

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΑΠΟ ΤΟ ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ ΚΑΙ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΥΤΩΝ**



ΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ  
Αλεξάνδρα Καλαντζή  
Κυρίτση Μαρία

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ  
Ανδρέας Ζωγράφος  
Dr. Καθηγητής Σ.Ε.Υ.Π.

Πτυχιακή για την λήψη του πτυχίου στην κοινωνική εργασία από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	2075A
----------------------	-------

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	σελ.
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ .....	I
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ .....	II
ΠΙΝΑΚΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ .....	III
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	1
Το πρόβλημα .....	1
Σκοπός της Μελέτης .....	1
Ορισμοί Όρων .....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ .....	8
A. Εξέλιξη της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα .....	8
B. Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα .....	9
Γ. Κρατικό Θεραπευτήριο της Λέρου .....	9
α. Ιστορικό του Κρατικού Θεραπευτηρίου της Λέρου .....	13
β. Εξελικτική πορεία των παρεμβάσεων που σημειώθηκαν στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου .....	16
γ. Παρούσα κατάσταση .....	19
δ. Η προβολή του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου μέσω του Τύπου .....	22
Δ. Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (Ε.Π.Α.Ψ.Υ.) .....	24
Ε. Ελληνική Εταιρεία για τον Αποϊδρυματισμό και την Ψυχική Υγεία .....	26
α. Θέσεις της ΑΠΟ.Ψ.Υ. για τη Λέρο .....	28
ΣΤ. Προγράμματα Αποκατάστασης από το Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου.....	37
Z. Πρόγραμμα Αποασυλοποίησης και Αποκατάστασης Χρονίων Ασυλικών Περιθαλπτομένων του ΚΕΠΕΠ ΠΙΚΠΑ Λέρου .....	47

Η. ΟΡόλος του Ψυχιατρικού Κοινωνικού Λειτουργού .....	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ	
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV	
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....	90
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	
Α. Πίνακες Υπολογισμών .....	92
Β. Αλληλογραφία .....	128
Γ. Ερωτηματολόγιο	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	

## ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

---

Για την ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά πρώτον από όλους τον κο Ζωγράφου Ανδρέα, τον οποίο είχαμε σαν υπεύθυνο στην εργασία μας αυτή. Ο κος Ζωγράφου μας βοήθησε πολύ δίνοντάς μας κατευθυντήριες γραμμές σε ό,τι σκέψεις είχαμε και σε ό,τι κινήσεις θέλαμε να κάνουμε. Θέλουμε επίσης να ευχαριστήσουμε όσους μας βοήθησαν να ολοκληρώσουμε την μελέτη της πτυχιακής μας απαντώντας στα ερωτηματολόγια μας, καθώς και αυτούς που μέσα από συνεντεύξεις που μας έδωσαν κάλυψαν σημαντικές ανάγκες σε καίρια ερωτήματά μας.

Τέλος θέλουμε να ευχαριστήσουμε από βάθους καρδιάς όλους τους καθηγητές μας, οι οποίοι κατά τα χρόνια της φοίτησής μας στην Σχολή Κοινωνικών Λειτουργιών στο Τ.Ε.Ι. Πάτρας, συνέβαλαν ολοκληρωτικά στο να λάβουμε σημαντικές γνώσεις για το τι σημαίνει να ασκείς το επάγγελμα του Κοινωνικού Λειτουργού και πώς μπορείς να το υπηρετήσεις ορθότερα. Οι γνώσεις αυτές μας βοήθησαν να διεκπεραιώσουμε αυτή την μελέτη, παρά τις δυσκολίες που συναντήσαμε, και να μεταφέρουμε ό,τι μάθαμε για το θέμα της αποϊδρυματοποίησης από το ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ στους επερχόμενους φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας.

Ευχαριστούμε

ΚΑΛΑΝΤΖΗ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

ΚΥΡΙΤΣΗ ΜΑΡΙΑ

## Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η Μ Ε Λ Ε Τ Η Σ

---

Με την μελέτη αυτή επιδιώξαμε κατά κάποιο τρόπο να «ανοίξουμε τις πόρτες» του ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ ΛΕΡΟΥ, οι οποίες για πολλά χρόνια ήταν ερμητικά κλειστές. Βιβλιογραφικά δυσκολευτήκαμε πολύ να βρούμε πηγές, καθ' ό,τι το θέμα μέχρι πρότινος ήταν άγνωστο και πολλοί λίγοι είχαν ασχοληθεί στο παρελθόν με το θέμα αυτό. Την απογοήτευσή μας στην συνεχή προσπάθεια για αναζήτηση πληροφοριών την υπερπήδησε το μέγιστο ενδιαφέρον μας στο να μάθουμε πραγματικά τι συμβαίνει εκεί και ποιοί στόχοι έχουν επιτευχθεί μετά τα προγράμματα αποασυλοποίησης των ασθενών σε Ξενώνες. Έτσι συλλέξαμε τις πληροφορίες μας από όσες πηγές βρήκαμε και ολοκληρώσαμε αυτήν την μελέτη, η οποία όπως προείπαμε αναφέρεται στο ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ, την κατάσταση πριν και μετά το πρόγραμμα της αποασυλοποίησης, τι επιτεύχθηκε και εάν τα αποτελέσματα αυτού του προγράμματος ήταν η πραγματοποίηση των στόχων που είχαν θέσει οι υπεύθυνοι. Φυσικά μέσα από αυτήν την μελέτη αποκομίσαμε γνώση, μα και ολοκληρωμένη γνώμη για το θέμα, για το οποίο κάνουμε και εμείς τις σχετικές μας προτάσεις στο ανάλογο κεφάλαιο.

## Π Ι Ν Α Κ Ε Σ Υ Π Ο Λ Ο Γ Ι Σ Μ Ω Ν

---

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Φύλλο ερωτωμένων

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Ηλικία ερωτωμένων

# Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

## Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

---

### **Το Πρόβλημα**

Η ιδρυματοποίηση των ψυχικά ασθενών στο ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ και η άμεση ανάγκη για επανένταξη —όσων ασθενών ήταν δυνατόν— στην οικογένειά τους, σε ανάδοχη οικογένεια και φυσικά στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, ήταν το πρόβλημα που μας ώθησε να κάνουμε την μελέτη αυτή.

Για την ανάγκη αυτή των ψυχικά ασθενών σχεδιάστηκαν προγράμματα με δημιουργία Ξενώνων και δημιουργική απασχόληση αυτών, έτσι ώστε, να βελτιωθεί η παρούσα κατάσταση.

Η μελέτη παρουσιάζει το παραπάνω θέμα σε όλες του τις διαστάσεις, έτσι ώστε, να γίνει κατανοητό σε όλους μας χωρίς δυσκολίες.

### **Σκοπός της Μελέτης**

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η παρουσίαση του προβλήματος, οι λύσεις που δόθηκαν μέσα από τα προγράμματα και οι αλλαγές που έφεραν αυτά.

Η προσοχή μας επίσης εστιάζεται και στις ελλείψεις που υπάρχουν, καθώς και πώς μπορούν αυτές να καλυφθούν, τόσο με προτάσεις των ειδικών, όσο και με δικές μας προτάσεις.

### **Ορισμοί όρων**

Για καλύτερη κατανόηση της πτυχιακής μας εργασίας, θεωρούμε ότι είναι απαραίτητο να αναλυθούν οι όροι, οι οποίοι χρησιμοποιούνται εκτεταμένα.



### 1. Ψυχιατρική

«Ψυχιατρική είναι ο κλάδος της ιατρικής που ασχολείται με τη σπουδή, θεραπεία και πρόληψη των ψυχικών διαταραχών· ή, πιο διαφοροποιημένα, ο κλάδος της Ιατρικής για τον οποίο ψυχολογικά φαινόμενα έχουν πρωταρχική σημασία στη διάγνωση και θεραπεία». (Π. Χαρτοκόλλης, 1986, σελ. 18).

### 2. Ψυχική Υγεία

«Ψυχική υγεία, είναι η ολοκληρωτική και αρμονική λειτουργία του συνόλου της προσωπικότητας. Οι ενέργειες που χαρακτηρίζουν την Ψυχική Υγεία είναι οι παρακάτω:

- Η συναίσθηση της ανεξαρτησίας.
- Η συναίσθηση της ατομικότητας.
- Η εμπιστοσύνη στον εαυτό μας και στους άλλους.
- Η συναίσθηση της ευθύνης.
- Η συναίσθηση της ανάγκης για ύπαρξη ενός συστήματος προσωπικών αξιών και μιας φιλοσοφίας για τη ζωή (κοσμοθεωρία).
- Η διάθεση για λύση κάθε παρουσιαζόμενου προβλήματος, σε αντίθεση με τη «διαφυγή και την αδράνεια». (Πετρουλάκης, 1984, σελ. 15).

### 3. Ψυχική Διαταραχή

«Ψυχική διαταραχή, σημαίνει τα πρότυπα της συμπεριφοράς που δεν είναι λογικά, αιτιολογημένα και κατανοητά για τα πλαίσια, τα όρια και ήθη της κοινωνίας, η οποία και τα απορρίπτει σαν φαινόμενα εκτροπής από το συνηθισμένο και αποδεκτό μέσο φυσιολογικό όριο». (Μεσημέρης, 1984, σελ. 43).

«Η έννοια που προσδίδει η Επιτροπή της τελευταίας Ψυχιατρικής Ταξινόμησης στην Αμερική είναι ένα κλινικά σημαντικό σύνδρομο που αφορά είτε την ψυχολογική κατάσταση, είτε τη συμπεριφορά ενός ατόμου, και εκδηλώνεται είτε με επώδυνα συμπτώματα, είτε με μείωση της αποδοτικότητάς του σε μια

ή περισσότερες από τις φυσιολογικές ή κοινωνικές λειτουργίες του». (Τσαλίκογλου, 1987, σελ. 24).

«Το ίδιο, όμως, επίσημο όργανο της ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΤΟ DSM III (Diagnostic Statistical Manual) που ορίζει επακριβώς τα διαγνωστικά κριτήρια των διαφόρων ψυχικών διαταραχών, αναφέρει στην εισαγωγή του ότι δεν υπάρχουν σαφώς προδιαγεγραμμένα όρια για τον προσδιορισμό της ψυχικής διαταραχής. Δέχεται επομένως ότι υπάρχουν απροσδιοριστίες και ασάφειες». (Γρίβας, 1985, σελ. 12).

#### 4. Σχιζοφρένεια

«Η σχιζοφρένεια είναι μια σοβαρή ψυχική αρρώστεια που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας του ατόμου. Η αλλοίωση αυτή παρουσιάζεται με συμπτώματα στην σκέψη (όπως π.χ. ιδέες ότι τον/την κυνηγούν, του ελέγχουν ή του κλέβουν την σκέψη, είναι αντιπρόσωπος του Θεού στη γη, κ.λπ.), στην αντίληψη (π.χ. ακούει φωνές που σχολιάζουν τη συμπεριφορά του, βλέπει οράματα, μυρίζει παράξενες μυρωδιές, κ.λπ.), το συναίσθημα (π.χ. άμβλυση των φυσιολογικών αντιδράσεων), την ομιλία (π.χ. χρήση παράξενων λέξεων και εκφράσεων, ασυναρτησία, κ.λπ.) και τη συμπεριφορά (π.χ. τάση για απομόνωση, ανησυχία, επιθετική και επικίνδυνη για τον εαυτό του και τους άλλους συμπεριφορά, κ.λπ.). (Ι. Βλάχος, 1992, σελ. 18).

«Σχιζοφρένεια θεωρείται το σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν την ζωή του. Αυτή η αλλοίωση, η παραμόρφωση της πραγματικότητας –ο ψυχωτικός πυρήνας της αρρώστειας– παρουσιάζεται με διαταραχές, συμπτώματα στην αντίληψη, στην σκέψη, στο συναίσθημα, στην ομιλία και στην ψυχοκινητικότητα». (Μάνος, 1988, σελ. 138).

#### 5. Υπολειμματική σχιζοφρένεια

«Ο τύπος αυτός κατά DSM-III-R\* αναφέρεται στις περιπτώσεις που έχει υπάρξει τουλάχιστον ένα επεισόδιο σχιζοφρένειας αλλά που στην τωρινή κλινική εικόνα: **α)** απουσιάζουν προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία ή έντονα αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και, **β)** υπάρχουν σημεία που δείχνουν ότι η διαταραχή συνεχίζεται όπως φαίνεται από δύο ή περισσότερα από τα υπολειμματικά συμπτώματα, όπως αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα, κοινωνική απόσυρση, εκκεντρική συμπεριφορά, παράλογη σκέψη, χάλαση συνειρμών». (Μάνος, 1988, σελ. 149).

#### 6. Ψυχιατρική συνέντευξη

«Κλινική ψυχιατρική συνέντευξη είναι ένα είδος συνομιλίας και διαφέρει από την καθημερινή συνομιλία σε πολλά καίρια σημεία. Οι διαφορές αυτές είναι αρκετά λεπτές και γι' αυτό η τεχνική της συνέντευξης είναι μια δεξιότητα που χρειάζεται χρόνο για την εκμάθησή της. Σκοπός της συνέντευξης, δεν είναι απλά η συλλογή πληροφοριών γύρω από τον ασθενή, αλλά η «εμπαθητική» κατανόηση, του πώς νοιώθει ο ασθενής». (N. Μάνος, 1988, σελ. 37).

#### 7. «Εμπάθεια»

«Εμπάθεια» (αγγλ. empathy). Η διανοητική και συναισθηματική προσέγγιση, επαφή, επίγνωση και κατανόηση της ψυχικής κατάστασης ενός άλλου ατόμου χωρίς απώλεια της αντικειμενικότητας. (N. Μάνος, 1985, σελ. 35).

#### 8. Κοινωνική επανένταξη

«Κοινωνική επανένταξη –αποκατάσταση– ορίζεται η τριτοταγής (tertiary) πρόληψη η οποία στοχεύει στην μείωση της επίπτωσης της ψυχικής αναπηρίας.

---

\* Διαγνωστικά κριτήρια για την σχιζοφρένεια κατά το DSM-III-R έχουν φωτοτυπηθεί στις επόμενες σελίδες.

Είναι πολυδιάστατη και περιλαμβάνει την ψυχολογική, την επαγγελματική, την οικογενειακή και την ψυχαγωγική αποκατάσταση των αρρώστων στην κοινωνία. Εξαρτάται δε, από την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία των αρρώστων και τις προσδοκίες και την ανοχή του οικογενειακού και του κοινωνικού περιβάλλοντός του». (Λυκέτσος, 1980, σελ. 20).

«Σύμφωνα με το Maxwell Jones (1952) Κοινωνική Αποκατάσταση είναι η προσπάθεια παροχής του καλύτερου κοινωνικού ρόλου, που θα καταστήσει ικανό τον άρρωστο να εξασφαλίσει το μεγαλύτερο εύρος δραστηριότητας συμβατό με τη προσωπικότητα, τα ενδιαφέροντα και τις ικανότητές του». (Brawn & Hyghson, 1987, σελ. 29), (Ενδιάμεσες Δομές σελ. 5).

#### 9. Αποκατάσταση

«Αποκατάσταση σημαίνει εγκαθίδρυση (ή και επανεγκαθίδρυση) του δικαιώματος του καθενός ασθενή να είναι πολίτης, μέλος αυτής της κοινωνίας, μαζί με όλες τις υλικές προϋποθέσεις που αυτό συνεπάγεται». (Fr. Rotelli, 1990, σελ. 13).

#### 10. Ξενώνας ανάρρωσης

«Οι Ξενώνες ανάρρωσης (foyers) είναι ένα είδος νοσοκομείων νύχτας που προορίζονται για τους αρρώστους που βγαίνουν από το ψυχιατρικό νοσοκομείο, αλλά που δεν μπορούν να ξαναβρούν ταυτόχρονα μια επαγγελματική και κοινωνική ή οικογενειακή επανένταξη.

Η διάρκεια της παραμονής στον Ξενώνα είναι καθορισμένη, ο αριθμός των αρρώστων που γίνονται δεκτοί σπάνια ξεπερνούν τους 15-20.

Η ομάδα περιλαμβάνει γενικά έναν Διευθυντή, Νοσοκόμους, μια Κοινωνική Λειτουργό και μερικές φορές Παιδαγωγούς».

#### 11. Κοινωνική εργασία

«Κοινωνική εργασία είναι μια πολύμορφη και οργανωμένη επιστημονική τεχνική, που έχει στόχο την υψηλότερη προσωπική και κοινωνική ικανοποίηση των ανθρώπων ως ατόμων και ομάδων. Ασκείται δε, μέσα σ' ένα σύνθετο σύστημα κοινωνικής προστασίας και υπηρετών που αντικατοπτρίζει το κοινωνικοοικονομικό και πολιτικό σκηνικό κάθε χώρας και αποτελεί βασικό όργανο για την πραγμάτωση και επιτυχία τους. Η Κοινωνική εργασία, σήμερα θεωρείται ειδικότερα σαν μια κοινωνική διαδικασία παροχής υπηρεσιών σε άτομα, ομάδες ή κοινότητες». (Κ. Πανουτσοπούλου 1984, σελ. 187-188).

#### 12. Ψυχιατρική Κοινωνική Εργασία

Η ψυχιατρική κοινωνική εργασία είναι ένας κλάδος της Κοινωνικής Εργασίας, που ασκείται σε ψυχιατρικά πλαίσια και σκοπό έχει: **α)** την συμμετοχή και βοήθεια στην διαδικασία θεραπείας του αρρώστου μέσα στο πλαίσιο, **β)** την κοινωνική επαγγελματική και στεγαστική αποκατάσταση του αρρώστου, **γ)** τη διαφώτιση της κοινότητας γύρω από το θέμα της Ψυχικής Υγείας και **δ)** τη συμμετοχή σε επιστημονικές έρευνες. (Σημειώσεις του μαθήματος «Βασικά προγράμματα II»).

#### 13. Ανάδοχη οικογένεια

«Ο όρος ανάδοχη οικογένεια αναφέρεται στην οικογένεια που πληρώνεται για να αναλάβει την φροντίδα του ανάδοχου μέλους της». (Triseliotis, Kousidou, 1985, σελ. 15).

#### 14. Ψυχιατρικός Κοινωνικός Λειτουργός

Είναι ο Κοινωνικός Λειτουργός, ο οποίος έχει ειδικευτεί στην Ψυχική Υγεία. Αρμοδιότητά του είναι η αξιολόγηση της πάθησης του ασθενή, σε σχέση με τους παράγοντες που την επηρεάζουν (οικογενειακοί, περιβαλλοντολογικοί, κοινωνι-

κοί). Του παρέχεται η δυνατότητα να προβαίνει σε διαγνωστική συνέντευξη, καθώς και στην παρακολούθηση και συμβουλευτική των ψυχικά ασθενών. Επίσης, έχει τη δυνατότητα για ατομική, ομαδική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία και συμμετοχή στις οργανώσεις της κοινότητας (Μάνος, 1987, σελ. 260-261).

Πίνακας 7-1. Διαγνωστικά κριτήρια για τη Σχιζοφρένεια κατά το *DSM-III-R*

- A. Παρουσία χαρακτηριστικών ψυχωτικών συμπτωμάτων στην ενεργό φάση: είτε το (1), είτε το (2) είτε το (3) τουλάχιστον για μια βδομάδα (εκτός αν τα συμπτώματα θεραπευθούν με επιτυχία):
- (1) δύο από τα παρακάτω:
    - (α) παραληρητικές ιδέες
    - (β) προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις (σ' όλη τη διάρκεια της μέρας για αρκετές μέρες ή αρκετές φορές την εβδομάδα για αρκετές εβδομάδες και κάθε ψευδαισθητική εμπειρία δεν περιορίζεται σε λίγα σύντομα λεπτά)
    - (γ) ασυναρτησία ή εξεσημασμένη χάλυση των συνειρημών
    - (δ) κατατονική συμπεριφορά
    - (ε) επίπεδο ή εμφανώς απρόσφορο συναισθημα
  - (2) αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες (δηλαδή που περιλαμβάνουν ένα φαινόμενο το οποίο η πολιτισμική ομάδα του ατόμου θα το θεωρούσε εντελώς απίθανο, όπως π.χ. εκπομπή σκέψης, ότι ελέγχεται από ένα πεθαμένο άτομο)
  - (3) προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις (όπως ορίζονται στο 1(β) παραπάνω) μιας φωνής με περιεχόμενο που δεν έχει προφανώς σχέση με κατάθλιψη ή έξαρση ή μιας φωνής που σχολιάζει συνεχώς τη συμπεριφορά ή τις σκέψεις του ατόμου ή δύο ή περισσότερων φωνών που συνομιλούν μεταξύ τους.
- B. Στη διάρκεια της πορείας της διαταραχής, η λειτουργικότητα σε περιοχές όπως η εργασία, οι κοινωνικές σχέσεις και η αυτοφροντίδα είναι εξεσημασμένα κάτω από το υψηλότερο επίπεδο που επιτεύχθηκε πριν την έναρξη της διαταραχής (ή, όταν η έναρξη είναι στην παιδική ηλικία ή στην εφηβεία, αδυναμία του ατόμου να επιτύχει το αναμενόμενο επίπεδο κοινωνικής ανάπτυξης).
- Γ. Έχουν αποκλεισθεί η Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και η Διαταραχή της Διάθεσης με Ψυχωτικά Στοιχεία, δηλ. αν ένα Μείζον Καταθλιπτικό ή Μανιακό Σύνδρομο ήταν ποτέ παρόν στη διάρκεια μιας ενεργού φάσης της διαταραχής, η συνολική διάρκεια όλων των επεισοδίων ενός συνδρόμου διαταραχής της διάθεσης ήταν βραχεία σε σχέση με τη συνολική διάρκεια των ενεργών και υπολειμματικών φάσεων της διαταραχής.
- Δ. Συνεχή σημεία της διαταραχής τουλάχιστον για έξι μήνες. Η περίοδος των έξι μηνών πρέπει να περιλαμβάνει ενεργό φάση (τουλάχιστον μιας βδομάδας ή λιγότερο αν τα συμπτώματα θεραπεύθηκαν με επιτυχία) στη διάρκεια της οποίας υπήρχαν ψυχωτικά συμπτώματα χαρακτηριστικά της Σχιζοφρένειας (συμπτώματα του Α), με ή χωρίς πρόδρομη ή υπολειμματική φάση, όπως ορίζονται παρακάτω (βλ. παρακάτω ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑ).
- Ε. Δεν μπορεί ν' αποδειχθεί ότι ένας οργανικός παράγοντας άρχισε ή συντήρησε τη διαταραχή.
- ΣΤ. Εάν υπάρχει ισχυρό Αιτιολογικό Αυτιστική Διαταραχής, η επιπρόσθετη διάγνωση της Σχιζοφρένειας τίθεται μόνον όταν υπάρχουν επίσης προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

### Α. Εξέλιξη της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα

Όπως και σε άλλες χώρες, έτσι και στην Ελλάδα η Ασυλιακή Ιατρική εφαρμόστηκε τον 19ο αιώνα. Ενώ όμως σε διάφορες χώρες της Ευρώπης, όπως άλλωστε και στην Αμερική, έφερε την ανάπτυξη καινούριων διαστάσεων της Ψυχιατρικής, όπως την Κοινωνική-κοινωνική Ψυχιατρική, το φάσμα των ψυχοθεραπειών, την δημιουργία των ψυχιατρικών τμημάτων στα Γενικά Νοσοκομεία και Κέντρα Ψυχικής Υγείας (ανοιχτή ψυχιατρική περίθαλψη), η Ελλάδα καθυστέρησε πολύ στην επίσημη υιοθέτηση και εξάπλωση των διαστάσεων αυτών.

Τα αποτελέσματα ήταν η ψυχιατρική περίθαλψη ειδικά, και η Ψυχιατρική γενικότερα, μόνο πολύ πρόσφατα, επιτέλους, να αρχίσουν να κινούνται προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης των άλλων χωρών. (Ν. Μάνος, 1988, σελ. 35).

Η Ψυχιατρική στην χώρα μας χώρισε από τη νευρολογία και αποτέλεσε πλήρη και ανεξάρτητη ειδικότητα το 1983. Στην θεσμοθέτηση του Ε.Σ.Υ. (Εθνικό Σύστημα Υγείας) η Πολιτεία ασχολήθηκε με την Ψυχική Υγεία: η νομοθεσία επιτέλους δημιούργησε τις προϋποθέσεις για τον εξανθρωπισμό και την συρρίκνωση των Ψυχιατρείων, την δημιουργία ψυχιατρικών τομέων στα Γενικά Νοσοκομεία καθώς και Κέντρων Ψυχικής Υγείας. (Ε. Αναπλιώτη-Βαζαίου, 1987, σελ. 143).



## **Β. Η Ψυχιατρική Περίθαλψη στην Ελλάδα - Ιστορική αναδρομή**

### **α) Η ιστορία των Ασύλων**

Η Ψυχιατρική σαν ιατρική πρακτική διαμορφώνεται στην Ελλάδα κατά την διάρκεια του 19ου αιώνα. Πρότυπο επηρεασμού εποτέλεσε κατά το πρώτο μισό του 19ου αιώνα η Γαλλική Ψυχιατρική (Πλουμπίδης, 1991, σελ. 32).

Σύμφωνα με στοιχεία που δίνει ο Χαρτοκόλλης (1986, σελ. 52-54) πληροφορούμαστε ότι τους τρελλούς τους έκλειναν σε νοσοκομεία, και εάν κατά την πάροδο τριών ετών δεν θεραπεύονταν, τους μετέφεραν από τα νοσοκομεία σε Ξενώνες μοναστηρίων όπου και τους έκλειναν μέσα. Κατά τον ιστοριοδίφη Καμπούρογλου, το μοναστήρι του Δαφνίου χρησίμευε ως επίσημο Ψυχιατρικό Άσυλο από το 1833 ως το 1885. Λέγεται μάλιστα, ότι δεχόντουσαν άτομα που χρειαζόντουσαν ψυχιατρική περίθαλψη από τον καιρό που ιδρύθηκε η Μονή, δηλαδή γύρω στον 2ο αιώνα. (Χαρτοκόλλης, 1986, σελ. 52).

Η χρήση ορισμένων μοναστηριών ως μικρών Ασύλων συνεχίστηκε και έως την δεκαετία του 1920, οπότε και άρχισε να γενικεύεται η χρήση των Ασύλων. (Πλουμπίδης, 1991, σελ. 59).

### **β) Τα Ψυχιατρικά Ιδρύματα (Φρενοκομεία και Θεραπευτήρια)**

#### *— Φρενοκομείο Κέρκυρας*

Το πρώτο Φρενοκομείο ιδρύθηκε το έτος 1838, από την Αγγλική κατοχική διοίκηση στην Κέρκυρα. Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι το πρώτο Ελληνικό Ψυχιατρικό Ίδρυμα, ιδρύθηκε «εκτός Ελλάδας», καθώς η ένωση των Ιονίων Νήσων έγινε το έτος 1864. Το καταστατικό λειτουργίας του ήταν εναρμονισμένο με τα ευρωπαϊκά πρότυπα, αλλά οι συνθήκες λειτουργίας του θύμιζαν περισσότερο κράτηση ασθενών παρά θεραπεία αυτών. Το κτίριο όπου ιδρύθηκε το Φρενοκομείο στέγαζε παλαιότερα στρατιωτικές φυλακές.

Στον ίδιο χώρο λειτουργεί ακόμη και σήμερα το Ψυχιατρείο με κάποιον εκσυγχρονισμό που πραγματοποιήθηκε κτηριακά και λειτουργικά κατά την περίοδο 1880-1910.

(Χαρτοκόλλης, 1986, Πλουμπίδης, 1989, σελ. 119-130).

— *Ψυχιατρικά ιδρύματα στην κυρίως Ελλάδα*

Στο υποκεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστούν Ψυχιατρικά Ιδρύματα που ιδρύθηκαν στην ελεύθερη πλέον Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία που δίδονται από τους Χαρτοκόλλη (1986, σελ. 59), Πλουμπίδη (1989, σελ. 42), Πλουμπίδη (1991, σελ. 47). Είναι αξιοσημείωτο ότι τα παρακάτω ιδρύματα οφείλονταν σε ιδιωτικές δωρεές και κοινοτικούς πόρους με ελάχιστη συμμετοχή πόρων από την κεντρική εξουσία.

Στην κυρίως λοιπόν Ελλάδα οι πρώτες προσπάθειες για την ίδρυση Ψυχιατρικών Ιδρυμάτων τοποθετούνται στην Αθήνα κατά την διάρκεια της περιόδου 1856-1862. Την περίοδο αυτήν το ορφανοτροφείο του Ι. Καποδίστρια στην Αίγινα δέχτηκε εξήντα (60) ψυχοπαθείς από τους τετρακόσιους εικοσιδύο (422) που είχαν καταγραφεί σε ολόκληρη την επικράτεια. Η λειτουργία αυτού του ιδρύματος ματαιώθηκε με την ανατροπή του Όθωνα.

Το 1862, το Ελληνικό κράτος αποφάσισε την ίδρυση «Φρενοκομείων προς συντήρησιν και θεραπείαν των φρενοβλαβών». Ο νόμος Ψ.ΜΒ του 1862 υπήρξε μεν ο βασικός νόμος για τη λειτουργία των Δημοσίων Ψυχιατρείων, αλλά και παράδοξος επειδή όταν θεσμοθετήθηκε όριζε την λειτουργία ιδρυμάτων που δεν υπήρχαν. Ο νόμος αυτός καταργήθηκε το έτος 1973.

