι σίγουρα η πιο επιζήμια. Στερεί κάθε ελπίδα από όποιον την ασπάζεται και όποιον την υφίσταται, αποτρέποντας κάθε πρωτοβουλία και κάθε προσπάθεια, που είναι όμως απαραίτητες για την πορεία της ανάρρωσης. (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2001)

Αυτή η προκατάληψη ενισχύεται από το γεγονός ότι όποιος, συγγενής ή γνωστός, βρίσκεται σε επαφή με κάποιον που «δεν στέκει καλά ψυχικά» νοιώθει αδυναμία να βοηθήσει το άτομο που πάσχει, δε βλέπει να επέρχεται βελτίωση ενώ είναι συχνά μάρτυρας των επαναλαμβανόμενων υποτροπών του ασθενή. Τέλος, καμία επιστημονική θέση δε δικαιολογεί την άποψη ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι καθ'

εαυτές μη αναστρέψιμες. (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2001)

Η ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΕΙΝΑΙ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΚΑΙ ΠΙΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ

Αυτή η προκατάληψη τροφοδοτείται από τη δυσπιστία, που γενικότερα υπάρχει στη χώρα μας, απέναντι στο δημόσιο και ειδικότερα στον τομέα της υγείας. Στα παραπάνω πρέπει να προσθέσουμε το γεγονός ότι η ψυχική πάθηση προκαλεί σ' αυτόν που έχει επίγνωση της ασθένειας του και σ' αυτούς που βρίσκονται κοντά του ένα αίσθημα επίκρισης και ντροπής. Αντίθετα με άλλες μορφές παθολογίας, την ψυχική ασθένεια δεν την αποδεχόμαστε και γι' αυτό συχνά την αποκρύπτουμε. (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2001)

Για τους δημόσιους οργανισμούς υπάρχει μια επιπλέον προκατάληψη: Η ανωνυμία που τους περιβάλλει κάνει μια πιο προσωπική σχέση με τους θεράποντες να φαντάζει αδύνατη, ενώ αμφισβητείται ακόμη και η απαραίτητη προϋπόθεση της προσοχής και εμπιστευτικότητας που απαιτείται για την αντιμετώπιση των πιο σοβαρών προβλημάτων του ασθενή. Είναι σαφές ότι ο τρόπος που ερμηνεύουμε και βιώνουμε την ψυχική ασθένεια, σε συνδυασμό με τη δυσπιστία για την περίθαλψη στο δημόσιο τομέα, δεν μπορεί παρά να οδηγεί σ' ένα είδος θεοποίησης του ιδιωτικού τομέα. Όμως όσο κι αν δικαιολογείται αυτή η προκατάληψη αποδεικνύεται πλέον λανθασμένη. Είναι λανθασμένη γιατί βασίζεται σε μια απλοϊκή και επιστημονικά μη ακριβή σύλληψη της ψυχικής διαταραχής, που θεωρεί το πάσχον άτομο ένα πρόσωπο που υποβάλλεται σε μια θεραπεία που αφορά αποκλειστικά το ίδιο και τον θεράποντα ιατρό του. Ακριβώς όπως θα συνέβαινε για τη θεραπεία ενός σπασμένου ποδιού ή μιας εγχείρησης στις αμυγδαλές. Για

να καταλάβουμε και ν' αντιμετωπίσουμε αυτή την κατάσταση είναι απαραίτητη η συντονισμένη και μακροπρόθεσμη συνεργασία πολλών επαγγελματιών: του ψυχιάτρου, του ψυχολόγου, του κοινωνικού λειτουργού, των νοσηλευτών, καθώς και πολλών δημόσιων φορέων. Η δημόσια περίθαλψη έχει καθήκον να είναι σε θέση να επιτυγχάνει τη συντονισμένη δράση όλων των παραπάνω. Η ιδιωτική περίθαλψη, κυρίως για λόγους οικονομικούς, δεν μπορεί να το κάνει. (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, 2001)

Είναι σημαντικό, αν θέλουμε να προστατευτούμε από ιδέες κονσέρβες, να εξετάζουμε τα στερεότυπα που προκαλούν και θέτουν εμπόδια. Παρακάτω αναφέρουμε και κάποιες άλλες συνήθειες προκαταλήψεις γύρω από την ψυχική αρρώστια και τον ψυχικά άρρωστο.

- Ø «Η ΨΚΑ δεν είναι τίποτα άλλο παρά μια παράταση της θεραπείας. Ακολουθεί τη συνήθη νοσηλεία-περίθαλψη και έχει νόημα μόνο εάν πετύχει». Η άποψη αυτή είναι εσφαλμένη. Από τη μια μας οδηγεί σε πολύτιμη απώλεια χρόνου και από την άλλη θα μπορούσε να δικαιολογήσει την αποχή, εάν η θεραπεία δεν είχε αποφασιστικά αποτελέσματα στην ασθένεια, πράγμα που συμβαίνει συχνά στην ψυχιατρική. Άρα, λοιπόν, η κλινική λογική και δεοντολογία απαιτούν να αρχίσει η αποκατάσταση από τη στιγμή που θα αρχίσει η νοσηλεία-περίθαλψη και παράλληλα με κάθε άλλη μορφή θεραπείας που θα επιλεχθεί.
- Ø «Αυτό που χαρακτηρίζει τον χρόνια ψυχικά άρρωστο είναι η σοβαρή αρνητικότητα του για δραστηριοποίηση στη ζωή. Η απουσία της ζωικής ορμής. Συνεπώς, είναι αρκετό να καταγραφούν αυτές οι αδυναμίες και τα ελλείμματα, ώστε να του δοθεί μια σχετική βοήθεια για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων τους». Και αυτή η δεύτερη άποψη είναι επίσης εσφαλμένη. Κάθε χρόνιας άρρωστος μπορεί να παρουσιάζει μια μείωση των

δυνατοτήτων και δεξιοτήτων σε ορισμένα πεδία της ύπαρξης του αλλά, ταυτόχρονα, σε άλλα οι επιδόσεις παραμένουν καλές ή επιδέχονται βελτίωση.

- Ø «Με μια καλή ψυχιατρική εξέταση μαθαίνουμε αυτά που πρέπει να ξέρουμε για να προβούμε ή μη σε μια στρατηγική αποκατάστασης.» Και η Τρίτη αυτή άποψη είναι εσφαλμένη. Η λειτουργική υπολλειματικότητα μπορεί να είναι έκδηλη, αλλά δεν είναι και ταυτόχρονα δηλωτική των βιωμάτων και του τρόπου με τον οποίο το άτομο μπορεί να αποδεχθεί, να ξεπεράσει και να αντιμετωπίσει με το βέλτιστο δυνατό τρόπο την ανεπάρκεια του. Η αναπηρία εκ της υπολλειματικότητας δεν είναι κάτι το απόλυτο. Σχετίζεται με την πάσχουσα ύπαρξη, αλλά πάντως με μια ξεχωριστή ύπαρξη, την ενεστώσα κατάσταση, το περιβάλλον του, την επικρατούσα συναισθηματική κατάσταση στην οικογένεια του και τον περίγυρο της. Αυτή ακριβώς η σχετικότητα είναι που δικαιολογεί την προσπάθεια ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.
- Ø «Η υπολλειματικότητα είναι μια σταθερή κατάσταση. Δε μεταβάλλεται με το χρόνο, παρά ίσως αρνητικά.» Και η τέταρτη πρόταση είναι εσφαλμένη. Η αναπηρία εξ υπολλειματικότητας μπορεί να μεταβληθεί και ο ανάπηρος, χωρίς αμφιβολία, μπορεί να έχει θετική εξέλιξη. Η ύπαρξη συστημάτων αναπλήρωσης και υποστήριξης του χρόνιου αρρώστου μεταβάλλει βαθιά την υπολλειματική του κατάσταση.
- Ø «Η αναπηρία προκαλεί μια διαχωριστική διαδικασία, η οποία ευθύνεται για τη δημιουργία του ξεχωριστού κόσμου των αναπήρων, που στερείται γνήσιων συνδετικών κρίκων με τον κόσμο των άλλων.» Η πέμπτη αυτή άποψη ισχύει μόνο όταν δεν υπάρχει δράση και επιθυμία για αποκατάσταση. Η αποκατάσταση, αντιθέτως, έχει ως αξιωματικό της στόχο την αποκατάσταση των

διαρρηγμένων δεσμών αρρώστων και υγιών ή τη δημιουργία νέων δεσμών στην περίπτωση που δεν υπήρξαν ποτέ.

Αυτές οι προκαταλήψεις αποτελούν την πηγή παρεξηγήσεων, κακής κατανόησης και έντασης μεταξύ του κοινού, των θεραπειών και των εκπαιδευτών. Η διατήρησή τους, θεωρώ ότι, δυσκολεύει την κατανόηση των αναγκών του χρόνιου αρρώστου. Οι προσπάθειες που απαιτούνται να καταβάλουν ο άρρωστος και η κοινότητα γίνονται δύσκολες και κινδυνεύουν να αποτύχουν.(Κανδύλης,2005)

4.3 ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

Η ανάγκη για τη διερεύνηση της γνώμης του τοπικού πληθυσμού πάνω στην ψυχική αρρώστια θεωρείται πρωταρχική πριν από την οποιαδήποτε παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής στον τομέα. (Μαδιανός,1989)

Είναι αρκετά παραδεκτό ότι κάθε στάση του κοινού απέναντι στον ψυχικά άρρωστο, με τη μορφή της άρνησης της κατάστασης του, της προκατάληψης, της απόρριψης ή και της επιθετικότητας γίνεται αντιληπτή από αυτό το άτομο και η στάση αυτή παίζει σημαντικό ρόλο στην κοινωνική του ένταξη και αποκατάσταση. Μια σχετική διερεύνηση της στάσης θα προσέφερε χρήσιμες πληροφορίες για το σωστό σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής στην κοινότητα και προγραμμάτων εκπαίδευσης του κοινού, που θα βοηθούσαν στην καλλιέργεια μιας θετικής στάσης απέναντι στο άτομο που έχει ψυχολογικά προβλήματα. (Μαδιανός,1989)

Κατά τα τελευταία 30 χρόνια διεξάχθηκαν 200 περίπου κοινοτικές έρευνες που εστίαζαν στη μελέτη της στάσης του κοινού απέναντι στον ψυχικά άρρωστο. (Μαδιανός,1989)

Σύμφωνα με μια εκτενή ανασκόπηση των ερευνών αυτών από τη Rabkin, λίγες μόνο έρευνες χρησιμοποίησαν σωστή μεθοδολογία και δομημένες κλίμακες. Οι έρευνες αυτές έδειξαν ότι η γνώμη του γενικού πληθυσμού για την ψυχική αρρώστια διαφοροποιείται ως προς το φύλο, την εκπαίδευση και την κοινωνική τάξη. (Μαδιανός,1989)

Στην Ελλάδα μικρός αριθμός ερευνητών ασχολήθηκαν με το θέμα της στάσης των συγγενών ψυχικά αρρώστων απέναντι στην ψυχική

αρρώστια. Οι Βασιλείου και Γεώργας (1989) διεξήγαγαν παρόμοια έρευνα σε γενικό πληθυσμό.

Όλες οι έρευνες που διεξάχθηκαν στον ελληνικό χώρο έχουν ένα κοινό χαρακτηριστικό: την απουσία χρήσης της εξειδικευμένης, αξιόπιστης και αξιοσέβαστης κλίμακας που να αποκαλύπτει όλους τους πιθανούς παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση του κοινού απέναντι στην ψυχική αρρώστια. (Μαδιανός,1989)

Οι Koutrelakos και Gedeon χρησιμοποίησαν στη χώρα μας την κλίμακα των Cohen και Struening σ' ένα δείγμα 220 ατόμων, με κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, σπουδαστές κοινωνικούς λειτουργούς και δημόσιους υπαλλήλους. (Μαδιανός,1989).

Κατά τον Allport (1954), στάση είναι μια ψυχική και νευρική 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 είναι τις περισσότερες φορές ταυτόσημη με τη γνώμη, αν και μπορούμε να ισχυριστούμε ότι η στάση είναι μάλλον μια περισσότερο σταθερή κατάσταση έκφρασης απόψεων. Οι στάσεις βασίζονται πάνω σε αξιολογικές έννοιες σχετικά με χαρακτηριστικά ενός αντικειμένου, π.χ., των μαύρων, των ριζοσπαστών, των ψυχικά αρρώστων και εκλύουν ανάλογη συμπεριφορά. Οι στάσεις ποικίλουν σε ποιότητα και ένταση μέσα σε ένα συνεχές από τη θετική στην ουδέτερη και την αρνητική στάση. Οι στάσεις μαθαίνονται και μάλλον δεν είναι το αποτέλεσμα ιδιοσυγκρασιακής ανάπτυξης και ωριμότητας. Οι στάσεις αναφέρονται σε συγκεκριμένα κοινωνικά στοιχεία και η διαδικασία ανάπτυξης τους ποικίλλει στο βαθμό των αλληλοσυσχετίσεων τους.(Μαδιανός,1989)

Με βάση τα παραπάνω αναπτύχθηκε από τη δεκαετία του '30 μια ολόκληρη βιβλιογραφία γύρω από τεχνικές μετρήσεων των στάσεων. (Μαδιανός,1989).

Στο βαθμό που η μέτρηση των στάσεων απέναντι στην ψυχική αρρώστια ή σε παρεμφερή θέματα αποτελεί μέρος της κοινωνικής ψυχιατρικής έρευνας, παρατίθενται συνοπτικά οι κύριες μεθοδολογίες. (Μαδιανός,1989)

Η προσέγγιση του Bogardus (1925):Είναι η πρώτη Κλίμακα της Κοινωνικής Απόστασης που χρησιμοποιήθηκε για τη μελέτη των φυλετικών προκαταλήψεων. Οι απαντήσεις είναι διαρθρωμένες κατά τη σειρά της οικειότητας του ατόμου με το αντικείμενο προς το οποίο εκφράζει μια συγκεκριμένη στάση. (Μαδιανός,1989)

Η προσέγγιση του Thurstone (1931):Κατ' αυτόν, οι προτάσεις – απόψεις, που καλείται να απαντήσει ο ερωτώμενος, κλιμακώνονται ανάλογα με το βαθμό που η πρόταση εκφράζει μια θετική ή αρνητική στάση βασισμένη σε μια προηγούμενη συμφωνία κριτών. Τα βήματα για την κατασκευή μιας κλίμακας, κατά τον Thrustone, είναι τα ακόλουθα: 1) συγγραφή ενός αριθμού προτάσεων στάσεων απέναντι στο συγκεκριμένο θέμα, 2) οι προτάσεις αυτές κατηγοριοποιούνται από κριτές σε ίση απόσταση ανάλογα με τη συμφωνία των κριτών ως προς το κατά πόσο η πρόταση αυτή αντανακλά τη σχετική στάση, 3) οι προτάσεις αυτές αριθμούνται από το 1 έως το 11 και μια αριθμητική αξία τις χαρακτηρίζει, 4) υπολογίζονται οι διακυμάνσεις μεταξύ των κριτών και 5) απορρίπτονται όσες προτάσεις δε συμφωνούν με τους κριτές. (Μαδιανός,1989).

4.4 Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Το στίγμα της ψυχιατρικής νόσου έχει μακρά παράδοση στο νεοελληνικό πολιτιστικό περιβάλλον και αποτελεί σημαντικό στοιχείο που συνέβαλε και συμβάλλει ακόμη στην απόρριψη του ατόμου με σοβαρή ψυχιατρική νόσο, π.χ. σχιζοφρένεια, από την κοινότητα όπου αυτό έχει τις ρίζες του. Το στίγμα σχετίζονταν παλιότερα με την πίστη ότι η ψυχιατρική νόσος οφείλονταν σε «κατοχή» του ατόμου από τον ίδιο το «διάολο». Ο σύγχρονος διαφωτισμός όμως και η νέα γνώση έχουν απορρίψει τη δαιμονολογία και έχουν απομυθοποιήσει τη ψυχιατρική νόσο μπορεί να φτάσουν και στη μικρότερη κοινότητα και να γίνουν αποδέκτες, γεγονός που διευκολύνει τους στόχους της κοινοτικής ψυχιατρικής για τον αποστιγματισμό και κοινωνική επανένταξη του ατόμου που πάσχει.(Κωτσόπουλος,2003)

Το στίγμα δεν αφορά μόνον το άτομο που νοσεί αλλά και την οικογένεια του γιατί με αυτό απαξιώνονται και οι δύο. Συνεπώς επιβαρύνεται η κατάσταση του ατόμου, περιπλέκονται οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια και δυσχεραίνει ο βίος και των δυο στην κοινότητα. Κατά συνέπεια η προσπάθεια για την αποδυνάμωση και την εξάλειψη του στίγματος αντιμετωπίζει τις στερεότυπες πεποιθήσεις που το συγκροτούν και επικρατούν στην κοινότητα, στην οικογένεια, αλλά και στο ίδιο το πάσχον άτομο που έχει αποδεχθεί την απαξιωμένη εικόνα του εαυτού του.(Κωτσόπουλος,2003)

Οι στρατηγικές για την καταπολέμηση του στίγματος και των συνεπειών του μπορεί να διακριθούν σε τρεις μορφές: Πρώτον, αντίκρουση και διαμαρτυρία προς τα μέσα μαζικής ενημέρωσης που μεταδίδουν ανακριβείς πληροφορίες για ψυχιατρικούς ασθενείς ή την

ψυχιατρική νόσο και παράλληλη ενημέρωση του κοινού για την μη εγκυρότητα των ανωτέρω πληροφοριών. Δεύτερον, συστηματική αγωγή κοινότητας με την διάδοση έγκυρων πληροφοριών για την ψυχιατρική νόσο. Η αγωγή κοινότητας αποτελεί ισχυρότατο μέσο για την τροποποίηση των αρνητικών στερεότυπων πεποιθήσεων. Είναι αυτονόητο ότι αυτοί που αναλαμβάνουν την αγωγή κοινότητας πρέπει να είναι ενήμεροι, με έγκυρες πληροφορίες για τη φύση, τις εκδηλώσεις και την θεραπεία της. Τρίτον, η κοινωνική επαφή, γνωριμία και εξοικείωση με τον ψυχιατρικό ασθενή από μόνη της διαψεύδει τους φόβους και τις προκαταλήψεις. Πρόσφατη πείρα από την ίδρυση ξενώνων σε γειτονιές πόλεων δείχνει ότι η εξοικείωση με τους ασθενείς αναστέλλει ενέργειες γειτόνων που αποβλέπουν στον κοινωνικό τους αποκλεισμό. Η θετική εικόνα που προσφέρουν εξαρτάται φυσικά από την επιτυχή θεραπεία που τους προσφέρεται στον ξενώνα.(Κωτσόπουλος,2003)

Η πείρα από το πρόγραμμα κοινοτικής ψυχιατρικής στη Φωκίδα, που προσέγγισε ασθενείς ακόμη και στις πλέον παραδοσιακές και απομονωμένες κοινότητες της περιοχής, έδειξε πως η αγωγή κοινότητας, δηλαδή η συστηματική διαπαιδαγώγηση των κατοίκων για τη φύση της ψυχικής νόσου, ταυτόχρονα με την επιτυχή θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών, έκαμψαν τον στιγματισμό και την απόρριψη γεγονός που επέτρεψε την επανένταξη χρόνιων ασθενών και την διαβίωση τους στο φυσικό τους περιβάλλον. Το σημαντικό αυτό επίτευγμα υπήρξε αποτέλεσμα καλά προγραμματισμένης και εντατικής προσπάθειας.(Κωτσόπουλος,2003)

Το στίγμα εξακολουθεί σήμερα να υπάρχει δε ηπιότερες μορφές απ' ότι παλιότερα, αποτελεί δε τη συνισταμένη αρνητικών στερεότυπων πεποιθήσεων για τη φύση της ψυχιατρικής νόσου(δηλ. ο ασθενής είναι επικίνδυνος, έχει αδύναμο χαρακτήρα, είναι ανίκανος να φροντίσει τον εαυτό του), προκαταλήψεων (δηλ. το άτομο που αποδέχεται το

στερεότυπο δοκιμάζει θυμό, φόβο για τον ψυχιατρικό ασθενή), και διακρίσεων σε βάρος του ασθενή (δηλ, αποφυγή κοινωνικής επαφής, αποκλεισμό από εργασία και τόπο κατοικίας) (Κωτσόπουλος,2003)

Το στίγμα είναι ένα μεγάλο εμπόδιο για τους ανθρώπους που προσπαθούν να βελτιώσουν ή να αλλάξουν τη ζωή τους μετά από μια περιπέτεια ψυχικής αρρώστιας. Σαν αποτέλεσμα μπορεί να θεωρηθεί η αρνητική επίδραση στην πορεία και στην εξέλιξη της ασθένειας. Κυρίως στιγματίζονται τα μέλη της οικογένειας ακόμα και τα στελέχη ψυχικής υγείας μπορούν να στιγματισθούν και να γίνουν θέμα διάκρισης.(Παπαδοπούλου,2003)

Ο στιγματίας στα αρχαία ελληνικά ήταν αυτός είχε στίγματα στο πρόσωπο ή έχουν δημιουργηθεί από καυτηριασμό. Μεταφορικά θεωρείται το κοινωνικό ελάττωμα ή η παραβατική συμπεριφορά. (Παπαδοπούλου,2003)

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 ανίατων 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.(Λιάκος,2003)

Στην περίπτωση της ψυχικής ασθένειας η έλλειψη γνώσεων για την αιτιολογία της και οι εκδηλώσεις της νόσου, η αλλόκοτη και ανεξήγητη μεταβολή της συμπεριφοράς του ατόμου και η αλλοίωση των ψυχικών και πνευματικών λειτουργιών έχουν προκαλέσει τη σύνδεση της με μαγικές επιδράσεις. Η αντιμετώπιση της ασθένειας παλαιότερα, όπως είναι γνωστό, γινόταν από μάγους και ιερείς. Κατά το μεσαίωνα οι ψυχικά πάσχοντες ριχνόταν στην πυρά ως δαιμονισμένοι.(Λιάκος,2003)

Ο γενικός πληθυσμός ακόμα και οι επαγγελματίες έχουν τάση να διατηρούν μια στερεότυπη εικόνα για όσους πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Οι κυριότερες εσφαλμένες αντιλήψεις είναι οι εξής:

- ü Κανείς δεν γιατρεύεται από τη σχιζοφρένεια.
- ü Η σχιζοφρένεια δεν αντιμετωπίζεται.
- ü Οι σχιζοφρενείς μπορεί να μολύνουν τους άλλους με την τρέλα τους.
- ü Οι σχιζοφρενείς είναι νοθροί και αναξιόπιστοι.
- ü Οι κουβέντες τους είναι ανόητες.
- ü Είναι απρόβλεπτοι.
- ü Ανίκανοι να πάρουν αποφάσεις για τη ζωή τους.
- ü Ανίκανοι για δουλειά.
- ü Υπεύθυνοι είναι οι γονείς για εμφάνιση της σχιζοφρένειας.

Ο Goffman υποστηρίζει ότι ο τρόπος που αντιδρούμε απέναντι στα άτομα που παρουσιάζουν ή φέρουν μια ιδιαιτερότητα μη επιθυμητή συνιστά κοινωνικό στίγμα. Δίνει μια κατηγοριοποίηση των συνθηκών του κοινωνικού στίγματος.

- Ø Κηλίδωση του σώματος ή παραμορφώσεις π.χ. παραπληγία.
- Ø Κηλίδωση του χαρακτήρα ή συμπεριφοράς π.χ. ψυχική αρρώστια, αλκοολισμός.
- Ø Φυλετικό στίγμα π.χ. εθνική ή φυλετική διαφορά

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 ασθενής είναι ανίατος, επικίνδυνος για το περιβάλλον και ανεύθυνος για τις πράξεις του.(Λιάκος,2003)

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.(Λιάκος,2003)

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 το 20% των σχιζοφρενών μετά από μία 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 τις μεγαλύτερες χρονικές περιόδους της ασθένειας κοινωνικά βιώσιμοι, είτε επανέρχονται πλήρως χωρίς ουσιαστικά υπολλείματα της νόσου ή βελτιώνονται σημαντικά. Μόνο το 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)

Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή, που αφορά τον κίνδυνο που διατρέχει ο ίδιος ο άρρωστος και το περιβάλλον του, εμφανίζεται υπό μορφή αυτοκτονίας και βίαιης συμπεριφοράς. Οι επιστημονικές έρευνες δείχνουν ότι στις ψυχώσεις ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και ανέρχεται σε 15 με 20% περίπου. Εν τούτοις, η βίαιη συμπεριφορά προς τρίτους υπό μορφή ανθρωποκτονιών δεν υπερβαίνει το ποσοστό που παρατηρείται στον υγιή πληθυσμό. Βίαιη συμπεριφορά, ηπιότερης μορφής, πιθανώς να συνδέεται με την αντιμετώπιση του ασθενούς από το περιβάλλον και τους θεραπευτές και με το γεγονός ότι η νόσος συχνά δεν μπορεί να διαγνωσθεί και δε θεραπεύεται έγκαιρα, με αποτέλεσμα την επιδείνωση της, την έλλειψη ευαισθησίας από πλευράς του ασθενή και κατ' επέκταση την εφαρμογή της νομοθεσίας που επιβάλλει την υποχρεωτική νοσηλεία του αρρώστου.(Λιάκος,2003)

Η στερεότυπη αντίληψη περί ανευθυνότητας του ψυχωσικού επίσης δεν είναι δικαιολογημένη. Αυτό γιατί παρότι μια βαριά μορφή της νόσου μπορεί να επηρεάσει την κρίση του ασθενή με αποτέλεσμα να τον καταστήσει ανεύθυνο για τις πράξεις του, 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.(Λιάκος,2003)

Παράλληλα για την αντιμετώπιση του στίγματος και των διακρίσεων που συνοδεύουν τη σχιζοφρένεια, η παγκόσμια ψυχιατρική εταιρεία ξεκίνησε το 1986 ένα πρόγραμμα για την καταπολέμηση τους. Σκοπός του προγράμματος είναι η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του

ευρύτερου κοινωνικού συνόλου, η βελτίωση των αντιλήψεων και των στάσεων του κοινού απέναντι στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια και στις οικογένειες τους και η ανάπτυξη δράσεων προκειμένου να εξαλειφθούν το στίγμα και οι διακρίσεις. (Παπαδοπούλου,2003)

Για να περιορισθεί το στίγμα και οι διακρίσεις που αφορούν την σχιζοφρένεια οι ειδικοί είναι αναγκαίο να βελτιώσουν τις θεραπείες, ν' αλλάξουν τις απόψεις των ανθρώπων μέσα από προγράμματα και εκπαιδευτικές εκστρατείες, ν' αλλάξουν οι νόμοι και να γίνουν ρυθμίσεις για τον περιορισμό των διακρίσεων και την αύξηση της προστασίας των ψυχικά αρρώστων. (Παπαδοπούλου,2003)

Επομένως, προτείνονται κάποιες τεχνικές που σκοπό έχουν να περιορίσουν το στίγμα και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχική ασθένεια. Όπως αναφέρει το ΕΠΨΥ είναι οι εξής:

- ✓ Βελτίωση και χρήση φαρμάκων που ελέγχουν τα συμπτώματα και ταυτόχρονα μειώνουν τις παρενέργειες.
- ✓ Έναρξη κοινοτικών εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων με σκοπό τη μεταστροφή των απόψεων.
- ✓ Εκπαίδευση κατά του στίγματος για τους εκπαιδευτικούς και τους παρέχοντες φροντίδα υγείας.
- ✓ Βελτίωση της ψυχοεκπαίδευσης των ασθενών και των οικογενειών τους σχετικά με τους τρόπους που μπορούν να ζουν με την ασθένεια.
- ✓ Ευαισθητοποίηση και εμπλοκή των ασθενών και των οικογενειών τους στις διαδικασίες αναγνώρισης των διακρίσεων.
- ✓ Ενίσχυση κοινωνικών και νομικών ενεργειών για τον περιορισμό των διακρίσεων.

Αν ο ασθενής συμμαρτίζεται το κοινωνικό στίγμα σε βάρος του, όπως συμβαίνει συχνά, τότε μιλάμε και για αυτοστιγματισμό. Στη

περίπτωση αυτή ο ασθενής έχει αρνητικές πεποιθήσεις για τον εαυτό του(δηλ. αδύναμος χαρακτήρας, ανάξιος),δοκιμάζει αρνητικά συναισθήματα (δηλ. χαμηλή αυτοεκτίμηση, πιστεύει ότι είναι αναποτελεσματικός), η δε συμπεριφορά του είναι ανάλογη των διακρίσεων που υφίσταται (δηλ. δεν προσπαθεί και αποτυγχάνει στην δημιουργία σχέσεων με άλλους ανθρώπους, στην αναζήτηση εργασίας, κατοικίας) .(Κωτσόπουλος,2003)

Το στίγμα είναι συνήθως σοβαρότερο εάν το άτομο έχει κάποια ψυχιατρική νόσο παρά εάν έχει σωματικά μειονεκτήματα ή αναπηρίες. Αυτό οφείλεται στην εντύπωση ότι ο ψυχικά ασθενής είναι υπεύθυνος για την κατάσταση του και άρα δεν χρειάζεται οίκτο.(Κωτσόπουλος,2003)

Αποτέλεσμα του στίγματος είναι ο κοινωνικός αποκλεισμός, η ελλιπής βοήθεια και τέλος, η αναγκαστική νοσηλεία του ψυχιατρικού ασθενή σε θεραπευτήρια αποκλειστικά για ψυχιατρικά νοσήματα. Επίσης, μια άλλη γενικότερη συνέπια του είναι και η περιθωριοποίηση της ψυχιατρικής σε σχέση με άλλους τομείς της ιατρικής.(Κωτσόπουλος,2003)

Το πρόβλημα του αυτοστιγματισμού των χρόνιων ασθενών δεν πρέπει να παραγνωρίζεται από τους θεραπευτές ξενώνων, οικοτροφείων και προστατευμένων διαμερισμάτων. Το εσωτερικευμένο στίγμα συχνά αυξάνει την κοινωνική απόσυρση και αυτοεγκατάλειψη ενώ μπορεί να οδηγήσει άλλους σε εκδηλώσεις θυμού, διαμαρτυρίας, καταστροφικής επιθετικότητας ή και αυτοκαταστροφής. Η ανάκτηση της αυτοεκτίμησης αποτελεί δύσκολο αλλά ουσιαστικό μέρος της θεραπευτικής προσπάθειας. Η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση στην προσπάθεια αυτή είναι ουσιαστική. (Κωτσόπουλος,2003)

4.5 Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ο όρος κοινωνικός αποκλεισμός δεν χρησιμοποιείται ακόμα ευρέως στις επιστήμες της ψυχικής υγείας. Τα τελευταία χρόνια ωστόσο η χρήση του συνεχώς διευρύνεται στη μελέτη και τη συζήτηση σχετικά με τις κοινωνικές, πολιτιστικές και οικολογικές συνιστώσες της ψυχικής υγείας.(Κωνσταντακόπουλος,2003).

Παρότι στην υιοθέτηση του όρου και τη σχετική μ' αυτόν θεματολογία, οι επιστήμες υγείας εμφανίζονται να ακολουθούν τις κοινωνικές επιστήμες, τα κοινωνικά προβλήματα που εν δυνάμει περικλείονται στην έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού και η σχέση τους με την υγεία και ιδιαίτερα την ψυχική υγεία, αποτελούν εδώ και χρόνια αντικείμενο έρευνας και παρέμβασης των σχετικών επιστημών. Οι επιδράσεις του κοινωνικού και ευρύτερου περιβάλλοντος στην παθογένεια της ψυχικής νόσου και στην επίτευξη ψυχικής υγείας καθώς και στην πορεία των διαταραχών και την εξέλιξη των θεραπευτικών παρεμβάσεων αποτελούν το κύριο αντικείμενο ειδικών κλάδων της ψυχιατρικής και της Κοινωνικής ψυχολογίας. Συγκεκριμένες ειδικότητες έχουν αναπτυχθεί για την υλοποίηση σχετικών ερευνών και παρεμβάσεων, όπως η Κοινοτική ψυχιατρική, η Ψυχιατρική Επιδημιολογία, η Διαπολιτισμική ψυχιατρική και ψυχολογία.(Κωνσταντακόπουλος,2003).

Παρά την σχετική καθυστέρηση λοιπόν που παρατηρείται στην χρήση του όρου, θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι επιστήμες και οι υπηρεσίες της ψυχικής υγείας ασχολούνται με τον κοινωνικό αποκλεισμό από τη δική τους σκοπιά, με την έννοια ότι ασχολούνται με ένα σύνολο κοινωνικών προβλημάτων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία, με την

εκδήλωση και την εξέλιξη των ψυχικών διαταραχών. (Κωνσταντακόπουλος,2003).

Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού έχει πλέον εισαχθεί και στον χώρο της ψυχικής υγείας, επιδρώντας σημαντικά στον προβληματισμό για την οργάνωση των υπηρεσιών, για το είδος των δομών και παρεμβάσεων και γενικότερα για τον σχεδιασμό πολιτικών υγείας. Η συζήτηση για τον κοινωνικό αποκλεισμό και την αντιμετώπιση του συνδέεται άμεσα με τη διερεύνηση των διαδικασιών μέσω των οποίων το κοινωνικοοικονομικό status, τα πολιτιστικά χαρακτηριστικά και άλλες κοινωνικές παράμετροι επηρεάζουν την ψυχική υγεία. (Κωνσταντακόπουλος,2003).

Ανεξάρτητα από την αντίληψη που κάθε φορά υιοθετείται για τον κοινωνικό αποκλεισμό, όλοι αναγνωρίζουν ότι τα προβλήματα που επιχειρεί ο όρος να περιγράψει, συμπλέκονται, αλληλοτροφοδοτούνται και αναπαράγονται. Ως εκ τούτου οι ποικίλες διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού σχετίζονται ως σύνολο με την ανάπτυξη προβλημάτων ψυχικής υγείας και την επίδραση αυτών στην ποιότητα της ζωής. (Κωνσταντακόπουλος,2003).

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας μπορούν να θεωρηθούν τόσο ως συνέπεια όσο και ως αιτία του κοινωνικού αποκλεισμού. Αυτή η πραγματικότητα αναγνωρίζεται πλέον όχι μόνο από ειδικούς αλλά σε επίπεδο κυβερνήσεων και χάραξης κοινωνικών πολιτικών. Η “Μονάδα για τον κοινωνικό αποκλεισμό” της κυβέρνησης στη Βρετανία παρουσιάζει σε κείμενα της σχετικά στοιχεία, όπως α)αναφορές που κατέδειξαν υψηλή συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας σε κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες – άστεγους, αποφυλακισμένους κ. α. β)εργασίες που παρουσίασαν πως τα προβλήματα ψυχικής υγείας μπορεί να δρουν ως ο σημαντικότερος φραγμός στην κοινωνική επανένταξη ατόμων ή ομάδων που υφίστανται αποκλεισμό.

4.6 ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΙ Η ΑΓΩΓΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Η πολυδιάστατη και «ολιστική φύση του αποκλεισμού, τα πολλαπλά προβλήματα και οι διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες που περιγράφονται με την έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού και οι πολύπλευρες διασυνδέσεις των προβλημάτων αυτών με την ψυχική υγεία, δείχνουν πόσο σύνθετα πρέπει να θεωρούνται τα ζητήματα παρέμβασης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και γενικότερα η διαμόρφωση πολιτικής για την αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού. Από όσα αναφέρθηκαν παραπάνω ωστόσο, έγινε σαφές ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής υγείας, κατέχουν κεντρική θέση σε οποιαδήποτε πολιτική αντιμετώπισης του αποκλεισμού ευπαθών κοινωνικών ομάδων, μέσα όμως από ποιες αρχές και στρατηγικές οφείλουν να αναπτυχθούν υπηρεσίες κατάλληλες γι' αυτόν τον ρόλο; (Κωνσταντακόπουλος,2003).

Μια πλευρά του ερωτήματος αφορά την στρατηγική ανάπτυξης υπηρεσιών ψυχικής υγείας που θα αντιμετωπίζουν ολιστικά τις ανάγκες του χρήστη και της κοινότητας, προλαμβάνοντας τον αποκλεισμό των ψυχικά πασχόντων και υποστηρίζοντας πολύπλευρα την ψυχική υγεία των πλέον ευπαθών ομάδων και ατόμων της κοινότητας – παιδιών, γυναικών, ηλικιωμένων, ΑΜΕΑ. Απαιτούνται γι' αυτό υπηρεσίες σε κοινοτική βάση με δράσεις που ενδυναμώνουν και ευαισθητοποιούν την κοινότητα, με ευαισθησία στην προσέλκυση των ατόμων που δύσκολα προσεγγίζουν τις υπηρεσίες αυτές, με ικανότητες στην ανάπτυξη συνεργιών με άλλους τομείς κοινωνικής πολιτικής, υγείας και πρόνοιας. (Κωνσταντακόπουλος,2003).

Η δεύτερη και ιδιαίτερη πλευρά του ερωτήματος που τέθηκε, αφορά τις παρεμβάσεις του τομέα της ψυχικής υγείας σε ειδικές ομάδες που βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό. Οι ειδικές υπηρεσίες που πρέπει να αναπτυχθούν, οφείλουν και μπορούν να συμβάλλουν καθοριστικά στην κοινωνική ένταξη των ατόμων και των ομάδων αυτών. Η στρατηγική της παρέμβασης οφείλει να ανταποκρίνεται στην «ολιστική» φύση του κοινωνικού αποκλεισμού, όπως αυτή εκφράζεται στην εκάστοτε ομάδα – στόχο. (Κωνσταντακόπουλος,2003).

Εύκολα γίνεται κατανοητό ότι γενικές συνταγές δεν μπορούν να υπάρξουν για τόσο διαφορετικές ομάδες που έχουν ανάγκη ειδικών παρεμβάσεων: μειονοτικές ομάδες, κοινότητες προσφύγων και μεταναστών, άστεγοι, αποφυλακισμένοι, κακοποιημένες και διακινούμενες γυναίκες, μονογονεϊκές οικογένειες. Δύο βασικές αρχές στο γενικό σχεδιασμό και την οργάνωση έχουν επανειλημμένα επισημανθεί:

§ Πρέπει να επιτυγχάνεται ισορροπία ανάμεσα στην αναγκαία εξειδίκευση των υπηρεσιών και των δράσεων από τη μία πλευρά και την ανάγκη άρσης του αποκλεισμού των ομάδων αυτών από την χρήση των υπηρεσιών του δικτύου από την άλλη. (Κωνσταντακόπουλος,2003).

§ η καθολική προσέγγιση των αναγκών των χρηστών από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας μπορεί να είναι αποτελεσματική μόνο εφόσον εντάσσεται σε ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο μέτρων για την αντιμετώπιση των αναγκών αυτών(για το εισόδημα, την στέγαση, την εργασία, την εκπαίδευση). (Κωνσταντακόπουλος,2003).

Σημαντικές θεωρούμε ότι παραμένουν και οι σχετικές επισημάνσεις της 5ης Ευρωπαϊκής Συνδιάσκεψης με θέμα «Ψυχική Υγεία- Κοινωνικός Αποκλεισμός» που διενεργήθηκε στην Κοπεγχάγη το 1999.

- ▼ Το πιο σημαντικό ζήτημα δεν είναι να κάνουμε «φυσιολογικούς» τους κοινωνικά αποκλεισμένους, αλλά σεβόμενοι τις ιδιαιτερότητες τους, να δημιουργήσουμε τις δυνατότητες που θα επιτρέπουν στους ίδιους με βοήθεια από τους γύρω να δημιουργήσουν μία ζωή με υγεία. (Κωνσταντακόπουλος,2003).
- ▼ Τα κοινωνικά αποκλεισμένα άτομα πρέπει να ενδυναμώνονται ώστε να καθορίσουν τα ίδια τη ζωή τους. (Κωνσταντακόπουλος,2003).
- ▼ Δεν απαιτούνται μόνο κεντρικές κοινωνικές πολιτικές πρωτοβουλίες αλλά και η υποστήριξη από τοπικές δράσεις με την εμπλοκή των χρηστών. (Κωνσταντακόπουλος,2003).
- ▼ Απαιτείται η μέγιστη διατομεακή συνεργασία των υπηρεσιών στην παρέμβαση που επικεντρώνει στις καθολικές αιτίες του αποκλεισμού (υγεία, στέγη, εργασία, οικογένεια, κοινωνική υποστήριξη) (Κωνσταντακόπουλος,2003).
- ▼ Οι κοινότητες πρέπει να ενδυναμώνονται για να δημιουργούν δυνατότητες συμμετοχής των αποκλεισμένων στην κοινωνική ζωή. (Κωνσταντακόπουλος,2003).

Με αυτό τον όρο εννοούμε την εργασία με τον πληθυσμό και την ευαισθητοποίηση του, ώστε ν' αλλάξει στάση απέναντι στην ψυχική νόσο. Εννοούμε επίσης, όλη τη διαδικασία εκπαίδευσης και κατάρτισης επιμέρους ομάδων του πληθυσμού ώστε να βοηθήσουν, είτε εθελοντικά, είτε στα πλαίσια των επαγγελματικών τους δραστηριοτήτων, στο έργο της πρόληψης και της θεραπείας των ψυχικών διαταραχών.(Σακελλαρόπουλος,2003)

Η εργασία για την αγωγή της κοινότητας, απαιτεί γνώσεις Ψυχοπαθολογίας και θεραπευτικής. Εμπειρίες, όπως η ομαδική ψυχοθεραπεία, μπορούν να βοηθήσουν τους εργαζόμενους στο χώρο της ψυχικής υγείας. Αλλά είναι βέβαιο ότι για την αγωγή κοινότητας, δεν είναι αρκετή η παραδοσιακή εκπαίδευση του ψυχιάτρου, ψυχολόγου, κοινωνικού λειτουργού, νοσηλευτή. Είναι αδύνατο ή πάρα πολύ δύσκολο για τον ψυχίατρο που έκανε όλη του την ειδίκευση σε νοσοκομείο, να προσεγγίσει την κοινότητα, χωρίς να έχει εκπαιδευθεί ειδικά για έξι τουλάχιστο μήνες.(Σακελλαρόπουλος,2003)

Οι δομές που καλύπτουν τις ανάγκες μίας τομεοποιημένης περιοχής, δεν είναι δυνατό να είναι αποδοτικές, χωρίς τη συστηματική και μόνιμη αγωγή της κοινότητας. Εκφράζοντας το αλληλένδετο των σχετικών διαδικασιών, θα λέγαμε επίσης, ότι δεν είναι αποτελεσματική η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού χωρίς την τομεοποίηση. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και οι Κινητές Μονάδες ανηλίκων και ενηλίκων, ανεξάρτητα ποια είναι η ενδονοσοκομειακή κάλυψη που διαθέτουν, εργάζονται με περισσότερη άνεση και πιο αποτελεσματικά, αν έχουν δημιουργήσει στενούς δεσμούς με μια συγκεκριμένη πληθυσμιακή μονάδα. Μια ομάδα 10-12 θεραπευτών για τομέα 100.000 κατοίκων, συνιστά μια καλή αναλογία. Είναι ρεαλιστική για τα ελληνικά οικονομικά δεδομένα και συγχρόνως αποδοτική, όπως έχει πλέον δείξει η εμπειρία 10 χρόνων λειτουργίας, στη Φωκίδα και στον Έβρο.(Σακελλαρόπουλος,2003)

Η σταθερότητα του πληθυσμού και των θεραπευτών που εργάζονται εκεί, με συνέχεια και συνέπεια, είναι βασική προϋπόθεση της αγωγής κοινότητας. Πρέπει ο πληθυσμός και ιδίως τα πρόσωπα κύρους, να μας γνωρίζουν προσωπικά και να μας εμπιστεύονται.(Σακελλαρόπουλος,2003)

Να νιώθουν ότι ο μόνος λόγος που είμαστε εκεί, είναι η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οφείλουμε να δίνουμε συνεχώς το μήνυμα ότι θέλουμε και μπορούμε να βοηθήσουμε.(Σακελλαρόπουλος,2003)

Τρόποι εργασίας

Ομιλίες, συζητήσεις, κοινή αντιμετώπιση περιπτώσεων καθώς και σεμινάρια, είναι οι διάφοροι τρόποι εργασίας με τον πληθυσμό. Πρέπει η κοινωνική ομάδα να γνωρίσει πως εργαζόμαστε, για να μας δεχθεί. Δεν είναι δυνατό ένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας να λειτουργεί ως ξένο σώμα μέσα στην κοινότητα.(Σακελλαρόπουλος,2003)

Πρόκειται ασφαλώς για έργο δύσκολο και εξειδικευμένο. Με άλλο τρόπο παρουσιάζεται το έργο και οι στόχοι στους ιατρούς και με άλλο στους κοινοτάρχες. Πρέπει όμως όλοι να ξέρουν σε λεπτομέρειες, τη δομή και τους τρόπους παρέμβασης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Πρέπει να γνωρίζουν που θα απευθυνθούν, αλλά και πως θα ενεργήσουν οι ίδιοι.(Σακελλαρόπουλος,2003)

Τα ενημερωτικά φυλλάδια για τις διάφορες δραστηριότητες μας, διανέμονται σταθερά σε όλους. Το περιεχόμενο τους επεξηγείται στις διαλέξεις, στις συζητήσεις, στις επισκέψεις στις διάφορες υπηρεσίες, στα μαθήματα που γίνονται στους εκπαιδευόμενους σχολών, αλλά και στις επαφές με τον άρρωστο και τους συγγενείς του.(Σακελλαρόπουλος,2003)

Ας πάρουμε ως παράδειγμα την αντιμετώπιση ενός οξέος περιστατικού, την ψυχωσική κρίση ενός αρρώστου. Με τις προηγούμενες ομιλίες και συζητήσεις θα έχουμε εξουδετερώσει, τουλάχιστον στα πρόσωπα κύρους, τις προκαταλήψεις και τις λαθεμένες αντιλήψεις. Η ευρύτερη ενημέρωση του πληθυσμού και από άλλες πηγές, θα οδηγήσει στην εξουδετέρωση της παλιάς ψυχιατρικής αντίληψης, ότι η ψυχική αρρώστια είναι ανίατη και αμετάκλητα κληρονομική. Όταν πιστέψουν ότι η διέγερση αντιμετωπίζεται χωρίς βία και ότι η ψυχική νόσος μπορεί

να θεραπευτεί όπως και οι άλλες αρρώστιες, τότε θα δεχθούν (ο κοινοτάρχης, ο ιερέας ή οι συγγενείς) να μείνουν βάρδια μαζί μας δίπλα στον άρρωστο, στο σπίτι του κατά τα πρώτα 24ωρα της κρίσης. Η σαφήνεια στην κάλυψη του δικού μας ρόλου θα προσφέρει σε εκείνους τη δυνατότητα να αναλάβουν τα δικό τους ρόλο.(Σακελλαρόπουλος,2003)

Ειδικότερος και συστηματικότερος, είναι ο τρόπος εργασίας στα σχολεία. Οργανώνονται σεμινάρια μικρής διάρκειας, στην αρχή του έτους, 12-16 ωρών, ή και μεγαλύτερης διάρκειας, που γίνονται κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους. Συνηθισμένα θέματα που επεξεργαζόμαστε με τους εκπαιδευτικούς, είναι τα μαθησιακά προβλήματα, οι διαταραχές του λόγου, τα προβλήματα των γονιών, η είσοδος του παιδιού στην πρώτη τάξη του δημοτικού, ο επαγγελματικός προσανατολισμός. Η συνεργασία των εκπαιδευτικών με τις Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες, είναι ένα πολύ λεπτό θέμα. Ο δάσκαλος, με την περιορισμένη ή ανύπαρκτη εκπαίδευση στα θέματα ειδικής αγωγής, έχει την τάση να παραπέμπει εύκολα το παιδί σε εμάς. Χρειάζεται συχνή παρουσία κοντά του, ώστε να συμμετέχει ενεργά και να δημιουργηθεί έτσι η σωστή κατανομή ρόλων μεταξύ εκπαιδευτικών και θεραπευτών.(Σακελλαρόπουλος,2003)

4.7 ΟΙ ΕΠΙΔΙΩΞΕΙΣ ΚΑΙ ΤΑ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

Είναι δυνατόν ο πληθυσμός να κατανοήσει και να αποδεχθεί τη δυνατότητα της πρόληψης. Πρέπει, όμως επίσης, να συνειδητοποιήσει την αναγκαιότητα της έγκαιρης παρέμβασης και να συμμετέχει ενεργά, ώστε το άτομο που έχει ανάγκη, να προσφύγει ή να παραπεμφθεί μετά τα πρώτα προβλήματα, πριν αυτά γίνουν συμπτώματα, στις υπηρεσίες μας.

Στην αγωγή κοινότητας δίνουμε συνήθως δύο κλινικά παραδείγματα που πείθουν, τα οποία αξίζει να επαναληφθούν εδώ:

- Ü Ένα παιδί που τραυλίζει στα έξι του χρόνια, μπορεί να θεραπευθεί με μερικές συνεδρίες αγωγής του λόγου. Αν το ίδιο άτομο ενηλικιωθεί, δεν έχει πιθανότητες θεραπείας, έστω και αν πραγματοποιηθεί μεγάλος αριθμός συνεδριών λογοθεραπείας.
- Ü Ένας νεαρός σχιζοφρενής, 17-18 χρόνων, πρέπει να παραπεμφθεί με τα πρώτα προβλήματα ή συμπτώματα, που είναι το άγχος, η αϋπνία, η αλλαγή του χαρακτήρα, η πτώση της σχολικής επίδοσης και οι πρώτες φωνές που θα ακούσει. Οι γονείς και οι φίλοι, αν τα γνωρίζουν, μπορούν να συμβάλλουν στην έγκαιρη παραπομπή και στην έγκαιρη έναρξη της θεραπείας. Εάν ο σχιζοφρενής αντιμετωπισθεί με αυτό τον τρόπο, υπάρχουν πολλές πιθανότητες να μην εισαχθεί ποτέ στο ψυχιατρείο.

Στην αρχή εξηγούμε ότι έχουμε τη δυνατότητα να θεραπεύσουμε τον ασθενή, χωρίς να τον απομακρύνουμε από την κοινότητα. Με αυτό τον τρόπο, πείθουμε ότι μπορούμε να παρακάμψουμε το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει τον εγκλεισμό. Στο νομό Φωκίδας, ύστερα από τα

δύο πρώτα χρόνια λειτουργίας κα εντατικής εργασίας προς αυτή την κατεύθυνση, το ποσοστό των ασθενών που παραπέμπονταν στις υπηρεσίες μας από τις οικογένειες τους ή προσέρχονταν μόνοι τους, ανήλθε από 23,5% σε 40,5%.(Σακελλαρόπουλος,2003)

Αντίστοιχη είναι και η εμπειρία ξένων ειδικών όπως αυτή του Bourguignon (1984) :” Όταν οι ασθενείς έχουν διατηρήσει τις κοινωνικές τους σχέσεις, όταν έχουν διατηρήσει την επαφή τους με την οικογένεια και το επαγγελματικό τους περιβάλλον, είναι αναγκαίο και απαραίτητο να διατηρήσουμε αυτές τις επαφές και στην ανάγκη, να τις βελτιώσουμε και να τις αποκαταστήσουμε ταχύτατα, μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Μερικές φορές μάλιστα, η παρέμβαση της ιατροκοινωνικής ομάδας πρέπει να επεκτείνεται και στο εξωοικογενειακό περιβάλλον, στους γείτονες, στους προμηθευτές, είτε για να διατηρηθεί ο άρρωστος στο περιβάλλον του είτε για να επανενταχθεί σε αυτό. Δίχως αυτή τη διακριτική και ταυτόχρονη άγρυπνη παρέμβαση, η εισαγωγή ή επανεισαγωγή στο νοσοκομείο είναι συχνά αναπόφευκτη. Η καλύτερη πρόληψη για τις εισαγωγές στα νοσοκομεία και τις υποτροπές, είναι η διαρκής και επίμονη παρέμβαση πάνω στο άτομο και το περιβάλλον του”. (Σακελλαρόπουλος,2003)

Η έννοια της πρόληψης και της έγκαιρης παρέμβασης γίνεται βέβαια ευκολότερα αποδεκτή, όταν αφορά την παιδική και την εφηβική ηλικία. Αλλά η κοινωνική ομάδα, με την κατάλληλη και σταθερή αγωγή, αποδέχεται να βοηθήσει και τις μεγάλες ηλικίες και τους χρόνιους ψυχωσικούς. Αποδέχεται τελικά να ενσωματώσει στον πληθυσμό της, τους ασυλικούς αρρώστους της Λέρου και των μεγάλων ψυχιατρείων. Στις ευτυχείς περιπτώσεις, που κατορθώνουμε να εγκατασταθούν αυτά τα άτομα σε διαμερίσματα, δηλαδή εκτός του οικοτροφείου ή του ξενώνα, ο πληθυσμός, κάποιοι συγγενείς και οι γείτονες τους βοηθούν με αμοιβή ή χωρίς αμοιβή, ως ανάδοχα άτομα ή ως ανάδοχες οικογένειες. Η

κατανομή ρόλων μεταξύ των μελών της ψυχιατρικής ομάδας και των ατόμων από την κοινότητα, διαμορφώνεται ομαλά καθώς προχωρεί η διαδικασία παροχής υπηρεσιών.(Σακελλαρόπουλος,2003)

4.7.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Πολλά από τα κοινωνικά προβλήματα,(δημόσιας, ψυχικής υγείας, αλκοολισμού) σε μία κοινότητα συνδέονται άμεσα και έχουν ως γενεσιουργικά αίτια προκαταλήψεις, έλλειψη πληροφόρησης, αρνητικές αξίες των κατοίκων της κοινότητας. Κατά συνέπεια, τα προγράμματα για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο – και κυρίως – μακροπρόθεσμα, πρέπει να στοχεύουν, μέσα από επιμορφωτικές δραστηριότητες, στην αλλαγή κοινωνικών αξιών και προκαταλήψεων- ιδιαίτερα όσον αφορά σε θέματα υγείας και ψυχικής υγείας.(Σταθόπουλος, 2000).

Η διοργάνωση σεμιναρίων, ημερίδων, διαλέξεων και η παρουσίαση άρθρων στον τοπικό Τύπο με τα σχετικά θέματα, παρέχει τη δυνατότητα στο στέλεχος Κοινοτικής Εργασίας να επηρεάσει τη συμπεριφορά των κατοίκων στα θέματα αυτά.(Σταθόπουλος, 2000).

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού συνήθως ασχολείται με τα παρακάτω αντικείμενα:

- Την ενημέρωση – αγωγή της κοινότητας.
- Την οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης κοινωνικών προβλημάτων
- Την επιμόρφωση σχετικά με προβλήματα υγείας, καθώς και την πρόληψη και τον έλεγχο της εξάπλωσης τους
- Την οργάνωση ομάδων πρωτοβουλίας, αυτοβοήθειας και αμοιβαίας βοήθειας στο επίπεδο της γειτονιάς

- Û Την ενεργοποίηση συλλόγων
- Û Τη διαφώτιση ομάδων επαγγελματιών
- Û Τη διοργάνωση ενημερωτικών συγκεντρώσεων σε πολυσύχναστα σημεία- στέκια της κοινότητας
- Û Τη δραστηριοποίηση των φορέων της κοινότητας προκειμένου να συμμετάσχουν ως συνδιοργανωτές στις ενημερωτικές εκδηλώσεις.
- Û Την παραγωγή και κυκλοφορία εντύπων με απλές, σαφείς και κατατοπιστικές αναφορές στο πρόβλημα και στις απαραίτητες ενέργειες που πρέπει να γίνουν.(Καλλινικάκη, 1998)

Μέσα από αυτόν τον ρόλο και τις δραστηριότητες του Κοινωνικού Λειτουργού γίνεται μια ανεκτίμητη προσπάθεια να περαστούν και να γίνουν αντικείμενο ευρείας αποδοχής τα ακόλουθα μηνύματα:

- Ø «ότι το άτομο είναι μία ψυχοκοινωνική ενότητα και κατά συνέπεια η ψυχική αρρώστια αντιμετωπίζεται βάσει αυτών των συντελεστών»
- Ø «ότι η ψυχική αρρώστια δεν είναι ανίατη, αλλά μπορεί να θεραπευθεί»
- Ø «ότι ο ψυχικά ασθενής έχει δικαίωμα να ζει στον κοινωνικό χώρο σαν ισότιμο μέλος της κοινότητας που ανήκει»
- Ø «ότι η έγκαιρη παρέμβαση της ψυχιατρικής μονάδας στην οξεία φάση της αρρώστιας σε συνεργασία με αρχές και κοινότητα μπορεί να είναι καθοριστική για την καταστολή των συμπτωμάτων, την αποφυγή εγκλεισμού και κατά συνέπεια ιδρυματοποίησης και ασυλοποίησης όπως και για τη θεραπεία του αρρώστου»

Ο σκοπός όλης αυτής της προσπάθειας είναι η αλλαγή της στάσης του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική αρρώστια, η καταγραφή προβλημάτων και αναγκών της κοινότητας και φυσικά η αποδοχή της ψυχιατρικής υπηρεσίας από τον πληθυσμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΕΜΠΕΙΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5.1 ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Γενικός στόχος της έρευνας αυτής ήταν η διερεύνηση της στάσης της κοινότητας σχετικά με την υλοποίηση στεγαστικών δομών αποκατάστασης ψυχικά ασθενών.

Συγκεκριμένα μας ενδιέφερε να μελετήσουμε:

1. Τις γνώσεις των φορέων της κοινότητας σχετικά με την έννοια και το ρόλο της αποκατάστασης ψυχικά ασθενών. Ο τρόπος και το είδος της ενημέρωσης αυτών σχετικά με την υλοποίηση των στεγαστικών δομών αποκατάστασης ψυχικά ασθενών.
2. Τα συναισθήματα των μελών της κοινότητας σχετικά με τις δράσεις υλοποίησης της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών.
3. Τις αντιδράσεις των μελών της κοινότητας σχετικά με την υλοποίηση προγραμμάτων ψυχικής και στεγαστικής αποκατάστασης ψυχικά ασθενών.

Οι παραπάνω ειδικοί στόχοι της μελέτης αυτής βασίστηκαν σε κάποιες συγκεκριμένες **θεωρητικές υποθέσεις**. Αυτές είναι:

1. Η εξέλιξη της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα από την ασυλική ψυχιατρική, τον κοινωνικό αποκλεισμό ως προϊόν του εγκλεισμού, στην κοινωνική επανένταξη και την αναγνώριση των δικαιωμάτων του ασθενούς βοήθησε σημαντικά τη χώρα μας να ελαχιστοποιήσει την ανάγκη του ψυχιατρικού νοσοκομείου και να οδηγηθεί στην αποασυλοποίηση.
2. Σχετικά με τη δομή και την οργάνωση των στεγαστικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας αποτελούν σημαντικά στοιχεία

διαμόρφωσης του θεραπευτικού περιβάλλοντος και είναι απαραίτητη η εκπαίδευση προκειμένου να αποκτήσουν τις κατάλληλες γνώσεις, δεξιότητες και στάσεις.

3. Τα μοντέλα- θεωρίες που καθοδηγούν τη διαδικασία αποκατάστασης (καθοδήγησης, ιατρικό, αναπηρίας, δεξιοτήτων, αναγκών, κοινωνικών ρόλων) παρέχουν το πλαίσιο σκέψης για το θέμα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.
4. Ο ρόλος και η συμβολή των αρνητικών/θετικών συναισθημάτων και στάσεων των φορέων της κοινότητας σε επίπεδο σχέσεων με τους ψυχικά ασθενείς και ως προς την υλοποίηση στεγαστικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

5.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.2.1 ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της μελέτης αυτής ήταν η επισκόπηση. Οι επισκοπήσεις σύμφωνα με την Cohen και Manion (1994) : “...συλλέγουν δεδομένα σ’ 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...” .

Οι επισκοπήσεις μπορεί να ποικίλουν ως προς τα επίπεδα πολυπλοκότητας τους, ξεκινώντας από αυτές που παρέχουν απλές μετρήσεις συχνότητας έως εκείνες που παρουσιάζουν ανάλυση σχέσεων. (Cohen, Manion 1994).

