

ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ-
ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΑ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ
ΞΕΝΩΝΕΣ ΓΙΑ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ»



ΥΠΕΥΘΥΝΕΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ
ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ΚΟΥΤΣΟΚΕΡΑ ΠΕΡΣΕΦΟΝΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
Δρ ΣΙΚΕΛΙΑΝΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

ΠΑΤΡΑ, 2012

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα την υπεύθυνη καθηγήτριά μας κα Σικελιανού Δέσποινα, η οποία καθ' όλη τη διάρκεια της πτυχιακής μας εργασίας μας υπήρξε σταθερή πηγή καθοδήγησης και η συνεργασία μας μαζί της ήταν άψογη. Η βοήθειά της επίσης ήταν πολύτιμη όσον αφορά τη βιβλιογραφία του θέματός μας.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους διοικητές του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής Δαφνί και Δρομοκαΐτειο Νοσοκομείο που μας έδωσαν την άδεια να πραγματοποιήσουμε την έρευνα μας στα ψυχιατρεία και στους ξενώνες που υπάγονται σε αυτά, τους προϊστάμενους και τους επιστημονικά υπεύθυνους των ξενώνων αποκατάστασης, καθώς και όλους τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα συμπληρώνοντας τα ερωτηματολόγια.

Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ABSTRACT.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	11
ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ.....	12

Υποκεφάλαιο 1.1. Ψυχιατρική

1.1.1. Η Ψυχιατρική του 19 ^{ου} αιώνα.....	14
1.1.2. Κοινωνική Ψυχιατρική.....	15
1.1.3. Η Κοινωνική Ψυχιατρική στην Ελλάδα.....	19
1.1.4. Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.....	25
1.1.5. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.....	26
1.1.6. Αλλαγή Προσέγγισης.....	29
1.1.7. Το Πρόγραμμα της Λέρου.....	34
1.1.8. Η Α' Φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός».....	36
1.1.9. Η Β' Φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός».....	37
1.1.10. Το πρόγραμμα «Ψυχαργός» Γ' – Η κατάσταση σήμερα.....	42

Υποκεφάλαιο 1.2. Το ίδρυμα και ο Χρόνιος Ψυχικά Άρρωστος

1.2.1. Ο Χρόνιος Ψυχικά Άρρωστος.....	43
1.2.2. Το Ίδρυμα και Ο Χρόνιος Ψυχικά Άρρωστος.....	43
1.2.3. Το Άσυλο.....	44
1.2.4. Κατηγορίες Ιδρυμάτων.....	45

Υποκεφάλαιο 1.3. Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

1.3.1. Ορισμός της Αποϊδρυματοποίησης.....	55
1.3.2. Ορισμός την Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.....	57
1.3.3. Φάσεις της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.....	59
1.3.4. Η Φάση Μερικής Νοσηλείας- Το Νοσοκομείο Ημέρας.....	60
1.3.5. Οι Υπηρεσίες της Κοινωνικής Αποκατάστασης.....	62

1.3.6. Το Θεραπευτικό Περιβάλλον των Μονάδων Αποκατάστασης για Χρόνιους Ψυχικά Ασθενής.....	65
1.3.7. Η Θεραπευτική Κοινότητα.....	66
1.3.8. Εναλλακτικές Μορφές Μονάδων Ψυχιατρικής Περίθαλψης.....	67

Υποκεφάλαιο 1.4. Οι Επαγγελματικοί Ρόλοι των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας

1.4.1. Ιστορική Αναδρομή.....	74
1.4.2. Ορισμός της Ομάδας Ψυχική Υγείας.....	74
1.4.3. Ο Ρόλος των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας.....	76

Υποκεφάλαιο 1.5. Στάσεις των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας στο Ψυχιατρείο

1.5.1. Σχέση Θεραπευτή και Θεραπευόμενου στο Ψυχιατρείο.....	84
1.5.2. Ο Ίδρυματισμός του Προσωπικού στο Ψυχιατρείο και Στάσεις του Προσωπικού με Αρνητική Επίδραση στη Θεραπευτική Σχέση στο Ψυχιατρείο.....	86

Υποκεφάλαιο 1.6. Οι Στάσεις των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας και το Θεραπευτικό Περιβάλλον στους Ξενώνες Αποκατάστασης για Χρόνιους Ψυχικά Ασθενείς.

1.6.1. Το Θετικά Ποιοτικό Θεραπευτικό Περιβάλλον και οι στάσεις του Προσωπικού με Θετική Επίδραση στην Θεραπευτική Σχέση στους Ξενώνες Αποκατάστασης.....	90
1.6.2. Στάσεις του Προσωπικού με Αρνητική Επίδραση στη Θεραπευτική Σχέση στους Ξενώνες Αποκατάστασης.....	92

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Υποκεφάλαιο 2.1 Εισαγωγή

2.1.1.	Γενικός Στόχος της Έρευνας.....	95
2.1.2.	Ερευνητικά Ερωτήματα.....	95
2.1.3.	Η Σημαντικότητα της Έρευνας.....	95

Υποκεφάλαιο 2.2 Μεθοδολογία της Έρευνας

2.2.1.	Μέθοδος της έρευνας.....	96
2.2.2.	Πληθυσμός και δείγμα της έρευνας.....	97
2.2.3.	Εργαλείο της έρευνας.....	99
2.2.4.	Δυσκολίες της έρευνας.....	100

Υποκεφάλαιο 2.3 Στατιστική Ανάλυση των Αποτελεσμάτων..... 101

Υποκεφάλαιο 2.4 Συζήτηση.....143

Υποκεφάλαιο 2.5 Συμπεράσματα.....146

Υποκεφάλαιο 2.6 Προτάσεις.....148

Βιβλιογραφία.....149

Παραρτήματα.....163

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία αυτή αναφέρεται στην διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στα ψυχιατρεία και σε ξενώνες απέναντι στους χρόνιους ψυχικά ασθενείς. Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε σε ξενώνες και ψυχιατρεία του νομού Αττικής κατά το διάστημα Ιουνίου 2011 ως τον Ιανουάριο 2012. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η επισκόπηση και ήταν μια ποσοτική έρευνα. Το δείγμα αποτελούσαν εκατόν σαράντα οχτώ (148) επαγγελματίες ψυχικής υγείας εκ των οποίων οι πενήντα (50) εργάζονταν σε ψυχιατρεία του νομού Αττικής και οι ενενήντα οκτώ (98) εργάζονταν σε ξενώνες αποκατάστασης του νομού Αττικής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι περισσότεροι επαγγελματίες θεωρούν πως υπάρχουν πιθανότητες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για τους ψυχικά ασθενείς και πως η δομή που βοηθά καλύτερα στην επίτευξή της είναι ο ξενώνας, κυρίως λόγω του ότι δεν είναι αποκομμένος από την τοπική κοινότητα. Όσον αφορά τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των ασθενών, η πλειοψηφία των επαγγελματιών θεωρεί πως η φαρμακευτική αγωγή είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος και πως σε περίπτωση κρίσης ή υποτροπής τα κυρίαρχα συναισθήματα είναι λύπη, θυμός και αγωνία.

ABSTRACT

This study refers to the examination of the attitudes of professionals of mental health who work in psychiatric hospitals and hospices towards the chronic mentally ill patients. This research was conducted in hospices and psychiatric hospitals of Attiki County from June 2011 to January 2012. The method that was used was review and the research was quantitative. The sample consisted of one hundred and forty eight (148) professionals of mental health, where of fifty (50) worked in psychiatric hospitals of Attiki County and ninety eight (98) worked in hospices of mental rehabilitation of Attiki County.

According to the research's results, most of the professionals believe that there are possibilities of psychosocial rehabilitation for the mentally ill patients

and that the service that contributes better to its achievement is the hospice, mostly because it is not detached or isolated from the local community.

As far as the methods used in treatment of patients, the majority regards medication as the most efficient form of treatment and that in case of crisis or recrudescence the leading feelings are sadness, anger and anxiety.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε με σκοπό την διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρεία και σε ξενώνες αποκατάστασης αντίστοιχα, απέναντι στους χρόνιους ψυχικά ασθενείς. Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και η σύγκριση των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στα ψυχιατρεία προς τους ψυχικά ασθενείς, με αυτές των επαγγελματιών που εργάζονται στους ξενώνες αποκατάστασης.

Η διερεύνηση του θέματος είναι σημαντική κι έχει ενδιαφέρον, καθώς τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να αποτελέσουν ένα ακόμα χρήσιμο εργαλείο στα χέρια ερευνητών. Επιπλέον, η παρούσα έρευνα, θα μπορούσε να αποτελέσει έναυσμα για τη διεξαγωγή νέων μελετών και να βοηθήσει στη συλλογή νέων συμπερασμάτων, καθώς η ανανέωση και σύγκριση τους με προγενέστερα αποτελεί θετικό και χρήσιμο στοιχείο.

Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη: το θεωρητικό(κεφάλαιο 1) και το ερευνητικό μέρος(κεφάλαιο 2). Το πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την εισαγωγή, την περίληψη, το σκοπό της εργασίας καθώς και τους ορισμούς των κυριότερων εννοιών και αποτελείται από επτά υποκεφάλαια.

Το πρώτο υποκεφάλαιο αναφέρεται στην ψυχιατρική. Αναλυτικότερα, στις υποενότητες του κεφαλαίου περιγράφεται η ψυχιατρική, η κοινοτική ψυχιατρική στην Ελλάδα, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και τα προγράμματα για την ψυχική υγεία στην Ελλάδα μέχρι σήμερα (Πρόγραμμα Λέρου και Πρόγραμμα Ψυχαργός).

Το δεύτερο υποκεφάλαιο αναφέρεται στο ίδρυμα και τον χρόνο ψυχικά άρρωστο. Δίνεται ορισμός του χρόνιου ψυχικά ασθενή και του ασύλου και περιγράφονται αναλυτικά οι κατηγορίες των ιδρυμάτων(ψυχιατρικά νοσοκομεία) για τους χρόνια ψυχικά ασθενείς.

Το τρίτο υποκεφάλαιο αφορά στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Δίνονται οι ορισμοί της αποϊδρυματοποίησης και της κοινωνικής αποκατάστασης, καθώς περιγράφονται και οι φάσεις της. Επίσης, αναφέρονται λεπτομερώς οι διάφορες υπηρεσίες της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, οι εναλλακτικές μορφές μονάδων ψυχιατρικής περίθαλψης, καθώς και το θεραπευτικό

περιβάλλον των μονάδων αποκατάστασης για τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς και η θεραπευτική κοινότητα.

Στο τέταρτο υποκεφάλαιο δίνεται ο ορισμός της επιστημονικής ομάδας ψυχικής υγείας και περιγράφονται οι ρόλοι των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Το πέμπτο υποκεφάλαιο αφορά τη σχέση του θεραπευτή και θεραπευόμενου στο ψυχιατρείο και τις στάσεις του προσωπικού με αρνητική επίδραση στη σχέση αυτή. Επίσης, αναλύεται και ο ιδρυματισμός του προσωπικού υγείας στο ψυχιατρείο.

Το έκτο υποκεφάλαιο αναφέρεται στα στοιχεία που συνιστούν το θεραπευτικό περιβάλλον στους ξενώνες αποκατάστασης των χρόνια ψυχικά ασθενών. Επίσης, περιγράφονται οι στάσεις του προσωπικού με θετική και αρνητική επίδραση στη θεραπευτική σχέση στους ξενώνες αποκατάστασης.

Τέλος, το έβδομο υποκεφάλαιο αναφέρεται στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Αναφέρονται αναλυτικά, οι λόγοι και τα στάδια εμφάνισής της, καθώς και οι διαστάσεις και οι συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται το ερευνητικό μέρος της πτυχιακής μας εργασίας, στο οποίο αναλύεται ο στόχος της έρευνας και τα ερευνητικά ερωτήματα.

Αναλυτικότερα, περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας(επισκόπηση), ο πληθυσμός και το δείγμα με τα χαρακτηριστικά που το διέπουν, το εργαλείο της έρευνας(ερωτηματολόγιο) και το είδος της έρευνας(ποσοτική).

Στη συνέχεια παρουσιάζεται η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας σε δείγμα 148 επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε ψυχιατρεία και ξενώνες αποκατάστασης στο νομό Αττικής. Επίσης, παρατίθενται τα συμπεράσματα, η συζήτηση και οι προτάσεις.

Τέλος, ακολουθούν η βιβλιογραφία και τα παραρτήματα.

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρεία και σε ξενώνες αποκατάστασης αντίστοιχα, απέναντι στους χρόνιους ψυχικά ασθενείς.

Ειδικότερα, μελετήθηκαν:

- i. Οι απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σχετικά με την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών.
- ii. Οι απόψεις τους σχετικά με τις κρίσεις και τις υποτροπές των ασθενών.
- iii. Η συμπεριφορά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στους χρόνιους ψυχικά ασθενείς.
- iv. Τα συναισθήματα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στους χρόνια ψυχικά ασθενείς.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ: Η Κοινοτική Ψυχιατρική αναφέρεται στην χρήση όλων των διαθέσιμων δυνάμεων, πόρων και τεχνικών που βοηθούν στην οικονομικά εφικτή θεραπεία του ψυχικά αρρώστου στην κοινότητά του. Είναι η παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς μέσα στην κοινότητα χωρίς να τους απομακρύνουμε από το φυσικό περιβάλλον με την ενεργή συμμετοχή της κοινότητας (Μαδιανός, 1999).

ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: Όλες οι δραστηριότητες που ασκούνται έξω από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες και ένα ευρύ φάσμα δυνάμεων και δομών στην κοινότητα που προάγουν θετικά την ψυχική υγεία των μελών μιας συγκεκριμένης ομάδας (Μαδιανός, 1999).

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ: Η διεργασία κατά την οποία τα θεραπευτικά μέσα για τις ψυχώσεις και η σημασία των κοινωνικών παραγόντων στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών σημειώνουν πρόοδο. Οι αλλαγές έχουν ως αποτέλεσμα τη βαθμιαία μετάβαση από την ψυχιατρική του ασύλου στην περίθαλψη στην κοινότητα (Λιάκος και Υφαντόπουλος, 1990).

ΧΡΟΝΙΟΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΟΣ: Ως χρόνιοι ψυχικά άρρωστοι θεωρούνται άτομα που υποφέρουν από συγκεκριμένες ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές ή από άλλες διαταραχές που μπορεί να χρονίσουν και να διαταράξουν ή να εμποδίσουν την ανάπτυξη της λειτουργικότητας σε τρία ή περισσότερα επίπεδα της καθημερινής ζωής (Μαδιανός, 1994).

ΑΣΥΛΟ: Προστασία των ασθενών με τον εγκλεισμό τους στο ψυχιατρείο, επειδή η ψυχική διαταραχή τους καθιστά βαθμιαία ανίκανους να φροντίσουν τον εαυτό τους (Λιάκος και Υφαντόπουλος, 1990).

ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ/ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ: Η κατάργηση του ασύλου ως φορέα για την φροντίδα ψυχικά ασθενών, η παροχή φροντίδας εκτός ιδρύματος στα πλαίσια της κοινότητας και η προσπάθεια για αποτροπή νοσηλείας σε άσυλο (Carrabe & Kapsambelis, 1991).

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Είναι ένα σύνολο παρεμβάσεων που δίνει την ευκαιρία στα άτομα με ψυχικές διαταραχές να φτάσουν στο καλύτερο δυνατό επίπεδο αυτονομίας στην κοινότητα μέσω της βελτίωσης των ατομικών δεξιοτήτων και των αλλαγών στο περιβάλλον των ασθενών (Πασαντωνόπουλος και Ζαχαρίας, 2001· WHO- WAPR, 1996).

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ: Κατά τον Μάνο είναι ένα πρότυπο θεραπευτικής προσέγγισης με εφαρμογή στους ψυχιατρικούς θαλάμους το οποίο προσφέρει ένα αποτελεσματικό περιβάλλον για την αλλαγή της συμπεριφοράς των ασθενών μέσα από την αποκατάσταση (Μαδιανός, 1994).

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ: Το σύνολο των τάσεων και δραστηριοτήτων για την ικανοποίηση των αναγκών και την κινητοποίηση των ασθενών ώστε να μειωθεί το άγχος και η ανασφάλειά τους. Ταυτόχρονα, αναπτύσσεται το αίσθημα της ομαδικότητας, της ανοχής προς τους άλλους και του σεβασμού των αναγκών τους, ενώ ενισχύονται οι διαπροσωπικές σχέσεις και η συμμετοχή στο ομαδικό πνεύμα (Μαδιανός, 1994).

ΟΜΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ: Ομάδα αποτελεί μια κατάσταση όπου οι επιστήμονες που εργάζονται σε αυτή γνωρίζονται προσωπικά μεταξύ τους, είναι αποδεκτοί από τα άλλα μέλη της ομάδας, έχουν πρόθεση να δουλέψουν μαζί επ' αορίστου και εργάζονται πρόσωπο με πρόσωπο σε μικρούς ή μεγάλους αριθμούς (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

ΣΤΑΣΗ: Σύμφωνα με τον Allport, η στάση είναι η νοερή και νευρική κατάσταση ετοιμότητας, η οποία είναι οργανωμένη με βάση εμπειρίες ώστε να κατευθύνει και να επηρεάζει δυναμικά τις αντιδράσεις του ατόμου προς αντικείμενα και συνθήκες με τις οποίες σχετίζεται (Γεωργάς, 1990).

Υποκεφάλαιο 1.1: Η Ψυχιατρική

1.1.1. Η Ψυχιατρική του 19ου αιώνα

Η ψυχιατρική στις αρχές του 19ου αιώνα, αρχίζει να γίνεται ιατροκεντρική. Παράλληλα, η αντίληψη για την «σωματογέννεση» των ψυχικών διαταραχών αμφισβητείται, με την ανακάλυψη ότι οι ψυχικές λειτουργίες είναι δυνατό να επιδράσουν στην πρόκληση όχι μόνο ψυχικών, αλλά και σωματικών διαταραχών. Η αντίληψη αυτή πρώτο-αναπτύχθηκε στη Δ. Ευρώπη στο τέλος του 19ου αιώνα. Στο τομέα της παροχής υπηρεσιών για τους ψυχικά ασθενείς, η Ασυλική θεραπεία παραμένει η κύρια αντιμετώπιση μέχρι και τα μέσα του 20ου αιώνα. Στο δεύτερο ήμισυ του 20ου αιώνα το μοντέλο περίθαλψης στην ψυχική υγεία μετατοπίστηκε. Από το μεγάλο ψυχιατρικό ίδρυμα (άσυλο), στην φροντίδα στο επίπεδο της κοινότητας, με την υποστήριξη κλινών σε γενικά νοσοκομεία για τα οξεία περιστατικά. Αυτή η αλλαγή βασίστηκε τόσο στην ανάγκη σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των πασχόντων όσο και στη δυνατότητα εφαρμογής σύγχρονων παρεμβάσεων και τεχνικών (Πασαντωνόπουλος και Ζαχαριάς, 2001).

Στις αρχές του αιώνα γίνονται προσπάθειες για την διαφοροποίηση του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών, οι οποίες είναι άμεσα συνδεδεμένες με τις εξελίξεις της ψυχιατρικής επιστήμης στο τομέα της διάγνωσης και της θεραπείας της ψυχικής ασθένειας. Το 1902, στο Albany Hospital της Νέας Υόρκης, δημιουργείται η πρώτη ψυχιατρική μονάδα Γενικού Νοσοκομείου. Το 1913, ο Αμερικανός ψυχίατρος A. Meyer υποστηρίζει την άποψη για την ανάγκη βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης του ψυχικά άρρωστου ασθενούς, ενώ το 1930 ψηφίζεται ο νέος νόμος περί ψυχικής υγείας που προβλέπει βελτίωση των ψυχιατρικών ασύλων. Τρία χρόνια μετά, το 1933, δημιουργούνται τα πρώτα Νοσοκομεία Ημέρας στη Μόσχα, το 1947 στη Μ. Βρετανία, το 1946 στις Η.Π.Α και το 1947 στον Καναδά. Τον επόμενο χρόνο εφαρμόζεται στη Μ. Βρετανία το Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health Service) που δίνει το δικαίωμα δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ωθεί σε συνεργασία τα ψυχιατρεία με τα γενικά νοσοκομεία (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

1.1.2. Κοινωνική Ψυχιατρική

Σύμφωνα με τον Freedman και συν. (1976), ο όρος «Κοινωνική Ψυχιατρική», είναι ένας ευρύς όρος που «αναφέρεται στην χρήση όλων των διαθέσιμων δυνάμεων, πόρων και τεχνικών που βοηθούν στην οικονομικά εφικτή θεραπεία του ψυχιατρικά άρρωστου στη κοινότητά του. Στοχεύει στην ανίχνευση, πρόληψη και έγκαιρη θεραπεία διαταραχών όπως αυτές αναπτύσσονται στη κοινότητα και όχι στο ψυχιατρείο» (Μαδιανός, 1999).

Η «Κοινωνική Ψυχιατρική», σύμφωνα με τον Ruesell, είναι ένα «σύνθετο επιχειρησιακό σύνολο, το οποίο στοχεύει στην αλλαγή στάσεων, στην αύξηση της επίγνωσης, στη δυνατότητα θεραπείας σε όλους με κινητοποίηση των αναγκαίων δυνάμεων – πόρων που εφαρμόζεται σε κοινοτικό επίπεδο». Αντίθετα, ο Duhl θεωρεί ότι «η Κοινωνική Ψυχιατρική έχει ως στόχο τη βελτίωση των προσαρμοστικών δυνάμεων και των ψυχοκοινωνικών δεξιοτήτων όπως και τη μείωση των επιπέδων της ψυχοπαθολογίας σε ομάδες πληθυσμών της κοινότητας με την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης ανίχνευσης περιπτώσεων, θεραπευτική παρέμβασης και αποκατάστασης» (Μαδιανός, 1999).

Σύμφωνα με τον Bourguignon (1984), η Κοινωνική Ψυχιατρική «είναι μια θεωρία αλλά και μια πρακτική που λαμβάνει υπόψη της την κοινωνία, το κοινωνικό περιβάλλον, όχι μόνο σαν παράσταση στο μυαλό του ασθενή, αλλά και σαν συγκεκριμένη υλική και θεσμική πραγματικότητα» (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Ο όρος Κοινωνική Ψυχιατρική, βασίζεται στην Κλινική Ψυχιατρική και στοχεύει στην πρόληψη μείωση ή εξαφάνιση της ψυχικής αρρώστιας. Εστιάζει στη πολυπλοκότητα των σχέσεων μεταξύ των ατόμων και του κοινωνικού κόσμου στον οποίο λειτουργούν. Επίσης, δίνει μεγάλη έμφαση στην εφαρμογή ερευνητικών προγραμμάτων ή της αξιολόγησης υπηρεσιών στο επίπεδο της κοινότητας (Μαδιανός, 1999).

Συγγενείς όροι της Κοινωνικής Ψυχιατρικής είναι και η Προληπτική, η οποία σύμφωνα με τον Carlan (1964), αναφέρεται στο σύνολο της θεωρητικής και πρακτικής γνώσης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για το σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων που μειώνουν:

- i. την επίπτωση, δηλαδή τις νέες περιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα,
- ii. τη διάρκεια της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών με την ανίχνευση περιπτώσεων, την έγκαιρη παραπομπή, τη διάγνωση και τη θεραπεία περιπτώσεων
- iii. την έκπτωση της λειτουργικότητας που προέρχεται από τη χρονιότητα νόσου. Η πρόληψη των ψυχικών νόσων διακρίνεται σε άμεση ή έμμεση. Έμμεση πρόληψη είναι η πρόληψη της εμφάνισης σωματικών νόσων, όπως η σύφιλη ή η πρόληψη δηλητηριάσεων με ουσίες, όπως αλκοόλ, βαρέα μέταλλα (Μαδιανός, 1999).

Οι βαθμίδες της πρόληψης είναι πρωτογενής και είναι «εκείνη που έχει ένα ευρύ φάσμα στόχων και δραστηριοτήτων, στην οποία εμπλέκονται πολλές επαγγελματικές ομάδες και φορείς της υγείας και της ψυχικής υγείας και καλύπτουν όλες τις φάσεις της ζωής ενός ανθρώπου, από τη προγεννητική, τη νεογνική, την παιδική, την εφηβική, την ενήλικη και το γήρας» (Μαδιανός, 1999).

Οι βασικές αρχές που βασίζεται η Κοινωνική Ψυχιατρική είναι:

- i. η αρχή της ολοκληρωμένης παροχής με μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα
- ii. η αρχή της τομεοποίησης, δηλαδή της παροχής υπηρεσιών σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο
- iii. η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς, η οποία για ορισμένες παθήσεις είναι ο καλύτερος τρόπος αποφυγής της υποτροπής και του εγκλεισμού στο άσυλο
- iv. η αρχή της ανταποκριτικότητας σύμφωνα με την οποία η προέλευση του κοινού στο ΚΚΨΥ είναι ανάλογη με την ανάπτυξη του δικτύου παραπομπών που γίνεται μέσα από τη συνεργασία του κέντρου με τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας (Μαδιανός, 1999).

Οι βασικοί στόχοι της Κοινωνικής Ψυχιατρικής είναι:

- Η αύξηση του εύρους του αριθμού και της εξειδίκευσης των ψυχιατρικών υπηρεσιών
- Η ύπαρξη υπηρεσιών ισότιμα διαθέσιμων και προσεγγίσιμων από κάθε άτομο, ανεξάρτητα από τη γεωγραφική θέση, την οικονομική κατάσταση και τη φυλή

- Η ανάλογη των αναγκών της κοινότητας παροχής υπηρεσιών
- Η μείωση των εισαγωγών στα ψυχιατρεία
- Η μεγιστοποίηση της συμμετοχής των πολιτών στα προγράμματα Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής
- Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών
- Ο συντονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής μέσα στον τομέα
- Η αυξημένη αποδοτικότητα των υπηρεσιών από πλευράς κόστους-οφέλους.

Κατά τον Μαδιανό (1999), παράλληλα με την Κοινοτική Ψυχιατρική αναπτύχθηκε και ο όρος Κοινοτική Ψυχική Υγεία, ο οποίος καθιερώνεται και αναφέρεται περισσότερο σε σχέση με τον όρο Κοινοτική Ψυχιατρική. Ο όρος αυτός περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες που ασκούνται έξω από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες και περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα δυνάμεων και δομών στην κοινότητα, που προάγουν θετικά την ψυχική υγεία των μελών μιας συγκεκριμένης ομάδας, σε αντίθεση με την παραδοσιακή ψυχιατρική προσέγγιση, η οποία εστιάζει στο άτομο που βρίσκεται σε κρίση. Βασική ιδεολογία της είναι ότι οι ψυχικές αρρώστιες είναι σαν όλες τις άλλες αρρώστιες και μπορούν να αντιμετωπισθούν έξω από το ψυχιατρείο, στη κοινότητα, με τη βοήθεια της ίδιας της κοινότητας. Διαχωρίζεται από άλλες μορφές ψυχιατρικής πρακτικής με βάση τους εξής τέσσερις τομείς:

- i. τη θεωρία
- ii. τους ειδικούς πληθυσμιακούς στόχους στους οποίους απευθύνονται οι υπηρεσίες
- iii. την έρευνα
- iv. την κλινική προσέγγιση (Μαδιανός, 1999).

Η Κοινοτική Ψυχική Υγεία στηρίζεται στην ιδεολογική αρχή, ότι οι ιατρικές φροντίδες είναι αναπόσπαστο τμήμα ενός συστήματος παροχής υπηρεσιών, αλλά από μόνες τους αδυνατούν να εξασφαλίσουν την υγεία και την ψυχική ευεξία του ανθρώπου. Η πρακτική εφαρμογή ενός συστήματος κοινοτικής ψυχικής υγείας δεν μπορεί παρά να διαπλέκεται αδιαχώριστα με το σύνολο των ενεργειών και δραστηριοτήτων που διαμορφώνουν τις εκπαιδευτικές, κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες, οι οποίες επηρεάζουν την ψυχική υγεία των μελών της κοινότητας. «Η κοινοτική ψυχική υγιεινή δεν

περιορίζεται στο κληρονομημένο παραδοσιακό σύστημα της ψυχιατρικής περίθαλψης, αλλά αλληλεπιδρά με το κοινωνικό περιβάλλον και συνδιαλέγεται με τις δρώσες κοινωνικές δυνάμεις» (World Health Organization, 1978), (Παπαδάτος, 1987).

Κατά τον Zusman (1974), βασικές επιστήμες της Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας είναι η Κοινωνική Ψυχολογία, η Κοινωνιολογία και η Επιδημιολογία σε αντίθεση με την Κλινική Ψυχιατρική όπου οι βασικές επιστήμες είναι η Βιοχημεία, η Νευροφυσιολογία και η Ψυχαναλυτική Ψυχολογία.

1.1.3. Η Κοινωνική Ψυχιατρική στην Ελλάδα

Ο όρος Κοινωνική Ψυχιατρική κατά τον Μαδιανό (1993), αφορά: την παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς μέσα στην κοινότητα, χωρίς να τους απομακρύνουμε από το φυσικό κοινωνικό τους περιβάλλον και με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας (Μαδιανός, 1993).

Η Κοινωνική Ψυχιατρική υλοποιείται με την δημιουργία εναλλακτικών μορφών περίθαλψης των ασθενών μιας συγκεκριμένης πληθυσμιακής περιοχής προς το άσυλο (Δαμίγος, 2003).

Οι τρεις βασικές αρχές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής σύμφωνα με τον Carlan (1964), είναι:

- i. Η αρχή της ολοκληρωμένης παροχής, με μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα σε σύντομο χρονικό διάστημα και το μικρότερο δυνατό κόστος.
- ii. Η αρχή της τομεοποίησης, με την παροχή υπηρεσιών σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο.
- iii. Η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς, από τον ίδιο θεραπευτή σε όλες τις φάσεις της αρρώστιας του ψυχικά ασθενούς.

Ο Μαδιανός (1994), προσθέτει και μία τέταρτη αρχή: την αρχή της ανταποκριτικότητας, όπου η προσέλευση του κοινού είναι ανάλογη με την ανάπτυξη του δικτύου παραπομπών στο πλαίσιο συνεργασίας του κέντρου με τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας (Μαδιανός, 1994).

Οι αρχές της κοινωνικής ψυχιατρικής αναθεωρήθηκαν αργότερα και χωρίστηκαν σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

- i. Παρεμβατικού χαρακτήρα, οι οποίες περιλαμβάνουν: την αρχή της διαλεκτικής αλληλεπίδρασης, την αρχή της πολιτιστικής συμβατότητας της κάθε κλινικής θεραπευτικής πρακτικής, την αρχή της εκλεκτικής θεραπευτικής προσέγγισης και την αρχή της εκλεκτικής θεραπευτικής αυτοπεριοριστικότητας.
- ii. Διοικητικής υφής, οι οποίες περιλαμβάνουν: την αρχή της διαρκούς αναπροσαρμογής ή και αμφισβήτησης της οργανωτικής δομής, την αρχή σταδιακής ανάπτυξης μέσα στο χωροχρόνο (κοινότητα), την αρχή της δημιουργικής αξιολόγησης, την αρχή της αλληλοσυμπλήρωσης, την αρχή της κυκλικότητας και την αρχή της συλλογικότητας (Μαδιανός, 1994).

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας ταυτίζεται περισσότερο με αμερικάνικο και οδηγεί τους ασθενείς στην αναζήτηση του ανέφικτου για την υγεία τους, γεγονός που δεν επιτρέπει την ύπαρξη κανόνων και σταθερών στο σύστημα υγείας, παρά με το βρετανικό, τουλάχιστον όσον αφορά την κουλτούρα και την παράδοση του ιατρικού σώματος και των ασθενών. Η εμπειρία έχει δείξει ότι όσες φορές επιχειρήθηκε να λειτουργήσει ο τομέας της υγείας βάσει ενός ενιαίου και αυστηρού πλαισίου αρχών και κανόνων, έδειχνε να ασφυκτιά, με αποτέλεσμα να βρίσκει τρόπους για να ξεφεύγει από το πλαίσιο αυτό ή να δημιουργεί στρεβλώσεις. Η χρηματοδότηση γίνεται κυρίως από τη φορολογία και την παροχή από κρατικούς φορείς (Θεοδώρου, Σαρρή & Σούλη, 1997).

Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα παρά τις αντιξοότητες και τα προβλήματα που αντιμετώπισε από άποψη οργάνωσης και λειτουργίας, μπορούμε να πούμε ότι κατέγραψε μια σειρά από ιδιαίτερα χαρακτηριστικά:

I. Μεικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα με πολλές ιδιαιτερότητες

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας αναπτύχθηκε βασισμένο στην κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismarck), στην κάλυψη δηλαδή των υγειονομικών αναγκών των διάφορων επαγγελματικών ομάδων μέσω ασφαλιστικών ταμείων. Το μοντέλο αυτό οδηγείται σταδιακά προς ένα σύστημα υγείας, το οποίο από άποψη χρηματοδότησης εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό του από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge), ενώ ο παραδοσιακός ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης στην κάλυψη του κινδύνου της ασθένειας αποδυναμώνεται χρόνο με τον χρόνο. Έτσι το σύστημα υγείας, ενώ τα συστηματικά- δομικά του στοιχεία το κατατάσσουν πλησιέστερα στο γερμανικό μοντέλο, οργανωτικά, λειτουργικά και χρηματοδοτικά βρίσκεται πλησιέστερα στο αγγλικό σύστημα υγείας (Θεοδώρου, Σαρρή & Σούλη, 1997).

II. Διαφορετικά υποσυστήματα: ένας κατακερματισμός υγειονομικός τομέας

Στη χώρα μας εκτός του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), συνυπάρχουν και λειτουργούν με σχετική αυτονομία και άλλα δύο υποσυστήματα του ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών ταμείων και του ιδιωτικού τομέα. Πιο συγκεκριμένα:

- Οι δομές, οι υποδομές και η στελέχωση του ΕΣΥ, νοσοκομεία, κέντρα υγείας και το ΕΚΑΒ. Οι εργασιακές σχέσεις του ιατρικού προσωπικού

διέπεται από τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ. Οι αρμοδιότητα και ευθύνη ανάπτυξης και λειτουργίας ανήκει στο υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

- Οι δομές, οι υποδομές και το προσωπικό του ΙΚΑ, αλλά και κάποιων άλλων ασφαλιστικών ταμείων, που λειτουργούν με διαφορετικό εργασιακό καθεστώς για τους γιατρούς, αλλά το σημαντικότερο είναι ότι προσφέρουν διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις στους δικαιούχους τους. Η αρμοδιότητα και ευθύνη για τους κλάδους υγείας ανήκει τυπικά στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, αλλά ουσιαστικά όμως λειτουργούν με ευθύνη των ασφαλιστικών φορέων υπό την εποπτεία των του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- Ο μεγάλος ιδιωτικός τομέας με τα πολλά διαγνωστικά κέντρα και τις κλινικές, τα μαιευτήρια, τα εργαστήρια, τα ιατρεία και τα οδοντιατρεία, ο οποίος κατά το ήμισυ χρηματοδοτείται από δημόσιους πόρους κυρίως μέσω των συμβάσεων με ασφαλιστικά ταμεία και το υπόλοιπο από ιδιωτικές πληρωμές των ίδιων των ασθενών. Η αρμοδιότητα και η ευθύνη ανάπτυξης και λειτουργίας ανήκει τυπικά στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (Θεοδώρου, Σαρρή & Σούλη, 1997).

III. Επικάλυψη και υγειονομικές ανισότητες

Τα τρία υποσυστήματα αυτά λειτουργούν ανεξάρτητα το ένα από το άλλο, ιδιαίτερα όσον αφορά την κάλυψη των αναγκών πρωτοβάθμιας περίθαλψης που καλύπτονται κυρίως από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Έτσι το δεύτερο σημαντικό χαρακτηριστικό του υγειονομικού συστήματος είναι ο πολυκερματισμός και οι διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις που συνεπάγονται αδυναμία σχεδιασμού και άσκησης ενιαίας εθνικής υγειονομικής πολιτικής (Θεοδώρου, Σαρρή & Σούλη, 1997).

IV. Δημόσια υγεία και πρωτοβάθμια φροντίδα: οι αδυναμίες του συστήματος

Όσον αφορά τη δημόσια υγεία υπάρχει μεγάλη έλλειψη σε εργαστήρια αλλά και σε ειδικευμένους γιατρούς. Ο ρόλος των τελευταίων καθορίζεται με βάση ξεπερασμένες αντιλήψεις για τη δημόσια υγεία και έχει περισσότερο γραφειοκρατικό χαρακτήρα, παρά ουσιαστικό επιχειρηματικό περιεχόμενο.

Όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα, η κατάσταση στις αγροτικές περιοχές βελτιώθηκε σημαντικά τα τελευταία χρόνια με την λειτουργία των κέντρων υγείας. Στις αστικές περιοχές, αντίθετα, παρουσιάζονται σημαντικές ελλείψεις, πολυκερματισμός και διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις. Το σημαντικότερο πρόβλημα είναι η απουσία οικογενειακού γιατρού, με αποτέλεσμα να υπερφορτώνονται τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και από την άλλη το περιεχόμενο της φροντίδας συχνά συρρικνώνεται σε στοιχειώδη εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ή σε απλή συνταγογραφία. Ιατροπρωληπτικές υπηρεσίες (εμβολιασμοί, παιδική υγιεινή, υγειονομική διαφώτιση, οικογενειακός προγραμματισμός κλπ.) και υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας συνήθως δεν αποτελούν μέρος της καθιερωμένης δέσμης των παρεχόμενων φροντίδων (Θεοδώρου, Σαρρή & Σούλη, 1997).

V. Κτίρια και τεχνολογία: η κατάσταση βελτιώνεται

Σχετικά με την κτιριακή και τεχνολογική υποδομή η κατάσταση φαίνεται ότι θα βελτιωθεί. Μέχρι το 2000, προβλέπεται να προστεθούν στο δυναμικό της νοσοκομειακής περίθαλψης περίπου 5000 νέες κλινικές, να ανεγερθούν κτίρια για 6 Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας, για το Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας, το Εθνικό Κέντρο αιμοδοσίας, κτίρια του ΕΚΑΒ σε 6 μεγάλες πόλεις. Αντίθετα, στις ειδικές κλινικές, όπως για παράδειγμα σε αυτές της εντατικής θεραπείας, της φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, παρατηρείται μεγάλη έλλειψη (Θεοδώρου, Σαρρή & Σούλη, 1997).

VI. Πληθυσμός γιατρών και έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό

Η χώρα μας αποτελείται από μεγάλο αριθμό νοσοκομειακού προσωπικού, όπως γιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, με αποτέλεσμα από την μια να αρχίζουν να δημιουργούνται σοβαρά προβλήματα απασχόλησης και από την άλλη ευνοϊκές συνθήκες αύξησης των δαπανών υγείας κυρίως μέσω της προκλητικής ζήτησης.

Παρά τον μεγάλο αυτόν αριθμό, η κατανομή στις ειδικότητες δεν γίνεται με βάση τις πραγματικές ανάγκες της χώρας, με αποτέλεσμα να έχουμε υπερεπάρκεια σε κάποιες ειδικότητες όπως σε αυτές της γενικής χειρουργικής και γυναικολογίας, και μεγάλες ελλείψεις στη γενική και κοινωνική ιατρική, στην ιατρική της εργασίας και σε άλλες. Αυτή η αδυναμία ελλείψεων μπορεί να

οφείλεται στην αδυναμία ικανοποιητικής ανάπτυξης των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας (Θεοδώρου, Σαρρή & Σούλη, 1997).

VII. Χαμηλή παραγωγικότητα, αντι-οικονομική λειτουργία, ανυπαρξία κινήτρων.

Η παραγωγικότητα του προσωπικού χαρακτηρίζεται χαμηλή και η λειτουργία των περισσότερων μονάδων υγείας του ΕΣΥ κρίνεται αντι-οικονομική αφού πολλά νοσοκομεία έχουν μέση ετήσια κάλυψη κλινών μικρότερη του 50%. Επιπλέον, δεν προσφέρονται κίνητρα στο προσωπικό για την βελτίωση της παραγωγικότητας και την αύξηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών (Θεοδώρου, Σαρρή & Σούλη, 1997).

VIII. Απουσία αξιόπιστων χρηματοδοτικών μηχανισμών και μεγάλη παραοικονομία

Η χρηματοδότηση του συστήματος παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα. Απουσιάζουν τόσο οι θεσμοθετημένοι κανόνες και οι παγιωμένοι χρηματοδοτικοί μηχανισμοί, όσο και μέτρα ελέγχου του κόστους. Η σταδιακή μετατόπιση του βάρους της χρηματοδότησης από τα ασφαλιστικά ταμεία στον κρατικό προϋπολογισμό εντείνει τον άδικο, κοινωνικά, τρόπο χρηματοδότησης λόγω του αντιστρόφως προοδευτικού χαρακτήρα του φορολογικού μας συστήματος, που γίνεται ακόμη περισσότερο άδικος λόγω της παραοικονομίας. Επιπλέον, οι ανεπάρκειες και ελλείψεις του δημόσιου τομέα υγείας, η υπερπροσφορά γιατρών, η ανεξέλεγκτη εγκατάσταση υψηλού κόστους και η λειτουργία ιδιωτικών κέντρων, δημιουργούν ευνοϊκές συνθήκες αυξημένης ζήτησης, αυξάνουν τις δαπάνες υγείας και ευνοούν την παραοικονομία (Θεοδώρου, Σαρρή & Σούλη, 1997).

IX. Συγκεντρωτισμός και γραφειοκρατία

Το σύστημα υγείας διοικητικά παραμένει έντονα συγκεντρωτικό και γραφειοκρατικό χωρίς ισχυρή περιφερειακή διάρθρωση. Ο ρόλος της περιφέρειας, της νομαρχίας και της τοπικής αυτοδιοίκησης είναι πολύ περιορισμένος (Θεοδώρου, Σαρρή & Σούλη, 1997).

X. Ο ασθενής δεν έχει λόγο και συμμετοχή στο σύστημα

Ο ασθενής στο ελληνικό σύστημα υγείας παραμένει αποδυναμωμένος, χωρίς λόγο και δυνατότητα παρέμβασης στο σχέδιο και την εφαρμογή της υγειονομικής πολιτικής, αλλά και χωρίς δικαιώματα στην πράξη. Η συμμετοχή του στον σχεδιασμό της υγειονομικής πολιτικής σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο είναι σχεδόν ανύπαρκτη (Θεοδώρου, Σαρρή & Σούλη, 1997).

XI. Αυξημένη δυσaréσκεια του ασθενή

Συνέπεια όλων αυτών που αναφέρθηκαν είναι η περιορισμένη αξιοπιστία του συστήματος και η χαμηλή ικανοποίηση του ασθενούς. Πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι η Ελλάδα, η Πορτογαλία και η Ιταλία είναι οι χώρες με τα μεγαλύτερα ποσοστά δυσaréστημένων πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας. Η χαμηλή αξιοπιστία και η αυξημένη δυσaréσκεια αναγκάζουν συχνά τον ασθενή να περιπλανάται στο σύστημα χωρίς σταθερό σημείο αναφοράς αναζητώντας μια δεύτερη ή τρίτη γνώμη, προκαλώντας πληθωρισμό επισκέψεων και διαγνωστικών εξετάσεων (Θεοδώρου, Σαρρή & Σούλη, 1997).

Το Ελληνικό υγειονομικό σύστημα, αποτελεί ένα μείγμα δημόσιου μοντέλου με συμβάσεις και δημόσιου ολοκληρωμένου μοντέλου. Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από δημόσιους πόρους, οι προμηθευτές είναι κυρίως δημόσιου χαρακτήρα, ενώ σημαντική είναι και η παρουσία των συμβεβλημένων ιδιωτικών, ιδιαίτερα στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.

Η Ελλάδα θεωρείται μια χώρα με συγκριτικά πολύ χαμηλό ποσοστό δαπανών υγείας επί του ΑΕΠ. Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά η χώρα μας το 1994 δαπανούσε για την υγεία το 5,2% του ΑΕΠ. Το ύψος των δαπανών είναι μεγαλύτερο μόνο από το αντίστοιχο της Τουρκίας. Το πραγματικό ύψος των δαπανών υγείας κυμαίνεται γύρω στο 8% του ΑΕΠ. Περίπου το 60% προέρχεται από δημόσιες πληρωμές και το 40% από ιδιωτικές (Θεοδώρου, Σαρρή & Σούλη, 1997).

1.1.4. Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

Με την πρόοδο των θεραπευτικών μέσων για την ψύχωση και τη συνειδητοποίηση της σημασίας των κοινωνικών παραγόντων στην αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής, άρχισε βαθμιαία σε όλες τις χώρες του κόσμου και ιδιαίτερα στην Ευρώπη και την Αμερική μια αλλαγή στη φιλοσοφία και την πρακτική της αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών. Οι αλλαγές αυτές είχαν ως αποτέλεσμα την προσπάθεια βαθμιαίας μετάβασης από την ψυχιατρική του ασύλου στην περίθαλψη στην κοινότητα (Λιάκος & Υφαντόπουλος, 1990).

Κατά την διεργασία αυτή, η οποία αποτελεί την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, γεννήθηκαν νέες ιδέες, προβληματισμοί και αμφισβητήσεις. Υπήρξαν παραδείγματα προσπάθειας απότομης μετάβασης από την ασυλική ψυχιατρική στην κοινοτική ψυχιατρική και ένα τέτοιο παράδειγμα είναι η μεταρρύθμιση που πραγματοποιήθηκε στην Τεργέστη της Ιταλίας, όπου με νόμο έκλεισαν τα ψυχιατρεία και η ευθύνη της περίθαλψης των ασθενών μεταβιβάστηκε στην τοπική αυτοδιοίκηση (Λιάκος & Υφαντόπουλος, 1990).

Η διαδικασία της μεταρρύθμισης είναι μια πολύπλοκη και δύσκολη στην πράξη διεργασία που μπορεί να γίνει μόνο σε βαθμιαία συρρίκνωση της νοσηλείας στο άσυλο, διαδοχική ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών περίθαλψης, σωστή κατανομή των πόρων, σύμφωνα με τις αρχές της τομεοποίησης, ευαισθητοποίηση και επιμόρφωση της κοινότητας ώστε να αποδεχτεί τις νέες πρακτικές και να καμφθούν οι αντιστάσεις και ανησυχίες που προέρχονται από τις προκαταλήψεις για την ψυχική ασθένεια (Λιάκος & Υφαντόπουλος, 1990).

Μεγάλη βαρύτητα έχει η εκπαίδευση του κατάλληλου προσωπικού το οποίο θα διαθέτει τις γνώσεις, δεξιότητες και στάσεις που απαιτούνται για την υλοποίηση της περίθαλψης στην κοινότητα. Σημαντικές αλλαγές πρέπει να γίνουν στη στάση του προσωπικού, έτσι ώστε να γίνει αντιληπτό ότι η ψυχική υγεία και ασθένεια αποτελούν ένα συνεχές και ότι οι ανάγκες του ασθενή δεν καλύπτονται με την πρόληψη και τη θεραπεία της ψυχικής διαταραχής, αλλά χρειάζεται επίσης φροντίδα για την κάλυψη αναγκών διαβίωσης, επανεκπαίδευση για την επανάκτηση των χαμένων κοινωνικών δεξιοτήτων του ασθενή και εκπαίδευση για την επαγγελματική του αποκατάσταση (Λιάκος & Υφαντόπουλος, 1990).

Το πρόβλημα του κόστους για τη δημιουργία των νέων μορφών περίθαλψης και ο σημαντικός χρόνος που απαιτείται για τη δημιουργία του κατάλληλου προσωπικού υποχρεώνει σε βαθμιαία μετάβαση σε αυτές. Οι μέχρι τώρα ενδείξεις, από τις μελέτες που έχουν γίνει, δείχνουν ότι μετά τη φάση ανάπτυξης νέων δομών περίθαλψης, κατά τη διάρκεια της οποίας απαιτείται ένα επιπρόσθετο κόστος, το κόστος ανά ασθενή στην περίπτωση της κοινοτικής ψυχιατρικής είναι μικρότερο, αλλά και η ποιότητα της ζωής των ασθενών που περιθάλπονται στην κοινότητα είναι καλύτερη (Λιάκος & Υφαντόπουλος, 1990).

