

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Ποιοτικοί Παράγοντες οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών και δομών ψυχικής υγείας – Μια συγκριτική μελέτη για τις υπηρεσίες Α/βάθμιας, Β/βάθμιας και Γ/βάθμιας ψυχιατρικής φροντίδας και περίθαλψης.»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ: Μπονάνος Α. Διονύσης
Τσούνη Ε. Παρασκευή
Χαλούλου Δ. Ανδριάνα

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΣΙΚΕΛΙΑΝΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ



Πάτρα, Φεβρουάριος 2011

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Ποιοτικοί Παράγοντες οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών και δομών ψυχικής υγείας – Μια συγκριτική μελέτη για τις υπηρεσίες Α/βάθμιας, Β/βάθμιας και Γ/βάθμιας ψυχιατρικής φροντίδας και περίθαλψης.»

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Μπονάνος Α. Διονύσης
Τσουνή Ε. Παρασκευή
Χαλούλου Δ. Ανδριάννα

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Σικελιανού Δέσποινα

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι.) Πάτρας

Πάτρα, Φεβρουάριος 2011

T.E.I. OF PATRAS
SCHOOL OF SCIENCES OF HEALTH AND CARE
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

Dissertation

“Quality Factors of organization and operation of services and structures for mental health - A comparative study of A/level, B/level and C/level psychiatric care and hospitalization.”

RESEARCH TEAM

Bonanos A. Dionisis

Tsouni E. Paraskeui

Xaloulou D. Andiana

TEACHER

Sikelianou Despoina

Patras, February 2011.

Πίνακας περιεχομένων

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
Abstract	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	16
Υποκεφάλαιο 1	16
Η Ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα	16
1.1.1 Η ψυχιατρική περίθαλψη από το 1900 έως το 1981.....	16
1.1.2 Η ψυχιατρική περίθαλψη στο τέλος του 20ου αιώνα	18
1.1.3 Η ψυχιατρική περίθαλψη στις αρχές του 21ου αιώνα	19
1.1.4 Το Πενταετές Πρόγραμμα - Το πρόγραμμα Λέρος Ι και Λέρος ΙΙ.....	21
1.1.5 Η κοινοτική Ψυχιατρική.....	26
1.1.6 Δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης	31
1.1.7 Δομές δευτεροβάθμιας περίθαλψης.....	32
1.1.8 Δομές Τριτοβάθμιας Περίθαλψης	33
Υποκεφάλαιο 2	40
Συστήματα Υπηρεσιών ψυχικής υγείας	40
2.1 Το σύστημα διατομεακής δράσης	40
2.2 Το σύστημα της εξατομικευμένης ολοκληρωμένης και ενεργητικής φροντίδας (Assertive Community Treatment).....	43
2.3 Η αξιολόγηση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	46
2.4. Μέθοδοι αξιολόγησης των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.....	56
Υποκεφάλαιο 3	59

Ποιοτικοί παράγοντες οργάνωσης και λειτουργίας των Υπηρεσιών και δομών ψυχιατρικής περίθαλψης.....	59
3.1 Ιεραρχική οργάνωση προσωπικού των Υπηρεσιών και δομών Ψυχικής Υγείας.....	59
3.2 Η συνοχή της ομάδας προσωπικού των υπηρεσιών και δομών Ψυχικής Υγείας	62
3.3 Εσωτερική-εξωτερική εποπτεία Υπηρεσιών	66
3.4 Στάσεις και εκφραζόμενα συναισθήματα του προσωπικού των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.....	70
3.5 Οι αρνητικές στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την ψυχική νόσο.....	78
3.6 Η λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων του προσωπικού σε στεγαστικές δομές αποκατάστασης	82
3.7. Στόχοι του θεραπευτικού προσωπικού των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	94
3.8. Οι σχέσεις του προσωπικού με τους ασθενείς.....	96
3.9. Η Εκπαίδευση του προσωπικού των Υπηρεσιών ψυχικής Υγείας	101

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 109

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ 109

2.1 Σκοπός έρευνας	109
2.2 Είδος/ Μέθοδος έρευνας	109
2.3. Ερευνητικά ερωτήματα	110
2.4. Πληθυσμός-Δείγμα.....	111
2.5. Επιλογή εργαλείου έρευνας.....	111
2.6 Τόπος και χρόνος έρευνας.....	112
2.7. Συλλογή δεδομένων	113
2.8. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων.....	113
2.9. Ζητήματα δεοντολογίας	114
2.10. Περιορισμοί έρευνας	114

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ..... 115

3.1. Στατιστικά αποτελέσματα με βάση τη μονομεταβλητή ανάλυση	115
3.2. Στατιστικά αποτελέσματα με βάση την πολυμεταβλητή ανάλυση.....	183

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ/ ΣΥΖΗΤΗΣΗ..... 212

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 223

5.1. Η ιεραρχική οργάνωση στις Υπηρεσίες και Δομές της Α'/βάθμιας, Β'/βάθμιας και Γ'/βάθμιας ψυχιατρικής περίθαλψης.....	223
--	-----

5.2. Η λειτουργία της εσωτερικής και εξωτερικής εποπτείας στις Υπηρεσίες και Δομές της Α'/βάθμιας, της Β'/βάθμιας και της Γ'/βάθμιας Ψυχιατρικής περίθαλψης	224
5.3. Οι σχέσεις και τα συναισθήματα των μελών του προσωπικού στις Υπηρεσίες και δομές της Α'/βάθμιας, της Β'/βάθμιας και της Γ'/βάθμιας Ψυχιατρικής περίθαλψης .	225
5.4. Οι σχέσεις και τα συναισθήματα των μελών του προσωπικού με τους ασθενείς στις Υπηρεσίες και δομές της Α'/βάθμιας, της Β'/βάθμιας και της Γ'/βάθμιας Ψυχιατρικής περίθαλψης.....	226
5.5. Η λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. ...	227
5.6. Η λειτουργία των συμπληρωματικών ρόλων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας	228

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 229

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 231

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ..... 245

A. Γραφήματα Μονομεταβλητής Ανάλυσης.....	245
B. Γραφήματα πολυμεταβλητής ανάλυσης	277
Γ . Ερωτηματολόγιο	289

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε θερμά την καθηγήτρια μας, κ. Σικελιανού Δέσποινα η οποία ανέλαβε το συντονισμό της συγκεκριμένης μελέτης και μας προσέφερε τις πολύτιμες γνώσεις της για την ολοκλήρωση της προσπάθειας. Επιπλέον σημαντική ήταν η συμβολή της στην σύνταξη του ερωτηματολογίου, έτσι ώστε να είναι όσο τον δυνατόν πιο άρτιο και κατανοητό. Κυρίως όμως θα θέλαμε να την ευχαριστήσουμε για την καλή συνεργασία και την υπομονή που έδειξε σε όλους τους προβληματισμούς και τις δυσκολίες που προέκυψαν.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε το προσωπικό όλων των δομών ψυχικής υγείας για τη συμμετοχή τους και τη βοήθεια τους στη διεκπεραίωση στη μελέτη αυτή.

Περίληψη

Η παρούσα εργασία μελετά, σύμφωνα με τις απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, τους ποιοτικούς παράγοντες οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών και δομών ψυχικής υγείας όλων των βαθμίδων ψυχιατρικής φροντίδας και περίθαλψης.

Στο πρώτο κεφάλαιο προσδιορίζεται η έννοια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και γίνεται αναφορά στα προγράμματα αποκατάστασης για τους ψυχικά ασθενείς και τις υπηρεσίες ανά βαθμίδα ψυχιατρικής περίθαλψης. Τέλος, περιγράφονται οι ρόλοι των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, η ιεραρχική οργάνωση των υπηρεσιών και η λειτουργία της εσωτερικής και εξωτερικής εποπτείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία για την διεξαγωγή της έρευνας. Η μέθοδος ήταν η επισκόπηση και η έρευνα ήταν ποσοτική.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα στατιστικά αποτελέσματα της έρευνας με βάση τη μονομεταβλητή και την πολυμεταβλητή ανάλυση των δεδομένων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, η ιεραρχία ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας φαίνεται να τηρείται σε όλες τις δομές ψυχικής υγείας όλων των βαθμίδων ψυχιατρικής περίθαλψης. Στις περισσότερες δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όπως πχ στο οικοτροφείο και την ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου δεν υπάρχει εσωτερικός και εξωτερικός επόπτης. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πιστεύουν ότι η παρουσία του εξωτερικού και του εσωτερικού επόπτη θα μπορούσε να συνεισφέρει σημαντικά στο θεραπευτικό έργο των υπηρεσιών/ δομών ψυχιατρικής περίθαλψης. Οι σχέσεις των μελών της διεπιστημονικής ομάδας μεταξύ τους χαρακτηρίζονται ως μέτριες και συνήθως επικρατούν συναισθήματα αγανάκτησης κατά τη διάρκεια των τακτικών συναντήσεων του προσωπικού.

Abstract

In the current study, the quality factors of organization and operation of services and the structures for the mental health of all the level of psychiatric care and hospitalization are presented, according to the view of mental health professionals.

In the first chapter, the concept of psychiatric reform is defined. In addition, a reference to rehabilitation programs for the mentally ill and services per psychiatric care level is made. Furthermore, the roles of mental health professionals and the hierarchical organization of services as well as the operation of internal and external oversight are described.

In the second chapter, the methodology for conducting the research is presented. The method utilized was the survey and the research performed was quantitative.

In the third chapter the statistical results of the survey using the univariate and multivariate data analysis are demonstrated.

According to the results of this study, the hierarchy among members of the multidisciplinary team appears to be observed in all structures of mental health at all levels of psychiatric care. In the most structures and mental health services, such as in boarding school and general hospital psychiatric ward there is no internal and external monitor. The mental health professionals believe that the presence of external and internal supervisor could contribute significantly to the therapeutic word services/ psychiatric care structures. Relations between members of the interdisciplinary team described as moderate and usually prevail feelings of indignation during regular staff meetings.

Εισαγωγή

Ο γενικός στόχος της μελέτης είναι να διερευνήσουμε τις απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας όσον αφορά στην λειτουργία και οργάνωση δομών και υπηρεσιών όλων των βαθμίδων ψυχιατρικής περίθαλψης. Η έρευνα αυτή περιέχει σημαντικές πληροφορίες για τους παράγοντες εκείνους που συμβάλλουν στην ποιότητα παροχής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα μας και προβάλλει τις συνθήκες λειτουργίας και οργάνωσης των ψυχιατρικών δομών και υπηρεσιών στη χώρα μας. Συγκεκριμένα, οι παράγοντες που μελετήθηκαν ήταν οι εξής: η ύπαρξη της ιεραρχικής οργάνωσης των υπηρεσιών, η ύπαρξη εσωτερικής και εξωτερικής εποπτείας, οι σχέσεις και τα συναισθήματα των μελών του προσωπικού μεταξύ τους και με τους ασθενείς και η λειτουργία των επαγγελματικών και πολυδύναμων ρόλων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Η εργασία αυτή χωρίζεται σε δύο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό μέρος. Ειδικότερα το θεωρητικό μέρος χωρίζεται σε τρία υποκεφάλαια. Το πρώτο υποκεφάλαιο αναφέρεται στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση, το δεύτερο υποκεφάλαιο αναφέρεται στα συστήματα υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τέλος το τρίτο υποκεφάλαιο αναφέρεται στους ποιοτικούς παράγοντες οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών και δομών ψυχιατρικής περίθαλψης.

Το ερευνητικό μέρος χωρίζεται σε τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία (επισκόπηση) και το είδος της έρευνας (ποσοτική έρευνα). Επίσης, παρουσιάζονται το εργαλείο της έρευνας, ο πληθυσμός, το δείγμα και τα ερευνητικά ερωτήματα. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα ευρήματα σε πίνακες και η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, ενώ στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της μελέτης και η συζήτηση. Τέλος, το τέταρτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τα συμπεράσματα και τις προτάσεις.

Ορισμοί εννοιών

- **Κοινωνική Ψυχιατρική :** «Ο όρος Κοινωνική Ψυχιατρική αναφέρεται σε μια υποειδικότητα της ψυχιατρικής ειδικότητας. Ως υποειδικότητα βασίζεται στην Κλινική Ψυχιατρική αλλά στοχεύει στην πρόληψη, μείωση ή εξοφάνιση της ψυχικής αρρώστιας. Εστιάζει στην πολυπλοκότητα των σχέσεων μεταξύ των ατόμων και του κοινωνικού τους κόσμου στον οποίο λειτουργούν. Η Κοινωνική ψυχιατρική δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην εφαρμογή, στο επίπεδο της κοινότητας, των ερευνητικών προγραμμάτων ή της αξιολόγησης υπηρεσιών. Η Κοινωνική δίνει αντίθετα, αποκλειστική έμφαση στη θεωρία και την έρευνα των παραγόντων που ενοχοποιούνται στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών» (Τμήμα Κοινωνικής και Κοινωνικής Ψυχιατρικής της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Columbia της Ν. Υόρκης), (Μαδιανός 1989).
- **Αποασυλοποίηση:** Η κατάργηση του ασύλου ως φορέα αναχρονιστικού και ακατάλληλου για τη φροντίδα των ψυχικά αρρώστων. Παροχή φροντίδας εκτός ιδρύματος στο πλαίσιο της κοινότητας και προσπάθεια για αποτροπή νοσηλείας στα άσυλα. (Encyclopedie Medicochirurgicale, 1991).
- **Πρόγραμμα Ψυχαργός:** Το πρόγραμμα Ψυχικής Υγείας «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» (ένα ολοκληρωμένο δεκαετές σχέδιο) προωθεί την κοινωνική ένταξη ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, εξασφαλίζει υπηρεσίες για μια αξιοπρεπή ζωή και προλαμβάνει κινδύνους αποκλεισμού. Απευθύνεται σε χρόνια ψυχικά ασθενείς (αποϊδρυματισμός) και στο γενικό πληθυσμό (υπηρεσίες πρόληψης, έγκαιρης παρέμβασης και θεραπείας), (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2010)
- **Αποκατάσταση(rehabilitation):** είναι μία δυναμική διαδικασία μέσα από την συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων που έχει σκοπό να υποβοηθήσει το άτομο να φτάσει το μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία (Μαδιανός 2005) .
- **Ψυχιατρική αποκατάσταση:** Ένας ορισμός της Ψυχιατρικής αποκατάστασης που δόθηκε από το Κέντρο της Ψυχιατρικής

Αποκατάσταση της Βοστώνης των Η.Π.Α. είναι ο εξής: Η Ψυχιατρική Αποκατάσταση έχει σκοπό να αυξήσει με επιτυχία τη λειτουργικότητα του ατόμου στο στεγαστικό, επαγγελματικό ή εκπαιδευτικό χώρο της επιλογής του με την μικρότερη δυνατή παρέμβαση από τους ειδικούς (Anthony και συν. 1983).

- **Θεραπευτική ομάδα:** Το σύνολο των εργαζομένων στον ξενώνα αποτελεί την θεραπευτική ομάδα . Η συνεργασία διαφόρων ειδικοτήτων μέσα σε μια δομή αποκατάστασης αποτελεί την διεπιστημονική ομάδα (Δ.Ο.), (Δαμίγος 2003).
- **Ψυχαναλυτικό πρίσμα:** Ο όρος αυτός δηλώνει τον τρόπο που βλέπει ο θεραπευτής και κατανοεί το υλικό της θεραπείας και την φροντίδα που δείχνει για τον άρρωστο του. Είναι η οπτική γωνία υπο την οποία ο φροντιστής θα δει, θα ρυθμίσει κατά το δυνατόν την βαθύτερη ασυνείδητη στάση του, την αντοχή του στις αποστερήσεις και θα δώσει την όσο το δυνατόν περισσότερο προσαρμοσμένη απάντηση του στην εξωτερική πραγματικότητα (Σακελλαρόπουλος, 2003).
- **Τομεοποίηση:** Διαίρεση της χώρας σε τομείς ψυχικής υγείας βάσει γεωγραφικών και πληθυσμιακών κριτηρίων και παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε κατοίκους του τομέα που εντάσσονται σε αυτόν (Μαδιανός, 2000).
- **Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση:** Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία η οποία διευκολύνει τις ευκαιρίες για άτομα - με έκπτωση λειτουργικότητας, ανάπηρα ή ανάπηρα από μια ψυχική διαταραχή – να πετύχουν ένα όσο το δυνατό καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση συνεπάγεται τόσο τη βελτίωση των ικανοτήτων του ατόμου, όσο και την εισαγωγή περιβαλλοντικών αλλαγών, ώστε να δημιουργήσει μια ζωή περισσότερο ποιοτική για τους ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχοκοινωνική διαταραχή, ή που έχουν μια έκπτωση της ψυχοκοινωνικής τους ικανότητας, τέτοια που να έχει παράγει ένα ορισμένο επίπεδο αναπηρίας (Who – Wapf, 1996).

- **Καλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών:** Με τον όρο καλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών ορίζουμε τον τύπο της φροντίδας που προσφέρεται από έναν ειδικό ή μια ομάδα ειδικών κάτω από άριστες συνθήκες (Τριχόπουλος, 1983).
- **Δομή:** Με τον όρο δομή εννοείται η υλική και τεχνική υποδομή, τα μηχανήματα, τα κεφάλαια, το στελεχικό δυναμικό, το κατάλληλο κτίριο (Donabedian,1969).
- **Δομή Αποκατάστασης:** Η δομή στην οποία ο ψυχικά ασθενής ακολουθεί μια διαδικασία ώστε το άτομο να βοηθηθεί να αναπτύξει το μέγιστο φυσικό, ψυχικό, κοινωνικό, επαγγελματικό, εκπαιδευτικό και πολιτισμικό δυναμικό του.
- **Το σύστημα απογραφής «περιπτώσεων» (case register):** Η συνεχής απογραφή περιπτώσεων ψυχικά αρρώστων που έχουν κάποιου τύπου επαφή με ψυχιατρική υπηρεσία είναι ένα εργαλείο παροχής πληροφοριών για την αξιολόγηση των υπηρεσιών. Το προϊόν ενός συστήματος απογραφής περιπτώσεων είναι οι ετήσιες στατιστικές πληροφορίες σε εθνικό επίπεδο, οι ετήσιες στατιστικές πληροφορίες σε νομαρχιακό επίπεδο και οι ετήσιες στατιστικές πληροφορίες σε επίπεδο δήμου-κοινότητας (Andersen, 1964).
- **Το σύστημα παρακολούθησης (monitoring) προγραμμάτων και υπηρεσιών:** Η παρακολούθηση (monitoring) ενός προγράμματος είναι μια διαδικασία ελέγχου που περιλαμβάνει. Την εφαρμογή και την ανάλυση σειράς επαναληπτικών εκτιμήσεων που στοχεύουν στην ανίχνευση των αλλαγών στο περιβάλλον ή στην κατάσταση υγείας πληθυσμών. Δεν πρέπει να συγχέεται με την επίβλεψη (surveillance), τις προοπτικές εκτίμησης του έργου μιας υπηρεσίας υγείας ή επαγγελματιών υγείας ή σε ποιο βαθμό οι άρρωστοι ανταποκρίνονται στην αναζήτηση βοήθειας από μια υπηρεσία υγείας και τη διαχείριση (management) κάθε διαδικασίας υλοποίησης δραστηριοτήτων που έχουν προγραμματιστεί και τον έλεγχο της σταδιακής τους εφαρμογής (Andersen, 1964).

- **Η οργάνωση της ομάδας προσωπικού:** Η οργάνωση μιας ομάδας προσωπικού ξεκινά από τη στιγμή που κάθε θεραπευτής έχει έναν συγκεκριμένο και ξεκάθαρο ρόλο και όταν όλοι οι θεραπευτές συμμετέχουν σε τακτές συναντήσεις, που έχουν ως στόχο την ανταλλαγή πληροφοριών επικοινωνίας για τον θεραπευτικό σχεδιασμό. Στην οργάνωση αυτή της ομάδας προσωπικού, κάποιος αναδεικνύεται ως “αρχηγός” της ομάδας αυτής. Ένα από τα πιο κρίσιμα και σημαντικά έργα του “αρχηγού” της ομάδας προσωπικού δεν είναι μόνο να επιβλέπει και να αποφασίζει ποιο είναι σωστό και ποιο λάθος, αλλά και πώς θα καθοδηγήσει έτσι το προσωπικό ώστε να γίνει κατά το δυνατόν ένα “ιδανικό” προσωπικό (Adair 1983).
- **Ενσυναίσθηση (empathy):** Η ικανότητα ενός ατόμου να κατανοεί και να συμμερίζεται τα συναισθήματα , τις σκέψεις και τις ανησυχίες ενός άλλου ανθρώπου «σαν να» ήταν αυτός ο άλλος , διατηρώντας όμως την ακεραιότητά του (βλ. Κουντουμάδη και Πατεράκη, 2008).
- **Εποπτική διαδικασία:** Η εποπτική εργασία είναι εξαιρετικά προσωπική και εξατομικευμένη, δεδομένου ότι οι εκπαιδευόμενοι παρουσιάζουν μεταξύ τους διαφορές που αφορούν την εμπειρία τους, τις γνώσεις τους, την προσωπικότητα τους, καθώς και την ικανότητα τους για ενδοσκόπηση και επεξεργασία του αναλυτικού υλικού (Χαντζητάσκος, 2003).
- **Ελαστικότητα (flexibility):** είναι μια κατάσταση του ασθενή που αναφέρεται σε παρεμβάσεις που βοηθούν τον ασθενή να προσαρμόζεται στις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες του. (Στυλιανίδης και συν. 2000).
- **Εταιρικότητα (partnership – incare) :** Η διαδικασία παροχής φροντίδας των μελών της θεραπευτικής ομάδας προς τους ψυχικά ασθενείς και διατηρείται καθ’ όλη τη διάρκεια των φάσεων της εξέλιξης της διαταραχής, συμπεριλαμβάνοντας τις περιόδους κρίσεων, υποτροπών και νοσηλείας. (Στυλιανίδης και συν. ,2000).

- **Κοινωνική απόσταση:** Είναι ένας δείκτης καταγραφής των κοινωνικών στάσεων απέναντι στην ψυχική ασθένεια και αποτυπώνει την επιθυμία διατήρησης απόστασης από ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές σε κοινωνικές συναναστροφές ποικίλης εγγύτητας (Goffman, 1981).
- **Πολυδύναμοι – Συμπληρωματικοί ρόλοι:** Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες κάποιος καλείται να λειτουργήσει με διαφορετικό ρόλο από εκείνον για τον οποίο είναι εκπαιδευμένος. Αυτό συμβαίνει σε περιπτώσεις όπου στη δομή /υπηρεσία που εργάζεται είτε δεν επαρκεί το προσωπικό είτε για άλλους λόγους που δεν επιτρέπουν στο προσωπικό να λειτουργήσει με ξεκάθαρους επαγγελματικούς ρόλους.

Κεφάλαιο 1

Υποκεφάλαιο 1

Η Ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα

1.1.1 Η ψυχιατρική περίθαλψη από το 1900 έως το 1981

Η ψυχιατρική περίθαλψη στη χώρα μας, στις αρχές του 20ου αιώνα, είναι συνυφασμένη με δομές όπως το Δρομοκαΐτειο, το Αιγινήτειο (που αποτελούσε το πανεπιστημιακό νοσοκομείο), το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας (με συνολικά 425 κρεβάτια), και 8 ασυλικές δομές στη Θεσσαλονίκη, Σούδα (Κρήτης), Σύρο, Χίο, Λέσβο και Κεφαλονιά. Όλα τα Ψυχιατρεία εκείνης της εποχής είχαν τα τυπικά χαρακτηριστικά του ασύλου, δηλαδή στελεχώνονταν από ελάχιστους γιατρούς και πάρα πολλούς φύλακες, οι δε συνθήκες διαβίωσης χαρακτηρίζονταν απάνθρωπες. Η πρώτη ιδιωτική κλινική στην Αθήνα λειτούργησε το 1904 από το Σ. Βλαβιανό. Το 1918 υπήρχαν οκτώ και το 1940 δώδεκα ιδιωτικές κλινικές. Τη δεκαετία του 1920, λειτουργούσε στη Σμύρνη η ιδιωτική Κλινική του Ι. Τατσσόγλου (1880-1959) και στην Αλεξάνδρεια της Αιγύπτου η κλινική του Γ. Νικολάου. Οι ιδιωτικές κλινικές εμφανίστηκαν λοιπόν πρώιμα και διατήρησαν μια ισχυρή και γεωγραφικά εκτεταμένη παρουσία, ως σήμερα. Ένας από τους λόγους ήταν η δύσκολη αρχή και οι κακές συνθήκες νοσηλείας στα δημόσια ψυχιατρεία που ιδρύθηκαν τη δεύτερη δεκαετία του 20ού αιώνα (Καζολέα-Ταβουλάρη, 2002).

Στην Κρήτη γύρω στο 1900, ξεκίνησε η μέριμνα για τους ψυχικά ασθενείς και ολοκληρώθηκε το 1910 με τη δημιουργία ενός ιδρύματος στη Σούδα. Παράλληλα, στην Αθήνα (1911-1912), οργανώθηκε ένα πρώτο άσυλο ψυχικά ασθενών. Το ίδιο ίδρυμα μεταφέρθηκε αργότερα στην Αγία Ελεούσα της Καλλιθέας και από το 1928 ξεκίνησε η μεταφορά του στη σημερινή θέση του Ψ.Ν. Αττικής. Στην Θεσσαλονίκη, το 1915 στη θέση Λεμπέτ, οργανώθηκε ένα άσυλο ψυχοπαθών. Τα πρώτα βήματα αυτών των ιδρυμάτων ήταν πολύ δύσκολα, καθώς ανήκαν στο Υπουργείο Εσωτερικών

και η ιατρική τους κάλυψη ήταν υποτυπώδης. Στα μέσα της δεκαετίας του 1930 ιδρύθηκε το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών απέναντι από τη Μονή Δαφνίου. Η ίδρυση, του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας το 1923, σηματοδότησε μια ουσιαστική κρατική πολιτική σε ότι αφορούσε στη λειτουργία των δημόσιων ιδρυμάτων. Με αυτόν τον τρόπο ξεκίνησε η νοσοκομειακή οργάνωση των δημόσιων ψυχιατρείων. Σε αυτήν την πορεία συνέβαλλε ουσιαστικά και η ισχύουσα Νομοθεσία (Νόμος 6077/1934) (Καζολέα-Ταβουλάρη, 2002).

Σημαντικοί παράγοντες όπως οι αυξανόμενες ανάγκες για ψυχιατρική περίθαλψη μέσα από τις κοινωνικές και οικονομικές εξελίξεις, την αστικοποίηση, την εκβιομηχάνιση, το μετασχηματισμό της ελληνικής οικογένειας από εκτεταμένη σε πυρηνική (πατέρας-μητέρα-παιδί), καθώς και η απουσία –σχεδιασμού κρατικής πολιτικής μετέβαλλαν αισθητά την λειτουργία των ψυχιατρικών δομών ενώ ταυτόχρονα αύξησαν την αναγκαιότητα ύπαρξής των. Απόρροια όλων αυτών των μεταβολών ήταν η δημιουργία των σημερινών ψυχιατρείων που αποτελούν ένα υδροκεφαλικό σύστημα (Καζολέα-Ταβουλάρη, 2002).

Με την μεγάλη αύξηση των αστικών πληθυσμών τέθηκε το ζήτημα της μετακίνησης των χρόνιων ασθενών των ψυχιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης αλλά και της υποδοχής των ατόμων με νοητική υστέρηση. Το 1958, ξεκίνησε τη λειτουργία του το «Νταού» Πεντέλης (Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών) και η Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου (Ψυχιατρικό Νοσοκομείου Λέρου), με πληθυσμό δυσίατων ασθενών. Ακολούθησε η λειτουργία του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τριπόλεως το 1967 και το 1973 του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου. Τα εγκαταλειμμένα κτίρια των άλλοτε σανατορίων φιλοξένησαν τα δύο αυτά νεοσύστατα ιδρύματα. Στην αρχή της δεκαετίας του 1970, η στροφή προς την εξωνοσοκομειακή άσκηση της Ψυχιατρικής έκανε αυτά τα ιδρύματα να φαίνονται ως απολιθώματα άλλων εποχών (Καζολέα-Ταβουλάρη , 2002).

Ο Β' Παγκόσμιος Πόλεμος περιόρισε την ανοδική αυτή πορεία, της δεκαετίας του 1930, τόσο από οργανωτική όσο και από επιστημονική άποψη . Ο χειμώνας του 1942 επέφερε χιλιάδες θύματα στα ψυχιατρεία, όπως δυστυχώς και στο γενικό πληθυσμό. Όπως χαρακτηριστικά επισημαίνει ο τότε Διευθυντής κλινικής Κ. Φιλανδριανός, «Στο Δημόσιο Ψυχιατρείο της Αθήνας, κατά το ήμισυ οι ασθενείς πέθαναν από λιμό το χειμώνα του 1941-1942. Στο Δρομοκαΐτειο το 1942, το 60% του συνόλου των θανάτων (179 στους 290) συνδεόταν άμεσα με τον υποσιτισμό, στο Ψυχιατρείο της Κέρκυρας, το 1941, νοσηλεύτηκαν 653 και απεβίωσαν 287 ασθενείς (ποσοστό θνησιμότητας 44%) λόγω του υποσιτισμού». Η χώρα σαν συνέπεια τόσο του Παγκόσμιου πολέμου όσο και του εμφυλίου δεν είχε τη δυνατότητα να δώσει προτεραιότητα στην ανάδειξη και στην αντιμετώπιση των ζητημάτων ψυχικής υγείας. Με το τέλος του Β' παγκόσμιου πολέμου τα υπάρχοντα ψυχιατρεία στην Ελλάδα βρέθηκαν να είναι υπερπλήρη, " κάθε κρεβάτι φιλοξενούσε δύο ασθενείς" (Καζολέα-Ταβουλάρη, 2002).

1.1.2 Η ψυχιατρική περίθαλψη στο τέλος του 20ου αιώνα

Η ψυχιατρική περίθαλψη στη χώρα μας βρίσκεται σε μεταβατικό στάδιο μέχρι και σήμερα. Η κατάσταση αυτή έχει αποτελέσει την βασική αιτία για την ανεπάρκεια στην ανάπτυξη ικανού αριθμού εναλλακτικών κοινοτικών ψυχιατρικών δομών, καθώς και υπηρεσιών αποκατάστασης, που να λειτουργούν στο πλαίσιο ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας με σκοπό την κάλυψη των πραγματικών αναγκών του πληθυσμού (Μαδιανός, 1994).

Ορόσημο στην ανάπτυξη του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα υπήρξε η υλοποίηση του Προγράμματος του Κανονισμού 815/84 της ΕΟΚ με αφορμή την κατάσταση στο Ψυχιατρείο της Λέρου (κόστους 120 εκατομμυρίων ECU). Η οδηγία αυτή ΔΕΝ

προήλθε ως αντίδραση στις διαπιστώσεις για το ψυχιατρείο Λέρου. Οι όποιες διαπιστώσεις έγιναν στα τέλη της δεκαετίας του 1980. Οι ασθενείς της Λέρου δεν είχαν απορριφθεί μόνο από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ανήκαν, αλλά και από τα Ψυχιατρεία όπου παρέμειναν. Οι συνθήκες νοσηλείας στη Λέρο ήταν άθλιες και στο τέλος της δεκαετίας του '80 έγιναν το αντικείμενο διεθνούς κατακραυγής. Με τον τρόπο αυτό το Ψυχιατρείο της Λέρου έγινε το σύμβολο της αθλιότερης ασυλικού τύπου περίθαλψης. Ταυτόχρονα, όμως, έγινε και η αφορμή για την έναρξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη χώρα μας).

Με βάση το πρόγραμμα αυτό, κατά την περίοδο 1984-1995 αναπτύχθηκαν 260 νέες δομές, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρικά Τμήματα στα Γενικά Νοσοκομεία, Νοσοκομεία Ημέρας, Εργαστήρια Αποκατάστασης, Ξενώνες, Οικοτροφεία και άλλες Υπηρεσίες. Το πρόγραμμα αυτό σταδιακά πέρασε από πολλές θετικές και αρνητικές φάσεις (Μαδιανός, 1994).

Η χώρα μας ωστόσο, δεν είχε τομεοποιηθεί ούτε είχε οργανωθεί ένα περιφερειακό σύστημα ψυχικής υγείας, οι Υπηρεσίες οι εναλλακτικές στο ψυχιατρείο ήταν λιγότερες από το 50% αυτών που απαιτούνταν, ενώ οι θέσεις προεργασιακής-εργασιακής αποκατάστασης δεν υπερέβαιναν τις 2.000 και της στεγαστικής αποκατάστασης τις 2.300, παρά την ανάπτυξη των νέων δομών. Όλες αυτές οι θέσεις έχουν ήδη καταληφθεί, στην πλειονότητα τους, από τους χρόνιους αρρώστους. Επομένως οι ανάγκες των νέων περιπτώσεων και των 2.500 χρόνιων ακόμα εγκλειστών των ασύλων, που όφειλαν να αποϊδρυματιστούν, δεν καλύπτονται από το υπάρχον δίκτυο υπηρεσιών αποκατάστασης (Μαδιανός, 1994).

1.1.3 Η ψυχιατρική περίθαλψη στις αρχές του 21ου αιώνα

Κατά τον 21ο αιώνα η ψυχιατρική περίθαλψη βρίσκεται στη φάση του εκσυγχρονισμού της, καθώς με το Ν. 2716/1999 τέθηκαν οι βάσεις για την περιφερειακή οργάνωση της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Τομεοποίηση, Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας κτλ.), ενώ ο σεισμός του Σεπτεμβρίου του 1999 προκάλεσε τον «αναγκαστικό» αποϊδρυματισμό 400 εγκλειστών από το ΨΝΑ (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής). Όπως

παρουσιάζεται και από τα στοιχεία, η χώρα έχει ήδη τομεοποιηθεί σε 60 τομείς (η Αττική έχει 12), ενώ παράλληλα έχουν καθοριστεί και οι αντίστοιχες ΤΕΨΥ (Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας). Η υλοποίηση της Α' φάσης του Προγράμματος «Ψυχαργός», καθώς και του ειδικού προγράμματος του (Δρομοκαΐτειου (2000-2001), ολοκληρώθηκε με την τοποθέτηση σε 60 περίπου κοινοτικές στεγαστικές δομές 850 χρόνιων εγκλείστων στα 9 ψυχιατρεία, ενώ ο αριθμός των κρεβατιών τους συρρικνώνεται στα 2.800. Η δεύτερη φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός»(2001-2006) περιλαμβάνει την οργάνωση 467 νέων δομών από τις οποίες 34 είναι ΚΨΥ, 31 Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία, 146 Μονάδες Επαγγελματικής Επανένταξης, 277 Ξενώνες, Οικοτροφεία, διαμερίσματα , από τα οποία τα 72 θα διατεθούν για την περίοδο 2001-2006 από το Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης (Μαδιανός, 2002).

Το πρόγραμμα "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" τίθεται σε εφαρμογή το 1999, στο πλαίσιο του οποίου στην Α' φάση δημιουργήθηκαν και λειτούργησαν υπό την επίβλεψη του Ψυχιατρείου δύο ξενώνες στην Κέρκυρα για 24 ασθενείς, δύο εργαστήρια κατάρτισης για 45 ψυχικά ασθενείς και Κ.Ε.Κ. Ψυχικής Υγείας. Μετά το πέρας μιας μακροχρόνιας διαδικασίας μετασχηματισμού και σε πλήρη εφαρμογή του Ψυχαργός, το 2006, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας πέρασε στην ιστορία δίνοντας τη θέση του στο "Κοινοτικό Δίκτυο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Κέρκυρας". Ως αποτέλεσμα της μακροχρόνιας διαδικασίας της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης κατέστη εφικτό αυτό που σε κάποιους φάνταζε ιδεατό, μακρινό και ακατόρθωτο: 'Η οριστική κατάργηση του Ασύλου'. Ο μεγάλος στόχος της οριστικής παύσης λειτουργίας του Ασύλου επιτεύχθηκε στις 10 Οκτωβρίου 2006, ημέρα που εορτάζεται ως Παγκόσμια Ημέρα για την Ψυχική Υγεία (Μαδιανός, 2002).

Μολονότι ο προγραμματισμός φαίνεται αρκετά εύστοχος και μεγαλεπίβολος, υφίστανται εγγενείς αδυναμίες και προβλήματα, όπως η στελέχωση, η οργάνωση, η διαχείριση και κυρίως η ιδεολογία του προσωπικού. Σε μια μεταβαλλόμενη κοινωνία όπου οι παραδοσιακοί θεσμοί αμφισβητούνται ή αλλάζουν (όπως η πυρηνική ή μονογονεϊκή

οικογένεια), όπου η οικονομία της αγοράς και το λιγότερο κοινωνικό κράτος δεν ευνοούν την ενσωμάτωση του ψυχικά ασθενή στην κοινότητα, ενώ παράλληλα οι γενικότερες κοινωνικές συνθήκες καθίστανται δυσμενέστερες - όπως, αύξηση της ανεργίας, αύξηση της κοινωνικής απομόνωσης, συρρίκνωση των διαπροσωπικών σχέσεων, αύξηση της εγκληματικότητας και πτώση της ποιότητας του περιβάλλοντος- το μέλλον της αποτελεσματικής ψυχιατρικής περίθαλψης δεν χαρακτηρίζεται τόσο ευόμοιο. Είναι προφανές ότι η ανάπτυξη νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων της Κλινικής Ψυχιατρικής θα θεωρηθεί μάλλον ως μια κοινωνική αναγκαιότητα. Κατά τη δεκαετία του 90' τα δεδομένα μέσα στο ΨΝΚ μεταβάλλονται συνεχώς. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση αποβλέπει στην αποασυλοποίηση όλων των χρόνιων ασθενών σε διάφορες δομές μέσα στην κοινωνία, μέσα στην κοινότητα, δίπλα στα σπίτια μας (Μαδιανός, 2002).

Στις επόμενες ενότητες περιγράφονται τα πιο σημαντικά προγράμματα αποκατάστασης για χρόνιους ψυχικά ασθενείς τα οποία υλοποιήθηκαν και υλοποιούνται στη χώρα μας με στόχο την αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών.

1.1.4 Το Πενταετές Πρόγραμμα - Το πρόγραμμα Λέρος Ι και Λέρος ΙΙ

Η επιτροπή Ψυχικής Υγείας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) το 1984 σχεδίασε ένα πενταετές πρόγραμμα Ψυχικής Υγείας, με δύο φάσεις, στα πλαίσια της ειδικής χρηματοδότησης της Ε.Ο.Κ. (κανονισμός 815/84). Σύμφωνα με το πρόγραμμα αυτό, επρόκειτο να ιδρυθούν, κατά την τετραετία 1984-1988, 135 μονάδες αποκατάστασης: Ξενώνες, μονάδες σε Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης. Επίσης, δόθηκε έμφαση στην παροχή υποτροφιών και ταχύρυθμης εκπαίδευσης, ενώ τα υπάρχοντα Ψυχιατρεία θα τροποποιούσαν την οργάνωση των υπηρεσιών τους, με δημιουργία νέων ή την κατάργηση παλαιών. Από το σύνολο των προγραμμάτων που εγκρίθηκαν (182 ψυχιατρικά προγράμματα), το 45% αφορούσε την ευρεία περιφέρεια Αθηνών, το 21,3% την πόλη της Θεσσαλονίκης και την περιοχή της

Κεντρικής Μακεδονίας, ενώ το 33,7% αφορούσε την υπόλοιπη χώρα (Μαδιανός 1994).

Η κατάσταση στο Ψυχιατρείο της Λέρου (7-7-1990) και η κακή διαχείριση των πόρων, προκάλεσαν την προσωρινή αναστολή του κανονισμού 815, παρόλο που είχε δοθεί παράταση υλοποίησης των προγραμμάτων μέχρι τις 31-12-1994. Η συνέχιση υλοποίησης των ήδη υπάρχοντων προγραμμάτων, επιτεύχθηκε ύστερα από την ολοκλήρωση και παράδοση εκθέσεων παρακολούθησης και εξέλιξης των προγραμμάτων, από ειδικούς εμπειρογνώμονες, σύμφωνα με τους όρους που έθεσε η Ευρωπαϊκή Κοινότητα (Μαδιανός 1994).

Το πρόγραμμα αυτό, ως συνέχεια του πενταετούς προγράμματος για την ψυχική υγεία, περιελάμβανε την προετοιμασία για την έξοδο μερικών δεκάδων νοσηλευόμενων καθώς και την οργάνωση ομάδων παρέμβασης (πρόγραμμα αποϊδρυματισμού). Επίσης, αφορούσε τη γενική αναμόρφωση θαλάμων στα Ψυχιατρεία (π.χ. διευθέτηση προσωπικού χώρου των νοσηλευόμενων κ.τ.λ.) και άλλων εργονομικών παρεμβάσεων, με στόχο την αναμόρφωση του φυσικού περιβάλλοντος αυτών και την οργάνωση ξενώνων (Μαδιανός 1994).

Το 1990 ξεκίνησε η παρέμβαση στη Λέρο με τη συμμετοχή όλων των φορέων ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, στο πλαίσιο της αποασυλοποίησης και της βελτίωσης των άθλιων συνθηκών που επικρατούσαν στο Ψυχιατρείο της Λέρου και στόχος ήταν το άνοιγμα του ψυχιατρείου και η επιστροφή των ασθενών στους τόπους καταγωγής τους, σε ενδιάμεσες δομές, ξενώνες που δημιουργήθηκαν γι' αυτό το σκοπό (Μανιαδάκης, 2003).

Οι χρόνιοι ιδρυματικοί ασθενείς έπρεπε να επιβιώσουν έξω από το άσυλο με τη βοήθεια του προσωπικού, το οποίο ανέλαβε το έργο της κινητοποίησης τους οι οποίοι επί δεκαετίες βρίσκονταν ακινητοποιημένοι από την ψύχωση και την ασυλική ζωή. Βασικός άξονας στην προσπάθεια αυτή ήταν η παρεμβατική στάση του προσωπικού στο πλαίσιο της καλλιέργειας μιας σχέσης με τους ασθενείς, η οποία αποσκοπούσε στον

προσανατολισμό των ασθενών προς την πραγματικότητα (Μανιαδάκης, 2003).

Όμως οι προσπάθειες για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα περιορίστηκαν μόνο στη Λέρο και όχι σε όλη την επικράτεια. Οι πρωτοβουλίες ανάπτυξης δομών κοινοτικής ψυχιατρικής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης κάλυπταν στο σύνολό τους μόνο το 8% του πληθυσμού της χώρας. Οι αιτίες για αυτή την κατάσταση ήταν η μη ολοκλήρωση της τομεοποίησης, η ουσιαστική ανυπαρξία ενός κεντρικού προγράμματος ανάπτυξης στην περιφέρεια, η έλλειψη αρκετών δομών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και η έλλειψη συντονισμού και συνεργασίας μεταξύ διαφόρων ψυχιατρικών μονάδων (Σακελλαρόπουλος, 2003).

1.1.4.1 Το Εθνικό πρόγραμμα Ψυχαργός

Με στόχο την διασφάλιση της συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ε.Ε. στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο με την κωδική ονομασία "Ψυχαργός" (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2010).

Συγκεκριμένα, καταρτίστηκε το 1999 ένα δεκαετές πρόγραμμα, το οποίο στοχεύει στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην κοινωνική ένταξη και επανένταξη, καθώς και την είσοδο στον εργασιακό χώρο των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Το πρόγραμμα αποτελεί τον επιχειρησιακό βραχίονα της πολιτικής του ελληνικού κράτους για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, τον αποϊδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τη δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών, κοινοτικά προσανατολισμένων και ενταγμένων σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2010).

Η πρώτη φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» υλοποιήθηκε κατά τη διετία 2000 - 2001. Στο τέλος του 2001 έγινε η πρώτη αναθεώρηση του «Ψυχαργός», ώστε να ισχύει πλέον για τη δεκαετία 2001 - 2010. Η δεύτερη αναθεώρησή του έλαβε χώρα για το έτος 2004, οπότε και ισχύει για μια νέα δεκαετία (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης , 2010).

Η Α' Φάση εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας», ως «ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα» και χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και από το Ελληνικό Δημόσιο (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων). Η Α' φάση του προγράμματος εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα και περιλάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών απ' όλα τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης , 2010).

Τα αποτελέσματα της Α' φάσης του προγράμματος «Ψυχαργός» ήταν η δημιουργία 49 Ξενώνων και 6 Οικοτροφείων, η δημιουργία 71 Εργαστηρίων κατάρτισης , η προκατάρτιση, η κατάρτιση και η απασχόληση 973 ασθενών . Επίσης, ο αποϊδρυματισμός, η διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (Ξενώνες, Οικοτροφεία) 769 ασθενών, η πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων και τέλος η κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης , 2010).

Στο πλαίσιο της Α' φάσης του «Ψυχαργός», είχε εγκριθεί, ως πιλοτική δράση, η δημιουργία και λειτουργία «Μονάδας Υποστήριξης, Εμπύχωσης και Παρακολούθησης (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) των Φορέων υλοποίησης» του προγράμματος (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης , 2010).

Η Μονάδα (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) στόχευε στην συμβολή, στην οργάνωση της υλοποίησης των δράσεων των Φορέων και στην υποστήριξη της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα που

επωφελήθηκαν της αποασυλοποίησης. Το έργο της σύστασης, συγκρότησης και λειτουργίας της Μονάδας, ανατέθηκε στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) μετά από σχετική προκήρυξη και ανοικτό διαγωνισμό (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης , 2010).

Η δραστηριότητα της Μονάδας αναπτύχθηκε στους ακόλουθους τομείς:

- i. 1. Στη Συλλογή, στην επεξεργασία και στην κωδικοποίηση των πληροφοριών και των στοιχείων.
- ii. 2. Στο Σχεδιασμό και στη λειτουργία Βάσεων Δεδομένων και Τηλεματικού Συστήματος .
- iii. 3. Στον εντοπισμό, στην ανάλυση και επικύρωση της καινοτομίας .
- iv. 4. Στις ενέργειες διάδοσης-ευαισθητοποίησης .
- v. 5. Στα σεμινάρια και στις συσκέψεις εργασίας .
- vi. 6. Στην εμπύχωση και στην ενεργό τεχνική υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και στην τεχνική υποστήριξη της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπ. Υγείας – Πρόνοιας .
- vii. 7. Στην οργάνωση Ελληνικού Δικτύου Φορέων υλοποίησης και στην τεχνική υποστήριξη σχεδίων διακρατικών συνεργασιών .

Το έργο της Μονάδας Υποστήριξης, Εμπύχωσης & Παρακολούθησης (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) ολοκληρώθηκε και αξιολογήθηκε θετικά από Ομάδα Ανεξάρτητων Εμπειρογνομόνων - Αξιολογητών, αλλά και από το σύνολο των εμπλεκόμενων στο Πρόγραμμα Φορέων (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης , 2010).

Η Β' Φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» αναφέρεται στην περίοδο 2000 - 2006 και συμπίπτει με την υλοποίηση του Τομεακού Επιχειρησιακού Προγράμματος "Υγεία - Πρόνοια" του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, αφορά δε στην ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη την χώρα. Με τις δομές αυτές εξασφαλίζεται, η παροχή

υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη και απευθύνονται σε ενήλικες, παιδιά και εφήβους (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης , 2010).

Η ανάπτυξη δομών και υποδομών έχει σχεδιασθεί με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Δίνεται έμφαση αφενός στην αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη 3.500 ασθενών με μακρά παραμονή στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας και αφετέρου στην πρωτοβάθμια φροντίδα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης , 2010).

1.1.5 Η κοινοτική Ψυχιατρική

Με βάση το ψυχιατρικό γλωσσάριο της Α.Ψ.Ε. (Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία) του 1954, η κοινοτική ψυχιατρική είναι ένας ευρύς όρος που αναφέρεται στη χρήση όλων των διαθέσιμων δυνάμεων, πόρων και τεχνικών που συμβάλλουν στην οικονομικά εφικτή θεραπεία του ψυχιατρικά αρρώστου στην κοινότητα του (Μαδιανός 1989,).

Η Κοινοτική ψυχιατρική έχει σαν στόχο την ανίχνευση, πρόληψη και έγκαιρη θεραπεία των ψυχικά διαταραχών όπως αυτές αναπτύσσονται στην κοινότητα και όχι τον τρόπο με τον οποίο αυτές γίνονται αντιληπτές ή αντιμετωπίζονται στο ψυχιατρείο ή στις συγκεντρωτικές ψυχιατρικές υπηρεσίες. Ειδική έμφαση αποδίδεται στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που συσχετίζονται με την εκδήλωση της ψυχικής αρρώστιας (Μαδιανός 1989) .

Σύμφωνα με τον Ruesch, «Κοινοτική ψυχιατρική είναι ένα σύνθετο επιχειρησιακό σύνολο το οποίο στοχεύει στην αλλαγή στάσεων, αύξηση της επίγνωσης, δυνατότητα θεραπείας σε όλους με κινητοποίηση των αναγκαίων δυνάμεων-πόρων που εφαρμόζεται σε κοινοτικό επίπεδο» (Μαδιανός 1989).

Σύμφωνα με τον Duhl, «η κοινοτική ψυχιατρική έχει ως στόχο την βελτιστοποίηση των προσαρμοστικών δυναμικών και των ψυχοκοινωνικών επιδεξιοτήτων, όπως και τη μείωση των επιπέδων της ψυχοπαθολογίας σε ομάδες πληθυσμών της κοινότητας με την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης, ανίχνευσης περιπτώσεων, θεραπευτικής παρέμβασης και αποκατάστασης. Το άτομο δεν παραμένει ως ένα ατομικό πρόβλημα αλλά ως η έκφραση μιας περισσότερο γενικής ψυχιατρικής ανάγκης μιας ομάδας πληθυσμού», (Μαδιανός 1989).

Ένας ακόμα ορισμός θεωρεί ως Κοινοτική Ψυχιατρική την όποια προσπάθεια για την εφαρμογή τεχνικών της κλινικής Ψυχιατρικής για τη μείωση ή της αποσαφήνιση της ψυχοπαθολογίας μιας συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού μεγαλύτερης από το μέγεθος μιας οικογένειας (Μαδιανός, 1989).

Η Κοινοτική Ψυχιατρική αποτελεί ένα στοιχείο της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής και συνεισφέρει σε αυτή το κλινικό σκέλος μέσα σε ένα ευρύ φάσμα ποικίλων θεραπευτικών προληπτικών διαδικασιών από τη διακλαδική ομάδα της ψυχικής υγείας (Μαδιανός, 1989).

1.1.5.1 Αρχές Κοινοτικής Ψυχιατρικής

Οι αρχές στις οποίες βασίζεται η κοινοτική Ψυχιατρική είναι οι ακόλουθες:

- i. **Η αρχή της πλήρους παροχής με μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα**, σε σύντομο χρονικό διάστημα και το μικρότερο δυνατό κόστος. Στην αρχή αυτή, υπάγεται η έννοια της προσαρμογής της θεραπείας σε

χρονικά πλαίσια εναρμονιζόμενα με τις συγκεκριμένες ανάγκες της ψυχοπαθολογίας του ατόμου (Μαδιανός, 1989).

- ii. **Η αρχή της τομεοποίησης**, δηλαδή της παροχής υπηρεσιών σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο, που χωρίς αυτή, κάθε προσπάθεια για κοινοτική δουλειά είναι αδύνατη (Μαδιανός 1989).
- iii. **Η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς** από τον ίδιο θεραπευτή που για ορισμένες παθήσεις είναι ο καλύτερος τρόπος αποφυγής της υποτροπής και του εγκλεισμού στο άσυλο. Τα θεραπευτικά αποτελέσματα της παροχής αξιολογούνται συνεχώς (Μαδιανός, 1989).
- iv. **Η αρχή της ανταποκριτικότητας**. Η προσέλευση του κοινού στο Κ.Κ.Ψ.Υ. είναι ανάλογη με την ανάπτυξη του δικτύου παραπομπών που γίνεται μέσα από την συνεργασία του Κέντρου με τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας. (Μαδιανός, 1989).

Οι βασικές θεωρητικές θέσεις της Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής είναι οι εξής:

- i. Η Κοινωνική Ψυχιατρική είναι η μέθοδος και το εργαλείο της ανάδειξης της σημασίας των κοινωνικών αντιθέσεων και αντιφάσεων στη γένεση της ψυχοπαθολογίας (Μαδιανός, 1985).
- ii. Η Κοινωνική Ψυχιατρική θεωρεί ότι οι ψυχικές αρρώστιες είναι σαν τις άλλες αρρώστιες (Μαδιανός, 1993).
- iii. Η Κοινοτική Ψυχιατρική στοχεύει στη μείωση της σημασίας του διαχωρισμού των εννοιών «φυσιολογικότητα / μη φυσιολογικότητα », αφού η βασική της θέση είναι το διαλεκτικό δίπολο Υγεία-Αρρώστια με μεσοδιαστήματα εσωτερικής και εξωτερικής ισορροπίας και ανισορροπίας, θλίψης και ευτυχίας, πόνου και χαράς. Η αναζήτηση της απόλυτης υγείας είναι μία ουτοπία, μία μορφή «Νεύρωσης» (Μαδιανός, 1993).
- iv. Η Κοινοτική Ψυχιατρική ως θεραπευτική προσέγγιση έχει ως στόχο το άτομο μέσα στην κοινότητα, η οποία αφορά το σύνολο των

διαπροσωπικών, συγγενικών, οικονομικών και κοινωνικών σχέσεων του ατόμου. Μετά από την κλινική αναγνώριση της ατομικής περίπτωσης αναγνωρίζουμε την κοινότητα (ως δομή και οργάνωση) και από την αναγνώριση της κοινότητας αναγνωρίζουμε την ατομικότητα (Μαδιανός, 1993).

- v. Η ανθρώπινη συμπεριφορά δε μπορεί να γίνει κατανοητή όταν θεωρείται αποξενωμένη από την κοινότητα, δηλαδή το φυσικό, το κοινωνικό και το πολιτιστικό περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσεται (Μαδιανός, 1993).

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

1.1.5.2 Οι Αρχές της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Ο όρος «αποκατάσταση» ορίζεται ως μία δυναμική διαδικασία μέσα στα πλαίσια της συντονισμένης εφαρμογής ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων, που στοχεύει στο να υποβοηθήσει το άτομο με ψυχική ή σωματική νόσο, να φτάσει στο μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας, παράλληλα αποσκοπεί στην ένταξη του στην κοινωνία. Η ψυχιατρική – ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στοχεύει στην αύξηση της λειτουργικότητας του ατόμου, που νοσεί ψυχικά, στο στεγαστικό, επαγγελματικό ή εκπαιδευτικό χώρο της επιλογής του, με τη μικρότερη δυνατή παρέμβαση από τους ειδικούς (Anthony και συν. 1983).

Με βάση την συναινετική Διακήρυξη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρείας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση, «η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία η οποία διευκολύνει τις ευκαιρίες για άτομα - με έκπτωση λειτουργικότητας, ανάικα ή ανάπηρα από μια ψυχική διαταραχή – να πετύχουν ένα όσο το δυνατό καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση συνεπάγεται τόσο τη βελτίωση των ικανοτήτων του ατόμου, όσο και την εισαγωγή περιβαλλοντικών αλλαγών, ώστε να δημιουργήσει μια ζωή περισσότερο ποιοτική για τους ανθρώπους

που έχουν βιώσει μια ψυχονοητική διαταραχή, ή που έχουν μια έκπτωση της ψυχονοητικής τους ικανότητας, τέτοια που να έχει παράγει ένα ορισμένο επίπεδο αναπηρίας» (Who – Wapr 1996).

Η Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση βασίζεται σε Αρχές οποίες συγκλίνουν με τις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής, καθώς η μία είναι προϋπόθεση της άλλης και οι στόχοι παραμένουν ίδιοι και ταυτόσημοι. Πιο συγκεκριμένα, οι γενικές συνθήκες που θεωρούνται απαραίτητες για παροχή θεραπευτικής και ψυχοκοινωνικής φροντίδας είναι:

- i. Η Εξατομικευμένη προσέγγιση (θεραπεία και φροντίδα).
- ii. Το συνεχές της φροντίδας (το οποίο περιλαμβάνει συνέχεια των σχέσεων με τη θεραπευτική ομάδα και μια ελαστική και η συνεκτική ταυτόχρονα μετάβαση και σύνδεση μεταξύ όλων των συντελεστών του προγράμματος φροντίδας και θεραπείας).
- iii. Η Ενημέρωση και η εκπαίδευση του ψυχικά πάσχοντα σχετικά με τη διαταραχή και το σχέδιο φροντίδας που απαιτείται για την καλύτερη αντιμετώπιση της (ενεργητική συναίνεση, υπεύθυνος ρόλος ψυχικά πασχόντων ως χρήστες της υπηρεσίας).
- iv. Ο ασφαλής και άνετος χώρος διαβίωσης με διασφάλιση τόσο του ιδιωτικού χώρου, όσο και της δυνατότητας επαφής με άλλα άτομα.
- v. Η αποτελεσματική διαχείριση και αντιμετώπιση των κρίσεων και υποτροπών μέσω 24/ωρης λειτουργίας μονάδας κρίσης καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου (αποφυγή στο μέγιστο δυνατό των νοσηλειών σε νοσοκομειακό χώρο).
- vi. Η εμπλοκή, η στήριξη και η εκπαίδευση της οικογένειας, όπως επίσης και άλλων σημαντικών προσώπων της κοινότητας για κάθε ψυχικά πάσχοντα.
- vii. Η προσέγγιση που προσδιορίζει και ενισχύει την ικανότητα του ατόμου να δημιουργεί δεσμούς και δίκτυα.

- viii. Η ενεργητική στήριξη και βοήθεια στο «φυσικό» περιβάλλον όπου ζει κάθε άτομο.
- ix. Η επεξεργασία μιας ρεαλιστικής μακροπρόθεσμης προσέγγισης, η οποία να αναγνωρίζει τις διάφορες φάσεις και στάδια στην εξέλιξη και αποκατάσταση της σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής.
- x. Οι διαρκείς δράσεις για τον αποστιγματισμό της ψυχικής διαταραχής (προσέγγιση σε ατομικό επίπεδο αυτό – στιγματισμού, οικογενειακό επίπεδο και ευρύτερο κοινοτικό επίπεδο).
- xi. Η διαθεσιμότητα, η χρήση και η πρόσβαση σε κοινοτικούς πόρους στο ιδιαίτερο πολιτισμικό περιβάλλον κάθε τοπικής κοινωνίας.
- xii. Η σύνδεση και η χρήση του δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Στυλιανίδης και συν. 2000).

1.1.6 Δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης

Τοπική Αυτοδιοίκηση και Πρωτοβάθμια Ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα.

Μέχρι σήμερα λειτουργούν κέντρα Ψυχικής Υγείας από τα οποία , τα περισσότερα έχουν λειτουργήσει πρόσφατα. σχεδόν όλα ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. ή στο Σύστημα του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής ή στα Πανεπιστήμια. Η Τοπική Αυτοδιοίκηση, με ελάχιστες εξαιρέσεις , έμεινε στο περιθώριο των επιλογών ίδρυσής τους ή της οργάνωσης και λειτουργίας τους, ενώ σε ορισμένες ελάχιστες περιπτώσεις υπήρξαν τριβές και αντιστάσεις στην λειτουργία κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών (Μαδιανός, 1987).

Παρόλα αυτά υπάρχουν οργανισμοί υγείας που υπάγονται σε δήμους, οι οποίοι έχουν πετύχει να εξυπηρετήσουν σχεδόν όλους τους πολίτες ως προς την κάλυψη των ψυχιατρικών τους αναγκών, όπως για παράδειγμα ο δημοτικός οργανισμός Υγείας και Πρόνοιας του εκάστοτε Δήμου. Ο Δημοτικός Οργανισμός Υγείας και Πρόνοιας αποτελεί το

θεσμοθετημένο πλαίσιο λειτουργίας μιας σειράς υπηρεσιών και προγραμμάτων που εδώ και χρόνια υλοποιεί ο Κοινωνικός Τομέας των Δήμων. Η υπηρεσία απευθύνεται τόσο σε ειδικές ομάδες πληθυσμού όπως Άτομα με Αναπηρίες, ανύπαντρες μητέρες, άτομα κάτω από το όριο της φτώχειας κλπ, καθώς και στον γενικό πληθυσμό με δράσεις πρόληψης υποστήριξης και προαγωγής της ψυχικής υγείας (Μαδιανός, 1987).

Όσον αφορά στους ψυχικά ασθενείς, ο δήμος, δεν είναι αρμόδιος ώστε να περιθάλπει ή να στηρίζει φαρμακευτικά τους ψυχικά ασθενείς, παρά μόνο να τους παραπέμψει στις αρμόδιες κρατικές δομές. Η μόνη υπηρεσία του Δημοτικού Οργανισμού Υγείας και Πρόνοιας που βοηθά το άτομο με ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς είναι το συμβουλευτικό κέντρο ατόμου και οικογένειας που δημιουργήθηκε για να στηρίζει τους ανθρώπους που αντιμετωπίζουν προβλήματα στην προσωπική - οικογενειακή αλλά και κοινωνική - επαγγελματική τους ζωή (Μαδιανός, 1987).

Άλλες υπηρεσίες που ανήκουν στην Πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι η Ιατροκοινωνική Υπηρεσία του Ι.Κ.Α. και τα Παιδοψυχιατρικά τμήματα των Γενικών νοσοκομείων, οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.) και το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (Ε.ΚΕ.Ψ.Υ.Ε.)

1.1.7 Δομές δευτεροβάθμιας περίθαλψης

Η Δευτεροβάθμια περίθαλψη παρέχεται στο Γενικό Νοσοκομείο του νομού, όπου λειτουργεί η Ψυχιατρική Μονάδα, ή στο Γενικό Νοσοκομείο έξω από την Κοινότητα (Μαδιανός,1994).

Ψυχιατρικό Νοσοκομείο

Αφορά σε ειδικό νοσοκομείο, εξειδικευμένο στην περίθαλψη ατόμων με χρόνιες σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Ταυτόχρονα, διαθέτει μονάδες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, μονάδες ψυχοκοινωνικής

αποκατάστασης (Ξενώνες, Οικοτροφεία, Προστατευμένα Διαμερίσματα) και μονάδες ψυχικής υγείας (Κέντρα Ψυχικής Υγείας) καθώς επίσης και εξειδικευμένα κέντρα (Κέντρα Ημέρας, Επαγγελματικά και Προεπαγγελματικά Εργαστήρια, κλπ). (Υπάγεται στο Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Πατρών), (Μαδιανός, 1994).

Στο πλαίσιο της προσπάθειας μετασχηματισμού τους, τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία βαθμιαία καταργούνται και είτε υποκαθίστανται από άλλες υπηρεσίες, είτε μετατρέπονται σε δίκτυα μονάδων ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα (Μαδιανός, 1994).

Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο

Πρόκειται για ειδικό νοσοκομείο για την περίθαλψη παιδιών και εφήβων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Ταυτόχρονα, Διαθέτει μονάδες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Ξενώνες, Οικοτροφεία, Προστατευμένα Διαμερίσματα) και μονάδες ψυχικής υγείας (Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα) καθώς επίσης και εξειδικευμένα κέντρα (Κέντρα Ημέρας, Επαγγελματικά και Προεπαγγελματικά Εργαστήρια, κλπ) (Μαδιανός,1994).

Στο πλαίσιο της συντελούμενης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, το μοναδικό Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο (στη Ραφήνα Αττικής) βαθμιαία καταργείται και υποκαθίσταται από άλλες δομές παροχής υπηρεσιών ενδονοσοκομειακής νοσηλείας σε Γενικά Νοσοκομεία και Νοσοκομεία Παίδων. Ταυτόχρονα μετατρέπεται σε δίκτυο μονάδων ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα (Μαδιανός, 1994).

1.1.8 Δομές Τριτοβάθμιας Περίθαλψης

Η Τριτοβάθμια περίθαλψη στην ψυχιατρική είναι η εξειδικευμένη περίθαλψη που παρέχεται σε πανεπιστημιακά ή άλλα κέντρα , με στόχο τη αντιμετώπιση ειδικών ψυχιατρικών προβλημάτων (Μαδιανός, Αθήνα 1994).

Στεγαστικές μονάδες αποκατάστασης:

- **Ο Ξενώνας**

Πρόκειται για μια στεγαστική μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, που φιλοξενεί άτομα με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Συγκεκριμένα, φιλοξενούνται ασθενείς που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή κρίνεται αναγκαία η προσωρινή απομάκρυνσή τους από το περιβάλλον της οικογένειας ή χρειάζονται μία περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για τη ζωή στην κοινότητα. Η λειτουργία του Ξενώνα είναι ανοιχτή στην κοινωνία και προσομοιάζει με το οικογενειακό περιβάλλον. Γι' αυτό το λόγο επιβάλλεται η παρουσία του ξενώνα σε κατοικημένες περιοχές (Σικελιανού, 2010).

Οι κυριότεροι λόγοι παραμονής των ασθενών στον ξενώνα, σύμφωνα με τον Γκιωνάκη (1999) είναι οι εξής:

- Η έλλειψη στέγασης.
- Η αναγκαία απομάκρυνση από την οικογένεια για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.
- Η κατάλληλη υποστήριξη και εκπαίδευση για ανεύρεση εργασίας.
- Η προετοιμασία για την επανένταξη και την αυτόνομη διαβίωση στην κοινότητα.
- Η παρακολούθηση του θεραπευτικού προγράμματος (συνήθως στο Νοσοκομείο Ημέρας).

Η αποτελεσματική λειτουργία του ξενώνα προϋποθέτει:

- Έναν προστατευόμενο χώρο, όπου προσφέρεται με την έννοια της προσωπικής οικίας, της καθημερινής ζωής και συμμετοχής των ατόμων σε όσα συμβαίνουν σε αυτό.
- Έναν προσωπικό χώρο και τα προσωπικά αντικείμενα που προσδίδουν στο άτομο την ατομικότητα, το σεβασμό και την μοναδικότητα.

- Έναν κοινόχρηστο χώρο και κοινούς κανόνες συνύπαρξης που συμβάλλει στην ανάπτυξη του συναισθήματος ότι το άτομο ανήκει σε μία ομάδα με κοινούς και διαφοροποιημένους στόχους.
- Έναν κοινωνικό χώρο, στον οποίο ανήκει ο ξενώνας και η συνεχής επικοινωνία με αυτόν. Έτσι το άτομο νιώθει ότι αποτελεί μέλος του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου (Στυλιανίδης και συν., 2004).

Τα προστατευόμενα διαμερίσματα

Τα προστατευόμενα διαμερίσματα είναι νοικιασμένα διαμερίσματα τα οποία πληρώνονται από την πολιτεία και στα οποία διαμένουν από τρεις (3) έως και έξι (6) ασθενείς που έχουν τη δυνατότητα να λειτουργήσουν στην κοινότητα (Σακελλαρόπουλος, 1991).

Ταυτόχρονα συνδέονται με το δίκτυο των κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών και με αυτόν τον τρόπο οι ασθενείς εξυπηρετούνται από τα εξωτερικά ιατρεία της κοινότητας και τις υπηρεσίες κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης. Οι ασθενείς που διαμένουν σε ένα προστατευμένο διαμέρισμα βελτιώνουν την ικανότητά τους για κοινωνικές σχέσεις, αξιοποιούν δημιουργικά τον ελεύθερο χρόνο τους και έχουν ενεργητικό ρόλο στην καθημερινότητά τους (Παπαδάτος και Στογιαννίδου, 1992).

Σύμφωνα με τον Χατζηϊωαννίδη (2003), όλα αυτά επιτυγχάνονται με τη συμβολή των ειδικών ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών κοινοτικών νοσηλευτών κ.ά.. και συμβάλλουν στη μείωση των συμπτωμάτων της ψυχικής νόσου, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των ασθενών και στην ανάπτυξη των κοινωνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων και δεξιοτήτων αυτοφροντίδας.

Τα κριτήρια για την εισαγωγή ενός ψυχικά ασθενή σε ένα προστατευμένο διαμέρισμα είναι τα εξής:

- Η κατάσταση της υγείας του ασθενή να είναι σταθερή.

- Ο ασθενής να μην έχει επιθετική συμπεριφορά τόσο προς τον εαυτό του όσο και προς τους άλλους.
- Ο ασθενής να αποδέχεται τον όρο της συμφωνίας με τους θεραπευτές, που αφορά στην αναζήτηση εργασίας.
- Ο ασθενής να αποδέχεται τον όρο που αφορά την παραμονή του στο διαμέρισμα από μερικές εβδομάδες μέχρι και μερικούς μήνες (Χατζηϊωαννίδης, 2003).

Σύμφωνα με το Μαδιανό (2005), οι βασικές αρχές του κανονισμού λειτουργίας ενός προστατευμένου διαμερίσματος είναι οι ακόλουθες:

- Η συναίνεση του ενοίκου με τις οδηγίες του θεράποντα ψυχίατρου ως προς τη φαρμακευτική αγωγή που πρέπει να ακολουθεί.
- Οι ένοικοι να μην παίρνουν αποφάσεις ούτε αναλαμβάνουν δεσμεύσεις για σοβαρά ζητήματα της διαμονής τους χωρίς τη σύμφωνη γνώμη της θεραπευτικής ομάδας.
- Οι ένοικοι να συμμετέχουν στην καθαριότητα των υπνοδωματίων και των κοινόχρηστων χώρων.
- Οι ένοικοι να φροντίζουν την ατομική τους εμφάνιση και καθαριότητα και την τακτοποίηση και φύλαξη των προσωπικών τους αντικειμένων.
- Οι ένοικοι να είναι παρόντες την ώρα του μεσημεριανού και του βραδινού φαγητού, ενώ αν απουσιάζει κάποιος θα πρέπει να ενημερώνει εγκαίρως.
- Οι ένοικοι να σέβονται όλους τους κανόνες της κοινής ζωής.
- Οι ένοικοι να συμμετέχουν σε όλες τις κοινωνικές εκδηλώσεις και συμβάλλουν με τη συμμετοχή τους, τις προσωπικές τους οικονομίες, τις ιδέες τους.
- Η απαγόρευση της χρήσης οиноπνευματωδών ή καπνού.
- Η απαγόρευση της διανυκτέρευσης άλλου προσώπου χωρίς ενημέρωση και άδεια της θεραπευτικής ομάδας.

- Η απαγόρευση της διανυκτέρευσης ενός ενοίκου εκτός του σπιτιού χωρίς προηγούμενη άδεια.
- Οι ένοικοι να μην συμμετέχουν σε τυχερά παιχνίδια(με χρήματα), εντός και εκτός του διαμερίσματος.
- Οι ένοικοι να αποφεύγουν τις διενέξεις με ενοίκους της πολυκατοικίας ή άλλους γείτονες. Όταν οι ένοικοι δεν μπορούν να επιλύσουν τα προβλήματά τους, ενημερώνουν κάποιον από τους υπεύθυνους της θεραπευτικής ομάδας.

Κάθε ασθενής έχει έναν ή δύο θεραπευτές που αποτελούν για τον ίδιο τα πρόσωπα αναφοράς. Καταλυτική είναι η συμβολή των κοινωνικών λειτουργών ή των ψυχολόγων σε καθημερινά πρακτικά ζητήματα όπως: στην αυτοεξυπηρέτηση, στη διαχείριση θεμάτων που αφορούν το σπίτι (π.χ. καθαριότητα, πλύσιμο πιάτων και ρούχων, μαγείρεμα, διαχείριση οικονομικών κ.ά.), στην παροχή της εκπαίδευσης σε θέματα προσωπικής ασφάλειας (π.χ. χρήση οικιακών συσκευών, χρήση μεταφορικών μέσων κ.ά.) (Σικελιανού, 2010).

Επιπλέον, οι ασθενείς σε συνεργασία με τους παραπάνω θεραπευτές μαζί με τον ψυχίατρο της δομής, αποφασίζουν για ορισμένους περιορισμούς, όπως π.χ. οι ασθενείς να ακολουθούν την φαρμακευτική αγωγή, να ενημερώνουν το προσωπικό όταν πρόκειται να απουσιάσουν. Το προσωπικό της δομής επισκέπτεται τους ενοίκους τακτικά με βάση ένα εβδομαδιαίο πρόγραμμα π.χ. δύο (2) έως τρεις (3) φορές την εβδομάδα. Ωστόσο, σε περιόδους κρίσης ενός ενοίκου ή σε περίπτωση άφιξης νέου ενοίκου στο διαμέρισμα, οι επισκέψεις γίνονται με μεγαλύτερη συχνότητα. Για τα άτομα που εργάζονται, υπάρχει πρόγραμμα συναντήσεων στο χώρο εργασίας των ενοίκων, κατά τις πρωινές ώρες, όπου δίνεται η δυνατότητα συζήτησης με τους εργοδότες- επιβλέποντες (Σικελιανού, 2010).

Το Οικοτροφείο

Πρόκειται για μία στεγαστική μονάδα υψηλού βαθμού προστασίας και μακρόχρονης διαμονής, όπου φιλοξενούνται χρόνιοι ψυχικά ασθενείς, οι οποίοι δεν έχουν τη δυνατότητα για ανεξάρτητη διαμονή στην κοινότητα. Μπορούν να φιλοξενηθούν μέχρι και είκοσι (20) ασθενείς.

Σύμφωνα με τον Μαδιανό (2005) η λειτουργία ενός οικοτροφείου διέπεται από τις αρχές της θεραπευτικής κοινότητας, οι οποίες είναι οι εξής:

- Κάθε δραστηριότητα και σχέση που αναπτύσσεται μέσα στο χώρο του οικοτροφείου αποτελεί μία ευκαιρία για προσωπική αλλαγή του κάθε ενοίκου.
- Όλοι οι ένοικοι έχουν το δικαίωμα για ίση μεταχείριση και προσωπική ανάπτυξη.
- Ο εκδημοκρατισμός των μελών του οικοτροφείου, δηλαδή οι ένοικοι να μοιράζονται τις θεραπευτικές και διαχειριστικές αποφάσεις. Κάθε ένοικος πρέπει να αισθάνεται υπεύθυνος και να συμμετέχει στα προβλήματα των άλλων.
- Η ανεκτικότητα. Τα μέλη της ομάδας των ενοίκων θα πρέπει να διέπονται από ανεκτικότητα σε μεγάλο βαθμό απέναντι στην προβληματική συμπεριφορά του άλλου.
- Η ελεύθερη επικοινωνία. Με βάση αυτή, δίνεται έμφαση στις άμεσες φιλικές σχέσεις, στη χρήση των μικρών ονομάτων και στην ειλικρινή έκφραση των συναισθημάτων ανάμεσα στους ενοίκους.
- Η αντιμετώπιση της πραγματικότητας. Περιλαμβάνει τη συνεχή ερμηνεία της συμπεριφοράς όλων των μελών, έτσι ώστε ο καθένας να περιορίζει τη χρήση των αμυντικών μηχανισμών όπως της σχάσης, της προβολής και της άρνησης (Μαδιανός, 2005).

Οι θεραπευτικοί στόχοι της ομάδας του προσωπικού (όπως του ψυχολόγου του κοινωνικού λειτουργού, του κοινοτικού νοσηλευτή κ.ά.) του οικοτροφείου, είναι η ενδυνάμωση της επιθυμίας των ενοίκων για

ενσωμάτωση στην κοινότητα, η ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων. Επίσης, η ανάπτυξη εργασιακής συμπεριφοράς, η συμμετοχή σε κοινωνικές καθημερινές δραστηριότητες, η δημιουργία και η ανάπτυξη σχέσεων με την κοινότητα. Τέλος, η έκφραση των συναισθημάτων , η ικανότητα λήψης αποφάσεων και η αυτονόμηση (Μαδιανός, 2005).

Τα άτομα που μπορούν να φιλοξενηθούν στο οικοτροφείο θα πρέπει να έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- Να χρήζουν ψυχογηριατρικής φροντίδας.
- Να πάσχουν από νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές.
- Να μπορούν να ζουν στην κοινότητα, αλλά να έχουν την ανάγκη υψηλής εποπτείας λόγω χαμηλού βαθμού αυτοδυναμίας (Σικελιανού , 2010).