Σε ό,τι αφορά την μορφή των ιδρυμάτων η Ψυχιατρική άρχισε να διαμορφώνεται μετά την δεκαετία του 1880. Συγκεκριμένα έχουμε:

— *Δεκαετία 1880 - Δεκαετία 1940*

**Το έτος 1886** λειτούργησε το «ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ» νοσοκομείο Χίου με ξεχωριστό τμήμα για τους ψυχοπαθείς. Τα νοσοκομεία Χίου, Κωνσταντινούπολης και Σμύρνης ήταν τα μόνα που εκσυγχρόνησαν την παλαιότερη λειτουργία υποδοχής κάποιων ψυχοπαθών μαζί με σωματικούς ασθενείς. Αυτού του τύπου τα ιδρύματα δεν χρησιμοποιήθηκαν καθόλου σαν πρότυπα στην Ελλάδα, διότι ο Νόμος Ψ.ΜΒ του 1862 απαγόρευε την νοσηλεία των ψυχοπαθών στα νοσοκομεία.

**Το 1887** ιδρύθηκε το «ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ». Υπήρξε πρωτοποριακό ίδρυμα που συγκροτήθηκε από την αρχή στην Ελλάδα με τις διαιρέσεις για τις διάφορες κατηγορίες ασθενών, την εργασιοθεραπεία, την υδροθεραπεία, κ.λπ.

Ήταν ίδρυμα ιδιωτικού δικαίου με ένα μέρος της πελατείας του άπορο, δηλαδή άτομα των οποίων τα νοσήλεια τα πλήρωνε το Δημόσιο.

**Το 1904** ιδρύθηκαν στην Αθήνα και οι δύο πρώτες ιδιωτικές κλινικές, μια ψυχιατρική του Σ. Βλαβιανού και μία χειρουργική του Αφεντούλη. Έως τον Α' Παγκόσμιο πόλεμο είχαν γίνει πέντε (5), το 1929 εννέα (9) με συνολική δύναμη διακοσίων ενενήντα τριών κλινών.

**Το 1905** ιδρύθηκε η Πανεπιστημιακή κλινική της Αθήνας, το «ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ». Λειτουργησε σαν χώρος εκπαίδευσης στην Νευρολογία και την Ψυχιατρική για την υποδοχή οξέων περιστατικών.

**Το 1906** ιδρύθηκε το «ΑΣΥΛΟ ΨΥΧΟΠΑΘΩΝ ΣΥΡΟΥ».

**Το 1908** στο εβραϊκό νοσοκομείο ΧΙΡΣ της Θεσσαλονίκη ιδρύθηκε το τμήμα ψυχοπαθών.

**Το 1910** ιδρύθηκε το νέο Άσυλο της Κεφαλονιάς ονόματι «ΒΕΓΕΙΟ».

Κατά την χρονική περίοδο 1910 έως 1915-16 ιδρύθηκαν οι πυρήνες μελλοντικών Δημοσίων Ψυχιατρείων, τα οποία και ήταν:

α) της Σούδας από την Κρητική Πολιτεία,

β) της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης από την Ελληνική κυβέρνηση.

Η λειτουργία τους τα πρώτα χρόνια δεν ήταν ούτε κατ' όνομα ιατρική. Ονομάστηκαν επίσημα Δημόσια Ψυχιατρεία με το νομοθετικό διάταγμα της 31-7-1925 ενώ η φυσιογνωμία τους –σε ό,τι αφορούσε την εσωτερική οργάνωση, την διοίκηση και τις κατηγορίες του προσωπικού– αποκρυσταλλώθηκε με τον νόμο 6077 του 1934.

Επισημαίνεται ότι η ίδρυση της πανεπιστημιακής κλινικής και των ιδιωτικών κλινικών προηγήθηκαν χρονικά από τα περισσότερα Δημόσια Ιδρύματα. Ο Πλουμπίδης (1991, σελ. 35) αναφέρει ότι λόγω των συνθηκών που επικρατούσαν στα δημόσια ιδρύματα, η νοσηλεία στις ιδιωτικές και πανεπιστημιακές κλινικές ταυτίστηκε με την σωστή νοσηλεία, για μεγάλα στρώματα του πληθυσμού.

Αυτή η τάση εξακολούθησε τουλάχιστον έως την δεκαετία του 1980 και με κάποιες διαφορές έως τις μέρες μας, καθώς οι ιδιωτικές κλινικές προσαρμόστηκαν στο σύστημα κοινωνικών ασφαλίσεων και δεν υπήρχαν διακρίσεις εις βάρος τους. Οι περισσότερες ιδιωτικές και πανεπιστημιακές κλινικές δεν προσέφεραν υπηρεσίες ποιοτικά ανώτερες από αυτές που προσέφεραν τα Δημόσια Ιδρύματα.

Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι οι ιδιωτικές και πανεπιστημιακές κλινικές δεν είχαν υπαχθεί ρητά υπό τον νόμο Ψ.ΜΒ του 1862 με αποτέλεσμα να ασκούν ένα είδος μη αναγκαστικής νοσηλείας υπό την εγγύηση της οικογένειας. Το ζήτημα της εκούσιας νοσηλείας το έλυσε το ΝΔ 104 του 1973. Το παραπάνω ΝΔ θεσμοθετήθηκε από άρθρα περί «παραλαβής» των εξερχομένων τον ρόλο εγγυητή και άτυπου κηδεμόνα της οικογένειας, ακόμα και για ασθενείς που οι Ψυχίατροι δηλώνουν θεραπευόμενους. (Γλουμπίδης, 1991).

#### — Δεκαετία 1950 - Δεκαετία 1980

**Την δεκαετία του 1950** ιδρύθηκε η ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ.

Στον Δημόσιο τομέα ιδρύθηκαν:

**α) Το 1958** το ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΝΤΕΛΗΣ (Νταού).

**β) Το 1958** ιδρύθηκε επίσης και η ΑΠΟΙΚΙΑ ΨΥΧΟΠΑΘΩΝ ΛΕΡΟΥ. Σημειώνεται ότι η ίδρυση του ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ ΛΕΡΟΥ, έγινε χωρίς την παραμικρή επιστημονική κάλυψη.

**γ) Το 1967** ιδρύθηκε το ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ και το 1972 το ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΤΡΑΣ ΟΛΥΜΠΟΥ.

## **Γ. Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου**

### **α) Ιστορικό του ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ ΛΕΡΟΥ**

Η Λέρος ή αλλιώς το νησί της Αρτέμιδος βρίσκεται στα ανοιχτά Νοτιανατολικά του Αιγαίου. Παλιά η Λέρος ήταν γνωστή σαν το νησί των πολιτικών εξορίστων και των τρελλών. Σήμερα δεν φιλοξενεί πια πολιτικούς εξορίστους παρά μόνο ψυχοπαθείς.

Η απόφαση να χρησιμοποιηθεί το νησί ως Άσυλο για ψυχιατρικούς ασθενείς ορίστηκε από το βασιλικό διάταγμα που εκδόθηκε στις 11-12-1957. Η απόφαση για την ίδρυση της ΑΠΟΙΚΙΑΣ ΨΥΧΟΠΑΘΩΝ ΛΕΡΟΥ πάρθηκε με την έγκριση της ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Ο.Υ.) και παρά την αντίδραση ορισμένων Ελλήνων ψυχιάτρων. (Χαρτοκόλλης, 1987, σελ. 48-50).

Η Αποικία της Λέρου είναι μία από τις αποικίες που ιδρύθηκαν για να αποσυμφορηθούν άλλα Ψυχιατρικά Ιδρύματα της υπόλοιπης χώρας και κυρίως των Αθηνών και της Θεσσαλονίκης. Επιλέχθηκε η Λέρος επίσης διότι από το 1912 έως το 1947 ήταν αποικιοκρατούμενη από την Ιταλική κατοχή διαθέτοντας στρατώνες που φιλοξενούσαν 15.000-20.000 στρατιώτες. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Ι. Λουκάς «το νησί –χωρίς να ερωτηθούν οι κάτοικοι– αποικιοκρατείται από την Ψυχιατρική με τον πλέον αρνητικό τρόπο, μια αποικιοκρατία που θα έχει επίδραση σε όλες τις κοινωνικές εκδηλώσεις και τις προσωπικές επιλογές των κατοίκων». (Ι. Λουκάς, 1990, σελ. 25).

Από τον Ιούλιο του 1958 η ΑΠΟΙΚΙΑ ΨΥΧΟΠΑΘΩΝ ΛΕΡΟΥ αρχίζει να λειτουργεί με δύναμη εξακοσίων πενήντα (650) κλινών. Κατά το βασιλικό διάταγμα σκοπός της είναι να αναλάβει την πρόνοια και την βοήθεια καθώς επίσης και την επαγγελματική και κοινοτική εξυγείανση των ψυχοπαθών που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες.

Αξιοσημείωτο είναι ότι την εποχή που ιδρύθηκε η ΑΠΟΙΚΙΑ ΨΥΧΟΠΑΘΩΝ ΛΕΡΟΥ η Ψυχιατρική στην Ελλάδα ήταν μάλλον πρωτόγονη. Η πιο αποτελεσματική μέθοδος θεραπείας για τους ψυχωτικούς ασθενείς ήταν η σπασμοθεραπεία με ηλεκτρικό ρεύμα ή οι ενδοφλέβιες ενέσεις ινσουλίνης, ενώ ο καταναγκαστικός εγκλεισμός και τα δεσμά αν όχι η σωματική βία ήταν ο κανόνας για τους περισσότερους ασθενείς των μεγάλων Ψυχιατρικών Ιδρυμάτων. Κάτω από τέτοιες συνθήκες ήταν φυσικό οι ασθενείς να κακοπαθαί-

νουν, να παραμελούνται και στο τέλος να χάνουν κάθε αίσθηση της πραγματικότητας και του ανθρωπισμού τους στιβαγμένοι στα ενδότερα αυτών των χώρων ξεχασμένοι από τον έξω κόσμο και ακόμα και τις ίδιες τους τις οικογένειες, οι οποίες τους ξέγραφαν για πάντα σαν ζωντανούς-νεκρούς (Χαρτοκόλλης, 1987).

Σύμφωνα με ιστορικά στοιχεία που δίνει ο Γ. Τριανταφύλλου (1990, σελ. 11-14) οι ασθενείς που επιλέγονταν για την ΑΠΟΙΚΙΑ ΨΥΧΟΠΑΘΩΝ ΛΕΡΟΥ ήταν οι περιπτώσεις που θεωρούνταν ιδιαίτερα βαριές που δεν είχαν οικογένεια και δεν δεχόντουσαν επισκέψεις. Οι ασθενείς μεταφέρονταν μαζικά σε ομάδες των είκοσι - τριάντα ατόμων με πλοία, γνωστά την εποχή εκείνη ως «πλοία των τρελλών».

Το 1965 η Αποικία της Λέρου μετονομάστηκε σε «ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΡΟΥ». Η δύναμη του νοσοκομείου αυξάνεται σε δύο χιλιάδες εξακόσιες πενήντα (2.650) κλίνες.

Στις αρχές Αυγούστου του έτους 1965 καταφθάνουν οχηματαγωγά και αφήνουν στην αποβάθρα του λιμανιού εξακόσιους με εφτακόσιους (600-700) ανθρώπους ανώνυμους με διακριτικά νούμερα. Δεν μπορεί να περιγραφεί ούτε πού κοιμόντουσαν, ούτε που τρώγα-νε. Οι παλαιότεροι αναφέρουν ότι χάθηκαν τα νούμερα ορισμένων και αναγκάστηκαν να στείλουν φωτογραφίες στα Ψυχιατρεία προέλευσής τους για να αναγνωριστούν. Υπάρχουν ακόμα περίπου δέκα (10) ασθενείς αγνώστου επωνύμου. (Ι. Λουκάς, 1990, σελ. 43).

Σχετικά με την μεταγωγή αυτή, του 1965 ο Μπαϊρακτάρης (1984) αναφέρει: «... ασθενείς από διάφορα ιδρύματα χαρακτηρισμένοι σαν μη περιζήτητοι και αθεράπευτοι μεταφέρονταν με καράβια στην Λέρο...», «... Η Λέρος θεωρείται ακόμα αποχαιρετηστήριος σταθμός για ασθενείς με χρόνιες ασθένειες... η τελική στάση μιας μακροπρόθεσμης καριέρας... ο τόπος για να περιμένεις τον θάνατο επειδή δεν υπάρχει άλλη λύση». (Μπαϊρακτάρης, 1984, σελ. 81).

Το 1974 μετονομάζεται ξανά σε «ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΛΕΡΟΥ». Το 1976 συγχω-νεύεται με το Γενικό Νοσοκομείο και μετονομάζεται σε «ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ» με δύναμη δύο χιλιάδες εξακόσιες ογδόντα (2.680) κλίνες.

Το 1981 με την ευκαιρία της Γαλλο-ελληνικής συνάντησης κοινωνικής Ψυχια-τρικής, η ομάδα των γιατρών της Λέρου παρεμβαίνει και κάτω από την γενική πίεση ο

Υπουργός Υγείας απαγορεύει οποιαδήποτε νέα μεταγωγή. Ας σημειωθεί ότι μέχρι το 1981 πραγματοποιήθηκαν περίπου τέσσερεις χιλιάδες πεντακόσιες (4.500) μεταγωγές.

Με την εφαρμογή του Ε.Σ.Υ. μετονομάστηκε ξανά σε ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΕΡΟΥ με δύναμη κλινών χιλίων πεντακοσίων (1.500).

Το 1982 η ελληνική κυβέρνηση ζητάει την υποστήριξη της Ε.Ο.Κ. για την μεταρρύθμιση των Ψυχιατρικών Ιδρυμάτων στην Ελλάδα και τον Μάρτιο του 1984 επιτυγχάνει την έγκριση από το Συμβούλιο των Υπουργών της χρηματοδότησης κατά το 55% ενός πενταετούς προγράμματος που αναλαμβάνεται από το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας.

Το 1989 ο υπολογισμός όλων αυτών των σχεδίων διαγράφεται ως εξής:

Δεκατρία εκατομμύρια Ευρωπαϊκές Νομισματικές Μονάδες (απορροφήθηκαν μόνο το 22% και από αυτά μόνο ένα μέρος (2,5 εκατομμύρια Ε.Ν.Μ.) προορίστηκαν για το ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ.

Για την σημερινή κατάσταση που επικρατεί στο ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΕΡΟΥ θα γίνει λόγος σε επόμενο κεφάλαιο.

## 6) Εξελικτική Πορεία των Παρεμβάσεων που Σημειώθηκαν στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου

Όπως έχει ήδη αναφερθεί το 1981 στην Γαλλο-ελληνική συνάντηση Κοινωνικής Ψυχιατρικής, η ομάδα των γιατρών της Λέρου παρεμβαίνει και κάτω από την γενική πίεση ο Υπουργός Υγείας απαγορεύει οποιαδήποτε νέα μεταγωγή. Η απαγόρευση αυτή δεν έχει πρακτικό αντίκτυπο και αυτό το επιβεβαιώνουν στοιχεία για τις εισαγωγές στο Θεραπευτήριο κατά τα έτη 1987, 1988 που δημοσιεύει το 1990 ο Ι. Λουκάς.

Μέχρι το 1983 γίνονται παρεμβάσεις συντήρησης κυρίως των κτηρίων. Από το 1983 μετά από πιέσεις της Ε.Ο.Κ. και της κοινής γνώμης αρχίζουν να γίνονται παρεμβάσεις στον τρόπο διαβίωσης των ασθενών και το 1983-1985 δημιουργούνται οι λεγόμενες βίλλες για τις οποίες θα γίνει λόγος σε επόμενο κεφάλαιο.

Ο κανονισμός της Ε.Ο.Κ. 815/84 της 26 Μαρτίου του 1984 για ειδική οικονομική ενίσχυση για την Ελλάδα στον κοινωνικό τομέα περιέχει ειδική βοήθεια εξήντα (60) εκατομμυρίων μονάδων ECU για την πενταετή περίοδο 1984-1988 για την κατασκευή, εγκατάσταση και τον εξοπλισμό κέντρων επανένταξης ψυχασθενών και αναπήρων. Ένας από τους κυρίως σκοπούς του κανονισμού 815/84 και απαραίτητο στοιχείο της μεταρρύθμισης αποτελεί η επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών.

Από το 1985 το Ψυχιατρείο της Λέρου δέχεται συνεχείς επισκέψεις από Ψυχιάτρους, (καθηγητές ή μη), από τεχνικούς, οι οποίοι —όπως αναφέρει ο Ι. Λουκάς (1990)— περνάνε μια-δύο μέρες στο Ψυχιατρείο, δίνουν προτάσεις λύσεις μόνο στα χαρτιά και μετά ξεχνάνε. Ο καθένας αναιρεί τον προηγούμενο και έτσι δημιουργείται μία γενική σύγχυση.

Αργότερα στις Βρυξέλλες, στις 31-12-1987, η Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων δημοσιεύει ένα άρθρο με θέμα: «Παρατηρήσεις για την κατάσταση της εφαρμογής του προγράμματος ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα». Σχετικά με την Λέρο παραθέτονται τα σημαντικότερα σημεία του άρθρου που αναφέρονται στην πραγματική κατάσταση που επικρατεί στις μελλοντικές εξελίξεις και στην υπόδειξη για το Θεραπευτήριο.

Η κατάσταση στην Λέρο, στο Δαφνί και στην Κέρκυρα, παρουσιάζει μικρή βελτίω-



ση στην ποιότητα της ζωής των ασθενών, οι οποίοι συνεχίζουν να ζουν σε ένα φτωχικό και περιορισμένο περιβάλλον. Σε μερικά ψυχιατρεία της Αθήνας, όπως στο Δαφνί και στο ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ, το ιατρικό προσωπικό αυξήθηκε, ενώ σε άλλα περιφερειακά ψυχιατρεία, όπως της Λέρου και της Κέρκυρας, το ιατρικό προσωπικό μειώθηκε χωρίς αυτό να σημαίνει αύξηση στο υπόλοιπο προσωπικό.

Στην Λέρο παρατηρείται μείωση του αριθμού των ασθενών που οφείλεται στην αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας.

Στην Λέρο, την Κέρκυρα και την Τρίπολη, υπάρχουν μόνο από ένας μέχρι τρεις ψυχίατροι.

### **Μελλοντικές εξελίξεις**

Η Λέρος παραμένει δυστυχώς, σχεδόν η ίδια. Καμμία σχεδόν χρήσιμη ενέργεια δεν είναι δυνατόν να γίνει εφόσον συνεχίζεται η υψηλή συγκέντρωση πολύ σοβαρών περιστατικών. Δίνοντας οικονομικά κίνητρα για την προσέλκυση ψυχιάτρων ή κάνοντας εκπαιδευτικά σεμινάρια για το προσωπικό θα είναι απλώς κατασπατάληση χρημάτων, μέχρι να σπάσει αυτή η συγκέντρωση. Οι παρακάτω ενέργειες πρέπει να γίνουν ταυτόχρονα:

Η μεταφορά σοβαρών περιστατικών σε ομάδες των δέκα έως δεκαπέντε (10-15) ατόμων στον τόπο προέλευσής τους, αλλά όχι στα Ψυχιατρεία διότι αυτό απλώς θα δημιουργούσε μια σειρά από «μικρές Λέρους» και σε άλλα μέρη της χώρας. Ένας ορισμένος αριθμός θέσεων θα πρέπει να κρατηθεί για αυτούς τους ασθενείς στους νέους Ξενώνες. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορούν να ωφεληθούν από τις νέες υπηρεσίες που έχουν δημιουργηθεί σαν μέρος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Αυτό στην χειρότερη περίπτωση μπορεί να μην πετύχει πολλά, όσον αφορά την κατάσταση της υγείας τους, αλλά σίγουρα θα ελέγξει τις πιο σοβαρές χρόνιες επιδράσεις του ιδρυματισμού. Άλλοι ασθενείς μπορούν να μεταφερθούν σε άλλες μικρότερες μονάδες των έξι έως επτά (6-7) ατόμων, αριθμός που αυξάνει τις πιθανότητες να πεισθούν οι τοπικές αρχές να τους δεχτούν. Για το σχέδιο αυτό θα μπορούσε να συνδεθεί με περιοχές χαμηλής οικονομικής δραστηριότητας.

Έτσι θα μπορούσαμε να έχουμε σύνδεση με θετικό τρόπο της ψυχιατρικής ανάπτυξης με οικονομικούς παράγοντες, γεγονός, που θα αποτελούσε την βάση για περισσότερη βοήθεια από την ίδια την κοινότητα.

Αυτός ο τρόπος προσέγγισης θα ήταν δεκτός από τον τοπικό πληθυσμό και θα βοηθούσε στην πραγματική αλλαγή, η οποία είναι ένα απαραίτητο πλαίσιο για την επιτυχία της μεταρρύθμισης. Χαμηλού κόστους προκατασκευασμένες μονάδες των 120-140 τετραγωνικών μέτρων, οι οποίες μπορούν να εγκατασταθούν ταχέως θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν σαν μικροί Ξενώνες για αυτόν τον σκοπό. Μόνο μειώνοντας τον πληθυσμό των ασθενών κατά αυτόν τον τρόπο μπορούν οι άλλες δραστηριότητες στην Λέρο να έχουν ελπίδα επιτυχίας.

● *Υπόδειξη για το Θεραπευτήριο της Λέρου:*

Να κλείσει αυτό το ίδρυμα μέσα στα επόμενα πέντε (5) χρόνια.

Μεταξύ 3 και 5 Μαΐου οργανώθηκε στην Λέρο η 1η Ευρωπαϊκή Συνάντηση Εργασίας με θέμα «Αποασυλοποίηση και Επαγγελματική Αποκατάσταση στον Ψυχιατρικό Τομέα». Οι διαπιστώσεις και οι καταγγελίες για το πρόβλημα της Λέρου είναι αρκετές. Παρ' όλα αυτά, οι ασθενείς συνεχίζουν να ζουν στην μιζέρια, στην περιφρόνηση και κυρίως στην εγκατάλειψη από την επίσημη Ψυχιατρική.

Η οικονομική επιχορήγηση που είχε δοθεί από την Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα στον κανονισμό 815/84 απορροφήθηκε. Στα πλαίσια του κανονισμού 815/84 λειτουργεί το πρόγραμμα «ΛΕΡΟΣ». (Για το πρόγραμμα αυτό, ονόματι Λέρος που αναφέρεται στην αποασυλοποίηση των ασθενών θα γίνει λόγος σε ξεχωριστό κεφάλαιο).

Το 1988-1989 εγκρίνεται νέα οικονομική επιχορήγηση και ένα μέρος της απορροφήθηκε ήδη με σωστότερο σχεδιασμό. Επίσης, στις αρχές του 1991 ξεκίνησε και Εταιρία Περιφερειακής Ανάπτυξης του ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ ΛΕΡΟΥ γνωστό ως πρόγραμμα Ε.Π.Α.Ψ.Υ.

### γ) Παρούσα Κατάσταση του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστούν στοιχεία της παρούσης κατάστασης που επικρατεί στο ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ, όπως ο αριθμός των νοσηλευομένων, οι ηλικίες τους, καθώς και στοιχεία λειτουργίας του Θεραπευτηρίου.

Ο αριθμός των νοσηλευομένων είναι χίλιοι εκατόν πενήντα (1.150). Από αυτούς, οι επτακόσιοι (700) είναι χρόνιοι σχιζοφρενείς, οι τετρακόσιοι (400) νοητικά καθυστερημένοι και εγκεφαλοπαθητικοί και ακόμα πενήντα (50) επιληπτικοί. Υπάρχουν όμως και επιπωματικές ψυχώσεις και νοητικές στερήσεις όλες σχεδόν χρόνιες, υπολειματικές, ιδρυματοποιημένες καταστάσεις.

Οι ηλικίες τους καταγράφονται στον παρακάτω πίνακα:

ΗΛΙΚΙΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
Από 18-20 ετών	3
Από 21-30 ετών	82
Από 31-40 ετών	149
Από 41-50 ετών	160
Από 51-60 ετών	331
Από 61-70 ετών	300
Από 71-80 ετών	100
Από 81-89 ετών	15

Ο μέσος όρος νοσηλείας των ασθενών είναι πάνω από είκοσι (20) χρόνια.

Όπως αναφέρθηκε και στο κεφάλαιο της ιστορικής εξέλιξης, οι ασθενείς πριν την εισαγωγή τους στο ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ νοσηλεύονταν σε άλλα ιδρύματα. Παρακάτω θα παρουσιασθούν τα ιδρύματα αυτά καθώς και το ποσοστό των ασθενών που νοσηλεύονταν σε άλλα ιδρύματα.

**Κατανομή ασθενών κατά ιδρύματα**

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΝ
65%	Δαφνί
10%	Ψυχιατρείο Θεσσαλονίκης
4%	Ψυχιατρείο Χανίων
1%	Δρομοκαΐτειο
10%	Άλλα ιδρύματα (π.χ. ΠΙΚΠΑ)
10%	9η Υγειονομική Περιφέρεια (Δωδεκάνησα-Λέσβος)

**ΚΑΤΑΓΩΓΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ**

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
Α' Υγειονομική Περ. (Αθήνα)	280
Β' Υγειονομική Περ. (Πάτρα)	230
Γ' Υγειονομική Περ. (Ιωάννινα)	35
Δ' Υγειονομική Περ. (Λάρισα)	110
Ε' Υγειονομική Περ. (Θεσ/νίκη)	150
ΣΤ' Υγειονομική Περ. (Καβάλα)	43
Ζ' Υγειονομική Περ. (Έβρος)	50
Η' Υγειονομική Περ. (Δωδεκάνησα-Λέσβος)	240
Θ' Υγειονομική Περ. (Κρήτη)	45

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι περίπου τετρακόσιοι πενήντα (450), από τους οποίους οι τρεις (3) μόνο είναι διπλωματούχοι νοσηλευτές. Η μαία και το υπόλοιπο προσωπικό είναι απόφοιτοι Δημοτικού. Τα τελευταία χρόνια προσελήφθησαν τριάντα (30) απόφοιτοι Λυκείου. Δεν υπάρχει Ψυχολόγος, υπάρχει μία (1) διπλωματούχος Κοινωνική

Λειτουργός και τρεις (3) Διοικητικοί υπάλληλοι εκτελούν χρέη Κοινωνικού Λειτουργού.

Όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό υπάρχουν τρεις (3) Παθολόγοι, τρεις (3) Παιδίατροι, δύο (2) Οδοντίατροι, ένας (1) Χειρουργός, ένας (1) Ορθοπαιδικός και ένας (1) Νευρολόγος, που βοηθάει στο Ψυχιατρείο έχοντας στην ευθύνη του τρία τμήματα.

Οι παραπάνω ιατροί καλύπτουν τις ανάγκες του νησιού και τα ανάλογα προβλήματα των ψυχασθενών. Μία Ψυχίατρος που εδώ και τριάντα χρόνια προσφέρει τις υπηρεσίες της πότε μόνη και πότε με την περιστασιακή παρουσία άλλων συναδέλφων προστίθεται στον κατάλογο, καθώς και ένας Ψυχίατρος με απόσπαση.

Η κίνηση στο Θεραπευτήριο κατά τα έτη 1987 και 1988 ήταν ως εξής:

Το 1987 εισήλθαν τριάντα τέσσερις (34) ασθενείς, εξήλθαν σαράντα τρεις (43), από τους οποίους είκοσι τέσσερις (24) διεκομίσθηκαν σε άλλα ιδρύματα και νοσοκομεία και δεκαεννέα (19) στις οικογένειές τους. Όσον αφορά την εισαγωγή ασθενών ας σημειωθεί ότι το 1981 είχε απαγορευτεί οποιαδήποτε νέα μεταγωγή στο ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ.

Το 1987 οι θάνατοι ήταν εξήντα (60).

Το 1988 οι θάνατοι ήταν σαράντα ένας (41).

Αναφορικά με την σχέση των ασθενών με άτομα εκτός ιδρύματος (συγγενείς, φίλους) περίπου εκατό (100) ασθενείς έχουν αλληλογραφία ή δέματα ή τηλεφωνική επικοινωνία, άλλα σε συχνά χρονικά διαστήματα και άλλα σε αραιά. Ογδόντα πέντε (85) ασθενείς λαμβάνουν σύνταξη από τις οποίες συντάξεις, οι ογδόντα είναι του Ο.Γ.Α. Πολλών άλλων όμως, που δεν είναι γνωστό πόσων, η σύνταξή τους πηγαίνει κατ' ευθείαν στους δικούς τους. Πενήντα (50) άτομα βγαίνουν στην πόλη καθημερινά και άλλοι εβδομαδιαίως.

Τα συγκροτήματα του Ψυχιατρείου Λέρου είναι δύο (2). Στο ένα που στεγάζεται στο Λαυκί νοσηλεύονται περίπου τριακόσιοι εβδομήντα (370) ασθενείς, όλες γυναίκες. Σε απόσταση τριών χιλιομέτρων υπάρχει το ανδρικό τμήμα στα Λέπιδα με δύναμη επτακοσίων ογδόντα (780) ασθενών.

Όσον αφορά τις συνθήκες διαβίωσης στο ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ περιγράφονται άθλιες. «Μένουν σε άχρωμα τμήματα ενιαίων θαλάμων με δύναμη κρεβατιών από 40 έως

90, το ένα δίπλα στο άλλο –σημειωτέον ότι πριν μερικά χρόνια ήταν διπλάσια και τριπλάσια– χωρίς σαλόνια και αίθουσα αναψυχής, χωρίς να έχουν κάτι δικό τους, χωρίς την αίσθηση του χρόνου, χωρίς εναλλαγές παραστάσεων, με ένα μονότονο καθημερινό, άχαρο πρόγραμμα στις πιο ακραίες μορφές ιδρυματικής ζωής. (Ι. Λουκάς, 1990, σελ. 26).

Υπάρχει και κάποιο περίπτερο το 16ο, στο οποίο αποθηκεύεται κάθε γυμνός και βρώμικος ασθενής.