1.1.5. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα

Στη χώρα μας η ψυχιατρική μεταρρύθμιση άρχισε ουσιαστικά τη δεκαετία του '80 με την είσοδό μας στην Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (ΕΟΚ), και με αφορμή μια διεθνή ευαισθητοποίηση που αφορούσε τις συνθήκες νοσηλείας στο ψυχιατρείο της Λέρου. Η ευρωπαϊκή κοινότητα αποφάσισε να χρηματοδοτήσει την ψυχιατρική μεταρρύθμιση με τον κανονισμό 815/84. Σύμφωνα με ένα σχέδιο που εκπονήθηκε από Έλληνες και ξένους εμπειρογνώμονες, άρχισε η βαθμιαία ανάπτυξη κοινοτικών μορφών ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και η ταυτόχρονη προσπάθεια αναμόρφωσης και εκσυγχρονισμού των ψυχιατρείων της χώρας. Από το 1984, βάσει του κανονισμού 815/84, η χρηματοδότηση των προγραμμάτων αυτών κατά 55% έγινε από την ευρωπαϊκή κοινότητα. Το πρόγραμμα περιελάμβανε την ανάπτυξη της κτιριακής υποδομής, την πειραματική λειτουργία εναλλακτικών κοινοτικών μορφών περίθαλψης προς το άσυλο και την εκπαίδευση του κατάλληλου προσωπικού. Λόγω καθυστέρησης στην απορρόφηση των κονδυλίων, ο κανονισμός 815/84 παρατάθηκε μέχρι τον Ιούνιο του 1995 (Λιάκος, 1990). Στη χώρα μας έχουν υλοποιηθεί εκατόν είκοσι οκτώ (128) μεταρρυθμιστικά προγράμματα. Παρ' όλα αυτά λόγω απουσίας τομεοποίησης της χώρας, η κατανομή των προγραμμάτων δεν έγινε σύμφωνα με τις πληθυσμιακές ανάγκες. Παρόλα αυτά, ο κανονισμός 815/84 έδωσε την ευκαιρία για σημαντική πρόοδο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, δημιουργώντας παράλληλα έναν πυρήνα επαγγελματιών ψυχικής υγείας που θα συμβάλλει στην παραπέρα εξέλιξη του συστήματος (Λιάκος & Υφαντόπουλος, 1990).

Σύμφωνα με τον Πλουμπίδη (1983), η εξέλιξη της ψυχιατρικής στην Ελλάδα συνδέεται με δύο σημαντικούς παράγοντες: την εδραίωση των αστικών σχέσεων στη νεοελληνική κοινωνία του 19ου αιώνα και την επίδραση του δυτικοευρωπαϊκού προτύπου από τα μέσα του 19ου αιώνα. Τα πρότυπα των συμπεριφορών βασίζονται στις παραδόσεις της βυζαντινής ορθοδοξίας. Η εκκλησία και τα μοναστήρια αποτελούν τους χώρους που συγκεντρώνονται οι ψυχικά ασθενείς, μιας και έχουν αποκτήσει τη φήμη ότι είναι δυνατόν να θεραπεύσουν τη δαιμονοκρατούμενη ψυχική ασθένεια. Οι ασθενείς υποβάλλονται σε αυστηρή νηστεία και προσευχή, ενώ σε στιγμές διέγερσης δένονται σε κρίκους και ξυλοκοπούνται από τους ρωμαλέους καντηλανάφτες, με σκοπό να αποβληθεί ο διάβολος που υπάρχει στο ψυχικά πάσχοντα μέχρι τα μέσα του 19ου αιώνα (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Παράλληλα με τη θρησκευτική αντίληψη που επικρατούσε από την εκκλησία, ιδρύθηκαν από τα μέσα του 18ου αιώνα και λειτούργησαν με εισφορές του Πατριαρχείου και πλούσιων Ελλήνων, εγκατεστημένων στις πόλεις της Μ. Ασίας, ιδρύματα που λειτουργούσαν ως νοσοκομείο, άσυλα και σωφρονιστήρια, στα οποία κατέφευγαν οι άποροι, οι άρρωστοι, οι γέροντες, οι ψυχοπαθείς, γυναίκες κακής διαγωγής, υγιείς ή άρρωστοι κακοποιοί και ορφανά. Τα ιδρύματα αυτά λειτούργησαν στην Κωνσταντινούπολη, τη Χίο και τη Σμύρνη και πρόσφεραν μια πρόσκαιρη και αναγκαστική λύση στους απόκληρους των λαϊκών τάξεων, εξασφαλίζοντας άλλοθι της κοινωνικής αλληλεγγύης στα εύπορα στρώματα των Ελλήνων (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Το 1862, δημοσιεύεται ο Νόμος ΨΜΒ' «Περί συστάσεως Φρενοκομείου», που αποτελεί και το πρώτο νομοθετικό κείμενο του ελληνικού κράτους για την ψυχική ασθένεια και τους ψυχικά πάσχοντες. Ο νόμος αυτός είναι επηρεασμένος από το αντίστοιχο Γαλλικό Νόμο του 1838. Το 1864 περνάει στο ελληνικό δημόσιο το ψυχιατρείο της Κέρκυρας που έχει ιδρυθεί το 1838 από τις αγγλικές αρχές και στεγάζεται σε παλιούς αγγλικούς στρατώνες.

Το 1882, δημιουργήθηκε το «Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο» από τον Τζωρτζή και Ταρσήλ Δρομοκαΐτη. Αρχισε να λειτουργεί το 1887 και η πλειοψηφία των τροφίμων προέρχονταν από εύπορα στρώματα μέχρι το 1915.

Σύμφωνα με τον Πλουμπίδη (1983), τον 20ο αιώνα παράλληλα με το ψυχιατρείο της Κέρκυρας, ιδρύεται το Αιγινήτειο Νοσοκομείο για την

πανεπιστημιακή διδασκαλία των φοιτητών της Ιατρικής Σχολής. Την ίδια περίοδο αρχίζουν να εμφανίζονται αρκετές ιδιωτικές κλινικές με πρώτες από αυτές την κλινική του Σιμωνίδη Γ. Βλαβιανού, που ιδρύθηκε το 1904. Ακολούθησαν και άλλες ιδιωτικές κλινικές όπως αυτή του καθ. Μ. Κατσαρά στο Π. Φάληρο, του Γ. Νικολάου στην Αλεξάνδρεια (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1920 και μετά την Μικρασιατική Καταστροφή του 1922, οι κοινωνικές διαταραχές και οι μετακινήσεις του πληθυσμού επηρέασαν την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ατόμου και προκάλεσαν ψυχικές διαταραχές. Οι στερήσεις, οι κακοπάθειες, η γενική κρίση και η κατακόρυφη αύξηση πληθυσμού, συντελούν στην άνοδο της ψυχικής νοσηρότητας και στην ανάγκη για ψυχιατρική περίθαλψη, με αποτέλεσμα το άσυλο της Αγίας Ελεούσας να δεχτεί αριθμό τροφίμων πολλαπλάσιο αυτών που θα μπορούσε να καλύψει με τα λιγοστά μέσα και την εντελώς ακατάλληλη υποδομή του, το οποίο το 1924 μετονομάζεται σε «Δημόσιο Ψυχιατρείο Αγίας Ελεούσας» (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Την ίδια περίοδο οργανώνεται η λειτουργία του Δημόσιου Ψυχιατρείου Αθηνών στο Δαφνί και αρχίζει η εγκατάσταση στο χώρο του ψυχιατρείου των πρώτων ασθενών, οι οποίοι πρόκειται να εργασθούν στην κατασκευή συγκροτημάτων του νέου ιδρύματος. Το 1934 ψηφίζεται ο νόμος «Περί οργανώσεων Δημοσίων Ψυχιατρείων», ο οποίος εστιάζει στις λειτουργίες του ιδρύματος με την δημιουργία νέων πτερυγών για ασθενείς, τη συμπλήρωση θέσεων ιατρικού προσωπικού και τον σχηματισμό επιστημονικής ομάδας που αποτελείται από 15 – 20 γιατρούς. Επίσης, δημιουργούνται μικροβιολογικό εργαστήριο, χειρουργικό τμήμα και φαρμακείο (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Ο πόλεμος του '40 και η Κατοχή δεν άφησαν ανεπηρέαστη τη λειτουργία των ιδρυμάτων. Η μέριμνα της πολιτείας στρέφεται την εποχή αυτή στα Γενικά Νοσοκομεία και όχι στην περίθαλψη των ψυχικά ασθενών. Μια δεκαετία μετά, το 1950, το Δημόσιο Ψυχιατρείο επεκτείνεται, ενώ εφαρμόζονται νέες μέθοδοι θεραπείας όπως η σπασμοθεραπεία με ηλεκτροσόκ και η θεραπεία της Σχιζοφρένειας με χειρουργική επέμβαση. Στη συνέχεια, αρχίζει να λειτουργεί το Άσυλο Ψυχοπαθών της Λέσβου και μεταφέρονται εκεί αρκετοί από τους ασθενείς του Δημόσιου Ψυχιατρείου (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Σύμφωνα με τον Φιλανδρινό το 1961, δημιουργείται σε ανεξάρτητη μονάδα το τμήμα τοξικομανίας και λίγα χρόνια αργότερα αρχίζουν να δημιουργούνται εξωτερικά ιατρεία και ιατροπαιδαγωγικοί σταθμοί στην Αθήνα. Παράλληλα όμως και κυρίως κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα αρχίζει με αργούς ρυθμούς να εφαρμόζεται η διαδικασία της αποασυλοποίησης, ενώ αναπτύσσονται οι κλάδοι της απασχολησιοθεραπείας και της μετανοσοκομειακής μέριμνας. Αρχίζουν να λειτουργούν κοινωνικές υπηρεσίες, ψυχολογικό εργαστήριο και φυσιοθεραπευτικό τμήμα (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Όσον αφορά λοιπόν την εξέλιξη της ιδρυματικής περίθαλψης στη χώρα μας, η πορεία των ιδρυμάτων παρουσιάζει ομοιότητες με την εξέλιξη των ιδρυμάτων ασυλικής μορφής στην υπόλοιπη Ευρώπη. Η μόνη διαφορά είναι ότι υπήρξε μεγάλη καθυστέρηση στη δημιουργία αντίστοιχων ιδρυμάτων στη χώρα μας, πράγμα που σχετίζεται με την χρονική υστέρηση των κοινωνικό – οικονομικών συνθηκών που δημιούργησαν και στήριξαν τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα.

1.1.6. Αλλαγή Προσέγγισης

Η περίθαλψη των πασχόντων από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές πάντοτε αντικατόπτριζε τον τρόπο με τον οποίο οι κυριαρχούσες κοινωνικές αξίες θεωρούσαν τις ψυχικές νόσους. Διαμέσου των αιώνων, οι άνθρωποι με αυτές τις διαταραχές αντιμετώπιζονταν με διάφορους τρόπους. Τους έδιναν ξεχωριστή θέση σε κοινωνίες που πίστευαν ότι μιλούσαν με τους θεούς και τους νεκρούς. Τον Μεσαίωνα, στην Ευρώπη και αλλού, τους βασάνιζαν και τους έκαιγαν στην πυρά, τους κλείδωναν σε μεγάλα ιδρύματα, γίνονταν αντικείμενα έρευνας για την επιστήμη και τέλος, περιθάλλπονταν και ενσωματώνονταν στις κοινότητες που ανήκαν (Πασαντωνόπουλος & Ζαχαριάς, 2001).

Στη Ευρώπη, υπήρξαν διάφορες τάσεις κατά τον 19ο αιώνα. Από τη μια οι ψυχικές ασθένειες έγιναν αντικείμενο επιστημονικής έρευνας, η ψυχιατρική αναπτύχθηκε ως ιατρικός κλάδος και οι ψυχικά ασθενείς θεωρούνταν ασθενείς με ιατρικό πρόβλημα. Από την άλλη, οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές, όπως και άλλοι με πολλές άλλες ασθένειες και ανεπιθύμητη κοινωνική συμπεριφορά, απομονώνονταν και περιορίζονταν σε μεγάλα ιδρύματα, τα κρατικά ψυχιατρεία ή άσυλα. Αυτές οι τάσεις διαδόθηκαν και στις

άλλες ηπείρους, όμως στο δεύτερο ήμισυ του 20ου αιώνα, μια αλλαγή προσέγγισης άρχισε (Πασαντωνόπουλος & Ζαχαριάς, 2001).

Μια σωστή και αντικειμενική διάγνωση είναι ουσιώδης, ώστε να σχεδιαστεί η φροντίδα κατά περίπτωση και να αποφασιστεί η κατάλληλη θεραπεία. Όσο νωρίτερα αρχίσει η σωστή θεραπεία, τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση. Ως κατάλληλη θεραπευτική αγωγή για τις ψυχικές διαταραχές και τις διαταραχές της συμπεριφοράς, εννοείται η ορθολογική χρήση φαρμακολογικών, ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων με γνώμονα πάντοτε την κλινική αποτελεσματικότητα στην πράξη. Η αντιμετώπιση συγκεκριμένων ψυχιατρικών προβλημάτων περιλαμβάνει παρεμβάσεις που αφορούν τους τομείς της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης (Πασαντωνόπουλος & Ζαχαριάς, 2001).

Η ψυχοφαρμακολογία έκανε σημαντικές προόδους, με την ανακάλυψη καινούργιων φαρμάκων, ιδίως με τα νευροληπτικά και τα αντικαταθλιπτικά, όπως και με την ανάπτυξη νέων μορφών ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων.

Κοινωνικά και ψυχικά στοιχεία ενσωματώθηκαν σταθερά στον ορισμό της υγείας του νεοϊδρυμένου Π.Ο.Υ. το 1948. Αυτά τα επιστημονικά και κοινωνικοπολιτικά συμβάντα, συνέβαλαν ώστε να μετατεθεί το κέντρο βάρους της φροντίδας από τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα σε μια πιο ανοικτή και ευέλικτη φροντίδα μέσα στην κοινότητα (Πασαντωνόπουλος, 2001).

Η αποτυχία των ασύλων αποδεικνύεται από επανειλημμένες περιπτώσεις κακομεταχείρισης ασθενών, από τη γεωγραφική απομόνωση των ιδρυμάτων αλλά και του προσωπικού, από την κακή παρακολούθηση των ασθενών, τους ανεπαρκείς ελέγχους ποιότητας, την κακή διαχείριση και διοίκηση και την κατασπατάληση πόρων. Επίσης, οι συνθήκες διαβίωσης στα ψυχιατρεία σε όλο τον κόσμο είναι κακές, και οδηγούν σε καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και χρονιότητα. Οι συνθήκες στα νοσοκομεία των ανεπτυγμένων χωρών είναι καλύτερες από τις συνθήκες ζωής σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες. Αν όμως, γίνει σύγκριση ανάμεσα στις συνθήκες ζωής σε μια κοινότητα με εκείνες ενός ψυχιατρείου στην ίδια κοινότητα, οι συνθήκες στο ψυχιατρείο είναι κακές (Ζαχαριάς & Πασαντωνόπουλος, 2001).

Αντιθέτως, η φροντίδα στην κοινότητα ενδυναμώνει τα άτομα με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Στην πράξη, η κοινοτική φροντίδα απαιτεί την ανάπτυξη ποικίλων υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο. Αυτή η διεργασία έχει ως

στόχο, αφενός να σιγουρέψει ότι μερικές από τις προστατευτικές λειτουργίες του ασύλου υπάρχουν ολοκληρωμένες στην κοινότητα και αφετέρου να εκμηδενίσει τις αρνητικές πλευρές αυτών των ιδρυμάτων. Η φροντίδα μέσα στην κοινότητα, ως προσέγγιση, σημαίνει:

- Υπηρεσίες κοντά στην κατοικία, συμπεριλαμβανομένης της εισαγωγής σε γενικό νοσοκομείο για επείγουσες καταστάσεις, και δυνατότητα μονιμότερης στέγασης στην κοινότητα
- Παρέμβαση τόσο στα συμπτώματα όσο και στην προκαλούμενη από αυτά ανικανότητα
- Ευρεία ποικιλία υπηρεσιών που υπηρετούν τις ανάγκες των πασχόντων από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές
- Συντονισμός κοινοτικών υπηρεσιών και επαγγελματιών του κλάδου
- Κινητές και όχι στατικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων και μονάδων για κατ' οίκον θεραπεία
- Συνεργασία με τους νοσηλευτές και τους φροντιστές των ασθενών, και εξυπηρέτηση των αναγκών τους
- Νομοθεσία υποστηρικτική των παραπάνω (Πασαντωνόπουλος & Ζαχαριάς, 2001).

Τα συσσωρευμένα στοιχεία της ανεπάρκειας των ψυχιατρείων, μαζί με την ιδρυματοποίηση -την μονιμοποίηση της ανικανότητας, εξαιτίας της κοινωνικής απομόνωσης και της ιδρυματικής φροντίδας- οδήγησαν στο κίνημα της αποϊδρυματοποίησης (Πασαντωνόπουλος & Ζαχαριάς, 2001).

Η αποϊδρυματοποίηση είναι μια σύνθετη διεργασία, που οδηγεί στη δημιουργία ενός στέρεου δικτύου εναλλακτικών λύσεων στο κοινοτικό επίπεδο. Το κλείσιμο των νοσοκομείων χωρίς εναλλακτικές διεξόδους προς τις κοινοτικές δομές είναι το ίδιο επικίνδυνο, όσο και να δημιουργηθούν οι κοινοτικές δομές χωρίς να κλείσουν τα ψυχιατρεία. Και τα δύο πρέπει να γίνουν ταυτόχρονα και συντονισμένα. Μια σωστή αποϊδρυματοποίηση έχει τρεις βασικές διαστάσεις:

- Αποφυγή καταχρηστικών εισαγωγών στα ψυχιατρεία, λόγω της ύπαρξης κοινοτικών υπηρεσιών

- Έξοδος χρόνιων ιδρυματοποιημένων ασθενών, αφού έχουν προετοιμαστεί επαρκώς, και ανάληψη της ευθύνης φροντίδας τους από κοινοτικές υπηρεσίες.
- Ίδρυση και συντήρηση υποστηρικτικών κοινοτικών συστημάτων για τους μη ιδρυματοποιημένους ασθενείς.

Η αποϊδρυματοποίηση δεν είναι πάντα επιτυχής, και η κοινοτική περίθαλψη αντιμετωπίζει λειτουργικά προβλήματα. Ένας από τους λόγους που δεν υπάρχουν καλύτερα αποτελέσματα, είναι και το ότι οι κυβερνήσεις δεν έχουν επαναπροωθήσει τους πόρους, που εξοικονόμησαν μετά το κλείσιμο των νοσοκομείων, στην κοινοτική περίθαλψη. Το προσωπικό δεν προετοιμάστηκε αρκετά, ώστε να δεχτεί το νέο του ρόλο. Και το στίγμα που ακολουθεί τις ψυχικές διαταραχές παραμένει ισχυρό, με επακόλουθο τις αρνητικές αντιδράσεις του κοινού έναντι των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές. Σε μερικές χώρες, πολλοί άνθρωποι με σοβαρές ψυχικές ασθένειες καταλήγουν στη φυλακή ή άστεγοι (Πασαντωνόπουλος & Ζαχαριάς, 2001).

Παρακολουθώντας την τάση για μετακίνηση του κέντρου βάρους της φροντίδας από το νοσοκομείο προς την κοινότητα, βαθιές πολιτικές αλλαγές έχουν γίνει σε μερικές χώρες.

Το κυρίαρχο μοντέλο οργάνωσης μιας ολοκληρωμένης ψυχιατρικής φροντίδας, σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, είναι η δημιουργία γεωγραφικά καθορισμένων περιοχών, οι ονομαζόμενοι τομείς. Αυτή η ιδέα αναπτύχθηκε στα μέσα του 20ου αιώνα στη Γαλλία, και από τη δεκαετία του εξήντα και μετά, εφαρμόστηκε ως οργανωτική αρχή σε όλες σχεδόν τις χώρες της δυτικής Ευρώπης, με μέγεθος πληθυσμού 25.000 ως 30.000 ανά τομέα. Αυτή η αντιμετώπιση, έχει πολλά κοινά με την ιδέα της υγειονομικής περιφέρειας στη στρατηγική της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Πασαντωνόπουλος & Ζαχαριάς, 2001).

Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, τα προγράμματα περίθαλψης ατόμων με ψυχικά και συμπεριφορικά προβλήματα έχουν χαμηλή προτεραιότητα. Υπάρχει ένας μικρός αριθμός ιδρυμάτων με ανεπαρκές προσωπικό και μεθόδους και το είδος των υπηρεσιών δείχνει πόσο λίγο γίνονται αντιληπτές οι ανάγκες των ασθενών ή οι διαθέσιμες μέθοδοι θεραπείας και φροντίδας (Πασαντωνόπουλος & Ζαχαριάς, 2001).

Στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, δεν υπάρχει ψυχιατρική φροντίδα για την πλειονότητα του πληθυσμού. Οι μόνες διαθέσιμες υπηρεσίες είναι τα ψυχιατρεία. Είναι συνήθως συγκεντρωτικά και δύσκολα προσβάσιμα, οπότε οι άνθρωποι φτάνουν εκεί μόνο όταν δεν μπορούν να κάνουν κάτι άλλο. Τα νοσοκομεία είναι μεγάλου μεγέθους, φτιαγμένα με τη λογική του χαμηλού κόστους λειτουργίας και όχι της θεραπείας. Κατά ένα τρόπο, το άσυλο γίνεται το ίδιο μια κοινότητα, με πολύ μικρή επαφή με την ευρύτερη κοινωνία. Τα νοσοκομεία λειτουργούν με νομοθεσία που είναι περισσότερο ποινική, παρά θεραπευτική. Σε πολλές χώρες, νόμοι που πάνε πάνω από 40 χρόνια πίσω, βάζουν εμπόδια στην εισαγωγή και την έξοδο. Επιπλέον, οι περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες δεν έχουν επαρκή εκπαιδευτικά προγράμματα σε εθνικό επίπεδο για ψυχιάτρους, ψυχιατρικούς νοσηλευτές, κλινικούς ψυχολόγους, ψυχιατρικούς κοινωνικούς λειτουργούς και εργοθεραπευτές. Αφού υπάρχουν τόσο λίγοι εξειδικευμένοι επαγγελματίες, η κοινότητα στρέφεται στους υπάρχοντες παραδοσιακούς θεραπευτές (Πασαντωνόπουλος & Ζαχαριάς, 2001).

Αποτέλεσμα αυτών των παραγόντων είναι, ότι οι ψυχικά πάσχοντες αποκτούν μια αρνητική ιδρυματική εικόνα, πράγμα που επιβαρύνει το στίγμα που έχουν ως πάσχοντες από μια ψυχική ή συμπεριφορική διαταραχή. Ακόμη και σήμερα, αυτά τα ιδρύματα καταπατούν πολλές φορές τα ανθρώπινα δικαιώματα των πασχόντων από ψυχικές διαταραχές (Πασαντωνόπουλος & Ζαχαριάς, 2001).

Σύμφωνα με τον Mohit (1999) και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1975) μερικές αναπτυσσόμενες χώρες, ιδιαίτερα στην περιφέρεια της Ανατολικής Μεσογείου, έχουν επιχειρήσει να σχεδιάσουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε εθνικό επίπεδο, να αναπτύξουν τους ανθρώπινους πόρους και να ενσωματώσουν την ψυχική υγεία στην γενική υγειονομική περίθαλψη, σύμφωνα με τις συστάσεις μιας επιτροπής ειδικών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 1974 (Πασαντωνόπουλος & Ζαχαριάς, 2001).

Το 1991, η Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών υιοθέτησε τις αρχές προστασίας ατόμων με ψυχικές ασθένειες και της βελτίωσης της φροντίδας για την ψυχική υγεία. Αναγνωρίζεται, ότι «παραβιάζονται τα ανθρώπινα δικαιώματα όταν παραμελείται ο ασθενής λόγω διακρίσεων, αδιαφορίας και αδυναμίας πρόσβασής του σε υπηρεσίες, και λόγω αυθαίρετων,

περιοριστικών και καταπιεστικών συμβάσεων» (Πασαντωνόπουλος & Ζαχαριάς, 2001).

Όπου έχουν ιδρυθεί τα τελευταία χρόνια υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε αναπτυσσόμενες χώρες, είναι ενσωματωμένες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Από μια άποψη, αυτό μπορεί να θεωρηθεί αναγκαίο, δεδομένης της έλλειψης ειδικών και πόρων για ειδικευμένες υπηρεσίες. Από τη άλλη, ίσως υπάρχει εκμετάλλευση στην ευκαιρία οργάνωσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τρόπο που να αποφεύγεται το στίγμα, η απομόνωση και οι διακρίσεις. Αυτή η προσέγγιση, όπου γίνεται εκμετάλλευση όλων των διαθέσιμων πόρων της κοινότητας, έχει το πλεονέκτημα ότι δίνει τη δυνατότητα στα άτομα, τις οικογένειες και στις κοινότητες να θέσουν στην ημερήσια διάταξη την ψυχική υγεία και αυτή να μην απασχολεί μόνο τους άμεσα εμπλεκόμενους. Τελευταία όμως, στις αναπτυσσόμενες χώρες, η ψυχική υγεία δεν είναι στο προσκήνιο (Πασαντωνόπουλος & Ζαχαριάς, 2001).

Παρά τις μεγάλες διαφορές μεταξύ αναπτυσσόμενων και αναπτυγμένων χωρών στην ψυχική υγεία, όλες έχουν ένα κοινό πρόβλημα: την κακή χρήση των διαθέσιμων ψυχιατρικών υπηρεσιών. Ακόμα και σε χώρες με καλά οργανωμένες υπηρεσίες, λιγότεροι από τους μισούς εξ όσων χρειάζονται φροντίδα κάνουν χρήση αυτών των υπηρεσιών. Αυτό σχετίζεται τόσο με το στίγμα που συνδέεται με όσους έχουν ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές όσο και με την ανεπάρκεια των υπηρεσιών που προσφέρονται.

1.1.7. Το Πρόγραμμα της Λέρου

Το 1958, προκειμένου να μειωθούν οι ασθενείς στα άσυλα, ιδρύθηκε το Ψυχιατρείο της Λέρου. Εκεί μεταφέρθηκαν αρχικά τριακόσιοι ασθενείς οι οποίοι δεν είχαν δεχτεί επίσκεψη για διάστημα μεγαλύτερο του ενός χρόνου. Ο αριθμός των ασθενών αργότερα πολλαπλασιάστηκε καθώς μεταφέρθηκαν και ασθενείς από άλλα ψυχιατρεία της χώρας. Παράλληλα ιδρύθηκαν και άλλα ψυχιατρικά νοσοκομεία όπως της Τρίπολης και της Πέτρας Ολύμπου το 1971. Η μεγάλη συσσώρευση των ψυχικά σθενών (2000 ασθενείς έως το 1980) οδήγησε στο να θυμίζει το ψυχιατρείο στρατόπεδο συγκέντρωσης. Το πρόβλημα του Ψυχιατρείου της Λέρου απέκτησε διεθνείς διαστάσεις και έδωσε την αφορμή ώστε να διατυπωθούν προτάσεις για την διάλυση του ή την συρρίκνωση του (Μαδιανός, 1994).

Η Επιτροπή Ψυχικής Υγείας το 1984, σχεδίασε ένα πενταετές πρόγραμμα ψυχικής υγείας στα πλαίσια της ειδικής χρηματοδότησης της Ε.Ο.Κ, το οποίο χωρίζεται σε δύο φάσεις (Κανονισμός 815/84) (Μαδιανός, 1994).

Στο πρόγραμμα περιλαμβάνεται και η προετοιμασία για την έξοδο μερικών δεκάδων ακόμη νοσηλευόμενων καθώς και η οργάνωση ομάδων παρέμβασης (Μαδιανός, 1994).

Ο θόρυβος όμως που ξεσήκωσε την κατάσταση στο Ψυχιατρείο της Λέρου το 1990 και η κακή διαχείριση πόρων οδήγησε στην προσωρινή αναστολή του κανονισμού 815. Η συνέχιση της υλοποίησης του ήδη υπάρχοντος προγράμματος επιτεύχθηκε ύστερα από την ολοκλήρωση και παράδοση εκθέσεων παρακολούθησης και εξέλιξης των προγραμμάτων από ειδικούς εμπειρογνώμονες (Μαδιανός, 1994).

Ως συνέχεια του πενταετούς αυτού προγράμματος για την ψυχική υγεία σχεδιάστηκε το πρόγραμμα Λέρος, το οποίο περιελάμβανε:

- i. Γενική αναμόρφωση των θαλάμων με διευθέτηση προσωπικού χώρου για τους νοσηλευόμενους, αντικατάσταση κρεβατιών και καθισμάτων
- ii. Εντατικοποίηση των οικοδομικών εργασιών από τη ΔΕΠΑΝΟΜ (Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων).
- iii. Περιοχή θέρμανσης, αντικατάσταση σωλήνων ύδρευσης και αποθήκευσης νερού
- iv. Ασφαλιστική κάλυψη όλων των νοσηλευόμενων
- v. Παροχή καλοκαιρινών ρούχων στους αρρώστους
- vi. Προετοιμασία για τη λειτουργία δύο αναψυκτηρίων
- vii. Εγκατάλειψη του 16ου περιπτέρου
- viii. Οργάνωση κοντά στο νοσοκομείο ξένων
- ix. Τροποποίηση του συστήματος αγορών (Μαδιανός, 1994).

Έτσι το 1990, στο πλαίσιο της αποασυλοποίησης και της βελτίωσης των συνθηκών που επικρατούσαν στο Ψυχιατρείο της Λέρου, ξεκίνησε η παρέμβαση στη Λέρο. Στόχος ήταν το άνοιγμα του ψυχιατρείου και η επιστροφή των ασθενών στους τόπους καταγωγής τους σε ενδιάμεσες δομές (Μανιαδάκης, 2003).

Οι προσπάθειες όμως και οι παρεμβάσεις για αλλαγές στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα περιορίστηκαν μόνο στην Λέρο και όχι σε όλη την επικράτεια και

η ανάπτυξη δομών κοινοτικής ψυχιατρικής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης κάλυπτε μόνο το 8% του πληθυσμού της χώρας (Σακελλαρόπουλος, 2003).

Προκειμένου να καλυφθούν οι προαγωγοί της ψυχικής υγείας, η παροχή υπηρεσιών φροντίδας και αποκατάστασης, σύμφωνα με τον Τσουρό (2001), πρέπει να ακολουθηθούν πολιτικές νομοθεσίες και ενέργειες για την απομάκρυνση όλων των εμποδίων, με προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, τον αποστιγματισμό, την αποασυλοποίηση και την προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υψηλής ποιότητας από όλους. Τους στόχους αυτούς έρχεται να ολοκληρώσει το δεκαετές πρόγραμμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης «Ψυχαργός» (Τσουρός, 2001).

1.1.8. Η Α' Φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός»

Ένα από τα σημαντικά στοιχεία σχετικά με την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα είναι το πρόγραμμα «Ψυχαργός». Η περίοδος από το 2000- 2001 αποτελεί την Α' φάση του προγράμματος. Σε σύνολο 55 εγκεκριμένων προγραμμάτων δημιουργίας στεγαστικών δομών (ξενώνων, οικοτροφείων) λειτουργούσαν ήδη 53. Είχε ολοκληρωθεί η διαδικασία πρόληψης του προσωπικού των δομών αυτών σε ποσοστό περίπου 95%, δηλαδή περίπου 600 άτομα σε σύνολο 630 προγραμματισμένων προλήψεων. Είχε μεταφερθεί ήδη το 72% των ασθενών από διάφορα ψυχιατρικά νοσοκομεία στις νέες στεγαστικές δομές. Ολοκληρώνονται τα προγράμματα κατάρτισης σε διάφορες επαγγελματικές δεξιότητες για τους ενοίκους των νέων στεγαστικών δομών που λειτουργούν. Παράλληλα υπάρχει επιβράδυνση της διαδικασίας δημιουργίας και εξοπλισμού των εργαστηρίων λόγω της καθυστέρησης της χρηματοδότησης, αλλά και λόγω αδράνειας των συνεργαζόμενων νοσοκομείων. Επιπλέον από τις λειτουργήσιμες δομές ένα ποσοστό 15% στεγάζονται σε κτίρια που δεν διασφαλίζουν ικανοποιητικές συνθήκες αποκατάστασης. Σε οκτώ από τις τριανταένα πόλεις όπου δημιουργήθηκαν στεγαστικές δομές, δεν υπήρχαν συγκροτημένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Μαδιανός, 2005).

Προέκυψαν αρκετά προβλήματα σχετικά με τον πληθυσμό- στόχο και τη μελλοντική του επαγγελματική ένταξη. Οι περισσότεροι ασθενείς που εντάσσονται στις νέες δομές είναι συνήθως μεγάλης ηλικίας και έχουν

μακροχρόνια νοσηλεία. Λόγω της φύσης της ψυχικής ασθένειας που συνήθως πλήττει τον πληθυσμό σε νεαρές ηλικίες, οι περισσότεροι δεν διαθέτουν ικανή επαγγελματική εμπειρία. Το γεγονός ότι οι περισσότεροι δεν διέθεταν την ικανότητα της επαγγελματικής εμπειρίας είχε ως αποτέλεσμα ότι η επιλογή τους γινόταν με κριτήρια κατά βάση θεραπευτικά και λιγότερο με κριτήρια κοινωνικο-επαγγελματικής ένταξης. Τέλος, η υλοποίηση της προώθησης στην απασχόληση, αλλά και της διατήρησης μιας θέσης εργασίας, προϋποθέτει συστηματική διερεύνηση, τόσο όταν πρόκειται για την ελεύθερη αγορά εργασίας όσο και για προστατευμένες δομές απασχόλησης (Χριστοδούλου, Τομαράς & Οικονόμου, 2005).

Στα πλαίσια του προγράμματος «Ψυχαργώς» δημιουργούνται 94 εξοπλισμένα εργαστήρια από τους 11 φορείς υλοποίησης σε διάφορα αντικείμενα κατάρτισης (Χριστοδούλου, Τομαράς & Οικονόμου, 2005).

Σχετικά με τα αντικείμενα κατάρτισης 24 αφορούσαν την χειροτεχνία από τα οποία 8 στην κεραμική, 8 αφορούσαν στην καλλιέργεια οπωροκηπευτικών, 7 αφορούσαν στην κοπτική-ραπτική, 6 αφορούσαν στην υφαντική, 5 αφορούσαν στο κέντημα. Σε μικρότερη έκταση εμφανίζονταν άλλα αντικείμενα κατάρτισης, όπως αρτοζαχαροπλαστική, εργασίες γραφείου, ξυλουργικές μικροκατασκευές, συνεργεία καθαρισμού, κηποτεχνική, ελαιοκαλλιέργειες, κόσμημα, ανακύκλωση, μελισσοκομία, αλλαντοποιία, κτηνοτροφικές δραστηριότητες, κηροπλαστικό. Επιπλέον εμφανίζεται μόνο ένα αντικείμενο τυπογραφίας, το οποίο θα μπορούσε να εξασφαλίσει την προώθηση των προϊόντων του σε δημόσιες υπηρεσίες. Ανά κατηγορία δραστηριοτήτων, τα εργαστήρια κατανέμονται ως εξής:

- Εργαστήρια ελαφράς βιοτεχνίας: τριάντα ένα (31)
- Εργαστήρια οικοτεχνίας: τριάντα (30)
- Εργαστήρια αγροτικών δραστηριοτήτων: δέκα επτά (17)
- Εργαστήρια παροχής υπηρεσιών: δέκα έξι (16)

1.1.9. Η Β' Φάση Του Προγράμματος «Ψυχαργώς»

Το πρόγραμμα «Ψυχαργώς» έχει κωδική ονομασία που συμβολίζει την επιστροφή των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα και αναφέρεται στο κύριο στόχο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Το δεκαετές πρόγραμμα αξόνων

δράσης με την ονομασία «Ψυχαργώς» αποσκοπεί στη σταδιακή κάλυψη των αναγκών που αφορούν στον τομέα της ψυχικής υγείας σε εθνικό επίπεδο (Χριστοδούλου, Τομαράς & Οικονόμου, 2005).

Η περίοδος από το 2002- 2006 αποτελεί την Β' φάση του προγράμματος. Το πρόγραμμα «Ψυχαργώς» κατά τη Β' φάση υλοποίησής του, χωρίζεται σε υποπρογράμματα, ώστε να υπάρχει εξειδικευμένη προσέγγιση στις ιδιαιτερότητες κάθε ομάδας του πληθυσμού που καλείται να εξυπηρετήσει δύο σαφώς προσδιορισμένα σκέλη. Πρώτον, τον προγραμματισμό των δράσεων για την ολοκλήρωση της αποασυλοποίησης και δεύτερον, την ανάπτυξη των δομών ψυχικής υγείας στην κοινότητα (Χριστοδούλου, Τομαράς & Οικονόμου, 2005).

Για την ολοκλήρωση της αποασυλοποίησης προγραμματίζεται η μέχρι το 2006 έξοδος όλων των ψυχικά ασθενών από τα ψυχιατρεία της χώρας (3.500 ασθενών), πλην ενός μικρού αριθμού ασθενών που βρίσκονται στο ψυχιατρείο της Λέρου, με την μεταστέγασή τους σε μικρές εξειδικευμένες δομές. Δηλαδή προγραμματίζεται η ανάπτυξη στεγαστικών δομών, όπως οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα, για την εγκατάσταση ατόμων με μακρά διαβίωση στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, που χρειάζονται υποστηριζόμενη διαβίωση στην κοινότητα για κάποιο χρονικό διάστημα. Κατ' αυτόν τον τρόπο θα αποκατασταθούν και οι ισορροπίες λειτουργίας των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Η αποασυλοποίηση σημαίνει αρχικά κοινωνική ένταξη και στην συνέχεια κοινωνική ενσωμάτωση. Αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία που απαιτεί πλήρη οργάνωση, σχεδιασμό και προσεκτικά διαδοχικά βήματα στη διαδικασία υλοποίησης των δράσεων ώστε να επιτευχθεί η ολοκλήρωσή της (Χριστοδούλου, Τομαράς & Οικονόμου, 2005).

Οι επαγγελματίες σε ένα οικοτροφείο φροντίζουν ώστε η δομή αυτή να αντικατασταθεί με έναν ξενώνα, οι επαγγελματίες σε έναν ξενώνα φροντίζουν να αντικατασταθεί με προστατευόμενα διαμερίσματα και οι διαμένοντες στα προστατευόμενα διαμερίσματα να προετοιμάζονται για να επιστρέψουν στις οικογένειες τους ή να ζήσουν μόνοι τους (Χριστοδούλου, Τομαράς & Οικονόμου, 2005).

Το δεύτερο σκέλος του προγράμματος αφορά στην ανάπτυξη δομών στην κοινότητα με στόχο την κάλυψη του συνόλου των αναγκών ψυχικής υγείας σε κάθε νόμο. Δημιουργήθηκαν δύο τμήματα. Πρώτον, το ψυχιατρικό τμήμα και

δεύτερον, το τμήμα με κέντρα ψυχικής υγείας. Τα ψυχιατρικά τμήματα που αναπτύχθηκαν διαμορφώθηκαν καθ' εικόνα και ομοίωση των παθολογικών, με άξονα αρχικά την αντιμετώπιση μόνο ελαφρών περιστατικών, για να μην οξυνθούν οι αντιδράσεις αυτές. Επιπλέον, δεν υπήρχε η δυνατότητα ενσωμάτωσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα κέντρα υγείας. Η κύρια επιδίωξη του διαχωρισμού αυτού έγινε στα πλαίσια υλοποίησης της Β' φάσης του προγράμματος και περιλαμβάνει:

- i. την ανάπτυξη Ολοκληρωμένων ψυχιατρικών τμημάτων σε γενικά νοσοκομεία που θα καλύψουν πλήρως τις ανάγκες του συνόλου των ασθενών σε επίπεδο τομέα. Κάθε ολοκληρωμένο τμήμα θα περιλαμβάνει μονάδα βραχείας νοσηλείας, οξέων περιστατικών, κέντρο παρέμβασης στην κρίση και βοηθητικό υποστηρικτικό ξενώνα.
- ii. την ανάπτυξη Ολοκληρωμένων παιδοψυχιατρικών τμημάτων σε γενικά νοσοκομεία που θα περιλαμβάνουν μονάδα βραχείας νοσηλείας, τμήμα οξέων περιστατικών και βοηθητικό υποστηρικτικό ξενώνα.
- iii. την ανάπτυξη Ψυχιατρικών υπηρεσιών στα κέντρα υγείας. Απαιτείται η ενίσχυση των παρεμβάσεων των ψυχιατρικών υπηρεσιών στα κέντρα υγείας.
- iv. την ανάπτυξη Ιατροπαιδαγωγικών κέντρων για τα παιδιά και τους εφήβους
- v. την ανάπτυξη Κέντρων Ημέρας για ενήλικες, παιδιά και εφήβους
- vi. την ανάπτυξη Μονάδων Επαγγελματικής Επανάταξης. Τα εργαστήρια κατάρτισης θα πρέπει να επανασχεδιαστούν, να αξιοποιηθεί η ήδη υπάρχουσα υποδομή και να διαμορφωθούν κέντρα κατάρτιση και προώθησης στα πλαίσια των οποίων θα ενταχθούν, έτσι ώστε να είναι εφικτή η κάλυψη αναγκών ενός σημαντικού αριθμού καταρτιζομένων.
- vii. την ανάπτυξη Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας για δύσβατες περιοχές, όπως νησιά και ορεινές περιοχές.
- viii. την ανάπτυξη Μονάδων άμεσης παρέμβασης στην κρίση για άτομα εξαρτημένα στην χρήση ναρκωτικών ουσιών.
- ix. την ανάπτυξη Μονάδων σωματικής απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς.
- x. την ανάπτυξη Ολοκληρωμένων μονάδων για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου (Χριστοδούλου, Τομαράς & Οικονόμου, 2005).

- xi. την ανάπτυξη Στεγαστικών Μεταβατικών Μονάδων για χρόνιους ψυχικά ασθενείς, όπως ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευόμενα διαμερίσματα.
- xii. την ανάπτυξη Ξενώνων Βραχείας ή Μέσης Νοσηλείας υψηλού ή μέτριου βαθμού υποστήριξης.
- xiii. την ανάπτυξη Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης.
- xiv. την ανάπτυξη Κέντρων Ψυχικής Υγείας για ενήλικες.
- xv. την ανάπτυξη Ξενώνων Οικοτροφείων και Προστατευόμενων Διαμερισμάτων για άτομα με αυτισμό.

Η ολοκλήρωση της ανάπτυξης των νέων δομών προβλέπεται να πραγματοποιηθεί την χρονική περίοδο 2012- 2016. Επίσης προβλέπεται κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί), το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δρομοκαϊτειο), το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου (Μάτσα, 2003).

Το πρόγραμμα αναθεωρήθηκε το 2001, για την περίοδο 2001-2010. Η δεύτερη αναθεώρηση του προγράμματος έγινε για την περίοδο 2011-2020, στην οποία υλοποιείται και το ΕΣΠΑ (Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς). Η περίοδος 2011-2015 αποτελεί την Α' φάση του προγράμματος και η περίοδος 2014-2018 τη Β' φάση υλοποίησής του. Στο τέλος της πρώτης περιόδου(2015), προγραμματίζεται και Τρίτη αναθεώρηση του προγράμματος.

Η αναθεώρηση του Προγράμματος Ψυχαργώς για την περίοδο 2001-2010 προέβλεπε τα ακόλουθα:

- i. Την ανάπτυξη δικτύου μονάδων στην κοινότητα, τη μείωση στη διάρκεια της νοσηλείας, την κατάργηση του μεγαλύτερου ποσοστού των ψυχιατρικών νοσοκομείων σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Λέρο.
- ii. Την αγωγή της κοινότητας ώστε να καταπολεμηθεί το στίγμα και να αποδεχτεί η κοινότητα την ιδιαιτερότητα του ασθενούς.
- iii. Την επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών.

Κατά τα έτη 2001-2009, κατά την υλοποίηση της Β' φάσης του προγράμματος, καταργήθηκαν τέσσερα από τα εννέα ψυχιατρικά νοσοκομεία της Ελλάδος (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου Ιανουάριος του 2005,

Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων Φεβρουάριος 2006, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας Οκτώβριος 2006 και Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Σεπτέμβριος 2007). Επίσης, υπήρξε μείωση των χρόνιων ψυχικά ασθενών στα υπόλοιπα ψυχιατρικά νοσοκομεία που παρέμειναν ανοικτά. Έτσι, το 2009, οι ψυχικά ασθενείς σε μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ανέρχονταν σε δύο χιλιάδες, εξακόσιοι ογδόντα εννέα (2.689) και στα ψυχιατρικά νοσοκομεία σε περίπου δύο χιλιάδες(2.000) (www.yyka.gov.gr, www.ygeia-pronoia.gr).

Επιπλέον, έχουν δημιουργηθεί υπηρεσίες για ψυχικά ασθενείς με πολιτισμικές και θρησκευτικές διαφορές στα πλαίσια του προγράμματος «ψυχαδέλφεια». Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν ένα κέντρο ημέρας για μουσουλμάνους και Ρομ και μια μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για πρόσφυγες με προβλήματα ψυχικής υγείας, καθώς και δύο κέντρα ημέρας για μετανάστες με ψυχικές διαταραχές στο νομό Αττικής. Επίσης, λειτουργεί και κέντρο ημέρας και ξενώνας βραχείας φιλοξενίας για την παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε αστέγους (www.yyka.gov.gr, www.ygeia-pronoia.gr).

Παρόλα αυτά η μη συνεχής χρηματοδότηση των δράσεων ψυχικής υγείας και η νωθρότητα όσον αφορά την υλοποίηση του προγράμματος Β' Ψυχαργώς, οδήγησε στην παρέμβαση της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στην σύναψη του Συμφώνου Spidla μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της ελληνικής κυβέρνησης. Οι προϋποθέσεις του Συμφώνου ήταν απαραίτητες προκειμένου να προχωρήσει το επόμενο πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που υλοποιείται από το πρόγραμμα ΕΣΠΑ (Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο Αναφοράς). Οι άξονες δράσεις του Εθνικού Προγράμματος ΕΣΠΑ(Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς) για τα έτη 2009-2015 περιλαμβάνουν:

- i. Την ανάπτυξη Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης για τα άτομα που διαβιούν στην κοινότητα
- ii. Προγράμματα για την πρόληψη και την προαγωγή της ψυχικής υγείας αλλά και την καταπολέμηση του στίγματος.
- iii. Μηχανισμούς υποστήριξης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και διοικητική και λειτουργική υποστήριξη (www.yyka.gov.gr, www.ygeia-pronoia.gr).

1.1.10. Εθνικό Πρόγραμμα Δράσης Ψυχαργώς Γ' (2011-2020)- Η κατάσταση σήμερα

Το πρόγραμμα αφορά τρεις άξονες δράσης:

- i. Προγραμματισμό δράσεων για την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα, κοινοτικό δίκτυο υπηρεσιών.
- ii. Σχεδιασμό δράσεων για την πρόοδο και την πρόληψη της ψυχικής υγείας.
- iii. Οργάνωση συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας, δράσεις έρευνας και επιμόρφωση προσωπικού.

Από το 2010 και μετά, έχουν γίνει συγχωνεύσεις κλινικών, υπηρεσιών, μείωση δαπανών για την υγεία, αποφασίστηκε η πληρωμή των διαγνωστικών εξετάσεων και η πρόσληψη ιδιωτικών συνεργείων για τη φύλαξη και σίτιση των ασθενών.

Επίσης, αποφασίστηκε η περικοπή των επιχορηγήσεων για την ψυχική υγεία σε ποσοστό 50% το 2011. Η απόφαση αυτή αφορούσε στο ΚΕΘΕΑ, ΟΚΑΝΑ, Κέντρα Πρόληψης και δομές Ψυχικής Υγείας στο πλαίσιο αποασυλοποίησης του Προγράμματος Ψυχαργώς. Ενώ το 2011 όμως, ο κρατικός προϋπολογισμός για τις δομές ψυχικής υγείας και αποασυλοποίησης των ψυχικά ασθενών ήταν 85 εκατομμύρια Ευρώ, για το 2012, περικόπτεται το 55% των επιχορηγήσεων και προβλέπονται πως μόλις 40 εκατομμύρια ευρώ θα δοθούν για τον τομέα της ψυχικής υγείας (Γιαννάτος, 2011, (www.ardin-rixi.gr)).

Το μέτρο αυτό έχει επιπτώσεις σε τρεις παραμέτρους:

- i. Χρηματοδοτικό αδιέξοδο με προοπτική εξαφάνισης οργανισμών
- ii. Εργασιακή εφεδρεία στο 10% του προσωπικού των δομών
- iii. Αναδιάρθρωση αλλά και κατάργηση δομών και υπηρεσιών.

Η μεγαλύτερη συνέπεια όλων αυτών θα είναι η επιστροφή ψυχιατρικών ασθενών με σχετική κοινωνική ενσωμάτωση, σε συνθήκες ασύλου, με αυξημένη την ζήτηση κλινών λόγω κρίσης και μείωσης υποδομών.

Υποκεφάλαιο 1.2 : Το Ίδρυμα και Ο Χρόνιος Ψυχικά Άρρωστος

1.2.1. Ο Χρόνιος Ψυχικά Άρρωστος

Σύμφωνα με τον Liberman(1988), ως χρόνιος άρρωστος ορίζεται ο άρρωστος που ανταποκρίνεται σε δύο κριτήρια: το κριτήριο της διάγνωσης, ότι δηλαδή νοσεί από σχιζοφρενικές και συναισθηματικές διαταραχές, και το κριτήριο της εξάρτησης για οικονομική υποστήριξη από την οικογένεια ή την κοινωνική πρόνοια. Ένας άλλος ορισμός του Liberman(1988), διακρίνει τον χρόνιο ψυχικά άρρωστο σε σοβαρά ψυχικά άρρωστο, σε ψυχολογικά ανάπηρο και σε σοβαρά ψυχικά άρρωστο και ψυχοκοινωνικά ανάπηρο συγχρόνως.

