

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΙ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ. ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Των φοιτητών:

ΒΕΛΕΤΑ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

ΚΟΚΚΩΝΗ ΦΩΤΙΟ

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του πτυχίου Κοινωνικής Εργασίας

ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑΣ: ΔΡ ΜΟΥΔΑΤΣΟΥ
ΜΑΡΙΑ

Ηράκλειο Κρήτης

Ημερομηνία: 22/08/2023

Copyright@2022 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΣΕΥ, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Π.Ε. αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του/των συγγραφέα/ων, του επιβλέποντα καθηγητή και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας και προστατεύονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).

Δήλωση τήρησης της ακαδημαϊκής δεοντολογίας

Οι υπογράφοντες φοιτητές του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης του ΕΛΜΕΠΑ. Δηλώνουμε υπεύθυνα ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο: «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και χρόνιοι ψυχωτικοί ασθενείς. Ποιες οι απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας », είναι στο σύνολό της προϊόν δικής μας δουλειάς και ότι όλες οι πηγές που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται πλήρως. Επίσης δηλώνουμε ότι δεν αποτελεί προϊόν οποιασδήποτε εξωτερικής μη αδειοδοτημένης βοήθειας και ότι δεν έχει υποβληθεί σε οποιοδήποτε ίδρυμα ή οργανισμό προς αξιολόγηση, ούτε έχει δημοσιευθεί στο παρελθόν μέρος αυτής ή στο σύνολό της.

Βελετά Δέσποινα

Κοκκώνης Φώτιος

Πρόλογος

Η εφαρμογή της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα το 1980, άλλαξε την φροντίδα των ατόμων με ψυχωτικές διαταραχές. Μετά την υλοποίησή της μοιράστηκε και μετατοπίστηκε η φροντίδα των ανθρώπων αυτών από τα κλειστά άσυλα στην κοινότητα. Η εξέλιξη αυτή μας φανερώνει ότι προτεραιότητα πλέον ήταν η διαβίωση των ανθρώπων αυτών σε συνθήκες ανθρώπινες. Το μεγάλο αυτό βήμα εξέλιξης και προόδου καθώς επίσης και συναισθηματικοί λόγοι (τόπος καταγωγής του ενός από εμάς) είχαν καταλυτική επίδραση στην επιλογή μας να ασχοληθούμε και να διεκπεραιώσουμε την παρούσα πτυχιακή εργασία.

Η εργασία αναφέρεται στην έννοια του ψυχωτικού ασθενή (ορισμός, αίτια, συμπτωματολογία, συνέπειες στον ίδιο και στην οικογένειά του). Εν συνεχεία γίνεται ιστορική αναδρομή του τρόπου αντιμετώπισης των ανθρώπων με ψυχική ασθένεια έως την εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Κατόπιν γίνεται αναφορά στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση και τους σκοπούς της και μια σύντομη αναφορά της εφαρμογής της στη χώρα μας και διεθνώς. Γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου ως πρωτοπόρο στην υλοποίηση των προγραμμάτων αποασυλοποίησης στη χώρα μας. Τέλος, στο δεύτερο μέρος της εργασίας που περιλαμβάνει το ερευνητικό μέρος γίνεται προσπάθεια καταγραφής, μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων, των απόψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου σχετικά με τη βελτίωση της ζωής των χρόνιων ψυχωτικών ασθενών με την υλοποίηση των προγραμμάτων στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Περίληψη

Η παρούσα εργασία έχει σκοπό να τονίσει τις απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και συγκεκριμένα αυτών που εργάζονται στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου, σχετικά με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και πώς αυτή συνέβαλε στην αντιμετώπιση των χρόνιων ψυχωτικών. Αρχικά, στο Κ.Θ.Λ. υλοποιήθηκαν πιλοτικά τα πρώτα προγράμματα αποασυλοποίησης συγχρηματοδοτούμενα από την Ευρωπαϊκή Ένωση, με σκοπό την μεταμόρφωση του ασύλου σε υπηρεσία με εξωνοσοκομιακές και ενδονοσοκομιακές δομές, εργαστήρια και χώρους απασχόλησης και κοινωνικής επανένταξης των χρόνιων ψυχωτικών ασθενών. Ακολούθως, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση υλοποιήθηκε σε όλα τα ψυχιατρεία της χώρας εφαρμόζοντας μια σειρά από νομοθετήματα που θεσπίστηκαν για αυτό το σκοπό.

Η εργασία αυτή αποτελείται από το θεωρητικό μέρος και από την εμπειρική έρευνα. Το θεωρητικό μέρος, στο πρώτο κεφάλαιο, εξηγεί την έννοια της ψύχωσης, αναλύοντας τον ορισμό της και παρουσιάζοντας τα αίτια, τα συμπτώματα και τις συνέπειες που έχει στην ζωή του ίδιου του πάσχοντα αλλά και των οικογενειών τους. Εν συνεχεία, στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση και την νομοθεσία, το πώς πραγματοποιήθηκε στην χώρα μας και διεθνώς με ιδιαίτερη αναφορά στην υλοποίηση του προγράμματος αποασυλοποίησης του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου, καθώς υπήρξε το πρώτο που εφαρμόστηκε στη χώρα μας και αποτέλεσε το πρότυπο για την εφαρμογή του και στα άλλα ψυχιατρεία της χώρας. Στον τρίτο κεφάλαιο περιέχεται μία αποτίμηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, περιγράφοντας όχι μόνο τα θετικά στοιχεία και αποτελέσματα που επέφερε στον τομέα της ψυχικής υγείας, καθώς και τα αρνητικά στοιχεία και τις αδυναμίες που εμφανίστηκαν κατά την εφαρμογή της.

Η εμπειρική έρευνα πραγματοποιήθηκε αποκλειστικά στις δομές του Κ.Θ.Λ. με τη συμμετοχή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται σε αυτές. Βασίστηκε σε έξι θεματικές ενότητες πάνω στις οποίες δομήθηκαν οι ημιδομημένες συνεντεύξεις, με σκοπό να αντληθούν οι απόψεις των ίδιων των εργαζομένων σχετικά με την εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, αν επέφερε κάποιες αλλαγές και ποιες είναι αυτές, αν υπήρξαν δυσκολίες και πώς τις ξεπέρασαν, αν οι αρχικοί στόχοι και προσδοκίες του προγράμματος υλοποιήθηκαν και ποια είναι η σημερινή

κατάσταση όσον αφορά την αντιμετώπιση του χρόνιου ψυχωσικού ασθενή στο συγκεκριμένο ίδρυμα και προτάσεις για βελτιώσεις και αλλαγές. Κλείνοντας την εργασία θα παρουσιαστούν τα συμπεράσματα και προτάσεις για το μέλλον.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι ανάγκες των ψυχικά ασθενών αφορούσε κυρίως τις βιολογικές (τροφή, νερό, στέγη), τις υλικές ανάγκες(τσιγάρα) η ύπαρξη καλών σχέσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας και τα κοινωνικά δίκτυα επηρεάζουν θετικά στην ψυχοκοινωνική του αποκατάσταση. Επιπλέον, το στίγμα της ψυχικής ασθένειας δε φαίνεται να έχει αρνητικό αντίκτυπο στους ασθενείς, αφού η κοινότητα του νησιού τους αντιμετωπίζει ως ισότιμα μέλη και κομμάτι της κοινότητας τους, χωρίς προκαταλήψεις και διακρίσεις εξαιτίας της ψυχικής τους ασθένειας. Ωστόσο, το πρόγραμμα της ψυχικής μεταρρύθμισης μείνει ακόμα στάσιμο τα τελευταία χρόνια και πρέπει να επαναπροσδιοριστεί από τους ειδικούς για να συνεχιστεί το πρόγραμμα, αλλά και ένα άλλο πρόβλημα είναι πως η ψυχική υγεία δε έχει ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο και ως συνέπεια γίνεται έρμαιο των εκάστοτε κυβερνήσεων που αλλάζουν το πλαίσιο με βάση τις προτεραιότητες του θέτουν.

Έτσι, προτείνονται οι παρεμβάσεις όπως η δημιουργία νέων κοινοτικών δομών, επαναπροσδιορισμός του προγράμματος της ΨΜ για να συνεχίσει, νέες προσλήψεις επαγγελματιών υγείας και να δοθούν περισσότερα κονδύλια για την περίθαλψη της ψυχικής υγείας.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: ψύχωση, ψυχωτικός ασθενής, ψυχιατρική μεταρρύθμιση, επανένταξη, Αποασυλοποίηση, Κ.Θ.Λέρου.

ABSTRACT

This present work aims to highlight the points of view of mental health professionals, specifically those who work at the State Hospital of Leros, regarding the psychiatric reform and how it contributed to the treatment of chronic psychotics. Initially, in K.T.L. the first de-assimilation programs approved financially by the European Union, were piloted to transform the asylum into a service with outpatient and inpatient structures, laboratories and spaces for employment and social reintegration of chronically psychotic patients. Subsequently, psychiatric reform was implemented in all psychiatric hospitals of the country by implementing a series of legislations enacted for this purpose.

This project consists of the theoretical part and the empirical research. The theoretical part, in the first chapter, explains the concept of psychosis, analyzing its definition and presenting the causes, symptoms and consequences it has in the life of the sufferer and their families. Then, in the second chapter, reference is made to psychiatric reform and legislation, how it was carried out in our country and internationally with particular reference to the implementation of the de-asylum program of the Leros State Hospital, as it was the first to be implemented in our country and was the exemplar for its implementation in other psychiatric hospitals of the country. In the third chapter, an assessment of the psychiatric reform is contained, describing not only the positive elements and results it has brought in the field of mental health, but also the negative elements and weaknesses that showed up during its implementation.

The empirical research was carried out exclusively in the structures of the State Therapeutic Hospital of Leros with the participation of mental health professionals who work in them. It was based on six thematic units on which the semi-structured interviews were structured with the aim to elicit the opinions of the workers themselves concerning the implementation of the psychiatric reform, whether it brought some changes and what they were, whether there were difficulties and how they were overcome, whether the initial goals and expectations of the program were achieved and what is the current situation regarding the treatment of the chronic psychotic patient in the specific institution and suggestions for improvements and

changes. At the end of the paper, the conclusions and suggestions for the future will be presented.

The results have showed that the needs of the mentally ill people are mainly biological (food, water, shelter), material needs (cigarettes), the existence of good relationships between family members and social networks, because they effect positively their psychosocial rehabilitation. Furthermore, the stigma of mental illness does not seem to have a negative impact on the patients, as the island community treats them as equal members and part of their community, without prejudices and discriminations due to their mental illness. However, the mental reform program still stays stationary the last years and it has to be redefined by the experts in order to continue the program, but another problem is that mental health does not have an integrated framework, as a consequence it becomes the burden of the respective governments that change the framework based on the priorities they set.

Thus, interventions such as the creation of new community structures, redefinition of the PSM program to continue, new recruitment for professionals of health and more funds for mental health care are proposed.

Key words: psychosis, psychotic patient , psychiatric reform, reintegration Decolonization, State Therapeutic Hospital of Leros.

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους θερμά όσους συμμετείχαν στην έρευνα δηλαδή τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου. Χωρίς την συμμετοχή τους και την συνεργασία μας μαζί τους, δεν θα μπορούσαμε να ολοκληρώσουμε αυτή την προσπάθεια.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όσους συνδράμανε στην έγκριση υλοποίησης της έρευνας και ιδιαίτερα την Διεύθυνση του Κ.Θ.Λ. για την γρήγορη ανταπόκριση του αιτήματός μας για την έγκριση.

Τέλος, ιδιαίτερες ευχαριστίες θα θέλαμε να δώσουμε στην κ. Μαρία Μουδάτσου, η οποία ήταν η υπεύθυνη καθηγήτριά μας στην παρούσα εργασία. Την ευχαριστούμε μέσα από τα βάθη της ψυχής μας για την βοήθεια, την καθοδήγηση και την συμπαράστασή της σε όλο το διάστημα εκπόνησης της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Η ηθική της στήριξη και οι συμβουλές της υπήρξαν για εμάς ανεκτίμητες.

Περιεχόμενα

Δήλωση τήρησης της ακαδημαϊκής δεοντολογίας	3
Πρόλογος.....	4
Περίληψη.....	5
ABSTRACT	7
Ευχαριστίες.....	9
Κεφάλαιο 1. Ψύχωση	13
1.1. Ορισμός – Συμπτώματα- Αίτια- Συνέπειες	13
Ορισμός	13
Συμπτώματα.....	13
Αίτια	14
Συνέπειες	15
1.2. Ιστορική αναδρομή ψυχικών ασθενειών	16
1.3. Ανάγκες ασθενών με ψυχώσεις και ανάγκες των οικογενειών τους.	17
Ανάγκες οικογένειας ατόμων με ψύχωση	19
1.4 Κάλυψη αναγκών ασθενών με ψύχωση	21
Κεφάλαιο 2. Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση	21
2.1. Τί είναι η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση	21
2.2. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα	23
2.3. Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα πριν τη Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση	29
2.4. Το παράδειγμα του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου	31
2.5. Η Νομοθεσία περί Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης	34
2.6. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση Διεθνώς.....	36
Κεφάλαιο 3. Αποτίμηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.....	39
3.1. Θετικά της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης	39
3.2. Τα Αρνητικά της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.....	40
3.3. Αξιολόγηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.....	43
Κεφάλαιο 1. Ερευνά	46
Χαρακτηριστικά της έρευνας	46
1.1. Σκοπός και επιμέρους στόχοι	46
1.2. Μέθοδος υλοποίησης της έρευνας.....	47
1.3 Δείγμα- Κριτήρια επιλογής του πληθυσμού.....	48
1.4 Εργαλείο Συλλογής πληροφοριών.....	50

1.5 Άδειες και ενημέρωση	51
1.6 Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων	51
Κεφάλαιο 2: Παρουσίαση αποτελεσμάτων	52
Κεφάλαιο 3 Συζήτηση συμπερασμάτων	62
3.1 Συζήτηση συμπερασμάτων.....	62
3.3Περιορισμοί και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.....	64
3.4. Προτάσεις για την ισχύουσα κοινωνική πολιτική	64
3.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	66
Βιβλιογραφία	68
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	76

Εισαγωγή

Σε κάθε πολιτισμό και κάθε ιστορική εποχή απαντάται η έννοια της συναισθηματικής και ψυχολογικής διαφορετικότητας. Η ερμηνεία της ψυχικής αρρώστιας και η αντιμετώπισή της μεταβάλλεται και η μεταβολή σχετίζεται με την φιλοσοφία, τη θρησκεία, το επίπεδο ανάπτυξης των επιστημών και την ιδεολογία κάθε κοινωνίας. Η ψυχική ασθένεια δεν κάνει διακρίσεις, προσβάλλει άτομα κάθε ηλικίας ανεξαρτήτου φύλου με κάθε κόστος, ψυχικό και κοινωνικό (Λιακουνάκου, 2010).