Τέλος, υπάρχουν και δέκα (10) βίλλες που φιλοξενούν περίπου ογδόντα (80) άτομα. Οι βίλλες αυτές προσφέρουν συγκριτικά καλύτερες συνθήκες διαβίωσης. Τα άτομα που φιλοξενούνται εδώ αυτοδιαχειρίζονται το πρόγραμμά τους.

#### **δ) Η Προβολή της Λέρου μέσω του Τύπου**

Ο Τύπος, προβάλλοντας το πρόβλημα της Λέρου, έπαιξε αναμφισβήτητα σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της γενικότερης στάσης του κοινωνικού συνόλου απέναντι στη Λέρο.

Ο τρόπος προβολής του προβλήματος σκοπό είχε και έχει να συγκινήσει, να απαιτήσει, να πιέσει τους αρμόδιους κυβερνητικούς παράγοντες να πάρουν θέση και να δώσουν λύσεις.

Η πρώτη εκστρατεία στον ελληνικό Τύπο ανάγεται στα τέλη του 1981. Στη συνέχεια επακολούθησαν πολλά γεγονότα και πολλές ευκαιρίες όπου ο Τύπος έδωσε δημοσιότητα στο πρόβλημα της Λέρου. Όμως οι συνθήκες στη Λέρο δεν βελτιώθηκαν πραγματικά, εκτός από κάποιες ελάχιστες περιπτώσεις.

Η εκστρατεία για το ζήτημα της Λέρου δεν περιορίστηκε μόνο στον ελληνικό Τύπο, αλλά επεκτάθηκε και στον ξένο Τύπο. Ένα άρθρο πολύ διεξοδικό δημοσιεύθηκε για παράδειγμα, στα μέσα του Ιούνη στη γερμανική εφημερίδα «*Tageszeitung*» (16.6.1989).

Οι τίτλοι των ελληνικών άρθρων αναφέρουν το ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ ΛΕΡΟΥ ως «εθνική μας ντροπή», «Γολγοθά των τρελλών», «φρίκη», «αίσχος», «στρατόπεδο και όχι Θεραπευτήριο», κ.ά.

Μα και για τον Ξένο Τύπο η Λέρος είναι το «νησί των χαμένων», «το ένοχο μυστικό της Ελλάδας», «η ντροπή της Ευρώπης».

Επισυνάπτονται στο Παράρτημα Δ', διάφορα άρθρα, όπου αναφέρεται το πρόβλημα της Λέρου καθώς και η στάση των κυβερνητικών παραγόντων και όλων εκείνων που άμεσα ή έμμεσα εμπλέκονται στην ατελείωτη ιστορία του Ψυχιατρείου της Λέρου.

## **Δ. Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (Ε.Π.Α.Ψ.Υ.)**

Η Ε.Π.Α.Ψ.Υ. είναι μια μη κερδοσκοπική εταιρεία που δημιουργήθηκε στις αρχές του 1991 με αφορμή την οικονομική επιχορήγηση της Ε.Ο.Κ. που εγκρίθηκε το 1988-1989. Αφορά το ΠΙΚΠΑ Λέρου και αυτό επειδή η Ε.Ο.Κ. προτίμησε να μην εμπλακεί σε γραφειοκρατικές διαδικασίες του κράτους. Χρηματοδοτείται κατά ποσοστό 65% από την Ε.Ο.Κ. και κατά ποσοστό 35% από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, στο οποίο κατατίθεται κάθε τρίμηνο μια έκθεση και κάθε χρόνο μια ετήσια έκθεση. Αυτό όμως δεν εμποδίζει την αυτοτέλειά της.

Σκοπός της Ε.Π.Α.Ψ.Υ. είναι να συμβάλει στην αποϊδρωματοποίηση της Λέρου και στην δημιουργία Ξενώνων και «Κέντρων Ημέρας». Έχει χωρητικότητα εκατόν εξήντα πέντε (165) ασθενείς:

Εκατόν σαράντα (140) άτομα άνω των 18 χρονών και εικοσιπέντε (25) άτομα ηλικίας από 8 έως 18 χρονών.

Όταν πρωτοξεκίνησε το πρόγραμμα αυτό συνεργάστηκαν ορισμένοι ειδικοί με σκοπό σε δύο με δυόμιση μήνες να καταφέρουν την αποασυλοποίηση κάποιου αριθμού ασθενών της Λέρου. Δημιούργησαν εννέα (9) Ξενώνες με ενενήντα (90) άτομα, δηλαδή δέκα (10) σε κάθε έναν από τους Ξενώνες.

Όταν η υπόθεση γνωστοποιήθηκε στους κατοίκους του νησιού, αυτοί διαμαρτυρήθηκαν. Χαρακτηριστικά ο κος Ζαχαριάς Βαγγέλης, σε συνέντευξη που μας έδωσε, αναφέρει: «Οι ντόπιοι αντέδρασαν στο κλείσιμο του Ψυχιατρείου, φοβούμενοι μήπως χάσουν τη δουλειά τους. Χρειάστηκε αρκετός κόπος για να προετοιμαστεί η Κοινότητα. Θεωρήθηκε απαραίτητη η εκπαίδευση του προσωπικού. Έτσι ο Δήμος προσέλαβε δημοτικούς υπαλλήλους. Η βελτίωση στο πρόγραμμα υπήρξε αργή, αλλά σταθερή. Αξιοσημείωτο είναι ότι νοικιάστηκε ένα σπίτι με οκτώ (8) ασθενείς που εποπτεύονται».

Η Ε.Π.Α.Ψ.Υ. έχει χρονική διάρκεια ενάμιση (1 ½) χρόνο. Τον Ιούλιο του 1992 τελειώνει το πρόγραμμά της. Απασχολεί δεκαπέντε (15) άτομα που εργάζονται στο ΠΙΚΠΑ. Το πρόγραμμα που εφαρμόζει είναι:

- Νοσηλεία



- Δημιουργική απασχόληση
- Διασκέδαση, ψυχαγωγία
- Άνοιγμα προς την Κοινότητα (εξόδους σε ταβέρνες, Disco, βόλτες, θαλάσσια μπάνια, κ.λπ.)
- Γίνεται προσπάθεια επαφής από την Κοινότητα προς το πικπα Λέρου μέσω χορευτικών ομάδων και εορταστικών εκδηλώσεων.
- Επίσης, γίνεται προσπάθεια για εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση του προσωπικού σχετικά με σεμινάρια που πραγματοποιούνται τόσο στην Λέρο, όσο και στην Αθήνα, όπου για δεκαπέντε (15) ημέρες ομάδες τριών (3) ατόμων εκπαιδεύονται ακόμα και με επισκέψεις σε Ψυχιατρικά Ιδρύματα.
- Κτηριακές μεταρρυθμίσεις: Διαμορφώνονται δωμάτια των έξι (6) ατόμων με ατομικά ντουλαπάκια για προσωπική χρήση.
- Πρόγραμμα αναδοχής: Τοποθετήσεις ασθενών σε ανάδοχες οικογένειες ή τοποθετήσεις ασθενών σε ιδρύματα που βρίσκονται κοντά στα σπίτια τους, ώστε να είναι δυνατή η επαφή και η επικοινωνία με τις οικογένειές τους. Ο κος Ζαχαριάς Βαγγέλης μας πληροφόρησε ότι έχουν γίνει δύο τοποθετήσεις από το πικπα Λέρου σε ανάδοχες οικογένειες στην Λέρο.
- Πρόγραμμα Κέντρων Περιθαλψής Παιδιών. Φιλοξενούν προβληματικά παιδιά με εγκεφαλική καθυστέρηση, νοητική καθυστέρηση, ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα. Στην Ελλάδα υπάρχουν πέντε (5) τέτοια, τα οποία βρίσκονται στην Καρδίτσα, στο Σιδηρόκαστρο, στα Λεχαινά, στην Κρήτη και στην Λέρο.

Τέλος όσον αφορά την λήξη προθεσμίας της Ε.Π.Α.Ψ.Υ. ζητήθηκε παράταση ισχύος του κανονισμού από την Ε.Ο.Κ., λόγω του ότι ένα μεγάλο μέρος από το χρηματικό ποσό δεν έχει ακόμα χρησιμοποιηθεί. Πιθανόν να δοθεί παράταση μέχρι το τέλος του 1992, ίσως και του 1993.

Η Ε.Π.Α.Ψ.Υ. ανέλαβε την υλοποίηση του προγράμματος «Λέρος» και στον νομό Ευβοίας, για το οποίο θα γίνει λόγος στο επόμενο κεφάλαιο.

## **Ε. Ελληνική Εταιρεία για τον Αποϊδρυματισμό και την Ψυχική Υγεία (ΑΠΟ.Ψ.Υ.)**

Η ΑΠΟ.Ψ.Υ. δημιουργήθηκε τον Δεκέμβριο του 1987 με σκοπό τη γνωριμία και συνεργασία μεταξύ των στελεχών της Ψυχικής Υγείας, καθώς επίσης και την προώθηση του αποϊδρυματισμού και της Ψυχικής Υγείας.

Η πρώτη συνάντηση της ΑΠΟ.Ψ.Υ. οργανώθηκε στις 11-6-1988 στην Αθήνα με τίτλο: «Μεταρρύθμιση; Προβληματισμοί για μια κοινοτική ψυχική υγιεινή, αποκατάσταση και αποϊδρυματισμό». Στη συνάντηση έλαβαν μέρος ενενήντα οκτώ (98) στελέχη του χώρου της Ψυχικής Υγείας από την Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη και άλλες περιοχές. Στη συνάντηση αυτή εκλέχτηκε μια εικοσαμελής Συντονιστική Επιτροπή με τους εξής στόχους:

- α) Την διερεύνηση των δυνατοτήτων και την αναγκαιότητα δημιουργίας ενός φορέα που θα είχε σαν στόχο την προώθηση, τον συντονισμό και τη στήριξη των προσπαθειών που ήδη υπάρχουν, ή πρόκειται να ξεκινήσουν σε διάφορες περιοχές της χώρας μας.
- β) Την προετοιμασία ενός καταστατικού πλαισίου προβληματισμού και συντονισμού των κοινών διεκδικήσεων εργαζομένων στο χώρο της Ψυχικής Υγείας.
- γ) Την προετοιμασία ενός Συμποσίου στα μέσα του 1989 με στόχο στο τέλος του Συμποσίου να πραγματοποιηθεί καταστατική συνέλευση για την έγκριση του καταστατικού και την εκλογή προσωρινής Διοικούσας Επιτροπής.
- δ) Την έκδοση ενημερωτικού εντύπου που θα περιελάμβανε μικρά κείμενα χαρακτηριστικά των αναγκών, εμποδίων και προοπτικών της κάθε νέας δομής ή προγράμματος Ψυχικής Υγείας σε εξέλιξη.

Η ΑΠΟ.Ψ.Υ. έχει πραγματοποιήσει σημαντικές προσπάθειες για την εξέλιξη της Ψυχιατρικής. Κάποιες προσπάθειές της, όμως, προσκρούουν σε σοβαρά εμπόδια, γενικά και ειδικά. Αναφέρουμε τα εμπόδια αυτά, έτσι όπως έχουν διατυπωθεί από την οργανωτική επιτροπή της ΑΠΟ.Ψ.Υ.

- α) Είναι κοινή διαπίστωση ότι η Ψυχιατρική στην Ελλάδα εξακολουθεί να σημα

δεύεται από την εισαγωγή των ασθενών στα Άσυλα και τις Ιδιωτικές Κλινικές. Οι νησίδες εναλλακτικών ψυχιατρικών πρακτικών που υπάρχουν, δεν έχουν ακόμα καταφέρει να μεταβάλουν ουσιαστικά την χαμηλή ποιότητα της ψυχιατρικής φροντίδας και θεραπείας.

**θ)** Η ανάγκη δημιουργίας προτύπων με βάση την επεξεργασία των υπάρχουσων εμπειριών δεν έχει προχωρήσει, αντίθετα επικρατεί συχνά η άκριτη εισαγωγή και εξιδανίκευση ξένων εμπειριών και προτύπων. Η έλλειψη μιας γνήσιας θεωρητικής σκέψης και επιστημονικού διαλόγου, σχετικά με την πρακτική των τεχνικών της Ψυχικής Υγείας, μαζί με τις οργανωτικές αδυναμίες, έχει επιπτώσεις στην εικόνα που διαμορφώνει ο κόσμος για τη λειτουργία των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

**γ)** Η μεγάλη δυσκολία άρθρωσης ενός θεωρητικού λόγου γύρω από τη θεραπευτική πρακτική, την κοινοτική εργασία, την συμπληρωματικότητα στον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας, ενισχύει τα φαινόμενα της απομόνωσης, της αυτάρκειας, του συχνά στείρου ανταγωνισμού μεταξύ των εμπειριών και των νέων προγραμμάτων.

**δ)** Η δυσκολία συγκρότησης των διάφορων επαγγελματικών ομάδων που εργάζονται στο χώρο της Ψυχικής Υγείας.

**ε)** Η αντίληψη ότι η παθολογία των ατόμων που νοσηλεύονται στα Ψυχιατρεία είναι «μη αναστρέψιμη».

**στ)** Η σοβαρή ιδεολογική, θεσμική και κοινωνική κρίση που διαπερνά την ελληνική κοινωνία σήμερα, η κραυγαλέα αναποτελεσματικότητα της δημόσιας διοίκησης και της εκπαίδευσης, απέναντι στις αυξημένες ανάγκες επιδρά καταλυτικά στη γραφειοκρατική διοικητική και οικονομική διαχείριση των προγραμμάτων Ψυχικής Υγείας, με ορατά τα αποτελέσματα της απογοήτευσης, της αδράνειας, της ιδιώτευσης πολυάριθμων πολύτιμων στελεχών στο χώρο της Ψυχικής Υγείας.

Η ΑΠΟ.Ψ.Υ. πιστεύει, ότι οι παραπάνω δυσκολίες μπορούν να αντιμετωπισθούν καλύτερα και αποτελεσματικότερα αν υπάρξει ένα συνεκτικό πλαίσιο επιστημονικού διαλόγου, συνεργασίας και αλληλεγγύης των διάφορων εμπειριών, ψυχιατρικών ομάδων και ατόμων μεταξύ τους.

#### **α. Θέσεις της ΑΠΟ.Ψ.Υ. για την Λέρο**

Οι παρακάτω βασικές θέσεις διατυπώθηκαν από την διοικητική επιτροπή της ΑΠΟ.Ψ.Υ. στις 29 Ιανουαρίου 1990.

1. Πρέπει άμεσα να προχωρήσει το διεθνές πρόγραμμα της Ε.Ο.Κ., με τη σύνθεση του διοικητικού - επιστημονικού ποργάνου που είχε συμφωνηθεί στις 19 Σεπτεμβρίου 1989 και επιβεβαιώθηκε τον Ιανουάριο του 1990.

Η εφαρμογή αυτού του προγράμματος θα μπορούσε να καταστήσει τη Λέρο έναν τόπο συνάντησης των μεταρρυθμιστικών δυνάμεων της ευρωπαϊκής και ελληνικής Ψυχιατρικής.

2. Να δοθεί η δυνατότητα (από κάθε άποψη, διοικητική, οικονομική, κ.λπ.) σε κάθε ελληνική ομάδα ή επιστήμονες, που συγκεντρώνουν τις επιστημονικές προϋποθέσεις και έχουν τις αναγκαίες εμπειρίες σε ζητήματα αποκατάστασης, να παρέμβουν με συγκεκριμένο πρόγραμμα στη Λέρο.

3. Σχετικά με τα κίνητρα που έχουν αναγγελθεί ή ετοιμάζονται να νομοθετηθούν είναι μόνο οικονομικά και όχι επιστημονικά. Επιπλέον, με τον τρόπο που δίνονται, κινδυνεύουν να έχουν τα αντίθετα αποτελέσματα, με τρόπο ώστε άτομα άσχετα με το αντικείμενο και χωρίς αντίστοιχη εμπειρία να στελεχώσουν, για οικονομικούς και μόνον λόγους, το Ψυχιατρείο της Λέρου, χωρίς η αποϊδρυματοποίηση να προχωρήσει ούτε βήμα. Το αποτέλεσμα θα είναι ότι ο οικονομικός προϋπολογισμός του Ψυχιατρείου, που στηρίζει το εισόδημα των κατοίκων του νησιού, να θρέψει και μια νέα ομάδα ατόμων.

Τέλος, τα κίνητρα αφορούν μόνο το ιατρικό προσωπικό και όχι τις λοιπές και απόλυτα αναγκαίες ειδικότητες.

Τονίζεται ότι η οπωσδήποτε αναγκαία χορήγηση οικονομικών κινήτρων πρέπει να συνοδεύεται με την εφαρμογή συγκεκριμένων κριτηρίων ειδικής εκπαίδευσης των επιστημόνων που θα στελεχώσουν το ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ, την ενσωμάτωση και το συντονισμό τους σ' ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα παρέμβασης. Ιδιαίτερη προτεραιότητα θα πρέπει να έχουν στη χορήγηση κινήτρων οι ομάδες παρέμβασης.

4. Ένα άλλο μεγάλο κεφάλαιο της παρέμβασης στη Λέρο είναι η ύπαρξη ή όχι, δυνατότητας για κοινωνική επανένταξη των ατόμων που μπορούν ή καθίστανται ικανά να ζήσουν εκτός Ψυχιατρείου, με ποικίλου βαθμού αυτονομία και στήριξη. Είναι βέβαιο ότι στο Ψυχιατρείο της Λέρου θα χρειαστεί μια μακρόχρονη εργασία για τη διαδικασία της αποκατάστασης στη διάρκεια της οποίας τα άτομα θα επανακτήσουν την υποκειμενικότητά τους, θα βρουν ικανοποίηση βασικών αναγκών τους και θα τους δημιουργήσουν κίνητρα για μια κανονική ζωή.

Είναι απαραίτητο η Λέρος μέσα σε αυστηρά συντονισμένα πλαίσια να αποτελέσει ένα ελεύθερο πεδίο ενδιαφέροντος, δράσης και εμπειρίας όλων των ψυχιατρικών δομών που δηλώνουν ότι στοχεύουν στην αποϊδρυματοποίηση και στις εναλλακτικές δομές στο Ψυχιατρείο.

5. Προτείνονται δύο τρόποι για την περίπτωση κατάργησης του Ψυχιατρείου της Λέρου. Ο πρώτος τρόπος, «κλείσιμο εδώ και τώρα», –που θα μπορούσε να ονομαστεί διοικητικός–, μετατρέπει την κατάργηση του Ψυχιατρείου σε απλουστευτική συνθηματολογία και ανοίγει το δρόμο σε προτάσεις όπως μεταφορά ασθενών σε άλλα Ψυχιατρεία. Ο τρόπος, όμως, αυτός δεν λαμβάνει υπ' όψιν τις στιγμές μετάβασης, την αλλαγή της κουλτούρας των νοσηλευτών και των κατοίκων του νησιού, την ύπαρξη εναλλακτικών δομών υποδοχής, την ανάγκη μιας σοβαρής εργασίας θεραπείας του βαρύτατου ιδρυματισμού, καθώς και την

υποστήριξη του όλου εγχειρήματος από ευρύτερες κοινωνικές και πολιτικές δυνάμεις. Συνέπειες αυτού του τρόπου είναι να δημιουργηθούν προβλήματα στα άλλα, ήδη βεβαρημένα, Ψυχιατρεία.

6. Το ζήτημα της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει επίσης να αντιμετωπιστεί σοβαρά σαν απαραίτητη προϋπόθεση του μετασχηματισμού. Η εκπαίδευση αυτή δεν μπορεί να περιοριστεί σε από καθέδρας μαθήματα, μακριά από την εμπειρία και το ενδιαφέρον των εκπαιδευόμενων. Πρέπει να αποτελεί μέρος της πρακτικής παρέμβασης και της καθημερινής εργασίας και της διαρκούς επεξεργασίας της στην κατεύθυνση του αποϊδρυματισμού.

Αυτό σημαίνει ότι η εκπαίδευση είναι αναπόσπαστα δεμένη με την παρουσία και δραστηριότητα των ομάδων παρέμβασης.

7. Τέλος, η προώθηση μορφών οικονομικής εξασφάλισης των κατοίκων του νησιού, εναλλακτικών στο εισόδημα που προσφέρει το Ψυχιατρείο, θα πρέπει να γίνει αντικείμενο μελέτης, ώστε να έχει πιθανότητες επιτυχίας. Τονίζεται η ανάγκη μελέτης, γιατί μέχρι τώρα μόνο γενικόλογες προτάσεις υπάρχουν που σε ορισμένες περιπτώσεις δεν αποτελούν εναλλακτικές στο Ψυχιατρείο λύσεις οικονομικής δραστηριότητας (όπως π.χ. ο τουρισμός), αλλά συμπληρωματικές.

Ελευθεροτυπία 7/10/1989

«Θέσεις της ΑΠΟ.Ψ.Υ. για την Λέρο»

### **Ο Κοινωνικός Λειτουργός**

Σύμφωνα με τη γνώμη των Ντέρνερ & Πλοκ πρέπει (μπορεί) η ψυχιατρική ομάδα των Κοινωνικών Λειτουργών να περιμένει την ιδανική χρησιμοποίηση των κοινωνικών νόμων καθώς και την αποδοχή επαφής με τις δημόσιες υπηρεσίες. Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι αρμόδιος ειδικά το «κοινωνικό» μερίδιο της ψυχιατρικής δουλειάς:

«... βοηθάει την ομάδα (γκρούπα) και τους ασθενείς να καταλάβουν το κοινωνικό μερίδιο του κόσμου... Αυτός γνωρίζει ποιές προβληματικές ομάδες υπάρχουν στην κοινωνία, ποιά προβλήματα ενσωμάτωσης υπάρχουν και ποιοί κοινωνικοί όροι μπορούν να φέρουν αρρώστεια και υγεία.

Όσο οι το 1985 περιορίζονται ακόμη στις περισσότερο παραδοσιακές δουλειές (εργασίες) ενός Κοινωνικού Λειτουργού (δηλαδή αποδοχή επαφής με κοινωνικά ιδρύματα, βοήθεια για την σιγουριά των αναγκαιών, κ.ά.) ο May, ήδη, το 1975, ζήτησε τον ψυχιατρικό Κοινωνικό Λειτουργό, ο οποίος θα έπρεπε να έχει περισσότερες υπευθυνότητες και όχι μόνο τα οικονομικά των «πελατών».

«Αυτός πρέπει να παίζει έναν ενεργητικό ρόλο στην αποκατάσταση, τη θεραπεία και στην επανενσωμάτωση των ασθενών στην Κοινότητα.

Ύστερα από μια μικρή γενική εισαγωγή στο ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στην Ψυχιατρική θα ήθελα να μπω (εξηγήσω) στην ελληνική κατάσταση.

Στο κρατικό διάταγμα Νο 891/78 ορίσθηκε ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού ως εξής:

«Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι, να χρησιμοποιήσει μεθόδους της κοινωνικής δουλειάς για την υποστήριξη ατόμων και ομάδων στην λύση των προβλημάτων, τα οποία δημιουργήθηκαν από κοινωνικοοικονομικούς όρους. Ο ρόλος τους είναι επίσης να κρατήσουν ή να επαναφέρουν μια ισορροπία μεταξύ ατόμου και του πεδίου του, καθώς

επίσης, να ζητήσουν την κοινωνική ανάπτυξη και γενικά την ευημερία».

Ύστερα από αυτήν την περιγραφή μια ματιά στην πραγματικότητα. Το 1969-70 ήταν απασχολημένοι στις ψυχιατρικές υπηρεσίες υγείας συνολικά εξήντα εννέα (69) Κοινωνικοί Λειτουργοί. Αυτό σημαίνει, ότι στις ψυχιατρικές υπηρεσίες ήταν υπεύθυνοι 0,8 Κοινωνικοί Λειτουργοί για εκατό χιλιάδες (100.000) κατοίκους. Αναλογικά ένας Κοινωνικός Λειτουργός σε εκατό (100) ψυχιάτρους.

Επίκαιρες πληροφορίες δείχνουν, ότι ποσοστό 15,2% όλων των Κοινωνικών Λειτουργών απασχολούνται σε υγειονομικές υπηρεσίες.

Μόνο από αυτούς τους αριθμούς μπορεί να πει κανείς ότι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί στην Ελλάδα δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν σε μια κοινωνική δουλειά, όπως την έχει ορίσει ο May.

Σε μια τόσο μικρή κατοχή, δεν μπορεί κανείς να σκεφτεί στην προσχώρηση των ασθενών στην Κοινότητα, ούτε να κατορθώσει μια ατομική υποστήριξη των ασθενών.

Ο Μπαϊρακτάρης γράφει, ότι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί είναι πιο κατάλληλοι για δουλειές δημοσίου ή για γραφειοκρατικές υποθέσεις. Στην πιο ευνοϊκή περίπτωση μπορεί η δουλειά του Κοινωνικού Λειτουργού να αντικατασταθεί από άλλους συνεργάτες, στη χειρότερη περίπτωση όμως, δεν πραγματοποιείται καθόλου.

Εγώ είμαι της τελευταίας άποψης, γιατί οι ίδιοι οι ψυχιάτροι και, αν υπάρχουν, οι ψυχολόγοι πέχουν να κάνουν πολλά με την δικιά τους την δουλειά.

Σχετικά με τους Κοινωνικούς Λειτουργούς στην Ελλάδα πρόκειται αποκλειστικά για γυναίκες (ποσοστό 95,7%), οι οποίες είναι σε μεγάλο αριθμό νεώτερες από 40 χρόνων (ποσοστό 75%). Σε αντίθεση με τους ψυχολόγους, οι οποίοι πρέπει να σπουδάσουν στο εξωτερικό, έχει κάνει μόνο ένα μικρό κομμάτι (ποσοστό 1,7%) μεταπτυχιακά στο εξωτερικό, συνήθως στην Αμερική.

Αν και από τους δύο χιλιάδες πεντακόσιους δεκαεννέα (2.519) κρατικά αναγνωρισμένους Κοινωνικούς Λειτουργούς, οι πιο πολλοί (ποσοστό 67%) βοηθάνε «πελάτες», είναι το μερίδιό τους στην Ψυχιατρική πολύ χαμηλό. Στο διάγραμμα Νο 10 «Αριθμός των Κοινωνικών Λειτουργών που δουλεύουν σε ψυχιατρικές υπηρεσίες κατά εκατό χιλιάδες



(100.000) κατοίκους» σύγκρινα τις τιμές διαφόρων κρατών.

Εδώ, δείχνει ότι η Ελλάδα συγκριτικά απασχολεί λίγους Κοινωνικούς Λειτουργούς. Το μεγαλύτερο μερίδιο το έχουν οι Σκανδιναβικές και Δυτικοευρωπαϊκές χώρες. Και εγώ είμαι της γνώμης, όπως και ο May, ότι είναι αδύνατο να αποφασίσει κανείς για έναν ιδανικό αριθμό Κοινωνικών Λειτουργών, γιατί οι συνθήκες είναι σε κάθε ευρωπαϊκό κράτος διαφορετικές. Ασυνήθιστο είναι το ότι στην Ελλάδα υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός Κοινωνικών Λειτουργών (σε δέκα (10) εκατομμύρια κατοίκους και δυόμιση χιλιάδες (2.500) Κοινωνικούς Λειτουργούς αναλογεί ένας σε τέσσερεις χιλιάδες (4.000) κατοίκους!) εκ των οποίων ούτε ένας δεν απασχολείται στην Ψυχιατρική.

### **Η ψυχιατρική ομάδα**

Σε προηγούμενα κεφάλαια απασχολήθηκα αποκλειστικά με μεμονωμένες επαγγελματικές ομάδες, όπου περιορίστηκα σε ακαδημαϊκά επαγγέλματα. Σε αυτό το κεφάλαιο θα ήθελα να επιθεωρήσω όλους σε μια ψυχιατρική ομάδα απασχολούμενους, για να δω τις συνέπειες σε τρόπο και σε έκταση της ψυχιατρικής δουλειάς.

Στο διάγραμμα Νο 11 «Ελλάδα/Γερμανία: Αριθμός των απασχολουμένων σε ψυχιατρικές υπηρεσίες», προσπάθησα να συγκρίνω τις διαφορετικές ομάδες μεταξύ τους στις δύο χώρες.

Δείχνει ότι στην Ελλάδα απασχολούνται λίγο περισσότεροι γιατροί και ψυχίατροι από ό,τι στην Γερμανία, αντίθετα όμως, ούτε ψυχολόγοι και σχεδόν κανένας Κοινωνικός Λειτουργός. Ο αριθμός των εκπαιδευμένων νοσοκόμων είναι επίσης, ο μισός από ό,τι στην Γερμανία, ενώ οι αριθμοί για τις βοηθούς νοσοκόμες είναι περίπου ο ίδιος.

Παρατηρεί κανείς την σύνθεση της ψυχιατρικής ομάδας στην Ελλάδα, μπορεί να διαπιστώσει ένα υψηλό μερίδιο από ιατρικά επαγγέλματα. Κοινωνικοί Λειτουργοί και Ψυχολόγοι σχεδόν δεν υπάρχουν.

Η δουλειά στα Ψυχιατρικά Ιδρύματα περιορίζεται έτσι στα ιατρικά μερίδια. Επειδή ο γιατρός σε μερικά ιδρύματα πρέπει ναπρομηθεύσει πολλούς ασθενείς χωρίς αναλογία

—πρέπει μόνος του να περιοριστεί σ' αυτή την ψυχιατρική βοήθεια στην απονομή των φαρμάκων και/ή στον προσδιορισμό των ασθενών.

«Παραβλέποντας ορισμένες εξαιρέσεις, το Νιβο της φροντίδας ασθενών στα κρατικά ψυχιατρικά ιδρύματα δεν είναι απαιτητικό».