Υποκεφάλαιο 2

Συστήματα Υπηρεσιών ψυχικής υγείας

2.1 Το σύστημα διατομεακής δράσης

Για την επεξεργασία και διαχείριση εθνικών προγραμμάτων ψυχικής υγείας η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας για τη Δημόσια Ψυχική Υγεία δίνει συγκεκριμένες κατευθύνσεις, μια εκ των οποίων είναι, η αποκέντρωση – τομεοποίηση, ο κοινοτικός προσανατολισμός των υπηρεσιών, η ισότητα πρόσβασης του πληθυσμού σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, η συνέχεια των δράσεων στην απάντηση των αναγκών, η προαγωγή της κοινοτικής συμμετοχής και αναφέρεται και η διατομεακή δράση (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας 1996).

«Μια αποτελεσματική πολιτική ψυχικής υγείας θα πρέπει να συνδεθεί οργανικά με την γενική πολιτική υγείας και να ορίσει άτομα υπεύθυνα για την λειτουργία και τον συντονισμό των υπηρεσιών. Σε κυβερνητικό επίπεδο είναι ζωτική προτεραιότητα να υπάρξει μια επανεξέταση των πολιτικών, έτσι ώστε να ενισχύουν τις δράσεις για την ψυχική υγεία. Σε κοινοτικό επίπεδο, υπεύθυνα άτομα πρέπει να διασφαλίσουν τη μεγιστοποίηση της χρήσης των διαθέσιμων κοινοτικών πόρων και να συμβάλλουν ώστε να ορισθούν προτεραιότητες με τη δημιουργία νέων προγραμμάτων, τα οποία να παρέχουν υπηρεσίες σε αναπάντητες ανάγκες ψυχικής υγείας» (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας 1996).

Σύμφωνα με τον Στυλιανίδη και συν.(2000), μια ανεξάρτητη λειτουργία υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν είναι ούτε αρκετή, ούτε αποτελεσματική. Αντίθετα, αν υπάρχει αλληλεξάρτηση και συμπληρωματικότητα σε ένα φάσμα υπηρεσιών δικτύων στήριξης κοινοτικών και συστημάτων υπηρεσιών, οι δυνατότητες ανάπτυξης είναι μεγαλύτερες και αποτελούν απαραίτητα στοιχεία για τα άτομα με ειδικές

ψυχοκοινωνικές ανάγκες που ζουν στην κοινότητα, προκειμένου να απαντηθούν οι βασικές ανάγκες.

Τα μοντέλα που χρησιμοποιήθηκαν για την προσέγγιση που αναφέρθηκε είναι το ιατρικό, το αποκαταστασιακό και το μοντέλο κοινωνικής στήριξης, σε μια προσπάθεια αποτελεσματικής απάντησης στις ανάγκες των ατόμων με σοβαρά ψυχικά προβλήματα σε κοινοτικό πλαίσιο (Στυλιανίδης και συν. 2000).

Ο κεντρικός στόχος αυτής της προσέγγισης της διατομεακής δράσης είναι το ξεπέρασμα του διαχωρισμού των δύο λογικών. Συγκεκριμένα της *κοινωνικής προσέγγισης*, που προϋποθέτει «την ικανότητα για δράση» των υποκειμένων και της *ιατρικής υγειονομικής προσέγγισης*, που προϋποθέτει την «ανικανότητα» τους (Στυλιανίδης και συν. 2000).

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ψυχιατρικά προβλήματα στην καθημερινότητά τους είναι διαφορετικά. Πιο συγκεκριμένα είναι η κατοικία, η φροντίδα υγείας, η οικονομική στήριξη, η εκπαίδευση γενικότερα και η επαγγελματική κατάρτιση ειδικότερα, η κοινωνική, οικογενειακή στήριξη απαιτούν και επιβάλλουν ένα συντονισμό και συνεργασία μεταξύ υπαρχόντων συστημάτων σε μια κοινότητα (Στυλιανίδης και συν. 2000).

Από την σκοπιά της η διατομεακή δράση πιστεύει ότι το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελεί μέρος των συστημάτων στήριξης. Στόχος των διεπαγγελματικών ομάδων ψυχικής υγείας, είναι η ανάπτυξη δράσεων και προγραμμάτων, ώστε μέσα από τον κατάλληλο συντονισμό, να απαντούν με ολοκληρωμένο, εύκολα προσβάσιμο και αποτελεσματικό τρόπο στις ανάγκες των ατόμων (Στυλιανίδης και συν. 2000).

Η στρατηγική δράσης σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο θα πρέπει να προωθεί την δημιουργία ολοκληρωμένων Συστημάτων Υγείας (Μπαϊρακτάρης 1996) και τον πειραματισμό καινοτόμων μεθόδων δράσης ενάντια σε κάθε μορφή κοινωνικού αποκλεισμού ευπαθών ομάδων πληθυσμού και ιδιαίτερα ατόμων με σοβαρές ψυχοκοινωνικές ανάγκες (Στυλιανίδης και συν. 2000).

Ένας από τους πόρους για την τοπική ανάπτυξη μπορεί να αποτελέσει το σύστημα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αφού είναι ενάντια στον κοινωνικό αποκλεισμό. Αυτό θα πραγματοποιηθεί με την συγκέντρωση των πόρων που διατίθενται για την ψυχική υγεία, με πόρους που διατίθενται για την τοπική ανάπτυξη στο πλαίσιο ενός σχεδίου στο οποίο η προαγωγή της ψυχικής υγείας συνιστά ένα σημαντικό στοιχείο της τοπικής ανάπτυξης. Οι πόροι αυτοί εμφανίζονται από τους χώρους δράσης, όπως είναι η τοπική αυτοδιοίκηση, οι παραγωγικοί και επαγγελματικοί φορείς, οι εκπαιδευτικοί και πολιτιστικοί οργανισμοί κ.λ.π. Μια προσέγγιση που θέτει τους πόρους που διατίθενται για την ψυχική υγεία στην υπηρεσία της ανάπτυξης όλης της κοινότητας προάγει την αναγωγή της ψυχικής υγείας σε υπόθεση όλης της κοινότητας και όχι μόνο κάποιων ειδικών του χώρου (Μπαϊρακτάρης 1996).

Για την υλοποίηση ενός προγράμματος ή μιάς ειδικής δράσης θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η συνεργασία με άλλους τομείς, τα δίκτυα υποστήριξης και τους κοινοτικούς πόρους (φανερούς ή «κρυφούς») που υπάρχουν σε εθνικό και τοπικό επίπεδο. Οι τομείς αυτοί μπορούν να δημιουργήσουν συνδέσεις, δράσεις και ενδυνάμωση (empowerment) τόσο των στρατηγικών στόχων προαγωγής της ψυχικής υγείας, όσο και των στόχων για τοπική ανάπτυξη (Μπαϊρακτάρης 1996).

Στο πλαίσιο της διατομεακής δράσης στην ψυχική υγεία και συγκεκριμένα στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση υπάρχει μια αλληλεπίδραση και συμπληρωματικότητα σε διάφορα επίπεδα παρεμβάσεων (Μπαϊρακτάρης 1996).

Η διατομεακή δράση αναφέρεται στην αποκέντρωση-τομεοποίηση, στον κοινοτικό προσανατολισμό των υπηρεσιών, στην ισότητα πρόσβασης του πληθυσμού σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, στη συνέχεια των δράσεων, στην απάντηση των αναγκών και στην προαγωγή της κοινοτικής συμμετοχής, στην προαγωγή της ανάπτυξης των ικανοτήτων στις σχέσεις, στην αυτονομία και στην ανεξαρτησία σε άτομα με σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα, στη δημιουργία προγραμμάτων εύκαμπτων και δημιουργικών, προσαρμοσμένων στις ειδικές ανάγκες κάθε ατόμου, στην ολοκλήρωση μια

«οικολογικής» προσέγγισης στην ανάλυση όλων των επιπέδων και πλαισίων όπου εκφράζεται: υποκειμενικό, δι-υποκειμενικό, οικογενειακό, οικιακό, επαγγελματικό και κοινωνικό δίκτυο σχέσεων, στην απαρτίωση των δράσεων και των προγραμμάτων μεταξύ τους, ώστε να συγκροτούν ένα δίκτυο απαντήσεων στις ανάγκες των ατόμων με σοβαρά ψυχικά προβλήματα, στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στην αποκατάσταση πρέπει να έχουν συνείδηση των συνθηκών του πολιτικού, κοινωνικού και οικονομικού πλαισίου (Στυλιανίδης, και συν. 2000).

Η επιτυχία της εργασιακής αποκατάστασης εξαρτάται απ' αυτές τις συνθήκες, οι οποίες δυστυχώς δεν είναι δυνατόν να ελέγχονται πάντα (Bachrach 1991).

Ιδιαίτερα θα προσθέταμε στον ευαίσθητο χώρο των κοινωνικών συμμαχιών οι χειρισμοί που απαιτούνται πρέπει να είναι εξαιρετικά λεπτοί και προσεκτικοί, προκειμένου να προάγεται με σαφήνεια ο στρατηγικός στόχος της διεύρυνσης των δικτύων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Bachrach 1991).

2.2 Το σύστημα της εξατομικευμένης ολοκληρωμένης και ενεργητικής φροντίδας (Assertive Community Treatment)

Ένας άλλος τύπος διαχείρισης ενός συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελεί το πρόγραμμα εξατομικευμένης ολοκληρωμένης και ενεργητικής φροντίδας (Assertive Community Treatment) ατόμων, με διάγνωση ψύχωση, στην κοινότητα, που άρχισε να εφαρμόζεται πιλοτικά από τους Stein και Test, τη δεκαετία του '80, στο Madison του Wisconsin (Η.Π.Α). Σύμφωνα με τον Olfson (1990), αποτελείται από μια σειρά παρεμβάσεων βασισμένων στην άμεση φροντίδα του ασθενούς, εκπαίδευση

σε βασικές δεξιότητες της καθημερινότητας και κοινωνική στήριξη. (Olfson, 1990).

Το A.C.T (Assertive Community Treatment) έχει ως βασική υπόθεση συγκρότησης του την παροχή πολυκλαδικών εξειδικευμένων υπηρεσιών σε κοινοτικό πλαίσιο, την ενίσχυση των δεσμών με προσβάσιμους πόρους και υπηρεσίες υγείας, ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και την προσέγγιση όλων εκείνων των πολύπλοκων παραγόντων που προκαλούν παρατεταμένη χρονιοποίηση και απώλεια στέγασης σε άτομα που πάσχουν από σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή (Lang και συν. 1999) (Heath και Nicholson 1999).

Με βάση τον προαναφερόμενο τύπο διαχείρισης, οι διεπιστημονικές ομάδες διευθύνονται συνήθως από ψυχίατρο. Μέλη της ομάδας συναντούν τα άτομα με διάγνωση ψύχωσης στην κοινότητα και όχι στα εξωτερικά ιατρεία. Τους διδάσκουν πώς να φροντίζουν και να αντιμετωπίζουν τις βασικές καθημερινές τους ανάγκες και αναλαμβάνουν να τους διασφαλίσουν τροφή, κατοικία, ένδυση και ιατρική φροντίδα. Οι ασθενείς στηρίζονται επίσης στο να εντάσσονται σε εργασιακό πλαίσιο και να διατηρούν – στο μέτρο του δυνατού – τη θέση εργασίας τους και ενθαρρύνονται στην ανάπτυξη ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων. Όταν η θεραπευτική ομάδα εκτιμά ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν υποτροπή ή βρίσκονται σε οξεία φάση, τους προσφέρουν άμεση θεραπευτική βοήθεια στο φυσικό τους περιβάλλον ή σε υπηρεσίες ψυχιατρικής φροντίδας, που λειτουργούν σε 24/ωρη βάση. Αυτή η ολοκληρωμένη κοινοτική στήριξη και παροχή φροντίδας σε όλα τα επίπεδα, έχει σαν βασικούς στόχους, την μείωση των ποσοστών διαρροής (drop – out) από το πρόγραμμα και την μείωση των νοσηλειών. (Heath και Nicholson, 1999).

Σύμφωνα με τους Stein και Test, (1980) τα βασικά χαρακτηριστικά της προσέγγισης του Assertive Community Treatment είναι η εξατομικευμένη προσέγγιση, βασιζόμενη στη λειτουργία της πολυκλαδικής ομάδας, η παροχή ολοκληρωμένης ψυχιατρικής και κοινωνικής φροντίδας, το πλαίσιο παροχής της φροντίδας που είναι το φυσικό περιβάλλον (κατοικία) ή ο χώρος εργασίας του ατόμου, η ενεργητική παροχή βοήθειας (Assertive

outreach), η έμφαση στην νοηματοδότηση των επαφών με διστακτικά ή μη συνεργάσιμα άτομα. Η συγκεκριμένη έμφαση βοηθά στη συμμόρφωση και διατήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (medication compliance). Έμφαση δίνεται και στη συνεργασία και στη δημιουργία ποιοτικών σχέσεων με τους χρήστες των υπηρεσιών του A.C.T. Οι σχέσεις βασίζονται στην ενεργή συμμετοχή και εμπλοκή των χρηστών που συμμετέχουν σαν «εταίροι» στην παροχή φροντίδας τους. Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης προσέγγισης είναι η έμφαση που δίνεται στην ολιστική προσέγγιση των επιθυμιών και αναγκών του κάθε ψυχικά πάσχοντα με την αρχή της ολοκληρωμένης παροχής (comprehensiveness), με μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα, σε σύντομο χρονικό διάστημα και το μικρότερο δυνατό κόστος (Στυλιανίδης και συν., 2000).

Η ελαστικότητα (flexibility) είναι μια τεχνική που βοηθά στις παρεμβάσεις και στην ένταση των επαφών που θα πρέπει πάντοτε να προσαρμόζονται στις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες του ψυχικά πάσχοντα. Η εταιρικότητα επίσης στη διαδικασία παροχής φροντίδας (partnership – incare) μεταξύ των χρηστών και των μελών της θεραπευτικής ομάδας διατηρείται καθ' όλη τη διάρκεια των φάσεων της εξέλιξης της διαταραχής, συμπεριλαμβάνοντας τις περιόδους κρίσεων, υποτροπών και νοσηλείας. Ένα άλλο χαρακτηριστικό του A.C.T είναι η εργασία μεταξύ της ομάδας που πρέπει να αποτελείται από μια μικρή σε αριθμό και με υψηλά κίνητρα η οποία διευκολύνει την καλή επικοινωνία και προωθεί υψηλά κλινικά κριτήρια. Τέλος, η εργασία σε δίκτυο με την παροχή υψηλού επιπέδου φροντίδας στην κοινότητα απαιτεί την εγκατάσταση αποτελεσματικών δεσμών συνεργασίας με άλλες δομές, επαγγελματικές ομάδες και κοινοτικούς πόρους και την ανάπτυξη κατάλληλων και ευαίσθητων δεσμών με το προσωπικό – κοινωνικό δίκτυο του κάθε χρήστη ξεχωριστά (Στυλιανίδης και συν., 2000).

2.3 Η αξιολόγηση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Η εκτίμηση του επιπέδου της επιτυχίας στην επίτευξη ενός προκαθορισμένου αντικειμενικού στόχου ορίζεται σαν αξιολόγηση η οποία αποτελείται από μια διαδικασία τεσσάρων σταδίων. Το στάδιο της διαμόρφωσης του αντικειμενικού στόχου του προγράμματος που θα αξιολογηθεί, της επιλογής των κριτηρίων με τα οποία θα αξιολογηθεί η επιτυχία, του καθορισμού και ερμηνείας του βαθμού επιτυχίας και της αξιολόγησης της επίπτωσης που προέρχεται από τα αποτελέσματα τα οποία δρουν ως μηχανισμός ανάδρασης (feed back) αν επέλθουν αλλαγές στο πρόγραμμα (Weiss, 1972), (Struening και Guttentag, 1975), (Μαδιανός, 1990).

Ο λόγος που αξιολογούμε είναι για τη διασφάλιση των άριστων προδιαγραφών της παροχής υπηρεσιών, για τη δημιουργία νέων κινήτρων, για την πιο εύκολη λήψη αποφάσεων, για τον σχεδιασμό νέων στόχων και για την κατανομή των πόρων (Weiss, 1972), (Struening και Guttentag, 1975), (Μαδιανός, 1990).

Η αξιολόγηση γίνεται για τις θεραπευτικές δραστηριότητες, για την εκπαίδευση- διδασκαλία- εποπτεία, για την οργάνωση- διαχείριση, για τη διαμόρφωση πολιτικής και την οικονομική διαχείριση (Weiss, 1972), (Struening και Guttentag, 1975), (Μαδιανός, 1990).

Σε ένα σύστημα αξιολόγησης πρέπει να τηρούνται οι ακόλουθες βασικές αρχές :

Η προτεραιότητα στην εξειδίκευση και επάρκεια των αξιολογητών. Η ύπαρξη εξωτερικών αξιολογητών. Ακόμη η ποιοτική επάρκεια των δεδομένων, η ύπαρξη πόρων για την υλοποίηση της αξιολόγησης και η δυνατότητα συγκρισιμότητας, π.χ., ως προς το κόστος. Τέλος, η χρησιμοποίηση έγκυρης και αξιόπιστης μεθοδολογίας .

Στα προγράμματα αξιολόγησης υπηρεσιών ψυχικής υγείας εκτιμάται : (α) η καταλληλότητα των υπηρεσιών προς τις ανάγκες της κοινότητας, β) η αποτελεσματικότητα (effectiveness) των προγραμμάτων που πρέπει να καλύπτουν τις ανάγκες αυτές και γ) η αποδοτικότητα (efficiency) μιας

υπηρεσίας ψυχικής υγείας που οργανώνεται και λειτουργεί με το μικρότερο κόστος και με βέλτιστο αποτέλεσμα (Τριχόπουλος, 1983), (Cochrane, 1971).

Οι υπηρεσίες κοινοτικής ψυχιατρικής και αποκατάστασης, και περισσότερο τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, πρέπει να εντάσσουν ένα σύστημα επιστημονικής αξιολόγησης της ποιότητας και της ποσότητας του έργου που παράγουν. Η ένταξη αυτή έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: αποτελείται από την έρευνα, τα ευρήματα, την παροχή υπηρεσιών και την αξιολόγηση (Τριχόπουλος, 1983), (Cochrane, 1971).

Όπως είναι φανερό, από τη σχέση έρευνας, παροχής υπηρεσιών και αξιολόγησης, η τελευταία δρα ως μηχανισμός ανάδρασης – ενίσχυσης (feed back), δηλαδή πληροφορεί τους ειδικούς για την αποδοτικότητα του έργου τους σε σχέση επίσης με τα αποτελέσματα της εκτίμησης των αναγκών της κοινότητας (assessment of needs) (Τριχόπουλος, 1983), (Cochrane, 1971).

Με το συγκεκριμένο τρόπο γίνεται η εξακρίβωση ανάμεσα σε αυτούς που ζητούν βοήθεια και σε εκείνους που βρέθηκαν κατά την επιτόπια έρευνα να νοσούν ψυχικά. Τα χαρακτηριστικά της ένταξης που δόθηκαν παραπάνω αποτελούν το σημαντικότερο μέρος της διαδικασίας της αξιολόγησης ως απαραίτητου εργαλείου για την Κοινοτική Ψυχιατρική. Η αξιολόγηση είναι μια συνεχής διαδικασία που αρχίζει και τελειώνει με τη διαμόρφωση αξιών (μεγεθών) (Τριχόπουλος, 1983), (Cochrane, 1971).

Σύμφωνα με τον Cochrane 1971 στη διαδικασία αυτή υπάρχει μια σειρά βασικών εννοιών όπως:

- Ο στόχος ή το αντικείμενο που θα αξιολογηθεί,
- Τα κριτήρια με τα οποία θα αξιολογηθεί,
- Οι υποθέσεις γύρω από τη στρατηγική της ανάλυσης,
- Η μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί,
- Η συνεργασία με τους φορείς-κλειδιά για την αξιολόγηση,
- Το αποτέλεσμα (outcome) της αξιολόγησης.

Σύμφωνα πάλι με τον Cochrane 1971, τέσσερις είναι οι μεθοδολογικές προσεγγίσεις στην έρευνα της αξιολόγησης.

Η υποκειμενική αξιολόγηση που μέσα από έμπειρους ειδικούς και μετά από τις επιτόπιες επισκέψεις, ανασκοπήσεις ή μελέτες περιπτώσεων (case studies), η ελεγκτική προσέγγιση, συνήθως εδώ ακολουθείται έλεγχος: α) σε οικονομική βάση, όπως λογιστικός έλεγχος εξόδων-εσόδων, κατανομή των πόρων των εξόδων, διακίνηση των αρρώστων μέσα από το πρόγραμμα, β) σε βάση κριτηρίων, αν δηλαδή το πρόγραμμα ακολουθεί κάποια πρότυπα τα οποία θέλει να προσεγγίσει και γ) σε βάση ελέγχου του προϋπολογισμού. Η προσέγγιση με ερευνητικά πρότυπα : α) το πρότυπο της επίτευξης του στόχου (goal attainment) που μετριέται σύμφωνα με κριτήρια, όπως εκείνο της προσπάθειας (ανθρωπόωρες εργασίας, αριθμός αρρώστων, εξειδίκευση προσωπικού), το κριτήριο της αποτελεσματικότητας (effectiveness), το κριτήριο της αποδοτικότητας (efficiency), δηλαδή τις εναλλακτικές λύσεις ως προς το κόστος. Οι ειδικές τεχνικές που εφαρμόζονται είναι εκείνες του κόστους οφέλους (cost-efficiency), με κριτήριο την επαρκή λειτουργικότητα της υπηρεσίας ή του προγράμματος, ή με κριτήρια επιχειρησιακά συστημικής προέλευσης με επίκεντρο την επιτυχία-αποτυχία, β) με τη δοκιμασία του προτύπου (testing model) που περιέχει στοιχεία επιχειρησιακής έρευνας. Τέλος, ο συνδυασμός διαφορετικών προσεγγίσεων, όπως της υποκειμενικής και της αντικειμενικής.

Προβλήματα εκπηγάζουν από τον ίδιο τον αξιολογητή, το ρόλο του, τη μεθοδολογία που ακολουθεί, την ιδεολογία της, τις έννοιες που πρέπει να ορίσει (Τριχόπουλος, 1983),(Cochrane, 1971).

Οι έννοιες που εμφανίζονται κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης και την επηρεάζουν είναι:

Η καθαρότητα μιας ιδέας ή ικανότητα επένδυσης στο χρόνο, οι αξίες, οι αντιστάσεις, το προσωπικό κέρδος, η καταλληλότητα της προσέγγισης, η υπευθυνότητα, η εγκυρότητα, η εγκυρότητα της προσέγγισης, οι επιπτώσεις από το αποτέλεσμα, η υποχρέωση και τα κίνητρα για τη συμμετοχή στην αξιολόγηση (Τριχόπουλος, 1983),(Cochrane, 1971).

2.3.α Για την σωστή αξιολόγηση παίζουν ρόλο η πολιτική, η ηθική και η ικανότητα της λήψης απόφασης (decision making) (Chinman και συν., 1999).

Ο τρόπος προσέγγισης για την αξιολόγηση των υπηρεσιών κοινοτικής ψυχιατρικής είναι:

- i. η **άμεση μέτρηση** των αποτελεσμάτων μιας θεραπευτικής παρέμβασης με μετρήσιμες μεθόδους, όπως η σοβαρότητα της ψυχικής κατάστασης ή η αποκατάσταση της λειτουργικότητας με τη χρήση κλιμάτων ή άλλων οργάνων. Η μεθοδολογία αυτή δεν διαφέρει από εκείνη που έχει αναπτυχθεί στο κεφάλαιο της ψυχιατρικής επιδημιολογίας (Chinman και συν., 1999).
- ii. η **έμμεση μέτρηση** με τις μεθόδους που ήδη έχουν αναφερθεί γύρω από την αξιολόγηση της αποδοτικότητας κ.λπ μιας υπηρεσίας ή προγράμματος (Chinman, και συν., 1999).

Η μεθοδολογία για την αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι η ίδια όπως στις άλλες υπηρεσίες υγείας. Συγκεκριμένα μετά την οριοθέτηση των κριτηρίων και των στόχων αρχίζει η διαδικασία της ανάλυσης που μπορεί να έχει, τη μορφή της περιγραφικής στατιστικής, όπως αυτή προκύπτει από την αναδρομική έρευνα της νοσηρότητας μέσα από τη χρήση αρχείων ή υπηρεσιών, και της αναλογικής της εκπροσώπησης στο γενικό πληθυσμό, β) τη χρήση πληροφοριών από απογραφικά αρχεία (case registers) που καλύπτουν τη νοσηλευτική κίνηση σε έναν τομέα ευθύνης ή, τέλος, γ) την εφαρμογή σύνθετων ερευνών με κάποιον ερευνητικό σχεδιασμό (Τριχόπουλος, 1983),(Cochrane, 1971).

Αν υπάρχουν κάποιοι παράγοντες, π.χ., καινούργιος προγραμματισμός υπηρεσιών, νέα νομοθεσία για εισαγωγές σε ψυχιατρεία, που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα, π.χ. το βαθμό συρρίκνωσης των ψυχιατρείων, τότε αυτοί οι παράγοντες μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως δείκτες αποτελεσματικότητας. Παρ' όλα αυτά μόνο περιορισμένα συμπεράσματα μπορεί να εξάγονται γιατί οι εκτιμήσεις αποκαλύπτουν

γενικές τάσεις. Αν σε μια σειρά π.χ. αυξάνεται ο αριθμός των ατόμων που αρρωσταίνουν ή επισκέπτονται μια ιατρική υπηρεσία, αυτό το φαινόμενο δεν είναι δυνατόν να αποδοθεί μόνο στην αποτελεσματικότητα ενός παράγοντα που επηρεάζει το σύστημα υπηρεσιών υγείας, γιατί παρεμβαίνουν αρκετοί άλλοι παράγοντες , π.χ. η προσεγγισιμότητα ή η διαθεσιμότητα της υπηρεσίας (Τριχόπουλος, 1983),(Cochrane, 1971).

Με τον όρο καλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών ορίζουμε τον τύπο της φροντίδας που προσφέρεται από έναν ειδικό ή μια ομάδα ειδικών κάτω από άριστες συνθήκες. Με τον ορισμό αυτό υπεισέρχεται ο παράγοντας των συνθηκών του περιβάλλοντος, οι οποίες παίζουν σημαντικό ρόλο. Τα ποιοτικά δεδομένα χαρακτηρίζονται από εκτιμήσεις σε κατηγορικά ή διχότομα ή σε αριθμητικά εν σειρά επίπεδα (Τριχόπουλος, 1983),(Cochrane, 1971).

Ορισμένες βασικές διαπιστώσεις γύρω από την αξιολόγηση της ποιότητας της παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών είναι ότι δεν υπάρχει απόλυτη μέτρηση της ποιότητας της παροχής υπηρεσιών, η καλή ποιοτικά παροχή είναι δυνατόν να φαίνεται και αξίζει να προσπαθεί κανείς για να την επιτύχει, πεπειραμένοι αξιολογητές συνήθως συμφωνούν πάνω σε παραδεκτά πρότυπα καλής παροχής υπηρεσιών, τα χαρακτηριστικά της καλής παροχής υπηρεσιών είναι δυνατόν να εκτιμηθούν, ο ορισμός του «καλού» εξαρτάται από την εμπειρία που προέρχεται από έρευνες που έχουν στόχο την επίτευξη του καλύτερου θεραπευτικού αποτελέσματος (Τριχόπουλος, 1983),(Cochrane, 1971).

Σύμφωνα με τον Donabedian (1969), υπάρχουν τρεις μέθοδοι με τις οποίες εκτιμάται το ποιοτικό έργο μιας υπηρεσίας. Συγκεκριμένα είναι, *Η αξιολόγηση της δομής* όπου παρέχονται οι υπηρεσίες. Με τον όρο δομή εννοείται η υλική και τεχνική υποδομή, τα μηχανήματα, τα κεφάλαια, το στελεχικό δυναμικό, το κατάλληλο κτίριο. Κατά τον Donabedian, η μορφή αυτής της αξιολόγησης έχει το πλεονέκτημα ότι οι πληροφορίες είναι σαφείς και μετρήσιμες. *Η αξιολόγηση των διαδικασιών (process evaluation)* με την έννοια της καλής ή κακής παροχής υπηρεσιών. Η αξιολόγηση αυτή

είναι λιγότερο αντικειμενική και αφορά κάθε διαδικασία που κάνουν οι άρρωστοι για την αναζήτηση βοήθειας. Ακόμα, η αξιολόγηση του αποτελέσματος (*outcome evaluation*) που απαιτεί ειδικό ερευνητικό σχεδιασμό. Αφορά τις επιδράσεις από την παροχή των υπηρεσιών. Π.χ. μείωση υποτροπών ή εισαγωγών στα ψυχιατρεία από τη λειτουργία Κ.Ψ.Υ.

Σύμφωνα με τους Zussman και Slawson (1972), για να εκτιμηθεί η ποιότητα των χαρακτηριστικών μιας υπηρεσίας, πρέπει να αξιολογούνται οι τομείς των χαρακτηριστικών της.

Οι συγγραφείς επέλεξαν εννέα τομείς που πρέπει να αξιολογούνται με τη χρήση αντικειμενικών μεθόδων (κλίμακες ή εκτιμήσεις με βάση πρότυπα και κριτήρια που έχουν ήδη γίνει αποδεκτά). Ο πρώτος τομέας είναι αναφέρεται στο φυσικό περιβάλλον όπου με αυτό εννοείται το κατασκευαστικό μέρος του περιβάλλοντος, που παρέχονται οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ώστε να είναι ασφαλές και κατάλληλο, δηλαδή η κτιριακή υποδομή και εξοπλισμός. Ένας άλλος τομέας είναι αυτός της διοικητικής δομής και διαδικασιών είναι ένα σύστημα τυπικών κανόνων σχέσεων επικοινωνιών και αρχειοθέτησης μέσα από το οποίο λειτουργεί μια υπηρεσία παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Zussman & Slawson, 1972).

Επιπλέον υπάρχει και ο τομέας της εκπαίδευσης και των ικανοτήτων του προσωπικού που εκφράζεται από τα επίπεδα της εκπαίδευσης και την πείρα που έχουν αποκτήσει σχετικά με το έργο που παρέχουν, π.χ., πόσοι έχουν άδεια ή ειδική εκπαίδευση για να ασκούν ψυχοθεραπείες κλπ. Ο τομέας των δεσμεύσεων του προσωπικού και το ηθικό του. Αυτό φαίνεται από το κατά πόσον το προσωπικό είναι ευχαριστημένο από το έργο του και τη γενική στάση του απέναντι στην εργασία που παρέχει (Zussman & Slawson, 1972).

Η ικανοποίηση του πελάτη μετριέται μέσα από συνεντεύξεις, με χρήστες τις υπηρεσίες, με ειδικά ερωτηματολόγια. Ο τομέας του βραχυπρόθεσμου θεραπευτικού αποτελέσματος (*outcome*) εκτιμάται μέσα από δείκτες, όπως είναι οι επανεισαγωγές μέσα στους έξι μήνες, ή μέσα από προοπτικές ή διαχρονικές έρευνες (πριν και μετά την ψυχιατρική νοσηλεία).

Ακολουθεί ο τομέας της καταλληλότητας της θεραπευτικής επιλογής. Για την αξιολόγηση του τομέα αυτού έχουν θεσπίσει εμπειρικά πρότυπα (empirical standards) και κανονιστικά πρότυπα (normative standards). Ως εμπειρικά πρότυπα θεωρούνται δείκτες όπως η σχέση κλινών/προσωπικού, η μέση διάρκεια νοσηλείας, τα ποσοστά των πρώτων εισαγωγών κ.ά (Zussman και Slawson, 1972).

Τέλος το σχετικό κόστος ανα θεραπευτική παρέμβαση αξιολογείται συγκριτικά με το κόστος του ίδιου θεραπευτικού έργου σε όμοιου τύπου άλλη υπηρεσία ή φορέα. Ο αντικειμενικός στόχος του τομέα αυτού είναι η επίτευξη της πιο αποδοτικής και αποτελεσματικής θεραπευτικής παρέμβασης που περιλαμβάνει τη διάγνωση, τη θεραπεία και αποκατάσταση του ψυχικά αρρώστου με το μικρότερο κόστος. Εδώ, πρέπει να σημειωθεί, υπαισέρχονται η έννοια «comprehensiveness» ως βασική αρχή της ολοκληρωμένης παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Zussman και Slawson, 1972).

Τα τέσσερα επίπεδα που διαφαίνεται η σχέση των διοικητικών στόχων και των επιπέδων αξιολόγησης είναι: το επίπεδο της διαχείρισης των πόρων του συστήματος, το επίπεδο του αρρώστου, το επίπεδο του αποτελέσματος των παρεμβάσεων και το επίπεδο των επιπτώσεων στην κοινότητα (Zussman και Slawson, 1972).

Όσον αφορά τους χρόνια ψυχικά αρρώστους η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας τους πρέπει να τείνει προς την επίτευξη ενός επιπέδου καλής ποιότητας της ζωής του. Στη σχέση αυτή εμπλέκονται οι παράγοντες: α) των πόρων (resources) αντιμετώπισης της αρρώστιας και β) το κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα (Zussman και Slawson, 1972).

2.3.1. Η ποσοτική αξιολόγηση των υπηρεσιών της ψυχιατρικής περίθαλψης

Τα ποσοτικά δεδομένα υπολογίζονται σε αριθμητικές ποσοτικές εκτιμήσεις, π.χ. ο αριθμός μονάδων ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, ο αριθμός των κρεβατιών κ.λπ. Η ποσοτική αξιολόγηση της ψυχιατρικής

περίθαλψης είναι δυνατό να περιλαμβάνει τα αναγκαία στοιχεία σε εθνικό και σε τοπικό επίπεδο. Πρέπει να σημειωθεί ότι τα ποσοστά χρήσης ψυχιατρικών υπηρεσιών προκύπτουν από το πηλίκο, στο οποίο αριθμητής είναι οι επισκέψεις ή οι νοσηλείες, και ο παρανομαστής ο τοπικός πληθυσμός του νόμου. Ως πρότυπα ποσοστά μπορούν να θεωρηθούν τα μέσα εθνικά ποσοστά ή τα μέσα ποσοστά της περιφέρειας. Έτσι είναι εύκολο να διακριθούν οι παρεκκλίσεις, σε τοπικό επίπεδο, από το εθνικό ή το περιφερειακό. Η ίδια μεθοδολογία εφαρμόζεται και στην περίπτωση της κατανομής του αριθμού των υπηρεσιών ή μονάδων ή στελεχικού δυναμικού (Stein και Test, 1980).

Ο ορισμός της καλής ποιότητας παροχής υπηρεσιών είναι ένας τύπος της φροντίδας που προσφέρεται από έναν ειδικό ή μια ομάδα ειδικών κάτω από άριστες συνθήκες. Έτσι υπεισέρχεται ο παράγοντας των συνθηκών του περιβάλλοντος, οι οποίες παίζουν σημαντικό ρόλο. Τα ποιοτικά δεδομένα χαρακτηρίζονται από εκτιμήσεις σε κατηγορικά ή διχότομα ή σε αριθμητικά εν σειρά επίπεδα (Stein και Test, 1980).

Ορισμένες βασικές διαπιστώσεις γύρω από την αξιολόγηση της ποιότητας της παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών είναι ότι δεν υπάρχει απόλυτη μέτρηση της ποιότητας της παροχής υπηρεσιών, η καλή ποιοτικά παροχή είναι δυνατόν να φαίνεται και αξίζει να προσπαθεί κανείς για να την επιτύχει, πεπειραμένοι αξιολογητές συνήθως συμφωνούν πάνω σε παραδεκτά πρότυπα καλής παροχής υπηρεσιών, τα χαρακτηριστικά της καλής παροχής υπηρεσιών είναι δυνατόν να εκτιμηθούν, ο ορισμός του «καλού» εξαρτάται από την εμπειρία που προέρχεται από έρευνες που έχουν στόχο την επίτευξη του καλύτερου θεραπευτικού αποτελέσματος (Stein και Test, 1980).

Σύμφωνα με τον Donabedian (1969), υπάρχουν τρεις μέθοδοι με τις οποίες εκτιμάται το ποιοτικό έργο μιας υπηρεσίας. Συγκεκριμένα είναι

- i. Η αξιολόγηση της δομής όπου παρέχονται οι υπηρεσίες. Με τον όρο δομή εννοείται η υλική και τεχνική υποδομή, τα μηχανήματα, τα κεφάλαια, το στελεχικό δυναμικό, το κατάλληλο κτίριο. Κατά

τον Donabedian, η μορφή αυτής της αξιολόγησης έχει το πλεονέκτημα ότι οι πληροφορίες είναι σαφείς και μετρήσιμες.

- ii. Η αξιολόγηση των διαδικασιών (process evaluation) με την έννοια της καλής ή κακής παροχής υπηρεσιών. Η αξιολόγηση αυτή είναι λιγότερο αντικειμενική και αφορά κάθε διαδικασία που κάνουν οι άρρωστοι για την αναζήτηση βοήθειας (Donabedian 1969).
- iii. Η αξιολόγηση του αποτελέσματος (outcome evaluation) που απαιτεί ειδικό ερευνητικό σχεδιασμό. Αφορά τις επιδράσεις από την παροχή των υπηρεσιών. Π.χ. μείωση υποτροπών ή εισαγωγών στα ψυχιατρεία από τη λειτουργία Κ.Ψ.Υ. (Donabedian 1969).

2.3.2. Η ποιοτική αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχιατρικής περίθαλψης

Για την ποιοτική ανάπτυξη, διατήρηση και παροχή φροντίδας, όπως επίσης και η ανάπτυξη της υπευθυνότητας (accountability) απέναντι στον άρρωστο, στους ασφαλιστικούς οργανισμούς και στη διοίκηση, στην ψυχιατρική, η διασφάλιση της ποιότητας της παροχής υπηρεσιών στην ψυχιατρική είναι μια μέθοδος (Wilson και Mahler, 1991).

Μέσα στα πλαίσια διαμόρφωσης του σχεδιασμού για την αξιολόγηση του βαθμού διασφάλισης της ποιότητας, στις ΗΠΑ έχει αναπτυχθεί ένας ολόκληρος μηχανισμός, όπου συμμετέχουν το ίδιο το ψυχιατρικό προσωπικό, οι καταναλωτές και ασφαλιστικοί οργανισμοί (Wilson και Mahler, 1991).

Το 1972, το κογκρέσο ψήφισε το Νόμο 92-603 με τον οποίο δημιουργήθηκε ο περίφημος οργανισμός επιθεώρησης των επαγγελματικών προτύπων (professional standards review organization), που ελέγχει την ποιότητα της παροχής υπηρεσιών κοινοτικής ψυχικής υγιεινής με την εισαγωγή κριτηρίων και προδιαγραφών (norms) (Wilson και Mahler, 1991).

Στην αξιολόγηση περιλαμβάνονται πληροφορίες από τη νοσηλευτική κίνηση καθώς και εκθέσεις από ομάδες καταναλωτών, οικονομικά-λογιστικά στοιχεία, κλινικές εκθέσεις ερευνών και αποτελέσματα από μελέτες στο προσωπικό (Wilson και Mahler, 1991).

Στο σχεδιασμό της αξιολόγησης για τη διασφάλιση της ποιότητας πρέπει να απαντώνται οι ακόλουθες έξι ερωτήσεις:

- i. Ποίος είναι ο υπεύθυνος – π.χ., άτομο, ομάδα, επιτροπή- για την διασφάλιση της ποιότητας;
- ii. Ποιος είναι ο σκοπός του προγράμματος διασφάλισης της ποιότητας σε σχέση με τους αντικειμενικούς στόχους της αξιολογούμενης υπηρεσίας;
- iii. Ποια είναι η οργανωτική δομή του προγράμματος διασφάλισης της ποιότητας;
- iv. Ποια είναι τα πιθανά προβλήματα κατά τη διαδικασία της εφαρμογής του προγράμματος και οι πιθανές λύσεις;

- v. Ποιες είναι οι πιθανές πηγές συλλογής πληροφοριών, οι τυχόν προτεραιότητες;
- vi. Ποιοι είναι οι μηχανισμοί για μια ετήσια αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας του προγράμματος διασφάλισης της ποιότητας; (Wilson & Mahler, 1991).

Το περιεχόμενο της διαδικασίας για τη διασφάλιση της ποιότητας περιλαμβάνει τη θέσπιση: α) προδιαγραφών(norms), β) κριτηρίων, γ) προτύπων(standards),δ) δεικτών(indicators),ε) καθορισμό των επιτρεπτών ορίων(thresholds). Η τήρηση ή η υπέρβαση των ανωτέρω στοιχείων είναι το ζητούμενο από τη μελέτη της διασφάλισης της ποιότητας παροχής των υπηρεσιών (Wilson & Mahler, 1991).

Συνήθως η διαδικασία του προγράμματος για τη διασφάλιση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών αναλαμβάνεται από μια επιτροπή (peer review) που είναι διακλαδική και περιλαμβάνει και διοικητικούς υπαλλήλους. Η διαδικασία αυτή όμως έχει διαπιστωθεί ότι προκαλεί συγκρούσεις μεταξύ εκείνων που εμπλέκονται στην επιθεώρηση (Wilson & Mahler, 1991).

2.4. Μέθοδοι αξιολόγησης των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

- **Η επιχειρησιακή έρευνα**

Η μέθοδος αυτή έχει εφαρμοστεί στη μελέτη ενός συστήματος υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει επτά φάσεις (Andersen, 1964). «Συγκεκριμένα οι φάσεις είναι οι εξής:

- i. Η διαμόρφωση του προβλήματος και τον καθορισμό των αντικειμενικών στόχων.
- ii. Η συλλογή των σχετικών με το πρόβλημα πληροφοριών.
- iii. Η ανάλυση των δεδομένων ώστε να διαμορφωθούν οι υποθέσεις και ένα μαθηματικό πρότυπο που να αναπαριστά το σύστημα που μελετάται.
- iv. Η κατάληξη σε λύσεις, από το πρότυπο.
- v. Η επιλογή των βέλτιστων λύσεων και προβλέψεων.

- vi. Η έλεγχο των βέλτιστων συνδυασμών παρεμβάσεων.
- vii. Οι συστάσεις για την εφαρμογή των λύσεων» (Andersen, 1964).

- **Η ανάλυση συστημάτων**

Η ανάλυση συστημάτων προσφέρει τη μέθοδο για τη μελέτη των πρώτων κυρίως φάσεων της επιχειρησιακής έρευνας:

Η διαδικασία περιλαμβάνει: α) τον ορισμό του προβλήματος, β) την προβολή των συντελεστών του προβλήματος, γ) την ύπαρξη εναλλακτικών λύσεων, δ) την εξέταση του κόστους/αποτελεσματικότητας των εναλλακτικών λύσεων και ε) την ερμηνεία της ποιότητας των αποτελεσμάτων (Andersen, 1964)

- **Το σύστημα απογραφής «περιπτώσεων» (case register)**

Η συνεχής απογραφή περιπτώσεων ψυχικά αρρώστων που έχουν κάποιου τύπου επαφή με ψυχιατρική υπηρεσία είναι ένα εργαλείο παροχής πληροφοριών για την αξιολόγηση των υπηρεσιών. Το προϊόν ενός συστήματος απογραφής περιπτώσεων είναι οι ετήσιες στατιστικές πληροφορίες σε εθνικό επίπεδο, οι ετήσιες στατιστικές πληροφορίες σε νομαρχιακό επίπεδο και οι ετήσιες στατιστικές πληροφορίες σε επίπεδο δήμου-κοινότητας (Andersen, 1964).

Ένα σύστημα συνεχούς απογραφής περιπτώσεων πρέπει να είναι ολοκληρωμένο, να είναι έγκυρο και αξιόπιστο σε υψηλό επίπεδο, π.χ., να χρησιμοποιείται ένα διεθνές διαγνωστικό σύστημα, π.χ. ICD 10, DSM III-R ή V, να διαφυλάσσει σε υψηλό επίπεδο κανόνων δεοντολογίας και ηθικής, να προσφέρει το μέγιστο βαθμό πληροφόρησης (Andersen, 1964).

- **Το σύστημα παρακολούθησης (monitoring) προγραμμάτων και υπηρεσιών**

Η παρακολούθηση (monitoring) ενός προγράμματος είναι μια διαδικασία ελέγχου που περιλαμβάνει. Την εφαρμογή και την ανάλυση σειράς επαναληπτικών εκτιμήσεων που στοχεύουν στην ανίχνευση των αλλαγών στο περιβάλλον ή στην κατάσταση υγείας πληθυσμών. Δεν πρέπει να συγχέεται με την επίβλεψη (surveillance), τις προοπτικές εκτίμησης του έργου μιας υπηρεσίας υγείας ή επαγγελματιών υγείας ή σε ποιο βαθμό οι άρρωστοι ανταποκρίνονται στην αναζήτηση βοήθειας από μια υπηρεσία υγείας και τη διαχείριση (management)

κάθε διαδικασίας υλοποίησης δραστηριοτήτων που έχουν προγραμματιστεί και τον έλεγχο της σταδιακής τους εφαρμογής (Andersen, 1964).

Στην περίπτωση της παρακολούθησης π.χ. ενός προγράμματος η τεχνική της παρακολούθησης πρέπει να βασιστεί στη δημιουργία μιας τυποποιημένης διαδικασίας συλλογής και καταγραφής των στοιχείων που αφορούν την εξέλιξη του προγράμματος και τη σταδιακή υλοποίηση κάθε δραστηριότητας που έχει προγραμματιστεί καθώς και την κατανάλωση των οικονομικών πόρων-δαπανών (Andersen, 1964).

Το δελτίο καταγραφής των πληροφοριών πρέπει να περιλαμβάνει στοιχεία που αφορούν: α) τη λειτουργία του προγράμματος, τον τύπο του προγράμματος-μονάδας, το φορέα του, τη διασύνδεσή του με άλλους φορείς, π.χ., το γενικό νοσοκομείο με το τοπικό ψυχιατρικό νοσοκομείο, τον τυχόν τομέα ευθύνης κ.λπ., β) τη χρήση υπηρεσιών από τους καταναλωτές, γ) τη διάρθρωση του προσωπικού, δ) τις δαπάνες του προγράμματος και ε) την πορεία των οικοδομικών φάσεων σε περίπτωση κτιριακού προγράμματος (Andersen, 1964)

Θα πρέπει επίσης να χρησιμοποιηθούν δείκτες εκτίμησης της συνολικής λειτουργικότητας της μονάδας ψυχικής υγείας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ο τρόπος της συλλογής των στοιχείων σε κάθε φάση της παρακολούθησης είναι η επιτόπια έρευνα (field survey) για κάθε πρόγραμμα. (Andersen, 1964)

Υποκεφάλαιο 3

Ποιοτικοί παράγοντες οργάνωσης και λειτουργίας των Υπηρεσιών και δομών ψυχιατρικής περίθαλψης

3.1 Ιεραρχική οργάνωση προσωπικού των Υπηρεσιών και δομών Ψυχικής Υγείας

Η εργασία μιας ομάδας επαγγελματιών ψυχικής υγείας με χρόνιους ασθενείς, σε δομές αποκατάστασης, είναι ένα δύσκολο έργο όπου εμφανίζονται πολλά προβλήματα. Η ανάγκη δημιουργίας και διατήρησης μίας ενεργούς προσεγγιστικής σχέσης μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και των ασθενών αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες, που προϋποθέτει εκ των προτέρων την καλή οργάνωση της ομάδας προσωπικού. Στην οργάνωση της ομάδας προσωπικού συμβάλλει ο τρόπος διοίκησης και η λειτουργία της ηγεσίας, σύμφωνα με τους Watts και Bennett (1983).

Οι Kerr και συν (1974) και ο Anderson (2003) υποστηρίζουν ότι η οργάνωση μιας ομάδας προσωπικού ξεκινά από τη στιγμή που κάθε θεραπευτής έχει έναν συγκεκριμένο και ξεκάθαρο ρόλο και όταν όλοι οι θεραπευτές συμμετέχουν σε τακτές συναντήσεις, που έχουν ως στόχο την ανταλλαγή πληροφοριών επικοινωνίας για τον θεραπευτικό σχεδιασμό.

Στην οργάνωση αυτή της ομάδας προσωπικού, κάποιος αναδεικνύεται ως “*αρχηγός*” της ομάδας αυτής (όπως ορίζεται από το κάθε πλαίσιο αναφοράς). Ένα από τα πιο κρίσιμα και σημαντικά έργα του “*αρχηγού*” της ομάδας προσωπικού δεν είναι μόνο να επιβλέπει και να αποφασίζει ποιο είναι σωστό και ποιο λάθος, αλλά και πώς θα καθοδηγήσει έτσι το προσωπικό ώστε να γίνει κατά το δυνατόν ένα “*ιδανικό*” προσωπικό (Adair 1983).

Ο Δαμίγος (2003) εδώ προσθέτει ότι ο «αρχηγός» της θεραπευτικής ομάδας, ως επιστημονικός υπεύθυνος στο θεραπευτικό πλαίσιο μιας στεγαστικής δομής, ασκεί εποπτεία σε κάθε θέμα ή κλινικό πρόβλημα που προκύπτει, σε συνεργασία με τον θεραπευτή αναφοράς ή κάποιο άλλο μέλος της θεραπευτικής ομάδας.

Κατά τους Bass και Valenzi (1974), ο ρόλος του “αρχηγού” πρέπει να έχει ως στόχο την “αλυσιδωτή” διαμόρφωση σχέσεων επικοινωνίας των θεραπειών ως προς το κλινικό έργο, μέσα από την ανταλλαγή απόψεων και πληροφοριών, βοηθώντας τα μέλη ξεχωριστά να εκφράζουν τα συμπεράσματά τους για την εξέλιξη του θεραπευτικού έργου, με βάση τον εξειδικευμένο θεραπευτικό τους ρόλο.

Παράλληλα οι Fleishman και Harris (1962) υποστηρίζουν ότι η αμοιβαιότητα και η μετάδοση και ανταλλαγή των πληροφοριών ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού, θα πρέπει να προωθείται από τον αρχηγό της ομάδας ενώ ταυτόχρονα πρέπει να εμφανίζεται υποστηρικτικός, δείχνοντας την απαραίτητη και αναγκαία κατανόηση ως προς το δύσκολο έργο της ομάδας.

Η λειτουργία του «διερευνητικού» ρόλου (inquisitional function) και η λειτουργία του ρόλου της ενσυναίσθησης (empathic containing function) είναι οι λειτουργίες του ρόλου του αρχηγού μιας θεραπευτικής ομάδας.

Σύμφωνα με την λειτουργία του «διερευνητικού» ρόλου, βασικό και κύριο έργο του αρχηγού είναι να επιτηρεί και να εκτιμά το θεραπευτικό έργο όλης της θεραπευτικής ομάδας και κάθε θεραπευτή ξεχωριστά, όπως π.χ. εάν κατηγοριοποιεί τις ανάγκες των ασθενών, εάν θέτει τους θεραπευτικούς στόχους κ.α.. (Rushton και Nathan, 1996)

Η αποτελεσματικότητα της υποστήριξης της ομάδας προσωπικού από τον “αρχηγό”, εξαρτάται από το πόσο καλά καταφέρνει ο ίδιος να βοηθά τα μέλη να νιώθουν αξιόλογα ως προς το ρόλο και το έργο τους. Τι γίνεται όμως όταν τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας συγκρούονται και διαφωνούν; Ο Rice (1978), υποστηρίζει ότι ο “αρχηγός” θα πρέπει να διαθέτει την ικανότητα να κατανοεί εξίσου όλους τους διαφωνούντες, να μην

αποδοκιμάζει και να μην συζητά με τρόπο προσβλητικό με κάθε θεραπευτή. Βασική προϋπόθεση γι' αυτό, είναι η κατάσταση ετοιμότητας, που πρέπει να διαθέτει ο “αρχηγός”, καθώς οι συγκρούσεις και οι διαφωνίες είναι αναμενόμενες και αναπόφευκτες στις μεταβατικές στεγαστικές δομές.

Οι Kahn και Quinn (1970), κάνουν λόγο για τις εντάσεις της ομάδας που προκαλούνται από τις συγκρουσιακές σχέσεις των μελών, πιστεύουν ότι η στάση του “αρχηγού” για να είναι αποτελεσματική, θα πρέπει να διαθέτει ο ίδιος τις ανάλογες ικανότητες και την εμπειρία προκειμένου να αντιμετωπίσει αυτές τις εντάσεις.

Ο House (1976) και Hinshelwood (1998) προσθέτει ότι ο “αρχηγός”, ο οποίος μπορεί να περιορίζει το “χάσμα” ανάμεσα σε διαφωνούντες θεραπευτές με τη συνεχή υπενθύμιση των στόχων και την προώθηση της φύσης και σημασίας του θεραπευτικού έργου, είναι ένας χαρισματικός “αρχηγός.

Οι Secord και Backman (1964) υιοθετούν την άποψη ότι η ηγεσία μιας ομάδας προσωπικού μιας μεταβατικής στεγαστικής δομής, δεν χρειάζεται να ασκείται μόνο από ένα πρόσωπο. Συχνά, οι λειτουργίες της ηγεσίας μιας ομάδας θεραπευτών, μπορεί να μοιράζονται ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα μέλη. Τότε, η ομάδα μπορεί να λειτουργήσει καλύτερα. Για παράδειγμα, ένα μέλος μπορεί να είναι υπεύθυνο για την οργάνωση του κλινικού έργου, ένα άλλο να είναι υπεύθυνο ως προς τους στόχους της αποκατάστασης των ασθενών, ένα τρίτο μέλος να εργάζεται για τη διατήρηση της ενότητας της ομάδας, ενώ ένα άλλο μέλος να εκπροσωπεί όλη την ομάδα στον φορέα ή στους φορείς όπου ανήκει η εκάστοτε δομή.

3.2 Η συνοχή της ομάδας προσωπικού των υπηρεσιών και δομών Ψυχικής Υγείας

Η οργάνωση μιας θεραπευτικής ομάδας προϋποθέτει και την ανάπτυξη της συνοχής της ανάμεσα στα μέλη. Η ανάπτυξη μιας “κλειστής” θεραπευτικής ομάδας, ως προς τη συνοχή της, αποτελεί απαραίτητο μέρος της οργάνωσης του θεραπευτικού έργου μιας μεταβατικής στεγαστικής δομής, γιατί διευκολύνει το μοίρασμα των υπευθυνοτήτων και των επιμέρους έργων. Επίσης, μπορεί να είναι αποτελεσματική στον τρόπο που προωθεί τα μέλη της ομάδας να ασχοληθούν υπεύθυνα με ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό στόχο, μέσα στα πλαίσια μιας συνεχούς και αμοιβαίας συνεργασίας μεταξύ τους. Μία καλά οργανωμένη και δομημένη ομάδα προσωπικού μπορεί να διατηρήσει μία ολοκληρωμένη κοινή πολιτική θεραπευτικής προσέγγισης των ασθενών και είναι ικανή να επιλύει τυχόν διαφωνίες – συγκρούσεις που εμφανίζονται. Αυτά, άλλωστε, τα στοιχεία συνιστούν τη συνοχή της ομάδας.

Ο Back (1951) παρουσίασε μία σειρά στοιχείων που αποτελούν τις βάσεις για τη συνοχή μιας θεραπευτικής ομάδας. Αναφέρει συγκεκριμένα, ότι όταν υπάρχει έντονη η αίσθηση του κύρους των μελών της και η παρουσία της ενσυναίσθησης (empathy) μεταξύ τους, τότε αυξάνεται η αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού έργου.

Αξίζει να πούμε εδώ ότι εάν μία ομάδα θεραπευτών δεν αισθάνεται ότι έχει κύρος, αυτό δεν σημαίνει ότι δεν είναι ικανή να εφαρμόσει μεθόδους και τρόπους που οδηγούν στη συνοχή της. Βέβαια, η ενσυναίσθηση (empathy) μεταξύ των μελών αποτελεί ένας βασικός παράγοντας για την αποτελεσματική συνοχή της ομάδας. Από την άλλη, η εκδήλωση ενδιαφέροντος και συμπάθειας μεταξύ των μελών, μπορεί να οδηγήσει και σε πιο προσωπικές – συναισθηματικές σχέσεις (π.χ. φιλικές σχέσεις). Αυτό όμως, δε φαίνεται να συμβάλλει στη ουσιαστικά στη συνοχή της ομάδας .

Ο Gerard (1953), παρουσιάζει μία άλλη διάσταση που συντείνει στη συνοχή της ομάδας. Αυτή σχετίζεται με τον τρόπο που επιλύονται οι τυχόν

διαφωνίες των μελών. Όταν υπάρχουν διαφωνίες των μελών μεταξύ τους, τότε υπονομεύεται η συνοχή της ομάδας. Εάν όμως υπάρχει εκ των προτέρων μία σχετικά καλή συνοχή ανάμεσα στα μέλη, τότε αντιμετωπίζονται καλύτερα οι διαφωνίες. Η επίλυση των διαφωνιών ως έναν ικανοποιητικό βαθμό, αυξάνει και τα επίπεδα συνοχής αυτής της ομάδας. Επομένως, όσο πιο καλά δομημένες είναι οι εργασιακές σχέσεις των μελών, τόσο πιο πολύ διευκολύνεται η επίλυση των διαφωνιών, γεγονός που οδηγεί σε μεγαλύτερα επίπεδα συνοχής της ομάδας.

Ο Liberman (1971) υποστηρίζει ότι η συνειδητή έκφραση σχολίων και απόψεων απ' όλα τα μέλη κατά τις ομαδικές συναντήσεις συμβάλλει στην συνοχή της ομάδας.

Σύμφωνα με το Sainsbury Centre for Mental Health (1997), υπάρχουν κάποιες παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν σημαντικά στη μεγαλύτερη συνοχή μιας θεραπευτικής ομάδας. Αυτοί είναι i. Η σωστή αντίληψη και επίγνωση των εκάστοτε εργασιακών ρόλων των φροντιστών (ειδικευμένων και μη ειδικευμένων). ii. Η ικανότητα και η διάθεση του ειδικευμένου προσωπικού (π.χ. επιστημονικό προσωπικό) για παροχή υποστήριξης και εξειδικευμένων γνώσεων, σχετικά με θεραπευτικούς χειρισμούς, στο μη ειδικευμένο προσωπικό (π.χ. βοηθητικό προσωπικό), όταν κρίνεται απαραίτητο. iii. Η κατοχή γνώσεων και δεξιοτήτων για μια καλύτερη δυνατή διαπροσωπική επικοινωνία μεταξύ των φροντιστών. iv. Η κατοχή γνώσεων και δεξιοτήτων για μια καλύτερη δυνατή διεπαγγελματική συνεργασία. v. Η επίγνωση της λειτουργίας και χρήσης πολυδιάστατων ρόλων. vi. Οι γνώσεις και δεξιότητες διαχείρισης συστημάτων ψυχικής υγείας όπως παρέχονται, είτε με την ύπαρξη ενός κατάλληλου επόπτη – αρχηγού της θεραπευτικής ομάδας (leader), είτε μέσα από κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα για επαγγελματίες ψυχικής υγείας. vii. Η ικανότητα γόνιμων διαπραγματεύσεων για τη μείωση ή απάλειψη τυχόν προβλημάτων που δημιουργούνται κατά τη διεπαγγελματική συνεργασία. viii. Η οργάνωση του θεραπευτικού σχεδιασμού από μία ομάδα προσωπικού βασίζεται τόσο στην εξειδικευμένη γνώση κάθε επαγγελματία

ψυχικής υγείας, όσο και στο κοινωνικό και προσωπικό του υπόβαθρο και τις εμπειρίες της ζωής του. Οι προσωπικές – κοινωνικές στάσεις, οι ποικιλόμορφες εμπειρίες ζωής, η ηλικία, το φύλο, η κοινωνική θέση και τα εκπαιδευτικά προσόντα των μελών της θεραπευτικής ομάδας, αποτελούν ένα ισχυρό πλαίσιο με βάση το οποίο σχεδιάζεται ένα πρόγραμμα περίθαλψης.

Κατά τους Band και Brody (1962), οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που διαθέτουν, ένα συγκεκριμένο προσωπικό – ατομικό υπόβαθρο, ο καθένας ξεχωριστά, τείνουν να παρέχουν διαφοροποιημένες στάσεις στους ασθενείς τους και αυτό το γεγονός, κάποιες φορές, μπορεί να οδηγήσει σε έλλειψη κοινού συντονισμού της ομάδας ως προς την επιτέλεση του θεραπευτικού έργου. ix. Η Foster (1998), βασιζόμενη στην ψυχοδυναμική θεωρητική προσέγγιση υπογραμμίζει την αναγκαιότητα της αναγνώρισης και της επίγνωσης από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, των ατομικών διαφοροποιήσεων που σχετίζονται με το προσωπικό – ατομικό υπόβαθρο του κάθε θεραπευτή και με τον επαγγελματικό του ρόλο. Έτσι, μπορεί να επιτευχθεί ένας κοινός συντονισμός με στόχο την οργάνωση της θεραπευτικής ομάδας. Εάν αυτό όμως δεν είναι εφικτό, τότε τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας κατακλύζονται από έντονο άγχος. Στην περίπτωση αυτή, η ομάδα οδηγείται στα πλαίσια μιας παρανοειδούς – σχιζοειδούς λειτουργίας (*paranoid – schizoid function*), όπου κάθε εκφραζόμενο συναίσθημα, κάθε είδους προσωπική έκφραση, τρομάζει. Για να μπορέσουν ν' απαλλαγθούν τα μέλη της ομάδας από μια τέτοια μη ελεγχόμενη κατάσταση, εναποθέτουν ο ένας στον άλλον όλες τις προσωπικές τους ανησυχίες, αμφιβολίες, ανασφάλειες και αποτυχίες. Έτσι, το κάθε μέλος «οικειοποιείται» μη συνειδητά την προβληματική θέση του άλλου. Μία τέτοια κατάσταση μπορεί να αποφευχθεί όταν τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας το αντιληφθούν εγκαίρως με την υποστήριξη ενός ικανού αρχηγού (leader) και λάβουν υπεύθυνα αποφάσεις για να ξεπεραστεί το πρόβλημα. Ο Searles (2003) προσθέτει εδώ την εξαιρετικά επίπονη διαδικασία από την οποία διέρχονται τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας κατά την θεραπευτική σχέση με τους ψυχωτικούς ασθενείς, γεγονός το οποίο επιτείνει τη

δυσκολία τους να αναγνωρίσουν και να διαχωρίσουν το ατομικό από το επαγγελματικό τους υπόβαθρο. Στην περίπτωση αυτή τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας νιώθουν ότι κινδυνεύουν κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής σχέσης με τους ψυχωτικούς ασθενείς. Το γεγονός αυτό χαρακτηρίζεται, σύμφωνα με τον Hochmann (2003) ως μία σειρά «επικίνδυνων» για τη θεραπευτική ομάδα, συναισθημάτων, τα «συναισθήματα εισβολής και κένωσης», τα οποία προκαλούνται από τη συχνή και καθημερινή επαφή των θεραπευτών με τους ψυχωτικούς ασθενείς.

Προκειμένου να προστατευτούν τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας από τα παραπάνω συναισθήματα, οδηγούνται στον *ακτιβισμό* (π.χ. φαρμακευτικό, ερμηνευτικό ή κοινωνιοθεραπευτικό έργο ή σε ένα διαφορετικό χώρο τον «τομέα» όπου εκεί αποφεύγεται η αντιπαράθεση με την επιθυμία του ψυχωτικού. Στο τέλος, όμως ακολουθούν συναισθήματα ματαιότητας, έλλειψης λογικής, πλήρους παραλογισμού, τα οποία οδηγούν σε αρνητικά θεραπευτικά αποτελέσματα. Ο Meehl (1973) παραθέτει μία άλλη προβληματική διάσταση στις σχέσεις των μελών του προσωπικού μεταξύ τους, που αναφέρεται στο σχεδιασμό και την οργάνωση των θεραπευτικών στόχων. Ο Meehl υποστηρίζει ότι το χαμηλό ακαδημαϊκό επίπεδο κάποιων μελών (απουσία εξειδίκευσης) σε συνδυασμό με τα στοιχεία της προσωπικότητας των θεραπευτών αποτελεί παράγοντα πιθανής σύγκρουσης ανάμεσά τους επηρεάζει τις επικοινωνιακές σχέσεις μεταξύ τους. Οι Kushlick και συν (1976), προσθέτουν στα προβλήματα της οργάνωσης των μελών μιας θεραπευτικής ομάδας και τον παράγοντα του χρόνου που διαθέτουν για τους ασθενείς τους. Μία συνήθης πηγή συγκρούσεων είναι το γεγονός ότι τα μέλη που διαθέτουν περισσότερο χρόνο για τους ασθενείς τους (π.χ. νοσηλευτές, εργοθεραπευτές), τρέφουν συχνά μια αντιπάθεια ως προς τα μέλη εκείνα που δεν διατηρούν συχνή επαφή με τους ασθενείς (π.χ. κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι). Το γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει την ομάδα των θεραπευτών σε κακή συνεργασία μεταξύ τους και να διασπαστούν σε υπό-ομάδες (split). Το αποτέλεσμα είναι η εμφάνιση μικρής και κακής κοινωνικής διαντίδρασης με τους ασθενείς. Οι Myers και Lamm (1976), υποστηρίζουν ότι στα πλαίσια της συνεργασίας των μελών της θεραπευτικής ομάδας για το

σχεδιασμό και την οργάνωση της περίθαλψης των ασθενών, είναι αναπόφευκτες οι “αποκλίνουσες” τάσεις, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν την ομάδα στη λεγόμενη “πόλωση”, εάν δεν διαμορφωθεί ένα πλαίσιο οριοθέτησης και πειθαρχίας προς το θεραπευτικό έργο από όλους. Κατά τον Brehm (1976) και τον Wykes (1995) είναι σημαντικό μία θεραπευτική ομάδα να τολμά να προσεγγίζει τέτοιου είδους προβλήματα, προκειμένου να τα αντιμετωπίσει και να ικανοποιήσει διαφορετικές και αντίθετες απόψεις.

Ο Brehm (1976) κάνει λόγο επίσης και για την έννοια της ψυχολογικής αντίστασης των μελών της ομάδας, ως μία από τις βασικές αιτίες δημιουργίας “αποκλινόντων τάσεων”. Όταν οι θεραπευτές συνεργάζονται χωρίς την επιρροή καταναγκαστικής και επιβαλλόμενης πίεσης από εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. η Διοίκηση του Νοσοκομείου ασκεί πιέσεις για τη λειτουργία της δομής), τόσο λιγότερο εμφανίζεται το φαινόμενο της ψυχολογικής αντίστασης προς θεραπευτικό έργο.

3.3 Εσωτερική-εξωτερική εποπτεία Υπηρεσιών

Σε μια δομή ψυχικής υγείας (ψυχιατρική κλινική, κέντρο ψυχικής υγείας, κέντρο ημέρας ή ξενώνας προστατευόμενης διαμονής χρόνιων περιστατικών) που λειτουργεί με ψυχαναλυτικό πρίσμα, η εποπτική διαδικασία, απολύτως απαραίτητη για την ουσιαστική λειτουργία της δομής, αν και θεωρεί σημαντική την προσωπική ψυχαναλυτική εμπειρία των θεραπευτών της δομής αυτής, δεν το απαιτεί ως απαραίτητη προϋπόθεση της.

Η εποπτική εργασία είναι εξαιρετικά προσωπική και εξατομικευμένη, δεδομένου ότι οι εκπαιδευόμενοι παρουσιάζουν μεταξύ τους διαφορές που αφορούν την εμπειρία τους, τις γνώσεις τους, την προσωπικότητα τους, καθώς και την ικανότητα τους για ενδοσκόπηση και επεξεργασία του αναλυτικού υλικού (Χαντζητάσκος, 2003).

Κάθε ψυχαναλυτική εποπτεία κινείται σε δυο επίπεδα που αλληλοδιαπλέκονται. Ο επόπτης βοηθάει τον εποπτευόμενο στο να χειρισθεί θεραπευτικά τον ασθενή, συμβουλεύοντας τον, λειτουργώντας ως εκπαιδευτής. Παράλληλα όμως λειτουργεί και ως θεραπευτής, επικεντρώνοντας την προσοχή του στις συναισθηματικές αντιδράσεις και δυσκολίες του εκπαιδευόμενου, οι οποίες μπορεί να εμποδίζουν την ομαλή πρόοδο της θεραπείας (Fleming και Benedek 1964, Grinberg 1970).

Κάθε ψυχαναλυτική εποπτεία είναι μια πολύπλοκη διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει τρία πρόσωπα, τον επόπτη, τον εκπαιδευόμενο και τον ασθενή του. Στην περίπτωση μάλιστα που ο εκπαιδευόμενος βρίσκεται σε προσωπική ανάλυση, η διαδικασία της εποπτείας περιλαμβάνει και τον αναλυτή του εκπαιδευόμενου. Εάν βέβαια η ψυχαναλυτική εποπτεία γίνεται στο πλαίσιο του εκπαιδευτικού προγράμματος μιας ψυχαναλυτικής εταιρίας, τότε η ομάδα αυτή διευρύνεται και περιλαμβάνει και την ψυχαναλυτική εταιρεία, σαν μια γενικότερα εποπτεύουσα δομή, προς την οποία επίσης αναπτύσσονται μεταβιβαστικές αντιδράσεις που γίνονται εμφανείς κατά την εποπτεία. Έτσι και κατά την διάρκεια της ψυχαναλυτικής εποπτείας μπορεί κανείς να παρατηρήσει συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ όλων των προηγούμενα αναφερθέντων μερών. Πιο συγκεκριμένα υπάρχει αλληλεπίδραση ασθενούς και θεραπευτή (εποπτευμένου) που περιλαμβάνει τα μεταβιβαστικά συναισθήματα του ασθενούς και τα αντιμεταβιβαστικά συναισθήματα του εποπτευόμενου, η αλληλεπίδραση μεταξύ εποπτευόμενου και επόπτη, που περιλαμβάνει τις μεταβιβαστικές εκφράσεις του εποπτευόμενου προς τον επόπτη του, καθώς και τα συναισθήματα του επόπτη προς αυτόν. Σε κάποιες περιπτώσεις ο εποπτευόμενος ταυτιζόμενος με τον ασθενή του, σχετίζεται με τον επόπτη του, με τον ίδιο τρόπο που ο ασθενής του σχετίζεται με αυτόν. (Searls 1955, Sachs και Sapiro 1976, Brown και Miller 2002).

Ταυτόχρονα στο πλέγμα αυτό των συναισθηματικών αλληλεπιδράσεων, μπορεί κανείς να παρατηρήσει και τα μεταβιβαστικά συναισθήματα του εποπτευόμενου προς τον αναλυτή του, τα οποία μάλιστα

είναι δυνατόν να περιπλέξουν τη μεταβιβαστική σχέση με τον επόπτη του, καθώς και τα μεταβιβαστικά συναισθήματα του εποπτευόμενου προς την ψυχαναλυτική εταιρεία στην οποία εκπαιδεύεται. (Χαντζητάσκος, 2003)

Είναι γνωστό ότι στο πλαίσιο της ψυχαναλυτικής εκπαίδευσης, η πρώτη εποπτεία του εκπαιδευόμενου πρέπει να γίνεται παράλληλα με την προσωπική ανάλυση, προκειμένου αυτός να έχει τη δυνατότητα να φέρει στην ανάλυση του υλικό που αφορά όχι μόνο τη σχέση του με τον επόπτη του. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημάνουμε ότι σε ορισμένες περιπτώσεις, ο εποπτευόμενος προσπαθεί με ασυνείδητο τρόπο να κάνει τον επόπτη του να τον αντιμετωπίζει θεραπευτικά. Η επιθυμία αυτή προκύπτει από την ανάγκη εκπλήρωσης μιας φαντασίωσης στην οποία μέσω του μηχανισμού της σχάσης, ο επόπτης φαντασιώνεται ως εξιδανικευμένος αναλυτής (καλό αντικείμενο), ενώ ταυτόχρονα προβάλλονται στον αναλυτή του εποπτευόμενου φαντασιώσεις δίωξης, μετατρέποντας τον σε κακό αντικείμενο (Grinberg 1970).

Λόγω της πολυπλοκότητας αυτών των συναισθηματικών αλληλεπιδράσεων, η εποπτεία μπορεί να συγκριθεί με την αναλυτική διαδικασία (Arlow 1963). Η Ungar και Busch de Ahumada (2001) τονίζουν ότι η εποπτεία δημιουργεί το απαραίτητο πλαίσιο το οποίο μπορεί να εμπεριέχει (contain) σύμφωνα με τις απόψεις του Bion, τα άγχη που εκλύονται τόσο στις αναλυτικές, όσο και στις εποπτικές συνεδρίες. Οι συγγραφείς αυτοί υποστηρίζουν ότι η εποπτική δραστηριότητα αποσκοπεί στο να βοηθάει και να εμπεριέχει τον εποπτευόμενο και όχι να τον διορθώνει και να τον διδάσκει. Ωστόσο οι επισημάνσεις του επόπτη και οι ερμηνείες που κάνει για τον εποπτευόμενο, δεν μπορούν να θεωρηθούν ισοδύναμες με τις ερμηνείες που γίνονται κατά τη διάρκεια μιας αναλυτικής διαδικασίας. Γιατί ανεξάρτητα με τη θεραπευτική διάσταση της εποπτείας, αυτή δεν παύει να αποτελεί κατά βάση μια εκπαιδευτική διαδικασία (Χαντζητάσκος, 2003).

Ένας ιδιαίτερος τύπος εποπτείας είναι αυτός που γίνεται σε ομάδα εποπτευομένων. Συχνά μεταξύ των μελών της ομάδας εποπτείας

εμφανίζονται ανταγωνιστικά συναισθήματα, ενώ ο εκπαιδευόμενος που παρουσιάζει κλινικό υλικό είναι δυνατόν να αποτελέσει τον στόχο της κριτικής των υπολοίπων εκπαιδευομένων, οι οποίοι προβάλλουν επάνω του τις δικές τους δυσκολίες (Χαντζητάσκος ,2003).

Τέλος μια παραλλαγή της εποπτείας σε ομάδα, είναι αυτή που γίνεται στο πλαίσιο των δομών που λειτουργούν με ψυχαναλυτικό πρίσμα (ψυχιατρική κλινική, κέντρο ημέρας, ξενώνας προστατευμένης διαμονής χρόνιων ασθενών, κ.α.). Στην περίπτωση αυτή η εποπτεία επικεντρώνεται σε δύο επίπεδα. Το ένα είναι το κλινικό υλικό που φέρνει κάποιο μέλος της ομάδας και το άλλο, εξίσου σημαντικό, είναι η διερεύνηση δυναμικών που αναπτύσσονται μεταξύ των ασθενών και των μελών της θεραπευτικής ομάδας, καθώς και των δυναμικών που αναπτύσσονται μεταξύ των ίδιων των μελών. Γι' αυτό το λόγο είναι απαραίτητο ο επόπτης να μην ανήκει στην ίδια θεραπευτική ομάδα. Κατά τη διάρκεια των εποπτειών αυτών, αναπτύσσονται πολύπλοκες μεταβιβαστικές αντιδράσεις, μεταβιβαστικές εκδραματίσεις, εξιδανικεύσεις, ψευδοταυτίσεις και ανταγωνισμοί (Langer και συν. 1964).

Συμπερασματικά η ψυχαναλυτική εποπτεία είναι μία εκπαιδευτική διαδικασία στην οποία συνυπάρχουν παράλληλα και θεραπευτικά χαρακτηριστικά και στην οποία μέσα από την αναγνώριση και τον χειρισμό των πολύπλοκων μεταβιβαστικών συναισθημάτων που αναπτύσσονται μεταξύ όλων των πραγματικών και φαντασιωσικών μερών που απαρτίζουν το πλαίσιο της εποπτείας, θα πρέπει να ενθαρρύνεται η ωρίμανση του εκπαιδευόμενου, καθώς και η ελευθερία της σκέψης του (Χαντζητάσκος, 2003).