Η ψύχωση δεν είναι απλά μία πολύ σοβαρή ψυχική ασθένεια αλλά πρόκειται για ένα γενικό όρο μιας σειράς ψυχικών διαταραχών με βασικό γνώρισμα τη διαταραγμένη αντίληψη της πραγματικότητας. Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα ενός ψυχωσικού επεισοδίου είναι οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες, ενώ κάποιες φορές μπορεί να συνοδεύονται και από άλλες διαταραχές της σκέψης ή συμπτώματα αποδιοργάνωσης. Τα συμπτώματα μπορεί να εισβάλλουν αιφνιδίως και να εμφανιστούν μία φορά, ωστόσο συχνά η πορεία είναι σταδιακή και μπορεί να επανέρχονται με τη μορφή υποτροπιάζόντων ψυχωσικών επεισοδίων. Η ηλικία των περισσότερων ατόμων που εκδηλώνουν συμπτώματα στο πλαίσιο ψυχικής διαταραχής, όπως η σχιζοφρένεια, είναι 18 έως 40 ετών, χωρίς αυτό να σημαίνει πως η νόσος δεν μπορεί να εμφανισθεί και σε ηλικίες μικρότερες ή μεγαλύτερες. Η έγκαιρη διάγνωση της ψύχωσης βελτιώνει μακροπρόθεσμα τα αποτελέσματα της θεραπείας (Οικονόμου, 2010).

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση συνδέεται στενά με την αποιδρυματοποίηση και την ανάπτυξη της Κοινωνικής Ψυχιατρικής (Williams & Williams-Morris, 2000). Ο όρος αυτός αποτέλεσε μία νέα βάση και μια νέα αντίληψη αναφορικά με τον τρόπο διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας. Η ανάπτυξη ενός δικτύου κοινωνικής ψυχιατρικής φροντίδας και η οργάνωση παρεμβάσεων, θα δίνουν την δυνατότητα αντιμετώπισης των προβλημάτων ψυχικής υγείας ενώ ταυτόχρονα το άτομο θα παραμένει ενεργός πολίτης μέσα και έξω από το οικογενειακό του περιβάλλον. Διατηρώντας, με αυτόν τον τρόπο την αυτονομία του, την οικονομική του δραστηριότητα και την ομαλή ένταξή του στην κοινότητα (Williams & Williams-Morris, 2000).

Κεφάλαιο 1. Ψύχωση

1.1. Ορισμός – Συμπτώματα- Αίτια- Συνέπειες

Ορισμός

Η προσπάθεια να ορίσουμε με σαφήνεια τι ακριβώς είναι οι Ψυχώσεις είναι μια δύσκολη προσπάθεια, γιατί είναι ένας γενικός όρος, ο οποίος περιγράφει μια σειρά ψυχικών διαταραχών. Επίσης η ερμηνεία του ορού «Ψύχωση» συνδέεται και με την ερμηνεία της ψυχικής ασθένειας, η οποία μεταβάλλεται ανάλογα με την ιστορική εποχή και τον πολιτισμό της εκάστοτε κοινωνίας. Επίσης, η ερμηνεία εξαρτάται και από την φιλοσοφία, την θρησκεία, το επίπεδο ανάπτυξης της επιστήμης και τέλος την ιδεολογία της κάθε κοινωνίας (Λιακουνάκου,2010)

Ο όρος «Ψύχωση» εισήχθη για πρώτη φορά το 1845 από τον Ερνστ Βον Φοιχτερσλεμπεν. Η ψύχωση είναι ένας όρος που σημαίνει ότι ένα άτομο βιώνει πράγματα που κανείς άλλος δεν αντιλαμβάνεται και έχει πεποιθήσεις που δεν βασίζονται στην πραγματικότητα (Γιαννουλάκης,2016). Η ψύχωση ή ψυχωτική διαταραχή είναι ψυχιατρική πάθηση που περιγράφει νοητική κατάσταση συνυφασμένη επί μακρόν με ψευδαισθήσεις, παραλήρημα και συνεχή νοητική έκπτωση (Βικιπαίδεια, 2022). Βασικό χαρακτηριστικό είναι μια άκρως διαταραγμένη αντίληψη της πραγματικότητας (Σαλπιστής,2021).

Συμπτώματα

Οι ασθενείς που πάσχουν από ψυχωτικές διαταραχές συχνά εμφανίζουν έλλειψη φυσιολογικής συμπεριφοράς και αδιάκοπη απώλεια επαφής με την πραγματικότητα για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Επέρχεται συχνά με την εμφάνιση αγχωδών διαταραχών καθώς και δυσκολία στην κοινωνική συναναστροφή και κοινωνική απόσυρση καθώς επίσης αυξάνεται ο κίνδυνος αυτοκτονίας λόγω των παραισθήσεων, αυταπατών και διαταραχών (Σαλπιστής,2021).

Τα συμπτώματα που εμφανίζουν τα άτομα με ψύχωση διαφέρουν ανάλογα με το πόσο σοβαρή είναι η διάγνωση. Οι ψυχώσεις με βάση τα κλινικά συμπτώματα διακρίνονται σε δυο μεγάλες κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία είναι οι Λειτουργικές Ψυχώσεις στις οποίες περιλαμβάνονται ασθένειες όπως είναι η σχιζοφρένεια, σχιζοφρενική διαταραχή, σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, σύντομη ψυχωτική διαταραχή, παραληρητική διαταραχή, οι συναισθηματικές ψυχώσεις και η παραφρένεια. Η δεύτερη κατηγορία είναι οι Οργανικές Ψυχώσεις (προκαλούνται από

φυσική προέλευση όπως μια ασθένεια του εγκεφάλου, καθώς και από κατάχρηση ουσιών όπως το αλκοόλ, τα ναρκωτικά και τα φάρμακα), οι οποίες είναι η σύγχυση (οξεία - χρόνια) και η οργανική άνοια (πρωτοπαθής-δευτεροπαθής) (Περιτογιάννης και συν,2018).

Η συμπτωματολογία είναι πολυποίκιλη και οι ασθενείς εμφανίζουν ευρύ φάσμα ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων. Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα των ψυχωτικών διαταραχών χωρίζονται σε πολλές κατηγορίες. Μια βασική κατηγορία είναι τα θετικά ή παραγωγικά συμπτώματα τα οποία εκδηλώνονται με παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθητικές εμπειρίες (το άτομο ακούει, βλέπει, ή αισθάνεται πράγματα που δεν υπάρχουν) και αποδιοργανωμένη ή αλλόκοτη συμπεριφορά. Ακόμα υπάρχουν και τα αρνητικά συμπτώματα που εκδηλώνονται με άμβλυνση συναισθήματος, κοινωνική απόσυρση, αβουλία και απάθεια (Περιτογιάννης και συν,2018).

Τα γνωστικά συμπτώματα αποτελούν επίσης μια ιδιαίτερη κατηγορία συμπτωμάτων. Αυτά εκδηλώνονται με διαταραχή στο σχηματισμό σκέψης (άλματα “λογικής” μεταξύ ασχέτων θεμάτων, περίεργες συνδέσεις μεταξύ άσχετων σκέψεων) και διαταραχές στην προσοχή και συγκέντρωση. Επίσης ένα συχνό σύμπτωμα που παρουσιάζουν τα άτομα που έχουν ψυχώσεις είναι η εχθρότητα και επιθετικότητα με βίαιη συμπεριφορά.

Σημαντικό είναι να αναφερθούμε και στα καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα που εκδηλώνονται με κατάθλιψη, άγχος, αυτοτραυματισμοί και αυτοκτονία. Τα κινητικά και ήπια νευρολογικά σημεία εκδηλώνονται με δυσκινησίες και κατατονική συμπεριφορά. Η έλλειψη επίγνωσης ότι νοσεί εκδηλώνεται με άρνηση ανάγκης για θεραπεία και ελλιπής συμμόρφωση με την προτεινόμενη θεραπεία (Περιτογιάννης και συν,2018).

Αίτια

Τα αίτια που προκαλούν ψυχώσεις δεν έχουν γίνει ακόμα ακριβείς κατανοητά, πολλοί είναι οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου και οι περισσότεροι ερευνητές θεωρούν πλέον πως οι ψυχώσεις αποτελούν έκφραση κάποιας μορφής γενετικής και ψυχολογικής ευαλωτότητας (phynet,2014).

Ωστόσο τα βασικά αίτια που μπορούν να οφείλουν στην εμφάνιση ψυχώσεων είναι αρχικά η γενετική προδιάθεση που πιθανόν να εμφανίζουν τα άτομα (iatronet, 2022). Μια άλλη αιτία εμφανίσεις της νόσου μπορεί να οφείλεται στις αλλαγές στη δομή

του εγκεφάλου. Τέλος, άλλη μια αίτια μπορεί να είναι οι αλλαγές στα επίπεδα των ορμονών και σε διαταραχές που σχετίζονται με τον ύπνο (iatronet, 2022).

Συνέπειες

Οι ψυχώσεις όπως κάθε διαταραχή που έχουν οι άνθρωποι, φέρουν μια πληθώρα συνεπειών, τις οποίες οι ασθενείς και όχι μόνο πρέπει να αντιμετωπίσουν, ώστε να ζήσουν την καθημερινότητα και την ζωή τους με αξιοπρεπή τρόπο και να μην εξαρτώνται πάντα από κάποιους άλλους, οι οποίοι θα έχουν την κηδεμονία τους.

Μία βασική συνέπεια είναι η πτώση της λειτουργικότητας του ατόμου. Με τον ορό πτώση της λειτουργικότητας εννοούμε την αδυναμία ενός ατόμου να μην μπορεί να εκτελέσει την καθημερινότητα τους. Τα άτομα με ψυχώσεις δεν μπορούν να εκτελέσουν με σωστό τρόπο την καθημερινότητα τους λόγω κάποιων ελλειμμάτων και πιθανών εμμονών (Iatronet,2022).

Μια ακόμη συνέπεια είναι ο στιγματισμός του ατόμου που διαγνώστηκε με ψυχική διαταραχή, με αποτέλεσμα την περιθωριοποίηση και απομόνωση από την κοινωνία και τον κοινωνικό του περίγυρο. Βέβαια, τον στιγματισμό δεν τον υφίσταται μόνο ο ασθενής αλλά και το οικογενειακό του περιβάλλον. Στην έννοια στίγμα δίνεται ένας έντονα μειωτικός χαρακτηρισμός που αποδίδεται σε κάποιον και από τον οποίο είναι πολύ δύσκολο να απαλλαχθεί. Είναι η κακή φήμη και η ηθική απαξία που συνοδεύει και βαρύνει οριστικά κάποιον (Iatronet,2022). Ο άνθρωπος που φέρει τη «σφραγίδα» της ψυχικής ασθένειας αντιμετωπίζεται με φόβο και δυσπιστία στις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις. Οι διακρίσεις σε βάρος του, η άνιση δηλαδή και μεροληπτική μεταχείριση εξαιτίας της ψυχικής νόσου, απαντώνται σε καίριους τομείς που σχετίζονται με την κοινωνική του υπόσταση όπως στην αγορά εργασίας, την εύρεση κατοικίας, ακόμα και στην αντιμετώπιση που λαμβάνει από τις υπηρεσίες υγείας. Το στίγμα ορθώνεται ως εμπόδιο στην όποια προσπάθεια του ψυχικά πάσχοντα για μια αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση στην κοινωνία, υποβαθμίζοντας σημαντικά την ποιότητα της ζωής του (Οικονόμου,2010).

Τέλος, ο κοινωνικός στιγματισμός επιφέρει έντονη ψυχολογική πίεση που επιδεινώνει την ήδη επιβαρυσμένη ψυχική τους υγεία, με σημαντικό αντίκτυπο στην πορεία και την έκβαση της ίδιας της ασθένειας. Αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η καθημερινότητά τους και η ίδια η επιβίωσή τους αφού ο στιγματισμός δυσκολεύει τις σχέσεις τους στο εργασιακό χώρο και ακόμη χειρότερα στην εύρεση εργασίας με αποτέλεσμα την οικονομική εξάρτηση από την οικογένειά τους. Οι συνέπειες του

στίγματος δεν περιορίζονται μόνο στον ίδιο τον ασθενή. Επεκτείνονται και στα άτομα του στενού περιβάλλοντός του, στην οικογένειά του, που συμπάσχει μαζί του και αντιμετωπίζει με τη σειρά της μεγάλο βαθμό κοινωνικής (Οικονόμου,2010).

1.2. Ιστορική αναδρομή ψυχικών ασθενειών

Οι ψυχικές ασθένειες και συγκεκριμένα οι ψυχώσεις υπήρχαν από τα παλιά χρόνια. Βέβαια με το πέρασμα του χρόνου ορισμός και η θεραπεία τους διαφέρει και επηρεάζεται ανάλογα την εποχή και τις αντιλήψεις της εκάστοτε εποχής σχετικά με την ψυχική ασθένεια.

Κατά τους προϊστορικούς χρόνους δεν υπήρχε διάκριση ανάμεσα σε σωματικές και ψυχικές διαταραχές η λύση βέβαια γι' αυτούς τους οποίους αντιμετώπιζαν ψυχικές ασθένειες και στις ψυχώσεις ήταν το άνοιγμα μιας τρύπας στο κεφάλι του ασθενούς όπου υπέφερε τη λεγόμενη λοβοτομή. Καθώς πίστευαν πως το κεφάλι του ασθενούς έχει καταληφθεί από κακά πνεύματα τα οποία μέσα από αυτή την τρύπα απελευθερώνονταν. Με την πρακτική του εξορκισμού κατέφευγαν κατά τον Μεσαίωνα ώστε να απομακρύνουν τα κακά πνεύματα τα οποία είχαν καταλάβει τον ασθενή θεωρώντας την ψυχική διαταραχή ως δαιμονική κατοχή. Η κατάσταση αυτή συνεχίστηκε για πολλά χρόνια (Καναβίτσας,2021).