Όταν δεν υπάρχουν σχεδόν καθόλου ψυχολόγοι και Κοινωνικοί Λειτουργοί, και οι γιατροί είναι εξαιτίας των υψηλών αριθμών Προστασίας πολυαπασχολούμενοι, είναι αναγκαστικά οι Βοηθοί Νοσοκόμων και οι Φύλακες οι μοναδικοί ειδικοί για συζήτηση των ψυχικά ασθενών που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία.

Κατ' αρχήν, υποκύπτουν όμως, και οι Βοηθοί και οι Φύλακες στους όρους και στις απαιτήσεις του Δημοσίου. Σ' αυτούς δίνεται η δουλειά να εξασφαλίσουν τάξη μέσα στο ίδρυμα. Αυτοί είναι εξ' αιτίας της ελλειπούς μόρφωσης στη φροντίδα ψυχικά αρρώστων πολυαπασχολούμενοι.

«Σε μια ανήσυχη συμπεριφορά ή σε παραβίαση των κανόνων του Ιδρύματος από την πλευρά των ασθενών φθάνουν οι τιμωρίες από μια αυθαίρετη αύξηση της δόσης φαρμάκων, μέχρι την χρήση φυσικής βίας σε αλυσσόδεση (Λέρος), δέσιμο στο κρεβάτι ή επίσης, σε κελλί απομόνωσης —σε μερικές περιπτώσεις σε γνώση των γιατρών ή με δική τους διαταγή.

Η καταπιεστική δουλειά των Βοηθών είναι μια αναγκαστική συνέπεια μιας ελλειπούς συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων ομάδων εργασίας. Η προφυλακτική δουλειά των βοηθών χειροτερεύει περισσότερο με την έλλειψη των θεραπευτικών σχεδίων.

### **Συγκεφαλαίωση**

Συνοπτικά, αφήνεται να εξακριβωθεί ότι η δουλειά σε όλα σχεδόν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι περιορισμένη προ πάντων σε ιατρική βοήθεια.

«... γενικά έχω την εντύπωση, ότι υπάρχουν πάρα πολλοί γιατροί και πολύ λίγες άλλες ομάδες εργασίας, οι οποίες θα μπορούσαν να αναλάβουν την επανόρθωση της υγείας των ασθενών που πάσχουν από χρόνιες αρρώστειες.

Στο διάγραμμα φαίνεται καθαρά η δυσαναλογία των γιατρών και Ψυχολόγων / Κοινωνικών Λειτουργών. Νο 12 «Ελλάδα: Η ψυχιατρική ομάδα».

Μια καλή συνεργασία από γιατρούς, Κοινωνικούς Λειτουργούς και ψυχολόγους, καθώς επίσης, από βοηθούς και φύλακες δεν υπάρχει.

«Σε κανένα ίδρυμα δεν μιλά κανείς ανάμεσα στις διαφορετικές ομάδες εργασίας έστω και για μια μικρή συνεργασία. Οι διάφορες αυτές ομάδες εργασίας δεν συνεργάζονται σχεδόν καθόλου και τα «μέτρα» που παίρνουν δεν είναι μεταξύ τους τα ίδια.

Από τη μια πλευρά δουλεύουν πολύ σπάνια ψυχολόγοι και/ή Κοινωνικοί Λειτουργοί, και από την άλλη λείπει επίσης, όπως ειπώθηκε, μια κατάλληλη κατανόηση της ψυχιατρικής δουλειάς.

«Μπορούμε να πούμε ότι η κατάσταση προσωπικού (λαμβάνοντας υπ' όψιν την ελλειπή εφοδίαση με εξειδικευμένο προσωπικό) στα περισσότερα ιδρύματα της Ελλάδας είναι άθλια.

Έγινε φανερό ότι ο εφοδιασμός προσωπικού ενός νοσοκομείου εξαρτάται από περισσότερους παράγοντες, όπως:

- α. τοποθεσία του Ιδρύματος (πόλη/κράτος),
- β. δυνατότητα έκτακτου κέρδους για γιατρούς και Ψυχολόγους,
- γ. Μέγεθος και είδος του Ιδρύματος.

Ο αριθμός των εξειδικευμένων συνεργατών ανεβαίνει, όσο μεγαλύτερη είναι η πόλη που βρίσκεται το Ίδρυμα. Ο αριθμός κατεβαίνει, όσο μικρότερο είναι το Ίδρυμα και όσο λιγότερος είναι ο αριθμός ασθενών με χρόνιες αρρώστειες.

Έγινε φανερό, ότι ο εφοδιασμός με Ψυχολόγους και Κοινωνικούς Λειτουργούς είναι ελλιπής και γι' αυτό το λόγο οι Ψυχίατροι είναι πολυαπασχολούμενοι. Έτσι, μένει η νοσηλεία των ασθενών περιορισμένη στην απονομή φαρμάκων, και δεν μπορεί να πει κανείς ότι αυτό είναι μια «θεραπεία».

«Η καθημερινότητα των ασθενών είναι χαραγμένη από ένα μεγάλο κενό, μια μεγάλη πλήξη».

Κατά συνέπεια ο εφοδιασμός με εξειδικευμένο προσωπικό σε μεγάλα Ιδρύματα, τα οποία βρίσκονται στην επαρχία και έχουν υψηλό αριθμό ασθενών, όπως η Λέρος, είναι ο χειρότερος.

## **ΣΤ. Πρόγραμμα Αποκατάστασης Χρονίων Ψυχωσικών από το Κ.Θ.Λ. - Ξενώνας Παραλίας Αυλίδας**

### **Εισαγωγή**

Αναφορικά με το πρόβλημα της Λέρου, η ευαισθητοποίηση της Διεθνούς Κοινότητας, Πολιτείας και του Επιστημονικού κόσμου είχε σαν αποτέλεσμα τον Αύγουστο του 1990 να εγκριθεί από το Υπουργείο Υγείας το πρόγραμμα «Λέρος» που στόχευε στη δημιουργία έντεκα (11) Ξενώνων σε διάφορα σημεία της χώρας, δυναμικότητας δέκα (10) ατόμων.

Το πρόγραμμα αυτό, προέβλεπε την παρέμβαση στο Κ.Θ.Λ. επιστημονικών ομάδων για ένα διάστημα τριών μηνών, προκειμένου να γίνει η επιλογή και η προετοιμασία των ασθενών με κύριο κριτήριο τον τόπο προέλευσής τους.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, την υλοποίηση του προγράμματος στο νομό Ευβοίας ανέλαβε η μη κερδοσκοπική εταιρεία Ε.Π.Α.Ψ.Υ.

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστούν οι φάσεις και η εξέλιξη του Προγράμματος Αποκατάστασης, καθώς και ένας χρόνος λειτουργίας του Ξενώνα της Αυλίδας, σύμφωνα με στοιχεία που δημοσίευσε η επιστημονική ομάδα των Δ. Δαμίγου, Ε. Ευριπίδου, Γ. Βουτσά, Μ. Λέκκα, Ν. Γκιωνάκη.

### **Πρόγραμμα παρέμβασης**

Η παρέμβαση της διεπιστημονικής ομάδας στο ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ ξεκίνησε στις 14 Νοεμβρίου 1990.

Οι στόχοι της ομάδας για το χρονικό διάστημα των τριών μηνών προέβλεπαν:

- α.** Καταγραφή και αξιολόγηση των ασθενών που κατάγονται από την Εύβοια.
- β.** Την εκπόνηση εξατομικευμένου Θεραπευτικού προγράμματος για την προετοιμασία των ατόμων που θα επιλέγονταν για τον Ξενώνα Ευβοίας, ανάλογα με τις ανάγκες τους.

γ. Εκπόνηση προγράμματος παρέμβασης για την αναβάθμιση της ψυχιατρικής φροντίδας στα τμήματα ανδρών στα Λέππιστα σε συνεργασία με το επιστημονικό προσωπικό και τους εργαζόμενους στο ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ.

Αν και το πρόγραμμα επανένταξης αφορά χρόνιους ψυχωσικούς αρρώστους, έγινε γρήγορα αντιληπτό μετά από μια πρώτη καταγραφή των ασθενών ότι το συγκεκριμένο κριτήριο δεν ήταν δυνατόν να υλοποιηθεί πλήρως. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που νοσηλεύονται στη Λέρο αφορά μέσες η βαρειές νοητικές καθυστερήσεις, οργανικά ψυχосύνδρομα και νευρολογικά περιστατικά. Το σύνολο των ασθενών αφορά άτομα τρίτης ηλικίας με μέσο όρο ηλικίας τα πενήντα επτά (57) χρόνια.

Ο συνδυασμός των χαρακτηριστικών αυτών, καθιστά ένα πρόγραμμα επανένταξης και αποκατάστασης εξαιρετικά δύσκολο στην υλοποίησή του με «απόλυτα» κριτήρια, ιδιαίτερα σε βραχύ χρονικό διάστημα, όπως αυτό προβλεπόταν από το πρόγραμμά μας. Κατά την άποψη των μελών της επιστημονικής ομάδας του συγκεκριμένου άρθρου, στα πλαίσια μιας μεγαλύτερης διάρκειας παρέμβασης, υπάρχει η δυνατότητα κινητοποίησης πολλών ασθενών που χρήζουν μιας ιδιαίτερης φροντίδας, στα πλαίσια ενός προγράμματος προσαρμοσμένου στις ανάγκες τους.

### **Φάσεις παρέμβασης - προετοιμασίας στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου**

#### *Πρώτη φάση:*

Η διάρκεια της πρώτης φάσης ήταν δύο εβδομάδες. Στη φάση αυτή η διεπιστημονική ομάδα ασχολήθηκε με τη γνωριμία και ανάπτυξη των σχέσεων μεταξύ των μελών της ομάδας και κάθε ενός από τους ασθενείς που είχαν επιλεγεί.

Για κάθε ασθενή η πρώτη επαφή γινόταν σ' έναν χώρο που του ήταν γνώριμος. Στη συνάντηση συμμετείχαν δύο άτομα από τη διεπιστημονική ομάδα, ο Ψυχίατρος ή ο Ψυχολόγος και ένα μέλος από τη θεραπευτική ομάδα που θα αποτελούσε στη συνέχεια

και ένα πρόσωπο αναφοράς για τον ασθενή.

Το κύριο σημείο επαφής στην πρώτη συνάντηση ήταν ο κοινός τόπος προέλευσης της ομάδας και του ασθενή. Αυτό θα μπορούσε να σταθεί αφορμή για την ανάπτυξη της σχέσης με τον ασθενή, μέσω των αναφορών σε αναμνήσεις για καταστάσεις και γεγονότα που είχε το άτομο από το παρελθόν και που συνδέονται με τον τόπο καταγωγής τους. Η επιλογή της ομάδας, ήταν να μην γίνει αναφορά στην προοπτική αναχώρησής τους από τη Λέρο για τον Ξενώνα, έως ότου γίνει η τελική επιλογή των ατόμων που θα κρίνονται κατάλληλα να ακολουθήσουν μια τέτοια προοπτική, προκειμένου να μην υπάρξουν απογοητεύσεις για τα άτομα που δεν θα είχαν τη δυνατότητα αυτή.

#### *Δεύτερη φάση:*

Διήρκεσε έναν μήνα. Κατά τη διάρκεια της φάσης αυτής, η ομάδα προχώρησε στο σχεδιασμό προγράμματος που στόχευε στην ανάπτυξη βασικών λειτουργιών που αφορούν την επικοινωνία και ανταλλαγή μέσω του λόγου, αναφορικά με θέματα που σχετίζονται με την ταυτότητα του ατόμου, τις ανάγκες του, την ανάπτυξη βασικών δεξιοτήτων του, τη συνύπαρξή του στα πλαίσια μιας ομάδας.

Για τα άτομα που είχαν σημαντικές δυσκολίες στη λεκτική επικοινωνία, υπήρξε δυνατότητα χρησιμοποίησης άλλων εκφραστικών μέσων, όπως η ζωγραφική, διάφορα στοιχειώδη παιχνίδια, κ.λπ.

Στη συνέχεια και παράλληλα υπήρχε η δυνατότητα μικρών εξόδων προς διάφορους χώρους όπως το γήπεδο, την καντίνα.

Ο κύριος στόχος των δραστηριοτήτων αυτών ήταν η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των ασθενών, μεταξύ των ασθενών και των θεραπευτών, το σπάσιμο της αδράνειας που είχε εδραιωθεί από την πολύχρονη απραξία, η ανάπτυξη βασικών λειτουργιών, που παρά τη βαρύτητα της κατάστασής τους είχαν τη δυνατότητα να εξελίξουν έστω και σε στοιχειώδες επίπεδο.

### *Τρίτη φάση:*

Διήρκεσε έναν μήνα, από τα μέσα Ιανουαρίου έως 18 Φεβρουαρίου 1991. Κατά τη διάρκεια της φάσης αυτής επιλέχθηκαν για το πρόγραμμα του Ξενώνα έξι (6) ασθενείς, οι οποίοι ακολούθησαν ένα ειδικό πρόγραμμα προετοιμασίας επικεντρωμένο στην προοπτική αναχώρησής τους για τον Ξενώνα.

Οι τέσσερις (4) από τους ασθενείς αντέδρασαν θετικά στην προοπτική αναχώρησής τους, ενώ οι άλλοι δύο (2) εξέφρασαν έντονα αμφιθυμικά συναισθήματα.

Ο τελευταίος μήνας προετοιμασίας αφιερώθηκε σε εξόδους από το Ίδρυμα, που τον τελευταίο μήνα πραγματοποιούνταν σχεδόν καθημερινά.

Τελικά, η διεπιστημονική ομάδα αναχώρησε από τη Λέρο στις 18 Φεβρουαρίου 1991, μόνο με τους τέσσερις (4) ασθενείς. Οι άλλοι δύο (2) ασθενείς εκτιμήθηκε ότι χρειάζονταν μεγαλύτερο χρόνο προετοιμασίας και συμφωνήθηκε να συνεχισθεί η εργασία μαζί τους, αμέσως μετά την εγκατάσταση των πρώτων ασθενών στον Ξενώνα.

### *Συμπληρωματική φάση παρέμβασης - προετοιμασίας:*

Η φάση αυτή πραγματοποιήθηκε σε δύο περιόδους παρέμβασης. Η πρώτη περίοδος είχε διάρκεια έναν μήνα και έγινε τον μήνα Απρίλιο. Κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής συνεχίσθηκε και ολοκληρώθηκε η προετοιμασία των δύο (2) ασθενών που χρειαζόταν μεγαλύτερο χρόνο προετοιμασίας. Στις αρχές Μαΐου μεταφέρθηκαν στον Ξενώνα ανεβάζοντας τον αριθμό των μελών σε έξι (6) άνδρες.

Η δεύτερη περίοδος πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού, από τις 3 Ιουλίου μέχρι 13 Αυγούστου 1991. Κατά την περίοδο αυτή επιλέχθηκαν και προετοιμάσθηκαν τρεις (3) γυναίκες από το τμήμα γυναικών στο Λακκί Λέρου, οι οποίες και μεταφέρθηκαν στον Ξενώνα Αυλίδας στις 13 Αυγούστου.

## **Φάσεις εξέλιξης του Θεραπευτικού έργου στον Ξενώνα**

### *Πρώτη φάση:*

Είναι η φάση της προσαρμογής. Έχει διάρκεια τρεις έως τέσσερις (3-4) μήνες.



Το θεραπευτικό πρόγραμμα, κατά τη φάση αυτή, είναι επικεντρωμένο στην ανάπτυξη των δραστηριοτήτων που θα ευνοήσουν την ένταξη των μελών στον καινούργιο τους χώρο, στην οικειοποίησή του, στη διαμόρφωση του προσωπικού τους χώρου, καθώς και στη γνώριμιά του κοινωνικού χώρου που βρίσκεται ο Ξενώνα.

*Δεύτερη φάση:*

Η διάρκεια της φάσης αυτής ποικίλλει ανάλογα με τα άτομα, από τρεις έως έξι (3-6) μήνες. Ξεκινάει όταν η προσαρμογή των μελών έχει ολοκληρωθεί. Κατά τη φάση αυτή αναπτύσσονται προοδευτικά οι δραστηριότητες εκτός Ξενώνα με τη συχνότερη έξοδο των μελών και τη συμμετοχή τους στις κοινωνικές δραστηριότητες της Κοινότητας. Σκοπός των δραστηριοτήτων αυτών είναι να αισθανθούν τα μέλη οικείο τον κοινωνικό χώρο, να αναβιώσουν μνήμες και γεγονότα του παρελθόντος και να μπορέσουν κάποια στιγμή να επιτύχουν όσο είναι δυνατό κάποια αυτονόμηση. Η σύγκριση του παρελθόντος με το παρόν έχει σαν αποτέλεσμα την διαφοροποιημένη αναπαράσταση του χρόνου και την ένταξη του ατόμου σε μία διαχρονικότητα. Η ακύρωση του χρόνου λόγω της ασυλιακής πραγματικότητας και η καθήλωση στο παρελθόν αρχίζει να υποχωρεί δίνοντας τη δυνατότητα στο άτομο να επανεύρει τη θέση του στο παρόν, συνδέοντας με το παρελθόν και ανοίγοντας συγχρόνως μια προοπτική στο μέλλον.

*Τρίτη φάση:*

Κύριο γνώρισμα αυτής της φάσης αποτελεί η έκφραση των προσωπικών αναγκών και επιθυμιών και η διεκδίκηση ενός λόγου και μιας άποψης στα όσα συμβαίνουν στη ζωή του ατόμου και της ομάδας.

## Η ζωή στον Ξενώνα

Οι δραστηριότητες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη των φάσεων εξέλιξης που περιγράφηκαν παραπάνω, ήταν δραστηριότητες οργάνωσης της καθημερινής ζωής.

Ο προσωπικός χώρος του κάθε μέλους είναι στην αποκλειστική του φροντίδα και επιμέλεια· μόνο σε περίπτωση που κριθεί ότι το μέλος χρειάζεται βοήθεια, βοηθάει ο θεραπευτής.

Ο καταμερισμός των εργασιών που αφορούν την φροντίδα των κοινόχρηστων χώρων γίνεται πάντα μέσα από εβδομαδιαίες συναντήσεις των μελών με τη θεραπευτική ομάδα.

Οι συζητήσεις για την διαπραγμάτευση αυτού του θέματος, αποτέλεσε για το πρώτο διάστημα βασικό παράγοντα στην έκφραση προτιμήσεων, δυσκολιών και δυσανεκθειών από κάποια μέλη. Έτσι ένα χρόνο μετά, τα άτομα αυτά έχουν αναλάβει αποκλειστικά τις περισσότερες ασχολίες καθώς και να βοηθήσουν άλλα άτομα να αποκτήσουν αυτή την δυνατότητα.

Αυτό γίνεται με τη συμπαράσταση των Θεραπευτών.

Εκτός από τη φροντίδα και οργάνωση του σπιτιού σημαντικό μέρος της καθημερινής δραστηριότητας αφιερώνεται στην καλλιέργεια του λαχανόκηπου που περιβάλλει τα οικήματα του Ξενώνα.

Να σημειωθεί ότι το σύνολο των 6 ανδρών κατάγεται από χωριό ό,που κύρια απασχόλησή τους είχαν την αγροτική εργασία. Τα προϊόντα της εργασίας τους αγοράζονται από το πρόγραμμα του Ξενώνα σε τιμές αγοράς, προσφέροντας έτσι στα μέλη ένα σημαντικό κίνητρο για τη συνέχεια αυτής της δραστηριότητας. Η μικρή αυτή χρηματική αμοιβή αποτελούσε για κάποια μέλη την πρώτη αποζημίωση μετά από πολλές δεκαετίες, ενώ για κάποια άλλα ήταν η πρώτη φορά στη ζωή τους που είχαν από την εργασία τους μια οικονομική απολαβή.

## Κοινωνικές επαφές - Επαφές με την Οικογένεια

Τα περισσότερα μέλη συμμετείχαν από την αρχή με ενθουσιασμό στις εξόδους στην κοινότητα της Αυλίδας ή στη Χαλκίδα. Αυτό τους επέτρεψε να γνωρίσουν το χώρο που ευρίσκεται ο Ξενώνας, ενώ συγχρόνως να αναπτύξουν κοινωνικές επαφές και να γνωριστούν με τους κατοίκους της περιοχής. Από το καλοκαίρι του 1991 τα μέλη έχοντας αναπτύξει την αυτονόμησή τους, κατάφεραν ορισμένες φορές να πηγαίνουν μόνοι τους στα κοντινά καταστήματα χωρίς τη συνοδεία του προσωπικού.

Όσον αφορά τις επαφές των μελών με τις οικογένειές τους, οι προσπάθειες γι' αυτό είχαν ξεκινήσει από την πρώτη περίοδο προετοιμασίας των ασθενών στη Λέρο.

Οι προσπάθειες οργανώθηκαν ως εξής: Στην αρχή στάλθηκαν επιστολές στις οικογένειες, με σκοπό να γνωστοποιηθεί η συμμετοχή των μελών τους στο πρόγραμμα επανένταξης και η προοπτική επανόδου τους στην Χαλκίδα.

Με τις οικογένειες που ανταποκρίθηκαν στην είδηση αυτή, ξεκίνησε συστηματική επαφή με προγραμματισμένες συναντήσεις. Στις συναντήσεις αυτές, μέλη της θεραπευτικής ομάδας συμβούλευαν κι ενθάρρυναν τις οικογένειες, προκειμένου τα διάφορα ζητήματα που ανακινούνται μετά την επαναδύνδεση με τα μέλη τους μετά από δεκαετίες χωρισμού, να επεξεργάζονται. Επίσης, να αναζητούνται οι κατάλληλες απαντήσεις τόσο σε σχέση με πρακτικά θέματα, όσο κυρίως στην επεξεργασία των δυναμικών που η επανένωση μπορεί να προκαλέσει.

Παρακάτω παρατίθεται σχεδιάγραμμα όπου παρουσιάζονται στοιχεία σχετικά με τις οικογένειες.

### Επαφή με τις Οικογένειες

ΜΕΛΗ	ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΣΕ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ	ΧΩΡΙΣ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
6 άνδρες	4	2	—
3 γυναίκες	1	1	1

## Εργασία με την Κοινότητα

Για να έχει επιτυχία μια δομή όπως ο Ξενώνας επανένταξης και αποκατάστασης, προϋποθέτει προετοιμασία της Κοινότητας που θα ενταχθεί. Επίσης, σε όλο το διάστημα λειτουργίας, οφείλει να βρίσκεται σε διαρκή συναλλαγή με τον κοινωνικό χώρο.

Η θεραπευτική ομάδα του Ξενώνα Αυλίδας μας πληροφορεί ότι κατά τη διάρκεια της πρώτης περιόδου εγκατάστασής τους, βρέθηκαν αντιμέτωποι με μια αρνητική, προκαταληπτική στάση από μέρους τμήματος των κατοίκων της περιοχής στην προοπτική εγκατάστασής τους στην περιοχή.

Έγιναν αρκετές παρεμβάσεις από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης σε τοπικό αλλά και πανελλήνιο επίπεδο, προκειμένου να δοθούν οι απαραίτητες διευκρινήσεις για τον Ξενώνα.

Έγιναν ανοιχτές συζητήσεις στην Κοινότητα, με τη συμμετοχή όλων των φορέων του Νομού για την πληρέστερη ενημέρωση των κατοίκων. Στην αποτελεσματική κινητοποίηση των φορέων του Νομού, αποφασιστικής σημασίας ήταν η συνεργασία του Ξενώνα με το κ.κ.ψ.γ. Χαλκίδας.

Με τον καιρό οι αρνητικές αντιδράσεις άρχισαν προοδευτικά να μειώνονται. Μάλιστα, από τον Μάιο 1991 δεν έχουν υπάρξει οργανωμένες κινητοποιήσεις από τους διαφωνούντες.

Μετά την εκτόνωση των αρνητικών αντιδράσεων, ακολούθησε μια ήρεμη περίοδος θετικού κλίματος.

Στη διαμόρφωση θετικού κλίματος, συνέβαλαν σημαντικά δύο πράγματα:

- α.** Η παρουσία των μελών του Ξενώνα στο χωριό, επέτρεψε την απομυθοποίηση και την τροποποίηση των προκαταλήψεων που υπήρχαν σε σχέση με άτομα που είχαν προβλήματα Ψυχικής Υγείας.
- β.** Ο προγραμματισμός και η οργάνωση μιας σειράς κοινοτικών δραστηριοτήτων στην περιοχή με πρωτοβουλία του Ξενώνα και του ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΧΑΛΚΙΔΑΣ. Οι δραστηριότητες αυτές είναι:

- Συνεργασία με την Εταιρεία Αγωγής Υγείας Ευβοίας, για τη λειτουργία προληπτικού πολυϊατρείου για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα ενός μήνα.
- Δημιουργία ενημερωτικού περιπτέρου σε θέματα κοινωνικού τουρισμού, κοινωνικών δραστηριοτήτων, κ.ά.

Δυστυχώς οι δύο αυτές προσπάθειες δεν βρήκαν την προσδοκώμενη ανταπόκριση από τους κατοίκους της περιοχής.

- Το Νοέμβριο 1991, οργανώθηκε συζήτηση με εκπροσώπους της κοινότητας, προκειμένου να υπάρξει ένας προβληματισμός πάνω στις ανάγκες της περιοχής, και τυχόν ενέργειες που θα μπορούσαν να γίνουν για την καλύτερευση της ποιότητας ζωής της περιοχής. Στη συνάντηση συστάθηκε επιτροπή που θα προωθούσε ένα πρόγραμμα ανακύκλωσης πρώτων υλών. Η προσπάθεια αυτή, μέχρι σήμερα βάδισε σε μια ικανοποιητική εξελικτική πορεία και συνεχίζει σ' αυτό το ρυθμό.
- Σημαντική διάσταση των συναλλαγών του Ξενώνα με την ευρύτερη κοινότητα, αποτελούν οι συναντήσεις των μελών με το ΚΑΠΗ Χαλκίδας. Η συμμετοχή των μελών στις εορταστικές εκδηλώσεις που οργανώνει το ΚΑΠΗ, έχουν θετικό αντίκτυπο στα μέλη του Ξενώνα.

Είναι αξιοσημείωτο, ότι για την επεξεργασία της κοινοτικής εργασίας, τον προγραμματισμό και την υλοποίησή της, η θεραπευτική ομάδα του Ξενώνα έχει συστηματικές συναντήσεις με εξωτερικό συνεργάτη –Κοινωνικό Λειτουργό ειδική σε θέματα κοινοτικής παρέμβασης και Ψυχικής Υγείας.

### **Συμπεράσματα**

Η θεραπευτική ομάδα του Ξενώνα αποκατάστασης και επανένταξης Αυλίδας, μετά τον ένα χρόνο λειτουργίας του Ξενώνα, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το πρόγραμμα έδωσε σαφείς ενδείξεις για τις μεγάλες δυνατότητες που υπάρχουν στην προοπτική ανάπτυξης των ενδιάμεσων δομών σαν απάντηση στην ιδρυματική πραγματικότητα που εξα-

κολουθεί να αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος του ψυχιατρικού συστήματος στη χώρα μας.

Αναλυτικότερα:

- α. Στο κλινικό επίπεδο η εξέλιξη των μελών ήταν σημαντική.
- β. Η πρόοδός τους στην ανάπτυξη των ατομικών κοινωνικών δεξιοτήτων έγινε με ταχείς ρυθμούς.
- γ. Στο επίπεδο της ψυχικής λειτουργίας και συναισθηματικής έκφρασης η βελτίωση ήταν σημαντική, ιδιαίτερα για τα μέλη που θεωρούνται σαν χρόνιοι ψυχωσικοί χωρίς άλλη οργανική παθολογία, όπως νοητική καθυστέρηση.
- δ. Με τις οικογένειες η επανασύνδεση με τα μέλη του Ξενώνα λειτούργησε θετικά μέχρι στιγμής, αν και οι αντιστάσεις που παρατηρούνται στην ανάληψη από τη μεριά των οικογενειών ενός ρόλου πιο ενεργητικού στην προοπτική επανένταξης των δικών τους είναι μεγάλες.
- ε. Οι δυσκολίες του προγράμματος είναι βασικά διοικητικής μορφής, από την πλευρά των αρμοδίων κρατικών φορέων, διότι δεν προωθούνται προτάσεις που έχουν κατατεθεί και αφορούν τη συνέχεια του προγράμματος, όπως προστατευόμενα εργαστήρια, θεσμός αναδόχων οικογενειών, συνεταιριστικές μονάδες.

## **Ζ. Πρόγραμμα αποασυλοποίησης και αποκατάστασης χρόνιων ασυλικών περιθαλπτομένων του ΚΕΠΕΠ ΠΙΚΠΑ Λέρου**

### **Εισαγωγή**

Στα πλαίσια του κανονισμού 815/84 της Ε.Ο.Κ. περί «Μεταρρύθμισης της Δμόσια Ψυχιατρικής Περιθαλψης στην Ελλάδα», ο Παιδοψυχιατρικός Τομέας του Νοσοκομείου Παιδων «Αγία Σοφία», ανέλαβε την πρωτοβουλία ανάπτυξης ενός προγράμματος αποασυλοποίησης και αποκατάστασης στο ΚΕΠΕΠ ΠΙΚΠΑ Λέρου υπό την ευθύνη του κ. Ι. Τσιάντη Α' Επίκουρου Καθηγητή Παιδοψυχιάτρου.

Στο κεφάλαιο αυτό θα μας απασχολήσει το συγκεκριμένο πρόγραμμα. Στοιχεία για το πρόγραμμα πήραμε από τους Ε. Σουλτάνη, Β. Ζαχαριά, Χ. Ασημόπουλο (1992, σελ. 41-50).

Να σημειωθεί ότι το πρόγραμμα αναπτύσσεται μέσω της Ε.Π.Α.Ψ.Υ. (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας).

### **Περιγραφή του ΚΕΠΕΠ ΠΙΚΠΑ Λέρου**

Το Κέντρο Περιθαλψης Παιδιού ΠΙΚΠΑ Λέρου, ιδρύθηκε το 1960 με σκοπό την παροχή υπηρεσιών προστασίας και φροντίδας παιδιών με ειδικές ανάγκες.