3.4 Στάσεις και εκφραζόμενα συναισθήματα του προσωπικού των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

Η ομάδα μίας δομής αποασυλοποίησης έχει τους κανόνες λειτουργίας της καθώς και ξεχωριστούς ρόλους αλλά και καθήκοντα για τα μέλη της. Υπό ιδανικές συνθήκες, η συλλογικότητα, η κοινή συμμετοχή όλων των μελών καθώς και η ελεύθερη έκφραση απόψεων, βοηθούν την ομάδα να λειτουργεί τόσο σε συνειδητό όσο και σε ασυνείδητο επίπεδο προκειμένου να αντιμετωπίσει τις ματαιώσεις που απορρέουν από τα όρια και τους στόχους που βάζει η ίδια η ομάδα. Τέτοιες ματαιώσεις μπορούν να λειτουργήσουν τραυματικά αν δεν νοηματοδοτηθούν μέσω της κοινής απόφασης, της αλληλεξάρτησης και της αλληλεπίδρασης των μελών της ομάδας. Άλλωστε σε δομές με χρόνιους ψυχωτικούς ασθενείς ο μηχανισμός της προβλητικής ταύτισης συνηγορεί υπέρ της παλινδρόμησης της θεραπευτικής ομάδας. Κάτι τέτοιο απαιτεί τον μεταβολισμό έντονων και ακατέργαστων συναισθημάτων που προβάλλονται στα μέλη της (Klein, 1946).

Η ανωτέρω επεξεργασία δεν είναι πάντα εύκολο να επιτευχθεί εφόσον στην πράξη οι συνθήκες δεν είναι ιδανικές. Το προσωπικό των δομών αποασυλοποίησης που απαρτίζει τη θεραπευτική ομάδα, συχνά στερείται επαρκούς εκπαίδευσης (ψυχοδυναμικής ή εμπειρίας σε θεραπείες ομάδων) ενώ οι ασθενείς που φιλοξενούνται εκεί, έχουν πολλές ανάγκες και ιδιαίτερες δυσκολίες. Είναι σημαντικό να τονιστεί πως τα μέλη της ομάδας έρχονται σε επαφή με ασθενείς που, λόγω των σοβαρών ελλειμμάτων τους, δοκιμάζουν συχνά το πλαίσιο και τα όρια. Δεν είναι πάντα εύκολο να αφομοιωθούν ασύνδετες, αισθητικοκινητικές συμπεριφορές. Για παράδειγμα, η πεισματική άρνηση ενός ενοίκου να ακολουθήσει το καθημερινό πρόγραμμα του ξενώνα, όταν εκδηλώνεται με έντονη επιθετική συμπεριφορά, δημιουργεί κλίμα που δεν αφήνει περιθώριο για σκέψη. Σε αυτό το σημείο δεν απειλείται μόνο η σωματική ακεραιότητα του θεραπευτή ενοίκου αλλά και η ψυχική τους σύνδεση που βασίζεται στην κατανόηση της επιθετικής συμπεριφοράς. Πώς όμως θα προκύψει η ερμηνεία όταν κυριαρχεί η εκδραμάτιση που απαγορεύει τη λειτουργία της

σκέψης; Είναι απολύτως φυσιολογικό να καταφύγει σε συλλογικούς μηχανισμούς άμυνας (βασικές υποθέσεις) ώστε να μειώσει τον πόνο που προκαλεί η απουσία νοήματος. Κάποιοι από αυτούς τους μηχανισμούς ουσιαστικά συνιστούν εκδραμάτιση της ίδιας της ομάδας ως απάντηση στην εκδραμάτιση των ασθενών (Bion W.R., 1961).

Εφόσον η θεραπευτική ομάδα διαθέτει τη συνοχή και την εκπαίδευση για να κατανοήσει και να επεξεργαστεί τις ίδιες τις αντιδράσεις της, παρόμοιες δυσκολίες μπορούν να ξεπεραστούν.

Ο Benhau (1988), υποστηρίζει ότι οι στάσεις των θεραπευτών είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τη διαμόρφωση του θεραπευτικού προγράμματος και για τη λειτουργία των *κοινωνικών ρόλων* που θα υιοθετήσουν οι ασθενείς αργότερα κατά την εξέλιξη της θεραπευτικής σχέσης. Οι Freeman και Simons (1963), δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στο αποτέλεσμα της θεραπευτικής διαδικασίας, θεωρούν ότι όταν οι στάσεις των θεραπευτών χαρακτηρίζονται από έλλειψη σεβασμού και από χαμηλές προσδοκίες για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, τότε τα αποτελέσματα της θεραπείας δεν είναι ικανοποιητικά.

Οι Watts και Bennett (1978) προσθέτουν ότι η κατηγοριοποίηση και η ταξινόμηση των προβλημάτων των ασθενών από τους θεραπευτές, εγκυμονεί κινδύνους για την θεραπευτική διαδικασία, γιατί αυτή η κατηγοριοποίηση μπορεί να είναι αποτέλεσμα προσωπικών ή ομαδικών εκτιμήσεων των μελών της θεραπευτικής ομάδας, παρά μια επιστημονική σύλληψη. Τέτοιου είδους εκτιμήσεις μπορούν να καθορίσουν αρνητικά τις στάσεις των θεραπευτών και το είδος των σχέσεων με τους ασθενείς.

Αντίθετα, όταν δεν επικρατούν λανθασμένες εκτιμήσεις ως προς τα προβλήματα των ασθενών, τότε κυριαρχούν ο σεβασμός, ο ρεαλισμός και η αισιοδοξία, στοιχεία τα οποία προσδίδουν θετική χροιά στις στάσεις των θεραπευτών για τους ασθενείς.

Ο Goffman (1981), τονίζοντας ότι οι στάσεις των θεραπευτών για την ψυχική νόσο είναι καθοριστικές για την θεραπεία και την

αποκατάσταση των ασθενών, επισημαίνει ότι όταν δεν διατηρούν ένα είδος *κοινωνικής απόστασης* από τους ασθενείς τους, τότε αυτό αποτελεί θετικό στοιχείο, που οδηγεί στη βελτίωση της κλινικής εικόνας των ασθενών.

Οι Garety και Morris (1984) προσθέτουν ότι η έλλειψη της κοινωνικής απόστασης από τους ασθενείς, σηματοδοτεί την αποδοχή των ασθενών από τους θεραπευτές.

Η αποδοχή των ασθενών από τους θεραπευτές προϋποθέτει την ύπαρξη θετικών στάσεων από πλευράς των θεραπειών για την ψυχική νόσο και αυτό συμβάλλει θετικά στη θεραπευτική διαδικασία. Οι King και συν. (1971) προσθέτουν ότι η αποδοχή συμβάλλει στην θετική αλληλεπίδραση μεταξύ των θεραπειών και των ασθενών και χαρακτηρίζει την θεραπευτική προσέγγιση ως «*προσωποκεντρική*».

Από την άλλη, οι Minkoff και Stern (1985), υποστηρίζουν ότι η σχιζοφρένεια και γενικότερα η ψύχωση, τρομάζει τόσο τον ίδιο τον ασθενή όσο και τον επαγγελματία ψυχικής υγείας. Η απομόνωση, η ντροπή, η απελπισία της ψύχωσης, προκαλούν δυσκολίες στην *ενσυναίσθηση* (*empathy*), ακόμα και για τους πιο έμπειρους θεραπευτές. Πολλοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε δομές με χρόνιους ασθενείς, πιστεύουν ότι πρέπει να υπάρχει μια *απόσταση* μεταξύ αυτών και των ασθενών τους, καθώς η διανοητική και συναισθηματική σύνδεση με τον ψυχικά ασθενή δεν είναι εύκολη διαδικασία. Οι επίμονες προβλητικές ταυτίσεις των ψυχωτικών ασθενών, σύμφωνα με τον Hochmann (2003), οι οποίες εισβάλλουν στον προσωπικό ψυχικό χώρο των μελών της θεραπευτικής ομάδας, οδηγούν στη γέννηση του φόβου της «*εισβολής*» και της «*μόλυνσης*» στους τελευταίους. Έτσι, κάνουν λόγο για επιβολή ορίων στους ψυχωτικούς ασθενείς, υποδηλώνοντας την προσπάθειά τους για προστασία της ακεραιότητας της πνευματικής τους λειτουργίας.

Η επικρατούσα στάση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τον Kenneth Minkoff (1987) για την εργασία με ασθενείς που έχουν σοβαρές ψυχικές διαταραχές, χαρακτηρίζεται ως μη καλά αμειβόμενη, δεν προσθέτει το ανάλογο κύρος και γι' αυτό οι προσδοκίες για τη θεραπεία και

την αποκατάσταση των ασθενών χαρακτηρίζονται αρνητικές. Η άποψη αυτή υποδηλώνει μια αρνητική στάση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την ψυχική νόσο και για την εργασία τους με χρόνιους ψυχικά ασθενείς, η οποία προκαλεί σοβαρά εμπόδια στην διαδικασία της αποκατάστασης, με κυρίαρχο την *αντίσταση* στη θεραπευτική διαδικασία.

Οι Mirabi και συν. (1985) σε μελέτη τους για τις στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τους ψυχικά ασθενείς βρήκαν ότι το 85% των θεραπευτών δεν επιθυμούσαν να εργάζονται σε δομές με ψυχιατρικούς ασθενείς, το 55% αποφεύγουν να εργάζονται σε τέτοιους χώρους, ενώ το 65% υποστήριζαν ότι η εργασία τους σε δομές ψυχιατρικές δεν απέφερε ικανοποιητικές αμοιβές. Επίσης, βρέθηκε ότι υπάρχει υψηλή συνάφεια ανάμεσα στην αντίσταση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας ως προς την εργασία τους με ψυχικά ασθενείς και τις παρακάτω αντιδράσεις: 1. την αποστασιοποίηση των ψυχικά ασθενών από το κοινωνικό σύνολο, 2. την απορριπτική στάση του ιατρικού προσωπικού προς τους ασθενείς, 3. τις αποτυχημένες προσπάθειες να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς τους σε δεξιότητες και 4. να ξεπεράσουν την υψηλή συναισθηματική φόρτιση, που προκλήθηκε κατά την διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας.

Ο Searles (2003) υποστηρίζει ότι η αμυντική στάση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας προς τους ψυχωτικούς ασθενείς ενέχει το στοιχείο της απαισιοδοξίας και της απελπισίας, το οποίο προέρχεται από μία *λανθάνουσα επιθυμία* των επαγγελματιών να μην αποκατασταθούν οι ψυχωτικοί ασθενείς. Έτσι, οι ασθενείς αντιστέκονται στις αλλαγές που συνιστούν το έργο αποκατάστασης και οδηγούνται σε συμπεριφορές, οι οποίες θυμίζουν εκείνες του ασύλου (π.χ. απομόνωση, ιδρυματική συμπεριφορά, αποδιοργάνωση, υποτροπή).

Οι Hastings και συν. (1995) και οι Morgan και Hastings (1998) επισημαίνοντας τον προσδιοριστικό ρόλο των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην επικοινωνία τους με τους ασθενείς, υποστηρίζουν ότι εάν οι θεραπευτές διατηρούν μια *κριτική – απορριπτική στάση* προς τους

ασθενείς τους, τότε αυτό θα οδηγήσει στην κακή ποιότητα του θεραπευτικού έργου.

Από την άλλη, οι Tattan και Tarrier (2000) και οι Link και συν. (1997), συμπληρώνουν ότι η απουσία θετικών στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας συνεπάγεται την κακή ποιότητα στις σχέσεις τους με τους ασθενείς και οδηγεί στην αποτυχία των ασθενών να ολοκληρώσουν τις προσπάθειες τους στους τομείς της αποκατάστασης όπως π.χ. διαβίωση στην κοινότητα, επαγγελματική αποκατάσταση.

Σε μια μελέτη των Jorm και συν. που διεξήχθη από το 1998 έως το 1999, εξετάστηκαν οι επαγγελματικές στάσεις των μελών ενός θεραπευτικού προσωπικού, που εργαζόταν σε στεγαστική μεταβατική δομή αποκατάστασης χρόνιων ψυχωτικών ασθενών και η σχέση τους με την επιτυχημένη διαβίωση των ασθενών στην κοινότητα, καθώς και με την πορεία της νόσου τους. Τα αποτελέσματα της ερευνητικής μελέτης έδειξαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό πίστευε πως, αν και ακολουθούνται συγκεκριμένες θεραπευτικές μέθοδοι αντιμετώπισης της νόσου με στόχο την αποκατάσταση, εντούτοις τα προβλήματα που ανακύπτουν από την ψυχική νόσο δεν ξεπερνιούνται εύκολα. Βέβαια, το νοσηλευτικό προσωπικό έδειξε πιο αισιόδοξο σε σχέση με άλλους επαγγελματίες της ίδιας θεραπευτικής ομάδας (οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί), ως προς την πορεία της νόσου των ασθενών και τα αποτελέσματα της θεραπευτικής διαδικασίας. Οι εκπαιδευτές και οι ψυχίατροι ακολουθούσαν την ίδια αισιόδοξη στάση όπως και το νοσηλευτικό προσωπικό. Όμως, όλοι οι επαγγελματίες συμφωνούσαν ότι ο ασθενής που δεν λαμβάνει καμιά ουσιαστική βοήθεια ή θεραπεία, δε μπορεί να εμφανίσει δείγματα βελτίωσης στην κλινική πορεία της νόσου του (Hugo, 2001).

Σχετικά με την μακρόχρονη διαβίωση των ασθενών στην κοινότητα από την άλλη, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ολοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ανά ειδικότητα ήταν απαισιόδοξοι ως προς την επιτυχημένη προσπάθεια των ασθενών να μείνουν στην κοινότητα για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα. Επιπλέον το νοσηλευτικό προσωπικό πίστευε

περισσότερο απ' όλους τους άλλους θεραπευτές (ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς), στην αποτελεσματικότητα της μακρόχρονης διαβίωσης των ασθενών στην κοινότητα (Hugo 2001).

Οι αρνητικές στάσεις που προέκυψαν από τη μελέτη αυτή, μπορεί να οδηγήσουν:

- i. Στην αποθάρρυνση των νοσηλευτών να εργαστούν και να ολοκληρώσουν τη θεραπευτική διαδικασία με τους ασθενείς, καθώς οι υπόλοιποι θεραπευτές δεν συνηγορούσαν με τις δικές τους απόψεις.
- ii. Στην διαμόρφωση ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος, όπου οι θεραπευτές και οι ασθενείς, βασίζονται στις χαμηλού επιπέδου συναισθηματικές επενδύσεις και στις αρνητικές προσδοκίες ως προς την ολοκλήρωση και επιτυχία των θεραπευτικών στόχων.

Το ενθαρρυντικό ήταν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, που είχαν τη μεγαλύτερη ουσιαστική επαφή και επικοινωνία με τους ασθενείς, ήταν περισσότερο θετικοί ως προς την πορεία της νόσου των ασθενών και την επιτυχημένη προσπάθεια μακράς διαβίωσης στην κοινότητα. Αυτό αποτελεί και μια εξήγηση, γιατί οι ψυχίατροι και οι εκπαιδευτές, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι ήταν πιο αρνητικοί σε σχέση με τους νοσηλευτές, οι οποίοι διατηρούσαν περισσότερο συχνή επαφή με τους ασθενείς (Hugo 2001).

Όπως υποστηρίζει ο Nichols (1985), οι ψυχωτικοί ασθενείς καταναλώνουν έναν σημαντικό βαθμό ενέργειας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας κατά την διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας και γι' αυτό αισθάνονται «*τρωτοί*» στο πλαίσιο της εργασίας τους. Το γεγονός αυτό, σύμφωνα με τους Jackson και συν. (1996) και τον Lavender (1985) μπορεί να οδηγήσει τους θεραπευτές γρήγορα στη συναισθηματική εξάντληση και σε αργούς ρυθμούς προσωπικής ολοκλήρωσης. Επειδή λοιπόν, οι χρόνια ασυλικοί ασθενείς θεωρούνται ως «*δύσκολοι*» ασθενείς, είναι αναγκαίο το θεραπευτικό προσωπικό, που εργάζεται για την αποκατάστασή τους, να γνωρίζει πολύ καλά τη δουλειά του, όπως προτείνουν οι Hall (1990) και οι Lavender και Spertlinger (1988).

Οι Watts και Bennett (1983), οThornicroft (1991) και οι Isaacs και Bebbington (1991) προσθέτουν ότι στο πλαίσιο ενός ευέλικτου θεραπευτικού σχεδιασμού θα πρέπει να ακολουθούν μια συγκεκριμένη συμπεριφορά και να διατηρούν σταθερές προσδοκίες για τον κάθε ασθενή ξεχωριστά. Μ' αυτόν τον τρόπο γίνονται πιο αποτελεσματικοί ως προς την εργασία τους και αισθάνονται πιο ασφαλείς.

Ο Bion (2003) υποστηρίζει ότι εάν ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας δεν καταφέρνει να μετασηματίζει το ακατέργαστο υλικό του ψυχωτικού ασθενή σε συναισθήματα και εάν δεν εξανθρωπίζει μέσω της «ονειροπόλησης» τις ατέλειωτες προβολές του ασθενή του, τότε ο ασθενής αισθάνεται ότι βρίσκει μπροστά του μόνο «τοίχους» τους οποίους τους μεταμορφώνει σε «παράξενα, διωκτικά αντικείμενα» (παραμορφωτικές προβολές).

Στην προκειμένη περίπτωση η έννοια του *εμπεριέχοντος* του Bion (ο ψυχωτικός ασθενής έχει ανάγκη να εμπεριέχεται στο θεραπευτή του μέσα από τη θεραπευτική διαδικασία) δεν μπορεί να επιτευχθεί, καθώς ο θεραπευτής αδυνατεί να αποτελέσει το πρόσωπο που θα αφομοιώσει και θα επεξεργαστεί το «υλικό» του ασθενούς και γι' αυτό το λόγο ο ασθενής αποστασιοποιείται, απομακρύνεται από τη θεραπευτική διαδικασία και απομονώνεται.

Οι Katz και Kirkland (1990), προσθέτουν ότι η αύξηση κρουσμάτων βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς των ασθενών σε δομές αποκατάστασης είναι αποτέλεσμα της αποτυχημένης προσπάθειας ή έλλειψης ενός καλά οργανωμένου θεραπευτικού προγράμματος, καθώς και της χαλαρότητας των επαγγελματικών ρόλων των μελών ενός θεραπευτικού προσωπικού, (Curtis και Hodge 1994).

Οι Constantine και Nelson (1995) παράλληλα, υποστηρίζουν ότι οι παράγοντες που καθορίζουν και διευκολύνουν στη διαμόρφωση μιας αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης με τους ασθενείς είναι οι παρακάτω:

- i.** Η διατήρηση από πλευράς των θεραπειών, των αξιών της κατανόησης, της συμπάθειας / αποδοχής και της επικοινωνίας με τους ασθενείς.
- ii.** Η ικανότητα των θεραπειών για συνεργασία τόσο μεταξύ τους όσο και με τους ασθενείς.
- iii.** Ο σεβασμός στο διάλογο (Labonte 1993), (Curtis και Hodge 1994)
- iv.** Η εμπιστοσύνη ως βασικό στοιχείο της ολοκληρωμένης θεραπευτικής σχέσης με τους ασθενείς.
- v.** Η επαγγελματική προθυμία για επίλυση των εκάστοτε προβλημάτων (Butterfoss και συν. 1993), (Church 1996).
- vi.** Η παρότρυνση των ασθενών για ενεργό συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων ως προς την πορεία του θεραπευτικού έργου.
- vii.** Η αντιμετώπιση των ασθενών ως ολοκληρωμένες προσωπικότητες και όχι ως «αντικείμενα» θεραπείας.
- viii.** Η αποφυγή του στιγματισμού και της ετικετοποίησης της ψυχικής νόσου από τους θεραπευτές.
- ix.** Η ικανότητα των θεραπειών να διευρύνουν τους επαγγελματικούς τους ρόλους, όταν κινδυνεύουν να χάσουν τα επαγγελματικά τους όρια.
- x.** Τέλος, η ανάληψη συγκεκριμένων στρατηγικών περίθαλψης, όπως:
 - Ø η ικανότητα ανάπτυξης και διεύρυνσης των θεραπευτικών στόχων.
 - Ø η ικανότητα χρήσης εξατομικευμένων θεραπευτικών προσεγγίσεων.
 - Ø η μειωμένη ανάπτυξη ανταγωνιστικών διαθέσεων μεταξύ των επαγγελματιών.
 - Ø η ενθάρρυνση των ασθενών για ενεργό συμμετοχή στις αποφάσεις.
 - Ø η επίγνωση του ρόλου του κάθε φροντιστή και του κοινού θεραπευτικού στόχου, για τον οποίο θα πρέπει να συνεργαστεί στα πλαίσια της θεραπευτικής ομάδας.

Σ' αυτό το σημείο, οι Garety και Morris (1984), τονίζουν την ύπαρξη ενός οργανωμένου και δομημένου θεραπευτικού σχεδιασμού, με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, όπως π.χ.: τα όρια ή ο έλεγχος της συμπεριφοράς των θεραπειών, η ευκαμψία των ρόλων τους, ως σημαντικού παράγοντα μιας επιτυχημένης και αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης με τους ασθενείς.

3.5 Οι αρνητικές στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την ψυχική νόσο

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε στεγαστικές δομές αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών αισθάνονται συχνά αρνητικά συναισθήματα, τα οποία προκαλούν προβλήματα στην εξέλιξη και την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής διαδικασίας. Τα αρνητικά αυτά συναισθήματα χαρακτηρίζουν τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι θεραπευτές τη χρονιότητα της ψυχικής νόσου.

Ο Hochmann(2003) και ο Searles (2003) έχουν διαπιστώσει τέτοιου είδους συναισθήματα από τα οποία «πάσχει» η θεραπευτική ομάδα, όπως π.χ. το συναίσθημα της εισβολής και της κένωσης που προκαλεί η επαφή με την ψύχωση.

Το γεγονός αυτό δυσκολεύει περισσότερο το έργο της θεραπείας και αποκατάστασης των ψυχωτικών ασθενών, καθώς τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, προκειμένου να απομακρύνουν τέτοιου είδους οδυνηρά συναισθήματα, (πηγές μόλυνσης κατά τον Hochmann), κατευθύνονται σε έναν σημαντικό διαχωρισμό (*split*) από τον ψυχωτικό ασθενή με την επιβολή ορίων. Έτσι, οι ψυχωτικοί ασθενείς παραμένουν «ασυλικοί» εκδηλώνοντας μορφές ιδρυματικής συμπεριφοράς και αντιστέκονται σε κάθε είδους αλλαγή που εμφανίζεται στο θεραπευτικό και κοινωνικό περιβάλλον .

Είναι γνωστό, ότι η επιτυχία της θεραπείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών, συνίσταται:

- i. Στην απουσία της ενεργούς συμπτωματολογίας
- ii. Στην αποφυγή των υποτροπών
- iii. Στην επαρκή εκπαίδευσή των ασθενών με στόχο την ψυχοκοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση (Strauss και Carpenter 1977).

Επειδή οι παραπάνω στόχοι της θεραπευτικής διαδικασίας και αποκατάστασης, μπορεί να μην ευοδωθούν με επιτυχία, για τους περισσότερους χρόνιους ασθενείς, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αισθάνονται ότι οι προσπάθειες τους είναι μάταιες. (Minkoff και Stern 1985). Αυτή η άποψη υποδηλώνει μια αρνητική στάση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας ως προς τη θεραπευτική διαδικασία των χρόνιων ψυχικά νοσούντων και γεννά αυτόματα αισθήματα ματαιοπονίας και απελπισίας.

Κατά τους White και Bennett (1981), κάποιοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορεί να αρνηθούν την πραγματικότητα, η οποία αναφέρεται στην αδυναμία κάποιων χρόνιων ασθενών να θεραπευτούν. Έτσι δημιουργούν έναν φανταστικό κόσμο μέσα στον οποίον εμφανίζονται ως «ικανοί» θεραπευτές οι οποίοι προσπαθούν να βοηθήσουν τους ασθενείς. Όμως, γρήγορα ματαιώνονται και απογοητεύονται από το αποτέλεσμα και αυτό το γεγονός είναι σημαντικός παράγοντας για την πρόκληση του *Burnout* (σύνδρομο επαγγελματικής εξάντλησης) και την αποφυγή από την εργασία τους.

Σε μια μελέτη του Mirabi (1985), το 83% των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απάντησαν και ότι το *Burnout* σχετίζεται με τα συναισθήματα της απελπισίας και της ματαιότητας στην προσπάθεια τους να θεραπεύσουν και να αποκαταστήσουν χρόνιους ψυχικά ασθενείς. Ο ίδιος ο ερευνητής υποστηρίζει ότι πολλοί επαγγελματίες δεν διατηρούν αισιόδοξες και θετικές στάσεις, ως προς τη χρονιότητα της ψυχικής νόσου, γιατί η *ματαίωση* και οι επαναλαμβανόμενες αποτυχίες κατά τη θεραπευτική διαδικασία είναι οδυνηρές. Το αποτέλεσμα αυτών των αρνητικών στάσεων θυμίζει το φαινόμενο της «*αυτοεκπληρούμενης προφητείας*», όπου οι ίδιοι οι

επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ενώ επιμένουν να εκπαιδεύουν τους ασθενείς τους σε δεξιότητες κοινωνικής συμπεριφοράς προκειμένου να ξεπεράσουν τα δικά τους συναισθήματα της απελπισίας και της ματαιότητας, στην ουσία το κάνουν για να αισθανθούν ως μη αποτελεσματικοί και ανίκανοι να θεραπεύσουν τους χρόνιους ασθενείς. Αυτό βέβαια συμβαίνει μη συνειδητά και όπως είναι φυσικό, οδηγεί στην ενδυνάμωση και παγίωση των ήδη υπαρχόντων αρνητικών στάσεων (Minkoff και Stern 1985, White και Benett 1981, Link 1975, Sabin και Sharfstein 1975).

Στην ύπαρξη αρνητικών στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την ψυχική νόσο, συμβάλλουν και τα συναισθήματα αντιπάθειας προς τους χρόνιους ασθενείς. Πολλοί θεραπευτές αντιπαθούν την χειριστική συμπεριφορά των ασθενών και την έλλειψη συμμόρφωσης στη θεραπεία για την αποκατάσταση. Επιπρόσθετα, παρουσιάζουν μια συμπεριφορά αποστασιοποίησης από την παθητικότητα και την εξαρτητική διάθεση των ασθενών τους (Mirabi 1985). Η συγκεκριμένη αυτή στάση μπορεί να οδηγήσει σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά, η οποία θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως παράδοξη. Κατά τους Minkoff και Stern (1985), κάποιοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ωθούν τους ασθενείς τους εξαρτητική σχέση μαζί τους και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να χαρακτηρίσουν τους εαυτούς τους ως κακούς θεραπευτές. (White και Bennett 1981). Όμως, μ' αυτό τον τρόπο επισπεύδεται η υποτροπή και η παλινδρόμηση στη συμπεριφορά των ασθενών, οι οποίοι κατηγορούνται για την αποτυχία τους να καταφέρουν και να οδηγηθούν σ' ένα θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Επομένως, επιβεβαιώνεται και η αρνητική στάση των θεραπευτών ως προς την ικανότητα των χρόνιων ασθενών να θεραπευτούν. Τέλος, σύμφωνα με τον Lamb (1982), τα συναισθήματα της μη αντοχής που βιώνουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ως προς το κλινικό έργο με τους χρόνιους ασθενείς, είναι και αυτά ένας σημαντικός παράγοντας ανάπτυξης ή διατήρησης των αρνητικών στάσεων.

Παράλληλα, η ανεπαρκής κλινική εξάσκηση, η έλλειψη ουσιαστικής εκπαίδευσης, η έλλειψη υποστήριξης και η απουσία ενός ικανού επόπτη

στις δομές όπου εργάζονται οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ενισχύουν την παρουσία και εμφάνιση αρνητικών στάσεων. Πράγματι, η ανάγκη υποστήριξης και επιβεβαίωσης των προσπαθειών τους για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών, καθίσταται απαραίτητη από την παρουσία ενός ικανού επόπτη, αφού οι ίδιοι πολλές φορές έρχονται στη θέση να αισθάνονται ότι βρίσκονται έξω από τον κύριο επαγγελματικό τους ρόλο και διαπιστώνουν ότι τα συναισθηματικά εμπόδια και τα εκπαιδευτικά τους ελλείμματα τους οδηγούν σε απελπισία και απόγνωση. Η γέννηση αρνητικών στάσεων μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικά εμπόδια για την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας και θεραπείας σε χρόνιους ασθενείς.

Συμπερασματικά, η θεραπευτική ομάδα συνίσταται σε ένα σύνολο μερών που αλληλεπιδρούν αλλά μπορεί να εννοηθεί και ως ενιαίος οργανισμός από τη λειτουργία του οποίου εξαρτάται η πρόοδος των ασθενών με τους οποίους έχει επιφορτιστεί. Με αυτήν την έννοια οι ψυχοδυναμικές θεωρίες των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, κυρίως αυτές του Bion και του Winnicott μπορούν να χρησιμοποιηθούν προς κατανόηση και μελέτη της λειτουργίας μιας θεραπευτικής ομάδας, σε δομή για χρόνιους ασθενείς. Χρέος της «αρκετά καλής» ομάδας είναι να εμπεριέχει και να μεταβολίζει τις ανεπεξέργαστες προβολές και τα άγχη των ασθενών, ενώ συγχρόνως, διατηρώντας επαφή με τις πραγματικές ανάγκες τους, να παρουσιάσει την πραγματικότητα με έναν τρόπο που δεν θα τους τρομάξει. Με τον τρόπο αυτό θα παραχωρήσει στους ασθενείς τον απαραίτητο μεταβατικό χώρο προκειμένου να ανακτήσουν τη δημιουργικότητά τους. Βασικό εργαλείο για την συγκεκριμένη θεραπευτική πορεία είναι η έννοια του «σχετίζεσθαι» που οδηγεί από το «Εγώ» στο «Μαζί» (Winnicott, 1947).

3.6 Η λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων του προσωπικού σε στεγαστικές δομές αποκατάστασης

Η έννοια του ομαδικού στηρίζεται στα δυναμικά της ομάδας αν και ο ορισμός είναι διαφορετικός ανάλογα με τον τρόπο με τον οποίο μελετάται. Σε μια κοινοτική δομή, από ψυχαναλυτικής απόψεως, η θεραπευτική ομάδα θα μπορούσε να λειτουργήσει με βάση τις θεωρίες των Winnicott και Bion όσον αφορά το ρόλο της μητέρας κατά την διαδικασία δόμησης του ψυχικού οργάνου (δηλαδή της ψυχικής ανάπτυξης) του βρέφους. Όπως η ουσιαστική παρουσία της μητέρας είναι αναγκαία για την ανάπτυξη του βρέφους έτσι και η παρουσία της θεραπευτικής ομάδας παίζει σημαντικό ρόλο στην θεραπευτική διαδικασία που επιτελείται μέσα στο πλαίσιο ενός ξενώνα ή γενικότερα μιας δομής αποκατάστασης. Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας μπορούν να σκέφτονται για τον ένοικο δανείζοντας του την φαντασία τους και αναλαμβάνοντας μέρος του προβλήματος του ψυχικού του πόνου. Ο ένοικος εξαρτάται από την θεραπευτική ομάδα και έργο της ομάδας είναι να μετασχηματίσει τα αισθητηριακά και σωματικά δεδομένα του ενοίκου και ο ένοικος έχει ανάγκη μια ομάδα η οποία θα του σταθεί και στα πρώτα στάδια της ασθένειας του όπως είναι το παραλήρημα, η παλινδρόμηση, η καθήλωση κλπ αλλά και ταυτόχρονα στην σχέση του με τον πραγματικό κόσμο/κοινότητα. (Bion, 1952., Winnicott, 1960).

Η Ομάδα Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας μιας στεγαστικής δομής αποτελείται από επαγγελματίες διαφόρων εξειδικευμένων τομέων, οι οποίοι συνεργάζονται με μια από κοινού συντονισμένη προσπάθεια παροχής υψηλού επιπέδου ψυχιατρικής φροντίδας, στα άτομα με χρόνια ψυχικά προβλήματα. Τα βασικά μέλη της αποτελούνται από:

- i. τον / την επιστημονικό/ή υπεύθυνο/η, ii. τον / την αναπληρωτή/τρια υπεύθυνο/η, iii. τον / την Ψυχίατρο, iv. τον / την Ψυχολόγο, v. τον / την Κοινωνικό Λειτουργό, vi. τον / την εργοθεραπευτή/τρια, vii. τους νοσηλευτές ή επισκέπτες υγείας, viii. άλλους ειδικούς θεραπευτές

(ψυχοπαιδαγωγοί, δάσκαλοι, τεχνίτες), ix. βοηθητικούς υπαλλήλους (βοηθητικό προσωπικό) και x. τον υπεύθυνο διαχείρισης.

Κάθε εργαζόμενος αναλαμβάνει τομείς ευθύνης και δραστηριότητες ανάλογα με την ειδικότητά του παράλληλα με τα καθήκοντα που απορρέουν από τους γενικούς θεραπευτικούς στόχους, με γνώμονα τη συμπληρωματικότητα, που πρέπει να υπάρχει ανάμεσα στους ρόλους και τα καθήκοντα. Οι εργαζόμενοι που δεν έχουν κάποια επιστημονική ειδίκευση (π.χ. οικοδέσποινα, βοηθητικό προσωπικό, εκπαιδευτές) θεωρούνται μέλη της θεραπευτικής ομάδας και τα καθήκοντά τους ορίζονται ανάλογα με τους στόχους και τις ανάγκες του θεραπευτικού προγράμματος. Κάθε μέλος της θεραπευτικής ομάδας οφείλει να προσαρμόζεται στις υποχρεώσεις που απορρέουν από τους στόχους του προγράμματος (Δαμίγος 2003).

Τα επίπεδα που αφορούν τους γενικούς στόχους που εργάζεται η θεραπευτική ομάδα είναι α. η αντιμετώπιση / μείωση της κρίσης ή η παρέμβαση με ψυχοθεραπευτικούς και φαρμακευτικούς χειρισμούς, μέσα στο πλαίσιο δημιουργικής θεραπευτικής συμμαχίας με το άτομο ή και την οικογένεια του, β. η αυτονόμηση και η ανάπτυξη των ψυχικών λειτουργιών και κοινωνικών δεξιοτήτων των ασθενών, γ. η υλοποίηση των θεραπευτικών στόχων η οποία πρέπει να περνά μέσα από τη διαπραγμάτευση της καθημερινής ζωής, δ. η προσπάθεια για ανάπτυξη πρωτοβουλίας και υπευθυνότητας των φιλοξενούμενων του ξενώνα, ανάλογα με τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του καθενός, στα πλαίσια ενός εξατομικευμένου θεραπευτικού προγράμματος, το οποίο πρέπει κατά τακτά χρονικά διαστήματα να αξιολογείται και να αναπροσαρμόζεται, ε. στο επίπεδο της θεραπευτικής συνέχειας, με στόχο την αποκατάσταση ψυχοπαθολογικών φαινομένων της συμπεριφοράς των ασθενών (Μαδιανός 1994), (Δαμίγος 2003), στ. στο επίπεδο της κοινωνικής αποκατάστασης, όπου προγραμματίζεται κάθε δυνατός μηχανισμός κοινωνικοποίησης και κοινωνικής ένταξης / επανένταξης αυτών. Στόχος είναι η σταδιακή αύξηση της εμπιστοσύνης στον “εαυτό” και η εκμάθηση τρόπων, έτσι ώστε το

άτομο να “τα βγάζει πέρα” μόνο του με τις απαιτήσεις της ζωής στην κοινότητα (Δαμίγος 2003).

Η συμβολή κάθε επαγγελματία ψυχικής υγείας, για την θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών, είναι ουσιαστική από τη σκοπιά της ειδικής συνεισφοράς του πεδίου των γνώσεων, που απαιτούνται για την κάλυψη κάθε ειδικής ανάγκης των ασθενών (Δαμίγος 2003).

Όσο για την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα της εργασίας της ομάδας των θεραπευτών, εξαρτάται από: i. την προσωπικότητα κάθε μέλους, που ευνοεί την καλή επαφή με το άτομο (ασθενή) και την κοινότητα, ii. την εκπαίδευση και την εξειδίκευση στον τομέα της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, γiii τη διαμόρφωση μιας συγκεκριμένης ιδεολογίας για την κοινοτική δράση, iv. την τήρηση επαγγελματικών ορίων, και v. την αντίληψη της ομαδικότητας (Μαδιανός 1994).

Σύμφωνα με το Δαμίγο (2003), κάθε εργαζόμενος αναλαμβάνει τομείς ευθύνης και δραστηριότητες ανάλογα με την ειδικότητα του παράλληλα με καθήκοντα που είναι αποτέλεσμα των γενικών θεραπευτικών στόχων με βάση την συμπληρωματικότητα που πρέπει να υπάρχει ανάμεσα στους ρόλους και τα καθήκοντα της θεραπευτικής ομάδας. Οι εργαζόμενοι της δομής που δεν έχουν κάποια επιστημονική ειδίκευση (οικοδέσποινα, βοηθητικό προσωπικό, εκπαιδευτές) θεωρούνται μέλη της θεραπευτικής ομάδας και τα καθήκοντα τους ορίζονται ανάλογα με τους στόχους και τις ανάγκες του θεραπευτικού προγράμματος.

Κάθε νέο μέλος της θεραπευτικής περνά από ένα στάδιο γνωριμίας δυο μηνών με το θεραπευτικό πλαίσιο της δομής, στο τέλος του οποίου αποφασίζεται από κοινού η οριστικοποίηση της συνεργασίας. Κάθε μέλος της θεραπευτικής ομάδας που αποφασίζει να διακόψει τη συνεργασία με το πρόγραμμα οφείλει να γνωστοποιεί στον επαγγελματία Υπεύθυνο και την θεραπευτική ομάδα τουλάχιστον ένα μήνα πριν. Κάθε μέλος της ομάδας οφείλει να προσαρμόζεται στις υποχρεώσεις που είναι αποτέλεσμα των στόχων του προγράμματος. Η ελλιπής ανταπόκριση στα εκάστοτε καθήκοντα επισημαίνεται από τον επιστημονικό υπεύθυνο στα πλαίσια της

θεραπευτικής ομάδας και γίνεται προσπάθεια να διερευνηθούν οι λόγοι που οδηγούν σε αυτή. Επιπλέον η μη τήρηση των τυπικών υποχρεώσεων με βάση τη σύμβαση εργασίας , μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα στην διακοπή συνεργασίας. (Δαμίγος, 2003).

3.6.1. Η λειτουργία των θεραπευτικών ρόλων του προσωπικού στις δομές ψυχικής υγείας

Εκτός από τα γενικά καθήκοντα, που αφορούν γενικά όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, υπάρχουν και ειδικά καθήκοντα που έχουν άμεση σχέση με την επιστημονική ιδιότητα ή την επαγγελματική ταυτότητα των μελών της θεραπευτικής ομάδας (Δαμίγος, 2003) .

Ο εβδομαδιαίος χρόνος απασχόλησης (μερικής ή πλήρης) και η κατανομή του χρόνου αυτού μέσα στο εικοσιτετράωρο κάθε μέλους του προσωπικού της ψυχιατρικής δομής καθορίζεται από τον επιστημονικά υπεύθυνο, σύμφωνα με τις ανάγκες που σχετίζονται με το βαθμό υποστήριξης και λειτουργικότητας των ατόμων που διαμένουν σε αυτά. Ο αριθμός των εργαζομένων στη δομή προσδιορίζεται από τον επιστημονικά υπεύθυνο ανάλογα με τη χρονική φάση της λειτουργίας τους, το βαθμό υποστήριξης και τη λειτουργικότητα των ατόμων που διαμένουν σε αυτά. Ο εβδομαδιαίος χρόνος απασχόλησης (μερικής ή πλήρης) κάθε μέλους του προσωπικού της δομής, η κατανομή του χρόνου αυτού μέσα στο εικοσιτετράωρο και ο αριθμός των εργαζομένων σε αυτόν, εγκρίνεται από την αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας στην οποία ανήκει η Μονάδα Ψυχικής Υγείας (Δαμίγος, 2003) .

Με ευθύνη του επιστημονικού υπεύθυνου διασφαλίζεται, ότι οι ρόλοι των εργαζομένων εκτός των καθηκόντων που απορρέουν από την ειδικότητα τους συνδυάζονται και προσαρμόζονται στους αποκαταστασιακούς στόχους , καθώς και στο χρόνο απασχόλησης (μερικής ή πλήρης) στη εκάστοτε δομή (Δαμίγος, 2003) .

Το μέλος της Πολυκλαδικής Ομάδας που αναλαμβάνει να οργανώσει και να συντονίσει την φροντίδα για τον ασθενή, όπως έχει σχεδιασθεί κατά την κατάρτιση του Ατομικού Θεραπευτικού Προγράμματος, καλείται «πρόσωπο αναφοράς» για τον ασθενή αυτό. Οι εργαζόμενοι οφείλουν να υπηρετούν το ρόλο του «προσώπου αναφοράς» για τους διαβιούντες στον Ξενώνα. Ο επιστημονικός υπεύθυνος ορίζει από το σύνολο των εργαζομένων τον κάθε έναν, ανεξαρτήτως ειδικότητας, για ποιους συγκεκριμένους ασθενείς αναλαμβάνει το ρόλο του «προσώπου αναφοράς» γι' αυτούς (Δαμίγος, 2003) .

Κανένας εργαζόμενος δεν μπορεί να αναλαμβάνει το ρόλο του «προσώπου αναφοράς» για περισσότερους από έξι (6) ενοίκους του Ξενώνα ή της δομής.

Ο αριθμός και η σύνθεση του προσωπικού ποικίλει ανάλογα με τις εξειδικευμένες ανάγκες των ενοίκων και το βαθμό υποστήριξης του Ξενώνα/δομής. Οι ειδικότητες που καλύπτουν την εικοσιτετράωρη λειτουργία του Ξενώνα είναι ενδεικτικά οι εξής:

- ο επιστημονικός υπεύθυνος
- ο αναπληρωτής υπεύθυνος
- ο συνεργαζόμενος ψυχίατρος
- ο ψυχολόγος
- ο κοινωνικός λειτουργός
- ο νοσηλευτής/τρια ή ο επισκέπτης υγείας
- ο εργοθεραπευτής
- η οικοδέσποινα (για οικοτροφεία, διαμερίσματα, ξενώνες)
- το βοηθητικό προσωπικό (καθαριότητα)
- ο υπεύθυνος διαχείρισης της εταιρείας

Άλλες ειδικότητες, όπως ενδεικτικά Λογοθεραπευτές, Γυμναστές, Φυσιοθεραπευτές, απασχολούνται στον Ξενώνα/δομή μόνο για όσο χρόνο και για κάθε φορά που αναπτύσσεται αντίστοιχο πρόγραμμα σε αυτόν. ((Δαμίγος , 2003)

Πιο συγκεκριμένα:

- **Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος** των προγραμμάτων που υλοποιεί η εταιρία, ασκεί εποπτεία και συντονισμό, σε θέματα επιστημονικά, θεραπευτικά, και εκπαιδευτικά του ξενώνα. Καθορίζει τους θεραπευτικούς ρόλους και τις υποχρεώσεις των μελών της θεραπευτικής ομάδας και κατευθύνει το έργο τους. Έχει την ευθύνη και το συντονισμό του συνόλου του θεραπευτικού προγράμματος όπως και κάθε ομαδικής δραστηριότητας της θεραπευτικής ομάδας η των φιλοξενουμένων στον ξενώνα. Συνεργάζεται με τον υπεύθυνο διαχείρισης των προγραμμάτων της εταιρίας, για θέματα διοικητικά, οικονομικά και γραμματειακά του ξενώνα, που αφορούν στο σχεδιασμό και στην επίτευξη στόχων. Για όποιο θέμα προκύψει , εισηγείται στο συμβούλιο της εταιρείας για κάθε θέμα που μπορεί να προκύψει στη λειτουργία του προγράμματος. Η παρουσία του επιστημονικά υπεύθυνου στον ξενώνα πρέπει να είναι τακτική και συστηματική στο μέτρο των υπολοίπων καθηκόντων του στα προγράμματα της εταιρείας. Ο επιστημονικά υπεύθυνος σε συνεργασία με την επιστημονική ομάδα θα πρέπει να κρατούν ένα εγχειρίδιο στο οποίο θα καταγράφονται με λεπτομέρειες τα καθήκοντα όλων των εργαζομένων, των συνεργαζομένων ή εκπαιδευομένων στα πλαίσια της λειτουργίας της δομής. Ο φάκελος αυτός θα περιλαμβάνει επιστημονικό υλικό αναφοράς, και όποια άλλη χρήσιμη πληροφορία για την καλυτέρευση των στόχων της δομής και των διαδικασιών που είναι απαραίτητες για την επίτευξη τους. Ο επιστημονικός υπεύθυνος είναι υποχρεωμένος να παραδίδει ανά εξάμηνο στο Δ.Σ. έκθεση με την υλοποίηση των στόχων , στην

πορεία του προγράμματος, καθώς και προτάσεις για την μελλοντική του εξέλιξη. (Δαμίγος, 2003)

- **Ο αναπληρωτής υπεύθυνος.** Το Δ.Σ. έχει τη δυνατότητα ανάθεσης σε επιστήμονα από το χώρο της ψυχικής υγείας και κάτω από την εποπτεία του επιστημονικά υπεύθυνου, καθήκοντα αναπληρωτή υπεύθυνου, για θέματα που αφορούν τις θεραπευτικές, ομαδικές ή κοινωνικές δραστηριότητες του ξενώνα. Για να επιλεγεί ο αναπληρωτής υπεύθυνος, το Δ.Σ. χρησιμοποιεί εκείνα τα κριτήρια που χρησιμοποιούν για κάθε άλλη πρόσληψη, που έχουν σχέση με τα επιστημονικά προσόντα, την εμπειρία, τις οργανωτικές και συντονιστικές ικανότητες του ατόμου, προκειμένου να ανταπεξέλθει αποτελεσματικά στις υποχρεώσεις που απαιτεί ο συγκεκριμένος ρόλος. Εξετάζει τα προσόντα της ήδη υπάρχουσας ομάδας. Ωστε να διαπιστωθεί αν υπάρχει το κατάλληλο άτομο. σε κάθε άλλη περίπτωση προκηρύσσεται η θέση. Ο ρόλος του αναπληρωτή υπεύθυνου είναι σημαντικός γιατί αποτελεί παράγοντα διασύνδεσης της πρωινής και της απογευματινής ομάδας. Η παρουσία του είναι απαραίτητη σε καθημερινή βάση και το σε κανονική ημερήσια βάρδια. Ο αναπληρωτής υπεύθυνος συνεργάζεται ως επί το πλείστον με τον επιστημονικά υπεύθυνο. (Δαμίγος, 2003)
- **Ο συνεργαζόμενος ψυχίατρος,** έχει την ευθύνη της ψυχιατρικής αξιολόγησης των μελών του προγράμματος. Ενημερώνεται από τον επιστημονικά υπεύθυνο και τον θεραπευτή αναφοράς κάθε μέλους για την κλινική κατάσταση του ασθενή και προτείνει φαρμακευτική αγωγή ή σε περίπτωση υπάρχουσας την απαραίτητη τροποποίηση της, ενημερώνοντας για την προτεινόμενη αγωγή. Κάθε ενέργεια του ψυχιάτρου αναγράφεται και υπογράφεται από τον ίδιο στο βιβλίο λογοδοσίας. Επιπλέον ενημερώνει τον φάκελο του ασθενούς για το ψυχιατρικό ιστορικό, όπως επίσης αξιολογεί την γενική υγεία των μελών και παραπέμπει όταν είναι αναγκαίο την απαραίτητη θεραπεία. εδώ χρειάζεται να σημειωθεί ότι ο ψυχίατρος που

εργάζεται σε μια τέτοια δομή είναι απαραίτητο να έχει εκπαίδευση και εμπειρία σε θέματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και ψυχοθεραπευτικών πρακτικών. Όντας μέλος της θεραπευτικής ομάδας έχει το δικαίωμα να συμμετέχει στις ομαδικές συναντήσεις της και να αναλάβει σε συνεννόηση με τον επιστημονικά υπεύθυνο, θεραπευτικές δραστηριότητες σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο συμβάλλοντας στις παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος. (Δαμίγος, 2003). Ο τύπος εργασίας του Ψυχιάτρου στην Κοινωνική Ψυχιατρική, σε σύγκριση με εκείνη του ψυχιάτρου που εργάζεται στο άσυλο, εμφανίζει ορισμένα χαρακτηριστικά, τα οποία αφορούν τομείς εργασίας όπως: 1. στην ιεραρχία, 2. στον τόπο και τρόπο δράσης, 3. στην προσέγγιση του ασθενούς, 4. στους θεραπευτικούς χειρισμούς, 5. στη θεραπευτική επαφή, 6. στον τρόπο λήψης αποφάσεων και 7. στη συνεργασία με άλλους ιατροκοινωνικούς φορείς και τοπικούς παράγοντες. Η επιτυχημένη εργασία ενός κοινοτικού ψυχιάτρου εξαρτάται από την τήρηση των βασικών αρχών της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, από τη διαμόρφωση συγκεκριμένης ιδεολογίας, την έλλειψη ελιτισμού, την στάση του προς την κοινότητα και τις ικανότητες του (Μαδιανός 1994). Ο ψυχίατρος μπορεί να έχει προληφθεί στο πρόγραμμα με μερική απασχόληση, αλλά είναι υποχρεωμένος να παραδίδει στον επιστημονικά υπεύθυνο. (Δαμίγος, 2003)

- **Ο ψυχολόγος** επεξεργάζεται το κλινικό υλικό που εκφράζεται στις οργανωμένες θεραπευτικό-κοινωνικές δράσεις, καθώς και μέσω της καθημερινής συνύπαρξης όλων των μελών της θεραπευτικής κοινότητας, έτσι ώστε ο σχεδιασμός και η υλοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο, να προωθούν όσο το δυνατό αποτελεσματικότερα, και σε άμεση σχέση με τις ανάγκες και ατόμων και ομάδων, τους στόχους της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Ενδεικτικά αναλαμβάνει τις παρακάτω ψυχολογικές δράσεις:

- i. Την ψυχολογική υποστήριξη των μελών του ξενώνα και των οικογενειών τους.
- ii. Το σχεδιασμό Ατομικού Θεραπευτικού Πλάνου σε συνεργασία με τον θεραπευτή αναφοράς και ενημέρωση της θεραπευτικής ομάδας.
- iii. Τη συμμετοχή σε δραστηριότητες αγωγής κοινότητας.
- iv. Την έρευνα, αξιολόγηση, εκπαίδευση προσωπικού, ανάπτυξη δεικτών-προτύπων.
- v. Τη διασύνδεση των υπηρεσιών.
- vi. Την τήρηση των φακέλων με το κλινικό ιστορικό των ασθενών.

Ορισμένες από αυτές τις δράσεις πολλές φορές υλοποιούνται και σε συνεργασία με άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Ο ψυχολόγος υποβάλλει εξαμηνιαία έκθεση των δραστηριοτήτων του στον επιστημονικά υπεύθυνο (Δαμίγος, 2003).

- **Ο κοινωνικός λειτουργός** οργανώνει τις υπηρεσίες του ώστε να είναι προστασίες οι πληροφορίες που έχουν να κάνουν με τους ασθενείς, σε όλα τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Στο φάκελο κάθε ασθενούς υπάρχει ένα μέρος στο οποίο καταγράφονται πληροφορίες που αφορούν:

Στο Κοινωνικό Ιστορικό (δημογραφικά στοιχεία, στοιχεία για την πατρική του οικογένεια από την σύνθεση της μέχρι τη στιγμή που διαμορφώνεται στο κοινωνικό ιστορικό, στοιχεία για την εκπαίδευση του ατόμου και την κοινωνική του κατάσταση, πληροφορίες για την έναρξη και πορεία της νόσου που εμπλέκουν κοινωνικούς παράγοντες, στοιχεία για την οικονομική κατάσταση του ατόμου, για τις σχέσεις του με την οικογένεια και με άλλα άτομα που είναι ικανά να επηρεάσουν τη ζωή του, όπως επίσης ότι άλλο στοιχείο κρίνεται απαραίτητο από τον κοινωνικό λειτουργό να καταγραφούν) (Δαμίγος, 2003) .

Στην επικοινωνία του ασθενή με τα πρόσωπα που είναι είναι να επηρεάσουν το άτομο (συγγενικά, φιλικά).

Στις συναντήσεις που πραγματοποιούνται μεταξύ του κοινωνικού λειτουργού και του ασθενούς και στις συναντήσεις που αφορούν τα συγγενικά πρόσωπα (εκθέσεις κοινωνικής έρευνας. Ο κοινωνικός λειτουργός οργανώνει, όπου κρίνεται απαραίτητο από τη θεραπευτική ομάδα, δομημένες συναντήσεις με τα μέλη του ξενώνα για την ενίσχυση της αυτόνομης διαχείρισης των ζητημάτων που αφορούν τους ίδιους, και τις κοινωνικές τους σχέσεις. ο κοινωνικός λειτουργός τακτοποιεί τα ζητήματα που αφορούν στα μέλη του ξενώνα, σε διάφορες υπηρεσίες της κοινότητας (ασφάλιση, συνταξιοδότηση, ψυχαγωγία, εργασιακή αποκατάσταση κ.α) όταν είναι αδύνατο από τους ίδιους να το υλοποιήσουν. Φροντίζει τα μέλη να είναι εφοδιασμένα με όλα τα απαραίτητα έγγραφα, που τους καθιστούν νόμιμους πολίτες και μπορούν να τα χρησιμοποιήσουν για την παροχή των κοινοτικών αγαθών. Στα πλαίσια αυτή της λειτουργίας, ο κοινωνικός λειτουργός, οφείλει να ενημερώνει σωστά τις υπηρεσίες της κοινότητας για τους σκοπούς του προγράμματος και του φορέα στο οποίο ανήκει (Δαμίγος, 2003) .

- **Ο νοσηλευτής/ επισκέπτης υγείας**, ασχολείται με συγκεκριμένους τομείς, δηλαδή φροντίζει α. για την υλοποίηση της ψυχιατρικής και της ιατρικής θεραπείας όταν είναι αναγκαίο, όπως και για την πρόληψη (εμβολιασμοί, έλεγχος μεταδοτικών νοσημάτων κ.α.) και β. για τη διασύνδεση του ξενώνα με τις υγειονομικές υπηρεσίες της περιοχής, δημόσιες και ιδιωτικές. (Δαμίγος, 2003) .

Η ετοιμότητα, το επίπεδο συνεργασίας και η εμπειρία της θεραπευτικής ομάδας είναι αποτέλεσμα της καλής ατομικής υγιεινής των εξυπηρετούμενων, η οποία δεν αποτελεί υποχρέωση μόνο του ίδιου του ασθενούς αλλά και των νοσηλευτών. Έτσι ένας κοινός στόχος εξυπηρετούμενου και νοσηλευτή είναι η ανάληψη πρωτοβουλιών για την αυτόνομη φροντίδα του (Δαμίγος, 2003).

Είναι αναγκαίο για όλα τα παραπάνω να ληφθεί υπ όψιν η διαφορετικότητα της κάθε περίπτωσης, με αποτέλεσμα να σχεδιάζεται συγκεκριμένο ατομικό πρόγραμμα για κάθε μέλος, έτσι ώστε να δημιουργηθούν για τον καθένα οι καλύτερες δυνατές προϋποθέσεις για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής και των ιατρικών εξετάσεων, όπως αυτές καθορίζονται από τον υπεύθυνο ιατρό του προγράμματος (Δαμίγος, 2003) .

- **Ο Εργοθεραπευτής** οργανώνει ατομικές ή ομαδικές δραστηριότητες, αφού έχουν εγκριθεί από την επιστημονική ομάδα, με στόχο την ανάπτυξη γωνιακών και αντιληπτικών δεξιοτήτων των μελών. Επιπλέον, φροντίζει για την οργάνωση δραστηριοτήτων που στοχεύουν στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων και της λειτουργικότητας των ασθενών στα πλαίσια της καθημερινότητας (ντύσιμο, προσωπική φροντίδα, οργάνωση του προσωπικού χώρου, οργανώνει εξατομικευμένα θεραπευτικά προγράμματα σύμφωνα με τις δυνατότητες και τις ανάγκες κάθε μέλους, συνοδεύει, στηρίζει και κατευθύνει τα μέλη της στις εξωτερικές δραστηριότητες, έχοντας ως στόχο την κοινωνικοποίηση τους, και τέλος συμβάλλει στην εκπόνηση προγραμμάτων με στόχο την προεπαγγελματική εκπαίδευση των μελών και τα στηρίζει σε αυτή την προοπτική όσον αφορά τις δυνατότητες τους (Δαμίγος, 2003) .
- **Η οικοδέσποινα** (για **οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα**) φροντίζει για την οργάνωση της καθημερινής ζωής του ξενώνα. Βασικοί στόχοι που απορρέουν από τον ρόλο της είναι η διασφάλιση ποιότητας ζωής του Ξενώνα, η διαρκής βελτίωση και ανάδειξη ατομικών και ομαδικών δεξιοτήτων των φιλοξενουμένων, και η εμπλοκή των φιλοξενουμένων στα ζητήματα που αφορούν την καθημερινή ζωή στον ξενώνα και ανάληψη πρωτοβουλιών (Δαμίγος, 2003) .

Την διαχείριση των οικονομικών καθημερινών θεμάτων του ξενώνα αναλαμβάνει εκ περιτροπής και για ένα εξάμηνο ένα μέλος της

θεραπευτικής ομάδας όπως προβλέπεται από την υπουργική απόφαση. Ο διαχειριστής του ξενώνα παραδίδει στην αρχή κάθε μηνά τον μηνιαίο προϋπολογισμό του ξενώνα στον επιστημονικά υπεύθυνο ή τον αναπληρωτή υπεύθυνο. Συνεργάζεται με τους υπευθύνους κάθε τομέα του ξενώνα για την καταγραφή και τον προγραμματισμό έκτακτων αναγκών, είναι υπεύθυνος διαχείρισης των καθημερινών εξόδων και τη συντήρηση του ξενώνα και παραδίδει τον απολογισμό στο τέλος του μήνα στον επιστημονικά υπεύθυνο ή τον αναπληρωτή υπεύθυνο (Δαμίγος, 2003).

- **Το βοηθητικό προσωπικό** έχει την ευθύνη για την φροντίδα και καθαριότητα του χώρου και τις οικιακές εργασίες του ξενώνα. Συμβάλλει στην κινητοποίηση των φιλοξενουμένων για να αναλάβουν πρωτοβουλίες σχετικά με την φροντίδα του προσωπικού και κοινόχρηστου χώρου (Δαμίγος, 2003) .
- **Ο Υπεύθυνος Διαχείρισης (Υ.Δ.)** της εταιρίας ορίζεται από το διοικητικό συμβούλιο και η αρμοδιότητα του είναι να διαχειρίζεται, να συντονίζει και να εποπτεύει το σύνολο των διοικητικών, οικονομικών και γραμματειακών ενεργειών των προγραμμάτων της εταιρείας. Καθορίζει και συντονίζει τις αρμοδιότητες και τα καθήκοντα των υπολοίπων διοικητικών, οικονομικών και γραμματειακών υπαλλήλων της εταιρείας σύμφωνα με τις ανάγκες των προγραμμάτων. Μαζί με τους υπαλλήλους των διοικητικών, οικονομικών και γραμματειακών τομέων της εταιρείας υλοποιεί και διεκπεραιώνει γραμματειακή υποστήριξη, θέματα που έχουν να κάνουν με μισθοδοσία εργαζομένων, καταβολή Δ.Ο.Υ , Ι.Κ.Α και γενικότερα όλες τις υποχρεώσεις προς τρίτους. Ελέγχει και παρακολουθεί σε εβδομαδιαία βάση τις δαπάνες ανά κατηγορία βάσει του προϋπολογισμού και σε συνεργασία με τον ταμία της εταιρείας. Γενικότερα είναι υπεύθυνος για την διεκπεραίωση των υποχρεώσεων της εταιρείας για την σωστή διαχείριση των προγραμμάτων με στόχο την αδιαμφισβήτητη εικόνα της εταιρείας για το κοινωνικό έργο που παρέχει. Τέλος, συμμετέχει στον προγραμματισμό νέων δραστηριοτήτων-προγραμμάτων της

εταιρείας και συμβάλει στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων του στην εκπόνηση των τεχνικών δελτίων προς τους αρμόδιους φορείς. Υποχρέωση έχουν τα υπεύθυνα διοικητικά, οικονομικά και γραμματειακά στελέχη της εταιρείας να υποβάλλουν απολογιστική και προγραμματική έκθεση ανά εξάμηνο στον υπεύθυνο διαχείρισης της εταιρείας ο οποίος με τη σειρά του, υποβάλει ανάλογη έκθεση στο διοικητικό συμβούλιο για το σύνολο των ανωτέρω δραστηριοτήτων (Δαμίγος, 2003).

3.7. Στόχοι του θεραπευτικού προσωπικού των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Βασικός σκοπός της θεραπευτικής ομάδας είναι τα βοηθήσει τους ασθενείς να γίνουν αυτόνομοι και να αναπτύξουν ψυχικές λειτουργίες και κοινωνικές δεξιότητες. Επιπλέον για κάθε φιλοξενούμενο ορίζεται και ένας θεραπευτής αναφοράς ο οποίος παρακολουθεί και αναφέρει στον υπεύθυνο την πορεία το προγράμματος για το μέλος που έχει αναλάβει. Μέσα από τις καθημερινές δραστηριότητες υλοποιούνται και οι θεραπευτικοί στόχοι. Τέτοιες δραστηριότητες είναι η φροντίδα και η καθαριότητα των χώρων της δομής, οι κοινωνικές δραστηριότητες, οι επαγγελματικές ασχολίες όπως επίσης και η υγειονομική φροντίδα. Η επιμέλεια και η φροντίδα των ατόμων του ξενώνα με ψυχιατρικό προφίλ πρέπει να είναι συνεχής. Έξαλλου αυτό ορίζει η ιδιαιτερότητα του επαγγελματικού έργου. Βασικό μέλημα της θεραπευτικής εργασίας είναι η διατήρηση επαφής και η επικοινωνία με τις οικογένειες των μελών, όταν αυτή φαίνεται να είναι χρήσιμη για την θεραπευτική πορεία του ασθενή (Δαμίγος,2003).

Για την παρακολούθηση των θεραπευτικών δραστηριοτήτων που λαμβάνουν χώρα στα πλαίσια του προγράμματος θα πρέπει να τηρείται το κλινικό ημερολόγιο, στο οποίο αναγράφονται όλες οι παρατηρήσεις των μελών της θεραπευτικής ομάδας. Η καταγραφή σε αυτό το ημερολόγιο, δεν είναι απλά μια τυπική διαδικασία αλλά ουσιαστική, διότι από την μια

πλευρά ενημερώνεται και η υπόλοιπη ομάδα για το περιστατικό τους αλλά επιπλέον η καταγραφή σε αυτό το ημερολόγιο υποδηλώνει κυρίως την συνέπεια του θεραπευτικού έργου από τον ένα θεραπευτή στον άλλο, ανάλογα με την ειδικότητα του.. εκεί καταγράφονται τα πρόβλημα και οι δυσκολίες που απορρέουν από τις θεραπευτικές σχέσεις και την συσχέτιση με το θεραπευτικό έργο, όπως επίσης και οι ενέργειες που έγιναν με σκοπό την αντιμετώπιση αυτών των δυσκολιών. Κάθε μέλος θα πάρει να γράφει καθημερινά και αναλυτικά στο ημερολόγιο πριν την αποχώρηση του από την εργασία του. Ακόμη, τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας θα πρέπει να έχουν γνώσεις πρώτων βοηθειών. Τέτοιες γνώσεις μπορούν να αποκτήσουν μέσα από σεμινάρια που μπορεί να οργανώσει και ο ίδιος ο ξενώνας από εξειδικευμένο προσωπικό, σε θέματα πρώτων βοηθειών. Τέτοια σεμινάρια θα πρέπει να γίνονται μα φορά το χρόνο και εκτάκτως κάθε φορά που ένα μέλος αναλαμβάνει καθήκοντα. Επιπλέον τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας μπορούν να συμβάλλουν στην εκπαίδευση νεότερων επαγγελματιών (Δαμίγος, 2003) .

Κάθε νέος εκπαιδευόμενος που εισέρχεται στο χώρο της ψυχικής υγείας ενημερώνεται από τον επιστημονικό υπεύθυνο προφορικά και γραπτά για τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις του κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης του. Τελευταίος και εξίσου σημαντικός με τους παραπάνω στόχος είναι η τήρηση του επαγγελματικού και θεραπευτικού απορρήτου. Έτσι λοιπόν κάθε μέλος της θεραπευτικής ομάδας οφείλει να σέβεται και να τηρεί αυστηρά το επαγγελματικό απόρρητο. Όλο το προσωπικό μαζί με τους συνεργάτες και τους εκπαιδευόμενους είναι υποχρεωμένοι να κρατούν πληροφορίες σχετικά με τους φιλοξενούμενους με απόλυτη εχεμύθεια όπως προβλέπεται από το Νόμο 2472/1997. Τέτοιες πληροφορίες είναι απολύτως αναγκαίες και ο ένοικος θα πρέπει να ρωτάται για τυχόν πληροφορίες που θα δοθούν σε άλλες υπηρεσίες. Για αυτό το λόγο οι εμπιστευτικές αυτές πληροφορίες θα πρέπει να φυλάσσονται σε απόλυτα ασφαλείς χώρους. Κάθε μέλος της θεραπευτικής ομάδας είναι αναγκασμένο να ρωτήσει τον επιστημονικό υπεύθυνο πριν χρησιμοποιήσει τις εμπιστευτικές πληροφορίες για κάποια εργασία ή μελέτη περιστατικού. Εάν όμως αυτό χρειάζεται θα

πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα, ώστε οι πληροφορίες να παρουσιαστούν με τέτοιο τρόπο ώστε να μην είναι δυνατή η αποκάλυψη της ταυτότητας του ασθενούς, όπως αλλαγή ονομάτων, τόπων κ.α . εδώ βέβαια θα πρέπει να επισημάνουμε το γεγονός ότι όποιου είδους παράληψη στο θέμα του απορρήτου, αποτελεί σοβαρό αδίκημα και είναι δυνατόν αν έχει ως αποτέλεσμα την άμεση διακοπή της εργασιακής σχέσης και της συνεργασίας με τον εκάστοτε πρόγραμμα (Δαμίγος, 2003).

3.8. Οι σχέσεις του προσωπικού με τους ασθενείς

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τον Mack (1994), έχουν συνήθως δύο ειδών αντιλήψεις σχετικά με την ψυχική νόσο, πριν ξεκινήσουν τη θεραπευτική σχέση με τον ψυχικά ασθενή. Η μία αφορά την αντίληψη της παντοδυναμίας, η οποία προσδίδει μια συγκεκριμένη επαγγελματική ταυτότητα και η δεύτερη έχει σχέση με την αυτοαντίληψη, δηλαδή την προσωπική αντίληψη που έχει ο καθένας για τον εαυτό του. Η αυτοαντίληψη του επαγγελματία ψυχικής υγείας, κατά τον Rilssman (1990), μπορεί να χαρακτηρίσει τη θεραπευτική σχέση ως μία άνιση σχέση ανάμεσα στον ίδιο τον θεραπευτή και τον ασθενή. Κάτι τέτοιο όμως, αν και αποτελεί εμπόδιο για την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης (Boudreau 1991), εντούτοις κάποιες φορές μπορεί να αποτελέσει ως κίνητρο για τη θετική πορεία της σχέσης (Church, 1996).

Όποια και αν είναι η αντίληψη για την ψυχική νόσο, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν *τι είναι η ψυχική νόσος*, πράγμα το οποίο αποτελεί βασική προϋπόθεση για την έναρξη μιας θεραπευτικής σχέσης. Βέβαια για να ξεκινήσει μια θεραπευτική σχέση, θα πρέπει όλοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, στο πλαίσιο της θεραπευτικής ομάδας, να έχουν διαμορφώσει έναν καλά οργανωμένο σχεδιασμό θεραπευτικής πρακτικής, με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά οργάνωσης, εσωτερικών κανονισμών και πρακτικών διαχείρισης. Όλα αυτά τα

χαρακτηριστικά πρέπει να διαμορφώνονται με βάση τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης αποκαταστασιακής δομής και με βάση την εποπτεία της δομής (Church, 1996).

Σύμφωνα με τους Raynes και συν. (1979), τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα ενός καλά οργανωμένου θεραπευτικού σχεδιασμού, σύμφωνα με τον οποίο μπορεί να ξεκινήσει και να βασιστεί μια θεραπευτική σχέση φροντιστή – ασθενή, αφορούν:

- i. το βαθμό της πιστής και αυστηρής εφαρμογής ενός καθημερινού προγράμματος θεραπευτικών δραστηριοτήτων και της συμμόρφωσης των ενοίκων σ' αυτό.
- ii. το βαθμό εξατομίκευσης της θεραπευτικής παρέμβασης, για τον κάθε ένοικο ξεχωριστά (Curtis και Hodge 1994).
- iii. το βαθμό και την συχνότητα ενθάρρυνσης των ενοίκων να κατέχουν το προσωπικό τους χώρο – χρόνο και τα προσωπικά τους αντικείμενα
- iv. το βαθμό προσανατολισμού του θεραπευτικού σχεδιασμού στις ιδιαίτερες ανάγκες των ενοίκων και την ενθάρρυνση για αυτονομία και προσωπική επιλογή, στα πλαίσια ρεαλιστικών προσδοκιών, από πλευράς φροντιστών (Hall και Nelson 1996), (Nelson και συν. 1998).

Αξίζει να σημειωθεί εδώ, ότι το θεραπευτικό προσωπικό μιας δομής αποκατάστασης (π.χ. ξενώνας), που διατηρούν υψηλές αλλά και συγχρόνως προσδοκίες που ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα, με αισθήματα αποδοχής προς τους ασθενείς, μπορούν να έχουν θετική επίδραση στην εξέλιξη της θεραπευτικής σχέσης και την επιτυχία θεραπευτικών στόχων.

Ο Lavender (1985) και ο House (1976), σχετικά με την υποστήριξη του θεραπευτικού προσωπικού, προσθέτουν και τη σπουδαιότητα ύπαρξης ενός ικανού επόπτη, ο οποίος θα πρέπει να ενθαρρύνει το θεραπευτικό προσωπικό έτσι ώστε τα μέλη να εγκαθιστούν ουσιαστικές σχέσεις με τους ασθενείς, με βάση ένα συγκεκριμένο μοντέλο επαγγελματικών ρόλων. Επιπλέον, θα πρέπει να διατηρεί την ισορροπία του θεραπευτικού συστήματος και να αναγνωρίζει τις προσπάθειες των θεραπειών (Shepherd 1984). Μ' αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται ένας σημαντικός βαθμός συνοχής

της θεραπευτικής ομάδας, κάτι το οποίο είναι αναγκαίο για να υφίστανται ουσιαστικές σχέσεις μεταξύ αυτών και των ασθενών, σύμφωνα με τους Hall (1990) και Wing και Furlong (1986).

Οι διαχειριστικές και οργανωτικές πρακτικές μιας μεταβατικής στεγαστικής δομής αντανακλούν τον τρόπο με τον οποίον η πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα αλληλεπιδρά με τους ενοίκους. Παράλληλα, οι σχέσεις και οι αλληλεπιδράσεις του προσωπικού με τους ενοίκους προσδιορίζουν την ποιότητα φροντίδας προς τους ασθενείς, καθώς και τα ποιοτικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα του θεραπευτικού περιβάλλοντος της εκάστοτε αποκαταστασιακής δομής, σύμφωνα με τους Σικελιανού & Μαυρέας (2009), Shepherd και Richardson (1979) και Garety και Morris (1984). Συγκεκριμένα, η ενεργός συμμετοχή του θεραπευτικού προσωπικού στη λήψη αποφάσεων, η συναισθηματική υποστήριξη των ασθενών – ενοίκων και η δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ τους, είναι χαρακτηριστικά γνωρίσματα ενός ποιοτικά θετικού θεραπευτικού περιβάλλοντος, σύμφωνα με τους Mc Carthy και Nelson (1991), τους Curtis και Hodge (1994), Constantine και Nelson (1995) και Piat και συν. (2002).

Οι Raynes και συν. (1979) προσθέτουν ότι η θετική εικόνα που έχουν οι θεραπευτές για τους επαγγελματικούς τους ρόλους, συμβάλλει στη διαμόρφωση ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος, το οποίο είναι προσανατολισμένο στον ασθενή (resident – oriented). Μάλιστα, σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες των Piat και συν (2002), Hall και Nelson (1996) και Nelson και συν (1998), σχετικά με την ποιότητα του θεραπευτικού περιβάλλοντος δομών αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών, έχει βρεθεί ότι η χρήση του ατομοκεντρικού μοντέλου περίθαλψης οδηγεί σε καλύτερα επίπεδα την ποιότητα ζωής των ασθενών – ενοίκων.

Οι Shepherd και Richardson (1979), υποστηρίζουν ότι οι μεταβατικές στεγαστικές δομές αποκατάστασης, οι οποίες ακολουθούν τις θεραπευτικές πρακτικές οργάνωσης ενός ατομοκεντρικού συστήματος θεραπείας των ασθενών, διαθέτουν συνήθως θεραπευτικό προσωπικό, το οποίο θέτει υψηλούς και συγχρόνως ρεαλιστικούς θεραπευτικούς στόχους. Παράλληλα,

κινούνται σε υψηλά επίπεδα κοινωνικής αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς τους και αυτό πιστοποιεί μια ποιοτική θεραπευτική σχέση. Οι Segal και Moyles (1979) και οι Constantine και Nelson (1995), προσθέτουν ότι σ' ένα τέτοιο θεραπευτικό περιβάλλον, οι ένοικοι – ασθενείς της εκάστοτε αποκαταστασιακής δομής (π.χ. ξενώνας), είναι περισσότερο από ποτέ άλλοτε ανεξάρτητοι, ως προς τις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Οι Σικελιανού και Μαυρέας (2009) και οι Garety και Morris (1984), σύμφωνα με μελέτες τους σε θεραπευτικά περιβάλλοντα που ακολουθούσαν το ατομοκεντρικό σύστημα θεραπείας, έδειξαν ότι οι συγκεκριμένες δομές αποκατάστασης ακολουθούσαν ένα καθαρά εξατομικευμένο καθημερινό πρόγραμμα φροντίδας των ενοίκων, προσαρμοσμένο στις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Πιο συγκεκριμένα, οι ένοικοι μοιράζονταν διαφορετικές υπευθυνότητες στο χώρο διαμονής τους, όπως π.χ. άλλος επιμελούνταν της καθαριότητας του χώρου, άλλος φρόντιζε για τη σωστή διεύθετηση των αντικειμένων του χώρου, άλλος το μαγείρεμα κ.λ.π. Ταυτόχρονα, οι ένοικοι είχαν το δικαίωμα να αποφασίζουν από μόνοι τους την ώρα του ύπνου, ιδίως τις βραδινές ώρες.

Η απόσταση ανάμεσα στους ασθενείς και τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας ελαχιστοποιούνταν συνεχώς, αφού μοιράζονταν από κοινού κάποιες συγκεκριμένες ασχολίες ή συνήθειες της καθημερινότητας, όπως π.χ. έτρωγαν μαζί, ή μοιράζονταν και τους χώρους της συγκεκριμένης δομής, π.χ. τα γραφεία του προσωπικού, τα οποία ήταν προσβάσιμα όλες τις ώρες στους ασθενείς. Αυτό λοιπόν που χαρακτηρίζει ένα ποιοτικά θετικό θεραπευτικό περιβάλλον, σύμφωνα με τους Hull και Thompson (1981), τους Crosby και Barry (1995) και Shepherd και συν. (1996), είναι η έμφαση στην αυτονομία και προσωπική επιλογή. Η προώθηση των ασθενών στη λήψη πρωτοβουλιών και υπευθυνοτήτων, χωρίς να τίθενται περιορισμοί και όρια από τους θεραπευτές, τα οποία δεν έχουν καμία λειτουργική και θεραπευτική αξία και σκοπιμότητα, βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ψυχικά πασχόντων στις στεγαστικές δομές αποκατάστασης.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό στοιχείο ενός ποιοτικά θετικού θεραπευτικού περιβάλλοντος, κατά τους Shepherd και Richardson (1979), τους Garety και Morris (1984) και Shepherd και συν. (1996), αφορά την ποσότητα (διάθεση χρόνου με τους ασθενείς) και κυρίως την ποιότητα της αλληλεπίδρασης στις σχέσεις του θεραπευτικού προσωπικού και των ασθενών. Συγκεκριμένα, το στοιχείο της «αποδοχής», ως χαρακτηριστικό των αλληλεπιδράσεων των θεραπειών και των ασθενών, αντικατοπτρίζει τις στάσεις των ίδιων των θεραπειών για τη θεραπευτική διαδικασία. Οι Garety και Morris (1984), υποστηρίζουν ότι τα μέλη μιας πολυκλαδικής ομάδας, όταν εμπλέκονται στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και διατηρούν αισιόδοξες στάσεις ως προς το αποτέλεσμα της θεραπευτικής διαδικασίας, εκφράζουν την αποδοχή τους προς τους ασθενείς τους. Από την άλλη, ο Richardson (1977), ότι η ύπαρξη θετικών στάσεων της θεραπευτικής ομάδας και αποδοχή της ψυχωτικής συμπεριφοράς των ασθενών τους, οδηγούν τα μέλη στη δραστηριοποίηση και τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων για έναν ολοκληρωμένο θεραπευτικό σχεδιασμό.