Κατά την αρχαιότητα γίνεται το πρώτο βήμα εξέλιξης καθώς ο Ιπποκράτης που θεωρείται πατέρας της ιατρικής, ασχολήθηκε για πρώτη φορά με την ψυχική νόσο και την περιέγραψε με όρους και ονόματα τα οποία χρησιμοποιούμε μέχρι και σήμερα. Χαρακτηριστικά ήταν εκείνος που έβαλε τις βάσεις για τη σύγχρονη ψυχοπαθολογία και ψυχοθεραπεία (Καναβίτσας,2021).

Στη ρωμαϊκή εποχή θεσπίστηκαν πολλά μέτρα ελαφρύνσεις για όσους έπασχαν από ψυχικές ασθένειες. Εννοώ ότι μετά από κάποιο χρονικό διάστημα λειτούργησαν τα πρώτα ιδρύματα συνολικού χαρακτήρα για την θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Κατά το μεσαίωνα λόγω του σκοταδισμού και της θρησκευτικής προσκόλλησης των ανθρώπων οι ψυχικές ασθένειες θεωρήθηκαν ως τιμωρία από το θεό. Άνθρωποι οι οποίοι έπασχαν από ψυχικές ασθένειες καταδικάζονταν σε θάνατο και σε εγκλεισμό ώστε να μη μολύνουν την κοινότητα. Άλλη λύση για την αντιμετώπιση των ψυχικών ασθενειών ήταν το να καίγονται οι άνθρωποι στην πύρα αφού πρώτα περνούσαν από Ιερά εξέταση (Γαλανάκη και συν,2019).

Κατά την διάρκεια της Αναγέννησης με την επικράτηση του ορθολογισμού και της επιστημονικής σκέψης άλλαξε το τοπίο για την ψυχική ασθένεια και τους ψυχικά

ασθενείς και πλέον οι άνθρωποι δεν θεωρούνταν ότι είναι δαιμονισμένοι αλλά ψυχικά ασθενείς και χρήζουν θεραπείας. Μια σειρά μεθόδων θεραπείας αντανακλούν αυτό το ανθρωπιστικό πνεύμα. Το 1563 ο Γιόχαν Βέγερ δημοσίευσε ένα βιβλίο εναντίον της θεωρίας της μαγείας. Το βιβλίο του κατακρίθηκε και απαγορεύτηκε από τη εκκλησία και την πολιτεία, αλλά αποδείχτηκε να είναι ο πρόδρομος της επικράτησης του ανθρωπισμού στην ψυχική υγεία (Καναβίτσας,2021).

Με αυτό τον τρόπο άλλαξε η αντίληψη που επικρατούσε μέχρι τότε και μπήκαν οι βάσεις για μια ανθρώπινή αντιμετώπιση των ασθενών μέσα στα άσυλα. Καθώς μέχρι τότε τα περισσότερα άσυλα ήταν σε άθλια κατάσταση και οι έγκλειστοι σε αυτά ήταν δεμένοι, υποσιτιζόμενοι κι ακόμη σε κάποιες περιπτώσεις επιδεικνύονταν στο κοινό σαν ζώα ενός αλλόκοτου ζωολογικού κήπου (Καναβίτσας,2021).

Στην σύγχρονη εποχή, οι ψυχικές ασθενείς δεν θεωρούνται πλέον ως τιμωρία από τον θεό ή ότι το μυαλό του ασθενούς έχει καταληφθεί από κάποιο κακό πνεύμα ή δαιμόνια αλλά θεωρούνται ως αποτέλεσμα κάποιων αλλαγών στη δομή του εγκεφάλου του ασθενούς. Η μετάβαση της φροντίδας τους από τα άσυλα στην κοινότητα πραγματοποιήθηκε παράλληλα με την ανάπτυξη των ψυχοφαρμάκων και με την αναγκαιότητα χορήγησης κατάλληλης και αποτελεσματικής φαρμακευτικής αγωγής, ώστε τα άτομα να είναι λειτουργικά και ικανά για μια αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση στο κοινωνικό περιβάλλον.

1.3. Ανάγκες ασθενών με ψυχώσεις και ανάγκες των οικογενειών τους.

Η ανάγκη ορίζεται ως το αίσθημα έλλειψης που νοιώθει ένας άνθρωπος και εκφράζεται με την επιθυμία του για να το ικανοποιήσει. Υπάρχουν δυο βασικές κατηγορίες αναγκών οι λεγόμενες βιολογικές που είναι απαραίτητες για την επιβίωση των ανθρώπων και οι κοινωνικές ανάγκες, οι οποίες προκύπτουν κατά την διάρκεια της κοινωνικοποίησης των ατόμων (Wikipedia,2022).

Επομένως γίνεται κατανοητό ότι οι ανάγκες είναι υποκειμενικές και διαφέρουν από άτομο σε άτομο και από χρονική σε χρονική περίοδο. Επίσης η διαδικασία για να ορίσουμε τις ανάγκες των ανθρώπων περιέχει την έννοια της σχετικότητας. Ο ψυχολόγος Abraham Maslow υποστήριξε ότι οι δράσεις μας ωθούνται από κίνητρα με σκοπό να ικανοποιήσουμε συγκεκριμένες ανάγκες (Βενιέρης,2015).

Μάλιστα ο Maslow ήταν ο πρώτος, ο οποίος σύστησε τον όρο της έννοιας της ιεράρχησης των αναγκών σε μια εργασία του. Σύμφωνα με αυτή του την έρευνα, η

ιεράρχηση των αναγκών δείχνει ότι οι άνθρωποι επιδιώκουν να ικανοποιούν πρώτα από όλα τις βασικές ανάγκες που είναι απαραίτητες για την επιβίωση τους και στην συνέχεια προχωρούν στην ικανοποίηση των άλλων αναγκών, που είναι πιο σύνθετες (Ντούμης, 2021). Έτσι, το 1943 πρότεινε τον ορό ιεράρχηση αναγκών. Ο Maslow ταξινόμησε τις ανάγκες σε πέντε επίπεδα. Η ιεράρχηση αυτή, συχνά εμφανίζεται με την μορφή μιας πυραμίδας. Στο πρώτο επίπεδο τοποθέτησε τις φυσιολογικές ή βιολογικές ανάγκες οι οποίες είναι απαραίτητες για την επιβίωση των ανθρώπων. Αμέσως μετά ταξινόμησε τις ανάγκες ασφάλειας. Στο τρίτο επίπεδο εντάσσονται οι κοινωνικές ανάγκες ή ανάγκες κοινωνικής αποδοχής. Στην τέταρτη θέση είναι οι ανάγκες για αυτοεκτίμηση. Στην κορυφή αυτής της πυραμίδας ο Maslow έβαλε τις ανάγκες για αυτοπραγμάτωση (Ντούμης, 2021, Βενιερης,2015) .

Συμπερασματικά, καταλαβαίνουμε ότι οι άνθρωποι επιδιώκουν να ικανοποιούν πρώτα από όλα την κάλυψη των βασικών αναγκών που είναι απαραίτητες για την επιβίωσή τους όπως τροφή, νερό, στέγη και στην συνέχεια προχωρούν στην ικανοποίηση των άλλων αναγκών, που είναι πιο σύνθετες (Ντούμης,2021).

Μετά τον Maslow, με τις ανάγκες ασχολήθηκε ο Brandsaw, ο οποίος προχώρησε σε μια δική του ταξινόμηση των αναγκών με κριτήριο το ποιος αξιολογεί τις ανάγκες. Αναφέρει ότι έχουμε τις υποκειμενικές ή αντιληπτές ανάγκες, τις οποίες το ίδιο το άτομο θεωρεί ότι τις έχει. Μετά κατατάσσει τις εκφρασμένες που ορίζονται ως οι υποκειμενικές ανάγκες που το άτομο εκφράζει με την αναζήτηση υπηρεσιών. Μια άλλη κατηγορία είναι οι κανονιστικές. Αυτού του είδους οι ανάγκες εκτιμούνται από τους ειδικούς. Τέλος έχουμε τις συγκριτικές, οι οποίες προκύπτουν όταν γίνεται σύγκριση με κάποιες άλλες ομάδες που ήδη τους έχουν παρασχεθεί υπηρεσίες (Βενιέρης,2015).

Οι ανάγκες των ασθενών με ψυχωτικές διαταραχές είναι πολλές. Για να δούμε όμως ποιες είναι πραγματικά οι ανάγκες τους θα πρέπει να λάβουμε υπόψη διαφορετικούς παράγοντες. Τέτοιοι παράγοντες είναι αρχικά η ιδιαιτερότητα της ομάδας ,το στίγμα και οι προκαταλήψεις που υπάρχουν απέναντι στους ψυχικά ασθενείς.

Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας οι ανάγκες των ασθενών με ψυχωτικές διαταραχές χωρίζονται σε τέσσερις βασικές κατηγορίες οι οποίες αρχικά σχετίζονται με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των ασθενών, με τις ανάγκες που αναφέρονται στην κοινότητα των ασθενών, με τις ανάγκες που προκύπτουν στην οικογένεια των

ασθενών με ψυχώσεις αλλά και στην αποκατάσταση τους (Γαλανάκη και συν, 2019)(Καρπουτζάκη και συν,2021).

Οι ασθενείς με ψυχωτικές διαταραχές θα πρέπει να έχουν μια συνεχή και συνεπή διατήρηση της φαρμακευτικής τους αγωγής. Τα φάρμακα που τους χορηγούνται είναι ειδικά για να τους βοηθήνε στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου. Όταν όμως οι ασθενείς αμελούν ή αρνούνται να τα πάρουν ή δεν γίνεται σωστή χορήγηση τότε οι ασθενείς παρουσιάζουν ύφεση (Περιτογιάννης και συν,2018).

Ανάγκη των ασθενών είναι και η στήριξη τους από την οικογένεια. Μέσα σε αυτή εκφράζουν τα συναισθήματα τους. Επομένως γίνεται αντιληπτό ότι έχουν έντονη την ανάγκη για οικογενειακή συνοχή. Όμως πολλές φορές δεν επιτυγχάνεται αυτή η οικογενειακή συνοχή λόγω της άγνοιας που έχει η οικογένεια σχετικά με την φροντίδα των ψυχικά ασθενών (Γαλανάκη και συν,2019,Καρπουτζάκη και συν,2021, Psychologynow,2022).

Η εξάλειψη του κοινωνικού στιγματισμού των ασθενών με ψυχωτικές διαταραχές είναι επιδίωξη των ασθενών. Είναι επιτακτικό να πάψει πλέον να υπάρχει κοινωνικός στιγματισμός στα άτομα με ψυχική νόσο, καθώς αυτό τους απομονώνει και τους στερεί βασικά δικαιώματα. Ένα τέτοιο είναι το δικαίωμα για εργασία. Αυτό το δικαίωμα δεν μπορούν τα άτομα με ψύχωση να το διεκδικήσουν και έτσι η έλλειψη εργασίας και κατά συνέπεια η έλλειψη χρημάτων οδηγεί σε σοβαρά προβλήματα βιοπορισμού (Περιτογιάννης και συν,2018).

Όλη αυτή η κατάσταση οδηγεί τα άτομα όχι μόνο στην φτώχεια και την οικονομική τους αδυναμία αλλά και στην δημιουργία νέων αναγκών. Μια τέτοια ανάγκη αποτελεί η αντιμετώπιση των αρνητικών συναισθημάτων που δημιουργούνται στα άτομα με ψύχωση ως απόρροια της ασθένειας αλλά και του στιγματισμού τους. Πολλά είναι τα άτομα που δυσκολεύονται να επικοινωνήσουν με άλλους ανθρώπους, ή να ακολουθήσουν αυτό που θεωρείται για την κοινωνία φυσιολογική ζωή. Για το λόγο αυτό είναι άμεση η ανάγκη για κοινωνική υποστήριξη των ασθενών με ψύχωση, εκπαίδευση και επαγγελματική υποστήριξη (Γαλανάκη και συν,2019, Καρπουτζάκη και συν,2021).

Ανάγκες οικογένειας ατόμων με ψύχωση

Τα άτομα, σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, ζουν και εντάσσονται μέσα σε ομάδες. Η πρωταρχική και πιο σημαντική ομάδα είναι η οικογένεια. Η συγκεκριμένη ομάδα έχει μια ιδιαίτερη σημασία για τα άτομα, καθώς αποτελεί ένα δίκτυο φροντίδας για τα

μέλη της. Κάθε οικογένεια έχει τις δικές της ανάγκες. Με αυτή την λογική και η οικογένεια με άτομα που έχουν κάποια ψυχωτική διαταραχή έχει τις δικές της ξεχωριστές ανάγκες. Οι Kreisman και Joy (1974) εντοπίζουν ως κύριες ανάγκες για μια οικογένεια με άτομο με ψυχωτική διαταραχή τις εξής:

- 1) Το στίγμα που συνδέεται με την ψυχική αρρώστια
- 2) Την επιθετική συμπεριφορά του αρρώστου
- 3) Την παρεκκλίνουσα συμπεριφορά του αρρώστου
- 4) Τις οικονομικές επιπτώσεις της αρρώστιας
- 5) Την συνεχή ευθύνη των γονιών για την επιτήρηση του παιδιού
- 6) Τη διαταραχή στη συζυγική ζωή που προκαλείται από την αρρώστια
- 7) Τα ίδια τα συναισθήματα ντροπής και ενοχής των γονιών (Καλλιγέρη, 2012).

Η σημερινή κατάσταση ανταποκρίνεται με την άποψη των Kreisman και Joy(1974). Η πρώτη και πιο σημαντική ανάγκη που έχει μια τέτοια οικογένεια είναι αρχικά η σωστή ενημέρωσή της σχετικά με την ψυχωτική διαταραχή, τους τρόπους αντιμετώπισης, στήριξης και ενδυνάμωσης του ατόμου. Όταν μια οικογένεια μπορέσει να στηρίξει το άτομο με ψύχωση με σωστό τρόπο τότε μπορεί να προβεί λειτουργικά και θεραπευτικά στην ενδυνάμωση και στην κοινωνική επανένταξή του στο γενικό σύνολο (Phychologynow,2022).