Οι επισκοπήσεις μπορούν επιπλέον να διαφοροποιηθούν με βάση την έκταση που καλύπτουν. Έτσι υπάρχουν η μεγάλης κλίμακας και η μικρής κλίμακας επισκόπηση. Είτε η επισκόπηση είναι μεγάλης κλίμακας και έχει αναλυθεί από κάποια κυβερνητική υπηρεσία είτε είναι μικρής κλίμακας και διεξάγεται από το μεμονωμένο ερευνητή, για την συλλογή πληροφοριών χρησιμοποιείται μια ή περισσότερες από τις ακόλουθες τεχνικές συγκέντρωσης δεδομένων: δομημένες ή ημιδομημένες συνεντεύξεις, ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται επιτόπου ή ερωτηματολόγια μέσω ταχυδρομείου, σταθμισμένα τεστ επίδοσης ή γνώσεων και κλίμακες στάσεων. Κατά κανόνα, επίσης, οι επισκοπήσεις προχωρούν μέσα από στάδια που είναι ορισμένα με σαφήνεια. (Cohen, Manion 1994)

Τρία προαπαιτούμενα στοιχεία για το σχεδιασμό οποιασδήποτε επισκόπησης είναι ο προσδιορισμός του ακριβούς σκοπού της έρευνας,

του πληθυσμού στον οποίο πρόκειται να επικεντρωθεί και των πόρων που είναι διαθέσιμοι. (Cohen, Manion 1994)

Πρώτον, ο γενικός σκοπός μιας επισκόπησης πρέπει να μεταφραστεί σε έναν ειδικό κεντρικό στόχο. Αφού έχει αποφασιστεί και αποσαφηνιστεί ο πρωταρχικός στόχος της επισκόπησης, η δεύτερη φάση του προγραμματισμού αφορά τον εντοπισμό και τον διαχωρισμό των δευτερογενών ζητημάτων τα οποία σχετίζονται με τον κεντρικό της στόχο. Η τρίτη φάση ακολουθεί τον εντοπισμό και τον διαχωρισμό των δευτερογενών θεμάτων και αφορά τον προσδιορισμό των πληροφοριών που απαιτούνται σχετικά με το καθένα από αυτά τα θέματα. (Cohen, Manion 1994)

Το δεύτερο προαπαιτούμενο στοιχείο για το σχεδιασμό της επισκόπησης, ο προσδιορισμός του πληθυσμού τον οποίο αφορά η έρευνα, επηρεάζει τις αποφάσεις που πρέπει να πάρουν οι ερευνητές όσον αφορά την δειγματοληψία αλλά και τους πόρους. (Cohen, Manion 1994)

Με βάση την μέθοδο της επισκόπησης χωρίσαμε την ερευνητική διαδικασία σε δύο φάσεις: Η πρώτη (Α) φάση περιελάμβανε i) την αποσαφήνιση του στόχου της μελέτης αυτής ii) τον διαχωρισμό των επιμέρους ζητημάτων και iii) την αναζήτηση των υπηρεσιών και φορέων της κοινότητας από τις οποίες θα αντλούσαμε τις πληροφορίες μας και η δεύτερη (Β) φάση αποσκοπούσε στην διεξαγωγή της έρευνας με έντυπο ερωτηματολόγιο και την ποσοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων μας.

Αναγκαία και απαραίτητη προϋπόθεση της παρούσας μελέτης μας ήταν η επιλογή φορέων των κοινοτήτων για το λόγο ότι είναι αυτοί που έχουν τον πρωταρχικό ρόλο στην υλοποίηση τέτοιων προγραμμάτων.

Οι φορείς της Κοινότητας στους οποίους απευθυνθήκαμε ήταν οι εξής: Σχολεία (Δημοτικά, Γυμνάσια, Λύκεια), η Εκκλησία, η Αστυνομία, η Τοπική Αυτοδιοίκηση (Δήμοι, Κοινότητα) και τα Νοσοκομεία, επειδή

οι υπάλληλοι των φορέων αυτών φαίνεται να συμβάλλουν στην προαγωγή της Ψυχικής Υγείας και στην υλοποίηση προγραμμάτων ψυχιατρικής περίθαλψης στην κοινότητα.

ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Α΄ Φάση:

Μετά την αποσαφήνιση του πρωταρχικού στόχου της μελέτης αυτής και τον εντοπισμό των δευτερογενών ζητημάτων (ειδικοί στόχοι) που σχετίζονται με τον γενικό στόχο της έρευνας έγινε η επιλογή με τυχαίο τρόπο των συγκεκριμένων φορέων και ακολούθησε μια πρώτη προσέγγιση μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας. Συγκεκριμένα οι φορείς που επιλέχθηκαν ήταν: Τα σχολεία Δύο (2) Δημοτικά Δύο (2) Γυμνάσια Δύο (2) Λύκεια, Ένα (1) Νοσοκομείο, οι Κοινωνικές Υπηρεσίες των δύο (2) Δήμων, η Τοπική Αυτοδιοίκηση (και των δύο (2) Δήμων), Δύο (2) Εκκλησίες και Δύο (2) Αστυνομικά Τμήματα.

Ενημερώσαμε τους υπεύθυνους των φορέων σχετικά με το αίτημα της επίσκεψης μας και το γενικό στόχο της έρευνας μας και ζητήσαμε μια συνάντηση μαζί τους. Οι επισκέψεις πραγματοποιήθηκαν κατά το μήνα Μάιο του 2006 Οι τηλεφωνικές μας επικοινωνίες βρήκαν ανταπόκριση απ' όλους τους φορείς και οι συναντήσεις ορίσθηκαν μετά από μια βδομάδα.

Β΄ Φάση:

Κατά τη διάρκεια των επισκέψεων μας στους αντίστοιχους φορείς προσκομίζαμε μια τυπική συστατική επιστολή της γραμματείας του Τ.Ε.Ι. Πατρών ενημερώνοντας και τυπικά τους υπαλλήλους τους με αυτό τον τρόπο ως προς το στόχο της ερευνητικής διαδικασίας έτσι ώστε να συνεργαστούν στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, παρέχοντας το δικαίωμα της ελεύθερης βούλησης, της συμμετοχής ή της μη συμμετοχής τους. Σε ορισμένες υπηρεσίες (Δημοτικά, Γυμνάσια, Τοπική Αυτοδιοίκηση, Εκκλησία, Αστυνομικά τμήματα) η συμπλήρωση των

ερωτηματολογίων ήταν άμεση, ενώ σε άλλες (Λύκεια, Νοσοκομείο,) συνεννοηθήκαμε για το χρονικό περιθώριο που χρειάζονταν (μια εβδομάδα) για να μας επιστραφούν ταχυδρομικώς.

5.2.2 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ – ΔΕΙΓΜΑ

Ο πληθυσμός της έρευνας ήταν οι κάτοικοι των κοινοτήτων. Το δείγμα μας αποτελούνταν από εκατόν σαράντα πέντε (145) άτομα τα οποία ανήκουν σε (2) δύο Δήμους της πόλης των Αθηνών και συγκεκριμένα εκπροσωπούν διαφόρους φορείς των δύο κοινοτήτων.

Ο ένας Δήμος (Δήμος Α) ανήκει στα Δυτικά Προάστια του Νομού Αττικής και υπάρχουν στεγαστικές δομές αποκατάστασης ψυχικά ασθενών, ενώ ο άλλος Δήμος (Δήμος Η) ανήκει στα Νότια Προάστια του Νομού Αττικής όπου δεν υπάρχουν στεγαστικές δομές αποκατάστασης ψυχικά ασθενών.

Η επιλογή των κοινοτήτων αυτών (Δήμος Α και Δήμος Η) έγινε με σκοπό να περιγράψουμε και να εξετάσουμε τη συμπεριφορά του δείγματός μας και ν' ανακαλύψουμε τις τυχόν διαφορές που πιθανά προκύπτουν ανάμεσα στο Δήμο Α του οποίου οι κάτοικοι γνωρίζουν για την υλοποίηση και την ύπαρξη στεγαστικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην περιοχή τους σε αντίθεση με το και Δήμο Η όπου δεν έχουν δημιουργηθεί τέτοιες δομές.

Συγκεκριμένα το δείγμα αποτελούνταν: από Είκοσι πέντε (25) Εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, Τριάντα εννιά (39) Εκπαιδευτικούς Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, Εννιά (9) Νοσηλευτές, Έξι (6) Ψυχολόγους, Δύο (2) Ψυχιάτρους, Εννιά (9) Κοινωνικούς Λειτουργούς, Οχτώ (8) Εκκλησιαστικούς Λειτουργούς, Δεκαεννιά (19) Υπαλλήλους Δημοσίας Τάξης (Αστυνομικοί), Δεκαεφτά (17)

Δημοτικούς Υπαλλήλους και Έντεκα (11) άλλων ειδικοτήτων: όπως Πέντε (5) Γιατροί, Ένας (1) Ακτινολόγος, Δύο (2) Υπάλληλοι Καθαριότητας, Ένας (1) Φυσιοθεραπευτής, Μία (1) Επισκέπτρια Υγείας, Μια (1) Εργοθεραπεύτρια. Συνολικά απάντησαν (145) Εκατόν σαράντα πέντε.

5.2.3 ΤΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο, το οποίο, αποτελούνταν από (20) Είκοσι ερωτήσεις και ήταν τυποποιημένο με «κλειστού» καθώς και μερικές «προκατασκευασμένου» τύπου ερωτήσεις. Οι κλειστές ερωτήσεις επιλέχθηκαν γιατί δεν απαιτούν μεγάλη προσπάθεια και μένουν λιγότερες φορές αναπάντητες. Οι προκατασκευασμένες ερωτήσεις επιλέχθηκαν γιατί παρουσιάζουν μεγαλύτερη επιλογή από τις κλειστές και ταξινομούνται ευκολότερα από τις ανοιχτές. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τους ίδιους τους φορείς της κοινότητας. Επιλέξαμε το ερωτηματολόγιο ως τρόπο συλλογής των δεδομένων γιατί εκτιμήθηκε ότι αυτό το μέσο συλλογής είναι προσφορότερο για τη μελέτη των στάσεων απέναντι στη δημιουργία στεγαστικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ψυχικά ασθενών. Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο συμπλήρωσαν Εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, Εκπαιδευτικοί Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, Νοσηλευτές, Ψυχολόγοι, Ψυχίατροι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Εκκλησιαστικοί Λειτουργοί, Υπάλληλοι Δημοσίας Τάξης, Δημοτικοί Υπάλληλοι. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο ενώ για την συμπλήρωση του συνόλου σχεδόν των απαντήσεων απαιτούνταν μόνο η σημείωση με X της επιθυμητής απάντησης. Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αφορούσαν την γνώση, την εμπειρία των ατόμων που

το απάντησαν σε σχέση με την ψυχική ασθένεια καθώς και τα συναισθήματα που νιώθουν όταν έρχονται σε επαφή με άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια. Επίσης, αφορούσαν την ενημέρωση που έχουν για τις στεγαστικές δομές αποκατάστασης ψυχικά ασθενών και για την θέση τους απέναντι σ' αυτές.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το Μάιο 2006. Για την χορήγηση των ερωτηματολογίων είχε προηγηθεί έγκριση από την Γραμματεία του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών. Το έγγραφο της έγκρισης κοινοποιήθηκε στον υπεύθυνο κάθε φορέα που επισκεπτόμασταν. Το σύνολο των φορέων συνεργάστηκε με προθυμία και ενδιαφέρον.

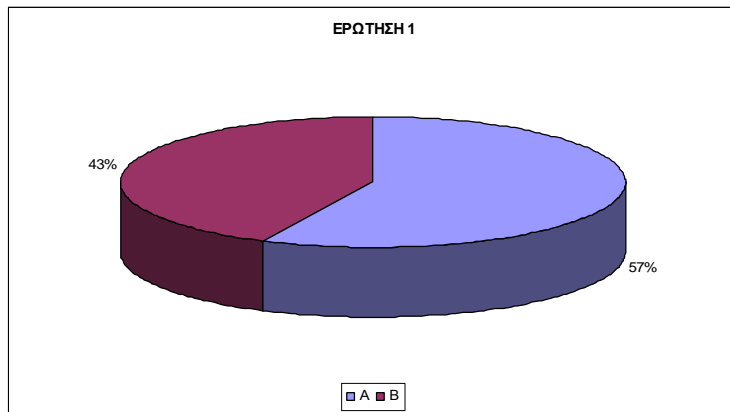
Η χορήγηση του ερωτηματολογίου έγινε από τις σπουδάστριες που ανέλαβαν την πτυχιακή και συμπληρώθηκαν σε ορισμένες υπηρεσίες κατευθείαν και σε άλλες δόθηκαν με ορισμένη ημερομηνία παράδοσης.

Η ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ: Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια συγκεντρώθηκαν και ακολούθησε ποσοτικός έλεγχος καθώς και εισαγωγή των στοιχείων σε αρχείο του Microsoft Excel. Η ανάλυση των στοιχείων έγινε από τις σπουδάστριες που ανέλαβαν την πτυχιακή σε συνεργασία με γνώστες του Microsoft Excel.

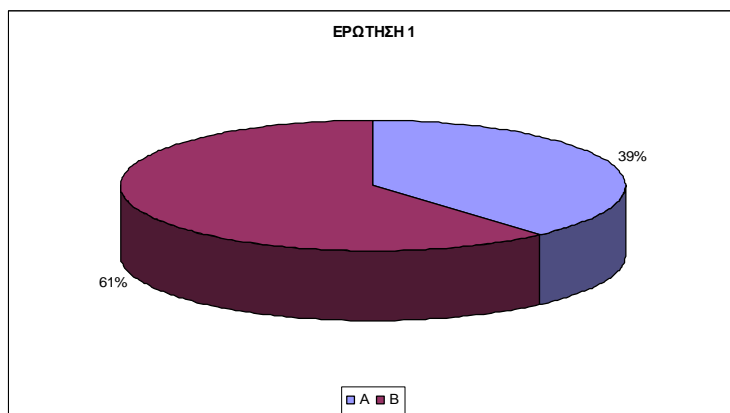
5.3 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΕΡΩΤΗΣΗ 1: ΦΥΛΟ

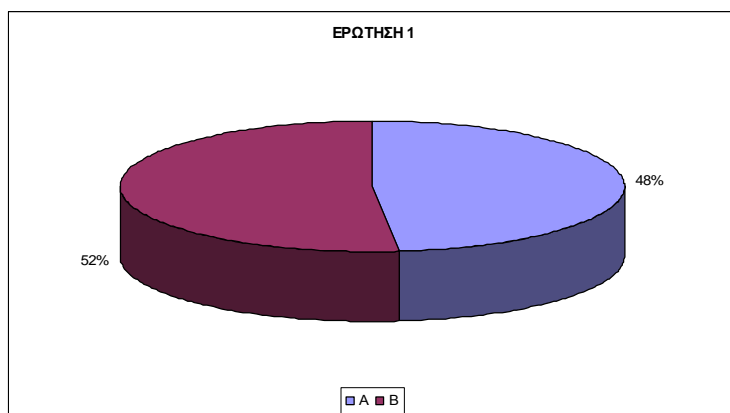
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ



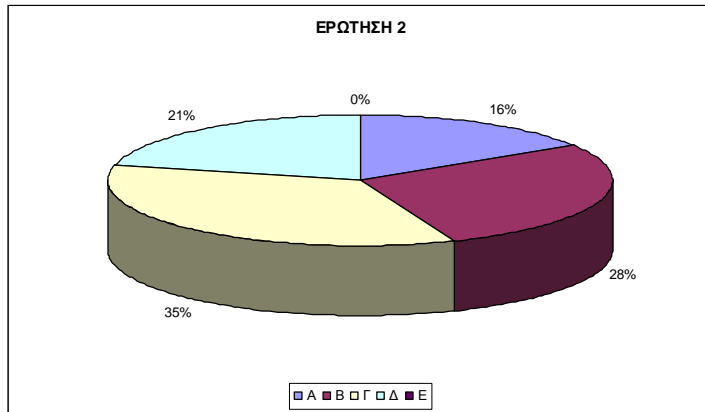
Στην πρώτη ερώτηση του ερωτηματολογίου μας σχετικά με το φύλο από τα 145 άτομα, που αποτελείται το δείγμα μας, το 48% είναι άντρες και το 52% είναι γυναίκες. Η συμμετοχή και των δύο φύλων είναι σχεδόν ισομερής στην έρευνά μας.

Στο Δήμο Α οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα είναι άντρες, σε ποσοστό 57%, και οι γυναίκες αποτελούν το 43%.

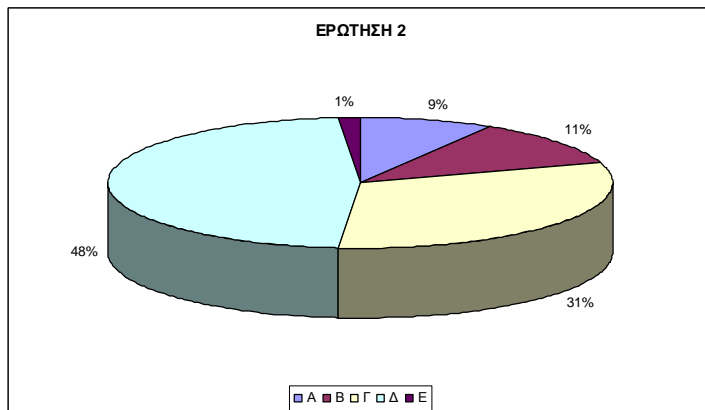
Στο Δήμο Β υπερτερούν οι γυναίκες με ποσοστό συμμετοχής 61% σε σχέση με τους άντρες που αποτελούν το 39%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 2: ΗΛΙΚΙΑ

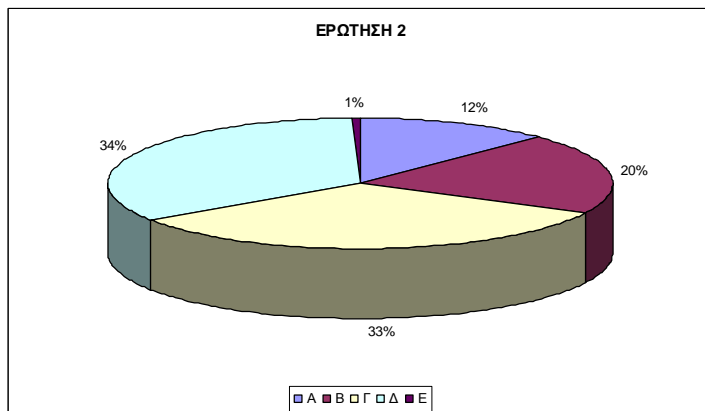
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ



Στο σύνολο του δείγματός μας οι ηλικίες των ερωτηθέντων είναι κατανομημένες σε όλες τις ηλικιακές κατηγορίες εκτός από την τελευταία επιλογή (E) , 61- άνω, που είναι μόλις το 1% του συνόλου. Τα δύο μεγαλύτερα ποσοστά εμφανίζονται στις απαντήσεις Γ και Δ που αντιστοιχούν στις απαντήσεις 36- 45 ετών και 46- 60 ετών. Από 18- 25 ετών είναι το 12% του δείγματός μας και τέλος το 20% είναι μεταξύ 26 και 35 ετών.

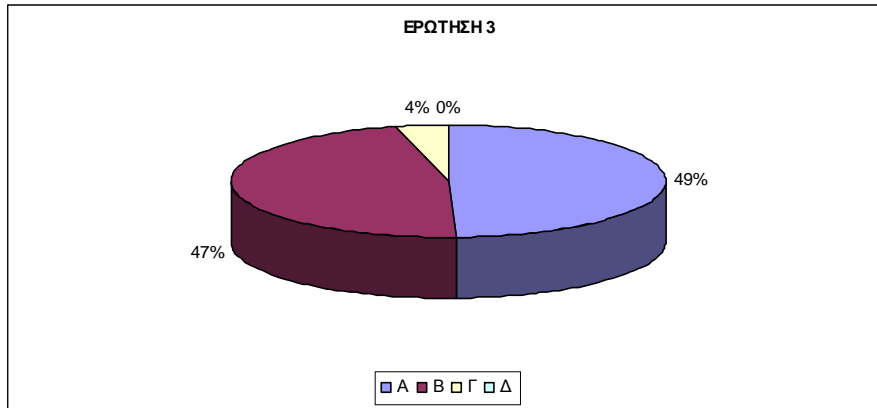
Στο Δήμο Α δεν υπάρχει κανένας ερωτώμενος από 61 και άνω ετών. Αντιθέτως το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στις ηλικίες 36- 45 ετών, ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα των 26- 35 ετών, το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό αντιστοιχεί τις ηλικίες 46- 60 ετών και τέλος ένα 16% είναι στην ηλικιακή ομάδα των 18- 25 ετών.

Στο Δήμο Β μόλις το 1% των ερωτηθέντων είναι ηλικίας 61 και άνω, το οποίο αποτελεί και το σύνολο των ερωτηθέντων αυτής της ηλικιακής ομάδας στην έρευνά μας. Το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στην ηλικιακή ομάδα των 46- 60 ετών. Το 31% είναι 36- 45 ετών, το 11% 26- 35 ετών και το 9% είναι από 18 έως και 25 ετών.

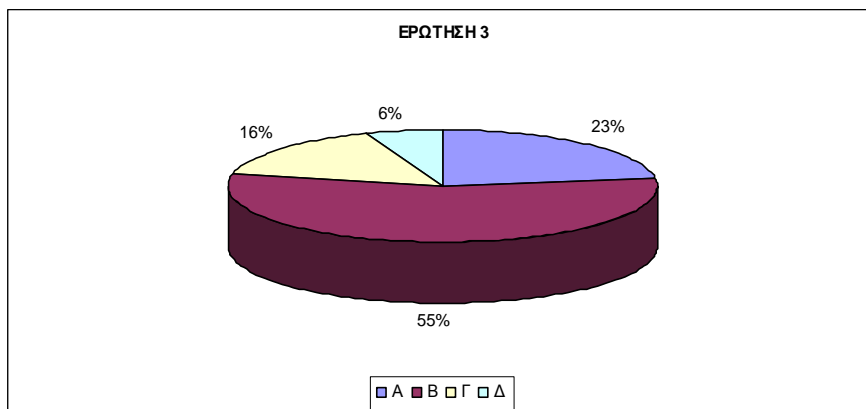
Ο Δήμος Β παρουσιάζει μεγαλύτερης ηλικίας άτομα να εργάζονται στις υπηρεσίες εντός της κοινότητας. Το ποσοστό είναι υπερδιπλάσιο για την ηλικιακή ομάδα 46- 60 σε σχέση με το Δήμο Α. Αντιθέτως, ο Δήμος Α συγκεντρώνει υπερδιπλάσιο ποσοστό στην ηλικιακή ομάδα των 26- 35 (28% έναντι 11%).

ΕΡΩΤΗΣΗ 3: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

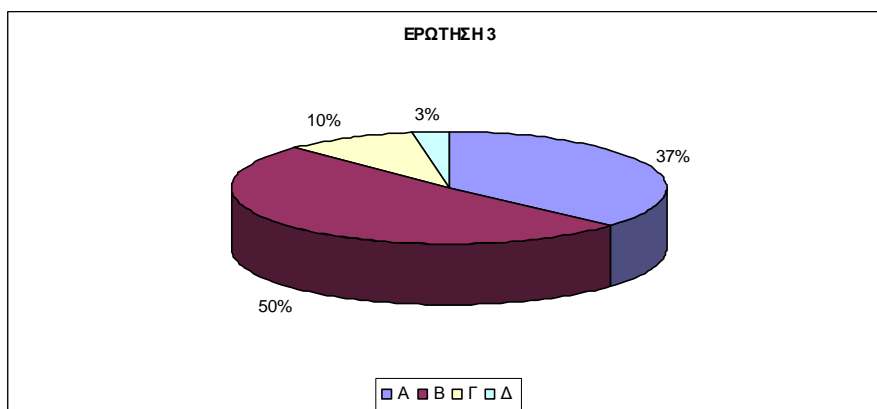
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ



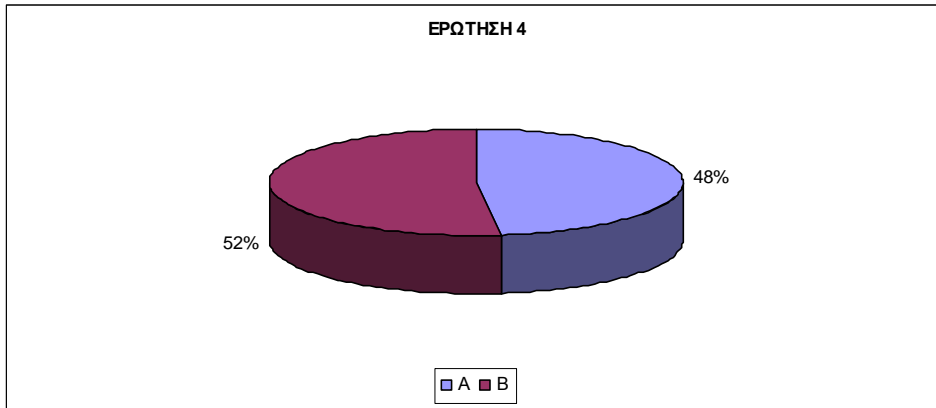
Στο σύνολο των απαντήσεων των ερωτηματολογίων των Δήμων Α και Β οι μισοί από τους ερωτηθέντες είναι έγγαμοι (50%), το 37% είναι άγαμοι, το 10% έχουν πάρει διαζύγιο από το/ τη σύντροφό τους και το 3% του δείγματος είναι χήροι/ ες.

Στο Δήμο Α τα ποσοστά ισομοιράζονται σχεδόν ανάμεσα στα άτομα που είναι παντρεμένα και σε αυτά που είναι άγαμα (47% έγγαμοι και 49% άγαμοι). Το ποσοστό των διαζευγμένων ερωτηθέντων είναι αρκετά μικρό, αγγίζει το 4% ενώ δεν υπάρχει κανένας χήρος ή χήρα.

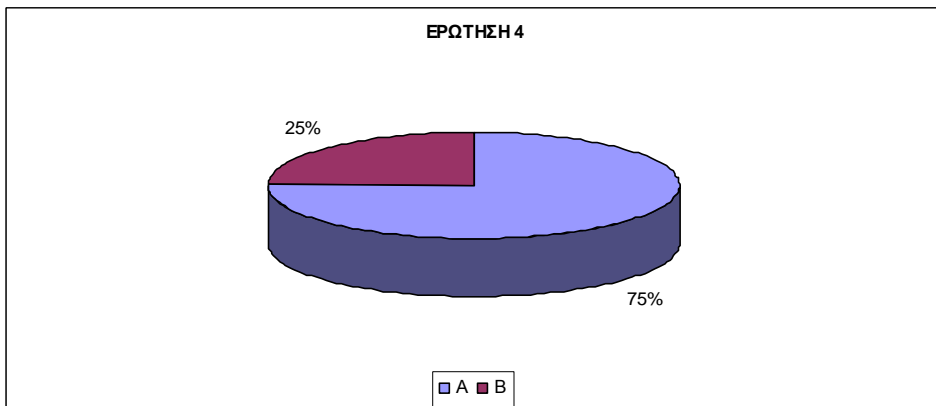
Στο Δήμο Β παρουσιάζεται συντριπτική πλειοψηφία των έγγαμων ερωτηθέντων με ποσοστό 55%. Οι άγαμοι είναι υποδιπλάσιοι των έγγαμων με ποσοστό 23%. Οι ερωτηθέντες που έχουν πάρει διαζύγιο αντιστοιχούν σε ποσοστό 16% και οι ερωτηθέντες που έχουν χηρέψει είναι το 6% των ερωτηθέντων του Δήμου Β.

ΕΡΩΤΗΣΗ 4: ΕΓΓΑΜΟΙ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ

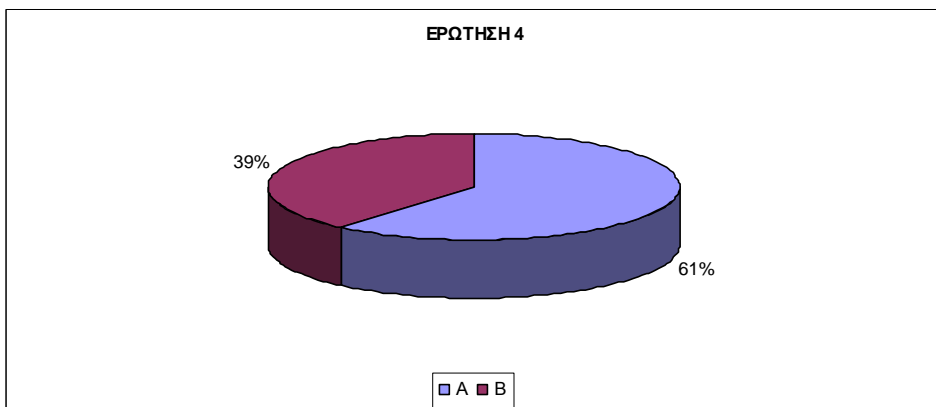
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ

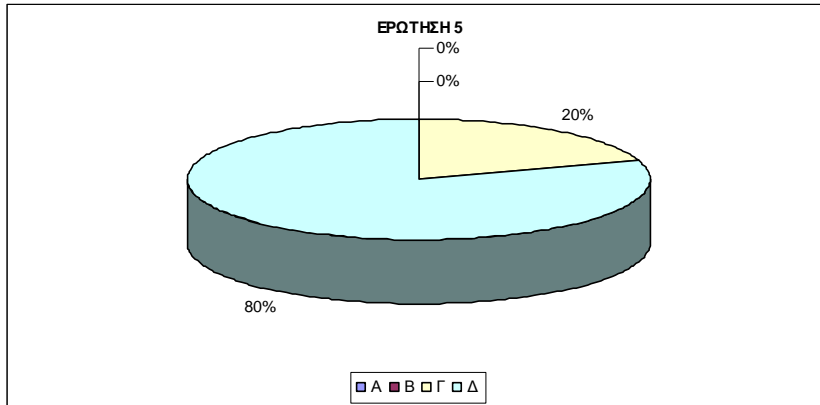


Το 61% του δείγματός μας μάς απάντησε πως έχει παιδιά.

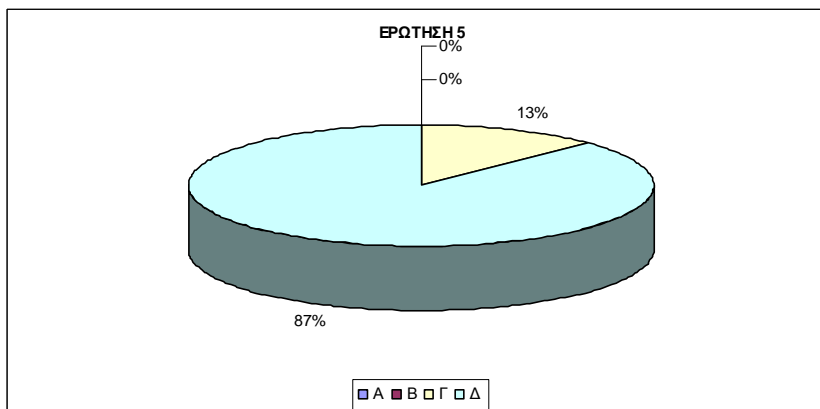
Στο Δήμο Α σχεδόν οι μισοί από τους ερωτηθέντες έχουν παιδιά (48%) και το υπόλοιπο 52% δεν έχει. Αξιοσημείωτη είναι η σημαντική διαφορά σε σχέση με το Δήμο Β όπου τα 2/3 των ερωτηθέντων έχουν παιδιά (75%).

ΕΡΩΤΗΣΗ 5: ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

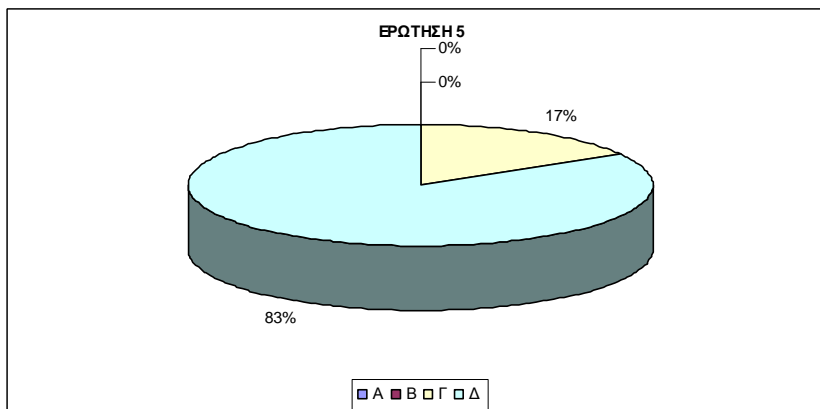
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ

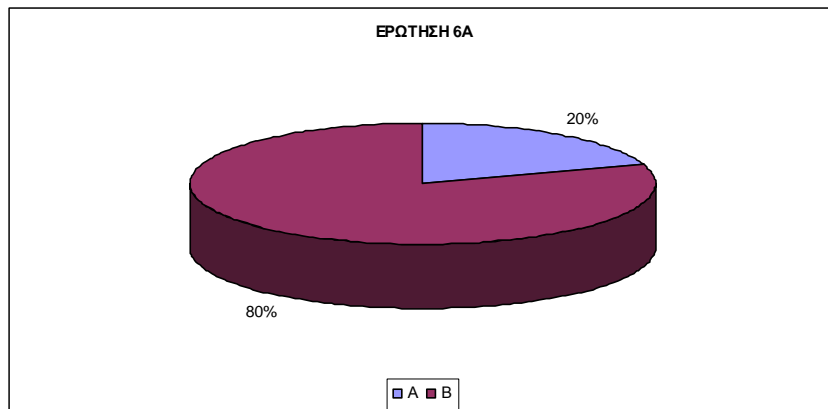


Το σύνολο των ερωτηθέντων έχει τουλάχιστον μόρφωση Λυκειακή (17%) και το 83% έχει κάνει ανώτατες σπουδές. Δεν είχαμε καμία απάντηση από κάποιον ερωτηθέν στις επιλογές του «δημοτικού» (Α) και του «γυμνασίου» (Β).

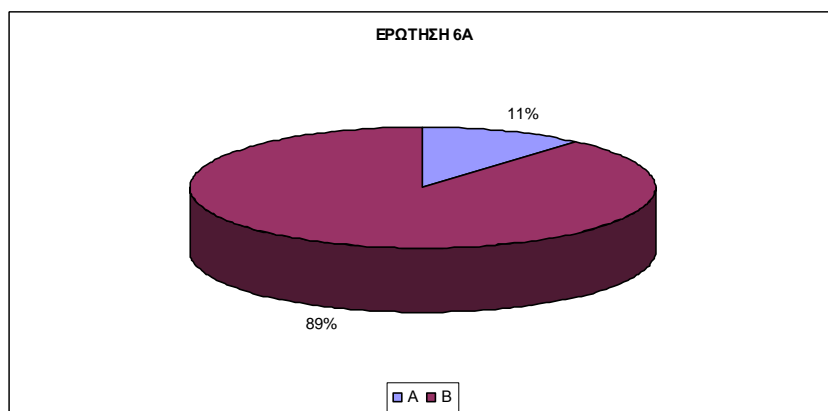
Στην ερώτηση 5 που αφορά το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων τα στατιστικά αποτελέσματα ανάμεσα στους δύο Δήμους δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες αποκλίσεις. Το 80% του Δήμου Α έχει κάνει ανώτατες σπουδές ενώ στο Δήμο Β το αντίστοιχο ποσοστό είναι ελάχιστα πιο αυξημένο και φτάνει το 87%. Κατά συνέπεια στο Δήμο Α το 20% έχει μόνο απολυτήριο Λυκείου ενώ στο Δήμο Β το αντίστοιχο ποσοστό είναι 13%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 6Α: ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΙ ΤΙΤΛΟΙ

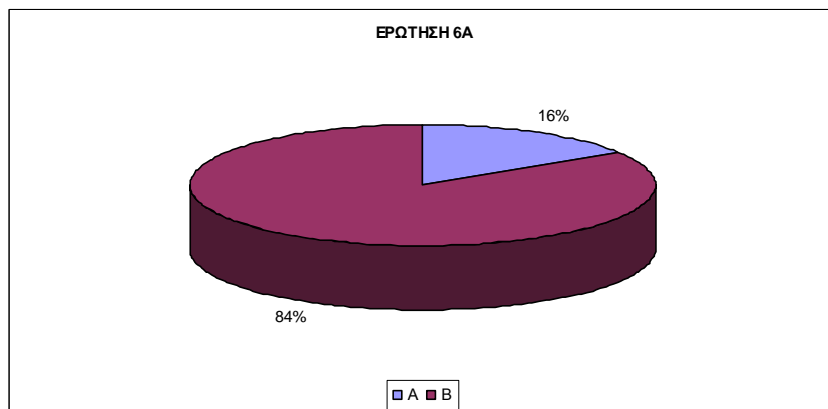
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ



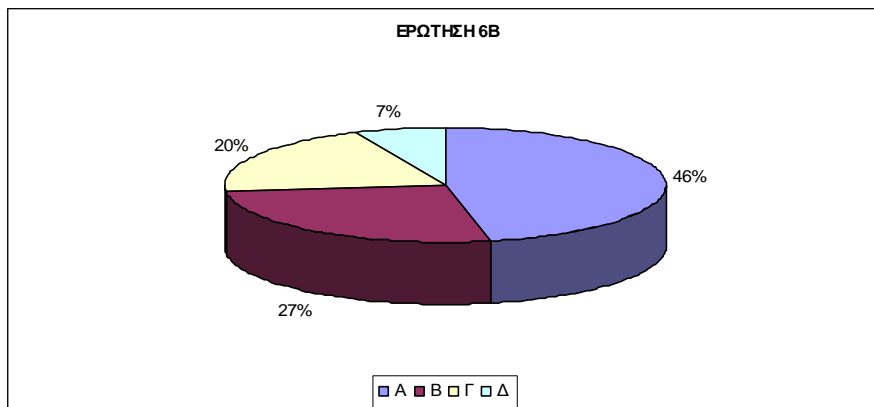
Στη συντριπτική του πλειοψηφία το δείγμα μας δεν έχει κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο σε ποσοστό 83%. Έχουν μόλις το 16% των ερωτηθέντων.

Στο Δήμο Α το ποσοστό των ερωτηθέντων που έχουν μεταπτυχιακό τίτλο είναι ελάχιστα αυξημένο σε σχέση με αυτό του συνολικού δείγματος και φτάνει το 20%, κατά συνέπεια το 80% δεν έχει κανένα μεταπτυχιακό τίτλο.

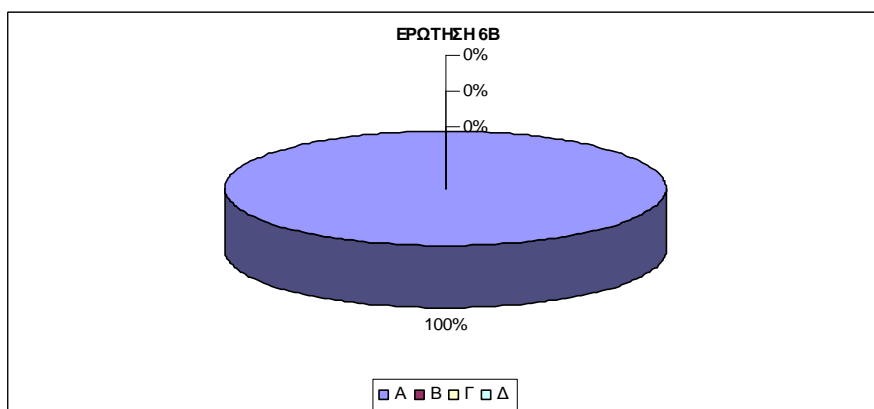
Στο Δήμο Β το ποσοστό των εχόντων κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο είναι μόλις 11% και το 89% σημειώνει πως δεν έχει κανένα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 6B: ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΤΙΤΛΟΥ

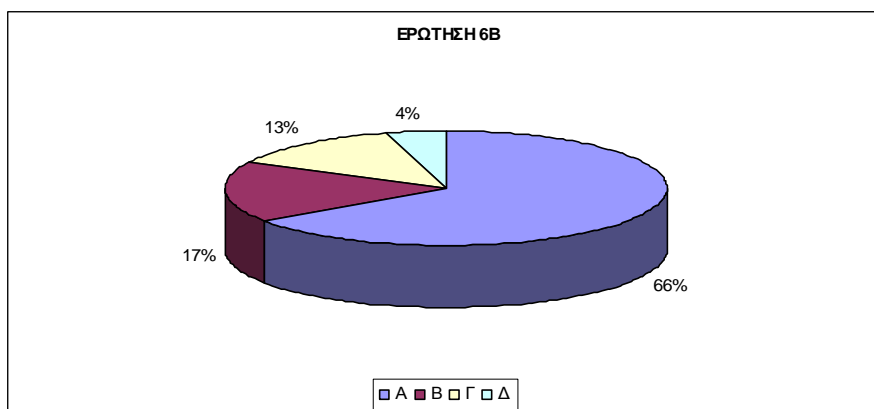
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ



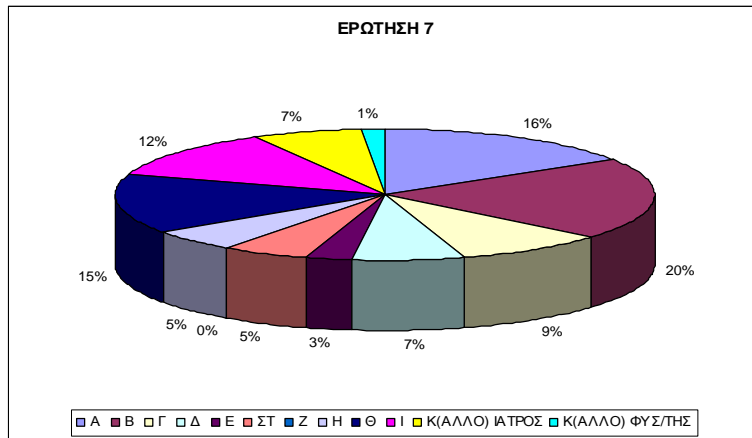
Από τα άτομα που αποτελούν το δείγμα μας και μάς απάντησαν ότι έχουν κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο, πιο συγκεκριμένα σε αυτή την ερώτηση μας απάντησαν ότι το 66% έχει Master, το 17% έχει Διδακτορικό, το 13% έχει Master στην Κοινωνική Ψυχιατρική και το 4% Διδακτορικό στην Κοινωνική Ψυχολογία.

Στο Δήμο Α οι ερωτηθέντες που είναι κάτοχοι Master είναι το 46% των εχόντων κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο, το 27% έχουν Διδακτορικό, το 20% έχουν Master στην Κοινωνική Ψυχιατρική και το 7% έχουν Διδακτορικό στην Κοινωνική Ψυχολογία.

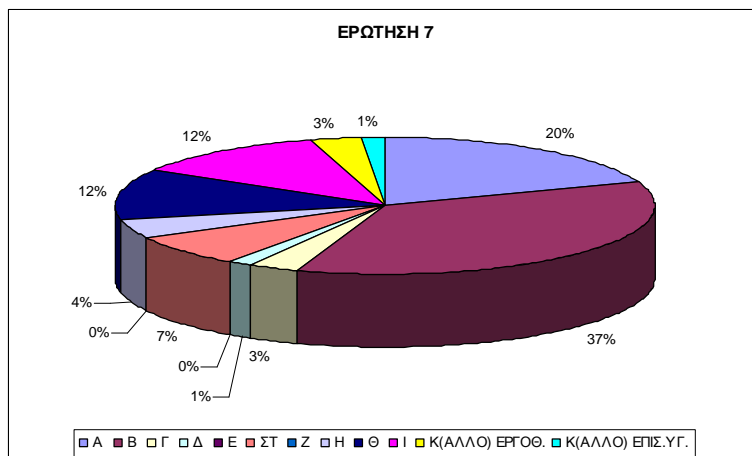
Στο Δήμο Β δεν υπάρχει κανένας κάτοχος διδακτορικού τίτλου ούτε και Master στην Κοινωνική Ψυχιατρική. Το 100% των εχόντων κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο έχει Master.

ΕΡΩΤΗΣΗ 7: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

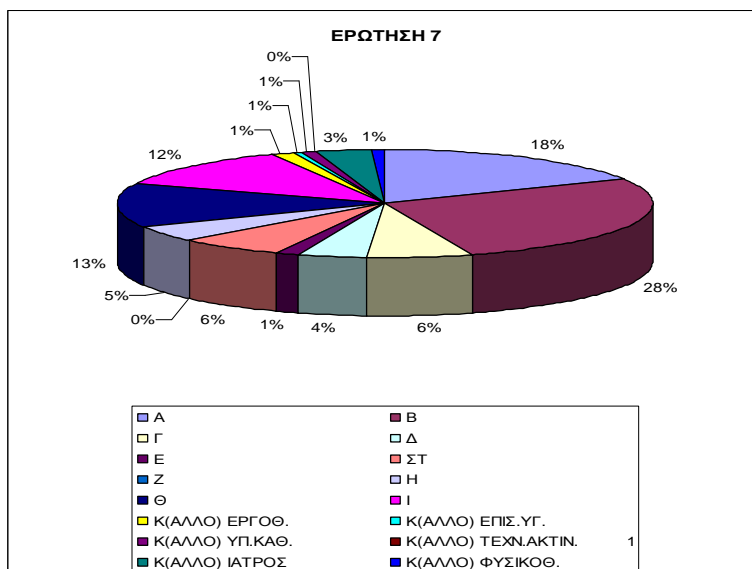
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ



Η ερώτηση 7 αφορά την επαγγελματική κατάσταση των ερωτηθέντων. Τα περισσότερα άτομα του δείγματός μας είναι εκπαιδευτικοί της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε ποσοστό 28%, με το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό ακολουθούν και πάλι εκπαιδευτικοί αλλά της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης αυτή τη φορά με ποσοστό 18%. Το τρίτο μεγαλύτερο ποσοστό σημειώνεται στους υπαλλήλους δημοσίας τάξεως (13%) και έπειτα στους δημοτικούς υπαλλήλους (12%). Με μικρότερα ποσοστά ακολουθούν οι νοσηλεύτες και οι κοινωνικοί λειτουργοί (6% και για τους δύο), το 5% είναι εκκλησιαστικοί λειτουργοί, το 4% ψυχολόγοι, το 1% ψυχίατροι ενώ δεν υπάρχει κανένας δικαστικός λειτουργός. Στην επιλογή «άλλο, προσδιορίστε» η οποία συγκέντρωσε ποσοστό 8% συναντούμε ερωτηθέντες που επαγγέλλονται: ιατροί (3%), τεχνικοί ακτινολόγοι (1%), υπάλληλοι καθαριότητας (1%), επισκέπτες υγείας (1%), φυσιοθεραπευτές (1%) και εργοθεραπευτές (1%).

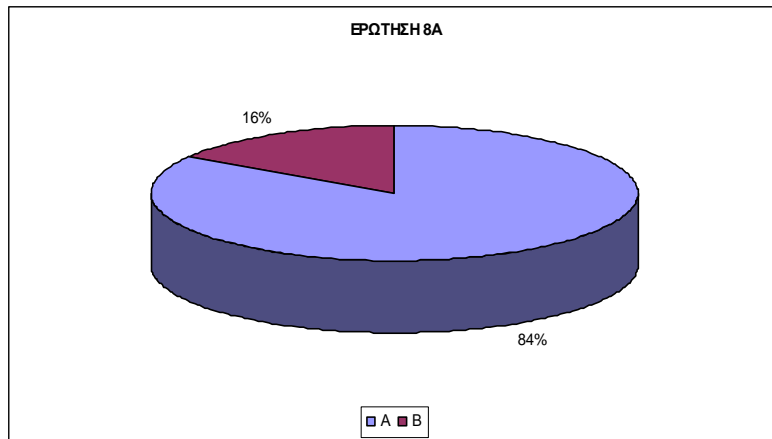
Στο Δήμο Α το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνεται κι εδώ στους εκπαιδευτικούς της δευτεροβάθμιας (20%) και έπειτα ακολουθούν οι εκπαιδευτικοί της πρωτοβάθμιας (16%). Αμέσως μετά με ποσοστό 15% είναι οι υπάλληλοι δημοσίας τάξεως και τα επαγγέλματα που ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά είναι αυτά των δημοτικών υπαλλήλων (12%), των νοσηλευτών/τριών (9%), των ψυχολόγων (7%), των κοινωνικών λειτουργών και των εκκλησιαστικών λειτουργών με το ίδιο ποσοστό (5%) και των ψυχιάτρων (3%). Στην τελευταία επιλογή «άλλο, προσδιορίστε» σημειώθηκε ποσοστό 8% , το 7% εκ των οποίων είναι ιατροί και 1% φυσιοθεραπευτές.

Στο Δήμο Β και πάλι το μεγαλύτερο ποσοστό σημειώνεται στο επάγγελμα των εκπαιδευτικών της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (37%) και ακολουθούν οι εκπαιδευτικοί της πρωτοβάθμιας με ποσοστό 20%. Το ίδιο ποσοστό συγκεντρώνουν οι υπάλληλοι δημοσίας τάξεως και οι δημοτικού υπάλληλοι (12%). Στη συνέχεια συχνότερα εμφανίζεται το

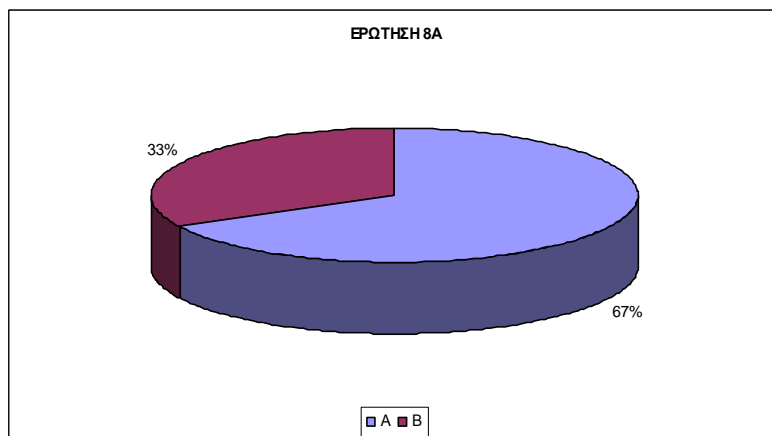
επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού με ποσοστό 7%. Ακολουθούν τα επαγγέλματα των νοσηλευτών (3%) και των ψυχολόγων (1%). Να σημειωθεί πως κανένας από τους ερωτηθέντες στο Δήμο Β δεν ήταν ψυχίατρος ή δικαστικός λειτουργός. Στην επιλογή Κ, «άλλο, προσδιορίστε», συγκεντρώθηκε ποσοστό 5% εκ του οποίου το 3% ήταν εργοθεραπευτές, το 1% υπάλληλοι καθαριότητας και το 1% επισκέπτες/τριες υγείας.

ΕΡΩΤΗΣΗ 8Α: ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

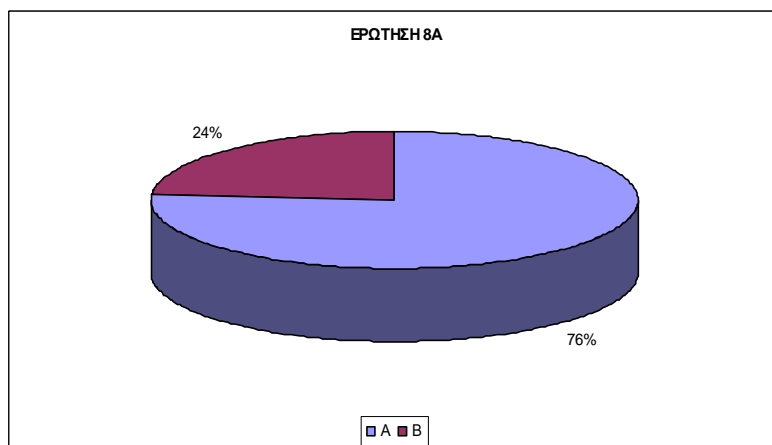
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ

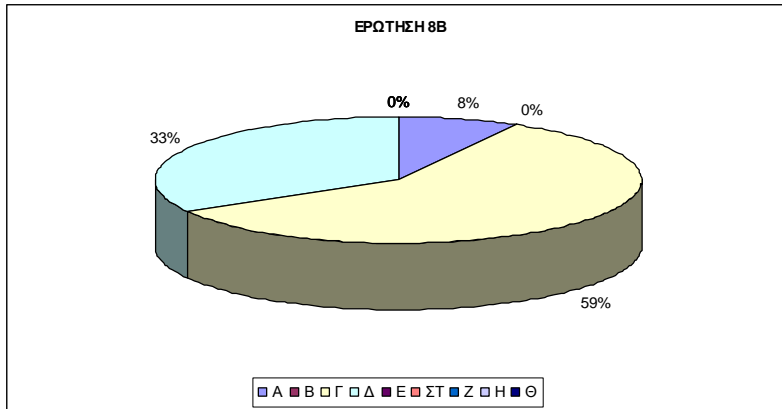


Όπως βλέπουμε και στις τρεις απεικονίσεις των στατιστικών μας στοιχείων τα περισσότερα άτομα του δείγματός μας έχουν έρθει σε επαφή με κάποιο άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια σε ποσοστό 76%.

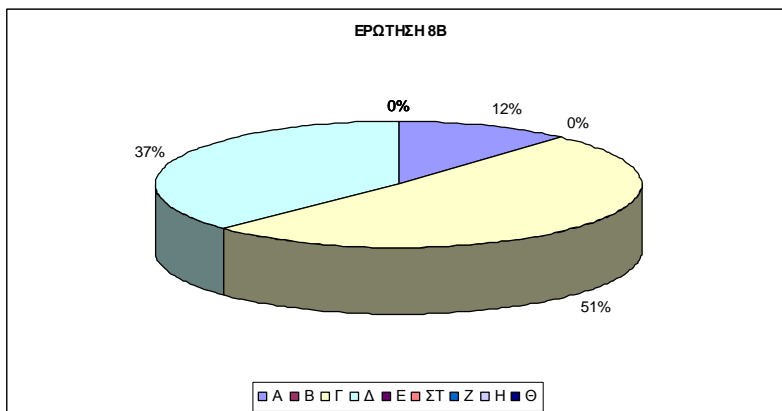
Συγκεκριμένα, στο Δήμο Α το ποσοστό παρουσιάζεται μεγαλύτερο (84%), και των ατόμων που δεν έχουν έρθει ποτέ σε επαφή με κάποιον ψυχικά ασθενή 16%. Στο Δήμο Β το ποσοστό των ερωτηθέντων που έχει έρθει σε επαφή κάποια στιγμή με έναν ψυχικά ασθενή είναι και πάλι μεγαλύτερο αλλά παρουσιάζει μικρότερη απόκλιση με αυτό των ερωτηθέντων που δεν έχει έρθει ποτέ σε επαφή με κάποιον ψυχικά ασθενή (67% έναντι 33% αντιστοίχως).

ΕΡΩΤΗΣΗ 8B: ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

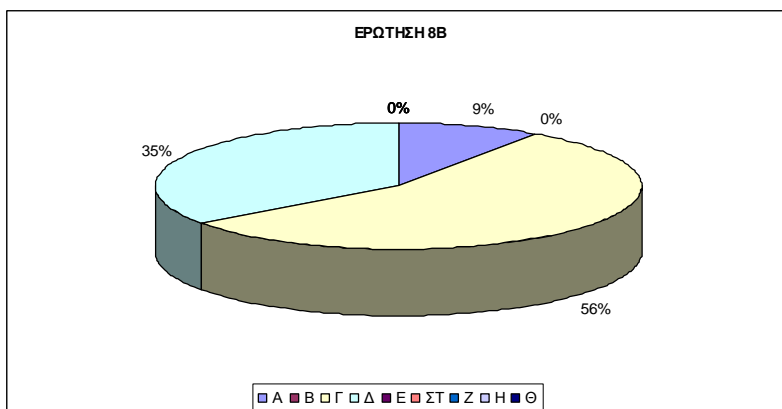
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ

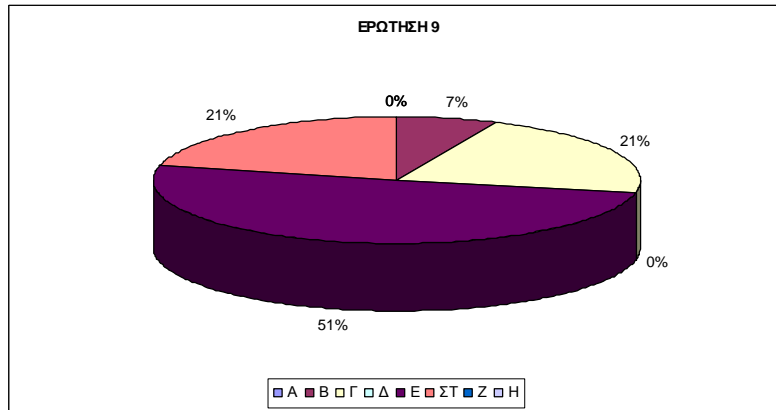


Σε αυτή την ερώτηση απάντησαν τα άτομα του δείγματός μας τα οποία είχαν απαντήσει θετικά στην προηγούμενη ερώτηση (δηλαδή πως ΝΑΙ έχουν έρθει σε επαφή με κάποιο άτομο με ψυχική ασθένεια). Η ερώτηση αυτά αφορά τα συναισθήματα που προκλήθηκαν κατά την επαφή με κάποιον ψυχικά ασθενή. Σχεδόν ένας στους δύο ένοιωσε τρυφερότητα (56%), το 35% συμπόνια και το 9% λύπη. *Είναι άξιο αναφοράς ότι κανένας από το σύνολο των ερωτηθέντων που έχουν έρθει σε επαφή με ψυχικά ασθενείς δεν σημείωσε καμία από τις άλλες επιλογές (Β αδιαφορία, Ε οργή, ΣΤ θυμό, Ζ φόβο, Η απάθεια ή Θ κάποιο άλλο συναίσθημα), δηλαδή κάποιο από αυτά τα αρνητικά συναισθήματα και είχαν κατά κύριο λόγο θετικά.*

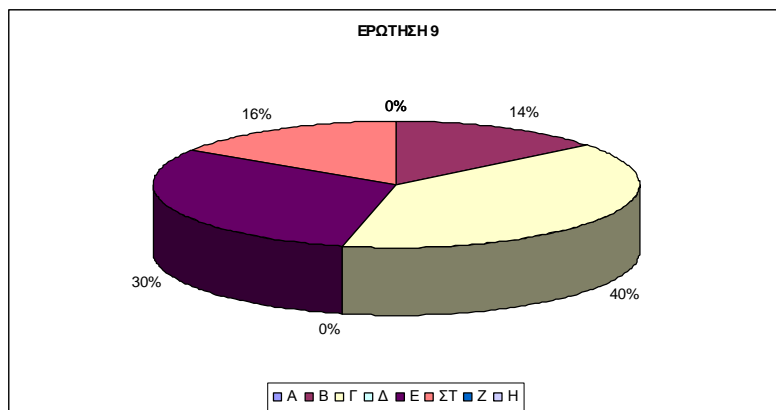
Οι αποκλίσεις του συνόλου του δείγματος στην κάθε απάντηση με αυτές του κάθε Δήμου δεν είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Στο Δήμο Α οι ερωτηθέντες στην επαφή τους με κάποιον ψυχικά ασθενή ένοιωσαν το 59% τρυφερότητα, το 33% συμπόνια και το 8% λύπη. Ενώ αδιαφορία, οργή, θυμό, φόβο, απάθεια ή κάποιο άλλο συναίσθημα δεν ένοιωσε κανείς. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα για το Δήμο Β. Το 51% ένοιωσε τρυφερότητα, το 37% συμπόνια και το 12% λύπη, ενώ δεν είχαμε καμία απάντηση στις άλλες επιλογές.