Μία έρευνα των Sinclair και Snow (1971) σε μεταβατικές στεγαστικές δομές για ψυχιατρικούς ασθενείς, έδειξε ότι το θεραπευτικό περιβάλλον είναι ποιοτικά καλύτερο, όταν τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί) εκφράζονται με στάσεις κατανόησης, ζεστασιάς και φιλικότητας προς τους ασθενείς. Τότε η θεραπευτική διαδικασία είναι πιο αποτελεσματική (Riger 1993).

Οι Ellsworth και συν. (1971) επισημαίνουν εδώ, ότι οι θεραπευτές που εκφράζονται με μια προστατευτική συμπεριφορά και με αισιοδοξία για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, προωθούν ένα θεραπευτικό περιβάλλον, με στοιχεία *laissez – faire* (προώθηση πρωτοβουλίας και αυτονόμησης των ασθενών), και πλαισιώνουν ένα ατομοκεντρικό θεραπευτικό σύστημα προσανατολισμένο στον ασθενή. Παράλληλα, οι Kruzich (1985) και Hull και Thompson (1981), προσθέτουν ότι οι θετικές και αισιόδοξες στάσεις προς τους ψυχικά ασθενείς και οι μετριοπαθείς προσδοκίες ως προς το

θεραπευτικό αποτέλεσμα, χαρακτηρίζουν δομές με ατομοκεντρικό σύστημα θεραπείας και αντανakλούν την ποιοτικά θετική συναισθηματική χροιά των αλληλεπιδράσεων θεραπευτών και ασθενών.

Σύμφωνα με τους Bebbington και Kuipers (1994), Butzlaff και Hooley (1998) και Kavanagh (1992), η έκφραση του συναισθήματος στις αλληλεπιδράσεις θεραπευτών – ασθενών είναι ένας σημαντικός παράγοντας για να χαρακτηριστεί ένα θεραπευτικό περιβάλλον ποιοτικά θετικό ή αρνητικό. Οι Van Humbeek και συν. (2001) και οι Van Audenhove κ' Van Humbeek (2003) ειδικότερα υποστηρίζουν ότι τα μέλη μιας θεραπευτικής ομάδας που έχουν την ικανότητα να ελέγχουν τη συναισθηματική τους έκφραση, όταν καλούνται να αντιμετωπίζουν παρορμητικές και μη ελεγχόμενες συμπεριφορές των ασθενών τους, τότε το θεραπευτικό περιβάλλον, το οποίο πλαισιώνουν, χαρακτηρίζεται ποιοτικά θετικό. Παράλληλα, όταν οι χαμηλοί τόνοι της συναισθηματικής έκφρασης συνδυάζονται και με τις θετικές στάσεις και ρεαλιστικές προσδοκίες για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, με τη διατήρηση μιας ισορροπημένης πορείας, ως προς την κινητοποίηση των ασθενών και με την από κοινού τοποθέτηση ορίων στη συμπεριφορά των ασθενών, τότε μεγαλώνουν οι πιθανότητες ολοκλήρωσης των θεραπευτικών στόχων.

3.9. Η Εκπαίδευση του προσωπικού των Υπηρεσιών ψυχικής Υγείας

Η κατάλληλη εκπαίδευση και επιστημονική κατάρτιση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (π.χ. των ψυχολόγων, των κοινωνικών λειτουργών κ.ά.) σύμφωνα με τον Phillips (1967), και Rabkin (1974), θα πρέπει να προσανατολίζεται στην ουσιαστική γνώση και τη γνωριμία με την ψυχική ασθένεια. Παράλληλα, η επαρκής εκπαίδευση σε ειδικές δεξιότητες βοηθά στο ξεπέρασμα των εμποδίων και των προβλημάτων που

προκαλούνται κατά την εργασία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών (Kenneth Minkoff 1987).

Τα συναισθήματα ανεπάρκειας ή απελπισίας που προκαλούνται σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας, που εργάζονται στην αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών και οι αρνητικές στάσεις προς τους χρόνιους ασθενείς, θεωρούνται από πολλούς επαγγελματίες ως αποτέλεσμα της μη επαρκούς εκπαίδευσης τους και κατά τη διάρκεια των σπουδών τους και κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους καριέρας (Kingsley και Jowel 1988), (Mirabi και συν. 1985), (Lamb 1982), (Stern και Minkoff 1979), (Oliver και Kuipers 1996).

Η ανάπτυξη αρνητικών στάσεων για την χρόνια ψυχική νόσο θεωρείται ότι είναι το αποτέλεσμα μιας επαγγελματικής εκπαίδευσης των ειδικών όπως των ψυχολόγων, των κοινωνικών λειτουργών, κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, η οποία δεν καταφέρνει να διαμορφώσει θετικές στάσεις και αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια (Rabkin, 1974), (Phillips, 1967), (Minkoff, 1987).

Ένας αριθμός μελετών σχετικά με τη συμβολή της επαγγελματικής εκπαίδευσης σε επίπεδο σπουδών στη διαμόρφωση των επαγγελματικών στάσεων για την ψυχική νόσο, έθεσαν ερωτήματα ως προς την επάρκεια της συγκεκριμένης προπτυχιακής εκπαίδευσης. Χαρακτηριστικές είναι οι μελέτες των Kelly, Rarhael και Byrne (1991), του Scott (1990) και των Depoy και Merrill (1988) των οποίων τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι φοιτητές των ειδικοτήτων ψυχικής υγείας όπως οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί κ.ά. συμφωνούν ότι η ανάπτυξη των θετικών στάσεων και αντιλήψεων για την ψυχική ασθένεια θα πρέπει να ολοκληρώνεται στα χρόνια των βασικών τους σπουδών.

Αναφορικά με τα εκπαιδευτικά προγράμματα επαγγελματιών ψυχικής υγείας οι Neilsen και συν. (1985), οι Rabkin και συν. (1998), οι Piat και συν. (2002) και οι Van Audenhove και Van Humbeek (2003) υποστηρίζουν ότι η παροχή εκπαίδευσης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο χώρο εργασίας τους με χρόνιους ψυχικά ασθενείς, μπορεί να

τους βοηθήσει να κατανοήσουν άμεσα τις πραγματικές θεραπευτικές αξίες της εργασίας τους στην αποκατάσταση, γεγονός το οποίο αποτελεί μια βασική προϋπόθεση για την καλύτερη λειτουργία των αντίστοιχων δομών. Ένα τέτοιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα θα πρέπει να παρέχει θετική ανατροφοδότηση ως προς τρία κύρια στοιχεία: i) τη γνώση ii) τις δεξιότητες και iii) τις στάσεις και τους επαγγελματικούς ρόλους.

Οι Neilsen και συν. (1985), οι Mirabi και συν. (1985), ο Lamb (1982), οι Minkoff και Stern (1985), οι White και Bennett (1981), ο Fink (1975) και οι Sabin και Sharfstein (1975) παρατήρησαν ότι η συγκεκριμένη ανατροφοδότηση ως προς τις γνώσεις, δεξιότητες και στάσεις για την ψυχική νόσο δε λειτουργεί πάντα. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι σε έρευνες των Senn και συν. (1997), των Willets και Leff (1997) και των Mirabi και συν. (1985), οι περισσότεροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (68%) (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί κ.ά.) συμφώνησαν ότι δεν λαμβάνουν επαρκή εκπαίδευση ως προς την πρακτική θεραπευτική αντιμετώπιση χρόνιων ψυχικά ασθενών. Αυτό συμβαίνει γιατί πρώτον δεν υπάρχουν επαρκείς πηγές μάθησης, επιπλέον η εκπαίδευση στο χώρο εργασίας θέτει συγκεκριμένους περιορισμούς και τέλος οι περισσότεροι διευθυντές των δομών και υπηρεσιών αποκατάστασης, μερικές φορές είναι δύσκολο να κατανοήσουν τις ανάγκες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που δουλεύουν με ψυχικά ασθενείς. Αντίθετα, η εκπαίδευση που παρέχεται μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων για επαγγελματίες ψυχικής υγείας, παρέχει πολλές φορές μόνο πολλαπλές βιολογικές-ψυχολογικές - οικογενειακές και κοινωνικές θεωρίες προς εκμάθηση και εποπτείες για μη ψυχωτικούς ασθενείς ή σε ψυχικά ασθενείς, που δεν είναι ασυλικοί ή χρόνιοι.

Επειδή, τα εκπαιδευτικά προγράμματα για την ψυχική νόσο δεν καταφέρνουν συνήθως να προσδώσουν εξειδικευμένες, εκτενείς και ακριβείς μαθησιακές πληροφορίες, με βάση τις εκπαιδευτικές ανάγκες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται με ψυχικά ασθενείς, το

γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη αρνητικών στάσεων των επαγγελματιών προς την ψυχική νόσο (Σικελιανού, 2010).

Η ανάπτυξη αρνητικών στάσεων προς τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς δε συμβάλλει στην αποτελεσματική λειτουργία της αποκατάστασης των ασθενών και οι προσπάθειες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται με χρόνιους ψυχικά ασθενείς να βρουν και να ακολουθήσουν μια σωστή και κατάλληλη προσέγγιση για τον καθένα ασθενή, οδηγούν στην «ματαίωση». Το αποτέλεσμα είναι ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, είτε αποφεύγουν να εργάζονται σε δομές αποκατάστασης είτε στην περίπτωση που εργάζονται ήδη σε χώρους αποκατάστασης ψυχικά ασθενών, περιορίζονται σε θεραπευτικές παρεμβάσεις με βάση τη συμπεριφοριστική θεραπεία, την ψυχοδυναμική θεραπεία και τη φαρμακοθεραπεία, (Minkoff και Stern 1985). Επίσης, μπορεί ακόμα και να εγκαταλείψουν την εργασία τους στο χώρο αποκατάστασης σε λιγότερο χρονικό διάστημα των δώδεκα (12) μηνών απασχόλησης (Moore και συν. 1992), (Oliver και Kuipers 1996).

Σε μια πρόσφατη έρευνα των Willets και Leff (2003), σχετικά με την επαναξιολόγηση ενός επαναληπτικού εκπαιδευτικού προγράμματος σε είκοσι εννέα (29) επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι εργάζονταν σε δομή αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών συνέβαλε σε μια σημαντική αύξηση του επιπέδου των γνώσεων για τη σχιζοφρένεια, τόσο στους ειδικευμένους όσο και στους ανειδίκευτους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, στην ανάπτυξη δεξιοτήτων ως προς τη χρήση οργανωμένων στρατηγικών θεραπευτικού σχεδιασμού για την αποκατάσταση των ασθενών, στην μείωση της έντονης συναισθηματικής έκφρασης του προσωπικού κατά την επικοινωνία τους με τους ασθενείς και ταυτόχρονα μείωση της εκδήλωσης αρνητικών στάσεων και τέλος στη μείωση των εκδηλώσεων προβληματικής συμπεριφοράς από πλευράς των ασθενών.

Οι παράγοντες που έπαιξαν σημαντικό ρόλο στη θετική έκβαση του συγκεκριμένου εκπαιδευτικού προγράμματος, ήταν οι εξής παρακάτω:

- i. Η ανελλιπής και τακτική παρακολούθηση των εκπαιδευτικών ενοτήτων του προγράμματος, απ' όλα τα μέλη του προσωπικού.
- ii. Η ενθαρρυντική και υποστηρικτική στάση του υπεύθυνου της θεραπευτικής ομάδας ως προς την αναγκαιότητα συμμετοχής όλων των μελών του προσωπικού.
- iii. Η υλοποίηση του εκπαιδευτικού προγράμματος σε κατάλληλο χρονικό διάστημα, το οποίο αποτελούσε προϋπόθεση για την ομαλή και συχνή παρακολούθηση όλων των μελών της θεραπευτικής ομάδας (π.χ. δύο ώρες κάθε εβδομάδα – χρονική περίοδος εκπαίδευσης δέκα εβδομάδων)(Σικελιανού, 2010)

Με βάση τις παραπάνω διαπιστώσεις, είναι αναγκαίο να αναφερθούν ορισμένες προτάσεις. Αρχικά, θα πρέπει να τονιστεί η αναγκαιότητα της ουσιαστικής εκπαίδευσης (ή εξειδίκευσής τους εφόσον απουσιάζει η βασική τους εκπαίδευση) των μελών του θεραπευτικού προσωπικού μιας στεγαστικής μεταβατικής δομής, είτε αυτά είναι ειδικευμένα ή μη ειδικευμένα στην αποκατάσταση. Η εκπαίδευση αυτή θα πρέπει να είναι πρακτικά συνυφασμένη με το εργασιακό σχήμα μιας τέτοιας δομής και να είναι σύντομη, όπως υποστηρίζουν οι Butler και Rosenthal (1976), οι οποίοι περιγράφοντας ένα τέτοιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, προτείνουν την υλοποίηση του ανά 1 (μια) ημέρα επί επτά εβδομάδες. Επίσης, προσθέτουν ότι θα πρέπει να δίνεται έμφαση, όχι μόνο στην απόκτηση δεξιοτήτων και γνώσεων, αλλά και στην διαμόρφωση θετικών στάσεων, ως προς την χρόνια ψυχική νόσο.

Οι Minkoff και Stern (1985) θεωρούν ότι στο πλαίσιο ενός εκπαιδευτικού προγράμματος επαγγελματιών ψυχικής υγείας, είναι αναγκαία η εξειδίκευσή τους μέσα στο χώρο εργασίας τους, έτσι ώστε να εκπαιδευτούν στις δεξιότητες παρατήρησης της κλινικής πορείας της νόσου των ασθενών. Έτσι, ενθαρρύνονται να γνωρίσουν «εκ βαθέων» τους ασθενείς τους, να γίνουν πιο οικείοι μαζί τους. Παράλληλα, μαθαίνουν να «συγκρατούν» τους ασθενείς τους στη συγκεκριμένη αποκαταστασιακή

δομή για όσο χρονικό διάστημα χρειάζεται, έτσι ώστε να μπορούν να παρέχουν μια σειρά από θεραπευτικές παρεμβάσεις, στοχεύοντας στην επιτυχή ολοκλήρωση των θεραπευτικών στόχων. Τέλος, αποκτούν εκπαιδευτική εμπειρία ως προς την ανάπτυξη και διατήρηση ευέλικτων μοντέλων επαγγελματικών ρόλων μέσα από τις δεξιότητες αυτοπαρατήρησης.

Οι Moore και συν. (1992) υποστηρίζουν ότι ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα θα πρέπει να στοχεύει και στη διερεύνηση της αρνητικής συμπτωματολογίας των ασθενών, καθώς και των εκδηλώσεων προβληματικής συμπεριφοράς με σκοπό την συνειδητοποίηση και επίγνωση όλων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, σχετικά με τα συμπτώματα των ασθενών τους και την ανάληψη πρωτοβουλιών και άσκηση δεξιοτήτων με οργανωμένη στρατηγική για την μείωση και αντιμετώπιση τέτοιων προβλημάτων (Hooley και συν. 1987).

Ο Γεωργιάδης (2003) υποστηρίζει εδώ ότι στο πλαίσιο των εκπαιδευτικών προγραμμάτων για επαγγελματίες ψυχικής υγείας, βασική προϋπόθεση και στόχος της παρεχόμενης εκπαίδευσης είναι η συνεχής διαδικασία επεξεργασίας των θέσεων και αρχών (θεωρία) καθώς και της κλινικής πράξης (πρακτική). Πρόκειται για έναν τύπο εκπαίδευσης που κατά ένα σημαντικό μέρος αποκτάται στην πράξη στα πλαίσια μιας βιωματικής εμπειρίας στις δομές, όπου εργάζονται οι επαγγελματίες – φροντιστές.

Οι στόχοι της εκπαίδευσης αναφέρονται ουσιαστικά στην άσκηση της ψυχιατρικής στην κοινότητα και χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

- i. Την οργανωτική και θεραπευτική διάσταση των αρχών της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Ασκεείται μέσα στην κοινότητα και χρησιμοποιεί τις δυνάμεις και δυνατότητες της κοινότητας.
- ii. Τη συλλογική και συμπληρωματική εργασία, η οποία χαρακτηρίζεται, πέραν των ιδιαιτεροτήτων της κάθε ειδικότητας, από την συμβολή όλων των ειδικών που συνεργάζονται στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας.

- iii. Τη γνώση της ψυχοπαθολογίας (διάγνωση – θεραπευτική αντιμετώπιση).
- iv. Τη γνώση για θέματα πρόληψης της ψυχικής νόσου και των παραγόντων που προκαλούν την εμφάνιση μιας διαταραχής (π.χ. κοινωνικοί παράγοντες, ο τρόπος οργάνωσης της πόλης, της γειτονιάς, οι ιδιαιτερότητες του πληθυσμού κλπ).
- v. Την γνώση σχετικά με την οργάνωση και στάση του δικαστικού συστήματος.
- vi. Την προώθηση τρόπων καθορισμού προτεραιοτήτων και θεραπευτικών στόχων για κάθε ασθενή.
- vii. Την προώθηση της ικανότητας για διάλογο και συνεργασία μεταξύ των μελών μιας θεραπευτικής ομάδας.

Τέλος, επισημαίνει τη σπουδαιότητα της εποπτείας ως μία σημαντική πλευρά τη εκπαίδευσης, καθώς αυτή αφορά την ίδια τη θεραπευτική διαδικασία (Γεωργιάδης,2003).

Αναμφίβολα το ίδιο σημαντική αποτελεί και η χρήση ενός εξωτερικού επόπτη για την προώθηση του συγκεκριμένου τύπου εκπαίδευσης ενός μη ψυχιατρικού προσωπικού (Δαμίγος 2003) (Ungar και Busch de Ahumada 2001).

Οι Willets και Leff (2003) υιοθετούν την άποψη ότι ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε δομές αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών, θα πρέπει να περιλαμβάνει μια ευρεία σειρά από εκπαιδευτικές ενότητες που αφορούν τη γνώση της αρνητικής και θετικής συμπτωματολογίας των ψυχικά πασχόντων, την εκπαίδευση σε δεξιότητες διαχείρισης ενός θεραπευτικού συστήματος (π.χ. ξενώνας), και τέλος την εκπαίδευση του προσωπικού στο μοντέλο χρήσης χαμηλού επιπέδου εκφραζόμενων συναισθημάτων, με έμφαση στην ενθάρρυνση των φροντιστών να εκφράζονται με ενσυναίσθηση και κατανόηση, κατά την καθημερινή επικοινωνία με τους ασθενείς.

Παράλληλα, η αποτελεσματικότητα ενός εκπαιδευτικού προγράμματος σχετικά με τους παραπάνω στόχους, εξαρτάται από τρεις (3) βασικούς παράγοντες:

- i.** Την από κοινού συνεργασία και τοποθέτηση όλων των φροντιστών μιας ομάδας προσωπικού, ως προς την αναγκαιότητα προώθησης και ανάπτυξης εκπαιδευτικών προγραμμάτων
- ii.** Την θετική ενθαρρυντική στάση του ηγέτη της θεραπευτικής ομάδας, σχετικά με την υλοποίηση αυτών
- iii.** Την ανεύρεση κατάλληλης χρονικής περιόδου, με σκοπό να είναι εφικτή η μαζική και ανελλιπής συμμετοχή όλων των μελών μιας θεραπευτικής ομάδας (Σικελιανού,2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Μεθοδολογία έρευνας

2.1 Σκοπός έρευνας

Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν να διερευνηθούν συγκεκριμένοι ποιοτικοί παράγοντες οργάνωσης και λειτουργίας των δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε όλες τις βαθμίδες της ψυχιατρικής φροντίδας και περίθαλψης. Συγκεκριμένα οι ποιοτικοί παράγοντες που διερευνήθηκαν ήταν: i) η τήρηση ή όχι της ιεραρχίας , ii) η ύπαρξη του εσωτερικού και εξωτερικού επόπτη , iii) τα συναισθήματα και οι σχέσεις των μελών της διεπιστημονικής ομάδας μεταξύ του και με τους ασθενείς, και iv) η λειτουργία των επαγγελματικών και πολυδύναμων ρόλων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

2.2 Είδος/ Μέθοδος έρευνας

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της μελέτης αυτής ήταν η επισκόπηση και η έρευνα ήταν ποσοτική.

Η επισκόπηση είναι η πιο διαδεδομένη και επιστημονικά τεκμηριωμένη μέθοδος. Ακολουθεί αυστηρούς κανόνες σχεδιασμού και οργάνωσης και κυρίως επιλογής δείγματος της έρευνας. Εφαρμόζεται κυρίως σε έρευνες μεσαίου ή μεγάλου μεγέθους με σχετικά μεγάλο δείγμα. Προσφέρει τη δυνατότητα της έγκυρης περιγραφής μιας κατάστασης αλλά και συσχετισμού μεταξύ δυο ή περισσότερων μεταβλητών που ο ερευνητής εξετάζει (Cohen και συν., 2000).

Τα δεδομένα που ο ερευνητής συλλέγει έχουν συχνά ποσοτικό χαρακτήρα ή είναι εύκολο να ποσοτικοποιηθούν προκειμένου να γίνει η επεξεργασία τους. Χρησιμοποιεί ως εργαλείο το ερωτηματολόγιο και τη συνέντευξη. Είναι δύσκολο να αποτυπωθεί σε βάθος γνώση για κάποια θέματα κυρίως για εκείνα που δεν είναι μετρίσιμα ή δεν είναι εύκολο να κωδικοποιηθούν με τη μορφή αριθμών (Cohen και συν., 2000).

Η επισκόπηση είναι μια περιγραφική μέθοδος. Η συλλογή των δεδομένων γίνεται σε συγκεκριμένο χρονικό σημείο με σκοπό να περιγράψει τη φύση υπαρχόντων συνθηκών ή να εντοπίσει σταθερές με βάση τις οποίες να συγκριθούν οι υπάρχουσες συνθήκες ανάμεσα σε συγκεκριμένα γεγονότα. Έχει διάφορους βαθμούς πολυπλοκότητας από άλλες μετρήσεις συχνότητας μέχρι ανάλυση σχέσεων, επίσης παίζει ρόλο η έκταση που καλύπτουν δηλαδή μεγάλης ή μικρής κλίμακας (Cohen και συν., 2000).

Σύμφωνα με την μέθοδο της επισκόπησης ακολουθήθηκε η παρακάτω διαδικασία προκειμένου να διεξαχθεί η μελέτη αυτή. Πιο συγκεκριμένα, αφού καθορίστηκαν οι στόχοι, ορίστηκε ο πληθυσμός και το δείγμα. έπειτα σχεδιάστηκε το ερωτηματολόγιο και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν οι επισκέψεις στις υπηρεσίες και τις δομές ψυχικής υγείας και μετά από τη συνειδητή συναίνεση των υπευθύνων και των υποκειμένων του δείγματος κατόπιν γνωστοποίησης για τους στόχους της έρευνας και του αιτήματος για τη συμμετοχή τους στην έρευνα αυτή, δόθηκαν τα ερωτηματολόγια στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας με τη βοήθεια και τη συμβολή των υπευθύνων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αφού συλλέξαμε όλα τα ερωτηματολόγια, επιμεληθήκαμε, κωδικοποιήσαμε και κατατάξαμε τα δεδομένα σε πίνακες μέσω του προγράμματος SPSS (Statistical Package for the Social Sciences- Στατιστικό πακέτο για κοινωνικές επιστήμες) και τέλος αναλύσαμε τα δεδομένα.

2.3. Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης αυτής ήταν:

- i.** Εάν τηρείται ιεραρχική οργάνωση στις υπηρεσίες όλων των βαθμίδων ψυχιατρικής περίθαλψης.
- ii.** Εάν λειτουργεί η εσωτερική και εξωτερική εποπτεία.
- iii.** Ποιες είναι οι σχέσεις και τα συναισθήματα των μελών του προσωπικού μεταξύ τους και με τους ασθενείς.

iv. Ποια είναι η λειτουργία των επαγγελματικών και πολυδύναμων ρόλων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

2.4. Πληθυσμός-Δείγμα

Ο πληθυσμός της έρευνας ήταν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι εργάζονταν σε υπηρεσίες οι οποίες ανήκαν και στις τρεις βαθμίδες ψυχιατρικής περίθαλψης. Ο πληθυσμός της έρευνας αποτελούνταν από (160) εκατόν εξήντα επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονταν στις υπηρεσίες και δομές ψυχικής υγείας.

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελούσαν (101) εκατόν ένα επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι εργάζονταν σε δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας και επιλέχτηκαν με βάση την *σταδιακή δειγματοληψία*, η οποία χρησιμεύει για μεγάλους και διάσπαρτους πληθυσμούς. Το δείγμα επιλέγεται σταδιακά δηλαδή λαμβάνονται δείγματα από δείγματα. (Cohen, Manion & Morrison 2000).

Τα υποκείμενα του δείγματος ήταν άνδρες και γυναίκες ηλικίας από 18 έως 56 και άνω ετών και εργάζονταν σε Υπηρεσίες και Δομές Ψυχικής Υγείας. Οι ειδικότητες που αποτελούσαν το δείγμα ήταν ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές ΠΕ, νοσηλευτές ΤΕ, νοσηλευτές ΔΕ, εργοθεραπευτές, επισκέπτες υγείας και βοηθητικά μέλη (δηλαδή τα μέλη του βοηθητικού προσωπικού).

2.5. Επιλογή εργαλείου έρευνας

Το εργαλείο της έρευνας ήταν το γραπτό και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Παρόλο που η μέθοδος της επισκόπησης επιτρέπει και τη χρήση της συνέντευξης ως εργαλείου για την διεξαγωγή μιας ερευνητικής

μελέτης, η επιλογή του αυτοσυμπληρούμενου γραπτού ερωτηματολογίου ως εργαλείου της έρευνας αυτής έγινε γιατί το μέγεθος του δείγματος ήταν πολύ μεγάλο και γιατί η έρευνα αποσκοπούσε στην εξαγωγή έγκυρων και αξιόπιστων στατιστικών αποτελεσμάτων.

Το ερωτηματολόγιο περιείχε εικοσιτέσσερις (24) απλά διατυπωμένες ερωτήσεις, με σαφείς οδηγίες συμπλήρωσης. Οι ερωτήσεις αφορούσαν αρχικά τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων και ακολουθούσαν κλειστού τύπου ερωτήσεις, ερωτήσεις ιεράρχησης και πολλαπλών επιλογών.

2.6 Τύπος και χρόνος έρευνας

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε στις υπηρεσίες και δομές Ψυχιατρικής φροντίδας και Περίθαλψης της πόλης της Πάτρας και διήρκησε από τον Σεπτέμβριο του 2010 έως το Νοέμβριο του 2010.

Σύμφωνα με έναν κατάλογο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τον οποίο αναζητήσαμε στην περιφερειακή διεύθυνση υγείας και πρόνοιας του νόμου Αχαΐας, επιλέξαμε τις υπηρεσίες ανά βαθμίδα ψυχιατρικής περίθαλψης όπου θα απευθυνόμαστε. Έτσι, για την *A/βάθμια περίθαλψη* απευθυνθήκαμε στις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες του δήμου Πατρέων, στη Διεύθυνση Κοινωνική Πρόνοιας και στις υπηρεσίες της *A/βάθμιας* περίθαλψης που προσφέρει το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ρίου. Για την *B/βάθμια περίθαλψη* απευθυνθήκαμε στην ψυχιατρική κλινική του πανεπιστημιακού νοσοκομείου του Ρίου, στο Νοσοκομείο Ημέρας, στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας και στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (τα οποία αξίζει να αναφερθεί ότι στην στατική ανάλυση, λόγω του παρόμοιου έργου τους, αναφέρονται μαζί ως κέντρο ψυχικής υγείας). Για την *Γ/Βάθμια περίθαλψη*, απευθυνθήκαμε στο οικοτροφείο «Σεμέλη», στο οικοτροφείο «Ίρις», και στους δύο (2) ξενώνες αποκατάστασης για χρόνιους ψυχικά ασθενείς του προγράμματος «Ψυχαργός».

Δεν απευθυνθήκαμε στην ιατροκοινωνική υπηρεσία του ΙΚΑ, και το Ψυχιατρικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου παιδών Πατρών «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ».

2.7. Συλλογή δεδομένων

Μετά από τηλεφωνική επικοινωνία προς τους προϊστάμενους των αντίστοιχων υπηρεσιών, πραγματοποιούνταν οι επισκέψεις στις αντίστοιχες υπηρεσίες προκειμένου να ενημερωθούν οι προαναφερθέντες για τον στόχο, τη σημαντικότητα της μελέτης αυτής και να ζητηθεί η άδεια για την ενημέρωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονταν στις αντίστοιχες υπηρεσίες / δομές.

Κατόπιν, οι προϊστάμενοι των υπηρεσιών σε συνεργασία με την ερευνητική ομάδα, καθόριζαν τις ημερομηνίες όπου θα πραγματοποιούνταν οι επισκέψεις μας και οι συναντήσεις μας με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Με την ολοκλήρωση των συναντήσεων της ερευνητικής ομάδας με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και την συνειδητή συναίνεση τους για τη συμμετοχή τους στην ερευνητική διαδικασία ως υποκείμενα του δείγματος της μελέτης αυτής, καθορίστηκαν οι ημερομηνίες της διανομής και της συγκέντρωσης των αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων.

2.8. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Ταυτόχρονα με την παραλαβή των ερωτηματολογίων, ξεκίνησε η κωδικοποίηση των απαντήσεων και η εισαγωγή των στοιχείων στο ειδικό πρόγραμμα καταχώρησης δεδομένων SPSS (Statistical Package for the Social Sciences- Στατιστικό πακέτο για κοινωνικές επιστήμες). Σύμφωνα με το πρόγραμμα αυτό, η καταχώριση των δεδομένων έπρεπε να γίνει δύο φορές έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η ορθότητα των εισαγόμενων στοιχείων και να αποκλειστεί η περίπτωση λάθους καταχώρισης. Στην περίπτωση όπου η δεύτερη καταχώριση ενός ερωτηματολογίου διέφερε από την πρώτη

καταχώριση του ίδιου ερωτηματολογίου, το πρόγραμμα ειδοποιούσε τον ερευνητή επιτρέποντας την διεξαγωγή επανέλεγχου.

2.9. Ζητήματα δεοντολογίας

Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας στην παρούσα έρευνα δεν υπήρξαν.

2.10. Περιορισμοί έρευνας

Σε αυτό το σημείο, πρέπει να επισημάνουμε ορισμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς της παρούσας έρευνας. Το εργαλείο της έρευνας αυτής ήταν το γραπτό ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο παρά τους γνωστούς περιορισμούς που συνεπάγεται, ταυτόχρονα επιτρέπει και την καλύτερη κατανόηση της ‘πραγματικότητας’ στις δομές ψυχιατρικής περίθαλψης στην ευρύτερη περιοχή της Πάτρας, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή, με την έννοια ότι είναι ύψιστης σημασίας η κατανόηση της λειτουργίας και οργάνωσης των δομών/ υπηρεσιών αυτών. Το δείγμα μας αφορούσε τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στις υπηρεσίες και δομές ψυχικής υγείας στην πόλη της Πάτρας και τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής δεν μπορούν να οδηγήσουν σε γενικεύσεις αλλά αποτελούν απλά ενδεικτικά στοιχεία, καθώς η έρευνα περιορίστηκε σε ένα και μόνο αστικό κέντρο.

Η παρούσα έρευνα βασίστηκε στην εξέταση δείγματος επαγγελματιών εργαζόμενων σε δομές ψυχικής υγείας στην Πάτρα, γεγονός που αποτελεί περιορισμό στη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων για τις αντίστοιχες δομές σε ολόκληρη την Ελλάδα αλλά και άλλες δομές που δεν υπάρχουν στην Πάτρα. Ως εκ τούτου, και δεδομένης της περιορισμένης εμπειρικής έρευνας στο χώρο, χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να αποφανθούμε αν τα ευρήματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνονται από άλλες μελέτες και κατά πόσο μπορούν να γενικευτούν και σε άλλες δομές ψυχικής υγείας, όπου εργάζονται οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Στατιστικά Αποτελέσματα

3.1. Στατιστικά αποτελέσματα με βάση τη μονομεταβλητή ανάλυση

1. Φύλο

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή Άνδρας	20	19,8	19,8	19,8
Γυναίκα	81	80,2	80,2	100,0
Άθροισμα	101	100,0	100,0	

Από το σύνολο των επαγγελματιών, το 80,2% ήταν γυναίκες και το 19,8% ήταν άντρες.

2. Ηλικία

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή 18-25	8	7,9	7,9	7,9
26-35	25	24,8	24,8	32,7
36-45	43	42,6	42,6	75,2
46-55	24	23,8	23,8	99,0
56 και άνω	1	1,0	1,0	100,0
Άθροισμα	101	100,0	100,0	

Οι κατηγορίες των ηλικιών των ερωτηθέντων ήταν από 18 έως 56 έτη και άνω. το 42,6% ήταν ηλικίας 36 έως 45, το 24,8% των ερωτηθέντων είχαν ηλικία

26 έως 35 έτη . το 23,8% ήταν ηλικίας 46 έως 55 έτη και το 7,9% ήταν ηλικίας 18 έως 25. Τέλος, το 1% ανήκε στην κατηγορία 56 και άνω.

2. Εργασιακή κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Μόνιμος	25	24,8	24,8	24,8
Τιμή Εργασία με σύμβαση αορίστου χρόνου	58	57,4	57,4	82,2
Εργασία με σύμβαση ορισμένου χρόνου	11	10,9	10,9	93,1
Εργασία με σύμβαση έργου	4	4,0	4,0	97,0
Ωρομίσθια εργασία	3	3,0	3,0	100,0
Αθροισμα	101	100,0	100,0	

Από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 57,4% δήλωσε πως εργάζεται με σύμβαση αορίστου χρόνου, το 24,8% δήλωσε πως αποτελεί μόνιμο προσωπικό, το 10,9% δήλωσε πως εργάζεται με σύμβαση ορισμένου χρόνου, το 4% δήλωσε πως εργάζεται με σύμβαση έργου και μόλις το 3% δήλωσε πως αποτελεί ωρομίσθιο προσωπικό.

3.

Ειδικότητα

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Ψυχίατρος	11	10,9	10,9	10,9
	Ψυχολόγος	5	5,0	5,0	15,8
	Κοινωνικός Λειτουργός	16	15,8	15,8	31,7
	Νοσηλεύτης ΠΕ	1	1,0	1,0	32,7
	Νοσηλεύτης ΤΕ	15	14,9	14,9	47,5
	Νοσηλεύτης ΔΕ	27	26,7	26,7	74,3
	Επισκέπτης Υγείας	1	1,0	1,0	75,2
	Εργοθεραπευτής	3	3,0	3,0	78,2
	Βοηθητικό Μέλος	22	21,8	21,8	100,0
	Άθροισμα	101	100,0	100,0	

Από το σύνολο των ερωτηθέντων το ποσοστό των νοσηλευτών ΔΕ ανερχόταν σε 26,7% , το 21,8% ήταν τα βοηθητικά μέλη, το 15% κοινωνικοί λειτουργοί, το 14,9% νοσηλευτές ΤΕ, το 10,9% ήταν ψυχίατροι, το 5% ψυχολόγοι, το 3% εργοθεραπευτές, το 1% νοσηλευτές ΠΕ και επισκέπτες υγείας αντίστοιχα.

4. Μεταπτυχιακοί τίτλοι

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Master	11	10,9	10,9	10,9
	Διδακτορικό	8	7,9	7,9	7,9
	Άλλο	1	1,0	1,0	1,0
	Δεν έχω	81	81,2	81,2	81,2
	Άθροισμα	101	100,0	100,0	

Από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 81,2% δεν διαθέτουν καθόλου μεταπτυχιακούς τίτλους, το 10,9% είναι κάτοχοι master και μόλις το 7,9% είναι κάτοχοι διδακτορικού .

5. Εργασιακή εμπειρία

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή 0-3 έτη	13	12,9	12,9	12,9
4-10 έτη	51	50,5	50,5	63,4
11-15 έτη	17	16,8	16,8	80,2
16 -20 έτη	12	11,9	11,9	92,1
21 και άνω έτη	8	7,9	7,9	100,0
Άθροισμα	101	100,0	100,0	

Από το σύνολο των ερωτηθέντων , η πλειοψηφία των ερωτηθέντων με ποσοστό 50,5 % δήλωσε πως διαθέτει εμπειρία 4 έως 10 έτη. Ακολουθεί το 16,8 % , που δήλωσε πως διαθέτει εργασιακή εμπειρία που κυμαίνεται από 11 έως 20 έτη, ενώ το 12,9% απάντησε πως διαθέτει εργασιακή εμπειρία έως 3 έτη. Τέλος, το 7,9 % δήλωσε πως διαθέτει εργασιακή εμπειρία μεγαλύτερη από 21 έτη.

6. Σε ποια δομή ψυχικής υγείας εργάζεστε;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή Οικοτροφείο	43	42,6	42,6	42,6
Ξενώνας	8	7,9	7,9	50,5
Ψυχιατρική κλινική Γενικού Νοσοκομείου	24	23,8	23,8	74,3
Κέντρο Ψυχικής Υγείας	7	6,9	6,9	81,2
Δήμος/Πρόνοια	12	11,9	11,9	93,1
Νοσοκομείο Ημέρας	7	6,9	6,9	100,0
Αθροισμα	101	100,0	100,0	

Από το σύνολο των ερωτηθέντων η πλειοψηφία με ποσοστό 42,6% εργάζονται σε οικοτροφείο, το 23,8% σε ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου, το 11,9% στο Δήμο ή στην πρόνοια ,το 7,9% σε ξενώνες και τέλος, το 6,9% σε κέντρο ψυχικής υγείας ή σε νοσοκομείο ημέρας αντίστοιχα.

7. Ποιος/ Ποιοι από τους παρακάτω λόγους συνέβαλαν στην απόφασή σας να εργαστείτε στη δομή/υπηρεσία ψυχικής υγείας;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή Η ανάγκη για εργασία	76	75,2	75,2	75,2
Η προσωπική κοινωνική καταξίωση	65	64,4	64,4	64,4
Η απόκτηση επαγγελματικής εμπειρίας	69	68,3	68,3	68,3
Τα οικονομικά κίνητρα	66	65,3	65,3	65,3
Η αγάπη για το συνάνθρωπο	75	74,3	74,3	74,3
Όλα τα παραπάνω	57	56,4	56,4	56,4
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	10	9,9	9,9	9,9

Ο σημαντικότερος λόγος που οδήγησε τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να εργασθούν στην δομή ψυχικής υγείας ήταν η ανάγκη για εργασία με ποσοστό 75,2%. Η αγάπη για το συνάνθρωπο με ποσοστό 74,3%, ενώ η απόκτηση επαγγελματικής εμπειρίας με ποσοστό 68,3%. Το 65,3% αφορά τα οικονομικά κίνητρα ενώ για λόγους προσωπικής ή κοινωνικής καταξίωσης το ποσοστό ανέρχεται σε 64,4%. Τέλος το 56,4% απάντησε σε όλες τις πιο πάνω επιλογές, σε αντίθεση με το 9,9% που δήλωσε πως δε γνωρίζει / δεν απαντά.

8. Στην υπηρεσία όπου εργάζεστε, τηρείται η ιεραρχία ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας;

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Ναι	59	58,4	58,4	58,4
	Όχι	19	18,8	18,8	77,2
	Δεν ξέρω	23	22,8	22,8	100,0
	Άθροισμα	101	100,0	100,0	

Από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 58,4 % των ερωτηθέντων απάντησε πως τηρείται η ιεραρχία ενώ το 18,8% απάντησε πως δεν τηρείται η ιεραρχία. Το 22,8% των ερωτηθέντων απάντησε πως δε γνωρίζει εάν τηρείται η ιεραρχία ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας .

9^α. Αν ναι, η τήρηση της ιεραρχίας των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας σας συμβάλλει : (Μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μια (1) απαντήσεις)

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή Στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	45	44,6	76,3	76,3
Στην ανάπτυξη θετικών σχέσεων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας με τους ασθενείς	35	34,7	59,3	59,3
Στην ανάπτυξη θετικών σχέσεων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	36	35,6	61,0	61,0
Στην καλή λειτουργία των ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	46	45,5	78,0	78,0
Στην καλή λειτουργία των πολυδύναμων και συμπληρωματικών ρόλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας	31	30,7	52,5	52,5
Σε όλα τα παραπάνω	32	31,7	54,2	54,2
Άλλο	1	1,0	1,7	1,7

Από το σύνολο των ερωτηθέντων (58,4%) που απάντησε πως τηρείται η ιεραρχία ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας δήλωσε με ποσοστό 78% ότι η ιεραρχική οργάνωση του προσωπικού συμβάλλει στην καλή λειτουργία των ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας. Το 76,3% των ερωτηθέντων υποστήριξε ότι συμβάλλει στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας. Το 59,3% συμβάλλει στην ανάπτυξη θετικών σχέσεων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας με τους ασθενείς, το 61% από το σύνολο των ερωτηθέντων συμβάλλει στην ανάπτυξη θετικών σχέσεων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας. Ακόμη το 54,2% συμβάλλει στην επίτευξη όλων των προαναφερθέντων και τέλος το 52,5% συμβάλλει στην καλή λειτουργία των πολυδύναμων και συμπληρωματικών ρόλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας .

9β. Εάν όχι, η μη τήρηση της ιεραρχίας των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας σας, ποιο η ποια από τα παρακάτω προβλήματα μπορεί να προκαλεί;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή Την αδυναμία της καλής συνεργασίας των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	13	12,9	68,4	68,4
Την ανάπτυξη αρνητικών σχέσεων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	12	11,9	63,2	63,2
Την ανάπτυξη αρνητικών σχέσεων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας με τους ασθενείς	12	11,9	63,2	63,2
Την αδυναμία λειτουργίας ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	16	15,8	84,2	84,2
Την αδυναμία λειτουργίας των πολυδύναμων και συμπληρωματικών ρόλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	14	13,9	73,7	73,7
Την κακή ποιότητα παροχής υπηρεσιών	16	15,8	84,2	84,2
Όλα τα παραπάνω	12	11,9	63,2	63,2

Από το σύνολο των ερωτηθέντων (18,8%) που απάντησαν πως δεν τηρείται η ιεραρχία ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, το 84,2% υποστήριξε ότι η έλλειψη ιεραρχικής οργάνωσης μπορεί να οδηγήσει στην κακή ποιότητα παροχής υπηρεσιών και ένα άλλο 84,2% των ερωτηθέντων απάντησε ότι μπορεί να οδηγήσει στην αδυναμία λειτουργίας ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. Το 73,7% υποστήριξε ότι μπορεί να προκαλέσει αδυναμία στην λειτουργία των πολυδύναμων και συμπληρωματικών ρόλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, το 68,4% ότι μπορεί να οδηγήσει σε αδυναμία ύπαρξης καλής συνεργασίας ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας και το 63,2% ότι μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη αρνητικών σχέσεων ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας ή να οδηγήσει στην ανάπτυξη αρνητικών σχέσεων ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας με τους ασθενείς. Τέλος, ένα άλλο 63,2% των ερωτηθέντων θεωρεί πως μπορεί να προκαλέσει όλα τα παραπάνω προβλήματα.

10. Ιεραρχήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το ένα (1) έως το δέκα (10) (πχ. 1= πρώτη προτεραιότητα, 2= δεύτερη προτεραιότητα κ.ο.κ.) τους επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας, οι οποίοι θα πρέπει να αποτελούν την ιεραρχική οργάνωση των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας.

Ψυχίατρος

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Ψυχίατρος	96	95,0	95,0	95,0
	Ψυχολόγος	2	2,0	2,0	97,0
	Κοινωνικός Λειτουργός	3	3,0	3,0	100,0
	Άθροισμα	101	100,0	100,0	

Ψυχολόγος

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Ψυχίατρος	3	3,0	3,0	3,0
	Ψυχολόγος	75	74,3	74,3	77,2
	Κοινωνικός Λειτουργός	20	19,8	19,8	97,0
	Επισκέπτης υγείας	3	3,0	3,0	100,0
	Άθροισμα	101	100,0	100,0	

Κοινωνικός Λειτουργός

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Ψυχίατρος	2	2,0	2,0	2,0
	Ψυχολόγος	22	21,8	21,8	23,8
	Κοινωνικός Λειτουργός	64	63,4	63,4	87,1
	Νοσηλεύτης ΠΕ	7	6,9	6,9	94,1
	Νοσηλεύτης ΤΕ	5	5,0	5,0	99,0
	Επισκέπτης Υγείας	1	1,0	1,0	100,0
	Άθροισμα	101	100,0	100,0	

Νοσηλεύτης ΠΕ

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Κοινωνικός Λειτουργός	14	13,9	13,9	13,9
	Νοσηλεύτης ΠΕ	55	54,5	54,5	68,3
	Νοσηλεύτης ΤΕ	14	13,9	13,9	82,2
	Νοσηλεύτης ΔΕ	17	16,8	16,8	99,0
	Εργοθεραπευτής	1	1,0	1,0	100,0
	Άθροισμα	101	100,0	100,0	

Νοσηλευτής ΤΕ

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Νοσηλευτής ΠΕ	6	5,9	5,9	5,9
	Νοσηλευτής ΤΕ	65	64,4	64,4	70,3
	Νοσηλευτής ΔΕ	17	16,8	16,8	87,1
	Επισκέπτης υγείας	6	5,9	5,9	93,1
	Εργοθεραπευτής	6	5,9	5,9	99,0
	Βοηθητικό Μέλος	1	1,0	1,0	100,0
	Άθροισμα	101	100,0	100,0	

Νοσηλευτής ΔΕ

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Νοσηλευτής ΠΕ	18	17,8	17,8	17,8
	Νοσηλευτής ΤΕ	6	5,9	5,9	23,8
	Νοσηλευτής ΔΕ	51	50,5	50,5	74,3
	Επισκέπτης Υγείας	10	9,9	9,9	84,2
	Εργοθεραπευτής	9	8,9	8,9	93,1
	Βοηθητικό Μέλος	7	6,9	6,9	100,0
	Άθροισμα	101	100,0	100,0	

Εργοθεραπευτής

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Νοσηλευτής ΤΕ	8	7,9	7,9	7,9
	Νοσηλευτής ΔΕ	7	6,9	6,9	14,9
	Επισκέπτης Υγείας	11	10,9	10,9	25,7
	Εργοθεραπευτής	51	50,5	50,5	76,2
	Βοηθητικό Μέλος	24	23,8	23,8	100,0
	Άθροισμα	101	100,0	100,0	

Επισκέπτης Υγείας

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Ψυχολόγος	2	2,0	2,0	2,0
	Νοσηλευτής ΠΕ	14	13,9	13,9	15,8
	Νοσηλευτής ΤΕ	6	5,9	5,9	21,8
	Νοσηλευτής ΔΕ	4	4,0	4,0	25,7
	Επισκέπτης Υγείας	50	49,5	49,5	75,2
	Εργοθεραπευτής	23	22,8	22,8	98,0
	Βοηθητικό Μέλος	2	2,0	2,0	100,0
	Άθροισμα	101	100,0	100,0	

Βοηθητικό μέλος

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Νοσηλεύτης ΠΕ	1	1,0	1,0	1,0
	Νοσηλεύτης ΤΕ	2	2,0	2,0	3,0
	Νοσηλεύτης ΔΕ	1	1,0	1,0	4,0
	Επισκέπτης Υγείας	19	18,8	18,8	22,8
	Εργοθεραπευτής	11	10,9	10,9	33,7
	Βοηθητικό Μέλος	67	66,3	66,3	100,0
	Άθροισμα	101	100,0	100,0	

Στα παραπάνω διαγράμματα φαίνονται ξεκάθαρα, μέσα από τις απαντήσεις των επαγγελματιών, σε ποια θέση κατατάσσουν, ως προς την ιεραρχία, το κάθε επάγγελμα. Από τα εννέα επαγγέλματα των ερωτηθέντων, την πρώτη θέση την κατέχει ξεκάθαρα ο ψυχίατρος, σε ποσοστό 95% των ερωτηθέντων, ενώ με 2% και 3% ακολουθούν ο ψυχολόγος και ο κοινωνικός λειτουργός αντίστοιχα.

Η δεύτερη θέση ανήκει σύμφωνα με το 74,3% των ερωτηθέντων στον ψυχολόγο και ακολουθεί με πολύ μικρότερα ποσοστά ο κοινωνικός λειτουργός (19,8%).

Ανάλογα είναι τα πράγματα και για την τρίτη θέση της ιεραρχίας όπου ο κοινωνικός λειτουργός κατέχει το 63,4% και ακολουθεί ο ψυχολόγος με 21,8%.

Η τέταρτη θέση ανήκει στο νοσηλεύτη ΠΕ με 54,5%, όπου συνήθως είναι και ο προϊστάμενος των υπολοίπων νοσηλευτών ΤΕ και ΔΕ

που λαμβάνουν την πέμπτη και έκτη θέση με 64,4% και 50,5% αντίστοιχα.

Στην έβδομη θέση βλέπουμε τον εργοθεραπευτή με ποσοστό 50,5% και ακολουθεί το βοηθητικό μέλος με 23,8% και ο επισκέπτης υγείας με 10,9%.

Στην όγδοη θέση βρίσκεται πρώτος ο επισκέπτης υγείας με ποσοστό 49,5%, ακολουθεί ο εργοθεραπευτής με 22,8%, και ο νοσηλεύτης ΠΕ με 13,9%

Τέλος, το βοηθητικό μέλος βρίσκεται στην τελευταία θέση με ποσοστό 66,3%, σε μεγάλη απόσταση από τον επισκέπτη υγείας (18,8%) και τον εργοθεραπευτή (10,9%).

11. Στην υπηρεσία όπου εργάζεστε υπάρχει εξωτερικός επόπτης;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή Ναι	19	18,8	18,8	18,8
Όχι	82	81,2	81,2	100,0
Άθροισμα	101	100,0	100,0	

Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 18,8% επιβεβαιώνει πως υπάρχει εξωτερικός επόπτης. Αντίθετα, το 81,2% των επαγγελματιών ψυχικής υγείας υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει εξωτερικός επόπτης.

11^α. Αν ναι, σε ποιο /ποια από τα παρακάτω πιστεύετε ότι συμβάλλει η ύπαρξη του εξωτερικού επόπτη της υπηρεσίας σας;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή Στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	13	12,9	68,4	68,4
Στη μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	10	9,9	52,6	52,6
Στη διαχείριση των κρίσεων/ υποτροπών των ασθενών της υπηρεσίας	14	13,9	73,7	73,7
Στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού	12	11,9	63,2	63,2
Στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών	11	10,9	57,9	57,9
Στην ιεραρχική οργάνωση των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	10	9,9	52,6	52,6
Στην χρηματοδότηση της υπηρεσίας από το αρμόδιο Υπουργείο	12	11,9	63,2	63,2
Σε όλα τα παραπάνω	10	9,9	52,6	52,6

Η ύπαρξη του εξωτερικού επόπτη στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας συμβάλλει στην διαχείριση των κρίσεων/ υποτροπών των ασθενών της υπηρεσίας (73,7%), στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας (68,4%), στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού και στη χρηματοδότηση της υπηρεσίας από το αρμόδιο υπουργείο (63,2%), στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών (57,9%) , στην ιεραρχική οργάνωση των μελών της διεπιστημονικής

ομάδας και στη μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας (52,6%) . Τέλος, σε όλους τους παραπάνω παράγοντες συμβάλλει η ύπαρξη του εξωτερικού επόπτη με ποσοστό 52,6%.

11β. Αν όχι, ποιο/ποια από τα παρακάτω προβλήματα έχετε εντοπίσει από την απουσία του εξωτερικού επόπτη της υπηρεσίας όπου εργάζεστε;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή Την κακή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	26	25,7	31,7	31,7
Την ύπαρξη συνεχόμενων συγκρούσεων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	30	29,7	36,6	36,6
Την αδυναμία διαχείρισης κρίσεων των ασθενών	21	20,8	25,6	25,6
Την αδυναμία να ολοκληρωθεί ο θεραπευτικός σχεδιασμός	37	36,6	45,1	45,1
Την κακή ποιότητα παροχής υπηρεσιών	27	26,7	32,9	32,9
Την απουσία ιεραρχικής οργάνωσης των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	26	25,7	31,7	31,7
Την απουσία χρηματοδότησης της υπηρεσίας από το αρμόδιο Υπουργείο	24	23,8	29,3	29,3
Όλα τα παραπάνω	18	17,8	22,0	22,0
Δεν έχω εντοπίσει κανένα πρόβλημα	31	30,7	37,8	37,8

Από το σύνολο των επαγγελματιών που απάντησαν πως δεν υπάρχει στην υπηρεσία όπου εργάζονται ο εξωτερικός επόπτης, το 45,1% των επαγγελματιών ψυχικής υγείας πιστεύουν ότι το κύριο πρόβλημα είναι η αδυναμία για την ολοκλήρωση του θεραπευτικού σχεδιασμού. Το 37,8% πιστεύει ότι δεν έχει εντοπίσει κάποιο πρόβλημα. Το 36,6% θεωρεί ότι το κύριο πρόβλημα είναι η ύπαρξη συνεχόμενων συγκρούσεων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και το 32,9% υποστηρίζει ότι το κύριο πρόβλημα είναι η κακή ποιότητα παροχής υπηρεσιών. Ακολουθεί η κακή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και η απουσία ιεραρχικής οργάνωσης των μελών της διεπιστημονικής ομάδας σε ποσοστό 31,7% αντίστοιχα. Το πρόβλημα της απουσίας χρηματοδότησης της υπηρεσίας από το αρμόδιο υπουργείο κατέχει ποσοστό 29,3%, ενώ η αδυναμία διαχείρισης κρίσεων των ασθενών κατέχει ποσοστό 25,6%. Τέλος, το 22% των επαγγελματιών ψυχικής υγείας πιστεύει ότι όλοι οι παραπάνω παράγοντες αποτελούν πρόβλημα όταν απουσιάζει από τις υπηρεσίες εξωτερικός επόπτης.

12. Στην υπηρεσία όπου εργάζεστε, υπάρχει εσωτερικός επόπτης;

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Ναι	70	69,3	69,3	69,3
	Όχι	31	30,7	30,7	100,0
	Αθροισμα	101	100,0	100,0	

Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 69,3% απάντησε πως όντως υπάρχει εσωτερικός επόπτης ενώ το 30,7% απάντησε πως δεν υπάρχει εσωτερικός επόπτης.

12^α. Αν ναι, σε ποιο /ποια από τα παρακάτω πιστεύετε ότι συμβάλλει η ύπαρξη του εσωτερικού επόπτη της υπηρεσίας σας;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή Στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	42	41,6	60,0	60,0
Στη μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	39	38,6	55,7	55,7
Στη διαχείριση των κρίσεων/ υποτροπών των ασθενών της υπηρεσίας	36	35,6	51,4	51,4
Στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού	46	45,5	65,7	65,7
Στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών	40	39,6	57,1	57,1
Στην ιεραρχική οργάνωση των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	40	39,6	57,1	57,1
Στην επίλυση των προβλημάτων λειτουργίας της δομής	42	41,6	60,0	60,0
Στην εμπύχωση του προσωπικού της υπηρεσίας	44	43,6	62,9	62,9
Όλα τα παραπάνω	39	38,6	55,7	55,7
Άλλο	2	2,0	2,9	2,9

Από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 65,7% απάντησε πως η ύπαρξη εσωτερικού επόπτη στην υπηρεσία συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού, το 62,9% συμβάλλει στην εμπύχωση του προσωπικού της υπηρεσίας, το 60% στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και στην επίλυση προβλημάτων λειτουργίας της δομής αντίστοιχα. Το 57,1% συμβάλλει στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών και στην ιεραρχική οργάνωση των μελών της διεπιστημονικής ομάδας. Το 55,7% συμβάλλει στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και σε όλα τα προαναφερθέντα. Τέλος, το 51,4% συμβάλλει στην διαχείριση των κρίσεων/ υποτροπών των ασθενών της υπηρεσίας .

12β. Αν όχι, ποιο/ποια από τα παρακάτω προβλήματα έχετε εντοπίσει από την απουσία του εσωτερικού επόπτη της υπηρεσίας όπου εργάζεστε;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή Την κακή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	15	14,9	48,4	48,4
Την ύπαρξη συνεχόμενων συγκρούσεων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	14	13,9	45,2	45,2
Την αδυναμία διαχείρισης κρίσεων των ασθενών	6	5,9	19,4	19,4
Την αδυναμία να ολοκληρωθεί ο θεραπευτικός σχεδιασμός	17	16,8	54,8	54,8
Την κακή ποιότητα παροχής υπηρεσιών	7	6,9	22,6	22,6
Την απουσία ιεραρχικής οργάνωσης των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	6	5,9	19,4	19,4
Όλα τα παραπάνω	6	5,9	19,4	19,4
Δεν έχω εντοπίσει κανένα πρόβλημα	11	10,9	35,5	35,5
Άλλο	1	1,0	3,2	3,2

Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 54,8% δήλωσε πως η απουσία αυτού από την υπηρεσία συμβάλλει στην αδυναμία να ολοκληρωθεί ο θεραπευτικός σχεδιασμός, το 48,4% στην κακή συνεργασία ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, το 45,2% οδήγησε σε συνεχόμενες συγκρούσεις των μελών της διεπιστημονικής ομάδας. Το 35,5% των ερωτηθέντων θεωρεί πως δεν έχει δημιουργηθεί κάποιο πρόβλημα εξαιτίας της απουσίας αυτού. Το 22,6% δήλωσε ότι η απουσία του εσωτερικού επόπτη οδήγησε στην κακή ποιότητα παροχής υπηρεσιών και το 19,4% ότι οδήγησε στην αδυναμία διαχείρισης κρίσεων των ασθενών.

13. Πιστεύετε ότι είναι αναγκαία η παρουσία και η ύπαρξη του εσωτερικού επόπτη στην υπηρεσία σας;

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Ναι	84	83,2	83,2	83,2
	Όχι	17	16,8	16,8	100,0
	Αθροισμα	101	100,0	100,0	

Στην ερώτηση αν η ύπαρξη εσωτερικού επόπτη θεωρείται αναγκαία το 83,2% των ερωτηθέντων συμφώνησε στην αναγκαιότητα εσωτερικού επόπτη, ενώ το 16,8% διαφώνησε.

13^α. Αν ναι, ιεραρχήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το ένα (1) έως το οκτώ (8) (πχ. 1= πρώτη προτεραιότητα, 2= δεύτερη προτεραιότητα κ.ο.κ.) τους παρακάτω λόγους για τους οποίους θεωρείται αναγκαία την ύπαρξη εσωτερικού επόπτη στην υπηρεσία σας

1^η Θέση ιεράρχησης

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή Συμβάλλει στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	24	23,8	28,6	28,6
Συμβάλλει στην καλή λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων της διεπιστημονικής ομάδας	25	24,8	29,8	58,3
Συμβάλλει στην διαχείριση των προβλημάτων λειτουργίας της υπηρεσίας	13	12,9	15,5	73,8
Συμβάλλει στην τήρηση της ιεραρχίας	9	8,9	10,7	84,5
Συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού	8	7,9	9,5	94,0
Συμβάλλει στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	1	1,0	1,2	95,2
Συμβάλλει στις θετικές σχέσεις μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και των ασθενών	4	4,0	4,8	100,0
Αθροισμα	84	83,2	100,0	

2^η Θέση ιεράρχησης

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή				
Συμβάλλει στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	18	17,8	21,4	21,4
Συμβάλλει στην καλή λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων της διεπιστημονικής ομάδας	20	19,8	23,8	45,2
Συμβάλλει στην διαχείριση των προβλημάτων λειτουργίας της υπηρεσίας	4	4,0	4,8	50,0
Συμβάλλει στην τήρηση της ιεραρχίας	13	12,9	15,5	65,5
Συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού	10	9,9	11,9	77,4
Συμβάλλει στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	17	16,8	20,2	97,6
Συμβάλλει στην χρηματοδότηση της υπηρεσίας μου από το αρμόδιο Υπουργείο	2	2,0	2,4	100,0
Αθροισμα	84	83,2	100,0	

3^η Θέση ιεράρχησης

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Συμβάλλει στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	17	16,8	20,2	20,2
	Συμβάλλει στην καλή λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων της διεπιστημονικής ομάδας	15	14,9	17,9	38,1
	Συμβάλλει στην διαχείριση των προβλημάτων λειτουργίας της υπηρεσίας	36	35,6	42,9	81,0
	Συμβάλλει στην τήρηση της ιεραρχίας	8	7,9	9,5	90,5
	Συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού	2	2,0	2,4	92,9
	Συμβάλλει στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	4	4,0	4,8	97,6
	Συμβάλλει στις θετικές σχέσεις μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και των ασθενών	2	2,0	2,4	100,0
	Άθροισμα	84	83,2	100,0	

4^η Θέση ιεράρχησης

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Συμβάλλει στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	7	6,9	8,3	8,3
	Συμβάλλει στην καλή λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων της διεπιστημονικής ομάδας	2	2,0	2,4	10,7
	Συμβάλλει στην διαχείριση των προβλημάτων λειτουργίας της υπηρεσίας	9	8,9	10,7	21,4
	Συμβάλλει στην τήρηση της ιεραρχίας	15	14,9	17,9	39,3
	Συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού	9	8,9	10,7	50,0
	Συμβάλλει στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	18	17,8	21,4	71,4
	Συμβάλλει στις θετικές σχέσεις μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και των ασθενών	9	8,9	10,7	82,1
	Συμβάλλει στην χρηματοδότηση της υπηρεσίας μου από το αρμόδιο Υπουργείο	15	14,9	17,9	100,0
	Άθροισμα	84	83,2	100,0	

5^η Θέση ιεράρχησης

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Συμβάλλει στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	11	10,9	13,1	13,1
	Συμβάλλει στην καλή λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων της διεπιστημονικής ομάδας	6	5,9	7,1	20,2
	Συμβάλλει στην διαχείριση των προβλημάτων λειτουργίας της υπηρεσίας	7	6,9	8,3	28,6
	Συμβάλλει στην τήρηση της ιεραρχίας	25	24,8	29,8	58,3
	Συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού	16	15,8	19,0	77,4
	Συμβάλλει στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	7	6,9	8,3	85,7
	Συμβάλλει στις θετικές σχέσεις μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και των ασθενών	12	11,9	14,3	100,0
	Άθροισμα	84	83,2	100,0	

6^η Θέση ιεράρχησης

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Συμβάλλει στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	4	4,0	4,8	4,8
	Συμβάλλει στην καλή λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων της διεπιστημονικής ομάδας	9	8,9	10,7	15,5
	Συμβάλλει στην διαχείριση των προβλημάτων λειτουργίας της υπηρεσίας	11	10,9	13,1	28,6
	Συμβάλλει στην τήρηση της ιεραρχίας	4	4,0	4,8	33,3
	Συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού	27	26,7	32,1	65,5
	Συμβάλλει στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	15	14,9	17,9	83,3
	Συμβάλλει στις θετικές σχέσεις μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και των ασθενών	10	9,9	11,9	95,2
	Συμβάλλει στην χρηματοδότηση της υπηρεσίας μου από το αρμόδιο Υπουργείο	4	4,0	4,8	100,0
	Άθροισμα	84	83,2	100,0	

7^η Θέση ιεράρχησης

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Συμβάλλει στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	2	2,0	2,4	2,4
	Συμβάλλει στην καλή λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων της διεπιστημονικής ομάδας	5	5,0	6,0	8,3
	Συμβάλλει στην διαχείριση των προβλημάτων λειτουργίας της υπηρεσίας	3	3,0	3,6	11,9
	Συμβάλλει στην τήρηση της ιεραρχίας	9	8,9	10,7	22,6
	Συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού	11	10,9	13,1	35,7
	Συμβάλλει στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	18	17,8	21,4	57,1
	Συμβάλλει στις θετικές σχέσεις μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και των ασθενών	30	29,7	35,7	92,9
	Συμβάλλει στην χρηματοδότηση της υπηρεσίας μου από το αρμόδιο Υπουργείο	6	5,9	7,1	100,0
	Άθροισμα	84	83,2	100,0	

8^η Θέση ιεράρχησης

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Συμβάλλει στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	1	1,0	1,2	1,2
	Συμβάλλει στην καλή λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων της διεπιστημονικής ομάδας	2	2,0	2,4	3,6
	Συμβάλλει στην τήρηση της ιεραρχίας	1	1,0	1,2	4,8
	Συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού	2	2,0	2,4	7,1
	Συμβάλλει στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	4	4,0	4,8	11,9
	Συμβάλλει στις θετικές σχέσεις μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και των ασθενών	17	16,8	20,2	32,1
	Συμβάλλει στην χρηματοδότηση της υπηρεσίας μου από το αρμόδιο Υπουργείο	56	55,4	66,7	98,8
	Άθροισμα	84	83,2	100,0	

Στην πρώτη θέση οι επαγγελματίες συμφωνούν πως η ύπαρξη εσωτερικού επόπτη συμβάλλει στην καλή λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων της διεπιστημονικής ομάδας με ελάχιστη διαφορά 1% από τη συμβολή στην καλή συνεργασία των μελών.

Στη δεύτερη θέση αντικρίζουμε ακριβώς το ίδιο αλλά ένα ποσοστό 20,2% πιστεύει πως συμβάλλει στη μείωση των συγκρούσεων ανάμεσα στα μέλη.

Στην τρίτη θέση οι επαγγελματίες πιστεύουν ότι συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού με ποσοστό 42,9% και ακολουθεί η συμβολή στην καλή συνεργασία των μελών με ποσοστό 20,2% και η καλή λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων με 17,9%. Στην τέταρτη θέση και με ποσοστό 21,4 % πιστεύουν ότι συμβάλλει στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας

Στην πέμπτη θέση το 29,8% πιστεύει ότι συμβάλλει στην τήρηση της ιεραρχίας, ενώ το 19% στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού. Στην έκτη θέση, το 32,1% πιστεύει ότι η ύπαρξη εσωτερικού επόπτη συμβάλλει στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας.

Στην έβδομη θέση και με ποσοστό 35,7% βρίσκεται η συμβολή του εσωτερικού επόπτη ότι θετικές σχέσεις μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και των ασθενών και με 21,4% η συμβολή στη μείωση των συγκρούσεων

Στην όγδοη και τελευταία θέση και με ποσοστό 66,7%, οι επαγγελματίες πιστεύουν ότι η ύπαρξη εσωτερικού επόπτη συμβάλλει στην χρηματοδότηση της υπηρεσίας από το αρμόδιο υπουργείο.

14. Πιστεύετε ότι είναι αναγκαία η παρουσία και η ύπαρξη του εξωτερικού επόπτη στην υπηρεσία σας;

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Ναι	52	51,5	51,5	51,5
	Όχι	49	48,5	48,5	100,0
	Αθροισμα	101	100,0	100,0	

Από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 51,5% συμφωνεί στην παρουσία και ύπαρξη εξωτερικού επόπτη ενώ το 48,5% διαφωνεί.

14^α. Αν ναι, ιεραρχήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το ένα (1) έως το οκτώ (8) (πχ. 1= πρώτη προτεραιότητα, 2= δεύτερη προτεραιότητα κ.ο.κ.) τους παρακάτω λόγους για τους οποίους θεωρείται αναγκαία την ύπαρξη εξωτερικού επόπτη στην υπηρεσία σας

1^η Θέση ιεράρχησης

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή				
Συμβάλλει στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	15	14,9	28,8	28,8
Συμβάλλει στην καλή λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων της διεπιστημονικής ομάδας	11	10,9	21,2	50,0
Συμβάλλει στην διαχείριση των προβλημάτων λειτουργίας της υπηρεσίας	11	10,9	21,2	71,2
Συμβάλλει στην τήρηση της ιεραρχίας	5	5,0	9,6	80,8
Συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού	5	5,0	9,6	90,4
Συμβάλλει στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	1	1,0	1,9	92,3
Συμβάλλει στις θετικές σχέσεις μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και των ασθενών	4	4,0	7,7	100,0
Άθροισμα	52	51,5	100,0	

2^η Θέση ιεράρχησης

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Συμβάλλει στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	1	1,0	1,9	1,9
	Συμβάλλει στην καλή λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων της διεπιστημονικής ομάδας	12	11,9	23,1	25,0
	Συμβάλλει στην διαχείριση των προβλημάτων λειτουργίας της υπηρεσίας	9	8,9	17,3	42,3
	Συμβάλλει στην τήρηση της ιεραρχίας	18	17,8	34,6	76,9
	Συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού	4	4,0	7,7	84,6
	Συμβάλλει στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	5	5,0	9,6	94,2
	Συμβάλλει στις θετικές σχέσεις μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και των ασθενών	3	3,0	5,8	100,0
	Άθροισμα	52	51,5	100,0	

3^η Θέση ιεράρχησης

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Συμβάλλει στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	17	16,8	32,7	32,7
	Συμβάλλει στην καλή λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων της διεπιστημονικής ομάδας	12	11,9	23,1	55,8
	Συμβάλλει στην διαχείριση των προβλημάτων λειτουργίας της υπηρεσίας	12	11,9	23,1	78,8
	Συμβάλλει στην τήρηση της ιεραρχίας	5	5,0	9,6	88,5
	Συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού	4	4,0	7,7	96,2
	Συμβάλλει στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	2	2,0	3,8	100,0
	Άθροισμα	52	51,5	100,0	

4^η Θέση ιεράρχησης

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή				
Συμβάλλει στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	7	6,9	13,5	13,5
Συμβάλλει στην καλή λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων της διεπιστημονικής ομάδας	6	5,9	11,5	25,0
Συμβάλλει στην διαχείριση των προβλημάτων λειτουργίας της υπηρεσίας	9	8,9	17,3	42,3
Συμβάλλει στην τήρηση της ιεραρχίας	6	5,9	11,5	53,8
Συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού	3	3,0	5,8	59,6
Συμβάλλει στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	7	6,9	13,5	73,1
Συμβάλλει στις θετικές σχέσεις μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και των ασθενών	14	13,9	26,9	100,0
Άθροισμα	52	51,5	100,0	

5^η Θέση ιεράρχησης

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Συμβάλλει στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	10	9,9	19,2	19,2
	Συμβάλλει στην καλή λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων της διεπιστημονικής ομάδας	8	7,9	15,4	34,6
	Συμβάλλει στην διαχείριση των προβλημάτων λειτουργίας της υπηρεσίας	3	3,0	5,8	40,4
	Συμβάλλει στην τήρηση της ιεραρχίας	4	4,0	7,7	48,1
	Συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού	16	15,8	30,8	78,8
	Συμβάλλει στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	4	4,0	7,7	86,5
	Συμβάλλει στις θετικές σχέσεις μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και των ασθενών	7	6,9	13,5	100,0
	Αθροισμα	52	51,5	100,0	

6^η Θέση ιεράρχησης

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Συμβάλλει στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	1	1,0	1,9	1,9
	Συμβάλλει στην καλή λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων της διεπιστημονικής ομάδας	1	1,0	1,9	3,8
	Συμβάλλει στην διαχείριση των προβλημάτων λειτουργίας της υπηρεσίας	6	5,9	11,5	15,4
	Συμβάλλει στην τήρηση της ιεραρχίας	5	5,0	9,6	25,0
	Συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού	14	13,9	26,9	51,9
	Συμβάλλει στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	20	19,8	38,5	90,4
	Συμβάλλει στις θετικές σχέσεις μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και των ασθενών	5	5,0	9,6	100,0
	Άθροισμα	52	51,5	100,0	

7^η Θέση ιεράρχησης

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή				
Συμβάλλει στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	1	1,0	1,9	1,9
Συμβάλλει στην καλή λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων της διεπιστημονικής ομάδας	3	3,0	5,8	7,7
Συμβάλλει στην διαχείριση των προβλημάτων λειτουργίας της υπηρεσίας	1	1,0	1,9	9,6
Συμβάλλει στην τήρηση της ιεραρχίας	10	9,9	19,2	28,8
Συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού	5	5,0	9,6	38,5
Συμβάλλει στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	13	12,9	25,0	63,5
Συμβάλλει στις θετικές σχέσεις μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και των ασθενών	19	18,8	36,5	100,0
Άθροισμα	52	51,5	100,0	

Στα παραπάνω διαγράμματα εμφανίζονται οι λόγοι για τους οποίους θεωρείται αναγκαία η ύπαρξη εξωτερικού επόπτη. Έτσι στην πρώτη θέση με ποσοστό 28,8% φαίνεται ότι συμβάλλει στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας ενώ με ποσοστό 21,2% ότι συμβάλλει στην καλή λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων της διεπιστημονικής ομάδας και στη διαχείριση των προβλημάτων λειτουργίας της υπηρεσίας.

Στην δεύτερη θέση και ποσοστό 34,6% πιστεύει ότι συμβάλλει στην τήρηση της ιεραρχίας και ακολουθεί η συμβολή στην καλή λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων της διεπιστημονικής ομάδας σε ποσοστό 23,1%

Στην τρίτη θέση με ποσοστό 32,7% βρίσκεται η συμβολή στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και ακολουθούν η συμβολή στην καλή λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων της ομάδας και στην διαχείριση των προβλημάτων λειτουργίας με το ίδιο ακριβώς ποσοστό , 23,1%.

Στην τέταρτη θέση φαίνεται πως ο εξωτερικός επόπτης συμβάλλει στις θετικές σχέσεις μεταξύ των μελών σε ποσοστό 26,9% και ακολουθεί η συμβολή στη διαχείριση των προβλημάτων με 17,3%.

Στην πέμπτη θέση βλέπουμε ότι το 30,8% των επαγγελματιών πιστεύουν ότι συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού και ένα 19,2% στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, ενώ στην έκτη θέση με ποσοστό 38,5% πως η ύπαρξη εξωτερικού επόπτη συμβάλλει στη μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της και 26,9% στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού

Τελος στην έβδομη θέση σύμφωνα με το 36,5% των ερωτηθέντων, βρίσκεται η συμβολή του εξωτερικού επόπτη στις θετικές σχέσεις μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και των ασθενών.

**15. Έχετε αισθανθεί ποτέ κουρασμένοι να συνεχίσετε το
θεραπευτικό σας έργο με τους ψυχικά ασθενείς;**

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Ναι	69	68,3	68,3	68,3
	Όχι	32	31,7	31,7	100,0
	Αθροισμα	101	100,0	100,0	

Από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 68,3% των ερωτηθέντων δήλωσε πως έχει νιώσει κούραση ενώ το 31,7% δήλωσαν πως δεν έχουν νιώσει κούραση.