Η οικονομική ενίσχυση αποτελεί μια επιδίωξη των οικογενειών αυτών, με στόχο να ανακουφιστούν από το βάρος της φροντίδας των μελών με ψυχωτική διαταραχή. Τα άτομα με ψύχωση συνήθως δεν έχουν εργασία και εξαρτώνται αποκλειστικά από τα άλλα μέλη της οικογένειας. Η εξάρτηση αυτή είναι πολύ επώδυνη για τα μέλη της οικογένειάς τους. Πολλές φορές η φαρμακευτική αγωγή των ασθενών και η νοσηλεία τους είναι δαπανηρή και αποτελεί πρόσθετο οικονομικό βάρος για τις οικογένειές τους (Καλλιγέρη,2012).

Ο κοινωνικός στιγματισμός δεν πλήττει μόνο το άτομο με ψυχική νόσο αλλά και την οικογένειά του καθώς βιώνουν και οι δύο την απαξίωση και την κοινωνική απομόνωση. Αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τις οικογένειες που φροντίζουν άτομα με ψύχωση γιατί σηκώνουν το τεράστιο συναισθηματικό βάρος από τη νόσο του συγγενή τους αλλά και το βάρος της φροντίδας και της υποστήριξης του. Η οικογένεια βιώνει τις συνέπειες των προκαταλήψεων, του στιγματισμού και των κοινωνικών διακρίσεων. Η ανάγκη καταπολέμησης του στιγματισμού μέσω της

ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας αποτελεί σημαντική προτεραιότητα (Psychologynow,2022).

Τέλος, η ανάγκη της σωστής διαχείρισης των αρνητικών συναισθημάτων που γεννιούνται από όλη αυτήν την κατάσταση αποτελεί επιθυμία των οικογενειών. Πολλές οικογένειες όταν πληροφορηθούν ότι κάποιο μέλος της υποφέρει από ψυχική διαταραχή, δεν μπορούν να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους. Τα κυρίαρχα συναισθήματα που υπάρχουν είναι συχνά λύπη, θυμός, ενοχή και στρες. Για το λόγο αυτό μας είναι απαραίτητο η δημιουργία δικτύων στήριξης για τις οικογένειες (Psychologynow,2022).

1.4 Κάλυψη αναγκών ασθενών με ψύχωση

Παλαιότερα, οι ανάγκες των ατόμων με ψυχωτικές διαταραχές καλύπτονταν αποκλειστικά μέσα από κλειστές δομές φιλοξενίας τόσο δημοσίου όσο και ιδιωτικού τομέα όπως ιδρύματα αλλά και νοσοκομεία. Σήμερα μετά από την εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στον ελλαδικό χώρο και την δημιουργία εξωνοσοκομειακών δομών για την ψυχική υγεία, η κάλυψη των αναγκών των ψυχικά ασθενών, τείνει να γίνεται από την οικογένεια και από δομές ανοικτού τύπου όπως τα κατά τόπους Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα οποία παρέχουν ολιστική αντιμετώπιση της κατάστασης μέσα από υπηρεσίες ψυχοεκπαίδευσης από επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές και επισκέπτες υγείας) τόσο στο άτομο όσο και στην οικογένειά του (Καλλιγέρη, 2012).

Κεφάλαιο 2. Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

2.1. Τί είναι η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

Ο όρος μεταρρύθμιση σημαίνει μετασχηματισμός, τροποποίηση, καινοτομία, μετατροπή και τέλος αλλαγή (Wikipedia,2022).

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση σημαίνει την υπέρβαση του ασύλου και την αλλαγή από ένα πλέγμα κοινοτικών ψυχιατρικών δομών-υπηρεσιών που θα απαντάνε σφαιρικά σε κάθε ψυχιατρικό αίτημα που θα προκύψει στον τομέα ευθύνης του. Επίσης σημαίνει ότι υπάρχει ένα καινούργιο σύστημα, το οποίο δίνει περισσότερο προσοχή και αντιμετωπίζει αποτελεσματικά το πρόβλημα της επικινδυνότητας. Παράλληλα σύμφωνα με τους Williams & Williams-Morris(2000) θεώρησαν ως ψυχιατρική μεταρρύθμιση την αλλαγή στη φιλοσοφία και την πρακτική της αντιμετώπισης του ψυχιατρικού ασθενούς, με τη μετάβαση από το παραδοσιακό

ψυχιατρικό ίδρυμα στις εναλλακτικές δομές ψυχιατρικής φροντίδας και αποκατάστασης στον κοινοτικό χώρο. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση συνδέεται στενά με την αποϊδρυματοποίηση και την ανάπτυξη της Κοινοτικής Ψυχιατρικής.

Λίγα χρόνια αργότερα, ως ψυχιατρική μεταρρύθμιση ορίζεται και θεωρείται η αλλαγή της φιλοσοφίας και της πρακτικής για την αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών.

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση συνδέεται στενά με την αποϊδρυματοποίηση και την ανάπτυξη της Κοινοτικής Ψυχιατρικής (Williams & Williams-Morris, 2000). Ο όρος αυτός αποτέλεσε μία νέα βάση και μια νέα αντίληψη αναφορικά με τον τρόπο διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας, στην οποία το δίκτυο της κοινοτικής ψυχιατρικής φροντίδας συναντάται με τις απαιτήσεις που έχουν οι ψυχικά ασθενείς. Η υιοθέτηση του μοντέλου της ανοιχτής ψυχιατρικής φροντίδας στα πλαίσια της κοινότητας είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ενδονοσοκομειακών και εξ νοσοκομειακών δομών καθώς και υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αυτές στηρίζουν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και φροντίζουν για την θεραπεία και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχικές νόσους (Δαμίγος, 2003).

Οι τρεις παράμετροι που σχετίζονται με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, διαδραματίζοντας σημαντικό και κυρίαρχο ρόλο για την επιτυχία των προγραμμάτων που εφαρμόζονται στα πλαίσια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης είναι η παροχή της φροντίδας στην κοινότητα, η αποασυλοποίηση και τέλος η τομεοποίηση (Δαμίγος, 2003).

Αναλυτικότερα, η παροχή της φροντίδας στην κοινότητα περιγράφει την περίθαλψη των ψυχικά ασθενών σε κοινοτική βάση, η οποία θα πρέπει να είναι προσβάσιμη, σε τοπικό επίπεδο και να ανταποκρίνεται στις πολλαπλές ανάγκες που έχει ο πληθυσμός στον οποίο αναφέρεται η εκάστοτε δομή φροντίδας. Ακόμη, οφείλει να έχει ως στόχο τη χρήση θεραπευτικών τεχνικών που να είναι αποτελεσματικές, ώστε να επέρχεται η ενδυνάμωση, η αυτοβοήθεια και η αυτοεξυπηρέτησή των ψυχικά πασχόντων. Ενεργό ρόλο έχει το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον τους αλλά και η δράση υποστηρικτικών μηχανισμών (Μαδιανός, 2010).

Με τον όρο αποασυλοποίηση εννοούμε την διαδικασία απομάκρυνσης κάποιου ανθρώπου από άσυλο ή ίδρυμα στο οποίο βρίσκεται εγκλεισμένος για μεγάλο χρονικό διάστημα και αντιμετώπισης των όποιων προβλημάτων ή συμπτωμάτων έχουν ανακύψει.

Τα τελευταία χρόνια όταν μιλάμε για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση εννοούμε στην ουσία το σύνολο των διαφόρων παρεμβάσεων που δίνουν την δυνατότητα της αντιμετώπισης των προβλημάτων ψυχικής υγείας. Αυτές οι παρεμβάσεις υποστηρίζουν το ψυχικά ασθενές άτομο ώστε να παραμείνει ενεργός πολίτης μέσα στην κοινότητα και στο οικογενειακό του περιβάλλον, να είναι αυτόνομος με οικονομική δραστηριότητα και κοινωνική ένταξη στην κοινότητα. Βέβαια είναι γεγονός πως τις τελευταίες δεκαετίες, από τα μέσα περίπου του 20ου αιώνα και έπειτα, άρχισε σταδιακά να επικρατεί ένα καινούριο και καθ' όλα ριζοσπαστικό μοντέλο ψυχιατρικής .

2.2. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα

Η εφαρμογή της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα το 1980, άλλαξε την φροντίδα των ατόμων με ψυχωτικές διαταραχές. Μετά την υλοποίησή της μοιράστηκε και μετατοπίστηκε η φροντίδα των ανθρώπων αυτών από τα κλειστά άσυλα στην κοινότητα (Πιερράκος,2015).

Κατά την διάρκεια της εφαρμογής του προγράμματος αυτού υπήρξαν αρκετές δυσκολίες ως προς την υλοποίηση του στην Ελλάδα. Μια βασική δυσκολία την οποία συνάντησε ήταν αρχικά το γεγονός ότι τα ψυχιατρεία αλλά και οι ψυχιατρικοί τομείς στα γενικά νοσοκομεία δεν είχαν την δυνατότητα, τις υποδομές και το νοσηλευτικό προσωπικό για να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών που έχρηζαν παραμονή στο νοσοκομείο. Εν μέσω όλων αυτών και ενώ άλλα προσδοκούσαν οι επαγγελματίες υγείας στις ψυχιατρικές δομές άρχισαν να γίνονται επιφυλακτικοί, καχύποπτοι και το κλίμα που επικρατούσε να ήταν πολύ δυσάρεστο μεταξύ των εργαζομένων στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και στους ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων» (Βαρουχάκης,2007).

Εξαιτίας της ανεπάρκειας των δημόσιων νοσοκομείων να καλύψουν τις ανάγκες σε κρεβάτια για τους ψυχιατρικά ασθενείς σταδιακά άρχισαν να εμφανίζονται στον ιδιωτικό τομέα ψυχιατρικές κλινικές. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να δημιουργηθεί ένα σοβαρό πρόβλημα καθώς φάνηκε η ανεπάρκεια του δημόσιου τομέα να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών και οδήγησε σε άγνωστο βαθμό αύξηση του αριθμού των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών. Οι επιπτώσεις όπως είναι φυσικό αφορούσαν τους ασθενείς οι οποίοι επιβαρύνονταν οικονομικά για να νοσηλευτούν σε μια ιδιωτική ψυχιατρική κλινική. Στις ιδιωτικές κλινικές η ισχύουσα νομοθεσία αρκετές φορές

παραβιάζονταν και το κράτος δεν είχε την δυνατότητα να τις ελέγξει και να τις εποπτεύσει (Βαρουχάκης,2007).

Η δράση και ο ρόλος των Μη Κερδοσκοπικών Εταιρειών (ΜΚΟ) αναμφισβήτητα υπήρξε πολύ σημαντικός και πρωτοποριακός και μερικές από αυτές κάλυψαν σε μεγάλο βαθμό την ανεπάρκεια του κράτους να ανταποκριθεί σε σημαντικά θέματα όπως με την οργάνωση των οικοτροφείων. Όμως, διαπιστώθηκαν και κάποια अपαράδεκτα φαινόμενα αδιαφανών διαδικασιών ως προς την επιλογή τους και την χρηματοδότησή τους. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών τους δεν μπορούσε να ελεγχθεί από το κράτος ούτε επίσης και το προσωπικό που δούλευε εκεί, ενώ υπήρξε παράδοση αύξηση του αριθμού τους (Βαρουχάκης,2007).

Επίσης πολύ σοβαρό θέμα ήταν οι θεσμικές εκκρεμότητες που συνεχίζουν να υφίστανται αν και έχουν περάσει πολλά χρόνια από την έναρξη της προσπάθειας για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Εκείνη την εποχή η χώρα μας βρισκόταν στην φάση της σταδιακής αλλαγής του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης και οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η παλαιότερη αντίληψη που υπήρχε ήταν πως τα άτομα που χρειάζονται ψυχιατρική φροντίδα και θεραπεία θα έπρεπε να απομονώνονται και να κλείνονται σε ψυχιατρεία και σε κλινικές (Βαρουχάκης,2007).

Οι λόγοι που οδήγησαν στην υλοποίηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη χώρα μας ήταν η διεθνής κατακραυγή για τις απάνθρωπες συνθήκες διαβίωσης των ασθενών στο ψυχιατρείο της Λέρου. Με το κλείσιμο του προγράμματος στην Ελλάδα εφαρμόστηκαν 128 μεταρρυθμιστικά προγράμματα (Γκούβα,2015).

Σημαντική συνεισφορά υπήρξε η χρηματική επιχορήγηση που έστειλε στην Ελλάδα το 1984 η Ευρωπαϊκή Κοινότητα (ΕΟΚ). Το πρόγραμμα ήταν για 5 χρόνια και περιλάμβανε:

- 1) Διαφορετική ψυχιατρική περίθαλψη
- 2) Αναδιαμόρφωση και εκσυγχρονισμό των ψυχιατρείων
- 3) Δημιουργία σύγχρονων κτιρίων διαμονής των ασθενών
- 4) Επαγγελματική εκπαίδευση του προσωπικού στα ψυχιατρεία .

(Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000–2009. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, 2011)

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΛΕΡΟΣ I Κανονισμός 815/1990

Επίσης με το τέλος του Κανονισμού 815 το 1990 εφαρμόστηκε το πρόγραμμα Λέρος I που αφορούσε την δημιουργία των εκτός Λέρου ξενώνες φιλοξενίας. Σκοπός του προγράμματος ήταν να γίνει η μεταφορά των ασθενών από το νησί της Λέρου κυρίως σε άλλες δομές φιλοξενίας που υπήρχαν στην Ελλάδα . Ο αριθμός των ασθενών στην αρχή ήταν περίπου 110 σε 11 μικρές δομές φιλοξενίας που υπήρχαν στην Ελλάδα με αφετηρία το τόπο καταγωγή τους . Αυτά τα προγράμματα κάλυπταν τους ξενώνες που βρισκόταν στην Αθήνα (Κυψέλη, Αιγάλεω), στην Αυλίδα, Λάρισα, Αλεξανδρούπολη, Ιωάννινα, Χαλκίδα και στη Θεσσαλονίκη. Όμως η εφαρμογή του προγράμματος δημιούργησε σημαντικά προβλήματα ως προς την επιλογή των ασθενών του Κ.Θ.Λ και στο επίπεδο αποδοχής τους από τον ντόπιο πληθυσμό.

(Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000–2009. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, 2011)

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΛΕΡΟΣ II 1992

Οι βασικοί άξονες του προγράμματος ΛΕΡΟΣ II υπήρξαν:

- 1) Η επέκταση των προγραμμάτων Αποκατάστασης σε ολόκληρο το ψυχιατρείο.
- 2) Οργάνωση των ενεργειών για μετασχηματισμό του ασύλου, οι οποίες έπρεπε να ολοκληρωθούν μέσα σε ένα αυστηρό προκαθορισμένο χρονοδιάγραμμα και μηνιαία θα στελνόταν ενημερωτικό δελτίο εξέλιξης του προγράμματος στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.
- 3) Παροχή θέρμανσης, την αντικατάσταση σωλήνων ύδρευσης και αποθήκευσης νερού
- 4) Ασφαλιστική κάλυψη όλων των τροφίμων
- 5) Παροχή καλοκαιρινών ρούχων
- 6) Προετοιμασία λειτουργίας δύο αναψυκτήριων
- 7) Μετάβαση των ασθενών σε άλλα Διαμερίσματα, τόσο στην Λέρο και σε άλλα νησιά της περιοχής της Δωδεκανήσου (Κάλυμνος, Ρόδος), όπου δημιουργήθηκαν κι εκεί ξενώνες - προστατευόμενα διαμερίσματα .

(Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000–2009. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, 2011)

Α΄ Φάση του Προγράμματος Ψυχαργός (2000-2001)

Μέρος της Α΄ φάσης του προγράμματος, εντάχθηκε το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα της καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας υπήρξε ένα ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα και χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και από το Ελληνικό Δημόσιο. Αυτό το μέρος της Α΄ φάσης του προγράμματος εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη την Ελλάδα και περιελάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών από όλα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία (Μαδιανός, 2009). Το χαρακτηριστικό αυτής της φάσης είναι πως για πρώτη φορά συμμετείχαν και γενικά νοσοκομεία με μια εταιρική μορφή σχέσης με τα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Τα αποτελέσματα της φάσης αυτής ήταν τα παρακάτω:

- Δημιουργία 49 ξενώνων και 6 οικοτροφείων αποασυλοποίησης.
- Δημιουργία 71 εργαστηρίων επαγγελματικής κατάρτισης ψυχικά ασθενών.
- Προκατάρτιση, κατάρτιση 973 ασθενών που διέμεναν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία.
- Μεταφορά για διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (ξενώνες, οικοτροφεία) 769 ασθενών.
- Πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων και στελεχών των νέων δομών.
- Κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Άλλες δράσεις της Α΄ φάσης του προγράμματος υλοποιήθηκαν με εθνικούς πόρους. Αυτές αφορούσαν την αποασυλοποίηση στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών «Δρομοκαΐτειο». Επίσης την λειτουργία μικρών μονάδων αποκατάστασης για ειδικές ομάδες πληθυσμού (ρομά, πρόσφυγες, μουσουλμάνους). Επίσης δημιουργήθηκαν δομές για την εγκατάσταση ψυχιατρικών τμημάτων σε 6 Γενικά Νοσοκομεία κατά την περίοδο 1997-2001.

(Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000–2009. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, 2011)

Β΄ Φάση του Προγράμματος Ψυχαργός (2002-2008)

Οι μονάδες ψυχικής υγείας που προβλέπεται να αναπτυχθούν ώστε να επιτευχθεί η κάλυψη των αναγκών όλης της χώρας είναι οι παρακάτω:

- Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά και Παιδοψυχιατρικά τμήματα σε γενικά νοσοκομεία.

- Κέντρα Ψυχικής Υγείας για ενήλικες και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους.
 - Προκατάρτιση, κατάρτιση και απασχόληση 973 ασθενών.
 - Μονάδες άμεσης παρέμβασης στην κρίση των χρηστών ναρκωτικών ουσιών σε γενικά νοσοκομεία.
 - Μονάδες Σωματικής Απεξάρτησης και Ψυχολογικής Υποστήριξης για αλκοολικούς
 - Ολοκληρωμένες Μονάδες για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου.
 - Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης (νησιά και απομακρυσμένες περιοχές).
 - Κέντρα Ημέρας για ενήλικες, εφήβους ή παιδιά.
 - Ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής διασυνδεδεμένοι με τα Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα.
 - Μονάδες Επαγγελματικές Επανεκπαίδευσης.
 - Ειδικές Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών προς την οικογένεια.
 - Ξενώνες – Οικοτροφεία για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου.
 - Ξενώνες – Οικοτροφεία και Προστατευόμενα Διαμερίσματα για την εγκατάσταση 3.500 περίπου ατόμων με μακρά διαβίωση στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.
 - Μονάδες για απεξάρτηση από ουσίες φυλακισμένων σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης.
 - Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης ισάριθμοι προς τους Τομείς Ψυχικής Υγείας .
- (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000–2009. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, 2011)

Γ΄ Φάση Προγράμματος Ψυχαργός (2011-2020)

Το Σχέδιο της Γ΄ Φάσης Ψυχαργός (2011-2020) αποτελεί συνισταμένη των ακόλουθων μέτρων:

1. Του ιδεολογικού υποστρώματος της κοινοτικής ψυχιατρικής.
2. Του προγενέστερου στρατηγικού σχεδιασμού της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.
3. Του προγενέστερου επιχειρησιακού σχεδιασμού του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
4. Των σημείων του Συμφώνου Sidma.

5. Των αξόνων δράσης του ΕΣΠΑ.

6. Των συστάσεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του Ευρωπαϊκού Συμφώνου Ψυχικής Υγείας.

7. Των αξιολογήσεων και της αποτίμησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργώς Β΄.

8. Της πολιτικής ψυχικής υγείας που εφαρμόζεται με εθνικούς και κοινοτικούς πόρους.

Λαμβάνοντας υπόψη τις ανωτέρω παραμέτρους, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργώς Γ διαρθρώνεται σε τρεις άξονες δράσης. Ο πρώτος αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών του τομέα της Ψυχικής Υγείας σε περιφερειακή βάση, και εξειδικεύονται σε επίπεδο νομού και τομέα. Ο δεύτερος άξονας αναφέρεται στο σχεδιασμό των δράσεων για προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού και της πρόληψης της κακής ψυχικής υγείας. Ο τρίτος αναφέρεται σε δράσεις που αφορούν την οργάνωση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης (τομεοποίηση, παρακολούθηση, αξιολόγηση) και τις δράσεις έρευνας και επιμόρφωσης του προσωπικού.

Στη φάση αυτή συντελέστηκαν τα παρακάτω:

1. Υπαγωγή του συστήματος Ψ.Υ. στα Γενικά Νοσοκομεία

2. Δημιουργία “Περιφερειακών Συστημάτων Ψυχικής Υγείας” στο πρότυπο των “Mental Health Trusts” της Μ. Βρετανίας, στο πλαίσιο του νέου διοικητικού συστήματος των περιφερειών, η οποία και φαίνεται να αποτελεί την πλέον προτιμώμενη επιλογή.

3. Ευέλικτα συστήματα με τοπικές παραλλαγές.

- Προτεραιότητα στη λειτουργία των ΤοΨΥ ως δίκτυο συντονισμένων υπηρεσιών.
- Προσδιορισμός προτύπων υπηρεσιών με προτεραιότητα τις κοινοτικές.
- Πλήρωση των κενών στα παιδιά–εφήβους, 3η ηλικία.
- Πρόβλεψη για τους νέους ασθενείς μακράς παραμονής.
- Έλεγχος των κενών στις στεγαστικές υπηρεσίες.
- Κάλυψη των προβλημάτων στη μισθοδοσία του προσωπικού.
- Πρόβλεψη μηχανισμών λογοδοσίας.
- Δημιουργία μηχανισμών και μοντέλων για την εκτίμηση των τοπικών αναγκών.
- Δημιουργία μηχανισμών και εργαλείων ελέγχου των νέων αλλαγών με συμμετοχή χρηστών και οικογενειών.
- Δημιουργία μηχανισμών και εργαλείων ελέγχου διασφάλισης ποιότητας.

- Προτεραιότητα στην κοινοτική και κοινωνική φροντίδα και στον συντονισμό και αξιολόγηση του συστήματος.
- Προτεραιότητα στην προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού.
- Προτεραιότητα στην εκπαίδευση του προσωπικού κύρια στα πρακτικά προβλήματα και σε οδηγίες και πρωτόκολλα με βάση την τεκμηριωμένη ψυχιατρική.
- Προώθηση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ) ή άλλων μοντέλων εργασιακής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών.
- Προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών.
- Ενίσχυση της έρευνας υπηρεσιών ψυχικής υγείας και της αξιολόγησης κυρίως μέσω των ακαδημαϊκών τμημάτων.

(Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000–2009. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, 2011)

Αξιολόγηση του προγράμματος Ψυχαργός

Κατά την υλοποίηση των προγραμμάτων Ψυχαργός προέκυψαν πολλά προβλήματα και δυσχέρειες. Οι οικονομικοί πόροι αλλά και η χρηματοδότηση για τα προγράμματα ήταν ελλιπής. Η εκπαίδευση του προσωπικού ήταν ανεπαρκής. Επίσης οι κατευθυντήριες οδηγίες που είχαν δοθεί τόσο από τις κυβερνήσεις αλλά και από Υπουργείο Υγείας δεν ήταν ξεκάθαρες και πολλές φορές το προσωπικό αλλά και οι επαγγελματίες αμφέβαλαν για την ορθή εφαρμογή του προγράμματος. Επίσης η έλλειψη κουλτούρας και η χαμηλή δυναμική του κινήματος υπέρ της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης δεν κατέστησαν δυνατά ώστε να ασκήσουν σημαντική πίεση στις Ελληνικές κυβερνήσεις (Παρασκευαΐδου & Κατσαλιάκη, 2015).

2.3. Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα πριν τη Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

Οι ασθενείς με ψύχωση δεν αποτελούν μία καινούργια πραγματικότητα για τον Ελλαδικό χώρο αλλά με το πέρασμα αιώνων, υπάρχουν πολλές μαρτυρίες για τον τρόπο αντιμετώπισής τους και τον στιγματισμό τους. Πίστευαν ότι η ψυχική ασθένεια σχετιζόταν με την επισκίαση από κάποια θεϊκή δύναμη (Arboleda et all, 2002).

Στα αρχαία ελληνικά και ρωμαϊκά συγγράμματα κυριαρχεί η άποψη ότι η ψυχική αρρώστια είναι αποτέλεσμα της δράσης των δαιμόνων. Για αυτό και ο ψυχικά

ασθενής θεωρούνταν άτομο με θεϊκές ιδιότητες Ο Πλάτωνας μέσα από το βιβλίο του την «Πολιτεία» αντιμετωπίζει αρνητικά τα άτομα που πάσχουν από ψυχωτικές ασθένειες και αναφέρει ότι πρέπει να βρίσκονται απομακρυσμένοι και αποκομμένοι από την κοινωνία και μακριά από τους άλλους πολίτες. Ο Αριστοτέλης με ορθολογιστικό τρόπο και με βάση κάποιες εμπειρικές μεθόδους παρατήρησε πως η μουσική και το κρασί μπορούσαν να ηρεμήσουν αυτά τα άτομα. Ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος γιατρός που ασχολήθηκε με την ψυχική νόσο και μίλησε για «ιερή νόσο» (επιληψία) και πίστευε ότι όλες οι ασθένειες έχουν φυσική προέλευση και απέρριψε την θεολογική ερμηνεία. Μάλιστα μετά από μελέτη κατέληξε πως ο εγκέφαλος είναι υπεύθυνος για αυτές τις διαταραχές τις οποίες προσδιόρισε ως υστερία, μανία, μελαγχολία, άνοια, παράνοια (Watson et all, 2002).

Στο ίδιο πλαίσιο κινήθηκαν με το πέρασμα των χρόνων και οι Δημόκριτος και Αριστοτέλης, προτείνοντας μάλιστα ως θεραπεία την τέχνη και μάλιστα το θέατρο (Στυλιανίδης και συν,2007). Κατά την περίοδο του Μεσαίωνα εξαιτίας της έντονης θρησκευτικότητας και ηθικολογίας, η ψυχική ασθένεια θεωρούνταν τιμωρία από τον θεό και ο ασθενής ή καταδικαζόταν σε θάνατο ή σε εγκλεισμό για να μην μολύνει την κοινότητα. Μέσα σε αυτό το θεοκρατικό κλίμα συντελείται η απόλυτη δαιμονοποίηση των ψυχικά ασθενών. Οι ασθενείς έχουν κυριευτεί από το διάβολο, κατηγορούνταν για μαγεία, καιγόταν στην πυρά της Ιεράς Εξέτασης ή κλείνονταν σε ιδρύματα για να μην μεταφέρουν την νόσο και σε άλλους (Watson et all, 2002)(Στυλιανίδης και συν, 2007).

Τα άσυλα δημιουργήθηκαν ως χώροι συνάθροισης των ασθενών τα οποία βοήθησαν στην διαιώνιση της άποψης ότι οι ασθενείς με ψυχικά νοσήματα ήταν δαίμονες.

Στην Ελλάδα η ψυχιατρική υιοθέτησε την ασυλιακή μορφή του 19ο όπως συνέβαινε σε όλη την Ευρώπη και στα περισσότερα άσυλα οι συνθήκες διαβίωσης των ασθενών ήταν απαράδεκτες. Σε αρκετά ιδρύματα μάλιστα οι ασθενείς ήταν δεμένοι και απομονωμένοι, όχι πως επικρατούσε ο θρησκευτικός φανατισμός αλλά τον θεωρούσαν ως τον καλύτερο τρόπο διαχείρισης και αντιμετώπισης των ασθενών (Στυλιανίδης και συν, 2007).

Το πρώτο Άσυλο Φρενοβλαβών ιδρύθηκε το 1938 στην Κέρκυρα επί αγγλικής αρμοστείας και αποτέλεσε το πρώτο δημόσιο ψυχιατρείο της Ελλάδας μετά την ένωση των Επτανήσων το 1864.

Μόλις στις αρχές του 20ού αιώνα απέκτησε η Ελλάδα το πρώτο ψυχιατρείο της στο Δαφνί. Ενώ το Δρομοκαΐτειο που ιδρύθηκε το 1887 δεν είχε δημόσιο χαρακτήρα. Το Αιγινήτειο το οποίο ιδρύθηκε το 1904 διέθετε ελάχιστες κλίνες και λειτουργούσε ως πανεπιστημιακή κλινική. Σημειωτέον ότι μόλις το 1893 είχε αρχίσει η διδασκαλία της ψυχιατρικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών από τον καθηγητή Μ. Κατσαρά. Μικρότερης εμβέλειας νοσοκομεία υπήρχαν στην επαρχία (Κεφαλονιά, Χίος), ενώ στην Αθήνα λειτουργούσαν ιδιωτικές κλινικές καλύπτοντας τις ανάγκες ευπορότερων Ελλήνων.