ΕΡΩΤΗΣΗ 9: ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

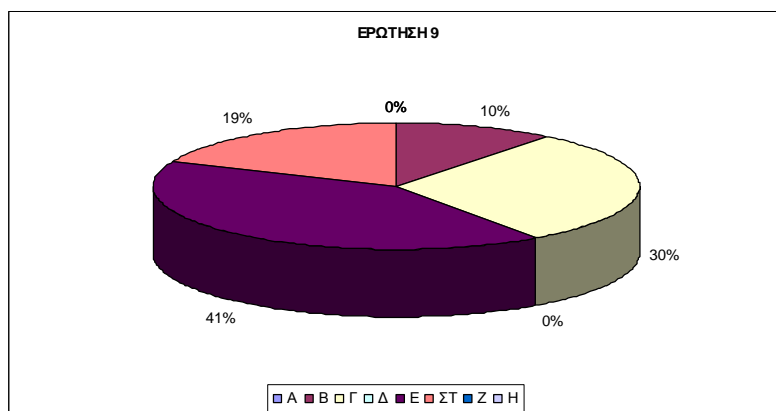
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ



Οι απαντήσεις στη συγκεκριμένη ερώτηση παρουσιάζουν ενδιαφέρον. Η ερώτηση 9 αφορά την προσωπική γνώμη που έχουν για τα άτομα με ψυχικά ασθένεια και πρέπει να επιλέξουν ανάμεσα στις ακόλουθες απαντήσεις-προτάσεις με τις οποίες συμφωνούν: Α. άτομα που δεν πρέπει να εργάζονται στην κοινότητα, Β. άτομα βίαια και επικίνδυνα, Γ. άτομα που μπορούν να ζήσουν μία φυσιολογική ζωή με την κατάλληλη αγωγή, Δ. άτομα που πρέπει να μείνουν έγκλειστα σε ίδρυμα, Ε. άτομα που πρέπει να ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο, ΣΤ. όλες τις παραπάνω προτάσεις, Ζ. κανένα από τα παραπάνω και Η. άλλο και να το προσδιορίσουν. Στο σύνολο του δείγματός μας συναντούμε τις παρακάτω απαντήσεις: το 41% υποστηρίζει πως οι ψυχικά ασθενείς πρέπει να ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο, το 30% πιστεύει πως οι ψυχικά ασθενείς είναι άτομα που μπορούν να ζήσουν μία φυσιολογική ζωή με την κατάλληλη αγωγή, το 19% σημειώνει όλα τα παραπάνω και το 10% χαρακτηρίζει τους ψυχικά ασθενείς ως βίαιους και επικίνδυνους. Κανένας δεν έδωσε την απάντηση Α, Δ, Ζ και Η.

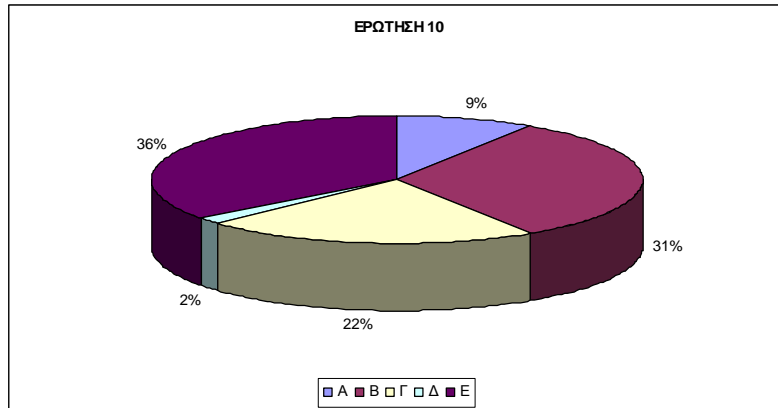
Στο Δήμο Α σχεδόν οι μισοί από τους ερωτηθέντες (51%) επέλεξε την απάντηση πως οι ψυχικά ασθενείς είναι άτομα που πρέπει να ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο, το ίδιο ποσοστό σημειώθηκε στις απαντήσεις (Γ) άτομα που μπορούν να ζήσουν μία φυσιολογική ζωή με την κατάλληλη αγωγή και (ΣΤ) όλα τα παραπάνω. Το 7% θεωρεί πως οι ψυχικά ασθενείς είναι άτομα βίαια και επικίνδυνα.

Στο Δήμο Β το μεγαλύτερο ποσοστό (40%) σημειώθηκε στην απάντηση (Γ) πως οι ψυχικά ασθενείς είναι άτομα που μπορούν να ζήσουν μία φυσιολογική ζωή με την κατάλληλη αγωγή, το 30% πιστεύει πως είναι άτομα που πρέπει να ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο, το 14% πιστεύει πως οι ψυχικά ασθενείς είναι βίαιοι και επικίνδυνοι και το 10% σημειώνει όλες τις υπάρχουσες επιλογές.

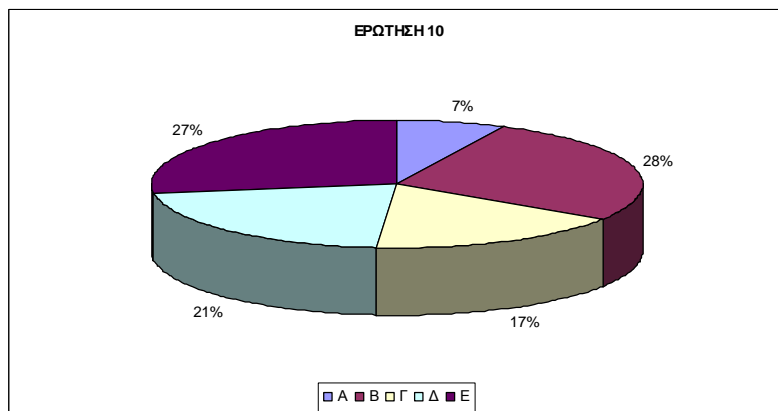
Στην ερώτηση αυτή σημειώνεται το εξής οξύμωρο, ενώ οι επιλογές που παραθέτουμε είναι αντίθετες μεταξύ τους (π. χ. η Δ. άτομα που πρέπει να μένουν έγκλειστα σε ίδρυμα και Ε. άτομα που πρέπει να ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο) ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό (19%) έχει επιλέξει τη ΣΤ επιλογή «όλα τα παραπάνω» που περικλείει προτάσεις που αποδέχονται τους ψυχικά ασθενείς να συμβιώνουν στην κοινότητα και να θεωρούν πως μπορούν να ζήσουν μία φυσιολογική ζωή με την κατάλληλη αγωγή και παράλληλα να τους χαρακτηρίζουν ως βίαιους και επικίνδυνους και να προτείνουν την παραμονή τους σε ίδρυμα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 10: ΑΠΟΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

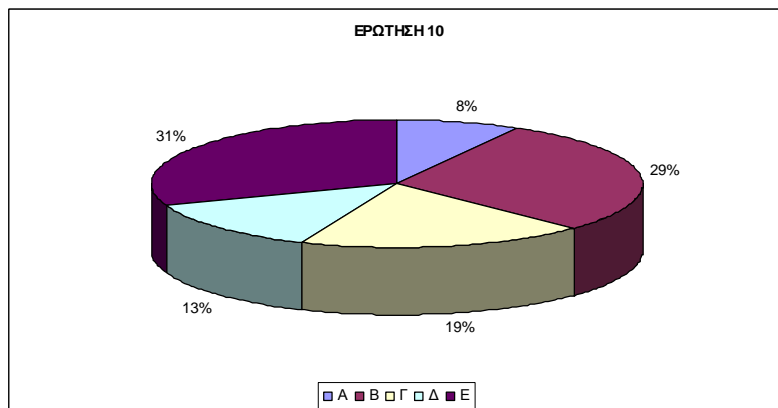
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ



Η ερώτηση 10 στοχεύει να ενημερωθούμε για το ποια είναι η γνώση του δείγματός μας πάνω στο αν η σχιζοφρένεια είναι θεραπεύσιμη νόσος. Το σύνολο του δείγματός μας υποστηρίζει κατά 8% πως θεραπεύεται, κατά 29% πως μάλλον θεραπεύεται κατά 19% πως μάλλον δεν θεραπεύεται, κατά 13% πως δεν θεραπεύεται και κατά 31% πως δεν γνωρίζει εάν η σχιζοφρένεια είναι θεραπεύσιμη νόσος.

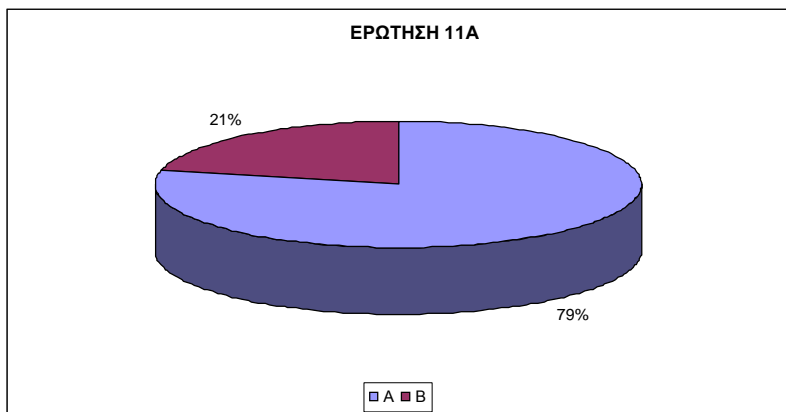
Στο Δήμο Α το 9% θεωρεί πως η σχιζοφρένεια θεραπεύεται, το 31% πως μάλλον θεραπεύεται, το 22% πως μάλλον δεν θεραπεύεται, το 2% πως δεν θεραπεύεται και το 36% πως δεν γνωρίζει.

Στο Δήμο Β το μεγαλύτερο ποσοστό (28%) συγκεντρώνεται στην επιλογή πως η σχιζοφρένεια μάλλον θεραπεύεται. Το 17% πιστεύει πως η σχιζοφρένεια μάλλον δεν θεραπεύεται, το 7% πως ναι θεραπεύεται έναντι του 21% που υποστηρίζει πως όχι δεν θεραπεύεται και τέλος το 27% αγνοεί εάν η σχιζοφρένεια είναι θεραπεύσιμη νόσος.

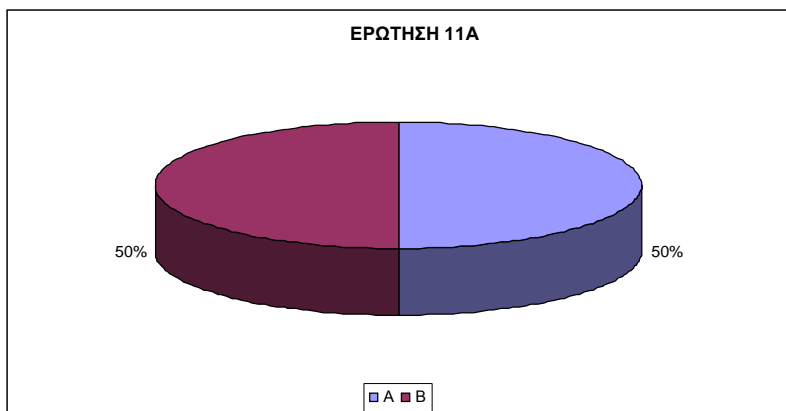
Σύμφωνα με τα στατιστικά αποτελέσματα παρατηρούμε πως τα άτομα που έχουμε επιλέξει ως δείγμα της έρευνάς μας είναι αρκετά συγχυσμένα σχετικά με τη θεραπεία της σχιζοφρένειας και μάλιστα το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών (31%) φανερώνει άγνοια για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας.

ΕΡΩΤΗΣΗ 11Α: ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

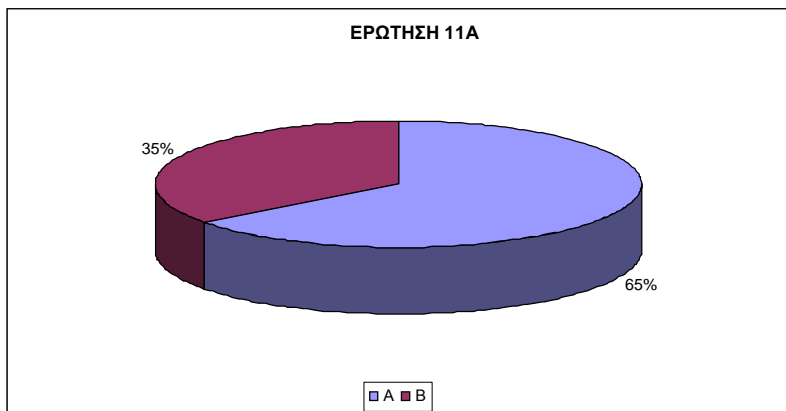
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ



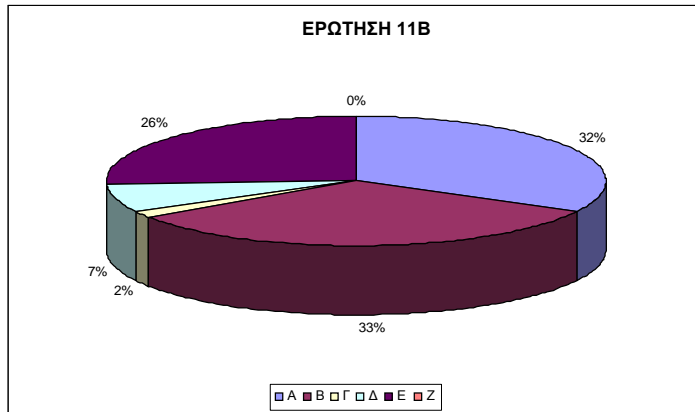
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματός μας (65%) φαίνεται να είναι ενημερωμένο σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές ενώ το 35% δεν είναι.

Στο Δήμο Α παρατηρούμε πως ένα αξιοσημείωτα μεγάλο ποσοστό εμφανίζεται να είναι ενημερωμένο σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές της τάξεως του 79%, ενώ μόλις το 21% δεν είναι ενημερωμένο.

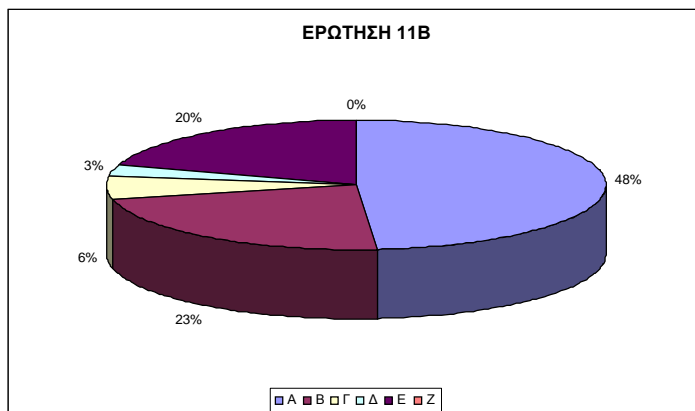
Στο Δήμο Β οι μισοί ερωτηθέντες δεν είναι ενημερωμένοι σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές και οι άλλοι μισοί φαίνεται να έχουν κάποια ενημέρωση.

ΕΡΩΤΗΣΗ 11Β: ΠΗΓΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

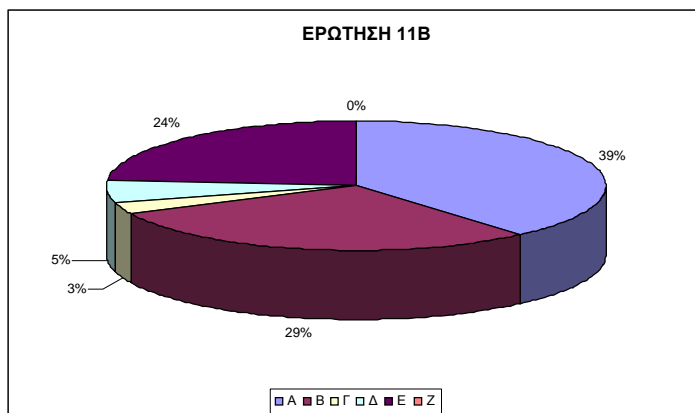
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ



Σε αυτή την ερώτηση που αφορά την πηγή της ενημέρωσης των ερωτηθέντων σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές μας έδωσαν απαντήσεις το 65% του δείγματός μας εφόσον αυτή η ερώτηση προϋποθέτει τη θετική απάντηση στην προηγούμενη ερώτηση.

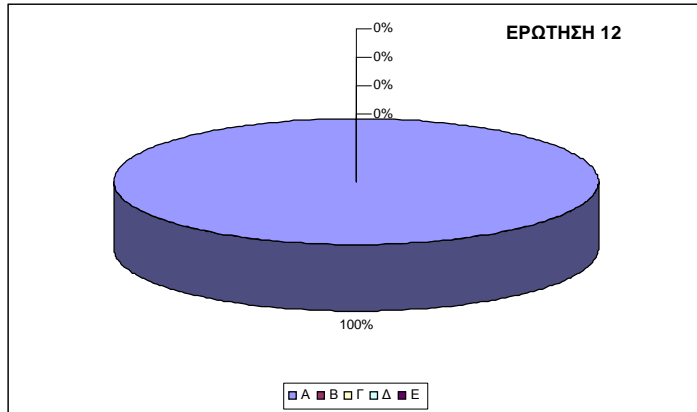
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ενημερωμένων ερωτηθέντων λοιπόν, αντλεί την ενημέρωσή του από τα Μ. Μ. Ε. (39%), η δεύτερη πηγή ενημέρωσης που συγκεντρώνει το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό είναι τα σεμινάρια και τα συνέδρια (απάντηση Β, 29%). Ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό παρουσιάζεται και στην απάντηση ε «όλα τα παραπάνω» που περικλείει δηλαδή την ενημέρωση από Α. τα Μ. Μ. Ε. , Β. τα σεμινάρια και τα συνέδρια, Γ. το διαδίκτυο και Δ. τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας. Καμία απάντηση Ζ (άλλο προσδιορίστε) δεν σημειώθηκε.

Στο Δήμο Α σχεδόν το ίδιο ποσοστό παρουσιάζεται στην ενημέρωση από τα Μ. Μ. Ε. (32%) και στην ενημέρωση από σεμινάρια και συνέδρια (33%). Το 2% αντλεί πληροφόρηση από το διαδίκτυο, το 7% από φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας και το 26% από όλα τα παραπάνω.

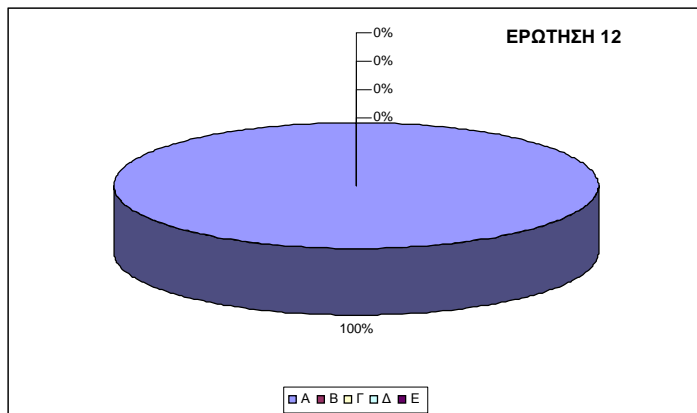
Στο Δήμο Β παρατηρούμε πως οι ερωτηθέντες σχεδόν κατά το ήμισυ έχουν ενημερωθεί για τις ψυχικές ασθένειες μέσω των Μ. Μ. Ε. (48%). Η αμέσως επόμενη πηγή ενημέρωσης για τους ερωτηθέντες του Δήμου Β είναι τα σεμινάρια και τα συνέδρια σε ποσοστό 23%. Το 3% έχει ενημερωθεί από φυλλάδια που εκδίδει κατά καιρούς το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και το 20% σημείωσε όλα τα προαναφερθέντα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 12:ΑΝ ΚΑΠΟΙΟ ΑΤΟΜΟ ΕΠΑΣΧΕ ΑΠΟ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΙ ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ;

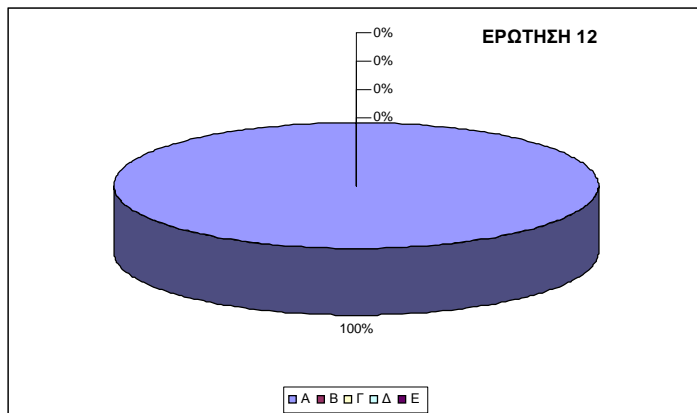
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



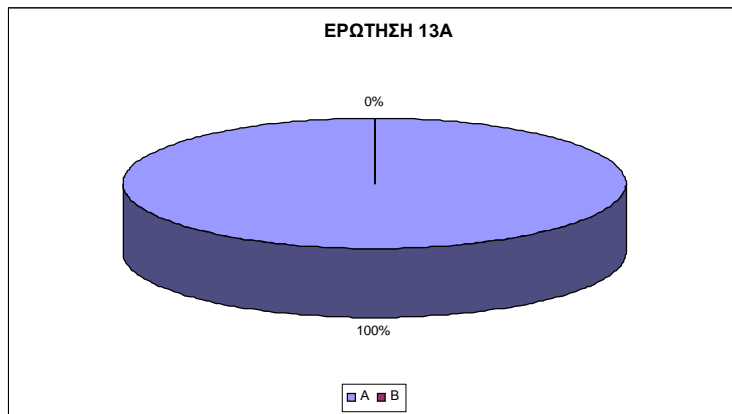
ΣΥΝΟΛΟ



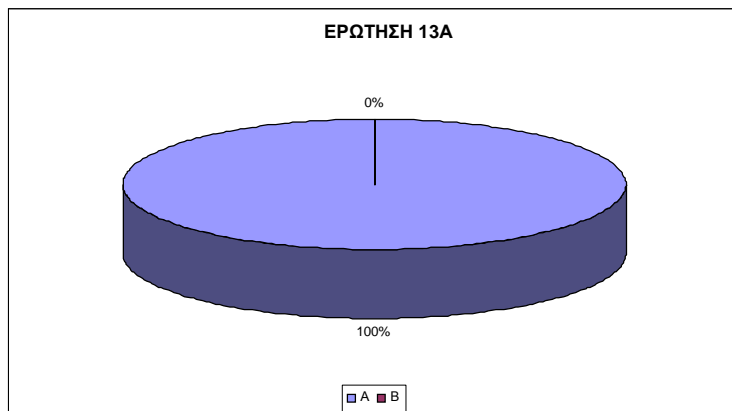
Στην ερώτηση 12 «Αν κάποιο άτομο της οικογένειάς σας έπασχε από κάποια ψυχική ασθένεια, τι θα κάνατε;» με απαντήσεις Α. θα συμβουλευόμουν κάποιον ειδικό, Β. θα το έκρυβα λόγω του κοινωνικού μου status, Γ. θα το έκλεινα σε ίδρυμα/ άσυλο, Δ. δε θα έκανα τίποτα, Ε. άλλο-προσδιορίστε όλοι οι ερωτηθέντες του δείγματός μας επέλεξαν την απάντηση Α! Το ίδιο ποσοστό (100%) εμφανίζεται και στους δύο Δήμους της έρευνάς μας, δηλαδή όλοι απάντησαν πως θα απευθύνονταν σε κάποιον ειδικό προκειμένου να τους βοηθήσει εάν κάποιο άτομο από την οικογένειά τους έπασχε από κάποια ψυχική ασθένεια!

ΕΡΩΤΗΣΗ 13Α : ΠΙΣΤΕΥΕΤΑΙ ΟΤΙ Ο ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΙΓΜΑΤΙΖΕΤΑΙ;

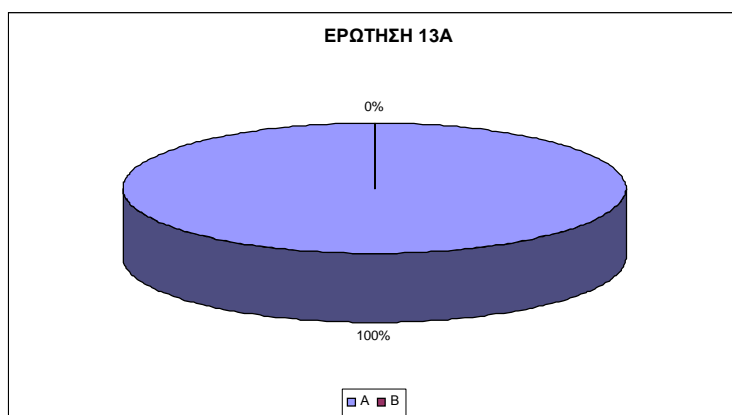
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



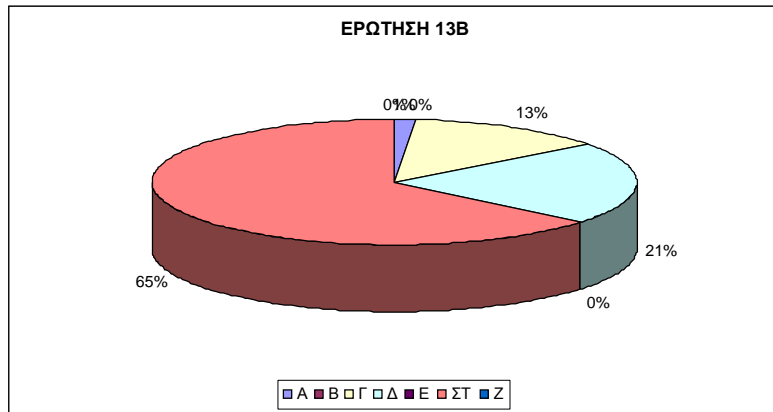
ΣΥΝΟΛΟ



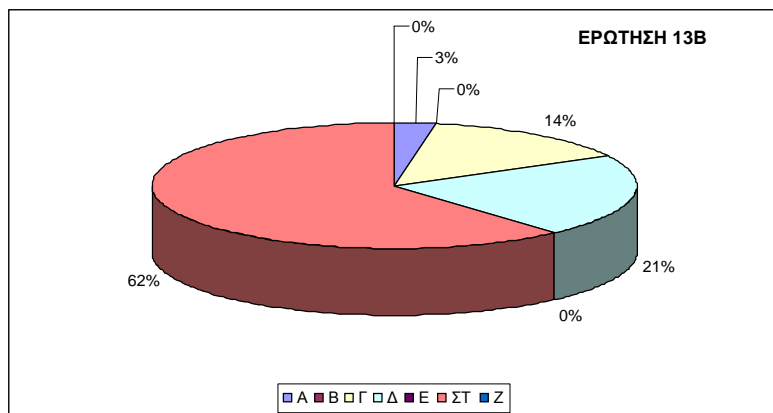
Στην ερώτηση 13Α «Πιστεύετε ότι ο ψυχικά ασθενής στιγματίζεται;» το 100% του δείγματός μας, μάζ απάντησε ότι κατά τη γνώμη του στιγματίζεται!

ΕΡΩΤΗΣΗ 13B: ΑΙΤΙΕΣ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

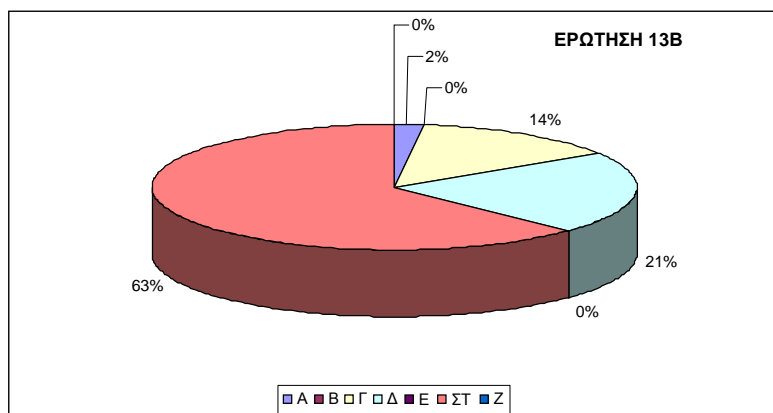
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ



Εφόσον όπως προκύπτει από την προηγούμενη ερώτηση το δείγμα μας ομόφωνα πιστεύει πως ο ψυχικά ασθενής στιγματίζεται, στην ερώτηση 13B, αν και προκατασκευασμένη, απαντά όλο μας το δείγμα.

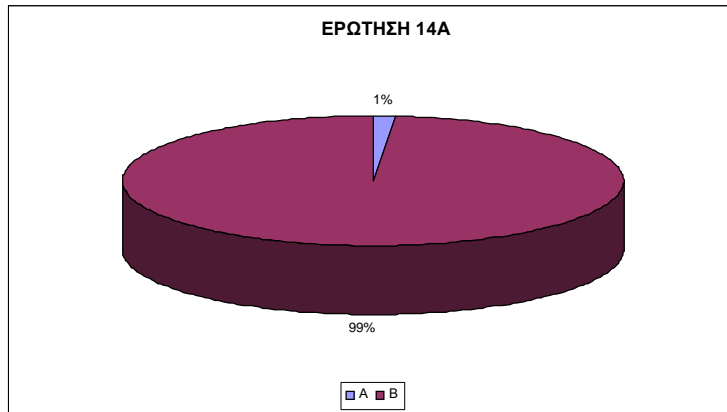
Συγκεκριμένα, το 63% του συνόλου επέλεξε την απάντηση ΣΤ (όλα τα παραπάνω) στην ερώτηση «Από ποιους πιστεύει ότι στιγματίζεται;». Η απάντηση αυτή εμπεριέχει τις απαντήσεις (Α. από τους συγγενείς του, Β. από τους φίλους του, Γ. από τη γειτονιά του, Δ. από το κοινωνικό σύνολο και Ε. από τα Μ. Μ. Ε.). Μόνο από το κοινωνικό σύνολο μας απάντησε το 21%, μόνο από τη γειτονιά το 14% και μόνο από τους συγγενείς του το 2%.

Στο Δήμο Α το 13% απάντησε από τη γειτονιά του, το 21% από το κοινωνικό σύνολο και το 65% όλα τα παραπάνω. Στις επιλογές Α. συγγενείς, Β. φίλους, Ε. Μ. Μ. Ε. και Ζ. άλλο προσδιορίστε, δεν είχαμε καμία απάντηση.

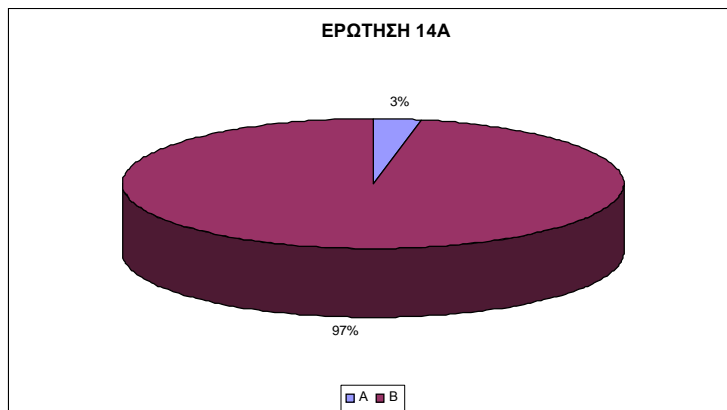
Στο Δήμο Β το 3% απάντησε από τους συγγενείς του, το 14% από τη γειτονιά του, το 21% από το κοινωνικό σύνολο και το 62% από όλα τα παραπάνω.

ΕΡΩΤΗΣΗ 14Α: ΟΙ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΤΙΓΜΑΤΙΖΟΝΤΑΙ;

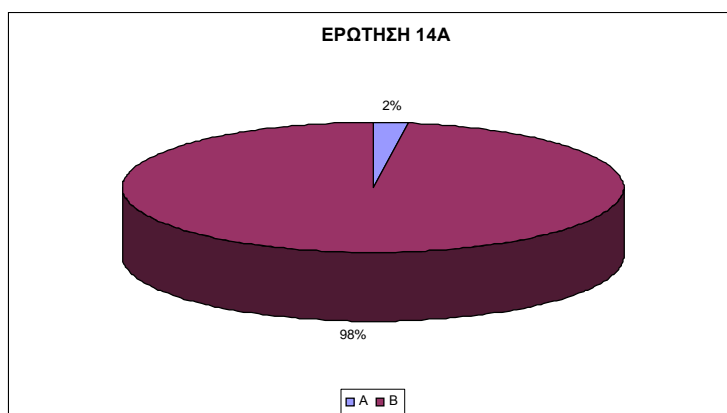
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ



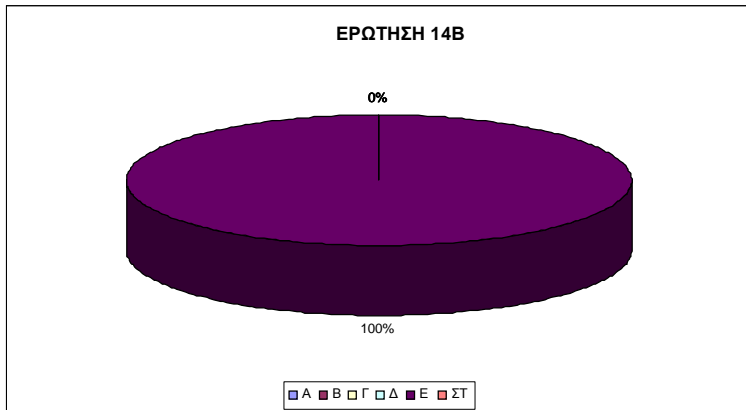
Η ερώτηση 14Α, ρωτά τα άτομα που συμμετέχουν στην έρευνα αν νομίζουν ότι οι ψυχικά ασθενείς **πρέπει** να στιγματίζονται.

Το σύνολο του δείγματος μας απάντησε κατά 98% ότι δεν θα έπρεπε να στιγματίζονται και μόλις το 2% ότι πρέπει να στιγματίζονται οι ψυχικά ασθενείς.

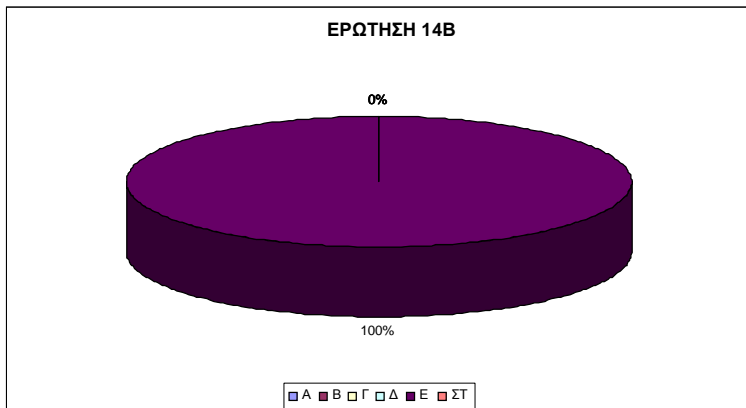
Στους δύο Δήμους δεν παρουσιάζονται σημαντικές διαφοροποιήσεις, τα ποσοστά κυμαίνονται περίπου στις ίδιες τιμές. Στο Δήμο Α μόλις το 1% πιστεύει πως τα άτομα με κάποια ψυχική ασθένεια είναι σωστό να στιγματίζονται ενώ το 99% έχει αντίθετη γνώμη. Για το Δήμο Β τα ποσοστά είναι 97% για αυτούς που πιστεύουν πως οι ψυχικά ασθενείς δεν θα έπρεπε να στιγματίζονται και 3% για αυτούς που είναι θετικούς στο να στιγματίζονται οι ψυχικά ασθενείς.

ΕΡΩΤΗΣΗ 14B: ΑΙΤΙΕΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

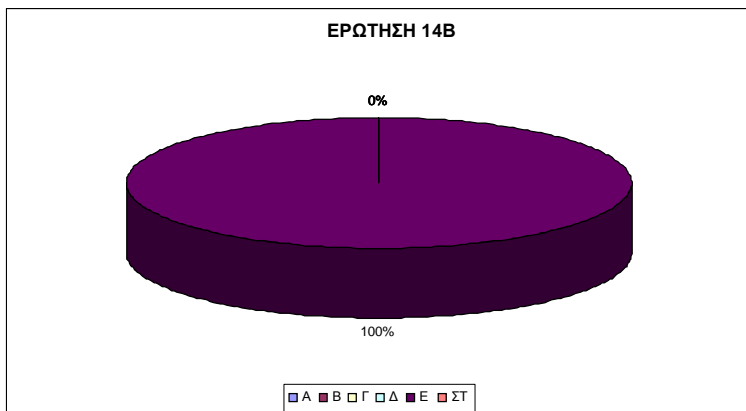
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ

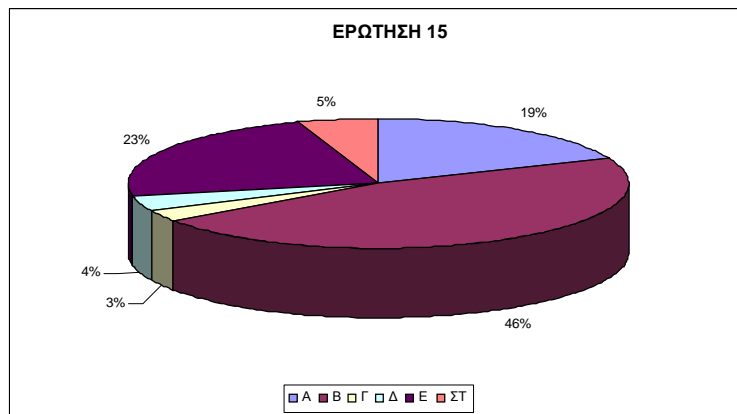


Για τους ερωτηθέντες του δείγματός μας που μας απάντησαν στην προηγούμενη ερώτηση (14Α) ότι οι ψυχικά ασθενείς πρέπει να στιγματίζονται (2%) φαίνεται από τις απαντήσεις σε αυτή την ερώτηση (Για ποιους λόγους πρέπει να στιγματίζονται;) πως όλοι έχουν την ίδια άποψη για το λόγο που θεωρούν πως πρέπει τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια να στιγματίζονται. Οι απαντήσεις ανάμεσα στις οποίες είχαν να επιλέξουν ήταν: Α. γιατί δεν μπορούν να ενταχθούν ομαλά στο κοινωνικό σύνολο, Β. γιατί δεν μπορεί κανείς να τους εμπιστευτεί, Γ. λόγω μειωμένης αντίληψης και συγκρότησης της σκέψης, Δ. λόγω ασφάλειας του κοινωνικού συνόλου, Ε. για την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθένειάς τους, ΣΤ. άλλο-προσδιορίστε. Όλοι λοιπόν από το 2% του δείγματος επέλεξε την απάντηση Ε, δηλαδή, για την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθένειάς τους.

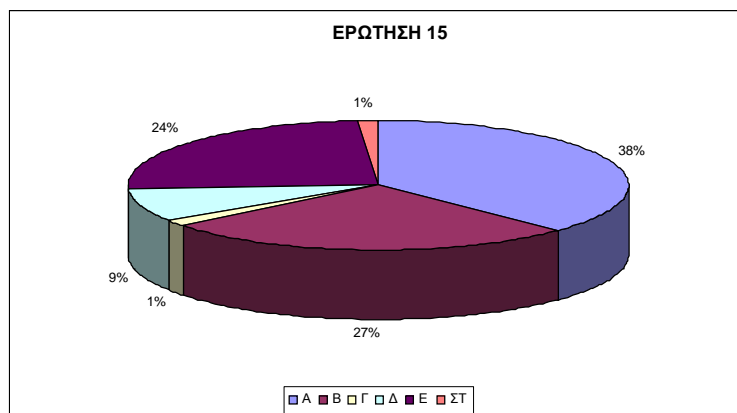
Συνεπώς ακριβώς τα ίδια ποσοστά εμφανίζονται και στους δύο Δήμους. Όλοι οι ερωτηθέντες του Δήμου Α και όλοι οι ερωτηθέντες του Δήμου Β που μας απάντησαν πως οι ψυχικά ασθενείς πρέπει να στιγματίζονται (1% και 3% αντιστοίχως) πιστεύουν ότι πρέπει να στιγματίζονται για την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθένειάς τους.

ΕΡΩΤΗΣΗ 15: ΘΑ ΔΕΧΟΣΑΣΤΑΝ ΕΝΑ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΝΑ ΕΙΝΑΙ:

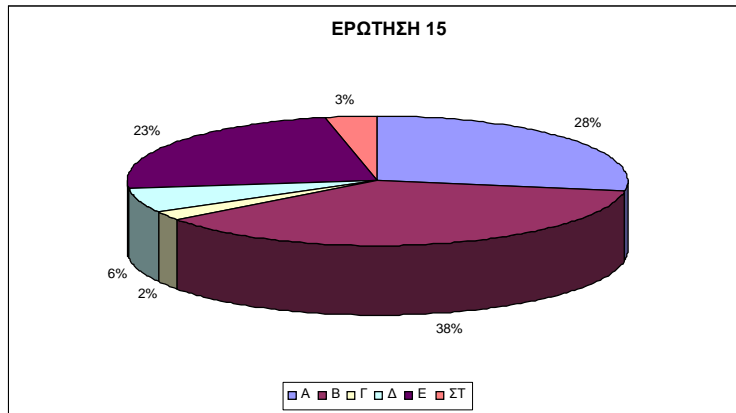
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ



Η ερώτηση αυτή μας δείχνει το βαθμό της προκατάληψης που έχει το δείγμα μας. Η ερώτηση 15 αναφέρει «Θα δεχόσασταν ένα άτομο με ψυχική ασθένεια να είναι:» και έχει τις παρακάτω επιλογές: Α. Φίλος σας, Β. Γείτονάς σας, Γ. Σύντροφός σας, Δ. Τίποτα από τα παραπάνω, Ε. Δεν ξέρω και ΣΤ. Δεν απαντώ.

Το μεγαλύτερο ποσοστό (38%) από το σύνολο του δείγματός μας συγκεντρώθηκε στην επιλογή Β, δηλαδή θα δεχόντουσαν ένα άτομο με ψυχική ασθένεια να είναι γείτονάς τους. Το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό (28%) συγκεντρώνει η απάντηση Α, δηλαδή πως θα δεχόντουσαν έναν ψυχικά ασθενή για φίλο τους. *Την προσοχή μας αξίζει και το τρίτο μεγαλύτερο ποσοστό (23%), όχι σε μεγάλη διαφορά με το δεύτερο. Αυτό συγκεντρώνεται στην απάντηση Ε (δεν ξέρω).* Μικρότερα ποσοστά συναντάμε στην απάντηση Δ, 6%, (τίποτα από τα παραπάνω), το οποίο και αυτό είναι αξιοσημείωτο, και ακολουθούν στην απάντηση ΣΤ (δεν απαντώ) 3% και στην απάντηση Γ (σύντροφός σας) 2%.

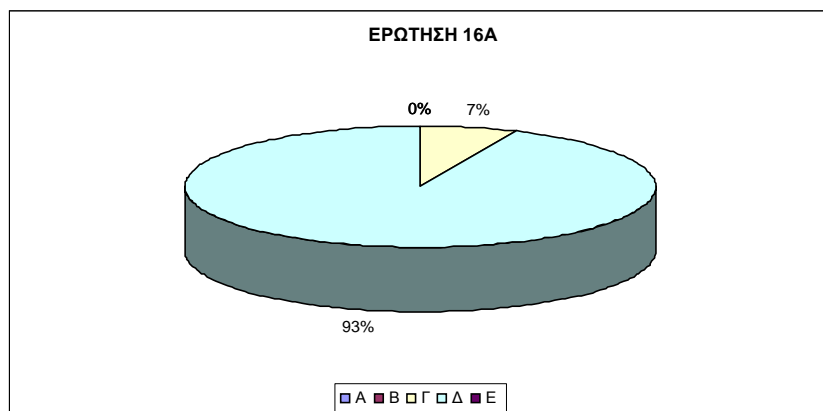
Παρατηρώντας τα ποσοστά που συγκεντρώνονται στις απαντήσεις των δύο Δήμων ξεχωριστά βλέπουμε μία σημαντική διαφορά. Η απάντηση στο Δήμο Α που συγκεντρώνει το μεγαλύτερο ποσοστό (46%) είναι η Β (γείτονάς σας) ενώ στο Δήμο Β μεγαλύτερο ποσοστό σημειώνεται στην απάντηση Α (φίλος σας) 38%.

Στο Δήμο Α τα ποσοστά ου ακολουθούν κατ' αυξητική σειρά είναι 23% στην απάντηση Ε (δεν ξέρω), 19% στην απάντηση Α (φίλος σας), 5% στην απάντηση ΣΤ (δεν απαντώ), 4% στην απάντηση Δ (τίποτα από τα παραπάνω), και 3% στην απάντηση Γ (σύντροφός σας)

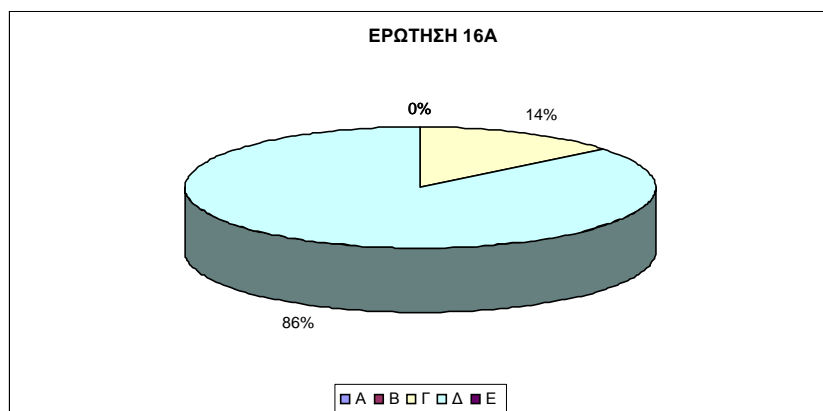
Κατά τον ίδιο τρόπο τα ποσοστά για το Δήμο Β είναι 27% στην απάντηση Β (γείτονάς σας), 24% στην απάντηση Ε (δεν ξέρω), 9% στην απάντηση Δ (τίποτα από τα παραπάνω) και 1% για τις απαντήσεις Γ (σύντροφός σας) και ΣΤ (δεν απαντώ).

ΕΡΩΤΗΣΗ 16Α: ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΕΠΑΡΚΗΣ Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ;

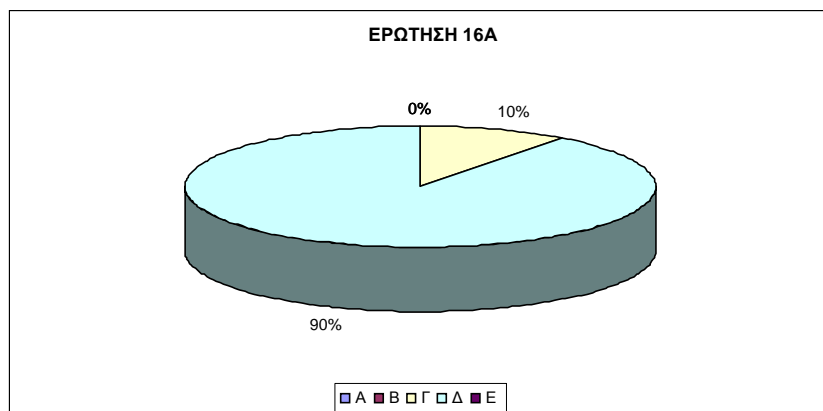
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ



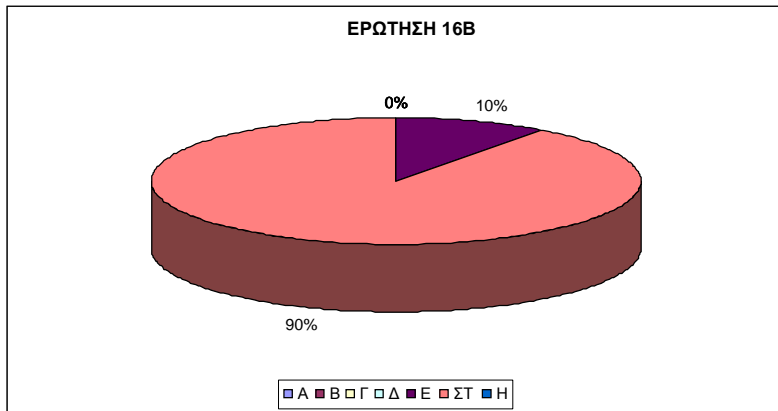
Στην ερώτηση 16Α ρωτάμε το δείγμα μας τη γνώμη του για το αν θεωρούν επαρκή την ενημέρωση των πολιτών σχετικά με τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια. Οι απαντήσεις συγκεντρώνονται σε δύο μόνο από τις επιλογές, την Γ (μάλλον όχι) σε ποσοστό 10% και την Δ (όχι) σε ποσοστό 90%.

Συγκεκριμένα, στο Δήμο Α τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 7% και 93% και στο Δήμο Β 14% ΚΑΙ 86%.

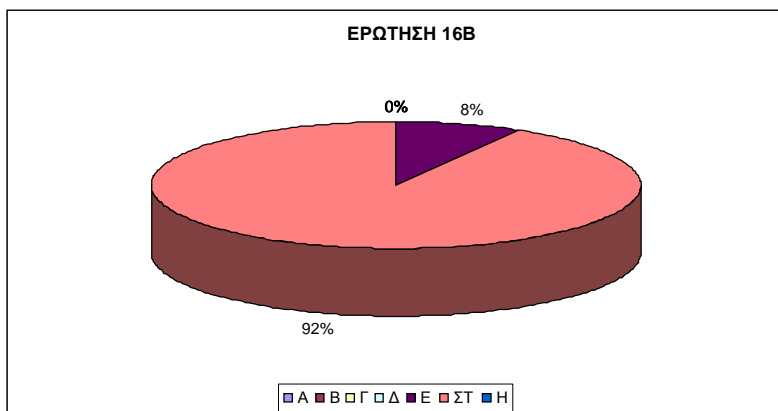
Οι απαντήσεις στη συγκεκριμένη ερώτηση είναι συγκλονιστικές! Κανένας από τους ερωτηθέντες δεν θεωρεί επαρκή ή τουλάχιστον μάλλον επαρκή την ενημέρωση των πολιτών σχετικά με τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια. Θεωρεί δηλαδή πως το κοινό έχει άγνοια σχετικά με τέτοια θέματα!

ΕΡΩΤΗΣΗ 16B :ΑΝ ΟΧΙ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΡΟΤΕΙΝΕΤΕ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ

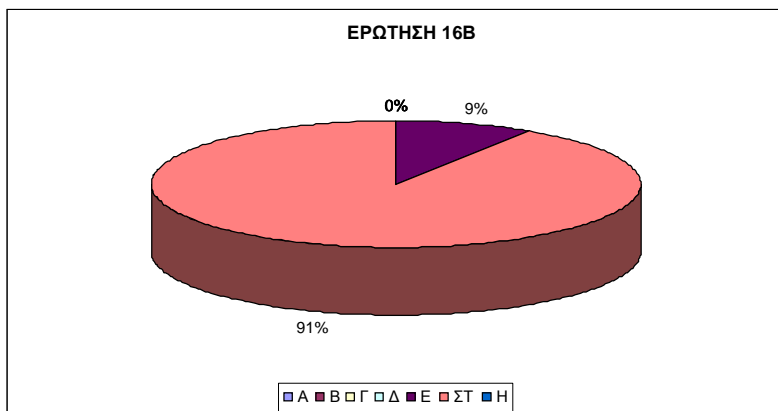
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ

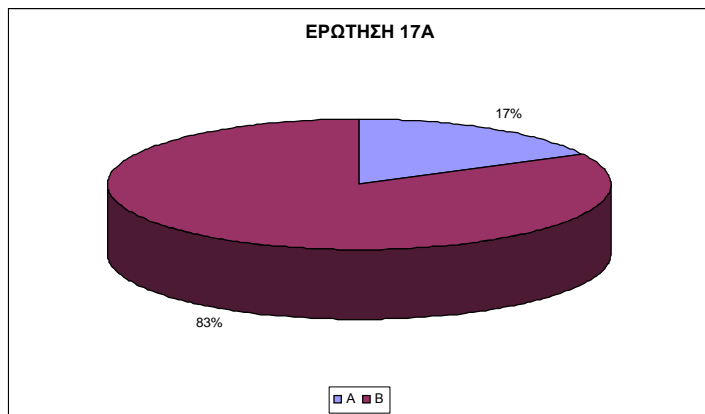


Και σε αυτή την ερώτηση που αφορά τις προτάσεις του δείγματος σχετικά με τον τρόπο που θα πρέπει να γίνεται η ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα που αφορούν την ψυχική ασθένεια, οι απαντήσεις συγκεντρώνονται σε δύο επιλογές, την Ε (ενημέρωση από ειδικούς φορείς στους εκπολιτιστικούς συλλόγους της περιοχής) 9% και την ΣΤ (όλα τα παραπάνω) 91%. Η επιλογή ΣΤ (όλα τα παραπάνω) περιλαμβάνει τις απαντήσεις (Α. προβολή του ευαίσθητου θέματος στα Μ. Μ. Ε. , Β. περισσότερα σεμινάρια/ συνέδρια, Γ. διάδοση σχετικών πληροφοριών στο διαδίκτυο, Δ. ενημερωτικά φυλλάδια για την ψυχική νόσο και Ε. ενημέρωση από ειδικούς φορείς στους εκπολιτιστικούς συλλόγους της περιοχής).

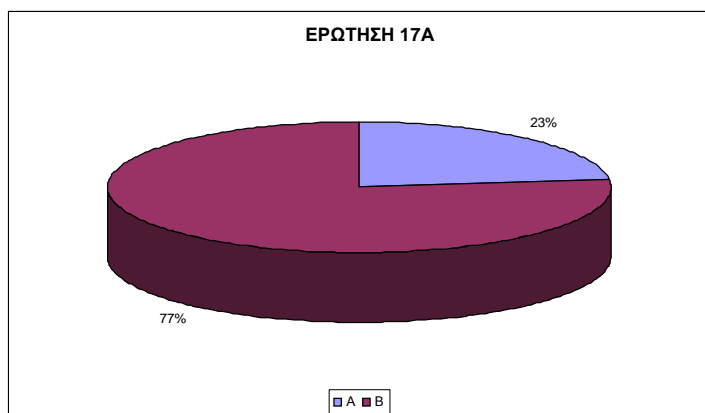
Στους δύο Δήμους τα στατιστικά αποτελέσματα είναι και πάλι παρόμοια και διαμορφώνονται ως εξής: στο Δήμο Α συγκεντρώνεται 10% στην απάντηση Ε και 90% στην απάντηση ΣΤ και στο Δήμο Β συγκεντρώνεται στην απάντηση Ε 8% και στην απάντηση ΣΤ 92%. Μέσω αυτών των αποτελεσμάτων καταλαβαίνουμε την ανάγκη που έχουν οι πολίτες για την ενημέρωση σχετικά με θέματα ψυχικής ασθένειας.

ΕΡΩΤΗΣΗ 17Α: ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΠΩΣ ΟΙ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΤΙΜΟΤΕΡΟ ΝΑ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΕΓΚΛΕΙΣΤΟΙ/ΤΡΟΦΙΜΟΙ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ;

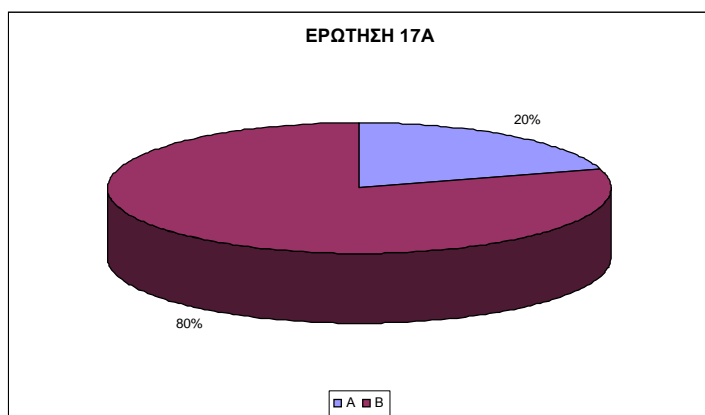
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ

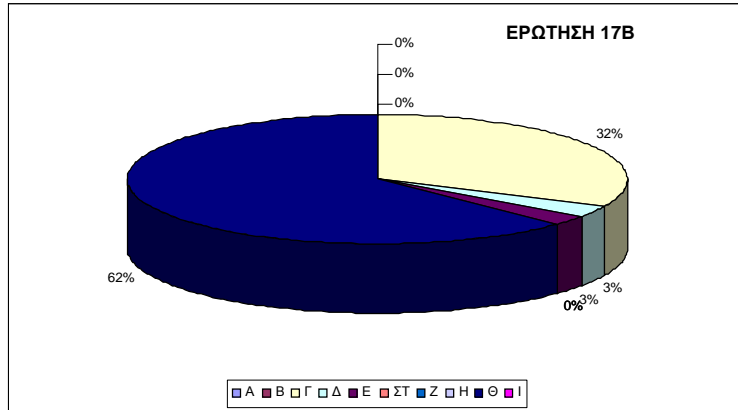


Σε αυτή την ερώτηση ρωτάμε το δείγμα μας αν πιστεύει πως οι ψυχικά ασθενείς είναι προτιμότερο να βρίσκονται έγκλειστοι/ τρόφιμοι σε ψυχιατρικά ιδρύματα. Το 20% απάντησε θετικά (Α. ναι) και το 80% απάντησε αρνητικά (Β. όχι).

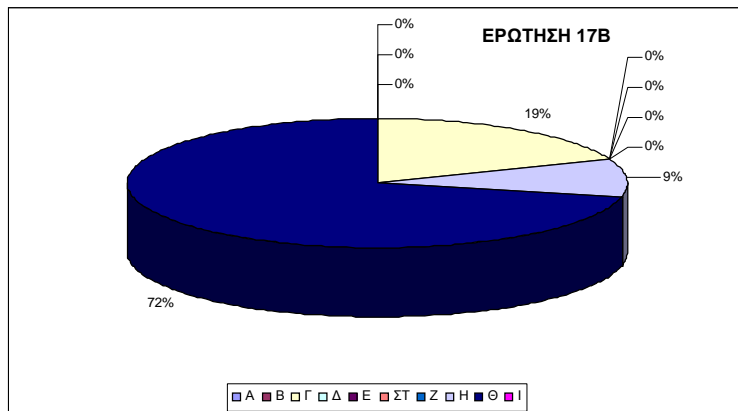
Στο Δήμο Α θετική απάντηση συναντάμε στο 17% και αρνητική στο 83% ενώ στο Δήμο Β η θετική απάντηση εμφανίζεται λίγο πιο αυξημένη και φτάνει το ποσοστό του 23% με την αρνητική απάντηση να συγκεντρώνει ποσοστό 77%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 17B: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ / ΔΟΜΕΣ ΠΟΥ ΒΟΗΘΟΥΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

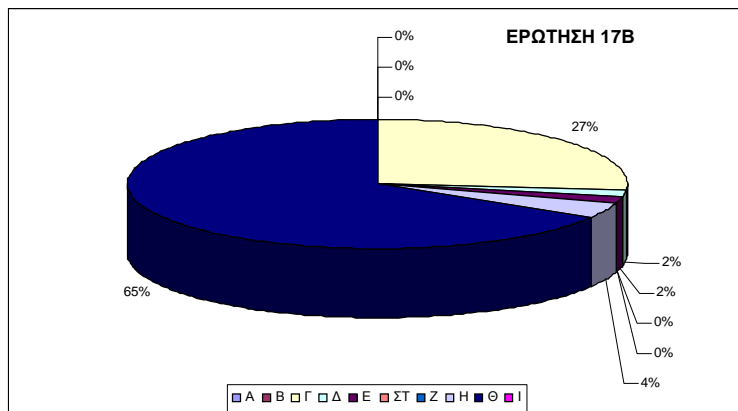
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ



Σε αυτή την ερώτηση μας απαντά το 80% του δείγματός μας, δηλαδή αυτοί που πιστεύουν σύμφωνα με την προηγούμενη ερώτηση πως οι ψυχικά ασθενείς δε θα πρέπει να βρίσκονται έγκλειστοι/ τρόφιμοι σε ψυχιατρικά ιδρύματα.

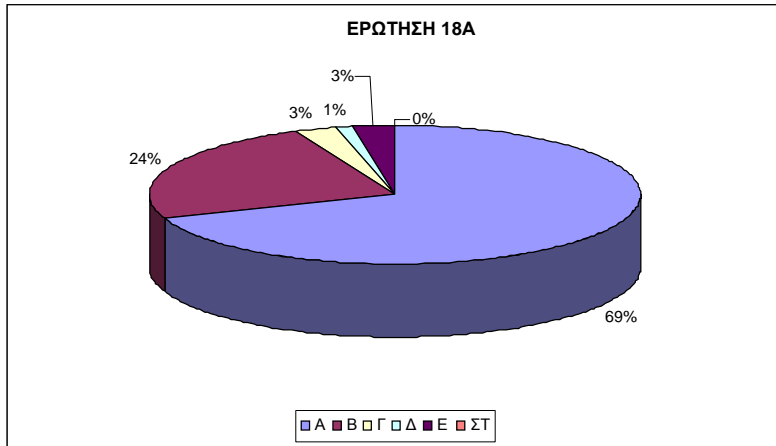
Οι απαντήσεις διαμορφώνονται ως εξής, να σημειώσουμε ότι συγκεντρώνονται σε πέντε από τις δέκα επιλογές Συγκεκριμένα πιστεύουν πως οι δομές οι οποίες θα βοηθούσαν τους ψυχικά ασθενείς να ενταχθούν κοινωνικά είναι οι εξής: σε ποσοστό 27% οι ξενώνες (απάντηση Γ), σε ποσοστό 4% η προστατευμένη εργασία (απάντηση Η), σε ποσοστό 2% τα προστατευόμενα διαμερίσματα (απάντηση Δ), σε ποσοστό επίσης 2% το κέντρο ημέρας ενηλίκων (απάντηση Ε) και τέλος σε ποσοστό 65% όλα τα παραπάνω (απάντηση Θ), δηλαδή Α. η ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου, Β. το οικοτροφείο, Γ. ο ξενώνας, Δ. τα προστατευόμενα διαμερίσματα, Ε. κέντρο ημέρας ενηλίκων, ΣΤ. νοσοκομείο ημέρας, Ζ. προστατευόμενα εργαστήρια και Η. προστατευμένη εργασία.