Σύμφωνα με τους Goldman και συν. (1981), ως χρόνιοι ψυχικά άρρωστοι θεωρούνται «άτομα που υποφέρουν από συγκεκριμένες ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές και από άλλες διαταραχές που μπορεί να χρονίσουν και να διαταράξουν ή να εμποδίσουν την ανάπτυξη της λειτουργικότητας τους σε τρία ή περισσότερα επίπεδα της καθημερινής ζωής, όπως είναι η προσωπική υγιεινή και φροντίδα, η δημιουργία και διατήρηση διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων, η ικανότητα μάθησης και διασκέδασης, με τελικό αποτέλεσμα την αδυναμία της οικονομικής τους αυτονομίας» (Μαδιανός, 1994).

1.2.2. Το Ίδρυμα και Ο Χρόνιος Ψυχικά Άρρωστος

Σύμφωνα με τον Hochman (1990), τα ψυχιατρικά ιδρύματα διακρίνονται σε:

- i. εκείνα τα λεγόμενα της θείας χάριτος, όπου όλα γίνονται από φιλανθρωπικά αίτια χωρίς να υπάρχει εξήγηση, αφού έχουν παγιωθεί από δεκάδες χρόνια
- ii. τα χαρισματικά ιδρύματα, των οποίων ο διευθυντής είναι χαρισματικός. Ως εκ τούτου, όλοι ταυτίζονται με αυτόν μέσα από ένα ναρκισσισμό που έχει επιπτώσεις και στο θεραπευτικό σκέλος, ευνοώντας την προβολή των επιτυχιών προς τα έξω. Η εξιδανίκευση αυτή προκαλεί ίσως την απόρριψη του προτύπου αυτού από τους εκτός του ιδρύματος ευρισκομένους με αντίστοιχη συνέπεια τη δημιουργία επιθετικότητας, και

- iii. τέλος, μια τρίτη κατηγορία είναι τα διαπραγματευτικά ιδρύματα (contractual), που μέσα από τις συναλλακτικές διεργασίες μπορούν να επιφέρουν τη μεταρρύθμιση (Μαδιανός, 1994).

1.2.3. Το Άσυλο

Η ψυχιατρική περίθαλψη από το τέλος του περασμένου αιώνα σηματοδοτείται από τη δημιουργία των μεγάλων Ψυχιατρείων, όπου οι ασθενείς παρέμεναν απομονωμένοι από το κοινωνικό σύνολο και χωρίς ουσιαστικές δυνατότητες θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου.

Ο όρος άσυλο υπονοεί την προστασία των ασθενών με τον εγκλεισμό τους στο Ψυχιατρείο, επειδή η ψυχική διαταραχή τους καθιστούσε βαθμιαία ανίκανους να φροντίσουν τον εαυτό τους. Ταυτόχρονα όμως γινόταν και η απομάκρυνσή τους από το κοινωνικό σύνολο. Λόγω των προκαταλήψεων που υπήρχαν για την ψυχική διαταραχή και του κοινωνικού στιγματισμού των ασθενών, ο ασθενής ήταν ανεπιθύμητος για το υγιές κοινωνικό σύνολο. Παράλληλα λοιπόν με την υποτιθέμενη προστασία του αρρώστου, το κοινωνικό σύνολο προστατευόταν από τον άρρωστο. Το στερεότυπο του ανεύθυνου, επικίνδυνου και ανιάτου ψυχασθενή κυριαρχούσε και η ψυχιατρική περίθαλψη χαρακτηριζόταν από περιοριστικά μέτρα ασφαλείας. Η λεγόμενη θεραπεία ήταν στην ουσία μόνο φροντίδα και κάλυψη στοιχειωδών αναγκών διαβίωσης των ασθενών. Ο πληθυσμός των ψυχιατρείων διαρκώς αυξανόταν, επειδή οι πιθανότητες επανόδου των ασθενών στο κοινωνικό τους περιβάλλον ήταν πολύ μικρές (Λιάκος & Υφαντόπουλος, 1990).

Τα ψυχιατρεία συνήθως ήταν εγκατεστημένα μακριά από πόλεις και από το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς. Οι δε επισκέψεις και επαφές με την οικογένεια ήταν περιορισμένες. Παρότι κατά καιρούς υπήρχαν προσπάθειες ανθρωπιστικής μεταχείρισης των ασθενών με την απασχολησιοθεραπεία και την λεγόμενη πολιτική των ανοικτών θυρών, οι ασθενείς σπανιότατα διάβαιναν την εξωτερική πύλη του ψυχιατρείου. Συχνά, λόγω του κινδύνου αυτοκαταστροφής, απαγορευόταν στους ασθενείς να χρησιμοποιούν μαχαίρια και κουτάλια και η απομόνωση των ανήσυχων ασθενών ήταν καθημερινή πρακτική, όπως επίσης και η καθήλωσή τους με αλυσίδες, ζουρλομανδύα ή και άλλους τρόπους.

Τα αποτελέσματα των αντιλήψεων και πρακτικών αυτών ήταν να αυξάνονται οι ανάγκες για ασυλικά κρεβάτια όπως επίσης και μέσος χρόνος νοσηλείας. Το 1972, όπως φαίνεται από έρευνα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, τα κρεβάτια στα ψυχιατρεία κυμαίνονται στις ευρωπαϊκές χώρες από 22 (Ουγγαρία) έως 573 (Ιρλανδία) ανά 100.000 κατοίκους. Η Ελλάδα το 1972 είχε 157 ψυχιατρικά κρεβάτια ανά 100.000 κατοίκους (Λιάκος & Υφαντόπουλος, 1990).

Σύμφωνα με τον Goffman (1961), οι ψυχωτικοί άρρωστοι επειδή παραμένουν στο άσυλο για μεγάλο χρονικό διάστημα προκειμένου να θεραπευτούν από την ψυχωτική διεργασία, χάνουν βαθμιαία τη λειτουργικότητά τους-όση τους έχει απομείνει από την πορεία της αρρώστιας. Ο άρρωστος είναι κλεισμένος, και έτσι ενισχύεται η ψυχωτική του ομογενοποίηση, η έλλειψη δηλαδή της διάκρισης ανάμεσα σε ανθρώπους, πράγματα και χώρους (Μαδιανός, 1994).

Η μακρά παραμονή και διαβίωση του ασθενούς στο ψυχιατρείο του στερεί τις κοινωνικές του δραστηριότητες και του αφαιρεί βαθμιαία και τα λίγα εκείνα υπολείμματα κοινωνικότητας που απέμεναν μετά τη χρόνια επίδραση της νόσου. Η βαθμιαία απώλεια των κοινωνικών δεξιοτήτων του ατόμου, η οποία οφείλεται στη μακρά παραμονή στο άσυλο, συγγεόταν με τις εκδηλώσεις της νόσου αυτής καθεαυτής μέχρις ότου ο R. Barton στη Μ. Βρετανία διαχώρισε τις επιπτώσεις της χρόνιας παραμονής στο άσυλο από τη συμπτωματολογία της νόσου και τις ονόμασε ιδρυματική νεύρωση ή ιδρυματισμό (Λιάκος, 1990).

Η αντίφαση έγκειται στο ότι το ψυχιατρείο υποτίθεται ότι είναι ο θεραπευτικός χώρος αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της ψύχωσης (Μαδιανός, 1994).

1.2.4. Κατηγορίες Ιδρυμάτων

Τα εννέα κρατικά ψυχιατρεία της χώρας αποτελούν τον κύριο κορμό της ψυχιατρικής περίθαλψης. Το 1990 υπήρχαν 10 ψυχιατρικά ιδρύματα με εύρος κρεβατιών από 100 (Αιγινήτειο) έως 2186 (Ψ.Ν. Αττικής). Το σύνολο των ανεπτυγμένων κρεβατιών, το 1994, ανερχόταν σε 5460 αρρώστους, σε

αντίθεση με το 1989, όπου οι ασθενείς έφταναν τους 7524. (Μαδιανός, 1994). Κατά τα έτη 2005-2007, κατά την υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργώς Β' καταργήθηκαν τρία από τα ψυχιατρεία(Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων και Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου).

Ψυχιατρεία

- Ψυχιατρείο Κέρκυρας

Το ψυχιατρείο της Κέρκυρας ιδρύθηκε το 1838 με διάταγμα του Sir Edward Douglas, Βρετανού διοικητή των Ιονίων Νήσων, ενώ το 1836 είχαν αρχίσει να καταφτάνουν οι πρώτοι 8 άρρωστοι από την περιοχή της Κέρκυρας. Το 1839 εγκαινιάστηκε το Ψυχιατρείο που είχε εγκατασταθεί στους στρατώνες του Βρετανικού στρατού στην τότε αγροτική τοποθεσία Άγιος Ρόκκος (Σαρόκκο) (Μαδιανός, 1994).

Σύμφωνα με τον Σιμάτη (1990), το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας είναι το παλαιότερο ίδρυμα της χώρας, με κτίρια που χρονολογούνται από την εποχή της ίδρυσής του. Η δυναμικότητά του είναι 413 κρεβάτια με πληθυσμό 370 αρρώστους και κτιριακή έκταση 5.200τ.μ. Η μέση διάρκεια νοσηλείας το 1990 ήταν 590 μέρες. Το προσωπικό περιλαμβάνει 4 ψυχιάτρους, 2 εργοθεραπευτές και 110 πρακτικούς νοσηλευτές. Δεν υπάρχουν κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι (Μαδιανός, 1994).

Με βάση το επιχειρηματικό σχέδιο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Κέρκυρας, 2005, το ΨΝΚ ως οργανισμός εισήγαγε στην πολιτική του έννοια τη μετεξέλιξη και τον επαναπροσανατολισμό των στόχων του, γεγονός που ήταν ιδιαίτερα σημαντικό για την μετέπειτα πορεία του. Η μεγάλη ακίνητη περιουσία που είχε στην κατοχή του αποτελεί την σημαντικότερη εγγύηση για την διασφάλιση της οικονομικής ανεξαρτησίας του. Η αντικειμενική αξία της περιουσίας αυτής ανέρχεται στο ποσό των 105.000.000€, γεγονός που επιτρέπει την οικονομική αυτάρκεια του οργανισμού και την χρηματοδότηση (www.psynk.ondsl.gr).

Μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα του οργανισμού αυτού είναι:

- ί. Συστηματική ανεπάρκεια: η έλλειψη εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας, ο περιορισμένος βαθμός ανάπτυξης συστημάτων διαχείρισης και ελέγχου αποτελούν σοβαρές ενδείξεις ύπαρξης

συστηματικής ανεπάρκειας, η οποία δεν επιτρέπει την αναβάθμιση των εσωτερικών διαδικασιών του νοσοκομείου.

- ii. Έλλειψη προσωπικού: η έλλειψη προσωπικού επηρεάζει όλους τους τομείς, εμποδίζει τη λειτουργία κάποιων τμημάτων και προκαλεί δυσλειτουργίες.
- iii. Χαμηλή κατάρτιση του ανθρώπινου οργανισμού: αφορά σε θέματα που σχετίζονται με την διοίκηση του οργανισμού αλλά και γενικότερα την εύρυθμη λειτουργία που απαιτεί υψηλά καταρτισμένο ανθρώπινο δυναμικό.
- iv. Μη αξιοποίηση της πληροφορικής τεχνολογίας: η χρήση και η αξιοποίηση των σύγχρονων τεχνολογιών πληροφόρησης δεν φαίνεται να αποτελεί μέρος της δομής και της λειτουργίας του Ψυχιατρείου. Έχουν εγκατασταθεί πληροφοριακά συστήματα που δεν εφαρμόζονται παρά μόνο σε ελάχιστες περιπτώσεις.
- v. Μη αποτελεσματική αξιοποίηση της ακίνητης περιουσίας του Ψυχιατρείου: η αξιοποίηση της περιουσίας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Κέρκυρας δεν χαρακτηρίζεται ανταποδοτική της αντικειμενικής αξίας που διαθέτει. Η μη ανταποδοτική διαχείριση των ακινήτων έχει σαν αποτέλεσμα την απώλεια σημαντικών πόρων για το Ψυχιατρείο, γεγονός που του στερεί την κάλυψη βασικών αναγκών αλλά και την ανάπτυξή του.
- vi. Έλλειψη συστημάτων έλεγχου και διαχείρισης της ποιότητας.
(www.psynk.ondsl.gr)

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Κέρκυρας καταργήθηκε τον Οκτώβριο του 2006(www.ygeia-pronoia.gr, 2011).

- Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο

Το Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο ιδρύθηκε το 1887 μετά από δωρεά (1880) του Χιώτη εμπόρου Ζωρζή Δρομοκαΐτη (1805- 1880), αξίας 800.000 γαλλικών φράγκων, με το όνομα «Φρενοκομείο».

Οι νοσηλεύόμενοι μιας μέρας ανέρχονταν το 1990 σε 713 αρρώστους με μέση διάρκεια νοσηλείας 283 μέρες. Εδώ απασχολούνταν 35 ψυχίατροι (ένας

ψυχίατρος ανά 20 ασθενείς), 577 νοσηλευτές, 2 ψυχολόγοι και 5 κοινωνικοί λειτουργοί-εργοθεραπευτές.

Σύμφωνα με τον Τριανταφυλλίδη (1991), από τα 13 προγράμματα του καν. 815/84 της ΕΟΚ το ένα ολοκληρώθηκε και πέντε βρίσκονται σε εξέλιξη. Ένας αριθμός αρρώστων, που φτάνει το 29% του συνόλου, συμμετέχει σε εργοθεραπευτικές δραστηριότητες χωρίς αμοιβή. Υπάρχουν σε εξέλιξη τρία προγράμματα εργασιακής και στεγαστικής αποκατάστασης, όπως η Μονάδα Αγροτικής Παραγωγής με 12 ωρομίσθια μέλη, η Μονάδα Βιοτεχνικής Παραγωγής (ραφείο) με 10 μέλη και το πρόγραμμα Στεγαστικής Αποκατάστασης με 13 μέλη που αποτελούν ένα αυτοδιαχειριζόμενο τμήμα με προοπτική τη μεταφορά τους σε 3-4 διαμερίσματα (Μαδιανός, 1994).

Σύμφωνα με τους Κουτσανέλλου & Γαλιανού (2010), εδώ και αρκετό καιρό, περίπου 1 χρόνο (2009- 2010), το Δρομοκαϊτείο διέρχεται μια περίοδο σοβαρής κρίσης στην λειτουργία των θεσμών της Διοίκησης με σοβαρές επιπτώσεις σε όλο το φάσμα των Υπηρεσιών και των δομών ψυχικής υγείας που έχει αναπτύξει το Ψυχιατρείο. Το έναυσμα για την εκτύλιξη γεγονότων που οδήγησαν στην πραγματική κρίση, την οποία διέρχονται οι δομές αποκατάστασης, δόθηκαν όταν οι «ασθενείς» εργαζόμενοι στα κυλικεία του Δρομοκαϊτείου και σε άλλες Θεραπευτικές Συνεργατικές Μονάδες, εξήγγειλαν κινητοποιήσεις με το Σωματείο τους «Αυτονομίας» μετά από σοβαρές περικοπές που υπέστησαν στις μηνιαίες αποδοχές τους.

Η κινητοποίηση των εργαζομένων «ασθενών» στα κυλικεία του Ψυχιατρείου (στάσεις εργασίας και κλείσιμο των κυλικείων για 2 μέρες) και η κατασταλτική αντιμετώπιση της, τόσο κατά των ίδιων των κινητοποιούμενων ασθενών, όσο και κατά του θεραπευτικού προσωπικού που τους στήριξε στην δημιουργία Σωματείου και στις κινητοποιήσεις τους αποτελούν σημαντικό γεγονός για το Δρομοκαϊτείο (Κουτσανέλλου & Γαλιανού, 2010).

Όλες αυτές οι αντιδράσεις και ο «πόλεμος» που είχε ξεκινήσει, είχε ως αποτέλεσμα την πλήρη υποβάθμιση κάθε δραστηριότητας αποκατάστασης και επανένταξης, περικόπτονται ψυχαγωγικές δραστηριότητες και είδη ένδυσης και πρώτης ανάγκης, υποβαθμίζονται προγράμματα αμειβόμενης απασχόλησης, μειώνονται τα ποσά που παίρνουν οι ξενώνες για την διατροφή των φιλοξενούμενων σ' αυτούς. Επιπλέον, γίνονται περικοπές στην ένδυση, υπόδηση, καθαριότητας, πετρελαίου, διατροφής σε όλο το

Ψυχιατρείο, με αποτέλεσμα να υπάρχουν άμεσες επιπτώσεις στις ζωές των νοσηλευόμενων καθώς τους στερούν το βασικό αίσθημα της ασφάλειας και το δικαίωμα για αξιοπρεπή διαβίωση (Κουτσανέλλου & Γαλιανού, 2010).

Διακόπηκε απότομα κάθε σχέδιο για αποασυλοποίηση εδώ και έναν χρόνο και οι δομές αποκατάστασης θεωρούνται πλέον πολυτέλεια. Νομιμοποιείται η υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας ως μια κατάσταση κρίσης, λόγο της οικονομικής κρίσης του Δρομοκαϊτείου.

Στα πλαίσια των διάφορων περικοπών που δέχονταν οι ασθενείς μειώθηκαν μέσα σε ένα χρόνο οι δικαιούχοι του Κινήτρων Αποκατάστασης (117 έως 179 ευρώ το μήνα) κατά 50 περίπου άτομα. Τα κίνητρα αυτά που θεσπίστηκαν για να δώσουν ώθηση στις αποκαταστασιακές δραστηριότητες, ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών και όχι του Ιδρύματος, έχουν αντικατασταθεί σε αμοιβή για εργασία- εργασιοθεραπεία και η αμοιβή για εργασία έχει απαλειφθεί τελείως (Κουτσανέλλου & Γαλιανού, 2010).

Τα εξωτερικά Ιατρεία που λειτούργησαν για πολλά χρόνια στην κοινότητα μεταφέρθηκαν μέσα στο Ψυχιατρείο. Επιπλέον το Άσυλο αναβιώνει με τις αρχές της Ψυχιατρικής του 19ου αιώνα.

Η διαδικασία επιλογής των ασθενών που θεωρούνται χρόνιοι γίνεται με κριτήρια, όπως η απουσία υποστηρικτικού πλαισίου οικογενειακού ή άλλου, η χαμηλή λειτουργικότητα και η δύσκολη διαχείριση των περιστατικών, καταστάσεις δηλαδή, που κατασκευάζουν χρονιότητα. Τα κριτήρια αυτά προσομοιάζονται σε μεγάλο βαθμό με τα κριτήρια με τα οποία, μερικές δεκαετίες πριν, κατασκευάστηκε η «ντροπή της Λέρου» (Κουτσανέλλου & Γαλιανού, 2010).

Τον τελευταίο καιρό, σύμφωνα με τους Κουτσανέλλου & Γαλιανού (2010), υπήρχε τάση για στοχοποίηση των άπορων ασθενών. Το Φαρμακείο του Νοσοκομείου όπου εξυπηρετούνται άποροι, ανοίγει πλέον 2 φορές την εβδομάδα αντί για κάθε μέρα, με αποτέλεσμα να ταλαιπωρούνται και να εξουθενώνονται οι άποροι. Επιπλέον μεγάλες ελλείψεις υπήρχαν και στο Νοσηλευτικό και Ιατρικό προσωπικό.

Στο Ψυχιατρείο πρόκειται να χρησιμοποιηθεί προσωπικό που η πρόσληψή τους γίνεται κατ' εξαίρεση για την υλοποίηση νέων κοινοτικών Δομών ενώ τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας που πρόκειται να λειτουργήσουν με αυτό το

προσωπικό, απλώς αναστέλλεται η υλοποίησή τους (Κουτσανέλλου & Γαλιανού, 2010).

- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

Στις αρχές της πρώτης δεκαετίας του αιώνα δημιουργείται στην Αθήνα η πρώτη εστία εγκλεισμού απόρων, ψυχικά αρρώστων. Οι πρώτες εγκαταστάσεις του ψυχιατρείου ήταν στα υπόγεια του Αστυνομικού Τμήματος Μεταγωγών στην Αθήνα, στην περιοχή Πλάκα. Το 1914, η εστία μεταφέρεται σε μια απομακρυσμένη περιοχή του Μοσχάτου, όπου δημιουργείται το Κρατικό Άσυλο Φρενοβλαβών, το οποίο λειτουργεί μέχρι το 1919 και στο οποίο οι συνθήκες ήταν άθλιες (Μαδιανός, 1994).

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής υπέβαλε 20 προγράμματα του καν. 815/84 από τα οποία υλοποιούνται τα 14. Ο αριθμός των νοσηλευόμενων ανέρχεται σε 1996 αρρώστους με μέση διάρκεια νοσηλείας 223 μέρες (1990).

Στο Ψ.Ν.Α., το 1994, εργάζονταν 78 ψυχίατροι (ένας ψυχίατρος ανά 25 ασθενείς), 1175 νοσηλευτές και 27 κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι και εργοθεραπευτές. Εκτός από την πρόσφατη οργάνωση ενός ξενώνα 20 θέσεων στο Βοτανικό Αθηνών λειτουργεί από το 1987 το Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης Δυτικής Αθήνας. Το Κέντρο έχει δυνατότητα εκπαίδευσης 25 ατόμων που παρακολουθούν τρία εργαστήρια οικιακών δραστηριοτήτων-Γραμματειακό, Ξυλουργικό και Πλεκτικής. Το προσωπικό αποτελείται από δύο ψυχιάτρους, ένα ψυχολόγο, μία κοινωνική λειτουργό, πέντε εκπαιδευτές, δύο διοικητικούς υπαλλήλους και βοηθητικό προσωπικό. Οι εκπαιδευόμενοι παραμένουν στο πρόγραμμα επί 6 και πλέον μήνες, με μηνιαία αμοιβή για το 1989, 10.000δρχ. Κάθε Σάββατο λειτουργεί η κοινωνική λέσχη του κέντρου που περιλαμβάνει λειτουργία καφενείου με μουσική, παιχνίδια, ομαδικές συζητήσεις, εκτύπωση εφημερίδας. Αρκετά μέλη μετά το πέρας της εκπαίδευσης τους εγγράφονται στα ειδικά προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης του ΟΑΕΔ, ενώ κάποια άλλα μέλη βρίσκουν δουλειά στην ελεύθερη αγορά (Μαδιανός, 1994).

Πρόσφατα έχει δημιουργηθεί ένας αγροτικός συνεταιρισμός για 10-12 άτομα που ασχολείται με την παραγωγή κρασιού και άλλων ειδών. Παράλληλα λειτουργεί ένα κηροπλαστείο με επτά μέλη και ένα συνεργείο καθαριότητας με 15 άτομα. Οκτώ άρρωστοι ήδη εργάζονται σε μορφές προστατευμένης

εργασίας σε κατάστημα ψιλικών, στο αναψυκτήριο και στο βιβλιοπωλείο. Πρόκειται ακόμα να λειτουργήσουν μια συνεταιριστική επιχείρηση κηποτεχνικής για 20 άτομα, καθώς και πέντε καταστήματα πωλήσεων προϊόντων των συνεργατικών. Παραμένουν χωρίς στελέχωση και μέλη πέντε μονάδες που αποτελούσαν προγράμματα του 815/84, δηλαδή ένας φούρνος, το πλυντήριο αυτοκινήτων, το ξυλουργείο, το κυλικείο (Μαδιανός, 1994).

- Ψυχιατρείο της Λέρου

Με το τέλος της δεκαετίας του '40 τα υπάρχοντα τότε ψυχιατρεία βρέθηκαν να είναι υπερπλήρη από νοσηλευόμενους σε άθλιες συνθήκες. Έτσι, το 1957, διαμορφώθηκε η ιδέα από κρατικούς ψυχιάτρους, να μετατρέπουν τα άδεια κτίρια του ιταλικού ναυαρχείου στη Λέρο σε μια αποικία ψυχασθενών με στόχο την απασχόληση τους σε γεωργικές ασχολίες (Μαδιανός, 1994).

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου ιδρύθηκε με τα Βασιλικά Διατάγματα και δέχθηκε τους πρώτους 300 αρρώστους το 1958 από το νησί του Αγίου Γεωργίου Σαλαμίνας, που είχαν μεταφερθεί εκεί από το Δαφνί το 1953 (Μαδιανός, 1994).

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

Την άνοιξη του 1990 θεσπίστηκαν ειδικά οικονομικά και άλλα κίνητρα για την προσέλκυση κλινικού προσωπικού. Έτσι τώρα εργάζονται στο Ψ.Ν.Λ. 6 ψυχίατροι, 5 ειδικευόμενοι στην ψυχιατρική και 15 γιατροί άλλων ειδικοτήτων (Μαδιανός, 1994).

- Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.)

Σύμφωνα με τον Σεβρή (1991), το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης έχει δυναμικότητα 822 κρεβάτια με κτιριακή έκταση 23.605τ.μ. Το προσωπικό του περιλαμβάνει 35 ψυχιάτρους (έναν ψυχίατρο ανά 35 ασθενείς), 28 κοινωνικούς λειτουργούς-ψυχολόγους-εργοθεραπευτές και 416 νοσηλεύτες. Η

μέση διάρκεια νοσηλείας είναι 160 μέρες. Οι προσπάθειες για αποϊδρυματισμό επικεντρώθηκαν κυρίως στη Μονάδα Επανεένταξης του Ψ.Ν.Θ.

Η Μονάδα Επανεένταξης, που ιδρύθηκε το 1985 ως πρόγραμμα του κανονισμού 815/84 από τον Κώστα Μπαϊρακτάρη και τους συνεργάτες και εντάχθηκε στο Ψ.Ν.Θ. διέθετε μέχρι το 1990, 80 κρεβάτια μέσα στο Ψ.Ν.Θ. ως πρόγραμμα προετοιμασίας και απασχολούσε 30 εργαζόμενους διαφόρων ειδικοτήτων. Το 1992 διέθετε ένα δίκτυο εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών που αναφέρονται στους άξονες εργασίας-κατοικίας χρόνιων αρρώστων.

Το πρόγραμμα της Μονάδας Επανεένταξης διαιρείται σε τρεις φάσεις:

- 1) Δραστηριοποίηση-κινητοποίηση των αρρώστων σε ασκήσεις καθημερινών κοινωνικών δεξιοτήτων με στόχο τον αποϊδρυματισμό τους.
- 2) Σταδιακή εξοικείωση με την κοινότητα, με τη διερεύνηση του ευρύτερου περιβάλλοντος.
- 3) Επαγγελματική εκπαίδευση και αποκατάσταση. Η επαγγελματική απασχόληση για ένα μικρό αριθμό αρρώστων (16) γίνεται μέσα στο ίδιο το ψυχιατρείο, ενώ για άλλους 63 γίνεται σε διάφορους χώρους στην κοινότητα.
- 4) Κοινωνική επανεένταξη. Η κοινωνική επανεένταξη γίνεται μέσα στα πλαίσια της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Στήριξης και χαρακτηρίζεται από τέσσερα επίπεδα: επιστροφή στην οικογένεια, διαμερίσματα αρρώστων, ξενώνας, αυτόνομη διαμονή. Τα διαμερίσματα των μελών εποπτεύονται από το προσωπικό της μονάδας. Όσοι επανέρχονται στις οικογένειές τους έχουν τακτική επαφή με το προσωπικό της Μ.Ε. , το οποίο προσφέρει υποστήριξη στους ίδιους και την οικογένεια (Μαδιανός, 1994).

- Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης (Ψ.Ν.Τ.)

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

Από το 1989 δημιουργήθηκε το Τμήμα Αποϊδρυματισμού, με δυναμικότητα 27 κλινών σε τρεις ορόφους χωρίς όμως ειδικευμένο κλινικό προσωπικό.

Στο Ψ.Ν.Τ. έχει αρχίσει η λειτουργία των τμημάτων προεπαγγελματικής εκπαίδευσης με 18 μέλη και βραχείας νοσηλείας 15 κλινών. Λειτουργεί τέλος, μια καφετέρια ανοικτή στο κοινό. Το επιστημονικό προσωπικό ολόκληρου του Ψ.Ν.Τ. το 1992 ήταν ένας ψυχίατρος, δύο κοινωνικοί λειτουργοί και ένας ψυχολόγος που εργαζόταν στον Συμβουλευτικό Σταθμό (Μαδιανός, 1994).

- Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου (Ψ.Ν.Π.Ο.)

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

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

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου καταργήθηκε τον Ιανουάριο του 2005(www.ygeia-pronoia.gr, 2011).

- Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων (Ψ.Ν.Χ.)

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων έχει δυναμικότητα 405 κρεβατιών με κτιριακή έκταση 14.700τ.μ. Ο αριθμός ψυχιάτρων ανέρχεται στους 4. Υπάρχουν ακόμη 2 εργοθεραπευτές, 3 κοινωνικοί λειτουργοί, ένας ψυχολόγος και τρεις ειδικοί παιδαγωγοί. Η μέση διάρκεια νοσηλείας το 1990 ήταν 169 μέρες. Από το πρόγραμμα αποϊδρυματισμού λειτουργούν τα εργαστήρια Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης 20 θέσεων και το Νοσοκομείο Ημέρας (30 μέρες). Ο ΟΑΕΔ έχει επίσης δημιουργήσει Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης 20 θέσεων. Από το 1990 δημιουργήθηκε μια Μονάδα Επανεξέτασης, η Έξοδος, και Θεραπευτικές Συνεταιριστικές Μονάδες, δηλαδή ο Αγροτικός Συνεταιρισμός Θερμοκηπίου, ο Συνεταιρισμός Υφαντικής, τα εργαστήρια ξυλουργικής, γλυπτικής, ζωγραφικής και το καφενείο στο Παλιό Λιμάνι (Μαδιανός, 2005).

Το Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων καταργήθηκε τον Φεβρουάριο του 2006 (www.ygeia-pronoia.gr, 2011).

Υποκεφάλαιο 1.3: Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

1.3.1. Ορισμός της Αποϊδρυματοποίησης

Σύμφωνα με τον Del Aqua (1991), η έννοια του αποϊδρυματισμού και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ψυχικά ασθενή αφορά την πολιτιστική αλλαγή ή την νοοτροπία του προσωπικού του ψυχιατρείου. Πιο συγκεκριμένα την συνεχή αυτοκριτική των επαγγελματιών ψυχικής υγείας ως προς τις πεποιθήσεις τους για την ψυχική νόσο και την ανάπτυξη κοινής θετικής αντίληψης που αναφέρεται στον ίδιο τον ψυχικά ασθενή ως δυναμικό άτομα και μέρος ενός κοινωνικού περιβάλλοντος που αλλάζει (Del Aqua, 1991).

Αποασυλοποίηση ή αποϊδρυματοποίηση ορίζεται ως:

- i. **Κατάργηση του ασύλου** ως φορέα αναχρονιστικού και ακατάλληλου για τη φροντίδα των ψυχικά ασθενών,
- ii. **Παροχή φροντίδας εκτός ιδρύματος, στο πλαίσιο της κοινότητας** και
- iii. **Προσπάθεια για αποτροπή νοσηλείας στα άσυλα** (Carrabe & Kapsambelis, 1991).

Σύμφωνα με τον Bierenbroodspol (1980), η κλινική και θεραπευτική νοοτροπία που συμπυκνώνεται στον ορισμό μεταφράζεται σε δύο βασικούς στόχους:

- Κάποια στοιχειώδη ζωή μέσα στην κοινότητα για τους ασθενείς, σε περιβάλλον ασφαλές και εν μέρει προσαρμοσμένο στις δυσκολίες τους.
- Αποδοχή από την κοινότητα της ύπαρξης των ψυχικά ασθενών ως τμήματος που ανήκει σε αυτή. Η κοινότητα έχει την τάση να αποσχίζει από το σώμα της και να προβάλλει στην έννοια της τρέλας καθώς και στους χώρους που έχουν επιδικαστεί στους τρελούς, ότι είναι για την ίδια ανυπόφορο. Σχετική με το φαινόμενο αυτό είναι πιθανώς και η παραδοσιακή πρακτική της τοποθέτησης των ψυχιατρείων σε γεωγραφική απόσταση από την κοινότητα (Μανιαδάκης, 1993).

Δύο βασικές ιδεολογικές προσεγγίσεις του αποϊδρυματισμού έχουν καταγραφεί στις διάφορες χώρες όπου αναπτύχθηκε το ομώνυμο κίνημα. Η ιδεολογία του παραδοσιακού ιατροκεντρισμού που διέπει τη σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου, και η ιδεολογία της χειραφέτησης (Μαδιανός, 1994).

Σύμφωνα με τον Rotelli (1989), ο αποϊδρυματισμός των ψυχιατρικών θεσμών ή της παραδοσιακής λογικής προηγείται εκείνου του αποϊδρυματισμού του ίδιου του ασύλου. Οι ψυχιατρικοί θεσμοί περικλείουν την παραδοσιακή ιατροκεντρική λογική της σχέσης άρρωστος(νοσηλεύόμενος) - υγιής(θεραπευτής ή συγγενής ή οποιοσδήποτε τρίτος) (Μαδιανός, 1994).

Η ιδεολογία της χειραφέτησης θέτει την προϋπόθεση της υπονόμησης και ανατροπής της παραδοσιακής ψυχιατρικής λογικής με τη χειραφέτηση του ψυχιατρικού χώρου. Απαραίτητη κρίνεται η ανάπτυξη ενός διαφορετικού τύπου σχέσεων μεταξύ θεραπευόμενων και θεραπευτών μέσα στα πλαίσια της πραγματικότητας σχέσης υγείας - αρρώστιας, όπου θεραπευόμενοι (υποκείμενα) και θεραπευτές λειτουργούν χωρίς διαχωριστικά όρια μεταξύ τρέλας και υγείας, αφού και οι δύο αυτές έννοιες είναι ρευστές, μεταβλητές καταστάσεις. Η τοποθέτηση αξεπέραστων ορίων μεταξύ των λεγόμενων υγείων και των λεγόμενων τρελών διαιωνίζει τον τεχνητό ιδρυματισμό με τους μηχανισμούς του στιγματισμού, της ετικετοποίησης, της απαισιοδοξίας και της παραίτησης από κάθε αλλαγή (Μαδιανός, 1994).

Η κουλτούρα της αυτάρκειας, κατά τον Rotelli, διαιωνίζει την ύπαρξη των ασύλων, δηλαδή την ύπαρξη δομών περιχαρακωμένων ή νησίδων εξορίας εγκλειστών, συμβολικών ή ουσιαστικών, που εμφανίζουν αυτάρκεια οικονομική, πολιτική και ιδεολογική. Η κουλτούρα της αυτάρκειας ενυπάρχει και στους μη έγκλειστους (Μαδιανός, 1994).

Ο Serban(1980) αναφέρει ότι σύμφωνα με έρευνες, που όλες είχαν ως στόχο την εκτίμηση των αναγκών των χρόνιων ψυχωτικών αρρώστων στην κοινότητα προέκυψαν ορισμένα γενικά κοινά συμπεράσματα:

- i. οι περισσότεροι χρόνιοι σχιζοφρενικοί άρρωστοι αν και φαίνεται ότι λειτουργούν, στην πραγματικότητα ζουν περιθωριακά.
- ii. η επαρκής και συνεχής παροχή υπηρεσιών στα Κέντρα Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής με ιδιαίτερη έμφαση στην επανένταξη σχετίζεται άμεσα με το προηγούμενο δεδομένο.
- iii. η αποδοχή ή όχι του αρρώστου από την οικογένεια και την κοινότητα είναι ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την παραμονή του χρόνιου ψυχωτικού έξω από το άσυλο.

- iv. η προ-νοσηρά κατάσταση του χρόνιου ψυχωτικού από την άποψη εκπαίδευσης, επαγγέλματος, απασχόλησης ή οικογενειακής κατάστασης, δεν βρέθηκε να επηρεάζει την πρόγνωση για επανεισαγωγή στο άσυλο, όσο η κατάστασή του από πλευράς κοινωνικής λειτουργικότητας από τη στιγμή της έναρξης της νόσου μέχρι την εγκατάστασή του στην κοινότητα.
- v. η συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής σε δόσεις συντήρησης προλαμβάνει τις τυχόν υποτροπές σε σημαντικό ποσοστό.
- vi. απαραίτητη είναι η ανοχή των αρρώστων σε ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής, όπως επίσης και
- vii. η αποδοχή της πραγματικότητας από τον άρρωστο, ότι δηλαδή αντιμετωπίζει δυσκολίες στην καθημερινή του ζωή και αγωνίζεται να τις υπερνικήσει. Γενικά η θεραπευτική προσέγγιση των χρόνιων σχιζοφρενικών αρρώστων πρέπει να είναι πολυσταδιακή, ολιστική αλλά και εκλεκτική σύμφωνα με τις ανάγκες του στην συγκεκριμένη περίοδο της ζωής του (Μαδιανός, 1994).

Ο κανονισμός 815/84 των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων υπήρξε καταλυτικός ως προς την οργάνωση των πρώτων συγκεκριμένων κατασκευαστικών και πιλοτικών προγραμμάτων για τον αποϊδρυματισμό των χρόνιων αρρώστων και την επανένταξή τους στην κοινότητα. Έτσι από το 1985 άρχισε να υλοποιείται με κανονικούς ρυθμούς ή με καθυστερήσεις μια σειρά προγραμμάτων ευρέως φάσματος σε όλα τα κρατικά ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας (Μαδιανός & Υφαντόπουλος, 1990).

1.3.2. Ορισμός της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1996), η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ένα σύνολο παρεμβάσεων, που δίνει την ευκαιρία στα άτομα με ψυχικές διαταραχές και σημαντικού βαθμού ανικανότητα να φτάσουν στο καλύτερο δυνατό επίπεδο αυτονομίας στην κοινότητα. Για να επιτευχθεί αυτό, γίνεται βελτίωση των ατομικών δεξιοτήτων, αλλά και αλλαγές στο περιβάλλον των πασχόντων. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ένα ολοκληρωμένο σύνολο ενεργειών και όχι απλώς μια τεχνική (Πασαντωνόπουλος & Ζαχαριάς, 2001).

Με τον όρο «αποκατάσταση» εννοούμε όλα τα μέσα που σχεδιάζονται για να προετοιμάσουν τα ψυχικά ή σωματικά ανάπηρα άτομα και να διεκδικήσουν μια φυσιολογική θέση στην κοινότητα μέσα στα όρια των δυνατοτήτων τους ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή στο σπίτι. Η αποκατάσταση πρέπει να θεωρείται ως μια συνεχής διαδικασία που αρχίζει με την έναρξη και τη διάγνωση της νόσου ή του τραύματος και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή συνθήκες διαμονής.

Στη διαδικασία αυτή η ενεργητική και συνεχής συμμετοχή του ατόμου θεωρείται πρωταρχικής σημασίας (WHO- WAPR, 1996).

Κατά τους Wing, Bennett & Denham(1964), «αποκατάσταση είναι κάθε δραστηριότητα που έχει ως στόχο την πρόληψη ή την μείωση των δευτερογενών επιπτώσεων ή των αναπτυσσόμενων αναπληρωματικών μηχανισμών για τις πρωτογενείς και δευτερογενείς επιπτώσεις της νόσου που δεν επιδέχονται μείωση» (Μαδιανός, 1994).

Τα τελευταία χρόνια έχει καθιερωθεί ο όρος «Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση» (psychosocial rehabilitation) που αφορά οτιδήποτε ασκείται για την αποκατάσταση ψυχικά αρρώστων. Συγγενής όρος είναι η «κοινωνική θεραπεία» ή «κοινωνιοθεραπεία» (Μαδιανός, 1990).

Οι στρατηγικές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ποικίλλουν ανάλογα με τις ανάγκες των καταναλωτών, το περιβάλλον στο οποίο γίνεται η αποκατάσταση (νοσοκομείο ή κοινότητα) και τις πολιτισμικές και κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες της χώρας. Η στέγαση, η επαγγελματική αποκατάσταση, η απασχόληση και τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης είναι πλευρές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Οι κύριοι στόχοι είναι η ενδυνάμωση των καταναλωτών, η μείωση του στίγματος και των διακρίσεων, η βελτίωση της ατομικής κοινωνικής επάρκειας και η δημιουργία ενός μόνιμου συστήματος κοινωνικής στήριξης. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ένα από τα στοιχεία της ολοκληρωμένης φροντίδας για την ψυχική υγεία που εδράζεται στην κοινότητα (Πασαντωνόπουλος & Ζαχαριάς, 2001).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση δίνει τη δυνατότητα σε πολλούς να αποκτήσουν ή να ανακτήσουν τις πρακτικές δεξιότητες που απαιτούνται ώστε να ζουν και να κινούνται μέσα στην κοινότητα και τους διδάσκει πώς να αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους. Περιλαμβάνει βοήθεια, ώστε να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες, ενδιαφέροντα και δραστηριότητες στον

ελεύθερο χρόνο τους, πράγματα που τους δίνουν αυτοπεποίθηση και μια αίσθηση συμμετοχής. Διδάσκει επίσης δεξιότητες όπως την προσωπική υγιεινή, την δίαιτα, τη μαγειρική, τις αγορές, την οικοκυρική και τη χρήση διάφορων μεταφορικών μέσων (Πασαντωνόπουλος & Ζαχαριάς, 2001).

Οι τεχνικές της αποκατάστασης εφαρμόζονται:

- i. σε όλες τις ηλικίες, από την βρεφική μέχρι και τη γεροντική,
- ii. σε ένα ευρύ φάσμα νόσων του μυοσκελετικού, του αναπνευστικού, του αγγειακού, του κεντρικού νευρικού συστήματος και των ψυχικών νόσων κυρίως μέσα από το φάσμα των σχιζοφρενικών ψυχώσεων, των διαταραχών της συμπεριφοράς κατά την εφηβεία, των νόσων εξάρτησης (αλκοολισμός, εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες)
- iii. ανεξάρτητα αν η αναπηρία είναι μόνιμη ή περιστασιακή (Μαδιανός, 1994).

1.3.3. Φάσεις της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Οι φάσεις της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι η μεταβατική φάση και η κύρια φάση.

I. Η Μεταβατική Φάση της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης
θεωρείται η περίοδος από την έξοδο του ασθενούς από το Ψυχιατρείο ή την Ψυχιατρική Κλινική μέχρι και την πλήρη επάνοδό του στο μόνιμο χώρο διαμονής του. Ο χρόνος αυτός μπορεί να καλύπτεται με τη μορφή της μερικής νοσηλείας, ημερησίας ή νυχτερινής, σε ειδική υπηρεσία, το Νοσοκομείο Ημέρας ή Νύχτας (Day Hospital) ή το Κέντρο Ημέρας (Day Care Center), όπου ο πυρήνας της αποκατάστασης είναι η ψυχιατρική εργοθεραπεία και οι ομαδικές διεργασίες (Μαδιανός, 1994).

II. Η κύρια φάση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης περιλαμβάνει:

Την κοινωνική αποκατάσταση (έξω από το ψυχιατρείο στην κοινότητα) με τη λειτουργία ειδικών υπηρεσιών - π.χ. κοινωνικής λέσχης, όπου εφαρμόζονται ομαδικές διεργασίες ή θεραπεία με χορό, μουσική ή τέχνες που παίζουν σημαντικό ρόλο - και τις εναλλακτικές στεγαστικές λύσεις στη διαμονή (ξενώνας, προστατευμένο διαμέρισμα, θετή οικογένεια). Η κοινωνική αποκατάσταση αποτελεί το πρώτο στάδιο της κύριας φάσης της

αποκατάστασης (μεσοπρόθεσμος στόχος). Ως φορείς περιλαμβάνονται η κοινωνική λέσχη, οι στεγαστικές εναλλακτικές υπηρεσίες (ξενώνας, οικοτροφείο, θετές οικογένειες, προστατευμένη διαμονή) και η κοινωνική πρόνοια-υποστηρικτικό σύστημα (Μαδιανός, 1989).

Την επαγγελματική αποκατάσταση όπου προσφέρονται υπηρεσίες ως προς την προετοιμασία των ψυχικά ασθενών στην ενασχόλησή τους με κάποιο επάγγελμα όπως επαγγελματική κατάρτιση, επαγγελματική αποκατάσταση ή προστατευόμενη εργασία (Μαδιανός, 1994).

Την στεγαστική αποκατάσταση όπου παρέχονται υπηρεσίες εναλλακτικής ψυχιατρικής περίθαλψης των ψυχικά ασθενών σε αυτόνομες ή ημιαυτόνομες μονάδες διαμονής (Μαδιανός, 1994).

1.3.4. Η Φάση της Μερικής Νοσηλείας- Το Νοσοκομείο Ημέρας

Η δημιουργία του πρώτου νοσοκομείου Ημέρας ανάγεται στα 1933, στην πρώην ΕΣΣΔ, από τον Dzhaqaron που εργαζόταν στο Πρώτο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Μόσχας. Στο Μόντρεαλ του Καναδά, το 1946, δημιουργήθηκε το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας από τον Cameron, ενώ δυο χρόνια αργότερα λειτούργησε από τον J. Bieger το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας στην Αγγλία. Τον ίδιο χρόνο άρχισε να δέχεται τους πρώτους ψυχωτικούς αρρώστους το Νοσοκομείο Ημέρας στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Yale στις ΗΠΑ (Μαδιανός, 2005).

Σήμερα η λειτουργία Νοσοκομείων ή Κέντρων Ημέρας είναι αναπόσπαστη από ένα ολοκληρωμένο σύστημα ψυχιατρικών υπηρεσιών. Στη χώρα μας η ανάπτυξη Νοσοκομείων Ημέρας υστερεί σημαντικά, αφού εκτός από το Ψυχιατρείο Θεσσαλονίκης (1988), σε κανένα άλλο Δημόσιο Ψυχιατρείο δεν λειτουργεί Νοσοκομείο Ημέρας. Το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας λειτούργησε το 1978 στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο, ενώ από το 1971 έχει οργανωθεί και λειτουργεί το πρώτο Κέντρο Ημέρας στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Θεσσαλονίκης. Στο Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα - Καισαριανής λειτουργεί ένα παρόμοιο πρόγραμμα από το 1984 (Μαδιανός, 2005).

Η δομή και η λειτουργία της ημερήσιας περίθαλψης διακρίνεται από τον τύπο του ίδιου του συστήματος της περίθαλψης: σε Νοσοκομεία Ημέρας ή σε Κέντρα Ημέρας σε Ψυχιατρικά ιδρύματα εντατικής περίθαλψης, όπως σε

Ψυχιατρικές Κλινικές Γενικών Νοσοκομείων, σε Κέντρα Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής ή σε Κλινικές (Εξωτερικά Ιατρεία) θεραπευτικής παρακολούθησης. Αντίθετα είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που Νοσοκομεία Ημέρας λειτουργούν αυτόνομα έξω από ένα σύστημα υπηρεσιών (Μαδιανός, 1994).

Σε όλες τις περιπτώσεις οι θεραπευτικοί στόχοι είναι ίδιοι, δηλαδή:

- i. η θεραπευτική ολοκλήρωση της μεταβατικής φάσης της ζωής του αρρώστου από την ψυχοπαθολογική κατάσταση στη φυσιολογική ζωή στην κοινότητα και
- ii. η παροχή κάθε δυνατής βοήθειας για την προσαρμογή των αρρώστων στην κοινότητα μετά από μια νοσηλεία και η μείωση της πιθανότητας υποτροπής και επανεισαγωγής. Κατά ορισμένους υπάρχει και ένας άλλος στόχος: η αποφυγή της εισαγωγής στο Ψυχιατρείο με τη βοήθεια των υπηρεσιών ενός Νοσοκομείου Ημέρας.

Το προσωπικό στην ημερήσια περίθαλψη εργάζεται με την μορφή της ομάδας (team-work), στην οποία αντιπροσωπεύονται τα βασικά επαγγέλματα της ψυχικής υγείας με μια αντιπροσώπευση των εργοθεραπευτών και ειδικών θεραπειών (τέχνης, μουσικής, κίνησης, κτλ.) που μπορεί και να είναι μη μόνιμο προσωπικό (Μαδιανός, 1994), (Μαδιανός, 2005).

Οι δραστηριότητες του Νοσοκομείου Ημέρας σύμφωνα με τον Παπαγεωργίου (2002), ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες:

- i. εργασιοθεραπεία- χειροτεχνία
- ii. κοινωνικές δραστηριότητες αναψυχής
- iii. διάφορες θεραπείες (Παπαγεωργίου, 2002).

Έτσι, το θεραπευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει τη συνήθη θεραπευτική διαδικασία (φαρμακοθεραπεία, ατομική, ομαδική ψυχοθεραπεία, συνάντηση του προσωπικού και των μελών του προγράμματος), και τις θεραπευτικές δραστηριότητες (ομάδες εργοθεραπείας, συζήτησης, γυμναστικής και χαλάρωσης, μουσικής, ποίησης, παιχνιδιών, μαγειρικής κ.α.) Οι δραστηριότητες αυτές τελούνται μέσα στο χώρο του προγράμματος της ημερήσιας νοσηλείας. Άλλες δραστηριότητες (επισκέψεις σε μουσεία, εκδρομές, περίπατοι κλπ.) γίνονται έξω από τον κύριο χώρο της μερικής νοσηλείας. Η επιλογή των αρρώστων για το πρόγραμμα γίνεται με βασικό κριτήριο την τήρηση των κανονισμών του. Από πλευράς ψυχοπαθολογίας

αποκλείονται οι διεγερτικοί άρρωστοι και τα οργανικά ψυχοσύνδρομα (Μαδιανός, 1994).