Στα τριάντα (30) χρόνια λειτουργίας του, έχει αποπροσανατολισθεί από την εξυπηρέτηση των σκοπών για τους οποίους ιδρύθηκε και έχει αναπτύξει όλα τα χαρακτηριστικά ενός ασύλου.

Μέχρι το 1980 η δύναμη του ασύλου έφθασε τους τριακόσιους (300) περιθαλπτομένους και ο αριθμός τους μειώθηκε σε μια προσπάθεια αποσυμφόρησης, με τη μεταφορά σε άλλα ιδρύματα και τη διακοπή εισαγωγής νέων περιστατικών.

Σήμερα η δύναμη του ασύλου είναι 165 άτομα και των δύο φύλων ηλικίας από εννέα (9) μέχρι σαράντα πέντε (45) ετών.

Από τα στοιχεία των αρχείων του ΚΕΠΕΠ φαίνεται ότι για τη συντριπτική πλειοψηφία των περιθαλπτομένων, το ιατρικό τους ιστορικό περιορίζεται μόνο στην διάγνωση που ήταν αναγκαία κατά τη διάρκεια των διαδικασιών εισαγωγής.

Τα στοιχεία αυτά παρουσιάζουν την εξής κατάταξη αναφορικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς:

- Το 37% εμφανίζεται με τη διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης.
- Το 16% εμφανίζεται με σπαστική τετραπληγία και νοητική καθυστέρηση.
- Το 31% εμφανίζεται με διάφορες διαγνώσεις, σύνδρομα με ενδείξεις σωματικών και κινητικών δυσλειτουργιών και βαρεία νοητική καθυστέρηση με ψυχικές διαταραχές.

Τα άτομα αυτά δεν επανεξετάστηκαν μέχρι τον Ιούλιο του 1991 που επιχειρήθηκε μια καταγραφή για το επίπεδο της λειτουργικότητας και των συμπεριφορών τους. Από την καταγραφή προέκυψαν τα εξής στοιχεία:

- Το 70% των περιθαλπτόμενων εμφανίζει ακράτεια ούρων και κοπράνων.
- Το 50% είναι κατάκοιτοι, το 6% τυφλοί και το 13% βαρύκοοι και κουφοί.
- Το 65% εμφανίζει έλλειψη λόγου.
- Το 30% παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα συνεννόησης και επικοινωνίας.
- Το 23% εμφανίζει αυτοτραυματικές συμπεριφορές.
- Το 11% παρουσιάζει καταστροφική και επιθετική συμπεριφορά.

Οι συνθήκες διαβίωσης στο άσυλο, η εγκατάλειψη, η απομόνωση και η αποπροσωποποίηση επέδρασαν ανασταλτικά σε όσες δυνατότητες είχαν τα άτομα για εξέλιξη και αποκατάσταση.

Οι περιθαλπτόμενοι παραμένουν όλη την ημέρα σε μεγάλους θαλάμους και τα πάντα εκτελούνται με μια διαρκώς επαναλαμβανόμενη αλληλουχία, με τρόπο ομοιόμορφο και καθορισμένο. Προσωπικός χώρος για ατομική δραστηριότητα δεν υπάρχει. Σε ασθενείς που το προσωπικό δεν μπορεί να επιβληθεί ακολουθείται η μέθοδος της καθήλωσης, με την αναγκαστική ακινητοποίηση –δέσιμο στο κρεβάτι.

Υπάρχει παντελής έλλειψη παιδαγωγικού υλικού καθώς και υλικού και οργάνων



φυσιοθεραπείας.

Δεν υπάρχουν πουθενά ειδικά όργανα εξυπηρέτησης ατόμων με ειδικές κινητικές δυσκολίες που θα τους επέτρεπαν την προσπέλαση σε όλους τους χώρους. Γενικά, ο χώρος του ασύλου είναι τελείως αναξιοποίητος και δεν έχει ληφθεί μέριμνα για τη δημιουργική απασχόληση και την καλύτερευση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Καθ' όλη τη διάρκεια λειτουργίας του ασύλου, δεν υπήρξε καμμία πρόβλεψη για συστηματική ιατρική παρακολούθηση και θεραπεία. Περιστασιακά και μόνο σε καταστάσεις επείγουσες προσφέρεται ιατρική αντιμετώπιση.

Το προσωπικό που ασχολείται με τους περιθαλπτόμενους είναι ανειδίκευτο. Μετα 165 άτομα, ασχολούνται εβδομήντα (70) εργαζόμενοι εκ των οποίων εξήντα (60) φροντιστές και δέκα (10) καθαρίστριες σε τρεις (3) βάρδιες.

Η εκπαίδευση του προσωπικού περιγράφεται ως εξής:

- Η μία (1) (Διευθύνουσα) είναι απόφοιτη τριετούς νοσηλευτικής σχολής.
- Οι τρεις (3) είναι απόφοιτοι Λυκείου.
- Οι πέντε (5) είναι απόφοιτοι Γυμνασίου.
- Οι εξήντα δύο (62) είναι απόφοιτοι Δημοτικού.

Οι σχέσεις προσωπικού-περιθαλπτομένων, χαρακτηρίζονται σαν σχέσεις κυριαρχικές-εξουσιαστικές από μέρος του προσωπικού. Το προσωπικό αντιλαμβάνεται το ρόλο του σαν ρόλο φύλαξης των περιθαλπτομένων και την εργασία του, σαν να προσφέρει τις υπηρεσίες του όχι στους ασθενείς αλλά προς εκείνους που τους φέρνουν στο άσυλο και το φορέα που τους εποπτεύει.

Όσον αφορά τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των περιθαλπτομένων στο ΚΕΠΕΠ ΠΙΚΠΑ Λέρου, σημειώνονται τα εξής:

- Αν και το ΚΕΠΕΠ αναφέρεται σε παιδιά, η συντριπτική πλειοψηφία του είναι ενήλικες μέχρι σαράντα πέντε (45) ετών. Αυτό φανερώνει ότι διαχρονικά δεν έγινε καμμία προσπάθεια αποκατάστασης των παιδιών και των εφήβων που ενηλικιώνονται με αποτέλεσμα να μείνουν εφ' όρου ζωής στο Ίδρυμα.

- Η πλειοψηφία των ασθενών υπόκεινται τουλάχιστον επί δεκαπέντε έως σαράντα (15-40) χρόνια στις επιπτώσεις του ασυλικού τύπου ζωής.
- Τα άτομα του ΚΕΠΕΠ προέρχονται από τις πιο απομακρυσμένες περιοχές της χώρας. Αυτό συνέβαλε στην απόρριψη, απομόνωση και την εγκατάλειψη αυτών των ατόμων από το οικογενειακό τους περιβάλλον.
- Από στοιχεία του 1989 φαίνεται ότι μόνο ποσοστό 18% του συνόλου είχε κάποια επαφή με την οικογένειά του, είτε με την μορφή επίσκεψης, είτε με τηλεφωνική επικοινωνία ή αλληλογραφία.

Η εγκατάλειψη των ατόμων του ΚΕΠΕΠ είναι πλήρης, καθώς οι γονείς δεν υποστηρίχθηκαν ποτέ από τις κατάλληλες υπηρεσίες για την ανάπτυξη επαφής με τα παιδιά τους.

- Από την κίνηση των ασθενών του ΚΕΠΕΠ ΠΙΚΠΑ Λέρου στο σύνολο των τριάντα (30) ετών λειτουργίας του φαίνεται ότι έγιναν εννιακόσιες δεκατέσσερις (914) εισαγωγές, πραγματοποιήθηκαν εκατόν ογδόντα (180) μεταφορές σε άλλα ιδρύματα και πενήντα έξι (56) έξοδοι και πέθαναν μέσα στο άσυλο πεντακόσια δύο (502) άτομα. Το ποσοστό θνησιμότητας σ' αυτό το ίδρυμα-άσυλο πλησιάζει το 50%.

### **Πρόγραμμα αποασυλοποίησης και αποκατάστασης**

Το πρόγραμμα είναι διάρκειας δεκαοκτώ (18) μηνών. Από τον Μάρτιο του 1991 αναπτύσσονται δραστηριότητες με στόχο την τροποποίηση του ασύλου συνολικά σαν περιβάλλον και την αναβάθμιση των υπηρεσιών που προσφέρει.

Η διεπιστημονική ομάδα από δεκαπέντε (15) ειδικούς που απασχολείται στα πλαίσια του προγράμματος αποτελείται από Παιδοψυχίατρο-Ψυχίατρο, Νευρολόγο, Ψυχολόγους, Ψυχοπαιδαγωγό, Κοινωνικούς Λειτουργούς, Εργοθεραπευτές, Φυσιοθεραπευτή και Ψυχιατρικές Νοσηλεύτριες.

Οι δραστηριότητες που αναπτύσσονται αφορούν:

- Την εκτίμηση - διάγνωση και καταγραφή των αναγκών των περιθαλπτομένων.
- Την λειτουργική και θεραπευτική τους αποκατάσταση.
- Προγράμματα εκμάθησης ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων.
- Την κοινωνική επανένταξη των ασθενών μέσω της επανασύνδεσης με τις φυσικές τους οικογένειες και την επιστροφή τους σ' αυτές, σε ανάδοχες οικογένειες ή σε άλλα κατάλληλα ιδρύματα.
- Την ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση του ανειδίκευτου προσωπικού.
- Την προσέγγιση της Κοινότητας μέσω της ανάπτυξης προγράμματος Αγωγής Υγείας και της Λειτουργίας Συμβουλευτικού Σταθμού.
- Κτηριακές παρεμβάσεις και διαρρυθμίσεις στο ΠΙΚΠΑ.

Άλλες σημαντικές δραστηριότητες είναι αυτές που αφορούν την κοινωνικοποίηση των περιθαλπτομένων για τις οποίες θα γίνει αναλυτική παρουσίαση παρακάτω.

### **Δραστηριότητες κοινωνικοποίησης**

Οι δραστηριότητες κοινωνικοποίησης είναι συγκεκριμένες δραστηριότητες που σκοπό έχουν την εξάλειψη των βασικών χαρακτηριστικών του ασύλου, όπως είναι ο αποκλεισμός, η αποπροσωποποίηση, η μονοτονία, κ.ά.

Ο χαρακτήρας των δραστηριοτήτων αυτών είναι θεραπευτικός και κοινωνικοποιητικός.

Οι κοινωνικές δραστηριότητες του συγκεκριμένου προγράμματος αφορούν είκοσι τρεις (23) ενήλικες και ορισμένες από αυτές τις δραστηριότητες αφορούν τους είκοσι τρεις (23) ανήλικους.

Είναι οι εξής:

- α. Ατομικές συνεργασίες των είκοσι τριών (23) ενηλίκων με την Κοινωνική Λειτουργό κάθε δεκαπενθήμερο. Στις συνεργασίες αυτές συζητούνται καθημερινά προβλήματα, ανησυχίες, παράπονα που έχουν στις σχέσεις τους με το προ-

σωπικό ή με άλλους ασθενείς.

Επίσης, η Κοινωνική Λειτουργός βοηθάει τα μέλη στη συμπλήρωση του «Βιβλίου ζωής» τους.

Το «Βιβλίο ζωής» είναι ντοσιέ, στο οποίο ο περιθαλπτόμενος καταγράφει την ιστορία του, τις αναμνήσεις του από την οικογένεια ή από άλλα ιδρύματα, τα σημαντικότερα γεγονότα της ζωής του, την τωρινή του κατάσταση, τα ενδιαφέροντά του, τα όνειρα και τα σχέδιά τους για το μέλλον.

Σκοπός του βιβλίου είναι να συμβάλει στη δόμηση και ανάπτυξη της ταυτότητας του ασθενή.

#### 6. Ομάδες δημιουργικής απασχόλησης

Έχουν δημιουργηθεί τρεις (3) ομάδες ενηλίκων και τρεις (3) ανηλίκων. Κριτήρια για την επιλογή των μελών στην ομάδα ενηλίκων ήταν οι μεταξύ τους σχέσεις και οι σωματικές αναπηρίες. Για τις ομάδες ανηλίκων κριτήρια ήταν η βιολογική και ψυχοκινητική ηλικία. Σκοπός των ομάδων αυτών είναι η κοινωνική και περιβαλλοντική εκπαίδευση των μελών.

Τα μέσα που χρησιμοποιούνται είναι η συζήτηση συνοδευόμενη από εποπτικό υλικό και εικόνες από την καθημερινή ζωή, η ζωγραφική, οι χειροτεχνίες, το παιχνίδι, η δραματοποίηση, το κουκλοθέατρο, η μουσική, επισκέψεις σε πλαίσια για τα οποία γίνεται συζήτηση.

#### γ. Ομάδες αυτοϋπηρέτησης

Έχουν δημιουργηθεί πέντε (5) ομάδες αυτοϋπηρέτησης (τριών (3) ανδρών, δύο (2) γυναικών). Στόχο έχουν την ανάπτυξη δεξιοτήτων των περιθαλπτομένων σε καθημερινές δραστηριότητες, όπως η προσωπική υγιεινή, πλύσιμο, σιδέρωμα, ψώνια, κ.λπ., με σκοπό την αυτονόμησή τους και συνεπώς την δημιουργία καλύτερης αυτοεικόνας και αυτοσεβασμού.

#### δ. Αθλητικές δραστηριότητες

Έχουν δημιουργηθεί δύο ομάδες. Μία ομάδα ανδρών, που ασχολείται με ποδόσφαιρο και μια γυναικών που ασχολείται με παιχνίδι με σχοινάκι, με μπάλα και

τρέξιμο.

Σκοπό έχουν τη γνώση του σώματος, την αντίληψη του χώρου και χρόνου και το συντονισμό σκέψης και κίνησης.

Στόχους έχουν την σωματική και συναισθηματική εκτόνωση, την κοινωνική αγωγή μέσα από τη συνεργασία και την άμιλλα, την μείωση του αισθήματος μειονεκτικότητας λόγω σωματικής αναπηρίας.

#### ε. Ελεύθερος χρόνος

Κάποια απογεύματα της εβδομάδας, οι περιθαλπτόμενοι περνούν την ώρα τους στο «Χαρούμενο σπίτι». Είναι χώρος όπου λειτουργούν ομάδες μουσικής, συζήτησης, ζωγραφικής ή χειροτεχνίας, επιτραπέζιων παιχνιδιών, ομάδες αφήγησης ιστοριών.

#### στ. Εξωτερικώς δραστηριότητες

Πραγματοποιούνται δύο φορές την εβδομάδα έξοδοι ενηλίκων και τρεις φορές την εβδομάδα έξοδος ανηλίκων.

Σκοπό έχουν την γνωριμία με το νησί και την περιβαλλοντική εκπαίδευση των ατόμων, την εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και αποδεκτών τρόπων συμπεριφοράς, την ψυχαγωγία τους, την ενσωμάτωσή τους στην Κοινότητα, καθώς και την κοινωνική συναλλαγή τους με ανθρώπους της Κοινότητας.

#### ζ. Χορευτικό

Πραγματοποιούνται επισκέψεις χορευτικού συγκροτήματος, τα μέλη του οποίου χορεύουν μαζί με τους περιθαλπτομένους.

#### η) Γιορτές

Οι γιορτές διοργανώνονται είτε στο πικπα, είτε έξω στην Κοινότητα με την ευκαιρία ονομαστικών εορτών, γενεθλίων ή άλλων σημαντικών γεγονότων.

Σκοπό έχουν την διατάραξη της μονοτονίας της καθημερινής ζωής στο άσυλο, την εξατομίκευση και τη δημιουργία προσωπικών στιγμών, την ανάπτυξη ανθρωπιστικών αισθημάτων και τη δημιουργία σχέσεων μεταξύ των περιθαλπτομένων.

### **Προβλήματα - δυσκολίες κατά την εφαρμογή των δραστηριοτήτων**

Οι δυσκολίες που συνάντησαν οι δραστηριότητες στην εφαρμογή τους αφορούν:

- α.** Την υλικοτεχνική υποδομή του ΠΙΚΠΑ (π.χ. απουσία ασανσέρ και άλλων βοηθημάτων για την διευκόλυνση των κινητικά αναπήρων, απουσία προσωπικών ντουλαπιών, ανεπάρκεια ή και κακή διαχείριση ιματισμού).
- β.** Την αντίσταση του προσωπικού σε δραστηριότητες που ανατρέπουν τη ρουτίνα του ιδρύματος. Η στάση του προσωπικού άρχισε να συμμετέχει στην οργάνωση των δραστηριοτήτων.
- γ.** Την αρνητική στάση ανθρώπων της Κοινότητας έναντι των εξόδων των περιθαλπτομένων ιδιαίτερα το καλοκαίρι με την τουριστική κίνηση.  
Η καλή, όμως, συμπεριφορά των περιθαλπτομένων βοήθησε στο να αρχίσει αυτή η στάση να αλλάζει.

### **Επαφή των περιθαλπτομένων με τις φυσικές τους οικογένειες**

Στο θέμα αυτό άρχισε να υλοποιείται συστηματική συνεργασία που περιλαμβάνει:

- α.** Ανάπτυξη συστηματικής συνεργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών του προγράμματος με την οικογένεια.
- β.** Εγκαθίδρυση σταθερής επαφής και επικοινωνίας κάθε είδους, της οικογένειας με τον περιθαλπτόμενο. Όπου είναι δυνατόν καταρτίζεται πρόγραμμα επισκέψεων της οικογένειας στο Ίδρυμα και του περιθαλπτομένου στην οικογένεια.
- γ.** Παρότρυνση για ανάληψη ενεργού ρόλου από μέλη της οικογένειας στο σχεδιασμό κοινωνικής αποκατάστασης του περιθαλπτομένου.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, πριν την έναρξη του προγράμματος μόνο το 18% των οικογενειών διατηρούσε κάποια επαφή με τους περιθαλπτόμενους.

Από την έναρξη του προγράμματος (Μάρτιος 1991) μέχρι σήμερα σημειώθηκαν

τα εξής:

Στάλθηκαν επιστολές σε εκατόν είκοσι μία (121) οικογένειες από το συνολικό αριθμό των εκατόν εξήντα πέντε (165), λόγω του ότι οι σαράντα τέσσερις (44) περιθαλπτόμενοι είναι παιδιά είτε εξώγαμα, είτε έκθετα ή οι περιπτώσεις τους έχουν χαρακτηριστεί απόρρητες μετά από αίτημα του γονέα.

Απάντησαν οι σαράντα τρεις (43) οικογένειες, με τις οποίες ξεκίνησε η συνεργασία με την Κοινωνική Λειτουργό.

Οι πρώτες διαπιστώσεις και τα πρώτα αποτελέσματα από τη συνεργασία είναι τα ακόλουθα:

- Σε όλες τις περιπτώσεις δεν υπήρχε τακτική επαφή-συνεργασία του ιδρύματος με τις οικογένειες μετά την εισαγωγή. Αυτό σε συνδυασμό με την μεγάλη απόσταση δεν ενθάρρυνε τη διατήρηση επαφής της οικογένειας με τον περιθαλπτόμενο.
- Σε 5 περιπτώσεις από αυτές που δεν χαρακτηρίζονται απόρρητες, έχει κρατηθεί μυστική η ύπαρξη του περιθαλπτομένου από τα άλλα αδέρφια και σε μία (1) περίπτωση από τους συζύγους δύο αδελφών περιθαλπτομένων.  
Στις περιπτώσεις είναι φανερό ότι και η ανυπαρξία συνεργασίας με την οικογένεια έπαιξε καθοριστικό ρόλο στο γεγονός της απόκρυψης.
- Η πλειοψηφία των οικογενειών ζητά την μεταφορά των μελών τους σε πλαίσια κοντά στον τόπο κατοικίας, επιθυμώντας να έχουν μια τακτική επαφή μαζί τους. Σε τρεις (3) περιπτώσεις οι οικογένειες δέχονται να παίρνουν τους περιθαλπτόμενους στο σπίτι για το διάστημα ενός έως δύο (1-2) μηνών το χρόνο.
- Δύο οικογένειες με ενδιαφέρον, αλλά αραιή επικοινωνία με τα μέλη τους, προγραμματίστηκε να τα πάρουν για λίγες μέρες κοντά τους.
- Οι οκτώ (8) από τις οικογένειες που συνεργάζονται με την Κ.Λ. επισκέφτηκαν το παιδί τους στη Λέρο και δύο (2) προγραμματίζεται να το επισκεφτούν σύντομα. Η προετοιμασία της επίσκεψης και ο τρόπος πραγματοποίησής της

αποδείχθηκαν ότι διευκολύνουν πολύ την επαφή.

- Δύο οικογένειες με ενθάρρυνση και βοήθεια πήραν τα παιδιά δοκιμαστικά κοντά τους. Οι περιπτώσεις αυτές παραπέμφθηκαν στην Εταιρεία Προστασίας Σπαστικών.

### **Ο θεσμός των ανάδοχων οικογενειών**

Στο σχεδιασμό αποασυλοποίησης και αποκατάστασης είναι και η ανάπτυξη προγράμματος αναδόχων οικογενειών. Ήδη το πικπα συνεργάζεται με δύο υποψήφιες ανάδοχες οικογένειες.

### **Λειτουργία Θεραπευτικού οικοτροφείου**

Έχει υποβληθεί πρόταση και αναμένεται απάντηση από το Υπουργείο, για τη λειτουργία οικοτροφείου δεκαπέντε (15) ατόμων στην Αθήνα. Κύριος στόχος του θα είναι να αντιμετωπίσει Θεραπευτικά τα άτομα που θα φιλοξενήσει και να τα προετοιμάσει για την κοινωνική τους επανένταξη.

### **Άλλα ιδρυματικά πλαίσια**

Διερευνάται η δυνατότητα τοποθέτησης ασθενών σε ιδρύματα στον τόπο κατοικίας τους. Η δυνατότητα αυτή θα διευκολύνει την επαφή περιθαλπτομένου και της οικογένειάς του.



## Η. Ο ρόλος του Ψυχιατρικού Κοινωνικού Λειτουργού

Σύμφωνα με την άποψη των Ντέρνερ και Πλοκ (1985, σελ. 114) ο Κοινωνικός Λειτουργός που είναι το μέλος μιας ψυχιατρικής ομάδας είναι αρμόδιος για το κοινωνικό μέρος της εργασίας που γίνεται με τους ψυχασθενείς. Είναι αρμόδιος δηλαδή για τις επαφές της ψυχιατρικής ομάδας με τις διάφορες δημόσιες υπηρεσίες με σκοπό την εξασφάλιση υλικών αγαθών προς όφελος των ασθενών (Herman Dirks, 1988, σελ. 75).

Ενώ οι Ντέρνερ και Πλοκ το 1985 περιορίζονται ακόμα στον παραδοσιακό ρόλο του ψυχιατρικού Κοινωνικού Λειτουργού ο May από το 1975 υποστηρίζει ότι ο ρόλος του δεν περιορίζεται μόνο στην διευθέτηση των οικονομικών του πελάτη αλλά σαφώς περιλαμβάνει περισσότερες υπευθυνότητες. Συγκεκριμένα λοιπόν λέει: «... Ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να παίξει έναν ενεργητικό ρόλο στην θεραπεία, την αποκατάσταση και την επανένταξη των ασθενών στην Κοινότητα...». (May, 1975, σελ. 57).

Στο νομικό διάταγμα της χώρας μας Αριθμός 891/78 ορίσθηκε το 1978 ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού ως εξής:

«Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι να χρησιμοποιεί μεθόδους της κοινωνικής εργασίας για την υποστήριξη ατόμων και ομάδων στην αντιμετώπιση και λύση προβλημάτων που έχουν δημιουργηθεί από κοινωνικοοικονομικούς λόγους. Ρόλος, επίσης του Κοινωνικού Λειτουργού είναι να κρατήσει ή να επαναφέρει την ισορροπία μεταξύ ατόμου και κοινωνίας. Επίσης, να συμβάλει για την κοινωνική ανάπτυξη και ευημερία».

Ο Herman Dirks (1988, σελ. 77) σε έρευνά του για την ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα κατέληξε στα παρακάτω συμπεράσματα σχετικά με τον αριθμό των απασχολούμενων Κοινωνικών Λειτουργών στις ψυχιατρικές υπηρεσίες υγείας και σχετικά με το πόσο αυτοί έχουν τη δυνατότητα να ανταπεξέρχονται στις ευθύνες του ρόλου τους.

Συγκεκριμένα:

Το 1969-1970 οι ψυχιατρικές υπηρεσίες υγείας απασχολούσαν συνολικά εξήντα εννέα (69) Κοινωνικούς Λειτουργούς. Αυτό σημαίνει ότι στις ψυχιατρικές υπηρεσίες ήταν υπεύθυνοι 0,8% Κοινωνικοί Λειτουργοί για εκατό χιλιάδες (100.000) ασθενείς. Αναλογικά

ένας Κοινωνικός Λειτουργός σε εκατό (100) ψυχιάτρους.

Επίκαιρες πληροφορίες δείχνουν ότι ποσοστό 15,2% των Κοινωνικών Λειτουργών απασχολούνται σε ψυχιατρικές υγειονομικές υπηρεσίες.

«Μόνο από αυτούς τους αριθμούς» καταλήγει ο Dirks «μπορεί να πει κανείς ότι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί στην Ελλάδα δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στο ρόλο τους να κζτορθώσουν δηλαδή την ατομική υποστήριξη των ασθενών καθώς και την προετοιμασία της κοινότητας για την αποκατάσταση των ασθενών».

Ο Dirks έκανε μια συστηματική μελέτη των αριθμών των Κοινωνικών Λειτουργών που απασχολούνται σε ψυχιατρικές υπηρεσίες διαφόρων άλλων κρατών. Το διάγραμμα Νο 1 δείχνει ότι η Ελλάδα συγκριτικά με άλλα κράτη απασχολεί λιγότερους Κοινωνικούς Λειτουργούς. Το μεγαλύτερο ποσοστό το έχουν οι Δυτικοευρωπαϊκές χώρες και οι Σκανδιναβικές.

«Σίγουρα», υποστηρίζει ο Dirks, «δεν είναι δυνατόν να αποφασίσει κανείς για έναν αριθμό ιδανικό Κοινωνικών Λειτουργών, γιατί οι συνθήκες σε κάθε κράτος είναι διαφορετικές. Ασυνήθιστο όμως είναι ότι στην Ελλάδα υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός Κοινωνικών Λειτουργών (δυόμιση χιλιάδες (2.500) Κοινωνικοί Λειτουργοί σε κάθε δέκα (10) εκατομμύρια κατοίκους, από τους οποίους μόνο 0,8% ποσοστό απασχολείται στην Ψυχιατρική».

Το διάγραμμα Νο 2 δείχνει το ποσοστό των μελών της ψυχιατρικής ομάδας στην Ελλάδα.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο   Ι Ι Ι

### Μ Ε Θ Ο Δ Ο Λ Ο Γ Ι Α

#### Είδος της έρευνας

Το είδος της μελέτης μας είναι διερευνητικό. Στόχος μας είναι η διατύπωση, ή ακόμα πιο σωστά, θα μπορούσαμε να πούμε η διερεύνηση ενός προβλήματος. Αναφερόμαστε στο ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ και τι έχει γίνει μετά την ευρεία γνωστοποίηση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τόσο στον Ελλαδικό χώρο, όσο και έξω από τα σύνορά μας, για την κατάσταση που επικρατεί μέσα σε αυτό το Ίδρυμα. Ειδικότερα αναλύουμε το πρόγραμμα αποϊδρυματοποίησης του ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ ΛΕΡΟΥ και την αποτελεσματικότητα των Ξενώνων. Ιεραρχώντας τα ερωτήματα που μας απασχολούσαν για περαιτέρω έρευνα προσανατολιστήκαμε στην λήψη γνώμης των ειδικών για την λειτουργία των Ξενώνων που λειτουργούν, βοηθώντας στην αποασυλοποίηση του ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ ΛΕΡΟΥ μέσα από ένα πρόγραμμα για επανένταξη των ασθενών στην ευρύτερη κοινότητα και στο κοινωνικό σύνολο.

#### Σκοπός της έρευνας

Η έρευνά μας έχει σκοπό να συλέξει στοιχεία σχετικά με τον σχεδιασμό και οργάνωση της λειτουργίας των Ξενώνων, καθώς και την αποτελεσματικότητά τους, όσον αφορά το πρόγραμμα αποασυλοποίησης. Για να διαπιστωθεί αυτό, θα προσπαθήσουμε να αναλύσουμε τα εξής:

- το ειδικευμένο προσωπικό που απασχολείται στους Ξενώνες,
- τα κριτήρια που βοήθησαν στην επιλογή των ασθενών,
- την λειτουργία πιθανών εργαστηρίων,

- δραστηριότητες που συμμετέχουν οι ασθενείς,
- ελλείψεις του κάθε Ξενώνα.

Ειδικότερα προσπαθήσαμε να αναλύσουμε τα εξής:

- Το δυναμικό προσωπικού (επιστημονικό και βοηθητικό) κατά Ξενώνα, ποιο συγκεκριμένα, είναι όπου μέσα από τις απαντήσεις σχημάτισαμε και προσωπική γνώμη, για το εάν οι ανάγκες καλύπτονται στον κάθε Ξενώνα και κατά πόσο.
- Τα κριτήρια επιλογής των ατόμων ασθενών δηλαδή συγκεκριμένα εάν και κατά πόσο «έπαιξαν» ρόλο η ηλικία του κάθε ατόμου, η νοητική, ψυχιατρική, και νευρολογική κατάσταση το χρονικό διάστημα περίθαλψης στο ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ, η εντοπιότητα του κάθε ασθενή, καθώς και η οικογενειακή του κατάσταση.
- Την πιθανή λειτουργία εργαστηρίων, όπου οι απαντήσεις μας έκαναν γνωστή την ύπαρξη εργαστηρίων σχετικών με αγροτικές καλλιέργειες, κτηνοτροφία, εκπαίδευση σε περίπτερο και βαφή με ελαιοχρώματα.
- Τις δραστηριότητες που συμμετέχουν οι ασθενείς ώστε να μάθουμε και μέσα από αυτές, ποιά είναι η συμμετοχή τους καθώς και η επικοινωνία με την κάθε κοινότητα που ανήκει ο Ξενώνας.
- Τις ελλείψεις του κάθε Ξενώνα και τους τρόπους που θα βοηθήσουν στην βελτίωση οργάνωσης και λειτουργίας κάθε ενός, όπως οικονομική ενίσχυση, πρόσληψη ειδικοτήτων που απουσιάζουν.