Στο Δήμο Α τα ποσοστά εμφανίζονται ως εξής: 32% στην απάντηση Γ, 62% στην απάντηση Θ, 3% στην απάντηση Δ και το ίδιο ποσοστό στην απάντηση Ε.

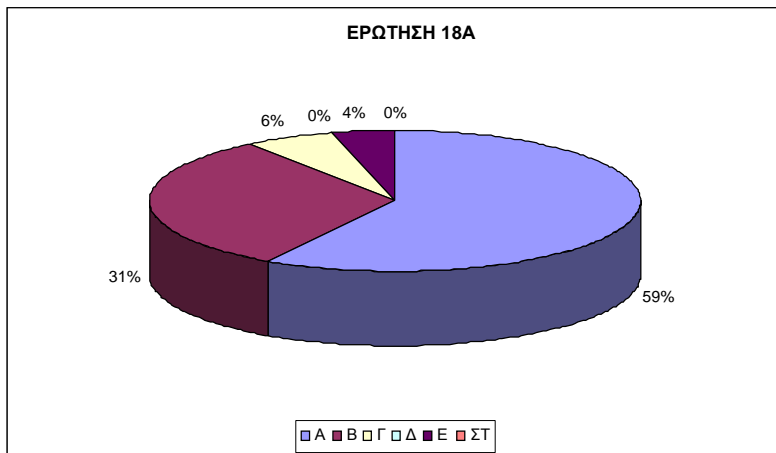
Στο Δήμο Β τα ποσοστά συγκεντρώνονται σε τρεις μονάχα απαντήσεις, την απάντηση Γ (19%), την απάντηση Θ (72%) και την απάντηση Η (9%).

ΕΡΩΤΗΣΗ 18 Α: ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΞΕΝΩΝΩΝ ΠΟΥ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΝ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΟΛΗ ΣΑΣ;

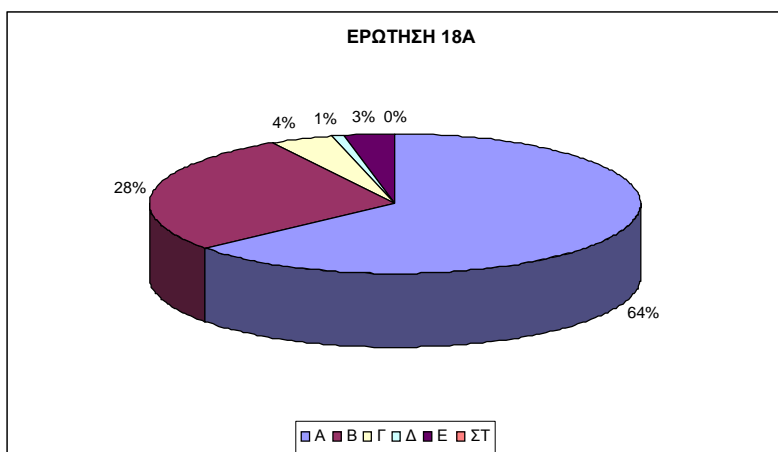
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ



Σε αυτή την ερώτηση και μετά από αρκετές μαιευτικές ερωτήσεις σχετικά με τη στάση του δείγματός μας απέναντι στην ψυχική ασθένεια ρωτάμε πιο άμεσα για το αν θα συμφωνούσαν ως προς τη δημιουργία ξενώνων που φιλοξενούν άτομα με ψυχικές διαταραχές στην πόλη τους.

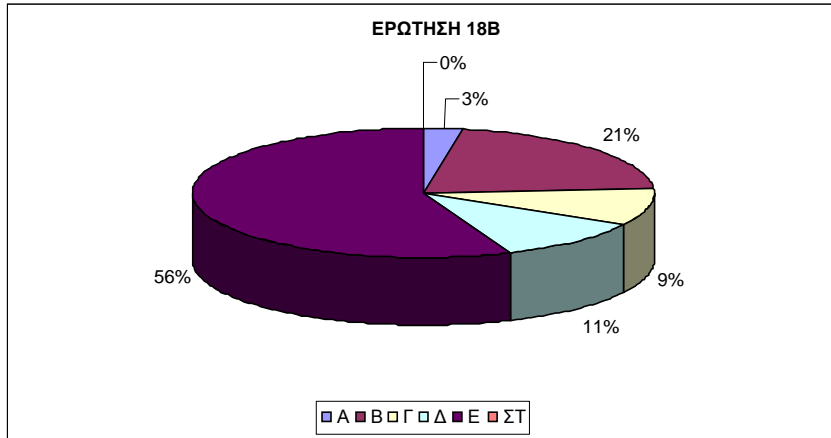
Το σύνολο του δείγματος απάντησε θετικά κατά 64% (Α) και «μάλλον ναι» κατά 28%. Αρνητικοί στάθηκαν μόνο το 1% και μάλλον δεν θα ήθελαν τη δημιουργία ξενώνων που φιλοξενούν άτομα με ψυχικές διαταραχές το 4%. Καταγράφηκε και ένα ποσοστό 3% στην απάντηση Ε (δεν ξέρω).

Στο Δήμο Α το ποσοστό που εμφανίζεται θετικό ως προς τη δημιουργία ξενώνα στην πόλη του είναι το 69%, ενώ μάλλον θα συμφωνούσε το 24%. Αρνητικοί είναι το 1%, ενώ μάλλον δε θα συμφωνούσε το 3%. Το ποσοστό του 3% εμφανίστηκε και στην επιλογή Ε (δεν ξέρω).

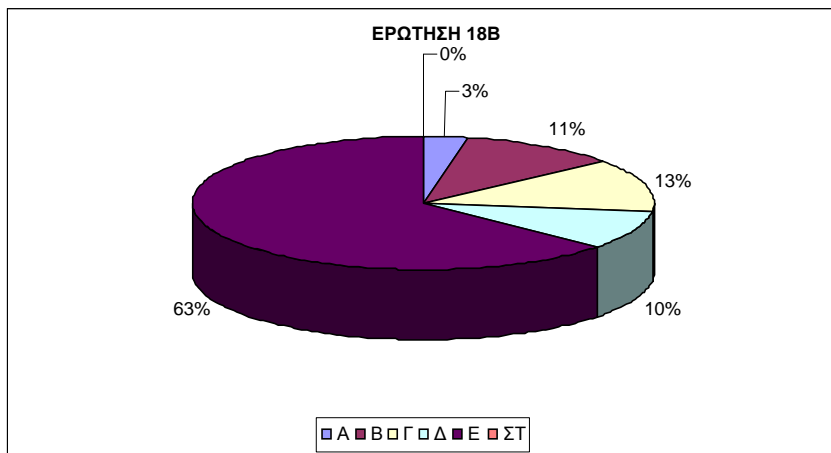
Στο Δήμο Β το ποσοστό που συμφωνεί με τη δημιουργία ξενώνα στην πόλη του είναι κατά 10% μειωμένο σε σχέση με το Δήμο Α, δηλαδή είναι 59% παράλληλα όμως αυξάνεται το ποσοστό που μάλλον θα συμφωνούσαν σε σχέση και πάλι με το Δήμο Α κατά 7% και φτάνει δηλαδή το 31%. Το 6% εμφανίζεται μάλλον αρνητικό (είναι διπλάσιο του Δήμου Α) και το 4% απάντησε πως δεν ξέρει. Καμία απάντηση δε σημειώθηκε στο Δ (όχι) και στο ΣΤ (δεν απαντώ).

ΕΡΩΤΗΣΗ 18B: ΝΑ ΝΑΙ Ή ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ ΓΙΑ ΠΟΙΟΝ/ΠΟΙΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΛΟΓΟΥΣ ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ;

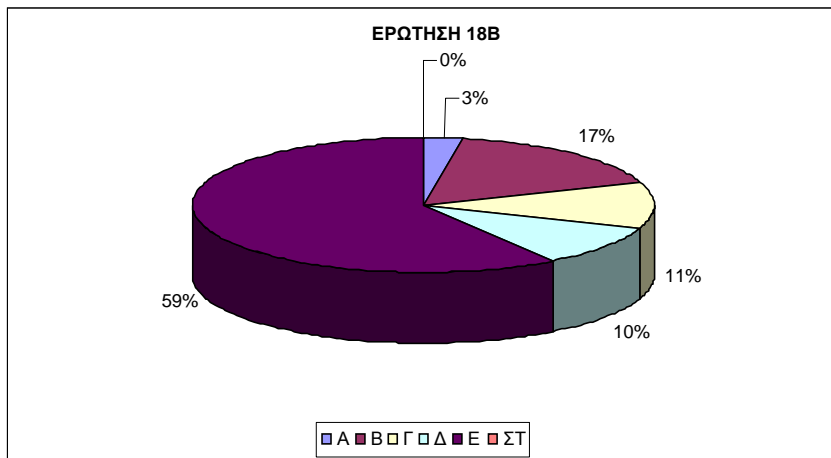
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ



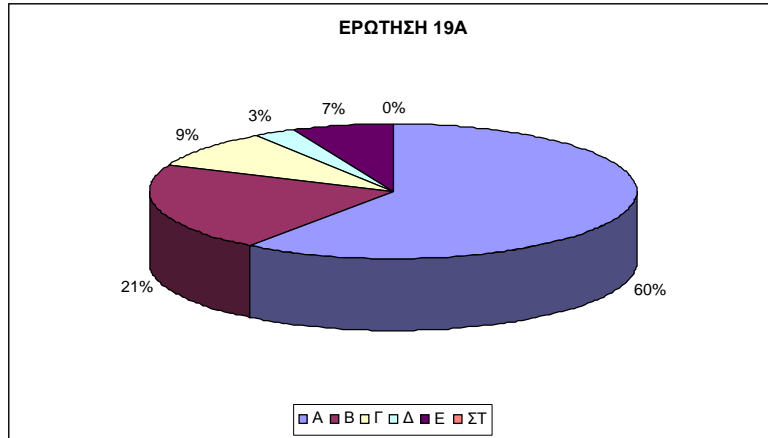
Στην ερώτηση αυτή ζητούμε να μας απαντήσουν όσοι από το δείγμα μας απάντησαν στην προηγούμενη ερώτηση ΝΑΙ (64%) και ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ (28%), δηλαδή βλέπουμε τις απαντήσεις του 92% του δείγματός μας. Η ερώτηση αφορά τους λόγους για τους οποίους υποστηρίζουν τη δημιουργία ξενώνων που φιλοξενούν άτομα με ψυχικές διαταραχές στην περιοχή τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό, 59%, στο σύνολο των ατόμων που είχαν απαντήσει ΝΑΙ ή ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ συγκεντρώνεται στην απάντηση Ε (όλα τα παραπάνω) που περιλαμβάνει τις απαντήσεις Α. ο ξενώνας είναι ανοικτός στην κοινωνία και προσομοιάζει με το οικογενειακό περιβάλλον, Β. διασφαλίζεται η κοινωνικοποίηση των ατόμων, Γ. επιτυγχάνεται η μεγαλύτερη δυνατή ανεξαρτησία, αυτονομία και αποτελεσματικότητα των ψυχικά πασχόντων και Δ. βοηθά στην κοινωνική ενσωμάτωση. Ακολουθεί το ποσοστό 17% στην απάντηση Β, το ποσοστό 11% στην απάντηση Γ, το ποσοστό 10% στην απάντηση Δ και τέλος το ποσοστό 3% στην απάντηση Α.

Στο Δήμο Α το ποσοστό στην απάντηση Α είναι και πάλι 3%, στην απάντηση Β 21%, στην απάντηση Γ 9%, στην απάντηση Δ 11% και το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται και πάλι στην απάντηση Ε που συγκεντρώνει το 56%.

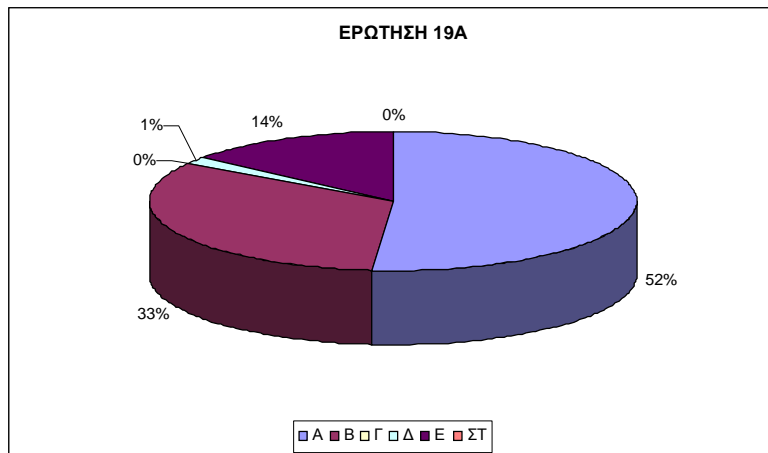
Λίγο διαφοροποιημένα είναι τα αποτελέσματα στο Δήμο Β. Αν και πάλι η απάντηση που συγκεντρώνει το μεγαλύτερο ποσοστό είναι η Ε (63%), η δεύτερη απάντηση με το μεγαλύτερο ποσοστό είναι η Γ (13%) και ακολουθεί η Β (11%), η Γ (10%) και τέλος η Α (3%).

**ΕΡΩΤΗΣΗ 19Α: ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ
ΞΕΝΩΝΩΝ ΓΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗ ΓΕΙΤΟΝΙΑ ΣΑΣ;**

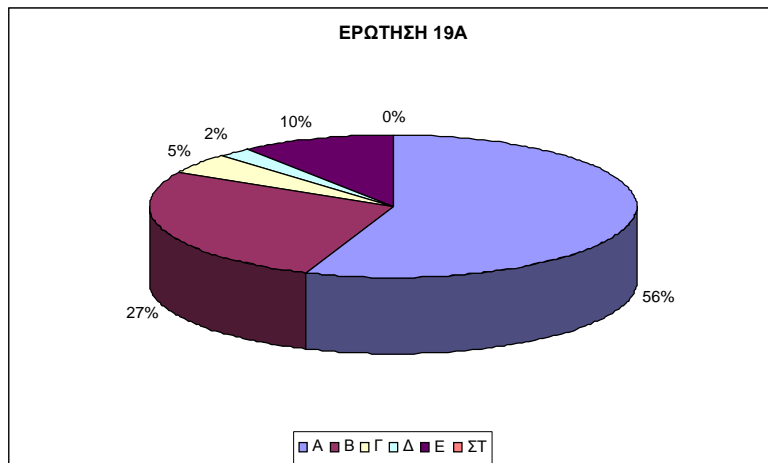
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ



Στην ερώτηση 19Α ρωτάμε το δείγμα μας αν θα συμφωνούσε με τη δημιουργία ξενώνων για ψυχικά ασθενείς στη γειτονιά του σε αντίθεση με την ερώτηση 18Α που η ερώτηση αφορά ένα ευρύτερο πλαίσιο δημιουργίας ξενώνων, την πόλη.

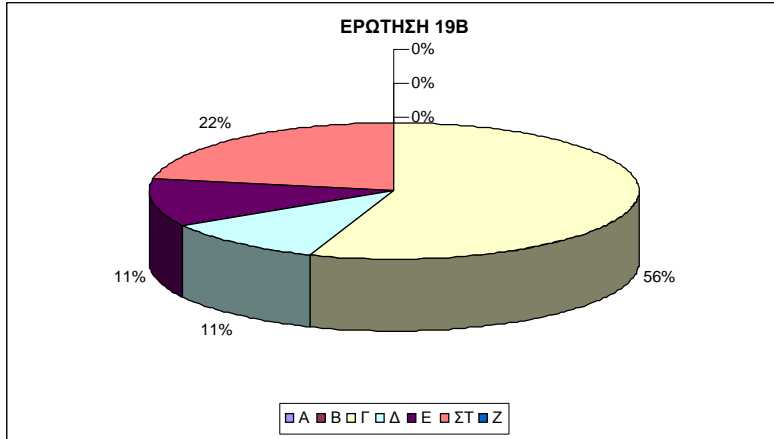
Οι απαντήσεις του συνόλου του δείγματός μας διαμορφώνονται ως εξής: το 56% επέλεξε πως ναι θα συμφωνούσε (Α), το 27% πως μάλλον ναι θα συμφωνούσε (Β), το 5% πως μάλλον όχι δεν θα συμφωνούσε (Γ), το 2% εμφανίζεται εντελώς αρνητικό (Δ. όχι), το 10% επέλεξε την απάντηση Ε (δεν ξέρω) και κανένας δεν επέλεξε την απάντηση ΣΤ (δεν απαντώ).

Στο Δήμο Α το ποσοστό των θετικών απαντήσεων είναι 60% (Α), «μάλλον ναι» (Β) επέλεξε το 21%, «μάλλον όχι» το 9%, «όχι» το 3% και 7% την απάντηση Ε (δεν ξέρω).

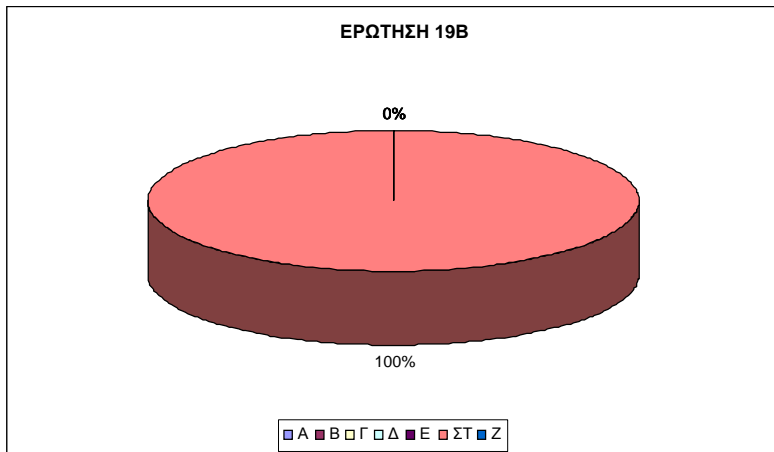
Στο Δήμο Β αξίζει να σημειώσουμε πως αυτοί που επέλεξαν την απάντηση Ε (δεν ξέρω) είναι διπλάσιοι του Δήμου Α, 14% έναντι 7%. Θετικοί εμφανίζονται το 52%, το 33% μάλλον θα συμφωνούσε με τη δημιουργία ξενώνων ψυχικά ασθενών στη γειτονιά του, κανένας δεν επέλεξε την απάντηση Γ (μάλλον όχι) και 1% σημειώθηκε στην απάντηση Δ (δεν ξέρω)

**ΕΡΩΤΗΣΗ 19B : ΑΝ ΟΧΙ Ή ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ ΓΙΑ ΠΟΙΟΝ/ΠΟΙΟΥΣ
ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΛΟΓΟΥΣ ΔΕΝ ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ;**

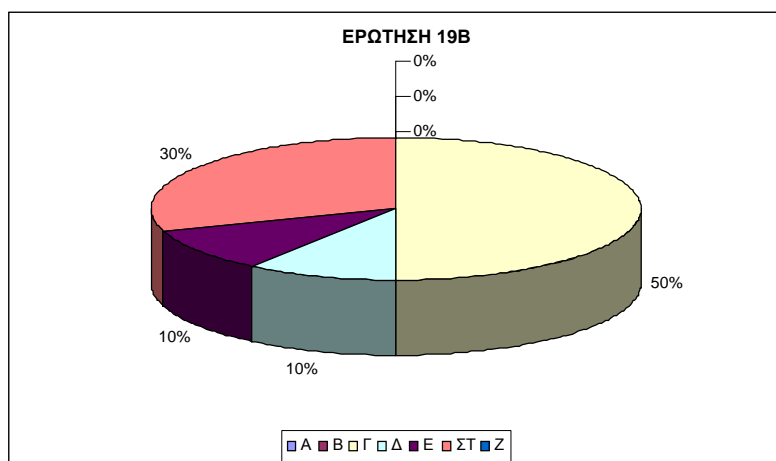
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ



Στην ερώτηση αυτή ζητούμε να μας απαντήσουν όσοι από το δείγμα μας απάντησαν στην προηγούμενη ερώτηση ΟΧΙ (2%) και ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ (5%), δηλαδή βλέπουμε τις απαντήσεις του 7% του δείγματός μας. Η ερώτηση αυτή αφορά τους λόγους για τους οποίους υποστηρίζουν πως δεν θα ήθελαν να δημιουργηθούν ξενώνες στη γειτονιά τους. Τα μισά άτομα (50%) του μέρους αυτού του δείγματός μας επέλεξαν την απάντηση Γ, δηλαδή υποστηρίζουν ότι οι ψυχικά ασθενείς «ενοχλούν» με την παρουσία τους. Το 10% θεωρεί πως με αυτό τον τρόπο υποβαθμίζεται η περιοχή (απάντηση Γ). Το ίδιο ποσοστό συγκεντρώνεται και στην απάντηση Ε (οι ψυχικά ασθενείς είναι βρώμικοι και βρωμίζουν τη γειτονιά τους) και 30% συμφωνεί με την απάντηση ΣΤ που περιλαμβάνει όλες τις προτάσεις που παραθέτουμε ως επιλογές (δηλαδή, Α. οι ψυχικά ασθενείς είναι επικίνδυνοι, κυρίως για τα παιδιά, Β. οι ψυχικά ασθενείς αποτελούν κακό πρότυπο για τα παιδιά, Γ. «ενοχλούν» με την παρουσία τους, Δ. υποβαθμίζεται η περιοχή, Ε. οι ψυχικά ασθενείς είναι βρώμικοι και βρωμίζουν τη γειτονιά). Καμία απάντηση δε σημειώθηκε στη Ζ επιλογή (άλλο- προσδιορίστε).

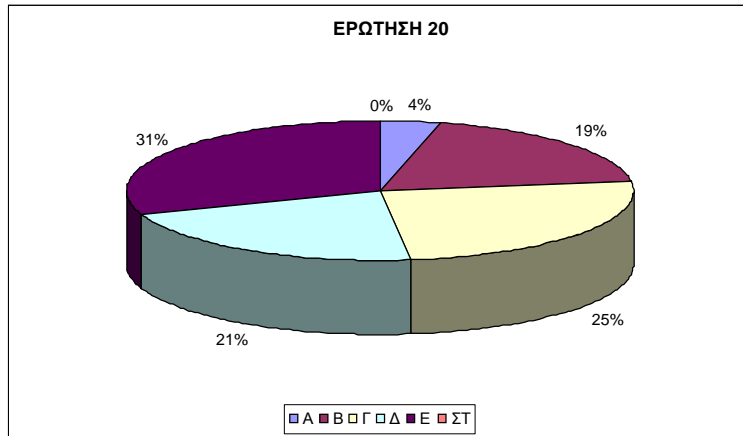
Όσον αφορά το Δήμο Α η πλειοψηφία (56%) αυτών που αρνούνται τη δημιουργία ξενώνων στη γειτονιά τους επέλεξε την απάντηση Γ, το 11% την απάντηση Δ, το ίδιο ποσοστό σημειώθηκε και στην απάντηση Ε

και τέλος ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό σημειώθηκε στην απάντηση ΣΤ (22%).

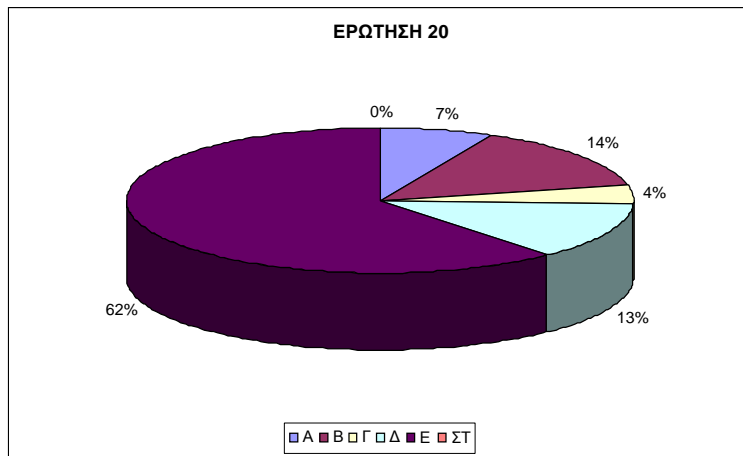
Στο Δήμο Β όλοι (100%) αυτοί που δε συμφωνούν με τη δημιουργία ξενώνα στη γειτονιά τους επέλεξαν την απάντηση ΣΤ!

ΕΡΩΤΗΣΗ 20: ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΞΕΝΩΝΩΝ;

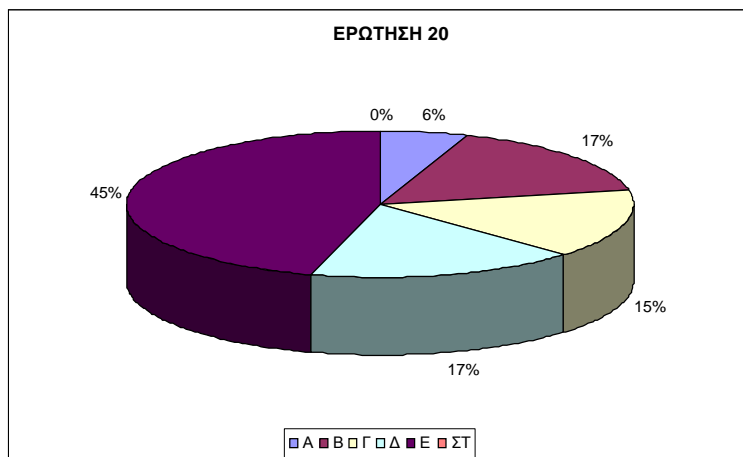
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ



Η τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου μας είναι αν συμφωνούν με την ύπαρξη ξενώνων κοντά σε... και έχουμε παραθέσει τις επιλογές Α. σχολείο, Β. εκκλησία, Γ. στο κέντρο της πόλης, Δ. εκτός πόλης, Ε. όλα τα παραπάνω και ΣΤ. άλλο- προσδιορίστε.

Το σύνολο του δείγματός μας απάντησε κατά 6% πως θα επιθυμούσε την ύπαρξη ξενώνων κοντά σε σχολείο, κατά 17% κοντά σε εκκλησία, κατά 17% επίσης εκτός πόλης, κατά 15% στο κέντρο της πόλης και κατά 45% όλα τα παραπάνω. Στην απάντηση ΣΤ δεν σημειώθηκε καμία απάντηση. *Το ποσοστό των ερωτηθέντων που επιθυμεί τη δημιουργία ξενώνων ψυχικά ασθενών εκτός πόλης (17%) είναι άξιο μελέτης και προσοχής.*

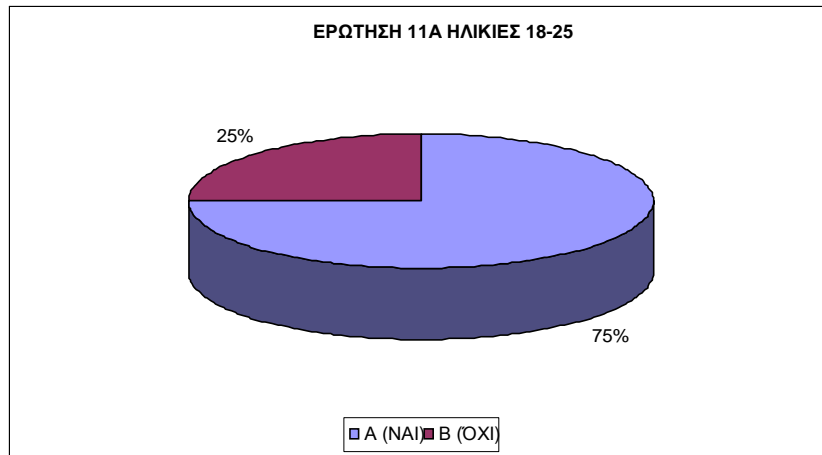
Συγκεκριμένα οι ερωτηθέντες στο Δήμο Α απάντησαν το 4% κοντά σε σχολείο, το 19% κοντά σε εκκλησία, το 25% στο κέντρο της πόλης, το 21% εκτός πόλης και το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώθηκε κι εδώ στην απάντηση Ε (όλα τα παραπάνω).

Στο Δήμο Β η πλειοψηφία επέλεξε την απάντηση Ε (62%), 14% σημειώθηκε στην απάντηση Β, 7% στην απάντηση Α, 13% στην απάντηση Δ και 4% στο κέντρο της πόλης.

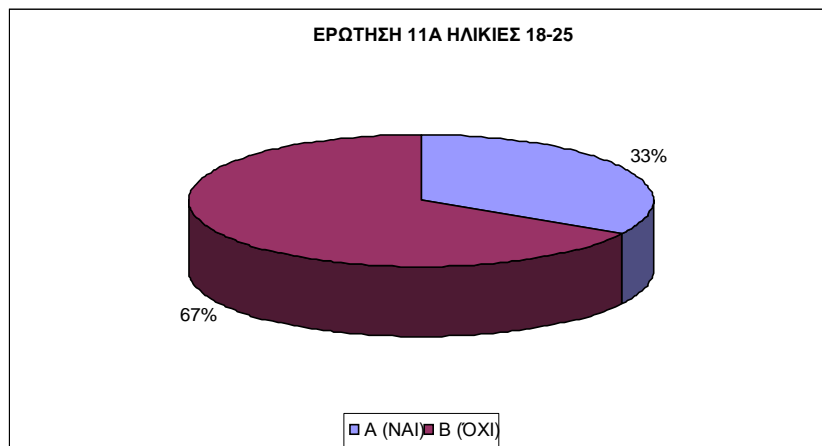
5.3.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

18-25 ΕΤΩΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

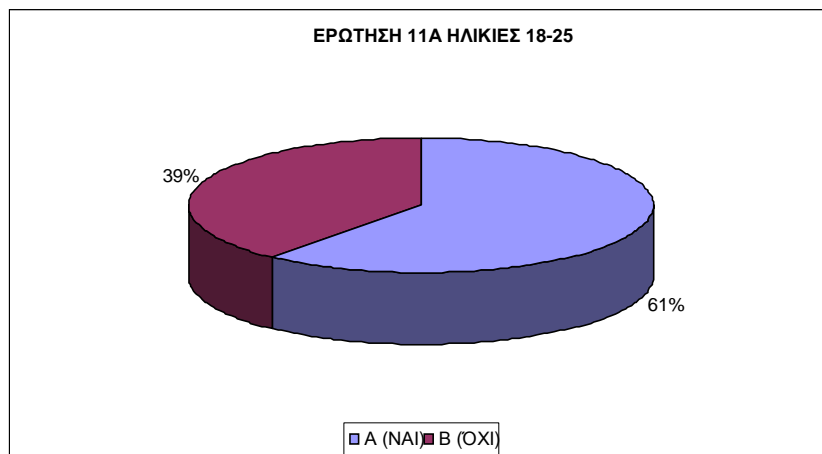
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



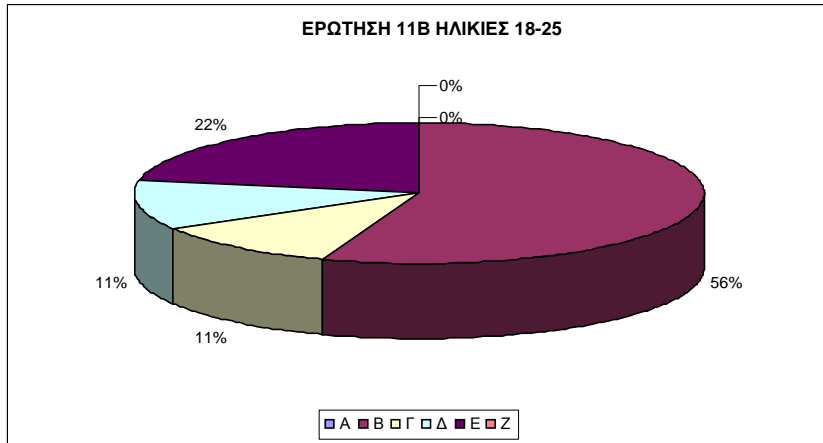
ΣΥΝΟΛΟ



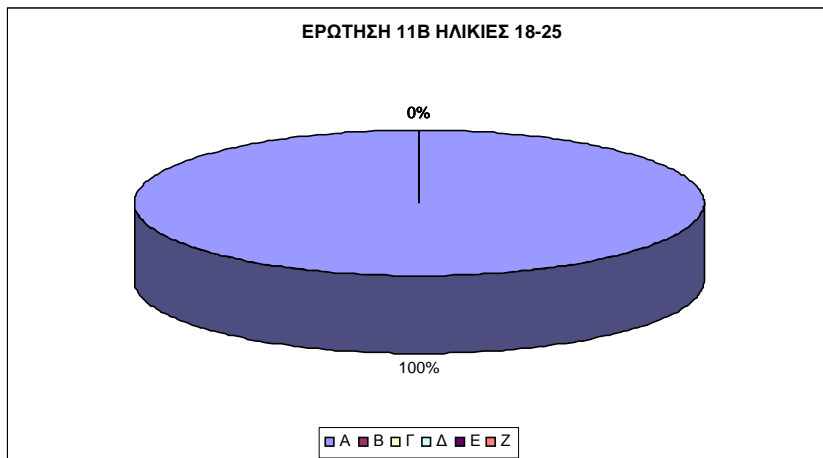
Στην ερώτηση 11Α αν έχουν ενημερωθεί ποτέ σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές η ηλικία από 18 -25 απάντησε συνολικά και στους δύο Δήμους το 61% θετικά και το 39% αρνητικά. Στο Δήμο Α θετικά απάντησε το 75% και αρνητικά το 25% ενώ στον Δήμο Β απάντησε θετικά μόλις το 33% ενώ το 67% απάντησε αρνητικά. *Διαπιστώνουμε λοιπόν μια έντονη διαφορά στο τομέα της ενημέρωσης όσον αφορά το Δήμο Β. Οι ηλικίες 18-25 έχουν ελλιπή ενημέρωση σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές.*

18-25 ΕΤΩΝ ΠΗΓΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

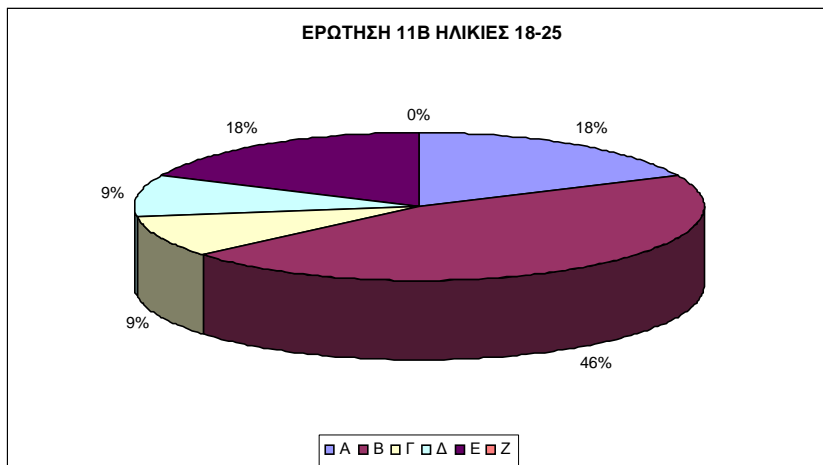
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



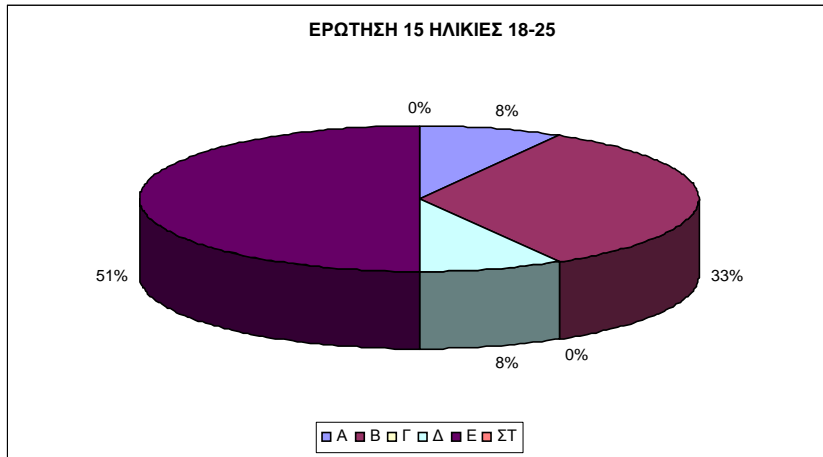
ΣΥΝΟΛΟ



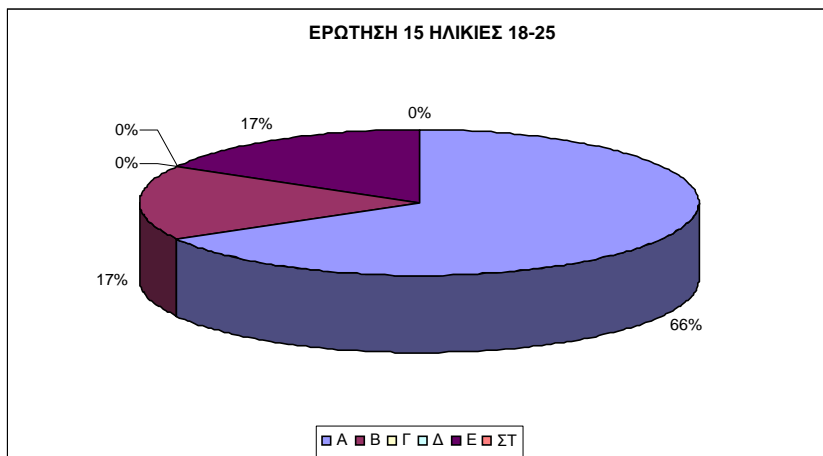
Στην ερώτηση που αφορούσε τις πηγές ενημέρωσης από το 61% των θετικών απαντήσεων και στους δύο Δήμους το 46% απάντησε ότι ενημερώνεται από τα σεμινάρια, δύο ποσοστά των 18% απάντησαν ότι ενημερώνονται από τα Μ.Μ.Ε και από όλα όσα έχουμε προτείνει, δύο ποσοστά των 9% απάντησαν ότι ενημερώνονται από το διαδίκτυο και από τα φυλλάδια του Υπουργείου Παιδείας, κανείς δεν προσδιόρισε κάποια άλλη πηγή ενημέρωσης. Στο Δήμο Α το 56% απάντησε ότι έχει ενημερωθεί από τα σεμινάρια/συνέδρια, το 22% από όλα και δύο ποσοστά των 11% από το διαδίκτυο και από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας, κανείς δεν απάντησε σε αυτόν τον Δήμο ότι έχει ενημερωθεί από τα Μ.Μ.Ε. Στον Δήμο Β όλοι οι ερωτηθέντες δηλαδή το 100% απάντησε ότι έχει ενημερωθεί από τα Μ.Μ.Ε. ***Αξίζει αναφέρουμε ότι στο Δήμο Α κανείς δεν απάντησε ότι ενημερώνεται από τα Μ.Μ.Ε. ενώ στο Δήμο Β το 100% απάντησε ότι ενημερώνεται από τα Μ.Μ.Ε.***

18-25 ΕΤΩΝ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

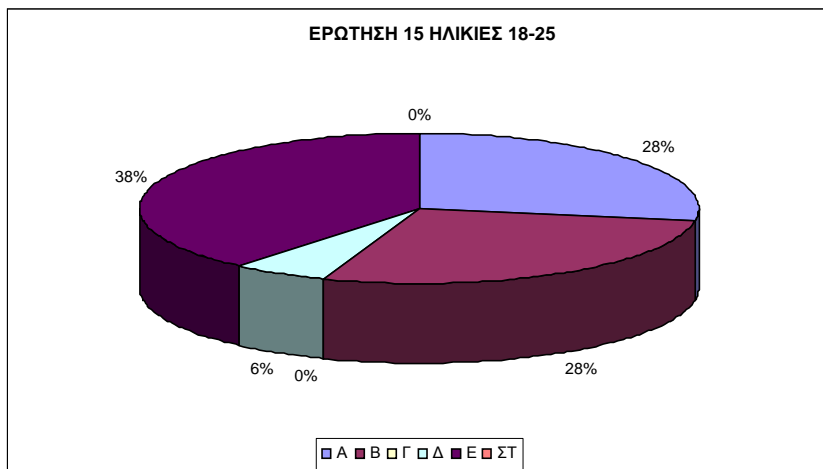
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



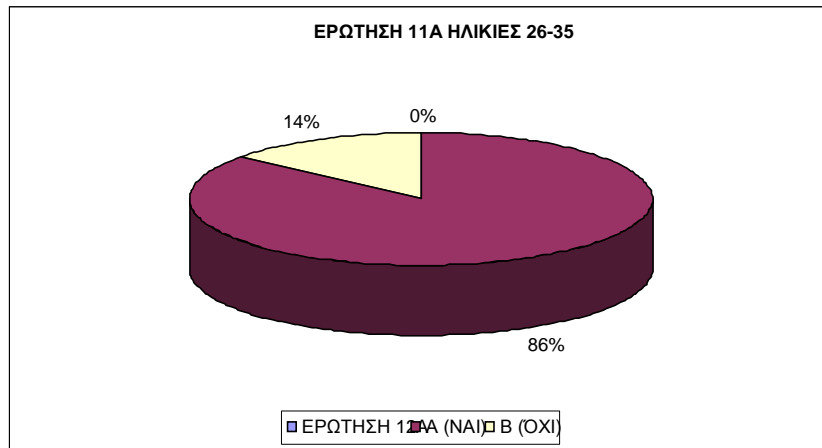
ΣΥΝΟΛΟ



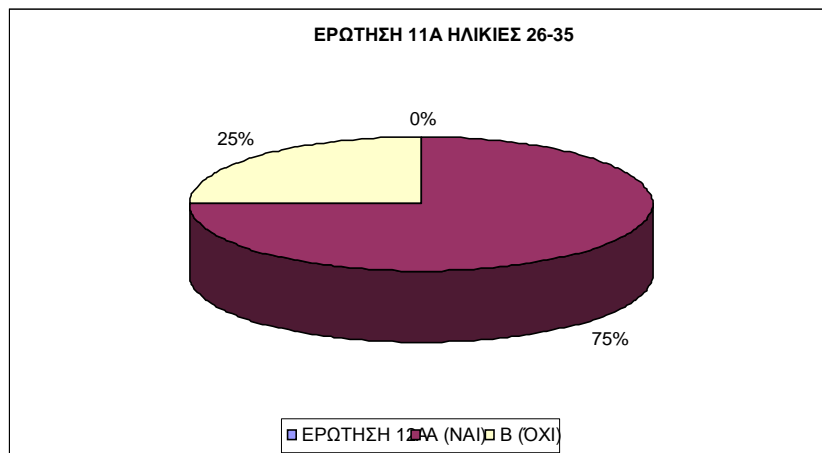
Αναφορικά σχετικά με την άποψη των ερωτηθέντων αν θα δεχόντουσαν ένα άτομο με ψυχική ασθένεια να είναι φίλος, γείτονας, σύντροφος στις ηλικίες 18-25 στα σύνολά τους οι Δήμοι απάντησαν ότι δεν ήξεραν δηλαδή το 38%, δύο ποσοστά των 28% απάντησαν σαν φίλο και σαν γείτονα, το 6% τίποτα από αυτά που έχουμε προτείνει ενώ κανείς δεν απάντησε ότι θα τον δεχόταν σαν σύντροφο. Στο Δήμο Α το 51% απάντησε ότι δεν ξέρει, το 33% απάντησε γείτονας και το 8% φίλος και τίποτα. Ενώ στο Δήμο Β το 66% απάντησε φίλος και το 17% γείτονας και ότι δεν ξέρει. *Διακρίνουμε και στους δύο Δήμους ότι κανείς δεν απάντησε ότι θα τον δεχόταν ως σύντροφο, επίσης στον Δήμο Α μεγάλο είναι το ποσοστό το οποίο δεν ήξερε ν' απαντήσει. Τέλος να προσθέσουμε ότι υπήρχε μια έντονη διαφορά ανάμεσα στους δύο Δήμους όσον αφορά τα ποσοστά που θα δεχόταν έναν ψυχικά ασθενή ως φίλο.*

26-35 ΕΤΩΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

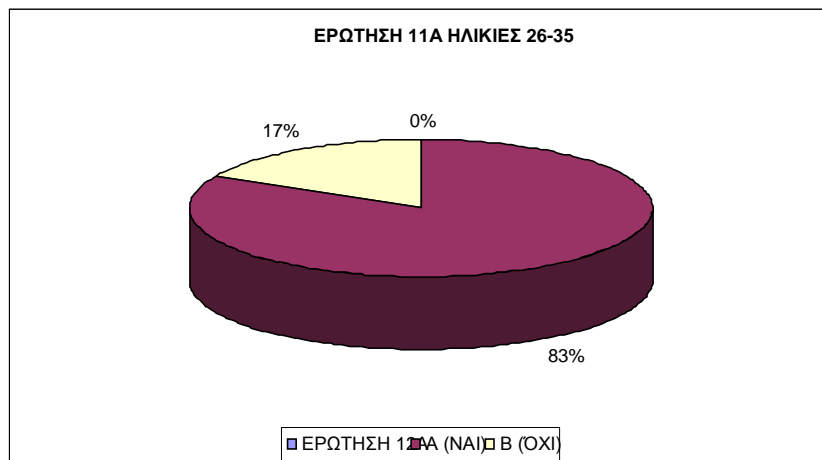
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



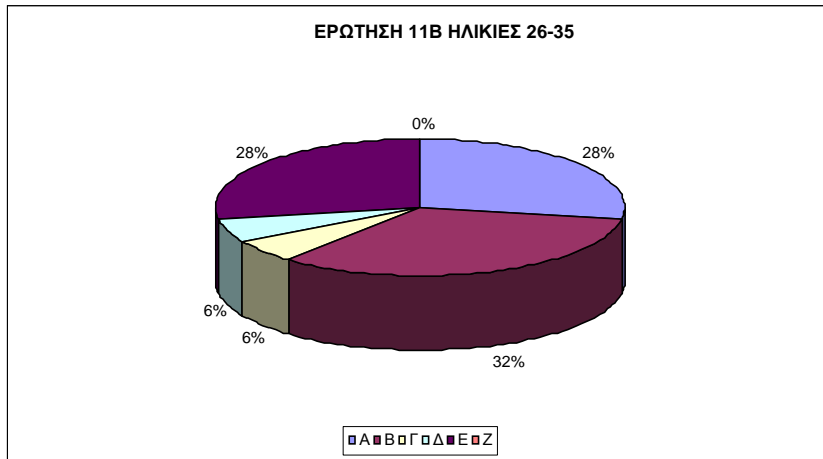
ΣΥΝΟΛΟ



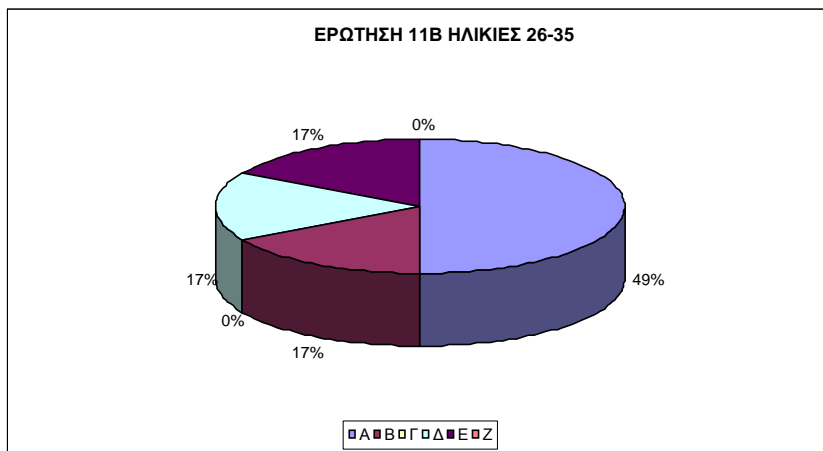
Στην ερώτηση 12Α οι ηλικίες 26-35 και στους δύο Δήμους απάντησε θετικά το 83% και αρνητικά το 17%. Συγκεκριμένα, στο Δήμο Α απάντησαν πως το 86% έχει ενημερωθεί για τις ψυχικές διαταραχές ενώ το 14% απάντησε πως δεν έχει ενημερωθεί. Στο Δήμο Β απάντησε θετικά το 75% και αρνητικά το 25%. *Γενικά στις ηλικίες από 26-35 απάντησαν ότι δεν έχουν ενημερωθεί για τις ψυχικές διαταραχές αρκετά μικρά ποσοστά.*

26-35 ΕΤΩΝ ΠΗΓΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

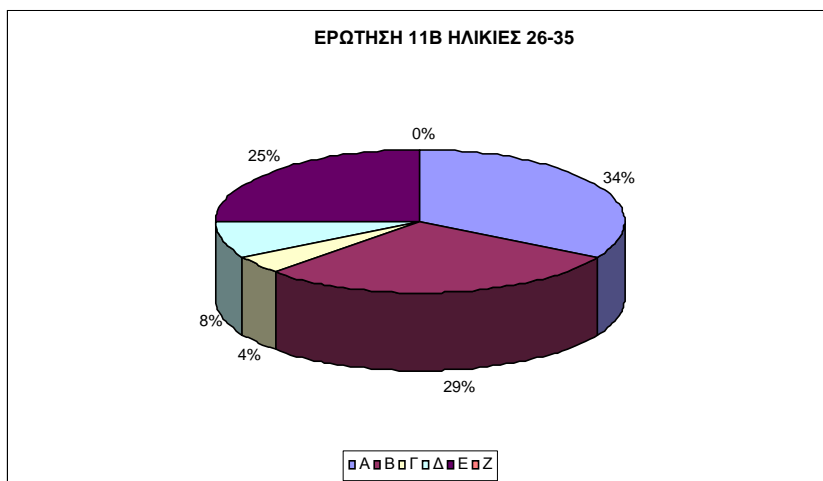
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



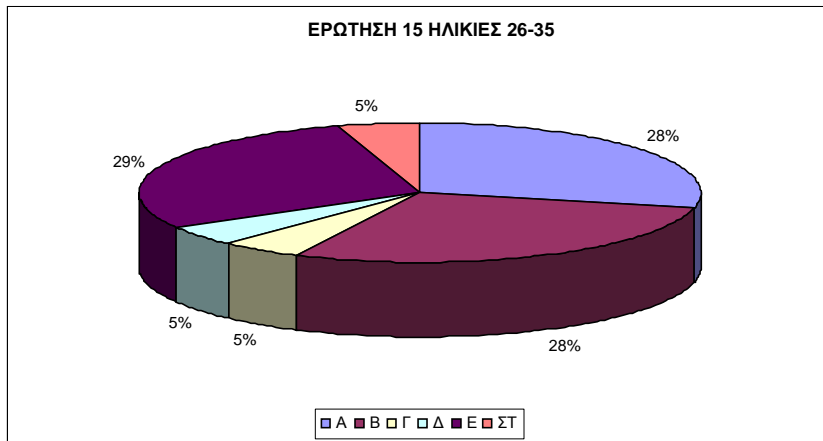
ΣΥΝΟΛΟ



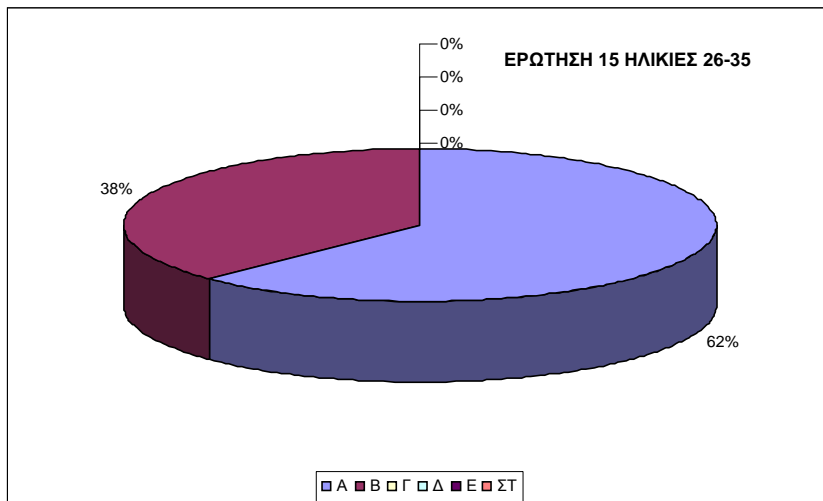
Από το 83% που απάντησε θετικά και για τους δύο Δήμους το 34% απάντησε ότι ενημερώνεται από τα Μ.Μ.Ε., το 29% από τα σεμινάρια, το 25% από όλα όσα έχουμε προτείνει, το 8% απάντησε ότι ενημερώνεται από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας, το 4% από το διαδίκτυο ενώ κανείς δεν προσδιόρισε κάτι άλλο. Για το Δήμο Α το 32% απάντησε από τα σεμινάρια και τρία ποσοστά των 28% από τα Μ.Μ.Ε. και απ' όλα όσα έχουμε προτείνει ενώ δύο ποσοστά των 6% απάντησαν από το διαδίκτυο και από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας. Για το Δήμο Β από το 75% που απάντησε θετικά το 49% απάντησε από τα Μ.Μ.Ε και τρία ποσοστά των 17% απάντησε από τα σεμινάρια, από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας και από όλα όσα έχουμε προτείνει, κανείς δεν απάντησε ότι ενημερώνεται από το διαδίκτυο.

26-35 ΕΤΩΝ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

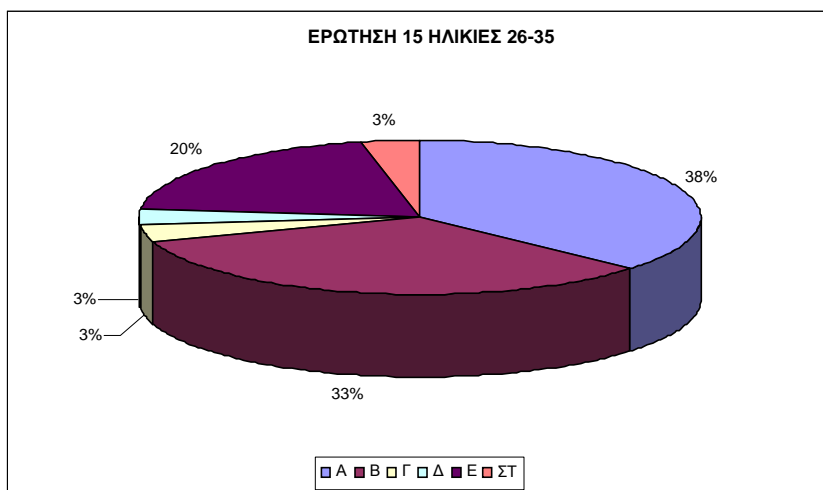
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



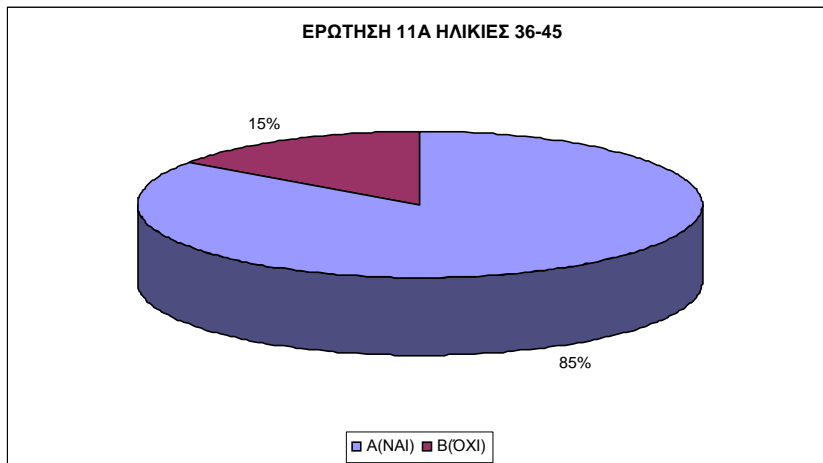
ΣΥΝΟΛΟ



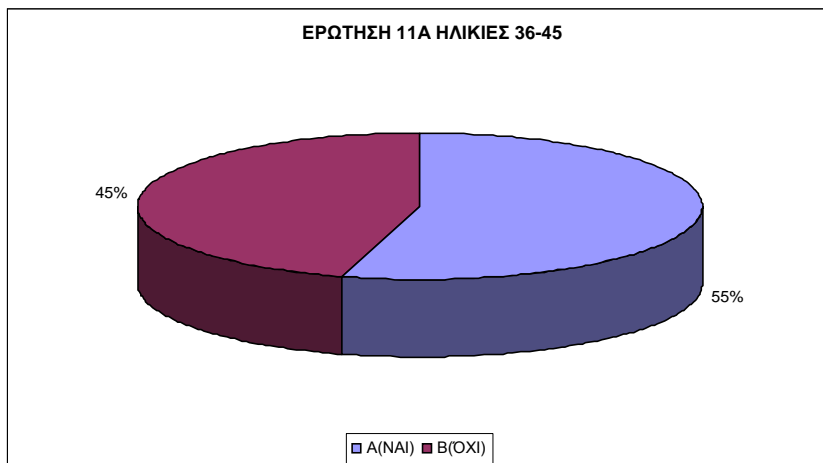
Σχετικά με την 15 ερώτηση συνολικά και στους δύο Δήμους το 38% απάντησε ότι θα τον δεχόταν ως φίλο, το 33% ως γείτονα, το 20% δεν ήξερε και τρία ποσοστά των 3% απάντησαν ότι θα τον δεχόταν ως σύντροφο, δεν ήθελε απαντήσει και δεν συμφωνούσε με τίποτα από αυτά που έχουμε προτείνει. Στο Δήμο Α το 29% απάντησαν ότι δεν ξέρουν και δύο ποσοστά των 28% απάντησαν φίλο και γείτονα αντιστοίχως, τρία ποσοστά των 5% απάντησαν ότι θα τον δεχόταν ως σύντροφο, το άλλο ποσοστό δεν ήθελε ν' απαντήσει και το άλλο δεν συμφωνούσε με τίποτα από αυτά που έχουμε προτείνει. Στο Δήμο Β το 62% απάντησε ότι θα δεχόταν ένα άτομο με ψυχική ασθένεια να είναι φίλος και το 38% απάντησε γείτονας, κανένας δεν απάντησε ότι θα τον δεχόταν ως σύντροφο.