Η διάρκεια της παραμονής ποικίλλει αλλά από πολλές μελέτες αξιολόγησης προγραμμάτων ημερήσιας περίθαλψης φαίνεται ότι η πλειοψηφία των αρρώστων παραμένει κατά μέσο όρο λιγότερο από 4 μήνες. Τέλος, δύο είναι τα βασικά συστατικά της ημερήσιας περίθαλψης: η απαραίτητη θεραπευτική ατμόσφαιρα και η ψυχιατρική εργοθεραπεία (Μαδιανός, 1994).

1.3.5. Οι Υπηρεσίες της Κοινωνικής Αποκατάστασης

Ως φορείς του υποστηρικτικού συστήματος της κοινωνικής αποκατάστασης περιλαμβάνονται τα ακόλουθα:

Κοινωνική Λέσχη: Η κοινωνική θεραπευτική λέσχη (social club) έχει ως στόχο την κοινωνικοποίηση-επανένταξη των μελών της στην κοινότητα μέσα από ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων που έχουν ομαδικό χαρακτήρα με ψυχαγωγικό και θεραπευτικό περιεχόμενο (θεραπεία με τη ζωγραφική ή μουσική ή το χορό, ομαδικές συζητήσεις ή ομαδική ψυχοθεραπεία). Οι δραστηριότητές της ασκούνται μέσα και έξω από τον χώρο της λέσχης.

Στεγαστικές εναλλακτικές λύσεις (πίνακας 1): Βασικός στόχος τους είναι η μείωση του χρόνου νοσηλείας των ψυχικά αρρώστων στο ψυχιατρείο, η υποκατάσταση του οικογενειακού πλαισίου. Σε αυτές ανήκουν:

- i. **Μετανοσοκομειακός ξενώνας (half-way house):** Ο χρόνος παραμονής στον ξενώνα είναι βραχύς (όχι μεγαλύτερος των 3 μηνών). Οι ξενώνες χρησιμοποιούνται ως εναλλακτική λύση διαμονής από άτομα που βγαίνουν από το ψυχιατρείο. Οι ξενώνες διαφοροποιούνται ανάλογα με τις ηλικιακές ομάδες και τις διαγνωστικές κατηγορίες. Ο αριθμός των μελών στον ξενώνα δεν υπερβαίνει τα 20 άτομα, περιλαμβάνει δε σε 24ωρη προσωπικό που είναι εκείνο υπεύθυνο για την λειτουργία του. Οι ένοικοι έχουν την ευθύνη για την τήρηση του κανονισμού λειτουργίας του ξενώνα (Μαδιανός, 1994).

Προκειμένου να λειτουργεί αποτελεσματικά ένας Ξενώνας θα πρέπει ο χώρος που βρίσκεται να είναι προστατευόμενος ώστε να προσφέρεται ως προσωπική οικία και τα άτομα να συμμετέχουν στην καθημερινή τους ζωή σε όσα συμβαίνουν σε αυτό. Επίσης θα πρέπει να διαθέτει ένα προσωπικό χώρο έτσι ώστε το άτομο να εισπράττει το

σεβασμό και την έννοια της ατομικότητας. Επιπλέον, θα πρέπει να διαθέτει ένα κοινόχρηστο χώρο όπου το άτομο θα αναπτύξει το συναίσθημα ότι ανήκει σε μία ομάδα και θα πρέπει να λειτουργεί με βάση τους κανόνες συνύπαρξης και έναν κοινωνικό χώρο όπου η συνεχής επικοινωνία βοηθά το άτομο να νοιώθει μέλος του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου (Στυλιανίδης & συν., 2004).

- ii. **Οικοτροφείο (nursing home):** Είναι μονάδα προστατευμένης μακρόχρονης διαμονής με αριθμό μελών 20 άτομα, τα οποία είναι χρόνιοι ψυχικά άρρωστοι χωρίς δυνατότητες για ανεξάρτητη διαμονή στην κοινότητα.

Οι θεραπευτικοί στόχοι του προσωπικού ψυχικής υγείας του οικοτροφείου αποσκοπούν στην ενδυνάμωση της επιθυμίας των ενοίκων να ενσωματωθούν στην κοινότητα, το να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες και εργασιακή συμπεριφορά, στο να συμμετέχουν σε κοινωνικές καθημερινές δραστηριότητες, στη δημιουργία και ανάπτυξη σχέσεων με την κοινότητα, στην έκφραση των συναισθημάτων τους, στην ικανότητα λήψης αποφάσεων και στην αυτονομισή τους (Μαδιανός, 2005).

- iii. **Προστατευμένο διαμέρισμα:** Πρόκειται για ενοικιασμένα διαμερίσματα τα οποία πληρώνονται από την πολιτεία και διαμένουν τρεις ή τέσσερις ψυχικά άρρωστοι με περιορισμένη εποπτεία ανά διήμερο ή έως μια φορά την εβδομάδα (Μαδιανός, 1994).

Μέσω της σύνθεσής τους με το δίκτυο κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών οι ασθενείς εξυπηρετούνται από τα εξωτερικά ιατρεία της κοινότητας και τις υπηρεσίες κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1992).

Οι ασθενείς, οι οποίοι διαμένουν σε προστατευόμενα διαμερίσματα βελτιώνουν τις κοινωνικές σχέσεις τους αξιοποιούν με δημιουργικό τρόπο τον ελεύθερο χρόνο τους και έχουν ενεργητικό ρόλο στην καθημερινότητά τους.

Στη μείωση των συμπτωμάτων της ψυχικής νόσου, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των ασθενών και στην ανάπτυξη κοινωνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων και δεξιοτήτων αυτοφροντίδας η συμβολή

των ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, κοινοτικών νοσηλευτών και άλλων είναι καθοριστική (Χατζηιωαννίδης, 2003).

- iv. Θετή οικογένεια (foster family):** Ο θεσμός της θετής οικογένειας χρονολογείται από την εποχή του 16ου αιώνα, τότε που στην φλαμανδική πόλη Geel οι ψυχικά άρρωστοι διέμεναν σε οικογένειες χωρικών της περιοχής. Ο θεσμός αυτός αναπληρώνει την πραγματική οικογένεια, ενώ το κράτος βοηθά οικονομικά τη διαβίωση του αρρώστου. Στην Ελλάδα η πρώτη πειραματική προσπάθεια έγινε από τον Ρασσιδάκη & συν. (1960) στη δεκαετία του '60.
- v. Κοινωνική πρόνοια:** Το κράτος στις σύγχρονες κοινωνίες προβλέπει με νομοθετικές ρυθμίσεις την κοινωνική ασφάλιση των πολιτών, έτσι ώστε και σε περίπτωση ψυχικής αρρώστιας να υπάρχει η οικονομική κάλυψή τους από τις επιπτώσεις της. Συγκεκριμένα προβλέπεται μια κάποια επιδότηση των οικογενειών τους, ή των εργοδοτών τους σε περίπτωση που προσλάβουν το άτομο που έχει ψυχολογικά προβλήματα. Κατ' αυτόν τον τρόπο απαλύνεται το οικονομικό βάρος που υπάρχει στην οικογένεια από το ψυχικά άρρωστο άτομο, ενώ γίνεται ευκολότερη η πιθανότητα για την πρόσληψή του σε κάποια θέση εργασίας αφού αυτή η θέση σε μεγάλο ποσοστό επιδοτείται από το κράτος και όχι από τον εργοδότη (Μαδιανός, 1994).

Πίνακας 1. Τύποι εναλλακτικών στεγαστικών δομών

- | |
|---|
| 1. Ξενώνας 24ωρης φύλαξης |
| 2. Ξενώνας 12ωρης φύλαξης |
| 3. Διαμέρισμα ομαδικής διαβίωσης με εποπτεία |
| 4. Διαμέρισμα ατομικής διαμονής με εποπτεία |
| 5. Θετή οικογένεια |
| 6. Οικοτροφείο μακράς παραμονής εποπτευόμενο |
| 7. Ξενοδοχείο (ειδικά οργανωμένο) με παροχή φαγητού |
| 8. Διαμονή με την οικογένεια |
| 9. Διαμονή σε ατομικό διαμέρισμα |
| 10. Καταφύγιο για αστέγους |

(Πηγή: Μαδιανός, 2005).

1.3.6. Το Θεραπευτικό Περιβάλλον των Μονάδων

Αποκατάσταση για Χρόνιους Ψυχικά Ασθενείς

Απαραίτητη προϋπόθεση για κάθε είδους αποκαταστασιακές δραστηριότητες είναι η δημιουργία θεραπευτικής ατμόσφαιρας ή περιβάλλοντος. Με τον όρο αυτό εννοείται ένα σύνολο τάσεων και δραστηριοτήτων για την ικανοποίηση των αναγκών και την κινητοποίηση των αρρώστων, ώστε να μειωθεί το άγχος τους και η τυχόν ανασφάλειά τους. Ταυτόχρονα αναπτύσσεται το αίσθημα της ομαδικότητας, της ανοχής προς τους άλλους και του σεβασμού των αναγκών τους, ενώ ενισχύονται οι διαπροσωπικές σχέσεις και η συμμετοχή στο ομαδικό πνεύμα όλα αυτά κατευθύνονται προς την επίτευξη του κύριου στόχου, που είναι να μπορέσει ο νοσηλευόμενος να διαχωρίσει και να διακρίνει το ρόλο που έχει μέσα στο ίδρυμα από το ρόλο που προγραμματίζει να έχει μετά την έξοδο του από αυτό (Μαδιανός, 1994).

Στο θεραπευτικό προσωπικό περιβάλλον εμφανίζονται φαινόμενα που παρατηρούνται στις διεργασίες ομάδας (group process). Από πλευράς του προσωπικού δημιουργείται:

- i. Ένα *επίπεδο αποδοχής* του αρρώστου ως ατόμου το οποίο έχει δικαιώματα και ανάγκες που πρέπει να ικανοποιηθούν με την παροχή των αναγκαίων ψυχοθεραπευτικών ευκαιριών, ώστε ο άρρωστος να νιώθει ότι ανήκει στη ομάδα, ότι συμμετέχει ισότιμα σε αυτήν και ότι μπορεί να εκφράζει ελεύθερα τα συναισθήματά του.
- ii. Ένα *επίπεδο ανεκτικότητας* προς το επίπεδο λειτουργικότητας και ρυθμού του αρρώστου, καθώς και προς τα τυχόν προβλήματα στην ψυχοπαθολογία και την προσωπικότητα.
- iii. Ένα *επίπεδο δοτικότητας*. Το σημείο αυτό αποτελεί ίσως και την ιδεολογική ιδιαιτερότητα της Δημοκρατικής Ψυχιατρικής του Ιταλικού πειράματος: η έμφαση στη δοτικότητα απέναντι στον άρρωστο μέσα στην υπηρεσία δημιουργεί μια κατάλληλη ατμόσφαιρα (setting diffus). Σύμφωνα με τον Tranchina, Louzoun & Stylianidis (1987), η διάχυση του θεραπευτικού πλαισίου (setting diffus) θεωρείται ο χώρος όπου αναπτύσσονται οι σχέσεις μεταξύ των ρυθμών και του τρόπου συμπεριφοράς ενός αρρώστου και της πιθανότητας για μια θεραπευτική παρέμβαση.

iv. Ένα *συμβολικό επίπεδο με στόχο την ικανοποίηση των αναγκών των αρρώστων* (θεραπευτής-πατέρας, ομάδα-οικογένεια).

Η δημιουργία του θεραπευτικού περιβάλλοντος έχει την πιο αντιπροσωπευτική κοινότητα (therapeutic community) (Μαδιανός, 1994).

1.3.7. Η Θεραπευτική Κοινότητα

Σύμφωνα με τον Μάνο (1980), η θεραπευτική κοινότητα είναι ένα πρότυπο θεραπευτικής προσέγγισης, με αρχική εφαρμογή στους ψυχιατρικούς θαλάμους, το οποίο προσφέρει ένα αποτελεσματικό περιβάλλον για την αλλαγή της συμπεριφοράς των νοσηλευόμενων μέσα από τον «εκκοινωνισμό» και την αποκατάσταση (Μαδιανός, 1994).

Ο Maxwell Jones θεωρείται ο πρωτοπόρος στην έμπνευση και οργάνωση της πρώτης «θεραπευτικής κοινότητας» στην διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου στη Μ. Βρετανία. Κατ' αυτόν η Θεραπευτική Κοινότητα προσπαθεί να αυξήσει όσο είναι δυνατό τα δυναμικά των αρρώστων και του προσωπικού (Μαδιανός, 1994).

Κατά τον Rappaport (1960), τέσσερις είναι οι βασικές αρχές που διέπουν τη λειτουργία μιας θεραπευτικής κοινότητας:

- i. η *αρχή του εκδημοκρατισμού* (democratization)
- ii. η *αρχή της ανεκτικότητας* (permissiveness)
- iii. η *αρχή του κοινοτισμού* (communalism)
- iv. η *αρχή της αντιπαράθεσης με την πραγματικότητα* (reality confrontation)

Στη θεραπευτική ομάδα περιλαμβάνονται ως μέλη το προσωπικό, οι νοσηλευόμενοι και οι συγγενείς τους σε ποικίλου βαθμού εμπλοκή-διοικητική και συναισθηματική. Δίνεται έμφαση στην επικοινωνία, ώστε να γίνεται ελεύθερα μεταξύ του προσωπικού και των νοσηλευόμενων καθώς και ανάμεσα στους ασθενείς (Μαδιανός, 1994).

Ο ρόλος του ηγέτη της θεραπευτικής κοινότητας διαφέρει από εκείνον κάποιας κοινωνικής ομάδας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο ρόλος του ηγέτη στην προκειμένη περίπτωση είναι περιορισμένος αφού οι αποφάσεις λαμβάνονται με ομαδική συναίνεση. Οι δυσκολίες αναδύονται όταν συμβαίνει ο αρχηγός της θεραπευτικής κοινότητας να είναι συγχρόνως και διευθυντής του ιδρύματος (Μαδιανός, 1994).

Μια από τις βασικές καταστάσεις στη θεραπευτική κοινότητα είναι το φαινόμενο της κρίσης. Κατά τον M. Jones υπάρχουν έξι επιλογές για να λυθεί η κρίση:

- i. η κατά πρόσωπο αντιπαράθεση,
- ii. η χρονική μετάθεση για την επόμενη μέρα της λύσης της κρίσης,
- iii. η ουδετερότητα του αρχηγού,
- iv. η ανοιχτή επικοινωνία γύρω από τα συναισθήματα των μελών της θεραπευτικής κοινότητας,
- v. ο έλεγχος του επιπέδου των συναισθημάτων, που στην περίπτωση που το επίπεδό τους είναι υψηλό αναβάλλεται η λύση της κρίσης,
- vi. η προετοιμασία των μελών για να λυθεί η κρίση (Μαδιανός, 1994).

Έχουν διαμορφωθεί τρία πρότυπα θεραπευτικών κοινοτήτων: **το πρότυπο της επανεκπαίδευσης** (reeducative model), **το πρότυπο του επανεκκοινωνισμού** (resocializing model), και **το πρότυπο της επαναδόμησης** (reconstructive model) που είναι το ψυχοθεραπευτικό πρότυπο (Μαδιανός, 1994).

Η θεραπευτική κοινότητα με ψυχικά αρρώστους ως μέλη, εφαρμόζεται στην κοινοτική ψυχιατρική και ιδιαίτερα στο χώρο της ημερήσιας περίθαλψης (Day Care Centers) και των μονάδων αποκατάστασης (Μαδιανός, 1994).

Στην χώρα μας οι βασικές αρχές της θεραπευτικής κοινότητας έχουν εφαρμοστεί σε ψυχιατρικά ιδρύματα (Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων) καθώς και σε μερικά ανοιχτά Κέντρα (Νοσοκομείο Ημέρας Αιγινητείου, Ανοικτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο, Μονάδα Αποκατάστασης Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα-Καισαριανής) (Μαδιανός, 1994).

1.3.8. Εναλλακτικές Μορφές Μονάδων Ψυχιατρικής Περίθαλψης

- **Υπηρεσίες Προστατευόμενης Στέγασης (Ξενώνες)**

Η δημιουργία των πρώτων ξενώνων συνδέεται άμεσα με τις προσπάθειες αποϊδρυματοποίησης του χρόνια ψυχικά ασθενούς πληθυσμού και συμπεριλαμβάνει όλους τους χώρους που φιλοξενούν ασθενείς στην κοινότητα έτσι η κοινότητα θα πρέπει να διαθέτει χώρους οι οποίοι θα προσφέρουν διάφορους βαθμούς ανεξαρτησίας στα άτομα που φιλοξενούν σύμφωνα με τον Dublin. Δημιουργήθηκαν από την ανάγκη για περίθαλψη

ατόμων τα οποία δεν είχαν το κατάλληλο κοινωνικό δίκτυο για να επιστρέψουν στην κοινότητα και των οποίων η σοβαρότητα των διαταραχών δεν απαιτούσε κλειστή νοσηλεία, αλλά δεν τους επέτρεπε και μια εντελώς ανεξάρτητη διαβίωση. Στην ένταξη του ψυχικά ασθενούς στην κοινότητα συνέβαλλε αποφασιστικά τόσο οι διάφορες επιτεύξεις στο χώρο της φαρμακολογίας, όσο και το κίνημα της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής (Μαδιανός, 1994).

Παράλληλα με την ανάπτυξη των ξενώνων αναπτύχθηκαν και τα οικοτροφεία στην Ελλάδα. Έτσι δημιουργήθηκαν 17 οίκοι ευγηρίας με 150 θέσεις για τους υπερήλικες και σωματικά άρρωστους έγκλειστους στο Ψυχιατρείο της Λέρου. Επιπλέον και σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της Επιτροπής της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, υπάρχει άμεση ανάγκη ίδρυσης 27 ακόμη οικοτροφείων με 573 θέσεις για τους 600 περίπου λειτουργικούς αρρώστους του Ψυχιατρείου Λέρου (Μαδιανός, 1994).

Υπήρχε επίσης και ο αριθμός των 1.000 χρόνιων περίπου αρρώστων που παραμένουν σε όλα τα υπόλοιπα ψυχιατρεία της χώρας για λόγους ξενοδοχειακούς. Για τον πληθυσμό αυτό δημιουργήθηκαν σταδιακά 60 ακόμη ξενώνες των 20 θέσεων (Μαδιανός, 1994).

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο», τα τελευταία χρόνια, στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης έχει αναπτύξει δομές και υπηρεσίες ψυχιατρικής φροντίδας στην Κοινότητα (Ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα και Συμβολικούς Σταθμούς).

Στα πλαίσια του προγράμματος «Ψυχαργώς» λειτουργούν εκτός των 4 ξενώνων (4 στην Αθήνα) και 6 ακόμη διαμερίσματα στην Αθήνα σε διαφορετικές περιοχές του λεκανοπεδίου με επιστημονικά υπεύθυνο τον έμπειρο και αξιόλογο Αναπληρωτή Διευθυντή Ψυχίατρο.

Σύμφωνα με τα Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στα προστατευόμενα διαμερίσματα φιλοξενούνται 4-6 ένοικοι.

Οι ξενώνες είναι:

- 1) Ξενώνες Περιστερίου «ΟΡΑΜΑ», ο οποίος μεταστεγάστηκε τον Φεβρουάριο 2006 σε ιδιωτικό κτίριο του Νοσοκομείου, από τη Νίκαια, με την έναρξη λειτουργίας 30/1/2000. Φιλοξενεί 14 ενοίκους.
- 2) Ξενώνες Εξαρχείων «ΝΙΚΗ», ο οποίος μεταστεγάστηκε σε ιδιωτικό κτίριο του Νοσοκομείου στις 2/8/2004, από τον Κορυδαλλό. Φιλοξενεί 8 ενοίκους και υποστηρίζει 2 διαμερίσματα.

3) Ξενώνας Κυψέλης «ΟΝΕΙΡΟ», στον οποίο η λειτουργία του ξεκίνησε 23/10/2000 και υποστηρίζει 2 διαμερίσματα

4) Ξενώνας Πετραλώνων, όπου φιλοξενεί 15 ενοίκους με έναρξη λειτουργίας 16/10/2006. (Τριανταφυλλίδης, 2010).

Η προστατευμένη στέγαση μπορεί να έχει διάφορες μορφές. Κάποιες από αυτές μπορεί να είναι:

- i. Ξενώνες με μέτρια επιτήρηση: Οι ξενώνες αυτοί έχουν τη μορφή «οικοτροφείου», στο οποίο οι ασθενείς λειτουργούν σχετικά ανεξάρτητα υπό την εποπτεία προσωπικού ειδικά εκπαιδευμένου αλλά όχι απαραίτητα επιστημονικά εξειδικευμένου.
- ii. Ανεξάρτητες κατοικίες: Στις οποίες φιλοξενούνται ομάδες ασθενών οι οποίες έχουν την ικανότητα να λειτουργήσουν στη κοινότητα. Δεν υπάρχει άμεση επιτήρηση αλλά άμεση σύνδεση με τις κοινωνικές υπηρεσίες των Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής. Οι ανάγκες των ασθενών εξυπηρετούνται από τα εξωτερικά ιατρεία, τα κέντρα επαγγελματικής και κοινωνικής αποκατάστασης και τις ψυχιατρικές κοινωνικές λέσχες.
- iii. Θετές οικογένειες: Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγιεινής αναλαμβάνουν την τοποθέτηση ασθενών σε οικογένειες που προσφέρουν στέγη και κοινωνική υποστήριξη σε ασθενείς που θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να λειτουργούν ανεξάρτητα και να λαμβάνουν μέρος σε επαγγελματικές και κοινωνικές δραστηριότητες στην κοινότητα σύμφωνα με τους Sherman, Newman & Frenkel (1984), (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Οι θεραπευτικοί στόχοι στους ξενώνες διαφέρουν ανάλογα με τον πληθυσμό που εξυπηρετούν και στοχεύουν:

- Στην προσφορά κατάλληλης εκπαίδευσης και προετοιμασίας σε αποϊδρυματοποιημένα άτομα με στόχο την επανένταξη και ανεξάρτητη λειτουργία τους στην κοινότητα.
- Στην προσφορά ψυχιατρικής βοήθειας και παρακολούθησης σε άτομα με χρόνια ψυχικά προβλήματα, τα οποία μπορούν κατά τη διάρκεια της ημέρας να επωφεληθούν από άλλες κοινοτικές δραστηριότητες.

- Στην περίθαλψη ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα, των οποίων η θεραπεία απαιτεί την προσωρινή απομάκρυνση από το οικογενειακό τους περιβάλλον.
- Στην προσφορά μακρόχρονης προστατευμένης στέγασης σε άτομα με σοβαρές χρόνιες αναπηρίες, για τα οποία η μόνη εναλλακτική λύση θα ήταν ο ισόβιος εγκλεισμός τους σε ψυχιατρικά ιδρύματα (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Υλικοτεχνική Υποδομή

Η υλικοτεχνική τους υποδομή πρέπει να είναι τέτοια ώστε να εξασφαλίζει συνθήκες όμοιες με αυτές που υπάρχουν στις «κανονικές κατοικίες» της κοινότητας. Οι χρόνια ασθενείς θα μπορούν να διαθέτουν ατομικά δωμάτια τα οποία δεν θα διαφέρουν από τα γειτονικά κτίρια. Η διαφοροποίηση των ξενώνων από τα υπόλοιπα κτίρια της κοινότητας οδηγεί σε κοινωνικό διαχωρισμό ασθενών κάτι παρόμοιο με την κοινωνική απομόνωση σε κλειστά ψυχιατρικά ιδρύματα.

Σύμφωνα με τον Leff (1986), οι χώροι των ξενώνων θα πρέπει να πρέπει να προσφέρουν την δυνατότητα επιλογής μεταξύ ιδιωτικής και κοινωνικής ζωής. Η δυνατότητα αυτή μπορεί να εξασφαλιστεί με την ύπαρξη ατομικών δωματίων σε συνδυασμό με κοινόχρηστους χώρους φαγητού και ψυχαγωγίας, οι οποίοι θα πρέπει να είναι κατάλληλα εξοπλισμένοι και επιπλωμένοι (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Οι κάτοικοι των ξενώνων θα πρέπει να ενθαρρύνονται ως προς την ενεργό συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή της ομάδας και να αποθαρρύνονται οι προσπάθειες απομόνωσης και θα πρέπει να νοιώθουν ελεύθεροι να χρησιμοποιούν το δωμάτιό τους όταν χρειάζεται κάποια στιγμή ησυχίας.

Δραστηριότητες

Σημαντικό ρόλο για τον σχεδιασμό των δραστηριοτήτων παίζει η αξιολόγηση και διαφοροποίηση των αναγκών των ατόμων που βρίσκονται στο ξενώνα. Η έμφαση πρέπει να δοθεί σε δραστηριότητες που θα αποτρέπουν την κοινωνική απομόνωση των ψυχικά ασθενών. Οι ενέργειες που

απαιτούνται για την επανένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα μπορούν να χωριστούν σε δύο κατηγορίες:

- i. Σε δραστηριότητες μέσα στους ξενώνες οι οποίες περιλαμβάνουν κυρίως εκπαίδευση σε τρόπους καθημερινής διαβίωσης όπως αυτοσυντήρηση και προσωπική υγιεινή, κατάλληλη χρήση του ελεύθερου χρόνου και δημιουργικότητα (π.χ. διάβασμα, ψυχαγωγικές ασχολίες), εκπαίδευση σε κοινωνικές δραστηριότητες, εκπαίδευση σε δραστηριότητες επιβίωσης (π.χ. μαγείρεμα, ψώνια) και οικιακές δραστηριότητες (π.χ. πλύσιμο, διακόσμηση)
- ii. Σε προσπάθειες για την επαγγελματική αποκατάσταση και επανένταξή τους στις δραστηριότητες της κοινότητας στην οποία βρίσκεται ο ξενώνας. Σε αυτή την κατηγορία εντάσσονται οι προσπάθειες για τη λειτουργική σύνδεση του ξενώνα με τις κοινοτικές υπηρεσίες. Για την αποτελεσματική φροντίδα ασθενών σημαντικός παράγοντας είναι η επαγγελματική αποκατάσταση. Οι ξενώνες πρέπει να συνδέονται με εργαστήρια επαγγελματικής εκπαίδευσης ή με υπηρεσίες που θα αναλάβουν την επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων αυτών.

Οι προσπάθειες επανένταξης στοχεύουν στην ενθάρρυνση και διευκόλυνση των ασθενών ώστε να αξιοποιήσουν όλο το φάσμα των δυνατοτήτων τους, με στόχο να ανεξαρτητοποιηθούν όσο το δυνατόν περισσότερο τόσο στο επίπεδο της κοινωνικής λειτουργικότητας όσο και στο επίπεδο της αυτό-εκτίμησης.

Εδώ θα πρέπει να σημειώσουμε ότι με τον όρο «επανένταξη» κατά τους Wing και Morris (1981), «εννοούμε τη βοήθεια, υποστήριξης και εκπαίδευση που δίδεται στο ασθενές ή ανίκανο άτομο, ώστε να καταστεί ικανό να ζήσει μια “ φυσιολογική” ζωή, βασισμένο στις ικανότητες του και στο επίπεδο ψυχικής υγείας που διαθέτει» (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η ψυχιατρική περίθαλψη έχει τις εξής δύο μορφές: την ψυχοθεραπεία και τη φαρμακοθεραπεία. Οι ασθενείς καθορίζουν τη βαρύτητα που θα δίδεται στη ψυχιατρική περίθαλψη καθώς και το βαθμό ανεξαρτησίας των ασθενών σε σχέση με την περίθαλψη αυτή. Η συμμετοχή σε ψυχοθεραπευτικές συναντήσεις είτε είναι ομαδικές, είτε ατομικές μπορεί να είναι είτε

υποχρεωτικές, είτε προαιρετικές. Ο ξενώνας μπορεί να διαθέτει μόνιμο ειδικευμένο προσωπικό και να συνδέεται λειτουργικά με άλλες υπηρεσίες όπως Κέντρα Ψυχική Υγιεινής, εξωτερικά ιατρεία οι οποίες θα παρέχουν τις κατάλληλες φροντίδες στους ασθενείς (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Προσωπικό

Σύμφωνα με τον Bachrach (1985) στους ξενώνες με «υψηλής επιτήρηση» απαιτείται μόνιμο ειδικευμένο προσωπικό κυρίως ψυχολόγοι και ψυχίατροι. Σε κατοικίες με μεγαλύτερο βαθμό ανεξαρτησίας, το προσωπικό πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο αλλά όχι απαραίτητα ειδικευμένο. Στους ξενώνες όπου οι ασθενείς είναι ικανοί για ελεύθερη διακίνηση, για εργασία και για λειτουργία στην κοινότητα, ένας επόπτης του ξενώνα και ένας συντονιστής των δραστηριοτήτων είναι αρκετοί. Το προσωπικό που ασχολείται με τους ψυχικά ασθενείς θα πρέπει να μην έχει αρνητική στάση, να είναι ευέλικτο, να διαθέτει αισιοδοξία, να δείχνει ενδιαφέρον και απαιτεί να μπορεί να προσαρμόσει τις επαγγελματικές του ικανότητες στις ειδικές περιπτώσεις των ψυχικά ασθενών (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Η θεραπευτική ομάδα του κάθε ξενώνα και οικοτροφείου αποτελείται από 7 έως 9 άτομα Νοσηλευτικού Προσωπικού, 1 Ψυχολόγο, 1 Εργοθεραπεύτρια, 1 Κοινωνική Λειτουργό, 1 Οικοδέσποινα, τα οποία στελεχώνουν και τα διαμερίσματα ευθύνης τους (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Η φροντίδα που παρέχεται στα άτομα που διαμένουν εκεί, έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητάς τους, ώστε να λειτουργούν στην κοινότητα με επιτυχία και με σκοπό την πλήρη αυτόνομη διαβίωση τους.

Η θεραπευτική ομάδα έχει ρόλο εκπαιδευτικό και υποστηρικτικό. Ο ρόλος του κάθε μέλους της ομάδας είναι ξεκάθαρος ώστε να επιτρέπει την ελεύθερη έκφραση της προσωπικότητάς του. Η επιλεκτική στελέχωση με επαγγελματίες Υγείας είναι απαραίτητη και αυτό γιατί το έργο της αποκατάστασης δεν έχει θετικά αποτελέσματα στην περίπτωση που στη θεραπευτική ομάδα κυριαρχούν αρνητικές νοοτροπίες. Η κατάλληλη θεραπευτική στάση εκ μέρους των θεραπευτών, μειώνει την παλινδρόμηση και ενισχύει τον ένοικο έτσι ώστε να μπορέσει να προχωρήσει βήμα- βήμα στην πλήρη αυτοδιαχείριση και ανεξαρτησία. Όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας

ενημερώνονται μεταξύ τους για τον ρόλο του καθενός χωριστά και αυτό για να είναι η δυνατή η κατά τον καλύτερο τρόπο χρησιμοποίηση όλων των θετικών ικανοτήτων (Τριανταφυλλίδης, 2010).

Επιπλέον έχουν οργανωτικές και διοικητικές ικανότητες. Οι νοσηλευτές διαθέτουν σύγχρονες γνώσεις νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, ψυχοπαθολογίας, ψυχιατρικής και ψυχοφαρμακολογίας, ικανότητα ακρόασης και επικοινωνίας, γνώσης της αρχής και της τέχνης της συμβουλευτικής (Τριανταφυλλίδης, 2010).

Υποκεφάλαιο 1.4.Οι Επαγγελματικοί Ρόλοι των Επαγγελματιών

Ψυχικής Υγείας

1.4.1. Ιστορική Αναδρομή

Οι πρώτες ομάδες ψυχικής υγείας άρχισαν να δημιουργούνται στις Η.Π.Α το 1920 μέχρι το 1930. Σύμφωνα με τον Η. Modlin, καθηγητή της Κοινωνικής Ψυχιατρικής αναφέρει ότι η ομάδα άρχισε να σχηματίζεται με την συνεργασία του ψυχιάτρου με τον κοινωνικό λειτουργό. Οι ομάδες αυτές αποτελούνταν από τον ψυχίατρο, τον ψυχολόγο και τον κοινωνικό λειτουργό και ξεκίνησαν να λειτουργούν μέσα στους ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, ενώ στη συνέχεια μεταφέρθηκαν σε ιδρύματα για νοητικές στερήσεις, σε μονάδες εξωτερικής νοσηλείας, σε φοιτητικές εστίες, στο στρατό, σε κέντρα ψυχικής υγιεινής και σε κλειστά ιδρύματα όπως ψυχιατρεία. Ανάλογα με τη φύση της εργασίας προστέθηκαν και άλλοι ειδικοί στην ομάδα ψυχικής υγιεινής, όπως νοσοκόμοι, εργοθεραπευτές, ειδικοί θεραπευτές (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Στον ευρύτερο τομέα υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης) το ποσοστό των απασχολούμενων ανέρχεται στο 2,1% του συνόλου των εργαζομένων, ενώ το 1990 έφτασε στο 5,3%. Στην Ελλάδα στις αρχές της δεκαετίας του '70 το σύνολο των εργαζομένων στον τομέα της υγείας ανερχόταν στο 1,4% του εργατικού δυναμικού, σήμερα, της ταχείας ανάπτυξης του υγειονομικού τομέα και της ραγδαίας αύξησης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, το ποσοστό αυτό αυξήθηκε περίπου στο 3,5%. Πιο συγκεκριμένα οι επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα υπολογίζεται περίπου στις 140.000 από τους οποίους 40.000 είναι γιατροί, 41.000 νοσηλευτές, 11.000 οδοντίατροι, 9.000 φαρμακοποιοί και 39.000 παραϊατρικό, διοικητικό, βοηθητικό και λοιπό προσωπικό (Θεοδώρου, Σαρρή & Σούλη, 1997).

1.4.2. Ορισμός της Ομάδας Ψυχικής Υγείας

Ο ορισμός που έχει προστεθεί από το Ινστιτούτο του Brunel (1976), έχει ως εξής: «Ομάδα αποτελεί μια κατάσταση όπου οι επιστήμονες που εργάζονται σ' αυτή γνωρίζονται προσωπικά μεταξύ τους, είναι αποδεκτοί από τα άλλα μέλη της ομάδας, έχουν την πρόθεση να δουλέψουν μαζί επ' αορίστου και

εργάζονται πρόσωπο με πρόσωπο σε μικρούς ή μεγάλους αριθμούς. Το να συμμετέχει κανείς μέλος της ομάδας προϋποθέτει το δικαίωμα των προϋπαρχόντων μελών, να έχουν βαρύνουσα γνώμη στην διεύρυνση της ομάδας, το δικαίωμα να συμπεριλαμβάνεται σε όλες τις γενικές συζητήσεις της ομάδας και την υποχρέωση να ακολουθούν τους υπάρχοντες κανόνες της διαδικασίες» (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Οι στόχοι της ομάδας ψυχικής υγείας είναι κυρίως η διάγνωση της ψυχικής διαταραχής, η οποία δεν επεκτείνεται στην κλασική διάγνωση της ψυχιατρικής εξέτασης και την ανεύρεση της ψυχοπαθολογικής εικόνας αλλά και την περαιτέρω θεραπευτική στρατηγική. Η ανεύρεση από το άμεσο περιβάλλον των κοινωνικών παραγόντων που συμμετέχουν στην εκδήλωση της διαταραχής, στους οποίους πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη οι στάσεις, οι άμυνες και οι αρνήσεις των συγγενών των ασθενών, η γνώση των οποίων είναι απαραίτητη για την επιτυχία των θεραπευτικών χειρισμών. Τρίτον και τελευταίο είναι η κατάστρωση ενός προγράμματος θεραπευτικής αντιμετώπισης στο οποίο θα πρέπει οι ασθενείς και το περιβάλλον τους να εκπαιδεύονται στο να κατανοούν τις συγκρούσεις που τροφοδοτούν τα συμπτώματα αυτά (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Με άλλα λόγια βασικά χαρακτηριστικά της ομάδα ψυχικής υγείας θα πρέπει να είναι η αποτελεσματικότητα στο έργο της, ο σεβασμός και η εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών τους και των οικογενειών τους, η ικανότητα να αποκομίζουν από την εργασία τους. Τέλος θα πρέπει να είναι απαλλαγμένοι από τον αδικαιολόγητο εκνευρισμό και το άγχος τους, καθώς επίσης θα πρέπει να τηρούν το απόρρητο και την εχεμύθεια σύμφωνα με τον κώδικα δεοντολογίας (Θεοδώρου, Σαρρή & Σούλη, 1997).

Για την σωστή συνεργασία της ομάδας απαραίτητα είναι η αλληλεγγύη ανάμεσα στα μέλη και η διαμόρφωση μιας ομάδας με κοινούς στόχους, κοινή διαδικασία στη λήψη και εκτέλεση των αποφάσεων. Να αναλάβει θεραπευτικά καθήκοντα, θα πρέπει να υπάρχει κοινή αποδοχή των ρόλων και κάθε ειδικός θα πρέπει να προσφέρει στην ομάδα τις δικές του γνώσεις και προτάσεις (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Η σωστή συνεργασία της ομάδας ψυχικής υγείας έχει πολύ μεγάλο όφελος για τον ασθενή. Τα οφέλη του έχουν είναι:

- i. Υγειονομικά οφέλη να έχουν σχέση με την έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος της υγείας του και την αποτελεσματικής αντιμετώπισης του, την αποτροπή τυχόν επιπλοκών εξαιτίας καθυστερημένης ή λανθασμένης αγωγής, λοιμώξεων κλπ.
- ii. Ψυχολογικά οφέλη να έχουν σχέση τόσο με το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, όσο και με τη διάρκεια της παραμονής του σ' αυτή. Η επίδραση της καλής ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή στη αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής του αγωγής είναι αναμφισβήτητη.
- iii. Οικονομικά οφέλη η οικονομική επιβάρυνση που θα υποστεί ο ασθενής εξαιτίας της καταβολής μέρους ή όλων των εξόδων περίθαλψης καθώς και τα έξοδα παραμονής μελών της οικογένειάς του θα είναι σημαντικά μικρότερα, αφού με την βελτίωση των υπηρεσιών το πρόβλημα του ασθενή θ διαγνωστεί έγκαιρα και θα αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά (Θεοδώρου, Σαρρή & Σούλη, 1997).

1.4.3. Ο Ρόλος των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας

Σε μια ομάδα ψυχικής υγείας θα πρέπει να υπάρχουνε διάφορες ειδικότητες με στόχο την διάγνωση της ψυχικής διαταραχής, την ανεύρεση των παραγόντων που συμβάλλουν στην εκδήλωση της διαταραχής και στην κατάστρωση προγραμμάτων θεραπευτικής αντιμετώπισης. Ο κάθε ειδικός προσφέρει στην ομάδα τις δικές του γνώσεις και προτάσεις. Οι επαγγελματίες υγείας που μπορεί να απαρτίζουν την διεπιστημονική ομάδα μπορεί να είναι:

- **Επιστημονικός Υπεύθυνος**

Ο επιστημονικός υπεύθυνος εποπτεύει και συντονίζει επιστημονικά, θεραπευτικά και εκπαιδευτικά θέματα. Είναι αυτός που καθορίζει τους θεραπευτικούς ρόλους και τις υποχρεώσεις των μελών της θεραπευτικής ομάδας και κατευθύνει το έργο τους. Επίσης συνεργάζεται με τον υπεύθυνο διαχείρισης των προγραμμάτων αποκατάστασης για διοικητικά, οικονομικά και γραμματειακά θέματα. Η παρουσία του πρέπει να είναι τακτική και συστηματική. Επιπλέον, όταν η θεραπευτική ομάδα έχει ελλείψεις όσον αφορά την εκπαίδευση της ο επιστημονικός υπεύθυνος καταθέτει προτάσεις για προγράμματα εκπαίδευσης του προσωπικού με την μορφή σεμιναρίων και διαλέξεων από ειδικούς επιστήμονες (Δαμίγος, 2003)

- **Ο Αναπληρωτής Υπεύθυνος**

Ο αναπληρωτής υπεύθυνος εποπτεύεται από τον επιστημονικό υπεύθυνο και αναλαμβάνει καθήκοντα που αφορούν τις θεραπευτικές ομαδικές ή κοινωνικές δραστηριότητες. Η παρουσία του σε μια στεγαστική δομή πρέπει να είναι σε καθημερινή βάση και να αποτελεί παράγοντα διασύνδεσης της πρωινής και απογευματινής βάρδιας (Δαμίγος, 2003).

- **Ψυχίατρος**

Ο ρόλος του ψυχιάτρου σε μια υπηρεσία κοινοτικής ψυχικής υγιεινής είναι να έχει γνώσεις ψυχοπαθολογίας και ψυχοθεραπευτικών χειρισμών, να είναι σε θέση να αξιολογεί τις κοινωνικές παραμέτρους που σχετίζονται με στις ψυχικές διαταραχές. Επιπλέον, δεν μπορεί ο ρόλος του να περιοριστεί στη νοσολογική προσέγγιση αλλά πρέπει να επεκτείνεται και στη συμμετοχή του στη διαδικασία πρόληψης στο επίπεδο της κοινότητας και στη διαδικασία αποκατάστασης ψυχικών διαταραχών. Εκτός από θεραπευτής συγκεκριμένων περιστατικών θα πρέπει να είναι σύμβουλος της κοινότητας για θέματα ψυχικής ασθένειας έτσι είναι απαραίτητη η πείρα σε θέματα Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής (Παπαδάτου & Στογιαννίδου, 1990).

Σε σύγχρονες υπηρεσίες ανοιχτής περίθαλψης ο ψυχίατρος είναι υποχρεωμένος να εμπλέκεται στη κοινότητα, να παραπέμπει ασθενείς σε άλλους γιατρούς άλλων ειδικοτήτων ή ακόμα και να αποκτά ρόλο πιο παθητικό, λαμβάνοντας μέρος σε μια ομάδα ως αρχηγός.

Γενικά ο ρόλος του ψυχιάτρου είναι σύμφωνα με τον Liberakis (1978) είναι να κάνει διάγνωση, να δίνει θεραπεία, να παρακολουθεί ασθενείς με ψυχικές διαταραχές και να βοηθάει στην πρόληψη της ψυχικής ασθένειας και στην διατήρησή της ψυχικής υγιεινής. Θα πρέπει επιπλέον να έχει την ικανότητα να προσδιορίσει τα ιατρικά σύνδρομα ή τις ιατρικές πλευρές πολύπλοκων καταστάσεων και να τις αντιμετωπίσει όσον το δυνατόν πιο αποτελεσματικά (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Ο ρόλος της εργασίας του ψυχιάτρου στην κοινοτική ψυχιατρική επικεντρώνεται σε δύο επίπεδα, και είναι διαφορετικός με εκείνος του

ψυχιάτρου που εργάζεται στο άσυλο. Τα επίπεδα εργασίας που επικεντρώνεται είναι:

- i. Στο επίπεδο του ατόμου που ζητά βοήθεια και παρουσιάζει κλινικό πρόβλημα και
- ii. Στο επίπεδο της κοινότητας, όπου συμμετέχει σε προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης με στόχο την πρόληψη της ψυχικής ασθένειας.

Η επιτυχημένη εργασία ενός κοινοτικού ψυχιάτρου εξαρτάται από την τήρηση των βασικών αρχών της κοινοτικής ψυχιατρικής, από την διαμόρφωση συγκεκριμένης ιδεολογίας, την έλλειψη ελιτισμού, την στάση του προς την κοινότητα και τις ικανότητές του (Μαδιανός, 1994).

• **Ψυχολόγος**

Η συμβολή των κλινικών ψυχολόγων στην ομάδα ψυχικής υγιεινής ήταν αρχικά η παροχή και αξιολόγηση ψυχολογικών δοκιμασιών. Στην συνέχεια όμως της κλινικής ψυχιατρικής, η οποία χωρίζεται σε δύο φάσεις ο ρόλος και η εξέλιξη του αλλάζει. Πιο συγκεκριμένα στα μεταπολεμικά χρόνια και μέχρι το 1960 η κύρια δραστηριότητα των ψυχολόγων ήταν η ψυχοδιαγνωστική. Μετά το 1960 ο ψυχολόγος συμμετέχει στη θεραπευτική και στη συμβουλευτική. Η συμβολή του εκφράζεται με ατομική παρέμβαση, θεραπεία ομάδας, ζεύγους, οικογένειας, κλπ. Ο ψυχολόγος συμμετέχει επίσης σε εκπαιδευτικά για την μελέτη των ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Σύμφωνα με τον Ρότσια(1986), ο ψυχολόγος πρέπει να συμμετέχει και στη διάγνωση και στη θεραπεία. Επειδή είναι ειδικευμένος στη χρήση και χορήγηση ψυχομετρικών δοκιμασιών μπορεί να δώσει στην ομάδα μια πιο πλήρη εικόνα για το συγκεκριμένο άτομο (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Η συμμετοχή ενός ψυχολόγου στη θεραπευτική ομάδα κοινοτικής ψυχιατρικής αφορά:

- i. Στο επίπεδο διερεύνησης ψυχολογικών διεργασιών του ασθενούς με την χρήση ψυχομετρικών δοκιμασιών.
- ii. Στο επίπεδο ψυχοθεραπευτικής ή συμβουλευτικής παρέμβασης στον ασθενή ή την οικογένειά του.
- iii. Στο επίπεδο συμμετοχής στην κοινότητα με προγράμματα πρόληψης, ομάδες ευαισθητοποίησης κ.α.

- iv. Στο επίπεδο προώθησης και ανάπτυξης αξιών και δράσεων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.
- v. Στο επίπεδο διαμόρφωσης θεραπευτικού σχεδιασμού και αξιολόγησής του.
- vi. Στο επίπεδο ανάληψης πρωτοβουλιών που αφορούν την διοργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.
- vii. Στο επίπεδο ανάπτυξης νέων τάσεων και ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων με καλύτερα αποτελέσματα στην αποκατάσταση των ασθενών (Μαδιανός, 1994), (Bellak και συν., 1997), (Dixon & Lehman, 1995), (Linehan και συν., 1991), (Δαμίγος, 2003).

- **Κοινωνικός Λειτουργός**

Ο ρόλος του είναι να ενημερωθεί για τον φάκελο του ασθενή στο σχολείο, στο χώρο στον οποίο εργάζεται, στο στρατό, στο γενικό γιατρό του. Να παρέχει πληροφορίες για την σχέση του ασθενή και της οικογένειάς του με τους κοινοτικούς φορείς και να είναι σε θέση να κάνει την απαραίτητη εκτίμηση των φορέων που είναι αποδεκτοί από την οικογένειά του (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στα ψυχιατρεία είναι να συλλέγει και να αξιολογεί πληροφορίες σχετικά με την κοινωνική πλευρά του ασθενούς, της οικογένειας, και της ζωής στην κοινότητα καθώς επίσης θα πρέπει να συνεισφέρει στη θεραπεία τόσο του ασθενή, όσο και της οικογένειας ή να υποστηρίξει την κοινότητα μέσα από ατομική και ομαδική εργασία (Μαδιανός, 1994).

Η διαφορά του ψυχιάτρου με τον κοινωνικό λειτουργό στα ψυχιατρεία είναι ότι ο πρώτος είναι υπεύθυνος να παίρνει το ιστορικό του ασθενή, ενώ ο δεύτερος είναι υπεύθυνος να παίρνει το ιστορικό της οικογένειας. Με αυτόν τον τρόπο δίνεται η ευκαιρία στους συγγενείς να έχουν επαφή με έναν συγκεκριμένο ειδικό, ο οποίος ενδιαφέρεται για τις ανάγκες τους και τα προβλήματα που τους δημιουργεί η ασθένεια του συγγενικού τους ατόμου (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990), (Μαδιανός, 1994).

Οι δυνατότητες συμμετοχής του κοινωνικού λειτουργού στη ψυχιατρική μονάδα μπορούν να χωριστούν σε 3 κατηγορίες:

- i. στην πρόληψη

- ii. στη θεραπευτική αντιμετώπιση
- iii. στη φάση αποκατάστασης.

Στο επίπεδο πρόληψης ο κοινωνικός λειτουργός θα μπορούσε να συμμετέχει π.χ. σε σχολεία επαγγελματικής εκπαίδευσης, σε διάφορες κοινωνικές υπηρεσίες, σε συμβουλευτικούς σταθμούς, στο σχεδιασμό της κοινωνικής πολιτικής, κ.α. Στο επίπεδο της θεραπευτικής αντιμετώπισης ο κοινωνικός λειτουργός θα μπορούσε να αναλάβει υποχρεώσεις στην ατομική συμβουλευτική διαδικασία, στην αντιμετώπιση καταστάσεων κρίσης, να συμμετέχει σε ομαδικές θεραπευτικές προσπάθειες, στη θεραπεία της οικογένειας, κ.α. και τέλος, στο επίπεδο της αποκατάστασης, είναι απαραίτητη η συνεργασία τόσο στην εξωϊδρυματική παρακολούθηση του ασθενούς όσο και στις μονάδες μερικής περίθαλψης στις προφυλαγμένες κοινότητες, τους συμβουλευτικούς σταθμούς, στις μονάδες αντιμετώπισης ψυχιατρικών κρίσεων, στην επεξεργασία του οικογενειακού ή επαγγελματικού περιβάλλοντος, κ.α. (Παπαγεωργίου, 1990).