15^α. Αν ναι, ποιος η ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες σας έχουν οδηγήσει κατά τη γνώμη σας, στην κατάσταση αυτή;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή Οι κακές σχέσεις με τους συναδέλφους μου	23	22,8	33,3	33,3
Η κακή οργάνωση της υπηρεσίας μου	26	25,7	37,7	37,7
Η κακή ποιότητα παροχής υπηρεσιών	29	28,7	42,0	42,0
Η δυσκολία της συνεργασίας των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	16	15,8	23,2	23,2
Η απουσία του εσωτερικού επόπτη της υπηρεσίας μου	21	20,8	30,4	30,4
Η απουσία εξωτερικού επόπτη της υπηρεσίας μου	31	30,7	44,9	44,9
Η αδυναμία τήρησης της ιεραρχίας	20	19,8	29,0	29,0
Η έλλειψη χρηματοδότησης της υπηρεσίας μου	34	33,7	49,3	49,3
Οι συχνές υποτροπές των ασθενών	30	29,7	43,5	43,5
Η μη αποτελεσματικότητα της θεραπείας των ασθενών	27	26,7	39,1	39,1
Τα αντικείμενα εργασίας μου	20	19,8	29,0	29,0
Όλα τα παραπάνω	11	10,9	15,9	15,9
Άλλο	1	1,0	1,5	1,5

Από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 33,7% απάντησε πως έχει νιώσει κούραση να συνεχίσει το θεραπευτικό έργο με τους ψυχικά ασθενείς, το 49,3% την έλλειψη χρηματοδότησης της υπηρεσίας, το 44,9% την απουσία εξωτερικού επόπτη από το δυναμικό της υπηρεσίας, το 43,5% τις συχνές υποτροπές των ασθενών. Το 42% την κακή ποιότητα παροχής υπηρεσιών, το 39,1% την μη αποτελεσματικότητα της θεραπείας των ασθενών , το 37,7% την κακή οργάνωση της υπηρεσίας, το 33,3%, τις κακές σχέσεις με τους συναδέλφους , το 30,4% την απουσία εσωτερικού επόπτη από το δυναμικό της υπηρεσίας, το 29% τα αντικείμενα της εργασίας και την αδυναμία τήρησης της ιεραρχίας , το 23,2% την δυσκολία στην συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και τέλος το 15,9% όλα τα προαναφερθέντα.

16. Πιστεύετε ότι ο ψυχικά ασθενής μπορεί να χαρακτηριστεί ως επικίνδυνος σε σχέση με τον εαυτό του και τους άλλους;

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Ναι	67	66,3	66,3	66,3
	Όχι	34	33,7	33,7	100,0
	Άθροισμα	101	100,0	100,0	

Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 66,3% πιστεύει ότι ένας ψυχικά ασθενής μπορεί να χαρακτηριστεί επικίνδυνος σε σχέση με τον εαυτό του και τους άλλους, ενώ το 33,7% πιστεύει πως δεν μπορεί ο ψυχικά ασθενείς να χαρακτηριστεί.

16^α. Αν ναι, ιεραρχήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το ένα (1) έως το επτά (7) τους παρακάτω παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή;

1η Θέση ιεράρχησης

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή Η μη συστηματική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής	42	41,6	62,7	62,7
Η μη συστηματική παρακολούθηση από το γιατρό	17	16,8	25,4	88,1
Η απουσία στήριξης του ψυχικά ασθενή από μια διεπαγγελματική ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας	8	7,9	11,9	100,0
Άθροισμα	67	66,3	100,0	

2^η Θέση ιεράρχησης

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Η μη συστηματική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής	21	20,8	31,3	31,3
	Η μη συστηματική παρακολούθηση από το γιατρό	35	34,7	52,2	83,6
	Η απουσία στήριξης του ψυχικά ασθενή από μια διεπαγγελματική ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας	5	5,0	7,5	91,0
	Η ομάδα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας δεν φροντίζει με συστηματικό τρόπο την αποκατάσταση του	5	5,0	7,5	98,5
	Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν προκατάληψη προς τον ψυχικά ασθενή και τον θεωρούν επικίνδυνο	1	1,0	1,5	100,0
	Άθροισμα	67	66,3	100,0	

3^η Θέση ιεράρχησης

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Η μη συστηματική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής	3	3,0	4,5	4,5
	Η μη συστηματική παρακολούθηση από το γιατρό	14	13,9	20,9	25,4
	Η απουσία στήριξης του ψυχικά ασθενή από μια διεπαγγελματική ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας	20	19,8	29,9	55,2
	Η έλλειψη στήριξης από την οικογένεια του ασθενή	14	13,9	20,9	76,1
	Η ομάδα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας δεν φροντίζει με συστηματικό τρόπο την αποκατάσταση του	14	13,9	20,9	97,0
	Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν προκατάληψη προς τον ψυχικά ασθενή και τον θεωρούν επικίνδυνο	2	2,0	3,0	100,0
	Άθροισμα	67	66,3	100,0	

4^η Θέση ιεράρχησης

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή				
Η μη συστηματική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής	1	1,0	1,5	1,5
Η μη συστηματική παρακολούθηση από το γιατρό	1	1,0	1,5	3,0
Η απουσία στήριξης του ψυχικά ασθενή από μια διεπαγγελματική ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας	24	23,8	35,8	38,8
Η έλλειψη στήριξης από την οικογένεια του ασθενή	25	24,8	37,3	76,1
Η ομάδα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας δεν φροντίζει με συστηματικό τρόπο την αποκατάσταση του	12	11,9	17,9	94,0
Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν προκατάληψη προς τον ψυχικά ασθενή και τον θεωρούν επικίνδυνο	3	3,0	4,5	98,5
Η μη συστηματική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής	1	1,0	1,5	100,0
Αθροισμα	67	66,3	100,0	

5^η Θέση ιεράρχησης

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Η απουσία στήριξης του ψυχικά ασθενή από μια διεπαγγελματική ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας	9	8,9	13,4	13,4
	Η έλλειψη στήριξης από την οικογένεια του ασθενή	22	21,8	32,8	46,3
	Η ομάδα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας δεν φροντίζει με συστηματικό τρόπο την αποκατάσταση του	19	18,8	28,4	74,6
	Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν προκατάληψη προς τον ψυχικά ασθενή και τον θεωρούν επικίνδυνο	16	15,8	23,9	98,5
	Η κοινότητα «ενοχλείται» από την παρουσία του χρόνιου ψυχικά ασθενή	1	1,0	1,5	100,0
	Άθροισμα	67	66,3	100,0	

6^η Θέση ιεράρχησης

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Η απουσία στήριξης του ψυχικά ασθενή από μια διεπαγγελματική ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας	1	1,0	1,5	1,5
	Η ομάδα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας δεν φροντίζει με συστηματικό τρόπο την αποκατάσταση του	3	3,0	4,5	6,0
	Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν προκατάληψη προς τον ψυχικά ασθενή και τον θεωρούν επικίνδυνο	39	38,6	58,2	64,2
	Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν προκατάληψη προς τον ψυχικά ασθενή και τον θεωρούν επικίνδυνο	24	23,8	35,8	100,0
	Άθροισμα	67	66,3	100,0	

7^η Θέση ιεράρχησης

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Η απουσία στήριξης του ψυχικά ασθενή από μια διεπαγγελματική ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας	1	1,0	1,5	1,5
	Η έλλειψη στήριξης από την οικογένεια του ασθενή	6	5,9	9,0	10,4
	Η ομάδα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας δεν φροντίζει με συστηματικό τρόπο την αποκατάσταση του	13	12,9	19,4	29,9
	Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν προκατάληψη προς τον ψυχικά ασθενή και τον θεωρούν επικίνδυνο	8	7,9	11,9	41,8
	Η κοινότητα «ενοχλείται» από την παρουσία του χρόνιου ψυχικά ασθενή	39	38,6	58,2	100,0
	Άθροισμα	67	66,3	100,0	

Οι παραπάνω πίνακες δείχνουν τους παράγοντες τους παράγοντες που συμβάλουν στην επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή και έτσι όσοι θεωρούν ότι ένας ψυχικά ασθενής είναι επικίνδυνος τοποθέτησαν στην πρώτη θέση ως παράγοντα συμβολής στην επικινδυνότητα τη μη συστηματική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής σε ποσοστό 62,7%, ενώ στη δεύτερη θέση της ιεράρχηση πιστεύουν ότι συμβάλλει η μη συστηματική παρακολούθηση από το γιατρό σε ποσοστό 52,5% και ακολουθεί η μη συστηματική λήψη φαρμακευτικής αγωγής (31,3%)

Στην τρίτη θέση ως παράγοντας επικινδυνότητας οι ερωτηθέντες έβαλαν σε ποσοστό 29,9% την απουσία στήριξης του ψυχικά ασθενή από μια διεπαγγελματική ομάδα και ακολουθούν με 20,9% η μη συστηματική παρακολούθηση από το γιατρό, η έλλειψη στήριξης από την οικογένεια τους ασθενή και η μη συστηματική φροντίδα του ψυχικά ασθενή από την ίδια την ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Τέταρτος παράγοντας στη σειρά είναι η έλλειψη στήριξης από την οικογένεια του ασθενή με ποσοστό 37,3% με μικρή διαφορά από την απουσία στήριξης από ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας(35,8%).

Κάτι ανάλογο συμβαίνει και στην πέμπτη θέση ενώ στην έκτη θέση ως παράγοντα ορίζουν την προκατάληψη των ίδιων των επαγγελματιών ως προς τον ασθενή.

Έβδομος και τελευταίος παράγοντας σε ποσοστό 58,2% των ερωτηθέντων το γεγονός ότι η κοινότητα ενοχλείται από την παρουσία του χρόνιου ψυχικά ασθενή.

**17. Σημειώστε με «x» τα παρακάτω συναισθήματα που
αισθάνεστε απέναντι στον ψυχικά ασθενή κατά τη διάρκεια
μιας θεραπευτικής συνεδρίας μαζί του.**

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή Φόβος	2	2,0	2,0	2,0
Άγχος	28	27,7	27,7	27,7
Αγωνία	20	19,8	19,8	19,8
Λύπη	28	27,7	27,7	27,7
Χαρά	15	14,9	14,9	14,9
Συμπόνια	69	68,3	68,3	68,3
Ευχαρίστηση	5	5,0	5,0	5,0
Ανακούφιση	11	10,9	10,9	10,9
Αμηχανία	6	5,9	5,9	5,9
Κατανόηση	71	70,3	70,3	70,3

Από το σύνολο των ερωτηθέντων , τα συναισθήματα που αισθάνονται απέναντι στον ψυχικά ασθενή κατά τη διάρκεια μιας θεραπευτικής συνεδρίας μαζί του είναι ποικίλα δεδομένου ότι ο κάθε επαγγελματίας διακατέχεται από παραπάνω από ένα συναισθήματα. Το μεγαλύτερο ποσοστό κατέχει το συναίσθημα της κατανόησης που αγγίζει το 70,3% και ακολουθεί το συναίσθημα της συμπόνιας που κατέχει το 68,3% . Ακολουθεί το συναίσθημα της λύπης και του άγχους με ποσοστό 27,7% αντίστοιχα. Το 19,8% αισθάνθηκε αγωνία, το 14,9% ένιωσε χαρά και το 10,9% ανακούφιση. Το 5,9% αισθάνθηκε αμηχανία, το 5% των ερωτηθέντων αισθάνθηκε ευχαρίστηση και τέλος, το 2% είχε το συναίσθημα του φόβου.

**18. Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις των μελών της
διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας με τους ψυχικά
ασθενείς;**

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Άριστες	6	5,9	5,9	5,9
	Πολύ καλές	34	33,7	33,7	39,6
	Μέτριες	58	57,4	57,4	97,0
	Κακές	2	2,0	2,0	99,0
	Πολύ κακές	1	1,0	1,0	100,0
	Άθροισμα	101	100,0	100,0	

Από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 57,4% χαρακτηρίζει τις σχέσεις των μελών της επιστημονικής ομάδας ως μέτριες, το 33,7% τις χαρακτηρίζει ως πολύ καλές, το 5,9% των ερωτηθέντων τις χαρακτηρίζει ως άριστες, το 2% τις χαρακτηρίζει ως κακές ενώ μόλις το 1% τις χαρακτηρίζει ως πολύ κακές.

**19. Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις των μελών της
διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας μεταξύ τους;**

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Άριστες	3	3,0	3,0	3,0
	Πολύ καλές	43	42,6	42,6	45,5
	Μέτριες	50	49,5	49,5	95,0
	Κακές	2	2,0	2,0	97,0
	Πολύ κακές	3	3,0	3,0	100,0
	Άθροισμα	101	100,0	100,0	

Από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 49,5% απάντησε πως οι σχέσεις των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας μεταξύ τους χαρακτηρίζονται μέτριες, το 42,6% πολύ καλές, το 3% χαρακτηρίζονται άριστες και πολύ κακές, και τέλος το 2% χαρακτηρίζονται κακές.

20. Σημειώστε με «x» τα παρακάτω συναισθήματα που αισθάνεστε κατά τη συνεργασία σας με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας σας;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή Άγχος	14	13,9	13,9	13,9
Αγωνία	8	7,9	7,9	7,9
Θυμός	28	27,7	27,7	27,7
Αγανάκτηση	43	42,6	42,6	42,6
Ικανοποίηση	38	37,6	37,6	37,6
Χαρά	15	14,9	14,9	14,9
Αμηχανία	18	17,8	17,8	17,8
Αδιαφορία	44	43,6	43,6	43,6

Από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 43,6% αισθάνεται αδιαφορία, το 42,6% αισθάνεται αγανάκτηση και το 37,6% νιώθει ικανοποίηση. Το 27,7% νιώθει θυμό, το 17,8% νιώθει αμηχανία, το 14,9% αισθάνεται χαρά και το 13,9% αισθάνεται άγχος. Τέλος, το 7,9% αισθάνεται άγχος.

21. Πιστεύετε ότι στην υπηρεσία όπου εργάζεστε έχετε ένα ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο;

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Ναι	61	60,4	60,4	60,4
	Όχι	40	39,6	39,6	100,0
	Αθροισμα	101	100,0	100,0	

Από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 60,4% των ερωτηθέντων δήλωσε πως υπάρχουν ξεκάθαροι επαγγελματικοί ρόλοι ενώ το 39,6% δήλωσαν πως οι επαγγελματικοί ρόλοι δεν είναι ξεκάθαροι.

21^α. Αν όχι, για ποιον /ποιους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν έχετε έναν ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή Ο χώρος της εργασίας μου είναι τέτοιος που δεν επιτρέπει να λειτουργήσω με ένα ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο	28	27,7	70,0	70,0
Λόγω της έλλειψης του εξωτερικού επόπτη της υπηρεσίας	0	0	0	0
Λόγω της έλλειψης του εσωτερικού επόπτη της υπηρεσίας.	3	3,0	7,5	7,5
Λόγω της μη τήρησης της ιεραρχίας	2	2,0	5,0	5,0
Λόγω της κακής συνεργασίας των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	10	9,9	25,0	25,0

Από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 70% θεωρεί ότι ο κύριος λόγος είναι ο χώρος εργασίας του που δεν επιτρέπει να λειτουργήσει με ένα ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο, το 25% η κακή συνεργασία ανάμεσα στα μέλη της επιστημονικής ομάδας, το 7,5% η έλλειψη εσωτερικού επόπτη, το

5% η μη τήρηση της ιεραρχίας στην υπηρεσία. Τέλος, η απουσία εξωτερικού επόπτη δεν επηρέασε στην απουσία ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων σύμφωνα με τους ερωτηθέντες.

22. Στην υπηρεσία όπου εργάζεστε, έχει χρειαστεί το προσωπικό να λειτουργήσει με συμπληρωματικούς (πολυδύναμους ρόλους);

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή	Ναι	87	86,1	86,1	86,1
	Όχι	14	13,9	13,9	100,0
	Αθροισμα	101	100,0	100,0	

Από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 86,1% (87) έχει χρειαστεί να λειτουργήσουν με συμπληρωματικούς πολυδύναμους ρόλους, ενώ το 13,9% (14) δεν έχει χρειαστεί να λειτουργήσουν έτσι.

22^α. Αν ναι, για ποιον/ποιους από τους παρακάτω λόγους έχει χρειαστεί να συμβεί αυτό;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή Ο χώρος της εργασίας μου είναι τέτοιος που επιτρέπει να λειτουργήσουν οι συμπληρωματικοί(πολυδύναμοι) ρόλοι.	52	51,5	57,8	57,8
Το προσωπικό της υπηρεσίας μου δεν είναι επαρκές	46	45,5	51,1	51,1
Δεν τηρείται η ιεραρχία η ιεραρχία παρόλο που το προσωπικό είναι επαρκές	7	6,9	7,8	7,8
Είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την λειτουργία όλων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας	17	16,8	18,9	18,9
Άλλο	3	3,0	3,3	3,3

Από το σύνολο των επαγγελματιών, το 57,8% των επαγγελματιών απάντησε πως ο χώρος της εργασίας είναι τέτοιος που επιτρέπει να λειτουργήσουν οι συμπληρωματικοί-πολυδύναμοι ρόλοι, το 51,1% απάντησε πως αυτό συμβαίνει γιατί το προσωπικό της υπηρεσίας δεν ήταν επαρκές. Το 18,9% αναφέρει πως είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την λειτουργία όλων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας η συμπληρωματικότητα των ρόλων σ' αυτές. Τέλος, το 7,8% αναφέρεται στην μη τήρηση της ιεραρχίας παρόλο που το προσωπικό είναι επαρκές.

**23. Κατά τη γνώμη σας, η λειτουργία των ξεκάθαρων
επαγγελματικών ρόλων συμβάλλει:**

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή Στην καλή λειτουργία της υπηρεσίας	55	54,5	54,5	54,5
Στην ποιότητα παροχής των υπηρεσιών	78	77,2	77,2	77,2
Στην τήρηση της ιεραρχίας	68	67,3	67,3	67,3
Στην ανάπτυξη αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού για τους ασθενείς	58	57,4	57,4	57,4
Στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας/αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών	70	69,3	69,3	69,3
Στις καλές σχέσεις των μελών της επαγγελματικής ομάδας	66	65,3	65,3	65,3
Όλα τα παραπάνω	52	51,5	51,5	51,5
Άλλο	2	2,0	2,0	2,0

Από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 77,2% δήλωσε πως συμβάλλει στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών, το 69,3% στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας/ αποκατάστασης των ασθενών, το 67,3% στην λειτουργία των ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων. Το 65,3% δήλωσε πως συμβάλλει στη λειτουργία ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων, το 57,4% στην ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού για τους ασθενείς, το 54,5% στην καλή λειτουργία της υπηρεσίας. Τέλος, το 51,5% συμφώνησε με όλα τα παραπάνω.

**24. Κατά τη γνώμη σας, η λειτουργία των συμπληρωματικών
(πολυδύναμων) ρόλων συμβάλλει:**

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Τιμή Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Τιμή Στην καλή λειτουργία της υπηρεσίας	64	63,4	63,4	63,4
Στην ποιότητα παροχής των υπηρεσιών	61	60,4	60,4	60,4
Στην τήρηση της ιεραρχίας	48	47,5	47,5	47,5
Στην ανάπτυξη αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού για τους ασθενείς	71	70,3	70,3	70,3
Στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας/αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών	71	70,3	70,3	70,3
Στις καλές σχέσεις των μελών της επαγγελματικής ομάδας	54	53,5	53,5	53,5
Όλα τα παραπάνω	48	47,5	47,5	47,5
Άλλο	4	4,0	4,0	4,0

Από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 70,3% δήλωσε πως συμβάλλει στην ανάπτυξη αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού για τους ασθενείς και συντελεί στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας/αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών. Το 63,4% δήλωσε πως συμβάλλει στην καλή λειτουργία της υπηρεσίας, το 60,4% στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών, το 53,5% στις καλές σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της επιστημονικής ομάδας, το 47,5% στην τήρηση της ιεραρχίας και σε όλα τα παραπάνω.

3.2. Στατιστικά αποτελέσματα με βάση την πολυμεταβλητή ανάλυση

1. Ειδικότητα και χαρακτηρισμός των σχέσεων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας με τους ψυχικά ασθενείς;

		Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας με τους ψυχικά ασθενείς;										
		Άριστες	%	Πολύ καλές	%	Μέτριες	%	Κακές	%	Πολύ κακές	%	Σύνολο
Ειδικότητα	Ψυχίατρος	2	18	2	18	7	64	0	0	0	0	11
	Ψυχολόγος	1	20	1	20	3	60	0	0	0	0	5
	Κοινωνικός Λειτουργός	0	0	7	37	9	63	0	0	0	0	16
	Νοσηλεύτης ΠΕ	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1
	Νοσηλεύτης ΤΕ	0	0	6	40	9	60	0	0	0	0	15
	Νοσηλεύτης ΔΕ	3	11	10	37	13	48	1	4	0	0	27
	Επισκέπτης Υγείας	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1
	Εργοθεραπευτής	0	0	1	30	2	70	0	0	0	0	3
	Βοηθητικό Μέλος	0	0	7	32	13	60	1	4	1	4	22
Σύνολο	6	5	34	34	58	59	2	4	1	4	101	

Το 64% των ψυχιάτρων χαρακτήρισαν τις σχέσεις τους με τους ασθενείς *μέτριες*. Το 60% των ψυχολόγων τις χαρακτήρισαν *μέτριες*. Το 63% των Κοινωνικών λειτουργών χαρακτήρισαν τις σχέσεις τους με τους ασθενείς ως *μέτριες*. Το 100% των Νοσηλευτών ΠΕ, το 60% των Νοσηλευτών ΤΕ και το 48% των Νοσηλευτών ΔΕ τις χαρακτήρισαν ως *μέτριες*.

Το 100 % των επισκεπτών υγείας χαρακτήρισε τις σχέσεις *μέτριες*. Το 70% των εργοθεραπευτών χαρακτήρισε τις σχέσεις μεταξύ των μελών *μέτριες*. Τέλος τα βοηθητικά μέλη (60%) χαρακτήρισαν τις σχέσεις *μέτριες* και το 32% χαρακτήρισε τις σχέσεις *πολύ καλές*.

2. Ειδικότητα και χαρακτηρισμός των σχέσεων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας μεταξύ τους;

		Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας μεταξύ τους;										
		Άριστες	%	Πολύ καλές	%	Μέτριες	%	Κακές	%	Πολύ κακές	%	Σύνολο
Ειδικότητα	Ψυχίατρος	0	0	5	45	6	55	0	0	0	0	11
	Ψυχολόγος	0	0	2	40	2	40	1	10	0	0	5
	Κοινωνικός Λειτουργός	1	6	7	44	8	50	0	0	0	0	16
	Νοσηλεύτης ΠΕ	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1
	Νοσηλεύτης ΤΕ	0	0	10	75	5	35	0	0	0	0	15
	Νοσηλεύτης ΔΕ	0	0	10	37	16	60	0	0	1	3	27
	Επισκέπτης Υγείας	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1
	Εργοθεραπευτής	0	0	1	30	2	70	0	0	0	0	3
	Βοηθητικό Μέλος	2	10	8	36	9	40	1	5	2	9	22
	Σύνολο	3	3	43	44	50	50	2	1	3	3	101

Το 55% των Ψυχιάτρων που συμμετείχαν στην έρευνα χαρακτήρισαν τις σχέσεις μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας ΩΣ μέτριες. Την ίδια άποψη είχαν τόσο οι Ψυχολόγοι όσο και οι Κοινωνικοί Λειτουργοί που απάντησαν στην έρευνα. Το 100% των Νοσηλευτών ΠΕ και το 75% από τους Επισκέπτες Υγείας θα χαρακτήριζαν τις σχέσεις τους μέτριες. Το 60% των νοσηλευτών ΔΕ χαρακτηρίζουν τις σχέσεις μέτριες. Τέλος, την ίδια άποψη έχουν στην πλειοψηφία τους τα Βοηθητικά Μέλη και οι Εργοθεραπευτές.

3. Ειδικότητα και Ανάγκη για λειτουργία των πολυδύναμων ρόλων.

		Στην υπηρεσία όπου εργάζεστε, έχει χρειαστεί το προσωπικό(Δ.Ο) να λειτουργήσει με συμπληρωματικούς (πολυδύναμους ρόλους);				
		Ναι	%	Όχι	%	Σύνολο
Ειδικότητα	Ψυχίατρος	9	82	2	18	11
	Ψυχολόγος	4	80	1	20	5
	Κοινωνικός Λειτουργός	15	94	1	6	16
	Νοσηλεύτης ΠΕ	1	100	0	0	1
	Νοσηλεύτης ΤΕ	13	87	2	14	15
	Νοσηλεύτης ΔΕ	26	96	1	4	27
	Επισκέπτης Υγείας	1	100	0	0	1
	Εργοθεραπευτής	3	100	0	0	3
	Βοηθητικό Μέλος	15	68	7	22	22
	Σύνολο	87	86	14	14	101

Το 82% των Ψυχιάτρων δήλωσαν πως έχει χρειαστεί να λειτουργήσουν με συμπληρωματικούς / πολυδύναμους ρόλους . Ανάλογες απαντήσεις έδωσαν και τα μέλη των υπολοίπων ειδικοτήτων (ψυχολόγοι (80%), κοινωνικοί λειτουργοί (94%), νοσηλεύτες ΠΕ (100%), νοσηλεύτες ΤΕ (87%), νοσηλεύτες ΔΕ (96%), επισκέπτες υγείας (100%), εργοθεραπευτές (100%) και βοηθητικά μέλη (68%).

4. Ειδικότητα και Λόγοι που έχει χρειαστεί να λειτουργήσουν οι πολυδύναμοι ρόλοι .

		Αν ναι, για ποιον/ ποιους από τους παρακάτω λόγους έχει χρειαστεί να συμβεί αυτό;									
		Ο χώρος της εργασίας μου είναι τέτοιος που επιτρέπει να λειτουργήσουν οι συμπληρωματικοί(πολυδύναμοι) ρόλοι	%	Το προσωπικό της υπηρεσίας μου δεν είναι επαρκές	%	Δεν τηρείται η ιεραρχία παρόλο που το προσωπικό είναι επαρκές	%	Είναι απαραίτητη η προϋπόθεση για την λειτουργία όλων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας	%	Άλλο	%
Ειδικότητα	Ψυχίατρος	6	35	7	41	0	0	4	24	0	0
	Ψυχολόγος	3	75	0	0	0	0	1	25	0	0
	Κοινωνικός Λειτουργός	12	55	7	32	1	4	2	9	0	0
	Νοσηλεύτης ΠΕ	1	50	1	50	0	0	0	0	0	0
	Νοσηλεύτης ΤΕ	8	40	11	55	0	0	0	0	1	5
	Νοσηλεύτης ΔΕ	8	23	14	40	4	11	9	26	0	0
	Επισκέπτης Υγείας	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0
	Εργοθεραπευτής	3	60	2	40	0	0	0	0	0	0
	Βοηθητικό Μέλος	11	58	3	16	2	10	1	5	2	11

Από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 41% των ψυχιάτρων θεωρεί πως έχει χρειαστεί να λειτουργήσει με πολυδύναμους ρόλους γιατί το προσωπικό της υπηρεσίας δεν είναι επαρκές.

Το 75% των ψυχολόγων πιστεύει πως ο λόγος λειτουργίας πολυδύναμων ρόλων συμβαίνει γιατί ο χώρος της εργασίας μου είναι τέτοιος που το επιτρέπει.

Το 55% των κοινωνικών λειτουργών έχει την ίδια άποψη με τους ψυχολόγους. Το 50% των νοσηλευτών ΠΕ θεωρεί πως οι λόγοι που συμβαίνει αυτό είναι γιατί ο χώρος της εργασίας μου είναι τέτοιος που το επιτρέπει και γιατί το προσωπικό της υπηρεσίας δεν είναι επαρκές.

Το 55% των νοσηλευτών ΤΕ πιστεύει πως το προσωπικό της υπηρεσίας δεν είναι επαρκές και το 40% των νοσηλευτών ΔΕ το ίδιο.

Το 60% των εργοθεραπευτών θεωρεί πως οι πολυδύναμοι ρόλοι έχει χρειαστεί να συμβεί γιατί ο χώρος της εργασίας μου είναι τέτοιος που το επιτρέπει.

Το 100% των επισκεπτών υγείας θεωρεί ότι το προσωπικό της υπηρεσίας δεν είναι επαρκές. Τέλος, το 58% των βοηθητικών μελών πιστεύει πως ο χώρος της εργασίας είναι τέτοιος που το επιτρέπει.

5. Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας και Χαρακτηρισμός των σχέσεων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας με τους ψυχικά ασθενείς.

		Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας με τους ψυχικά ασθενείς;										
		Άριστες	%	Πολύ Καλές	%	Μέτριες	%	Κακές	%	Πολύ Κακές	%	Σύνολο
Δομή	Οικοτροφείο	3	7	17	35	20	51	2	5	1	2	43
	Ξενώνας	2	25	2	25	4	50	0	0	0		8
	Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου	0	0	5	20	19	80	0	0	0	0	24
	Κέντρο Ψυχικής Υγείας	0	0	4	55	3	45	0	0	0	0	7
	Δήμος / Πρόνοια	0	0	3	35	9	65	0	0	0	0	12
	Νοσοκομείο Ημέρας	1	20	3	40	3	40	0	0	0	0	7
	Σύνολο	6	6	34	34	58	58	2	2	1	0	101

Το 51% του επιστημονικού προσωπικού της δομής του Οικοτροφείου θα χαρακτήριζε τις σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της επιστημονικής ομάδας ως μέτριες . Το 50% του προσωπικού του Ξενώνα χαρακτηρίζει τις σχέσεις αυτών με τους ασθενείς ως μέτριες. Την ίδια άποψη είχαν τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας της Ψυχιατρικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου, του Κέντρου Ψυχικής Υγείας, του Δήμου/ Πρόνοιας, και τέλος του Νοσοκομείου Ημέρας.

6. Ειδικότητα και τα συναισθήματα που αισθάνονται απέναντι στον ψυχικά ασθενή κατά τη διάρκεια μιας θεραπευτικής συνεδρίας μαζί του.

		Σημειώστε με «x» τα παρακάτω συναισθήματα που αισθάνεστε απέναντι στον ψυχικά ασθενή κατά τη διάρκεια μιας θεραπευτικής συνεδρίας μαζί του.																			
Ειδικότητα		Φόβος		Άγχος		Αγωνία		Λύπη		Χαρά		Συμπόνια		Ευχαρίστηση		Ανακούφιση		Αμηχανία		Κατανόηση	
			%		%		%		%		%		%		%		%		%		%
Ψυχίατρος		1	2	3	8	5	13	9	24	2	5	9	24	0	0	3	8	1	2	5	14
Ψυχολόγος		0	0	1	11	0	0	0	0	0	0	2	22	0	0	1	11	0	0	5	56
Κοινωνικός Λειτουργός		0	0	10	21	8	17	2	4	2	4	6	12	1	2	2	8	3	6	14	26
Νοσηλεύτης ΠΕ		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	1	50
Νοσηλεύτης ΤΕ		0	0	1	4	1	4	3	11	1	4	12	43	0	0	0	0	0	0	11	34
Νοσηλεύτης ΔΕ		1	1	10	13	5	7	9	12	6	7	23	30	3	4	3	4	2	2	15	20
Επισκέπτης Υγείας		0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	0	0
Εργοθεραπευτής		0	0	1	20	0	0	0	0	0	0	2	40	0	0	0	0	0	0	2	40
Βοηθητικό Μέλος		0	0	1	2	1	2	4	9	4	9	13	30	1	2	1	2	0	0	18	44

Οι Ψυχίατροι που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν πως τα συναισθήματα που νιώθουν κατά τη διάρκεια μια συνεδρίας είναι κυρίως η συμπόνια (24%) και η λύπη (24%). Το 56% των ψυχολόγων νιώθει κατανόηση. Το 26% των κοινωνικών λειτουργών αισθάνεται κατανόηση, το 50% των νοσηλευτών ΠΕ αισθάνονται κατανόηση και το άλλο 50% αισθάνεται συμπόνια.. Το 43% των νοσηλευτών ΤΕ αισθάνεται συμπόνια και το 30% των νοσηλευτών ΔΕ αισθάνονται το ίδιο. Το 40% των εργοθεραπευτών αισθάνεται συμπόνια, το 25% των επισκεπτών υγείας διακατέχεται από συναισθήματα συμπόνιας, λύπης και άγχους. Τέλος, το 44% των βοηθητικών μελών αισθάνεται κατανόηση.

7. Ειδικότητα και τα συναισθήματα που αισθάνονται κατά τη συνεργασία τους με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας.

		Σημειώστε με «x» τα παρακάτω συναισθήματα που αισθάνεστε κατά τη συνεργασία σας με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας σας;															
Ειδικότητα		Άγχος		Αγωνία		Θύμος		Αγανάκτηση		Ικανοποίηση		Χαρά		Αμηχανία		Αδιαφορία	
		1	4	1	4	3	15	3	15	9	40	4	18	1	4	0	0
Ψυχίατρος		1	4	1	4	3	15	3	15	9	40	4	18	1	4	0	0
Ψυχολόγος		0	0	1	8	2	16	3	25	2	16	0	0	2	16	2	16
Κοινωνικός Λειτουργός		2	6	1	3	5	14	12	35	2	6	1	3	3	5	10	28
Νοσηλεύτης ΠΕ		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100
Νοσηλεύτης ΤΕ		0	0	0	0	1	4	7	30	7	30	1	3	0	3	7	30
Νοσηλεύτης ΔΕ		8	11	5	7	10	15	9	9	14	20	5	7	7	10	10	15
Επισκέπτης Υγείας		1	25	0	0	1	25	0	0	0	0	1	25	1	25	0	0
Εργοθεραπευ τής		0	0	0	0	0	0	2	40	2	40	0	0	0	0	1	20
Βοηθητικό Μέλος		2	5	0	0	6	16	7	20	2	5	3	8	4	11	13	35

Το 44% των ψυχιάτρων αισθάνεται ικανοποίηση. Το 25% των ψυχολόγων αισθάνεται αγανάκτηση, το 35% των κοινωνικών λειτουργών αισθάνεται το παραπάνω συναισθημα. Το 100% των νοσηλευτών ΠΕ αισθάνονται αδιαφορία, με 30% ποσοστό οι νοσηλευτές ΤΕ αισθάνονται, αγανάκτηση, ικανοποίηση και αδιαφορία. Το 20% των νοσηλευτών ΔΕ αισθάνεται ικανοποίηση.

Το 40% των εργοθεραπευτών αισθάνεται ικανοποίηση και αγανάκτηση, το 25% των επισκεπτών υγείας νιώθει θυμό, χαρά και αμηχανία. Τέλος, το 20% των βοηθητικών μελών αισθάνεται αγανάκτηση.

8. Ειδικότητα και η ύπαρξη ξεκάθαρων ρόλων.

Ειδικότητα	Πιστεύετε ότι στην υπηρεσία όπου εργάζεστε έχετε ένα ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο;				
	Ναι	%	Όχι	%	Σύνολο
Ψυχίατρος	11	100	0	0	11
Ψυχολόγος	3	75	2	25	5
Κοινωνικός Λειτουργός	7	44	9	56	16
Νοσηλευτής ΠΕ	0	0	1	100	1
Νοσηλευτής ΤΕ	8	53	7	47	15
Νοσηλευτής ΔΕ	18	67	9	33	27
Επισκέπτης Υγείας	1	100	0	0	1
Εργοθεραπευτής	1	25	2	75	3
Βοηθητικό Μέλος	12	55	10	45	22
Σύνολο	61	60	40	40	101

Οι Ψυχίατροι και οι Επισκέπτες Υγείας με ποσοστό 100% θεωρούν πως ο επαγγελματικός τους ρόλος είναι ξεκάθαρος απέναντι στο υπόλοιπο προσωπικό. Ακολουθούν οι Ψυχολόγοι (75%), οι Νοσηλευτές ΤΕ (53%), οι Νοσηλευτές ΔΕ (67%) και τα Βοηθητικά Μέλη (55%) που νιώθουν κατά το ήμισυ να διαθέτουν ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο. Τέλος, στην έρευνα, οι ερωτηθέντες Κοινωνικοί Λειτουργοί (56%) Νοσηλευτές ΠΕ (100%) και οι Εργοθεραπευτές (75%) νιώθουν πως δεν διαθέτουν ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο έναντι των λοιπών μελών της διεπιστημονικής ομάδας της δομής που εργάζονται.

9. Ειδικότητα και Λόγοι για τους οποίους δεν υπάρχουν ξεκάθαροι επαγγελματικοί ρόλοι.

		Αν όχι, για ποιον /ποιους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι <u>δεν</u> έχετε έναν ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο;									
Ειδικότητα	Ο χώρος της εργασίας μου είναι τέτοιος που δεν επιτρέπει να λειτουργήσω με ένα ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο	%	Λόγω της έλλειψης του εξωτερικού επόπτη της υπηρεσίας	%	Λόγω της έλλειψης του εσωτερικού επόπτη της υπηρεσίας.	%	Λόγω της μη τήρησης της ιεραρχίας	%	Λόγω της κακής συνεργασίας των μελών της διεπιστημονικής ομάδας	%	
Ψυχολόγος	0	0	2	40	0	0	1	20	2	40	
Κοινωνικός Λειτουργός	9	50	9	50	0	0	0	0	0	0	
Νοσηλεύτης ΠΕ	1	50	1	50	0	0	0	0	0	0	
Νοσηλεύτης ΤΕ	6	35	7	50	0	0	0	0	1	15	
Νοσηλεύτης ΔΕ	5	26	9	47	3	16	0	0	2	11	
Εργοθεραπευτής	2	50	2	50	0	0	0	0	0	0	
Βοηθητικό Μέλος	5	22	10	50	0		1	3	5	25	

Το 50% των Κοινωνικών Λειτουργών, το 50% των νοσηλευτών ΠΕ και το 50% των εργοθεραπευτών πιστεύουν πως ο χώρος της εργασίας τους είναι τέτοιος που δεν επιτρέπει να λειτουργήσουν με έναν ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο. Το 35% των νοσηλευτών ΤΕ, το 26% των νοσηλευτών ΔΕ και το 22% των βοηθητικών μελών έχουν την ίδια άποψη. Όσον αφορά τους ψυχολόγους, οι ίδιοι δεν ενστερνίζονται καθόλου τη συγκεκριμένη άποψη.

Επίσης, το 50% των Κοινωνικών Λειτουργών, το 50% των νοσηλευτών ΠΕ, το 50% των νοσηλευτές ΤΕ, το 50% των εργοθεραπευτών, το 50% των βοηθητικών μελών, το 40% των ψυχολόγων και το 47% των νοσηλευτών ΔΕ υποστηρίζουν πως δεν υπάρχει εξωτερικός επόπτης στην υπηρεσία.

10. Ειδικότητα και η συμβολή των ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων.

Κατά τη γνώμη σας, η λειτουργία των ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων συμβάλλει:							
Ειδικότητα	Στην καλή λειτουργία της υπηρεσίας %	Στην ποιότητα παροχής των υπηρεσιών %	Στην τήρηση της ιεραρχίας %	Στην ανάπτυξη αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού για τους ασθενείς %	Στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας /αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών %	Στις καλές σχέσεις των μελών της επαγγελματικής ομάδας %	Όλα τα παραπάνω %
Ψυχίατρος	16	16	14	11	16	16	11
Ψυχολόγος	13	16	13	13	13	16	16
Κοινωνικός Λειτουργός	8	24	13	10	16	16	10
Νοσηλεύτης ΠΕ	0	0	0	0	0	0	100
Νοσηλεύτης ΤΕ	12	17	18	12	12	16	12
Νοσηλεύτης ΔΕ	13	16	13	13	17	14	14
Επισκέπτης Υγείας	0	0	0	0	0	0	100
Εργοθεραπευτής	0	0	75	0	25	0	0
Βοηθητικό Μέλος	11	18	16	18	14	12	9

Από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 16% των ψυχιάτρων θεωρεί ότι οι ξεκάθαροι επαγγελματικοί ρόλοι βοηθούν στην καλή λειτουργία της υπηρεσίας, στην ποιότητα παροχής των υπηρεσιών, στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας/ αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών και στις καλές σχέσεις των μελών της επαγγελματικής ομάδας. Το 16% των ψυχολόγων θεωρεί πως βοηθά στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών και στις καλές σχέσεις των μελών της επαγγελματικής ομάδας.

Το 24% των κοινωνικών λειτουργών θεωρεί πως συμβάλλει στην ποιότητα παροχής των υπηρεσιών. Το 100% των νοσηλευτών ΠΕ όπως και οι επισκέπτες υγείας απάντησαν σε όλες τις πιθανές ερωτήσεις. Το 18% των νοσηλευτών ΤΕ πιστεύει πως οι ξεκάθαροι επαγγελματικοί ρόλοι συμβάλλουν στην τήρηση της ιεραρχίας. Το 17% των νοσηλευτών ΔΕ θεωρεί την αποτελεσματικότητα της θεραπείας/αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών. Το 75% των εργοθεραπευτών θεωρεί πως οι ξεκάθαροι επαγγελματικοί ρόλοι συμβάλλουν στην τήρηση της ιεραρχίας. Τέλος, το 18% των βοηθητικών μελών θεωρεί την ποιότητα παροχής υπηρεσιών και την ανάπτυξη αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού για τους ασθενείς ότι συμβάλλει στους ξεκάθαρους επαγγελματικούς ρόλους.

11. Ειδικότητα και η συμβολή των συμπληρωματικών (πολυδύναμων) ρόλων .

		Κατά τη γνώμη σας, η λειτουργία των συμπληρωματικών (πολυδύναμων) ρόλων συμβάλλει:					
Ειδικότητα	Στην καλή λειτουργία της υπηρεσίας %	Στην ποιότητα παροχής των υπηρεσιών %	Στην τήρηση της ιεραρχίας %	Στην ανάπτυξη αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού για τους ασθενείς %	Στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας/ αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών %	Στις καλές σχέσεις των μελών της επαγγελματικής ομάδας %	Όλα τα παραπάνω %
Ψυχίατρος	20	19	7	20	20	7	7
Ψυχολόγος	16	10	10	16	16	16	16
Κοινωνικός Λειτουργός	15	12	17	17	21	12	6
Νοσηλεύτης ΠΕ							100
Νοσηλεύτης ΤΕ	14	14	12	18	15	14	13
Νοσηλεύτης ΔΕ	15	14	12	15	16	15	13
Επισκέπτης Υγείας	0	0	0	0	0	0	100
Εργοθεραπευτής	0	20	0	40	40	0	0
Βοηθητικό Μέλος	15	18	12	16	14	14	11

Το 20% από τους ψυχιάτρους πιστεύει πως η λειτουργία των συμπληρωματικών/ πολυδύναμων ρόλων συμβάλλει περισσότερο στην καλή λειτουργία της υπηρεσίας, στην ανάπτυξη του αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού για τους ασθενείς, και στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας/αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών. Το 16% των ψυχολόγων πιστεύει πως συμβάλλει στην καλή λειτουργία της υπηρεσίας, στην ανάπτυξη αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού για τους ασθενείς, στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας/αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών και στις καλές σχέσεις των μελών της επαγγελματικής ομάδας. Το 21% των κοινωνικών λειτουργών θεωρεί την αποτελεσματικότητα της θεραπείας/αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών. Το 100% των νοσηλευτών ΠΕ αναφέρεται σε όλες τις πιθανές απαντήσεις. Το 18% των νοσηλευτών ΤΕ στην ανάπτυξη αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού για τους ασθενείς. Το 16% των νοσηλευτών ΔΕ θεωρεί πως η λειτουργία των συμπληρωματικών/ πολυδύναμων ρόλων συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας/αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών. Το 40% των εργοθεραπευτών θεωρούν την ανάπτυξη αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού για τους ασθενείς και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας/αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών. Το 100% των επισκεπτών υγείας αναφέρεται σε όλες τις πιθανές απαντήσεις. Τέλος, το 18% των βοηθητικών μελών θεωρεί πως η ποιότητα παροχής των υπηρεσιών συμβάλλει στους πολυδύναμους επαγγελματικούς ρόλους.

12. Δομή Ψυχικής Υγείας και τα συναισθήματα που αισθάνονται απέναντι στον ψυχικά ασθενή κατά τη διάρκεια μιας θεραπευτικής συνεδρίας μαζί του.

Δομή	Σημειώστε με «x» τα παρακάτω συναισθήματα που αισθάνεστε απέναντι στον ψυχικά ασθενή κατά τη διάρκεια μιας θεραπευτικής συνεδρίας μαζί του.									
	Φόβος	Άγχος	Αγωνία	Λύπη	Χαρά	Συμπόνια	Ευχαρίστηση	Ανακουφιση	Αμηχανία	Κατανόηση
Οικοτροφείο	0%	1%	1%	7%	8%	33%	3,5%	1%	2%	43%
Ξενώνας	0%	0%	0%	8,5%	16,5%	50%	0%	0%	8,5%	16,5%
Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου	2,5%	13,5%	11%	13,5%	4%	24,5%	1,5%	6%	2,5%	21%
Κέντρο Ψυχικής Υγείας	0%	4,5%	10%	19%	9,5%	28,5%	4,5%	10%	0%	14%
Δήμος / Πρόνοια	0%	30%	21,5%	5,5%	0%	11%	0%	2,5%	2,5%	27%
Νοσοκομείο Ημέρας	0%	21%	4%	21%	4%	25%	0%	12,5%	0%	12,5%

Το 33% των επιστημονικών μελών του οικοτροφείου είχαν συναισθήματα συμπόνιας προς τους ψυχικά ασθενείς. Το 50% του επιστημονικού προσωπικού του ξενώνα ένιωθε συμπόνια. Το 24,5% των επιστημόνων της ψυχιατρικής κλινικής του γενικού νοσοκομείου του Ρίου ένιωσαν συμπόνια. Το 28,5% του κέντρου ψυχικής υγείας ένιωσαν συμπόνια, το 30% του δήμου πρόνοια αισθάνεται άγχος και τέλος το 24% του επιστημονικού προσωπικού του νοσοκομείου ημέρας νιώθει συμπόνια προς τον ψυχικά ασθενή.

13. Δομή Ψυχικής Υγείας και χαρακτηρισμός των σχέσεων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας με τους ψυχικά ασθενείς.

Δομή Ψυχικής Υγείας	Πως θα χαρακτηρίζατε τις <u>σχέσεις</u> των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας με τους ψυχικά ασθενείς;					
	Άριστες	Πολύ Καλές	Μέτριες	Κακές	Πολύ Κακές	Άριστες
Οικοτροφείο	7%	39,5%	46,5%	4,5%	2,5%	43
Ξενώνας	25%	25%	50%	0	0	8
Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου	0	21%	79%	0	0	24
Κέντρο Ψυχικής Υγείας	0	57%	43%	0	0	7
Δήμος / Πρόνοια	0	33,5%	66,5%	0	0	12
Νοσοκομείο Ημέρας	14%	43%	43%	0	0	7

Στη δομή του οικοτροφείου το 46,5% του προσωπικού χαρακτηρίζει τις σχέσεις μεταξύ των ασθενών και επαγγελματιών μέτριες. Το 50% του προσωπικού του ξενώνα χαρακτηρίζει τις σχέσεις μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και των ασθενών ως μέτριες.

Όσον αφορά την ψυχιατρική κλινική του γενικού νοσοκομείου του Ρίου οι μεταξύ σχέσεις των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και των ψυχικά ασθενών σύμφωνα με το 79% των μελών χαρακτηρίζονται ως μέτριες. Στο κέντρο Ψυχικής Υγείας οι σχέσεις χαρακτηρίζονται ως πολύ καλές για ένα μεγάλο ποσοστό (57%). Το 66,5% του προσωπικού στο Δήμο/Πρόνοια χαρακτηρίζει τις σχέσεις διεπιστημονικής ομάδας και ψυχικά ασθενών ως μέτριες.

14. Δομή Ψυχικής Υγείας και χαρακτηρισμός των σχέσεων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας μεταξύ τους.

Δομή Ψυχικής Υγείας	Πως θα χαρακτηρίζατε τις <u>σχέσεις των μελών</u> της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας μεταξύ τους;					
	Άριστες	Πολύ Καλές	Μέτριες	Κακές	Πολύ Κακές	Άριστες
Οικοτροφείο	4,5%	46,5%	39,5%	2,5%	7%	43
Ξενώνας	0	25%	75%	0	0	8
Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου	0	33,5%	62,5%	4%	0	24
Κέντρο Ψυχικής Υγείας	0	43%	57%	0	0	7
Δήμος / Πρόνοια	8,5%	58,5%	33%	0	0	12
Νοσοκομείο Ημέρας	0	43%	57%	0	0	7

Το 46,5% των μελών του προσωπικού στο οικοτροφείο χαρακτηρίζει τις σχέσεις των μελών που απαρτίζουν την διεπιστημονική ομάδα ως πολύ καλές. Το 75% των μελών του προσωπικού στον ξενώνα χαρακτηρίζεται από μέτριες σχέσεις. Το 62,5% των μελών της ψυχιατρικής κλινικής του γενικού νοσοκομείου χαρακτηρίζει τις σχέσεις τους μέτριες, το 57% των μελών που εργάζονται στο κέντρο ψυχικής υγείας χαρακτηρίζονται το ίδιο, όπως αναφέραμε από πάνω. Το 58,5% του δήμου/πρόνοια έχει πολύ καλές σχέσεις. Τέλος, το 57% των μελών του νοσοκομείου ημέρας χαρακτηρίζονται από μέτριες σχέσεις.

15. Δομή Ψυχικής Υγείας και τα συναισθήματα που αισθάνονται κατά τη συνεργασία με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας.

Δομή	Σημειώστε με «x» τα παρακάτω συναισθήματα που αισθάνεστε κατά τη συνεργασία σας με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας σας;							
	Άγχος	Αγωνία	Θυμός	Αγανάκτηση	Ικανοποίηση	.Χαρά	Αμηχανία	Αδιαφορία
Οικοτροφείο	4%	0%	12%	23%	19%	9%	7%	26%
Ξενώνας	0%	0%	46%	7,5%	0%	15,5%	0%	31%
Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου	8%	11%	8%	22%	25%	3%	11%	12,5%
Κέντρο Ψυχικής Υγείας	7%	0%	21,5%	7%	21,5%	14%	0%	29%
Δήμος / Πρόνοια	3%	3%	9,5%	35,5%	6,5%	3%	13%	26,5%
Νοσοκομείο Ημέρας	25%	0%	17%	0%	25%	11%	11%	11%

Στη δομή του οικοτροφείου τα συναισθήματα των μελών της διεπιστημονικής ομάδας μεταξύ τους ήταν κυρίως Η αδιαφορία (26%). Όσον αφορά τον ξενώνα τα κύρια συναισθήματα που κυριαρχούν μεταξύ των μελών είναι ο θυμός με ποσοστό 46%. Το Κέντρο ψυχικής υγείας κατακλύζεται από συναισθήματα αδιαφορίας (29%). Στην ψυχιατρική κλινική του νοσοκομείου τα κυρίαρχα συναισθήματα είναι η ικανοποίηση (25%) και η αγανάκτηση (22%). Όσον αφορά το νοσοκομείο ημέρας τα συναισθήματα που αισθάνονται τα μέλη κατά τη διάρκεια της συνεργασίας μεταξύ τους είναι το άγχος και η ικανοποίηση (25%). Τέλος στο δήμο και την πρόνοια το βασικότερο συναίσθημα που επικρατεί κατά την συνεργασία των επιστημόνων μεταξύ τους είναι η αγανάκτηση (35,5%).

16. Δομή Ψυχικής Υγείας και η ύπαρξη ξεκάθαρων ρόλων.

Δομή Ψυχικής Υγείας		Πιστεύετε ότι στην υπηρεσία όπου εργάζεστε έχετε ένα ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο;		
		Ναι	Όχι	Σύνολο
Οικοτροφείο		58%	42%	43
Ξενώνας		37,5%	62,5%	8
Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου		58,5%	41,5%	24
Κέντρο Ψυχικής Υγείας		100%	0%	7
Δήμος / Πρόνοια		41,5%	58,5%	12
Νοσοκομείο Ημέρας		100%	0%	7
Σύνολο		61	40	101

Στο οικοτροφείο το 58% των επαγγελματιών απάντησαν πως υπάρχει ξεκάθαρος επαγγελματικός ρόλος. Το 62,5% των επαγγελματιών του ξενώνα θεωρεί πως δεν υπάρχει ξεκάθαρος επαγγελματικός ρόλος, το 58,5% των επαγγελματιών της ψυχιατρικής κλινικής του γενικού νοσοκομείου θεωρεί πως υπάρχει. Το 100% των επαγγελματιών στο κέντρο ψυχικής Υγείας πιστεύει απόλυτα πως είναι ξεκάθαρος ο επαγγελματικός ρόλος. Την παραπάνω άποψη έχει και το νοσοκομείο ημέρας. Τέλος, το 58,5% των επαγγελματιών του δήμου/ πρόνοια θεωρεί πως δεν υπάρχει ξεκάθαρος επαγγελματικός ρόλος.

17.Δομή Ψυχικής Υγείας και λόγοι για τους οποίους δεν υπάρχουν ξεκάθαροι επαγγελματικοί ρόλοι.

	Αν όχι, για ποιον /ποιους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι <u>δεν έχετε</u> έναν ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο;				
Δομή	Ο χώρος της εργασίας μου είναι τέτοιος που δεν επιτρέπει να λειτουργήσω με ένα ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο	Λόγω της έλλειψης του εξωτερικού ή επόπτης υπηρεσίας	Λόγω της έλλειψης του εσωτερικού ή επόπτης υπηρεσίας.	Λόγω της μη τήρησης της ιεραρχίας	Λόγω της κακής συνεργασίας των μελών της διεπιστημονικής ομάδας
Οικοτροφείο	62,5%	27,5%	0	5%	5%
Ξενώνας	33,3%	33,3%	33,3%	0	0
Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου	66,5%	33,5%	0	0	0
Δήμος / Πρόνοια	50%	50%	0	0	0

Οι επαγγελματίες που απάντησαν όχι, στον αν στην υπηρεσία που εργάζονται έχουν ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο, καλούνται τώρα να απαντήσουν το λόγο που πιστεύουν ότι συμβαίνει αυτό. Έτσι το 62,5% εκείνων που εργάζονται σε οικοτροφείο πιστεύουν πως ο χώρος εργασίας τους δεν επιτρέπει αν λειτουργήσουν με ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο. Παρόμοια άποψη έχουν και οι εργαζόμενοι στην Ψυχιατρική Γενικού Νοσοκομείου (66,5%). Οι εργαζόμενοι στους ξενώνες θεωρούν πως και ο χώρος εργασίας δεν το επιτρέπει αλλά και η έλλειψη εσωτερικού και εξωτερικού επόπτη σε ποσοστά 33,3%. Το 50% των επαγγελματιών του

Δήμου/ πρόνοια πιστεύουν ότι τόσο ο χώρος εργασίας δεν τους επιτρέπει να λειτουργήσουν με ξεκάθαρο ρόλο όσο και η έλλειψη εξωτερικού επόπτη της υπηρεσίας. (Οι υπηρεσίες που δεν αναφέρονται, οι επαγγελματίες λειτουργούν με ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο.)

18. Δομή Ψυχικής Υγείας και η ανάγκη για τη λειτουργία των συμπληρωματικών ρόλων.

Δομή Ψυχικής Υγείας	Στην υπηρεσία όπου εργάζεστε, έχει χρειαστεί το προσωπικό να λειτουργήσει με συμπληρωματικούς (πολυδύναμους ρόλους);		
	Ναι	Όχι	Σύνολο
Οικοτροφείο	79%	21%	43
Ξενώνας	100%	0	8
Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου	96%	4%	24
Κέντρο Ψυχικής Υγείας	57%	43%	7
Δήμος / Πρόνοια	91,5%	8,5%	12
Νοσοκομείο Ημέρας	100%	0	7
Σύνολο	87	14	101

Το 79% των εργαζόμενων του οικοτροφείου απάντησαν ότι έχει χρειαστεί να λειτουργήσουν με πολυδύναμους ρόλους. Το 100% των επαγγελματιών στους ξενώνες, όπως και το νοσοκομείο ημέρας απάντησε πως έχει εργαστεί με συμπληρωματικό ρόλο, το 96% των επαγγελματιών της ψυχιατρικής κλινικής του νοσοκομείου συμφωνεί με την παραπάνω άποψη. Τέλος, το 91,5% του δήμου/πρόνοια πιστεύει πως στην υπηρεσία που εργάζεται έχει χρειαστεί να λειτουργήσει με συμπληρωματικούς ρόλους.

19. Δομή Ψυχικής Υγείας και λόγοι που χρειάζεται να λειτουργούν οι συμπληρωματικοί ρόλοι.

	Αν ναι, για ποιον/ ποιους από τους παρακάτω λόγους έχει χρειαστεί να λειτουργήσουν οι συμπληρωματικοί ρόλοι;				
Δομή Ψυχικής Υγείας	Ο χώρος της εργασίας μου είναι τέτοιος που επιτρέπει να λειτουργήσουν οι συμπληρωματικοί(πολυδύναμοι) ρόλοι	Το προσωπικό της υπηρεσίας μου δεν είναι επαρκές	Δεν τηρείται η ιεραρχία η ιεραρχία παρόλο που το προσωπικό είναι επαρκές	Είναι απαραίτητη η προϋπόθεση για την λειτουργία όλων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας	Άλλο
Οικοτροφείο	49%	17,5%	6%	15,5%	6%
Ξενώνας	55%	27%	0	18%	0
Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου	25%	55%	7,5%	12,5%	0
Κέντρο Ψυχικής Υγείας	16,5%	67%	0	16,5%	0
Δήμος / Πρόνοια	69%	23%	8%	0	0
Νοσοκομείο Ημέρας	14%	72%	0	14%	0
Σύνολο	52				

Το 49% των εργαζομένων στο οικοτροφείο θεωρεί πως έχει χρειαστεί να λειτουργήσουν με πολυδύναμους ρόλους, γιατί ο χώρος της εργασίας τους είναι τέτοιος που επιτρέπει τη λειτουργία των συμπληρωματικών ρόλων.

Στους ξενώνες το 55%, των επαγγελματιών απάντησε ότι ο λόγος που χρειάστηκε να εργαστούν με συμπληρωματικό ρόλο είναι ότι ο χώρος εργασίας το επιτρέπει. Το 55% των επαγγελματιών στην ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου αιτία εργασίας με συμπληρωματικούς ρόλους είναι ότι το προσωπικό δεν είναι επαρκές. Το 67% των εργαζομένων στο κέντρο ψυχικής Υγείας και το 72% στο νοσοκομείο ημέρας εργάζονται με συμπληρωματικούς ρόλους γιατί το προσωπικό της υπηρεσίας δεν είναι επαρκές. Τέλος στο δήμο/ πρόνοια, σύμφωνα με το 69% των επαγγελματιών, ο χώρος είναι εκείνος που επιτρέπει να λειτουργήσουν οι συμπληρωματικοί ρόλοι και σε μικρότερο ποσοστό (23%) η ανεπάρκεια του προσωπικού.

20. Δομή Ψυχικής Υγείας και η συμβολή των ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων .

Κατά τη γνώμη σας, η λειτουργία των ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων συμβάλλει:							
ΔΟΜΗ	Στην καλή λειτουργία της υπηρεσίας	Στην ποιότητα παροχής των υπηρεσιών	Στην τήρηση της ιεραρχίας	Στην ανάπτυξη αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού για τους ασθενείς	Στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας/αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών	Στις καλές σχέσεις των μελών της επαγγελματικής ομάδας	Όλα τα παραπάνω
Οικοτροφείο	12,5%	17%	15%	15%	14,5%	13,5%	12,5%
Ξενώνας	12%	15%	19%	12%	15%	15%	12%
Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου	14,5%	16%	15,5%	11,5%	15,5%	15,5%	11,5%
Κέντρο Ψυχικής Υγείας	10%	16,5%	13,5%	16,5%	13,5%	10%	10%
Δήμος / Πρόνοια	9%	27%	9%	7%	18%	13%	9%
Νοσοκομείο Ημέρας	12%	15,5%	12%	12%	21%	12%	15,5%

Το 17% των επαγγελματιών των οικοτροφείων ανέφεραν ως σημαντικότερη συμβολή των ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων είναι η ποιότητα παροχής υπηρεσιών. Το 19% των επαγγελματιών στους ξενώνες θεωρεί την τήρηση της ιεραρχίας φαίνεται να είναι αποτέλεσμα της λειτουργίας των ξεκάθαρων ρόλων. Το 16% των επαγγελματιών της ψυχιατρικής κλινικής γενικού νοσοκομείου θεωρεί την ποιότητα παροχής υπηρεσιών.

Το 16,5% των επαγγελματιών του κέντρου ψυχικής υγείας θεωρούν πως η λειτουργία των ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων συμβάλλει στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών και στην ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού για τους ασθενείς.

Το 27% των επαγγελματιών του δήμου πρόνοια δηλώνουν πως η λειτουργία των ξεκάθαρων ρόλων συμβάλλει στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών. Το 21% των επαγγελματιών του νοσοκομείου υγείας θεωρεί πως συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας/αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών.

21. Δομή Ψυχικής Υγείας και η συμβολή των συμπληρωματικών (πολυδύναμων) ρόλων.

ΔΟΜΗ	Κατά τη γνώμη σας, η λειτουργία των συμπληρωματικών (πολυδύναμων) ρόλων συμβάλλει:						
	Στην καλή λειτουργία της υπηρεσίας	Στην ποιότητα παροχής των υπηρεσιών	Στην τήρηση της ιεραρχίας	Στην ανάπτυξη αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού για τους ασθενείς	Στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας / αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών	Στις καλές σχέσεις των μελών της επαγγελματικής ομάδας	Όλα τα παραπάνω
Οικοτροφείο	14%	16%	12,5%	16%	15%	14%	12,5%
Ξενώνας	18,5%	11%	11%	15%	18,5%	15%	11%
Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου	14%	15%	11,5%	18%	18%	12%	11,5%
Κέντρο Ψυχικής Υγείας	13,5%	13,5%	9,5%	18%	22,5%	13,5%	9,5%
Δήμος / Πρόνοια	16%	12%	14%	17%	17%	12%	12%
Νοσοκομείο Ημέρας	22%	11%	11%	15%	15%	11%	15%

Το 16% των επαγγελματιών που εργάζονται στο οικοτροφείο πιστεύουν ότι η λειτουργία των συμπληρωματικών ρόλων συμβάλλει στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών και στην ανάπτυξη αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού για τους ασθενείς. Το 18,5% των εργαζομένων στους ξενώνες πιστεύει ότι η λειτουργία των συμπληρωματικών ρόλων συμβάλλει στην καλή λειτουργία της υπηρεσίας και στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας των ψυχικά ασθενών.

Το 18% των εργαζομένων σε ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου, το 17% των εργαζομένων στον Δήμο και την Πρόνοια, υποστηρίζει ότι η λειτουργία των συμπληρωματικών ρόλων, συμβάλλει στην ανάπτυξη θεραπευτικού σχεδιασμού για τους ασθενείς και στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας/αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών.

Αντίθετα, στο νοσοκομείο Ημέρας το 22% πιστεύει ότι η βασικότερη συμβολή των συμπληρωματικών ρόλων είναι στην καλή λειτουργία της υπηρεσίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Παρουσίαση Αποτελεσμάτων έρευνας/ Συζήτηση

Η οργάνωση μιας ομάδας προσωπικού ξεκινά από τη στιγμή που κάθε θεραπευτής έχει έναν συγκεκριμένο και ξεκάθαρο ρόλο και όταν όλοι οι θεραπευτές συμμετέχουν σε αυτή και έχουν ως στόχο την ανταλλαγή πληροφοριών επικοινωνίας για τον θεραπευτικό σχεδιασμό (Kerr 1974), (Anderson 2003).

Σύμφωνα με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στη μελέτη αυτή, η τήρηση της ιεραρχικής οργάνωσης συμβάλλει στην καλή λειτουργία των ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, στην ανάπτυξη θετικών σχέσεων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας με τους ασθενείς, στην ανάπτυξη θετικών σχέσεων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, στην επίτευξη όλων των προαναφερθέντων και τέλος πως στην καλή λειτουργία των πολυδύναμων και συμπληρωματικών ρόλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας.

Σε μια δομή ψυχικής υγείας (ψυχιατρική κλινική, κέντρο ψυχικής υγείας, κέντρο ημέρας ή ξενώνας προστατευόμενης διαμονής χρόνιων περιστατικών) που λειτουργεί με ψυχαναλυτικό πρίσμα, η εποπτική διαδικασία, είναι απολύτως απαραίτητη για την ουσιαστική λειτουργία της δομής, αν και θεωρεί σημαντική την προσωπική ψυχαναλυτική εμπειρία των θεραπευτών της δομής αυτής, δεν το απαιτεί ως απαραίτητη προϋπόθεση της.

Οι περισσότεροι επαγγελματίες απάντησαν πως υπάρχει στην υπηρεσία που εργάζονται εσωτερικός επόπτης και συμφώνησαν στην αναγκαιότητα εσωτερικού επόπτη. Ειδικότερα, ανέφεραν πως η ύπαρξή του συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού, στην εμπύχωση του προσωπικού της υπηρεσίας, στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και στην επίλυση προβλημάτων λειτουργίας της δομής. Επιπλέον θεωρούν τη συμβολή του εσωτερικού

επόπτη στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών, στην ιεραρχική οργάνωση των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας.

Επειδή οι συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις είναι πολύπλοκες, η εποπτεία μπορεί να συγκριθεί με την αναλυτική διαδικασία (Arlow, 1963). Η εποπτεία δημιουργεί το απαραίτητο πλαίσιο το οποίο μπορεί να εμπεριέχει (contain) σύμφωνα με τις απόψεις του Bion, τα άγχη που εκλύονται τόσο στις αναλυτικές, όσο και στις εποπτικές συνεδρίες. Επιπλέον η εποπτική δραστηριότητα αποσκοπεί στο να βοηθάει και να εμπεριέχει τον εποπτευόμενο και όχι να τον διορθώνει και να τον διδάσκει. Ωστόσο οι επισημάνσεις του επόπτη και οι ερμηνείες που κάνει για τον εποπτευόμενο, δεν μπορούν να θεωρηθούν ισοδύναμες με τις ερμηνείες που γίνονται κατά τη διάρκεια μιας αναλυτικής διαδικασίας. Γιατί ανεξάρτητα με τη θεραπευτική διάσταση της εποπτείας, αυτή δεν παύει να αποτελεί κατά βάση μια εκπαιδευτική διαδικασία (Χαντζητάσκος, 2003).

Όσον αφορά στην αναγκαιότητα της ύπαρξης του εσωτερικού επόπτη στη δομή/ υπηρεσία ψυχικής υγείας Όπου εργάζονται, οι επαγγελματίες τοποθέτησαν με κριτήριο τη συμβολή του, στην πρώτη θέση την καλή λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων της διεπιστημονικής ομάδας. Στη δεύτερη θέση οι απόψεις ταυτίζονται με τις προαναφερθείσες ενώ στην τρίτη θέση οι επαγγελματίες πιστεύουν ότι συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού. Στην τέταρτη θέση θεωρούν ότι η ύπαρξη εσωτερικού επόπτη συμβάλλει στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας. Στην πέμπτη θέση οι επαγγελματίες πιστεύουν ότι συμβάλλει στην τήρηση της ιεραρχίας. Στην έκτη θέση πιστεύουν ότι η ύπαρξη εσωτερικού επόπτη συμβάλλει στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας. Επιπλέον, στην έβδομη θέση βρίσκεται η συμβολή του εσωτερικού επόπτη στις θετικές σχέσεις μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και των ασθενών και τέλος, στην όγδοη και τελευταία θέση, οι επαγγελματίες πιστεύουν ότι η ύπαρξη εσωτερικού επόπτη συμβάλλει στην χρηματοδότηση της υπηρεσίας από το αρμόδιο υπουργείο.

Μια άλλη παραλλαγή της εποπτείας σε ομάδα, είναι αυτή που γίνεται στο πλαίσιο των δομών που λειτουργούν με ψυχαναλυτικό πρίσμα (ψυχιατρική κλινική, κέντρο ημέρας, ξενώνας προστατευμένης διαμονής χρόνιων ασθενών, κ.α.). Εκεί η εποπτεία επικεντρώνεται σε δύο επίπεδα. Το ένα είναι το κλινικό υλικό που φέρνει κάποιο μέλος της ομάδας και το άλλο είναι η διερεύνηση δυναμικών που αναπτύσσονται μεταξύ των ασθενών και των μελών της θεραπευτικής ομάδας, όπως και των δυναμικών που αναπτύσσονται μεταξύ των ίδιων των μελών. Γι' αυτό το λόγο είναι απαραίτητο ο επόπτης να μην είναι μέλος της ίδιας θεραπευτικής ομάδας. Κατά τη διάρκεια των εποπειών αυτών, αναπτύσσονται πολύπλοκες μεταβιβαστικές αντιδράσεις, μεταβιβαστικές εκδραματίσεις, εξιδανικεύσεις, ψευδοταυτίσεις και ανταγωνισμοί (Langer και συν. 164).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων επιβεβαιώνει πως δεν υπάρχει εξωτερικός επόπτης και συμφωνεί στην αναγκαιότητα της παρουσίας του στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Οι λόγοι για τους οποίους θεωρείται αναγκαία η ύπαρξη εξωτερικού επόπτη είναι στην πρώτη θέση η καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, στην δεύτερη θέση είναι η τήρηση της ιεραρχίας, στην τρίτη θέση βρίσκεται η συμβολή του εξωτερικού επόπτη στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας. Επιπλέον στην τέταρτη θέση φαίνεται πως ο εξωτερικός επόπτης συμβάλλει στις θετικές σχέσεις μεταξύ των μελών, στην πέμπτη θέση είναι η αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού, ενώ στην έκτη θέση βρίσκεται η μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας. Τέλος, στην έβδομη θέση η ύπαρξη του εξωτερικού επόπτη συμβάλλει στις θετικές σχέσεις μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και των ασθενών.

Σχετικά με την υποστήριξη του θεραπευτικού προσωπικού ο Lavender (1985) και ο House (1976), προσθέτουν και το πόσο σημαντικό είναι να υπάρχει ένας ικανός επόπτης, μέλημα του οποίου θα είναι να ενθαρρύνει το θεραπευτικό προσωπικό με σκοπό τα μέλη να εγκαθιστούν ουσιαστικές σχέσεις με τους ασθενείς, με βάση ένα συγκεκριμένο μοντέλο επαγγελματικών ρόλων. Επιπλέον, θα πρέπει να διατηρεί την ισορροπία του

θεραπευτικού συστήματος και να αναγνωρίζει τις προσπάθειες των θεραπευτών (Shepherd 1984). Μ' αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται ένας σημαντικός βαθμός συνοχής της θεραπευτικής ομάδας, γεγονός που καθίσταται αναγκαίο για τις ουσιαστικές σχέσεις μεταξύ αυτών και των ασθενών, σύμφωνα με τους Hall (1990) και Wing & Furlong (1986).

Ειδικότερα, στη μελέτη αυτή η ύπαρξη του εξωτερικού επόπτη συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού, στην εμπύχωση του προσωπικού της υπηρεσίας, στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και στην επίλυση προβλημάτων λειτουργίας της δομής. Επιπλέον θεωρούν τη συμβολή του εσωτερικού επόπτη στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών, στην ιεραρχική οργάνωση των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας.

Οι στάσεις των θεραπευτών αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα για τη διαμόρφωση του θεραπευτικού προγράμματος και τη λειτουργία των *κοινωνικών ρόλων* που θα υιοθετήσουν οι ασθενείς αργότερα κατά την εξέλιξη της θεραπευτικής σχέσης (Benhau 1988). Επιπλέον όταν οι στάσεις των θεραπευτών χαρακτηρίζονται από έλλειψη σεβασμού και από χαμηλές προσδοκίες ως προς το θεραπευτικό αποτέλεσμα, τότε τα αποτελέσματα της θεραπείας δεν είναι ικανοποιητικά. (Freeman και Simons 1963).

Συγκεκριμένα, οι Ψυχίατροι και τα Βοηθητικά Μέλη που συμμετείχαν στη μελέτη αυτή δήλωσαν πως τα συναισθήματα που νιώθουν κατά τη διάρκεια μια συνεδρίας είναι κυρίως συμπόνια, λύπη, ακολουθούν αισθήματα κατανόησης και αγωνίας αντίστοιχα, άγχους και ανακούφισης, άλλοτε χαράς και σπανίως φόβου και αμηχανίας. Από την πλευρά τους οι Ψυχολόγοι κατακλύζονται από συναισθήματα που εκφράζουν κατανόηση κυρίως και σπάνια άγχος, συμπόνιας και ανακούφισης. Ανάλογες συναισθηματικές διακυμάνσεις χαρακτηρίζουν τους Επισκέπτες Υγείας, τους Νοσηλευτές ΠΕ, τους Νοσηλευτές ΤΕ και τους Εργοθεραπευτές. Όσον αφορά στους Κοινωνικούς Λειτουργούς και στους Νοσηλευτές ΔΕ, κατά τη διάρκεια της συνεδρίας με τους ψυχικά ασθενείς κυριεύονται από αισθήματα κατανόησης, άγχους και συμπόνιας ως επί το πλείστον.

Από την άλλη, όταν επικρατούν σωστές εκτιμήσεις όσον αφορά τα προβλήματα των ασθενών, σε αυτή την περίπτωση, κυριαρχούν ο σεβασμός, ο ρεαλισμός και η αισιοδοξία, στοιχεία τα οποία προσδίδουν θετικό χαρακτήρα στις στάσεις των θεραπειών για τους ασθενείς.

Ένα θετικό στοιχείο που οδηγεί στη βελτίωση της κλινικής εικόνας των ασθενών, σύμφωνα με τον Goffman (1981), ο οποίος είναι υπέρμαχος της καθοριστικότητας των στάσεων των θεραπειών στην θεραπεία και αποκατάσταση των ασθενών, είναι όταν οι θεραπευτές δεν διατηρούν ένα είδος κοινωνικής απόστασης από τους ασθενείς τους.

Η αποδοχή των ασθενών από τους θεραπευτές προϋποθέτει την ύπαρξη θετικών στάσεων των θεραπειών για την ψυχική νόσο και αυτό συμβάλλει θετικά στη θεραπευτική διαδικασία. (Garety και Morris 1984). Επιπλέον η αποδοχή συμβάλλει στην θετική αλληλεπίδραση μεταξύ των θεραπειών και των ασθενών και χαρακτηρίζει την θεραπευτική προσέγγιση ως «προσωποκεντρική» (King και συν. 1971).

Από το σύνολο των ερωτηθέντων οι περισσότεροι πιστεύουν ότι ένας ψυχικά ασθενής μπορεί να χαρακτηριστεί επικίνδυνος σε σχέση με τον εαυτό του και τους άλλους.

Πρώτος παράγοντας που συμβάλλει στην επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή είναι η επικινδυνότητα της μη συστηματικής λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, ενώ στη δεύτερη θέση της ιεράρχησης πιστεύουν ότι συμβάλλει η μη συστηματική παρακολούθηση από το γιατρό. Στην τρίτη θέση ως παράγοντας επικινδυνότητας οι ερωτηθέντες τοποθέτησαν την απουσία στήριξης του ψυχικά ασθενή από μια διεπαγγελματική ομάδα. Τέταρτος παράγοντας στη σειρά είναι η έλλειψη στήριξης από την οικογένεια του ασθενή. Στην πέμπτη θέση βρίσκεται η απουσία στήριξης από ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας ενώ στην έκτη θέση ως παράγοντα ορίζουν την προκατάληψη των ίδιων των επαγγελματιών ως προς τον ασθενή. Έβδομος και τελευταίος παράγοντας θεωρείται το γεγονός ότι η κοινότητα ενοχλείται από την παρουσία του χρόνιου ψυχικά ασθενή

Η συχνότερη στάση των επαγγελματιών που εργάζονται σε δομές ψυχικής υγείας, όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που έχουν σοβαρές

ψυχικές διαταραχές, φαίνεται να χαρακτηρίζεται ως μη καλά αμειβόμενη, να μην προσθέτει το ανάλογο κύρος και γι' αυτό χαρακτηρίζονται αρνητικές οι προσδοκίες για τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ασθενών. Μέσα από αυτή την άποψη φαίνεται η αρνητική στάση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την ψυχική νόσο αλλά και για την εργασία τους με τους ψυχικά ασθενείς, η οποία πολλές φορές προκαλεί εμπόδια στην διαδικασία αποκατάστασης με βασικό στοιχείο την αντίσταση στην θεραπευτική διαδικασία (Kenneth Minkoff 1987).