36-45 ΕΤΩΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

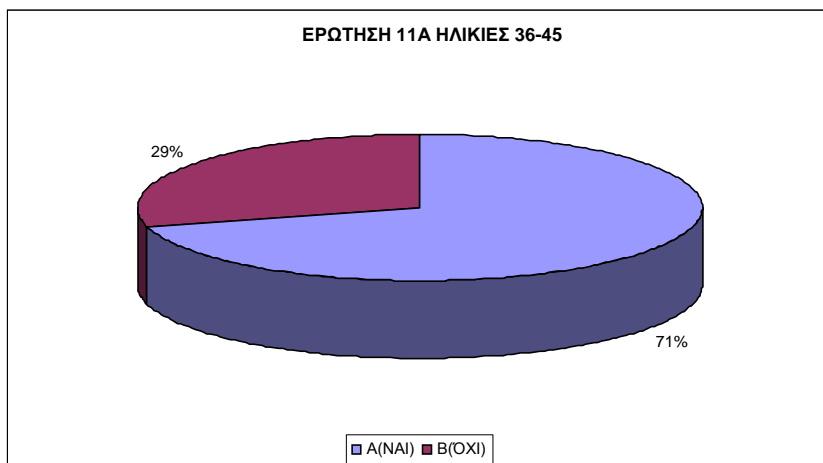
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



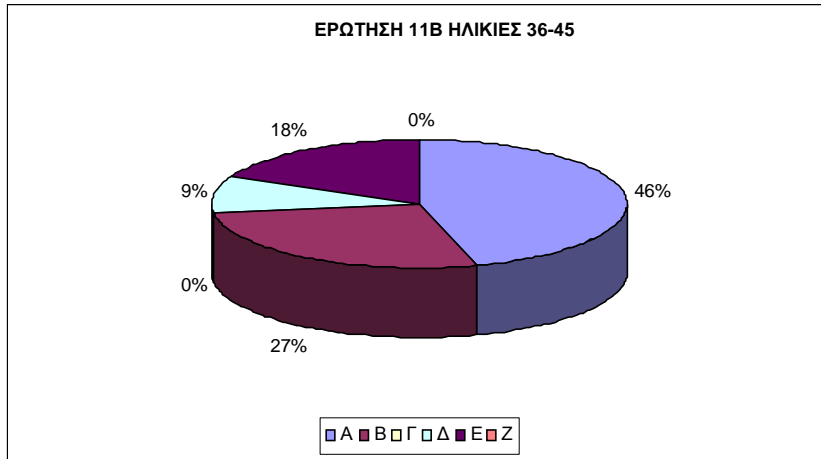
ΣΥΝΟΛΟ



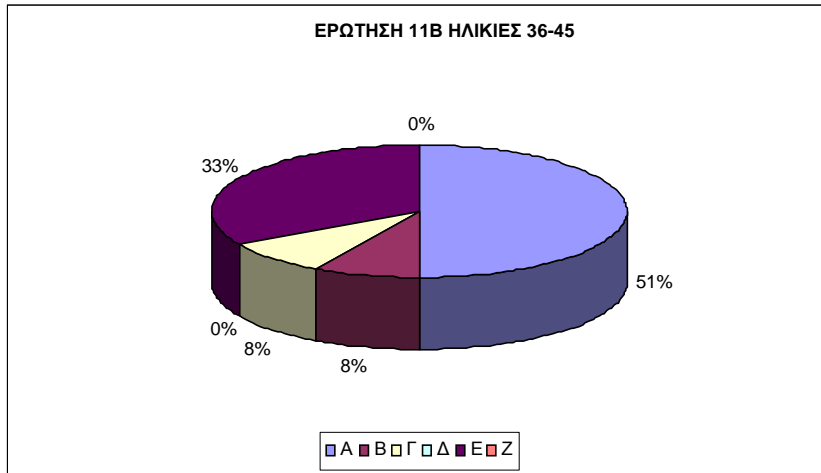
Οι ηλικίες 36-45 στην ερώτηση 11Α και για τους δύο Δήμους το 71% απάντησε θετικά και το 29% αρνητικά. Όσον αφορά το Δήμο Α απάντησαν θετικά το 85% και αρνητικά το 15% ενώ για τον Δήμο Β απάντησαν θετικά το 55% και το 45% αρνητικά. *Σε αυτές τις ηλικίες βλέπουμε έντονα ότι είναι ενημερωμένοι σχετικά με την ψυχική ασθένεια στο Δήμο Α αρκετά μεγάλο ποσοστό ενώ παρουσιάζεται μια μείωση του ποσοστού στο Δήμο Β.*

36-45 ΕΤΩΝ ΠΗΓΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

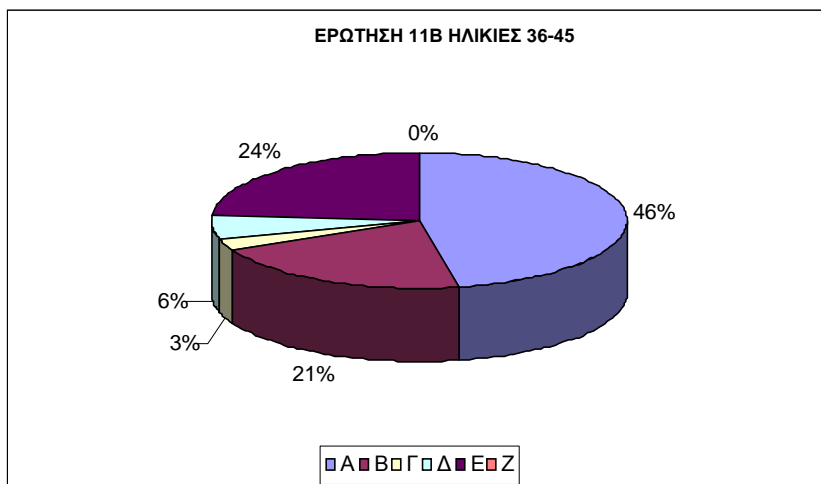
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



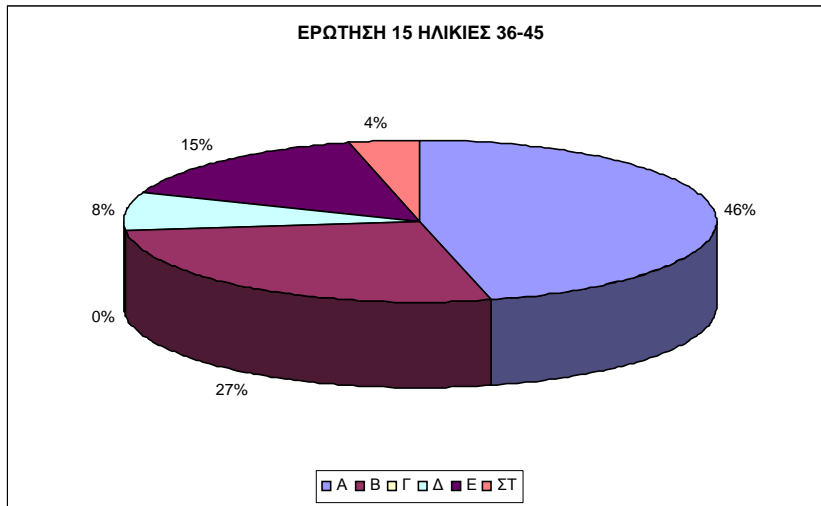
ΣΥΝΟΛΟ



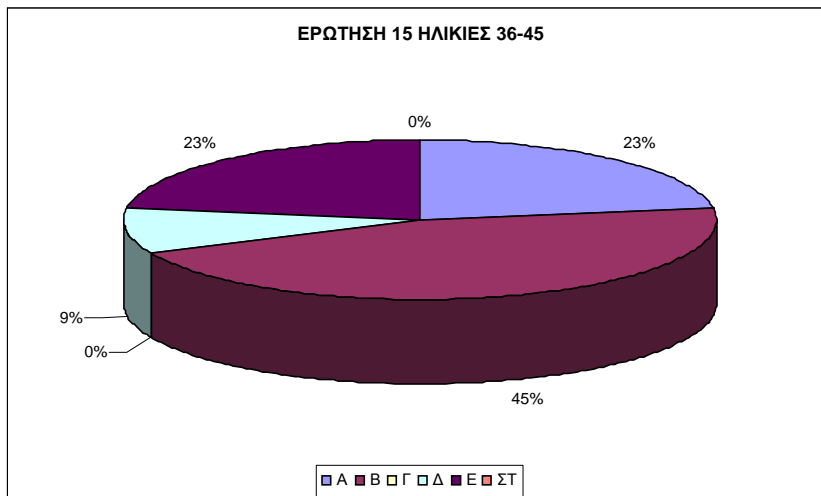
Από τις θετικές απαντήσεις που αγγίζουν το ποσοστό του 71% και για τους δύο Δήμους, το 46% απάντησε ότι ενημερώνεται από τα Μ.Μ.Ε., το 24% από όλα όσα έχουμε προτείνει, το 21% από τα σεμινάρια, το 6% από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας και το 3% από το διαδίκτυο. Κανείς δε προσδιόρισε κάτι άλλο. Για το Δήμο Α το 46% απάντησε από τα Μ.Μ.Ε, το 27% από τα σεμινάρια και το 18% απ' όλα, το 9% από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας και κανείς δεν απάντησε από το διαδίκτυο. Στο Δήμο Β από το 55% που απάντησαν θετικά το 51% ήταν από τα Μ.Μ.Ε., το 33% απ' όλα όσα έχουμε προτείνει, και δύο των 8% από το διαδίκτυο και από τα σεμινάρια. Κανείς δεν απάντησε από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας. *Αξίζει να σημειώσουμε ότι η ενημέρωση από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας σημειώνει ελάχιστα ποσοστά.*

36-45 ΕΤΩΝ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

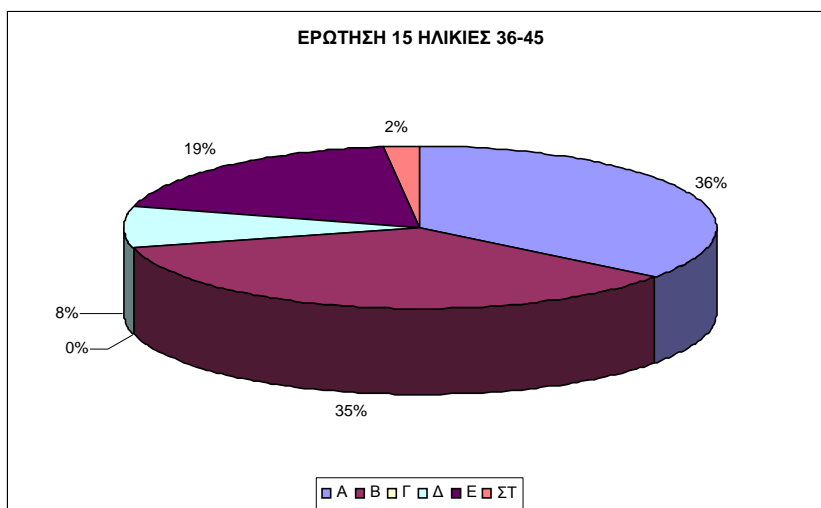
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ



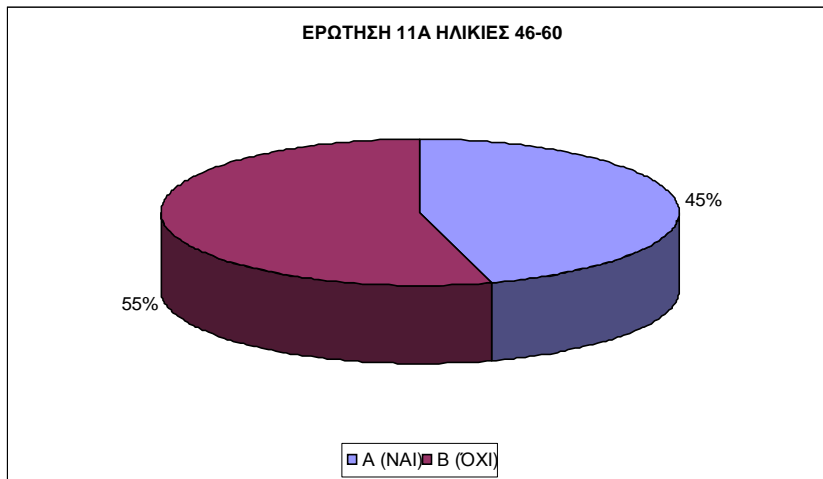
Όσων αφορά την ερώτηση 15 και για τους δύο Δήμους το 36% απάντησε ότι θα τον δεχόταν ως φίλο, πολύ κοντά είναι το 35% που θα τον δεχόταν ως γείτονα, το 19% απάντησε ότι δεν ήξερε, το 8% δεν συμφωνούσε με αυτά που προτείναμε, το 2% δεν ήθελε ν' απαντήσει και κανείς δεν απάντησε ότι θα τον δεχόταν ως σύντροφο. Για το Δήμο Α το 46% απάντησε φίλος, 27% γείτονας, 15% ότι δεν ξέρει, το 8% δεν συμφώνησε με τίποτα από αυτά που είχαμε προτείνει και το 4% δεν ήθελε ν' απαντήσει. Για τον Δήμο Β το 45% απάντησε γείτονας και δύο των 23% απάντησαν φίλος και ότι δεν ξέρει, το 9% απάντησε ότι δεν συμφωνούσε με τίποτα από αυτά που είχαμε προτείνει. *Σ' αυτές τις ηλικίες όπως και στις προηγούμενες τα μεγαλύτερα ποσοστά σημειώνουν οι απαντήσεις Α και Β, δηλαδή ότι θα τον δεχόντουσαν ως φίλο και ως γείτονα ενώ κανείς δεν απάντησε ότι θα τον δεχόταν ως σύντροφο.*

46-60 ΕΤΩΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

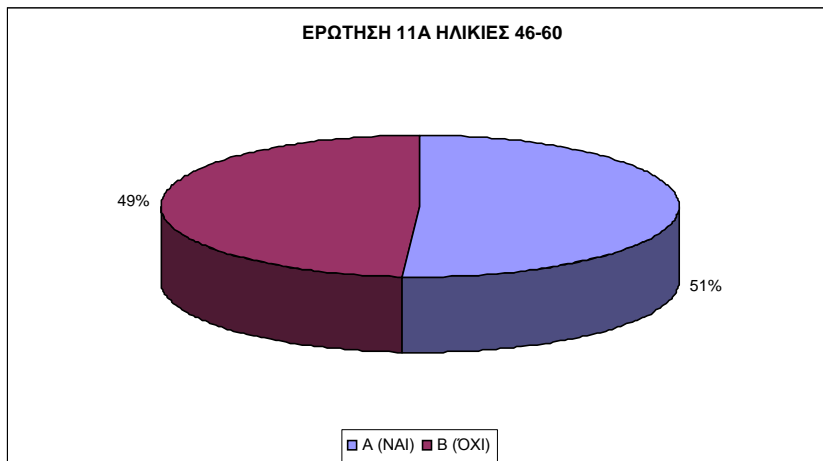
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



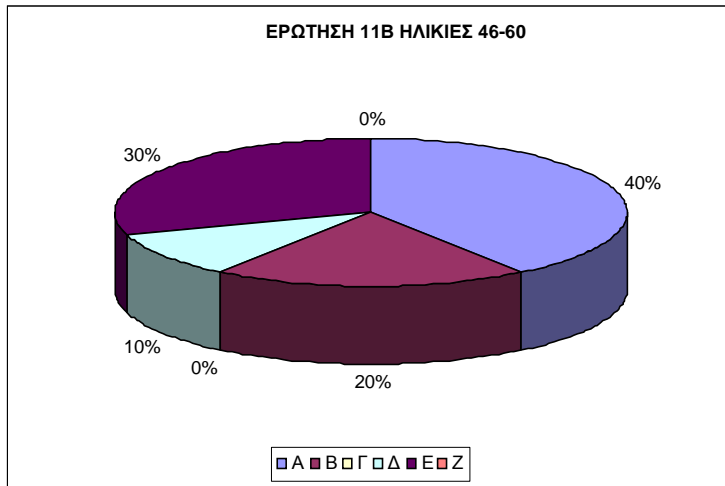
ΣΥΝΟΛΟ



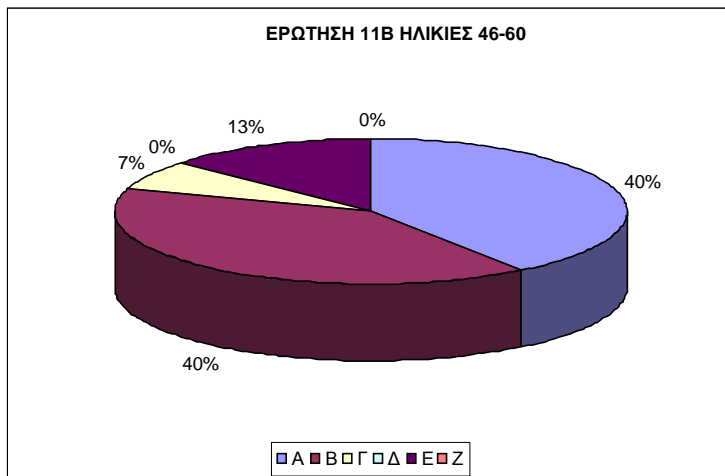
Στις ηλικίες 46-60 και για τους δύο Δήμους το 51% απάντησε θετικά ενώ το 49% αρνητικά. Στο Δήμο Α απάντησαν θετικά για την 11Α το 62% και αρνητικά το 38% ενώ στο Δήμο Β απάντησαν θετικά το 45% και αρνητικά το 55%. *Βλέπουμε λοιπόν πως στις πιο μεγάλες ηλικίες τα ποσοστά που είναι ενημερωμένα για την ψυχική ασθένεια έχουν μειωθεί αρκετά. Σημαντική διαφορά παρατηρούμε στο Δήμο Β οπύ το ποσοστό που δεν είναι ενημερωμένο είναι περισσότερο από το ποσοστό που έχει ενημερωθεί.*

46-60 ΕΤΩΝ ΠΗΓΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

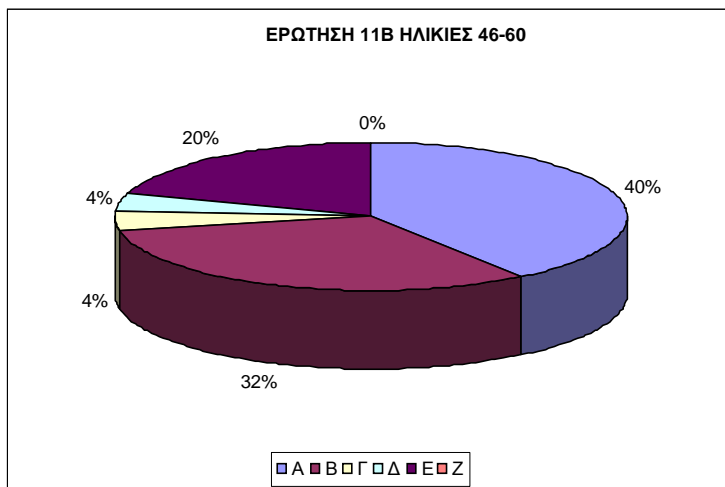
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



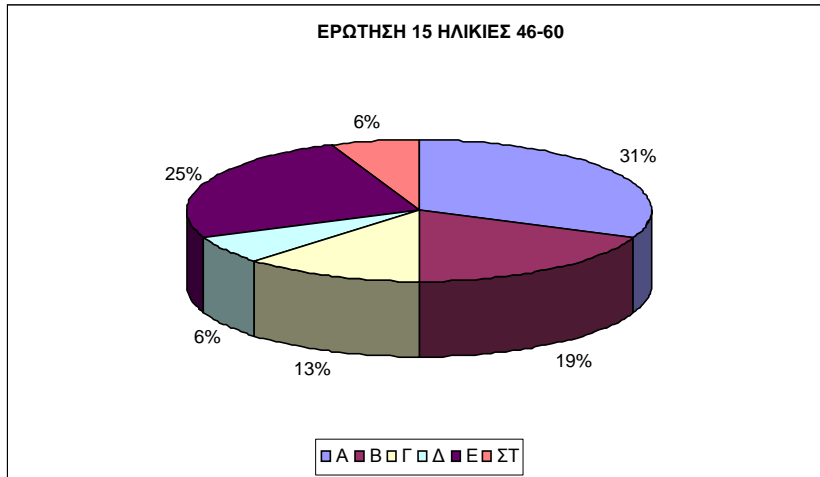
ΣΥΝΟΛΟ



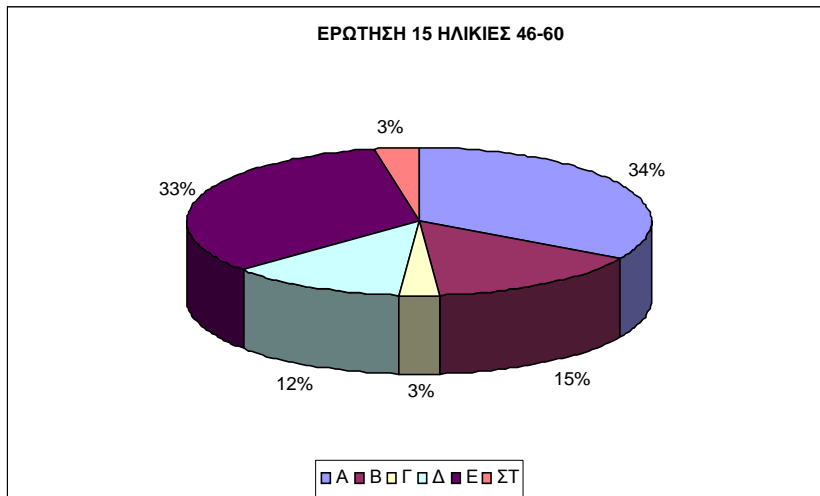
Από τις θετικές απαντήσεις και των δύο Δήμων το 40% απάντησε ότι ενημερώνεται από τα Μ.Μ.Ε., το 32% από τα σεμινάρια, το 20% από όλα όσα έχουμε προτείνει, δύο ποσοστά των 4% ενημερώνεται από το διαδίκτυο και από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας ενώ κανείς δεν προσδιόρισε κάτι άλλο. Για το Δήμο Α το 40% απάντησε ότι έχει ενημερωθεί από τα Μ.Μ.Ε., το 30% απ' όλα όσα έχουμε προτείνει, το 20% από τα σεμινάρια και το 10% από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας. Κανείς δεν απάντησε από το διαδίκτυο. Από τις θετικές απαντήσεις του Δήμου Β εξίσου το 40% απάντησε ότι έχει ενημερωθεί από τα Μ.Μ.Ε., ένα άλλο 40% από τα σεμινάρια, το 13% απ' όλα όσα έχουμε προτείνει, το 7% από το διαδίκτυο ενώ κανείς δεν απάντησε ότι ενημερώνεται από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας.

46-60 ΕΤΩΝ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

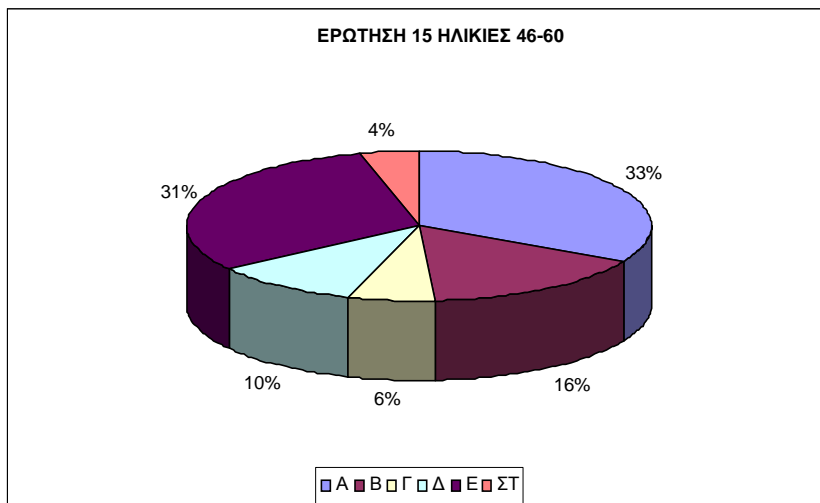
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ

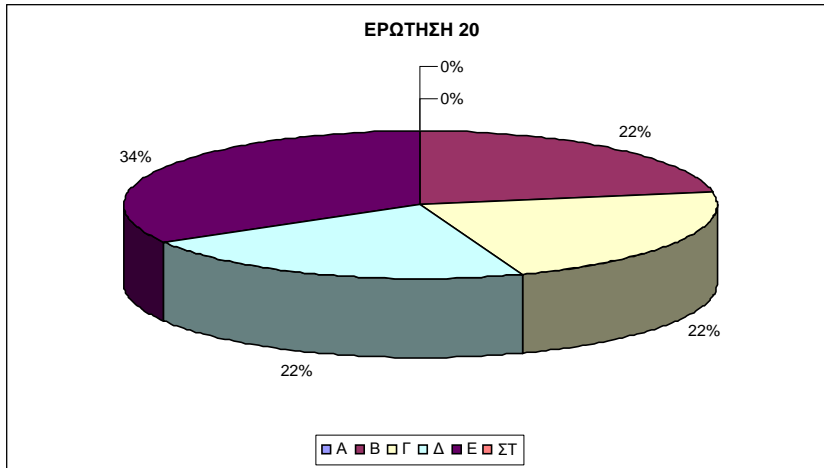


Στην 15 ερώτηση συνολικά και στους δύο Δήμους το 33% απάντησε ότι θα τον δεχόταν ως φίλο, το 31% δεν ήξερε ν' απαντήσει, το 16% ως γείτονα, το 10% τίποτα από αυτά που έχουμε προτείνει, το 6% θα τον δεχόταν ως σύντροφο ενώ το 4% δεν ήθελε ν' απαντήσει. Στο Δήμο Α απάντησαν πως το 31% θα δεχόταν ένα άτομο με ψυχική ασθένεια για φίλο, το 25% δεν ξέρει και το 19% σαν γείτονα, το 13% ως σύντροφο ενώ ένα 6% δεν θέλησε ν' απαντήσει και ένα 6% απάντησε τίποτα από αυτά που έχουμε προτείνει. Στον Δήμο Β απάντησαν το 34% για φίλο, το 33% δεν ήξερε, το 15% για γείτονα, το 12% τίποτα από όσα έχουμε προτείνει ενώ ένα 3% απάντησε ότι θα δεχόταν ένα άτομο με ψυχική ασθένεια να είναι σύντροφός τους και ένα άλλο 3% δεν ήθελε ν' απαντήσει. *Σε αυτές τις ηλικίες το ποσοστό που θα δεχόταν ένα ψυχικά ασθενή ως σύντροφο έχει αυξηθεί σε σχέση με τις άλλες ηλικίες.*

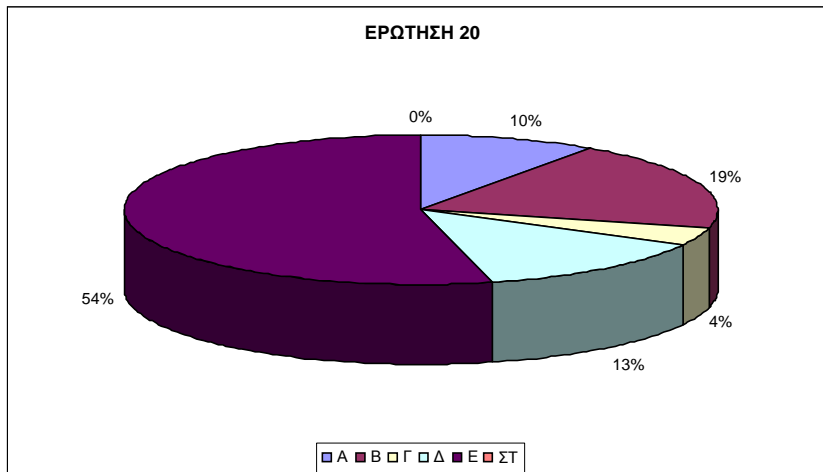
5.3.2 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΑΠΟΨΗ ΤΩΝ ΕΓΓΑΜΩΝ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΕΞΕΛΙΞΕΩΝ

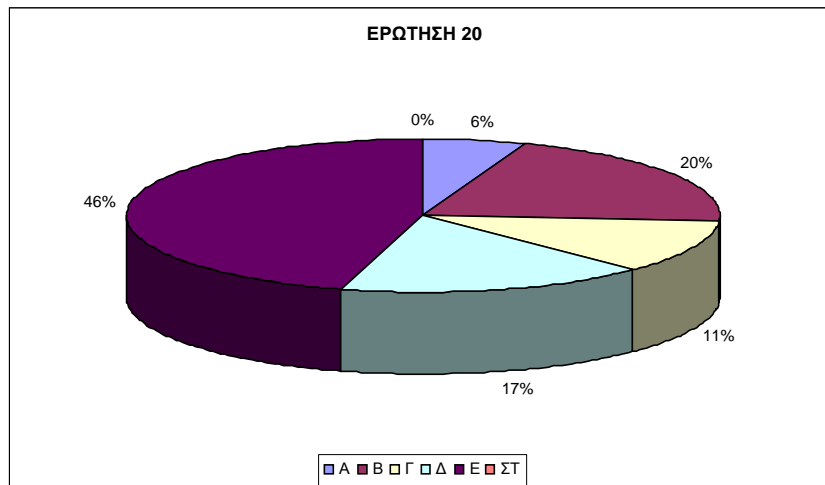
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



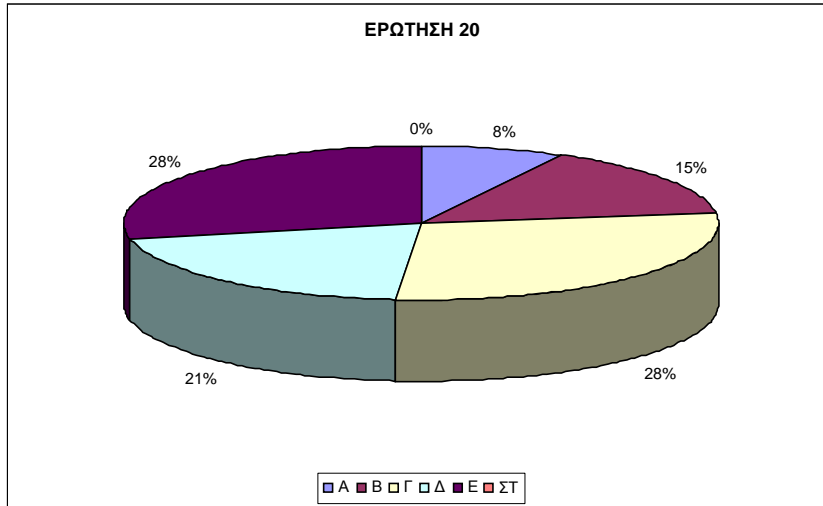
ΣΥΝΟΛΟ



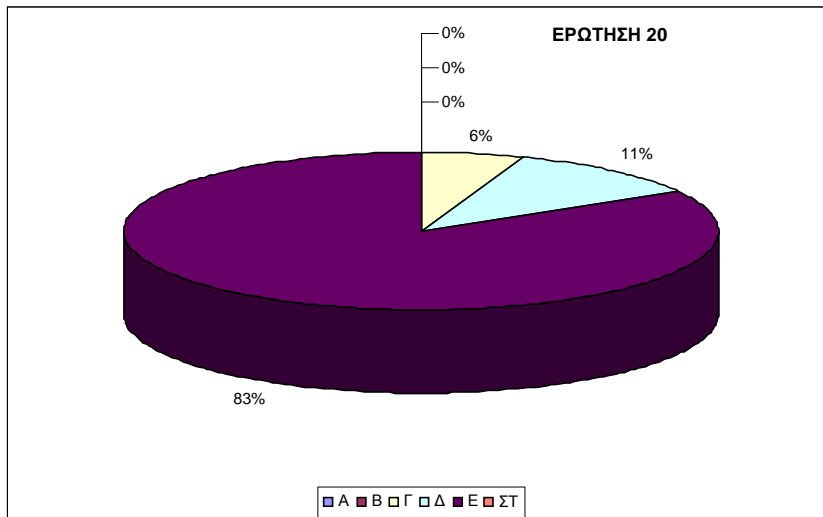
Το παραπάνω διάγραμμα μας δίνει μια εικόνα για το που θα προτιμούσαν να υπάρχουν ξενώνες όσοι έχουν παιδιά και όσοι δεν έχουν. Συνολικά και στους δύο Δήμους τα άτομα τα οποία έχουν παιδιά είναι 88. από αυτούς το 46% απάντησε ότι θα προτιμούσε να υπάρχουν ξενώνες κοντά σε όλα όσα έχουμε προτείνει, το 20% απάντησε κοντά στην εκκλησία, το 17% απάντησε ότι θα προτιμούσε να υπάρχουν ξενώνες εκτός πόλης, το 11% στο κέντρο της πόλης, το 6% κοντά σε σχολείο, κανείς δεν προσδιόρισε κάτι άλλο. Στο Δήμο Α τα άτομα που έχουν παιδιά είναι 36 και από αυτά το 34% θα προτιμούσε οι ξενώνες να είναι κοντά σε όλα όσα προτείναμε, δηλαδή σε σχολείο, εκκλησία, στο κέντρο της πόλης, εκτός πόλης. Έχουμε τρία ποσοστά των 22% οπού αντιστοιχούν στην ύπαρξη ξενώνων κοντά στην εκκλησία, στο κέντρο της πόλης και εκτός πόλης ενώ κανείς δεν απάντησε ότι θα προτιμούσε να υπάρχουν ξενώνες κοντά σε σχολείο. Στο Δήμο Β τα άτομα που έχουν παιδιά είναι 52. Από αυτό το 54% συμφωνεί στην ύπαρξη ξενώνων σε όλα όσα προτείναμε, το 19% κοντά στην εκκλησία, ένα 13% εκτός πόλης, ένα 10% κοντά σε σχολείο ενώ μόλις 4% προτίμησε στο κέντρο της πόλης. **Θα μπορούσαμε να προσθέσουμε πως τα άτομα που έχουν παιδιά δεν είναι εντελώς αρνητικοί στην ύπαρξη ξενώνων κοντά σε σχολεία**

ΑΠΟΨΗ ΑΓΑΜΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΞΕΝΩΝΩΝ

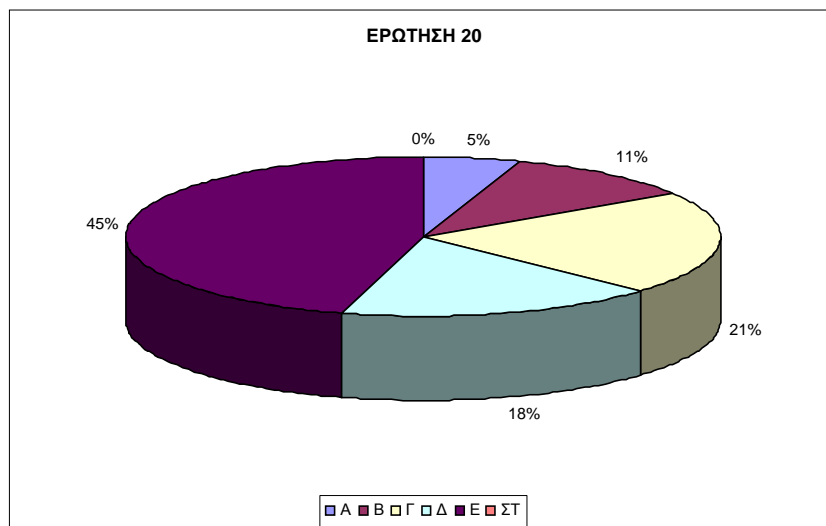
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



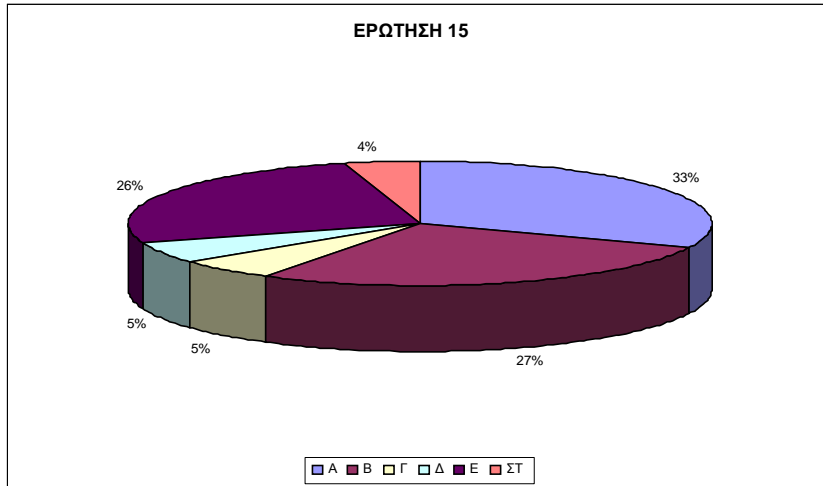
ΣΥΝΟΛΟ



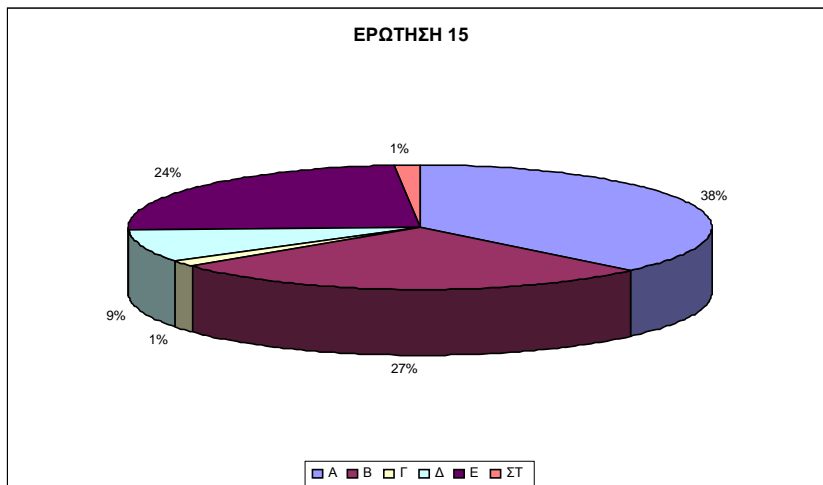
Στο παραπάνω διάγραμμα φαίνεται το ποσοστό όσων δεν έχουν παιδιά και τις προτιμήσεις τους σχετικά με την τοποθεσία για την ύπαρξη ξενώνων. Συγκεκριμένα και στους δύο Δήμους τα άτομα που δεν έχουν παιδιά είναι 57. Από αυτά το 45% απάντησε ότι θα προτιμούσε να υπάρχουν ξενώνες κοντά σε όσα έχουμε προτείνει, το 21% στο κέντρο της πόλης, το 18% εκτός πόλης, το 11% κοντά σε εκκλησία, ένα 5% κοντά σε σχολείο ενώ κανείς δεν προσδιόρισε κάτι άλλο. Στο Δήμο Α 39 δεν έχουν παιδιά και επέλεξαν στο κέντρο της πόλης και σε όλα όσα έχουμε προτείνει το 28%, εκτός πόλης το 21%, το 15% στην εκκλησία, και το 8% κοντά σε σχολείο. Στο Δήμο Β δεν έχουν παιδιά 18 άτομα από τα οποία το 83% συμφωνεί στην ύπαρξη ξενώνων σε όλα τα προτεινόμενα μέρη, το 11% εκτός πόλης και το 6% στο κέντρο της πόλης, κανείς δεν απάντησε ότι θα προτιμούσε μόνο σε σχολείο και μόνο στην εκκλησία. **Γενικά τα πιο μεγάλα ποσοστά σημειώνει η απάντηση Ε η οποία αναφέρεται σε όλα όσα έχουμε προτείνει.**

Ο ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ Η ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

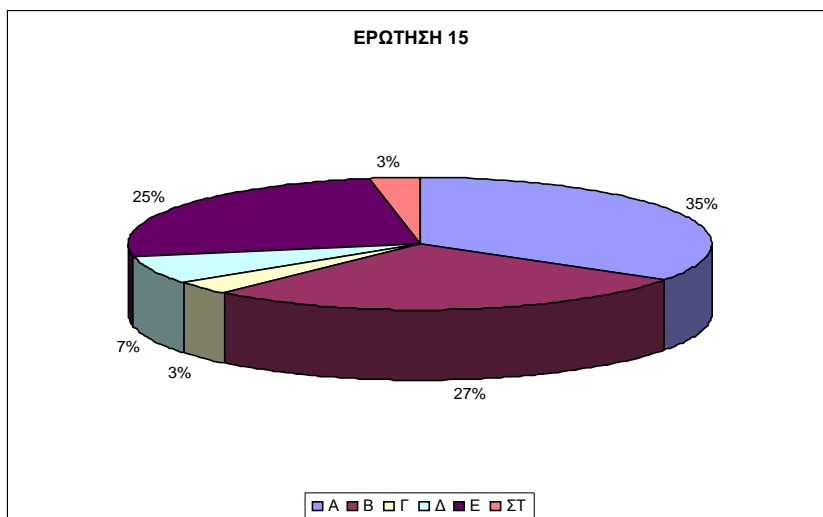
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β

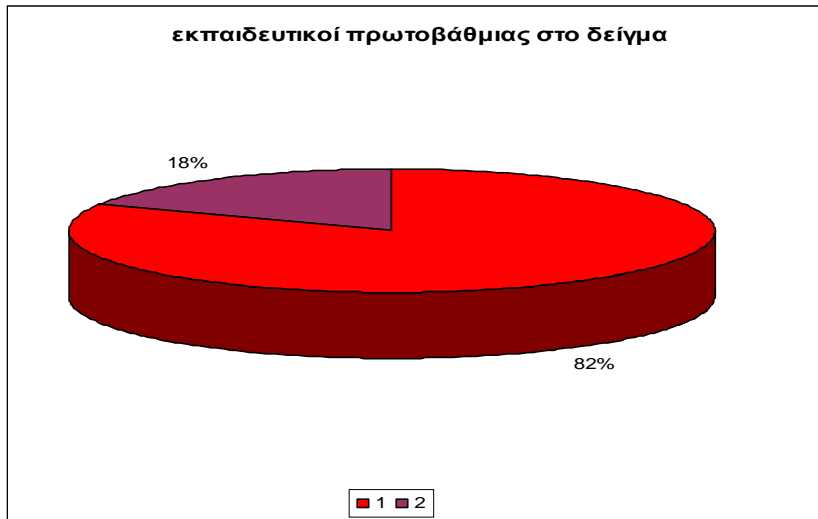


ΣΥΝΟΛΟ



Στην ερώτηση 12Α αν πιστεύεται ότι ο ψυχικά ασθενής στιγματίζεται στους δύο Δήμους συνολικά απάντησαν θετικά 142 άτομα, από τα οποία το 35% απάντησε ότι θα δεχόταν ένα άτομο με ψυχική ασθένεια ως φίλο, το 27% ως γείτονα, το 25% δεν ήξερε ν' απαντήσει, το 7% τίποτα από αυτά που έχουμε προτείνει ενώ τρία ποσοστά των 3% απάντησαν ότι θα το δεχόταν ως σύντροφο και το άλλο ποσοστό δεν ήθελε ν' απαντήσει. Στο Δήμο Α απάντησαν θετικά 72 άτομα. Από αυτά τα άτομα το 33% απάντησε ότι ένα άτομο με ψυχική ασθένεια θα το δεχόταν ως φίλο, το 27% ως γείτονα, το 26% δεν ήξερε, δύο 5% σαν σύντροφο ή τίποτα και μόνο ένα 4% δεν ήθελε ν' απαντήσει. Στο Δήμο Β απάντησαν θετικά 70 άτομα. Από αυτά τα άτομα το 38% απάντησε ότι θα το δεχόταν ως φίλο, το 27% ως γείτονα, το 24% δεν ήξερε, το 9% τίποτα και δύο τιμές με 1% δεν ήθελε ν' απαντήσει και θα το δεχόταν ως σύντροφο. *Τα άτομα λοιπόν που πιστεύουν ότι στιγματίζεται ο ψυχικά ασθενής θα τον δεχόντουσαν περισσότερο σαν φίλο. Αρκετό, όμως μπορεί να θεωρηθεί και το ποσοστό που ανήκει σ' αυτούς οι οποίοι δεν ξέρουν τι ν' απαντήσουν.*

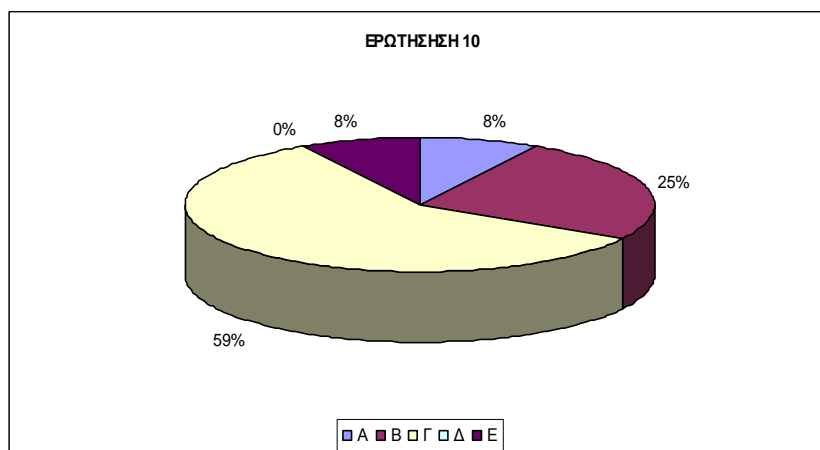
5.3.3 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ



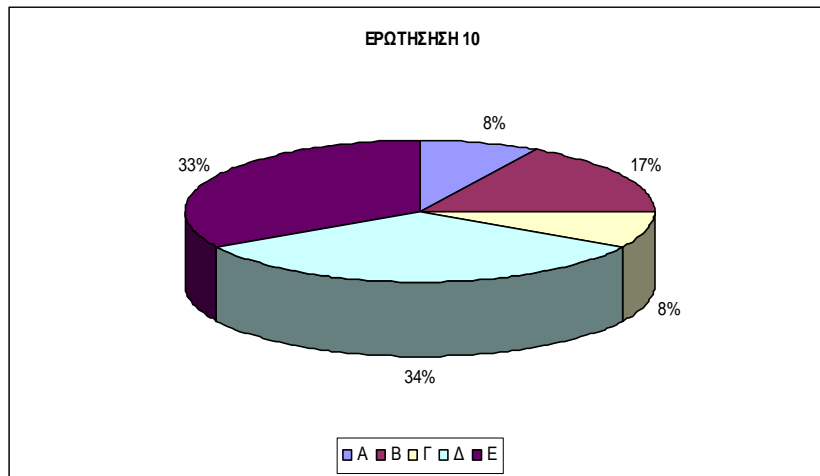
ΣΧΟΛΕΙΑ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

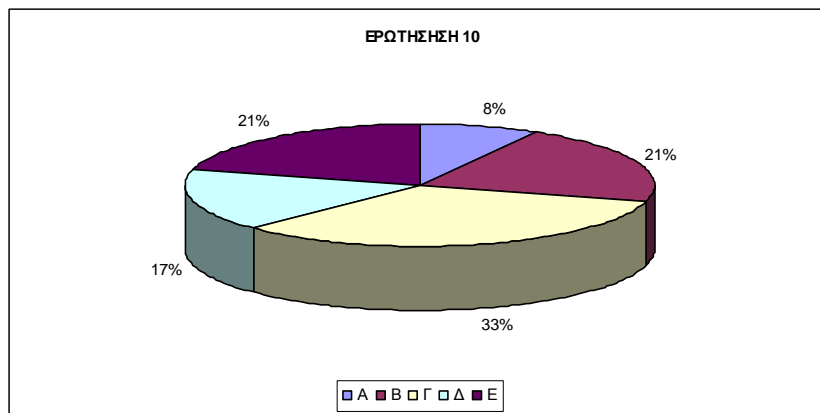
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ



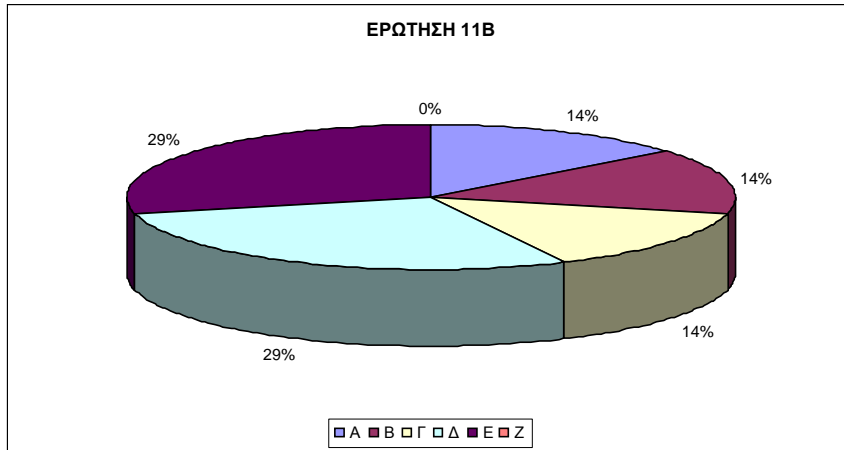
Στους Δήμους που επιλέξαμε να γίνει η έρευνα υπάρχουν 25 Εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης οι οποίοι στο σύνολο τους απάντησαν το 33% μάλλον όχι στην ερώτηση 10 σχετικά με το αν πιστεύουν πως η σχιζοφρένεια είναι θεραπεύσιμη νόσος, δύο ποσοστά των 21% απάντησαν ότι μάλλον συμφωνούν και ότι δεν ήξεραν, το 17% απάντησε αρνητικά ενώ το 8% απάντησε θετικά. Στο Δήμο Α υπήρχαν 12 εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Στην ερώτηση αν πιστεύουν πως θεραπεύεται η σχιζοφρένεια το 59% απάντησε μάλλον όχι, το 25% απάντησε μάλλον ναι, ενώ 2 ποσοστά των 8% απάντησαν πως είναι θεραπεύσιμη νόσος και ότι δεν ήξεραν ενώ κανείς δεν απάντησε αρνητικά. Στον Δήμο Β υπήρχαν 13 εκπαιδευτικοί

Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Στην ίδια ερώτηση το 34% απάντησε όχι, μια πιο κοντινή τιμή ήταν το 33% που απάντησε ότι δεν ξέρει, ένα 17% απάντησε μάλλον ναι, 2 ποσοστά των 8% απάντησαν ναι και μάλλον όχι.

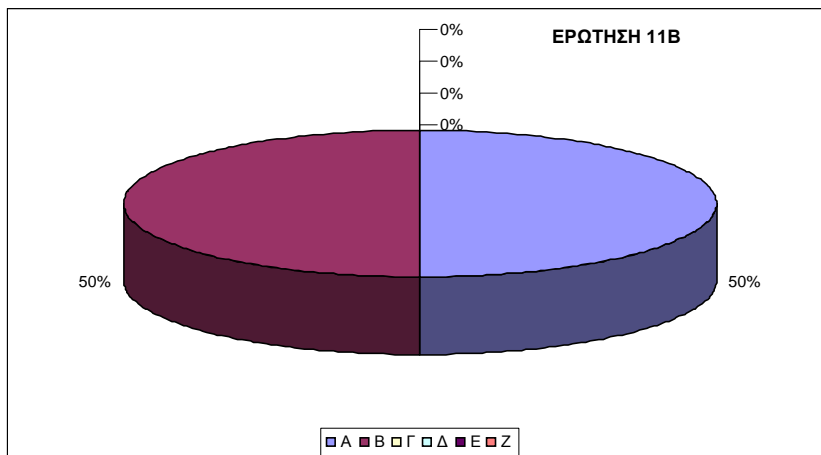
Οι Εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας στο μεγαλύτερο ποσοστό τους πιστεύουν πως η σχιζοφρένεια μάλλον δεν είναι θεραπεύσιμη νόσος, λίγες ήταν οι σίγουρες απαντήσεις με ναι ή όχι, μόνο στο Δήμο Β το μεγαλύτερο ποσοστό των εκπαιδευτικών απάντησε αρνητικά.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΠΗΓΕΣ
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

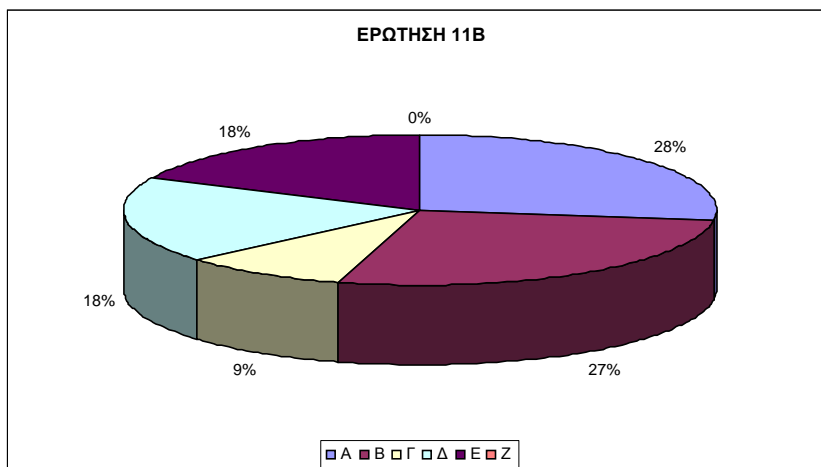
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



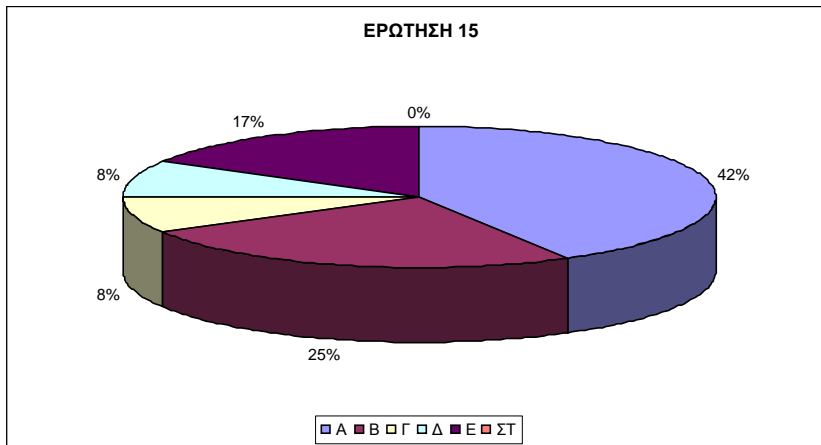
ΣΥΝΟΛΟ



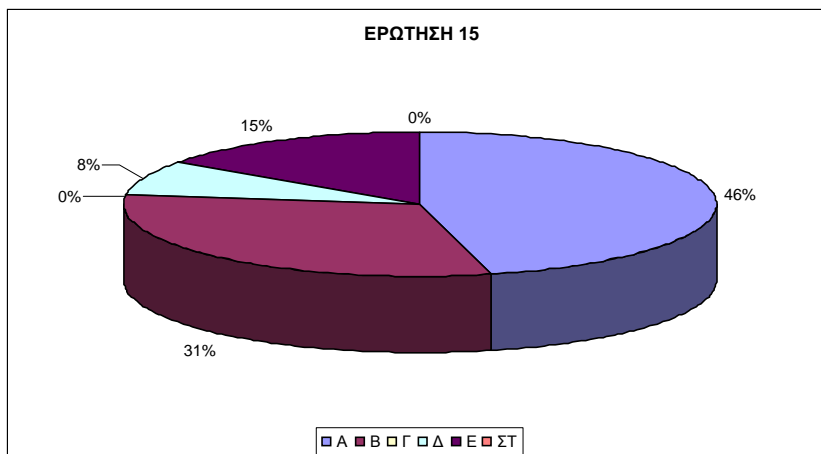
Η ίδια ειδικότητα στην ερώτηση αν έχουν ενημερωθεί από κάπου σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές, απάντησε και για τους δύο Δήμους το 28% από τα Μ.Μ.Ε., πολύ κοντά είναι το 27% από τα σεμινάρια, δύο ποσοστά των 18% απάντησαν από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας και από όλα όσα έχουμε προτείνει, το 9% από το διαδίκτυο ενώ κανείς δε προσδιόρισε κάτι άλλο. Στον Δήμο Α με δύο ποσοστά των 29% απάντησαν ότι έχουν ενημερωθεί από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας και απ' όλα όσα έχουμε αναφέρει. Τα τρία ποσοστά των 14% απάντησαν από τα Μ.Μ.Ε. από τα σεμινάρια και από το διαδίκτυο. Στο Δήμο Β οι απόψεις ήταν 50% σε αυτούς που υποστηρίζουν ότι έχουν ενημερωθεί από τα σεμινάρια και σε 50% σε αυτούς που υποστηρίζουν ότι έχουν ενημερωθεί από τα Μ.Μ.Ε., κανείς δεν απάντησε ότι έχει ενημερωθεί από το διαδίκτυο και από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας. *Οι Εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης στο σύνολο τους απάντησαν ότι πιο πολύ ενημερώνονται από τα Μ.Μ.Ε. και από τα σεμινάρια. Αρκετή διαφορά βλέπουμε ανάμεσα στους δύο Δήμους οπότε ο Δήμος Α σημειώνει τα μεγαλύτερα ποσοστά του ότι ενημερώνονται από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας και από όλα όσα έχουμε αναφέρει ενώ ο Δήμος Β σημειώνει μεγάλα ποσοστά στις απαντήσεις Α και Β στα Μ.Μ.Ε. και στα σεμινάρια, αντιστοίχως.*

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ
ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

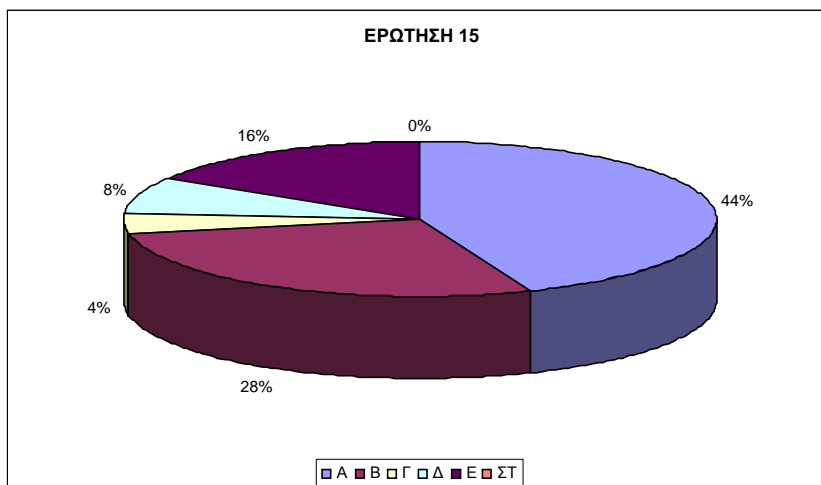
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



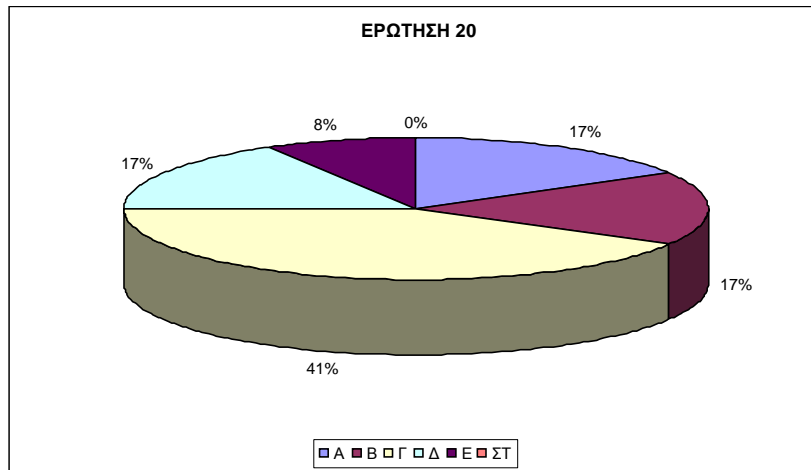
ΣΥΝΟΛΟ



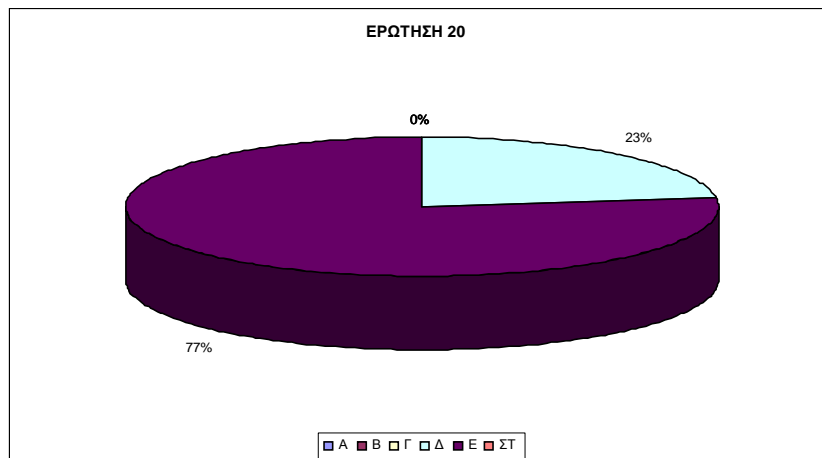
Στην ερώτηση αν θα δεχόσασταν ένα άτομο με ψυχική ασθένεια, οι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας απάντησαν και για τους δύο Δήμους το 44% ότι θα το δεχόταν ως φίλο, το 28% ως γείτονα, το 16% δεν ήξερε, το 8% τίποτα από αυτά που έχουμε προτείνει, το 4% ως σύντροφο. Συγκεκριμένα, στον Δήμο Α ότι θα το δέχονταν ως φίλο απάντησε το 42%, ως γείτονα το 25%, αυτοί που δεν ήξεραν ήταν το 17% ενώ 2 ποσοστά των 8% απάντησαν ότι θα τον δεχόταν ως σύντροφο και το άλλο τίποτα απ' αυτά που έχουμε προτείνει. Στον Δήμο Β οι ίδιοι θα τον δέχονταν ως φίλο το 46%, ως γείτονα το 31%, αυτοί που δεν ήξεραν ήταν το 15% και το 8% απάντησε τίποτα από αυτά που είχαμε προτείνει, κανείς δεν απάντησε ότι θα τον δεχόταν ως σύντροφο. *Οι Εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης θα δεχόντουσαν έναν ψυχικά ασθενή στα μεγαλύτερα ποσοστά ως φίλο και τα επόμενα ποσοστά θα τον δεχόντουσαν ως γείτονα. Χαμηλές είναι οι τιμές που απάντησαν ότι δεν ήξεραν και ότι δεν συμφωνούσαν με αυτά που είχαμε προτείνει ενώ ελάχιστες είναι οι τιμές που θα τον δεχόντουσαν ως σύντροφο.*