### **Ερωτήματα - Υποθέσεις**

Η βιβλιογραφική μελέτη του θέματος καθώς και η παρουσίαση των προγραμμάτων αποϊδρυματοποίησης, εύλογα δημιούργησαν μια σειρά ερωτημάτων, τα οποία και προσπαθεί να απαντήσει αυτή η έρευνα.

Το ερωτηματολόγιο καλύπτει αυτά τα ερωτήματα που μας «γεννήθηκαν» μελετώ-

ντας το θέμα μας όπως:

- Δυναμικό προσωπικού κατά Ξενώνα
- Πιθανός αποκλεισμός μελών-ασθενών λόγω περιορισμένου αριθμού φιλοξενίας του Ξενώνα.
- Αποτελεσματικότητα του κάθε Ξενώνα όσον αφορά την αποϊδρυματοποίηση και την κοινωνική ενσωμάτωση.
- Τι υπηρεσίες έχει προσφέρει έως τώρα σε ασθενείς και ποιος είναι ο αριθμός των ασθενών που δέχθηκαν τις υπηρεσίες αυτές.
- Ποιά η υποστήριξη της κοινότητας προς τον Ξενώνα.
- Τυχόν ελλείψεις και περιθώρια βελτίωσης.
- Πιθανή άρνηση της φυσικής οικογένειας για συνεργασία με τον Ξενώνα.
- Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού και η συνεργασία με διεπιστημονική ομάδα.

### Υποθέσεις

Μέσα από την μελέτη του προγράμματος αποασυλοποίησης θεωρήσαμε ότι θα υπάρξουν κάποια δεδομένα, βάσει των οποίων στηριχτήκαμε για να γίνει η έρευνα, τα οποία και είναι:

- έχει γίνει πργραμματισμός και σχεδιασμός πάνω στον οποίο λειτουργούν οι Ξενώνες,
- υπάρχει μια σειρά κριτηρίων για αυτούς που θα συμμετέχουν στο πρόγραμμα αποασυλοποίησης,
- υπάρχει επαρκής αριθμός ειδικευμένου προσωπικού και θα γίνεται διεπιστημονική συνεργασία.

## Συμπεράσματα

Μέσα από το ερωτηματολόγιο σχημάτισαμε την γνώμη ότι πρώτα από όλα οι ειδικότητες που δεν απουσιάζουν από κανέναν Ξενώνα είναι του Κοινωνικού Λειτουργού και του Ψυχιάτρου, ενώ σε μικρότερο βαθμό καλύπτονται οι θέσεις των Νευρολόγων, Ψυχοπαιδαγωγών, Φυσιοθεραπευτών και Εργοθεραπευτών. Στοιχείο που μας επιτρέπει να επιστημόνουμε τις ελλείψεις στο δυναμικό του ειδικευμένου προσωπικού, στους περισσότερους Ξενώνες.

Πληροφορούμαστε ότι υπήρξαν μέλη-ασθενείς που αποκλείστηκαν από τους Ξενώνες λόγω περιορισμένου αριθμού φιλοξενίας αυτών, κάτι που αρχικά μας προβλημάτισε πολύ. Κατανοώντας όμως την καλύτερη λειτουργία του Ξενώνα με περιορισμένο αριθμό ασθενών, σχημάτισαμε την γνώμη ότι η δημιουργία νέων Ξενώνων είναι αναμφισβήτητα αναγκαία.

Η αποτελεσματικότητα του κάθε Ξενώνα μας γίνεται γνωστή μέσα από κάποια ερωτήματά μας. Έτσι μαθαίνουμε ότι σε ποσοστό 62,5% σε σύνολο πέντε (5) Ξενώνων υπάρχουν προοπτικές επαγγελματικής αποκατάστασης, ενώ σε μεγάλο ποσοστό τα μέλη των Ξενώνων έχουν αποκατασταθεί στις φυσικές τους οικογένειες, σε ανάδοχες καθώς και σε προστατευόμενο διαμέρισμα. Η γνώση αυτού του στοιχείου μας βοήθησε να σχηματίσουμε σαφώς μια θετική γνώμη για την επιτυχία των στόχων του κάθε Ξενώνα, που δεν είναι άλλη από τον αποϊδρυματισμό του κάθε μέλους και την επαφή του με το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, καθώς και την προσφορά του σε αυτό, με προσφορά εργασίας και μάλιστα στην συγκεκριμένη περίπτωση με προσφορά ειδικευμένης εργασίας, μέσα από την λειτουργία παραγωγικών εργαστηρίων όπως αγροτικές καλλιέργειες, κτηνοτροφία, ελαιοχρώματα καθώς και εκπαίδευση σε περίπτερο.

Μαθαίνουμε επίσης, ότι κανένας Ξενώνας δεν είχε πρόβλημα επαφής με την Κοινότητα. Τουναντίον, οι Κοινότητες βοήθησαν πολύ τους Ξενώνες και μάλιστα, ένας από αυτούς τους Ξενώνες δέχτηκε υποστήριξη, κυρίως από τους εμπόρους της Κοινότητας.

Οι απαντήσεις του ειδικευμένου προσωπικού ή καλύτερα του κάθε Ξενώνα μας οδηγεί να σχηματίσουμε την εντύπωση ότι υπάρχουν ελλείψεις σε πολλούς Ξενώνες και ότι για αυτές τις ανάγκες υπάρχουν τρόποι κάλυψης, όπως η οικονομική ενίσχυση, η δημιουργία προστατευομένων διαμερισμάτων και παραγωγικού εργαστηρίου καθώς και η πρόσληψη ειδικοτήτων που απουσιάζουν. Έλλειψη, την οποία παρατηρήσαμε και εμείς σαν σημαντικότερη για την σωστότερη λειτουργία των Ξενώνων.

Ένα ακόμα στοιχείο που πήραμε, ήταν ότι ένα μεγάλο ποσοστό Ξενώνων, αντιμετώπισε περιπτώσεις άρνησης της φυσικής οικογένειας για συνεργασία με τους Ξενώνες, κάτι που μας ωθεί να χαρακτηρίσουμε ελλιπή την πληροφόρηση των οικογενειών αυτών, όσον αφορά την αποτελεσματικότητα που φέρει η επικοινωνία του μέλους με την οικογένειά του. Άτομα οικεία με ανιδιοτελή προσφορά βοήθειας, προσφοράς που χρήζει σημαντικά στην δεδομένη φάση της ζωής του – το μέλος ασθενής.

### **Δειγματοληψία**

Το δείγμα που απάντησε στα ερωτήματά μας, ήταν ηλικίας απόείκοσι πέντε (25) έως πενήντα (50) ετών, ειδικευμένο προσωπικό, που εργάζεται στους Ξενώνες από ένα (1) έως τρισήμιση (3,5) χρόνια. Η δειγματοληψία έλαβε χώρα την άνοιξη του 1993, σε σύνολο εβδομήντα δύο (72) ατόμων που εργάζονται στους οκτώ (8) Ξενώνες συνολικά. Από τα εβδομήντα δύο (72) άτομα, επιλέχθηκαν οι πενήντα (50), δηλαδή περίπου έξι (6) ερωτηματολόγια σε κάθε Ξενώνα, από τα οποία λάβαμε απαντημένα τα σαράντα (40), ποσοστό 80%.

Από αυτά τα σαράντα (40) ερωτηματολόγια που απαντήθηκαν έχουμε:

Κοινωνικοί λειτουργοί	8
Ψυχίατροι	6
Νοσηλεύτες	4
Νευρολόγοι	2
Ψυχολόγοι	9

Ψυχοπαιδαγωγοί	4
ΕργοΘεραπευτές	4
ΦυσιοΘεραπευτές	3

και το οποίο είναι σύνολο, όπως προαναφέραμε σαράντα 40 άτομα, σε σύνολο εβδομήντα δύο (72) ατόμων που ρωτήσαμε, δηλαδή ένα ποσοστό 55%.

## Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο που συντάξαμε αποτελείται από τα εξής τρία μέρη:

- Από τις πραγματικές ερωτήσεις, στις οποίες καλύφθηκαν ερωτήματα σχετικά με την ηλικία του ερωτούμενου, το φύλο του, την ειδικότητά του, τον χρόνο εργασίας του στον Ξενώνα, καθώς και το δυναμικό προσωπικού κατά Ξενώνα.
- Τα στατιστικά στοιχεία, όπου αναφέρονται στα κριτήρια επιλογής, δηλαδή σε ερωτήματα, όπου οι απαντήσεις τους είναι ΝΑΙ ή ΟΧΙ.

Ερωτήσεις τέτοιου τύπου αναφέρονται στον πιθανό αποκλεισμό ασθενών λόγω περιορισμένου αριθμού φιλοξενίας του Ξενώνα, εάν υπήρχαν ασθενείς που δεν ολοκλήρωσαν το στάδιο προετοιμασίας, εάν συμμετέχουν οι ασθενείς στις καθημερινές ασχολίες στα εργαστήρια, καθώς και εάν υπάρχει περίπτωση επαγγελματικής αποκατάστασης, εάν συμμετέχουν σε δραστηριότητες της Κοινότητας ή εάν η Κοινότητα υποστηρίζει τον Ξενώνα που φιλοξενεί. Εδώ αναλύουμε τις απαντήσεις του κάθε Ξενώνα, αφού οι απαντήσεις του ερωτούμενου από κάθε Ξενώνα στην οργάνωση, τα περιθώρια βελτίωσης, την λειτουργικότητα του Ξενώνα, καθώς επίσης και την άποψη του επιστημονικού προσωπικού για άνοιγμα νέων Ξενώνων ήταν οι ίδιες, για αυτό οι πίνακες δείχνουν τον αριθμό των Ξενώνων που μας απάντησαν και όχι τον αριθμό των ερωτούμενων.



## **Τύποι ερωτήσεων**

Στο ερωτηματολόγιο υπήρξε ένας αριθμός προκατασκευασμένων ερωτήσεων, όπου ο ερωτώμενος έπρεπε να επιλέξει την απάντησή του. Ανοιχτές, που στόχο είχαν την λήψη γνώμης των ειδικών πάνω σε ένα θέμα και κλειστές, όπου ο ερωτώμενος έπρεπε να απαντήσει με ένα ΝΑΙ ή ένα ΟΧΙ.

## **Γενικότερο πλαίσιο για την Μελέτη**

Για να συντάξουμε την συγκεκριμένη μελέτη συνεργαστήκαμε και πήραμε πληροφορίες από τον κο Ζαχαριά Βαγγέλη, Κοινωνικό Λειτουργό στην ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ που αφορά το ΠΙΚΠΑ της Λέρου και τον κο Αντώνη Πάριο, Κοινωνικό Λειτουργό στον Ξενώνα της Νέας Σμύρνης. Επίσης, συνεργαστήκαμε και με τον κο Πλουμπίδη, Ψυχίατρο στον Ξενώνα που βρίσκεται στα Πατήσια.

## **Άλλες ενέργειες**

Όπως αναφέρουμε και παραπάνω, οι επισκέψεις που κάναμε ήταν οι εξής:

- Στις 4 Ιανουαρίου του 1992, επισκεφτήκαμε τον κο Ζαχαρία Βαγγέλη, ο οποίος ήταν Κοινωνικός Λειτουργός στην ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ. Τον επισκεφτήκαμε ξανά στις 12 Ιανουαρίου 1992, όπου είχαμε και μιαν επικοδομητική συνομιλία με τον Πρόεδρο της Ε.Π.Α.Ψ.Υ., τον κο Τσιάντη.
- Στις 3 Απριλίου του 1992, επισκεφτήκαμε τον κο Πάριο Αντώνη, Κοινωνικό Λειτουργό στον Ξενώνα που βρίσκεται στην οδό Πάτμου 61 στην Νέα Σμύρνη, ο οποίος μας βοήθησε πολύ στην λήψη πληροφοριών για την έρευνά μας.
- Την ίδια εποχή επικοινωνήσαμε και με τον κο Πλουμπίδη, Ψυχίατρο και υπεύ-

θυνο του Ξενώνα που βρίσκεται στα Πατήσια, ο οποίος ήταν πολύ συνεργάσιμος και μας βοήθησε να σχηματίσουμε προσωπική γνώμη για ορισμένα θέματα, όπως την αποτελεσματικότητα των Ξενώνων.

Αλληλογραφήσαμε και είχαμε τηλεφωνική επικοινωνία με όλους τους Ξενώνες που βρίσκονται στα Πατήσια, την Νίκαια, την Αθήνα, την Λάρισα, τα Γιάννενα, την Παραλία Αυλίδας, την Θεσσαλονίκη, καθώς και την Αλεξανδρούπολη.

Η συγκέντρωση βιβλιογραφικού υλικού έγινε με συγκέντρωση βιβλίων (πληροφοριών) από την Βιβλιοθήκη της Πάτρας και της Αθήνας και με συνεργασία Κοινωνικών Λειτουργών που μας παρείχαν έντυπο υλικό.

### **Περιορισμοί της Έρευνας**

Στην έρευνά μας δυσκολευτήκαμε πολύ να έρθουμε σε επαφή με τους Ξενώνες. Αλλεπάλληλα τηλεφωνήματα και μεγάλη αργοπορία στην επιστροφή των ερωτηματολογίων, καθυστέρησε την γρηγορότερη ολοκλήρωση της εργασίας μας. Τα ερωτηματολόγια αναγκαστήκαμε και τα στείλαμε τρεις φορές μέχρι να συλλέξουμε ένα ικανοποιητικό ποσοστό για την σύσταση της μελέτης μας. Και η τηλεφωνική επικοινωνία ήταν δύσκολη ό,που δεν μπορούσαμε να βρούμε κάποιον υπεύθυνο. Όταν τελικά, μιλήσαμε με κάποιους υπευθύνους, μας δόθηκε η εντύπωση ότι δεν υπήρχε διάθεση για συνεργασία από μέρους τους. Αυτό φάνηκε, φυσικά, και στην καθυστέρηση, όσον αφορά το χρονικό περιθώριο που τους ζητήσαμε να μην υπερβούν για τις απαντήσεις τους, και το οποίο δεν έγινε σεβαστό από τους περισσότερους Ξενώνες. Έτσι, κρίθηκε αναγκαίο να επισκεφτούμε οι ίδιοι τους Ξενώνες και να επικοινωνήσουμε με τους ειδικούς των Ξενώνων. Παράλληλα με αυτό τον τρόπο μας δόθηκε η ευκαιρία να επισκεφτούμε τα εργαστήρια και τους χώρους διαμονής των ασθενών.

Η δυσκολία όμως, να επικοινωνήσουμε με το προσωπικό, καθώς και η καθυστέρηση να επιστραφούν τα ερωτηματολόγια, είχε σαν αποτέλεσμα και την καθυστέρηση στην ολοκλήρωση και παρουσίαση αυτής της μελέτης.

### **Τρόπος ανάλυσης των στοιχείων**

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από σαράντα τέσσερις (44) ερωτήσεις. Έγινε συσχετισμός ειδικότητας και ερωτήματος, Ξενώνα και ερωτήματος.

### **Τρόπος παρουσίασης του Υπόλοιπου της Μελέτης**

Στο κεφάλαιο IV θα γίνει παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Θα γίνει η ανάλυση των ερωτήσεων και σε κάθε ερώτηση θα υπάρχει και ο πίνακας ποσοτικής ανάλυσης.

Στο κεφάλαιο V θα παρουσιαστούν συμπεράσματα της έρευνας, καθώς επίσης και οι προτάσεις και εισηγήσεις των ερευνητών σχετικά με την αποτελεσματικότητα των Ξενώνων αποασυλοποίησης του προγράμματος «ΛΕΡΟΣ».

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι V

### Αποτελέσματα της Έρευνας

Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν στην έρευνα με θέμα την αντίληψη του επιστημονικού προσωπικού για την λειτουργία των Ξενώνων χρόνια ψυχικά περιθαλπομένων του ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ ΛΕΡΟΥ θα παρουσιαστούν σύμφωνα με την σειρά ερωτήσεων του ερωτηματολογίου που συντάξαμε (ενότητες ερωτήσεις).

#### A. Γενικά στοιχεία

Ξεκινώντας με το φύλο των επαγγελματιών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο, παρατηρούμε ότι:

- Το μεγαλύτερο ποσοστό (70%) είναι γυναίκες (Βλέπε Πίνακα 1 - Παράρτημα Α).
- Το μεγαλύτερο ποσοστό των επαγγελματιών (30%) είναι ηλικίας είκοσι πέντε έως τριάντα (25-30) χρονών (Βλέπε Πίνακα 2- Παράρτημα Α).

Οι ειδικότητες που μας απάντησαν στο ερωτηματολόγιο ήταν:

- Κοινωνικοί λειτουργοί, ποσοστό 20%,
- Ψυχίατροι, ποσοστό 15%,
- Νοσηλευτές, ποσοστό 10%,
- Νευρολόγοι, ποσοστό 5%,
- Ψυχολόγοι, ποσοστό 22,5%,
- Ψυχοπαιδαγωγοί, ποσοστό 10%,
- Εργοθεραπευτές, ποσοστό 10%,
- Φυσιοθεραπευτές, ποσοστό 7,5% (Βλέπε Πίνακα 3 - Παράρτημα Α)

Αναφορικά με το χρονικό διάστημα εργασίας τους στον Ξενώνα:

- οι 9, ποσοστό 22,5% εργάζονται 1 χρόνο,

- οι 8, ποσοστό 20% εργάζονται 1,5 χρόνο,
- οι 7, ποσοστό 17,5% εργάζονται 2 χρόνια,
- οι 10, ποσοστό 25% εργάζονται 2,5 χρόνια,
- οι 6, ποσοστό 15% εργάζονται 3,5 χρόνια (Βλέπε Πίνακα 4 - Παράρτημα Α).

## **Β. Γενικά χαρακτηριστικά του Ξενώνα**

Σχετικά με τον χρόνο λειτουργίας των Ξενώνων, βλέπουμε ότι ένας Ξενώνας (ποσοστό 12,5%), λειτουργεί ήδη οκτώ (8) χρόνια. Επίσης, ένας Ξενώνας (ποσοστό 12,5%) λειτουργεί έξι (6) χρόνια. Μεγάλο ποσοστό Ξενώνων λειτουργεί δυόμιση (2,5) χρόνια (ποσοστό 37,5%). Ποσοστό 12,5% λειτουργεί δύο (2) χρόνια και ποσοστό 25% λειτουργεί ενάμιση (1,5) χρόνο (Βλέπε Πίνακα 5 - Παράρτημα Α).

Αναφορικά με το προσωπικό που απασχολεί ο κάθε Ξενώνας, παρατηρούμε στον Πίνακα 6, σελ. 71, τα εξής:

Οι ειδικότητες που δεν απουσιάζουν από κανένα Ξενώνα είναι του Ψυχιάτρου και του Κοινωνικού Λειτουργού.

Ειδικότητες που συναντώνται σε μικρό βαθμό στον Πίνακα είναι του Νευρολόγου, του Ψυχοπαιδαγωγού και του Φυσιοθεραπευτή.

Παρατηρούμε επίσης, ότι στους περισσότερους Ξενώνες, μεγάλο αριθμό προσωπικού καλύπτουν οι ψυχιατρικές νοσηλεύτριες.

Τέλος, στην κατηγορία «ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ» σημειώθηκαν οι ειδικότητες των Εκπαιδευτών και της Μαγείρισσας.

Συνεχίζουμε στην Ερώτηση 7, που το ενδιαφέρον μας αφορά τον αριθμό ασθενών κατά φύλο που καλύπτει ο κάθε Ξενώνας. Συμπεραίνουμε από τον Πίνακα 7 ότι ο αριθμός των ανδρών είναι διπλάσιος των γυναικών και παρατηρούμε ότι σε έναν Ξενώνα προτιμήθηκαν μόνο άνδρες, καθώς επίσης, ότι ο αριθμός ασθενών που καλύπτει ο κάθε Ξενώνας κυμαίνεται από οκτώ (8) έως έντεκα (11) άτομα. Αναλυτικά:

Ο Ξενώνας Α έχει 7 άνδρες και 3 γυναίκες.

- Ο Ξενώνας Β έχει 8 άνδρες και 1 γυναίκα.
  - Ο Ξενώνας Γ έχει 7 άνδρες και 4 γυναίκες.
  - Ο Ξενώνας Δ έχει 9 άνδρες και καμμία γυναίκα.
  - Ο Ξενώνας Ε έχει 6 άνδρες και 4 γυναίκες.
  - Ο Ξενώνας ΣΤ έχει 4 άνδρες και 6 γυναίκες.
  - Ο Ξενώνας Ζ έχει 4 άνδρες και 5 γυναίκες.
  - Ο Ξενώνας Η έχει 5 άνδρες και 3 γυναίκες.
- (Βλέπε Πίνακα 7 - Παράρτημα Α).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6  
ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΤΑ ΞΕΝΩΝΑ

α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ	Α	Β	Γ	Δ	Ε	ΣΤ	Ζ	Η
1.	Ψυχίατροι	2	2	2	1	1	1	1	1
2.	Νευρολόγοι	0	0	0	0	1	1	0	0
3.	Ψυχολόγοι	0	1	1	1	1	2	1	2
4.	Ψυχοπαιδαγωγοί	0	1	0	1	0	1	0	0
5.	Κοιν. Λειτουργοί	1	1	1	2	1	2	1	1
6.	Εργοθεραπευτές	1	0	1	1	0	0	0	1
7.	Φυσιοθεραπευτές	0	0	0	1	1	0	0	0
8.	Ψυχ. Νοσηλεύτριες	6	3	4	2	1	0	5	5
9.	ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ	1	0	0	0	0	0	0	4
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>14</b>

### Γ. Προετοιμασία ασθενών πριν από την εισαγωγή τους στον Ξενώνα

Τα κριτήρια επιλογής των ασθενών που οδηγούνται στους Ξενώνες αποϊδρυματοποίησης ήταν τα ακόλουθα (Πίνακας 8, σελ. 73).

Η ηλικία στάθηκε κριτήριο επιλογής για το μεγαλύτερο ποσοστό επί του συνόλου των Ξενώνων (75%). Συγκεκριμένα:

- ένας Ξενώνας απάντησε ότι προτιμήθηκαν οι νεώτεροι
- ένας Ξενώνας απάντησε ότι προτιμήθηκαν ασθενείς κάτω των 40 ετών
- ένας Ξενώνας απάντησε ότι προτιμήθηκαν ασθενείς κάτω των 45 ετών
- ένας Ξενώνας απάντησε ότι προτιμήθηκαν ασθενείς κάτω των 50 ετών
- ένας Ξενώνας απάντησε ότι προτιμήθηκαν ασθενείς κάτω των 60 ετών.

Όσον αφορά την νοητική κατάσταση των ασθενών, ποσοστό 62,5% των Ξενώνων απάντησαν ότι προτιμήθηκαν ασθενείς οριακής και ελαφράς νοητικής κατάστασης.

Όσον αφορά την ψυχιατρική κατάσταση, ποσοστό 62,5% των Ξενώνων απάντησαν ότι προτιμήθηκαν ασθενείς με υπολειμματική σχιζοφρένεια.

Στον έναν από τους Ξενώνες προτιμήθηκαν και άτομα με άτυπες ψυχώσεις.

Η εντοπιότητα είναι κριτήριο επιλογής για όλους σχεδόν τους Ξενώνες (87,5%). Να σημειωθεί ότι δύο (2) Ξενώνες είχαν ως κριτήριο επιλογής μόνον την εντοπιότητα.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση του ασθενή, ποσοστό 62,5% των Ξενώνων εξέτασαν κατά πόσο η οικογένεια είναι ανοιχτή να δεχτεί τον ασθενή. Κρίθηκε απαραίτητο το οικογενειακό περιβάλλον να είναι στοιχειωδώς θετικό ως προς την έξοδο του αρρώστου από το ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ.

Τέλος η νευρολογική κατάσταση και το χρονικό διάστημα περίθαλψης στο ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ δεν στάθηκαν κριτήρια επιλογής μελών για κανένα Ξενώνα.

Αναφορικά με το αν υπήρχε στάδιο προετοιμασίας των ασθενών από την στιγμή που επιλέχθηκαν μέχρι την εισαγωγή τους στον Ξενώνα, όλοι οι Ξενώνες (ποσοστό 100%), απάντησαν θετικά (Βλέπε Πίνακα 9, σελ. 74).



ΠΙΝΑΚΑΣ 8

**ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ - ΑΣΘΕΝΩΝ**

α/α	ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ "ΝΑΙ"	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ "ΟΧΙ"	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
A	ΗΛΙΚΙΑ	6	7,5	2	25
B	Νοητ. Κατάστ.	5	62,5	3	37,5
3.	Ψυχ. Κατάστ.	5	62,5	3	37,5
4.	Νευρολ. Κατάστ.	0	0	8	100
5.	Χρ. Διάστ. Περιθ.	0	0	8	100
6.	Εντοπιότητα Ασθ.	7	87,5	1	12,5
7.	Οικογ. Κατάστ.	5	62,5	3	37,5

ΠΙΝΑΚΑΣ 9

ΥΠΑΡΞΗ ΣΤΑΔΙΟΥ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ

α/α	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	ΝΑΙ	8	100
2.	ΟΧΙ	0	0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>50</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Όσον αφορά το στάδιο προετοιμασίας, πόσο χρονικό διάστημα διήρκησε, ποσοστό 75% απάντησε από έναν έως έξι (1-6) μήνες, ενώ ένα ποσοστό 25% απάντησε ότι αυτό κρίθηκε ανάλογα με την περίπτωση του κάθε ενός ασθενή.

Στον Πίνακα 11, σελ. 76, βλέπουμε ότι όλοι οι Ξενώνες συμφωνούν με τους στόχους που αναφέρουμε στην προκατασκευασμένη αυτή ερώτηση. Δηλαδή με:

- την ανάπτυξη βασικών λειτουργιών που αφορούν την επικοινωνία και ανταλλαγή μέσω του λόγου,
- την ανάπτυξη βασικών δεξιοτήτων,
- την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των ασθενών και μεταξύ των ασθενών και των Θεραπευτών,
- το σπάσιμο της αδράνειας και της αποξένωσης,
- την ευρύτερη κοινωνικοποίηση.

Ένας Ξενώνας συμπλήρωσε ότι το στάδιο προετοιμασίας στόχευε και στην αυτοεξυπηρέτηση σωματικής φροντίδας.

Στο στάδιο προετοιμασίας χρησιμοποιήθηκαν από όλους τους Ξενώνες τα εκφραστικά μέσα, καθώς και οι έξοδοι στην ευρύτερη Κοινότητα της Λέρου (Βλέπε Πίνακα 12 - Παράρτημα Α).

Χρησιμοποιήθηκαν, όμως, και άλλα μέσα, όπως:

- καθημερινή συγκέντρωση «καφέ»,
- συζήτηση, ενημέρωση,
- προσωπική φροντίδα, περιποίηση, διακόσμηση χώρου, διάφορες εκδηλώσεις,
- δημιουργία «Κέντρου Ημέρας».

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 13, Παράρτημα Α, ποσοστό 87,5% των Ξενώνων, μας πληροφόρησαν ότι το στάδιο προετοιμασίας στο ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ, το παρακολούθησε ο αριθμός των μελών που επιλέχθηκαν για τους Ξενώνες. Μόνο ένας Ξενώνας μας απάντησε ότι το στάδιο προετοιμασίας το παρακολούθησε μια ευρύτερη ομάδα δεκατριών (13) ατόμων. Μόνο τα εννέα (9) μέλη κατάφεραν να παρακολουθήσουν το στάδιο

ΠΙΝΑΚΑΣ 11

**ΣΤΟΧΟΣ ΣΤΑΔΙΟΥ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ**

α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΤΟΧΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ "ΝΑΙ"
1.	Ανάπτυξη βασικών λειτουργιών που αφορούν την επικοινωνία και ανταλλαγή μέσω του λόγου	8
2.	Ανάπτυξη βασικών δεξιοτήτων	8
3.	Ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των ασθενών και των Θεραπευτών	8
4.	Σπάσιμο της αδράνειας και της αποξένωσης	8
5.	Ευρύτερη κοινωνικοποίηση (Βόλτες - κινηματογράφο)	8
6.	ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ	1

προετοιμασίας ως το τέλος. Από τα οποία εννέα (9) άτομα επιλέχθηκαν τα 8. (Βλέπε Πίνακα 13 - Παράρτημα Α).

Στο ερώτημά μας εάν αποκλείστηκαν άτομα που είχαν τη δυνατότητα να πάνε στον Ξενώνα λόγω του περιορισμένου αριθμού που θα φιλοξενούσε ο Ξενώνας, οι επτά (7) Ξενώνες (ποσοστό 87,5%) απάντησαν αρνητικά, ενώ ένας (1) Ξενώνας (ποσοστό 12,5%) απάντησε θετικά. (Βλέπε Πίνακα 14 - Παράρτημα Α).

Όλοι οι ασθενείς που είχαν επιλεγεί για το στάδιο προετοιμασίας είχαν ενημερωθεί για τον σκοπό του προγράμματος. (Βλέπε Πίνακα 15 - Παράρτημα Α).