Οι απαιτήσεις της ομάδας πάνω στον κοινωνικό λειτουργό είναι συνήθως συγκεκριμένες ή τις περισσότερες φορές περιμένει κανείς από αυτόν ότι θα λειτουργήσει τόσο σαν ειδικός της γραφειοκρατίας της διοίκησης όσο και σαν ψυχολόγος ή ακόμα σαν δικηγόρος ή δικαστής, πολλές φορές μάλιστα και σαν γιατρός (Παπαγεωργίου, 1990).

Συνοπτικά, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να εκπληρώνει τις εξής προϋποθέσεις:

- i. πρακτικές υποχρεώσεις απέναντι στον ασθενή έξω από τα πλαίσια της θεραπευτικής ομάδας όπως σύναψη σχέσεων με διάφορους κοινωνικούς φορείς, οργανώσεις, κέντρα επαγγελματικής κλπ αποκατάστασης, συμμετοχή σε γενικότερες κοινωνικές εκδηλώσεις.
- ii. Συμβουλευτική λειτουργία για το ξεκαθάρισμα τυχόν νομικών προβλημάτων που έχουν σχέση με απαιτήσεις, όπως επιδόματα ανεργίας, οικογενειακό βοήθημα, ανεύρεση κατοικίας ή ακόμα βοήθεια για αναγκαίες μεταβολές στο χώρο εργασίας ή και το γενικότερο κοινωνικό περιβάλλον που κινείται ο ασθενής.
- iii. Συμμετοχή στις θεραπευτικές διαδικασίες που κινούνται στο χώρο της ψυχοθεραπείας, όπως ατομικές ή ομαδικές θεραπευτικές συναντήσεις, λογοθεραπεία, ψυχόγραμμα, κτλ.

Δίπλα λοιπόν στις παραδοσιακές πρακτικές υποχρεώσεις του κοινωνικού λειτουργού απέναντι στον ασθενή, καθώς και τη συμβουλευτική λειτουργία του, η συμμετοχή του στις θεραπευτικές προσπάθειες για την αντιμετώπιση και αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων είναι βασική προϋπόθεση για την αρμονική και ολοκληρωμένη εργασία του μέσα στο οποιασδήποτε μορφής ψυχιατρικό ίδρυμα. Πολύ περισσότερο είναι κάτι τέτοιο αναγκαίο στη συμμετοχή του στα κέντρα ψυχικής υγείας κοινοτικού σχεδιασμού (Παπαγεωργίου, 1990), (Μαδιανός, 1994).

- **Ψυχιατρικός Νοσοκόμος**

Σύμφωνα με τον Παπαγεωργίου (1990), η ανάπτυξη των ψυχιατρικών μεθόδων θεραπείας, ιδιαίτερα τις τελευταίες δεκαετίες, πάνω σε ψυχοδυναμικά πλαίσια απαιτεί μια διαφοροποίηση του ρόλου του νοσηλευτή μέσα στα πλαίσια αυτά. Η ψυχιατρική νοσηλευτική αναπτύχθηκε σαν ένας ξεχωριστός κλάδος της νοσηλευτικής, μια ειδικότητα που απαιτεί επιπλέον γνώση και εμπειρία, κι ενδιαφέρεται για:

- ✓ την ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα και αποκατάσταση του ψυχικά ασθενή, την καλλιέργεια και ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων, την εφαρμογή γνώσεων και δημιουργία νέων θεραπευτικών προϋποθέσεων, σε συνεργασία με τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας.
- ✓ την πρόληψη και αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου και των παραγόντων που συντελούν στη δημιουργία της (Παπαγεωργίου, 1990).

Σύμφωνα με τον Ραγιά (1978), ο ρόλος του είναι γενικά η διατήρηση και επαναφορά της υγείας ατόμων, οικογενειών, ομάδων και πληθυσμών. Ειδικότερα όμως επικεντρώνεται στις προσπάθειές του στην ψυχική υγιεινή. Η συνεισφορά του νοσοκόμου είναι η άμεση και παρατεταμένη επαφή με τον ασθενή, η οποία μπορεί να κρατήσει για χρόνια και έχει σχέση με την φροντίδα του ασθενή, τόσο του σώματός του όσο και της ψυχικής κατάστασης του γι' αυτό απαιτείται να έχει ωριμότητα, ψυχιατρικές δεξιότητες και άμεση υποστήριξη από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Αντίθετα, μέσα στην κοινότητα ο ρόλος του δεν περιορίζεται μόνο στη φροντίδα του ψυχικά ασθενούς, αλλά επεκτείνεται και στην υποστήριξη των μελών της οικογένειας

του ασθενούς έτσι ώστε να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που δημιουργούνται στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Αυτό συνεπάγεται ότι στα καθήκοντά του μπορεί να είναι και οι επισκέψεις στο σπίτι του ασθενούς για επιπλέον υποστήριξη (Ραγιά, 1978).

- **Εργασιοθεραπευτής**

Ο ρόλος του σύμφωνα με τους Walker & Keleher (1985), είναι να κρίνει το κατά πόσον ο ασθενής μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί αλλά και να εργασθεί δημιουργικά. Στην ομάδα ψυχικής υγιεινής, ο Εργασιοθεραπευτής διατυπώνει τις απόψεις του σχετικά με τον ασθενή και δίνει συμβουλές για τον εξοπλισμό και τη λειτουργία της εργασιοθεραπευτικής μονάδας, ώστε να εξυπηρετούνται οι ανάγκες των ασθενών (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Οι ειδικοί θεραπευτές μπορούν να προσφέρουν στους ασθενείς ερεθίσματα για τις εικαστικές τέχνες, το δημιουργικό γράψιμο, μουσική και θέατρο. Στο επίπεδο της πρακτικής εργασιοθεραπείας, μπορούν να προσφέρουν στην εκμάθηση ξυλουργικής, πλεκτικής, ραπτικής, μεταλλουργίας κλπ. Ειδικοί εργασιοθεραπευτές μπορούν να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς σε γεωργικές, κτηνοτροφικές και άλλες αγροτικές εργασίες (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Σύμφωνα με τον Willson (1987) «η εργασιακή απασχόληση των ασθενών έχει σημαντική συμβολή στις θεραπευτικές προσπάθειες, καθώς προσφέρει ευκαιρίες για τη βελτίωση της αυτό- αντίληψη, των μηχανισμών λήψης αποφάσεων και των ικανοτήτων αυτοπειθαρχίας και υγιούς αλληλεπίδρασης με τους υπόλοιπους εκπαιδευόμενους» (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

- **Λογοθεραπευτής**

Ο ρόλος του Λογοθεραπευτή είναι να εκτιμήσει τη λεκτική ικανότητα του ασθενούς, τόσο στο επίπεδο κατανόησης του λόγου, όσο και στα επίπεδα έκφρασης και επικοινωνίας (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Η θεραπευτική του παρέμβαση στοχεύει στην επέκταση των λεκτικών δεξιοτήτων επικοινωνίας του ασθενούς. Η συμβολή του δεν περιορίζεται μόνο στον ασθενή, αλλά και στο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς,

προσφέροντας συμβουλές για καλύτερους τρόπους επικοινωνίας με τον ασθενή όπως υποστηρίζουν οι Walker & Keleher (1985).

Ο Λογοθεραπευτής είναι απαραίτητος σε παιδιά και ενήλικες που παρουσιάζουν διαταραχές του λόγου, λόγω ψυχωτικών καταστάσεων, όπως αυτισμός, σχιζοφρενικές διαταραχές, ειδικών διαταραχών της ανάπτυξης, όπως μαθησιακές δυσκολίες, νευρωσικών καταστάσεων, όπως εκλεκτική βωβότητα, εγκεφαλικών τραυματισμών, νοητικής καθυστέρησης (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1990).

Υποκεφάλαιο 1.5. Στάσεις των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας στο Ψυχιατρείο

1.5.1. Σχέση Θεραπευτή και Θεραπευόμενου στο Ψυχιατρείο

Σύμφωνα με τον Anderson (1998), η επιστημονική υποστήριξη που θα παρασχεθεί σε έναν ασθενή πρέπει να έχει ως στόχο να οδηγηθεί το άτομο προς την ανεξαρτησία. Ο ασθενής θα πρέπει να την αντιλαμβάνεται σαν ένα θετικό βήμα το οποίο θα τον επαναφέρει στην προηγούμενη φυσιολογική του κατάσταση.

Η σχέση λοιπόν θεραπευτή- θεραπευόμενου θα πρέπει να βασίζεται «σε μια συνεργασία που να στηρίζεται στην ισοτιμία, στον αμοιβαίο σεβασμό, στην ικανότητα να ακούν και να κατανοούν ο ένας τον άλλο, στην καλή επικοινωνία και ειλικρίνεια και στην από κοινού λήψη αποφάσεων» (Anderson & Arsenault, 1998).

Παρόλα αυτά όπως επισημαίνει ο Searles (1975) «η κάθε είδους επικοινωνία και επαφή που στοχεύει σε θεραπευτικά αποτελέσματα προς τον ασθενή ενέχει τον κίνδυνο ταύτισης του θεραπευτή με τον θεραπευόμενο με αποτέλεσμα την διακίνηση απρόβλεπτων συναισθηματικών καταστάσεων από την πλευρά του θεραπευτή» (Searles, 1975).

Οι στάσεις των θεραπευτών κατά τον Benhau (1988), παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του θεραπευτικού προγράμματος και στη λειτουργία των κοινωνικών ρόλων που θα υιοθετήσουν οι ασθενείς κατά την εξέλιξη της θεραπευτικής σχέσης. Οι στάσεις των θεραπευτών όταν χαρακτηρίζονται από έλλειψη σεβασμού και από χαμηλές προσδοκίες για το θεραπευτικό αποτέλεσμα τα αποτελέσματα της θεραπείας δεν είναι ικανοποιητικά (Freeman & Simons, 1963).

Η κατηγοριοποίηση και η ταξινόμηση των προβλημάτων των ασθενών από τους θεραπευτές σύμφωνα με τους Watts & Bennett (1978), μπορεί να έχει κινδύνους για την θεραπευτική διαδικασία, καθώς αυτή κατηγοριοποίηση μπορεί αν είναι αποτέλεσμα προσωπικών ή ομαδικών εκτιμήσεων των μελών της θεραπευτικής ομάδας που μπορεί να καθορίσουν αρνητικά τις στάσεις των θεραπευτών και το είδος των σχέσεων με τους ασθενείς. Όταν δεν επικρατούν τέτοιες λανθασμένες εκτιμήσεις κυρίαρχο στοιχείο είναι ο σεβασμός, δεν υπάρχει κοινωνική απόσταση μεταξύ θεραπευτών και

ασθενών και αποτέλεσμα αυτής της θετικής στάσης είναι η βελτίωση της κλινικής εικόνας των ασθενών και η αποδοχή των ασθενών από τους θεραπευτές (Goffman, 1981), (Garety & Morris, 1984).

Σύμφωνα με τους Minkoff & Stern (1985), η σχιζοφρένια και γενικότερα η ψύχωση τρομάζει τον ασθενή αλλά και τον επαγγελματία ψυχικής υγείας. Ακόμα και οι πιο έμπειροι θεραπευτές μπορεί να νοιώσουν απομόνωση, ντροπή και απελπισία της ψύχωσης με αποτέλεσμα τη δυσκολία στην ενσυναίσθηση. Εξ' αιτίας αυτών επιβάλλουν όρια στους ψυχωτικούς ασθενείς προκειμένου να προστατεύσουν την ακεραιότητα της πνευματικής τους λειτουργίας.

Σοβαρό εμπόδιο στη διαδικασία της αποκατάστασης των ασθενών είναι η άποψη κάποιων επαγγελματιών ότι η εργασία με ασθενείς που έχουν σοβαρές ψυχικές διαταραχές δεν είναι καλά αμειβόμενη, δεν προσθέτει το ανάλογο κύρος και έτσι οι προσδοκίες για την θεραπεία και την αποκατάσταση των ασθενών είναι αρνητικές (Minkoff, 1987).

Οι παράγοντες που καθορίζουν και διευκολύνουν την διαμόρφωση μιας αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης με τους ασθενείς είναι:

- i. Η κατανόηση, η συμπάθεια, η αποδοχή και η επικοινωνία με τους ασθενείς.
- ii. Η συνεργασία των θεραπευτών μεταξύ τους αλλά και με τους ασθενείς.
- iii. Ο σεβασμός στον διάλογο και η εμπιστοσύνη στην θεραπευτική σχέση.
- iv. Η επαγγελματική προθυμία για επίλυση προβλημάτων.
- v. Η παρότρυνση των ασθενών για συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων όσον αφορά την θεραπευτική διαδικασία.
- vi. Η αντιμετώπιση των ασθενών ως ολοκληρωμένες προσωπικότητες.
- vii. Η αποφυγή του στιγματισμού και της ετικετοποίησης της ψυχικής νόσου.
- viii. Η ικανότητα διεύρυνσης των επαγγελματικών ρόλων όταν υπάρχει κίνδυνος να χάσουν τα επαγγελματικά τους όρια.
- ix. Η ανάληψη στρατηγικών περίθαλψης (Σικελιανού, 2011).
- x. Η ύπαρξη ενός οργανωμένου θεραπευτικού σχεδιασμού με χαρακτηριστικά τα όρια και τον έλεγχο της συμπεριφοράς των θεραπευτών και την ευκαμψία των ρόλων τους (Constantine & Nelson, 1995), (Curtis & Hodge, 1994), (Garety & Morris, 1984).

1.5.2. Ο Ιδρυματισμός του Προσωπικού στο Ψυχιατρείο και οι Στάσεις με Αρνητική Επίδραση στη Θεραπευτική Σχέση στο Ψυχιατρείο

Η απουσία θετικών στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας οδηγεί στην κακή ποιότητα σχέσεων με τους ασθενείς. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ξοδεύουν σημαντικό βαθμό ενέργειας στους ψυχικά ασθενείς κατά την θεραπεία τους με αποτέλεσμα οι θεραπευτές να οδηγούνται σε συναισθηματική εξάντληση και οι ασθενείς να αποτυγχάνουν να ολοκληρώσουν την προσπάθεια για αποκατάσταση (κοινωνική ή επαγγελματική). Επιπλέον η αύξηση κρουσμάτων βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς των ασθενών είναι αποτέλεσμα αποτυχημένης προσπάθειας ή έλλειψης καλά οργανωμένου θεραπευτικού προγράμματος, καθώς και της χαλαρότητας των επαγγελματικών ρόλων του θεραπευτικού προσωπικού (Curtis & Hodge, 1994), (Tattan & Tarrier, 2000), (Link & συν., 1997), (Jackson και συν.,1996), (Lavender, 1985).

Οι εργαζόμενοι στο άσυλο στοχεύουν στη θεραπεία του ψυχωτικού αρρώστου. Σύμφωνα με τον Searles (1975) οι εργαζόμενοι στο άσυλο βιώνουν την ψυχωτική διάχυση στο προσωπικό τους επίπεδο, δηλαδή μια ψυχωτική κένωση από τα ψυχονοητικά τους περιεχόμενα, με αποτέλεσμα να μην κρατούν τίποτα το καλό και το δημιουργικό. Οι εργαζόμενοι έχουν επίσης ένα συναίσθημα εισβολής με την προβλητική ταύτιση, όπως υποστηρίζει ο Hochmann (1982), κάτι δηλαδή που θα μπορούσε να παρομοιαστεί με μόλυνση από την τρέλα.

Ο ιδρυματισμένος εργαζόμενος αμύνεται:

- μέσα από τον φόβο (ο φόβος για τον ίδιο τον νοσηλευόμενο),
- μέσα από τελετουργικές λειτουργίες (άσπρες μπλούζες, ειδικό χώρο φαγητού κ.α.),
- μέσα από κοινωνικό ακτιβισμό,
- μέσα από τη διάσπαση του θεραπευτικού χώρου του ασύλου,
- μέσα από την πρακτική της αναγκαστικής προσαρμογής σε ένα προκατασκευασμένο εκμαγείο,
- μέσα από τη δημιουργία κλειστών και αυτόνομων ομάδων, συνήθως ανταγωνιστικών,

- μέσα από την καλά οργανωμένη δομή του ιδρύματος που αποστειρώνει τους αρρώστους. (Μαδιανός, 1994).

Ο χρόνος στο ίδρυμα είναι ένας σημαντικός παράγοντας ιδρυματισμού. Ο ιδρυματικός χρόνος στο χώρο του ασύλου είναι δύο ειδών: ο χρόνος του έγκλειστου αρρώστου, χωρίς όρια, ακαθόριστος, και ο χρόνος (διοικητικά καθορισμένος) του θεραπευτή που πρέπει να έχει θεραπευτικά όρια. Ο στόχος του θεραπευτή, για να προλάβει τον ιδρυματισμό του αλλά και τον ιδρυματισμό των αρρώστων, είναι να διαφοροποιήσει τον ασυλιακό από τον θεραπευτικό χρόνο. Η διαφοροποίηση αυτή επιτυγχάνεται με τη δόμηση του χρόνου του αρρώστου σε μια σειρά θεραπευτικών δραστηριοτήτων ποικίλου φάσματος.

Η πρόληψη του ιδρυματισμού του προσωπικού επιτυγχάνεται με μια καθορισμένη λειτουργία του ιδρύματος, η οποία ευνοεί τη δημιουργική αυτονομία των θεραπευτών. Έτσι οι θεραπευτές είναι σε θέση να ενισχύουν τον άρρωστο να γίνει αυτόνομος και δημιουργικός, με την τροποποίηση των ψυχοπαθολογικών δομικών στοιχείων της σκέψης κλπ, προς την ομαλοποίηση, ώστε οι νοητικές του λειτουργίες να αποβαίνουν πηγή ευχαρίστησης (Μαδιανός, 1994).

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας συχνά αισθάνονται αρνητικά συναισθήματα που χαρακτηρίζουν τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι θεραπευτές την χρονιότητα της ψυχικής νόσου και τα οποία γίνονται εμπόδιο στην εξέλιξη και την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής διαδικασίας. Τέτοια συναισθήματα από τα οποία πάσχει η θεραπευτική ομάδα είναι το συναίσθημα της «εισβολής» και της «κένωσης» που προκαλεί η επαφή με την ψύχωση και τα οποία δυσκολεύουν την θεραπεία και την αποκατάσταση των ασθενών καθώς τα μέλη προκειμένου να απομακρύνουν τέτοια συναισθήματα προχωρούν σε διαχωρισμό από τον ψυχωτικό ασθενή επιβάλλοντας όρια. Η θεραπευτική ομάδα κατακλύζεται από το θεμελιακό φόβο του τρελού. Ο φόβος αυτός συνδέεται με το συναίσθημα εισβολή, την αδυναμία δηλαδή της θεραπευτικής ομάδας να διατηρήσει τον προσωπικό ψυχικό χώρο της αφού συνεχώς υφίσταται μια εισβολή από επίμονες προβλητικές ταυτίσεις των ψυχωτικών ασθενών. Στη συνέχεια ο φόβος αυτός συνδέεται με το συναίσθημα κένωσης. Η ομάδα δηλαδή φοβάται να κενωθεί από τα ψυχωνοητικά της περιεχόμενα καθώς βρίσκεται συνεχώς υπό την επίδραση

της ψύχωσης των ασθενών. Αποτέλεσμα είναι η ασθενείς να παραμένουν ασυλικοί εκδηλώνοντας μορφές ιδρυματικής συμπεριφοράς καθώς και αντίσταση σε κάθε αλλαγή που αφορά το θεραπευτικό και κοινωνικό περιβάλλον (Hochmann, 2003), (Searles, 2003), (Σικελιανού, 2011).

Ο Mirabi (1985), σε μια μελέτη του υποστηρίζει ότι λόγω της ματαίωσης και των αποτυχιών κατά τη θεραπευτική διαδικασία πολλοί επαγγελματίες δεν διατηρούν θετικές και αισιόδοξες στάσεις ως προς τη χρονιότητα της ψυχικής νόσου.

Συναισθήματα αντιπάθειας προς τους χρόνιους ασθενείς συμβάλλουν επίσης στην ανάπτυξη των αρνητικών στάσεων των επαγγελματιών για την ψυχική νόσο. Η χειριστική συμπεριφορά των ασθενών και η έλλειψη συμμόρφωσης στη θεραπεία γίνεται λόγος αντιπάθειας από τους θεραπευτές παρουσιάζοντας αποστασιοποιημένη συμπεριφορά από την παθητικότητα και την εξαρτητική διάθεση των ασθενών τους (Mirabi, 1985).

Επίσης, κατά των Lamb (1982), άλλος ένας σημαντικός παράγοντας της ανάπτυξης αρνητικών στάσεων από τους επαγγελματίες είναι τα συναισθήματα της μη αντοχής που βιώνουν ως προς το κλινικό έργο με τους χρόνιους ασθενείς.

Τέλος η έλλειψη ουσιαστικής εκπαίδευσης, η απουσία επόπτη και η ανεπαρκής κλινική εξάσκηση ενισχύουν την εμφάνιση αρνητικών στάσεων οι οποίες γίνονται εμπόδια στην αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας και θεραπείας σε χρόνιους ασθενείς (Lamb, 1982).

Ακλουθώντας κάποιες στρατηγικές τα προβλήματα που προκαλούν αρνητικές στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας θα μπορούσαν να επιληφθούν. Σύμφωνα με την Parrish (1988), αυτές οι στρατηγικές θα μπορούσαν να αφορούν:

- i. Στη προσπάθεια αλλαγής αντιλήψεων και πεποιθήσεων των θεραπευτών για τους ψυχικά ασθενείς με προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.
- ii. Την παροχή οικονομικών κινήτρων ώστε να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού έργου από τους θεραπευτές.
- iii. Τροποποίηση των θεραπευτικών στόχων των υπαρχόντων προγραμμάτων προκειμένου να είναι πιο αποτελεσματικά.

iv. Την διεύρυνση χρηματοδότησης των δομών από την πολιτεία (Parrish, 1988).

Σύμφωνα με τον Sartorius (2002), το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική νόσο και τους εξ' αυτής πάσχοντες είναι ένα σημαντικό εμπόδιο στην παροχή καλύτερης φροντίδας και την βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους.

Μια προφανής πηγή στιγματισμού από τους επαγγελματίες υγείας είναι η απρόσεκτη χρήση της διαγνωστικής ετικέτας. Αν και οι διαγνώσεις είναι χρήσιμα εργαλεία για τους επαγγελματίες υγείας, γίνονται λιγότερο χρήσιμες κατά την επικοινωνία με άλλα επαγγέλματα και καθόλου χρήσιμες ως και επιβλαβείς όταν χρησιμοποιούνται από μη επαγγελματίες που δεν είναι εξοικειωμένοι με αυτούς τους όρους. Τόσο το κοινό, όσο και οι επαγγελματίες υγείας έχουν συχνά αρνητική στάση απέναντι στους αρρώστους που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και προσαρμόζουν ανάλογα τη συμπεριφορά τους.

Ο ιατρογενής στιγματισμός δεν σταματά με το να μπει μια ετικέτα στον άρρωστο. Η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων μια ψυχικής νόσου μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να στιγματίσουν των άρρωστο περισσότερο και από την ίδια την νόσο. Ψυχίατροι και επαγγελματίες ψυχικής υγείας στιγματίζουν τους αρρώστους και με άλλους τρόπους. Μέχρι περίπου το έτος 2000 ψυχίατροι σε μερικές Ευρωπαϊκές χώρες και αλλού ζητούσαν περισσότερες μέρες άδειας και υψηλότερο μισθό επειδή οι ψυχιατρικοί άρρωστοι ήταν σύμφωνα με αυτούς επικίνδυνοι (Sartorius, 2002).

Ο Κυζιρίδης (2003), αναφέρει ότι δεν έχουν περάσει πολλά χρόνια από τότε που οι επαγγελματίες υγείας συνήθιζαν να ασκούν κριτική τόσο στην κοινωνία, όσο και στους συγγενείς των αρρώστων με ψυχιατρικά προβλήματα, όχι μόνο για έλλειψη ευαισθησίας, αλλά και για έναν τύπο ρατσισμού απέναντί τους. Οι επαγγελματίες θα πρέπει να αποδεκτού ότι ένα κομμάτι αυτής της στάσης προέρχεται και από αυτούς τους ίδιους, ίσως με συγκεκαλυμμένο τρόπο (Κυζιρίδης, 2003).

Υποκεφάλαιο 1.6. Στάσεις των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας και το Θεραπευτικό Περιβάλλον Στους Ξενώνες Αποκατάστασης για Χρόνιους Ψυχικά Ασθενείς

1.6.1. Το Θετικά Ποιοτικό Θεραπευτικό Περιβάλλον και οι Στάσεις με Θετική Επίδραση στη Θεραπευτική Σχέση στους Ξενώνες Αποκατάστασης.

Σύμφωνα με τον Mack (1994), οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν συνήθως δύο ειδών αντιλήψεις σχετικά με την ψυχική νόσο. Η πρώτη αφορά την αντίληψη της παντοδυναμίας και η δεύτερη την αυτοαντίληψη, δηλαδή την αντίληψη που έχει ο καθένας για τον εαυτό του (Σικελιανού, 2011).

Βασική προϋπόθεση για την έναρξη της θεραπευτικής σχέσης, όποια και αν είναι η αντίληψη για την ψυχική νόσο, είναι ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν τι είναι η ψυχική νόσος (Σικελιανού, 2011).

Οι υψηλές και ρεαλιστικές προσδοκίες, τα αισθήματα αποδοχής προς τους ασθενείς από το θεραπευτικό προσωπικό μιας αποκαταστασιακής δομής είναι θετικές επιδράσεις για την εξέλιξη της θεραπευτικής σχέσης και την επιτυχία θεραπευτικών στόχων. Βασικός παράγοντας σε αυτά είναι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του θεραπευτικού προσωπικού και η ύπαρξη ενός ικανού επόπτη, ο οποίος θα ενθαρρύνει το θεραπευτικό προσωπικό ώστε να δημιουργηθούν ουσιαστικές σχέσεις με τους ασθενείς (Holloway & Lavender, 1988), (Raskin και συν., 1998), (Lavender, 1985), (House, 1976).

Οι σχέσεις και οι αλληλεπιδράσεις του προσωπικού με τους ασθενείς επηρεάζουν την ποιότητα φροντίδας καθώς και τα ποιοτικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα του θεραπευτικού περιβάλλοντος της κάθε αποκαταστασιακής δομής (Σικελιανού & Μαυρέας, 2009), (Shepherd & Richardson, 1979), (Garety & Morris, 1984).

Η ενεργός συμμετοχή του θεραπευτικού προσωπικού στη λήψη αποφάσεων και η συναισθηματική υποστήριξη και η δημιουργία μια σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ προσωπικού και ασθενών είναι χαρακτηριστικά ενός θετικού θεραπευτικού περιβάλλοντος (Curtis & Hodge, 1994), (Constantine & Nelson, 1995) (Piat και συν., 2002).

Σύμφωνα με τους Raynes και συν. (1979), η θετική εικόνα των θεραπευτών για τους επαγγελματικούς τους ρόλους συμβάλλει στη διαμόρφωση ενός

θεραπευτικού περιβάλλοντος προσανατολισμένου στον ασθενή. Η χρήση αυτού του ατομοκεντρικού μοντέλου περίθαλψης οδηγεί στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Piat και συν., 2002), (Hall & Nelson, 1996), (Nelson και συν., 1998).

Σύμφωνα με μελέτες των Σικελιανού και Μαυρέα (2009) και των Garety και Morris (1984), τα θεραπευτικά περιβάλλοντα που ακολουθούσαν το ατομοκεντρικό σύστημα θεραπείας ακολουθούσαν ένα καθαρά εξατομικευμένο καθημερινό πρόγραμμα φροντίδας των ασθενών προσαρμοσμένο στις ανάγκες τους. Επίσης, η απόσταση ανάμεσα σε ασθενείς και επαγγελματίες ελαχιστοποιούνταν όλο και περισσότερο. Έτσι, λοιπόν η έμφαση στην αυτονομία και την προσωπική επιλογή και η προώθηση των ασθενών στην λήψη πρωτοβουλιών βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ψυχικά πασχόντων στις δομές αποκατάστασης και χαρακτηρίζουν ένα ποιοτικά θετικό περιβάλλον (Hull & Thompson, 1981), (Crosby & Barry, 1995).

Επίσης, η διάθεση χρόνου στους ασθενείς και η αποδοχή ως χαρακτηριστικό της ποιότητας της αλληλεπίδρασης των θεραπευτών και των ασθενών αντικατοπτρίζουν τις στάσεις των θεραπευτών για την θεραπευτική διαδικασία και αποτελούν στοιχεία ενός ποιοτικά θετικού θεραπευτικού περιβάλλοντος (Shepherd & Richardson, 1979), (Garety & Morris, 1984), (Shepherd και συν., 1996).

Σύμφωνα με τους Otto και Orford (1978), η απορριπτική στάση από τους θεραπευτές κάποιες φορές αποτελεί σημαντική θεραπευτική τακτική για την αντιμετώπιση βίαιων κι επιθετικών συμπεριφορών των ασθενών.

Σύμφωνα με έρευνα των Sinclair & Snow (1971), η οποία πραγματοποιήθηκε σε μεταβατικές στεγαστικές δομές για ψυχιατρικούς ασθενείς, όταν τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας εκφράζονται με στάσεις κατανόησης και ζεστασιάς προς τους ασθενείς, τότε το θεραπευτικό περιβάλλον είναι ποιοτικά καλύτερο και η θεραπευτική διαδικασία πιο αποτελεσματική (Σικελιανού, 2011).

Τα μέλη μια θεραπευτικής ομάδας μπορούν και ελέγχουν τη συναισθηματική τους έκφραση όταν οι ασθενείς εμφανίζουν μη ελεγχόμενες συμπεριφορές τότε το θεραπευτικό περιβάλλον χαρακτηρίζεται ποιοτικά θετικό. Επιπλέον, όταν η συναισθηματική έκφραση των θεραπευτών συνδυάζεται και με τις

θετικές στάσεις και προσδοκίες για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, με την διατήρηση ισορροπημένης πορείας όσον αφορά την κινητοποίηση των ασθενών και με την τοποθέτηση ορίων στη συμπεριφορά τους τότε υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες επίτευξης των θεραπευτικών στόχων (Van Humbeek και συν., 2001), (Van Audenhove & Van Humbeek, 2003).

1.6.2. Στάσεις με Αρνητική Επίδραση στη Θεραπευτική Σχέση στους Ξενώνες Αποκατάστασης.

Στις μεταβατικές στεγαστικές δομές, στις οποίες το θεραπευτικό προσωπικό προσανατολίζεται στην αυστηρή τήρηση της οργάνωσης και της λειτουργίας του θεραπευτικού προγράμματος, η θεραπευτική διαδικασία οδηγείται σε αρνητικά αποτελέσματα (Moos, 1988), (Mc McCarthy & Nelson, 1991), (Watson, Dally & Zimmerman, 1980). Σύμφωνα με τους Moos και Schwartz (1972), τα μέλη του θεραπευτικού προσωπικού υιοθετούν διάφορες στάσεις και συμπεριφορές, π.χ. τυπικότητας, αυστηρής πειθαρχίας και εξουσίας τα οποία γίνονται εμπόδιο στη θεραπευτική διαδικασία. Παράλληλα τα αρνητικά κριτικά σχόλια, η εχθρική συμπεριφορά και η υψηλή συναισθηματική φόρτιση οδηγούν στην ανάπτυξη του κοινωνικού στιγματισμού και κοινωνικής διάκρισης και αποφέρουν αρνητικά αποτελέσματα στην πορεία της νόσου των ψυχικά ασθενών και στην θεραπευτική διαδικασία (Butzlaff & Hooley, 1998), (Wearder και συν., 2000), (Van Humbeek και συν., 2001), (Walter, 1998).

Σύμφωνα με έρευνα των Ball και συν. (1992), σε δυο ξενώνες βρέθηκε ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στην έκφραση κριτικών σχολίων από τους θεραπευτές λόγω υψηλών επιπέδων συναισθηματικής έκφρασης, και στην παρουσία αρνητικών ή μη ρεαλιστικών προσδοκιών για το θεραπευτικό αποτέλεσμα με άμεση συνέπεια την εμφάνιση αρνητικής συμπτωματολογίας και αρνητικής συμπεριφοράς από τους ασθενείς (π.χ. συχνές υποτροπές) (Moore και συν., 1992), (Oliver & Kuiper, 1996), (Finnema και συν., 1996), (Van Humbeek και συν., 2002).

Πολλές έρευνες για τα εκφραζόμενα συναισθήματα του θεραπευτικού προσωπικού έδειξαν ότι σε δομές όπου διαμένουν χρόνια ασυλικοί ασθενείς παρουσιάζεται υψηλή έκφραση συναισθημάτων. Σύμφωνα με τους Van Humbeek και συν. (2001), αλλά και με έρευνα των Barrowclough και συν.

(2001), αυτή η υψηλή συναισθηματική έκφραση των θεραπευτών προς τους ασθενείς οδηγεί στην αδυναμία των θεραπευτών να οριοθετήσουν την συμπεριφορά τους κρατώντας απόσταση από τους ασθενείς με αρνητικά αποτελέσματα στην θεραπευτική σχέση. Τα υψηλά εκφραζόμενα συναισθήματα και η αρνητική στάση από πλευράς των θεραπευτών έχουν αρνητική επίδραση στη διάθεση και στη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών. Οι ασθενείς του ξενώνα που μελετήθηκε ήταν ευάλωτοι ως προς τις αρνητικές στάσεις του προσωπικού, με άμεση συνέπεια την εκδήλωση προβλημάτων συμπεριφοράς.

Μεγάλο ρόλο στην εμφάνιση και ανάπτυξη αρνητικών στάσεων από τους θεραπευτές έχει η εκπαίδευση και η ειδίκευση τους. Το προσωπικό είναι απαραίτητο να εκπαιδεύεται συνεχώς ώστε να αποφεύγεται η άσκηση αρνητικών κριτικών, να μην προκαλούνται εμπόδια στη θεραπευτική διαδικασία και να αντιμετωπίζονται τα αρνητικά συμπτώματα που εμφανίζουν οι ασθενείς στη συμπεριφορά τους (Gamble και συν., 1994), (Lam και συν., 1993), (Moore & Kuipers, 1999), (Σικελιανού,2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΡΕΥΝΑ

ΥΠΟΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

2.1.1. ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο γενικός στόχος της έρευνας ήταν η διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στα ψυχιατρεία και στους ξενώνες αποκατάστασης αντίστοιχα, απέναντι στους χρόνια ψυχικά ασθενείς.

2.1.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

- v. Η διερεύνηση των απόψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σχετικά με την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνια ψυχικά ασθενών.
- vi. Οι απόψεις τους σχετικά με τις κρίσεις και τις υποτροπές των ασθενών
- vii. Η διερεύνηση της συμπεριφοράς των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στους χρόνιους ψυχικά ασθενείς.
- viii. Τα συναισθήματα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στους χρόνια ψυχικά ασθενείς.

2.1.3. Η ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η σημαντικότητα της συγκεκριμένης έρευνας στηρίζεται κυρίως στο γεγονός ότι τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να αποτελέσουν ένα ακόμα χρήσιμο εργαλείο για τη διεξαγωγή νέων μελετών και να βοηθήσει στη συλλογή νέων συμπερασμάτων, καθώς η ανανέωση και σύγκριση τους με προγενέστερα αποτελεί θετικό και χρήσιμο στοιχείο. Επίσης, η έρευνα θα μπορούσε να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο και σε πρακτικό επίπεδο διότι μέσω της μελέτης και της έρευνας πολλοί φοιτητές καθώς και κάποιοι επαγγελματίες που εργάζονται για πρώτη φορά σε δομές αποκατάστασης για χρόνιους ψυχωτικούς ασθενείς θα μπορούσαν να ενημερωθούν για τις συμπεριφορές και τις απόψεις των επαγγελματιών απέναντι στους χρόνια ψυχικά ασθενείς.

ΥΠΟΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.2.1. ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα αυτή ήταν ποσοτική σύμφωνα με την οποία επιτρέπεται η σύνδεση δύο ή περισσότερων χαρακτηριστικών για ένα μεγάλο αριθμό περιπτώσεων και δίνεται η δυνατότητα προσέγγισης μεγάλου μέρους του πληθυσμού αναδεικνύοντας έτσι τις γενικές τάσεις που εμφανίζονται στο δείγμα. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της μελέτης αυτής ήταν η επισκόπηση (Κυριαζή, 1999).

Οι επισκοπήσεις συλλέγουν δεδομένα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, αποσκοπώντας να περιγράψουν τη φύση των υπάρχουσών συνθηκών ή να εντοπίσουν σταθερές με βάση τις οποίες μπορούν να συγκριθούν οι υπάρχουσες συνθήκες ή να προσδιορίσουν τις σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα σε συγκεκριμένα γεγονότα. Ποικίλουν ως προς τα επίπεδα πολυπλοκότητας τους, ξεκινώντας από αυτές που παρέχουν απλές μετρήσεις συχνότητας έως εκείνες που παρουσιάζουν ανάλυση σχέσεων (Cohen & Manion, 2000).

Σύμφωνα με τη μέθοδο της επισκόπησης η έρευνα χωρίστηκε σε έξι φάσεις:

Κατά την πρώτη φάση, σύμφωνα με το στόχο, τα ερευνητικά ερωτήματα και τη βιβλιογραφία, ολοκληρώθηκε το ερωτηματολόγιο.

Στην δεύτερη φάση, επιλέχθηκε η μέθοδος της έρευνας η οποία είναι η επισκόπηση και βρέθηκε ο πληθυσμός και το δείγμα. Πληθυσμός ήταν όλοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρεία και σε ξενώνες και το συνολικό δείγμα που απάντησε στα ερωτηματολόγια ήταν εκατόν σαράντα οκτώ (148) επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Στη συνέχεια, στην τρίτη φάση, αφού εντοπίσαμε τις δομές και τις υπηρεσίες στις οποίες θα διεξάγονταν η έρευνα, απευθυνθήκαμε στους υπεύθυνους των ψυχιατρείων και πήραμε επίσημη άδεια από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δαφνί και το Δρομοκαϊτείο Νοσοκομείο, καθώς και τη 2^η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής στην οποία υπάγεται το Δαφνί ώστε να μοιράσουμε τα ερωτηματολόγια στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο ψυχιατρείο και στους ξενώνες που υπάγονται σε αυτά. Επιλέχθηκαν δυο (2) ψυχιατρεία και είκοσι επτά (27) ξενώνες αποκατάστασης.

Κατά την τέταρτη φάση, πραγματοποιήθηκαν οι επισκέψεις στις υπηρεσίες και τις κλινικές του ψυχιατρείου προσκομίζοντας την άδεια από το ΤΕΙ Πάτρας για την διεξαγωγή έρευνας και την επίσημη άδεια από την διοίκηση του νοσοκομείου και θα διανέμαμε τα ερωτηματολόγια στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Όσον αφορά τους ξενώνες αποκατάστασης, θα κλείνονταν μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας με τους επιστημονικά υπεύθυνους συνάντηση, στην οποία θα προσκομίζαμε τα απαραίτητα έγγραφα, θα εξηγούσαμε τον σκοπό της έρευνάς μας και θα μοιράζαμε τα ερωτηματολόγια στους επαγγελματίες. Όλα τα ερωτηματολόγια θα συγκεντρώνονταν μετά από τηλεφωνική επικοινωνία συνήθως μετά το πέρας μιας εβδομάδας, όπως είχαμε προγραμματίσει.

Στη πέμπτη φάση πραγματοποιήθηκε η διανομή των ερωτηματολογίων στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στα ψυχιατρεία (2) και στους ξενώνες (27) και η συλλογή των ερωτηματολογίων.

Στην έκτη και τελευταία φάση έγινε η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας με βάση το Excel (2007). Ακολούθησε η εξαγωγή συμπερασμάτων και η σύγκριση μεταξύ ξενώνων και ψυχιατρείων, καθώς και οι προτάσεις.

2.2.2. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Πληθυσμός της έρευνας ήταν όλοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονταν σε ψυχιατρεία και σε ξενώνες αποκατάστασης.

Το δείγμα αποτελούσαν εκατόν σαράντα οκτώ (148) επαγγελματίες ψυχικής υγείας, από τους οποίους οι πενήντα(50) ήταν εργαζόμενοι σε ψυχιατρεία και οι ενενήντα οκτώ (98) εργάζονταν σε ξενώνες αποκατάστασης. Οι είκοσι οκτώ (28) από τους συμμετέχοντες ήταν άνδρες και οι εκατόν είκοσι(120) γυναίκες και οι ηλικίες τους κυμαίνονταν από 32 έως 39 ετών και άνω. Το δείγμα της έρευνας αποτελούσαν τρεις (3) ψυχίατροι, οκτώ (8) ψυχολόγοι, είκοσι ένας(21) κοινωνικοί λειτουργοί, έντεκα(11) εργοθεραπευτές, σαράντα δύο(42) νοσηλεύτες τεχνολογικής εκπαίδευσης, σαράντα εννέα(48) νοσηλεύτες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, έξι(6) επισκέπτες υγείας και εννέα(9) υπάλληλοι γενικών καθηκόντων.

Ο τρόπος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε για τη λήψη του δείγματος ήταν η δειγματοληψία κατά στρώματα, η οποία συνεπάγεται τη διαίρεση του

πληθυσμού σε ομοιογενείς ομάδες, η κάθε μια από τις οποίες περιλαμβάνει υποκείμενα με παρόμοια χαρακτηριστικά (Cohen & Manion, 2000). Ο πληθυσμός δηλαδή υποδιαιρείται σε ομοιογενή στρώματα σύμφωνα με κάποιο κριτήριο και στη συνέχεια επιλέγεται τυχαίο δείγμα από κάθε στρώμα (Κυριαζή, 1999).

Στη συγκεκριμένη έρευνα ως κριτήριο για την υποδιαίρεση σε στρώματα επιλέχθηκε η δομή όπου εργάζονταν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχιατρείο, ξενώνας). Ο πληθυσμός δηλαδή υποδιαιρέθηκε σε δύο ομοιογενή στρώματα, τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρεία και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ξενώνες και το δείγμα σε κάθε μία από τις κατηγορίες επιλέχθηκε με τυχαίο τρόπο, δηλαδή συμμετείχαν όποιοι επαγγελματίες συναίνεσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Ειδικότερα, καταγράψαμε με βάση την επίσημη λίστα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης τα δυο(2) ψυχιατρεία (Δρομοκαϊτειο και Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής) και τους ξενώνες (27) που βρίσκονται στην πόλη της Αθήνας.

Αρχικά, απευθυνθήκαμε στους υπεύθυνους διευθυντές και προϊστάμενους των παραπάνω φορέων προκειμένου να ενημερωθούν και προφορικώς και με επίσημη επιστολή για τον στόχο και τη σημαντικότητα της μελέτης αυτής, το δείγμα και τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Στόχος ήταν η συγκατάθεσή τους και η άδεια να προχωρήσουμε στην επαφή με τα άτομα που θα μπορούσαν να αποτελέσουν το δείγμα της μελέτης αυτής. Έπειτα, επισκεφθήκαμε είκοσι επτά (27) ξενώνες και τα δύο(2) ψυχιατρεία με τη βοήθεια των υπευθύνων διευθυντών και προϊστάμενων για να ενημερώσουμε σε ανοιχτή συνάντηση τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονταν στις παραπάνω δομές. Στόχος ήταν η συνειδητή συναίνεση των υποκειμένων του δείγματος.

Συνολικά δέχτηκαν να συμμετάσχουν ως υποκείμενα του δείγματος της μελέτης αυτής: πενήντα (50) επαγγελματίες ψυχικής υγείας οι οποίοι εργάζονται σε είκοσι επτά (27) ξενώνες αποκατάστασης και ενενήντα οκτώ (98) επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στα δύο(2) ψυχιατρεία της Αθήνας. Στη συνέχεια, μετά από κοινή απόφαση των ερευνητών και των υποκειμένων του δείγματος καθορίστηκε μια συγκεκριμένη ημερομηνία διανομής των ερωτηματολογίων και νέα τηλεφωνική επικοινωνία με το πέρασ

μιας εβδομάδας για την συλλογή των ερωτηματολογίων. Η διαδικασία αυτή διήρκεσε οκτώ μήνες, από τις αρχές Ιουνίου ως τις αρχές Ιανουαρίου.

Στο τέλος, τα ερωτηματολόγια χωρίστηκαν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: αυτά που συμπληρώθηκαν από επαγγελματίες στο ψυχιατρείο και αυτά που συμπληρώθηκαν από επαγγελματίες σε ξενώνα.

Συνολικά, στην έρευνα συμμετείχαν εκατόν σαράντα οκτώ (148) επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

2.2.3. ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ως εργαλείο της έρευνας επιλέχτηκε το γραπτό αυτο συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Το γραπτό αυτο-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο μπορεί να αποσταλεί ταχυδρομικώς ή να γίνει διανομή σε πλαίσιο ομαδικό. Στην συγκεκριμένη έρευνα επιλέχτηκε η διανομή σε πλαίσιο ομαδικό. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται επειδή συντομεύει τη διαδικασία συγκέντρωσης των ερωτηματολογίων και μειώνει το κόστος της έρευνας. Στην διανομή σε ομαδικό πλαίσιο, τα ερωτηματολόγια διανέμονται σε άτομα που παρευρίσκονται στον ίδιο χώρο. Το θέμα της έρευνας περιγράφεται από τον ερευνητή, καθώς δίνει και τις οδηγίες για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. (Κυριαζή, 1999).

Οι ερωτήσεις συνολικά ήταν είκοσι επτά (27), οι οποίες ήταν ερωτήσεις κλειστού τύπου. Από αυτές έξι (6) ήταν κατηγορικής απάντησης, τέσσερις (4) με απάντηση με τη μορφή πίνακα, οκτώ (8) με κλιμακούμενη απάντηση, πέντε (5) με απάντηση ιεράρχησης και οκτώ (8) ήταν με απαντήσεις με επιλογή από κατάλογο. Ειδικότερα το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από ερωτήσεις που αφορούσαν τα δημογραφικά στοιχεία, δηλαδή το φύλο των συμμετεχόντων, την ηλικία, την ειδικότητα τους, το μορφωτικό επίπεδο και τις μεταπτυχιακές σπουδές, το είδος εργασίας, τον τόπο εργασίας και την εργασιακή εμπειρία (ερωτήσεις 1-8). Έπειτα ακολουθούσαν ερωτήσεις σχετικά με τις απόψεις των συμμετεχόντων για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών(ερωτήσεις 9-11),για τις απόψεις τους σχετικά με τις κρίσεις και τις υποτροπές των ασθενών(12-13), για τα συναισθήματά τους(ερωτήσεις 14-17), και για τις σχέσεις και την συμπεριφορά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στις δύο δομές με τους ασθενείς(ερωτήσεις 18-27).

2.2.4. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σημαντικός ανασταλτικός παράγοντας, όσον αφορά τον χρόνο, για την ομαλή διεξαγωγή της έρευνας υπήρξαν οι επίσημες άδειες από τα συμβούλια του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής(Ψ.Ν.Α.) καθώς και η έγκριση της παρούσας έρευνας από τη Δεύτερη Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής στην οποία υπάγεται και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής(Ψ.Ν.Α). Επίσης, λόγω των πολλών και διαφορετικών ειδικοτήτων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας κι επειδή τα ωράρια τους ήταν διαφορετικά πολλές φορές χρειάστηκε να αφήσουμε τα ερωτηματολόγια πέρα από τον καθορισμένο χρόνο (μια εβδομάδα) παραλαβής τους. Τέλος, υπήρξαν αρκετοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας είτε στα ψυχιατρεία είτε στους ξενώνες οι οποίοι δεν δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα και να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια με την πρόφαση πως δεν έχουν χρόνο και για κάποιους οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου δεν κάλυπταν το θέμα το οποίο διερευνήθηκε. Επίσης αρκετοί αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα λόγω του ότι έπρεπε να συμπληρωθεί το έγγραφο ενυπόγραφης συναίνεσης, έγγραφο υποχρεωτικό από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί), το οποίο περιλάμβανε προσωπικά τους στοιχεία.

ΥΠΟΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.3: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Στο κεφάλαιο αυτό ακολουθεί η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας, αναλυτικά με την βοήθεια στατιστικών πινάκων.

Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με βάση το excel 2007.

Ερώτηση 1. ΦΥΛΟ

Πίνακας 1.1 Κατανομή των 148 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος ως προς το φύλο.

ΦΥΛΟ	F	fx (%)
ΑΝΔΡΑΣ	28	18,92%
ΓΥΝΑΙΚΑ	120	81,08%
ΣΥΝΟΛΟ	148	100,0%

Πίνακας 1.2 Κατανομή των 50 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που εργάζονται στα ψυχιατρεία ως προς το φύλο.

ΦΥΛΟ	F	fx (%)
ΑΝΔΡΑΣ	16	32%
ΓΥΝΑΙΚΑ	34	68%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100,0%

Πίνακας 1.3 Κατανομή των 98 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που εργάζονται στους ξενώνες ως προς το φύλο.

ΦΥΛΟ	F	fx (%)
ΑΝΔΡΑΣ	12	12,24%
ΓΥΝΑΙΚΑ	86	87,76%
ΣΥΝΟΛΟ	98	100,0%

Όσον αφορά το φύλο του δείγματος, το 19% του συνόλου ήταν άνδρες και 81% γυναίκες. Ειδικότερα, στα ψυχιατρεία, το 32% ήταν άνδρες και 68% γυναίκες. Στους ξενώνες αποκατάστασης, το 12% ήταν άνδρες και το 88% γυναίκες.