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ
ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΞΕΝΩΝΩΝ

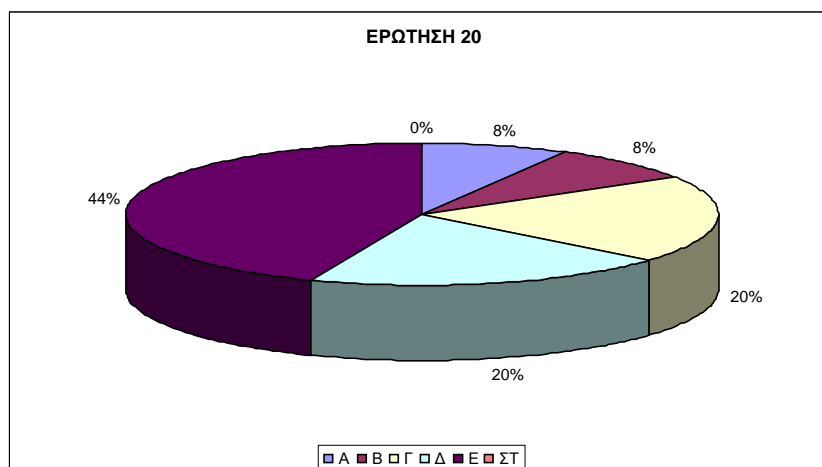
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ

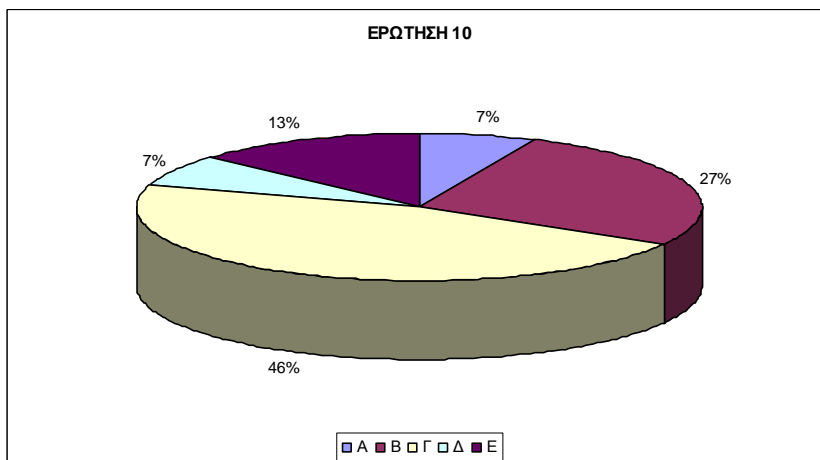


Στην ερώτηση που θα προτιμούσατε την ύπαρξη ξενώνων οι εκπαιδευτικοί της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης απάντησαν στο σύνολό τους ότι θα προτιμούσαν να υπάρχουν ξενώνες το 44% σε όλα όσα έχουμε προτείνει, δύο ποσοστά των 20% απάντησαν στο κέντρο ή εκτός πόλης, δύο ποσοστά των 8% απάντησαν κοντά σε σχολείο και κοντά σε εκκλησία, κανείς δεν προσδιόρισε κάτι διαφορετικό. Στον Δήμο Α το 41% απάντησε ότι προτιμά στο κέντρο της πόλης, 3 ποσά των 17% προτιμούν στο σχολείο, εκτός πόλης και στην εκκλησία ενώ το 8% απάντησε ότι συμφωνούσε με όλες τις προτάσεις μας. Στον Δήμο Β το 77% απάντησε ότι συμφωνεί σε όλες τις προτάσεις μας και ένα 23% συμφωνεί μόνο εκτός πόλης, απαντήσεις που θα προτιμούσαν κοντά σε σχολείο, κοντά σε εκκλησία και στο κέντρο της πόλης δεν υπήρχαν. *Οι Εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης απάντησαν στο σύνολο τους ότι συμφωνούν με όλες τις προτάσεις μας σχετικά με την ύπαρξη ξενώνων. Στο Δήμο Α το μεγαλύτερο ποσοστό προτιμά βέβαια στο κέντρο της πόλης και μόνο το 17% προτιμά κοντά σε σχολείο. Στο Δήμο Β οι περισσότεροι δέχονται όλες τις προτάσεις ενώ κανείς δεν απάντησε ότι θα προτιμούσε μόνο κοντά σε σχολείο.*

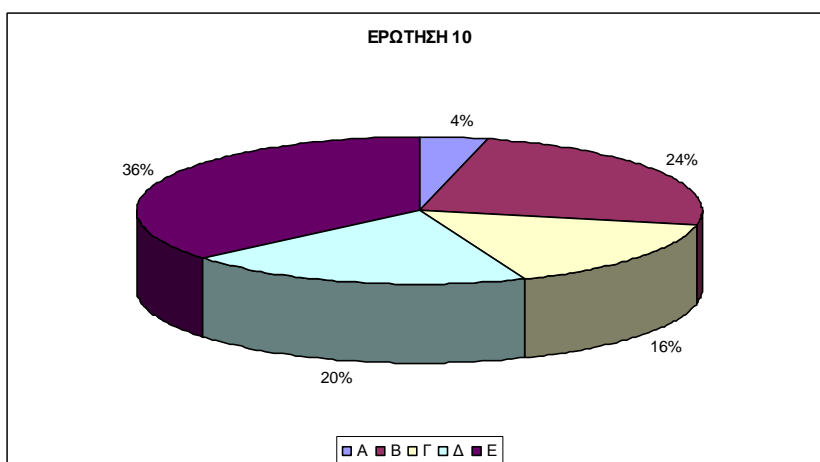


ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

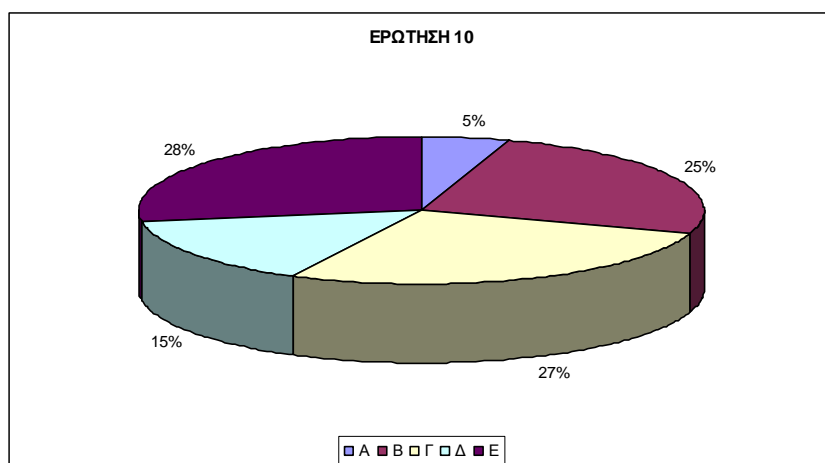
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



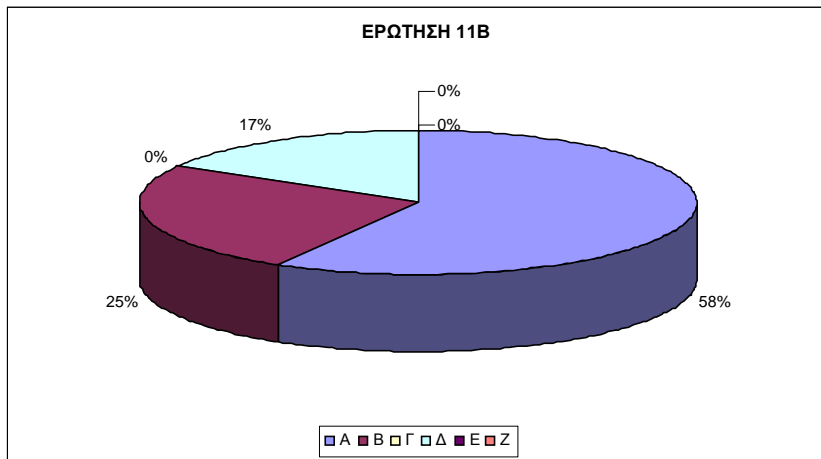
ΣΥΝΟΛΟ



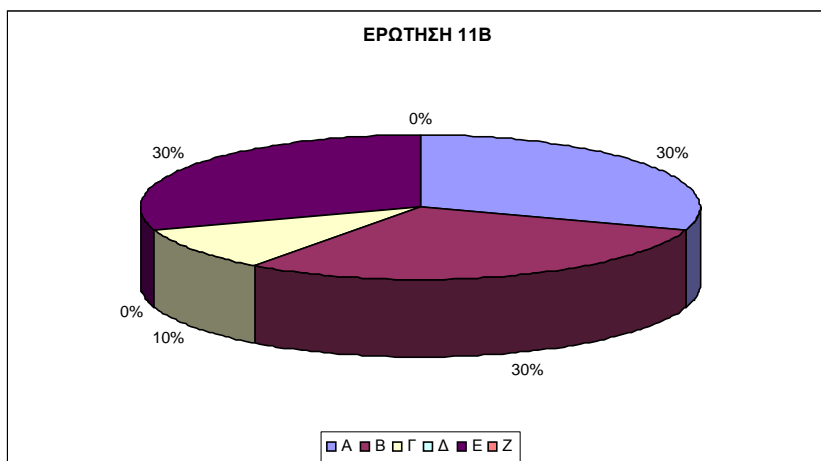
Αναφορικά με την άποψη των ερωτηθέντων σχετικά με την άποψη του για το αν είναι θεραπεύσιμη νόσος η σχιζοφρένεια οι 39 εκπαιδευτικοί Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και στους δύο Δήμους απάντησαν το 28% ότι δεν ξέρουν, το 27% μάλλον όχι, το 25% μάλλον ναι, το 15% αρνητικά, το 5% θετικά. Στον Δήμο Α απάντησαν το 46% ότι μάλλον δεν είναι, το 27% μάλλον ναι, το 13% δεν ήξερε και 2 ποσά των 7% απάντησαν ναι και όχι. Στον Δήμο Β οι εκπαιδευτικοί Δευτεροβάθμιας είναι 24. Το 36% απάντησε ότι δεν ήξερε, , το 24% απάντησε μάλλον ναι, το 20% απάντησε όχι το 16% απάντησε μάλλον όχι και το 4% απάντησε ναι. *Οι Εκπαιδευτικοί Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης δείχνουν να μην είναι σίγουροι για την άποψη τους γι' αυτό και σημειώνουν μεγάλα ποσοστά οι απαντήσεις μάλλον ναι, μάλλον όχι και ότι δεν ξέρουν.*

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΠΗΓΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

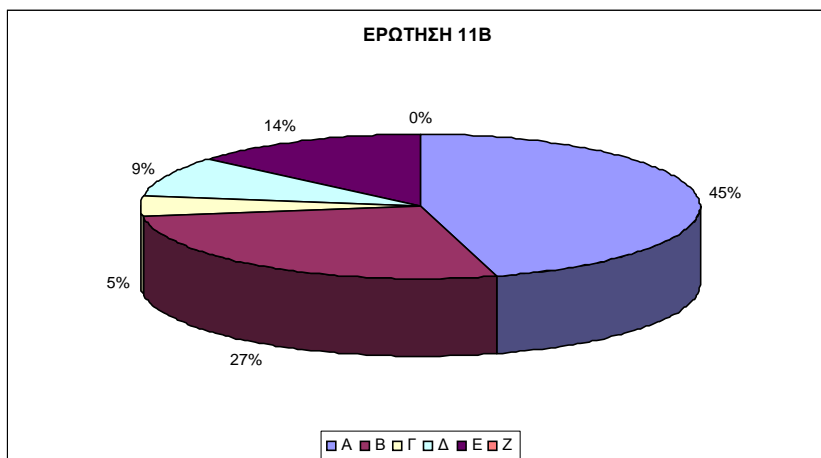
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



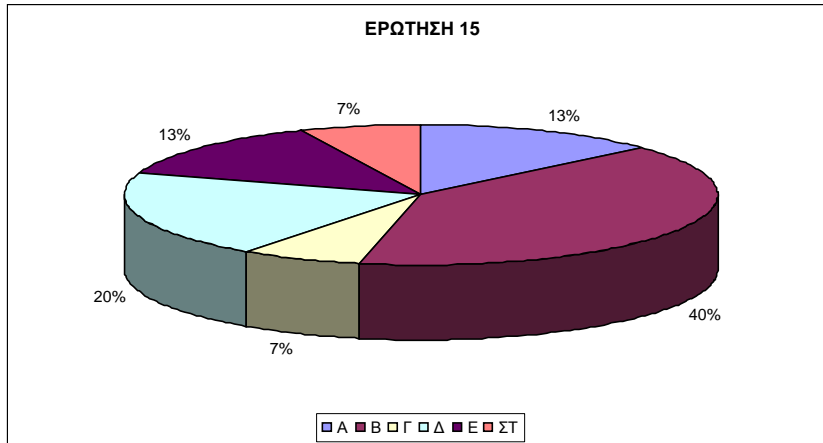
ΣΥΝΟΛΟ



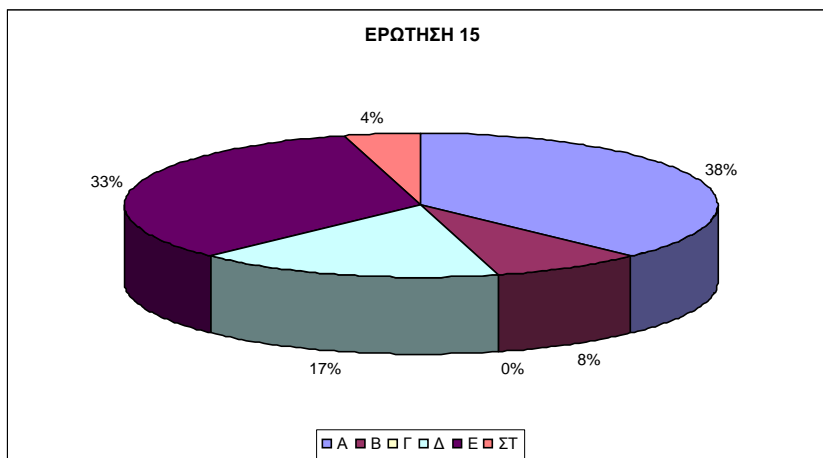
Όπως φαίνεται από το παραπάνω διάγραμμα η ίδια ειδικότητα στην ερώτηση από πού έχει ενημερωθεί για τις ψυχικές διαταραχές και για τους δύο Δήμους απάντησε το 45% ότι ενημερώνεται από τα Μ.Μ.Ε., το 27% από τα σεμινάρια, το 14% από όλα όσα έχουμε προτείνει, το 9% από φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας, το 5% από το διαδίκτυο ενώ κανείς δεν προσδιόρισε κάτι άλλο. Για τον Δήμο Α απάντησαν 58% από τα Μ.Μ.Ε., 25% από τα σεμινάρια, 17% από φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας ενώ κανείς δεν απάντησε ότι ενημερώνεται από το διαδίκτυο και ότι συμφωνεί με όλα όσα είχαμε προτείνει. Στον Δήμο Β απάντησαν 3 ποσά των 30% από τα Μ.Μ.Ε., τα σεμινάρια και απ' όλα όσα έχουμε προτείνει. Από το διαδίκτυο ενημερώνονται μόνο το 10%, κανείς δεν απάντησε από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας. *Οι Εκπαιδευτικοί Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ενημερώνονται κυρίως από τα Μ.Μ.Ε. Μια μικρή διαφορά βλέπουμε στο Δήμο Α με τον Δήμο Β. Ο Δήμος Α έχει 17% ποσοστό που ενημερώνεται από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας ενώ ο στο Δήμο Β δεν απάντησε κανείς ότι ενημερώνεται από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας.*

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ
ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

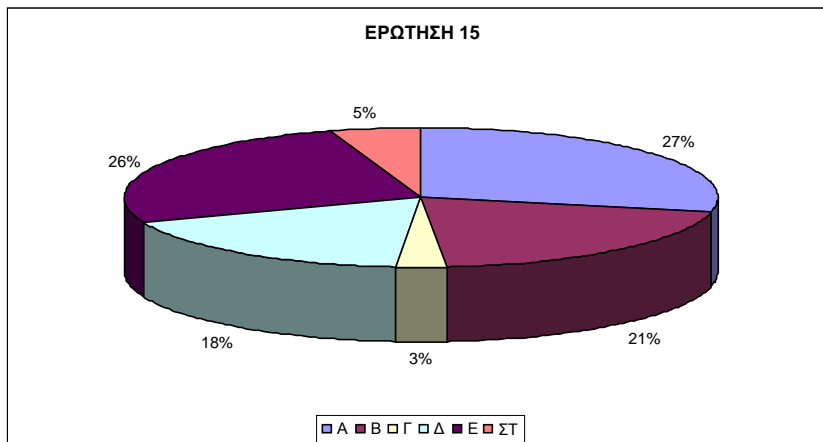
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



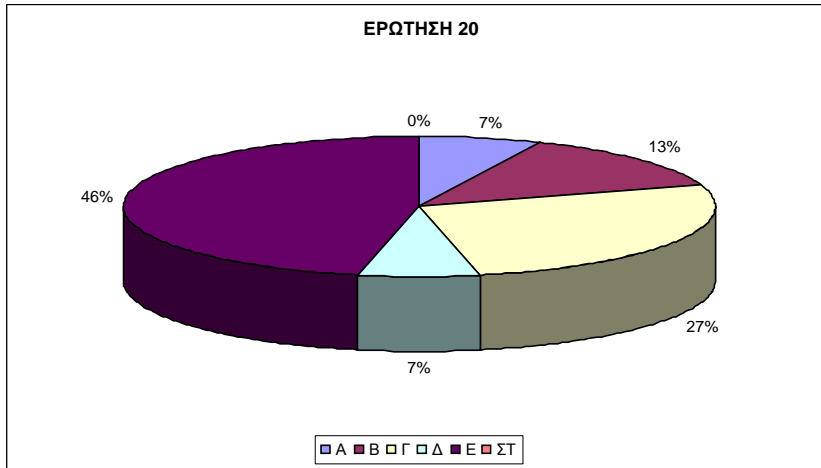
ΣΥΝΟΛΟ



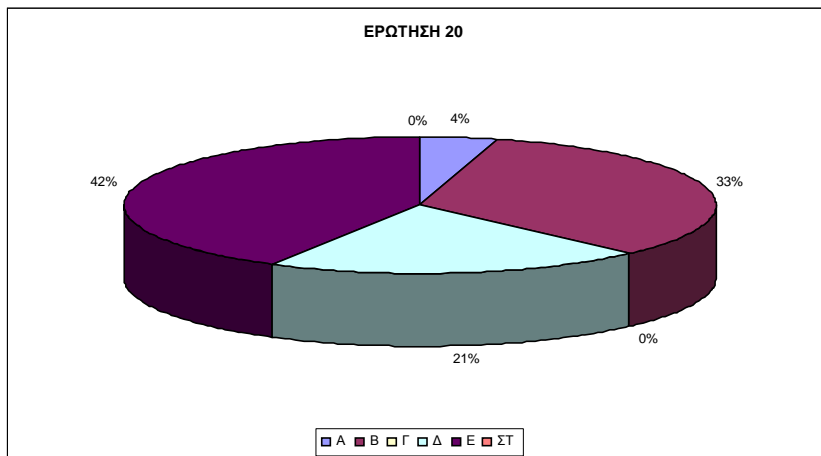
Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα στην ερώτηση αν θα δεχόντουσαν ένα άτομο με ψυχική ασθένεια και για τους δύο Δήμους το 27% απάντησε ότι θα τον δεχόταν ως φίλο, πολύ κοντά είναι το 26% που δεν ξέρει, το 21% απαντάει ως γείτονα, το 18% δεν συμφωνεί με τίποτα από όσα προτείναμε, το 5% δεν ήθελε ν' απαντήσει και το 3% απάντησε ότι θα τον δεχόταν ως σύντροφο. Για τον Δήμο Α οι εκπαιδευτικοί Δευτεροβάθμιας απάντησαν το 40% ότι θα τον δεχόταν ως γείτονα, το 20% τίποτα από αυτά που έχουμε προτείνει, 2 ποσά των 13% απάντησαν φίλο και ότι δεν ήξερε και 2 ποσά των 7% απάντησε ως σύντροφο και δεν ήθελε ν' απαντήσει. Στον Δήμο Β οι ίδιοι απάντησαν ως φίλο το 38%, ότι δεν ήξερε το 33%, τίποτα από αυτά που προτείναμε το 17% και το 8% ως γείτονα ενώ το 4% δεν ήθελε ν' απαντήσει, κανείς δεν απάντησε ότι θα τον δεχόταν ως σύντροφο. *Οι Εκπαιδευτικοί Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης απάντησαν ότι θα δεχόντουσαν ένα ψυχικά ασθενή περισσότερο ως φίλο και γείτονα. Αρκετά ποσοστά συγκέντρωσε η άποψη αυτών που δεν ήξεραν τι ν' απαντήσουν. Έντονες είναι οι διαφορές ανάμεσα στους δύο Δήμους.*

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ
ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΞΕΝΩΝΩΝ

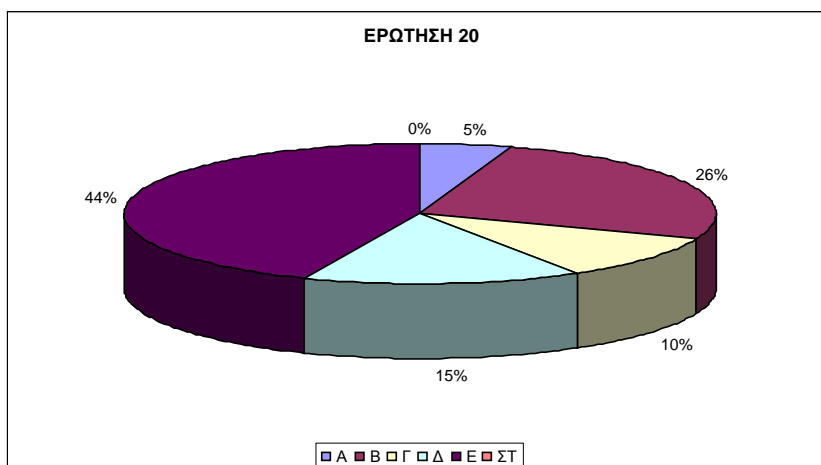
ΔΗΜΟΣ Α



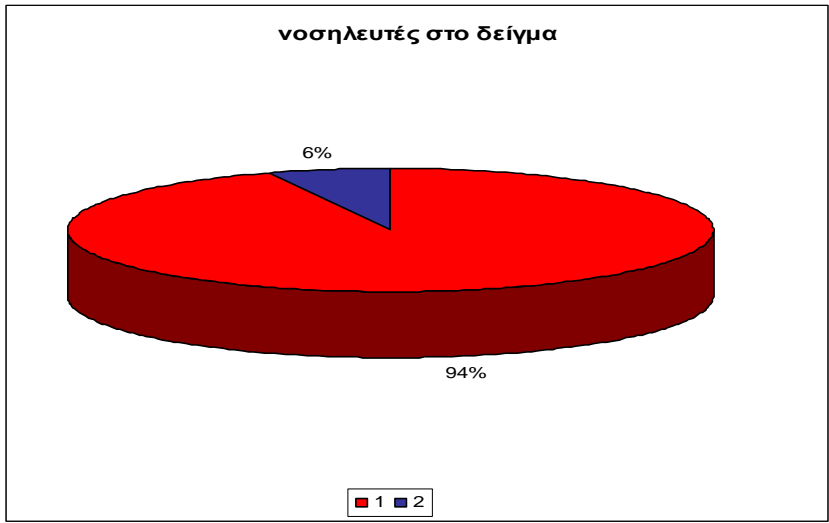
ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ



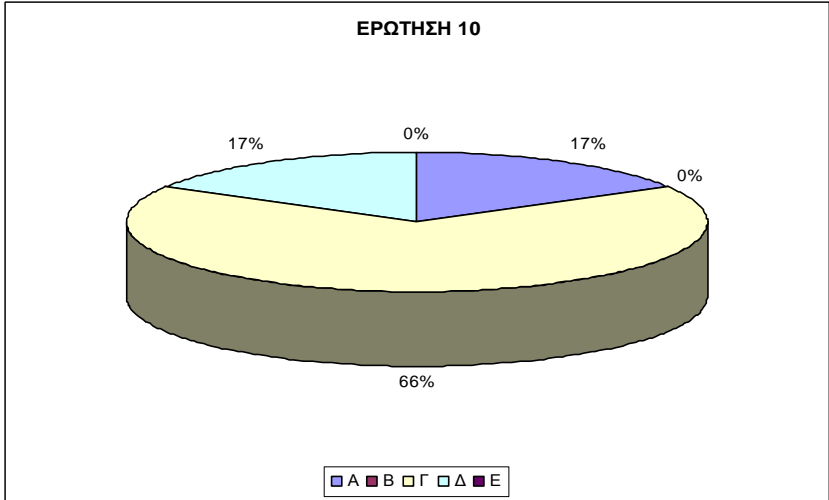
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στο ερώτημα σχετικά με την τοποθεσία ύπαρξης των ξενώνων και στους δύο Δήμους απάντησε το 44% σε όλα όσα έχουμε προτείνει, το 26% κοντά στην εκκλησία, το 15% εκτός πόλης, το 10% στο κέντρο της πόλης, το 5% κοντά σε σχολείο ενώ κανείς δεν προσδιόρισε κάτι άλλο. Στον Δήμο Α απάντησε σε όλα όσα είχαμε προτείνει, το ποσοστό των 46%. Το 27% απάντησε στο κέντρο της πόλης, το 13% κοντά στην εκκλησία και 2 ποσά των 7% κοντά σε σχολείο και εκτός πόλης. Στον Δήμο Β το 42% απάντησε σε όλα όσα είχαμε προτείνει, το 33% κοντά σε εκκλησία, το 21% εκτός πόλης και το 4% κοντά σε σχολείο, κανείς δεν απάντησε στο κέντρο της πόλης. *Για τους Εκπαιδευτικούς Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης τα ποσοστά που αντιπροσωπεύουν την απάντηση Ε δηλαδή όλα τα μέρη που προτείναμε είναι τα μεγαλύτερα στη συνέχεια ακολουθεί η άποψη ότι προτιμούν να υπάρχουν ξενώνες κοντά σε εκκλησία ενώ ελάχιστα είναι τα ποσοστά που προτιμούν τους ξενώνες μόνο κοντά σε σχολείο.*



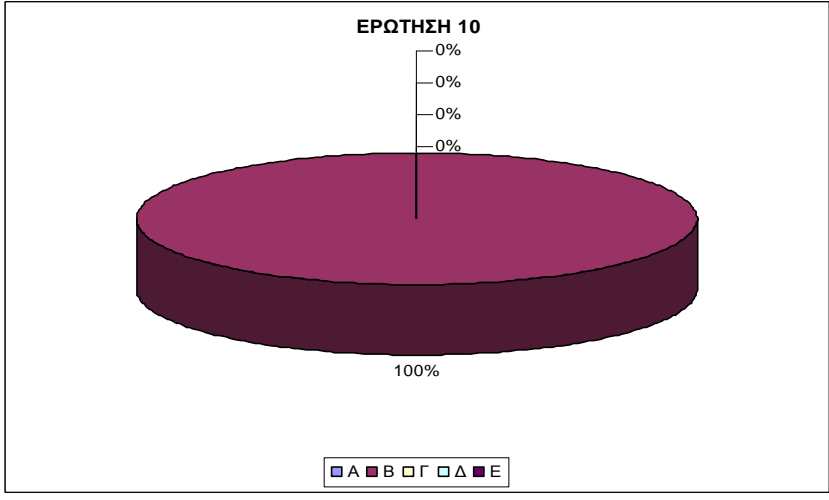
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

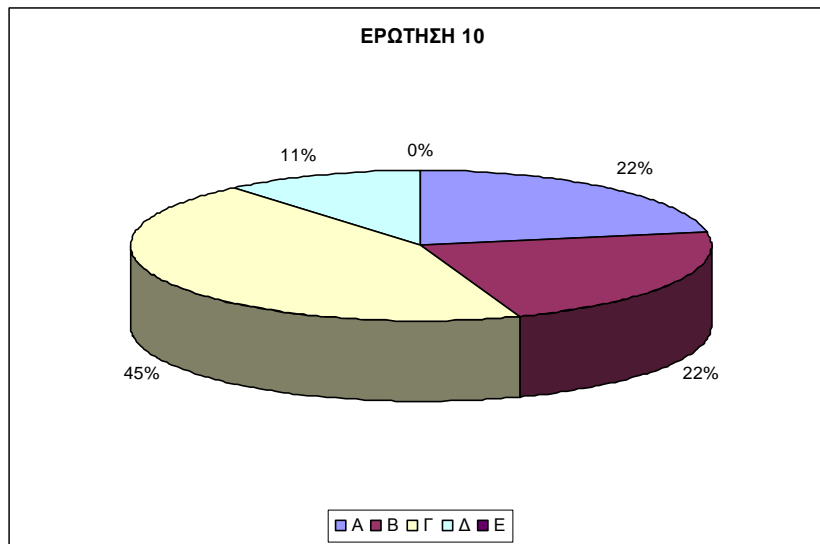
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



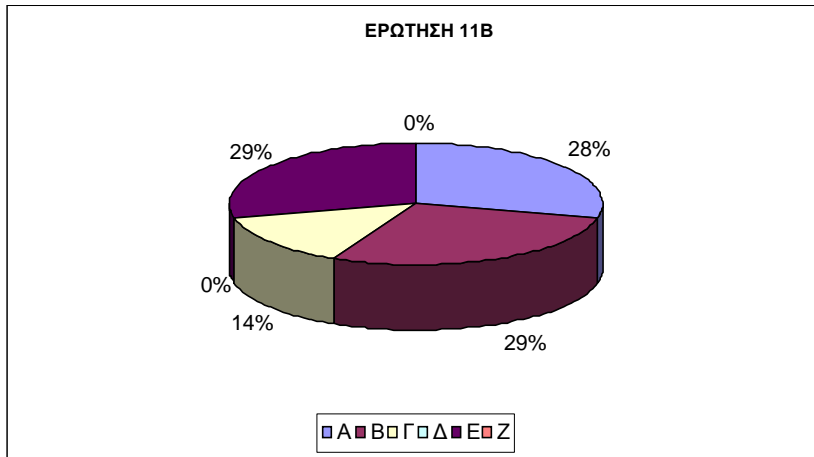
ΣΥΝΟΛΟ



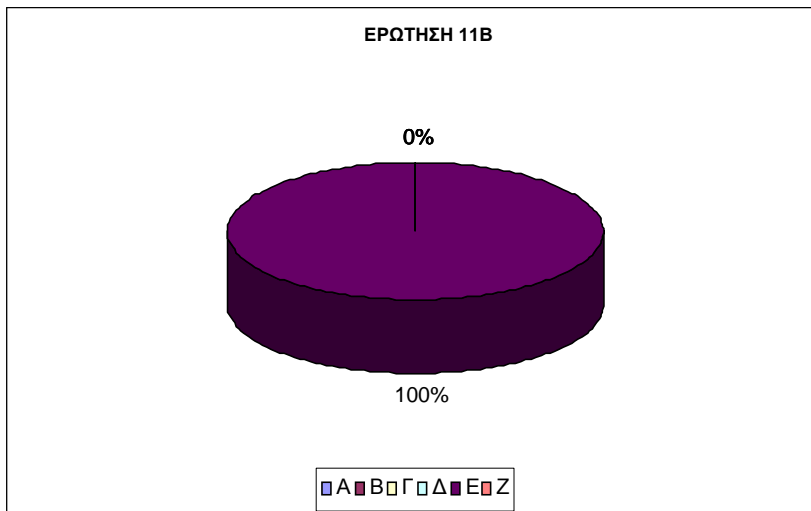
Η ερώτηση που αναφέρεται στο αν η σχιζοφρένεια είναι θεραπεύσιμη νόσος, απαντήθηκε και στους δύο Δήμους από τους Νοσηλευτές οι οποίοι είναι 9 με τα ακόλουθα ποσοστά: το 45% απάντησε μάλλον όχι, δύο ποσοστά των 22% απάντησαν μάλλον ναι και ναι, το 11% απάντησε όχι ενώ κανείς δεν απάντησε ότι δε ξέρει. Στον Δήμο Α από τους νοσηλευτές οι οποίοι ήταν 7 έχουμε τα εξής ποσοστά: το 66% απάντησε μάλλον όχι και 2 των 17% απάντησαν ναι και όχι κανείς δεν απάντησε μάλλον ναι. Στον Δήμο Β οι νοσηλευτές οι οποίοι ήταν 2 απάντησαν το 100% μάλλον ναι. Κανείς δεν απάντησε ναι, μάλλον όχι, όχι. *Οι Νοσηλευτές παρουσιάζουν διαφορές στους δύο Δήμους σε αυτήν την ερώτηση. Γενικά υποστηρίζουν ότι μάλλον δεν είναι η σχιζοφρένεια θεραπευτική νόσος, αλλά στο Δήμο Α τα μεγαλύτερα ποσοστά κλείνουν ως προς την άποψη Γ δηλαδή μάλλον όχι και στο Δήμο Β έχουμε το 100% των ποσοστών που πιστεύουν ότι η σχιζοφρένεια είναι μάλλον θεραπεύσιμη.*

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ ΠΗΓΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

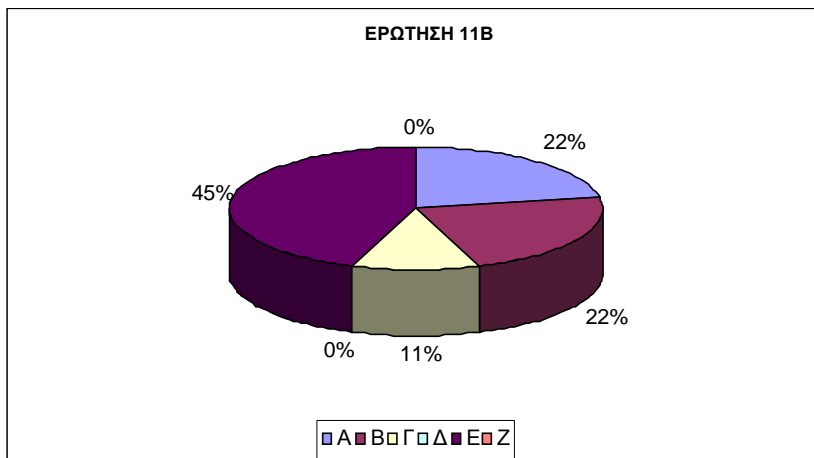
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



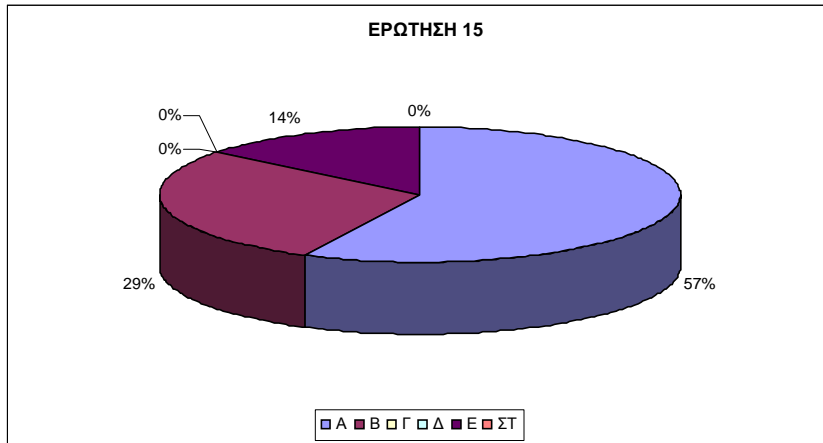
ΣΥΝΟΛΟ



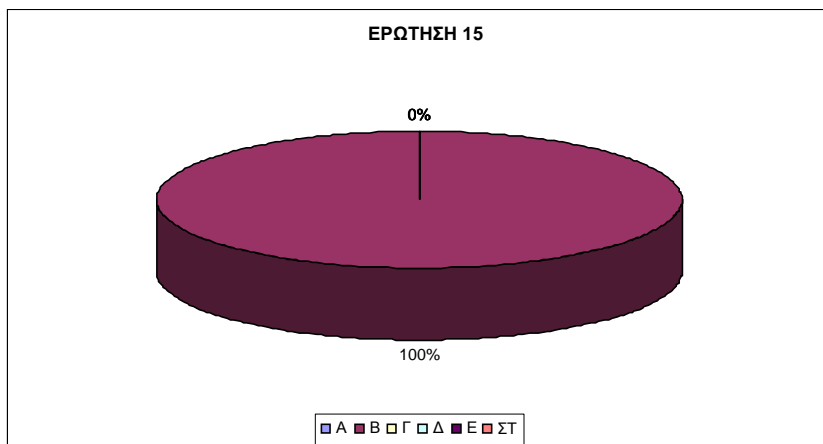
Όπως φαίνεται και από το διάγραμμα το δείγμα των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα και συγκεκριμένα οι νοσηλευτές και για τους δύο Δήμους απάντησαν στην ερώτηση από πού έχουν ενημερωθεί για τις ψυχικές διαταραχές, το 45% απάντησε από όλα όσα έχουμε προτείνει, δύο ποσοστά των 22% απάντησαν από τα Μ.Μ.Ε. και από τα σεμινάρια, το 11% από το διαδίκτυο, κανείς δεν απάντησε από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας και κανείς δεν προσδιόρισε κάτι άλλο. Για τον Δήμο Α απάντησαν στην ερώτηση από πού έχουν ενημερωθεί για τις ψυχικές διαταραχές, 29% από τα σεμινάρια και από όλα όσα έχουμε αναφέρει, 28% από τα Μ.Μ.Ε. και 14% από το διαδίκτυο. Στον Δήμο Β το 100% απάντησε ότι ενημερώνεται από όλα όσα έχουμε προτείνει, κανείς δεν απάντησε ότι ενημερώνεται από τα Μ.Μ.Ε, από το διαδίκτυο, από τα σεμινάρια. *Οι Νοσηλευτές συμφωνούν με όλα τα μέσα ενημέρωσης που έχουμε προτείνει σε αρκετά μεγάλα ποσοστά, με φανερό παράδειγμα τον Δήμο Β όπου έχουμε το απόλυτο 100%. Οι Νοσηλευτές δεν απάντησαν ότι ενημερώνεται από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας.*

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

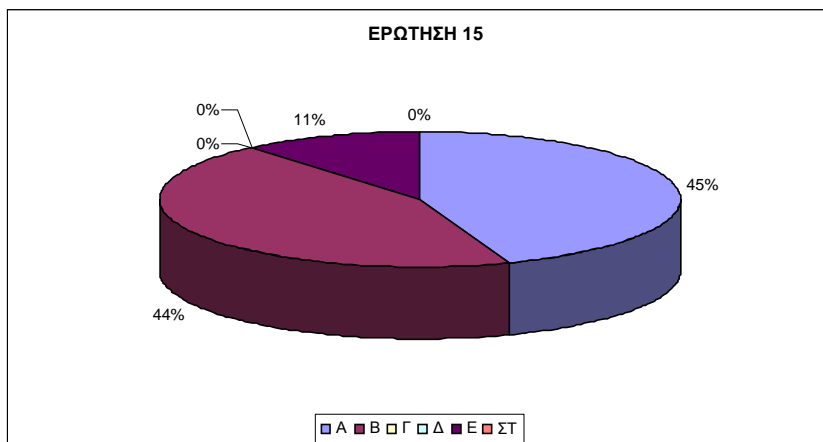
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



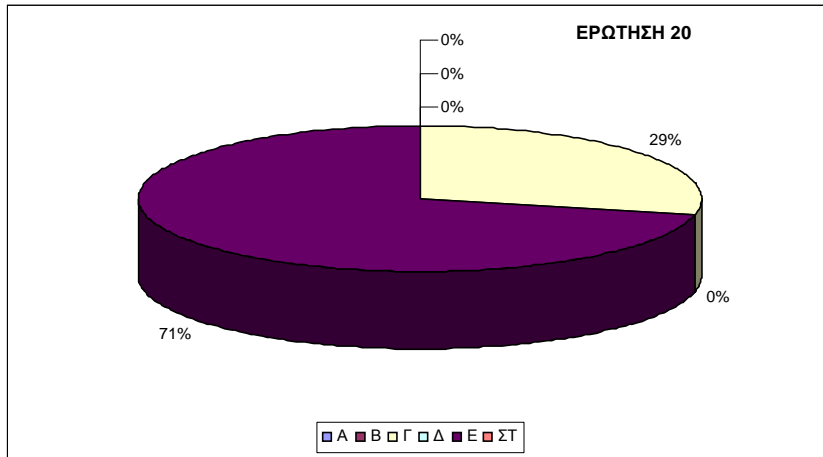
ΣΥΝΟΛΟ



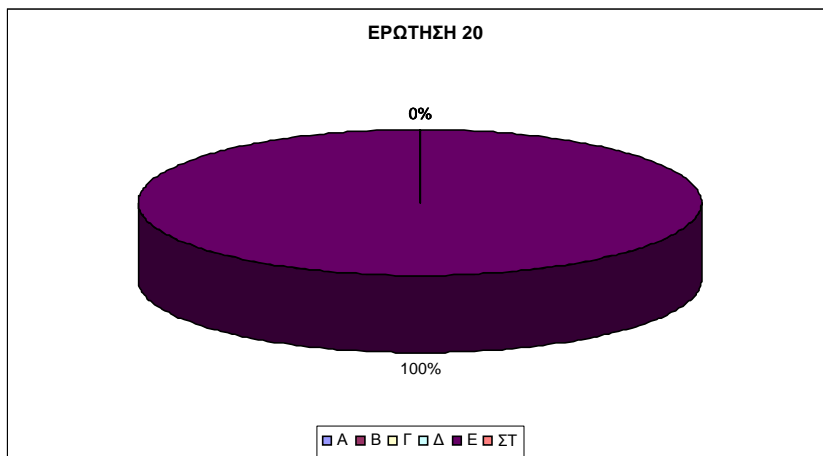
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων σχετικά με το αν θα δεχόντουσαν ένα άτομο με ψυχική ασθένεια όσων αφορά τους Νοσηλευτές και στους δύο Δήμους, απάντησαν το 45% ότι θα τον δεχόταν ως φίλο, το 44% ότι θα τον δεχόταν ως γείτονα, το 11% δεν ήξερε και κανείς δεν απάντησε ότι θα τον δεχόταν ως σύντροφο. Στον Δήμο Α οι νοσηλευτές απάντησαν το 57% μόνο ως φίλο, το 29% μόνο ως γείτονα και το 14% δεν ήξερε. Στον Δήμο Β ΤΟ 100% απάντησε ότι θα τον δεχόταν μόνο ως γείτονα. ***Οι Νοσηλευτές θα δεχόντουσαν ένα ψυχικά ασθενή μόνο ως φίλο και ως γείτονα. Με το απόλυτο του 100% του Δήμου Β που υποστηρίζει ότι θα τον δεχόταν ως γείτονα.***

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΞΕΝΩΝΩΝ

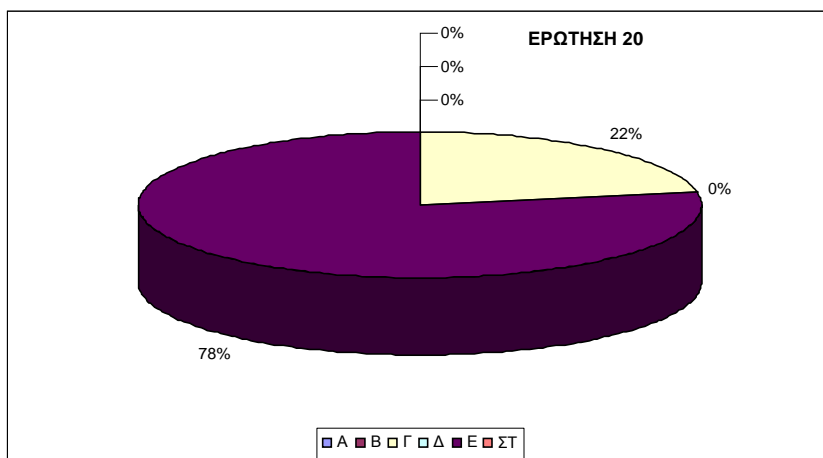
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ

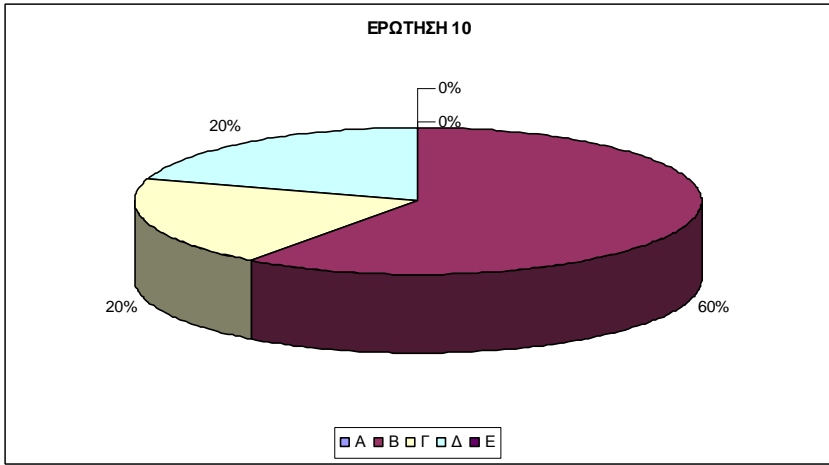


Όσων αφορά την άποψη σχετικά με την περιοχή που δημιουργούνται ξενώνες συγκεκριμένα για τους Νοσηλευτές και στους δύο Δήμους το 78% απάντησε σε όλα όσα είχαμε προτείνει και το 22% στο κέντρο της πόλης, κανείς δεν απάντησε κοντά σε σχολείο, κοντά σ' εκκλησία, εκτός πόλης και κανείς δεν προσδιόρισε κάτι άλλο. Στον Δήμο Α οι νοσηλευτές απάντησαν το 71% σε όλα όσα έχουμε προτείνει και το 29% στο κέντρο της πόλης. Στον Δήμο Β το 100% απάντησε σε όλα όσα έχουμε προτείνει κανείς δεν απάντησε στο κέντρο της πόλης. ***Οι Νοσηλευτές συμφωνούν με μεγάλα ποσοστά να υπάρχουν ξενώνες σε όλες τις περιοχές που έχουμε προτείνει.***

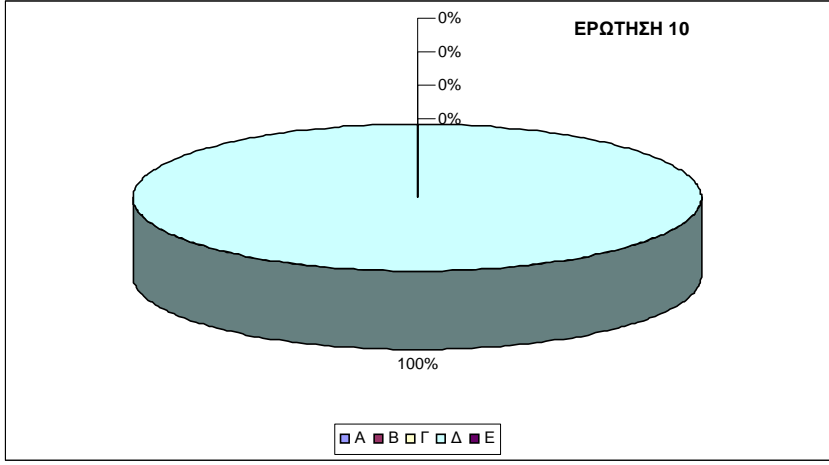


ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

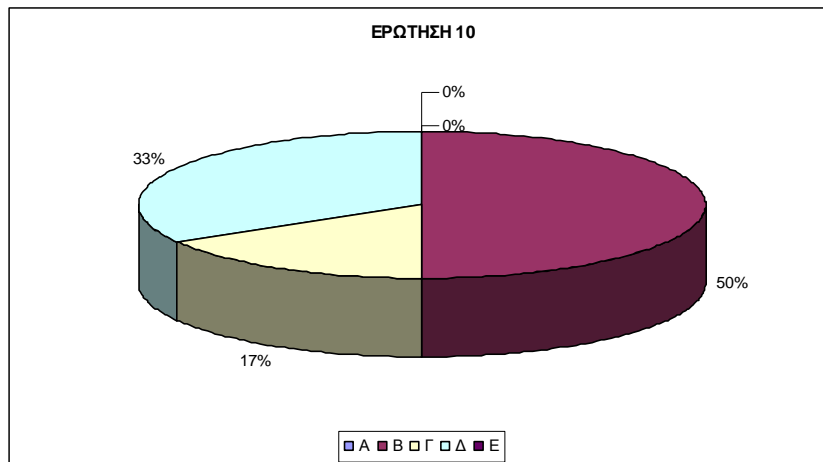
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



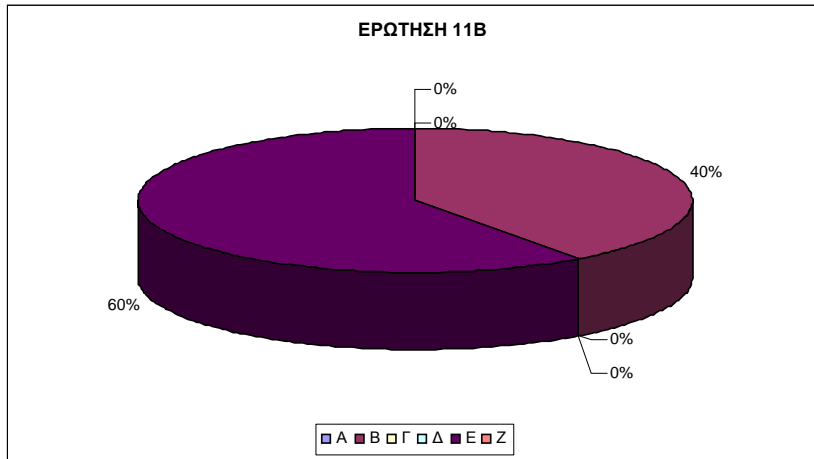
ΣΥΝΟΛΟ



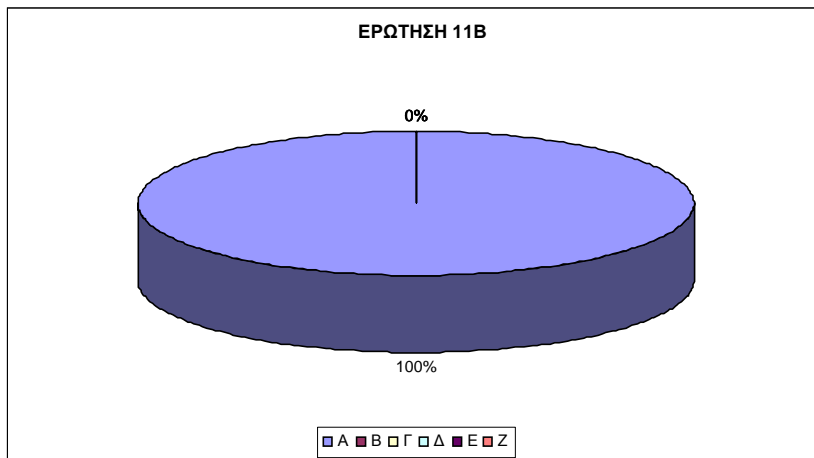
Βάσει της άποψης των ερωτηθέντων σχετικά με το αν πιστεύουν ότι η σχιζοφρένεια είναι θεραπεύσιμη νόσος, οι Ψυχολόγοι οι οποίοι είναι 6 και στους δύο Δήμους απάντησαν, το 50% μάλλον ναι, το 33% όχι, το 17% μάλλον όχι ενώ κανείς δεν απάντησε ναι και ότι δεν ήξερε. Συγκεκριμένα, στον Δήμο Α οι ψυχολόγοι οι οποίοι είναι 5 απάντησαν το 60% μάλλον ναι, και 2 ποσά των 20% απάντησαν μάλλον όχι και όχι. Στον Δήμο Β υπήρχε ένας ο οποίος απάντησε όχι. *Οι Ψυχολόγοι πιστεύουν ότι η σχιζοφρένεια είναι μάλλον θεραπεύσιμη στην πλειοψηφία τους ενώ δεν λείπουν και αρκετά ποσοστά που πιστεύουν ότι μάλλον δεν είναι και ότι σίγουρα δεν είναι.*

ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ ΚΑΙ ΠΗΓΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

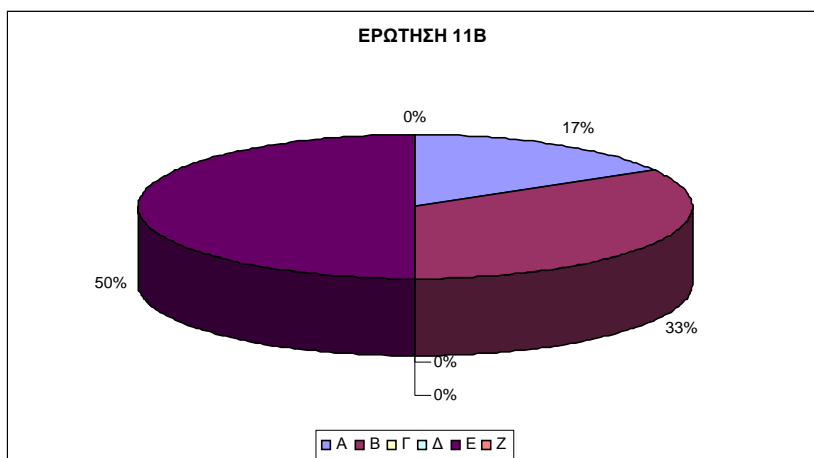
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



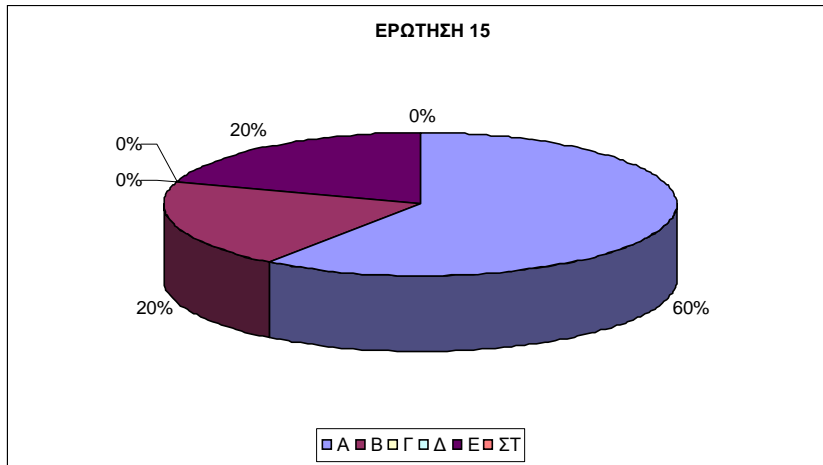
ΣΥΝΟΛΟ



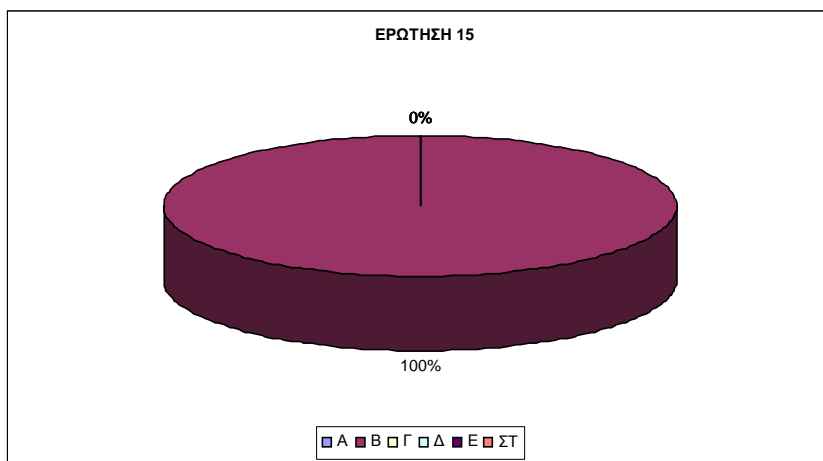
Όπως φαίνεται και από τα παραπάνω διάγραμμα οι ψυχολόγοι και στους δύο Δήμους ενημερώνονται το 50% από όλα όσα έχουμε προτείνει, το 33% από τα σεμινάρια, το 17% από τα Μ.Μ.Ε. ενώ κανείς δεν απάντησε από το διαδίκτυο, από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας και κανείς δεν προσδιόρισε κάτι άλλο. Στον Δήμο Α στην ερώτηση από πού έχουν ενημερωθεί για τις ψυχικές διαταραχές απάντησαν το 60% από όλα όσα έχουμε προτείνει και το 40% από τα σεμινάρια, κανείς δεν απάντησε από τα Μ.Μ.Ε. Στον Δήμο Β απάντησε ότι ενημερώνεται από τα Μ.Μ.Ε. *Στην πλειοψηφία τους οι Ψυχολόγοι απάντησαν ότι ενημερώνονται από όλα όσα έχουμε προτείνει. Διαφορά παρουσιάζουν οι δύο Δήμοι, όπου στον Δήμο Α δεν ενημερώνεται κανείς από τα Μ.Μ.Ε ενώ στο Δήμο Β ο μοναδικός Ψυχολόγος ενημερώνεται από τα Μ.Μ.Ε.*

ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ ΚΑΙ ΑΠΟΛΟΧΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

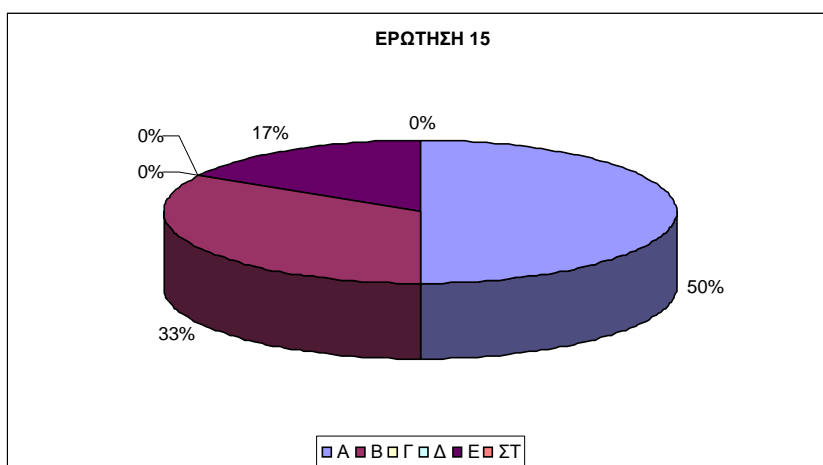
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