Οι παράγοντες που συμβάλουν στην επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή σύμφωνα με εκείνους που θεωρούν ότι ένας ψυχικά ασθενής είναι επικίνδυνος τοποθέτησαν στην πρώτη θέση ως παράγοντα συμβολής στην επικινδυνότητα τη μη συστηματική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, ενώ στη δεύτερη θέση της ιεράρχηση πιστεύουν ότι συμβάλλει η μη συστηματική παρακολούθηση από το γιατρό. Στην τρίτη θέση ως παράγοντας επικινδυνότητας οι ερωτηθέντες έβαλαν την απουσία στήριξης του ψυχικά ασθενή από μια διεπαγγελματική ομάδα. Τέταρτος παράγοντας στη σειρά είναι η έλλειψη στήριξης από την οικογένεια του ασθενή.

Κάτι ανάλογο συμβαίνει και στην πέμπτη θέση ενώ στην έκτη θέση ως παράγοντα ορίζουν την προκατάληψη των ίδιων των επαγγελματιών ως προς τον ασθενή. Έβδομος και τελευταίος παράγοντας είναι το γεγονός ότι η κοινότητα ενοχλείται από την παρουσία του χρόνιου ψυχικά ασθενή.

Η πλειοψηφία του συνόλου των ερωτηθέντων πιστεύει ότι ένας ψυχικά ασθενής μπορεί να χαρακτηριστεί επικίνδυνος σε σχέση με τον εαυτό του και τους άλλους, ενώ λίγοι είναι εκείνοι που έχουν αντίθετη άποψη.

Η αμυντική στάση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στους ψυχωτικούς ασθενείς εμπεριέχει το στοιχείο της απαισιοδοξίας και της απελπισίας, που προέρχεται από μία λανθάνουσα επιθυμία των επαγγελματιών να μην αποκατασταθούν οι ψυχωτικοί ασθενείς. Έτσι, οι ασθενείς αντιστέκονται στις αλλαγές που συνιστούν το έργο αποκατάστασης και καταλήγουν σε συμπεριφορές, οι οποίες θυμίζουν

εκείνες του ασύλου (π.χ. απομόνωση, ιδρυματική συμπεριφορά, αποδιοργάνωση, υποτροπή) (Searles 2003).

Εκτός από τα γενικά καθήκοντα, που αφορούν γενικά όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, υπάρχουν και ειδικά καθήκοντα που έχουν άμεση σχέση με την επιστημονική ιδιότητα ή την επαγγελματική ταυτότητα των μελών της θεραπευτικής ομάδας (Δαμίγος, 2003). Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων επαγγελματιών απάντησε πως υπάρχουν ξεκάθαροι επαγγελματικοί ρόλοι.

Η Ομάδα Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας μιας στεγαστικής δομής αποτελείται από επαγγελματίες διαφόρων εξειδικευμένων τομέων, οι οποίοι συνεργάζονται με μια από κοινού συντονισμένη προσπάθεια παροχής υψηλού επιπέδου ψυχιατρικής φροντίδας, στα άτομα με χρόνια ψυχικά προβλήματα.

Από το σύνολο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας προκύπτει πως η λειτουργία ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων συμβάλλει στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών, στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας/ αποκατάστασης των ασθενών και στην τήρηση της ιεραρχίας που συμβάλλει στην λειτουργία των ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων.

Επιπρόσθετα οι καλές σχέσεις των μελών της επαγγελματικής ομάδας στην υπηρεσία της ψυχικής υγείας, συμβάλλει στη λειτουργία ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων, στην ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού για τους ασθενείς, ενώ συμβάλλει και στην καλή λειτουργία της υπηρεσίας.

Με ευθύνη του επιστημονικού υπεύθυνου διασφαλίζεται, ότι οι ρόλοι των εργαζομένων εκτός των καθηκόντων που απορρέουν από την ειδικότητα τους συνδυάζονται και προσαρμόζονται στους αποκαταστασιακούς στόχους, καθώς και στο χρόνο απασχόλησης (μερικής ή πλήρους) στη εκάστοτε δομή (Δαμίγος, 2003).

Το μεγαλύτερο μέρος των επαγγελματιών που συμμετείχαν στην έρευνα έχει χρειαστεί να λειτουργήσουν με συμπληρωματικούς πολυδύναμους ρόλους.

Από το σύνολο των επαγγελματιών που απάντησαν πως έχει χρειαστεί να λειτουργήσουν στις υπηρεσίες που εργάζονται με συμπληρωματικούς-πολυδύναμους ρόλους, αναφέρουν και τους λόγους που έγινε αυτό. Συγκεκριμένα, οι μισοί από τους ερωτηθέντες ανέφεραν πως ο χώρος της εργασίας είναι τέτοιος που επιτρέπει να λειτουργήσουν οι συμπληρωματικοί-πολυδύναμοι ρόλοι. Ένας άλλος λόγος που χρειάστηκε να συμβεί αυτό ήταν γιατί το προσωπικό της υπηρεσίας δεν ήταν επαρκές, επίσης αναφέρουν πως είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την λειτουργία όλων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας η συμπληρωματικότητα των ρόλων σ' αυτές. Τέλος, η μη τήρηση της ιεραρχίας παρόλο που το προσωπικό είναι επαρκές.

Κάθε εργαζόμενος αναλαμβάνει τομείς ευθύνης και δραστηριότητες ανάλογα με την ειδικότητά του παράλληλα με τα καθήκοντα που απορρέουν από τους γενικούς θεραπευτικούς στόχους, με γνώμονα τη συμπληρωματικότητα, που πρέπει να υπάρχει ανάμεσα στους ρόλους και τα καθήκοντα. Οι εργαζόμενοι που δεν έχουν κάποια επιστημονική ειδίκευση (π.χ. οικοδέσποινα, βοηθητικό προσωπικό, εκπαιδευτές) θεωρούνται μέλη της θεραπευτικής ομάδας και τα καθήκοντά τους ορίζονται ανάλογα με τους στόχους και τις ανάγκες του θεραπευτικού προγράμματος. Κάθε μέλος της θεραπευτικής ομάδας οφείλει να προσαρμόζεται στις υποχρεώσεις που απορρέουν από τους στόχους του προγράμματος.

Σε ερώτηση της έρευνας που αφορούσε τον ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο των επαγγελματιών της διεπιστημονικής ομάδας στις υπηρεσίες όπου εργάζονται, ορισμένοι απ' αυτούς απάντησαν πως δεν είναι και αναφέρουν και τους λόγους.

Συγκεκριμένα, ένας μεγάλος αριθμός από επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς, νοσηλευτές ΠΕ και εργοθεραπευτές πιστεύουν πως ο χώρος της εργασίας τους είναι τέτοιος που δεν επιτρέπει να λειτουργήσουν με έναν ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο. Αρκετοί νοσηλευτές

ΤΕ, νοσηλευτές ΔΕ και βοηθητικά μέλη έχουν την ίδια άποψη. Όσον αφορά στους ψυχολόγους, οι ίδιοι δεν ενστερνίζονται καθόλου τη συγκεκριμένη άποψη.

Ένας άλλος εξίσου σημαντικός λόγος για όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας που συμμετείχαν στην έρευνα είναι η απουσία του εξωτερικού επόπτη από την υπηρεσία και σε αυτό συμφωνούν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, οι νοσηλευτές ΠΕ, οι νοσηλευτές ΤΕ, οι εργοθεραπευτές και τα βοηθητικά μέλη.

Όσον αφορά την έλλειψη εσωτερικού επόπτη και την μη τήρηση της ιεραρχίας των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν θεωρούν πως είναι λόγοι για την μη τήρηση των ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων.

Τέλος η κακή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας είναι ένας σημαντικός λόγος για την μη τήρηση των ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων, για τους περισσότερους ψυχολόγους και λιγότερο για τα βοηθητικά μέλη, τους νοσηλευτές ΤΕ και τους νοσηλευτές ΔΕ.

Η συμβολή κάθε επαγγελματία ψυχικής υγείας, για την θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών, είναι ουσιαστική από τη σκοπιά της ειδικής συνεισφοράς του πεδίου των γνώσεων, που απαιτούνται για την κάλυψη κάθε ειδικής ανάγκης των ασθενών (Δαμίγος 2003).

Όσο για την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα της εργασίας της ομάδας των θεραπευτών, εξαρτάται από: i. την προσωπικότητα κάθε μέλους, που ευνοεί την καλή επαφή με το άτομο (ασθενή) και την κοινότητα, ii. την εκπαίδευση και την εξειδίκευση στον τομέα της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, γiii τη διαμόρφωση μιας συγκεκριμένης ιδεολογίας για την κοινοτική δράση, iv. την τήρηση επαγγελματικών ορίων, και v. την αντίληψη της ομαδικότητας (Μαδιανός 1994).

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας η λειτουργία των συμπληρωματικών/ πολυδύναμων ρόλων συμβάλλει σε διάφορους τομείς.

Συγκεκριμένα, κατά τους ψυχιάτρους η λειτουργία των

συμπληρωματικών/ πολυδύναμων ρόλων συμβάλλει περισσότερο στην καλή λειτουργία της υπηρεσίας, στην ανάπτυξη του αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού για τους ασθενείς και στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας/αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών.

Οι ψυχολόγοι έδωσαν παρόμοιες απαντήσεις. Επιπλέον, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί αναφέρθηκαν και αυτοί ως επί τω πλείστον στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας/αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών και οι νοσηλευτές ΤΕ στην ανάπτυξη αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού για τους ασθενείς. Όσον αφορά στους νοσηλευτές ΔΕ θεωρούν πως η λειτουργία των συμπληρωματικών/ πολυδύναμων ρόλων συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας/αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών. Οι απόψεις των νοσηλευτών ΠΕ και των επισκεπτών υγείας συνάδουν με όλες τις προτεινόμενες απαντήσεις. Οι εργοθεραπευτές δίνουν βαρύτητα στην ανάπτυξη του αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού για τους ασθενείς στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας/ αποκατάστασης των ασθενών και στην ποιοτική παροχή υπηρεσιών.

Τέλος, και τα βοηθητικά μέλη θεωρούν πως η ποιότητα παροχής υπηρεσιών βοηθά στην λειτουργία των συμπληρωματικών/ πολυδύναμων ρόλων.

Συνοψίζοντας είναι πασιφανές πως οι δυο κυρίαρχες απόψεις για όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας είναι: η ανάπτυξη του αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού και η αποτελεσματικότητα της θεραπείας/αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών.

Σε σχέση με το αν στην υπηρεσία που εργάζεται ο κάθε επαγγελματίας και αν έχει χρειαστεί να εργαστεί με συμπληρωματικό ρόλο, οι περισσότεροι εργαζόμενοι του οικοτροφείου απάντησαν ότι αυτό έχει συμβεί ενώ στους ξενώνες όλοι απάντησαν πως έχουν εργαστεί με συμπληρωματικό ρόλο. Ανάλογες απαντήσεις είχαν και οι εργαζόμενοι της ψυχιατρικής γενικού νοσοκομείου, δήμο/ πρόνοια και στο νοσοκομείο ημέρας.

Από εκείνους που απάντησαν ότι έχει χρειαστεί να λειτουργήσουν με συμπληρωματικούς ρόλους, οι εργαζόμενοι στο οικοτροφείο δήλωσαν πως αυτό έχει συμβεί γιατί ο χώρος της εργασίας τους είναι τέτοιος που επιτρέπει τη λειτουργία των συμπληρωματικών ρόλων. Λιγότεροι, ήταν αυτοί που απάντησαν πως αυτό έγινε εξ αιτίας της ανεπάρκειας του προσωπικού και ότι θεωρείται ως προϋπόθεση όλων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Στους ξενώνες, η πλειονότητα των επαγγελματιών, απάντησαν ότι ο λόγος που χρειάστηκε να εργαστούν με συμπληρωματικό ρόλο είναι ότι ο χώρος εργασίας το επιτρέπει, ενώ αυτό συμβαίνει σε μικρό ποσοστό από τους επαγγελματίες της ψυχιατρικής του γενικού νοσοκομείου όπου για αυτούς αιτία της ανάγκης αυτής είναι το γεγονός ότι το προσωπικό δεν είναι επαρκές. Το ίδιο συμβαίνει και στο κέντρο ψυχικής υγείας και στο νοσοκομείο ημέρας.

Τέλος, στις Υπηρεσίες του δήμου και της Πρόνοιας, σύμφωνα με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, είναι ο χώρος εργασίας που επιτρέπει να λειτουργήσουν οι συμπληρωματικοί ρόλοι, όπως επίσης ένας άλλος σημαντικός λόγος είναι και η ανεπάρκεια του προσωπικού.

Για το δήμο φαίνεται ότι το προσωπικό έχει ανάγκη να λειτουργήσει με συμπληρωματικούς ρόλους γιατί πιστεύει ότι θα βοηθήσει στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας/ αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών κατά κύριο λόγο και βέβαια στην ανάπτυξη του θεραπευτικού σχεδιασμού. Αυτό με βάση τη βιβλιογραφία μέχρι σήμερα δεν έχει αναφερθεί και δεν είναι δυνατόν να γενικευτεί στον ευρύτερο πληθυσμό επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στους υπόλοιπους Δήμους και τις Υπηρεσίες της Πρόνοιας της χώρας μας.

Το γεγονός ότι αναγκάζονται οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας να λειτουργήσουν με συμπληρωματικούς ρόλους, προφανώς προκαλεί αγανάκτηση, παρόλο που προσπαθούν να έχουν πολύ καλές σχέσεις μεταξύ τους.

Κεφάλαιο 5 Συμπεράσματα

5.1. Η ιεραρχική οργάνωση στις Υπηρεσίες και Δομές της Α΄/βάθμιας, Β΄/βάθμιας και Γ΄/βάθμιας ψυχιατρικής περίθαλψης

Η πλειοψηφία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απάντησε πως *τηρείται η ιεραρχία ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας*. Η τήρηση της ιεραρχίας ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας φαίνεται να συμβάλλει: i) στην καλή λειτουργία των ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, ii) στη διασφάλιση της καλής συνεργασίας ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, iii) στην ανάπτυξη θετικών σχέσεων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας με τους ασθενείς, iv) στην ανάπτυξη των θετικών σχέσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και v) συμβάλλει ουσιαστικά στην καλή λειτουργία των πολυδύναμων και συμπληρωματικών ρόλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας .

Αντίθετα, η μη τήρηση της ιεραρχίας ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας μπορεί να οδηγήσει: i) στην κακή ποιότητα παροχής υπηρεσιών, ii) στην αδυναμία λειτουργίας των επαγγελματικών ρόλων, iii) στην κακή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, iv) στις αρνητικές σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας και v) στην ανάπτυξη αρνητικών σχέσεων ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας με τους ασθενείς.

Σε όλες τις υπηρεσίες και δομές ψυχιατρικής περίθαλψης, η ιεραρχική οργάνωση του προσωπικού συνίσταται με την εξής σειρά ανά ειδικότητα: την πρώτη θέση την κατέχει ο ψυχίατρος, τη δεύτερη ο ψυχολόγος, την τρίτη ο κοινωνικός λειτουργός, την τέταρτη ο νοσηλευτής ΠΕ, ακολουθεί στην πέμπτη θέση ο νοσηλευτής ΤΕ και στην έκτη ο νοσηλευτής ΔΕ. Στην έβδομη θέση ιεράρχησης βρίσκεται ο εργοθεραπευτής, στην όγδοη ο επισκέπτης υγείας και τέλος στην ένατη θέση τα βοηθητικά μέλη. Αυτό πιθανόν να συμβαίνει λόγω των διαφορετικών επαγγελματικών καθηκόντων των επαγγελματιών ψυχικής

υγείας αλλά και της αποτελεσματικότητας του θεραπευτικού ρόλου στην αποκατάσταση του ψυχικά ασθενή.

5.2. Η λειτουργία της εσωτερικής και εξωτερικής εποπτείας στις Υπηρεσίες και Δομές της Α'/βάθμιας, της Β'/βάθμιας και της Γ'/βάθμιας Ψυχιατρικής περίθαλψης

Σύμφωνα με την μελέτη αυτή, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει εξωτερικός επόπτης και συμφωνούν στην αναγκαιότητα της παρουσίας του σε κάθε δομή και υπηρεσία όλων των βαθμίδων Ψυχιατρικής περίθαλψης.

Τα προβλήματα που παρουσιάζονται από την απουσία του εξωτερικού επόπτη είναι τα ακόλουθα: i) αδυναμία στην ολοκλήρωση του θεραπευτικού σχεδιασμού, ii) συνεχόμενες συγκρούσεις ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, iii) κακή ποιότητα παροχής υπηρεσιών, iv) κακή συνεργασία ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, v) μη τήρηση της ιεραρχίας ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, v) η απουσία χρηματοδότησης της υπηρεσίας από το αρμόδιο υπουργείο και vi) η αδυναμία διαχείρισης κρίσεων των ασθενών.

Ο εξωτερικός επόπτης συμβάλλει κυρίως στη διαχείριση των κρίσεων/ υποτροπών των ασθενών αλλά και στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας. Εξίσου σημαντική είναι η συμβολή του στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού και τέλος, στη χρηματοδότηση της υπηρεσίας από το αρμόδιο υπουργείο.

Σύμφωνα με την μελέτη αυτή, όλες σχεδόν οι υπηρεσίες και οι δομές ψυχιατρικής φροντίδας και περίθαλψης έχουν εσωτερικό επόπτη.

Η ύπαρξή του εσωτερικού επόπτη συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού, στην εμπύχωση του προσωπικού της υπηρεσίας, στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και στην επίλυση προβλημάτων λειτουργίας της δομής. Επιπλέον, συμβάλλει στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών, στην

ιεραρχική οργάνωση των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας.

Αντίθετα, η απουσία του εσωτερικού επόπτη συμβάλλει στην αδυναμία να ολοκληρωθεί ο θεραπευτικός σχεδιασμός, στην κακή συνεργασία ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας και στις συνεχόμενες συγκρούσεις των μελών της διεπιστημονικής ομάδας.

5.3. Οι σχέσεις και τα συναισθήματα των μελών του προσωπικού στις Υπηρεσίες και δομές της Α'βάθμιας, της Β'βάθμιας και της Γ'βάθμιας Ψυχιατρικής περίθαλψης

Οι περισσότεροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν αισθανθεί κόπωση κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Οι σημαντικότεροι λόγοι είναι οι εξής:

- η έλλειψη χρηματοδότησης της υπηρεσίας
- η απουσία εξωτερικού επόπτη
- οι συχνές υποτροπές των ασθενών
- η κακή ποιότητα παροχής υπηρεσιών
- η αναποτελεσματικότητα της θεραπείας των ασθενών
- η κακή οργάνωση της υπηρεσίας
- οι κακές σχέσεις με τους συναδέλφους
- η απουσία εσωτερικού επόπτη

Οι σχέσεις ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, (π.χ. Υπηρεσίες Δήμου και Πρόνοιας) οι σχέσεις χαρακτηρίζονται κυρίως ως πολύ καλές.

Σχετικά με τις υπηρεσίες και τις δομές της Β'βάθμιας και της Γ'βάθμιας ψυχιατρικής περίθαλψης (π.χ. Ψυχιατρική κλινική Γενικού Νοσοκομείου, Κέντρο Ψυχικής Υγείας, ξενώνες), οι σχέσεις μεταξύ των

μελών της διεπιστημονικής ομάδας είναι μέτριες. Πιθανά αυτό έχει να κάνει με την έλλειψη εσωτερικού και εξωτερικού επόπτη.

5.4. Οι σχέσεις και τα συναισθήματα των μελών του προσωπικού με τους ασθενείς στις Υπηρεσίες και δομές της Α'βάθμιας, της Β'βάθμιας και της Γ'βάθμιας Ψυχιατρικής περίθαλψης

Οι περισσότεροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πιστεύουν ότι ο ψυχικά ασθενής *μπορεί να χαρακτηριστεί ως επικίνδυνος* σε σχέση με τον εαυτό του και τους άλλους. Οι παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτό είναι οι εξής:

- η μη συστηματική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής,
- η μη συστηματική παρακολούθηση του ασθενή από το γιατρό.
- η απουσία στήριξης του ψυχικά ασθενή από μια διεπαγγελματική ομάδα.
- η έλλειψη στήριξης από την οικογένεια του ασθενή.
- η απουσία στήριξης από ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας
- Η προκατάληψη των ίδιων των επαγγελματιών ως προς τον ψυχικά ασθενή.

Σχετικά με τα συναισθήματα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες αισθάνονται *κυρίως συμπόνια και βλέπουν με κατανόηση το πρόβλημα του ψυχικά ασθενή*. Επίσης, αισθάνονται λύπη, άγχος και αγωνία.

Σχετικά με τις σχέσεις των μελών του προσωπικού με τους ασθενείς στις περισσότερες υπηρεσίες και δομές ψυχιατρικής περίθαλψης χαρακτηρίζονται ως μέτριες με μια μικρή διαφοροποίηση από το προσωπικό του Νοσοκομείου Ημέρας και του Κέντρου Ψυχικής Υγείας, όπου εκεί οι σχέσεις μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας χαρακτηρίζονται ως πολύ καλές. Η παραπάνω διαπίστωση έχει να κάνει πιθανά με τη λειτουργικότητα των ασθενών και τον αριθμό των χρονο-ωρών εργασίας του προσωπικού στις αντίστοιχες δομές και υπηρεσίες. Ειδικότερα, οι ασθενείς που φιλοξενούνται σε δομές της

B/β'αθμιας και της Γ/βάθμιας ψυχιατρικής περίθαλψης (π.χ. στην Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου, στο Οικοτροφείο, στον Ξενώνα), πιθανά να έχουν μειωμένη λειτουργικότητα είτε λόγω των υποτροπών / κρίσεων είτε λόγω της χρονιότητας της ψυχικής νόσου και γι' αυτό το θεραπευτικό έργο γίνεται δυσκολότερο. Παράλληλα, οι χρονο-ώρες εργασίας του προσωπικού των παραπάνω δομών είναι περισσότερες σε σχέση με τις Υπηρεσίες της Α/ βάθμιας και άλλες δομές της Γ/βάθμιας ψυχιατρικής περίθαλψης, όπως π.χ. στο Νοσοκομείο Ημέρας και στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας.

5.5. Η λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Η πλειοψηφία των επαγγελματιών απάντησε πως *υπάρχουν ξεκάθαροι επαγγελματικοί ρόλοι*. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ξενώνες και στις υπηρεσίες του Δήμου και της Πρόνοιας έχουν αντίθετη άποψη και πιστεύουν ότι οι λόγοι που προκαλούν αυτό είναι οι εξής:

- Ο χώρος εργασίας που δεν τους επιτρέπει να λειτουργήσουν με ένα ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο.
- Η κακή συνεργασία ανάμεσα στα μέλη της επιστημονικής ομάδας.
- Η έλλειψη εσωτερικού επόπτη.
- Η μη τήρηση της ιεραρχίας στην υπηρεσία.

Η λειτουργία των ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων συμβάλλει:

- στην καλή λειτουργία της υπηρεσίας,
- στην ποιότητα παροχής των υπηρεσιών,
- στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας/ αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών
- στις καλές σχέσεις των μελών της επαγγελματικής ομάδας.

- στην τήρηση της ιεραρχίας.
- στην ποιότητα παροχής των υπηρεσιών

5.6. Η λειτουργία των συμπληρωματικών ρόλων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας

Σύμφωνα με την μελέτη αυτή, *όλοι σχεδόν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχει χρειαστεί να λειτουργήσουν με συμπληρωματικούς πολυδύναμους ρόλους*. Οι λόγοι για τους οποίους λειτουργούν με συμπληρωματικούς ρόλους είναι οι εξής:

- Ο χώρος της εργασίας είναι τέτοιος που επιτρέπει να λειτουργήσουν οι συμπληρωματικοί-πολυδύναμοι ρόλοι (Α/βάθμια και Γ/βάθμια περίθαλψη).
- Το προσωπικό της υπηρεσίας δεν είναι επαρκές (Α/βάθμια και Β/βάθμια περίθαλψη).
- Η συμπληρωματικότητα των ρόλων είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την λειτουργία όλων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Η μη τήρηση της ιεραρχίας.

Η λειτουργία συμπληρωματικών / πολυδύναμων ρόλων, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, συμβάλλει:

- Στην ανάπτυξη αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού για τους ασθενείς.
- Στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας/ αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών.
- Στην καλή λειτουργία της υπηρεσίας.
- Στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών (Γ/βάθμια περίθαλψη).
- Στις καλές σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της επιστημονικής ομάδας (Γ/βάθμια περίθαλψη).
- Στην τήρηση της ιεραρχίας (Β/βάθμια και Γ/βάθμια περίθαλψη).

Κεφάλαιο 6 Προτάσεις

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της μελέτης αυτής, θα μπορούσαμε να εισηγηθούμε κάποιες προτάσεις σχετικές με τη λειτουργία των δομών και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αυτές είναι:

- Να δημιουργηθούν προγράμματα κατάρτισης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας έτσι ώστε να έχουν την δυνατότητα να εκπαιδεύονται πάνω στην στις επιστημονικές εξελίξεις που αφορούν στην αντιμετώπιση της νόσου των χρόνιων ψυχικά ασθενών, αλλά και σε ζητήματα στάσεων κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας.
- Να υπάρχει κατάλληλη εσωτερική και εξωτερική εποπτεία μέσω τις οποίας θα μπορούν οι επαγγελματίες να μοιράζονται τις εμπειρίες τους αλλά και να οργανώνουν την υπηρεσία, ώστε να υπάρχει ο ιδανικός θεραπευτικός σχεδιασμός, αλλά και ξεκάθαροι επαγγελματικοί ρόλοι.
- Να προσλαμβάνονται καταρτισμένοι επαγγελματίες ούτως ώστε να μην λειτουργούν οι υπόλοιποι με συμπληρωματικούς ρόλους.
- Να ενισχύσει το κράτος οικονομικά, όσο αυτό είναι δυνατό, αυτές τις δομές, ώστε να υπάρχει και εξωτερικός, τουλάχιστον, επόπτης, να μην υπάρχει έλλειψη προσωπικού και να μπορεί επιπλέον να υλοποιήσει τα απαραίτητα προγράμματα.
- Να υπάρχει σωστή οργάνωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος, η οποία θα είναι και σύμμαχος στο θεραπευτικό σχεδιασμό και την αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.
- Μέσω κατάρτισης ή της εποπτείας να μπορεί το προσωπικό να αποβάλλει τα αρνητικά συναισθήματα ή τις προκαταλήψεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς γιατί έτσι παρακωλύεται το θεραπευτικό έργο..

- Να τηρείται η ιεραρχία ανάμεσα στα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, όπου μέσω της καλής συνεργασίας να επιτυγχάνονται οι θεραπευτικοί στόχοι.
- Να υπάρχουν ξεκάθαροι επαγγελματικοί ρόλοι μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας έτσι ώστε κάθε επαγγελματίας να ασχολείται αποκλειστικά με το αντικείμενο του.
- Μέσω των θετικών σχέσεων της διεπιστημονικής ομάδας να διεξάγεται σωστά η θεραπευτική διαδικασία εφόσον υπάρχουν επόπτες.
- Να εμπνυχώνονται οι επαγγελματίες μέσω της εποπτείας(εφόσον αυτή υπάρχει) ώστε να μπορεί να συνεχιστεί σωστά το έργο της θεραπείας.

Βιβλιογραφία

Α. Ξενόγλωσσα Βιβλία

- Adair J. (1983). “Effective Leadership”, London, Sydney and Auckland: Pan Books
- Anthony, W.,A., Cohen, M., και Cohen, B. (1983). “The philosophy treatment process and principles of the psychiatric rehabilitation approach. New directions in mental health”. p.p. 67 – 69.
- Bass, B.,M. και Valenzi, E. (1974). “Contingent aspects of effective management styles”. In J.G. Hunt and L.L. Larson eds, Contingency approaches to leadership behaviour Illiuois University Press, Garbondale.
- Bennett, D. (1983) “The historical development of Rehabilitation Services: In Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation”. 15 – 16.
- Brehm S.S. (1976). “The application of social psychology to clinical practise”. John Willey, New York.
- Foster, A. (1998). “Psychotic processes and community care: The difficulty in finding the third position”, in Angela Foster and Vega Zagier Roberts (eds) Managing Mental Health in the Community, London: Routledge.
- Goffman, E. (1981). “Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates”. New York: Anchor Books
- Freeman, H.,E και Simmons, O.,G (1963). “The mental patient comes home”. John Wiley. New York.
- House, R.,J. (1976). “A 1976 theory of charismatic leadership”. In J.G Hunt and L.L.Larson, eds Leadership: The cutting edge. Southern Illinois University Press, Carbondale.
- Hinshelwood, R., D. (1998). “Creatures of each other” in Angela Foster and Vega Zagier Roberts (eds) Mauging Mental Health in the Community, London: Routledge.

- Kahn, R.,L. και Quinn, R.,P. (1970). “Role stress: A framework for analysis”. In A. McLean ed Mental Health and Work Organizations Rand McNally, Chicago.
- Klein M. (1946) “notes on some schizoid mechanisms” in envy and Gratitude and other works, 1946-1963, New York: Delacote Press/Seymour Laurence (1947), p 1-25.
- King, R., Raynes, N., και Tizard, J. (1971). “Patterns of residential care”. Routledge & Kegan Paul, London.
- Lavender, A., και Sperlinger, A. (1998). “Staff training.”. In: Lavender A, Holloway F, (eds) Community care in practice Wiley: New York.
- Lamb, H.,R. (1982). “Treating the long – term mentally ill”. San Francisco, Jossey – Bass, 1982.
- Lavender, A. (1985). “Quality of care and staff practices in long – stay settings”. In: Watts F.N ed New Developments in clinical psychology British psychological society Leicester Chichester, England: Wiley, 1985.
- Meehl, P.,E. (1973). “Why I do not attend case conferences in psychodiagnosis: Selected papers”. University of Minnesota, Press Menneapolis.
- Minkoff, K. (1987). Resistance of mental Health Proffessionals to Working with People with Serious Mental illness, New Directions for Mental Health Services, 33:3-20
- Richardson, A. (1977). “Organization and intevaction in psychiatric bay centers”. Unpublished M. PHIL dissertation: University of London.
- Secord ,P.,F. και Backman, C.,W. (1964). “Social Psychology”. Mc Graw – Hill. New York.
- Senn, V., Kendal, R., Willets, L., Trieman, N. (1997). Training level and training needs of staff”. In: Leff J. (ed). Care in the community. Illusion or reality. Chichester: John Wiley and Sons p.p. 137 – 144.

- Shepherd, G. (1984). “Institutional care and rehabilitation”. Longman, London, New York.
- Sinclair, I., και Snow, D. (1971). “After – care hostels receiving a home office grant”. In Explorations in after care. Home office research studies No 9. HMSO: London.
- Watts, F.,N., Bennett, D.,H. (1983). “Introduction: the concept of rehabilitation: In theory and practise of psychiatric rehabilitation”. P.p. 9 – 10.
- Watts, F., και Bennett, D. (1983). “Introduction: The concept of rehabilitation in theory and practice of psychiatric rehabilitation: John Wiley and Sons: Ltd.
- Watts, F., και Bennett, D. (1983). “Management of the staff – team in theory and practise of psychiatric rehabilitation”. John Wiley and Souz L.t.d. p. 313 – 326.
- Wilson,S.F& Mahler,J. (1991). The role of consumers/ex-patients in housing and community support services. Burlington,VT: Center for community change through Housing and support.
- Winnicott, D.W. (1947) “Hate in the Countertransference” in Through Paediatrics to Psychoanalysis, New York Basic Book 1975, p 194-203.
- Who – Wapr (1996). Psychosocial Rehabilitation, A consensus statement, WHO.MNH/MND/96.2, Geneva
- Wykes, T. (1995). The toxicity of community care”, in P. Typer and F. Creed (eds). Community Psychiatry in action: Analysis and prospects Cambridge: Cambridge University Press.

B. Ξενόγλωσσα Επιστημονικά Άρθρα

- Back, K.,W. (1951). “Influence through group communication”. Journal of abnormal and social psychology, 46, 9 – 23.

- Band, R.,I. και Brody, G.,B. (1962). “Archives of general psychiatry”, 6, 307 – 314
- Bebbington, P. και Kuipers, L. (1994).“The Predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis”. Psychol Med. 24: 707 – 718
- Butler, R.,J. και Rosenthal, G. (1976). “Behavior and rehabilitation: development of an in service training course“. Nursing times, 5 February, 191 – 193
- Butterfoss, F., D., Goodman, R. M. & Wandersman, A. (1993): “Community coalitions for prevention and health promotion”. Health education research 8, 315 – 330
- Boudreau, F. (1991). “Stakeholders as partners: The challenges of partnership in Quebec mental health policy”. Canadian Journal of community health, 10 (1) 7 – 28.
- Butzlaff, R.,L, και Hooley, J.,M. (1998). “Expressed emotion and psychiatric relapse. A meta – analysis”. Arch Gen Psychiatry, 55: 547 – 552
- Church, K. (1996). “Beyond bad manners: The power of consumer participation in Ontario community mental health system”. Canadian Journal of Community Mental Health 15, 27 – 44.
- Chinman, M. et al (1999). The therapeutic agents of assertive community treatment. Psychiatric Quarterly, vol. 70, No 2, Summer 1999.
- Constantino, V., και Nelson, G. (1995). “Changing relationships between self – help groups and mental health professionals: Shifting ideology and power”. Canadian Journal of community mental health 14 (2), 55 – 70.
- Curtis, L., C. και Hodge, M. (1994). “Old standards, New dilemmas: Ethics and boundaries in community support services”. Psychosocial rehabilitation Journal, 18 (2), 13 – 33.

- Depoy, E., και Merrill, S. (1988).“Value acquisition in an occupational therapy”. Curriculum occupational therapy journal of research, 8, 259 – 274
- Ellsworth, R., Mahoney, R., Klett, W., Gordon, H., Gunn R (1971). “Milieu characteristics of succesfull psychiatric treatment programs”. American Journal of Orthopsychiatry, 41, 427 – 441.
- Fleishman, E.,A. & Harris, E.,F. (1962).“Patterns of leadership behaviour related to employee grievancer and turnover”. Personal psychology, 15, 43 – 46.
- Fink. D..J. (1975). “Problems of providing community psychiatry training to residents”. Hospital and community psychiatry, 26, 292 – 295
- Garety, P.,A. και Morris, I. (1984). “A new unit for long – stay psychiatric patients: Organization attitudes and quality of care”. Psychological medicine, 14, 183 – 192.
- Hooley, J., M., Richters, J., E., Weintraub, S., και Neale, J., M. (1987). “Psychopathology and marital distress: the positive side of positive symptoms”. Journal of Abnormal psychology 96, 27 – 33.
- Hall, G., B., Nelson, G. (1996). “Social networks, social support, personal empowerment and the adaptation of psychiatric consumers / survivors: Path analytic models”. Social science and medicine 49: 1743 – 1754.
- Health, T. Nicholson,G.(1999). Outreach care: A sensitive approach. Nursing Times, Feb.3, vol. 95, No5.
- Hall J.N. (1990). “Towards a psychology of caring”. Br. J. Clin Psychol. 29 : 129 – 144.
- Hastings, R.,P., Remington, B., και Hopper, G.,M. (1995). “Experienced and inexperienced health”. Journal of intellectual disability research, 39, 474 – 483 (1995).

- Hooley, J., M., Richters, J., E., Weintraub, S., και Neale, J., M. (1987). “Psychopathology and marital distress: the positive side of positive symptoms”. *Journal of Abnormal psychology* 96, 27 – 33
- Hugo, M. (2001). “Mental health professionals attitudes towards people who have experienced a mental health disorder”. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8 (5), 419 – 425
- Isaacs, A.,D., και Bebbington, P.,E. (1991). “Strategies for the management of severe psychiatric illness in the community”. *Int. Rev psychiatry* 3: 71 – 82.
- Jorm, A.,F., Korten, A.,E., Jacomb, P.,A., Christensen, H., και Henderson, S. (1999). “Attitudes towards people with a mental disorder: A survey of the Australian public and health professionals”. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, 33, 77 – 83.
- Jackson, S.,E., Schwab, R.,L. και Schuler, R.,S. (1986). “Toward an understanding of the burnout phenomenon”. *Journal of applied psychology*, 71, 630 – 640.
- Katz, P. και Kirkland, F.,R. (1990). “Violence and social structure on mental hospital wards”. *Psychiatry* 53: 262 – 277.
- Kelly, B., Raphael, B., και Byrne, G. (1991). “The evaluation of teaching in undergraduate psychiatric education: Student’s attitudes to psychiatry and the evaluation of clinical psychiatry”. *Medical teacher*, 13, (1) 77 – 87
- Kerr, S., Schreisheim, C.,A., Murphy, C.,J., και Stodgill, R., M. (1974). “Toward a contingency theory of leadership based upon the consideration and initiating structure literature”. *Organisational behaviour and human performance*, 12, 62 – 82.
- Kushlich, A., Felce, D., Palmer, J., και Smith, J. (1976). “Evidence to the committee of enquiry into mental handicap. Nursing round health care. Evaluation Research Project, Winchester.

- Labonte, R. (1993). “Community development and partnerships”. *Canadian Journal of Public Health*, 84, 237 – 240.
- Liberman, R.,P. (1971). “Behavioral group therapy: a contralle replication”. *British Journal of psychiatry*, 119, 534 – 544.
- Lang, A.M. et al (1999). Clinicians’ and clients’ perspectives on the impact of assertive community treatment. *Psychiatric Services*, Oct.1999, vol. 50, No 10.
- 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 duel diagnosis of mental illness and substance abuse”. *Journal of Health and Social Behaviour* 38, 177 – 190.
- Mirabi, M., Weinman, M.,L. et al (1985). “Professional attitudes toward the chronic mentally ill”. *Hospital and community psychiatry*, 36, 404 – 405.
- Moore, E., Ball, R.,A., και Kuipers, L. (1992). “Expressed emotion in staff working with the long – term adult mentally ill”. *Br. J. psychiatry* 161: 802 – 808.
- Myers, D.,G. και Lamm, H. (1976). “The group polarization phenomenon”. *Psychological bulletin*, 83, 602 – 627.
- Minkoff, K., και Stern, R. (1985). “Paradoxes faced by residents being trained in the psychosocial treatment of people with chronic schizophrenia“. *Hospital and community psychiatry*, 36, 859 – 864.
- Morgan, G.,M., και Hastings, R.,P. (1998). “Special educators understanding of challenging behaviours in children with learning disabilities: Sensitivity to information about behaviour and function”. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 26: 43 – 52 (1998).
- Mirabi, M., Weinman, M.,L. et al (1985). “Professional attitudes toward the chronic mentally ill”. *Hospital and community psychiatry*, 36, 404 – 405.

- Mack, J. (1994). “Psychotherapy and society: Power, powerlessness and empowerment in psychotherapy”. *Psychiatry*, 57, Max 178 – 198.
- Moore, E., και Kuipers, E. (1999). “The measurement of expressed emotion in relationships between staff and service users. The use of short speech samples”. *British Journal of clinical psychology*, 38: 345 – 356.
- Nichols, K.,A. (1985). “Psychological care by nurses, paramedical and medical staff: Essential developments for thw general hospitals”. *British Journal of medical psychology*, 58, 231 – 240.
- Neilsen, A.,C., Stein, L.,I., Talbott, J.,A. (1985). “Encouraging psychiatrists to work with chronic patients. Opportunities and limitations of recidency education”. *Hospital and community psychiatry*, 32, 767 – 775.
- Nelson, G., Hall, G.,B., Walsh – Bowers, R. (1998). “The relationship between housing characteristics, emotional well – being and the personal empowerment of psychiatric consumer / survivors”. *Community mental health Journal* 34: 57 – 69.
- Oliver, N., και Kuipers, E. (1996). “Stress and its relationship to expressed emotion in community mental health workers”. *Int. J. Social psychiatry* 42 : 150 – 159.
- Olfson, M. (1990). *Assertive Community Treatment: An evaluation of the experimental evidence*. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 634-641.
- Phillips, D.,L. (1967). “Identification of mental illness: Its consequences for rejection”. *Community mental health journal*, 3, 262 – 266.
- Piat, M., Wallage, T., Wohl, S., Minc, R., και Hatton, L. (2002). “Developing housing for persons with severe mental illness: an innovative community foster home”. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* 7, 43 – 51.

- Raynes, N., Pratt, M., και Roses, S. (1979). “Organizational structure and the care of the mentally handicapped”. Groom helm: London.
- Rice, R.,W. (1978). “Construct validity of the least preferred co – worker score”. Psychological bulletin, 85, 1199 – 1237.
- Rushton, A., και Nathan, J. (1996). “The supervision of child protection work”, British J. Social Work 26: 357 – 373
- Rabkin, J. (1974). “Public attitudes towards mental illness. A review of the behaviour”. Schizophrenia bulletin, 10, 9 – 33.
- Riger, S. (1993). “What is wrong with empowerment”. American Journal of community Psychology, 21, 279 – 292.
- Riessman, F. (1990). “Restructuring help: A human services paradigm for the 1990s. American Journal of community psychology 18, 221 – 230.
- Stein, L.I., και Test, M.A. (1980) Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment programm, and clinical evaluation. Archives of General Psychiatry, 37:4, 392-397.
- Sabin, J., και Sharfstein, S.,S. (1975). “Integrating community psychiatry into recidency training”. Hospital and community psychiatry, 26, 289 – 292.
- Scott, A.(1990). “A review reflections and recommendations: Specialtry preference of mental health in occupational therapy. Occupational therapy in mental health 10 (1) 128.
- Segal, S.,P. και Moyles, E.,W. (1979). “Management style and institutional dependency in sheltered care”. Social psychiatry 14, 159 – 165.
- Shepherd, G., και Richardson, A. (1979). “Organization and interaction in psychiatric day centers”. Psychological Medicine, 9, 573 – 579.

- Shepherd, G., Muijen, M., Dean, R., και Cooney, M. (1996). “Residential care in hospital and in the community – Quality of care and quality of life”. *British Journal of psychiatry* 168, 448 – 456.
- Stern, R., και Minkoff, K. (1979). “Paradoxes in programming for chronic patients in a community clinic“. *Hospital and community psychiatry*, 30, 613 – 617
- Strauss, J.,S., και Carpenter, E.,T. (1977). “Prediction of outcome in schizophrenia archives of general psychiatry”, 43, 159 – 163.
- Tattan, T., και Tarrier, N. (2000). “The expressed emotion of case managers of thw seriously mentally ill: The influence of expressed emotion on clinical outcomes”. *Psychological, Medicine*, 30 (1): 195 – 204.
- Thornicroft, G. (1991). “The concept of case management for long term mental illness”. *Int. Rev. psychiatry* 3: 125 – 132.
- Van Audenhove, Ch., και Van Humbeek, G. (2003). “Expressed emotion in professional relationships” *Opin Psychiatry* 16: 431 – 435 Lipincott Williams & Wilkins.
- Van Humbeek, Ch Van Audenhove, Pieters,G., De Hert., M., Storms, G. (2001). “Expressed emotion in staff – patient relationships: The professionals’ and residents’ perspective”. *Social psychiatry. Psychiatr. Epidemial* 36 : 486 – 492.
- Ungar, V, Busch, D.,E., και Ahumada, L. (2001). “Supervision: A container – contained approach”. *Int J Psychoanal*, 82: 71 – 81.
- Watts, F.,N., & Bennett, D.,H. (1978). “Social evidence en a day hospital”. *Psychosocial medicine*, 132, 455 – 462.
- Willets, L,E., και Leff, J. (2003). “Improving the knowledge and skills of psychiatric nurses: efficacy of staff training programme”. *Issues and innovations in nursing education Journal of Advanced Nursing*, Vol. 42, Issue 3, 237 – 243.

- White, H.,S., και Bennett, M.,B. (1981). “Training psychiatric residents in chronic care”. Hospital and community psychiatry, 32, 339 – 343.
- Willets, L.,E. και Leff, J. (1997). “Expressed emotion and schizophrenia: The efficacy of a staff training programme”. Journal of advanced nursing, 26: 1125 – 1133.
- Wing J.K. και Furlong R. (1986): “A haven for the severely disabled within the context of a comprehensive psychiatric community service”. Br. J. psychiatry 149: 449 – 457.

Γ. Ελληνικά Βιβλία

- Γεωργιάδης, Δ. (2003). «Σχεδιασμός και οργάνωση των Παιδοψυχιατρικών Υπηρεσιών. Πρακτικές και εκπαίδευση των ειδικών ψυχικής υγείας στον Παιδοψυχιατρικό Τομέα». Στο βιβλίο: Δαμίγος Δ. (επιμ.): «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια περίθαλψη», Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα. σελ. 577 – 588
- Δαμίγος, Δ. (2003). «Εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας ξενώνων ατόμων με ειδικές ανάγκες. Τυπική υποχρέωση ή πυξίδα για την επίτευξη στόχων» Στο Βιβλίο: Δαμίγος Δ. (επιμ.): «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, σελ. 371 – 400.
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής υγιεινής, Μονάδα υποστήριξης εμπύχωσης και παρακολούθησης, Οδηγός καινοτόμων δράσεων πρακτικών στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνικοοικονομική ενσωμάτωση των ψυχικά πασχόντων, Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας», Δεκέμβριος 2000, ΜΥΠ.
- Καζολέα -Ταβουλάρη, (2002) Η ιστορία της ψυχολογίας στην Ελλάδα (1830-1987) , Ελληνικά Γράμματα 2002, Αθήνα.

- Μαδιανός, Μ. (1989). Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχιατρική, Αθήνα: Καστανιώτης, σελ. 40-45
- Μαδιανός Μ. (1994). «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της: από τη θεωρία στην πράξη». Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα σελ.. 169,179,184 – 185, 223 – 224, 244 – 245.
- Μαδιανός, Μ., (1994). «Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα». Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ. 232.
- Μαδιανός, Μ. (1994). Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση – Από το Άσυλο στην Κοινότητα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Μαδιανός, Μ. (2005). Ψυχιατρική και Αποκατάσταση. Εκδόσεις Καστανιώτη, σελ. 106, 136-137.
- Κουντουμάδη, Α., Πατεράκη, Λ. (2008). Λεξικό Ψυχολογίας, Εκδόσεις Τόπος, Αθήνα 2008.
- Σακελλαρόπουλος, Π. (1991). Κοινωνική Ψυχιατρική μία εναλλακτική πρόταση. Στο βιβλίο: Επικινδυνότητα και Κοινωνική Ψυχιατρική, Εκδόσεις Παπαζήσης, σελ. 89-96, Αθήνα.
- Σακελλαρόπουλος, Π. (2003). Ψύχωση, Ψυχοθεραπευτικοί χειρισμοί και ψυχαναλυτικό πρίσμα. Στο Βιβλίο: Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Συντονιστής έκδοσης Δ. Δαμίγος, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα 2003, σελ. 214-231
- Σικελιανού, Δ. (2010) Κλινικά θέματα κοινοτικής ψυχικής υγείας, εκδ. Διώνικος, Αθήνα
- Στυλιανίδης Σ., Ζιώμας Δ., Ζήση Α., (2000). " Εισαγωγή". Στο βιβλίο: «Οδηγός καινοτόμων δράσεων πρακτικών στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνικο – οικονομική ενσωμάτωση των ψυχικά πασχόντων». ΕΠΨΥ-ΜΥΠΕΠ, Δεκέμβριος 2000 (σελ. 11- 17, 75-80).
- Anderson, D. (2003). «Βασικοί κανόνες λειτουργίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας». Στο βιβλίο: Δαμίγος Δ. (επιμ.): «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, σελ.297 – 303

- Bion, W.R. (2003). «Ο Ψυχονοητικός Θεσμός: ο ρόλος της θεωρίας για την ψυχική φροντίδα στα πλαίσια της αποϊδρυματοποίησης». Στο βιβλίο: Δαμίγος Δ. (επιμ.): «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, σελ. 462 – 473
- Cohen L., Manion L., Morrison K. (2008) “Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας εκδόσεις Μεταίχμιο. Αθήνα 2008 σ. 289-299, 413-415.
- Hochmann, J. (2003). «Ο Ψυχονοητικός θεσμός: Ο ρόλος της θεωρίας για την ψυχική φροντίδα στα πλαίσια της αποϊδρυματοποίησης». Στο βιβλίο: Δαμίγος Δ. (επιμ.): «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη», , Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα. σελ. 462 – 473
- Searles, H. (2003). «Η προσπάθεια να τρελάνεις τον άλλο» στο άρθρο: Μία κλινική θεώρηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης». Στο βιβλίο: Δαμίγος Δ. (επιμ.): «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη» Επιμέλεια, , Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, σελ. 474 – 483
- Γεωργιάδης Δ., «Πρακτικές και εκπαίδευση των ειδικών ψυχικής υγείας στον Παιδοψυχιατρικό Τομέα». Στο Βιβλίο: Δαμίγος Δ. (επιμ.): «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια περίθαλψη», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα., σελ. 577 – 588
- Χαντζητάσκος, Π. (2003). «Ψυχαναλυτική εποπτεία». Στο Βιβλίο: Δαμίγος Δ. (επιμ.): «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια περίθαλψη», Εκδόσεις Παπαζήση Αθήνα, σελ. 595-602,
- Τριχόπουλος Δ., 1983, Weiss, 1972, Struening, Guttentag, 1975, και Cochrane, 1971 « Αξιολόγηση- αυτόαξιολόγηση στις υπηρεσίες Ψυχικής υγείας. Ποιότητα στη φροντίδα και η έρευνα δράσης ως εργαλείο στη δουλειά μας» Στο Βιβλίο: Δαμίγος Δ. (επιμ.):

«Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια περίθαλψη», Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, σελ. 308-315

Δ. Ελληνικά Επιστημονικά Άρθρα

- Μανιαδάκης, Ι.Κ. (2003). Αρχές Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, Εγκέφαλος, 90: 84-86.
- Παπαδάτος, Γ., και Στογιαννίδου, Α. (1992). Μονάδες κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές, 25, Εγκέφαλος, σελ. 52.
- Σακελλαρόπουλος, Π. (2003). Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Εγχείρημα η αποασυλοποίηση, Αθήνα, Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 76: 67-68.
- Σικελιανού, Δ., και Μαυρέας Β. (2009). Παράγοντες οργάνωσης του θεραπευτικού περιβάλλοντος ξενώνων αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών, Κοινωνική Εργασία, 96, σελ: 199-222.
- Στυλιανίδης, Σ., Ιακωβίδης, Α., Μπίκος, Κ., και Κλήμης, Ε. (2004). Τοπική ανάπτυξη και ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Ύποθεσεις για τη συγκρότηση ενός νέου παραδείγματος συνεργασίας, Τετράδια Ψυχιατρικής, 89, σελ. 59-63.
- Χατζηιωαννίδης, Ι. (2003). Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και οι νέες δομές ψυχιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα, Τετράδια Ψυχιατρικής, τ. 85, σελ. 90-91.

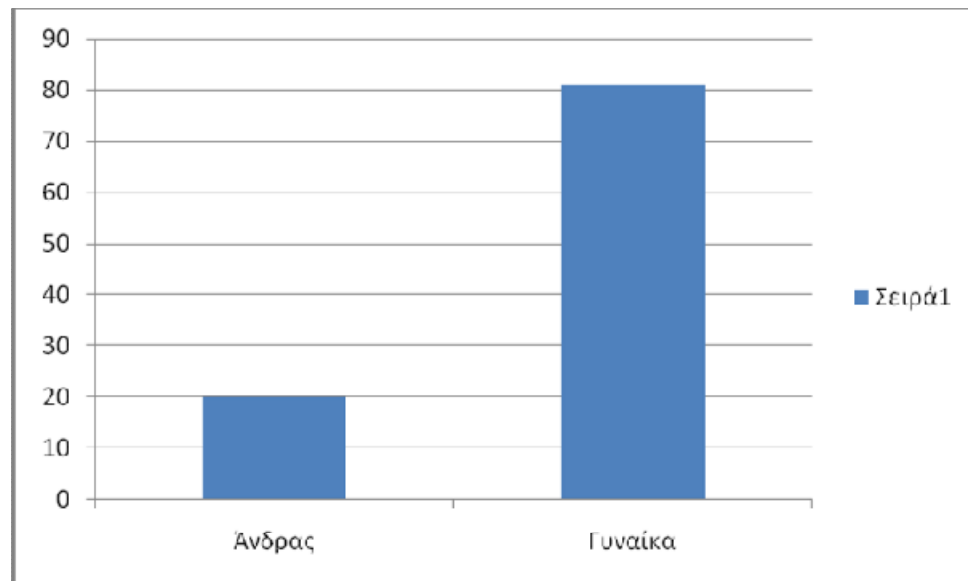
Ε. Διαδίκτυο

- www.yyka.gov.gr

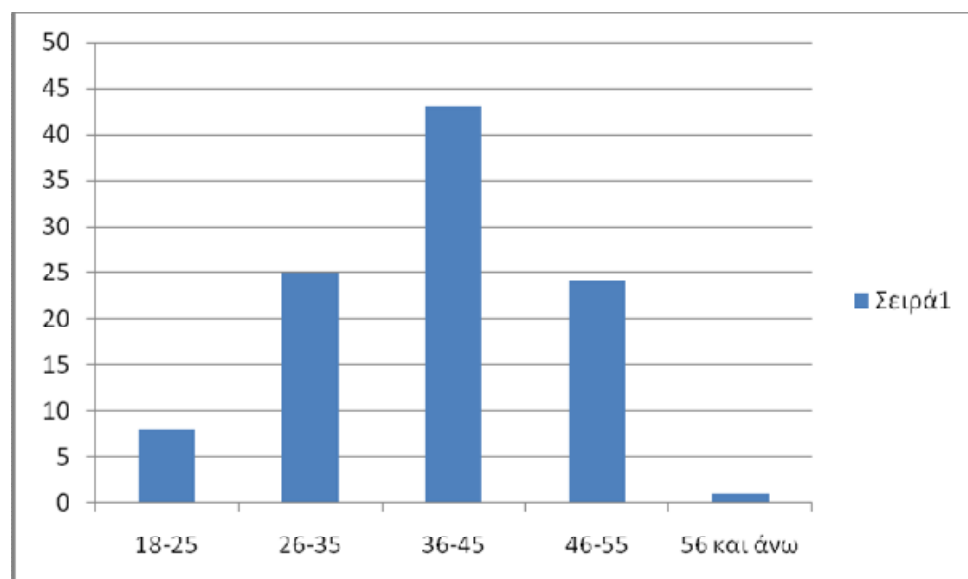
Παραρτήματα

Α. Γραφήματα Μονομεταβλητής Ανάλυσης

Φύλο



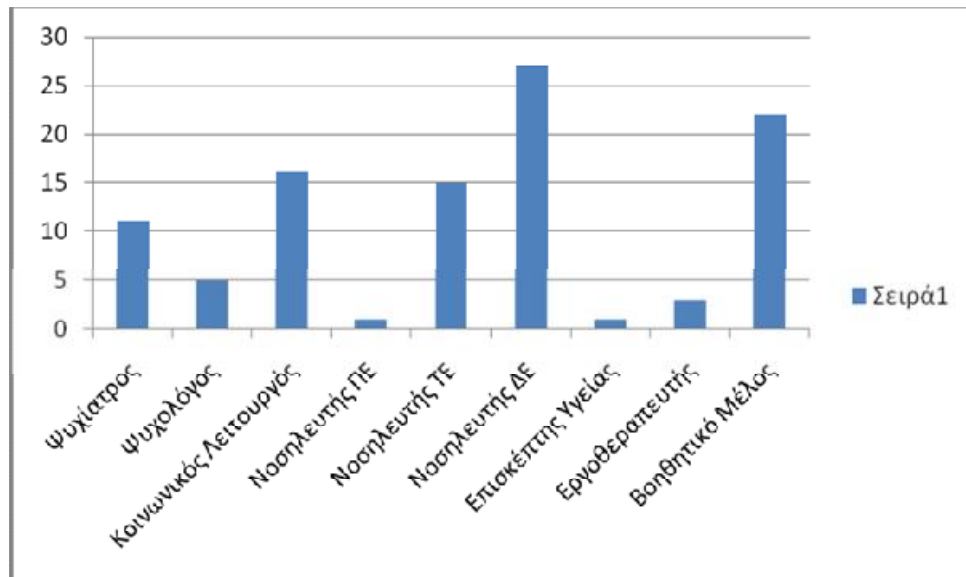
Ηλικία



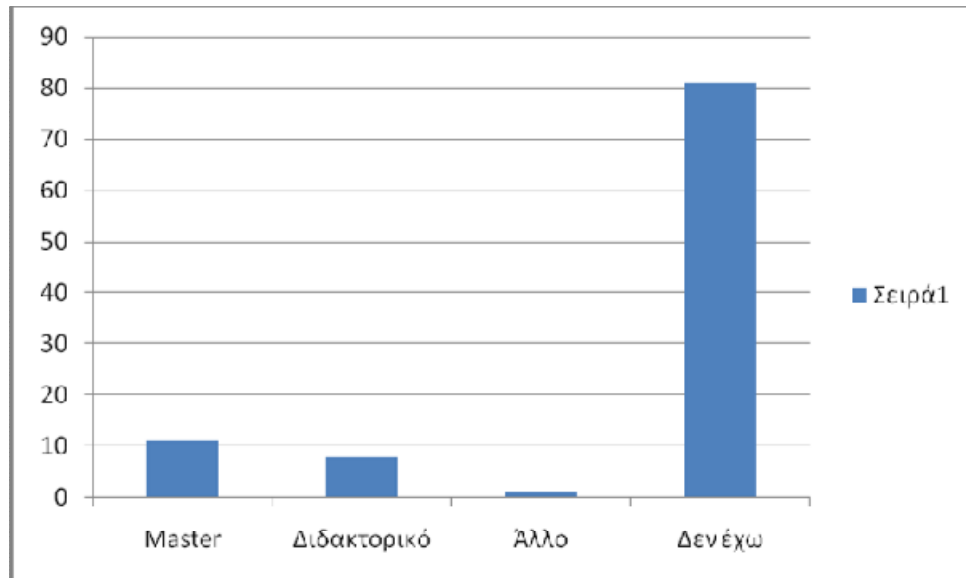
Εργασιακή κατάσταση



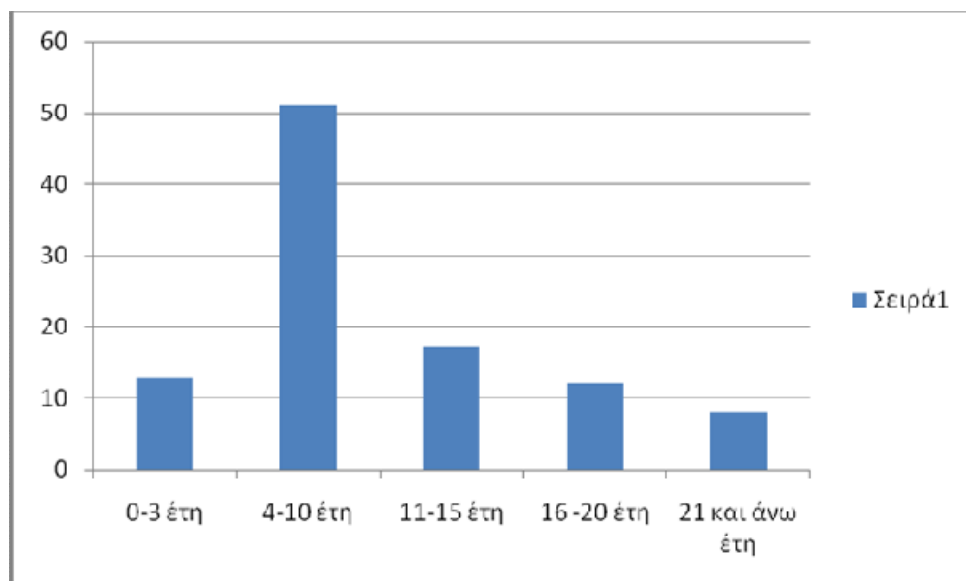
Ειδικότητα



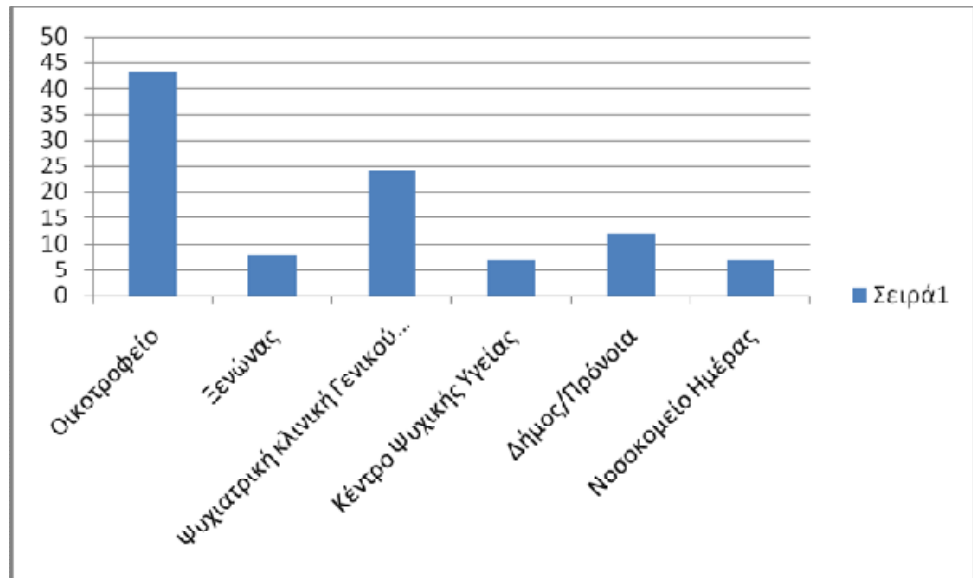
Μεταπτυχιακοί τίτλοι



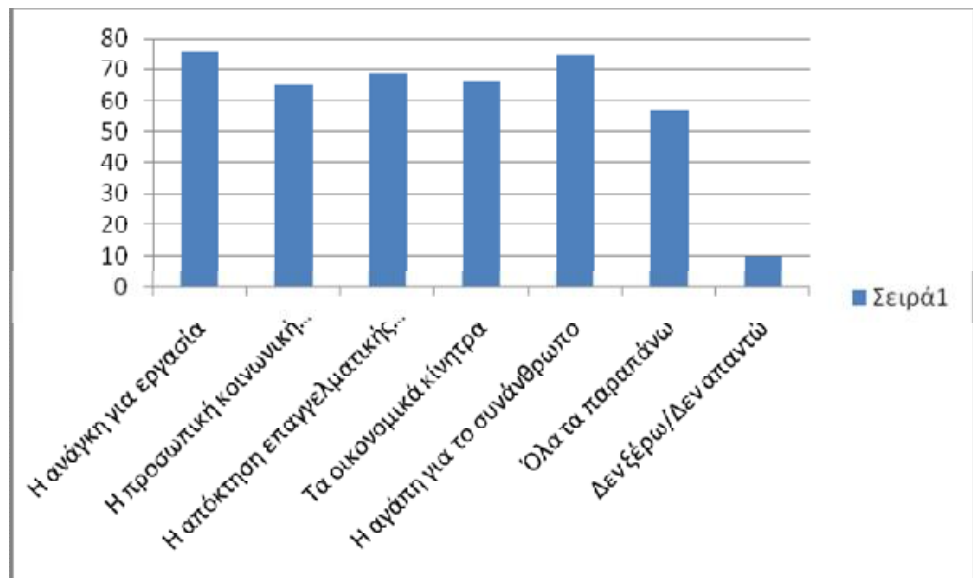
Εργασιακή εμπειρία



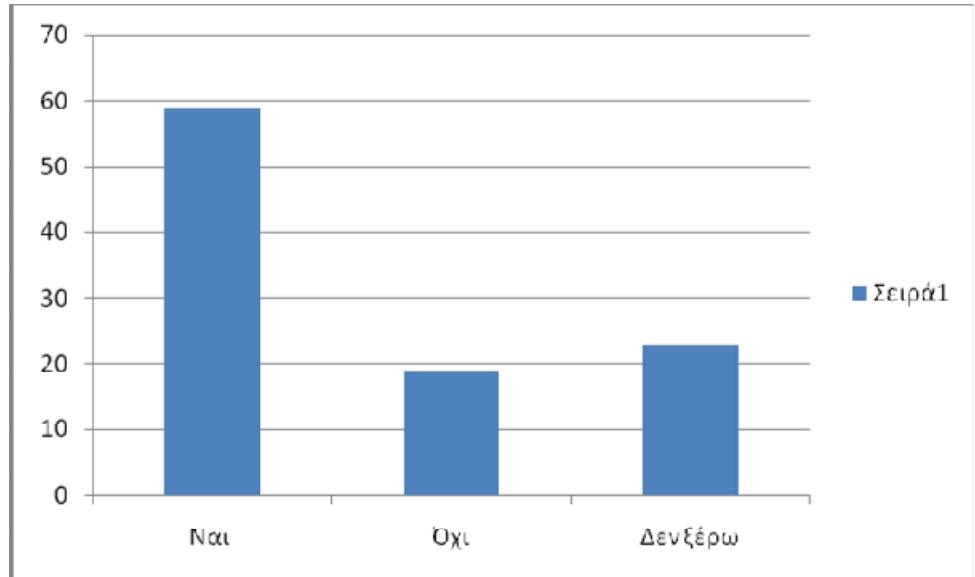
Σε ποια δομή ψυχικής υγείας εργάζεστε;



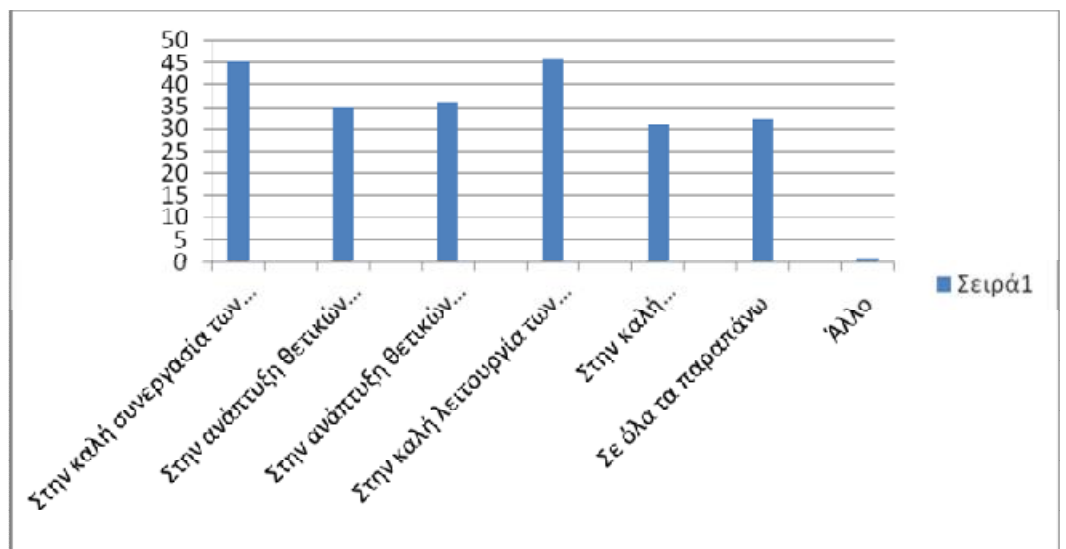
Ποιος/ Ποιοι από τους παρακάτω λόγους συνέβαλαν στην απόφασή σας να εργαστείτε στη δομή/υπηρεσία ψυχικής υγείας;



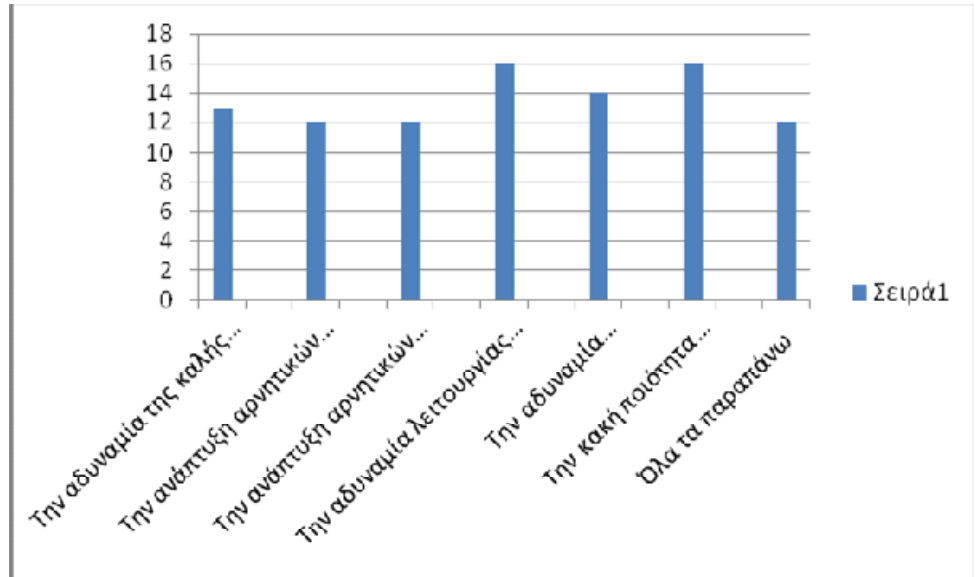
Στην υπηρεσία όπου εργάζεστε, τηρείται η ιεραρχία ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας;



Αν ναι, η τήρηση της ιεραρχίας των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας σας συμβάλλει:



Εάν όχι, η μη τήρηση της ιεραρχίας των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας σας, ποιο η ποια από τα παρακάτω προβλήματα μπορεί να προκαλεί;

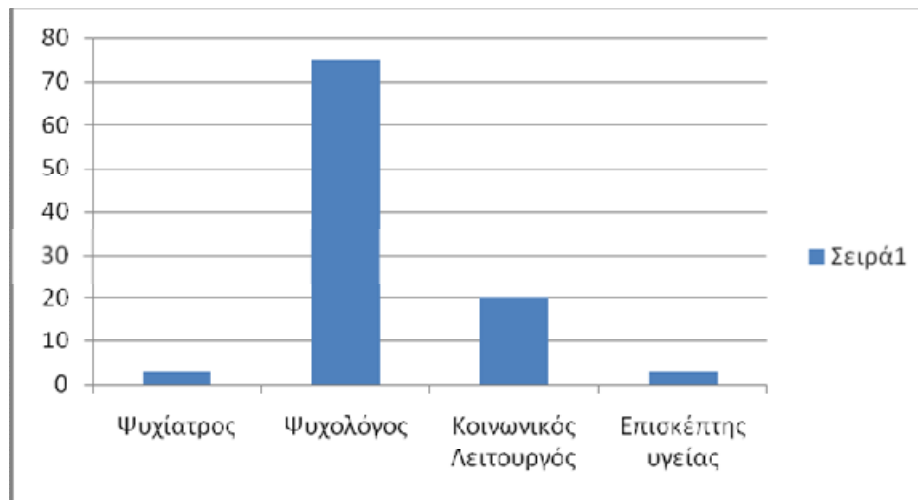


Ιεραρχήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το ένα (1) έως το δέκα (10) (πχ. 1= πρώτη προτεραιότητα, 2= δεύτερη προτεραιότητα κ.ο.κ.) τους επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας, οι οποίοι θα πρέπει να αποτελούν την ιεραρχική οργάνωση των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας.