Στο ερώτημα εάν η επιστημονική ομάδα που βοήθησε τους ασθενείς στην φάση της προετοιμασίας είναι η ίδια με αυτή που λειτουργεί τώρα στον Ξενώνα, οι έξι (6) Ξενώνες (ποσοστό 75%) απάντησαν θετικά, ενώ δύο (2) Ξενώνες (ποσοστό 25%) απάντησαν αρνητικά (Βλέπε Πίνακα 16 - Παράρτημα Α).

Οι Ξενώνες που απάντησαν θετικά στο προηγούμενο ερώτημα πιστεύουν ότι το γεγονός αυτό βοήθησε σημαντικά στην ομαλή εισαγωγή των ασθενών στον Ξενώνα.

Το μεγαλύτερο ποσοστό επί του συνόλου των Ξενώνων που μας απάντησαν (ποσοστό 87,5%) μας πληροφόρησαν ότι κατά το στάδιο προετοιμασίας υπήρξε επαφή και συνεργασία του Κοινωνικού λειτουργού με τις οικογένειες των ασθενών. Μόνο ένας Ξενώνας (ποσοστό 12,5%) απάντησε αρνητικά στο παραπάνω θέμα (Βλέπε Πίνακα 17 - Παράρτημα Α).

Στην ερώτηση 18 ζητήσαμε να μας πουν εάν υπήρχαν ασθενείς που δεν μπόρεσαν να ολοκληρώσουν το πρόγραμμα προετοιμασίας. Έξι (6) Ξενώνες (ποσοστό 75%) απάντησαν θετικά σε αυτό το ερώτημα. Το στοιχείο αυτό, εάν το συσχετίσουμε με τον Πίνακα 12, όπου οι επτά (7) Ξενώνες απάντησαν ότι το στάδιο προετοιμασίας το παρακολούθησε ο αριθμός αυτών που επιλέχθηκαν για τον Ξενώνα, έρχεται σε αντίφαση. (Βλέπε Πίνακα 18- Παράρτημα Α).

Στην επόμενη ερώτηση ζητείται ο αριθμός των ασθενών που δεν ολοκλήρωσαν το στάδιο προετοιμασίας, καθώς και οι λόγοι που δεν ολοκλήρωσαν το στάδιο προετοιμασίας, καθώς και οι λόγοι που συντέλεσαν σε αυτό. Δόθηκαν οι παρακάτω πληροφορίες:

Συνολικά το στάδιο προετοιμασίας δεν μπόρεσαν να ολοκληρώσουν δεκαοκτώ (18) άτομα, για τους εξής λόγους:

- έντονες ασυλιακές συνήθειες
- μέτρια νοητική κατάσταση
- διακοπή επικοινωνίας με το περιβάλλον
- εκδηλώσεις άρνησης προς το προσωπικό.

Αναφορικά με τις αντιδράσεις των ασθενών στην πρώτη τους επαφή με τον Ξενώνα πληροφορηθήκαμε τα εξής:

Κατ' αρχήν ένας Ξενώνας που φιλοξενεί μόνο άνδρες, δεν απάντησε στην ερώτηση αυτή. Ποσοστό 50% των Ξενώνων απάντησαν ότι παρουσίαζαν δυσκολίες στην προσαρμογή εξίσου και οι άνδρες και οι γυναίκες.

Αξιοσημείωτο είναι εδώ το στοιχείο που έδωσε ένας Ξενώνας. Οι ασθενείς απογοητεύτηκαν στην πρώτη τους επαφή με τον Ξενώνα, διότι πίστευαν ότι προορισμός τους ήτανε τα σπίτια τους και όχι ο Ξενώνας.

Οι δύο (2) Ξενώνες, όπως φαίνεται στον Πίνακα 19, απάντησαν ότι οι γυναίκες προσαρμόστηκαν πιο εύκολα από τους άνδρες. Ένας (1) Ξενώνας, όμως, έδωσε ακριβώς την αντίθετη απάντηση, ότι δηλαδή εκεί οι άνδρες προσαρμόστηκαν πιο εύκολα από τις γυναίκες. (Βλέπε Πίνακα 19 - Παράρτημα Α).

Στην ενότητα αυτή θελήσαμε να μάθουμε, εάν στους Ξενώνες υπάρχουν εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης των ασθενών. Σε πέντε (5) Ξενώνες (ποσοστό 62,5%), λειτουργούν εργαστήρια, ενώ σε τρεις (3) Ξενώνες (ποσοστό 37,5%), δεν λειτουργούν εργαστήρια (Βλέπε Πίνακα 21 - Παράρτημα Α).

Τα αντικείμενα των εργαστηρίων, όπως βλέπουμε στον Πίνακα 22, σελ. 80, είναι :

- αγροτικές καλλιέργειες
- κτηνοτροφία
- εκπαίδευση σε περίπτερο
- ελαιοχρώματα

ΠΙΝΑΚΑΣ 20  
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΙΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΑΣΧΟΛΙΕΣ  
ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ

α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	ΝΑΙ	8	100
2.	ΟΧΙ	0	0
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 22

**ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ**

α/α	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ
1.	Αγροτικές καλλιέργειες	4
2.	Κτηνοτροφία	2
3.	Εκπαίδευση σε περίπτερο	3
4.	Ελαιοχρώματα	32



Στην ερώτησή μας, εάν όλοι οι ασθενείς απασχολούνται στα εργαστήρια, ποσοστό 50% των Ξενώνων απάντησαν θετικά. Μάλιστα, στους δύο (2) Ξενώνες τα μέλη εργάζονται μαζί με άλλους ασθενείς της Κοινότητας. Οι τέσσερις (4) Ξενώνες (ποσοστό 50%) απάντησαν αρνητικά. Οι τρεις (3) από αυτούς, διότι δεν λειτουργούν σε αυτούς εργαστήρια. Στον έναν (1) Ξενώνα, απασχολείται στα εργαστήρια το 77,7% του συνόλου των ασθενών. (Βλέπε Πίνακα 23 - Παράρτημα Α).

Προοπτικές επαγγελματικής αποκατάστασης υπάρχουν για τους ασθενείς πέντε (5) Ξενώνων (ποσοστό 62,5%). Οι τρεις (3) Ξενώνες (ποσοστό 37,5%) αποκλείουν την περίπτωση αυτή, λόγω της μεγάλης ηλικίας των φιλοξενουμένων και της μη ύπαρξης προστατευμένων επαγγελματικών εργαστηρίων. (Βλέπε Πίνακα 24 - Παράρτημα Α).

Οι πέντε (5) παραπάνω συνεργάζονται με την Δημόσια Διοίκηση για ανεύρεση εργασίας των ασθενών που θα φύγουν από τον Ξενώνα (Βλέπε Πίνακα 25 - Παράρτημα Α).

Έχει γίνει διερεύνηση θέσεων εργασίας στον Δημόσιο Τομέα (Βλέπε Πίνακα 26 - Παράρτημα Α).

Ένα άλλο θέμα που εξετάζουμε στην ενότητα αυτή είναι οι σχέσεις του Ξενώνα με την ευρύτερη Κοινότητα. Με ερώτηση που απαιτεί πολλαπλή επιλογή (multiple choice) ζητήσαμε να μας πούνε με ποιούς τρόπους γίνεται η γνωριμία των μελών με την Κοινότητα. Βλέπουμε στον Πίνακα 27, σελ. 82, ότι όλοι οι Ξενώνες (ποσοστό 100%) χρησιμοποιούν τις εξόδους σε γήπεδα, καφετέριες, καθώς και την παρακολούθηση διαφόρων πολιτιστικών εκδηλώσεων. Ποσοστό 87,5% των Ξενώνων, ενεργοποιούν τα μέλη τους για την αγορά υλικών μέσων. Ποσοστό 12,5% πραγματοποιεί εκδρομές.

Στον επόμενο Πίνακα Νο 28, σελ. 83, παρατηρούμε ότι για όλους τους Ξενώνες υπάρχει υποστήριξη από τους κατοίκους της Κοινότητας. Από έναν (1) Ξενώνα μας πληροφορήσαν ότι έχουν υποστήριξη κυρίως από τους εμπόρους της περιοχής.

Οι ασθενείς από έξι (6) Ξενώνες συμμετέχουν στις δραστηριότητες που διοργανώνει η ευρύτερη Κοινότητα (Βλέπε Πίνακα 29 - Παράρτημα Α). Συμμετέχουν στις εξής

ΠΙΝΑΚΑΣ 27  
**ΤΡΟΠΟΙ ΓΝΩΡΙΜΙΑΣ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ**

α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	Συμμετοχή των ασθενών στην αγορά υλικών μέσων	7	87,5
2.	Εξοδοι σε καφετέριες, γήπεδα	8	100
3.	Παρακολούθηση πολιτιστικών εκδηλώσεων	8	100
4.	ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ	1	12,5

ΠΙΝΑΚΑΣ 28  
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ  
ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

α/α	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	ΝΑΙ	8	100
2.	ΟΧΙ	0	0
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

δραστηριότητες:

- πολιτιστικές εκδηλώσεις ψυχαγωγικού χαρακτήρα,
- Εκκλησία,
- εκδηλώσεις που διοργανώνει το ΚΑΠΗ,
- ανταλλαγή επισκέψεων με άλλα Κέντρα,
- εκδρομές.

(Βλέπε Πίνακα 29α - Παράρτημα Α).

Η ενότητα αυτή τελειώνει με ερωτήσεις που αφορούν την οργάνωση και λειτουργία του Ξενώνα.

Στην ερώτησή μας, εάν κατά την άποψή τους, υπάρχουν ελλείψεις στην οργάνωση και λειτουργία του Ξενώνα, ποσοστό 62,5% μας απάντησε θετικά (Βλέπε Πίνακα 30 - Παράρτημα Α).

Για ποσοστό 57,14% βελτίωση θα σημειωθεί με οικονομική ενίσχυση του Ξενώνα. Για ποσοστό 42,86%, με τη δημιουργία προστατευμένων διαμερισμάτων και παραγωγικού εργαστηρίου, και τέλος, ποσοστό 28,57% υποστηρίζει ότι για την καλύτερευση των συνθηκών είναι απαραίτητο να προσληφθούν οι ειδικότητες που απουσιάζουν από τον Ξενώνα (Βλέπε Πίνακα 31 - Παράρτημα Α).

Ζητήσαμε να καταγράψουν τις ελλείψεις και μας απάντησαν τα εξής:

- Δεν υπάρχει σύνδεση με ανάλογες υπηρεσίες που μπορούν να βοηθήσουν στην καλύτερη λειτουργία του Ξενώνα,
- Με την εξέλιξη των μελών δημιουργούνται καινούργιες ανάγκες που δεν δύναται ούτε το επιστημονικό προσωπικό να τις καλύψει, ούτε οι οικονομικοί πόροι.
- Υπάρχει έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού.
- Η συνεχής αλλαγή στο πρόγραμμα του Ξενώνα, ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες, δημιουργεί προβλήματα στην οργάνωση και λειτουργία του Ξενώνα.

Τέθηκε το ερώτημα αν υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης στην οργάνωση και λειτουργία των Ξενώνων και με ποιούς τρόπους θα μπορούσε να γίνει αυτό. Ποσοστό 87,5% του συνόλου μας απάντησε ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης. (Βλέπε Πίνακα 32 - Παράρτημα Α).

Στον επόμενο πίνακα βλέπουμε ότι αυτά τα περιθώρια βελτίωσης μπορούν να υπάρξουν με μια οικονομική ενίσχυση, σύμφωνα με τους τέσσερις (4) Ξενώνες, ενώ η πρόσληψη ειδικευμένου προσωπικού είναι ένας άλλος τρόπος, σύμφωνα με τους υπόλοιπους τέσσερις (4), (ποσοστό 50%) που μπορεί να προωθήσει την βελτίωση. (Βλέπε Πίνακα 33 - Παράρτημα Α).

Σχετικά με την λειτουργικότητα του Ξενώνα εκφράζουν και τις απόψεις τους οι ασθενείς που φιλοξενούνται σε αυτόν. Αυτό συμβαίνει σε όλους τους Ξενώνες. (Βλέπε Πίνακα 34 - Παράρτημα Α).

Οι απόψεις τους έχουν σχέση με τα παρακάτω:

- την βελτίωση της περίθαλψής τους και των συνθηκών εργασίας,
- την αγορά τροφίμων και τον εβδομαδιαίο προγραμματισμό γευμάτων,
- την αγορά επίπλων, την διαμόρφωση και την καθαριότητα του χώρου,
- την κριτική ως προς την διαβίωσή τους.

Τέλος ρωτήσαμε να μας πούνε τι πιστεύουν για το κόστος λειτουργίας του Ξενώνα, σε σχέση με το κόστος λειτουργίας του ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ ΛΕΡΟΥ. Ποσοστό 50% πιστεύει ότι το κόστος λειτουργίας του Ξενώνα είναι μικρότερο από το κόστος λειτουργίας του ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ ΛΕΡΟΥ, ενώ 50% δεν γνωρίζει για το θέμα αυτό (Βλέπε Πίνακα 35 - Παράρτημα Α).

Όσον αφορά την αντικατάσταση του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου με το άνοιγμα καινούργιων Ξενώνων, ποσοστό 82,8% του συνόλου των Ξενώνων πιστεύουν ότι μπορεί να γίνει αυτό (Βλέπε Πίνακα 36 - Παράρτημα Α).

Η τελευταία ενότητα του ερωτηματολογίου αφορά τις σχέσεις του Ξενώνα με τις

οικογένειες των ασθενών.

Ξεκινώντας με την ερώτηση, αν κατ' αρχήν, ο Ξενώνας έχει συνεργασία με τις οικογένειες των μελών, όλοι οι Ξενώνες απάντησαν θετικά (Βλέπε Πίνακα 27 - Παράρτημα Α).

Παρατηρούμε στον Πίνακα 38 τους τρόπους και την συχνότητα επικοινωνίας των Ξενώνων με τις οικογένειες.

1. Τηλεφωνικώς: Ποσοστό 12,5% των Ξενώνων επικοινωνεί ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ με τις οικογένειες των ασθενών, ποσοστό 62,5% επικοινωνεί ΣΥΧΝΑ και ποσοστό 25% επικοινωνεί ΣΠΑΝΙΑ.
2. Δι' αλληλογραφίας: Ποσοστό 12,5% επικοινωνεί ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ, ποσοστό 25% επικοινωνεί ΣΥΧΝΑ, ενώ ποσοστό 62,5% επικοινωνεί ΣΠΑΝΙΑ.
3. Επισκέψεις της οικογένειας του ασθενή στον Ξενώνα: Ποσοστό 37,5% των Ξενώνων τους επισκέπτονται οι οικογένειες των ασθενών ΣΥΧΝΑ και ποσοστό 62,5% τους επισκέπτονται ΣΠΑΝΙΑ.
4. Επισκέψεις του Κοινωνικού Λειτουργού στο σπίτι της οικογένειας: Σε ποσοστό 37,5% επισκέπτεται ο Κοινωνικός Λειτουργός τις οικογένειες ΣΥΧΝΑ, σε ποσοστό 50% των Ξενώνων επισκέπτεται ο Κοινωνικός Λειτουργός τις οικογένειες ΣΠΑΝΙΑ και σε ποσοστό 12,5% ο Κοινωνικός Λειτουργός ΔΕΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΕΙ επισκέψεις στις οικογένειες των ασθενών.

Στην ερώτησή μας, εάν υπήρξαν φυσικές οικογένειες που εκδήλωσαν άρνηση για συνεργασία με τον Ξενώνα παρατηρούμε στον Πίνακα 39 ότι το μεγαλύτερο ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων (ποσοστό 87,5%) αντιμετώπισε τέτοιες περιπτώσεις.

Ενδιαφερθήκαμε να μάθουμε, εάν οι Ξενώνες έχουν διερευνήσει την περίπτωση της αναδοχής. Ποσοστό 75% των Ξενώνων κινήθηκε για την ανεύρεση ανάδοχης οικογένειας (Βλέπε Πίνακα 40 - Παράρτημα Α).

Στην ερώτηση, εάν πραγματοποιείται από τον Κοινωνικό Λειτουργό προετοιμασία της φυσικής ή ανάδοχης οικογένειας για να δεχτεί το μέλος, ποσοστό 87,5% των

Ξενώνων απάντησαν θετικά (Βλέπε Πίνακα 41 - Παράρτημα Α).

Στους συγκεκριμένους Ξενώνες έχουν ήδη αποκατασταθεί κάποια μέλη στις φυσικές τους οικογένειες, σε ανάδοχες οικογένειες, καθώς και σε προστατευόμενο διαμέρισμα (Βλέπε Πίνακα 42 - Παράρτημα Α).

Οι Ξενώνες μετά την αποκατάσταση των μελών τους συνεχίζουν να τους παρακολουθούν (Βλέπε Πίνακα 43, σελ. 88). Η παρακολούθηση χαρακτηρίζεται υποστηρικτική προς την οικογένεια και υποστηρικτική και θεραπευτική ως προς τον ασθενή (Βλέπε Πίνακα 44, σελ. 89. Συγκεκριμένα, ποσοστό 37,5% ακολουθεί «γραμμή» υποστηρικτική προς την οικογένεια και τον ασθενή, το ίδιο ποσοστό υποστηρίζει την θεραπευτική «γραμμή» προς τον ασθενή, ενώ ένα ποσοστό 25% απαντά ότι η παρακολούθηση χαρακτηρίζεται με εβδομαδιαίες επισκέψεις του Κοινωνικού Λειτουργού στην ανάδοχη οικογένεια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 43

**ΣΥΝΕΧΙΖΕΤΑΙ ΚΑΠΟΙΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΞΕΝΩΝΑ  
ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ;**

α/α	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	ΝΑΙ	7	87,5
2.	ΟΧΙ	1	12,5
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>



ΠΙΝΑΚΑΣ 44

**ΕΙΔΟΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ**

α/α	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	Υποστήριξη προς την οικογένεια και τον ασθενή	3	37,5
2.	Θεραπευτική προς τον ασθενή	3	37,5
3.	Επισκέψεις του Κοινων. Λειτουργ. στην ανάδοχη οικογένεια	2	25
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V

### Συμπεράσματα - Προτάσεις

Μέσα από την μελέτη που κάναμε για την αποτελεσματικότητα των Ξενώνων μέσα από το πρόγραμμα για τον αποϊδρυματοποίηση των ψυχικά ασθενών από το ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ, παρατηρούμε ορισμένες ελλείψεις. Μέσα από αυτές τις ελλείψεις έχουμε να κάνουμε ορισμένες προτάσεις, που είναι οι εξής:

- Πρώτα απ' όλα, είναι απαραίτητη η δημιουργία ενός συνεχούς προγράμματος εκπαίδευσης (in service training), που να απευθύνεται σε όλες τις ειδικότητες της επιστημονικής ομάδας του ψυχιατρικού πλαισίου.

Σκοπός του εκπαιδευτικού προγράμματος είναι η απόκτηση γνώσης σε βάθος, της δουλειάς που οι διάφορες ειδικότητες κάνουν, η απόκτηση γενικών θεωρητικών και πρακτικών γνώσεων και δεξιοτήτων, σε θέματα θεραπευτικών μεθόδων ατομικής, οικογενειακής και ομαδικής παρέμβασης.

Βασική προϋπόθεση η δημιουργία διεπιστημονικού κλίματος, όπου ο επαγγελματικός σωβινισμός να μην έχει θέση, αφού έχει αποδειχτεί επιστημονικά ότι τα συμφέροντα του ασθενή, εξυπηρετούνται καλύτερα, όταν υπάρχει ουσιαστική σύνδεση και συνεργασία μεταξύ αυτών που τον βοηθούν, να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του.

Η πρότασή μας είναι, οι σπουδές της Κοινωνικής Εργασίας, να γίνονται σε πανεπιστημιακό επίπεδο και αυτό, διότι στην χώρα μας, καμιά άλλη ειδικότητα στις κοινωνικές επιστήμες δεν εκπαιδεύει για εφηρμοσμένο τρόπο δουλειάς.

- Να παρακολουθούνται οι θεσμοί κριτικά από την Κοινωνική Εργασία. Εάν υπάρχουν σκάνδαλα να καταγγέλλονται δημόσια από τον ΣΚΛΕ. Ο ρόλος των Κοινωνικών λειτουργών να λαμβάνει ενεργό δράση και η στάση τους να είναι αλληλέγγυα και όχι παθητική.
- Να υλοποιούνται και άλλα προγράμματα ένταξης των ασθενών στην Κοινότητα.
- Να δημιουργηθούν χώροι ψυχαγωγίας μέσα στους Ξενώνες, όπου θα είναι

ανοιχτοί και για το ευρύτερο κοινό.

- Να αποφεύγεται ο εγκλεισμός ασθενών σε Ιδρύματα και Άσυλα, κάτι που θα γίνει μόνο εάν υπάρχουν προγράμματα έγκυρης παρέμβασης μέσα στην Κοινότητα, και παράλληλα, μαζί με την θεραπεία να προσφέρεται επαγγελματική εκπαίδευση, καθώς και αποκατάσταση.
- Να δημιουργηθούν περισσότεροι Ξενώνες για να καλύπτουν τις ανάγκες σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών, όπου αυτή την στιγμή αναγκαστικά μένουν μέσα στα Ψυχιατρεία και παράλληλα, Ξενώνες και σε άλλες περιοχές της Ελλάδας, για να βρίσκονται κοντά στο μέρος όπου ζει και η οικογένεια του ασθενή. Έτσι, με αυτόν τον τρόπο, είναι εύκολη και η συνεργασία με την ίδια την οικογένεια.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'**

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

**ΦΥΛΛΟ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ**

α/α	ΦΥΛΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
	Άνδρας	12	30
	Γυναίκα	28	70
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2**  
**ΗΛΙΚΙΑ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ**

α/α	ΗΛΙΚΙΑ	ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΙ	ΠΟΣΟΣΤΑ (%)
1.	25-30	12	30
2.	31-35	9	22,5
3.	36-40	3	7,5
4.	41-45	7	17,5
5.	46-50	9	22,5
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ**

α/α	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	Ψυχίατρος	6	15
2.	Κοιν. Λειτουργοί	8	20
3.	Νοσηλευτές	4	10
4.	Νευρολόγοι	2	5
5.	Ψυχολόγοι	9	22,5
6.	Ψυχοπαιδαγωγοί	4	10
7.	Εργοθεραπευτές	4	10
8.	Ψυσιοθεραπευτές	3	7,5
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

**ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ  
ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΣΤΟΝ ΞΕΝΩΝΑ**

α/α	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	1 χρόνο	9	22,5
2.	1,5 χρόνο	8	20
3.	2 χρόνια	7	17,5
4.	2,5 χρόνια	10	25
5.	3,5 χρόνια	6	15
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>40</b>	<b>100</b>



ΠΙΝΑΚΑΣ 5

**ΧΡΟΝΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ  
ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ**

α/α	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	1,5 χρόνο	2	25
2.	2 χρόνια	1	12,5
3.	2,5 χρόνια	3	37,5
4.	6 χρόνια	1	12,5
5.	8 χρόνια	1	12,5
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ

ΞΕΝΩΝΕΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
A	7	3	10
B	8	1	9
Γ	7	4	11
Δ	9	-	9
E	6	4	10
ΣΤ	4	6	10
Z	4	5	9
H	5	3	8
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>50</b>	<b>26</b>	<b>76</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 10

**ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ**

α/α	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	1-6 μήνες	6	75
2.	6-12 μήνες	—	—
3.	1-2 χρόνια	—	—
4.	Κατά περίπτωση	2	25
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 12

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ  
ΣΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ**

α/α	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ "ΝΑΙ"	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	Εκφραστικά μέσα (Ζωγραφική-παιχνίδια)	8	100
2.	Έξοδοι στην Κοινότητα της «ΛΕΡΟΥ»	8	100
3.	ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ	4	50

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ 13

ΟΜΑΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΕ  
ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ

α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΟΜΑΔΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	Ο αριθμός των επιλαχόντων	7	87,5
2.	Ευρύτερη ομάδα	8	12,5
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 14

**ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΛΟΓΩ  
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ**

α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	ΝΑΙ	7	87,5
2.	ΟΧΙ	1	12,5
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 15

**ΓΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΓΙΑ ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ**

α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	ΝΑΙ	8	100
2.	ΟΧΙ	0	0
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 16

**Η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΠΟΥ ΒΟΗΘΗΣΕ  
ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΙΔΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΟΜΑΔΑ  
ΠΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙ ΤΩΡΑ ΣΤΟΝ ΞΕΩΝΑ;**

α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	ΝΑΙ	6	75
2.	ΟΧΙ	2	25
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>



ΠΙΝΑΚΑΣ 17  
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΜΕ ΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ  
ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ

α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	ΝΑΙ	7	87,5
2.	ΟΧΙ	1	12,5
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 18

**ΥΠΗΡΕΑΝ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΣΑΝ ΝΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΟΥΝ ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ;**

α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	ΝΑΙ	6	75
2.	ΟΧΙ	2	25
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 19

**ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ 1η ΕΠΑΦΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟΝ ΞΕΝΩΝΑ  
(ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΕΠΙΛΟΓΗ)**

ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΕΞΙΣΟΥ	ΚΑΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Προσαρμόστηκαν εύκολα	1	4	4		50
Προσαρμόστηκαν δύσκολα	2	1	2		50
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>		<b>8</b>			<b>100</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 21		
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ		
α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	ΝΑΙ	5 62,5
2.	ΟΧΙ	3 37,5
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8 100</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 23

**ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ**

α/α	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	ΝΑΙ	4	50
2.	ΟΧΙ	4	50
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 24

**ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ**

α/α	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	ΝΑΙ	5	62,5
2.	ΟΧΙ	3	37,5
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 25

**ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΞΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ  
ΓΙΑ ΑΝΕΥΡΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

α/α	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	ΝΑΙ	5	62,5
2.	ΟΧΙ	3	37,5
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 26  
**ΜΕΡΙΜΝΑ ΓΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ  
ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ
1.	Περιπτώσεις εργασίας στον Δημόσιο τομέα	4	4
2.	Περιπτώσεις επιδότησης εργοδοτών στον ιδιωτικό τομέα	4	4
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>8</b>



ΠΙΝΑΚΑΣ 29

**ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ  
ΠΟΥ ΔΙΟΡΓΑΝΩΝΕΙ Η ΕΥΡΥΤΕΡΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ Ο ΞΕΝΩΝΑΣ**

α/α	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	ΝΑΙ	6	75
2.	ΟΧΙ	2	25
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 29Α

**ΣΕ ΠΟΙΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΞΕΝΩΝΩΝ

α/α	ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ
1.	Πολιτιστικές εκδηλώσεις ψυχαγωγικού χαρακτήρα	5
2.	Εκκλησία	2
3.	Εκδηλώσεις ΚΑΠΗ	1
4.	Ανταλλαγή επισκέψεων με άλλα Κέντρα	2
5.	Εκδρομές	3

ΠΙΝΑΚΑΣ 30

**ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΑΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ  
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ**

α/α	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	ΝΑΙ	5	62,5
2.	ΟΧΙ	3	37,5
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 31  
ΤΡΟΠΟΙ ΠΟΥ ΘΑ ΒΟΗΘΗΣΟΥΝ ΣΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ  
ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ

α/α	ΤΡΟΠΟΙ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	Οικονομική ενίσχυση	4	57,14
2.	Πρόσληψη ειδικοτήτων που απουσιάζουν	2	28,57
3.	ΚΑΙ ΑΛΛΟ*	3	42,86

\* Δημιουργία προστατευμένων διμερισμάτων και παραγωγικού εργαστηρίου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 32

ΠΕΡΙΘΩΡΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ

α/α	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	ΝΑΙ	7	87,5
2.	ΟΧΙ	1	12,5
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 33  
ΠΕΡΙΘΩΡΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ

α/α	ΠΕΡΙΘΩΡΙΑ	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	Οικονομική ενίσχυση	4	50
2.	Πρόσληψη ειδικ. προσωπικού	4	50
3.	ΚΑΤΑΛΛΟ	--	--
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 34			
ΑΠΟΨΕΙΣ ΜΕΛΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ			
α/α	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	ΝΑΙ	8	100
2.	ΟΧΙ	0	0
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 35

**ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ  
ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ «ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ»**

α/α	ΚΟΣΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ	0	0
2.	ΙΣΟ	0	0
3.	ΜΙΚΡΟΤΕΡΟ	4	50
4.	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	4	50
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>



ΠΙΝΑΚΑΣ 36\*

**ΑΠΟΨΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΑΝ ΤΟ ΑΝΟΙΓΜΑ ΝΕΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ  
ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΗΣΕΙ ΤΟ «ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ»  
ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

α/α	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	ΝΑΙ	30	75
2.	ΟΧΙ	10	25
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 37

**ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ**

α/α	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	ΝΑΙ	8	100
2.	ΟΧΙ	0	0
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 38  
**ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΙΚΟΝΩΝΙΑΣ ΞΕΝΩΝΑ - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

α/α	ΤΡΟΠΟΙ	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	ΣΥΧΝΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	ΠΟΤΕ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	Τηλεφωνικώς	1	12,5	5	62,5	2	25		
2.	Δί' αλληλογραφίας	1	12,5	2	25	5	62,5		
3.	Επισκέψεις της οικογ. στον Ξεν.			3	37,5	5	62,5		
4.	Επισκέψεις του Κ.Λ. στο σπίτι της οικογ.			3	37,5	4	50	1	12,5

ΠΙΝΑΚΑΣ 39  
ΥΠΗΡΞΑΝ ΦΥΣΙΚΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΠΟΥ ΕΚΔΗΛΩΣΑΝ ΑΡΝΗΣΗ  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΞΕΝΩΝΑ;

α/α	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	ΝΑΙ	7	87,5
2.	ΟΧΙ	1	12,5
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 40</b>			
<b>ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΕΥΡΕΣΗ ΑΝΑΔΟΧΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ</b>			
<b>α/α</b>	<b>ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ (%)</b>
1.	ΝΑΙ	6	75
2.	ΟΧΙ	2	25
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 41			
ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ Ή ΑΝΑΔΟΧΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ			
ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ ΓΙΑ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΔΕΚΤΟ ΤΟ ΜΕΛΟΣ			
α/α	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	ΝΑΙ	7	87,5
2.	ΟΧΙ	1	12,5
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 42  
ΕΧΟΥΝ ΚΑΠΟΙΑ ΜΕΛΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΕΙ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ;

α/α	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΞΕΝΩΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
1.	ΝΑΙ	7	87,5
2.	ΟΧΙ	1	12,5
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β'**





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Βαθμός Ασφαλείας

Πάτρα, 21 - 11 - 1991.