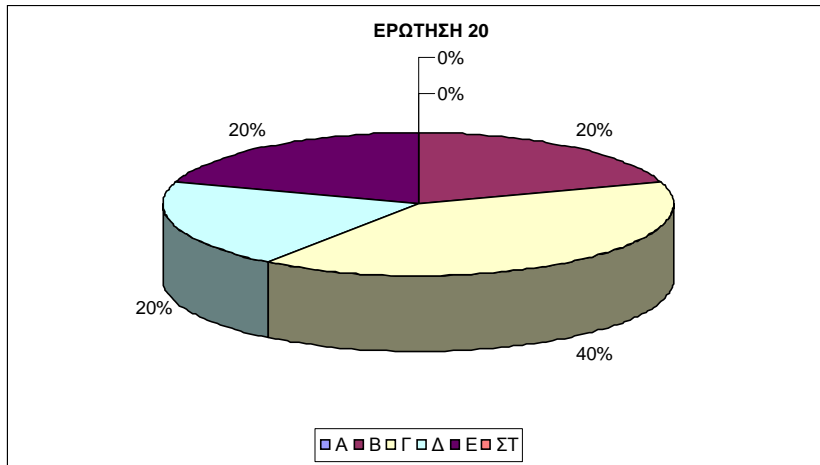
ΣΥΝΟΛΟ



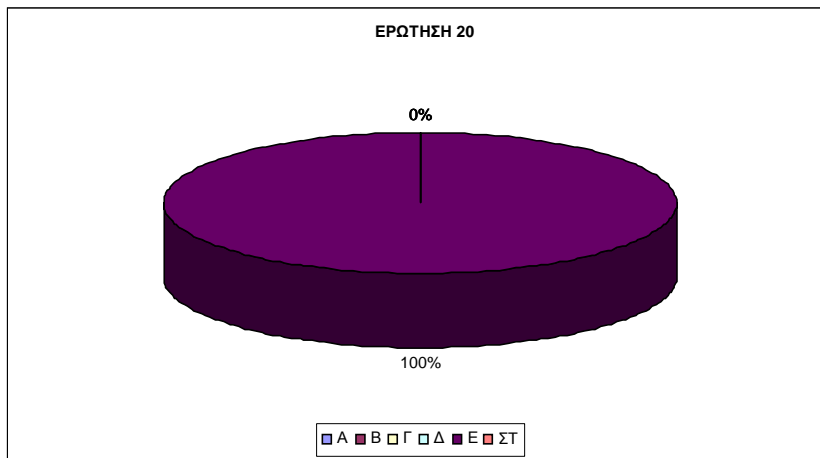
Η συγκεκριμένη ερώτηση μας δίνει μια εικόνα για το αν θα δεχόντουσαν έναν ψυχικά ασθενή οι ερωτηθέντες. Οι Ψυχολόγοι λοιπόν και στους δύο Δήμους απάντησαν το 50% ότι θα τον δεχόταν ως φίλο, το 33% ως γείτονα, το 17% δεν ξέρει ενώ κανείς δεν απάντησε ως σύντροφο. Στον Δήμο Α οι ψυχολόγοι απάντησαν το 60% ότι θα τον δεχόταν μόνο ως φίλο και δύο τιμές των 20% απάντησαν μόνο ως γείτονα και ότι δεν ήξερε. Στον Δήμο Β απάντησε μόνο ως γείτονα. ***Στην πλειοψηφία τους οι Ψυχολόγοι θα δεχόντουσαν έναν ψυχικά ασθενή μόνο ως φίλο.***

ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ ΚΑΙ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΞΕΝΩΝΩΝ

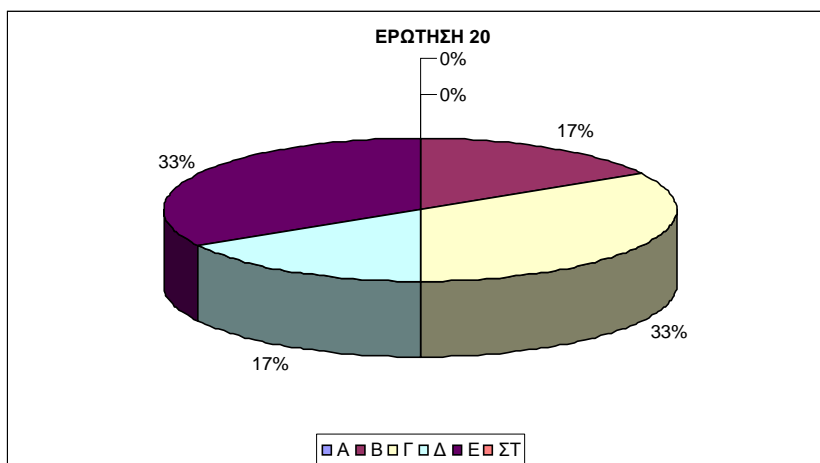
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ

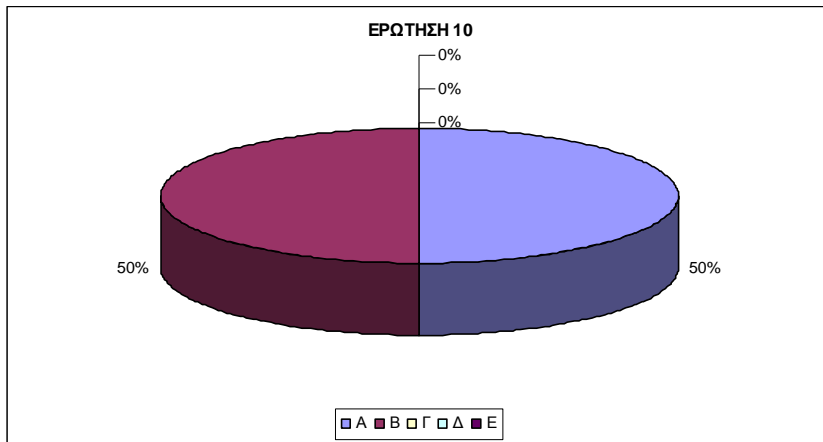


Στην ερώτηση σχετικά με την περιοχή που θα προτιμούσαν να υπάρχουν ξενώνες οι ψυχολόγοι απάντησαν και στους δύο Δήμους, δύο ποσοστά των 33% στο κέντρο της πόλης και σε όλα όσα έχουμε προτείνει, δύο ποσοστά των 17% απάντησαν εκτός πόλης και κοντά στην εκκλησία ενώ κανείς δεν απάντησε κοντά σε σχολείο και κανείς δεν προσδιόρισε κάτι άλλο. Στον Δήμο Α απάντησαν το 40% στο κέντρο της πόλης και 3 τιμές των 20% απάντησαν εκτός πόλης, κοντά στην εκκλησία και σε όλα όσα έχουμε προτείνει. Στον Δήμο Β απάντησε ότι θα προτιμούσε σε όλα όσα έχουμε προτείνει. *Οι Ψυχολόγοι προτιμούν να υπάρχουν ξενώνες στο κέντρο της πόλης. Αρκετά ποσοστά συμφωνούν με όλα τα μέρη που έχουμε προτείνει ενώ κανείς δεν προτιμά να υπάρχουν ξενώνες μόνο κοντά στα σχολεία.*

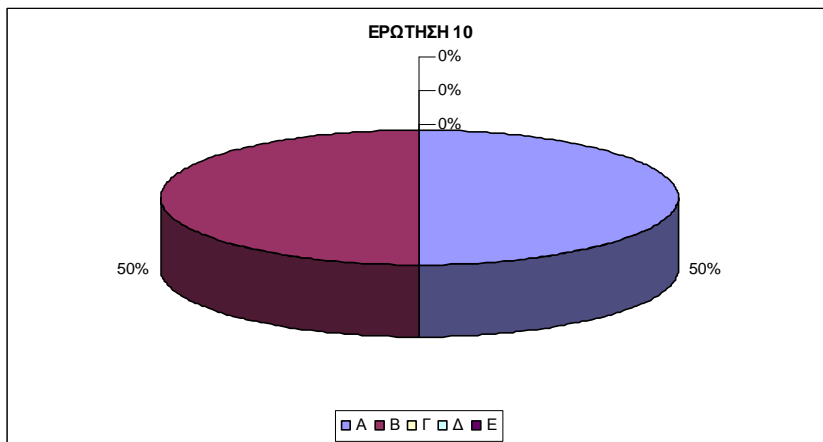


ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

ΔΗΜΟΣ Α



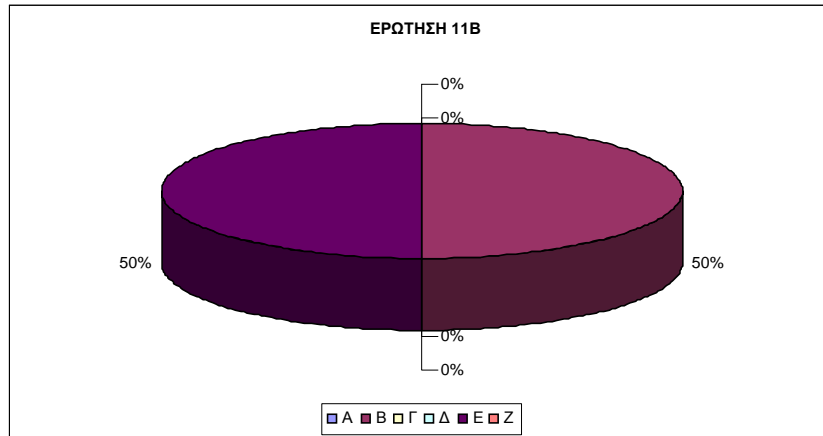
ΣΥΝΟΛΟ



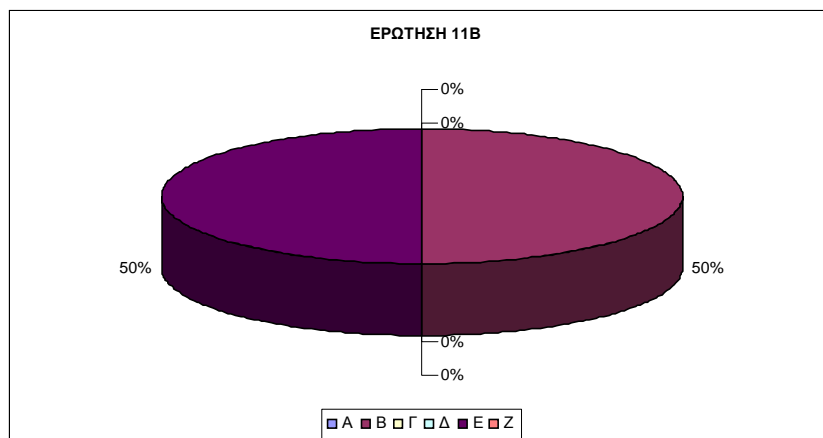
Αναφορικά με την άποψη των ερωτηθέντων σχετικά με τη γνώμη τους για το αν πιστεύουν πως η σχιζοφρένεια είναι θεραπεύσιμη νόσος στο σύνολο τους οι Ψυχίατροι οι οποίοι είναι 2 απάντησαν, το 50% ναι και το άλλο 50% απάντησε μάλλον ναι. Οι Ψυχίατροι ανήκουν στο Δήμο Α. *Η γνώμη των Ψυχιάτρων σχετικά με το αν είναι η σχιζοφρένεια θεραπευτική νόσος, είναι μάλλον θετική και θετική, από αυτό που φαίνεται τουλάχιστον από το δείγμα μας.*

ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΠΗΓΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

ΔΗΜΟΣ Α



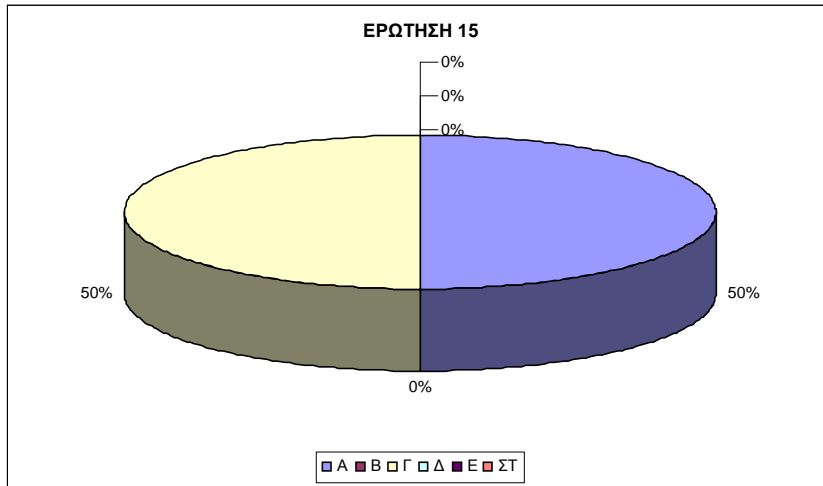
ΣΥΝΟΛΟ



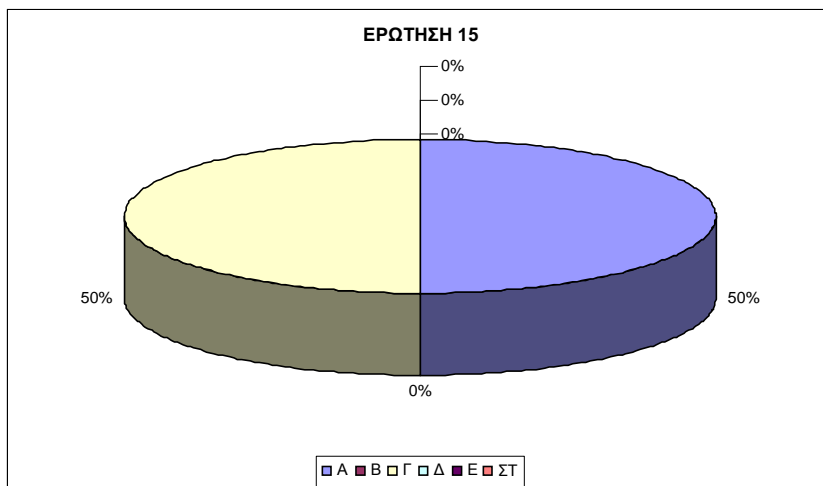
Όπως φαίνεται από το παραπάνω διάγραμμα, στην ερώτηση σχετικά με την ενημέρωση για τις ψυχικές διαταραχές οι Ψυχίατροι οι οποίοι ανήκουν στο Δήμο Α απάντησαν το 50% από τα σεμινάρια και το άλλο 50% από όλα όσα έχουμε προτείνει.

ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

ΔΗΜΟΣ Α



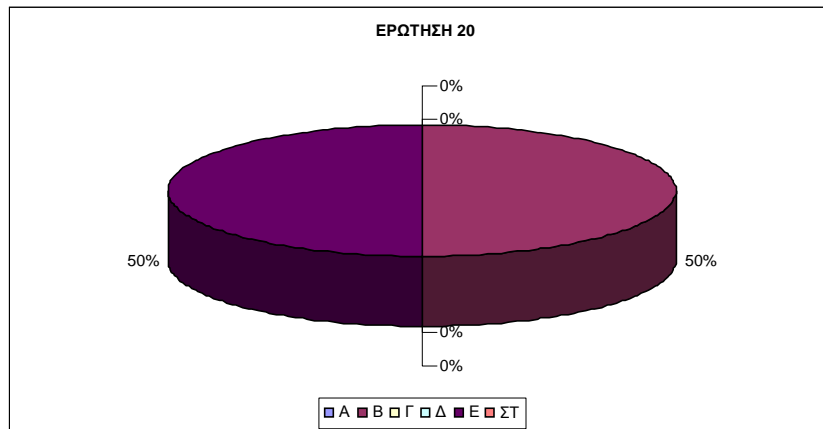
ΣΥΝΟΛΟ



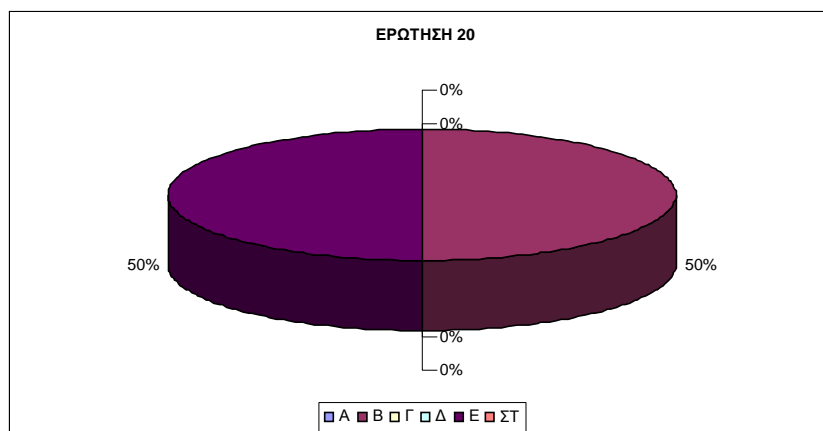
Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα στην ερώτηση αν θα δεχόσασταν ένα άτομο με ψυχική ασθένεια οι Ψυχίατροι οι οποίοι ανήκουν στο Δήμο Α, το 50% απάντησε ότι θα τον δεχόταν ως σύντροφο και το άλλο 50% ότι θα τον δεχόταν ως φίλο. *Αξίζει να σημειωθεί, έστω και από τα δύο άτομα που απάντησαν, ότι ο ένας Ψυχίατρος απάντησε ότι θα τον δεχόταν ως σύντροφο.*

ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΞΕΝΩΝΩΝ

ΔΗΜΟΣ Α



ΣΥΝΟΛΟ

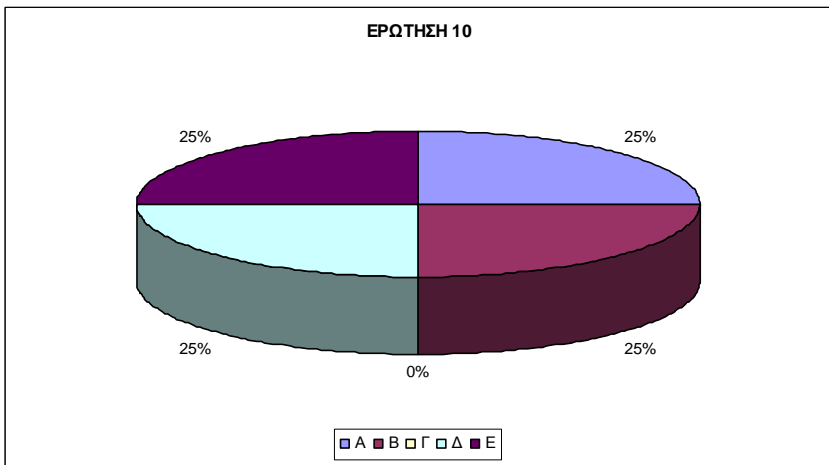


Στην ερώτηση σχετικά με την τοποθεσία των ξενώνων οι Ψυχίατροι, οι οποίοι ανήκουν και οι δύο στο Δήμο Α, απάντησαν το 50% ότι θα προτιμούσαν να υπάρχουν ξενώνες κοντά στην εκκλησία και 50% σε όλα όσα έχουμε προτείνει.

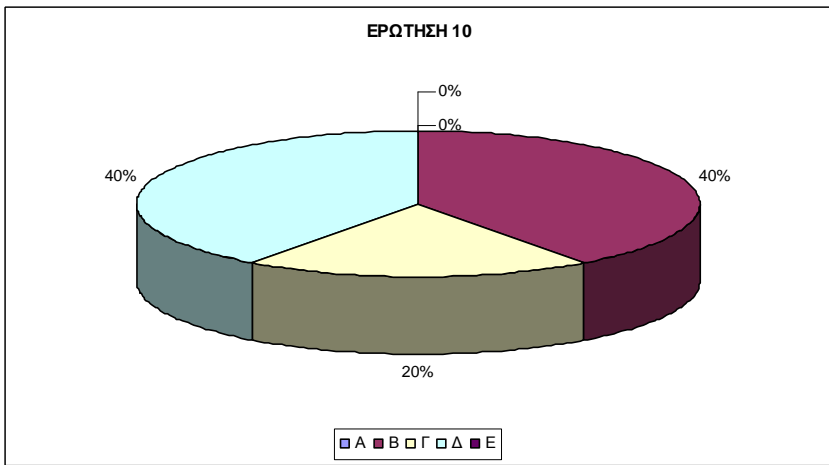


ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

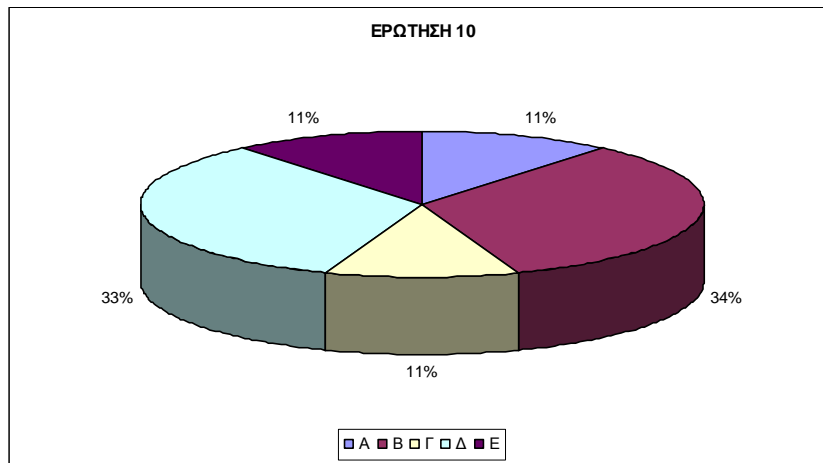
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



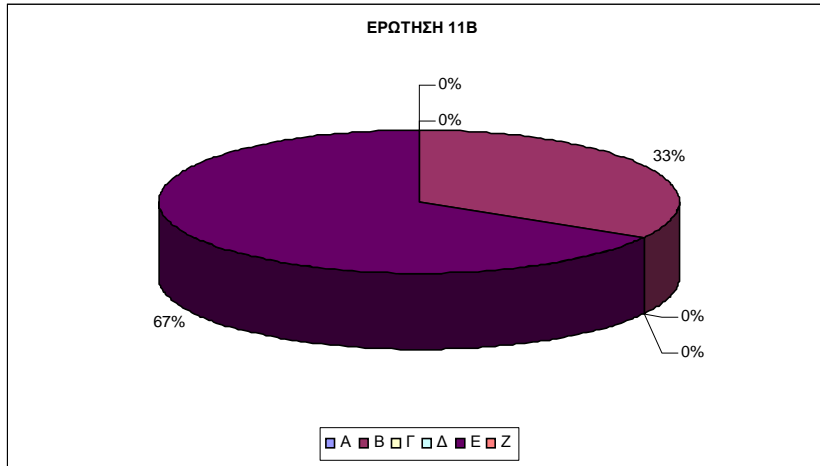
ΣΥΝΟΛΟ



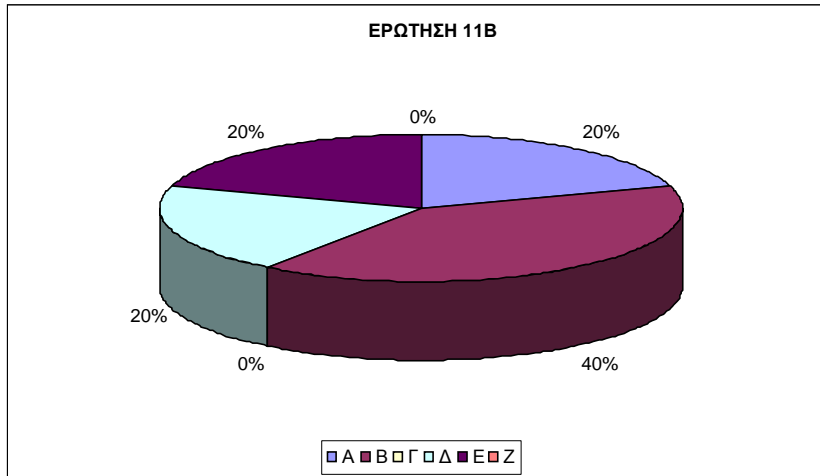
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σχετικά με το αν η σχιζοφρένεια είναι θεραπεύσιμη νόσος και συγκεκριμένα οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, οι οποίοι είναι 9 στο σύνολό τους, απάντησαν το 34% μάλλον ναι, πολύ κοντά είναι το 33% που απάντησε όχι ενώ τρία ποσοστά των 11% απάντησαν ναι, μάλλον όχι και ότι δεν ήξεραν. Στον Δήμο Α και συγκεκριμένα οι κοινωνικοί λειτουργοί οι οποίοι είναι 4 απάντησαν με 4 διαφορετικά 25%, τα οποία είναι ναι, μάλλον ναι, όχι και δεν ξέρουν, κανείς δεν απάντησε μάλλον όχι. Στον Δήμο Β οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι 5 και απάντησαν δύο ποσά των 40% μάλλον ναι και όχι και το 20% απάντησε μάλλον όχι, κανείς δεν απάντησε ναι και ότι δεν ξέρει. *Όπως φαίνεται από το παραπάνω διάγραμμα τα ποσοστά που πιστεύουν ότι η σχιζοφρένεια είναι μάλλον θεραπεύσιμη με τα ποσοστά που πιστεύουν πως δεν είναι, βρίσκονται πολύ κοντά σύμφωνα με την άποψη των Κοινωνικών Λειτουργών.*

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ ΚΑΙ ΠΗΓΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

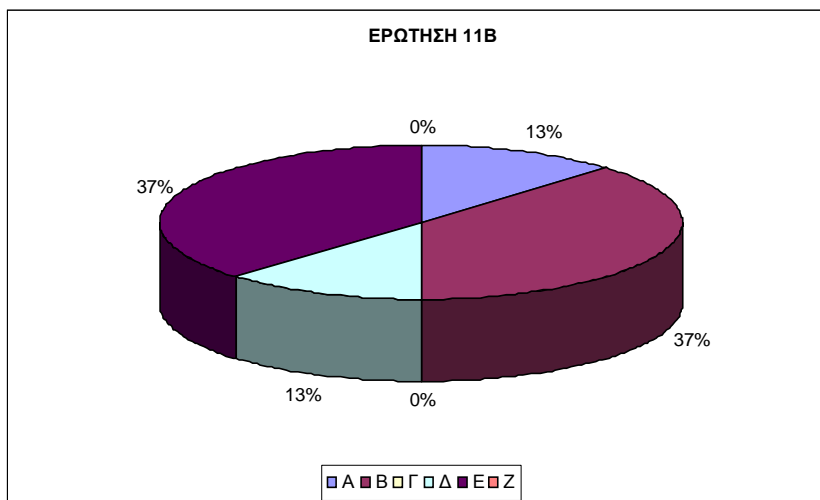
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



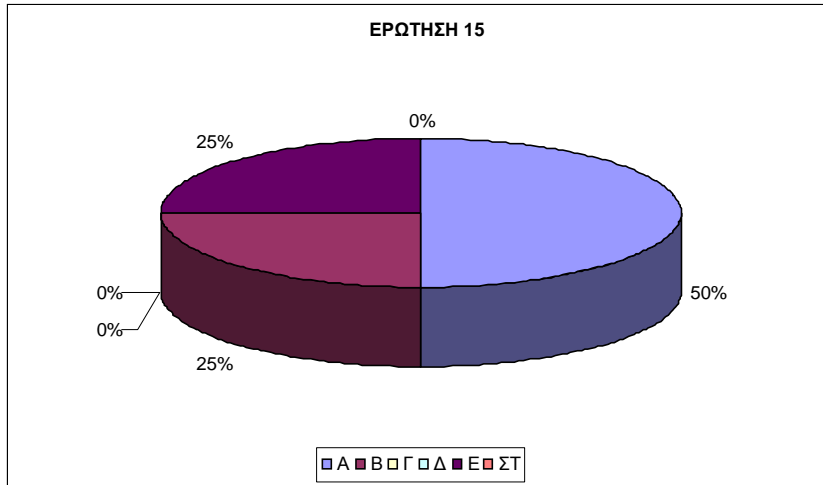
ΣΥΝΟΛΟ



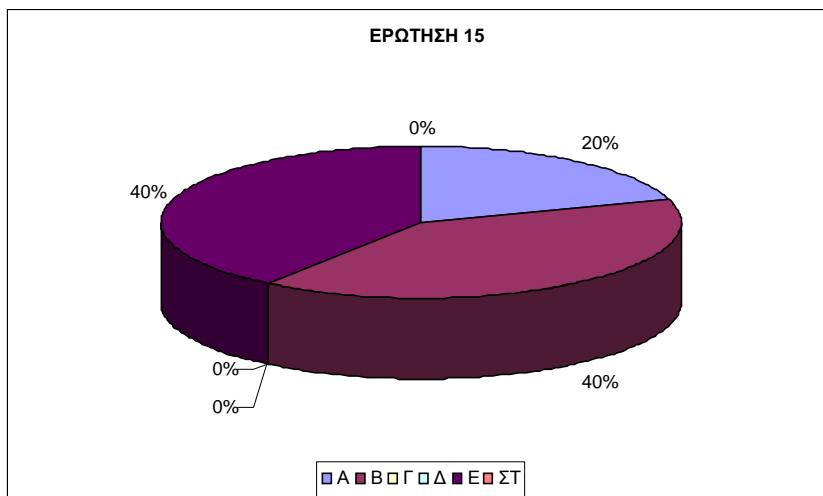
Η ερώτηση που αναφέρεται στην ενημέρωση για τις ψυχικές διαταραχές και στους δύο Δήμους οι Κοινωνικοί Λειτουργοί απάντησαν δύο ποσοστά των 37% από τα σεμινάρια και από όλα όσα έχουμε προτείνει, δύο ποσά των 13% απάντησε από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας και από τα Μ.Μ.Ε. ενώ κανείς δεν απάντησε ότι ενημερώνεται από το διαδίκτυο και κανείς δεν προσδιόρισε κάτι άλλο. Στον Δήμο Α οι κοινωνικοί λειτουργοί απάντησαν το 67% από όλα όσα έχουμε προτείνει και το 33% από τα σεμινάρια, κανείς δεν απάντησε από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας και από τα Μ.Μ.Ε. Στον Δήμο Β οι κοινωνικοί λειτουργοί απάντησαν το 40% από τα σεμινάρια και τρία ποσά των 20% απάντησε από τα Μ.Μ.Ε., από φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας και από όλα όσα έχουμε προτείνει. *Τα μεγαλύτερα ποσοστά αναφέρουν ότι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί ενημερώνονται πιο πολύ από τα σεμινάρια αλλά και από όλα όσα έχουμε προτείνει. Οι Δήμοι διαφέρουν μεταξύ τους, ενώ στον Δήμο Α κανείς δεν απάντησε ότι ενημερώνεται από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας και από τα Μ.Μ.Ε. στο Δήμο Β το 20% ενημερώνεται από αυτά.*

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

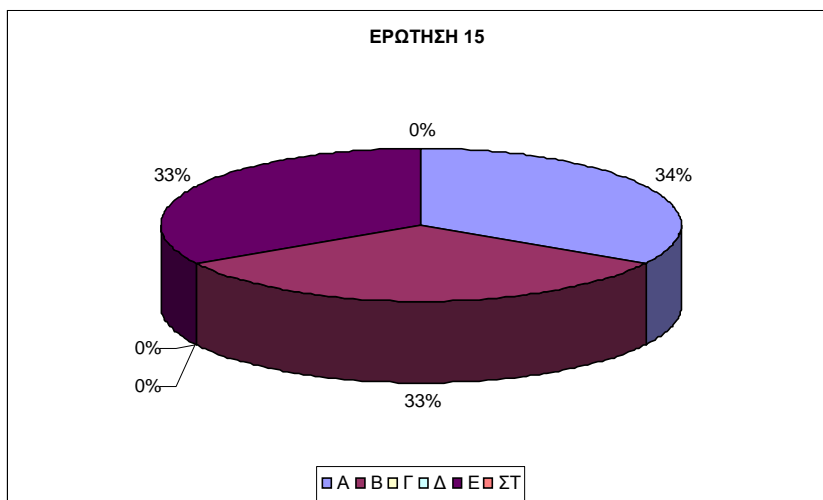
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



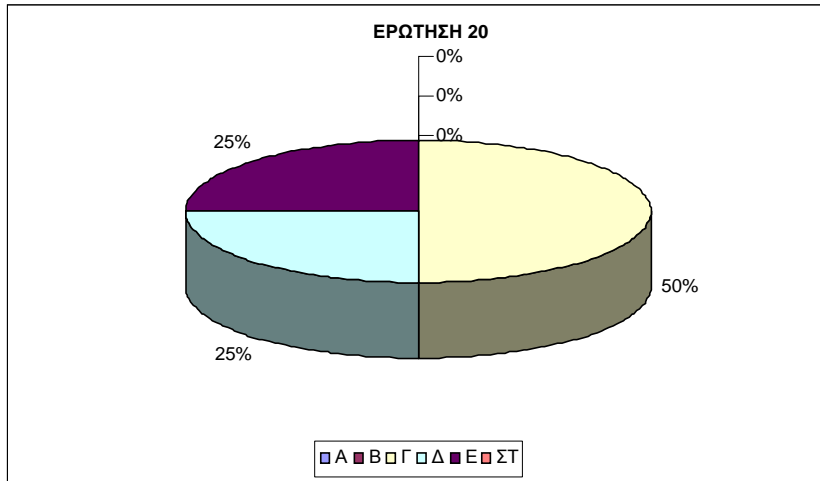
ΣΥΝΟΛΟ



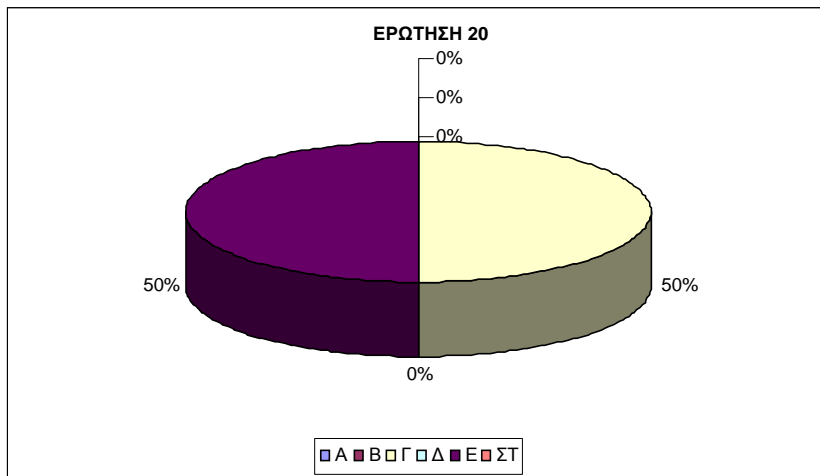
Η ερώτηση που αφορά αν θα δεχόντουσαν ένα άτομο με ψυχική ασθένεια οι Κοινωνικοί Λειτουργοί απάντησαν στο σύνολό τους το 34% ως φίλο, δύο ποσά των 33% απάντησαν ότι θα τον δεχόντουσαν ως γείτονα και ότι δεν ξέρει, κανείς δεν απάντησε ως σύντροφο. Για τον Δήμο Α οι κοινωνικοί λειτουργοί απάντησαν το 50% ως φίλο και έχουμε και δύο ποσά των 25% που απάντησαν ως γείτονα και ότι δεν ήξερε. Στον Δήμο Β οι κοινωνικοί λειτουργοί απάντησαν δύο ποσά των 40% ως γείτονα και ότι δεν ήξερε και ένα 20% ως φίλο. *Σ' αυτή την ερώτηση και όσων αφορά τους Κοινωνικούς Λειτουργούς τα ποσοστά δεν διαφέρουν μεταξύ τους με την άποψη που κυριαρχεί να είναι ότι θα τον δεχόντουσαν ως φίλο.*

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ ΚΑΙ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΞΕΝΩΝΩΝ

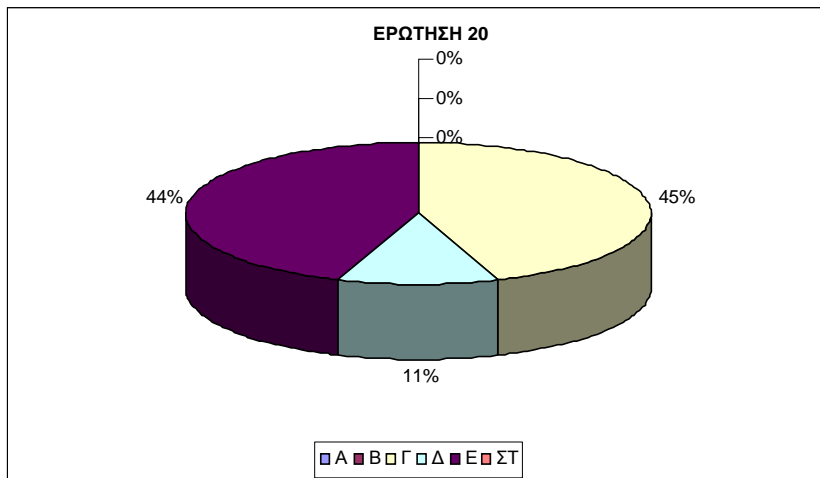
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ

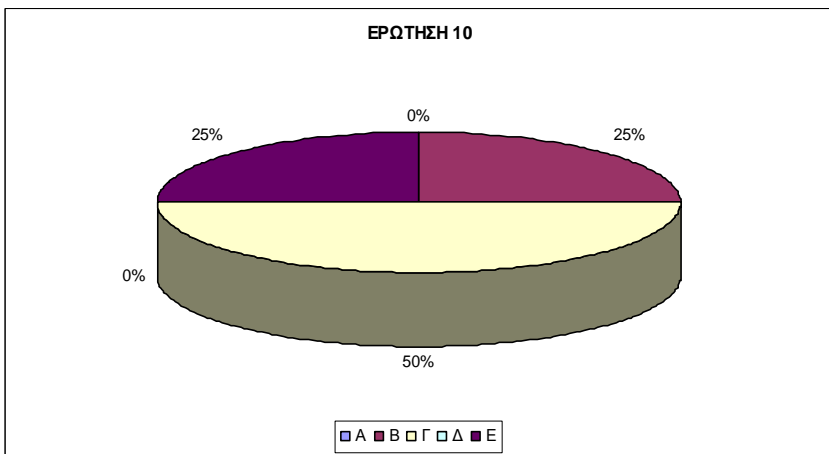


Όπως φαίνεται και από το παραπάνω διάγραμμα το δείγμα των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα και συγκεκριμένα για τους Κοινωνικούς Λειτουργούς στο σύνολό τους, στην ερώτηση σχετικά με την ύπαρξη ξενώνων απάντησαν το 45% στο κέντρο της πόλης, το 44% όλα όσα έχουμε προτείνει, το 11% απάντησε ότι θα προτιμούσε να υπάρχουν ξενώνες εκτός πόλης, κανείς δεν απάντησε μόνο κοντά σε σχολείο, μόνο κοντά σε εκκλησία και κανείς δεν προσδιόρισε κάτι άλλο. Στο Δήμο Α στην ερώτηση σχετικά με την ύπαρξη ξενώνων οι κοινωνικοί λειτουργοί απάντησαν το 50% ότι θα προτιμούσε να βρίσκονται κοντά στο κέντρο της πόλης και δύο ποσά των 25% απάντησαν ότι θα προτιμούσαν εκτός πόλης και σε όλα όσα είχαμε προτείνει. Στον Δήμο Β οι κοινωνικοί λειτουργοί απάντησαν το 50% εκτός πόλης και το άλλο 50% σε όλα όσα είχαμε προτείνει, κανείς δεν απάντησε ότι θα προτιμούσε εκτός πόλης. *Για τους Κοινωνικούς Λειτουργούς τα μεγαλύτερα ποσοστά συγκεντρώνουν οι απαντήσεις Γ και Ε οπού υποστηρίζουν ότι θα προτιμούσαν να υπάρχουν ξενώνες στο κέντρο της πόλης μόνο και σε όλα όσα έχουμε προτείνει, αντιστοίχως. Κανείς δεν προτιμά να υπάρχουν ξενώνες μόνο κοντά σε σχολεία.*

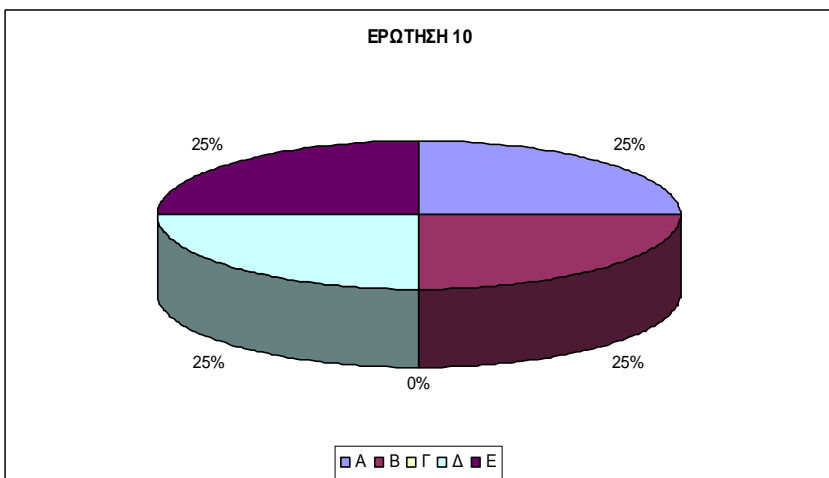


**ΕΚΚΛΗΣΙΑ
ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ
ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

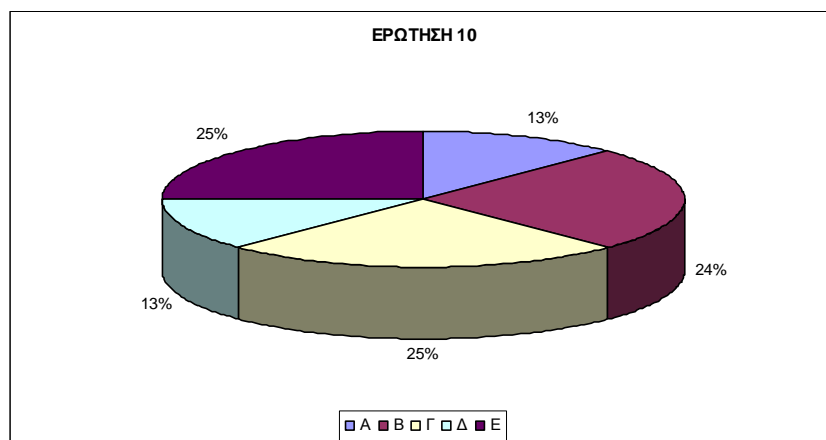
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



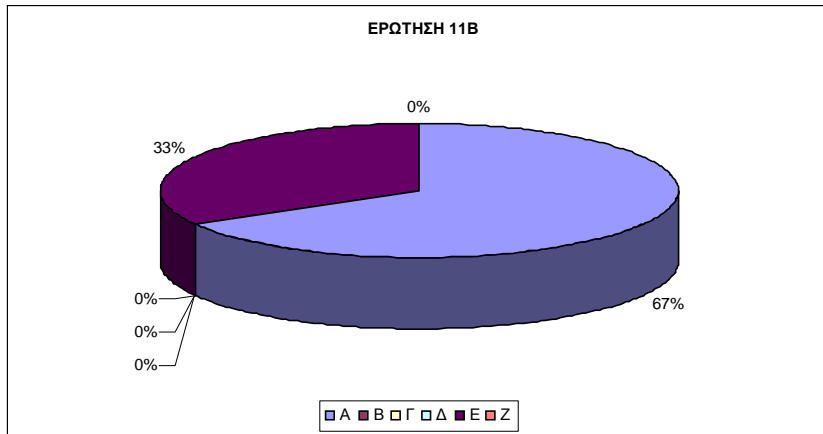
ΣΥΝΟΛΟ



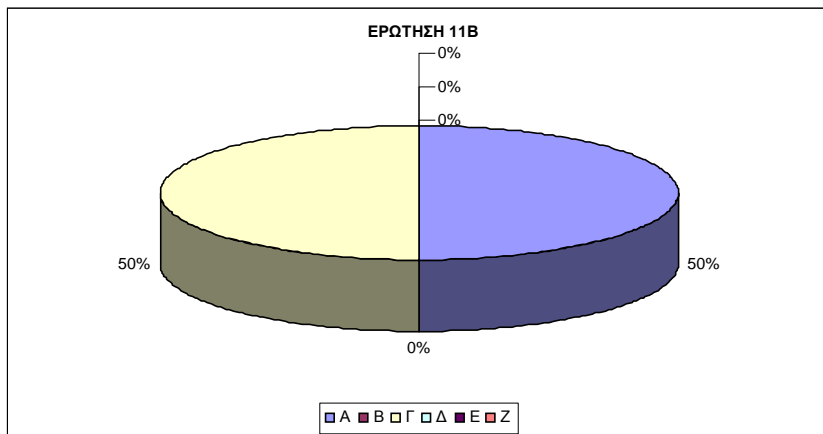
Στην ερώτηση σχετικά με το αν η σχιζοφρένεια είναι θεραπεύσιμη για τους 8 εκκλησιαστικούς λειτουργούς που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο και για τους δύο Δήμους απάντησαν, δύο ποσοστά των 25% μάλλον όχι και ότι δεν ξέρουν, το 24% απάντησε μάλλον ναι και δύο ποσά των 13% απάντησαν ναι και όχι. Στον Δήμο Α υπήρχαν 4 εκκλησιαστικοί λειτουργοί, οι οποίοι απάντησαν το 50% μάλλον όχι και δύο ποσά των 25% απάντησαν μάλλον ναι και ότι δεν ήξεραν, κανείς δεν απάντησε όχι και ναι. Στον Δήμο Β οι εκκλησιαστικοί λειτουργοί απάντησαν σε τέσσερις τιμές των 25% και αυτές ήταν, ναι, μάλλον ναι, όχι και ότι δεν ξέρουν, κανείς δεν απάντησε μάλλον όχι. ***Οι Εκκλησιαστικοί Λειτουργοί δείχνουν να μην είναι σίγουροι για το αν η σχιζοφρένεια είναι θεραπευτική νόσος ή όχι.***

ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ ΚΑΙ ΠΗΓΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

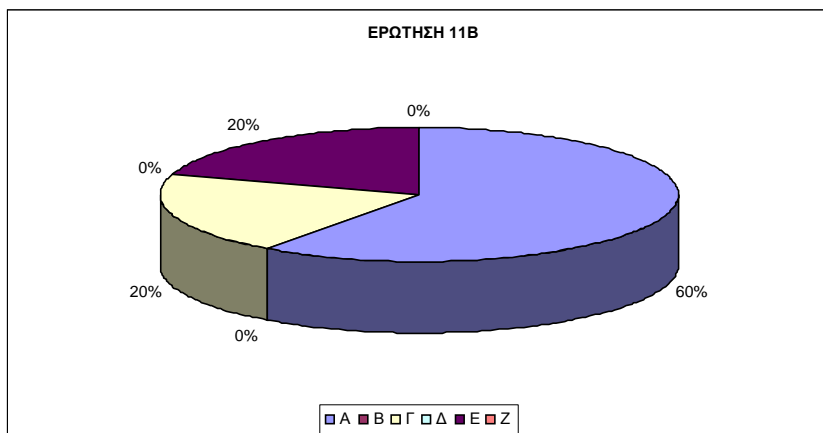
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



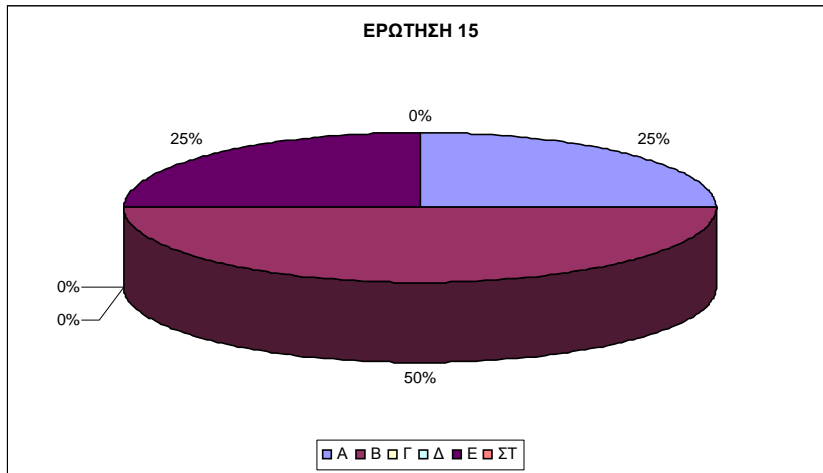
ΣΥΝΟΛΟ



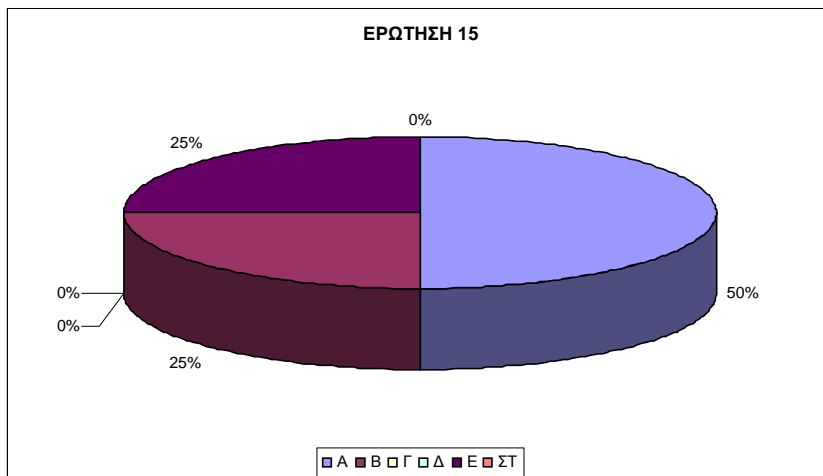
Στην ερώτηση σχετικά με τη ενημέρωση για την ψυχική ασθένεια οι εκκλησιαστικοί λειτουργοί απάντησαν και για τους δύο Δήμους ότι το 60% ενημερώνεται από τα Μ.Μ.Ε. και δύο ποσοστά των 20% απάντησαν ότι ενημερώνονται από το διαδίκτυο και από όλα όσα έχουμε προτείνει, κανείς δεν απάντησε ότι ενημερώνεται από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας, από τα σεμινάρια και κανείς δεν προσδιόρισε κάτι άλλο. Συγκεκριμένα, στο Δήμο Α απάντησαν ότι έχουν ενημερωθεί το 67% από τα Μ.Μ.Ε. και το 33% από όλα όσα έχουμε προτείνει, κανείς δεν απάντησε ότι ενημερώνεται από το διαδίκτυο. Στον Δήμο Β το 50% απάντησε ότι έχει ενημερωθεί από τα Μ.Μ.Ε. και το άλλο 50% απάντησε από το διαδίκτυο. *Μεγάλα ποσοστά ενημέρωσης σημειώνουν τα Μ.Μ.Ε σύμφωνα με την άποψη των Εκκλησιαστικών Λειτουργών.*

ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ
ΑΣΘΕΝΗ

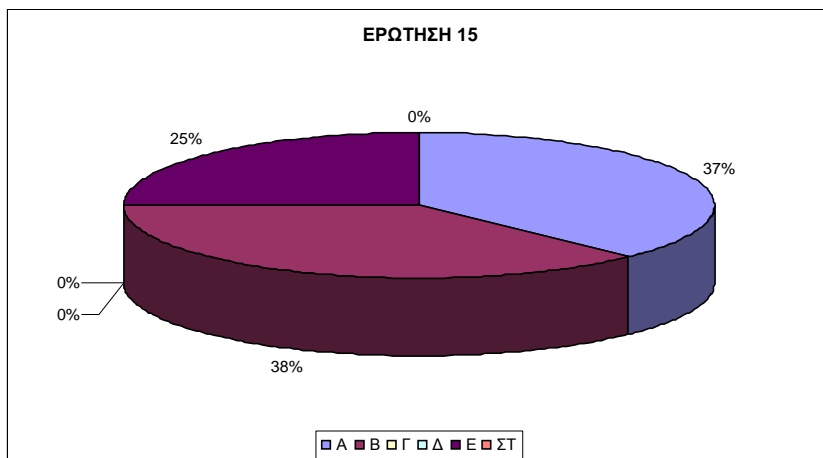
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



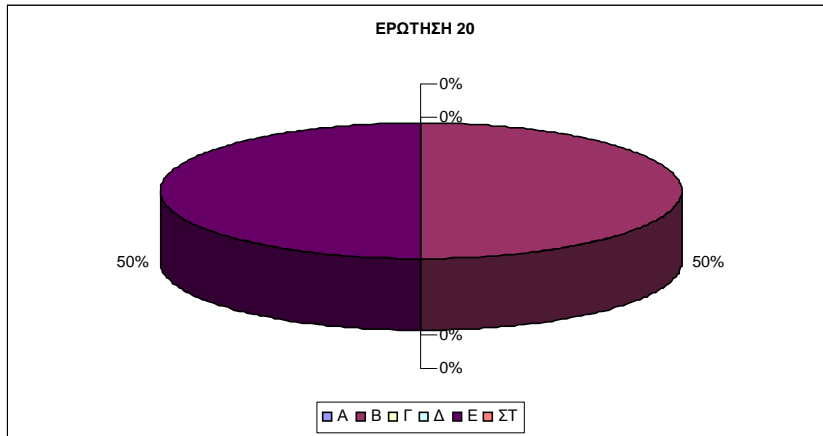
ΣΥΝΟΛΟ



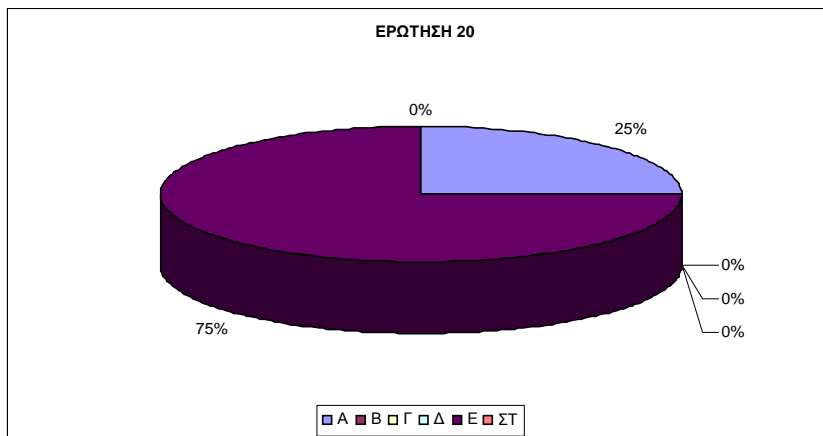
Όσων αφορά τη ερώτηση σχετικά με το αν θα δεχόντουσαν ένα άτομο με ψυχική ασθένεια οι εκκλησιαστικοί λειτουργοί απάντησαν συνολικά το 38% ότι θα τον δεχόταν ως γείτονα, πολύ κοντά είναι το 37% ότι θα τον δεχόταν ως φίλο, το 25% δεν ήξερε, κανείς δεν απάντησε ότι θα τον δεχόταν ως σύντροφο. Στο Δήμο Α οι εκκλησιαστικοί Λειτουργοί απάντησαν σ' ένα ποσοστό της τάξεως του 50% ότι θα τον δεχόταν ως γείτονα και ακολουθούν τα δύο ποσοστά των 25% οπού θα τον δεχόταν ως φίλο και ότι δεν ήξερε. Στον Δήμο Β απάντησαν το 50% ότι θα τον δεχόταν ως φίλο και δύο ποσά των 25% απάντησε ότι θα τον δεχόταν ως γείτονα και ότι δεν ήξερε. *Τα ποσοστά είναι σχεδόν ίδια στις απαντήσεις και υπάρχουν διαφορές μόνο στους δύο Δήμους ότι στον ένα Δήμο θα δεχόντουσαν ένα ψυχικά ασθενή περισσότερο ως φίλο ενώ στον άλλο περισσότερο ως γείτονα.*

ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ ΚΑΙ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΞΕΝΩΝΩΝ

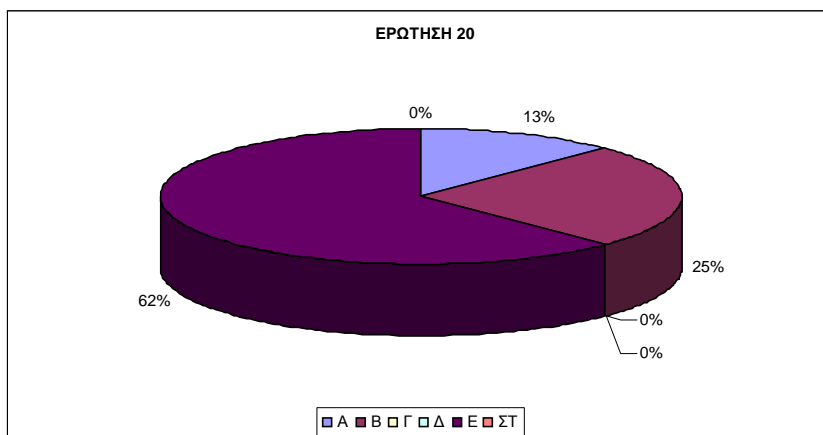
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β

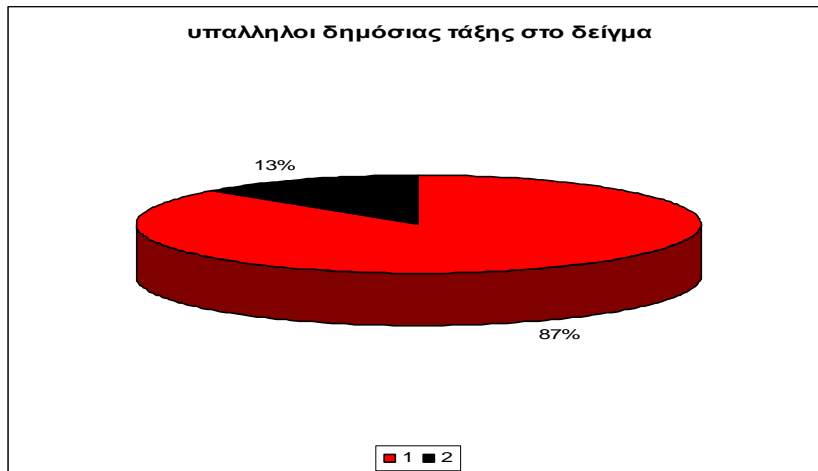


ΣΥΝΟΛΟ



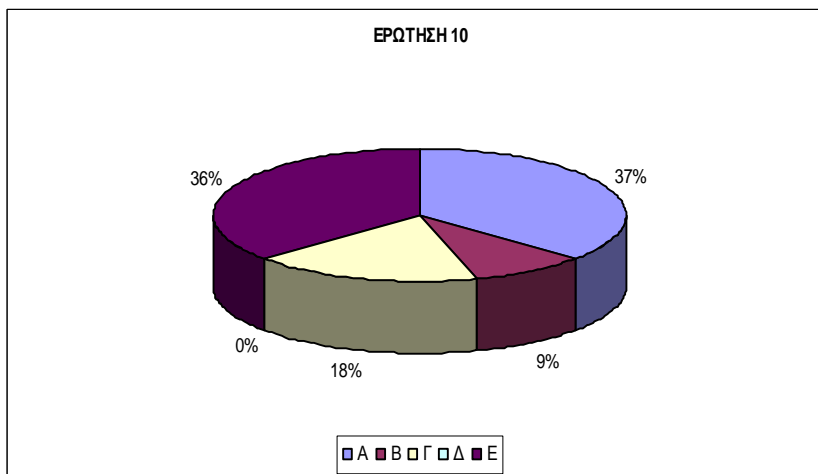
Σχετικά με την ύπαρξη των ξενώνων και στους δύο Δήμους οι εκκλησιαστικοί λειτουργοί απάντησαν το 62% ότι θα προτιμούσε να υπάρχουν ξενώνες σε όλα όσα έχουμε προτείνει, το 25% απάντησε κοντά στην εκκλησία, το 13% κοντά σε σχολείο, κανείς δεν απάντησε στο κέντρο της πόλης, εκτός πόλης και κανείς δεν προσδιόρισε κάτι άλλο. Στον Δήμο Α οι εκκλησιαστικοί λειτουργοί απάντησαν ότι θα προτιμούσαν να βρίσκονται κοντά στη εκκλησία το 50% και το άλλο 50% απάντησε σε όλα όσα είχαμε προτείνει ενώ κανείς δεν απάντησε κοντά σε σχολείο. Στον Δήμο Β το 75% απάντησε σε όλα όσα είχαμε προτείνει και ακολουθεί το ποσοστό του 25% που απάντησε ότι θα προτιμούσε κοντά σε σχολείο κανείς δεν απάντησε κοντά σε εκκλησία.

Παρόλο που φαίνεται ότι γενικά οι Εκκλησιαστικοί Λειτουργοί δεν έχουν πρόβλημα να δημιουργηθούν ξενώνες κοντά σε εκκλησία υπάρχει μια διαφορά στους Δήμους. Στο Δήμο Α οι απαντήσεις είναι 50% ότι προτιμούν όλα όσα έχουμε προτείνει και 50% προτιμά να βρίσκονται ξενώνες μόνο κοντά στην εκκλησία ενώ στο Δήμο Β το μεγαλύτερο ποσοστό προτιμά όλα όσα έχουμε προτείνει και κανείς δεν απαντά ότι θα προτιμούσε μόνο κοντά στην εκκλησία.