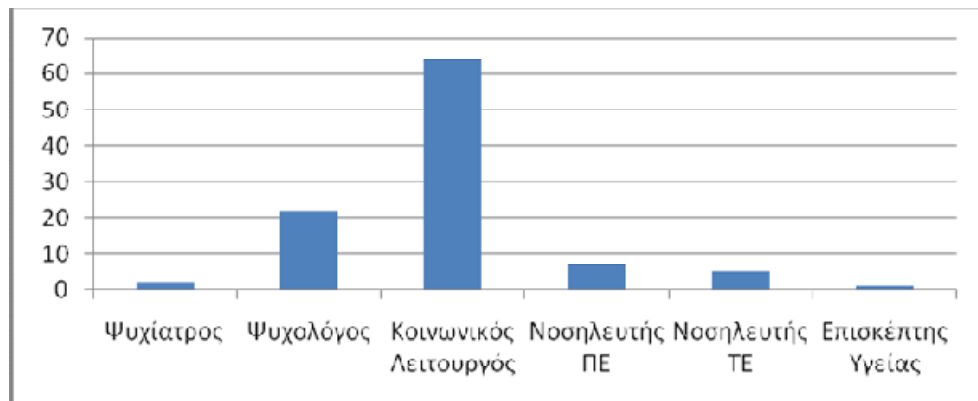
Ψυχίατρος



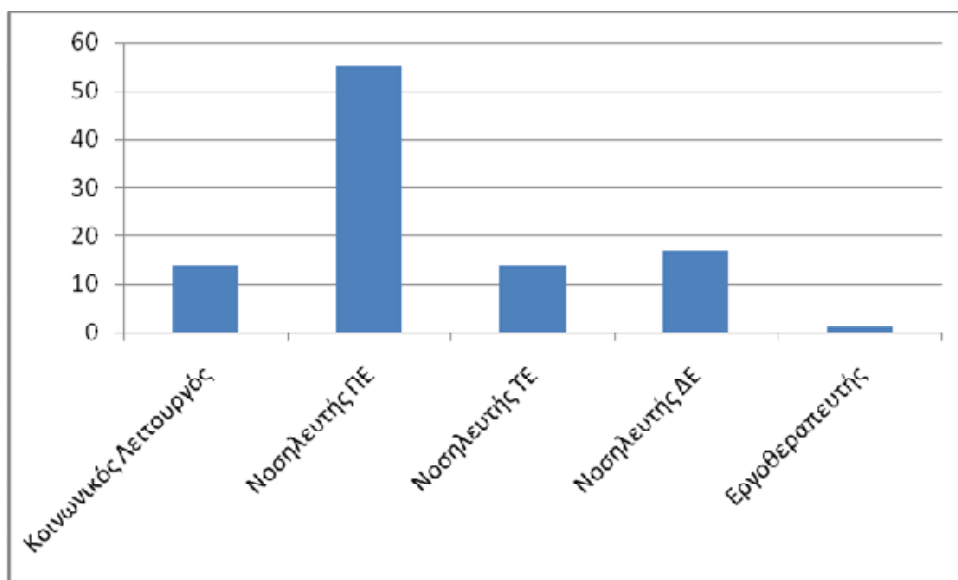
Ψυχολόγος



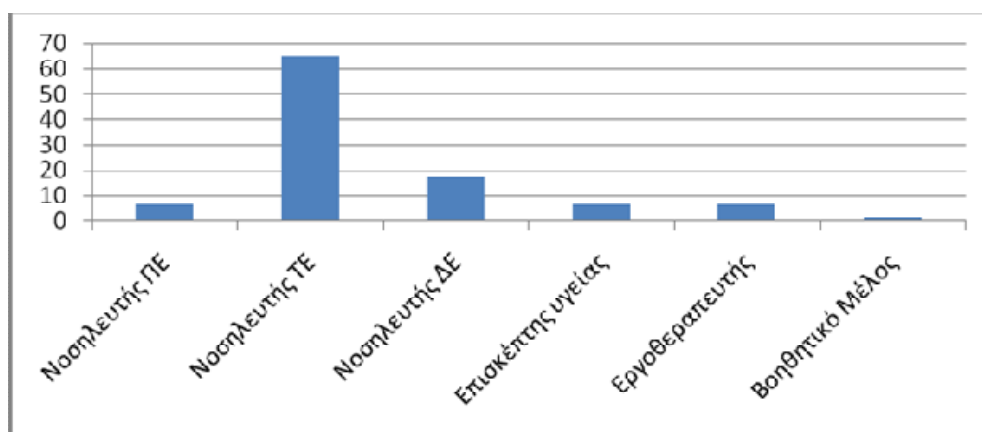
Κοινωνικός Λειτουργός



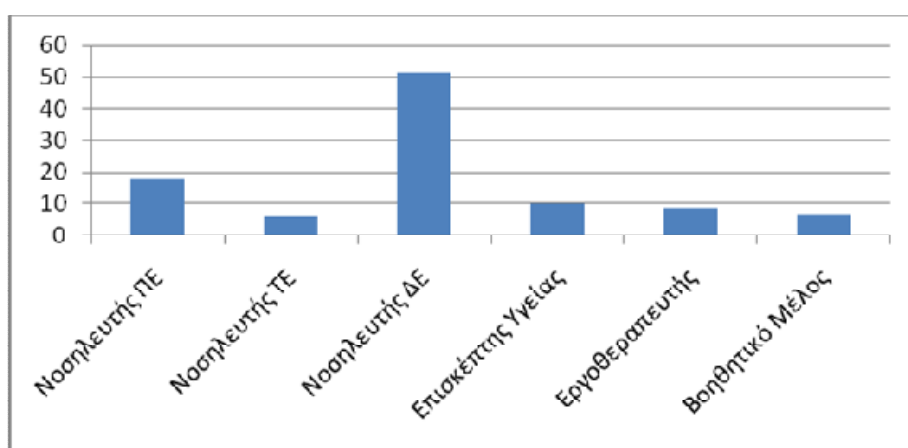
Νοσηλεύτης ΠΕ



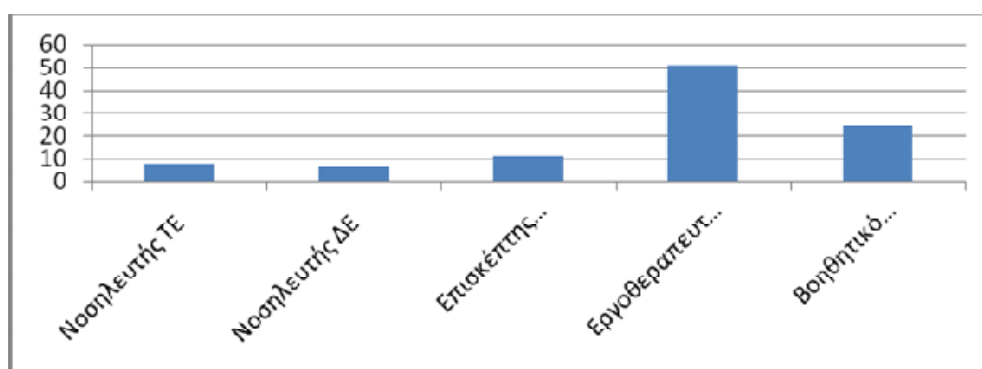
Νοσηλεύτης ΤΕ



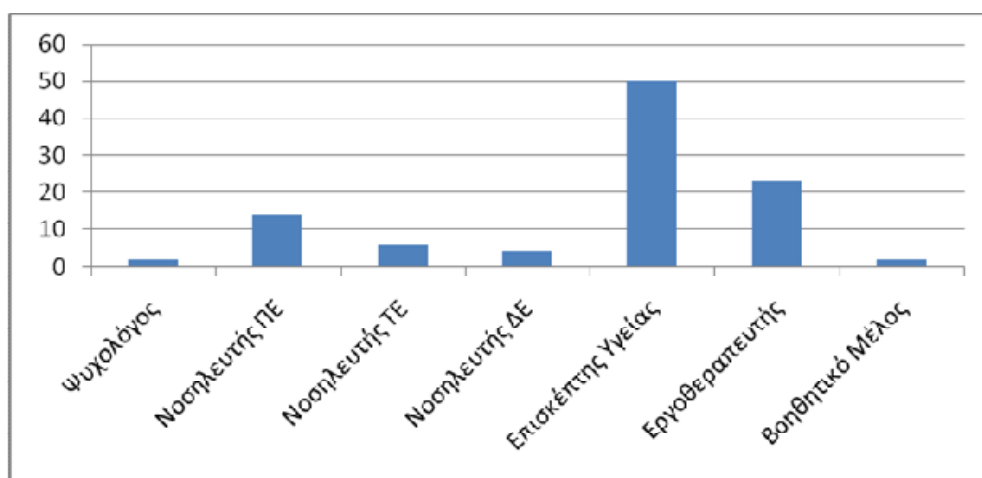
Νοσηλεύτης ΔΕ



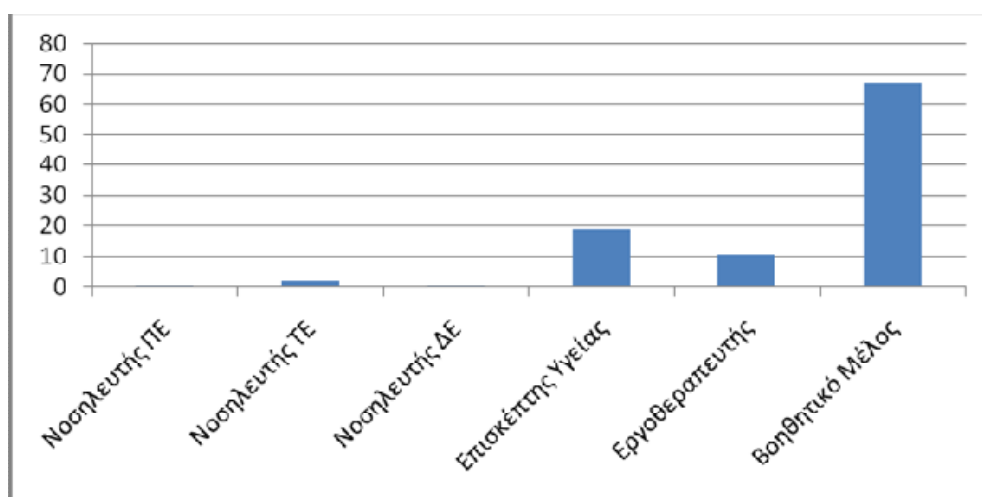
Εργοθεραπευτής



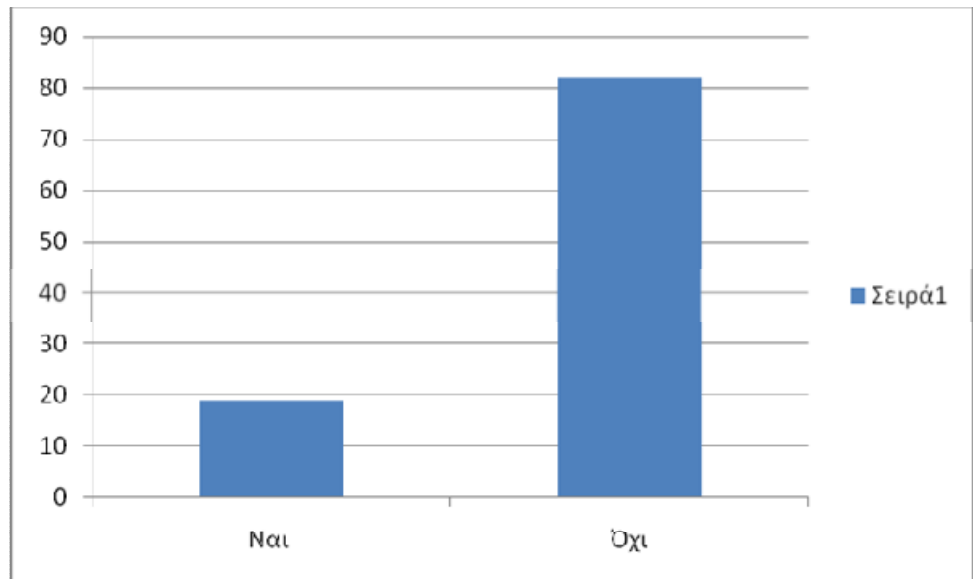
Επισκέπτης υγείας



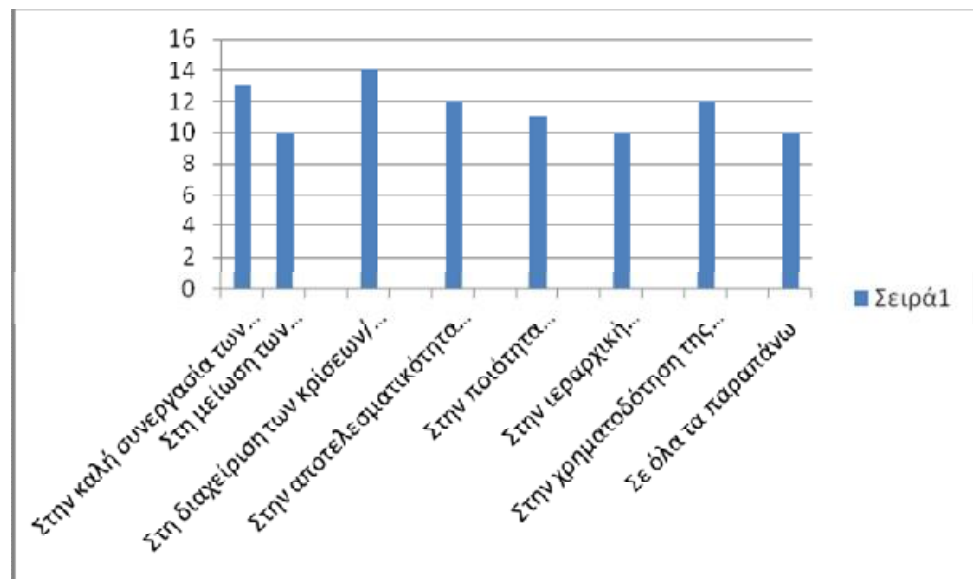
Βοηθητικό Μέλος



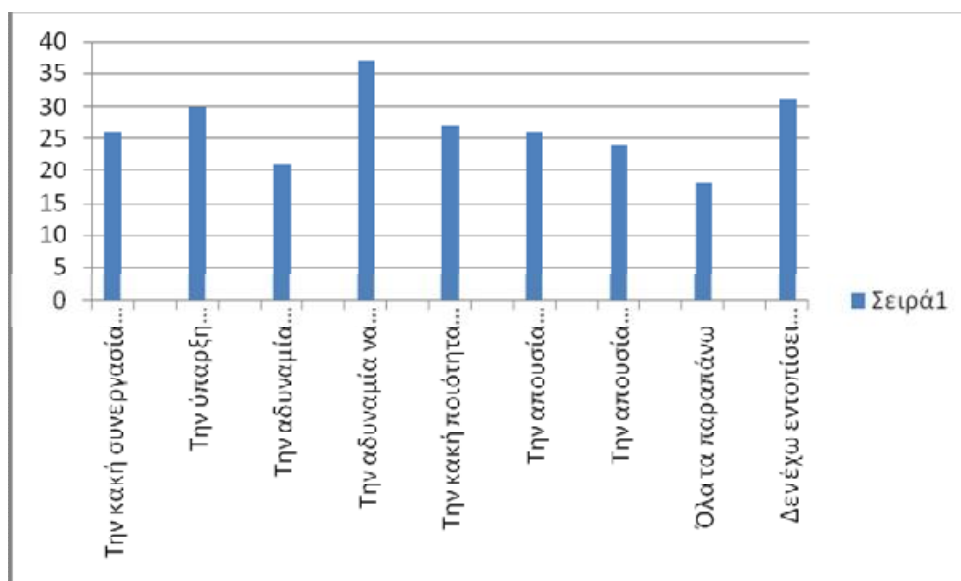
Στην υπηρεσία όπου εργάζεστε, υπάρχει εξωτερικός επόπτης;



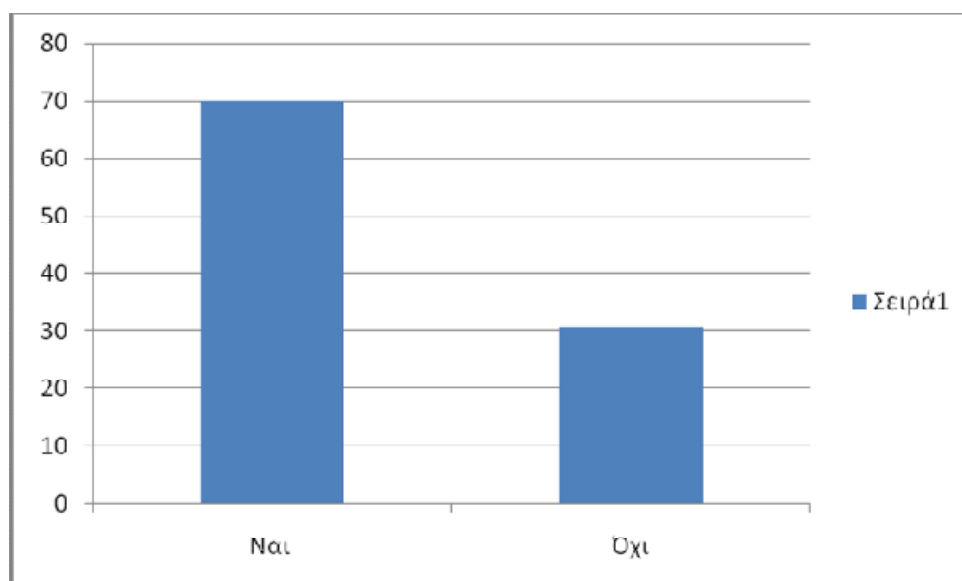
Αν ναι, σε ποιο /ποια από τα παρακάτω πιστεύετε ότι συμβάλλει η ύπαρξη του εξωτερικού επόπτη της υπηρεσίας σας;



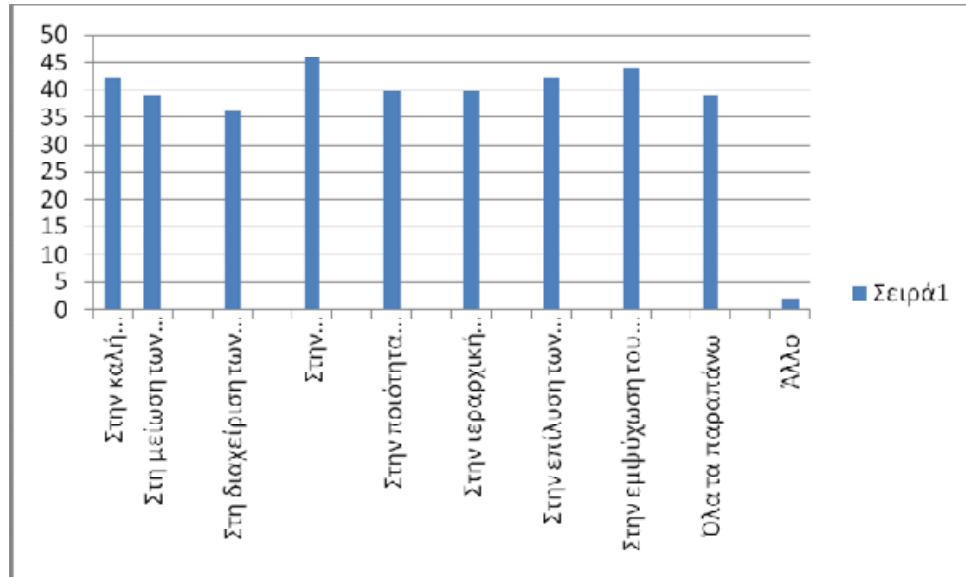
Αν όχι, ποιο/ποια από τα παρακάτω προβλήματα έχετε εντοπίσει από την απουσία του εξωτερικού επόπτη της υπηρεσίας όπου εργάζεστε;



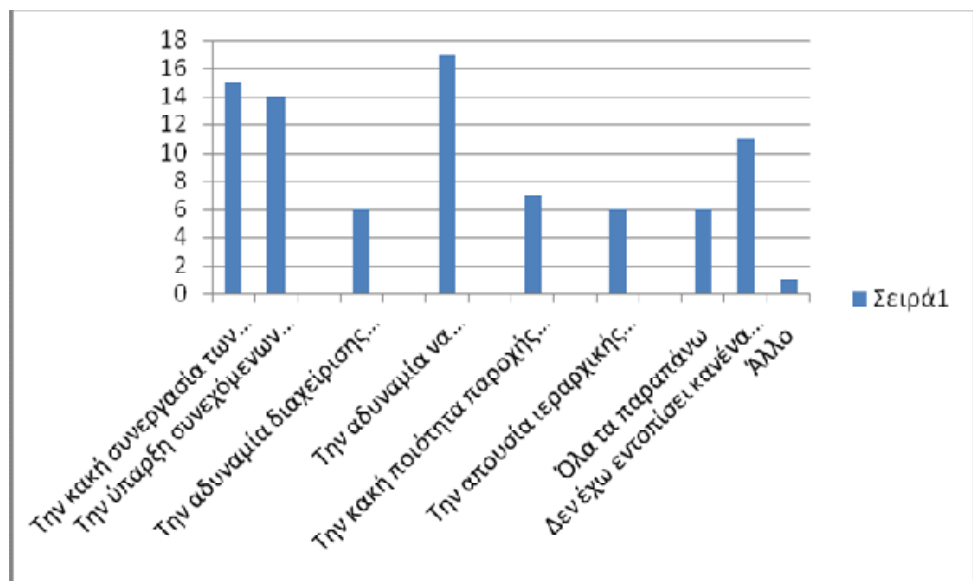
Στην υπηρεσία που εργάζεστε, υπάρχει εσωτερικός επόπτης;



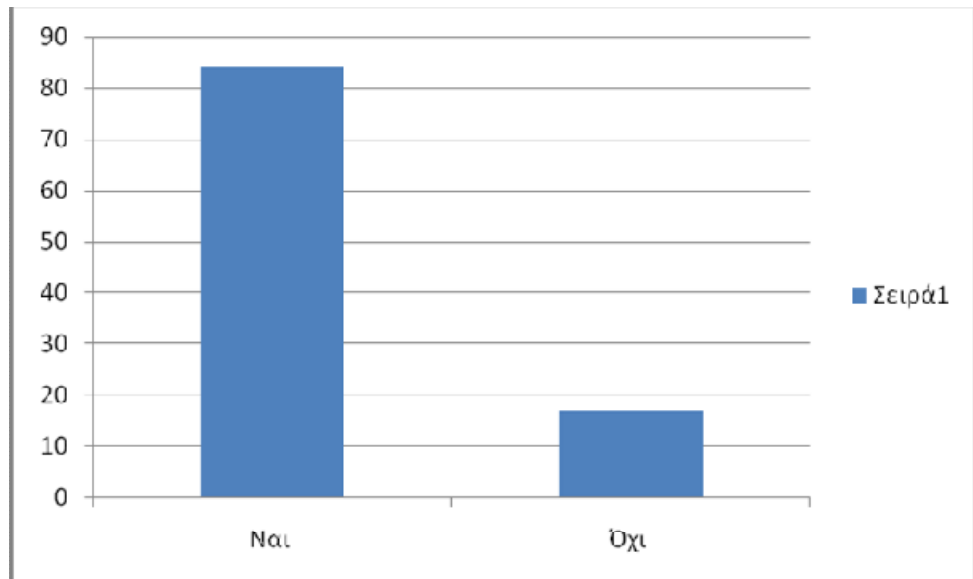
Αν ναι, σε ποιο /ποια από τα παρακάτω πιστεύετε ότι συμβάλλει η ύπαρξη του εσωτερικού επόπτη της υπηρεσίας σας;



Αν όχι, ποιο/ποια από τα παρακάτω προβλήματα έχετε εντοπίσει από την απουσία του εσωτερικού επόπτη της υπηρεσίας όπου εργάζεστε;

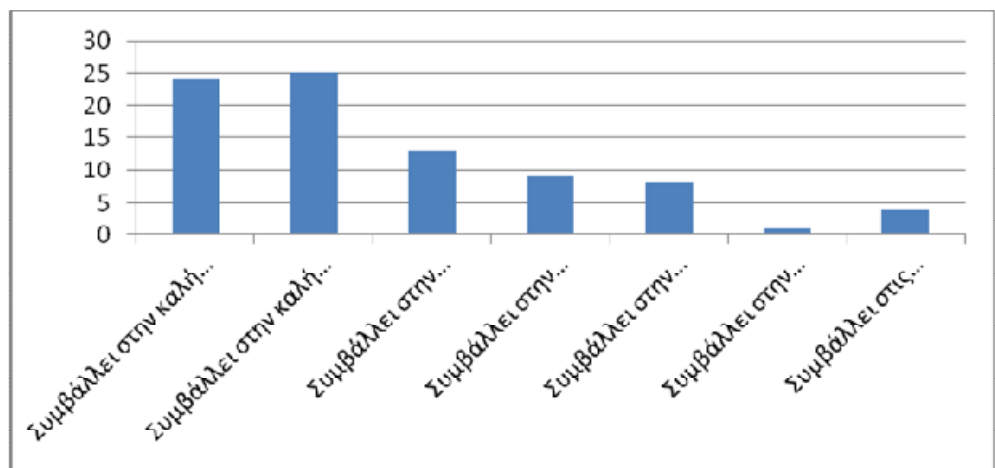


Πιστεύετε ότι είναι αναγκαία η παρουσία και η ύπαρξη του εσωτερικού επόπτη στην υπηρεσία σας;

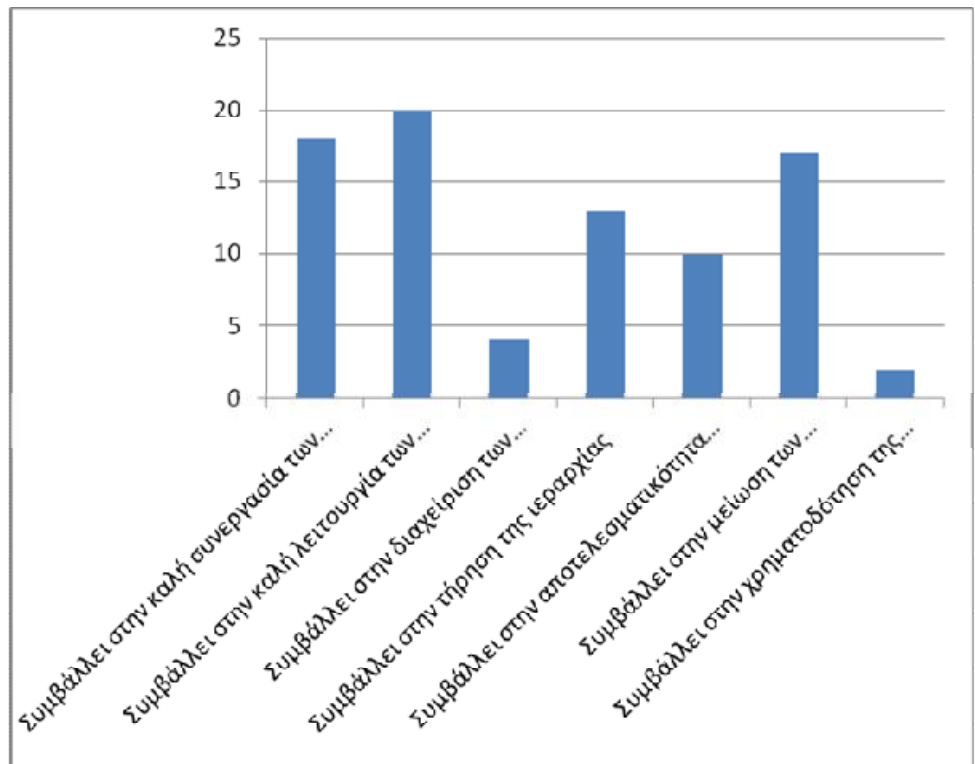


Αν ναι, ιεραρχήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το ένα (1) έως το οκτώ (8) (πχ. 1= πρώτη προτεραιότητα, 2= δεύτερη προτεραιότητα κ.ο.κ.) τους παρακάτω λόγους για τους οποίους θεωρείται αναγκαία την ύπαρξη εσωτερικού επόπτη στην υπηρεσία σας

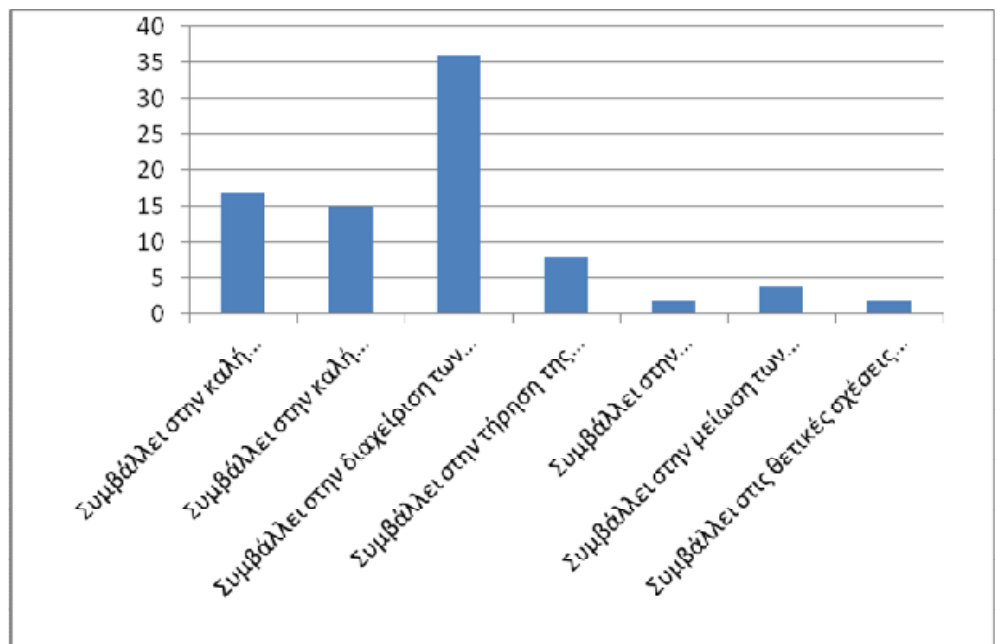
1^η θέση ιεράρχησης



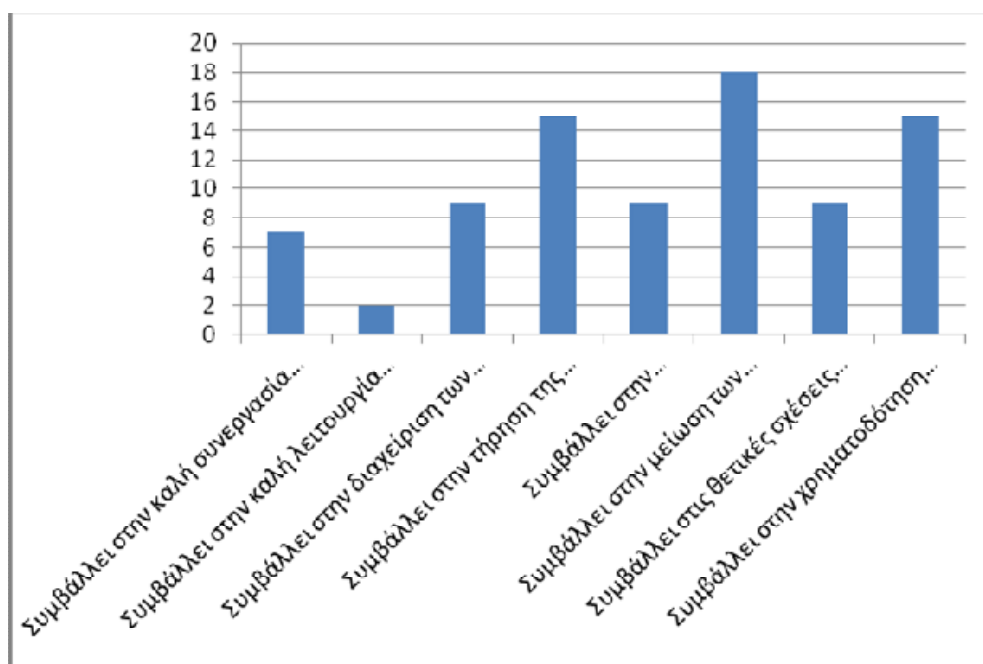
2η θέση ιεράρχησης



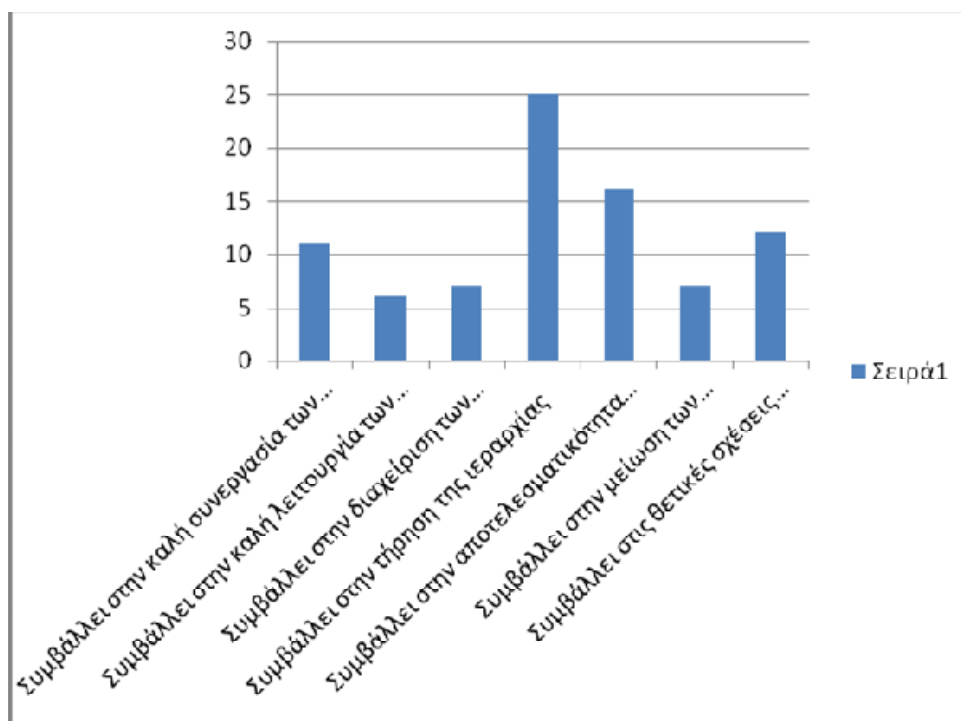
3η θέση ιεράρχησης



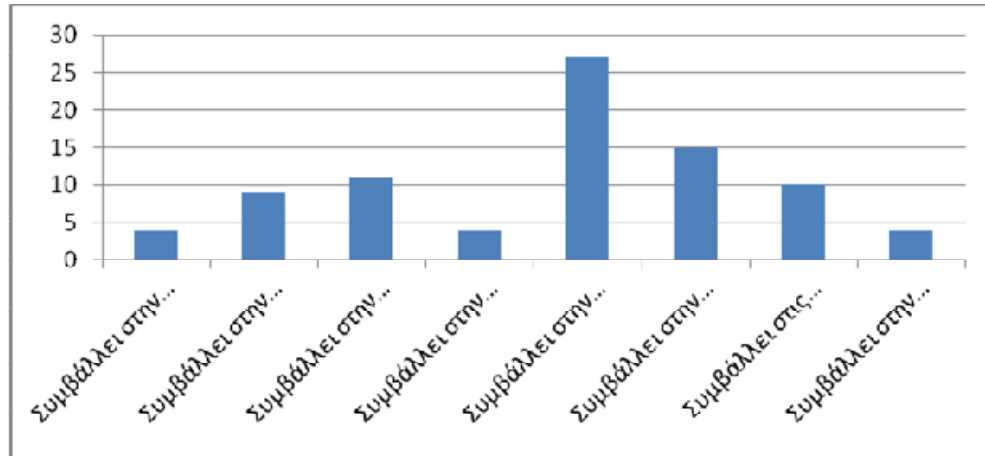
4η θέση ιεράρχησης



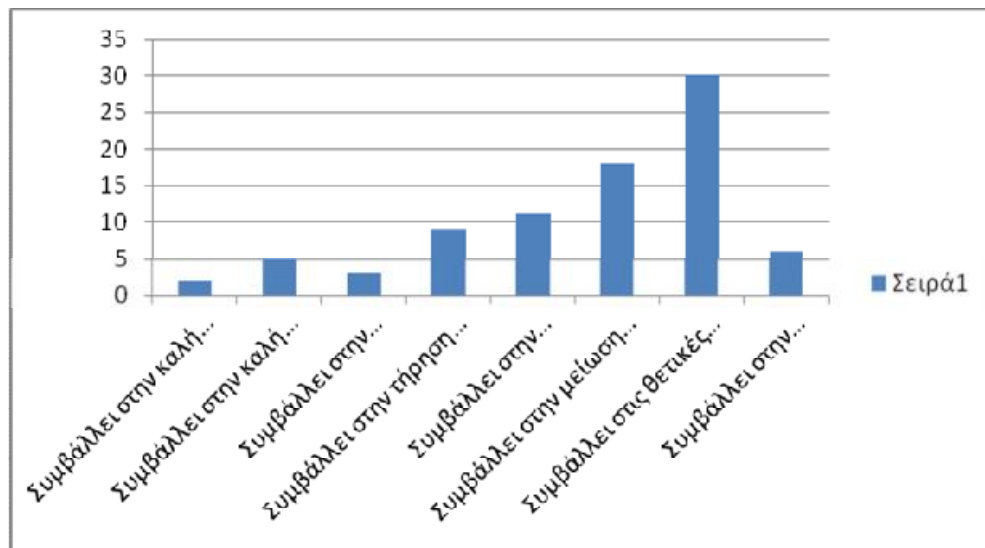
5η θέση ιεράρχησης



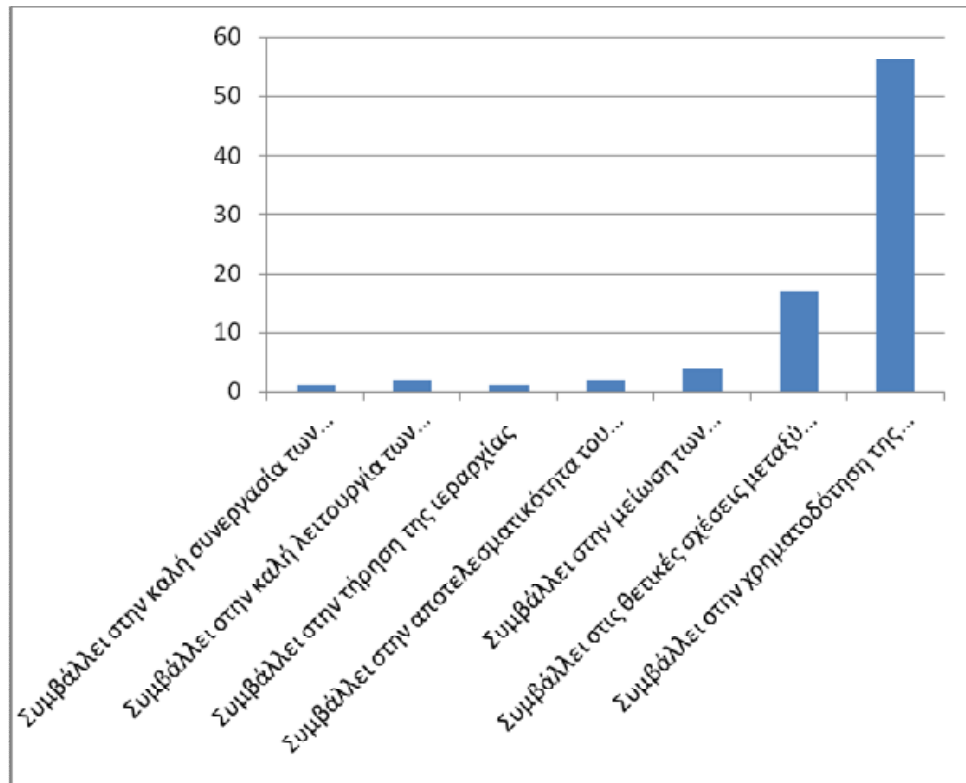
6^η θέση ιεράρχησης



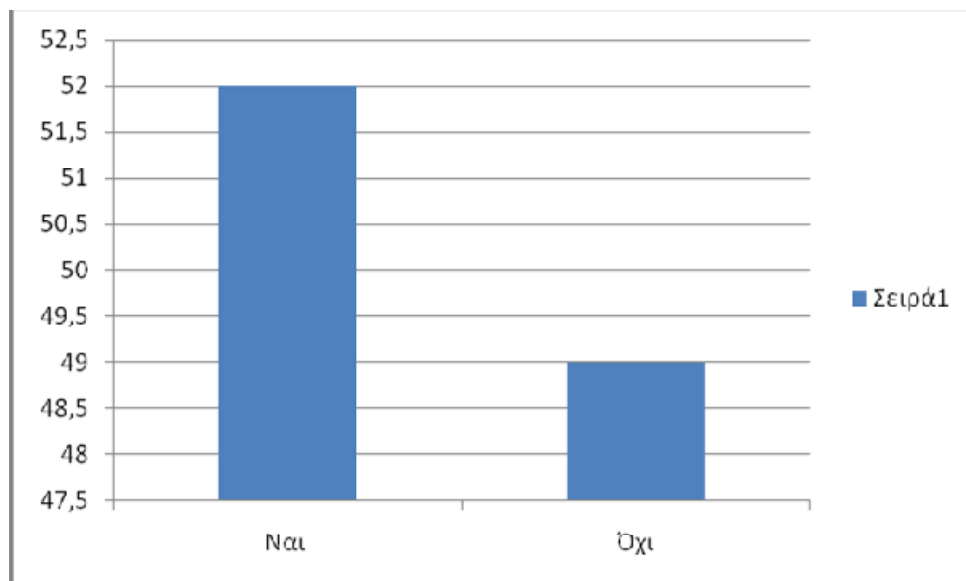
7^η θέση ιεράρχησης



8η θέση ιεράρχησης

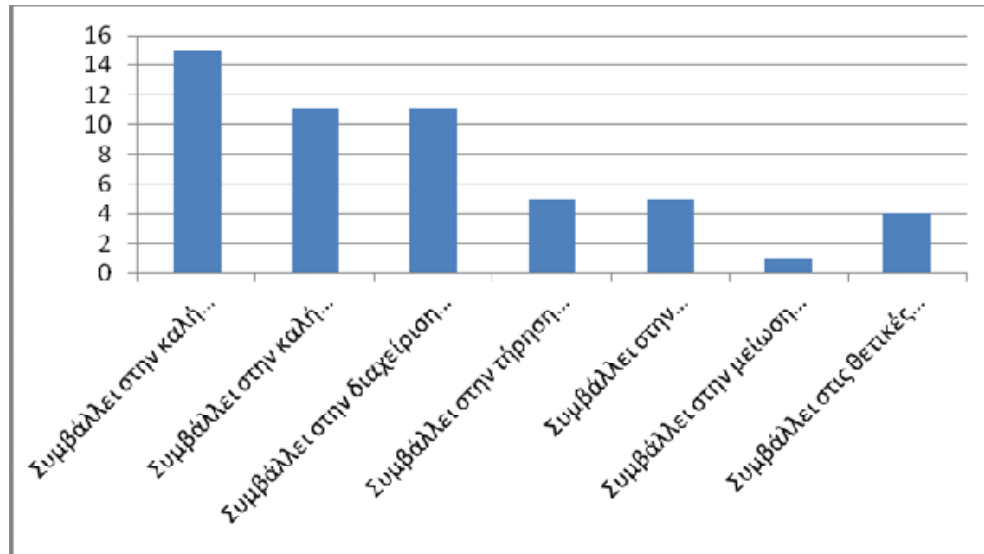


Πιστεύετε ότι είναι αναγκαία η παρουσία και η ύπαρξη του εξωτερικού επόπτη στην υπηρεσία σας;

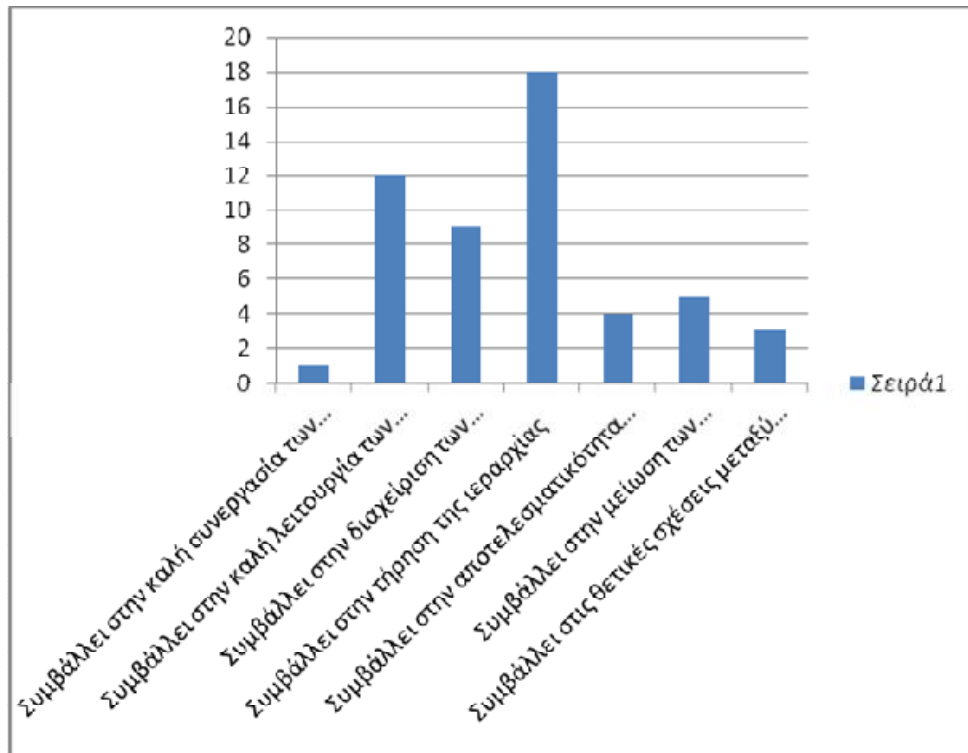


Αν ναι, ιεραρχήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το ένα (1) έως το οκτώ (8) (πχ. 1= πρώτη προτεραιότητα, 2= δεύτερη προτεραιότητα κ.ο.κ.) τους παρακάτω λόγους για τους οποίους θεωρείται αναγκαία την ύπαρξη εξωτερικού επόπτη στην υπηρεσία σας

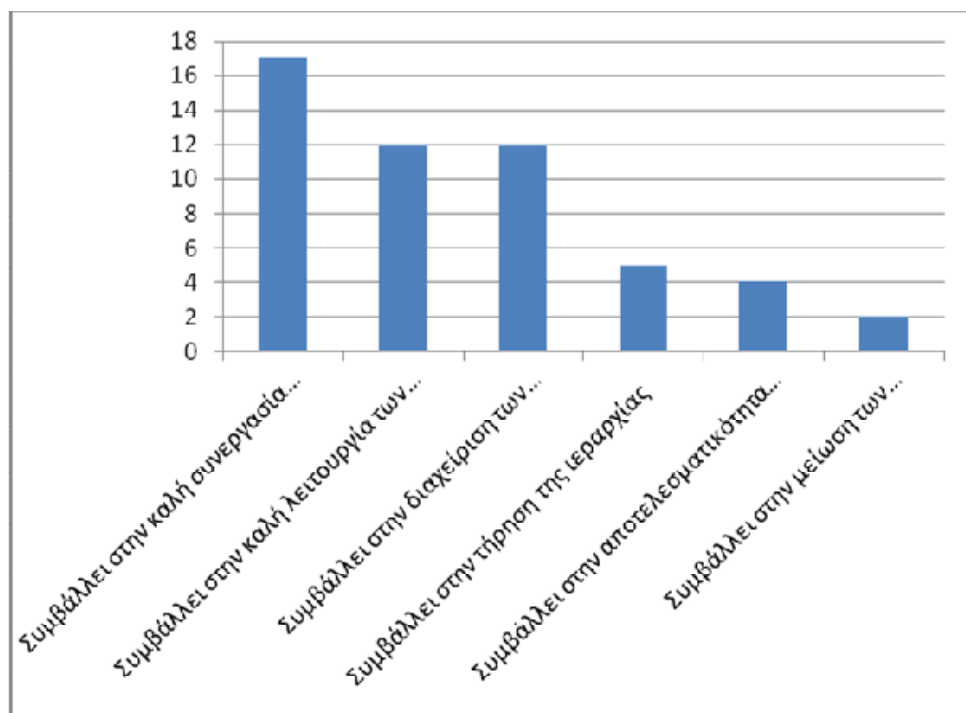
1^η θέση ιεράρχησης



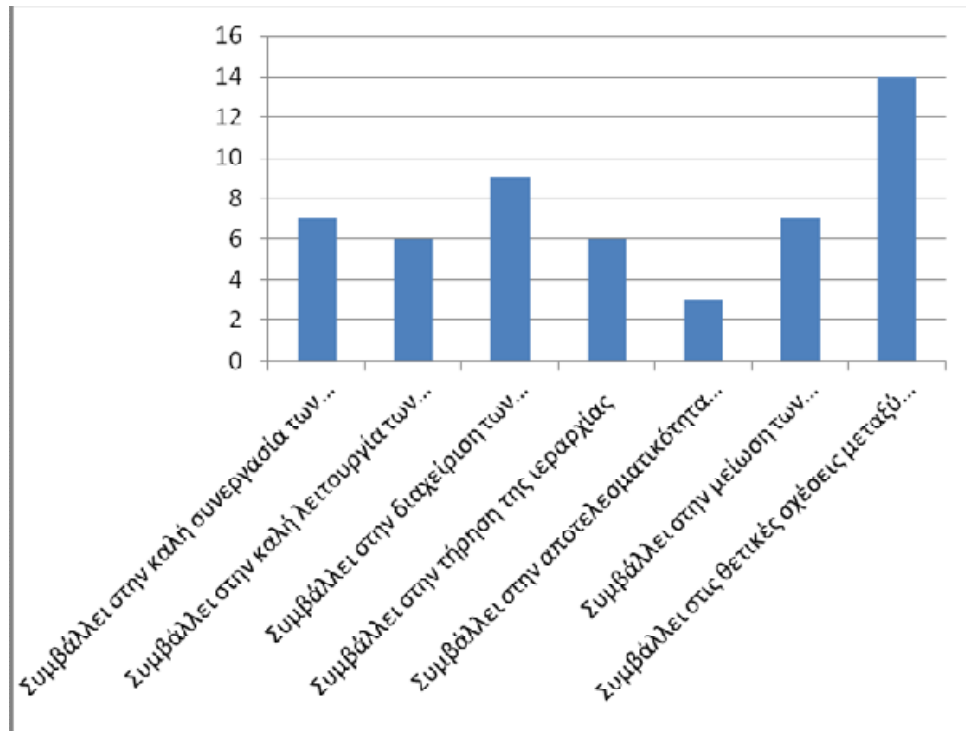
2^η θέση ιεράρχησης



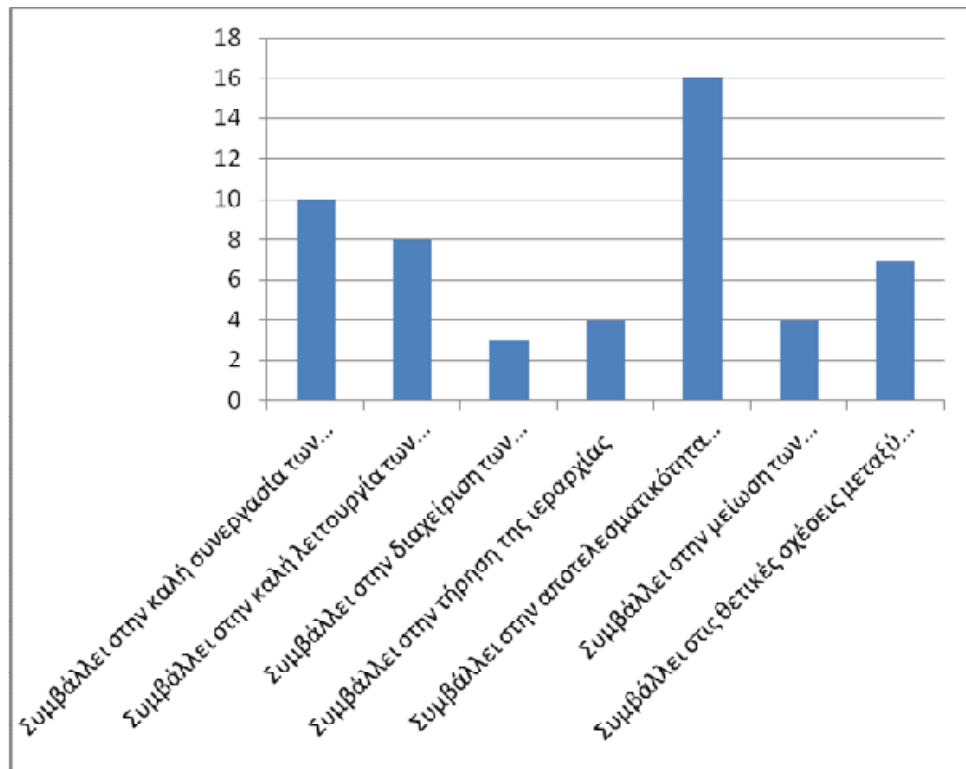
3^η θέση ιεράρχησης



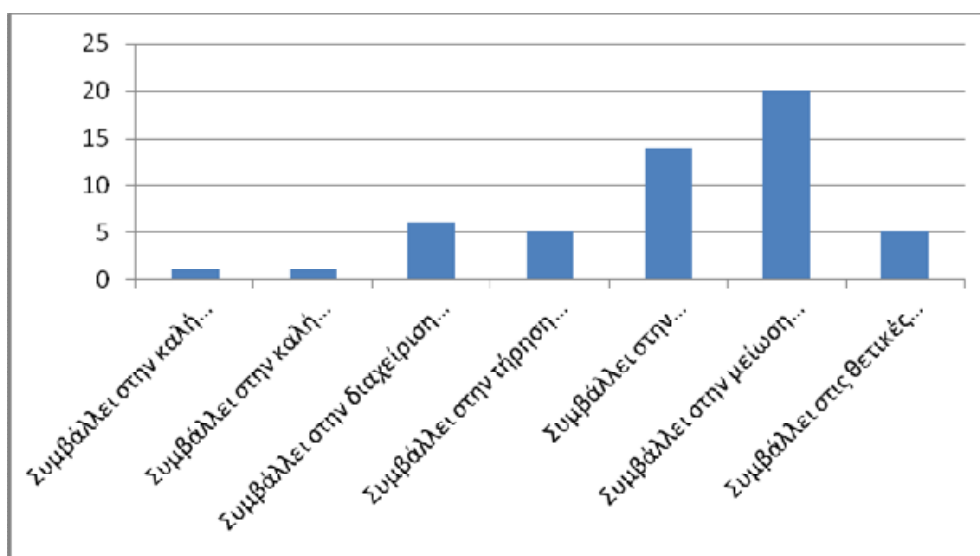
4^η θέση ιεράρχησης



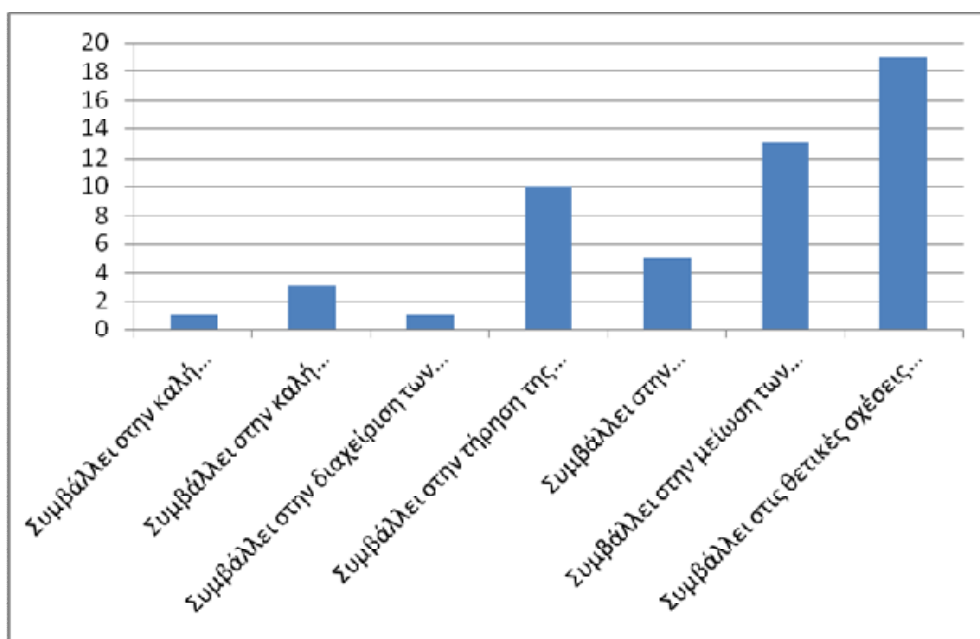
5^η θέση ιεράρχησης



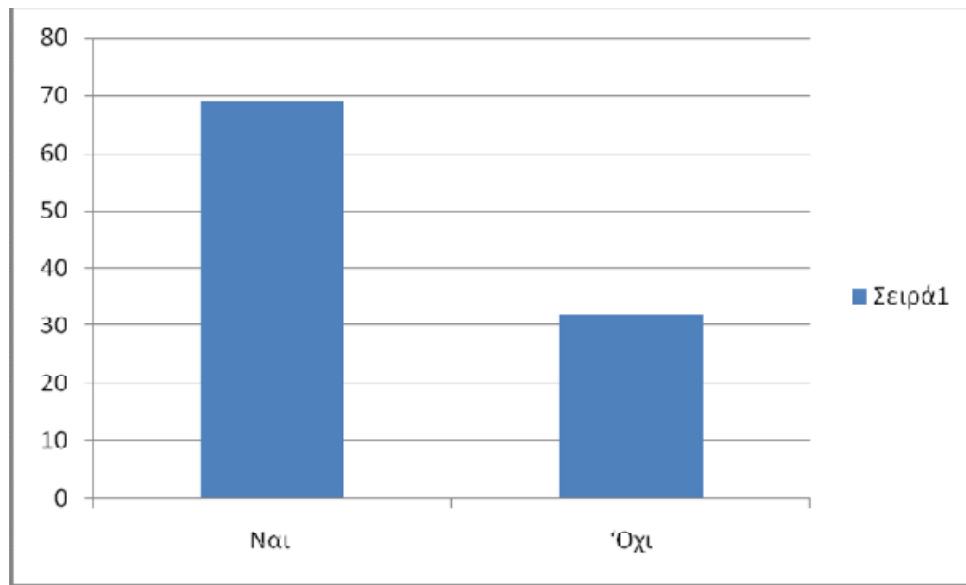
6^η θέση ιεράρχησης



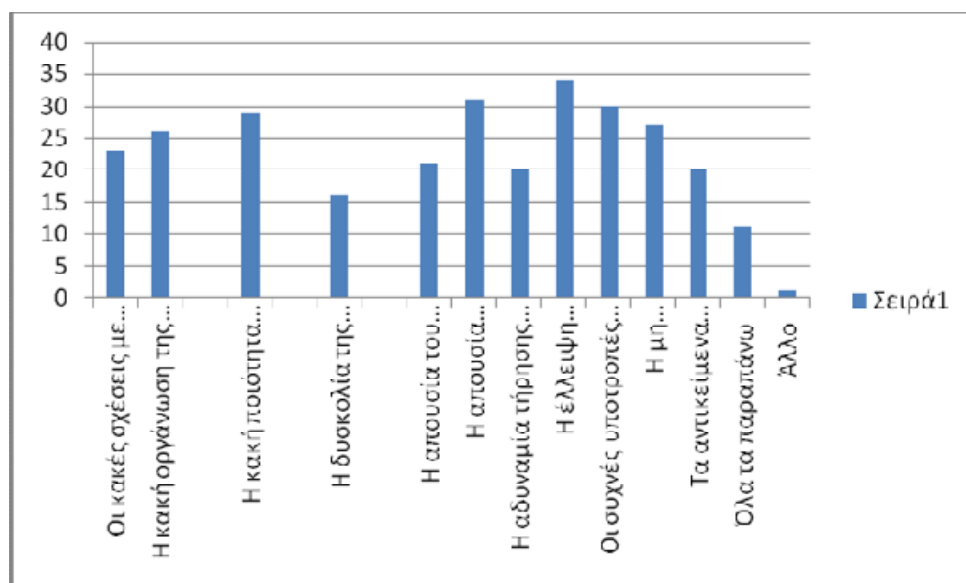
7^η θέση ιεράρχησης



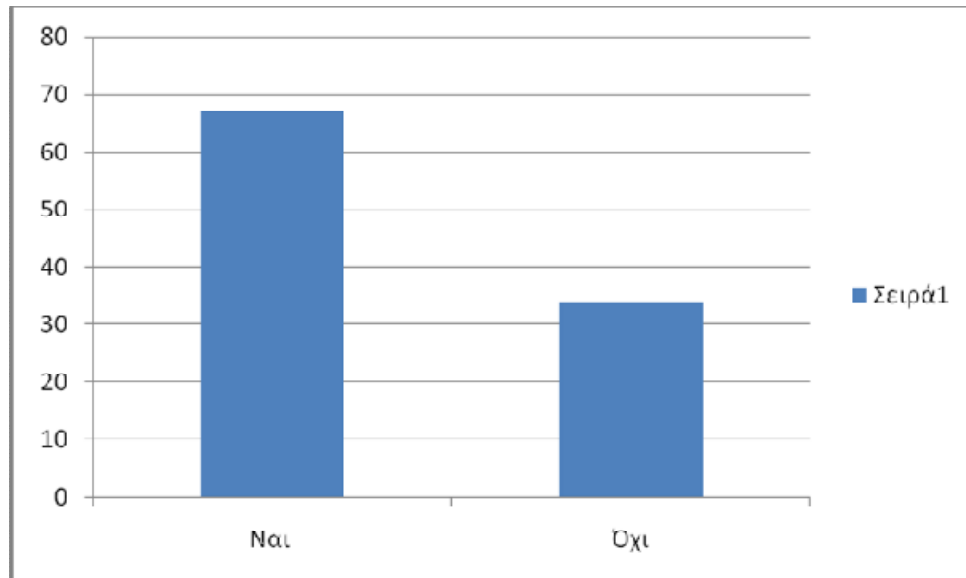
Έχετε αισθανθεί ποτέ κουρασμένοι να συνεχίσετε το θεραπευτικό σας έργο με τους



Αν ναι, ποιος η ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες σας έχουν οδηγήσει κατά τη γνώμη σας, στην κατάσταση αυτή;

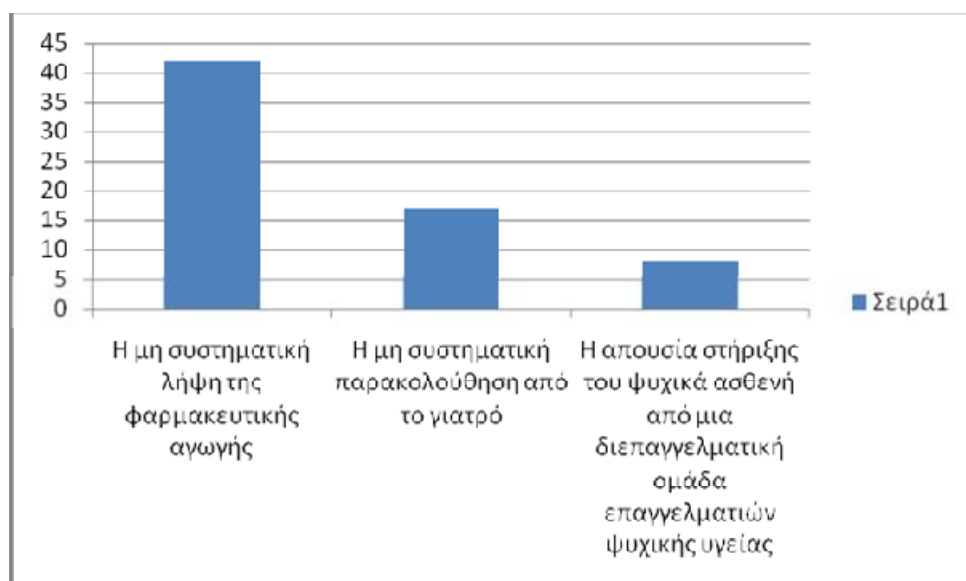


Πιστεύετε ότι ο ψυχικά ασθενής μπορεί να χαρακτηριστεί ως επικίνδυνος σε σχέση με τον εαυτό του και τους άλλους;

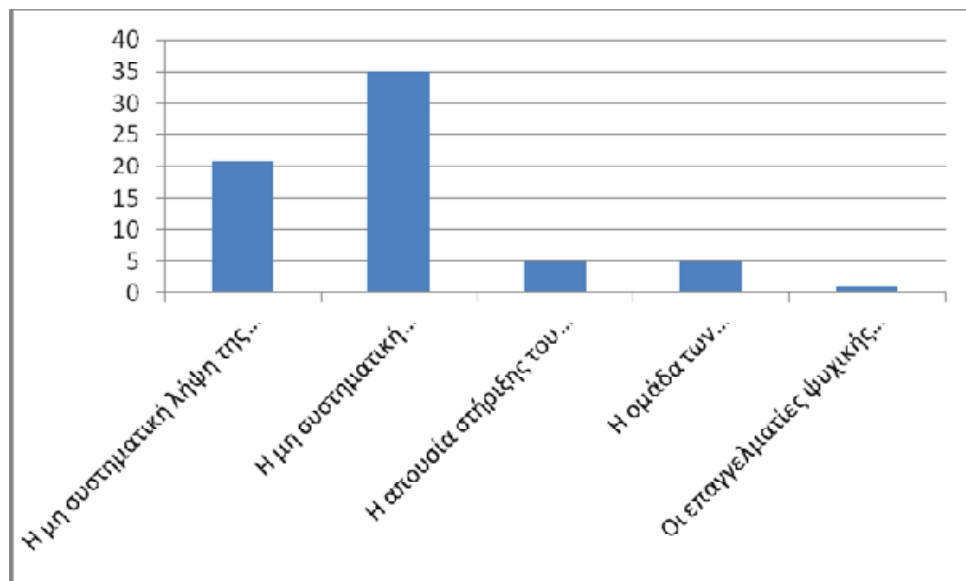


Αν ναι, ιεραρχήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το ένα (1) έως το επτά (7) τους παρακάτω παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή;

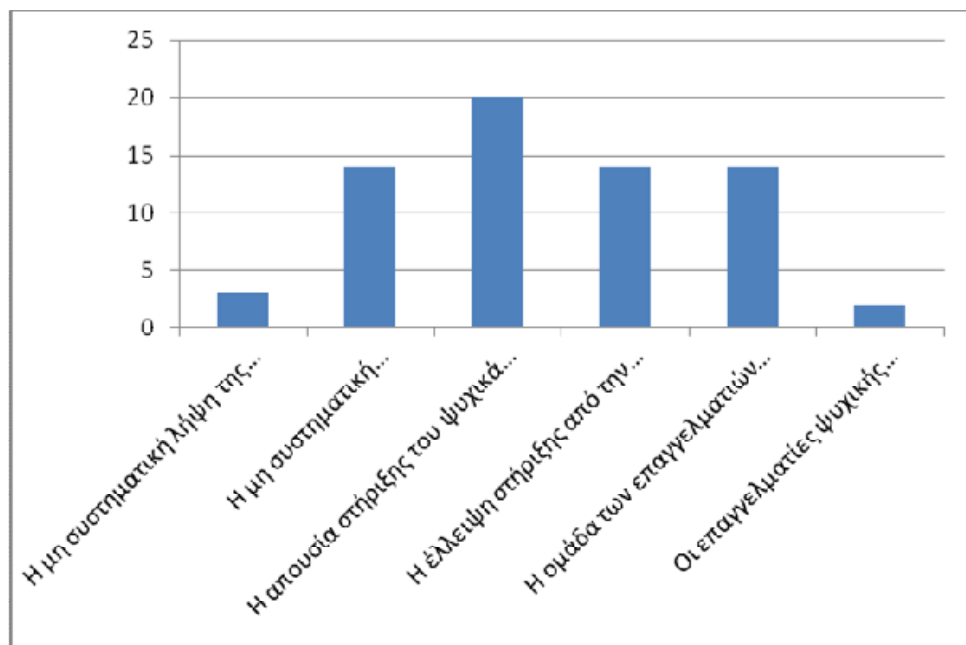
1^η θέση ιεράρχησης



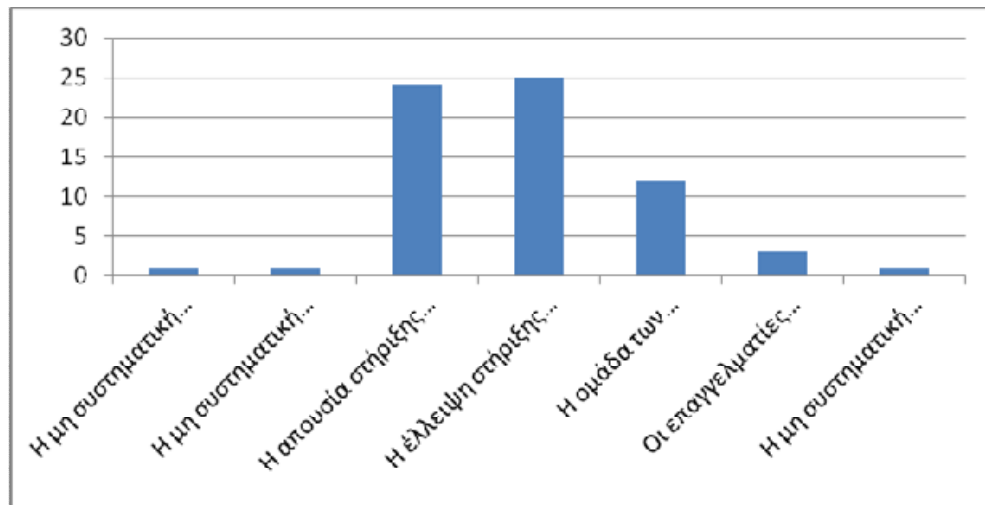
2^η θέση ιεράρχησης



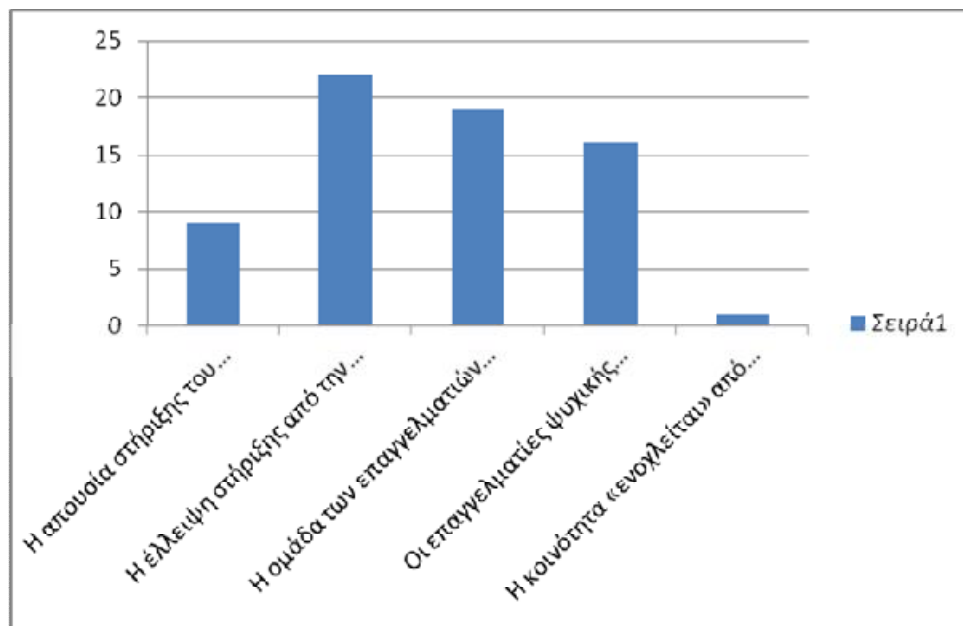
3^η θέση ιεράρχησης



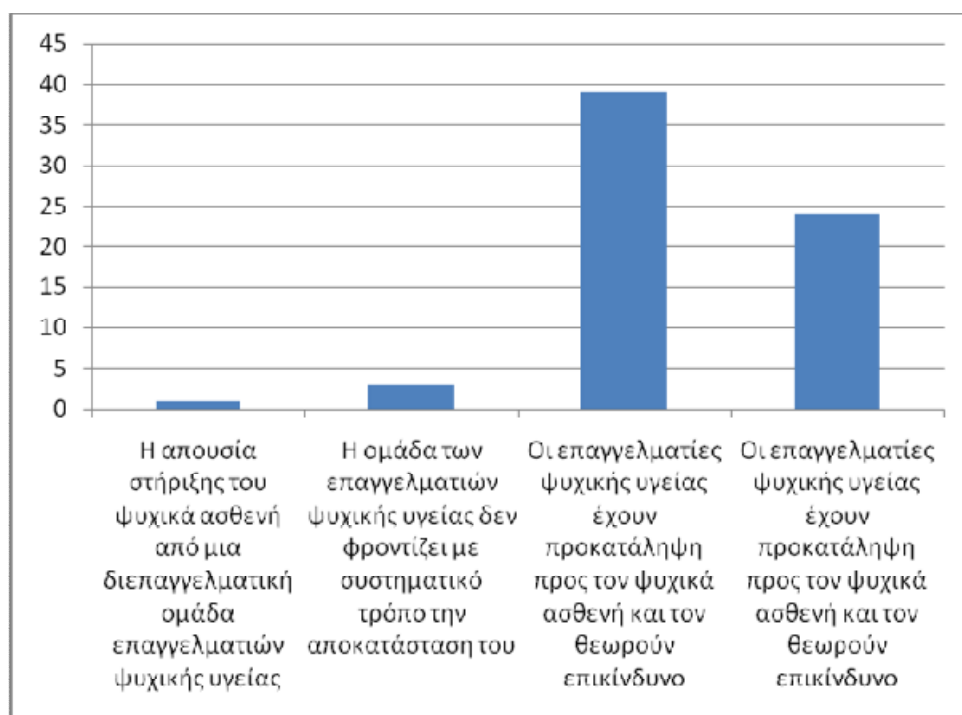
4^η θέση ιεράρχησης



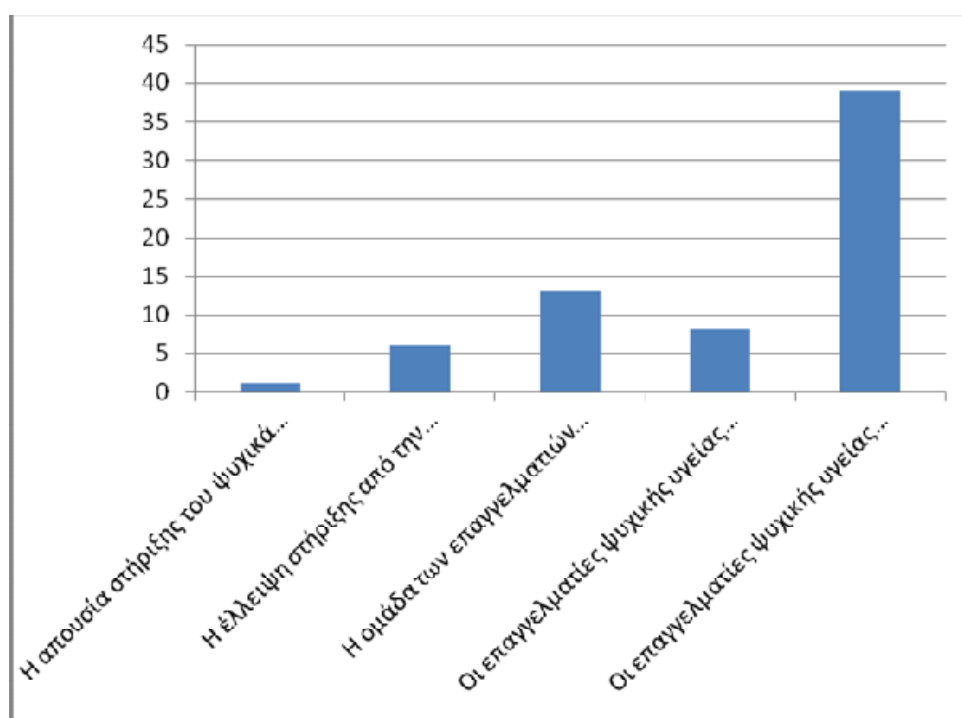
5^η θέση ιεράρχησης



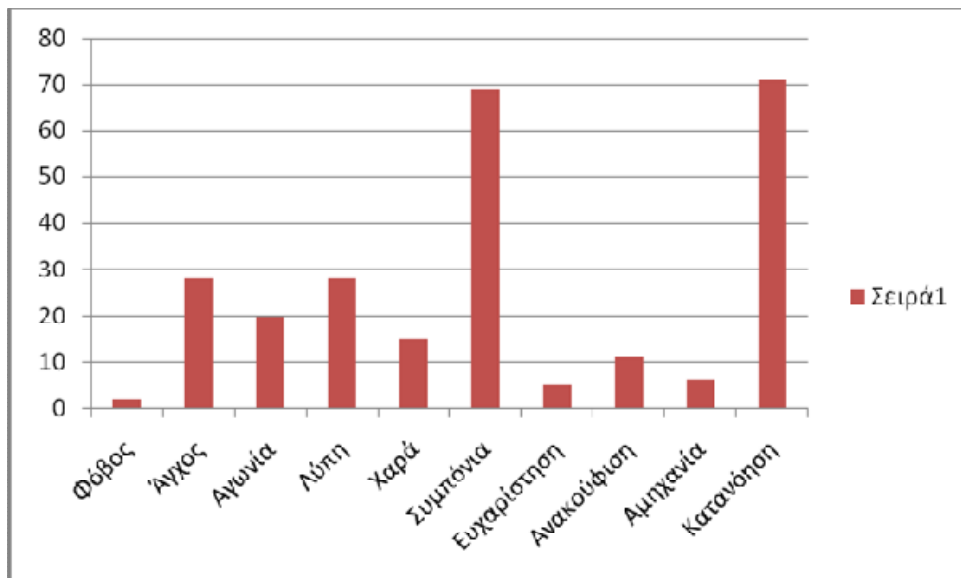
6^η θέση ιεράρχησης



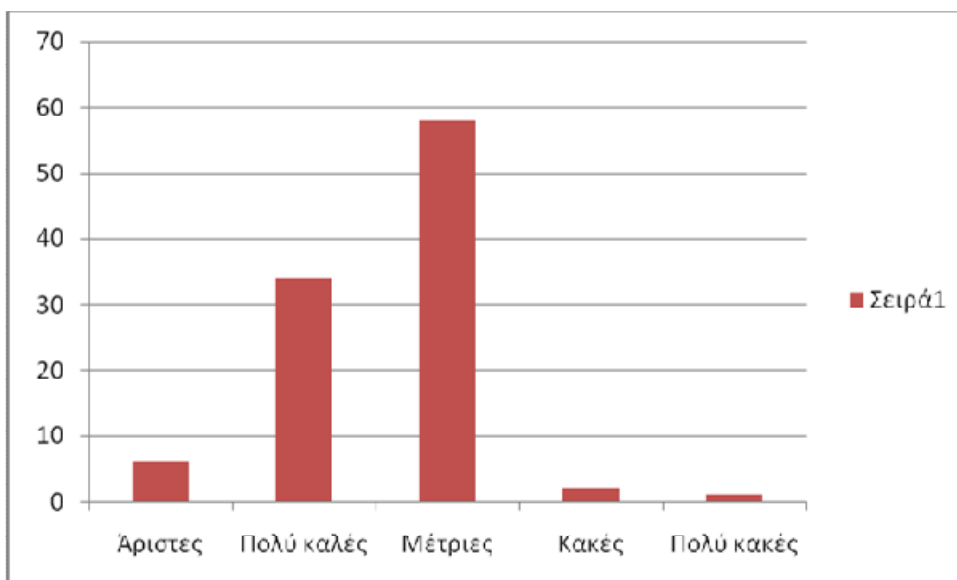
7^η θέση ιεράρχησης



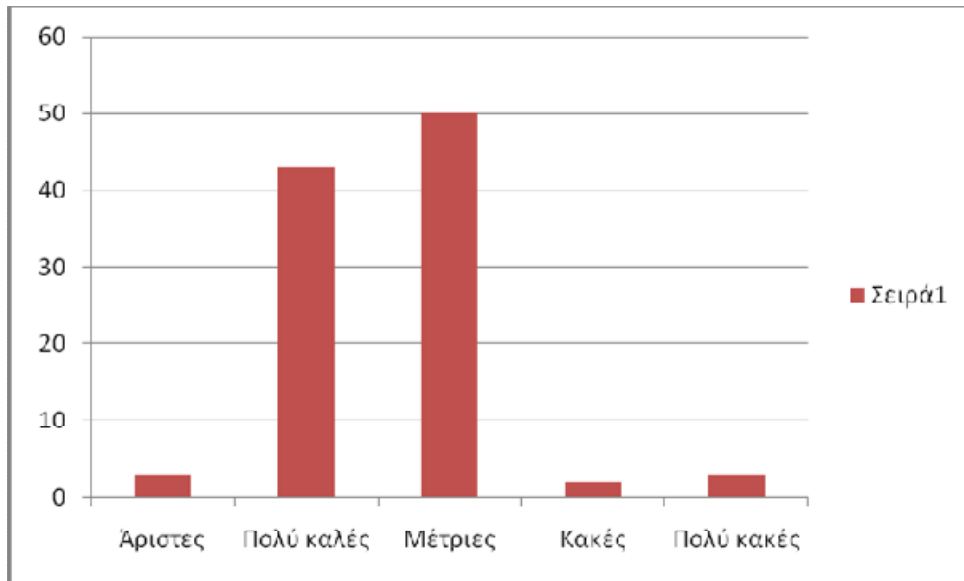
Σημειώστε με «x» τα παρακάτω συναισθήματα που αισθάνεστε απέναντι στον ψυχικά ασθενή κατά τη διάρκεια μιας θεραπευτικής συνεδρίας μαζί του.