Ο 20ος αιώνας υπήρξε ως ο αιώνας που οδήγησε σε αλλαγές στην ψυχιατρική. Αλλά δε έγιναν αμέσως αποδεκτές από την Ελλάδα κι αυτό οδήγησε η ψυχιατρική περίθαλψη να περιλαμβάνει ακόμα άσυλα με παλιούς τρόπους αντιμετώπισης όπως στοιβαγμένοι να ζουν μέσα σε άθλιες συνθήκες ζωής και αποκομμένους από την κοινωνία. Αυτό συνέβαινε γιατί δεν υπήρχε καμία πρόληψη, δεν υπήρχαν προγράμματα επανένταξης των ασθενών και το προσωπικό που ασχολούνταν με ψυχικά ασθενείς ήταν πολλές φορές ανειδίκευτοι επαγγελματίες υγείας και τέλος επικρατούσε ελλιπής ψυχιατρική νομοθεσία (Δουλκερίδου,2013).

2.4. Το παράδειγμα του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου

Η Λέρος, όπως και όλα τα Δωδεκάνησα, από το 1523 έως το 1912 βρισκόταν υπό Τουρκική Κατοχή, ενώ από το 1912 έως το 1947 περιέρχεται στην κυριαρχία των Ιταλών. Η γεωπολιτική της θέση και κυρίως η παρουσία των φυσικών λιμανιών την καθιστούν ως στρατηγικό νησί της Μεσογείου. Για αυτόν τον λόγο, οι Ιταλοί μετατρέπουν τη Λέρο στη μεγαλύτερη ναυτική βάση της Μεσογείου εγκαθιστώντας στο νησί 30.000 έως 35.000 στρατό και δημιουργώντας στρατιωτικές υποδομές όπως: στρατόπεδα, στρατώνες, νοσοκομεία, καταφύγια, κ.α. Έπειτα με την ενσωμάτωση των Δωδεκανήσων στην Ελλάδα, όλη η υποδομή παραμένει ως κληρονομιά στο νησί. (Ήσυχος,1989)

Από το 1949 μέχρι το 1964 φιλοξενούνται εκεί 16.000 παιδιά με στόχο την εκπαίδευσή τους σε διάφορες τέχνες και κυρίως, τη διαπαιδαγώγησή τους στα κυρίαρχα ιδεώδη εκείνης της εποχής (αντικομμουνισμός-πατρίδα-θρησκεία-οικογένεια κλπ.) Μετά την αποχώρηση των Ιταλών, το νησί μαστιζόταν από την ανεργία και η μετανάστευση έπαιρνε τρομακτικές διαστάσεις και πολλοί ντόπιοι έφευγαν από το νησί για να βρουν δουλειά. Παράλληλα, στα μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία της ηπειρωτικής Ελλάδας (Αθήνα και Θεσσαλονίκη) ο αριθμός των εγκλειστων αυξάνεται.

Το 1958 ιδρύθηκε στο Λακκί και συγκεκριμένα στην περιοχή των Λέπιδων η Αποικία των Ψυχασθενών Λέρου τις 28 Μαΐου 1957. Έπειτα από βασιλικό διάταγμα ιδρύεται το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου, στις 2 Ιανουαρίου 1958, το οποίο υποδέχεται τους πρώτους 300 ασθενείς. Οι πρώτοι «άποικοι» της Λέρου προέρχονται από τη διάλυση και τη μεταφορά των εγκλείστων του Αγίου Γεωργίου Περάματος (που έκλεισε οριστικά) και του Αγίου Γερασίμου Κεφαλληνίας. Οι ασθενείς στοιβάζονται σαν ζώα και βιώνουν τις πιο άθλιες συνθήκες που μπορεί να φανταστεί ανθρώπινος νους. Κριτήριο επιλογής για τη μεταφορά ενός ασθενή στην Αποικία της Λέρου ήταν η διακοπή επικοινωνίας με την οικογένειά του για ένα ή δύο χρόνια και ο χαρακτηρισμός του ως «ανιάτου-αζήτητου» (Πλουμπίδης,1989).

Πρόκειται για ένα ψυχιατρείο που συγκέντρωσε στην πορεία του χρόνου όλες τις ακραίες κατασκευές της ιδρυματικής ψυχιατρικής, είτε με τη μορφή του κοινωνικά «αζήτητου» είτε με τον χαρακτηρισμό του ψυχιατρικά «αθεράπευτου». Το 1965 μετονομάστηκε σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου, ξεκίνησε με δύναμη 650 κλινών (το 1958) που βαθμιαία έφτασαν τις 2.750 (το 1981). Το 1965 είναι η χρονιά με τις περισσότερες διακομιδές, 900 στον αριθμό.

Οι ασθενείς διαβιούν στις πλέον ακραίες μορφές ιδρυματικής ζωής μέσα σε στρατώνες, σε τμήματα των 90-180 ατόμων. Στο 11ο περίπτερο ζούσαν 1.100 ασθενείς ο ένας δίπλα στον άλλον, χωρίς προσωπικό χώρο και χρόνο, μέρος μιας μάζας ή μιας αγέλης, χωρίς ατομική ταυτότητα, χωρίς εναλλαγές παραστάσεων, με ένα μονότονο και άχαρο καθημερινό ρυθμό, χωρίς κανένα δικαίωμα. Για πολλά χρόνια υπήρχαν μόνο ένας ή δύο ψυχίατροι, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό είχε αποκλειστικά ρόλο φύλαξης που στην πλειοψηφία ήταν ντόπιοι ψαράδες και αγρότες χωρίς καμία εκπαίδευση ή ειδικευση για την φροντίδα των ασθενών. Έτσι για πολλά χρόνια δεν υπήρξε καμία υποστηρικτική ενέργεια για την πλειοψηφία των νοσηλευόμενων, ούτε φυσικά κάποιο πρόγραμμα υποστήριξης και εκπαίδευσης του προσωπικού (Πλουμπίδης,1989).

Οι δύσκολες συνθήκες που επικρατούσαν είχαν επιπτώσεις και στο προσωπικό αφού ένα μεγάλο ποσοστό των εργαζομένων κατέφευγε στην χρήση ψυχοφάρμακων. Ήταν άνθρωποι χωρίς καμία εμπειρία, οι οποίοι ασχολούνταν με αγροτικές και αλιευτικές εργασίες, κλήθηκαν να φροντίζουν αυτούς τους ανθρώπους χωρίς ποτέ κανείς να τους πει, να τους εξηγήσει τι είναι η ψυχική νόσος ή τι είναι ο ψυχικά πάσχοντας και χωρίς καμία υποστηρικτική βοήθεια από την πολιτεία και το

κράτος. Μπορεί κανείς να φανταστεί τους φόβους και τις συμπεριφορές αυτών των ανθρώπων. Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω ήταν όλοι μαζί -ασθενείς και προσωπικό- να βουλιάζουν καθημερινά στο χωνευτήρι του ασύλου με αποτέλεσμα να εντείνεται ο ιδρυματισμός για εργαζόμενους και εγκλείστους. Αποτέλεσμα υπήρξε να σταματήσουν οι μεταγωγές στα τέλη του 1981 και να ενεργοποιηθεί ένα ευρύτερο δημόσιο ενδιαφέρον για την κατάσταση στη Λέρο (Πλουμπίδης,1989).

Την εποχή εκείνη υπήρξαν καταγγελίες για την ιδρυματική ψυχιατρική στην Ελλάδα οι οποίες ξεπέρασαν τα σύνορα και συνέβαλλαν καθοριστικά στην ενεργοποίηση του ευρωπαϊκού ενδιαφέροντος και στη διασφάλιση οικονομικών πόρων από την Ευρωπαϊκή τότε Κοινότητα. Το 1984 ξεκίνησαν τα χρηματοδοτούμενα προγράμματα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (Κανονισμός 815/84).

Το 1989 ήταν ένα σημαδιακό έτος για μία νέα φάση -με πολλαπλές βέβαια αναγνώσεις- για την Λέρο. Το ίδιο έτος ξεκινά μια πρωτοβουλία μεταρρύθμισης στο πιο δύσκολο και κακόφημο περίπτερο, το 16ο (των γυμνών -εξορία μέσα στο ίδρυμα). Αρχικά ξεκίνησε από τον ψυχίατρο Γιάννη Λουκά και την συνεργασία της ομάδας προσωπικού της Λέρου και της Μονάδας Επανάταξης του Ψ.Ν.Θ. με επιστημονικό υπεύθυνο τον Κ. Μπαϊρακτάρη. Στις παρεμβάσεις που αναπτύσσονται εντάσσονται και ομάδες εθελοντών φοιτητών του Τομέα Ψυχολογίας του Τμήματος Φ.Π.Ψ., αλλά και άλλων Τμημάτων του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Η παρέμβαση αυτή καθόρισε τις μετέπειτα αλλαγές στο Κ.Θ.Λ.

Το 1990 υπήρξε ο πλήρης διασυρμός της χώρας διεθνώς και υπό την απειλή να διακοπή η χρηματοδότηση για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, η Ελληνική Κυβέρνηση εξαναγκάστηκε σε νέες «δεσμεύσεις» και χρονοδιαγράμματα με αποτέλεσμα να ακολουθήσουν νέα πακέτα προγραμμάτων, όπως το Λέρος 1, Λέρος 2 και αργότερα ακολούθησε το πρόγραμμα Ψυχαργός. Η Λέρος δεν αποτέλεσε την εξαίρεση στην ελληνική ιδρυματική πραγματικότητα. Πολλές φορές μάλιστα χρησιμοποιήθηκε αποπροσανατολιστικά σε σχέση με τη συνολική πραγματικότητα, τον κοινωνικό αποκλεισμό και την ιδρυματική βαρβαρότητα στην Ελλάδα. «Σαν να ήταν το μοναδικό φαινόμενο της χώρας» (Μπαϊρακτάρης,2001).

Στις αρχές του 2000, οι συνθήκες έχουν βελτιωθεί σημαντικά για τους περισσότερους ασθενείς, οι οποίοι αντιμετωπίζονται όχι μόνο επιστημονικά όπως πρέπει αλλά και σε ανθρώπινο επίπεδο, είτε διαμένοντας σε δομές εκτός του ψυχιατρείου, είτε απασχολούμενοι με καλλιτεχνικές και άλλες δραστηριότητες, είτε συμμετέχοντας σε

θεατρικές ομάδες, πανηγύρια με τη συμμετοχή κατοίκων της Λέρου. Με άλλα λόγια έχουν ενσωματωθεί πλήρως στην κοινωνία του νησιού και αντιμετωπίζονται με σεβασμό αλλά και με αγάπη. Καθώς περνούν τα χρόνια ο αριθμός των ασθενών μειώνεται σημαντικά εξαιτίας της γήρανσης των ασθενών και του γεγονότος ότι δεν γίνονται νέες εισαγωγές για μόνιμη διαμονή εντός του χώρου του Ψυχιατρείου της Λέρου. Το 2015 καταγράφονται 260 ασθενείς αλλά εν έτη 2022 ο αριθμός τους έχει υποχωρήσει στους 200 (αρχείο ΚΘΛ,2022).

Σήμερα, εν έτη 2022 το Γενικό Νοσοκομείο της Λέρου και το Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου έχουν ενωθεί και αποτελούνται πλέον από κοινές δομές που υπάρχουν σε τρεις τοποθεσίες στο νησί της Λέρου. Στο Λακκί βρίσκεται το κτίριο του Νοσοκομείου Γενικών Παθήσεων το οποίο διαθέτει 80 κλίνες εκ των οποίων οι 10 ανήκουν στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (Αρχείο Κοινωνικής Υπηρεσίας ΚΘΛ,2022). Επίσης στο Λακκί βρίσκεται το κτίριο ΤΑΜΕΑ(Τμήμα Ατόμων Με Ειδικές Ανάγκες) όπου διαμένουν 54 ασθενείς καθώς και οι Δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης όπου στεγάζονται δύο τμήματα με σύνολο 34 ασθενείς. Στην περιοχή Λέπιδα υπάρχουν 14 δομές όπου στεγάζονται 97 ασθενείς, καθώς επίσης λειτουργεί και το Τμήμα των Οξέων Περιστατικών με 15 κλίνες όπου δέχεται τους εξυπηρετούμενους με εισαγγελική παραγγελία. Επίσης διαθέτει μία κινητή ψυχιατρική μονάδα για τα Δωδεκάνησα και το πρώτο ΚοιΣΠΕ που ιδρύθηκε στη χώρα. Καθώς επίσης λειτουργούν 10 εξωνοσοκομειακές δομές των 5 ασθενών (Ieros-hospital.gr,2018).

2.5. Η Νομοθεσία περί Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης

Ως ψυχιατρική μεταρρύθμιση θεωρείται η αλλαγή στη φιλοσοφία και την πρακτική της αντιμετώπισης του ψυχιατρικού ασθενούς, με τη μετάβαση από το παραδοσιακό ψυχιατρικό ίδρυμα στις εναλλακτικές δομές ψυχιατρικής φροντίδας και αποκατάστασης και συνδέεται στενά με την αποϊδρυματοποίηση και την ανάπτυξη της Κοινοτικής Ψυχιατρικής (Williams & Williams-Morris, 2000)

Στις 26 Μαρτίου το 1984 το Συμβούλιο Υπουργών της ΕΟΚ αποφάσισε την οικονομική ενίσχυση της Ελλάδας μέσα στα πλαίσια του κανονισμού 815/84 χρηματοδοτώντας τη χώρα μας αρχικά με 120 εκατομμύρια για να εφαρμόσει το πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης για 5 χρόνια. Ο Κανονισμός 815/84 ήταν μία πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (Μαδιανός,2008).