Αριθ. Πρωτ. 2475. Βαθμός Προτεραιότητας :

ΠΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ (Τ. Ε. Ι.)

ΠΑΤΡΑΣ

ΠΡΟΣ:

ΕΠΑΨΥ.....  
Σούτσου 30....  
115.21. Αθήνα

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

κ. Δ/ση : 263 34 Κουκούλι Πάτρας

τηλεφωνικές :

λέφωνο : 329.943

Ε Μ Α :

Β Ε Β Α Ι Ω Σ Η

Βεβαιώνεται ότι όπως προκύπτει από τον έλεγχο που κάναμε στα μητρώα μας οι σπουδάστριες Καλαντζή Αλεξάνδρα και Κυρίτση Μαρία, στο πτυχίο του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας της ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Πάτρας εκπονούν πτυχιακή με θέμα Ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα με παράδειγμα την Λέρο . Υπεύθυνος καθηγητής ο κ. Ζωγράφου, διευθυντής σχολής.

Για την ολοκλήρωση της μελέτης είναι απαραίτητη η επίσκεψη των παραπάνω σπουδαστριών κατόπιν συνεννόησης με τον υπεύθυνο κοινωνικό λειτουργό κ. Ζαχαριά Βαγγέλη στο ΕΠΑΨΥ Σούτσου 3ο Αθήνα προκειμένου να παραλάβουν στοιχεία σχετικά με το θέμα της πτυχιακής τους.

Παρακαλούμε όπως επιτρέψατε την εισοδό τους στον χώρο και την επικοινωνία τους με τον υπεύθυνο κοινωνικό λειτουργό του πλαισίου συμβάλλοντας έτσι στην αναβάθμιση του προγράμματος σπουδών και στην επαγγελματική κατάρτιση των εκπαιδευόμενων σπουδαστών του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας.-

Ο Υπεύθυνος της πτυχιακής εργασίας

Ο Προϊστάμενος του τμήματος

Δρ. Ανδρέας Ζωγράφου  
Καθηγητής



Δρ. Ηλίας Γιαννικάκης  
Καθηγητής

ΠΡΟΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ  
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ Υγείας, Περίθαλψης & ΚΑ  
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Ψυχικής Υγείας  
ΤΜΗΜΑ

ΑΘΗΝΑ, 27 - 11 - 1991

Αριθ. πρωτ.

ΓΔΥΥ/2353

ΠΡΟΣ:

κ. Παναγιώτα Κοτζοχειρίστου  
Αθήνα.

Ταχ. Δ/ση Περιορισμών 17  
Ταχ. Κώδικας 10187  
TELEX  
TELEFAX

Πατροφιλίας Ε. Τσιμιώκη  
Τηλέφωνο 5235907

ΚΟΙΝ.: Δ/ση Ψυχικής Υγείας

**ΘΕΜΑ:**

Αποκρίσεις στην από 19-11-91 αίτηση σας με την οποία ζητάτε στοιχεία για το πρόγραμμα "ΠΕΡΟΣ" έχετε να σας γνωρίσουμε τα εξής:

Α) Το πρόγραμμα "ΠΕΡΟΣ" (αποκαταρροή αβδονών) με κωδ. κε. 8159001 λειτουργεί στο πλαίσιο του κανονιστού 815/84 (ΕΟΚ) κωδικοποίηση του οποίου σας επισυνάπτουμε.

Β) Οι γενικές που λειτουργούν στο πλαίσιο του προγράμματος "ΠΕΡΟΣ" καθώς επίσης και οι διευθύνσεις τους, συλλογικά και κομμάτια που τους χρησιμοποιούν είναι οι παρακάτω:

1) Ξενοίκιο Παζαριού 61 Παγκράτι Αθήνα  
τηλ. 2230233. Υπονοείται από το Αναδυφαινό Γεννημένο Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (Βαθ. Σοφίας 74 - Αθήνα).  
Υπεύθυνος γενικών ψυχιάτρων κ. Πρωτοφίδης.

2) Ξενοίκος Ν. Εφόρου - Νιουιάς 3-27 9345305  
Ζαρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και ψυχικής Υγείας (Μεθρίου  
υπό 22 Μερς). υπεύθυνος γενική ψυχίατρος κ. Κούγιας.

3) Ξενοίκος Λουζινιανός 37-Αθήνα τηλ. 8843307  
Φορέας υφιστάμενος κέντρο ψυχικής Υγιεινής (Νοσοκρά  
58 Αθήνα)

Το Κ.Ψ. 62ο ηγαιόιο 2 άρτων νεοψυχιατρικών  
αυτοεργί νεοψυχιατρικών προσβαλλόμενων κακοήμων 620 Αγαθών  
1.085 269, όπου φιλοξενούνται ασθενείς από την Νέο  
62ο ηγαιόιο του νεοψυχιατρικού "ΝΕΡΩΕ" και Διανοσηλεύς  
62α Νεβάδία τε ασθενείς από την Νέο.

Υπεύθυνος των γενικών ψυχίατρος κ. Σουφονορέβης

4) Ξενοίκος Αίρεας. Διανοσηλεύς 111 Αθήνα. Τηλ. 21062  
κ' 210212. Φορέας υφιστάμενος: Ομοσπονδία Εταιρεία ψυχικής  
Υγείας και Περιθαλάττης (Μυροπολιτικού Αθροισίου κ' Τετρακλιτικού  
1 Αθήνα) υπεύθυνος Ξενοίκου ψυχίατρος κ. Κανδύκης

5) Ξενοίκος Ιωάννινων τηλ. 0651-72291 υπεύθυνος  
γενικός κ. Φίλιππος. Φορέας υφιστάμενος: Εταιρεία Νεοψυχιατρικής  
Ψυχικής Υγείας Ηλείου Ν. Μυροπολιτικού κ' Γ. Πανδραβίου - Ιωάννινων

6) Ξενοίκος Εύβοιας. Παράγια Αργίδας τηλ. 0221-31513.  
Υπεύθυνος γενικός ψυχίατρος κ. Δατίζης. Φορέας υφιστάμενος:  
Εταιρεία Πνευματικής Ανάπτυξης κ' ψυχικής Υγείας -  
Σακεινόπου 7. Αθήνα.

7) Ξενοίκος Θεσσαλίας (3). Τετρά Νοσηλεύς  
τηλ. 031-2230233 υπεύθυνος κ. Πούγιος (δ/ος υπεύθυνος).  
Φορέας υφιστάμενος: Εταιρεία ψυχικής Υγείας κ' Κοινωνικής  
Ανοικτότητας ασθενών Ταχ. Διεύθυνση 10974.



ΕΥ.  
Ο ΔΙΕΥΤΗΣ  
ΝΕΟ ΞΕΝΟΚΟΣ

2/11/91.

Καλατζή Αλεξάνδρα

Κυρίτση Μαρία

Μακεδονίας 223

Τ.Κ. 185-46

Τηλ. 4622456

Προς

Κον Κούργια

Μελετίου Πηγά 22-Μετς

Ξενώνας Ν. Σμύρνης-

Νικαίας

Κύριε Κούργια,

Είμαστε τελειόφοιτες φοιτήτριες στην σχολή Κοινωνικής Εργασίας Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Θέλοντας να ολοκληρώσουμε τις σπουδές μας αναλάβαμε μία πτυχιακή εργασία με σκοπό την έρευνα σε ότι αφορά την αποϊδρυματοποίηση στην χώρα μας, και συγκεκριμένα το πρόγραμμα «ΛΕΡΟΣ». Με το ερωτηματολόγιο που εσωκλείουμε στόχος μας είναι η ολοκλήρωση του ερευνητικού μέρους της πτυχιακής μας, μαθαίνοντας ορισμένα βασικά στοιχεία του προγράμματος αποϊδρυματοποίησης της ψυχιατρικής μονάδας της Λέρου στο οποίο συμπεριλαμβάνονται και οι ξενώνες.

Σας παρακαλούμε όπως κάποιο από τα μέλη της επιστημονικής σας ομάδας απαντήσει, ενημερώνοντας μας στις συγκεκριμένες απορίες μας.

Ευχαριστούμε προκαταβολικά για  
την συνεργασία σας,

ΑΘΗΝΑ 12 - 7 - 1993

Καλατζή Αλεξάνδρα

Κυρίτση Μαρία

Μακεδονίας 223

Τ.Κ. 185-46

Τηλ. 4622456

Κύριε Πλουμίδα,

Προς

Κον Πλουμίδα

Ξενώνας Πάτμου 61

Πατήσια

Αθήνα

Είμαστε τελειόφοιτες φοιτήτριες στην σχολή Κοινωνικής Εργασίας Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Θέλοντας να ολοκληρώσουμε τις σπουδές μας αναλάβαμε μία πτυχιακή εργασία με σκοπό την έρευνα σε ότι αφορά την αποϊδρυματοποίηση στην χώρα μας, και συγκεκριμένα το πρόγραμμα «ΛΕΡΟΣ». Με το ερωτηματολόγιο που εσωκλείουμε στόχος μας είναι η ολοκλήρωση του ερευνητικού μέρους της πτυχιακής μας, μαθαίνοντας ορισμένα βασικά στοιχεία του προγράμματος αποϊδρυματοποίησης της ψυχιατρικής μονάδας της Λέρου στο οποίο συμπεριλαμβάνονται και οι ξενώνες.

Σας παρακαλούμε όπως κάποιο από τα μέλη της επιστημονικής σας ομάδας απαντήσει, ενημερώνοντας μας στις συγκεκριμένες απορίες μας.

Ευχαριστούμε προκαταβολικά για  
την συνεργασία σας,

ΑΘΗΝΑ 12 - 7- 1993

Υ.Γ. Σας παρακαλούμε εάν είναι δυνατόν

να μας στείλετε τα ερωτηματολόγια εντός 15 ημερών.

Καλατζή Αλεξάνδρα

Προς

Κυρίτση Μαρία

Κον Ευριπίδου Ε.

Μακεδονίας 223

Παραλία Αυλίδας

Τ.Κ. 185-46

Τ.Κ. 34 -100

Τηλ. 4622456

Ξενώνας Ευβοίας

Κύριε Ευριπίδη,

Είμαστε τελειόφοιτες φοιτήτριες στην σχολή Κοινωνικής Εργασίας Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Θέλοντας να ολοκληρώσουμε τις σπουδές μας αναλάβαμε μία πτυχιακή εργασία με σκοπό την έρευνα σε ότι αφορά την αποϊδρυματοποίηση στην χώρα μας, και συγκεκριμένα το πρόγραμμα «ΛΕΡΟΣ». Με το ερωτηματολόγιο που εσωκλείουμε στόχος μας είναι η ολοκλήρωση του ερευνητικού μέρους της πτυχιακής μας, μαθαίνοντας ορισμένα βασικά στοιχεία του προγράμματος αποϊδρυματοποίησης της ψυχιατρικής μονάδας της Λέρου στο οποίο συμπεριλαμβάνονται και οι ξενώνες.

Σας παρακαλούμε όπως κάποιο από τα μέλη της επιστημονικής σας ομάδας απαντήσει, ενημερώνοντας μας στις συγκεκριμένες απορίες μας.

Ευχαριστούμε προκαταβολικά για  
την συνεργασία σας,

ΑΘΗΝΑ 12 - 9- 1993

Υ.Γ. Σας παρακαλούμε εάν είναι δυνατόν

να μας στείλετε τα ερωτηματολόγια εντός 15 ημερών.

Το πρόγραμμα ΛΕΡΟΣ (αποσυλοποίηση ασθενών) με κωδικό αριθμό 8159001 λειτουργεί στο πλαίσιο του κανονισμού 815/84 (Ε.Ο.Κ.) Οι ξενώνες που λειτουργούν στο πλαίσιο του προγράμματος αυτού καθώς επίσης και οι διευθύνσεις τους, τηλέφωνα και φορείς που τους υλοποιούν είναι οι παρακάτω:

1) Ξενώνας Πάτμου 61-Πατήσια, Αθήνα τηλ. 2230233

Υπεύθυνος του ξενώνα Ψυχίατρος Κος Πλουμπίδης

2) Ξενώνας ΑΡΓΩ Ν. Σμύρνης-Νικαίας 3 τηλ. 9345905

Υπεύθυνος του ξενώνα Ψυχίατρος Κος Φαρσαλιώτης

3) Ξενώνας Αθηνών, Ιουστινιανού 37-Αθήνα Τ.Κ. 114-73

Υπεύθυνος του ξενώνα ο Ψυχίατρος Κος Μπόμπου Φώτης

Τηλέφωνο 8843301

4) Ξενώνας Λάρισας, Δημοκρατίας ΙΙΙ-Λάρισα, τηλ. 210630

Υπεύθυνος του ξενώνα ο Ψυχίατρος Κος Κανδήλης

5) Ξενώνας Ιωαννίνων-Εταιρεία Προαγωγής Ψυχικής Υγείας Ηπείρου

Παύλου Μελά 10 Ιωάννινα τηλ. 0651-30545

Υπεύθυνος του ξενώνα ο Κος Λυριντζής

6) Ξενώνας Αυλίδας-Παραλία Αυλίδας 34-100 τηλ. 0221-31513

Υπεύθυνος του ξενώνα ο Ψυχίατρος Κος Ευριπίδου Ευριπίδης

7) Οικοτροφείο Αλεξανδρούπολης τηλ. 0551-20655

Μάκρης 13 Τ.Κ. 68 100

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



## ΟΔΗΓΙΕΣ

Τα ερωτηματολόγια αυτά απαντώνται ανώνυμα.

Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο στόχο έχουν να μας δείξουν την αντίληψη του επιστημονικού προσωπικού για την λειτουργία ξενώνων χρόνια ψυχικά περιθαλπτομένων του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου.

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Γενικά στοιχεία ερωτούμενου:

1. Είστε

α) Άνδρας .....

β) Γυναίκα .....

2. Ηλικία .....

3. Ειδικότητα .....

4. Πόσο καιρό εργάζεσθε στον ξενώνα: .....

Γενικά χαρακτηριστικά ξενώνα:

5. Χρόνος λειτουργίας του ξενώνα ως σήμερα: .....

6. Δυναμικό προσωπικού κατά ειδικότητα Αριθμός

α) Ψυχίατροι .....

β) Νευρολόγοι .....

γ) Ψυχολόγοι .....

δ) Ψυχοπαιδαγωγοί .....

ε) Κοινωνικοί λειτουργοί .....

στ) Εργοθεραπευτές .....

ζ) Φυσιοθεραπευτές .....

η) Ψυχιατρικές νοσηλεύτριες .....

7.	Αριθμός ασθενών κατά φύλο	Αριθμός
	α) Άνδρες	.....
	β) Γυναίκες	.....

Προετοιμασία ασθενών πριν από την εισαγωγή τους στον ξενώνα

8. Με ποια κριτήρια επιλέχθηκαν τα μέλη του ξενώνα; Βάσει:

α) Ηλικίας ..... NAI  ..... OXI

Αν ναι, ποιο είναι το όριο ηλικίας;

.....

β) Νοητικής κατάστασης ..... NAI  ..... OXI

Εάν ναι τι κατηγορίας:

- Οριακή νοημοσύνη (Δ.Ν. 70-80)

- Ελαφριά νοητική κατάσταση (50-69)

- Μέτρια νοητική κατάσταση (34-20)

- Σοβαρή νοητική κατάσταση (33-20)

- Βαθεία νοητική κατάσταση (20 & κάτω)

γ) Ψυχιατρικής κατάστασης ..... NAI  ..... OXI

Αναφέρατε με τι διαγνώσεις:

.....

.....

.....

.....

.....

δ) Νευρολογικής κατάστασης ..... NAI  ..... OXI

Αναφέρατε με τι διαγνώσεις:

.....

.....

.....

.....

ε) Χρονικού διαστήματος περίθαλψης στο ΚΘ. Α ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ   
Από ..... Μέχρι .....

στ) Εντοπιότητας ασθενή με τον ξενώνα ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ   
(Δηλ. ο ασθενής κατάγεται από την ίδια  
περιοχή που βρίσκεται ο ξενώνας)

ζ) Οικογενειακής κατάστασης του ασθενή ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ   
Αναφέρατε τι είδους οικογενειακή κατάσταση

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

9. Υπήρξε στάδιο προετοιμασίας των ασθενών από τη στιγμή που επιλέχθηκαν μέχρι την εισαγωγή τους στον ξενώνα; ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ

10. Εάν ναι πόσο χρόνο διήρκησε;

.....

11. Το στάδιο προετοιμασίας στόχευε πιθανόν στα παρακάτω:

α) Ανάπτυξη βασικών λειτουργιών που αφορούν την επικοινωνία και ανταλλαγή μέσω του λόγου ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ

β) Ανάπτυξη βασικών δεξιοτήτων ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ

γ) Ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των ασθενών και μεταξύ των ασθενών και των θεραπευτών ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ

δ) Σπάσιμο της αδράνειας και της αποξένωσης..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ

ε) Ευρύτερη κοινωνικοποίηση (δηλ. βόλτες στα μαγαζιά, κινηματογράφο) ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ

στ) Κάτι άλλο ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ

12. Τι μέσα χρησιμοποιήθηκαν στο στάδιο προετοιμασίας
- α) Εκφραστικά μέσα (ζωγραφική στοιχειώδη παιχνίδια) ..... NAI  ..... OXI
- β) Έξοδο στην κοινότητα της Λέρου ..... NAI  ..... OXI
- γ) Κάτι άλλο ..... NAI  ..... OXI
13. Το στάδιο προετοιμασίας παρακολούθησε (σημειώστε αυτό που ισχύει)
- Ο αριθμός αυτών που επιλέχθηκαν
  - Μια ευρύτερη ομάδα
  - Κάτι άλλο
- Σημειώσατε τι .....
- .....
- .....
- .....
14. Υπήρχαν άτομα που ενώ είχαν την δυνατότητα να πάνε στον ξενώνα αποκλείστηκαν λόγω του περιορισμένου αριθμού που θα φιλοξενούσε ο ξενώνας; NAI  ..... OXI
- 14α. Αν ναι ποιος είναι αυτός ο αριθμός;
- .....
15. Γνώριζαν οι ασθενείς που είχαν επιλεγεί το σκοπό του σταδίου προετοιμασίας; ..... NAI  ..... OXI
16. Η επιστημονική ομάδα που βοήθησε στη βάση της προετοιμασίας είναι η ίδια μ' αυτή που λειτουργεί τώρα στον ξενώνα; ..... NAI  ..... OXI
- 16α. Αν ναι πιστεύετε ότι αυτό βοήθησε στην ομαλή εισαγωγή των ασθενών στον ξενώνα; ..... NAI  ..... OXI
17. Κατά το χρονικό διάστημα προετοιμασίας υπήρξε επαφή και συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού με την οικογένεια των ασθενών; ..... NAI  ..... OXI
18. Υπήρχαν ασθενείς που δεν μπόρεσαν να ολοκληρώσουν το πρόγραμμα προετοιμασίας; ..... NAI  ..... OXI

18α. Αν ναι - πόσοι ..... (αριθμός)

- Για πιο λόγο .....  
.....

Η ζωή στον ξενώνα:

19. Πως αντέδρασαν οι ασθενείς στην πρώτη επαφή τους με τον ξενώνα;

Σημειώστε ότι ισχύει:

- Είχαν δυσκολίες προσαρμογής

Περισσότερο οι άνδρες  Περισσότερο οι γυναίκες  Εξίσου  Κανείς

- Προσαρμόστηκαν εύκολα

Περισσότερο οι άνδρες  Περισσότερο οι γυναίκες  Εξίσου  Κανείς

- Κάτι άλλο .....  
.....  
.....

Περισσότερο οι άνδρες  Περισσότερο οι γυναίκες  Εξίσου  Κανείς

20. Συμμετέχουν οι ασθενείς στις καθημερινές ασχολίες

που συμβάλλουν στη λειτουργικότητα του ξενώνα;

(π.χ. στρώσιμο κρεβατιών, καθαριότητα κ.α.) ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ

21. Λειτουργούν εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης

των ατόμων του ξενώνα; ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ

22. Εάν ναι ποιο είναι το αντικείμενο των εργαστηρίων;

.....  
.....  
.....

23. Απασχολούνται όλοι οι ασθενείς στα εργαστήρια; ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ

23α. Εάν ναι πόσοι ασθενείς απασχολούνται στα εργαστήρια; .....

24. Υπάρχουν κατά τη γνώμη σας προοπτικές

επαγγελματικής αποκατάστασης των ασθενών; ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ

25. Υπάρχει συνεργασία με τη δημόσια διοίκηση για την

ανεύρεση εργασίας των ασθενών όταν φύγουν από τον

ξενώνα; ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ

26. Αν ναι τι είδους μέριμνα υπάρχει;

(σημειώστε τι ισχύει από τα παρακάτω)

α) Περιπτώσεις εργασιών στο δημόσιο τομέα

β) Περιπτώσεις επιδότησης εργοδοτών στον ιδιωτικό τομέα

γ) Κάτι άλλο .....

27. Με ποιο τρόπο γίνεται η γνωριμία των μελών με τον έξω

από τον ξενώνα χώρο; (την κοινότητα)

α) Συμμετοχή των μελών στην αγορά υλικών μέσων

β) Έξοδοι σε γήπεδα, καφετέριες

γ) Παρακολούθηση πολιτιστικών εκδηλώσεων

δ) Κάτι άλλο .....

28. Υπάρχει συνεργασία και υποστήριξη από τους κατοίκους

για τη λειτουργία του ξενώνα; ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ

29. Συμμετέχουν οι ασθενείς σε δραστηριότητες που

διοργανώνει η ευρύτερη κοινότητα που βρίσκεται

ο ξενώνας; ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ

29α. Αν ναι αναφέρατε σε τι συγκεκριμένα;

.....  
.....  
.....

30. Υπάρχουν κατά τη γνώμη σας ελλείψεις στην οργάνωση

και λειτουργία του ξενώνα; ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ

31. Αν ναι τι είδους

.....  
.....  
.....

32. Υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης; ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ

33. Αν ναι με ποιους τρόπους κατά τη γνώμη σας:

α) Οικονομική ενίσχυση

β) Πρόσληψη προσωπικού ειδικοτήτων που

απουσιάζουν

γ) Κάτι άλλο .....

.....  
.....

34. Εκφράζουν απόψεις τα μέλη για τη λειτουργικότητα του ξενώνα; ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ

34α. Αν ναι τι είδους απόψεις .....  
.....  
.....

35. Πιστεύετε ότι το κόστος λειτουργίας του ξενώνα σε σχέση με το κόστος του Κ.Θ Λέρου είναι:

- Μεγαλύτερο
- Ίσο
- Μικρότερο
- Κάτι άλλο

36. Κατά τη γνώμη σας, το άνοιγμα καινούργιων ξενώνων μπορεί να αντικαταστήσει το Κ.Θ Λέρου όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών; (Δηλ. στέγαση, θεραπεία, αποκατάσταση) ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ

37. Υπάρχει συνεργασία του ξενώνα με τις οικογένειες των μελών; ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ

38. Αν ναι τι είδους; (Σημειώστε 1 απάντηση σε κάθε ερώτηση)

α) Τηλεφωνική επικοινωνία

Καθόλου	Σπάνιο	Συχνά	Αρκετά συχνά
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

β) Αλληλογραφία

Καθόλου	Σπάνιο	Συχνά	Αρκετά συχνά
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

γ) Επισκέψεις της οικογένειας στον ξενώνα

Καθόλου	Σπάνιο	Συχνά	Αρκετά συχνά
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

δ) Επισκέψεις του Κ.Α. στο σπίτι της οικογένειας

Καθόλου	Σπάνιο	Συχνά	Αρκετά συχνά
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ε) Κάτι άλλο .....

.....

.....

39. Υπήρξαν φυσικές οικογένειες που εκδήλωσαν άρνηση για τη συνεργασία με το ξενώνα; ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ
40. Εάν ναι έχει διερευνηθεί η περίπτωση ανάδοχης οικογένειας; ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ
41. Πραγματοποιείται από τον Κ.Α. προετοιμασία της φυσικής ή ανάδοχης οικογένειας για να δεχτεί το μέλος; ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ
42. Υπήρξε μέλος ή μέλη που έχουν ολοκληρώσει το πρόγραμμα του ξενώνα; (Δηλ. που έχουν αποκατασταθεί σε φυσική ή ανάδοχη οικογένεια) ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ
43. Αν και συνεχίζεται κάποιου είδους παρακολούθηση από τον ξενώνα; ..... ΝΑΙ  ..... ΟΧΙ
44. Αν ναι τι είδους παρακολούθηση; .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....



## ΒΙΒΙΟΓΡΑΦΙΑ

---

1. BROWN R & HUGHSON: «Behavioral and Social Rehabilitation and Training», εκδ. JOHN WILEY & SONS CHICHESTER, New York - Brisbane - Toronto - Singapore, 1987.
2. ΓΡΙΒΑΣ Κ.: «Ψυχιατρικός Ολοκληρωτισμός», εκδ. ΙΑΝΟΣ, Θεσσαλονίκη 1985.
3. DIRKS HERMANN: «Anstaltspsychiatrie in Griechenland», εκδ. OLDENBURG, 1988.
4. ΚΟΥΡΙΑΣ ΓΙΩΡΓΟΣ: «Ξενώνας Μέσα στην Πόλη», «ΤΕΤΡΑΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ», Μάιος - Ιούλιος 1990, σελ. 20-28.
5. ΛΥΚΕΤΣΟΣ Γ.: «Πρόληψη των Χρονίων Ψυχικών Διαταραχών στην Ελλάδα», ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ 1980, τόμος 8, τεύχος 2, σελ. 123-129.
6. ΜΑΝΟΥ ΝΙΚΟΣ: «Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής», εκδ. UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη 1988.
7. ΜΠΑΪΡΑΚΤΑΡΗΣ Κ.: «Επαγγελματική Κατάρτιση Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές - Δυνατότητες - Περιορισμοί», στο βιβλίο του Παπαδάτου.
8. ΠΑΝΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΥ ΚΑΣΣΙΑΝΗ: «Κοινωνική Πρόνοια - Ιστορική Εξέλιξη - Σύγχρονες Τάσεις», εκδ. ΓΡΗΓΟΡΗ, Αθήνα 1984.
9. ΠΕΤΡΟΥΛΑΚΗΣ Β. ΝΙΚΟΛΑΟΣ: «Ψυχολογία της Προσαρμογής», εκδ. ΓΡΗΓΟΡΗ, Αθήνα 1984.
10. ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ: «Η Ιστορία των Ασύλων στην Ελλάδα», περιοδικό «ΔΙΑΒΑΖΩ», δεκαπενθήμερη επιθεώρηση του βιβλίου, τεύχος 272, Αθήνα 16.10.1991, σελ. 32-36.
11. ΡΟΤΕΛΛΙ FRANCO: «Αλλάζοντας τις Ψυχιατρικές Υπηρεσίες στην Ιταλία», «ΤΕΤΡΑΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ», Μάιος - Ιούλιος 1990, σελ. 12-17.
12. ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ: «Ελληνο-γαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής», Αθήνα 1994, σελ. 59-77 Ψυχική Περιθαλψη, 173-178 Ενδιάμεσες Τομές.
13. ΤΖΑΒΑΡΑΣ ΘΑΝΑΣΗΣ: «Η Τρέλλα και η Κοινωνία ή η Κυριακάτικη Έξοδος από το Τρελλοκομείο του Θείου Τεό», περιοδικό «ΔΙΑΒΑΖΩ», τεύχος 272, Αθήνα 16.10.1991, σελ. 26-31.

14. ΤΣΑΛΙΚΟΓΛΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ: «Ο Μύθος του Επικίνδунου Ψυχασθενή», εκδ. ΠΑΠΑΖΗΣΗ, Αθήνα 1987.
15. ΤΣΑΛΙΚΟΓΛΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ: «Η Τρέλλα Μέσα στον Χρόνο», περιοδικό «ΔΙΑΒΑΖΩ», τεύχος 272, Αθήνα 16.10.1991, σελ. 20-25.
16. ΤΡΙΣΕΛΙΟΤΙΣ G, ΚΟΥΣΙΔΟΥ Τ.: «Η Κοινωνική Εργασία στην Υιοθεσία και την Αναδοχή», εκδ. ΚΕΝΤΡΟ ΒΡΕΦΩΝ "ΜΗΤΕΡΑ", Αθήνα 1985.
17. ΦΙΛΙΑΣ ΒΑΣΙΛΗΣ: «Εισαγωγή στην Μεθοδολογία και τις Τεχνικές των Κοινωνικών Ερευνών», εκδ. GUTENBERG, Αθήνα 1977.
18. ΦΙΛΙΠΠΟΠΟΥΛΟΣ Γ.Σ.: «Σύγχρονοι Μορφάι Θεραπείας των Ψυχικών Νοσημάτων και Διαταραχών», Αθήνα 1978.
19. ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ ΠΕΤΡΟΣ: «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική», εκδ. ΘΕΜΕΛΙΟ, 1986.
20. ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ ΠΕΤΡΟΣ: «Λέρος, Σπιναλόγκα των Τρελλών ή Αποδιοπομπαίος Τράγος», «ΤΕΤΡΑΔΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ», Ιούλιος - Αύγουστος 1987, τεύχος 17, σελ. 48-50.