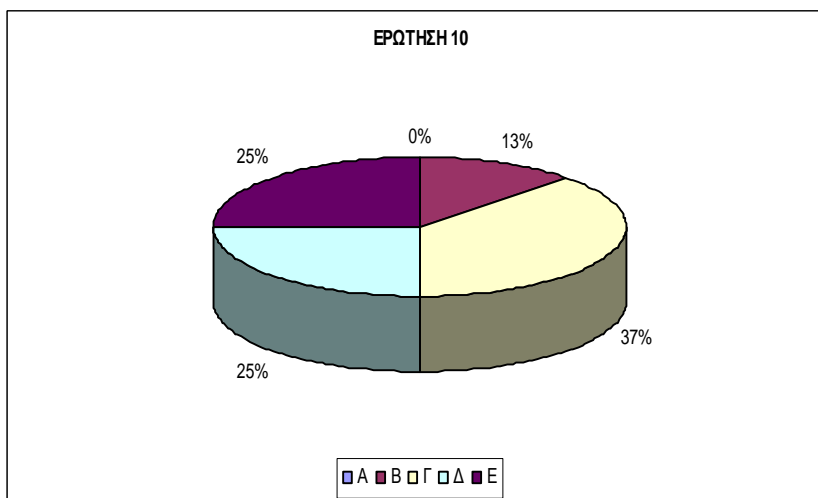


ΑΣΤΥΝΟΜΙΑ
ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ
ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

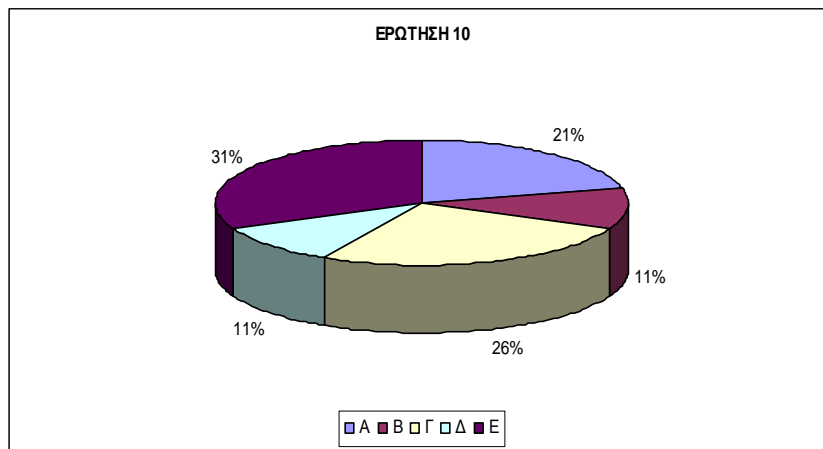
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



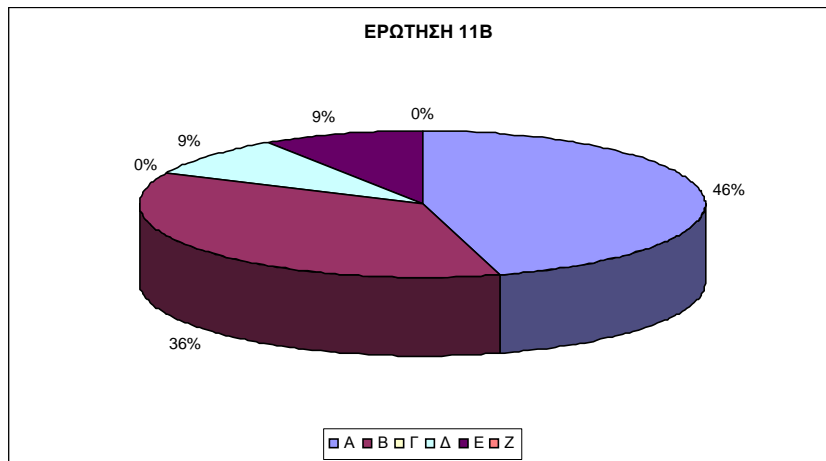
ΣΥΝΟΛΟ



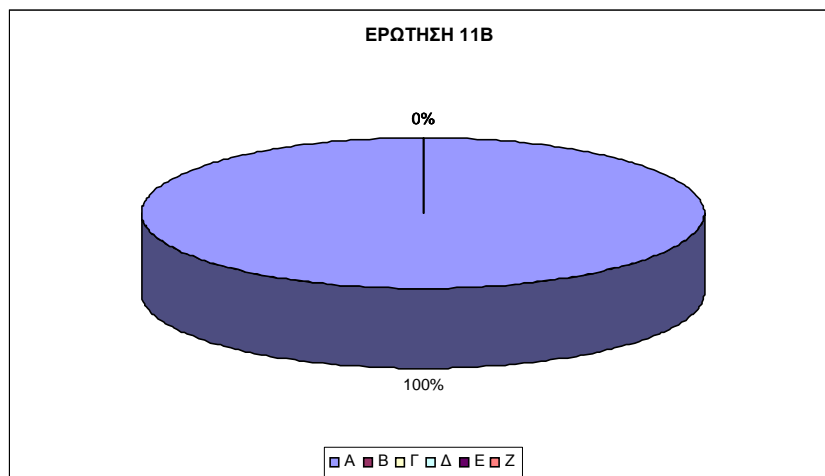
Σχετικά με το αν θεωρούν ότι η σχιζοφρένεια θεραπεύεται οι Υπάλληλοι Δημοσίας Τάξης και για τους δύο Δήμους οι οποίοι είναι 19 απάντησαν το 31% ότι δεν ξέρουν, το 26% μάλλον όχι, το 21% θετικά και δύο ποσοστά των 11% απάντησαν όχι και μάλλον ναι. Στον Δήμο Α οι υπάλληλοι Δημοσίας τάξης οι οποίοι είναι 11 απάντησαν το 37% ναι, πολύ κοντά είναι αυτοί οι οποίοι δεν ξέρουν με 36%, το 18% υποστηρίζει μάλλον όχι και το 9% υποστηρίζει μάλλον ναι, κανείς δεν απάντησε όχι. Στον Δήμο Β το 37% υποστηρίζει μάλλον όχι, δύο ποσοστά των 25% υποστηρίζουν όχι και ότι δεν ξέρουν ενώ το 13% υποστηρίζει μάλλον ναι, κανείς δεν απάντησε ναι.

ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΠΗΓΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

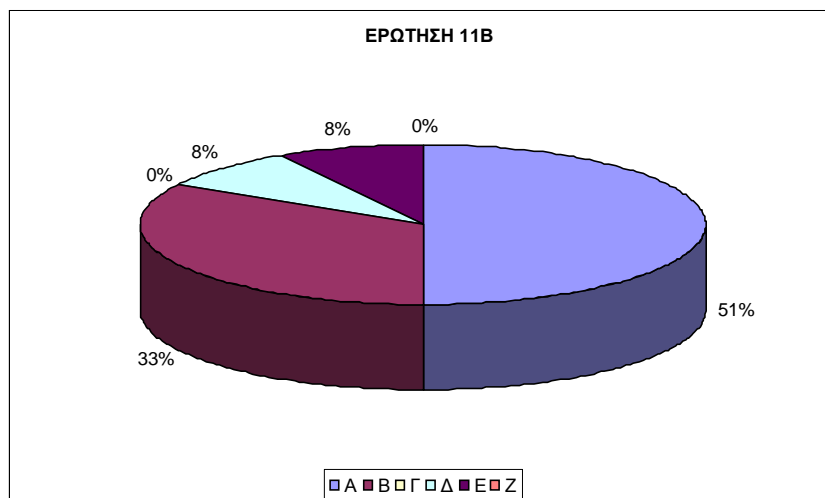
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



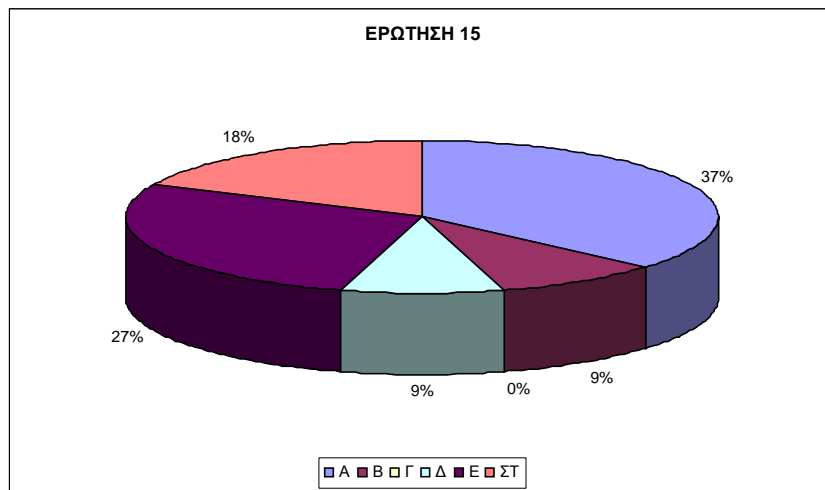
ΣΥΝΟΛΟ



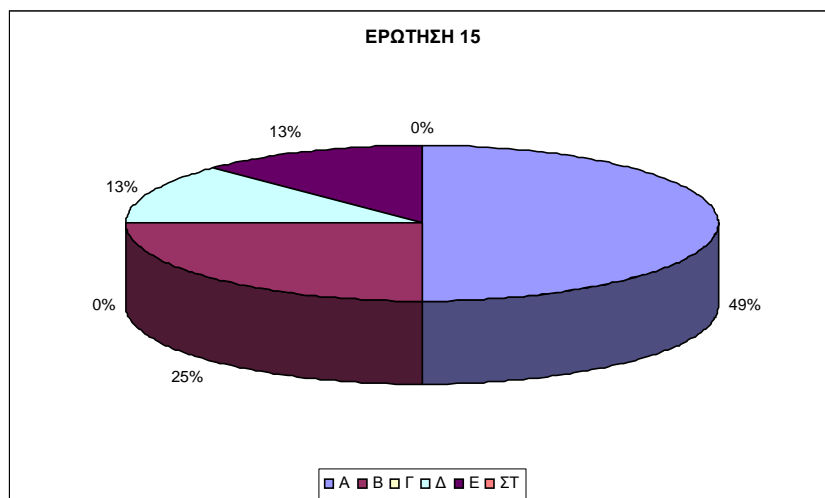
Η συγκεκριμένη ερώτηση μας δίνει μια εικόνα για τις πηγές που ενημερώνεται το δείγμα μας σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές. Γενικά και στους δύο Δήμους οι Υπάλληλοι Δημοσίας Τάξεως απάντησαν ότι το 51% ενημερώνεται από τα Μ.Μ.Ε, το 33% από τα σεμινάρια, δύο ποσά των 8% ενημερώνονται από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας και από όλα όσα έχουμε προτείνει, κανείς δεν απάντησε ότι ενημερώνεται από το διαδίκτυο και δεν προσδιόρισε κάτι άλλο. Στον Δήμο Α οι υπάλληλοι Δημοσίας Τάξης υποστηρίζουν ότι ενημερώνονται από τα Μ.Μ.Ε. το 46% , το 36% από τα σεμινάρια και δύο ποσά των 9% από φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας και από όλα όσα έχουμε προτείνει. Στον Δήμο Β αξίζει να αναφέρουμε ότι το 100% απάντησε ότι ενημερώνεται από τα Μ.Μ.Ε., κανείς δεν απάντησε από τα σεμινάρια και από τα φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας. *Οι Υπάλληλοι Δημοσίας Τάξεως στο μεγαλύτερο ποσοστό τους ενημερώνονται από τα Μ.Μ.Ε. φανερό παράδειγμα ο Δήμος Β όπου το 100% ενημερώνεται από τα Μ.Μ.Ε.*

ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

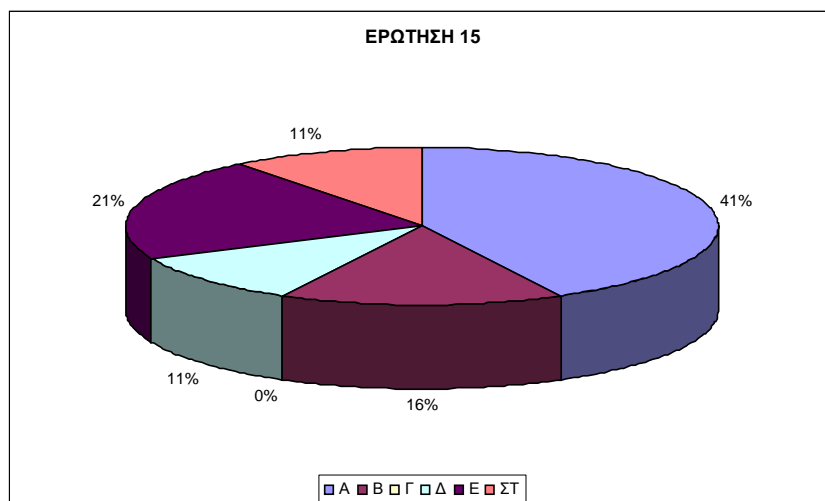
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



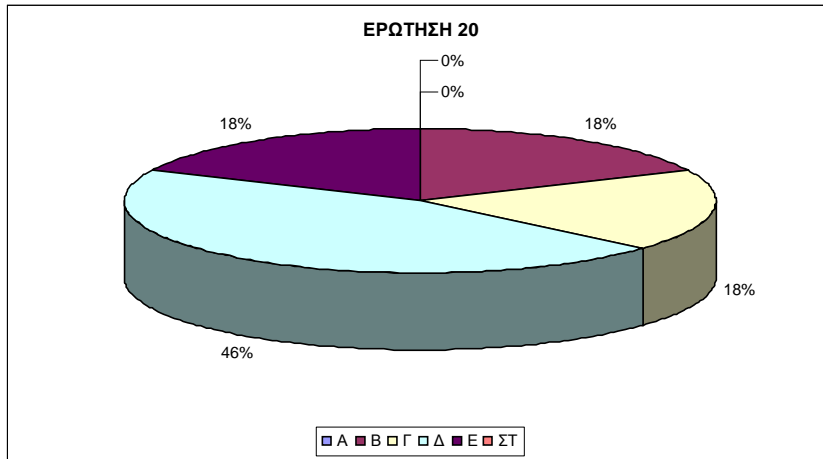
ΣΥΝΟΛΟ



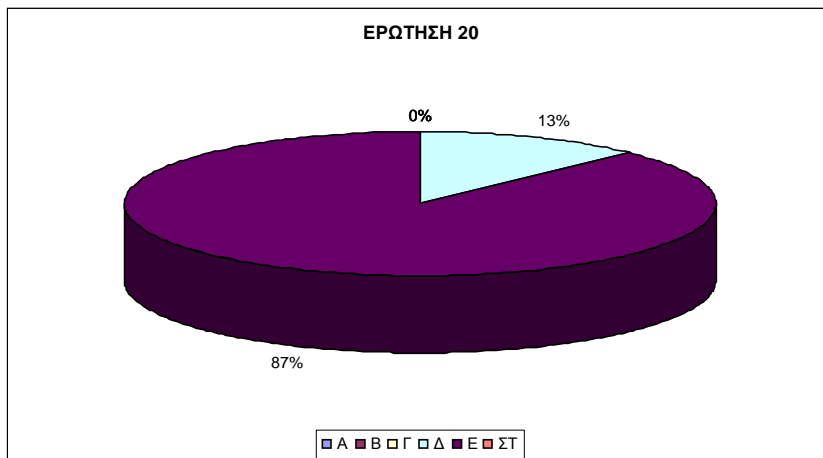
Βάσει της άποψης των ερωτηθέντων σχετικά με το αν θα δεχόντουσαν ένα άτομο με ψυχική ασθένεια οι Υπάλληλοι Δημοσίας Τάξης απάντησαν το 41% ότι θα τον δεχόταν ως φίλο, το 21% δεν ξέρει, το 16% ως γείτονα, δύο ποσοστά των 11% τίποτα από αυτά που έχουμε προτείνει και δεν ήθελε ν' απαντήσει, κανείς δεν απάντησε ότι θα τον δεχόταν ως σύντροφο. Στον Δήμο Α οι υπάλληλοι Δημοσίας Τάξεως απάντησαν το 37% ότι θα τον δεχόταν ως φίλο, το 27% δεν ήξερε, το 18% δεν ήθελε ν' απαντήσει και δύο ποσοστά των 9% θα τον δεχόταν ως γείτονα και τίποτα από αυτά που έχουμε προτείνει. Στον Δήμο Β το 49% απάντησε ότι θα τον δεχόταν ως φίλο, το 25% ως γείτονα και δύο ποσοστά των 13% δεν ήξεραν και δεν συμφωνούσαν με τίποτα από αυτά που είχαμε προτείνει. ***Οι Υπάλληλοι Δημοσίας Τάξεως θα δεχόντουσαν ένα άτομο με ψυχική ασθένεια μόνο ως φίλο.***

ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΞΕΝΩΝΩΝ

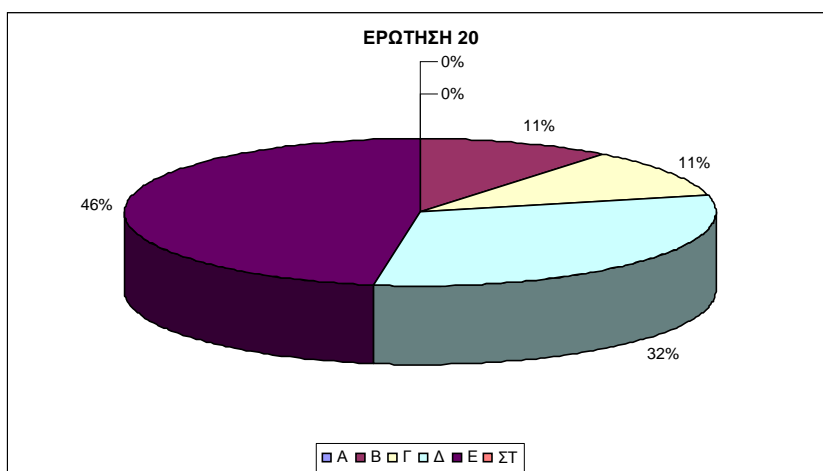
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ

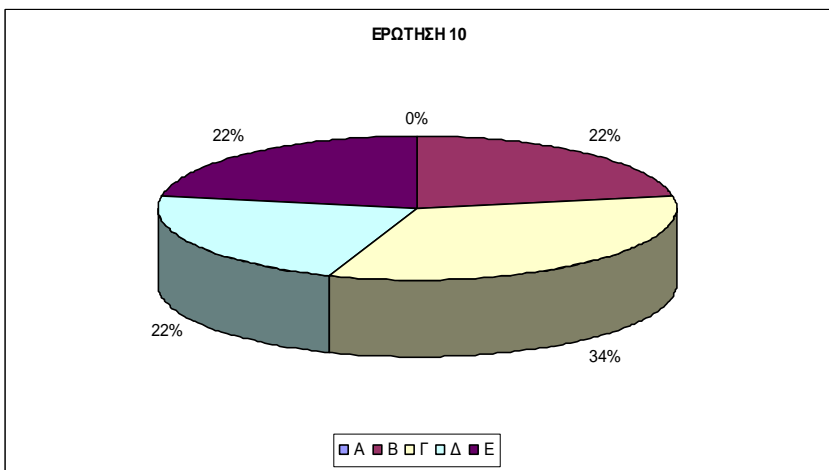


Σύμφωνα με το παραπάνω πίνακα σχετικά με την ερώτηση αν συμφωνούν με την ύπαρξη ξενώνων, οι Υπάλληλοι Δημόσιας Τάξης απάντησαν το 46% σε όλα όσα έχουμε προτείνει, το 32% εκτός πόλης, δύο ποσοστά των 11% απάντησαν στο κέντρο της πόλης και κοντά στην εκκλησία, κανείς δεν απάντησε ότι προτιμά κοντά σε σχολείο και κανείς δεν προσδιόρισε κάτι άλλο. Στον Δήμο Α οι υπάλληλοι Δημόσιας Τάξης απάντησαν το 46% ότι συμφωνεί να υπάρχουν ξενώνες εκτός πόλης και τρία ποσά των 18% συμφωνούν να υπάρχουν ξενώνες κοντά στην εκκλησία, στο κέντρο της πόλης και σε όλα όσα έχουμε προτείνει. Στον Δήμο Β υποστηρίζουν το 87% ότι θα προτιμούσαν να υπάρχουν ξενώνες σε όλα όσα έχουμε προτείνει και το 13% προτιμά να υπάρχουν ξενώνες εκτός πόλης, κανείς δεν απάντησε κοντά στην εκκλησία και στο κέντρο της πόλης. *Σε κύρια βάση οι Υπάλληλοι Δημόσιας Τάξεως προτιμούν να υπάρχουν ξενώνες σε όλα τα μέρη που προτείναμε ,έχοντας σαν επόμενη επιλογή να υπάρχουν ξενώνες εκτός πόλης.*

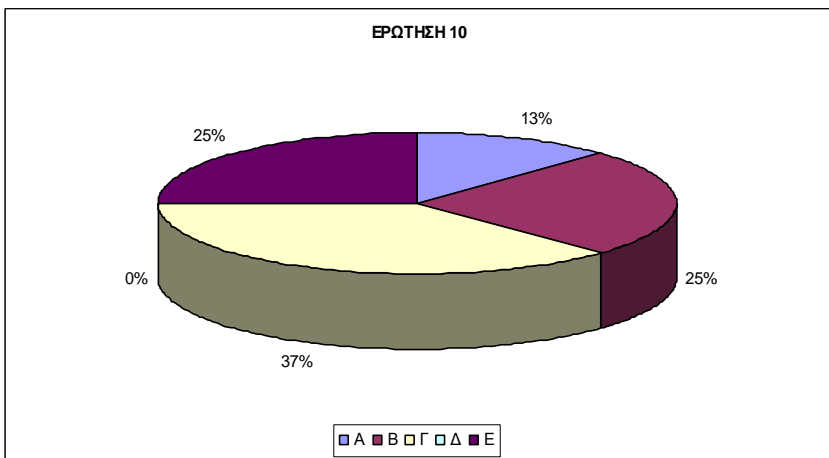


ΔΗΜΟΤΙΚΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

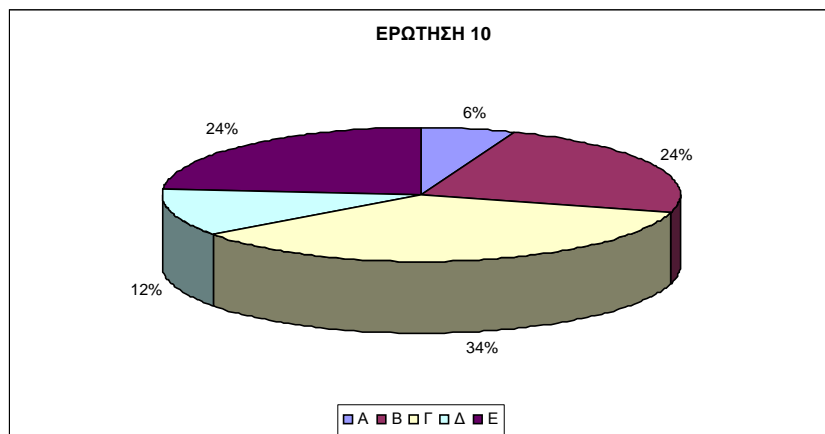
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



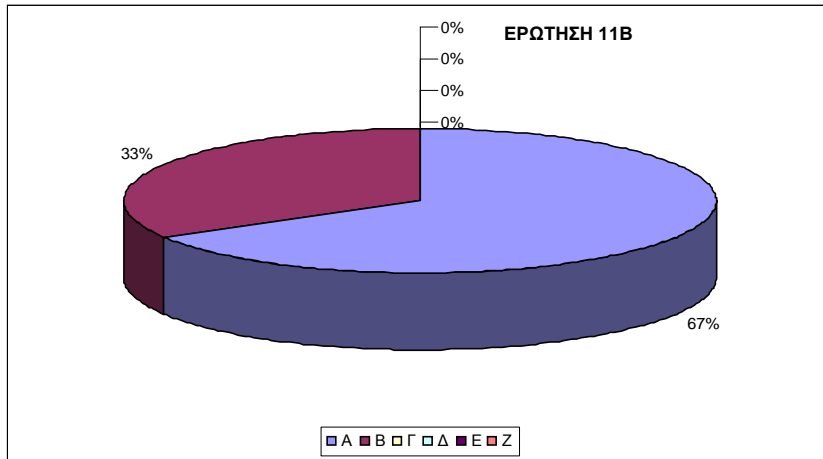
ΣΥΝΟΛΟ



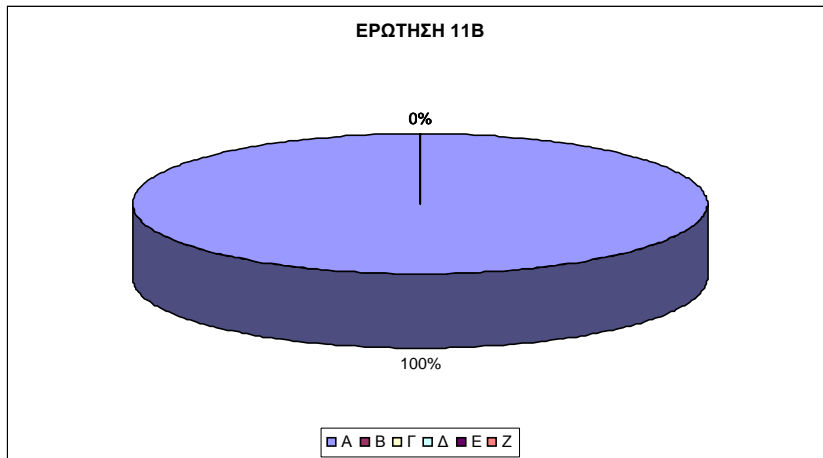
Στην ερώτηση σχετικά με το αν θεωρούν την σχιζοφρένεια θεραπεύσιμη νόσο οι Δημοτικοί Υπάλληλοι και στους δύο Δήμους απάντησαν το 34% μάλλον όχι, δύο ποσοστά των 24% μάλλον ναι και ότι δεν ξέρουν, το 12% απάντησε όχι και 6% απάντησε ναι. Στον Δήμο Α οι Δημοτικοί Υπάλληλοι οι οποίοι είναι 9 απάντησαν το 34% μάλλον όχι και τρία ποσά των 22% απάντησαν μάλλον ναι, όχι και ότι δεν ήξεραν, κανείς δεν απάντησε ναι. Στο Δήμο Β οι Δημοτικοί Υπάλληλοι απάντησαν το 37% μάλλον όχι, δύο ποσοστά των 25% απάντησαν μάλλον ναι και ότι δεν ξέρουν. Το 13% απάντησε ναι, ενώ κανείς δεν απάντησε όχι.

ΔΗΜΟΤΙΚΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΚΑΙ ΠΗΓΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

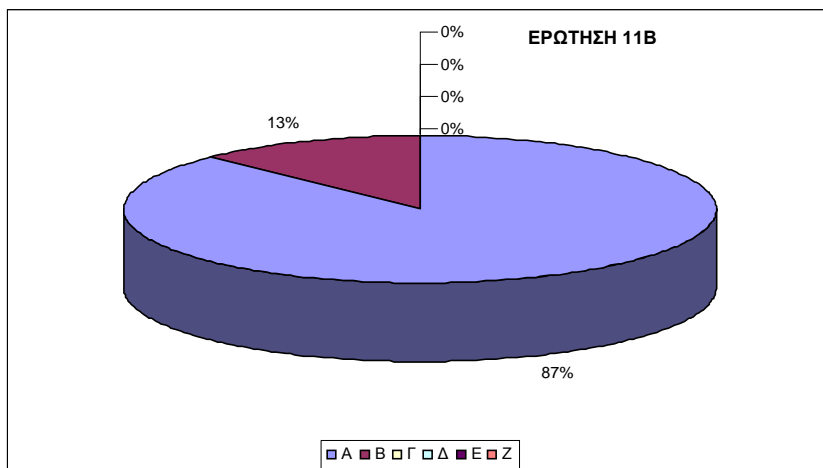
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



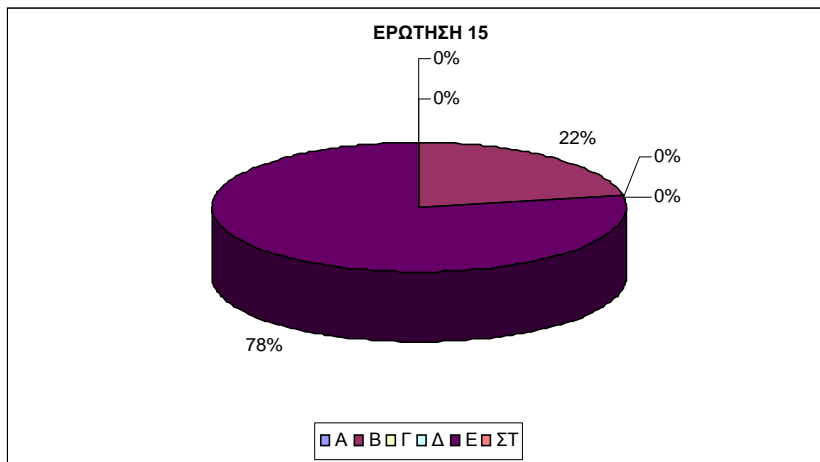
ΣΥΝΟΛΟ



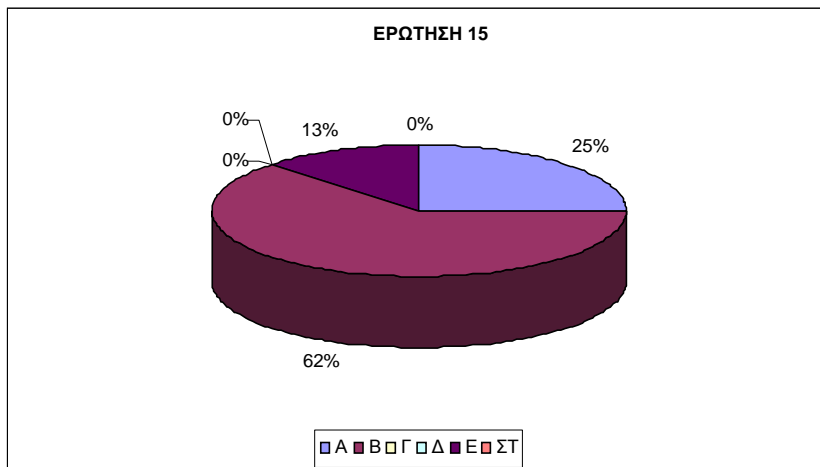
Όπως φαίνεται από το παραπάνω διάγραμμα οι Δημοτικοί Υπάλληλοι απάντησαν σχετικά με την ενημέρωσή τους για τις ψυχικές διαταραχές το 87% ενημερώνεται από τα Μ.Μ.Ε., το 13% από τα σεμινάρια, κανείς δεν απάντησε από τα φυλλάδια του Υπουργείου Παιδείας ότι ενημερώνεται και ούτε από το διαδίκτυο, επίσης κανείς δεν προσδιόρισε κάτι άλλο. Στον Δήμο Α οι Δημοτικοί Υπάλληλοι απάντησαν στην ερώτηση σχετικά με την ενημέρωσή τους για τις ψυχικές διαταραχές, το 67% ότι ενημερώνεται από τα Μ.Μ.Ε. και το 33% ότι ενημερώνεται από τα σεμινάρια. Στον Δήμο Β είναι σημαντικό ν' αναφέρουμε ότι το 100% απάντησε ότι ενημερώνεται από τα Μ.Μ.Ε., κανείς δεν ενημερώνεται από τα σεμινάρια. ***Φαίνεται λοιπόν ξεκάθαρα πως οι Δημοτικοί Υπάλληλοι ενημερώνονται με μεγάλα ποσοστά από τα Μ.Μ.Ε.***

ΔΗΜΟΤΙΚΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

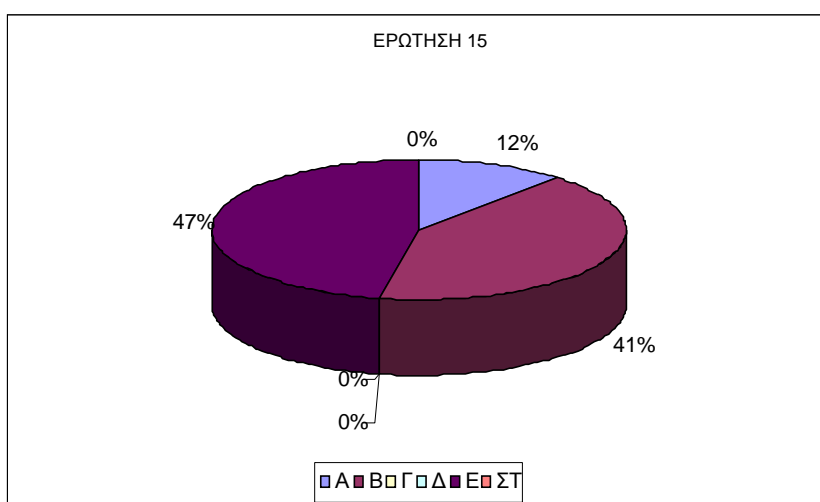
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



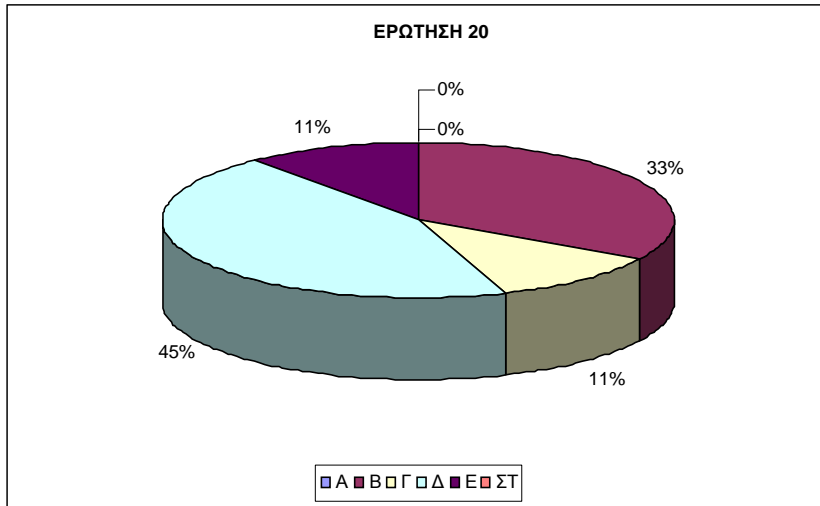
ΣΥΝΟΛΟ



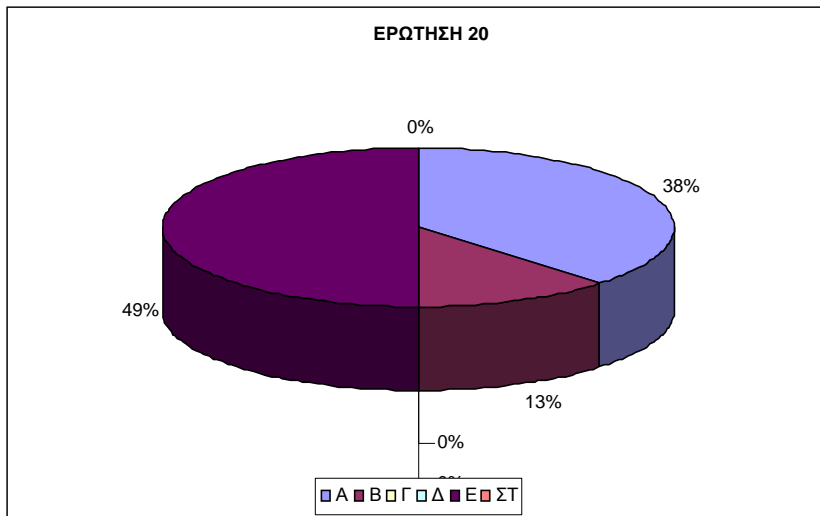
Βάσει της άποψης των ερωτηθέντων σχετικά με το αν θα δεχόντουσαν ένα άτομο με ψυχική ασθένεια οι Δημοτικοί Υπάλληλοι και για τους δύο Δήμους απάντησαν το 47% ότι δεν ξέρει, το 41% ως γείτονα, το 12% ως φίλο, κανείς δεν απάντησε ότι θα τον δεχόταν ως σύντροφο. Για τον Δήμο Α οι Δημοτικοί Υπάλληλοι απάντησαν το 78% ότι δεν ήξερε και το 22% ότι θα τον δεχόταν ως γείτονα, κανείς δεν απάντησε ότι θα τον δεχόταν ως φίλο. Στον Δήμο Β το 62% απάντησε ότι θα τον δεχόταν ως γείτονα, το 25% ως φίλο και 13% δεν ξέρει.

ΔΗΜΟΤΙΚΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΚΑΙ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΞΕΝΩΝΩΝ

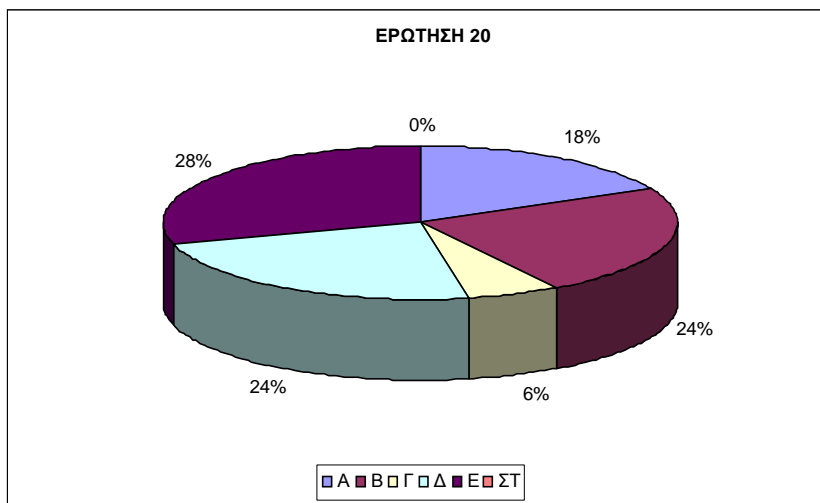
ΔΗΜΟΣ Α



ΔΗΜΟΣ Β



ΣΥΝΟΛΟ



Στην ερώτηση σχετικά με την ύπαρξη ξενώνων οι Δημοτικοί Υπάλληλοι απάντησαν ότι θα προτιμούσαν να βρίσκονται κοντά σε όλα όσα έχουμε προτείνει, δύο ποσά των 24% απάντησαν ότι θα προτιμούσαν να υπάρχουν ξενώνες εκτός πόλης και κοντά στην εκκλησία, το 18% κοντά σε σχολείο, το 6% κοντά στο κέντρο της πόλης, κανείς δεν προσδιόρισε κάτι άλλο. Στον Δήμο Α για τους Δημοτικούς Υπαλλήλους βλέπουμε να υπερισχύει η άποψη με ποσοστό 45% ότι θα προτιμούσαν να υπάρχουν ξενώνες εκτός πόλης., το 33% απάντησε ότι θα προτιμούσε κοντά σε εκκλησία και δύο ποσοστά των 11% απάντησε στο κέντρο της πόλης και σε όλα όσα έχουμε προτείνει, κανείς δεν απάντησε κοντά σε σχολείο. Στον Δήμο Β το 49% απάντησε σε όλα όσα έχουμε προτείνει, το 38% κοντά σε σχολείο και το 13% κοντά σε εκκλησία, κανείς δεν απάντησε στο κέντρο και εκτός πόλης.

5.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα στατιστικά αποτελέσματα που προέκυψαν από τη μελέτη αυτή οδηγηθήκαμε στη διεξαγωγή κάποιων συμπερασμάτων. Τα συμπεράσματα αυτά ήταν τα εξής:

1) Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων του δείγματος έχει έρθει σε **επαφή με άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια.**

2) Η **θετική προδιάθεση** των ερωτηθέντων για τα ψυχικά ασθενή άτομα με θετικά συναισθήματα που αναδύονται γι'αυτά, τρυφερότητα, συμπόνια. Κανείς από το δείγμα μας δεν ένιωσε κάποιο αρνητικό συναίσθημα.

3) Σχετικά με τα συναισθήματα των ερωτηθέντων για τους ψυχικά ασθενείς εμφανίζεται ένα **οξύμωρο στοιχείο.** Δηλαδή αν και τα συναισθήματα είναι θετικά αρκετοί έχουν μια συγκεχυμένη εικόνα για την έννοια της ψυχικής νόσου, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι αποκλείουν την ένταξη του στο κοινωνικό σύνολο.

4) **Αναφορικά με την ενημέρωση των πολιτών που αποσαφηνίζει πιθανόν την προαναφερθείσα αντίφαση, αξίζει να δώσει κανείς προσοχή στα αποτελέσματα σχετικά με τις πηγές ενημέρωσης του δείγματός μας.** Οι ηλικίες που παρουσιάζονται πιο ενημερωμένες σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές είναι οι ηλικίες 26-35. Οι νέοι κυρίως, καθώς και οι ηλικίες 46-60 παρουσιάζουν στο Δήμο Η ελλιπής ενημέρωση και αυτοί οι οποίοι είναι ενημερωμένοι έχουν σαν πηγή πληροφόρησης κυρίως τα Μ.Μ.Ε., τα οποία προβάλλουν συχνά στο κοινό το ψυχικά ασθενή βίαιο και επικίνδυνο με ακατανόητη συμπεριφορά. **Τα επαγγέλματα Υγείας μπορούμε να πούμε ότι ενημερώνονται** κυρίως από το σεμινάριο- συνέδριο, οι εκκλησιαστικοί

λειτουργοί από τα Μ.Μ.Ε. και οι Υπάλληλοι Δημόσιας Τάξης από τα Μ.Μ.Ε. επίσης.

5) **Σχετικά με τον στιγματισμό του ψυχικά ασθενή,** η πλειοψηφία του δείγματος δεν φαίνεται να θέλει να στιγματίσει τον ψυχικά ασθενή και δεν φοβάται μήπως θιγεί το κοινωνικό του status στην περίπτωση που κάποιο άτομο της οικογένειας του έπασχε από κάποια ψυχική ασθένεια δεδομένου ότι θα απευθυνόντουσαν σε κάποιο ειδικό.

6) **Οι ερωτηθέντες συμμερίζονται το βάρος των αρνητικών στερεοτύπων και του κοινωνικού ρατσισμού των ψυχικά ασθενών** και θεωρούν ότι ο ψυχικά ασθενής στιγματίζεται σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής του. Οι ερωτηθέντες αποδέχονται το ψυχικά ασθενή σε μια πιο απόμακρη σχέση (γείτονας) ενώ αρκετοί στην ερώτηση που αφορά την πιο προσωπική σχέση μ' έναν ψυχικά ασθενή δεν ξέρουν πως θα τον δεχόντουσαν. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το γεγονός ότι ελάχιστοι θα τον δεχόντουσαν ως σύντροφο.

7) **Αξίζει ν' αναφερθεί ότι ενώ απαντούν ότι θα δεχόντουσαν στη πόλη τους να υπάρχουν στεγαστικές δομές αποκατάστασης, όσον αφορά την γειτονιά τους δεν είναι αρνητικοί αλλά φαίνεται να είναι διστακτικοί.**

8) **Δεν υπάρχουν ιδιαίτερες διαφορές στα άτομα που έχουν και σ' αυτά που δεν έχουν παιδιά σχετικά με τον τόπο ύπαρξης ξενώνων.** Γενικά όλοι συμφωνούν ως προς την ύπαρξη ξενώνων κοντά σε σχολεία, εκκλησίες, εκτός πόλης και στο κέντρο της πόλης.

Σε συνάρτηση με όλα τα παραπάνω και σύμφωνα με τα αποτελέσματα των πιο άμεσων ερωτήσεων που αφορούν την ύπαρξη ξενώνων στη πόλη και στη γειτονιά τους, συμπεραίνεται ότι υπάρχει θετική ανταπόκριση ως προς τις στεγαστικές δομές στην κοινότητα τους. **Σημαντική διαφοροποίηση παρατηρείται ανάμεσα στους δύο**

Δήμους. Στο Δήμο Α που υπάρχουν τέτοιες δομές δέχονται με περισσότερη σιγουριά την παρουσία ξενώνων ενώ στο Δήμο Η που δεν υπάρχουν τέτοιες δομές είναι περισσότερο επιφυλακτικοί. Γενικότερα θα θέλαμε να τονίσουμε ότι τα περισσότερα άτομα συμφωνούν με την ύπαρξη ξενώνων στη πόλη τους και πιστεύουν παράλληλα ότι πρέπει οι ψυχικά ασθενείς να μην είναι έγκλειστοι. Καλύτερα, αυτό το στοιχείο το βλέπουμε στο Δήμο Α.

9) Σύμφωνα με αυτό το δεδομένο θα θέλαμε να παρουσιάσουμε πως βλέπει το δείγμα μας, την σχιζοφρένεια, σύμφωνα με το επάγγελμά του. Συγκεκριμένα οι Εκπαιδευτικοί υποστηρίζουν ότι μάλλον δεν είναι θεραπεύσιμη, με το Δήμο Η να συγκεντρώνει τις περισσότερες αρνητικές απόψεις. Στα επαγγέλματα υγείας οι απόψεις ποικίλουν. Οι Νοσηλευτές πιστεύουν ότι μάλλον δεν είναι θεραπεύσιμη η σχιζοφρένεια, οι Ψυχολόγοι τονίζουν ότι μάλλον είναι, οι Ψυχίατροι θεωρούν ότι είναι και τέλος οι Κοινωνικοί Λειτουργοί πιστεύουν στην πλειοψηφία τους πως μάλλον είναι θεραπεύσιμη.

10) Γενικότερα, ανάμεσα στους δύο Δήμους αν και αναμέναμε σύμφωνα με τις θεωρητικές μας υποθέσεις και την απουσία στεγαστικών δομών στον ένα Δήμο που συνεπάγεται και έλλειψη επαφής με ψυχικά ασθενή άτομα, να υπάρχει κάποια διαφοροποίηση ως προς την αποδοχή τέτοιου είδους δομών στην περιοχή τους ,τα αποτελέσματα μας έδειξαν πως η στάση των κατοίκων των δύο δήμων είναι σχεδόν ίδια!

11) Ολοκληρώνοντας θέλουμε να τονίσουμε ότι όλες οι ειδικότητες που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο και για τους δύο Δήμους απάντησαν ότι δέχονται όλες τις προτάσεις μας για την ύπαρξη στεγαστικών δομών κοντά σε σχολεία, εκκλησίες, στο κέντρο της πόλης και εκτός πόλης.

5.5 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το άνοιγμα προς την κοινότητα με τη δημιουργία εξωνοσοκομειακών δομών έχει ήδη πραγματοποιηθεί αλλά η κοινότητα δεν είναι ακόμη αρκετά έτοιμη να το δεχτεί. Χρειάζεται λοιπόν οργανωμένη προσπάθεια για την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση της κοινότητας, όμως πρωταρχικά είναι αναγκαία η ευαισθητοποίηση και η διαρκής εκπαίδευση των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας.

Η θεραπευτική ομάδα που εργάζεται σε στεγαστικές δομές αποκατάστασης θα πρέπει να εποπτεύεται από εσωτερικό και εξωτερικό επόπτη. Η εποπτεία βοηθάει στο συντονισμό των εργασιών όλων των επαγγελματιών, στη σφαιρική αντίληψη του έργου. Επίσης έτσι διαπιστώνεται η συχνότητα των διαφόρων ειδών προβλημάτων, τα κενά και οι επικαλύψεις. Συγκεκριμένα ο επόπτης μεταδίδει τη γνώση των πηγών της κοινότητας που χρειάζονται για το συγκεκριμένο έργο, χρησιμεύει σαν φίλτρο για τις πληροφορίες που είναι απόλυτα απαραίτητο να περάσουν από τη βάση στην κορυφή, και από κει στην κοινότητα. Η εποπτεία βοηθάει τον θεραπευτή να πειραματίζεται, να δοκιμάζει τη δική του σκέψη, να αναπτύσσεται επαγγελματικά. Έτσι στηρίζεται η επαγγελματική του ασφάλεια. Ο επόπτης έχει την ευθύνη να στηρίζει το ηθικό του θεραπευτή. Να τον βοηθήσει να ξεπεράσει τις απογοητεύσεις που είναι συνυφασμένες με μια δουλειά που αγγίζει τόσα προβλήματα, προβλήματα δύσκολα και καμιά φορά άλυτα.

Με αυτό τον τρόπο προκύπτει λοιπόν η ανάγκη εποπτείας μέσα στην θεραπευτική ομάδα. Η εποπτεία για το θεραπευτικό προσωπικό πρέπει να είναι διαδικασία συμβουλευτική πάνω σε θέματα που ο εποπτευόμενος κρίνει αναγκαίο να συμβουλευτεί τον επόπτη ή να βοηθήσει με εκπαιδευτικά προγράμματα τους ίδιους τους θεραπευτές

ώστε να έχουν καλύτερη στάση προς τους ψυχικά ασθενείς. Διότι για να ευαισθητοποιήσουν ή να κάνουν αγωγή κοινότητας θα πρέπει οι ίδιοι να έχουν αναπτύξει θετικότερες στάσεις για την ψυχική νόσο.

Μια διεπιστημονική ομάδα που αποτελείται από ψυχίατρο, ψυχιατρικό νοσηλεύτη, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό καλείται να φέρει σε πέρας τις παρακάτω βασικές αρχές περίθαλψης στη κοινότητα.

1. Πρόληψη, ευαισθητοποίηση της κοινότητας με συζητήσεις, διαλέξεις, σεμινάρια επαγγελματιών, π.χ. ιατρών, με σκοπό την αλλαγή της στάσης της απέναντι στην ψυχική αρρώστια.
2. Αντιμετώπιση καταστάσεων κρίσης, ψυχιατρική περίθαλψη στο σπίτι του αρρώστου, συνέχεια στην φροντίδα, ψυχιατρικές συνεντεύξεις.
3. Εκπαίδευση επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Θέλουμε να τονίσουμε πως η προσέγγιση και η συνεργασία με τους φορείς είναι αρκετά ενθαρρυντική σε σχέση με την ύπαρξη στεγαστικών δομών αποκατάστασης ψυχικά ασθενών στην κοινότητα. Παράλληλα με την συνεργασία με τους τοπικούς φορείς, ήταν και θα είναι συνεχής η προσέγγιση της γειτονιάς με τους παρακάτω τρόπους, μερικοί από τους οποίους ήδη εφαρμόζονται:

- Ø Παροχή δυνατοτήτων για γνωριμία με τους ενοίκους και την λειτουργία- στόχους της δομής, έτσι ώστε να υπάρχει συνεχής ενημέρωση για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ένοικοι για την επανένταξή τους και να εγκαθιδρύεται η αλληλεγγύη που είναι αναγκαία εκ μέρους της γειτονιάς και της ευρύτερης κοινότητας.
- Ø Σωστή πληροφόρηση σχετικά με την υλοποίηση στεγαστικών δομών ως προς το πώς μπορεί να χειριστεί η

κοινότητα και οι πολίτες της ,την κοινωνική συναλλαγή και την αλληλεπίδραση με τους ψυχικά ασθενείς.

- Ø Γνώση μέσω της σωστής πληροφόρησης προκειμένου να βοηθήσει στην ανάπτυξη ή τη διατήρηση σε κοινωνικά προβλήματα της ενσυναίσθησης των πολιτών και το πολύτιμο ενδιαφέρον τους για τον εθελοντισμό.
- Ø Αρμονική συνεργασία και αλληλοσυμπλήρωση των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι αναγκαία για την στήριξη κατοίκων που χρίζουν βοήθειας,
- Ø Μαζική οργανωμένη πληροφόρηση στο πλαίσιο της αγωγής κοινότητας διαδίδεται για την ψυχική νόσο προκειμένου να συμβάλλει ουσιαστικά και σταδιακά στην μείωση-εκμηδένιση του στίγματος.

Σκοπός αυτής της προσπάθειας είναι η αλλαγή της αρνητικής στάσης του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική αρρώστια, η καταγραφή των προβλημάτων και των αναγκών της κοινότητας, η αποδοχή της ψυχιατρικής ομάδας από τον πληθυσμό, ώστε αυτή να αποτελέσει ένα ενεργό κομμάτι του. Η αγωγή κοινότητας παράλληλα με την αλλαγή της στάσης των πολιτών της κοινότητας απέναντι στην ψυχική αρρώστια συντελεί και στην έγκαιρη παρέμβαση. Με αυτόν τον τρόπο το αίτημα για ψυχιατρική βοήθεια φθάνει έγκαιρα, τα περιστατικά παραπέμπονται ή έρχονται για παρακολούθηση πριν την όξυνση και κλιμάκωση της συμπτωματολογίας τους.

Η κοινότητα μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στην αποδοχή και την αποφυγή του στιγματισμού των ψυχικά ασθενών εφόσον εκπαιδευτεί σωστά και μάθει τη σημασία της ψυχικής ασθένειας. Οι γονείς οφείλουν και θα είναι σε θέση πλέον να διδάξουν ορθά στα παιδιά τους την ανοχή στην ιδιαιτερότητα των ατόμων αυτών καθώς και την αποδοχή τους.

Στην εξέχουσα σημασία που έχει η ενημέρωση της κοινότητας μπορεί να συμβάλλει και η πολιτεία ασκώντας ένα μεγαλύτερο έλεγχο στα Μ.Μ.Ε. για την αντικειμενική παρουσίαση των γεγονότων που αφορούν ψυχικά ασθενείς και την αποφυγή χαρακτηρισμών, όπως ψυχοπαθής δολοφόνος. Συνεχίζοντας αυτό το πολύ σημαντικό έργο, τα Μ.Μ.Ε. με τη σειρά τους θα μπορούσαν να προάγουν την αγωγή της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας με προβολές επιμορφωτικών εκπομπών που προβάλλουν τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών.

Ολοκληρώνοντας την πτυχιακή αυτή θα θέλαμε να τονίσουμε πως σε μια πολυφυλετική περιοχή, όπου υπάρχουν φανερές ή αφανείς διακρίσεις και καχυποψία κατά μιας ομάδας, ενώ ταυτόχρονα η ίδια αυτή ομάδα που είναι αντικείμενο διακρίσεων, κάνει η ίδια διακρίσεις κατά των ψυχασθενών, έχει σημασία να λαμβάνεται υπόψη η πολιτιστική ιδιαιτερότητα του καθενός, να κατανοούνται οι ιδιαίτερες πολιτιστικές αναπαραστάσεις του «άλλου» και της ψυχικής αρρώστιας και ν' αναπτύσσονται οι σχέσεις στη βάση της αμοιβαίας αποδοχής της εκατέρωθεν διαφορετικότητας, ως θετικού και όχι ως αρνητικού στοιχείου, ως πηγής κοινωνικού πλούτου και ενσωμάτωση και όχι αποκλεισμού.

Κλείνουμε με τα αξέχαστα λόγια μιας ενοίκου ενός Ξενώνα

«...αν σύγκρινα τον ξενώνα με ένα κομμάτι μουσικής θα έλεγα ότι ταιριάζει η πανηγυρική συμφωνία του Μπετόβεν που το θέμα του είναι η χαρά και ο ενθουσιασμός...»

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΑ

1. Αποστολή Ι., «*Ψυχιατρική Αποκατάσταση*», Ένας πρακτικός οδηγός, Αθήνα, Εκδόσεις Έλλην, 1994
2. Δαμίγος Δ., «*Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη*», Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2003
3. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Μ.ΥΠ.Ε.Π., «*Οδηγός καινοτόμων δράσεων και πρακτικών στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνικοοικονομική ενσωμάτωση ψυχικά πασχόντων*», Δεκέμβριος 2000
4. Θεοδωρακάκος Κ., «*Λέρος το νησί του διαβόλου*», Η ελευθερία είναι θεραπευτική, 1986
5. Καλλινικάκη Θ., «*Κοινωνική Εργασία*», Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 1998
6. Κανδύλης Δ., Καπρίνης Γ., «*Ο χρόνιος ψυχωτικός*», *Αποϊδρυματοποίηση, ενδιάμεσες δομές, ψυχοκοινωνική επανένταξη*, Λάρισα, Εκδόσεις Θ.Ε.Ψ.Υ.Π.Α.- Ε.Ψ.Υ.Κ.Α., Μάρτιος 2005
7. Κονταξάκης Β. «*Από το ψυχιατρείο στην κοινότητα*», Εκδόσεις Βήτα
8. Κωνσταντόπουλος Α., «*Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και οι νέες δομές ψυχιατρικής φροντίδας του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα*», Αθήνα 1995
9. Μαδιανός Μ., «*Κοινωνία και Ψυχική Υγεία*», Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική, Τόμος πρώτος, Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη, 1989.

- 10.Μαδιανός Μ., «*Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της από τη θεωρία στην πράξη*», Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 1994
- 11.Μαδιανός Μ., «*Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*», Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 1994
- 12.Παρίτσης Νικόλαος, Τζανακάκη- Μελισσάρη Μαρία, Χατζάκη- Τζωράκη Αικατερίνη, «*Στεγαστικές δομές αποασυλοποίησης στην Κρήτη: ανάλυση παρούσας κατάστασης και προοπτική*», Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας 2003
- 13.Σταθόπουλος Π., «*Κοινοτική Εργασία*», Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2000
- 14.Χριστοδούλου Γ.Ν., Τομαράς Βλ. Δ., Οικονόμου Μ.Π., «*Από το Ψυχιατρείο στην Κοινότητα*», Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα

ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Mounir Y., Ekdawi, Alison M, Jo Camping, « *Ψυχιατρική αποκατάσταση. Ένας πρακτικός οδηγός*», Εκδόσεις Έλλην 1998.
2. Cohen L., Manion L., «*Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*», 4^η έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Μεταίχμιο, 1994

ΑΡΘΡΑ ΑΠΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ, ΦΥΛΛΑΔΙΑ, ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΑ, ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ

1. Αβραμίδης Γ., Μακροπούλου Ε., Χαϊδεμένος Α., «*Το οικοτροφείο είναι εξωνοσοκομειακή δομή που βοηθάει στη βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας των φιλοξενούμενων*», Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 85, Ιανουάριος- Φεβρουάριος- Μάρτιος 2004, σελ. 104-109

2. Εμψύχωση – Νο 10, Ιανουάριος- Φεβρουάριος – Μάρτιος 2006, Τριμηνιαία έκδοση της Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης των φορέων Υλοποίησης «Ψυχαργός- Β' φάση», σελ. 1,7
3. Επιστημονική Ένωση Ψ.Ν.Α ., «*Η πορεία της Ελληνικής Ψυχιατρικής τα τελευταία 20 χρόνια. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Βία και Ψυχική Υγεία.*», Τριήμερο Συνέδριο 15, 16, 17 Δεκέμβρη 2004.
4. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Μονάδα Υποστήριξης Εμψύχωσης και Παρακολούθησης φορέων υλοποίησης «Ψυχαργός Α' φάση» Μ.ΥΠ.Ε.Π., *Οδηγός Καινοτόμων Δράσεων Πρακτικών στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Κοινωνικό-Οικονομική Ενσωμάτωση των Ψυχικά Πασχόντων. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας»*, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υπουργείο Υγείας – Πρόνοιας, Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, Δεκέμβριος 2000
5. Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (Ε.Π.Α.Ψ.Υ.), Επιμέλεια του Τομέα Ψυχικής Υγείας της Τοπικής Υγειονομικής Εταιρείας Ρώμη Ε, «*Οδηγός Ψυχικής Υγείας, Από την προκατάληψη στη συμβίωση*», Αθήνα 2001
6. Καρούτσος Χ., Κουρμουλάκης Ι., Μιχοπούλου Αν., «*Η μετάβαση των ασθενών και του προσωπικού από το Ψυχιατρείο στον Ξενώνα*», Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 86, Απρίλιος- Μάιος- Ιούνιος 2004, σελ. 27-29
7. Κρητικός Γ., «*Από το άσυλο σε ξενώνες σε όλη την Ελλάδα*», 28 Ιουλίου 2002
8. Κωνσταντακόπουλος Γ., «*Κοινωνικός Αποκλεισμός και Ψυχική Υγεία*», Τεύχος 3, Ιούλιος- Αύγουστος 2003, σελ. 12-14,17-18.

9. Παξινός Ι., «Οι αντιλήψεις ποιότητας ζωής των ενοίκων των Εξωνοσοκομειακών δομών του Κ.Θ. Λέρου», Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 90, Απρίλιος- Μάιος- Ιούνιος 2005, σελ.47-53
10. Παπαδοπούλου Χ., «Στίγμα και Προκατάληψη της Σχιζοφρένειας: Μια γενική άποψη», Μάιος 2003
11. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, «Ψυχαργός 2001-2010», Πρόγραμμα Ανάπτυξης δομών και υποδομών στον τομέα της Ψυχικής Υγείας, επιμέλεια έκδοσης: Μονάδα Υποστήριξης Εμπύχωσης και Παρακολούθησης «Ψυχαργός Α΄ φάση» του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

1. w.w.w.epipsy.gr, 2005
2. w.w.w.psynpo.gr, 2005