Ερώτηση 2. ΗΛΙΚΙΑ

Πίνακας 2.1 Κατανομή των 148 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος ως προς την ηλικία.

ΗΛΙΚΙΑ	F	fx (%)
18-25	0	0%
25-32	20	13,51%
32-39	57	38,51%
39 ΚΑΙ ΑΝΩ	71	47,98%
ΣΥΝΟΛΟ	148	100,0%

Πίνακας 2.2 Κατανομή των 50 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που εργάζονται στα ψυχιατρεία ως προς την ηλικία.

ΗΛΙΚΙΑ	F	fx (%)
18-25	0	0%
25-32	8	16%
32-39	21	42%
39 ΚΑΙ ΑΝΩ	21	42%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100,0%

Πίνακας 2.3 Κατανομή των 98 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που εργάζονται στους ξενώνες ως προς την ηλικία.

ΗΛΙΚΙΑ	F	fx (%)
18-25	0	0%
25-32	12	12,24%
32-39	36	36,74%
39 ΚΑΙ ΑΝΩ	50	51,02%
ΣΥΝΟΛΟ	98	100,0%

Όσον αφορά την ηλικία του δείγματος, όπως φαίνεται στον πίνακα 2.1, το 13,5% του συνόλου ήταν ηλικίας 25-32 ετών, το 38,5 ήταν 32-39 ετών και το 48% ήταν 39 ετών και άνω. Πιο αναλυτικά, το 16% των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στο ψυχιατρείο ήταν 25-32 ετών, το 42% ήταν ηλικίας 32-39 ετών και το υπόλοιπο 42% 39 ετών και άνω. Στους ξενώνες αποκατάστασης, το 12% ήταν ηλικίας 25-32 ετών, το 37% ήταν 32-39 ετών και το 51% 39 ετών και πάνω.

Ερώτηση 3. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Πίνακας 3.1 Κατανομή των 148 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος ως προς τις ειδικότητές τους.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	F	fx (%)
ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	3	2,03%
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	8	5,41%
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	21	14,19%
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	11	7,43%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕ	42	28,38%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΔΕ	48	33,11%
ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	6	4,05%
ΓΕΝΙΚΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ	9	6,08%
ΣΥΝΟΛΟ	148	100,0%

Πίνακας 3.2 Κατανομή των 50 επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στα ψυχιατρεία ως προς τις ειδικότητές τους.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	F	fx (%)
ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	3	6%
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	1	2%
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	12	24%
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	1	2%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕ	14	28%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΔΕ	9	18%
ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	5	10%
ΓΕΝΙΚΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ	5	10%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100,0%

Πίνακας 3.3 Κατανομή των 98 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που εργάζονται στους ξενώνες ως προς τις ειδικότητές τους.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	F	fx (%)
ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	0	0%
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	7	7,14%
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	9	9,18%
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	10	10,20%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕ	28	28,57%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΔΕ	39	40,82%
ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	1	1,02%
ΓΕΝΙΚΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ	4	4,08%
ΣΥΝΟΛΟ	98	100,0%

Σχετικά με τις ειδικότητες των επαγγελματιών, το 2% του συνολικού δείγματος ήταν ψυχίατροι, το 5% ψυχολόγοι, το 14% κοινωνικοί λειτουργοί, το 7% εργοθεραπευτές, το 28% νοσηλεύτες τεχνολογικής εκπαίδευσης, το 33% νοσηλεύτες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 4% επισκέπτες υγείας και το 6% υπάλληλοι γενικών καθηκόντων. Ειδικότερα, στα ψυχιατρεία, το 6% ήταν ψυχίατροι, το 2% ψυχολόγοι, το 24% κοινωνικοί λειτουργοί, το 2% εργοθεραπευτές, το 28% νοσηλεύτες τεχνολογικής εκπαίδευσης, το 18% νοσηλεύτες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 10% επισκέπτες υγείας και το υπόλοιπο 10% υπάλληλοι γενικών καθηκόντων. Στους ξενώνες αποκατάστασης, το 7% ήταν ψυχολόγοι, το 9% ήταν κοινωνικοί λειτουργοί, το 10% εργοθεραπευτές, το 28% νοσηλεύτες τεχνολογικής εκπαίδευσης, το 40% νοσηλεύτες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 1% επισκέπτες υγείας, το 4% υπάλληλοι γενικών καθηκόντων, ενώ κανείς ψυχίατρος δεν συμπλήρωσε κάποιο από τα ερωτηματολόγια και δεν συμμετείχε στην έρευνα.

Ερώτηση 4. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Πίνακας 4.1 Κατανομή των 148 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος ως προς το μορφωτικό επίπεδο.

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	F	fx (%)
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	53	35,81%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΝΩΤΕΡΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	9	6,08%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ	18	12,16%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΤΕΙ	72	48,64%
ΣΥΝΟΛΟ	152	100,0%

Πίνακας 4.2 Κατανομή των 50 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που εργάζονται στα ψυχιατρεία ως προς το μορφωτικό επίπεδο.

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	F	fx (%)
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	11	22%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΝΩΤΕΡΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	4	8%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ	7	14%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΤΕΙ	28	56%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100,0%

Πίνακας 4.3 Κατανομή των 98 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που εργάζονται στους ξενώνες ως προς το μορφωτικό επίπεδο.

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	F	fx (%)
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	42	42,86%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΝΩΤΕΡΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	5	5,10%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ	11	11,22%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΤΕΙ	44	44,9%
ΣΥΝΟΛΟ	98	100,0%

Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα, το 36% του συνολικού δείγματος ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 6% απόφοιτοι ανώτερης σχολής, το 12% απόφοιτοι ΑΕΙ και το 48% απόφοιτοι ΑΤΕΙ. Πιο αναλυτικά, στα ψυχιατρεία, το 22% των επαγγελματιών ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 8% ήταν απόφοιτοι ανώτερης σχολής, το 14% απόφοιτοι ΑΕΙ και το 56% απόφοιτοι ΑΤΕΙ. Στους ξενώνες, το 43% ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 5% απόφοιτοι ανώτερης σχολής, το 11% απόφοιτοι ΑΕΙ και το 45% απόφοιτοι ΑΤΕΙ. Επίσης, κάποιοι από τους επαγγελματίες δήλωσαν πως είχαν αποφοιτήσει και από μια δεύτερη σχολή.

Ερώτηση 5. ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ

Πίνακας 5.1 Κατανομή των 148 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος ως προς τις μεταπτυχιακές σπουδές.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ	F	fx (%)
ΝΑΙ	18	12,16%
ΟΧΙ	130	87,84%
ΣΥΝΟΛΟ	148	100,0%

Πίνακας 5.2 Κατανομή των 50 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που εργάζονται στα ψυχιατρεία ως προς τις μεταπτυχιακές σπουδές.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ	F	fx (%)
ΝΑΙ	5	10%
ΟΧΙ	45	90%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100,0%

Πίνακας 5.3 Κατανομή των 98 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που εργάζονται στους ξενώνες ως προς τις μεταπτυχιακές σπουδές.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ	F	fx (%)
ΝΑΙ	13	13,27%
ΟΧΙ	85	86,73%
ΣΥΝΟΛΟ	98	100,0%

Όσον αφορά τις μεταπτυχιακές σπουδές των επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος, το 12% του συνόλου απάντησαν θετικά στο αν έχουν μεταπτυχιακές σπουδές και το 88% αρνητικά. Πιο αναλυτικά όπως φαίνεται στον πίνακα 5.2, στα ψυχιατρεία, το μεγαλύτερο ποσοστό, 90% δεν έχουν μεταπτυχιακές σπουδές και μόλις το 10% έχει. Στους ξενώνες αποκατάστασης (πίνακας 5.3), 87% των επαγγελματιών δεν έχει μεταπτυχιακές σπουδές και μόνο το 13% έχει.

Ερώτηση 5^α. Αν ναι, τι μεταπτυχιακό δίπλωμα έχετε;

Πίνακας 5^α.1 κατανομή των 18 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που απάντησαν πως κατέχουν μεταπτυχιακό δίπλωμα.

ΕΙΔΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ	F	fx (%)
ΜΑΣΤΕΡ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΘΕΣΗΣ	6	33,33%
ΜΑΣΤΕΡ ΣΕ ΑΛΛΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ	11	61,11%
ΔΙΑΔΑΚΤΟΡΙΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΘΕΣΗΣ	1	5,56%
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ ΣΕ ΑΛΛΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	18	100,0%

Πίνακας 5^α.2 Κατανομή των 5 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που εργάζονται στα ψυχιατρεία και απάντησαν πως είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος.

ΕΙΔΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ	F	fx (%)
ΜΑΣΤΕΡ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΘΕΣΗΣ	1	20%
ΜΑΣΤΕΡ ΣΕ ΑΛΛΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ	3	60%
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΘΕΣΗΣ	1	20%
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ ΣΕ ΑΛΛΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	5	100%

Πίνακας 5^α.3 Κατανομή των 13 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που εργάζονται στους ξενώνες και απάντησαν πως είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος.

ΕΙΔΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ	F	fx (%)
ΜΑΣΤΕΡ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΘΕΣΗΣ	5	38,46%
ΜΑΣΤΕΡ ΣΕ ΑΛΛΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ	8	61,54%
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΘΕΣΗΣ	0	0%
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ ΣΕ ΑΛΛΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	13	100,0%

Στον πίνακα 5^α.1, βλέπουμε πως το 33% του συνόλου των επαγγελματιών που απάντησαν πως έχουν μεταπτυχιακές σπουδές στην ερώτηση 5 παραπάνω, είναι κάτοχοι μάστερ στο ίδιο γνωστικό αντικείμενο της θέσης, το 61% είναι κάτοχοι μάστερ σε άλλο γνωστικό αντικείμενο, το 6% έχει διδακτορικό δίπλωμα στο ίδιο γνωστικό αντικείμενο της θέσης ενώ κανείς δεν είναι κάτοχος διδακτορικού διπλώματος σε άλλο γνωστικό αντικείμενο. Πιο αναλυτικά, στα ψυχιατρεία, το 20% έχει μάστερ στο ίδιο γνωστικό αντικείμενο της θέσης, το 60% έχει μάστερ σε άλλο γνωστικό αντικείμενο και το 20% διδακτορικό δίπλωμα στο ίδιο γνωστικό αντικείμενο της θέσης. Στους ξενώνες, το 38% είναι κάτοχοι μάστερ στο ίδιο γνωστικό αντικείμενο της θέσης και το 62% κάτοχοι μάστερ σε άλλο γνωστικό αντικείμενο.

Ερώτηση 6. ΕΙΔΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Πίνακας 6.1 κατανομής των 148 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος ως προς το είδος εργασίας.

ΕΙΔΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	F	fx (%)
ΩΡΟΜΙΣΘΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ	1	0,68%
ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΣΥΜΒΑΣΗ ΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΧΡΟΝΟΥ	4	2,70%
ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΣΥΜΒΑΣΗ ΑΟΡΙΣΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ	30	20,27%
ΜΟΝΙΜΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	113	76,35%
ΣΥΝΟΛΟ	148	100,0%

Πίνακας 6.2 κατανομής των 50 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που εργάζονται στα ψυχιατρεία ως προς το είδος της εργασίας.

ΕΙΔΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	F	fx (%)
ΩΡΟΜΙΣΘΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ	0	0%
ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΣΥΜΒΑΣΗ ΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΧΡΟΝΟΥ	3	6%
ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΣΥΜΒΑΣΗ ΑΟΡΙΣΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ	9	18%
ΜΟΝΙΜΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	38	76%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Πίνακας 6.3 κατανομής των 98 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που εργάζονται στους ξενώνες ως προς το είδος εργασίας.

ΕΙΔΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	F	fx (%)
ΩΡΟΜΙΣΘΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ	1	1,02%
ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΣΥΜΒΑΣΗ ΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΧΡΟΝΟΥ	1	1,02%
ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΣΥΜΒΑΣΗ ΑΟΡΙΣΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ	21	21,43%
ΜΟΝΙΜΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	75	76,53%
ΣΥΝΟΛΟ	98	100,0%

Σχετικά με το είδος της εργασίας, το 1% του συνολικού δείγματος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας εργάζονταν με ωρομίσθια εργασία, το 3% εργάζονταν με σύμβαση ορισμένου χρόνου, το 20% με σύμβαση αορίστου χρόνου και το 76% ήταν μόνιμοι στην εργασία τους. Αναλυτικότερα, στα ψυχιατρεία το 6% των επαγγελματιών εργάζονταν με σύμβαση ορισμένου χρόνου, το 18% με σύμβαση αορίστου χρόνου, το 76% είχαν μόνιμη εργασία, ενώ δεν υπήρχε κανείς με ωρομίσθια εργασία. Στους ξενώνες αποκατάστασης το μεγαλύτερο ποσοστό 77% ήταν μόνιμοι στην εργασία τους, το 21% εργάζονταν με σύμβαση αορίστου χρόνου, το 1% με σύμβαση ορισμένου χρόνου και το υπόλοιπο 1% ήταν ωρομίσθιοι.

Ερώτηση 7. ΤΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Πίνακας 7. Κατανομή των 148 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος ως προς τον τόπο εργασίας.

ΤΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	F	fx (%)
ΞΕΝΩΝΑΣ	98	60,5%
ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ	50	30,86%
(ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΔΥΟ ΔΟΜΕΣ)	(14)	(8,64%)
ΣΥΝΟΛΟ	148	100,0%

Όσον αφορά τον τόπο εργασίας το 61% εργαζόταν στους ξενώνες, το 31% εργαζόταν στο ψυχιατρείο, ενώ το 8% δήλωσε πως εργαζόταν και στις δυο δομές.

Ερώτηση 8. ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Πίνακας 8.1 Κατανομή των 148 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος ως προς την εργασιακή εμπειρία.

ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	F	fx (%)
ΈΩΣ 1 ΕΤΟΣ	4	2,70%
2-5 ΕΤΗ	12	8,11%
6-10 ΕΤΗ	29	15,59%
11-20 ΕΤΗ	80	54,05%
21-30 ΕΤΗ	23	15,54%
31 ΕΤΗ ΚΑΙ ΑΝΩ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	148	100,0%

Πίνακας 8.2 κατανομής των 50 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που εργάζονται στα ψυχιατρεία ως προς την εργασιακή εμπειρία.

ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	F	fx (%)
ΈΩΣ 1 ΕΤΟΣ	2	4%
2-5 ΕΤΗ	8	16%
6-10 ΕΤΗ	7	14%
11-20 ΕΤΗ	21	42%
21-30 ΕΤΗ	12	24%
31 ΕΤΗ ΚΑΙ ΑΝΩ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Πίνακας 8.3 κατανομής των 98 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που εργάζονται στους ξενώνες ως προς την εργασιακή εμπειρία.

ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	F	fx (%)
ΈΩΣ 1 ΕΤΟΣ	2	2,04%
2-5 ΕΤΗ	4	4,08%
6-10 ΕΤΗ	22	22,45%
11-20 ΕΤΗ	59	60,21%
21-30 ΕΤΗ	11	11,22%
31 ΕΤΗ ΚΑΙ ΑΝΩ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	98	100,0%

Όσον αφορά την εργασιακή εμπειρία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, το 3% του συνόλου έχει εργασιακή εμπειρία έως και 1 έτος, το 8% 2 έως 5 έτη, το 16% 6 έως 10 έτη, το 54% 11 έως 20 έτη και το υπόλοιπο 16% 21 έως 30 έτη. Στα ψυχιατρεία, το 4% έχει εργασιακή εμπειρία έως 1 έτος, το 16% 2 έως

5 έτη, το 14% 6 έως 10 έτη, το 42% 11 έως 20 έτη και το 24% 21 έως 30 έτη. Στους ξενώνες, το 2% έχει εργασιακή εμπειρία έως και 1 έτος, το 4% 2 έως 5 έτη, το 22% 6 έως 10 έτη, 11% 21 έως 30 έτη και το μεγαλύτερο ποσοστό 60% 11 έως 20 έτη.

Ερώτηση 9. Πιστεύετε ότι ένας χρόνιος ψυχικά ασθενής έχει πιθανότητες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης;

Πίνακας 9.1 Κατανομή των 50 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που εργάζονται στα ψυχιατρεία όσον αφορά την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών.

ΕΡΩΤΗΣΗ 9	F	fx (%)
ΝΑΙ	48	96%
ΟΧΙ	2	4%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Πίνακας 9.2 Κατανομή των 98 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που εργάζονται στους ξενώνες αποκατάστασης όσον αφορά την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών.

ΕΡΩΤΗΣΗ 9	F	fx (%)
ΝΑΙ	92	93,88%
ΟΧΙ	6	6,12%
ΣΥΝΟΛΟ	98	100,0%

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονταν στα ψυχιατρεία σχετικά με το αν ένας χρόνιος ψυχικά ασθενής έχει πιθανότητες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους 96% απάντησαν θετικά ενώ το 4% απάντησε αρνητικά. Στους ξενώνες, το 94% των επαγγελματιών απάντησε θετικά στην ερώτηση ενώ το 6% απάντησε πως ένας χρόνιος ψυχικά ασθενής δεν έχει πιθανότητες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Ερώτηση 9^α. Αν ναι, ιεραρχείστε κατά σειρά προτεραιότητας από το 1-7 ποια/ποιες από τις παρακάτω προϋποθέσεις πιστεύετε ότι συμβάλλουν στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του χρόνιου ψυχικά ασθενή.

Πίνακας 9^α.1 κατανομής των επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που εργάζονται στα ψυχιατρεία όσον αφορά την ιεράρχηση των προϋποθέσεων που συμβάλλουν στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενή.

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ	F	fx (%)
1.ΣΧΕΣΗ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ	36	26,3%
2.ΕΛΛΕΙΨΗ ΚΡΙΤΙΚΗ ΣΤΑΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ	19	13,9%
3.ΑΠΟΦΥΓΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ	21	15,3%
4.ΥΠΑΡΞΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΕΠΟΠΤΗ ΣΤΗ ΔΟΜΗ	14	10,2%
5.ΥΠΑΡΞΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΕΠΟΠΤΗ ΣΤΗ ΔΟΜΗ	16	11,7%
6.ΙΕΡΑΡΧΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	16	11,7%
7.ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ	15	10,9%
ΣΥΝΟΛΟ	137	100,0%

Πίνακας 9^α.2 κατανομής των επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που εργάζονται στους ξενώνες όσον αφορά την ιεράρχηση των προϋποθέσεων που συμβάλλουν στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών.

ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	F	fx (%)
1.ΣΧΕΣΗ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ	58	25%
2.ΕΛΛΕΙΨΗ ΚΡΙΤΙΚΗ ΣΤΑΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ	39	16,8%
3.ΑΠΟΦΥΓΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ	30	12,9%
4.ΥΠΑΡΞΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΕΠΟΠΤΗ ΣΤΗ ΔΟΜΗ	30	12,9%
5.ΥΠΑΡΞΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΕΠΟΠΤΗ ΣΤΗ ΔΟΜΗ	28	12%
6.ΙΕΡΑΡΧΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	25	10,8%
7.ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ	22	9,6%
ΣΥΝΟΛΟ	232	100,0%

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στα ψυχιατρεία, ιεράρχησαν τις προϋποθέσεις που συμβάλλουν στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών ως εξής: με 26% θεωρείται η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ επαγγελματιών και ασθενών ως πρώτη προτεραιότητα στην αποκατάσταση των ασθενών, με 15% θεωρείται ως δεύτερη προτεραιότητα η αποφυγή συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών, με 14% θεωρείται ως τρίτη προτεραιότητα η έλλειψη κριτικής στάσης από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, με 12% θεωρείται ως τέταρτη προτεραιότητα η ύπαρξη εξωτερικού επόπτη στην δομή και η ιεραρχική οργάνωση του προσωπικού, με 11% θεωρείται ως πέμπτη προτεραιότητα η χρηματοδότηση της δομής και με 10% θεωρείται ως έκτη προτεραιότητα και τελευταία η ύπαρξη εσωτερικού επόπτη στη δομή για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών.

Οι επαγγελματίες που εργάζονται στους ξενώνες, ιεράρχησαν τις προϋποθέσεις που συμβάλλουν στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών ως εξής: με 25% θεωρείται πρώτη προτεραιότητα η σχέση

εμπιστοσύνης μεταξύ των επαγγελματιών και των ασθενών, με 17% θεωρείται δεύτερη προτεραιότητα η έλλειψη κριτικής στάσης από τους επαγγελματίες, με 13% θεωρείται τρίτη προτεραιότητα η αποφυγή συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών και η ύπαρξη ενός εσωτερικού επόπτη στη δομή, με 12% θεωρείται τέταρτη προτεραιότητα η ύπαρξη εξωτερικού επόπτη στη δομή, με 11% θεωρείται πέμπτη προτεραιότητα η ιεραρχική οργάνωση του προσωπικού και με 10% θεωρείται έκτη και τελευταία προτεραιότητα η χρηματοδότηση της δομής ως προϋπόθεση για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών.

Ερώτηση 10. θεωρείτε πως οι μέθοδοι που ακολουθούνται βοηθούν αποτελεσματικά στην αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών;

Πίνακας 10.1 Κατανομή των 50 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που εργάζονται στα ψυχιατρεία ως προς την αποτελεσματικότητα των μεθόδων στην αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών.

ΕΡΩΤΗΣΗ 10	F	fx (%)
ΝΑΙ	29	58%
ΟΧΙ	21	42%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Πίνακας 10.2 Κατανομή των 98 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που εργάζονται σε ξενώνες ως προς την αποτελεσματικότητα των μεθόδων στην αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών.

ΕΡΩΤΗΣΗ 10	F	fx (%)
ΝΑΙ	73	74,49%
ΟΧΙ	25	25,51%
ΣΥΝΟΛΟ	98	100,0%

Το 58% των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονταν στα ψυχιατρεία, σχετικά με τις μεθόδους που ακολουθούνται για την αποκατάσταση των ασθενών, απάντησε πως τις θεωρεί αποτελεσματικές ενώ το 42% απάντησε πως τις θεωρεί αναποτελεσματικές. Στους ξενώνες αποκατάστασης το 75% των επαγγελματιών απάντησε πως θεωρεί τις μεθόδους που ακολουθούνται αποτελεσματικές, ενώ το 25% απάντησε πως οι μέθοδοι δεν βοηθούν αποτελεσματικά στην αποκατάσταση των ασθενών.

Ερώτηση 10α. Αν ναι, ιεραρχήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το 1-6 τις παρακάτω μεθόδους που συμβάλλουν αποτελεσματικά στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών.

Πίνακας 10^α.1 κατανομής των επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που εργάζονται στο ψυχιατρείο όσον αφορά τις μεθόδους που συμβάλλουν αποτελεσματικά στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών.

ΜΕΘΟΔΟΙ	F	fx (%)
ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	38	27,9%
ΑΤΟΜΙΚΗ	25	18,4%
ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ		
ΟΜΑΔΙΚΗ	20	15%
ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ		
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	18	13,2%
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ	19	14%
ΑΝΑΠΤΥΞΗ	16	12%
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ		
ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ		
ΣΥΝΟΛΟ	136	100,0%

Πίνακας 10^α.2 κατανομής των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που του δείγματος που εργάζονται στους ξενώνες όσον αφορά τις μεθόδους που συμβάλλουν αποτελεσματικά στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών.

ΜΕΘΟΔΟΙ	F	fx (%)
ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	58	33,5%
ΑΤΟΜΙΚΗ	32	18,5%
ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ		
ΟΜΑΔΙΚΗ	22	12,7%
ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ		
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	21	12,2%
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ	23	13,3%
ΑΝΑΠΤΥΞΗ	17	9,8%
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ		
ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ		
ΣΥΝΟΛΟ	173	100,0%

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στα ψυχιατρεία ιεράρχησαν τις μεθόδους που συμβάλλουν αποτελεσματικά στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών ως εξής: με 28% θεωρείται η φαρμακοθεραπεία πρώτη προτεραιότητα, με 18% θεωρείται η ατομική ψυχοθεραπεία δεύτερη προτεραιότητα, με 15% θεωρείται η ομαδική ψυχοθεραπεία τρίτη προτεραιότητα, με 14% θεωρείται η συμβουλευτική τέταρτη προτεραιότητα, με 13% θεωρείται πέμπτη προτεραιότητα η εργοθεραπεία και με 12% θεωρείται η ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων έκτη προτεραιότητα που συμβάλλει αποτελεσματικά στην αποκατάσταση των ασθενών.

Στους ξενώνες, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ιεράρχησαν τις μεθόδους που συμβάλλουν αποτελεσματικά στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών ως εξής: με 34% θεωρείται η φαρμακοθεραπεία πρώτη προτεραιότητα, με 18% θεωρείται η ατομική ψυχοθεραπεία δεύτερη προτεραιότητα, με 13% θεωρείται τρίτη προτεραιότητα η ομαδική ψυχοθεραπεία και η συμβουλευτική, με 12% θεωρείται η εργοθεραπεία τέταρτη προτεραιότητα και με 10% θεωρείται πέμπτη και τελευταία προτεραιότητα η ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων των ασθενών.

Ερώτηση 11. Σε ποια από τις δύο (2) δομές πιστεύετε ότι επιτυγχάνεται καλύτερα η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών;

Πίνακας 11.1 Κατανομή των 50 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που εργάζονται στα ψυχιατρεία.

ΕΡΩΤΗΣΗ 11	F	fx (%)
ΣΤΟΝ ΞΕΝΩΝΑ	35	70%
ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟΥ	15	30%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Πίνακας 11.2 Κατανομή των 98 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος που εργάζονται στους ξενώνες.

ΕΡΩΤΗΣΗ 11	F	fx (%)
ΣΤΟΝ ΞΕΝΩΝΑ	97	98,98%
ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟΥ	1	1,02%
ΣΥΝΟΛΟ	98	100,0%

Στην ερώτηση 11, σχετικά με το σε ποια δομή επιτυγχάνεται καλύτερα η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών, το 70% των επαγγελματιών στα ψυχιατρεία απάντησε πως πιστεύει ότι επιτυγχάνεται στον ξενώνα και το 30% στο ψυχιατρείο. Στους ξενώνες, το 99% των επαγγελματιών απάντησε πως η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών επιτυγχάνεται καλύτερα στον ξενώνα ενώ το 1% απάντησε ότι επιτυγχάνεται στο ψυχιατρείο.

Ερώτηση 11^α . Αν πιστεύετε ότι είναι ο ξενώνας, ιεραρχήστε τους παρακάτω λόγους που πιστεύετε ότι ο ξενώνας συμβάλλει καλύτερα στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών.

Πίνακας 11^α κατανομής των 132 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος όσον αφορά τους λόγους για τους οποίους η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών επιτυγχάνεται καλύτερα στον ξενώνα αποκατάστασης.

ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ	1^η	2^η	3^η	4^η
ΔΕΝ ΠΡΟΚΑΛΕΙΤΑΙ ΙΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	52	23	31	26
ΚΑΛΥΤΕΡΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	27	48	43	14
ΕΙΝΑΙ ΚΟΝΤΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ	59	33	27	13
ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΚΟΝΤΑ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	12	19	32	69

Όπως φαίνεται στον πίνακα, οι επαγγελματίες του δείγματος που απάντησαν πως ο ξενώνας συμβάλλει καλύτερα στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών, οι περισσότεροι θεωρούν πως αυτό γίνεται λόγω του ότι ο ξενώνας βρίσκεται κοντά στην κοινότητα κατά κύριο λόγο και επειδή δεν προκαλείται ιδρυματισμός των ασθενών. Τρίτο σε σειρά προτεραιότητας κατέταξαν το ότι ο ξενώνας έχει καλύτερες συνθήκες διαβίωσης για τους ασθενείς, ενώ τελευταίο κατέταξαν το ότι το προσωπικό του ξενώνα είναι πιο κοντά στον ασθενή.

Ερώτηση 11β. Αν πιστεύετε ότι είναι η μονάδα αποκατάστασης του ψυχιατρείου, ιεραρχήστε τους παρακάτω λόγους από το 1-4, που πιστεύετε πως το ψυχιατρείο συμβάλλει καλύτερα στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών.

Πίνακας 11β κατανομής των 16 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος όσον αφορά τους λόγους για τους οποίους πιστεύουν πως η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση επιτυγχάνεται καλύτερα στο ψυχιατρείο.

ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ	1^η	2^η	3^η	4^η
ΚΑΛΥΤΕΡΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	5	2	2	7
ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟΥ ΕΙΝΑΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΣΕ ΑΡΙΘΜΟ ΑΠΟ ΟΤΙ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ	2	2	10	2
ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΚΟΝΤΑ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	8	4	3	1
ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΧΕΙ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	6	6	1	3

Όπως βλέπουμε στον πίνακα, οι επαγγελματίες του δείγματος, θεωρούν το ότι οι συνθήκες διαβίωσης στο ψυχιατρείο είναι καλύτερες ως τέταρτη προτεραιότητα, το ότι το προσωπικό του ψυχιατρείου είναι περισσότερο σε αριθμό από ότι στον ξενώνα ως τρίτη προτεραιότητα, το ότι το προσωπικό είναι πιο κοντά στον ασθενή ως πρώτη προτεραιότητα και το ότι το προσωπικό έχει μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία ως δεύτερη προτεραιότητα στην επίτευξη της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ασθενών στο ψυχιατρείο.

Ερώτηση 12. Κατά την άποψή σας πιστεύετε στον ξενώνα αποκατάστασης οι χρόνιοι ψυχικά ασθενείς υποτροπιάζουν

Πίνακας 12. Κατανομή των 148 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος όσον αφορά την συχνότητα υποτροπής των ασθενών στους ξενώνες αποκατάστασης.

ΕΡΩΤΗΣΗ 12	F	fx (%)
ΣΥΧΝΑ	5	3,38%
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	102	68,92%
ΣΠΑΝΙΑ	34	22,97%
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	148	100,0%

Σχετικά με τις υποτροπές των χρόνιων ψυχικά ασθενών στον ξενώνα αποκατάστασης, το 69% του συνολικού δείγματος των επαγγελματιών απάντησε πως οι ασθενείς υποτροπιάζουν μερικές φορές, το 23% απάντησε πως υποτροπιάζουν σπάνια και το 3% συχνά.

Ερώτηση 13. Κατά την άποψή σας πιστεύετε ότι στο ψυχιατρείο, οι χρόνιοι ψυχικά ασθενείς υποτροπιάζουν

Πίνακας 13. Κατανομή των 148 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος όσον αφορά την συχνότητα υποτροπής των ασθενών στο ψυχιατρείο.

ΕΡΩΤΗΣΗ 13	F	fx (%)
ΣΥΧΝΑ	53	35,81%
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	85	57,43%
ΣΠΑΝΙΑ	10	6,76%
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	148	100,0%

Σχετικά με τις υποτροπές των ασθενών στο ψυχιατρείο, το 36% των επαγγελματιών απάντησε πως οι ασθενείς υποτροπιάζουν συχνά, το 57% μερικές φορές και το 7% πως υποτροπιάζουν σπάνια.

Ερώτηση 14. Κατά τη γνώμη σας, ποιο ή ποια από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι αισθάνονται οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στον ξενώνα, για τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς.

Πίνακας 14. Κατανομή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος ως προς την γνώμη τους σχετικά με τα συναισθήματα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στον ξενώνα απέναντι στους ασθενείς (στην ερώτηση δόθηκαν παραπάνω από μια απαντήσεις).

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ	F	fx (%)
ΑΓΩΝΙΑ	53	35,8%
ΑΓΧΟΣ	88	59,5%
ΦΟΒΟΣ	28	18,9%
ΛΥΠΗ	45	30,4%
ΘΥΜΟΣ	44	29,7%
ΑΜΗΧΑΝΙΑ	17	11,5%
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	116	78,4%
ΧΑΡΑ	71	48%
ΑΠΑΘΕΙΑ	15	10,2%
ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ	15	10,2%

Όσον αφορά τα συναισθήματα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονταν στον ξενώνα, για τους χρόνια ψυχικά ασθενείς, το μεγαλύτερο ποσοστό (78,4%), αισθάνονται ικανοποίηση, 59,5% αισθάνονται άγχος, 48% αισθάνονται χαρά, 35,8% αισθάνονται αγωνία, 30,4% λύπη, 29,7% θυμό, 18,9% φόβο, 11,5% αμηχανία και 10,2% αισθάνονται απάθεια ή αδιαφορία.

Ερώτηση 15. Κατά τη γνώμη σας, ποιο ή ποια από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι αισθάνονται οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στο ψυχιατρείο, για τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς.

Πίνακας 15. Κατανομή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος ως προς τη γνώμη τους για τα συναισθήματα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στα ψυχιατρεία για τους ασθενείς. (στην ερώτηση δόθηκαν παραπάνω από μια απαντήσεις)

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ	F	fx (%)
ΑΓΩΝΙΑ	56	37,8%
ΆΓΧΟΣ	83	56,1%
ΦΟΒΟΣ	64	43,2%
ΛΥΠΗ	63	42,6%
ΘΥΜΟΣ	49	33,1%
ΑΜΗΧΑΝΙΑ	25	16,9%
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	65	44%
ΧΑΡΑ	32	21,6%
ΑΠΑΘΕΙΑ	42	28,4%
ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ	37	25%

Για τα συναισθήματα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονταν στο ψυχιατρείο, για τους χρόνια ψυχικά ασθενείς, το 37,8% αισθάνεται αγωνία, το 56,1% άγχος το οποίο είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό, το 43,2% φόβο, το 42,6% λύπη, το 33,1% θυμό, το 16,9% αμηχανία, το 44% ικανοποίηση, το 21,6% χαρά, το 28,4% απάθεια και το 25% αισθάνεται αδιαφορία.

Ερώτηση 16. Κατά τη γνώμη σας ποιο ή ποια από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι αισθάνονται οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στον ξενώνα, όταν υποτροπιάζει ένας ασθενής.

Πίνακας 16. Κατανομή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος ως προς τη γνώμη τους για τα συναισθήματα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στον ξενώνα όταν υποτροπιάζει ένας ασθενής. (στην ερώτηση δόθηκαν παραπάνω από μια απαντήσεις)

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ	F	fx (%)
ΑΓΩΝΙΑ	86	58,1%
ΑΓΧΟΣ	93	62,8%
ΦΟΒΟΣ	57	38,5%
ΛΥΠΗ	89	60,1%
ΘΥΜΟΣ	22	14,9%
ΑΜΗΧΑΝΙΑ	22	14,9%
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	3	2,03%
ΧΑΡΑ	2	1,35%
ΑΠΑΘΕΙΑ	11	7,4%
ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ	8	5,4%

Όσον αφορά τα συναισθήματα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονταν στον ξενώνα, σε περίπτωση υποτροπής ενός ασθενούς, 58,1% των επαγγελματιών απάντησε ότι πιστεύει πως αισθάνονται αγωνία, 62,8% άγχος, 38,5% φόβο, 60,1% λύπη, 14,9% θυμό και αμηχανία, 2% περίπου ικανοποίηση και χαρά, 7,4% απάθεια και 5,4% αδιαφορία.

Ερώτηση 17. Κατά τη γνώμη σας, ποιο ή ποια από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι αισθάνονται οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στο ψυχιατρείο, όταν υποτροπιάζει ένας ασθενής.

Πίνακας 17. Κατανομή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος όσον αφορά τη γνώμη τους για τα συναισθήματα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στο ψυχιατρείο όταν υποτροπιάζει ένας ασθενής. (στην ερώτηση δόθηκαν παραπάνω από μια απαντήσεις)

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ	F	fx (%)
ΑΓΩΝΙΑ	73	49,3%
ΑΓΧΟΣ	85	57,4%
ΦΟΒΟΣ	65	43,9%
ΛΥΠΗ	62	41,9%
ΘΥΜΟΣ	22	14,7%
ΑΜΗΧΑΝΙΑ	16	10,8%
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	3	2,03%
ΧΑΡΑ	1	0,7%
ΑΠΑΘΕΙΑ	23	15,5%
ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ	9	6,1%

Σχετικά με τα συναισθήματα των επαγγελματιών που εργάζονταν στο ψυχιατρείο σε περίπτωση υποτροπής ενός ασθενούς, το 49,3% του δείγματος απάντησε πως αισθάνονται αγωνία, 57,4% πως αισθάνονται άγχος, 43,9% φόβο, 41,9% λύπη, 14,7% θυμό, 10,8% αμηχανία, 2% ικανοποίηση και 0,7% χαρά, 15,5% απάθεια και 6,1% αδιαφορία.

Ερώτηση 18. Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στον ξενώνα με τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς;

Πίνακας 18 κατανομής των 148 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος όσον αφορά τις σχέσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στον ξενώνα με τους ασθενείς.

ΣΧΕΣΕΙΣ	F	fx (%)
ΑΡΙΣΤΕΣ	25	16,89%
ΚΑΛΕΣ	107	72,3%
ΜΕΤΡΙΕΣ	15	10,14%
ΚΑΚΕΣ	1	0,67%
ΣΥΝΟΛΟ	148	100,0%

Όσον αφορά τις σχέσεις των επαγγελματιών που εργάζονται στον ξενώνα με τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς, το 17% χαρακτήρισε τις σχέσεις άριστες, το 72% καλές, το 10% μέτριες, ενώ το 1% τις χαρακτήρισε κακές.

Ερώτηση 19. Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στο ψυχιατρείο με τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς;

Πίνακας 19 κατανομής των 148 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος όσον αφορά τις σχέσεις των επαγγελματιών που εργάζονται στο ψυχιατρείο με τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς.

ΣΧΕΣΕΙΣ	F	fx (%)
ΑΡΙΣΤΕΣ	6	4,05%
ΚΑΛΕΣ	79	53,38%
ΜΕΤΡΙΕΣ	61	41,22%
ΚΑΚΕΣ	2	1,35%
ΣΥΝΟΛΟ	148	100,0%

Τις σχέσεις των επαγγελματιών που εργάζονται στο ψυχιατρείο με τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς, το 4% του συνόλου τις χαρακτήρισε άριστες, το 53% καλές, το 41% μέτριες και το 1% κακές.

Ερώτηση 20. Σημειώστε με χ στο αντίστοιχο κουτάκι το είδος των σχέσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στον ξενώνα με τους ασθενείς.

Πίνακας 20. Κατανομή των 148 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος σχετικά με το είδος των σχέσεων των επαγγελματιών που εργάζονται στον ξενώνα με τους ασθενείς.

ΣΧΕΣΕΙΣ	ΑΡΙΣΤΕΣ	ΚΑΛΕΣ	ΜΕΤΡΙΕΣ	ΚΑΚΕΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	41	94	11	0
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	34	103	11	0
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	41	95	12	0
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	41	91	16	0
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕ	40	101	7	0
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΔΕ	41	97	10	0
ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	25	99	22	2
ΓΕΝΙΚΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ	33	95	20	0

Όπως βλέπουμε στον πίνακα, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας του δείγματος όσον αφορά τις σχέσεις των ειδικοτήτων που εργάζονται στον ξενώνα με τους ασθενείς, τις χαρακτήρισαν όλες καλές.

Ερώτηση 21. Σημειώστε με χ στο αντίστοιχο κουτάκι το είδος των σχέσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στο ψυχιατρείο με τους ασθενείς.

Πίνακας 21. Κατανομή των 148 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος σχετικά με το είδος των σχέσεων των επαγγελματιών που εργάζονται στον ξενώνα με τους ασθενείς.

ΣΧΕΣΕΙΣ	ΑΡΙΣΤΕΣ	ΚΑΛΕΣ	ΜΕΤΡΙΕΣ	ΚΑΚΕΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	22	103	23	0
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	35	90	22	1
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	18	103	26	1
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	15	104	26	3
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕ	18	109	21	0
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΔΕ	16	108	24	0
ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	13	98	32	5
ΓΕΝΙΚΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ	15	95	35	3

Όπως βλέπουμε στον πίνακα, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας του δείγματος όσον αφορά τις σχέσεις των ειδικοτήτων που εργάζονται στο ψυχιατρείο με τους ασθενείς, τις χαρακτήρισαν όλες καλές.

Ερώτηση 22. Πως θα χαρακτηρίζατε τη συμπεριφορά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στον ξενώνα με τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς;

Πίνακας 22. Κατανομή των 148 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος ως προς τη συμπεριφορά των επαγγελματιών που εργάζονται στον ξενώνα προς τους ασθενείς.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	F	fx (%)
ΘΕΤΙΚΗ	101	68,24%
ΑΡΝΗΤΙΚΗ	0	0%
ΜΑΛΛΟΝ ΘΕΤΙΚΗ	44	29,74%
ΜΑΛΛΟΝ ΑΡΝΗΤΙΚΗ	1	0,67%
ΑΠΑΘΗΣ	2	1,35%
ΣΥΝΟΛΟ	148	100,0%

Τη συμπεριφορά των επαγγελματιών που εργάζονται στον ξενώνα προς τους ασθενείς, το 68% τη χαρακτήρισε θετική, το 30% μάλλον θετική, το 1% μάλλον αρνητική και το 1% τη χαρακτήρισε ως απαθή.

Ερώτηση 23. Πως θα χαρακτηρίζατε τη συμπεριφορά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στο ψυχιατρείο με τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς;

Πίνακας 23. Κατανομή των 148 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος ως προς τη συμπεριφορά των επαγγελματιών που εργάζονται στο ψυχιατρείο προς τους ασθενείς.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	F	fx (%)
ΘΕΤΙΚΗ	51	34,46%
ΑΡΝΗΤΙΚΗ	0	0%
ΜΑΛΛΟΝ ΘΕΤΙΚΗ	86	58,11%
ΜΑΛΛΟΝ ΑΡΝΗΤΙΚΗ	7	4,78%
ΑΠΑΘΗΣ	4	2,7%
ΣΥΝΟΛΟ	148	100,0%

Όσον αφορά τη συμπεριφορά των επαγγελματιών που εργάζονται στο ψυχιατρείο προς τους ασθενείς, 34% του δείγματος χαρακτήρισε τη συμπεριφορά θετική, 58% ως μάλλον θετική, 5% ως μάλλον αρνητική, ενώ 3% τη χαρακτήρισε ως απαθή.

Ερώτηση 24. Σημειώστε χ στο αντίστοιχο κουτάκι για τη συμπεριφορά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στον ξενώνα με τους ασθενείς.

Πίνακας 24. Κατανομή των 148 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος όσον αφορά τη συμπεριφορά των επαγγελματιών που εργάζονται στον ξενώνα προς τους ασθενείς.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	ΘΕΤΙΚΗ	ΑΡΝΗΤΙΚΗ	ΜΑΛΛΟΝ ΘΕΤΙΚΗ	ΜΑΛΛΟΝ ΑΡΝΗΤΙΚΗ	ΑΠΑΘΗΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	120	0	28	0	0
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	121	0	27	0	0
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	114	0	33	1	0
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	117	0	30	1	0
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕ	116	0	30	2	0
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΔΕ	117	1	28	2	0
ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	112	0	33	3	0
ΓΕΝΙΚΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ	111	0	32	4	1

Όπως φαίνεται και από τον πίνακα, οι περισσότεροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας του δείγματος θεωρούν τη συμπεριφορά όλων των ειδικοτήτων στον ξενώνα θετική για τους ασθενείς.

Ερώτηση 25. Σημειώστε χ στο αντίστοιχο κουτάκι τη συμπεριφορά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στο ψυχιατρείο με τους ασθενείς.

Πίνακας 25. Κατανομή των 148 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος, όσον αφορά τη συμπεριφορά των επαγγελματιών που εργάζονται στο ψυχιατρείο προς τους ασθενείς.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	ΘΕΤΙΚΗ	ΑΡΝΗΤΙΚΗ	ΜΑΛΛΟΝ ΘΕΤΙΚΗ	ΜΑΛΛΟΝ ΑΡΝΗΤΙΚΗ	ΑΠΑΘΗΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	66	1	78	2	1
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	61	1	82	3	1
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	59	1	84	3	1
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	56	1	85	3	3
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕ	64	1	78	3	2
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΔΕ	59	1	82	4	2
ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	49	1	89	6	3
ΓΕΝΙΚΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ	41	1	98	5	3

Όπως φαίνεται και από τον πίνακα, οι περισσότεροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας του δείγματος, τη συμπεριφορά όλων των ειδικοτήτων στο ψυχιατρείο τη χαρακτήρισαν ως μάλλον θετική για τους ασθενείς.

Ερώτηση 26. Ιεραρχήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το 1-8 τους παρακάτω επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στον ξενώνα και είναι άμεσα προσεγγίσιμοι από τους ασθενείς.

Πίνακας 26 κατανομής των 148 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος όσον αφορά την προσεγγισιμότητα των επαγγελματιών που εργάζονται στον ξενώνα από τους ασθενείς.

ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ	1η	2η	3^η	4η	5η	6η	7η	8^η
ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	31	19	18	23	16	22	12	7
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	10	34	25	22	32	15	6	4
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	7	12	34	24	37	29	2	3
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	9	13	27	43	28	15	11	2
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕ	77	44	13	3	4	3	2	2
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΔΕ	77	33	8	7	1	14	6	2
ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	4	5	9	4	8	6	60	52
ΓΕΝΙΚΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ	18	5	19	6	9	7	22	62

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 26, οι περισσότεροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας του δείγματος (31), θεωρούν τους ψυχιάτρους που εργάζονται στον ξενώνα άμεσα προσεγγίσιμους από τους ασθενείς και πρώτους σε σειρά προτεραιότητας. Σχετικά με τους ψυχολόγους οι περισσότεροι (34) θεωρούν πως είναι δεύτεροι σε σειρά προτεραιότητας, σχετικά με τους κοινωνικούς λειτουργούς οι περισσότεροι (37) θεωρούν πως είναι τρίτοι σε σειρά προτεραιότητας. Όσον αφορά τους εργοθεραπευτές οι περισσότεροι (43) θεωρούν πως είναι τέταρτοι σε σειρά προτεραιότητας, όσον αφορά τους νοσηλευτές τεχνολογικής εκπαίδευσης οι περισσότεροι (77) θεωρούν πως είναι πρώτοι σε σειρά προτεραιότητας, σχετικά με τους νοσηλευτές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης οι περισσότεροι (77) τους κατέταξαν πρώτους σε σειρά προτεραιότητας, σχετικά με τους επισκέπτες υγείας οι περισσότεροι (60) τους κατέταξαν έβδομους σε σειρά προτεραιότητας και όσον αφορά τους

υπαλλήλους γενικών καθηκόντων οι περισσότεροι(62) θεωρούν πως είναι όγδοοι σε σειρά προτεραιότητας και οι λιγότερο προσεγγίσιμοι από τους ασθενείς.

Ερώτηση 27. Ιεραρχήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το 1-8 τους παρακάτω επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στο ψυχιατρείο και είναι άμεσα προσεγγίσιμοι από τους ασθενείς.

Πίνακας 27. Κατανομή των 148 επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος, όσον αφορά την προσεγγισιμότητα των επαγγελματιών που εργάζονται στα ψυχιατρεία από τους ασθενείς.

ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ	1η	2η	3^η	4η	5η	6η	7η	8^η
ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	44	19	29	19	15	9	7	6
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	9	24	23	33	30	18	7	4
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	13	6	23	32	47	21	3	3
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	6	14	19	30	14	44	16	5
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕ	56	57	14	7	9	1	2	2
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΔΕ	61	41	14	9	5	12	3	3
ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	3	7	5	3	11	15	65	39
ΓΕΝΙΚΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ	12	7	13	5	12	8	20	71

Όπως φαίνεται και από τον πίνακα 27, οι περισσότεροι επαγγελματίες(44) όσον αφορά το πόσο προσεγγίσιμοι είναι οι ψυχίατροι που εργάζονται στο ψυχιατρείο από τους ασθενείς, θεωρούν πως είναι άμεσα προσεγγίσιμοι. Όσον αφορά τους ψυχολόγους, οι περισσότεροι (33) θεωρούν πως είναι τέταρτοι σε σειρά προτεραιότητας. Όσον αφορά τους κοινωνικούς λειτουργούς οι περισσότεροι(47) θεωρούν πως είναι πέμπτοι σε σειρά προτεραιότητας. Σχετικά με τους εργοθεραπευτές, οι περισσότεροι (44) θεωρούν πως είναι έκτοι σε σειρά προτεραιότητας, σχετικά με τους νοσηλευτές τεχνολογικής εκπαίδευσης οι περισσότεροι(57) θεωρούν πως έρχονται δεύτεροι σε σειρά προτεραιότητας, όσον αφορά τους νοσηλευτές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης οι περισσότεροι (61) θεωρούν πως είναι πρώτοι σε σειρά προτεραιότητας, για τους επισκέπτες υγείας οι περισσότεροι (65) θεωρούν πως είναι έβδομοι σε σειρά προτεραιότητας και όσον αφορά τους υπαλλήλους γενικών καθηκόντων

οι περισσότεροι (71) θεωρούν πως είναι όγδοοι σε σειρά προτεραιότητας και οι λιγότερο προσεγγίσιμοι από τους ασθενείς.

ΥΠΟΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.4: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των επαγγελματιών που εργάζονται στις δυο δομές είναι νοσηλευτές τεχνολογικής εκπαίδευσης(28%) και νοσηλευτές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης(33%), γεγονός που έρχεται σε συμφωνία με τον Μαδιανό (1994), σύμφωνα με τον οποίο το μεγαλύτερο ποσοστό των επαγγελματιών ψυχικής υγείας είναι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ψυχιατρεία και ξενώνες.

Αναφορικά με τις στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης μας, οι βασικές μέθοδοι που συμβάλλουν αποτελεσματικά στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών είναι αρχικά η φαρμακοθεραπεία και αμέσως μετά η ατομική ψυχοθεραπεία. Ο Ζαχαριάδης (2001), υποστηρίζει πως μια «κατάλληλη» θεραπευτική αγωγή για τις ψυχικές διαταραχές και τις διαταραχές της συμπεριφοράς, είναι η σωστή χρήση φαρμακολογικών, ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων με γνώμονα την κλινική αποτελεσματικότητα στην πράξη και σύμφωνα με τον Μαδιανό(1994), η φαρμακευτική αγωγή προλαμβάνει τις τυχόν υποτροπές των ασθενών σε σημαντικό ποσοστό.

Σημαντικό ρόλο στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, παίζει και η έλλειψη κριτικής στάσης από πλευράς των επαγγελματιών προς τους ασθενείς. Σύμφωνα με μια έρευνα των Ball και συν. (1992), βρέθηκε ότι λόγω της έκφρασης κριτικών σχολίων από τους θεραπευτές λόγω συναισθηματικής πίεσης, εμφανίζονται αρνητικά συμπτώματα και αρνητική συμπεριφορά από τους ασθενείς.

Επίσης, πολλοί επαγγελματίες υποστήριξαν πως η χρηματοδότηση των ψυχικών δομών είναι πολύ σημαντική προϋπόθεση για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών, πράγμα που υποστηρίζεται από την Parrish(1998), κατά την οποία πρέπει να υπάρχει η συνεχής διεύρυνση της χρηματοδότησης των δομών από την πολιτεία ως στρατηγική για την αποφυγή των αρνητικών στάσεων από τους επαγγελματίες.

Οι στάσεις των θεραπευτών κατά τον Benhau (1988), παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του θεραπευτικού προγράμματος και στη λειτουργία

των κοινωνικών ρόλων που θα υιοθετήσουν οι ασθενείς κατά την εξέλιξη της θεραπευτικής σχέσης. Όταν οι στάσεις των θεραπευτών χαρακτηρίζονται από έλλειψη σεβασμού και χαμηλές προσδοκίες για την θεραπεία, τότε τα αποτελέσματά της δεν είναι ικανοποιητικά (Freeman & Simons, 1963). Η άποψη αυτή έρχεται σε αντιστοιχία με τις αντιλήψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στη μελέτη αυτή, οι οποίοι πιστεύουν ότι για την καλύτερη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών σημαντικό ρόλο έχει η καλή και θετική σχέση θεραπευόμενου – θεραπευτή, η δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ επαγγελματία και ασθενή. Η σχέση λοιπόν θεραπευτή- θεραπευόμενου θα πρέπει να βασίζεται, σύμφωνα με τους Anderson & Arsenault (1998), «σε μια συνεργασία που να στηρίζεται στην ισοτιμία, στον αμοιβαίο σεβασμό, στην ικανότητα να ακούν και να κατανοούν ο ένας τον άλλο, στην καλή επικοινωνία και ειλικρίνεια και στην από κοινού λήψη αποφάσεων». Προκειμένου να διαμορφωθεί μια αποτελεσματική θεραπευτική σχέση βασικοί παράγοντες είναι η κατανόηση, η συμπάθεια, η αποδοχή και η επικοινωνία με τους ασθενείς, καθώς και ο σεβασμός στον διάλογο και η εμπιστοσύνη σύμφωνα με τη Σικελιανού (2011).

Η θεραπευτική ομάδα κατακλύζεται από το θεμελιακό φόβο του τρελού. Ο φόβος αυτός συνδέεται με το συναίσθημα εισβολής, την αδυναμία δηλαδή της θεραπευτικής ομάδας να διατηρήσει τον προσωπικό ψυχικό χώρο της, αφού συνεχώς υφίσταται μια εισβολή από επίμονες προβλητικές ταυτίσεις των ψυχωτικών ασθενών (Hochmann, 2003, Searles, 2003, Σικελιανού, 2011). Σχετικά με τα συναισθήματα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας προς τους ασθενείς, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι περισσότεροι επαγγελματίες αισθάνονται αγωνία, άγχος, λύπη και φόβο σε περίπτωση που κάποιος ψυχικά ασθενής πάθει κρίση και υποτροπιάσει.

Όσον αφορά τη συμπεριφορά των επαγγελματιών προς τους ασθενείς, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως η πλειοψηφία των επαγγελματιών και στις δύο δομές θεωρούν πως είναι θετική. Έτσι λοιπόν, όπως υποστηρίζουν και οι Σικελιανού & Μαυρέας(2009), επειδή οι σχέσεις, η συμπεριφορά και οι αλληλεπιδράσεις του προσωπικού με τους ασθενείς επηρεάζουν την ποιότητα φροντίδας καθώς και τα ποιοτικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα του θεραπευτικού περιβάλλοντος της κάθε αποκαταστασιακής δομής, το ότι η

συμπεριφορά των επαγγελματιών είναι θετική προς τους ασθενείς αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την ψυχοκοινωνική αποκατάστασή τους.

Επίσης, η διάθεση χρόνου στους ασθενείς ως χαρακτηριστικό της ποιότητας της αλληλεπίδρασης των θεραπειών και των ασθενών αντικατοπτρίζει τις στάσεις των θεραπειών για την θεραπευτική διαδικασία και αποτελεί στοιχείο ενός ποιοτικά θετικού θεραπευτικού περιβάλλοντος (Shepherd & Richardson, 1979, Garety & Morris, 1984, Shepherd και συν., 1996). Από την έρευνα αυτή βρέθηκε πως οι επαγγελματίες σχεδόν όλων των ειδικοτήτων είναι προσεγγίσιμοι από τους ψυχικά ασθενείς και ειδικότερα οι νοσηλευτές τεχνολογικής αλλά και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης θεωρούνται οι πιο προσεγγίσιμοι.

ΥΠΟΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.5: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τις απόψεις των επαγγελματιών για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών, διαπιστώθηκε ότι ο χρόνιος ψυχικά ασθενής έχει πιθανότητες να αποκατασταθεί και απαραίτητη προϋπόθεση για να επιτευχθεί αυτό είναι η ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσα σε επαγγελματία και ασθενή. Για τους επαγγελματίες στους ξενώνες όμως το ίδιο σημαντικό ρόλο παίζει και η χρηματοδότηση της δομής.

Σχετικά με τις μεθόδους που ακολουθούνται από τους επαγγελματίες για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών, η πλειοψηφία τις θεωρεί αποτελεσματικές και η μέθοδος που βοηθά πιο αποτελεσματικά είναι η φαρμακευτική αγωγή. Σε αντίθεση με τους εργαζόμενους στα ψυχιατρεία, στους ξενώνες η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων από τους επαγγελματίες ιεραρχείται σαν 3η προτεραιότητα και όχι ως τελευταία.

Επίσης, η συντριπτική πλειοψηφία των επαγγελματιών του δείγματος απάντησε πως η δομή που βοηθά καλύτερα στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών είναι ο ξενώνας αποκατάστασης λόγω του ότι είναι πιο κοντά στην κοινότητα και δεν προκαλείται ο ιδρυματισμός του ασθενή.

Όσον αφορά τις κρίσεις και τις υποτροπές των ασθενών, οι περισσότεροι επαγγελματίες απάντησαν πως και στα ψυχιατρεία και στους ξενώνες οι ασθενείς υποτροπιάζουν μερικές φορές και πως όταν συμβαίνει αυτό τα κυρίαρχα συναισθήματα είναι άγχος, αγωνία, λύπη και φόβος. Για τα ψυχιατρεία οι εργαζόμενοι και των δύο δομών απάντησαν πως οι υποτροπές είναι πιο συχνές και τα ποσοστά είναι πολύ υψηλά.

Οι επαγγελματίες απάντησαν πως τα δύο πρώτα συναισθήματα που νιώθει κάποιος που εργάζεται σε ξενώνα είναι η ικανοποίηση αλλά από την άλλη και το άγχος. Για τα συναισθήματα των επαγγελματιών υγείας των ψυχιατρείων, απάντησαν πως το κύριο συναίσθημά τους είναι το άγχος, ενώ συμπέρασμα είναι πως οι ερωτώμενοι πιστεύουν πως τα συναισθήματα ενός εργαζόμενου στο ψυχιατρείο είναι πιο αρνητικά από ότι αυτά ενός εργαζόμενου στον ξενώνα.

Σχετικά με τις σχέσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με τους ασθενείς, και στα ψυχιατρεία και στους ξενώνες οι επαγγελματίες τις χαρακτήρισαν καλές, αν και στα ψυχιατρεία ένα μεγάλο ποσοστό απάντησε πως είναι μέτριες, ενώ στους ξενώνες κανείς δεν χαρακτήρισε τις σχέσεις των επαγγελματιών με τους ασθενείς κακές.

Αναλυτικότερα, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες της έρευνας να περιγράψουν το είδος των σχέσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στον ξενώνα και στο ψυχιατρείο με τους ασθενείς, ανά ειδικότητα. Οι εργαζόμενοι στους ξενώνες χαρακτήρισαν τις σχέσεις όλων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με τους χρόνια ασθενείς καλές, ενώ μεγάλα ήταν και τα ποσοστά που θεωρούν τις σχέσεις των επαγγελματιών άριστες με τους ασθενείς. Αντίθετα, στα ψυχιατρεία βρέθηκε πως ενώ τα μεγαλύτερα ποσοστά πιστεύουν πως οι σχέσεις των επαγγελματιών είναι γενικά καλές με τους ασθενείς, περισσότεροι χαρακτήρισαν τις σχέσεις μέτριες παρά άριστες, ενώ υπήρξε και ένα ποσοστό το οποίο χαρακτήρισε τις σχέσεις κακές. Το μεγαλύτερο ποσοστό κακών σχέσεων δόθηκε στους επισκέπτες υγείας των ψυχιατρείων, ενώ και στους ξενώνες οι εργαζόμενοι έχουν χαρακτηρίσει κακές μόνο αυτές των επισκεπτών υγείας. Επίσης, βρέθηκε πως ενώ όλες οι σχέσεις των επαγγελματιών έχουν χαρακτηριστεί με κάποιο ποσοστό κακές, μόνο εκείνες των νοσηλευτών, και τεχνολογικής και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, δεν έχουν χαρακτηριστεί από κανέναν ως κακές.

Σχετικά με τη συμπεριφορά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας προς τους ασθενείς, οι περισσότεροι επαγγελματίες και για τις δύο δομές, χαρακτήρισαν τη συμπεριφορά θετική για τους ασθενείς, ενώ σε πολύ μικρό ποσοστό, κάποιοι πιστεύουν πως η συμπεριφορά των επαγγελματιών στα ψυχιατρεία είναι μάλλον αρνητική ακόμα και απαθής προς τους ασθενείς.

Πιο αναλυτικά, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και των δύο δομών χαρακτήρισαν τη συμπεριφορά όλων των ειδικοτήτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας θετική προς τους ασθενείς. Βρέθηκε πως για τους εργαζόμενους των ψυχιατρείων η συμπεριφορά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται εκεί για τους ασθενείς περιγράφεται μεν θετική αλλά με χαμηλότερα ποσοστά από ότι στους ξενώνες. Επίσης, η συμπεριφορά των εργοθεραπευτών και των επισκεπτών υγείας που εργάζονται στα ψυχιατρεία χαρακτηρίστηκε από τους συμμετέχοντες στην έρευνα ως και απαθής προς

τους ασθενείς και το ίδιο συμβαίνει και με τους υπαλλήλους των γενικών καθηκόντων που εργάζονται στους ξενώνες, καθώς είναι η μόνη ειδικότητα που χαρακτηρίστηκε ως απαθής.

Τέλος, όσον αφορά την προσεγγισιμότητα των επαγγελματιών από τους ασθενείς, και στις δύο δομές, οι ειδικότητες που θεωρήθηκαν από τους επαγγελματίες ως τις πιο άμεσα προσεγγίσιμες από τους ασθενείς ήταν αυτές των νοσηλευτών τεχνολογικής και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Μεγάλο ενδιαφέρον έχει η διαφορά στα ποσοστά των εργαζόμενων στους ξενώνες οι οποίοι κατέταξαν τους ψυχιάτρους στην έκτη θέση προσεγγισιμότητας, θέση πολύ χαμηλή, σε σχέση με τους εργαζόμενους στα ψυχιατρεία όπου οι ψυχίατροι θεωρήθηκαν από τους πιο προσεγγίσιμους. Τέτοιου είδους διαφορά παρατηρήθηκε όσον αφορά τους ψυχολόγους. Οι ψυχολόγοι στους ξενώνες βρίσκονταν στη δεύτερη θέση προσεγγισιμότητας, ενώ στα ψυχιατρεία βρίσκονταν στην πέμπτη θέση. Σημαντικό επίσης είναι πως στα ψυχιατρεία οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν θεωρήθηκαν και τόσο προσεγγίσιμοι από τους ασθενείς, καθώς οι εργαζόμενοι εκεί τους κατέταξαν στην πέμπτη θέση με μεγάλο ποσοστό. Και στις δύο δομές, τέλος, στις τελευταίες θέσεις βρέθηκαν οι επισκέπτες υγείας και οι υπάλληλοι που έχουν γενικά καθήκοντα καθώς οι εργαζόμενοι απάντησαν με μεγάλα ποσοστά πως δεν είναι άμεσα προσεγγίσιμοι από τους ασθενείς.

ΥΠΟΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.6: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μετά την ανάλυση των αποτελεσμάτων, οι προτάσεις που θα θέλαμε να κάνουμε είναι οι εξής:

- Καλύτερη επαγγελματική εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και παρακολούθηση σεμιναρίων για τον τομέα της ψυχικής υγείας με σκοπό την επίτευξη καλύτερης ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των χρόνιων ψυχικά ασθενών και διεύρυνση των γνώσεων τους όσον αφορά την ψυχική υγεία και τους ασθενείς.
- Ύπαρξη εσωτερικού ή εξωτερικού επόπτη στις δομές, ώστε για οποιαδήποτε δυσκολία στην αντιμετώπιση των ασθενών, για τον χειρισμό των συναισθημάτων τους προς τους ασθενείς και για τυχόν παρουσία προκατάληψης απέναντι στους χρόνιους ψυχικά ασθενείς, να απευθύνονται σε αυτόν. Όπως είδαμε και στα αποτελέσματα της έρευνας αρκετοί επαγγελματίες θεωρούν σημαντική την ύπαρξη των εποπτών στις δομές που εργάζονται.
- Δημιουργία περισσότερων ξενώνων αποκατάστασης, αφού και οι ίδιοι οι επαγγελματίες πιστεύουν πως η κοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών επιτυγχάνεται καλύτερα στους ξενώνες. Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσω της αξιοποίησης των κονδυλίων της Ευρωπαϊκής Ένωσης και οικονομικής συνδρομής του κράτους για την δημιουργία ξενώνων.

Βιβλιογραφία

A. ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΒΙΒΛΙΑ

Γεωργιάς, Δ. (1990). «Κοινωνική Ψυχολογία», Τόμος Β', Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1990.

Δαμίγος, Δ.(2003).«Ο εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας ξενώνα ατόμων με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες», στο βιβλίο «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη» Δ. Δαμίγος, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2003.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρή, Μ., Σούλη, Σ. (1997). « Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, στο βιβλίο «Πολιτική Υγεία/ Κοινωνική πολιτική», Τόμος Β', σελ. 51-53, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρή, Μ., Σούλη, Σ. (1997). «Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, στο βιβλίο «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων, Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Τόμος Δ'.

Κυριαζή, Ν. (1999). «Η κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Λιάκος, Α., Υφαντόπουλος, Γ. (1990). «Διαχείριση- Τομεοποίηση- Εκπαίδευση- Στελέχωση. Έκθεση Εμπειρογνομώνων για λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας- Πρόνοιας και της ΕΟΚ», Αθήνα.

Μαδιανός, Μ. (1994). «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της. Από τη θεωρία στην πράξη», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Μαδιανός, Μ. (1994). «Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Μαδιανός, Μ. (2005). «Ψυχιατρική και Αποκατάσταση», Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.

Μαδιανός, Μ.(1999). «Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχικής Υγείας», Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.

Μαδιανός, Μ. και Υφαντόπουλος, Ι. (1991). «Η πρώτη Έκθεση Παρακολούθησης της Ελληνικής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης», επιμέλεια έκδοσης Ελληνική Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, εκδόσεις Εποπτεία, Αθήνα.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, (2001). «Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001. Ψυχική υγεία: νέα αντίληψη, νέα ελπίδα» Ελληνική έκδοση της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου υγείας και Πρόνοιας, Γενική επιμέλεια Ε. Ζαχαρίας, Επιστημονική επιμέλεια Π. Σκαπινάκης.

Παπαγεωργίου, Ε.,Γ. (1990). «Ψυχιατρική», Ιατρικές εκδόσεις Αργυρού, Αθήνα.

Παπαδάτος, Γ. και Στογιαννίδου, Α.(1990). «Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή- η εναλλακτική πρόταση στην παραδοσιακή ψυχιατρική», Εκδόσεις Λίτσας.

Παπαδάτος, Γ. (1987). «Κοινωνική Αποκατάσταση Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές», στο βιβλίο «Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση», Αθήνα, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.

Πασαντωνόπουλος Γ. & Ζαχαρίας Β. (2001). «Πακέτο οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας- Οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας», Αθήνα.

Ραγιά Α. (1999). «Νοσηλευτική Ψυχική Υγείας, Ψυχιατρική Νοσηλευτική», έκδοση Β' Αθήνας.

Ραγιά Α. (1978). «Ψυχιατρική Νοσηλευτική: Θεμελιώδεις Αρχές», Εκδόσεις Αδελφότητος «ΕΥΝΙΚΗ», Αθήνα.

Σακελλαρόπουλος, Π. (2003). «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη», εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Σικελιανού Δ. (2011). «Κλινικά Θέματα Κοινωνικής Ψυχιατρικής Υγείας», Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα, υπό έκδοση.

Τσουρός Α. (2001). «Η σύγχρονη πολιτική στρατηγική γλώσσα για την ψυχική υγεία». Ειδικό τεύχος ΜΥΠΕΠ (Ψυχαργός Α' Φάση), Πηγή Ε.Π.Ι.Ψ.Υ ΜΥΠΕΠ (Μάιος 2001).

Χριστοδούλου Γ.,Ν., Τομαράς Δ., Οικονόμου Π. (2005). «Από το Ψυχιατρείο στην Κοινότητα- το πρόγραμμα της Ψυχιατρικής Κλινικής για την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας», εκδόσεις Βήτα, medic alerts, Αθήνα.

B. ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

Αγγελίδης, Γ., Αζορίδου, Δ., Μπρισίμη, Γ., Γκαϊτατζή, Χ., Ζέλα, Π., Τάτση, Σ., Τζούμα, Χ., Καπανίδης, Κ. (1993). «Ψυχιατρική φροντίδα σε προστατευόμενο χώρο διαβίωσης στην Κοινότητα: Εμπειρίες από τους πρώτους 18 μήνες λειτουργίας της Β' Ομάδας Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Αστικού Τύπου του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης», Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο44, σελ. 34-45.

Κανδύλης, Δ., Εσαγιάν, Γ., Leondri, L., Brun, P., Ιωακείμ, Λ., Φλωρά Α. (1993). «Σκέψεις γύρω από το έργο του μη ψυχιατρικού προσωπικού ενός μεταβατικού ξενώνα», Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο44, σελ. 24-33.

Μανιαδάκης, Ι.,Κ. (2003). «Αρχές Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης», Εγκέφαλος, Αθήνα.

Μάτσα, Κ. (2003). «Το εγχείρημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Το πολιτικό πλαίσιο», Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο83, σελ. 31-34, Αθήνα.

Παπαδάτος, Γ., Στογιαννίδου, Α. (1992). «Μονάδες κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές», Νο25, Εγκέφαλος, σελ. 52.

Ρότσικα, Β. (1986). «Ο Ρόλος του Ψυχολόγου στην Ομάδα Ψυχικής Υγείας», Εγκέφαλος,23, σελ. 317-318.

Σακελλαρόπουλος Π. (2003). «Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Εγχείρημα η αποασυλοποίηση», Αθήνα, Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος76, σελ. 67-68.

Σικελιανού Δ., Μαυρέας Β. (2006). «Μία συγκριτική μελέτη για την ποιότητα παροχής ψυχιατρικής περίθαλψης των μελών μιας θεραπευτικής ομάδας σε δύο ανεξάρτητες ψυχιατρικές δομές: Κέντρο Ημέρας και Ξενώνας χρόνιων ψυχικά ασθενών», Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο94, Αθήνα, σελ. 81-86.

Σικελιανού Δ., Μαυρέας Β. (2009). «Παράγοντες οργάνωσης του θεραπευτικού περιβάλλοντος ξενώνων αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών», Κοινωνική Εργασία, Νο96, Αθήνα, σελ. 199-202, 205.

Στυλιανίδης Σ., Ιακωβίδης Α., Μπίκος Κ., Κλήμης Ε. (2004). «Τοπική ανάπτυξη και ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Προϋποθέσεις για τη συγκρότηση ενός νέου παραδείγματος συνεργασίας», Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο89, σελ. 59-63.

Χατζηιωαννίδης Ι. (2003). «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και οι νέες δομές ψυχιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα», Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο85, σελ. 90-91, Αθήνα.

Γ. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΑ ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΑ ΒΙΒΛΙΑ

Anderson, D. (2003). «Βασικοί κανόνες λειτουργίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας». Στο βιβλίο «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη», επιμέλεια Δ. Δαμίγος, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2003.

Hochmann, J. (2003). «Ο ψυχονοητικός θεσμός: Ο πόλος της θεωρίας για την ψυχική φροντίδα στα πλαίσια της αποϊδρυματοποίησης». Στο βιβλίο «Η αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη», επιμέλεια Δ. Δαμίγος, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2003.

Cohen, L. & Manion, L. (2000). «Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας», Εκδόσεις Μεταίχμιο, Αθήνα.

Searles, H.(2003). «Η προσπάθεια να τρελάνεις τον άλλο». Στο βιβλίο «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη», εκδόσεις Παπαζήση, επιμέλεια Δ. Δαμίγος, Αθήνα 2003.

Δ. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΑ ΒΙΒΛΙΑ

Anderson., Arsenault, N. (1998). «Fundamentals of Educational Research», 2nd edition, Falmer press, London.

Crosby, C., Barry, M.(1995). «Community care: evaluation of the provision of mental health services», Avebury Press, Aldershot.

Del Aqua, (1991), «Without mental hospital. The criteria for deinstitutionalization: the Trieste experiment», World Health Organization Conference, Amsterdam.

Freeman, H., E., Simmons, O., G. (1963). «The mental patient comes home», J.Wiley & Sons, New York.

Goffman, E. (1981). «Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates», Anchor Books, New York.

- Hinshelwood, R., D. (1998), «Creatures of each other», Routledge, London.
- Holloway, F. & Lavender, A. (1988). «Conclusion: community care in practice», J.Wiley & Sons, New York.
- House, R., J. (1976). «Theory of charismatic leadership», Southern Illinois University Press, Carbondale.
- Lamb, H., R. (1982). «Treating the long-term mentally ill», Jossey-Bass, San Francisco.
- Lavender, A. (1985). «Quality of care and staff practices in long-stay settings», J. Wiley, England.
- Liberman, R., P. (1988). «Coping with chronic mental disorders: A framework of hope In Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients», edited by R.P. Liberman, WashingtonD.C., American Psychiatric press.
- Liberman, R., P. (1988). «Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients», American Psychiatric Press, Washington D.C.
- Minkoff, K. (1987). «Resistance of mental health professionals to working with people with serious mental illness», New Directions for Mental Health Services. Jossey-Bass.
- Moos, R., H. (1988). «Community oriented programs environment scale: Manual», Consulting Psychologists, Press Inc.
- Nelson, G., MacGillivray, H. & Prilleltensky, J. (1998). «Partnerships for solidarity with disadvantaged people: values, stakeholders, contexts, processes and outcomes», wilfrid laurier university, leisurability publications.

Otto, S. & Orford, J. (1978). «Not quite like home-small hostels for alcoholics and others», J.Wiley & Sons, Chichester.

Raynes, N., Pratt, M. & Roses, S. (1979). «Organizational structure and the care of the mentally handicapped», Groom Helm, London.

Rotelli, F. (1994). «Per la normalità. Taccuine di uno psichiatra», Trieste, edizioni E'.

Searles, H. (1975). «Tactics and Techniques in Psychoanalytic Psychotherapy», Jason Aronson, N.Y.

Sinclair, I. & Snow, D. (1971). «After-care hostels receiving a home office grant», Home office Research Studies no9, London, H.M.S.O.

Van Audenhove, Ch. & Van Humbeek, G. (2003). «Expressed emotion in professional relationships», Open Psychiatry 16,p.p 431-435, Williams & Wilkins, Lipincott.

W.H.O. – W.A.P.R. (1996). «Psychosocial rehabilitation, a consensus statement», W.H.O., Geneva.

Watts, F., N. & Bennett, D., H. (1978). «Support and rehabilitation: theory and practice of psychiatric rehabilitation», J. J.Wiley & Sons, Ltd.

World Health Organization, (1979). «Psychogeriatric care in the community», Regional Office for Europe, Copenhagen.

Ε. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

Ball, R., A., Moore, E., Kuipers, L. (1992). «Expressed emotion in community care staff: a comparison of patient outcome in a nine month follow-up of two hostels», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 27, σελ. 35-39.

Ball, R., A., Moore, E., Kuipers, L. (1992). «Staff-patient relationships in the care of the long-term adult mentally ill», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 27, σελ. 28-34.

Barrowclough, C., Haddock, G., Lowens, I., Connor, A., Tracey, N.(2002). «Staff expressed emotion and casual attributions for client problems on a low security unit: an exploratory study», *Schizophrenia Bulletin* 27, σελ. 517-526.

Benham, P. (1988). «Attitudes of occupational therapy personnel toward persons with disabilities», *American Journal of Occupational Therapy* 42, σελ. 305-311.

Constantine, V., Nelson G. (1995). «Changing relationships between self-help groups and mental health professionals: shifting ideology and power», *Canadian Journal of Community Mental Health* 14, σελ. 55-70.

Corrigan, P., W., Watson, A., C. (2002). «Understanding the impact of stigma on people with mental illness», *World Psychiatry*, σελ. 16-20.

Curtis, L., C., Hodge, M. (1994). «Old standards, New dilemmas: ethics and boundaries in community support services», *Psychosocial Rehabilitation Journal* 18, σελ. 13-33.

Davidson, M. (2002). «What else can we do to combat stigma? », *World Psychiatry*, σελ. 1.

Dixon, L., B., Lehman, A., F. (1995). «Family interventions for Schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, 21, σελ. 631-633.

Gamble C., Midence, K., Leff J. (1994). «The effect of family work training on mental health nurses' attitude to and knowledge of Schizophrenia: a replication», *Journal Advanced Nursing* 19, σελ. 893-896.

Garety, P., A., Morris, I. (1984). «A new unit for long-stay psychiatric patients: Organization attitudes and quality of care», *Psychological Medicine* 14, σελ. 183-192.

Gray, A.,J. (2002). «Stigma and Psychiatry», *J. R. Soc. Med*, σελ. 72-76.

Hall, G., B. & Nelson, G. (1996). «Social networks, social support, personal environment and the adaptation of psychiatric consumers/survivors: Path analytic models», *Social Science and Medicine* 49, σελ. 1743-1754.

Hull, J., T. & Thompson, J., C. (1981). «Factors which contribute to normalization in residential facilities for the mentally ill», *Community Mental Health Journal* 9, σελ. 247-268.

Lam, D., H., Kuipers, L. & Leff, J. (1993). «Family work with patients suffering from Schizophrenia: the impact of training on psychiatric nurses' attitude and knowledge», *Journal of Advanced Nursing* 18, σελ. 233-237.

Liberakis, E., A. (1978). *Complementary roles of psychiatrist, nurse and social worker in mental health care delivery. Issues in mental health, Athens, centre for mental health.*

Linehan, M., Armstrong, H., Smarez, A., Allmon, D. & Heard, H. (1991). «Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients», *Archives of General Psychiatry* 48, σελ. 1060-1064.

Link, B., F., Struening, E., L., Rahav, M., Phelan, J., C., Nuttbrock, L. (1997). «On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men

with diagnosis of mental illness and substance abuse», *Journal of Health and Social Behavior* 38, σελ. 177-190.

McCarthy, J. & Nelson, G. (1991). «An evaluation of supportive housing for current and former psychiatric patients», *Hospital and Community Psychiatry*, σελ. 1254-1256.

Minkoff, K. & Stern, R. (1985). «Paradoxes faced by residents being trained in the psychosocial treatment of people with chronic Schizophrenia», *Hospital and Community Psychiatry* 36, σελ. 859-864.

Mirabi, M. (1985). «Professional attitudes toward the chronic mentally ill», *Hospital and Community Psychiatry* 36, σελ. 404-405.

Moore, E. & Kuipers, L. (1995). «Expressed emotion and staff-client relationships. Implications for community care of the severely mentally ill», *International Journal of Mental Health* 27, σελ. 13-26.

Moore, E. & Kuipers, L. (1999). «The measurement of expressed emotion in relationships between staff and service users. The use of short speech samples», *British Journal of Clinical Psychology* 27, σελ. 345-356.

Moorhead, M. (1993). «Speaking out: why pick up the racquet. Notes from the hospital», *Psychosocial Rehabilitation Journal*.

Moos, R. & Schwartz, J. (1972). «Treatment environment and treatment outcome», *Journal of Nervous and Mental Disease* 154, σελ. 264-275.

Oliver, N. & Kuipers, L. (1996). «Stress and its relationship to expressed emotion in community mental health workers», *International Journal of Social Psychiatry* 42, σελ. 150-159.

Parrish, J. (1988). «The long journey home: accomplishing the mission of the community support movement», *Psychosocial Rehabilitation Journal* 12, pp 107-124.

Piat, M., Wallage, T., Wohl, S., Minc, R. & Hatton, L. (2002). «Developing housing for persons with severe mental illness: an innovative community foster home», *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* 7, σελ. 43-51.

Pines, A. & Maslach, C. (1978). «Characteristics of staff burnout in mental health settings», *Hospital and Community Psychiatry* 29, σελ. 233-237.

Sartorius, N. (2002). «Iatrogenic Stigma of Mental illness», *B.M.J.*, σελ. 324.

Shepherd, G. & Richardson, A. (1979). «Organization and interaction in psychiatric day centers», *Psychological Medicine* 9, σελ. 573-579.

Shepherd, G., Muijen, M., Dean, R. & Cooney, M. (1996). «Residential care in hospital and in the community-quality of care and quality of life», *British Journal of Psychiatry* 168, σελ. 448-456.

Tattan, T. & Tarrier, N. (2000). «The expressed emotion of case managers of the seriously mentally ill: the influence of expressed emotion on clinical outcomes», *Psychological Medicine* 30, σελ. 195-204.

Van Humbeek, G., Van Audenhove, Ch. & Pieters, G. (2002). «Expressed emotion in the client-professional caregiver dyad: are symptoms coping strategies and personality related? », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37, σελ. 364-371.

Van Humbeek, G., Van Audenhove, Ch., Pieters, G., De Hert, M. & Storms, G. (2001). «Expressed emotion in staff-patient relationships: the professionals' and residents' perspective», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 36, σελ. 486-492.

Walter, G. (1998). «The attitude of health professionals towards carers and individuals with mental illness», *Australasian Psychiatry* 6, σελ. 70-72.

Watson, D., Dally & Zimmerman, A. (1980). «Staff attitudes and treatment effectiveness», *Journal of Clinical Psychology*.

Wearden, A., J., Tarrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T., R. & Rahill, A. (2000). «A review of expressed emotion research care», *Clinical Psychological Review* 20, σελ. 633-666.

ΣΤ. ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

WHO, (2000). «Resource for general physicians», άρθρο στο www.who.int/en/.

Κουτσανέλλου, Δ. & Γαλιανού, Σ. (2010). «Δρομοκαΐτειο: επιστροφή στο 19^ο αιώνα», Άρθρο στο: www.psypiorosi.gr, σελ. 2-4, 6-10, προσπελάστηκε 07/2011.

«Επιχειρησιακό Σχέδιο Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Κέρκυρας 2005-2009», (επικαιρομένη έκδοση) τόπος Ε.Π.Ε., Κέρκυρα 2004, www.psynk.oudsl.gr, σελ. 1-4, προσπελάστηκε 07/2011.

Τριανταφυλλίδης, Χ. (2010). «Εξωνοσοκομειακές Δομές/ Δρομοκαΐτειο», www.dromokaiteio.gr, σελ. 1-4, προσπελάστηκε 12/2010.

Κυζιρίδης, Θ., Χ. (2003). «Η Ιατρική Σήμερα. Στίγμα και Ψυχική Νόσος», Άρθρο στο: www.isth.gr, σελ. 23-26, προσπελάστηκε 01/2011.

Kyziridis, T., C. (2003). «Time for change», *BMJ*, Άρθρο στο: www.isth.gr, σελ. 23- 26, προσπελάστηκε 01/2011.

Γιαννάτος, Δ., (2011), «Ψυχική Υγεία- Απεξάρτηση: Η Αρχή του Τέλους!», άρθρο στο περιοδικό Ρήξη, φ. 79, www.ardin-rixi.gr/archives/2318, προσπελάστηκε 10/03/2012.

«Προτάσεις Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την σύνταξη των κατευθύνσεων Εθνικής Στρατηγικής Ανάπτυξης 2007-2013», www.yyka.gov.gr, προσπελάστηκε 5/03/2012.

«Ψυχαργώς Γ' (2010-2020): Σχέδιο Αναθεώρησης του Προγράμματος Ψυχαργώς»,(2011), www.yyka.gov.gr, προσπελάστηκε 3/03/2012.

«Σχεδόν οι μισοί Ευρωπαίοι πάσχουν από ψυχικές παθήσεις», άρθρο στο: www.cosmo.gr/body-and-mind/soma/psychologia/, (2011), προσπελάστηκε 10/03/2012.

«Με ψυχικές παθήσεις εκατομμύρια ευρωπαίοι», (2011), άρθρο στο: www.news247.gr/health/ygeia/, προσπελάστηκε 10/03/2012.

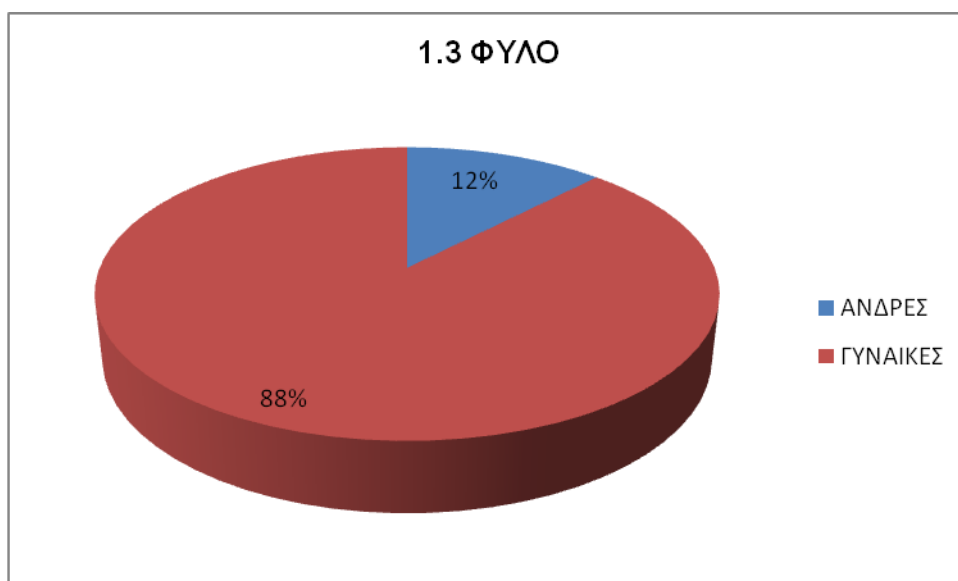
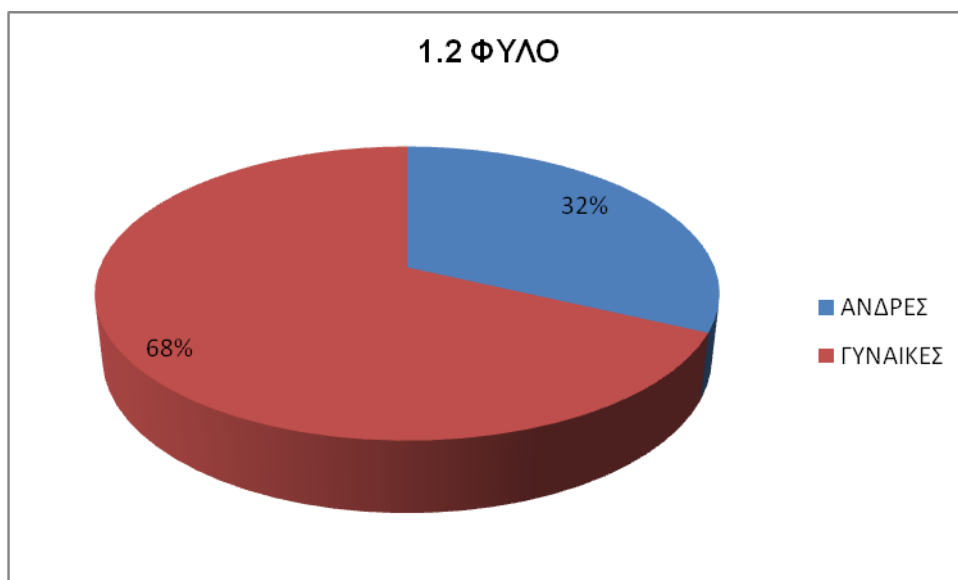
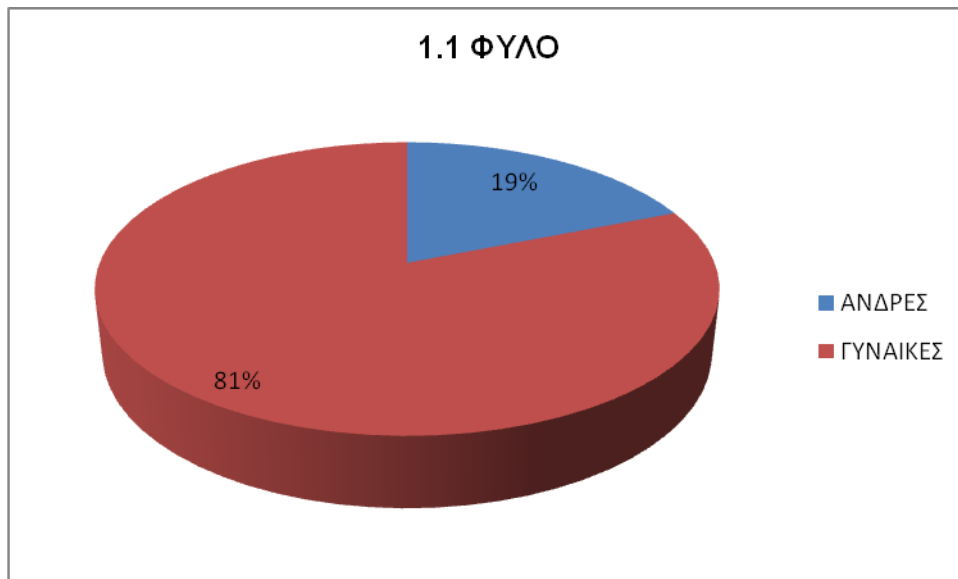
«Σχεδόν το 40% των ευρωπαίων υποφέρουν από ψυχικές παθήσεις», (2011), άρθρο στο: www.iatrikostypos.com, προσπελάστηκε 10/03/2012.

«Επιχειρησιακό πρόγραμμα Υγεία – Πρόνοια 2000-2006», (2005), www.ygeia-pronoia.gr, προσπελάστηκε 10/03/2012.

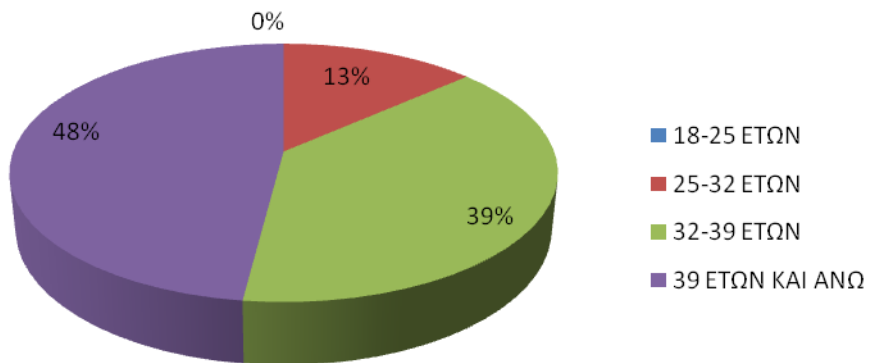
Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, (2005), «Πράσινο Βιβλίο: Βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού προς μια στρατηγική σχετικά με τη ψυχική υγεία για την Ευρωπαϊκή Ένωση», www.ec.europa.eu, προσπελάστηκε 10/03/2012.

«Τα προβλήματα ψυχικής υγείας (Διαταραχές), μπορούν να επηρεάσουν οποιονδήποτε», δημοσίευση στο: www.yesanswer.de/med/el/5069.html, προσπελάστηκε 10/03,2012.

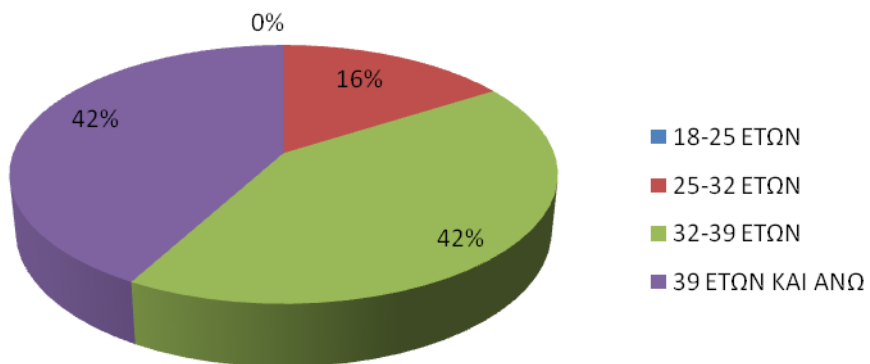
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ



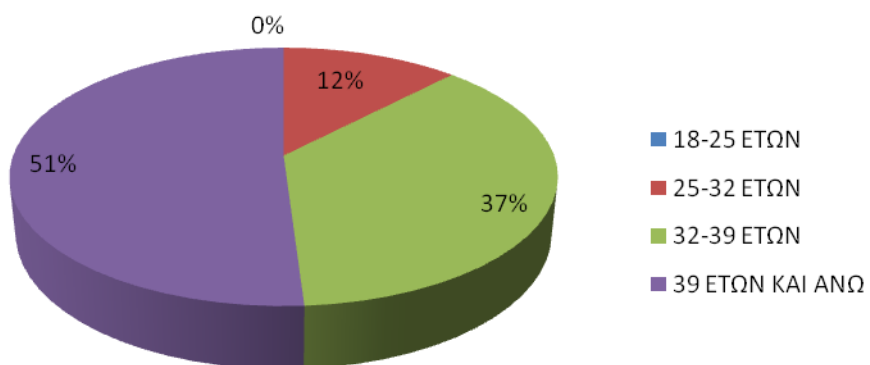
2.1 ΗΛΙΚΙΑ



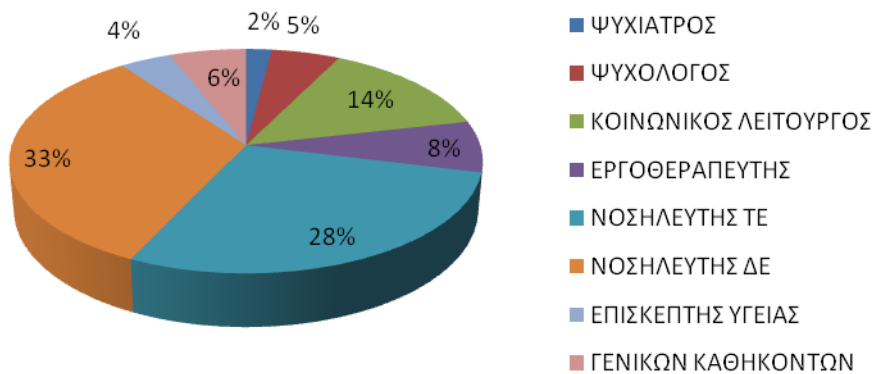
2.2 ΗΛΙΚΙΑ



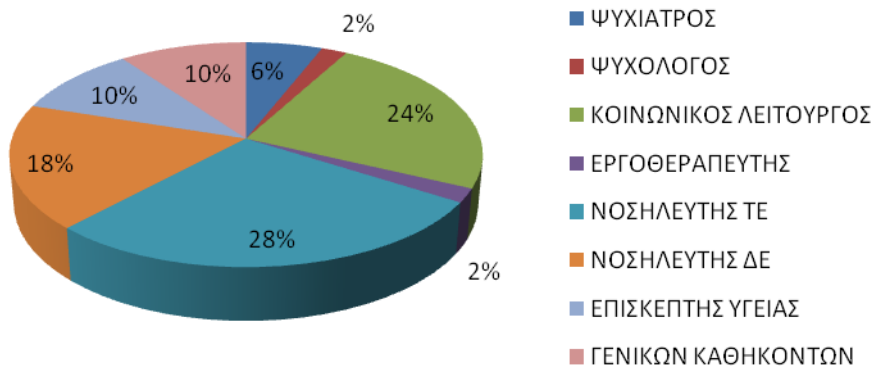
2.3 ΗΛΙΚΙΑ



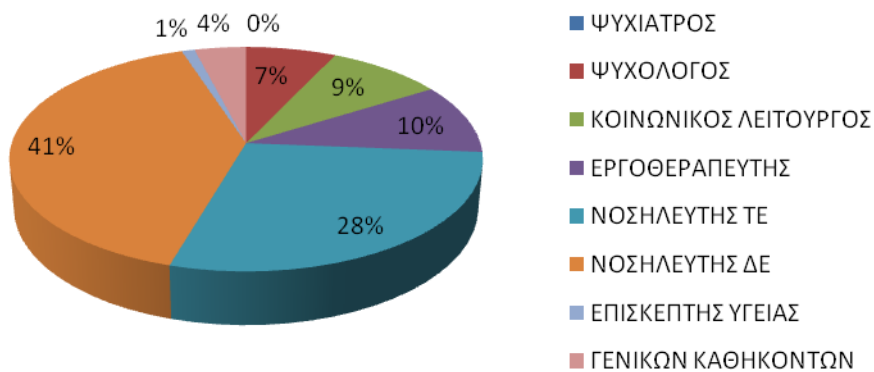
3.1 ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ



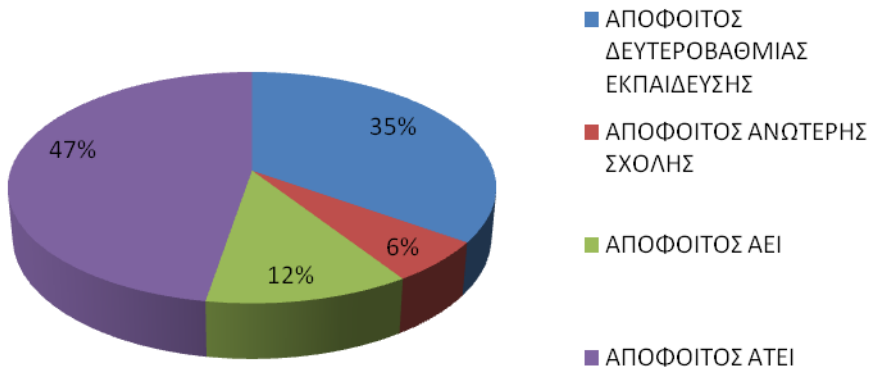
3.2 ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ



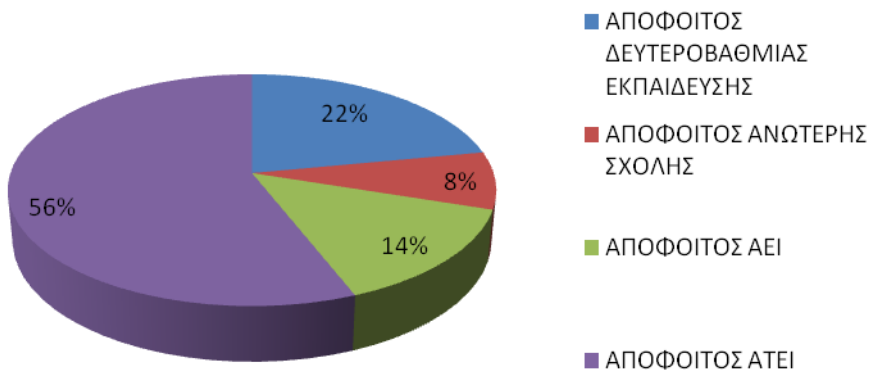
3.3 ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ