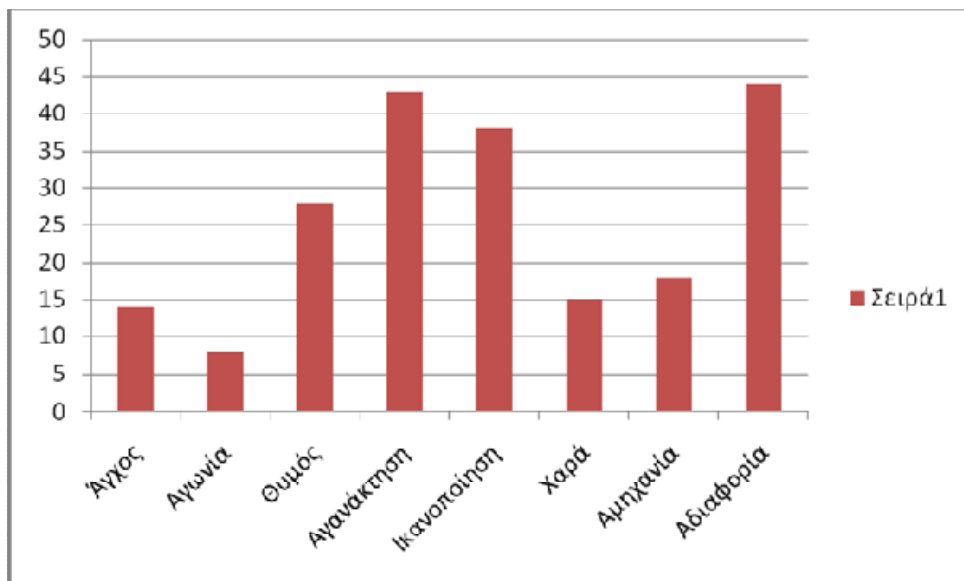
Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας με τους ψυχικά ασθενείς;



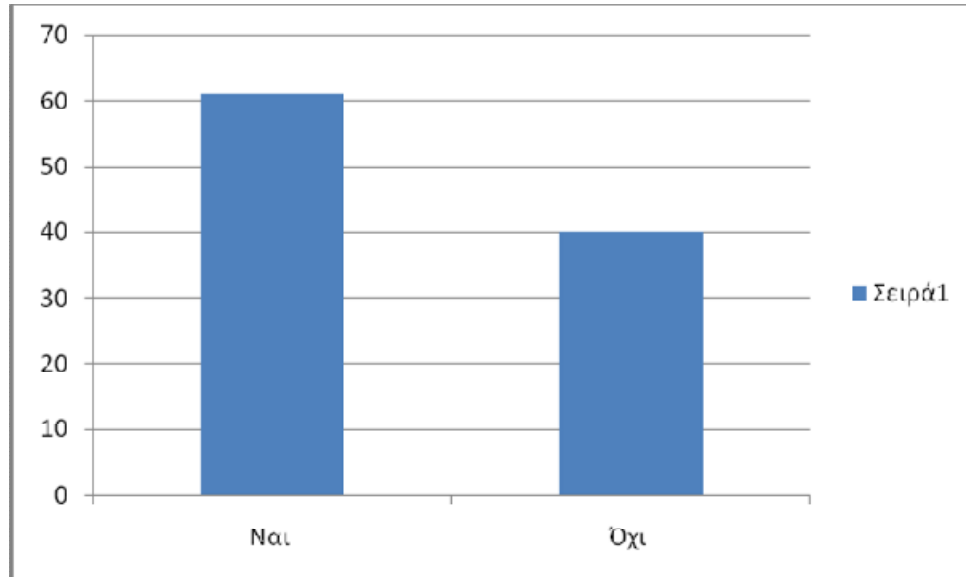
Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας μεταξύ τους;



Σημειώστε με «x» τα παρακάτω συναισθήματα που αισθάνεστε κατά τη συνεργασία σας με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας σας;



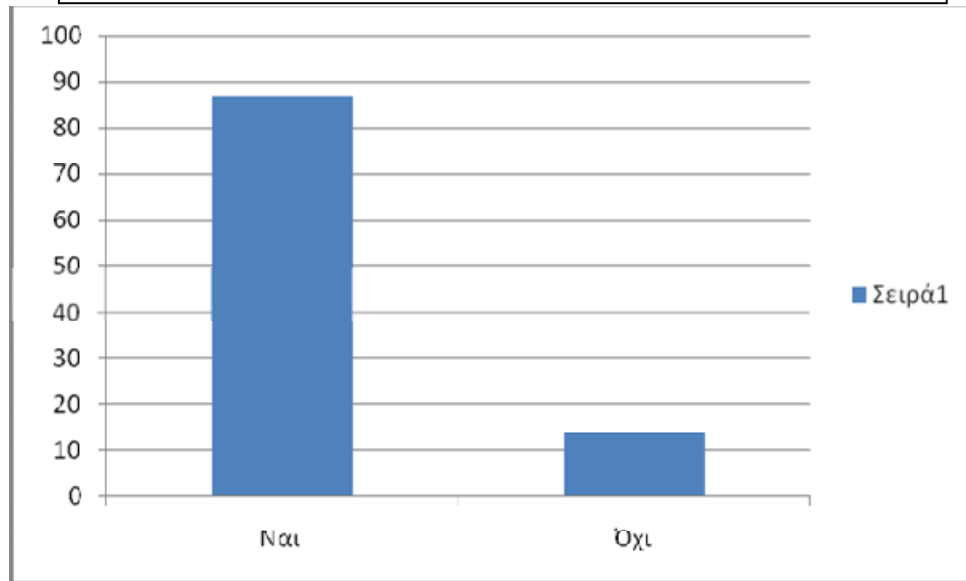
**Πιστεύετε ότι στην υπηρεσία όπου εργάζεστε έχετε ένα
ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο;**



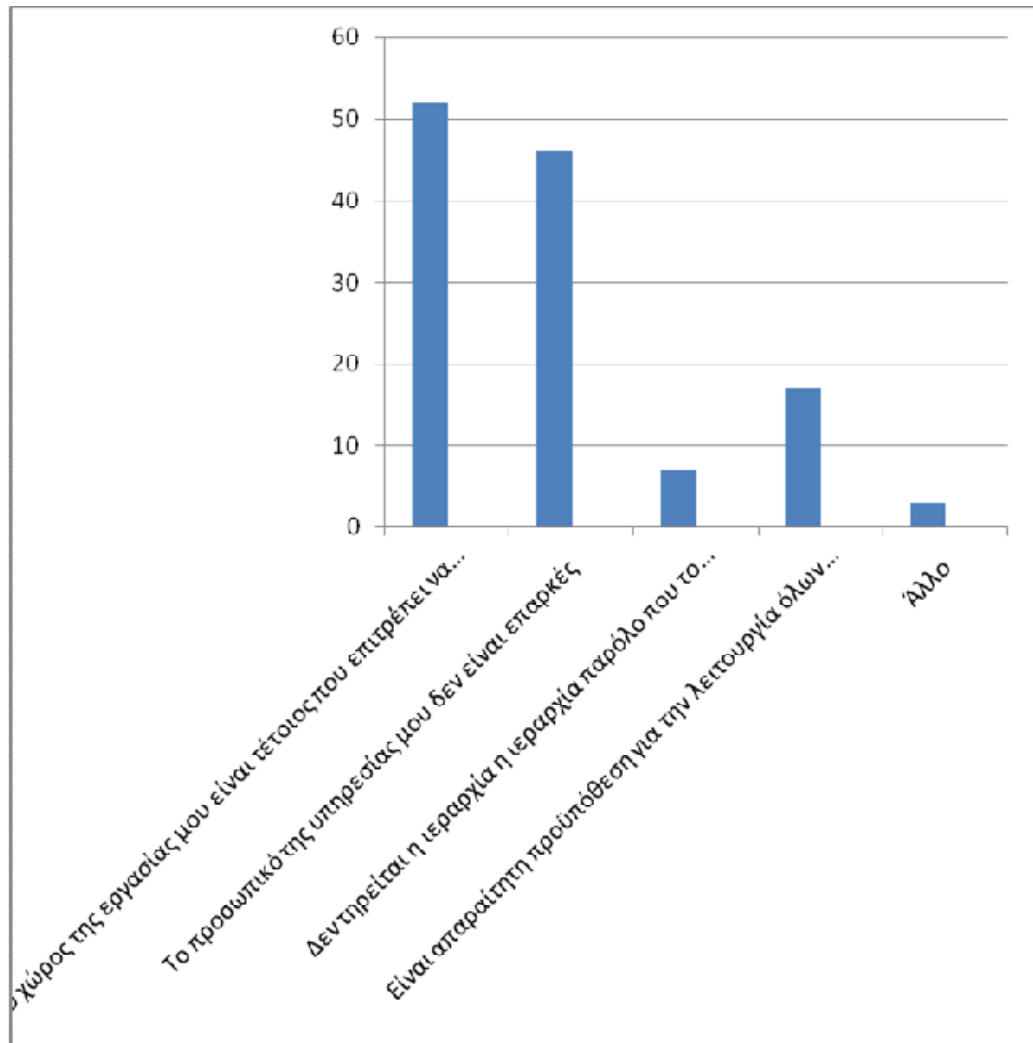
**Αν όχι, για ποιον /ποιους από τους παρακάτω λόγους
πιστεύετε ότι δεν έχετε έναν ξεκάθαρο επαγγελματικό**



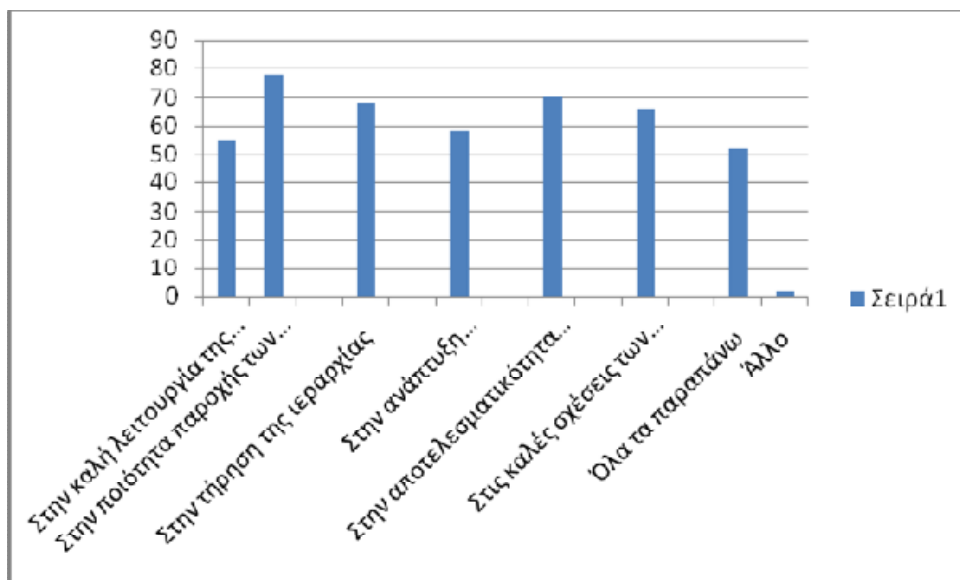
Στην υπηρεσία όπου εργάζεστε, έχει χρειαστεί το προσωπικό(Δ.Ο)
να λειτουργήσει με συμπληρωματικούς (πολυδύναμους ρόλους);



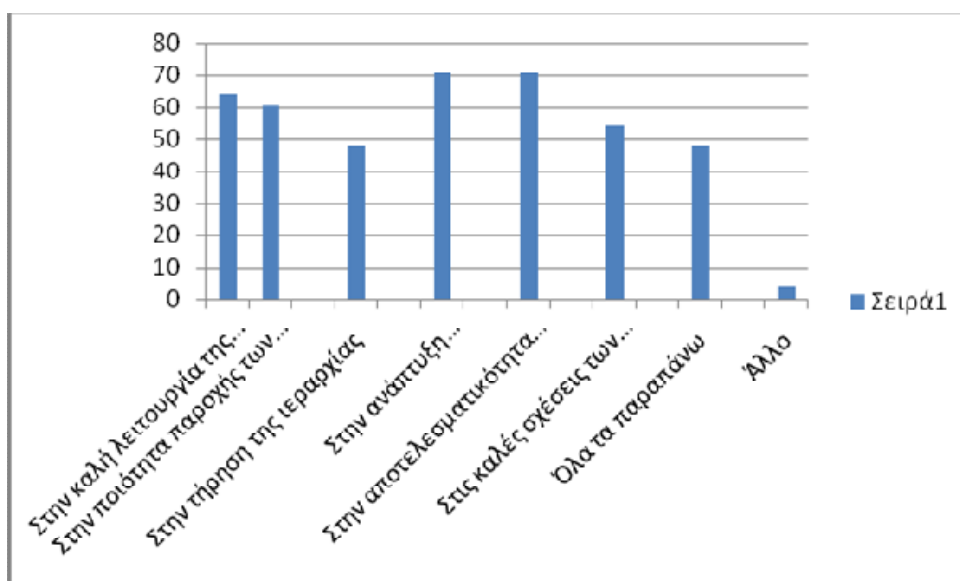
**Αν ναι, για ποιον/ποιους από τους παρακάτω λόγους έχει
χρειαστεί να συμβεί αυτό;**



Κατά τη γνώμη σας, η λειτουργία των ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων συμβάλλει:

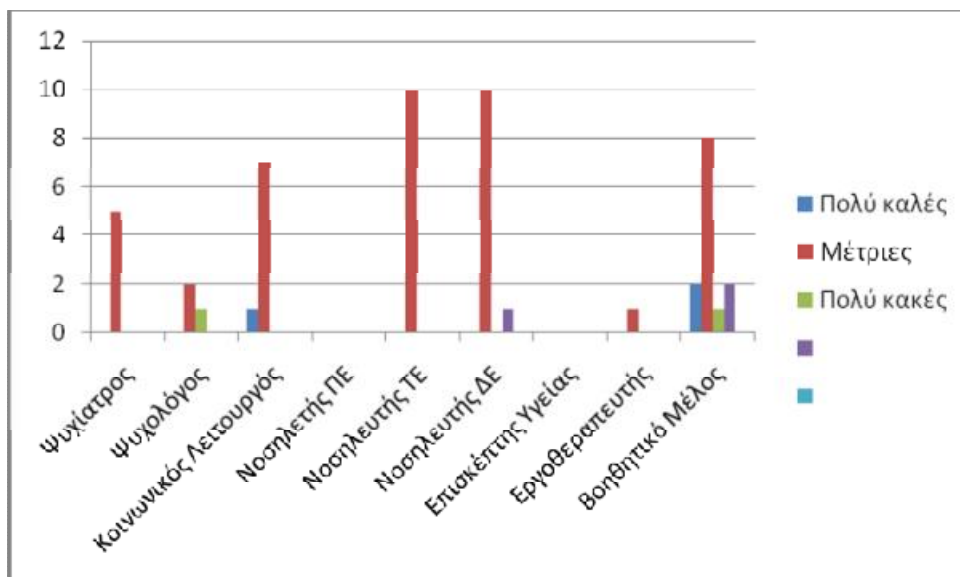


Κατά τη γνώμη σας, η λειτουργία των συμπληρωματικών (πολυδύναμων) ρόλων συμβάλλει:

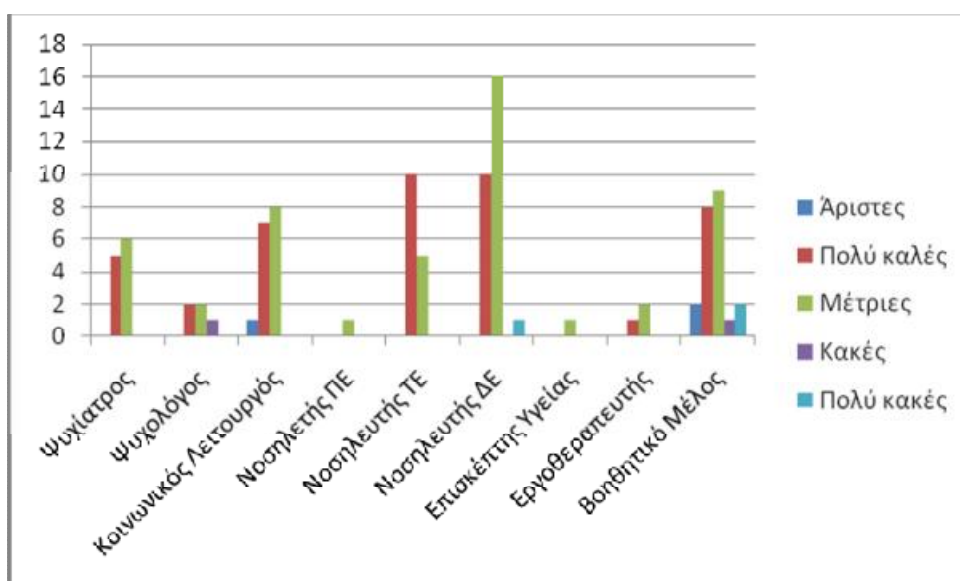


B. Γραφήματα πολυμεταβλητής ανάλυσης

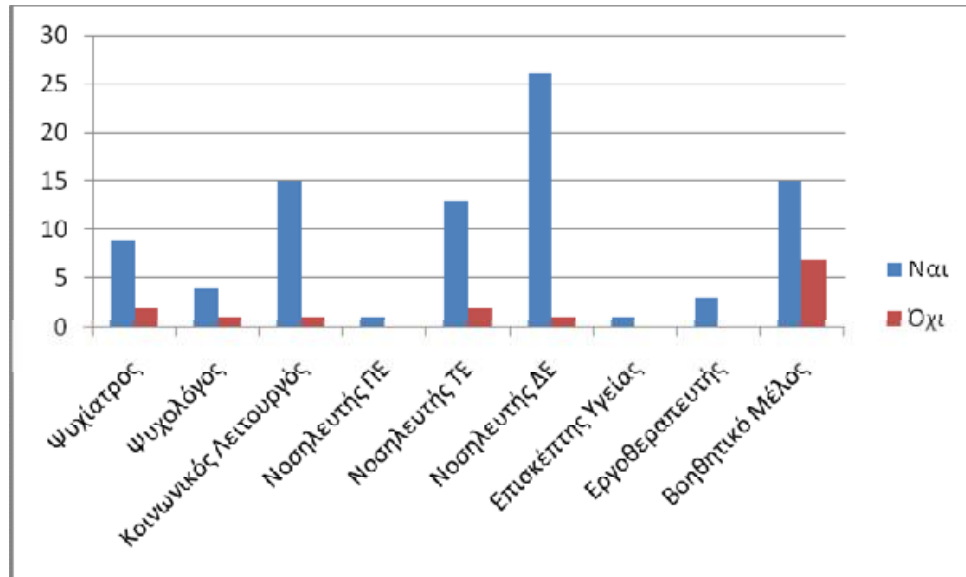
Ειδικότητα και Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας με τους ψυχικά ασθενείς;



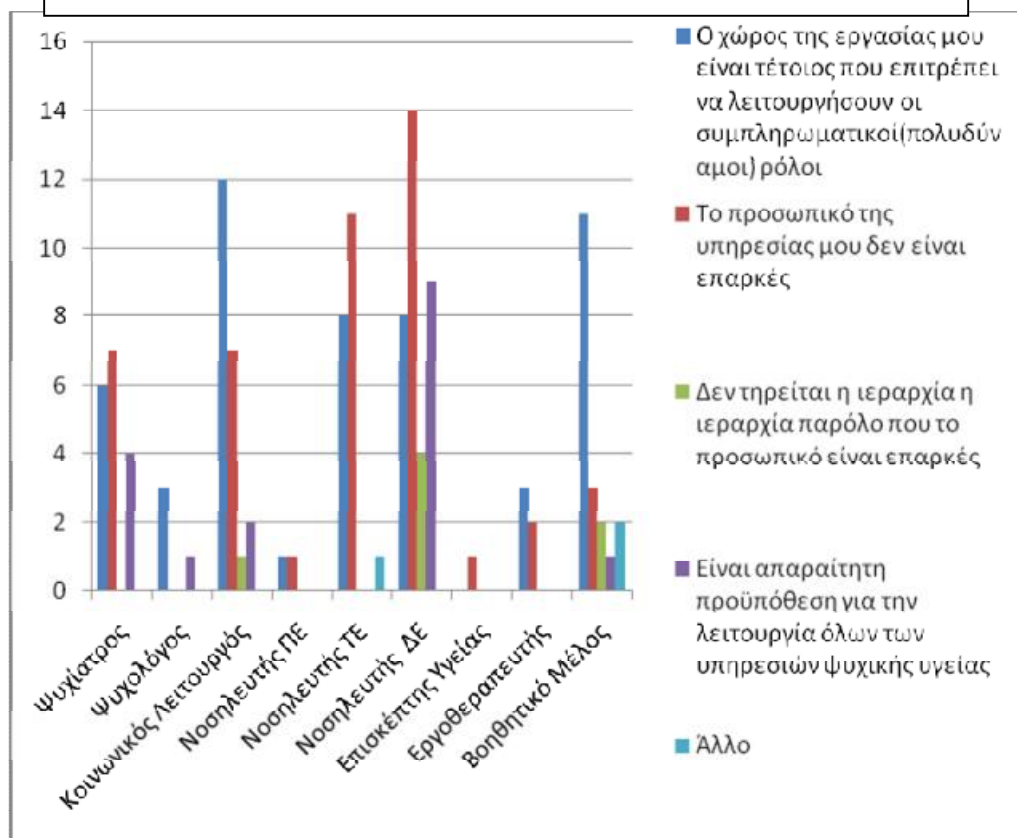
Ειδικότητα και Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας μεταξύ τους;



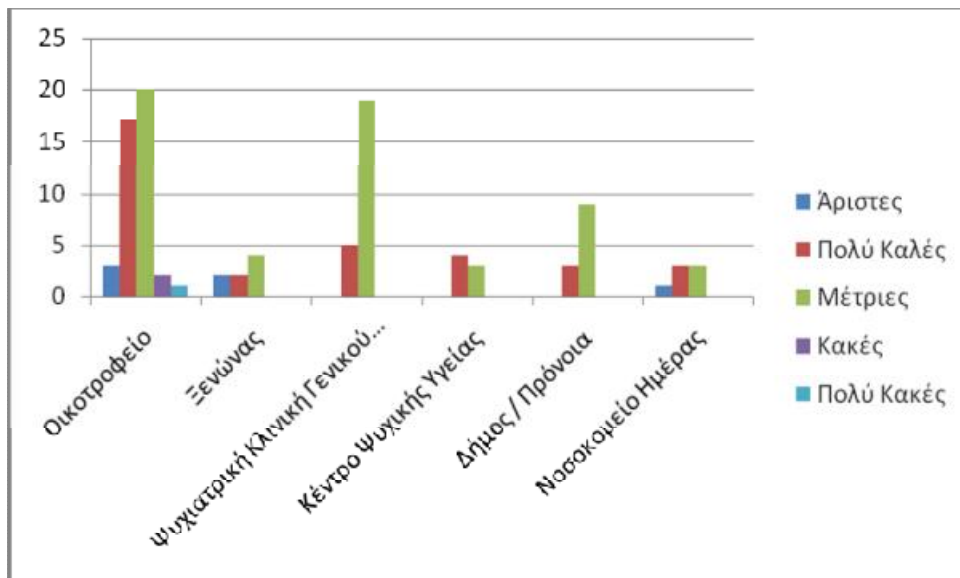
Ειδικότητα και Στην υπηρεσία όπου εργάζεστε, έχει χρειαστεί το προσωπικό(Δ.Ο) να λειτουργήσει με συμπληρωματικούς (πολυδύναμους ρόλους);



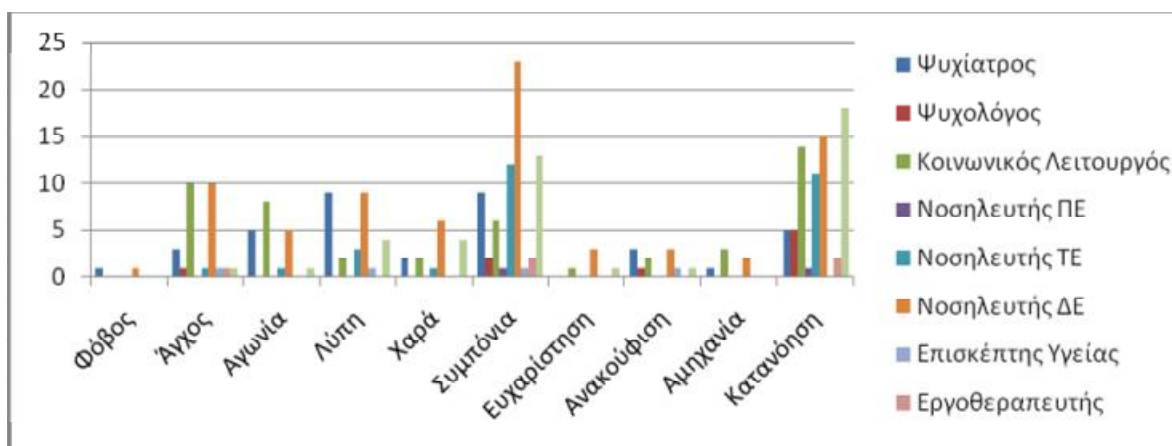
Ειδικότητα και Αν ναι, για ποιον/ ποιους από τους παρακάτω λόγους έχει χρειαστεί να συμβεί αυτό;



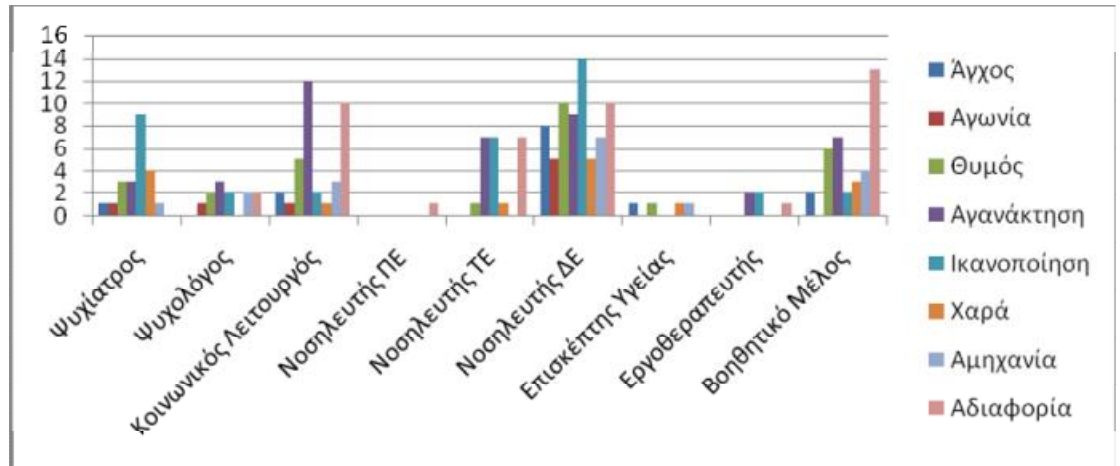
Σε ποια δομή Ψυχικής Υγείας εργάζεστε; και Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας με τους ψυχικά ασθενείς;



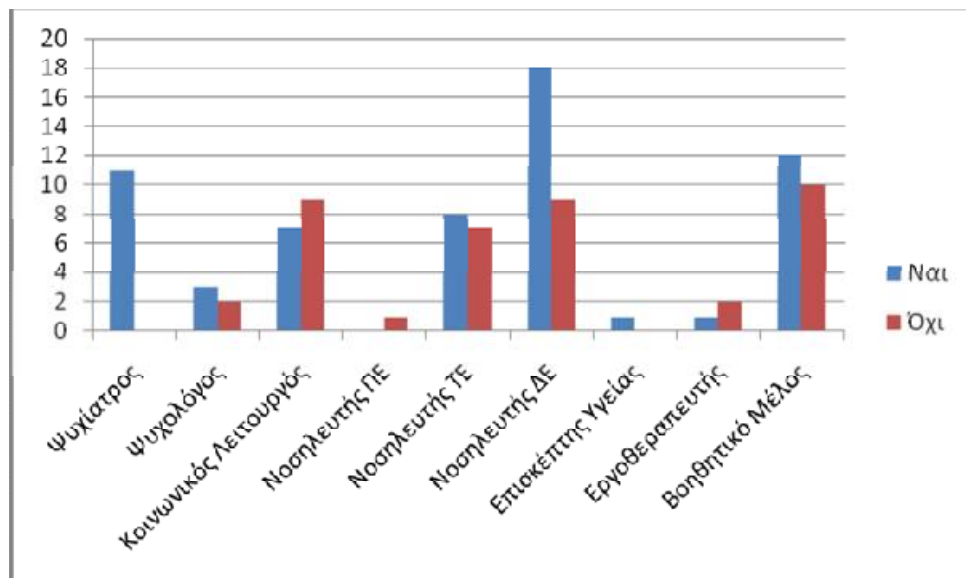
Ειδικότητα και Σημειώστε με «x» τα παρακάτω συναισθήματα που αισθάνεστε απέναντι στον ψυχικά ασθενή κατά τη διάρκεια μιας θεραπευτικής συνεδρίας μαζί του.



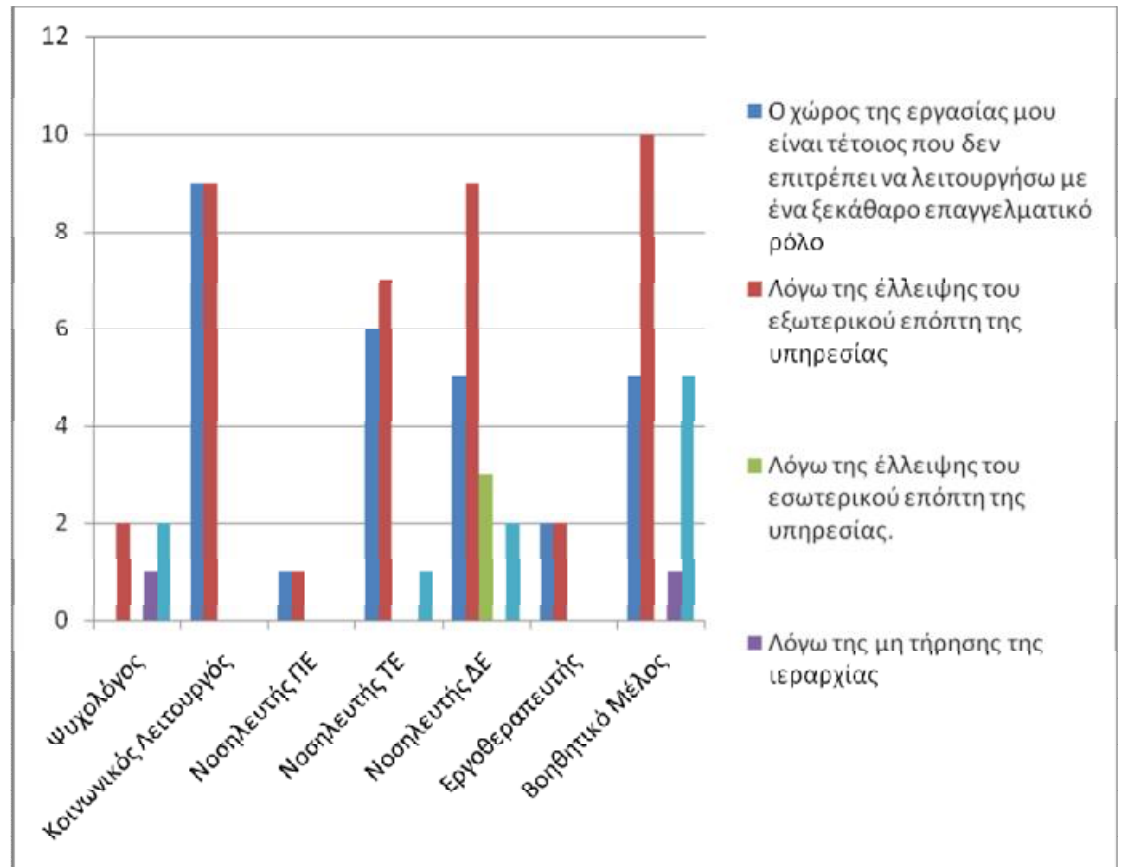
Ειδικότητα και Σημειώστε με «x» τα παρακάτω συναισθήματα που αισθάνεστε κατά τη συνεργασία σας με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας σας;



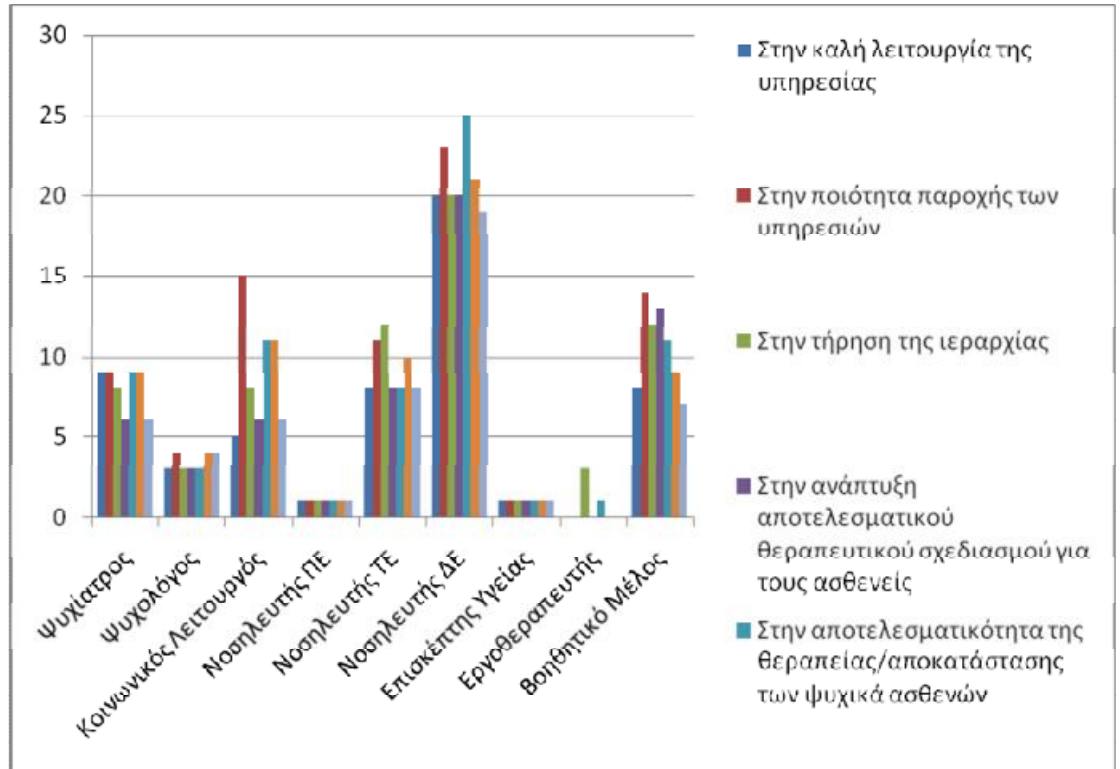
Ειδικότητα και Πιστεύετε ότι στην υπηρεσία όπου εργάζεστε έχετε ένα ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο;



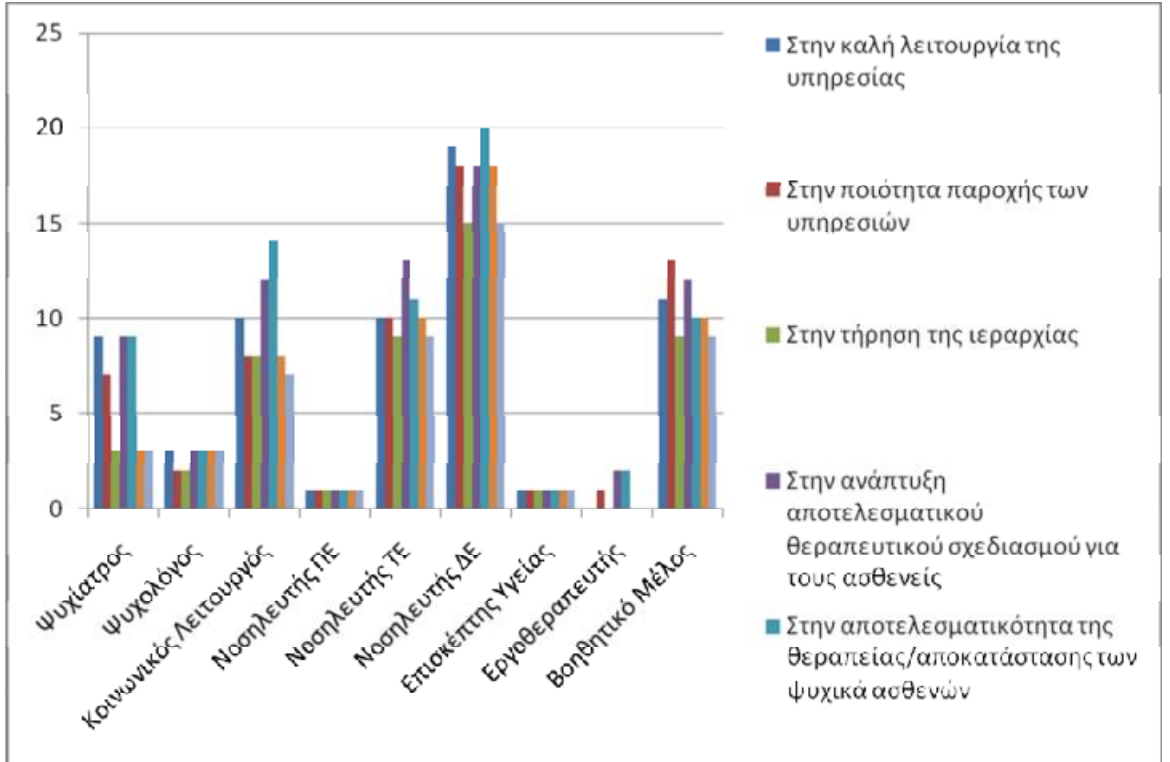
Ειδικότητα και Αν όχι, για ποιον /ποιους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν έχετε έναν ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο;



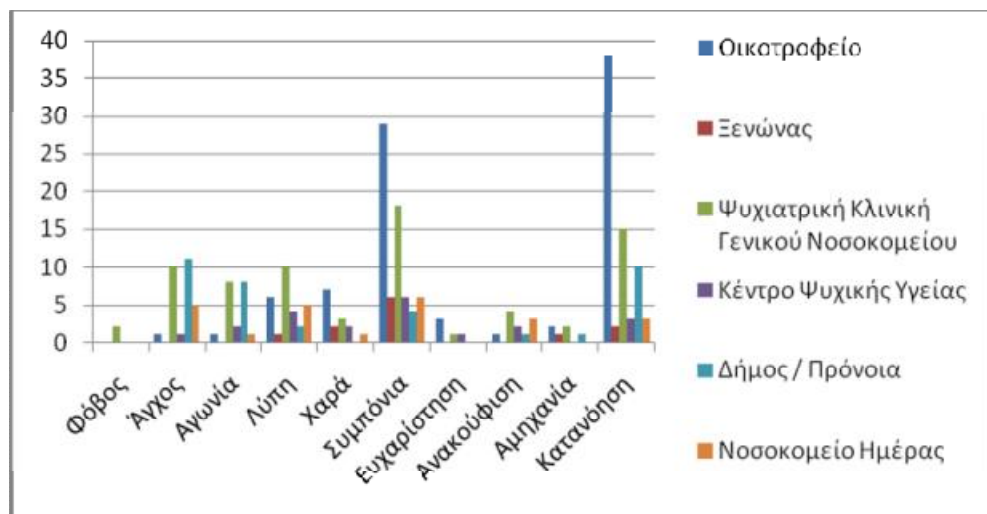
Ειδικότητα και Κατά τη γνώμη σας, η λειτουργία των ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων συμβάλλει:



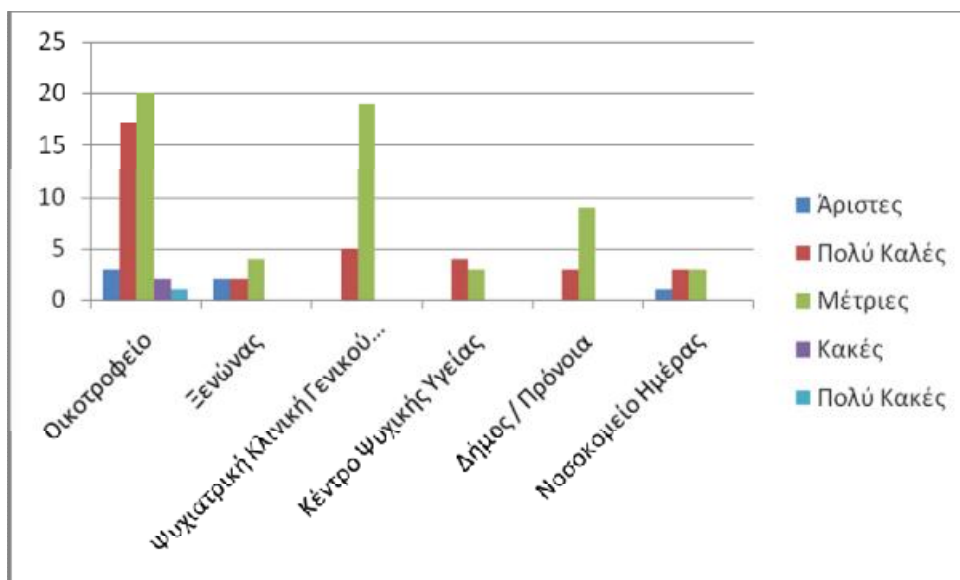
Ειδικότητα και Κατά τη γνώμη σας, η λειτουργία των συμπληρωματικών (πολυδύναμων) ρόλων συμβάλλει:



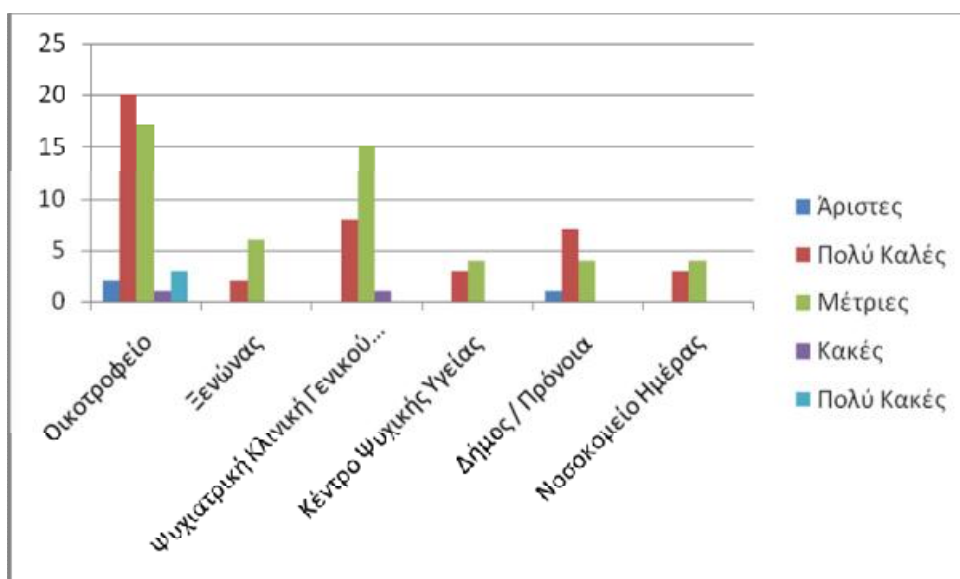
Σε ποια δομή Ψυχικής Υγείας εργάζεστε ; και Σημειώστε με «x» τα παρακάτω συναισθήματα που αισθάνεστε απέναντι στον ψυχικά ασθενή κατά τη διάρκεια μιας θεραπευτικής συνεδρίας μαζί του.



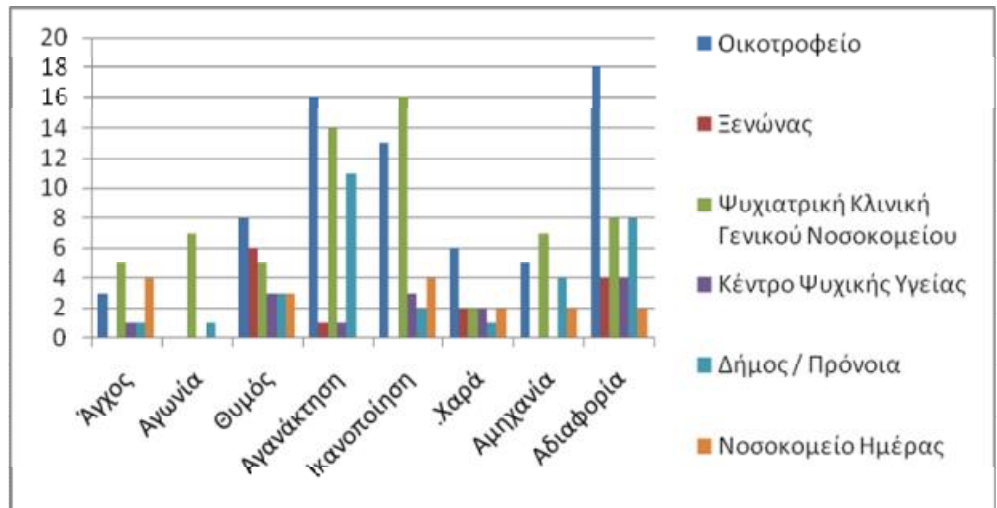
Σε ποια δομή Ψυχικής Υγείας εργάζεστε; και Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας με τους ψυχικά ασθενείς;



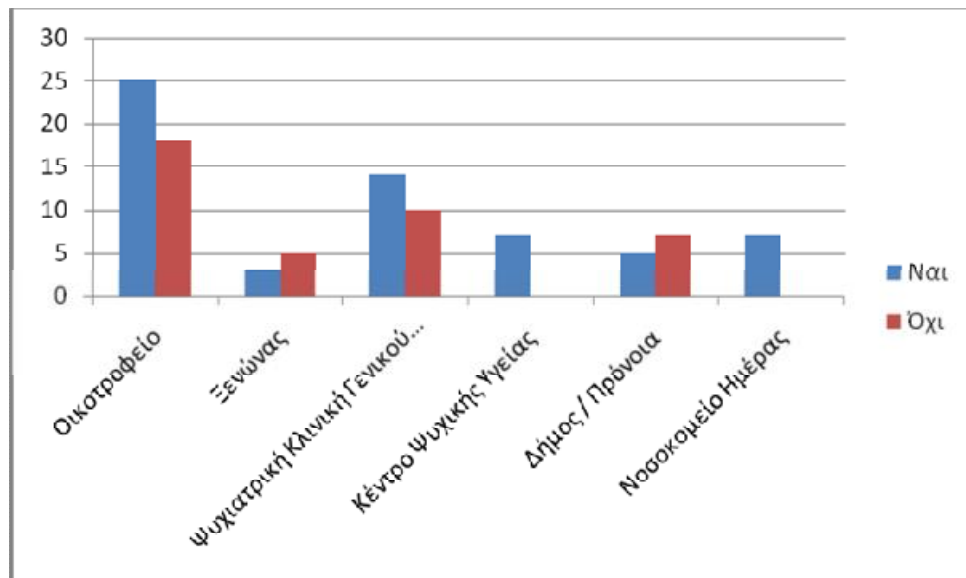
Σε ποια δομή Ψυχικής Υγείας εργάζεστε; και Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας μεταξύ τους;



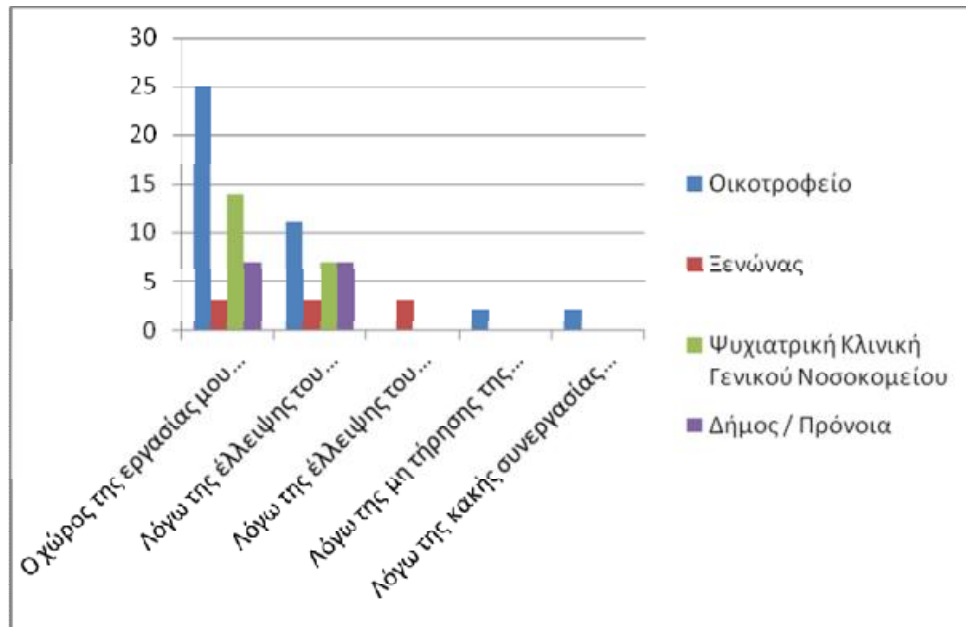
Σε ποια δομή Ψυχικής Υγείας εργάζεστε; και Σημειώστε με «x» τα παρακάτω συναισθήματα που αισθάνεστε κατά τη συνεργασία σας με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας σας;



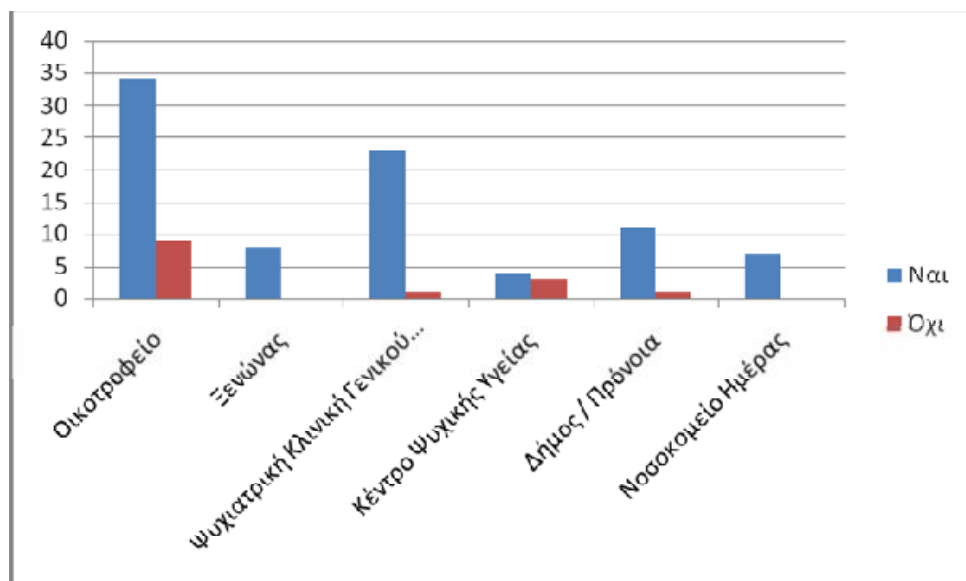
Σε ποια δομή Ψυχικής Υγείας εργάζεστε; και Πιστεύετε ότι στην υπηρεσία όπου εργάζεστε έχετε ένα ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο;



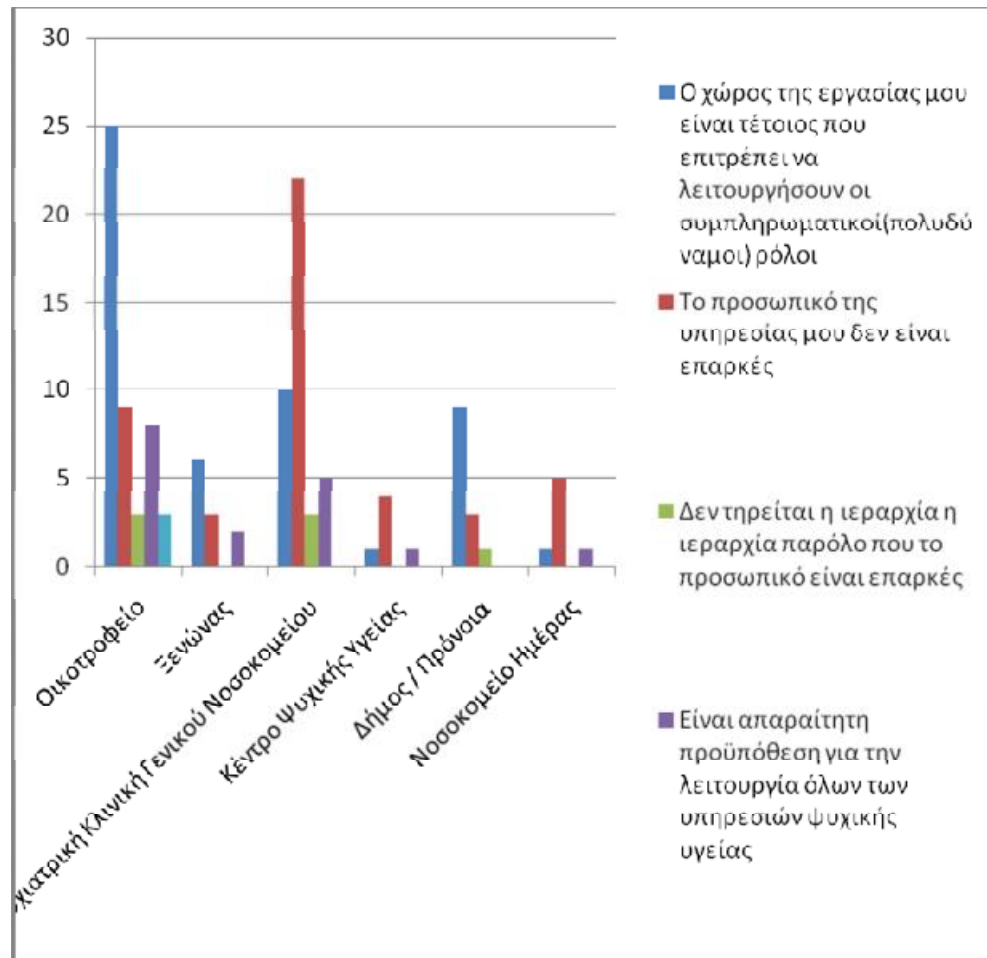
Σε ποια δομή Ψυχικής Υγείας εργάζεστε ; **ΚΑΙ** Αν όχι, για ποιον /ποιους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν έχετε έναν ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο;



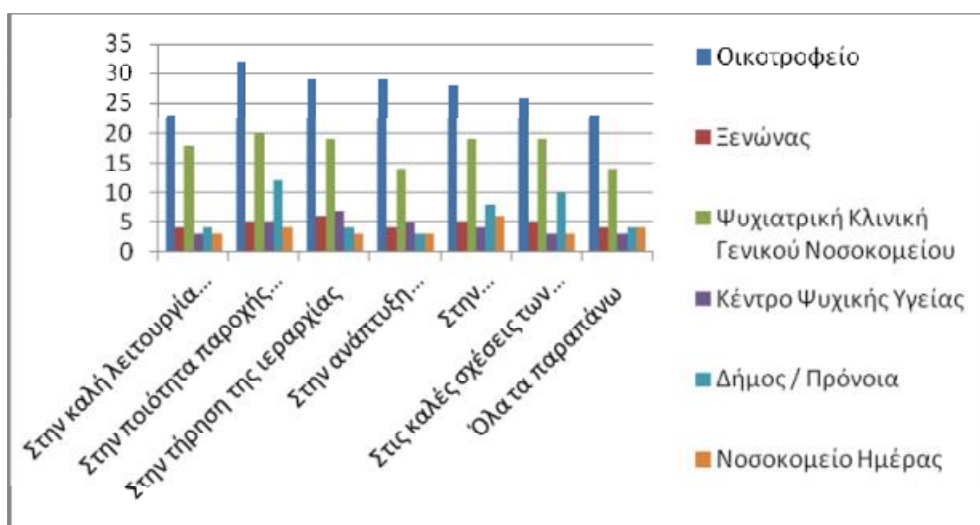
Σε ποια δομή Ψυχικής Υγείας εργάζεστε; και Στην υπηρεσία όπου εργάζεστε, έχει χρειαστεί το προσωπικό(Δ.Ο) να λειτουργήσει με συμπληρωματικούς (πολυδύναμους ρόλους);



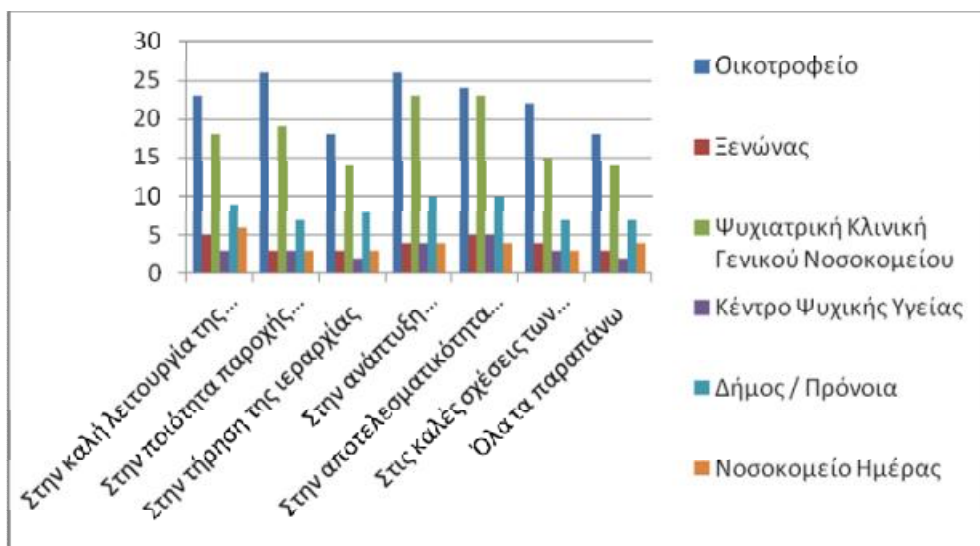
Σε ποια δομή Ψυχικής Υγείας εργάζεστε; και Αν ναι, για ποιον/ποιους από τους παρακάτω λόγους έχει χρειαστεί να συμβεί αυτό;



Σε ποια δομή Ψυχικής Υγείας εργάζεστε ; και Κατά τη γνώμη σας, η λειτουργία των ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων συμβάλλει:



Σε ποια δομή Ψυχικής Υγείας εργάζεστε; και Κατά τη γνώμη σας, η λειτουργία των συμπληρωματικών (πολυδύναμων) ρόλων συμβάλλει:



Γ . Ερωτηματολόγιο

Ερωτηματολόγιο

1. Φύλο

1. Άνδρας

2. Γυναίκα

2. Ηλικία

1. 18-25

2. 26-35

3. 36-45

4. 46-55

5. 56 και άνω

3. Εργασιακή κατάσταση

1. Μόνιμος

2. Εργασία με σύμβαση αορίστου χρόνου

3. Εργασία με σύμβαση ορισμένου χρόνου

4. Εργασία με σύμβαση έργου

5. Ωρομίσθια εργασία

4. Ειδικότητα

1. Ψυχίατρος

2. Ψυχολόγος

3. Κοινωνικός Λειτουργός

4. Νοσηλεύτης ΠΕ

5. Νοσηλεύτης ΤΕ

6. Νοσηλεύτης ΔΕ

7. Επισκέπτης Υγείας

8. Εργοθεραπευτής

9. Βοηθητικό μέλος

5. Μεταπτυχιακοί τίτλοι

1. Master

2. Διδακτορικό

3.

Άλλο.....

.....

6. Εργασιακή εμπειρία

1. 0-3 έτη

2. 4-10 έτη

3. 11-15 έτη

4. 16 -20 έτη

5. 21 και άνω έτη

7. Σε ποια δομή Ψυχικής Υγείας εργάζεστε;

1.Οικοτροφείο

2.Ξενώνας

3.Προστατευόμενα διαμερίσματα

4.Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου

5.Κινητή Μονάδα

6.Κέντρο Ψυχικής Υγείας

7.Δήμος/Πρόνοια

8.Νοσοκομείο Ημέρας

8. Ποιος/ Ποιοι από τους παρακάτω λόγους συνέβαλαν στην απόφασή σας να εργαστείτε στη δομή/υπηρεσία ψυχικής υγείας;

1.Η ανάγκη για εργασία

2.Η προσωπική κοινωνική καταξίωση

3.Η απόκτηση επαγγελματικής εμπειρίας

4.Τα οικονομικά κίνητρα

5.Η αγάπη για το συνάνθρωπο

6.Όλα τα παραπάνω

7.Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

8.Άλλο.....

.....

9. Στην υπηρεσία όπου εργάζεστε, τηρείται η ιεραρχία ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας;

1.Ναι

2.Όχι

3.Δεν ξέρω

9α. Αν ναι, η τήρηση της ιεραρχίας των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας σας συμβάλλει : (Μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μια (1) απαντήσεις)

1.Στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας

2.Στην ανάπτυξη θετικών σχέσεων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας

3.Στην ανάπτυξη θετικών σχέσεων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας με τους ασθενείς

4.Στην καλή λειτουργία των ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας

5.Στην καλή λειτουργία των πολυδύναμων και συμπληρωματικών ρόλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας

6.Σε όλα τα παραπάνω

7.Άλλο.....

.....

.....

.....

.....

.

9β . Εάν όχι, η μη τήρηση της ιεραρχίας των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας σας, ποιο η ποια από τα παρακάτω προβλήματα μπορεί να προκαλεί;

1.Την αδυναμία της καλής συνεργασίας των μελών της διεπιστημονικής ομάδας

2.Την ανάπτυξη αρνητικών σχέσεων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας

3. Την ανάπτυξη αρνητικών σχέσεων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας με τους ασθενείς
4. Την αδυναμία λειτουργίας ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας
5. Την αδυναμία λειτουργίας των πολυδύναμων και συμπληρωματικών ρόλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας
6. Την κακή ποιότητα παροχής υπηρεσιών
7. Όλα τα παραπάνω
8. Άλλο.....
-

10. Ιεραρχήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το ένα (1) έως το δέκα (10) (πχ. 1= πρώτη προτεραιότητα, 2= δεύτερη προτεραιότητα κ.ο.κ.) τους επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας, οι οποίοι θα πρέπει να αποτελούν την ιεραρχική οργάνωση των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας.

1. Ψυχίατρος
2. Ψυχολόγος
3. Κοινωνικός Λειτουργός
4. Νοσηλεύτης ΠΕ
5. Νοσηλεύτης ΤΕ
6. Νοσηλεύτης ΔΕ
7. Επισκέπτης Υγείας
8. Εργοθεραπευτής
9. Βοηθητικό μέλος

11. Στην υπηρεσία όπου εργάζεστε, υπάρχει εξωτερικός επόπτης;

1. Ναι
2. Όχι

11 α. Αν ναι, σε ποιο /ποια από τα παρακάτω πιστεύετε ότι συμβάλλει η ύπαρξη του εξωτερικού επόπτη της υπηρεσίας σας;

1. Στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας

[

- 2. Στη μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας [
- 3. Στη διαχείριση των κρίσεων/ υποτροπών των ασθενών της υπηρεσίας [
- 4. Στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού [
- 5. Στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών [
- 6. Στην ιεραρχική οργάνωση των μελών της διεπιστημονικής ομάδας [
- 7. Στην χρηματοδότηση της υπηρεσίας από το αρμόδιο Υπουργείο [
- 8. Σε όλα τα παραπάνω [
- 9. Άλλο..... [
-

11β. Αν όχι, ποιο/ποια από τα παρακάτω προβλήματα έχετε εντοπίσει από την απουσία του εξωτερικού επόπτη της υπηρεσίας όπου εργάζεστε;

- 1. Την κακή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας
- 2. Την ύπαρξη συνεχόμενων συγκρούσεων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας
- 3. Την αδυναμία διαχείρισης κρίσεων των ασθενών
- 4. Την αδυναμία να ολοκληρωθεί ο θεραπευτικός σχεδιασμός
- 5. Την κακή ποιότητα παροχής υπηρεσιών
- 6. Την απουσία ιεραρχικής οργάνωσης των μελών της διεπιστημονικής ομάδας
- 7. Την απουσία χρηματοδότησης της υπηρεσίας από το αρμόδιο Υπουργείο
- 8. Όλα τα παραπάνω
- 9. Δεν έχω εντοπίσει κανένα πρόβλημα
- 10. Άλλο.....
-

12. Στην υπηρεσία που εργάζεστε, υπάρχει εσωτερικός επόπτης;

- 1. Ναι
- 2. Όχι

12 α. Αν ναι, σε ποιο /ποια από τα παρακάτω πιστεύετε ότι

συμβάλλει η ύπαρξη του εσωτερικού επόπτη της υπηρεσίας σας;

1. Στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας
2. Στη μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας
3. Στη διαχείριση των κρίσεων/ υποτροπών των ασθενών της υπηρεσίας
4. Στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού
5. Στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών
6. Στην ιεραρχική οργάνωση των μελών της διεπιστημονικής ομάδας
7. Στην επίλυση των προβλημάτων λειτουργίας της δομής
8. Στην εμπύχωση του προσωπικού της υπηρεσίας
9. Όλα τα παραπάνω
10. Άλλο.....
-

12 β . Αν όχι, ποιο/ποια από τα παρακάτω προβλήματα έχετε εντοπίσει από την απουσία του εσωτερικού επόπτη της υπηρεσίας όπου εργάζεστε;

1. Την κακή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας
2. Την ύπαρξη συνεχόμενων συγκρούσεων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας
3. Την αδυναμία διαχείρισης κρίσεων των ασθενών
4. Την αδυναμία να ολοκληρωθεί ο θεραπευτικός σχεδιασμός
5. Την κακή ποιότητα παροχής υπηρεσιών
6. Την απουσία ιεραρχικής οργάνωσης των μελών της διεπιστημονικής ομάδας
7. Όλα τα παραπάνω
8. Δεν έχω εντοπίσει κανένα πρόβλημα
9. Άλλο.....
-

13. Πιστεύετε ότι είναι αναγκαία η παρουσία και η ύπαρξη του εσωτερικού επόπτη στην υπηρεσία σας;

1.Ναι

2.Όχι

13α.Αν ναι, ιεραρχήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το ένα (1) έως το οκτώ (8) (πχ. 1= πρώτη προτεραιότητα, 2= δεύτερη προτεραιότητα κ.ο.κ.) τους παρακάτω λόγους για τους οποίους θεωρείται αναγκαία την ύπαρξη εσωτερικού επόπτη στην υπηρεσία σας

1.Συμβάλλει στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας

2.Συμβάλλει στην καλή λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων της διεπιστημονικής ομάδας

3.Συμβάλλει στην διαχείριση των προβλημάτων λειτουργίας της υπηρεσίας

4.Συμβάλλει στην τήρηση της ιεραρχίας

5.Συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού

6.Συμβάλλει στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας

7.Συμβάλλει στις θετικές σχέσεις μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και των ασθενών

8.Συμβάλλει στην χρηματοδότηση της υπηρεσίας μου από το αρμόδιο Υπουργείο

14. Πιστεύετε ότι είναι αναγκαία η παρουσία και η ύπαρξη του εξωτερικού επόπτη στην υπηρεσία σας;

1.Ναι

2.Όχι

14 α. Αν ναι, ιεραρχήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το ένα (1) έως το οκτώ (8) (πχ. 1= πρώτη προτεραιότητα, 2= δεύτερη προτεραιότητα κ.ο.κ.) τους παρακάτω λόγους για τους οποίους θεωρείται αναγκαία την ύπαρξη εξωτερικού επόπτη στην υπηρεσία σας

1. Συμβάλλει στην καλή συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας
2. Συμβάλλει στην καλή λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων της διεπιστημονικής ομάδας
3. Συμβάλλει στην διαχείριση των προβλημάτων λειτουργίας της υπηρεσίας
4. Συμβάλλει στην τήρηση της ιεραρχίας
5. Συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού
6. Συμβάλλει στην μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας
7. Συμβάλλει στις θετικές σχέσεις μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και των ασθενών

15. Έχετε αισθανθεί ποτέ κουρασμένοι να συνεχίσετε το θεραπευτικό σας έργο με τους ψυχικά ασθενείς;

1. Ναι

2. Όχι

15 α. Αν ναι, ποιος η ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες σας έχουν οδηγήσει κατά τη γνώμη σας, στην κατάσταση αυτή;

1. Οι κακές σχέσεις με τους συναδέλφους μου
2. Η κακή οργάνωση της υπηρεσίας μου
3. Η κακή ποιότητα παροχής υπηρεσιών
4. Η δυσκολία της συνεργασίας των μελών της διεπιστημονικής ομάδας
5. Η απουσία του εσωτερικού επόπτη της υπηρεσίας μου
6. Η απουσία εξωτερικού επόπτη της υπηρεσίας μου
7. Η αδυναμία τήρησης της ιεραρχίας

8. Η έλλειψη χρηματοδότησης της υπηρεσίας μου
9. Οι συχνές υποτροπές των ασθενών
10. Η μη αποτελεσματικότητα της θεραπείας των ασθενών
11. Τα αντικείμενα εργασίας μου
12. Όλα τα παραπάνω
13. Άλλο.....

16. Πιστεύετε ότι ο ψυχικά ασθενής μπορεί να χαρακτηριστεί ως επικίνδυνος σε σχέση με τον εαυτό του και τους άλλους;

1. Ναι
2. Όχι

16α. Αν ναι, ιεραρχήστε κατά σειρά προτεραιότητας από το ένα (1)

έως το επτά (7) τους παρακάτω παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή;

1. Η μη συστηματική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής
2. Η μη συστηματική παρακολούθηση από το γιατρό
3. Η απουσία στήριξης του ψυχικά ασθενή από μια διεπαγγελματική ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας
4. Η έλλειψη στήριξης από την οικογένεια του ασθενή
5. Η ομάδα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας δεν φροντίζει με συστηματικό τρόπο την αποκατάσταση του
6. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν προκατάληψη προς τον ψυχικά ασθενή και τον θεωρούν επικίνδυνο
7. Η κοινότητα «ενοχλείται» από την παρουσία του χρόνιου ψυχικά ασθενή

17. Σημειώστε με «x» τα παρακάτω συναισθήματα που αισθάνεστε απέναντι στον ψυχικά ασθενή κατά τη διάρκεια μιας θεραπευτικής συνεδρίας μαζί του.

1. Φόβος
2. Άγχος

- 3.Αγωνία
- 4.Λύπη
- 5.Χαρά
- 6.Συμπόνια
- 7.Ευχαρίστηση
- 8.Ανακούφιση
- 9.Αμηχανία
- 10.Κατανόηση
- 11.Άλλο

.....
.....

18. Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας με τους ψυχικά ασθενείς;

- 1.Άριστες
- 2.Πολύ καλές
- 3.Μέτριες
- 4.Κακές
- 5.Πολύ κακές

19. Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις των μελών της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας μεταξύ τους;

- 1.Άριστες
- 2.Πολύ καλές
- 3.Μέτριες
- 4.Κακές
- 5.Πολύ κακές

20. Σημειώστε με «x» τα παρακάτω συναισθήματα που αισθάνεστε κατά τη συνεργασία σας με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας της υπηρεσίας σας;

- 1.Άγχος
- 2.Αγωνία

- 3.Θυμός
- 4.Αγανάκτηση
- 5.Ικανοποίηση
- 6.Χαρά
- 7.Αμηχανία
- 8.Αδιαφορία
- 9.Άλλο.....
-

21. Πιστεύετε ότι στην υπηρεσία όπου εργάζεστε έχετε ένα ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο;

- 1.Ναι
- 2.Όχι

21α. Αν όχι, για ποιον /ποιους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι δεν έχετε έναν ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο;

- 1.Ο χώρος της εργασίας μου είναι τέτοιος που δεν επιτρέπει να λειτουργήσω με ένα ξεκάθαρο επαγγελματικό ρόλο
- 2.Λόγω της έλλειψης του εξωτερικού επόπτη της υπηρεσίας.
- 3.Λόγω της έλλειψης του εσωτερικού επόπτη της υπηρεσίας.
- 4.Λόγω της μη τήρησης της ιεραρχίας
- 5.Λόγω της κακής συνεργασίας των μελών της διεπιστημονικής ομάδας.
- 6.Άλλο.....
-

22. Στην υπηρεσία όπου εργάζεστε, έχει χρειαστεί το προσωπικό(Δ.Ο) να λειτουργήσει με συμπληρωματικούς (πολυδύναμους ρόλους);

- 1.Ναι
- 2.Όχι

22α. Αν ναι, για ποιον/ποιους από τους παρακάτω λόγους έχει χρειαστεί να συμβεί αυτό;

- 1.Ο χώρος της εργασίας μου είναι τέτοιος που επιτρέπει να λειτουργήσουν οι συμπληρωματικοί(πολυδύναμοι) ρόλοι.
- 2.Το προσωπικό της υπηρεσίας μου δεν είναι επαρκές
- 3.Δεν τηρείται η ιεραρχία η ιεραρχία παρόλο που το προσωπικό είναι επαρκές.
- 4.Είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την λειτουργία όλων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- 5.Άλλο.....
-

23. Κατά τη γνώμη σας, η λειτουργία των ξεκάθαρων επαγγελματικών ρόλων συμβάλλει:

- 1.Στην καλή λειτουργία της υπηρεσίας
- 2.Στην ποιότητα παροχής των υπηρεσιών
- 3.Στην τήρηση της ιεραρχίας
- 4.Στην ανάπτυξη αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού για τους ασθενείς
- 5.Στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας/αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών
- 6.Στις καλές σχέσεις των μελών της επαγγελματικής ομάδας
- 7.Όλα τα παραπάνω
- 8.Άλλο.....
-

24. Κατά τη γνώμη σας, η λειτουργία των συμπληρωματικών (πολυδύναμων) ρόλων συμβάλλει:

- 1.Στην καλή λειτουργία της υπηρεσίας
- 2.Στην ποιότητα παροχής των υπηρεσιών
- 3.Στην τήρηση της ιεραρχίας
- 4.Στην ανάπτυξη αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδιασμού για τους ασθενείς
- 5.Στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας/αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών

6.Στις καλές σχέσεις των μελών της επαγγελματικής ομάδας

7.Όλα τα παραπάνω

8.Άλλο.....

.....