Ακολούθησε ο Ν.2071/92 και αργότερα ο Ν.2716/99, ο οποίος αναφέρεται αποκλειστικά στην ψυχική υγεία και συγκεκριμένα στη βελτίωση και στον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με αυτόν συστήνεται Ειδική Επιτροπή στο Υπουργείο Υγείας για την προστασία και τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, διαιρούνται οι Υγειονομικές Περιφέρειες σε τομείς Ψυχικής Υγείας(ΤοΨ.Υ) με κριτήρια γεωγραφικά και πληθυσμιακά στους οποίους εντάσσονται οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας(Μ.Ψ.Υ), έγινε η σύνθεση των τομεακών επιτροπών ψυχικής υγείας. Επίσης καθορίζονται οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας, δηλαδή οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, τα προστατευόμενα διαμερίσματα, οι φιλοξενούμενες οικογένειες, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας κατ'οίκον και οι κινητές μονάδες, και δόθηκε η δυνατότητα να ιδρυθούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας από φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα. Τέλος καθιερώθηκαν οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης γνωστά ως ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. που αποβλέπουν στην κοινωνικό-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα συμβάλλοντας στη θεραπεία του και στην κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια.

Με τις διατάξεις του Ν. 4272/2014 τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας αποτελούν τον πυρήνα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας εντασσόμενα στον προϋπολογισμό των νοσοκομείων. Ενώ με το Ν.4052/2012 οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας των ψυχιατρικών νοσοκομείων έχουν ενταχθεί ως ψυχιατρικοί τομείς στα Γενικά Νοσοκομεία υποδοχής.

Με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, όπως αυτή υλοποιήθηκε μέσω των νομοθετικών πλαισίων, επιτεύχθηκαν οι στόχοι που ήταν η κατάργηση των γιγαντιαίων και αποκρουστικών ψυχιατρειών/άσυλα, και ταυτόχρονα η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και θεραπείας των ασθενών στα Ψυχιατρεία όσον αφορά την υλικοτεχνική υποδομή και τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Οδήγησε στον μετασχηματισμό των Ψυχιατρειών από ιδρυματικές μονάδες σε τριτοβάθμιες μονάδες παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών μέσω της εφαρμογής προγραμμάτων αποιδρυματοποίησης.

Η γενική τάση των χωρών ήταν η προοδευτική μετάβαση από το ιδρυματικό μοντέλο φροντίδας στο κοινοτικά - βασισμένο σύστημα φροντίδας και η αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών. Η ιατρική φροντίδα παρέχεται στην κοινότητα από κινητές μονάδες, αλλά και σε ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων (Βαρβατζίκη,2005).

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα παρέχεται σε ένα δίκτυο υπηρεσιών που είναι εύκολα προσβάσιμο και το οποίο λαμβάνει υπόψη τα σύνθετα προβλήματα που δημιουργεί η

ψυχική ασθένεια και οι διαφορετικές ανάγκες των χρηστών. Η πορεία της αποασυλοποίησης είχε διαφορετικό ρυθμό και έκταση στις δυτικοευρωπαϊκές χώρες. Η κατάσταση της φροντίδας ψυχικής υγείας σήμερα είναι ανομοιογενής ανάμεσα στις χώρες και εξαρτάται από κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες (Γκρούτσης,2010).

2.6. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση Διεθνώς

Την δεκαετία του '50 ορισμένες χώρες σε παγκόσμιο επίπεδο υιοθέτησαν και πήραν την απόφαση να στηρίξουν νέες πολιτικές που θα αφορούν την φροντίδα των ψυχικά ασθενών. Παράλληλα πολλές κυβερνήσεις με την δική τους σειρά χρηματοδότησαν τα νέα μοντέλα που σταδιακά άρχισαν να κάνουν την εμφάνισή τους και προχώρησαν στην ψήφιση νέων νόμων που αφορούν την φροντίδα των ασθενών με ψύχωση. Ακόμη, υπήρξε μαζικό ενδιαφέρον τόσο από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης αλλά και από την κοινωνία για τους ψυχωτικούς ασθενείς (Παλιόκα και συν,2019).

Επίσης, η ανάπτυξη του κινήματος των ανθρωπίνων δικαιωμάτων υπό την αιγίδα του νεοϊδρυθέντος Ο.Η.Ε. και οι συζητήσεις για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών οδήγησε σε έντονη κριτική κατά του ψυχιατρικού ασύλου, αναγνωρίζοντας την ανεπάρκεια των θεραπειών που ακολουθούνται σε αυτά. Την ίδια εποχή ο Π.Ο.Υ. ενσωματώνει την ψυχική υγεία στον ορισμό της υγείας. Η διεθνής επιστημονική συζήτηση επικεντρώθηκε στην αλλαγή του μοντέλου περίθαλψης ψυχικής υγείας από το ψυχιατρικό άσυλο σε μια πιο ανοικτή και ευέλικτη φροντίδα σε επίπεδο κοινότητας (Αντωνίου-Λιόλη,2013).

Σημαντική αλλαγή έγινε στην εφαρμογή της Κοινωνικής αλλά και Κοινοτικής Ψυχιατρικής κατά την δεκαετία του '60 και του '70 κυρίως σε χώρες τις Δυτικής Ευρώπης. Οι χώρες αυτές εφάρμοσαν ένα διαφορετικό ιδεολογικό μοντέλο που είχε σχέση με την φροντίδα των ασθενών μακριά από τους χώρους των ψυχιατρείων. Στα επόμενα χρόνια ακολούθησαν και άλλες χώρες (Ηνωμένο Βασίλειο , Αμερική) να εφαρμόζουν διάφορες διαδικασίες ώστε να αναδιοργανώσουν τα δομικά και θεσμικά στοιχεία τα οποία ασκούσαν σημαντικό ρόλο στον τρόπο που λειτουργούσαν τα ψυχιατρικά συστήματα εκείνης της εποχής.

Σε αρκετές χώρες η οργάνωση της ολοκληρωμένης ψυχιατρικής φροντίδας λάμβανε χώρα δια μέσου της δημιουργίας καθορισμένων γεωγραφικών περιοχών που τις ονόμαζαν τομείς. Οι τομείς φαίνεται πως είχαν πολλά κοινά με τις υγειονομικές περιφέρειες που χρησιμοποιούνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Το μέγεθος που περιλάμβανε ο κάθε τομέας ευθύνεται για τις αποστάσεις που απαιτούνται από τους ασθενείς να διανύσουν ώστε να μην απομακρυνθούν από το κοινωνικό τους περιβάλλον για να λάβουν περίθαλψη.

Στην Αμερική και στην Αγγλία οι προσπάθειες για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και την αποσυλοποίηση συνεχίστηκε και τα επόμενα χρόνια. Συγκεκριμένα στην Αγγλία οι συνθήκες διαβίωσης σε άσυλα ήταν απάνθρωπες όπως επίσης και οι πρακτικές που εφαρμοζόταν σε αυτά.

Η Ιταλία οδηγήθηκε σε παρακμή κατά την δεκαετία του '80 εξαιτίας λανθασμένης εφαρμογής πολιτικής πάνω στον τομέα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και χαμηλής χρηματοδότησης στον τομέα της ψυχικής υγείας. Σε σχέση με τις χώρες της δυτικής Ευρώπης, παρουσίασαν καθυστέρηση στην εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης η Ελλάδα, Ισπανία, Ιταλία και άλλες Βαλκανικές χώρες. Η καθυστέρηση που παρουσίασε η Ελλάδα οφείλεται στο γεγονός ότι ήταν αγροτική κοινωνία και οι περισσότερες οικογένειες κρατούσαν τους ψυχικά ασθενείς μέσα στο σπίτι και μακριά από τον υπόλοιπο κόσμο. Την δεκαετία του '80 το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελούνταν από εννέα ψυχιατρεία αλλά είχαν πολλές ελλείψεις τόσο σε εξοπλισμό αλλά και το προσωπικό ήταν ανειδίκευτο.

Παρ'όλα αυτά σε πολλές αναπτυγμένες χώρες ο αποϊδρυματισμός δεν συνοδεύτηκε δυστυχώς από την ανάπτυξη των κατάλληλων κοινοτικών υπηρεσιών, δεν συνοδεύτηκε από την από την κατάλληλη χρηματοδότηση και έμψυχο υλικό προκειμένου να δημιουργηθούν οι εναλλακτικές κοινοτικές υπηρεσίες (Λιακουνάκου,2010).

Επίσης, υπήρξαν λανθασμένες κυβερνητικές πολιτικές πολλών χωρών εξαιτίας χαμηλού προϋπολογισμού για την ψυχική υγεία. Σύμφωνα με αναφορά του Sharfstein το 1996 στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής έρευνες έδειχναν ότι οι υπηρεσίες ήταν αποδιοργανωμένες λόγω χαμηλού προϋπολογισμού και επικρατούσε η σύγχυση για το ποιο εμπλέκονται και ποιοι

έχουν την ευθύνη για την χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο κοινοτικό επίπεδο (Λιακουνάκου,2010).

Πολλές χώρες στην Ευρώπη και τον υπόλοιπο κόσμο ακολούθησαν την μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας προς ένα ενιαίο κοινοτικό μοντέλο ψυχικής υγείας. Παρόλα αυτά η έκταση και ο τύπος της μεταρρύθμισης διαφέρουν πολύ από χώρα σε χώρα. Το κοινό σημείο σε αυτές τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), είναι η αύξηση του ενδιαφέροντος της πολιτείας για την ψυχική υγεία υιοθετώντας τη διαδικασία της αποασυλοποίησης και την αποκέντρωση των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας. Παρά ταύτα, καμία χώρα δεν κατάφερε να υπερπηδήσει όλα τα εμπόδια (Παλιόκα και συν, 2019).

Αναφορικά με τα εμπόδια της μεταρρύθμισης των συστημάτων υγείας παρόλο που διαφέρουν από χώρα σε χώρα, υπάρχουν κάποιες κοινές αντιστοιχίες σε σχέση με το σχεδιασμό, την οργάνωση και την παράδοση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Τα προβλήματα που αντιμετώπισαν οι περισσότερες χώρες που προέβησαν σε μεταρρύθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αναφέρονται αρχικά στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα, οι οποίες είναι ελλιπείς, μη ποιοτικές και τέλος με μη επαρκείς υλικοτεχνικό προσωπικό αλλά και ανθρώπινο δυναμικό. Η πρόσβαση του πληθυσμού δεν ήταν εύκολη, καθώς οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας ήταν άνισα κατανεμημένες και δεν υπάρχει κατάλληλη ενημέρωση του κοινού σχετικά με τις υπηρεσίες και τις δομές που παρείχαν φροντίδα στους ψυχικά πάσχοντες.

Οι στρατηγικές για την κατάργηση των ασύλων και των ψυχιατρικών ιδρυμάτων δεν ήταν αποτελεσματικές και έτσι δεν υπάρχει πλήρης κατάργηση όλων των ψυχιατρικών ιδρυμάτων, με αποτέλεσμα να μην πραγματοποιηθεί μια επιτυχημένη προσπάθεια αποασυλοποίησης. Επίσης δεν υπήρχε συντονισμός και οι οικονομικοί πόροι ήταν λίγοι ως και ανύπαρκτοι σε ορισμένες περιπτώσεις. Επίσης σημαντικό ρόλο έπαιξαν η αρνητική στάση των φορέων υγείας και της κοινότητας αναφορικά με την αποασυλοποίηση και κοινωνικοοικονομική επανένταξη των ασθενών (Λιακουνάκου,2010).

Κεφάλαιο 3. Αποτίμηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης

3.1. Θετικά της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης

Κάνοντας ένα σύντομο απολογισμό της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης και τα επιτεύγματα τα οποία αυτή πέτυχε, θα διακρίνουμε πως δημιουργήθηκε ένα μεγάλο δίκτυο με νέες υπηρεσίες. Πολλά από τα Ψυχιατρεία της χώρας μας βελτίωσαν σημαντικά τις κτηριακές τους εγκαταστάσεις, προσαρμόστηκαν στις νέες ανάγκες και μείωσαν σημαντικά τις κλινικές κατά 65%. Επίσης δημιουργήθηκαν ψυχιατρικοί τομείς σε γενικές δομές αποασυλοποίησης (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα, εργαστήρια απασχόλησης ψυχασθενών και τα ΚΟΙΣΠΕ).

Ένα πολύ σημαντικό επίτευγμα είναι το γεγονός ότι δημιουργήθηκαν κέντρα ψυχικής υγείας, ψυχιατρεία, εξωτερικά ιατρεία σε Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ημέρας και ψυχιατρικές κινητές μονάδες. Σημαντικό έργο της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αποτέλεσε και η ανάπτυξη ενός δικτύου ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με την προοπτική εκπαίδευσης και εργασιακής επανένταξης των ασθενών (Μαδιανός,2008).

Έγιναν πολλές εξειδικεύσεις σε δομές ψυχικής υγείας που αφορούσαν ασθενείς με αυτισμό, χρήστες ναρκωτικών ουσιών, αλκοολικούς ασθενείς και ασθενείς με την νόσο Alzheimer. Τέλος, σημαντικό γεγονός αποτελεί η αλλαγή στα προγράμματα για την εκπαίδευση των Ελλήνων επαγγελματιών ψυχικής υγείας που έρχονται σε επαφή με ψυχωτικούς ασθενείς από ξένους εμπειρογνώμονες (τα προγράμματα Horizon και Helios) και η πρόοδος που σημειώθηκε σχετικά με τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών (Σιδηροπούλου,Δημακάκου,2008).

Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση υλοποιήθηκε μέσω από δράσεις όπως την αποασυλοποίηση και κοινωνικοοικονομική επανένταξη των ψυχικά ασθενών, ανάπτυξη-συμπλήρωση και επέκταση δομών στην κοινότητα. Περιλάμβανε ενέργειες πρόληψης και ενίσχυσης της κοινωνικής αλληλεγγύης και κοινωνικής επανένταξης και κατάρτιση του προσωπικού για την στήριξη της αποασυλοποίησης, της κοινωνικοοικονομικής επανένταξης και της συνεχούς υποστήριξης των ψυχικά ασθενών.

Αυτές οι δράσεις ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης έδωσαν την δυνατότητα στα άτομα με ψυχικές ασθένειες να μπορέσουν να αναπτύξουν τις απαιτούμενες κοινωνικές, διανοητικές και συναισθηματικές δεξιότητες ώστε να ζήσουν στην κοινότητα. Παράλληλα, η επαγγελματική τους εκπαίδευση συνέβαλε στην απόκτηση και διατήρηση εργασίας με θετικά

αποτελέσματα στην αυτοπεποίθηση, στην ποιότητα της ζωής τους και στην αυτονομία τους (Μαδιανός,2006).