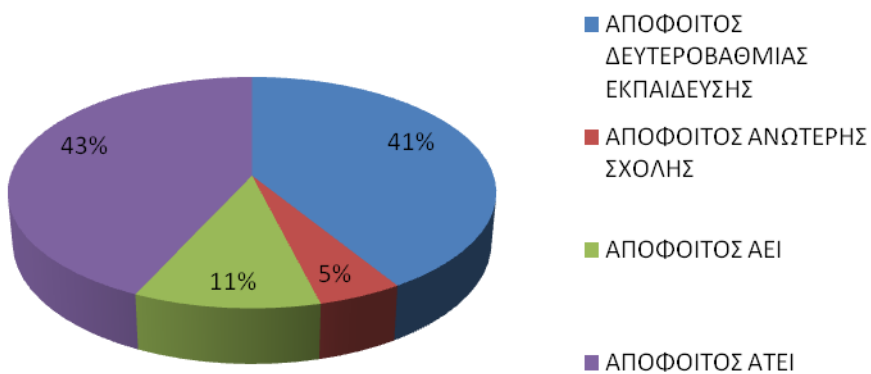
4.1 ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ



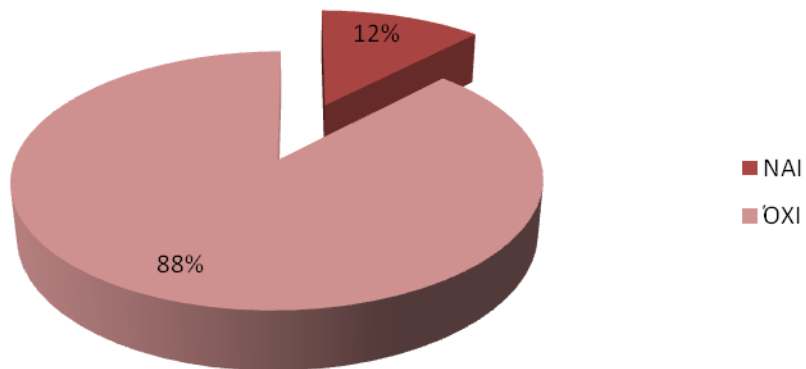
4.2 ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ



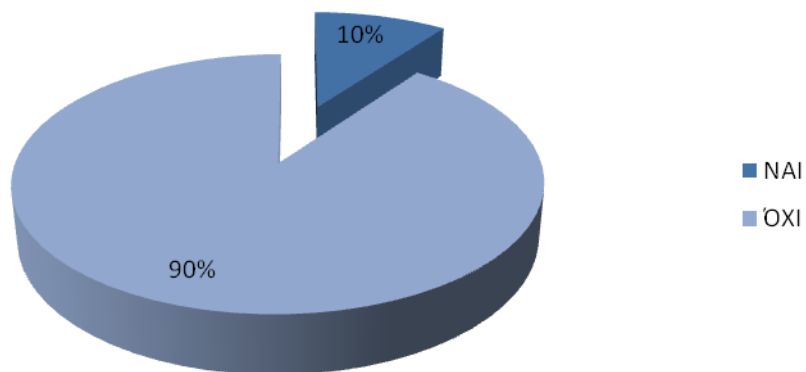
4.3 ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ



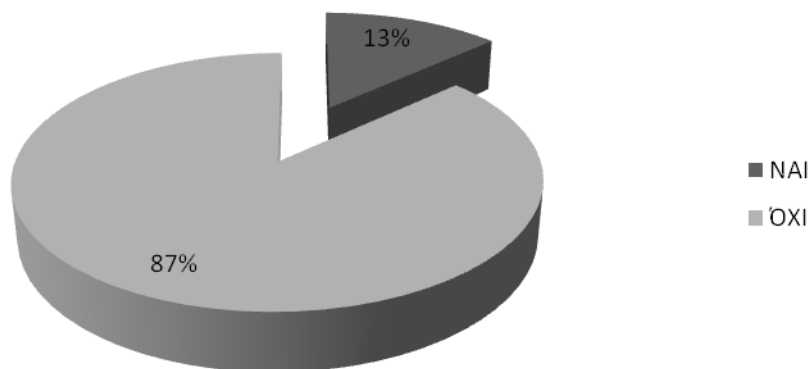
5.1 ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ



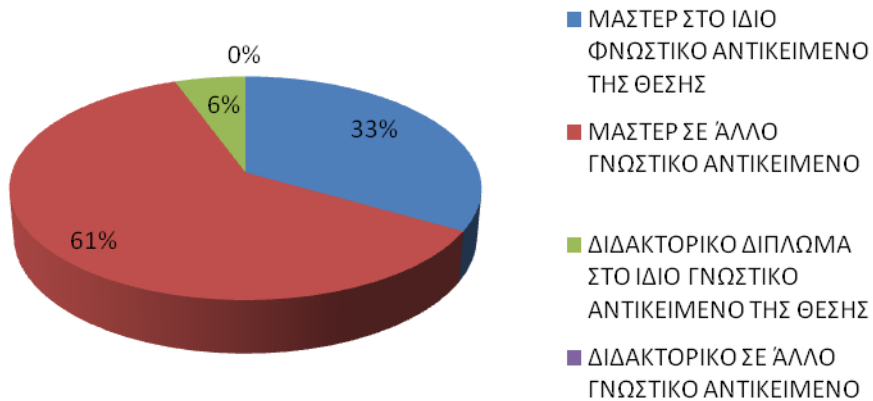
5.2 ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ



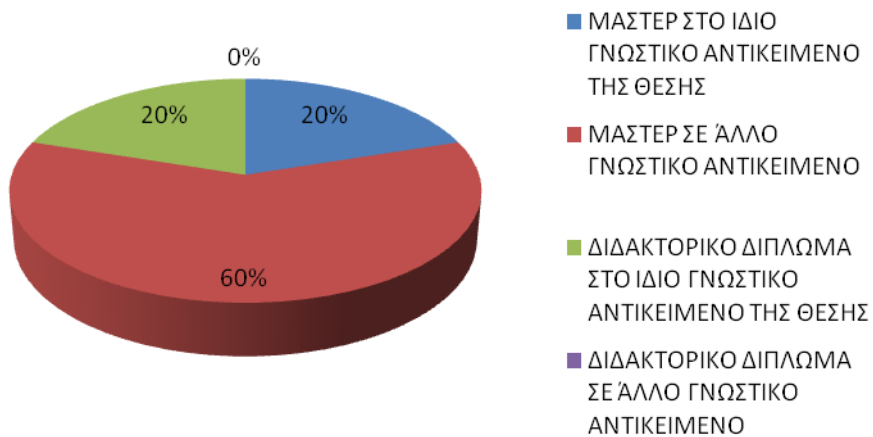
5.3 ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ



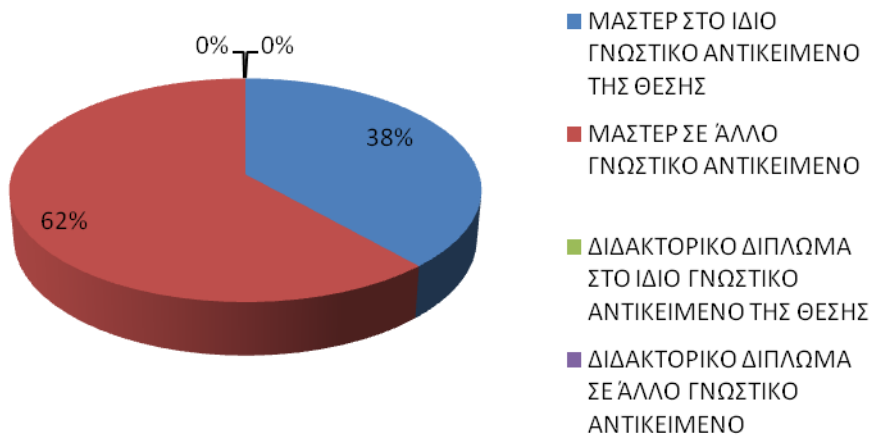
5Α.1 ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ



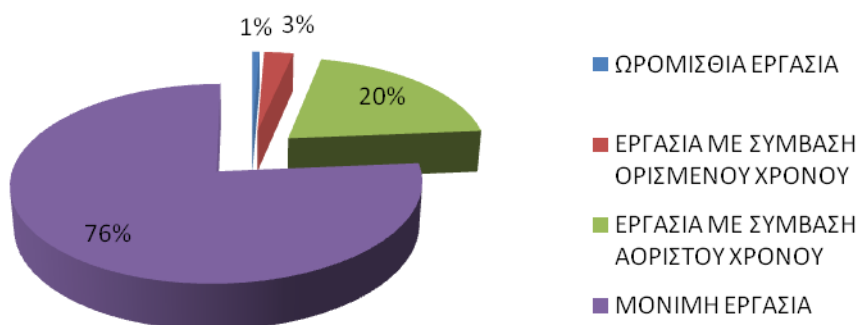
5Α.2 ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ



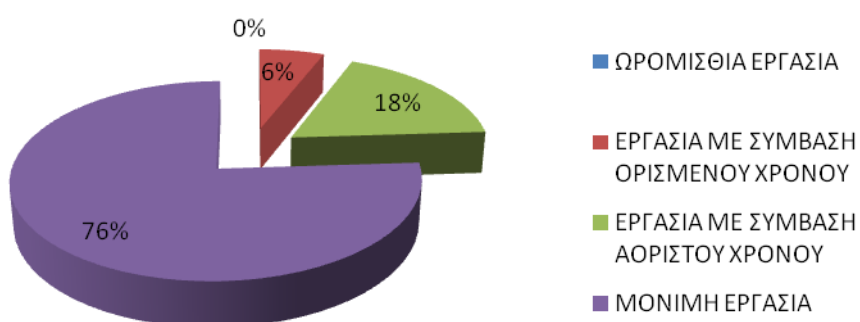
5Α.3 ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ



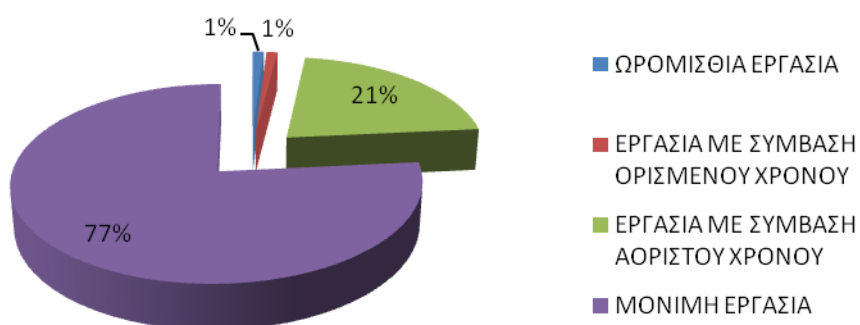
6.1 ΕΙΔΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



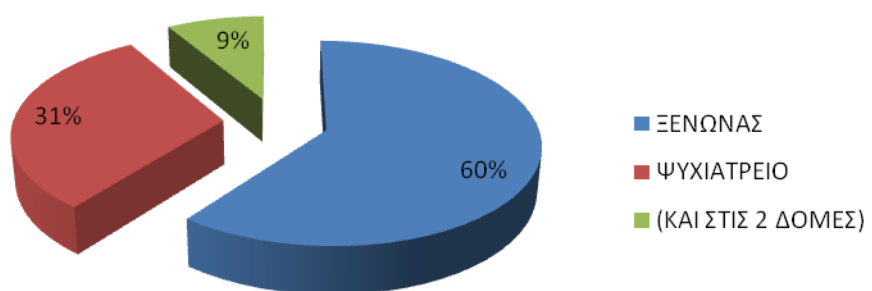
6.2 ΕΙΔΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



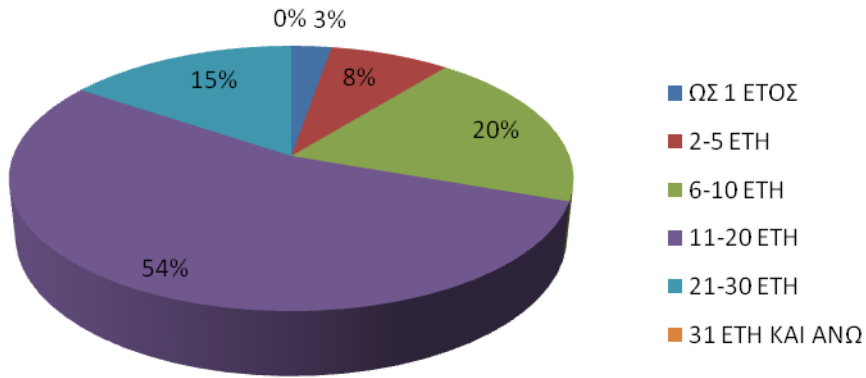
6.3 ΕΙΔΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



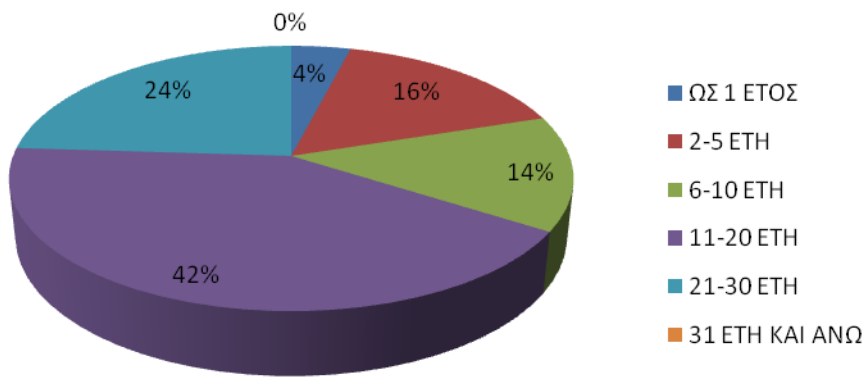
7. ΤΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



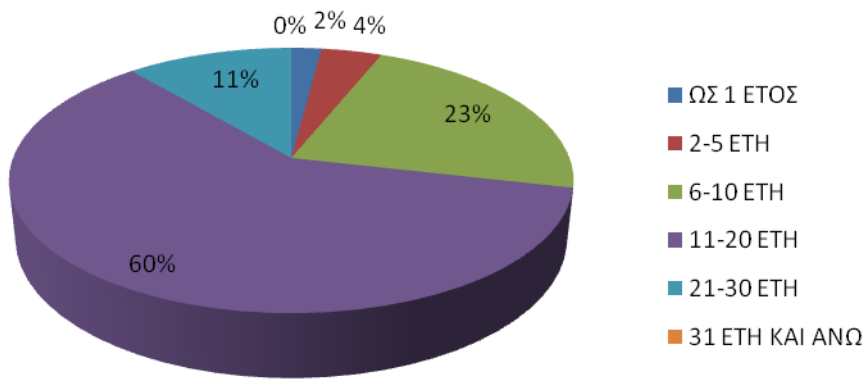
8.1 ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ



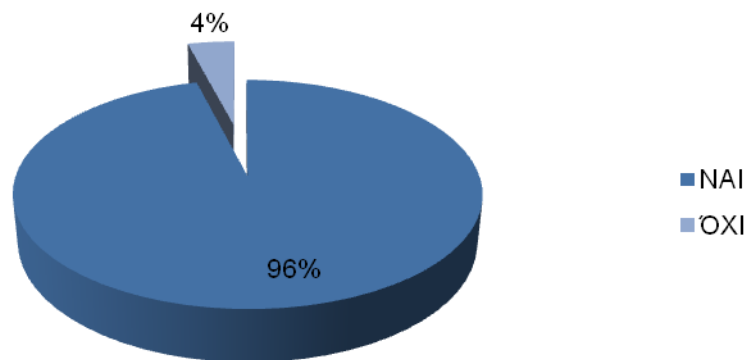
8.2 ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ



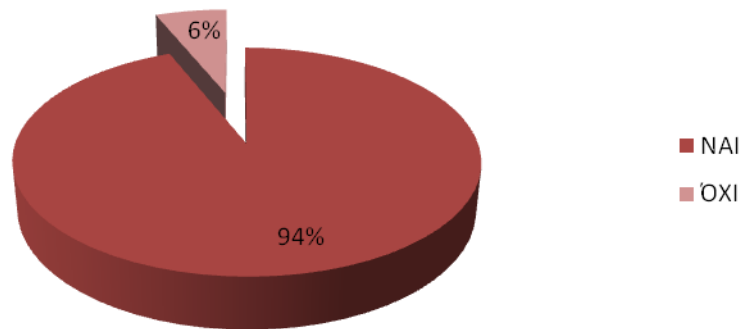
8.3 ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ



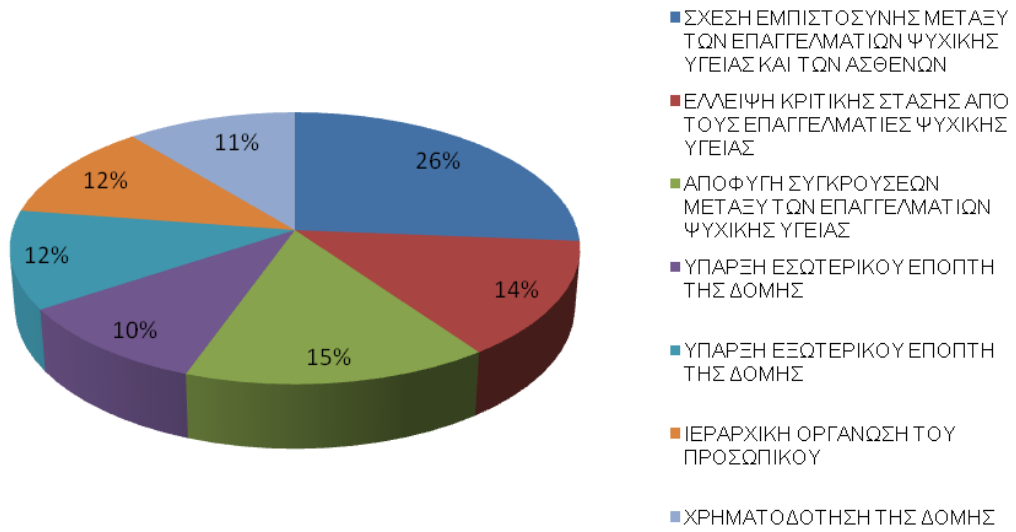
**9.1 ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΕΝΟΣ ΧΡΟΝΙΟΥ ΨΥΧΙΚΑ
ΑΣΘΕΝΗ**



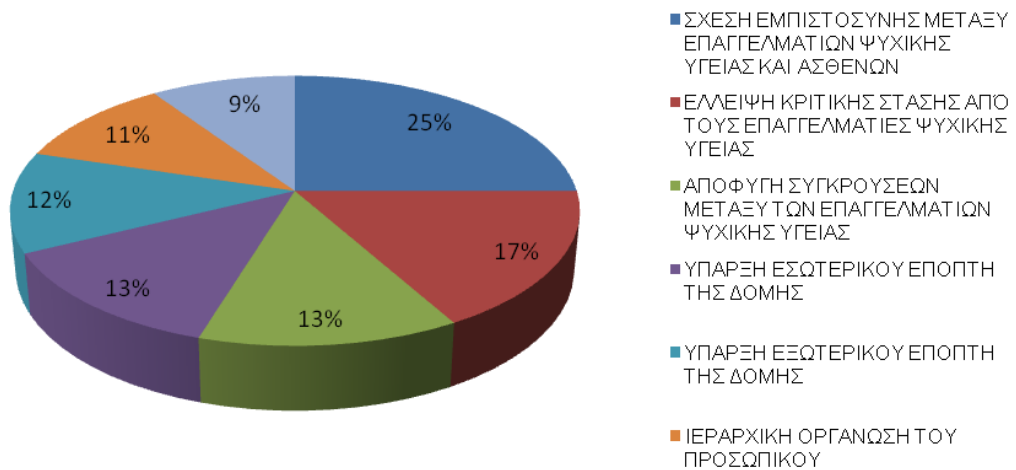
**9.2 ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΕΝΟΣ ΧΡΟΝΙΟΥ ΨΥΧΙΚΑ
ΑΣΘΕΝΗ**



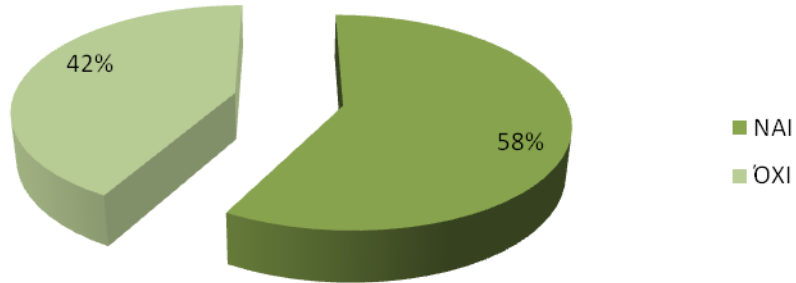
9Α.1 ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ



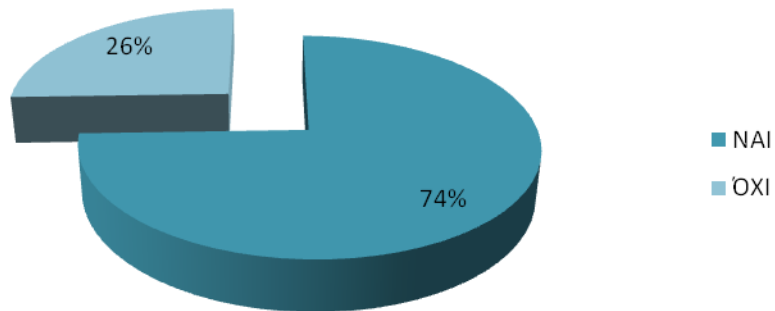
9Α.2 ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ



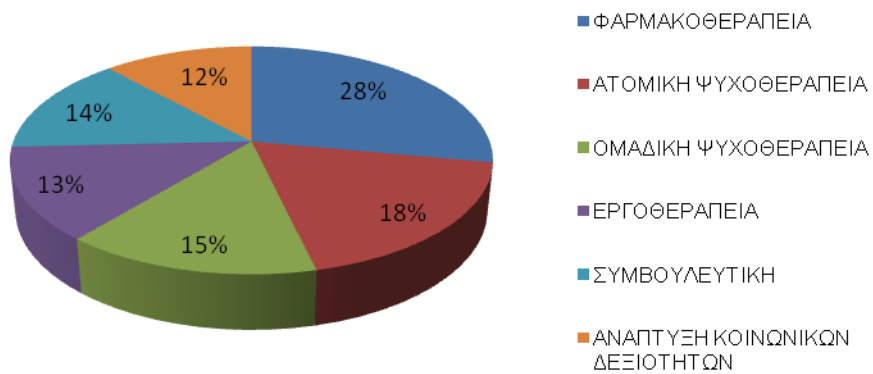
**10.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ
ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ
ΑΣΘΕΝΩΝ**



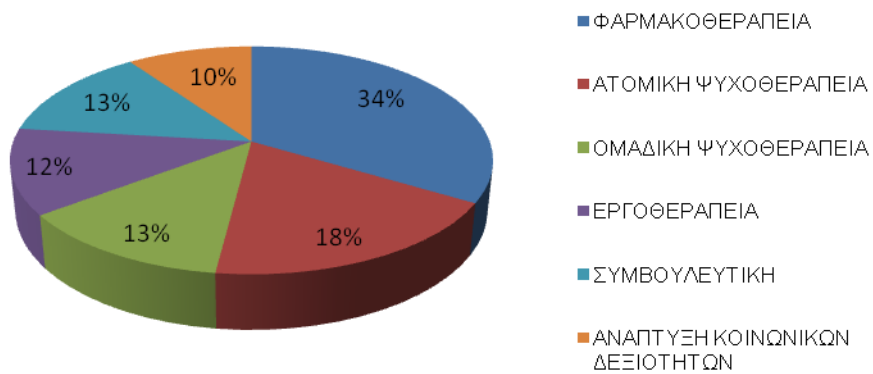
**10.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ
ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ
ΑΣΘΕΝΩΝ**



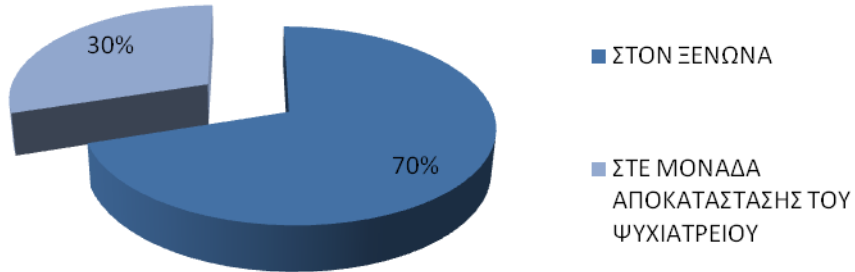
10.Α1 ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΑ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ



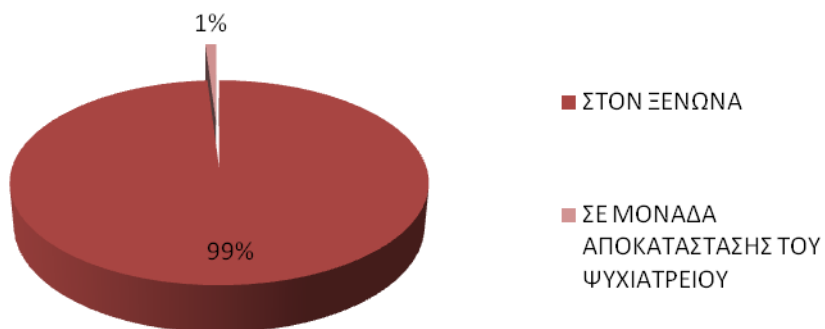
10Α.2 ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΑ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ



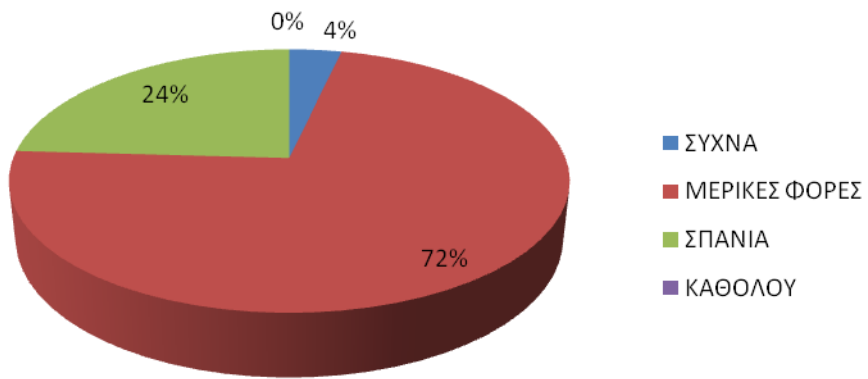
11.1 ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ



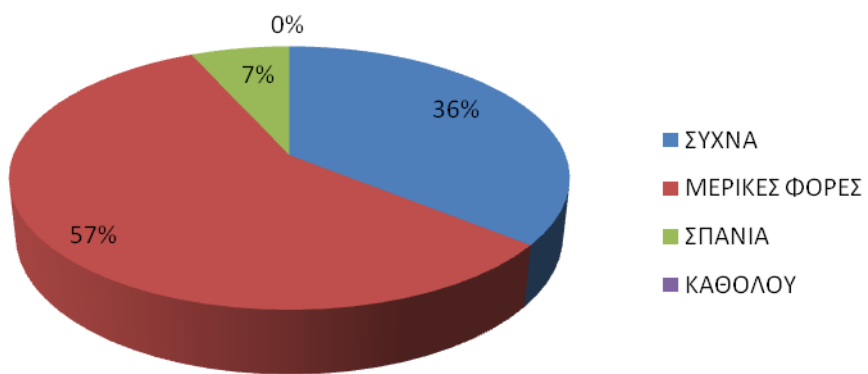
11.2 ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ



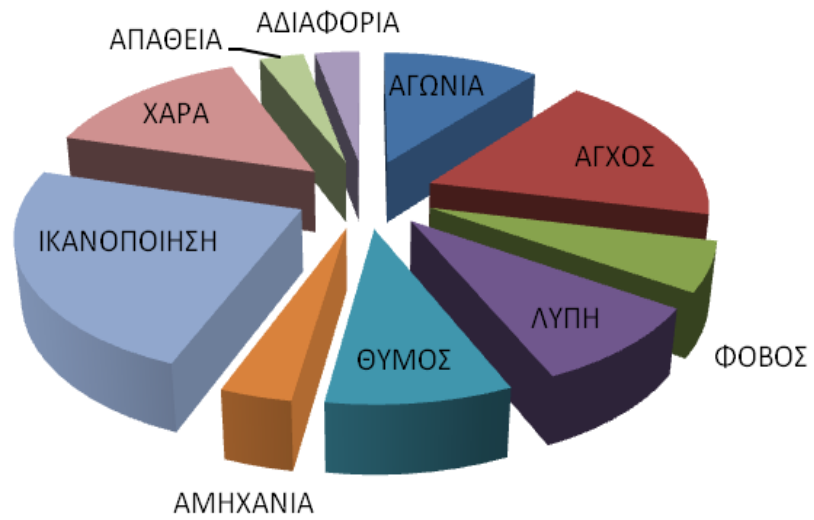
12. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟΝ ΞΕΝΩΝΑ



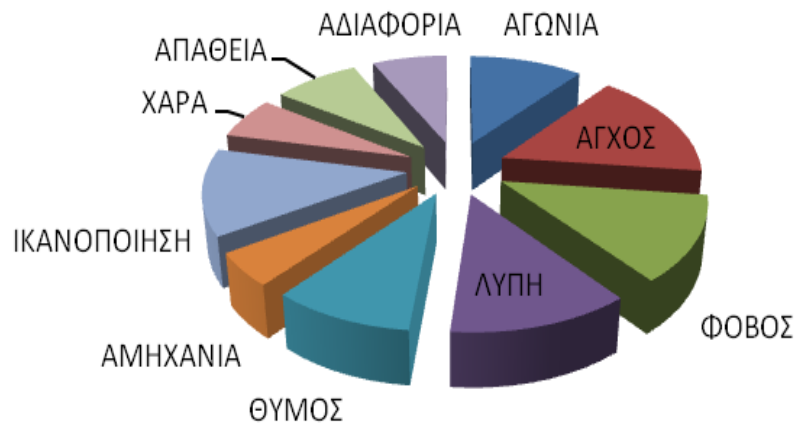
13. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ



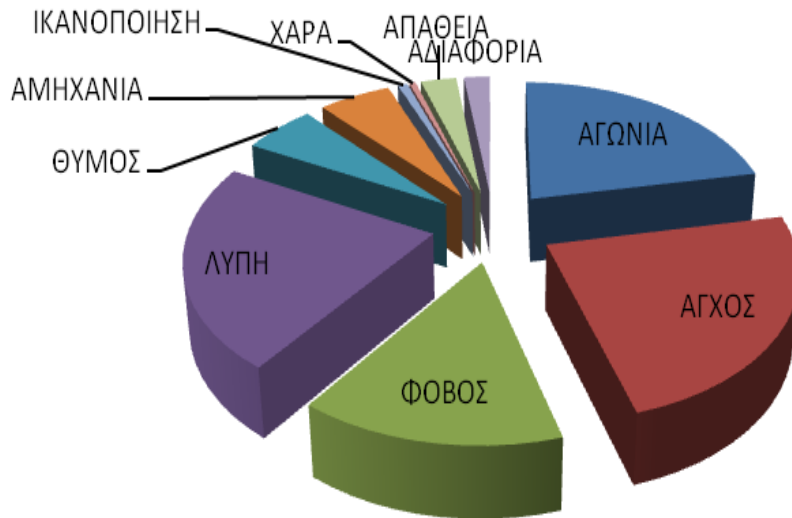
14. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΞΕΝΩΝΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ



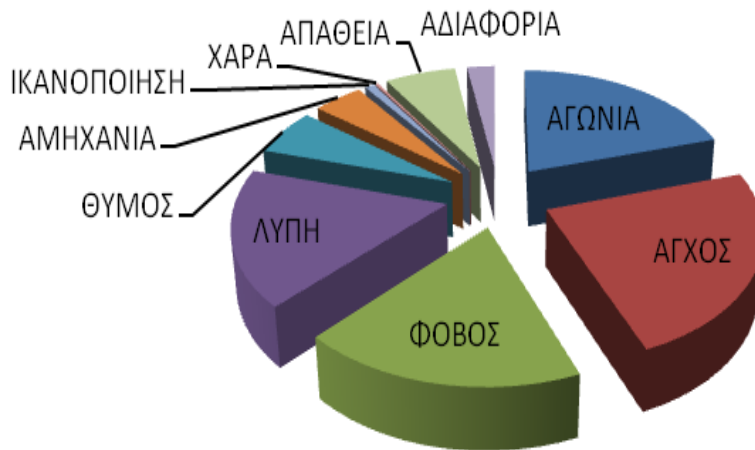
15. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ



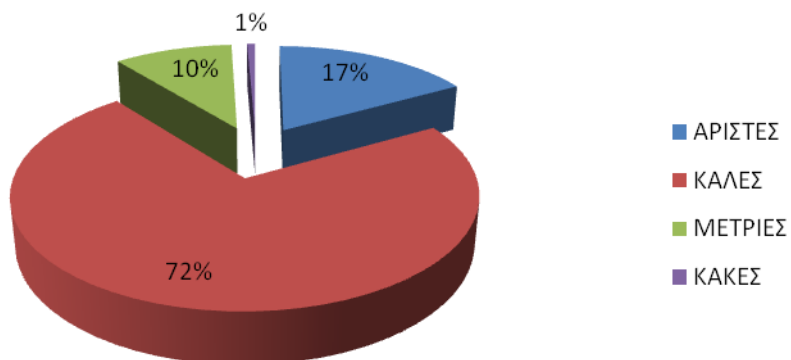
16. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΞΕΝΩΝΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΕΝΟΣ ΑΣΘΕΝΕΟΥΣ



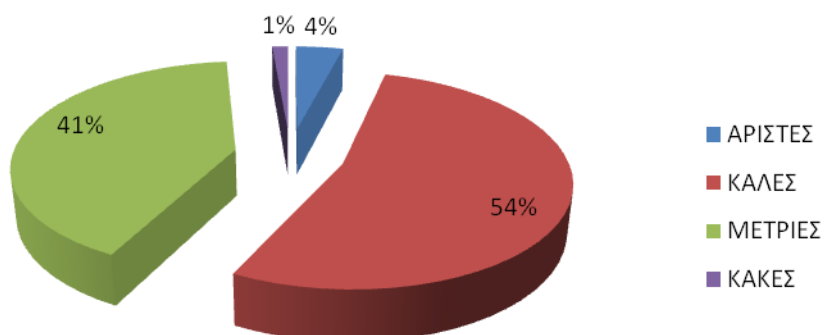
17. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΕΝΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ



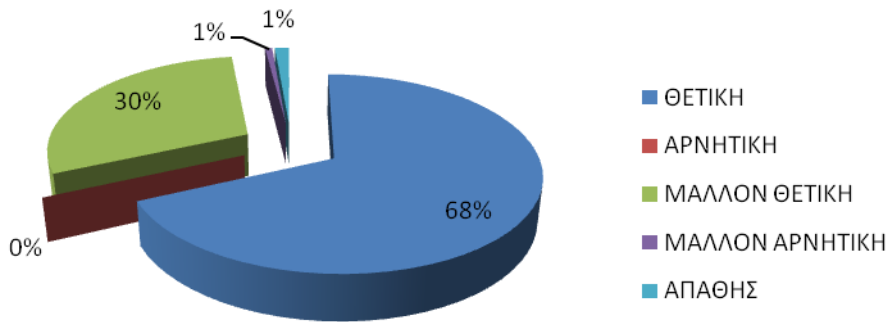
18. ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΞΕΝΩΝΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΨΡΟΝΙΟΥΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ



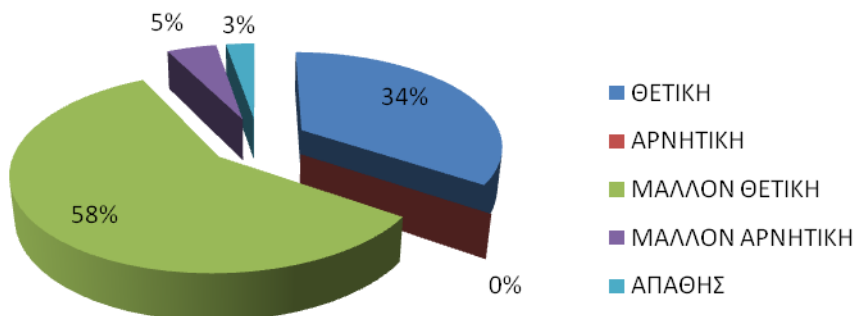
19. ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ ΜΕ ΤΟΥΣ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ



**22. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ
ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ
ΞΕΝΩΝΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΨΥΧΙΚΑ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ**



**23. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ
ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟ
ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΨΥΧΙΚΑ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ**



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Δήλωση Ενυπόγραφης Συναίνεσης

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος υπογράφοντας
το παρόν έντυπο δηλώνω ότι κατανοώ τη φύση της έρευνας και ότι συμφωνώ
να συμμετάσχω σε αυτή. Η συμμετοχή μου στη διεξαγωγή της έρευνας θα
είναι ανώνυμη και όλες οι πληροφορίες που θα δώσω θα παραμείνουν
εμπιστευτικές, σύμφωνα με τις δεοντολογικές αρχές της έρευνας.
Η συμμετοχή στην παρούσα έρευνα είναι εθελοντική και δεν θα υπάρξει καμία
αρνητική επίπτωση αν επιλέξω να μην συμμετάσχω.

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ
ΧΡΟΝΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ-ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΑ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΑ ΚΑΙ
ΣΤΟΥΣ ΞΕΝΩΝΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1) Φύλο

1. Άνδρας
2. Γυναίκα

2) Ηλικία:

1. 18-25 ετών
2. 25-32 ετών
3. 32-39 ετών
4. 39 και άνω

3) ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:

1. Ψυχίατρος
2. Ψυχολόγος
3. Κοινωνικός Λειτουργός
4. Εργοθεραπευτής
5. Νοσηλεύτης ΤΕ
6. Νοσηλεύτης ΔΕ
7. Επισκέπτης Υγείας
8. Γενικών Καθηκόντων

4) ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:

1. Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης
2. Απόφοιτος Ανώτερης Σχολής
3. Απόφοιτος ΑΕΙ
4. Απόφοιτος ΑΤΕΙ

5) ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ:

1. Ναι
2. Όχι

5a) ΑΝ ΝΑΙ, ΤΙ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ ΚΑΤΕΧΕΤΕ;

1. Μάστερ στο ίδιο γνωστικό αντικείμενο της θέσης
2. Μάστερ σε άλλο γνωστικό αντικείμενο
3. Διδακτορικό δίπλωμα στο ίδιο γνωστικό αντικείμενο της θέσης
4. Διδακτορικό δίπλωμα σε άλλο γνωστικό αντικείμενο

6) ΕΙΔΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

1. Ωρομίσθια Εργασία
2. Εργασία με Σύμβαση Ορισμένου Χρόνου
3. Εργασία με Σύμβαση Αορίστου Χρόνου
4. Μόνιμη Εργασία

7) ΤΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

1. Ξενώνας
2. Ψυχιατρείο

8) ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ:

1. Έως και 1 έτος
2. 2 – 5 έτη
3. 6 – 10 έτη
4. 11 – 20 έτη
5. 21 – 30 έτη
6. 31 και άνω

9) Πιστεύετε ότι ένας χρόνιος ψυχικά ασθενής έχει πιθανότητες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης;

1. Ναι
2. Όχι

9a) Αν Ναι, ιεραρχήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το 1-8 ποια / ποιες από τις παρακάτω προϋποθέσεις που πιστεύετε ότι συμβάλλουν στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του χρόνιου ψυχικά ασθενή: (π.χ. 1=πρώτη προτεραιότητα, 2=δεύτερη προτεραιότητα, 3=τρίτη προτεραιότητα κ.ο.κ.).

1. Η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και των ασθενών
2. Η έλλειψη κριτικής στάσης από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας
3. Η αποφυγή των συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας
4. Η ύπαρξη εσωτερικού επόπτη της δομής
5. Η ύπαρξη εξωτερικού επόπτη της δομής
6. Η ιεραρχική οργάνωση του προσωπικού
7. Η χρηματοδότηση της δομής

10) Θεωρείτε πως οι μέθοδοι που ακολουθούνται βοηθούν αποτελεσματικά στην αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών;

1. Ναι
2. Όχι

10a) Αν ναι, ιεραρχήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το 1-6 τις παρακάτω μεθόδους που συμβάλλουν αποτελεσματικά στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών; (1=πρώτη προτεραιότητα, 2=δεύτερη προτεραιότητα, 3=Τρίτη προτεραιότητα κ.ο.κ.)

1. Φαρμακοθεραπεία
2. Ατομική Ψυχοθεραπεία
3. Ομαδική Ψυχοθεραπεία
4. Εργοθεραπεία
5. Συμβουλευτική
6. Ανάπτυξη Κοινωνικών Δεξιοτήτων

11) Σε ποια από τις δυο (2) παρακάτω δομές πιστεύετε ότι επιτυγχάνεται καλύτερα η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών;

1. Στον Ξενώνα
2. Σε Μονάδα Αποκατάστασης του Ψυχιατρείου

11a) Αν πιστεύετε ότι είναι ο ξενώνας, ιεραρχήστε τους παρακάτω λόγους (π.χ. 1=πρώτη προτεραιότητα, 2=δεύτερη προτεραιότητα, 3=τρίτη προτεραιότητα κ.ο.κ.) που πιστεύετε ότι ο ξενώνας συμβάλλει καλύτερα στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών;

1. Γιατί δεν προκαλείται ιδρυματοποίηση των ασθενών
2. Γιατί είναι καλύτερες οι συνθήκες διαβίωσης των ασθενών

3. Γιατί ο ξενώνας είναι πιο κοντά στην κοινότητα

4. Γιατί το προσωπικό του ξενώνα είναι πιο κοντά στον χρόνιο ασθενή

11β) Αν πιστεύετε ότι είναι η μονάδα αποκατάστασης του ψυχιατρείου, ιεραρχήστε τους παρακάτω λόγους από το 1 έως 4 (π.χ. 1=πρώτη προτεραιότητα, 2=δεύτερη προτεραιότητα, 3=τρίτη προτεραιότητα κ.ο.κ.) που πιστεύετε ότι ο ξενώνας συμβάλλει καλύτερα στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών;

1. Γιατί είναι καλύτερες οι συνθήκες διαβίωσης των ασθενών

2. Γιατί το προσωπικό του ψυχιατρείου είναι περισσότερο σε αριθμό από τον ξενώνα

3. Γιατί το προσωπικό του ψυχιατρείου είναι πιο κοντά στον χρόνιο ασθενή

4. Γιατί το προσωπικό του ψυχιατρείου έχει μεγάλη εργασιακή εμπειρία

12) Κατά την άποψη σας πιστεύετε ότι στον ξενώνα αποκατάστασης, οι χρόνιοι ψυχικά ασθενείς υποτροπιάζουν:

1. Συχνά

2. Μερικές Φορές

3. Σπάνια

4. Καθόλου

13) Κατά την άποψη σας πιστεύετε ότι στο Ψυχιατρείο, οι χρόνιοι ψυχικά ασθενείς υποτροπιάζουν:

1. Συχνά

2. Μερικές Φορές

3. Σπάνια
4. Καθόλου

14) Κατά τη γνώμη σας, ποιο ή ποια από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι αισθάνονται οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στον Ξενώνα, για τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς;

1. Αγωνία
2. Άγχος
3. Φόβο
4. Λύπη
5. Θυμό
6. Αμηχανία
7. Ικανοποίηση
8. Χαρά
9. Απάθεια
10. Αδιαφορία

15) Κατά τη γνώμη σας, ποιο ή ποια από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι αισθάνονται οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στο Ψυχιατρείο, για τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς;

1. Αγωνία
2. Άγχος
3. Φόβο
4. Λύπη
5. Θυμό
6. Αμηχανία
7. Ικανοποίηση

8. Χαρά
9. Απάθεια
10. Αδιαφορία

16) Κατά τη γνώμη σας, ποιο ή ποια από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι αισθάνονται οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στον Ξενώνα, όταν υποτροπιάζει ένας ασθενής;

1. Αγωνία
2. Άγχος
3. Φόβο
4. Λύπη
5. Θυμό
6. Αμηχανία
7. Ικανοποίηση
8. Χαρά
9. Απάθεια
10. Αδιαφορία

17) Κατά τη γνώμη σας, Ποιο ή ποια από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι αισθάνονται οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στο Ψυχιατρείο, όταν υποτροπιάζει ένας ασθενής;

1. Αγωνία
2. Άγχος
3. Φόβο
4. Λύπη
5. Θυμό

- 6. Αμηχανία
- 7. Ικανοποίηση
- 8. Χαρά
- 9. Απάθεια
- 10. Αδιαφορία

18) Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στον ξενώνα με τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς;

- 1. Άριστες
- 2. Καλές
- 3. Μέτριες
- 4. Κακές

19) Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στο ψυχιατρείο με τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς;

- 1. Άριστες
- 2. Καλές
- 3. Μέτριες
- 4. Κακές

20) Σημειώστε με Χ στο αντίστοιχο κουτάκι το είδος των σχέσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στον ξενώνα με τους ασθενείς, ανά ειδικότητα.

ΣΧΕΣ ΕΙΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ							
	Ψυχία προς	Ψυχολ όγος	Κοινων ικός Λειτουργός	Εργοθερα πευτής	Νοσηλε υτής ΤΕ	Νοσηλε υτής ΔΕ	Επισκέ πτης Υγείας	Γενικών Καθηκό ντων

Άριστ ες								
Καλέ ς								
Μέτρι ες								
Κακέ ς								

21) Σημειώστε με Χ στο αντίστοιχο κουτάκι το είδος των σχέσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στο Ψυχιατρείο με τους ασθενείς, ανά ειδικότητα.

Σχέσ εις	Ειδικότητες							
	Ψυχία τρος	Ψυχολ όγος	Κοινων ικός Λειτουργός	Εργοθερα πευτής	Νοσηλε υτής ΤΕ	Νοσηλε υτής ΔΕ	Επισκέ πτης Υγείας	Γενικών Καθηκό ντων
Άρισ τες								
Καλέ ς								
Μέτρ ιες								
Κακέ ς								

22) Πως θα χαρακτηρίζατε τη συμπεριφορά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στον ξενώνα με τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς;

1. Θετική

- 2. Αρνητική
- 3. Μάλλον Θετική
- 4. Μάλλον Αρνητική
- 5. Απαθής

23) Πως θα χαρακτηρίζατε τη συμπεριφορά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στο ψυχιατρείο με τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς;

- 1. Θετική
- 2. Αρνητική
- 3. Μάλλον Θετική
- 4. Μάλλον Αρνητική
- 5. Απαθής

24) Σημειώστε με X στο αντίστοιχο κουτάκι τη συμπεριφορά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στον **ξενώνα** με τους ασθενείς, *ανά ειδικότητα*.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ							
	Ψυχίατρος	Ψυχολόγος	Κοινωνικός Λειτουργός	Εργοθεραπευτής	Νοσηλεύτρια ΤΕ	Νοσηλεύτρια ΔΕ	Επισκέπτης Υγείας	Γενικών Καθηκόντων
Θετική								
Αρνητική								
Μάλλον Θετική								
Μάλλον Αρνητική								

Απαθής								
--------	--	--	--	--	--	--	--	--

25) Σημειώστε με Χ στο αντίστοιχο κουτάκι τη συμπεριφορά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στο ψυχιατρείο με τους ασθενείς, ανά ειδικότητα.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ							
	Ψυχίατρος	Ψυχολόγος	Κοινωνικός Λειτουργός	Εργοθεραπευτής	Νοσηλεύτης ΤΕ	Νοσηλεύτης ΔΕ	Επισκέπτης Υγείας	Γενικών Καθηκόντων
Θετική								
Αρνητική								
Μάλλον Θετική								
Μάλλον Αρνητική								
Απαθής								

26) Ιεραρχήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το 1 έως 8 και τους παρακάτω επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στον **ξενώνα** και είναι άμεσα προσεγγίσιμοι από τους ασθενείς: (1=πρώτη προτεραιότητα, 2=δεύτερη προτεραιότητα, 3=τρίτη προτεραιότητα κ.ο.κ.)

1. Ψυχίατρος
2. Ψυχολόγος
3. Κοινωνικός Λειτουργός

4. Εργοθεραπευτής
5. Νοσηλεύτης ΤΕ
6. Νοσηλεύτης ΔΕ
7. Επισκέπτης Υγείας
8. Γενικών Καθηκόντων

27) Ιεραρχήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το 1 έως 8 και τους παρακάτω επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στο **ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ** και είναι άμεσα προσεγγίσιμοι από τους ασθενείς: (π.χ. 1=πρώτη προτεραιότητα, 2=δεύτερη προτεραιότητα, 3=τρίτη προτεραιότητα κ.ο.κ.)

1. Ψυχίατρος
2. Ψυχολόγος
3. Κοινωνικός Λειτουργός
4. Εργοθεραπευτής
5. Νοσηλεύτης ΤΕ
6. Νοσηλεύτης ΔΕ
7. Επισκέπτης Υγείας
8. Γενικών Καθηκόντων