Πλέον είναι άτομα που έχουν ενταχθεί δυναμικά και ενεργητικά στην διαδικασία για την ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση και επανένταξή τους, μπορούν να εκφράσουν ελεύθερα τις επιθυμίες και τις επιλογές τους για τη δημιουργία του δικού τους περιβάλλον και τρόπο ζωής. Με άλλα λόγια μπορούν οι ίδιοι να επιλέξουν το όνομα του οικοτροφείου, το γεύμα της αρεσκείας τους ή ακόμα να έχουν την απαίτηση του δικαιώματος της ιδιωτικής ζωής και να μην γίνονται αντικείμενο παρατήρησης από άλλους όταν δεν το επιθυμούν (Κατσαδώρας,2017).

Επίσης, οι εργαζόμενοι παρόλο τις πολλές δυσκολίες και τα προβλήματα που αντιμετώπιζαν τους δόθηκε η ευκαιρία να μετουσιώσουν την κούραση αλλά και το άγχος που είχαν για τη δουλειά τους σε μία θετική σκέψη και θετική φιλοσοφία, έχοντας όραμα και νιώθοντας υπερήφανοι για τα αποτελέσματα (Κατσαδώρας,2017).

Επιπλέον, η νέα αυτή αντίληψη επέφερε αλλαγές τόσο στη στάση και τις προσεγγίσεις των επαγγελματιών της Ψυχικής Υγείας, όσο και στη δομή και τους τύπους των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασθενείς και τους πολίτες γενικότερα. Καταδείχτηκε η αναγκαιότητα της ανάπτυξης δικτύου υπηρεσιών σε τομεακό επίπεδο. Έτσι, η περιφέρεια έχει διαιρεθεί σε Τομείς Ψυχικής Υγείας, όπου κάθε νομός αποτελεί ένα Τομέα. Εξαιρέση αποτελούν οι νομοί Αττικής και Θεσσαλονίκης, οι οποίοι διαιρούνται σε περισσότερους του ενός Τομείς και σε Τομείς εξειδικευμένους για παιδιά και εφήβων. Η βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και η κατάρτιση του προσωπικού στις νέες προσεγγίσεις και στα θεραπευτικά προγράμματα, αποτέλεσε βασικό και θεμελιώδη στόχο της μεταρρύθμισης. Τέλος, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση αντικατέστησε τα παραδοσιακά ψυχιατρικά νοσοκομεία σε αρκετές περιοχές με κλινικές των οξέων ψυχιατρικών περιστατικών που εντός των γενικών νοσοκομείων (Δεπάστας,2018, Χαράλαμπος & συν,2022).

3.2.Τα Αρνητικά της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης

Η εφαρμογή της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα αντιμετώπισε πολλά εμπόδια. Μια βασική δυσκολία αποτέλεσε το γεγονός ότι το προσωπικό που υπήρχε και ασχολούταν σε δομές που φιλοξενούσαν ασθενείς με ψύχωση ήταν ανειδίκευτοι και δεν είχαν καμία επαρκή εκπαίδευση σχετικά με τους ασθενείς και τους τρόπους αντιμετώπισης τους. Παραδείγματος χάρι υπήρχαν πολλές στιγμές όπου

οι εργαζόμενοι αναγκαζόντουσαν να εφαρμόσουν ακραίες μορφές αντιμετώπισης ψυχικών ασθενειών γιατί εκείνα τα χρόνια δεν είχαν ανακαλυφθεί πολλά από τα ψυχιατρικά φάρμακα που στα σημερινά χρόνια θεωρούνται αποτελεσματικά για τους ασθενείς (Βαρουχάκης,2007).

Ένα ακόμα λάθος ήταν το γεγονός ότι το Ελληνικό Κράτος και η πολιτεία δεν είχαν λάβει κανέναν μέτρο πρόληψης για τους εργαζομένους στον τομέα της ψυχικής υγείας. Μάλιστα, ήταν συχνό το φαινόμενο αρκετοί εργαζόμενοι για να αντιμετωπίσουν την κατάσταση που επικρατούσε και την αφόρητη και συνεχής πίεση και την κούραση, κατέφευγαν σε φαρμακευτικές αγωγές και σε ψυχιατρικά φάρμακα. Βασικό πρόβλημα στην εφαρμογή της μεταρρύθμισης αποτελεί το γεγονός ότι πολλές φορές το προσωπικό στον κλάδο της ψυχικής υγείας ήταν ανεπαρκές ως προς τον πληθυσμό που απευθύνονταν, για παράδειγμα ένας ψυχίατρος αναλάμβανε ως και 100 ασθενείς. Αυτή η ανεπάρκεια είχε ως αποτέλεσμα να μην καλύπτονται οι ανάγκες των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους (Βαρουχάκης,2007).

Ένα επιπλέον αρνητικό είναι ότι παρά τις μεγάλες χρηματοδοτήσεις που είχε λάβει η Ελλάδα για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση από την Ε.Ο.Κ υπήρχαν σημαντικές καθυστερήσεις στην πληρωμή των εργαζομένων σε όλα τα Δημόσια Ψυχιατρεία και σε μονάδες Ψυχικής Υγείας και πολλοί επαγγελματίες είχαν εκφράσει τον προβληματισμό αλλά και τον εκνευρισμό τους για την κατάσταση που επικρατούσε σε όλη την χώρα. Επίσης πολλά ψυχιατρεία αλλά και πολλά κέντρα ψυχικής υγείας αντιμετώπιζαν προβλήματα που αφορούσαν τις υποδομές και τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού για να μπορέσουν να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών (Στυλιανίδης και συν 2011).

Σημαντικό πρόβλημα ήταν η ανεπάρκεια των δημόσιων νοσοκομείων να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών σε κρεβάτια για τους ψυχιατρικά νοσούντες που σταδιακά άρχισαν να αυξάνονται με πολύ γρήγορους ρυθμούς. Αυτό δημιούργησε ένα μείζον πρόβλημα καθώς φάνηκε η ανεπάρκεια του αντιμετώπιζε ο δημόσιος τομέας προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες που αντιμετώπιζαν οι ασθενείς. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα οι περισσότεροι από τους ασθενείς να προτιμάνε όλο και πιο πολύ τον ιδιωτικό τομέα για να καλύψει τις ανάγκες τους παρά τους δημόσιους φορείς ψυχικής υγείας (Βαρουχάκης,2007).

Οι επιπτώσεις που είχε δημιουργήσει η ιδιωτικοποίηση της ψυχικής υγείας όπως είναι φυσικό αφορούσαν τους ασθενείς οι οποίοι επιβαρύνονταν οικονομικά

καθώς η παραμονή τους στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές ήταν αρκετά δαπανηρή και η υπάρχουσα νομοθεσία παραβιάζονταν συνεχώς ενώ το κράτος δεν είχε την δυνατότητα να επέμβει ώστε να μπορέσει να ελέγξει τις καταστάσεις που επικρατούσαν. Με άλλα λόγια η εξουσία του ελληνικού κράτους δεν υπήρχε (Βαρουχάκης,2007).

Σε κάποιες περιπτώσεις η ανεπάρκεια του ελληνικού κράτους σε σημαντικά θέματα έδωσε την ευκαιρία σε πολλές ΜΚΟ να επέμβουν και να προσφέρουν υπηρεσίες σε θέματα ψυχικής υγείας και σε πολλές περιπτώσεις κάλυψαν σε μεγάλο βαθμό την ανικανότητα του κράτους να ανταποκριθεί στις ανάγκες στέγασης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που διαμένουν στην κοινότητα με την δημιουργία οικοτροφείων, ξενώνων και τα προστατευόμενων διαμερισμάτων. Οι μισές περίπου από αυτές τις υπηρεσίες παρέχονται από τους μη κυβερνητικούς οργανισμούς. Όμως βέβαια επισημάνθηκαν και κάποια απαράδεκτα φαινόμενα, όπως η αδιαφανής διαδικασία επιλογής τους, η μεγάλη χρηματοδότησή τους σε σύγκριση με την πάρα πολύ μικρή των αντίστοιχων δημόσιων μονάδων ψυχικής υγείας. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών τους δεν μπορούσε να ελεγχθεί, ούτε επίσης και το προσωπικό που δούλευε εκεί, ενώ υπήρξε παράδοξη αύξηση του αριθμού τους. (Βαρουχάκης , 2007,Γαλανάκη & συν,2019).

Το ελλιπές νομικό πλαίσιο αλλά και οι θεσμικές εκκρεμότητες αποτέλεσαν ένα πολύ σοβαρό θέμα που αντιμετώπισε το Ελληνικό κράτος οσον αφορά τη δραστηριότητα των ΜΚΟ στον τομέα της ψυχικής υγείας. Επίσης οι περισσότερες δημόσιες δομές ψυχικής υγείας λειτούργησαν χωρίς να πληρούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις που όριζε ο νόμος για εκείνη την εποχή. Οι ψυχικά πάσχοντες εισάγονται «εκουσίως» ή ακουσίως και στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές χωρίς να είχαν ακόμη εκδοθεί η προβλεπόμενη από το νόμο σχετική υπουργική απόφαση που θα τους έδινε το δικαίωμα σε αυτές να δεχτούν την εισαγωγή του ατόμου. Οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί περιορισμένης ευθύνης(ΚοιΣΠΕ) αντιμετώπισαν πολλά προβλήματα και βρισκόταν σε κίνδυνο διάλυσης εξαιτίας του οικονομικού πλαισίου, ελλιπής χρηματοδότησης και αόριστο νομικό πλαίσιο (Γκούτσης,2010).

Οι νέες δομές εκτός του νοσοκομείου λειτουργούν χωρίς να υπάρχουν κανονισμοί που να αφορούν την λειτουργία τους και χωρίς καμία επιστημονική και διοικητική διασύνδεση μεταξύ τους, αλλά σύμφωνα με τις κρίσεις και τις αντιλήψεις που είχαν οι επιστήμονες και οι υπεύθυνοι. Για τον Σακέλλη (2008) τα προβλήματα

που είχαν διαπιστωθεί σε οργανωτικό, χρηματοδοτικό και διαχειριστικό επίπεδο και η καθυστέρηση υλοποίησης των στόχων που είχαν τεθεί, δεν είχαν σχέση μόνο με τις πολιτικές που έχουν ακολουθηθεί από τις κυβερνητικές αποφάσεις (Στεργίου,2021).

3.3. Αξιολόγηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης

Με το πέρασμα των χρόνων γίνεται αναφορά πως είναι σε εξέλιξη ακόμη η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, ωστόσο αναγνωρίζεται πως έχουν γίνει σημαντικές αλλαγές. Σε αυτές τις αλλαγές συμπεριλαμβάνεται η αντικατάσταση των παραδοσιακών ψυχιατρικών νοσοκομείων σε κλίνες των οξέων ψυχιατρικών περιστατικών εντός των γενικών νοσοκομείων (Γκούτσης,2010).

Υποστηρίζεται πως έλαβαν χώρα εξελίξεις στον τομέα της κοινοτικής φροντίδας της ψυχικής υγείας. Η νέα αντίληψη που έχει δημιουργηθεί επέφερε αλλαγές τόσο στη στάση και τις προσεγγίσεις των επαγγελματιών της Ψυχικής Υγείας, όσο και στη δομή και τους τύπους των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασθενείς και τους πολίτες γενικότερα. Μια καινοτόμα αλλαγή αποτελεί το γεγονός ότι καταδείχτηκε η αναγκαιότητα της ανάπτυξης δικτύου υπηρεσιών σε τομεακό επίπεδο. Έτσι, η περιφέρεια έχει διαιρεθεί σε Τομείς Ψυχικής Υγείας, όπου κάθε νομός αποτελεί ένα Τομέα (Wikipedia,2022).

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ η καθυστέρηση της εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και της ανάπτυξης της στον Ελλαδικό χώρο οφείλεται κατά κύριο λόγο στον έντονο αγροτικό χαρακτήρα της ελληνικής κοινωνίας που κρατούσε το ψυχικά άρρωστο άτομο στο σπίτι. Είναι επίσης γενικά αποδεκτό ότι οι σημαντικότερες εξελίξεις στον τομέα της ψυχικής υγείας έγιναν από το 1980 και μετά (Τσάτσου,1997,Καρπουζάκη & συν 2021). Ανεξάρτητα από τις επιστημονικές εξελίξεις οι βαθιά ριζωμένες αντιλήψεις και προκαταλήψεις σχετικά με τη θέση του ασθενή, το ρόλο του γιατρού και την έννοια της περίθαλψης, ίσως και η γενικότερη καχεξία και ανομία των θεσμών στη χώρα μας έχουν μια καθοριστική επίδραση στις πολιτικές της δημόσιας υγείας και τις απόπειρες ένταξης σε αυτές πολιτικών για την ψυχική υγεία (Στυλιανίδης και συν 2011).

Στην Ελλάδα ιχνηλατώντας το χώρο της ψυχικής υγείας μετά το πέρασμα 30 χρόνων διαπιστώνουμε πως σπάνια πραγματοποιούνται ψυχιατρικές επισκέψεις στα σπίτια των ασθενών, ώστε να προληφθούν οι υποτροπές των περιστατικών και να

γίνονται νοσηλείες εκούσιες και όχι ακούσιες. Σύμφωνα με τον Θεόδωρο Μεγαλοοικονόμου, συνταξιοδοτημένος διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής του Ε.Σ.Υ και συγγραφέας μεταξύ άλλων του βιβλίου «Ρωγμές, ρήγματα και αντιστάσεις στην κυρίαρχη ψυχιατρική », εκφράζει την άποψη πως «δεν άλλαξε ποτέ το ψυχιατρικό παράδειγμα». Δεν υπάρχουν υπηρεσίες που να μπορούν να μεσολαβούν και να είναι κοντά στον άνθρωπο. Δεν υπάρχει σύστημα που να βασίζεται στην κοινοτική παρέμβαση».

Στην Ελλάδα υπάρχει ένα σύστημα που βασίζεται στην νοσοκομειακή κλινική, δεν υπήρξαν ποτέ επαρκείς ενδιάμεσες δομές για τη μετάβαση από το άσυλο στην κοινότητα, ούτε προγράμματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης που θα επέτρεπαν σε όσους κάποια στιγμή νόσησαν από κάποια ψυχική ασθένεια να επιστρέψουν στην κοινωνική ζωή. Υπάρχουν πολλοί ξενώνες, αλλά ακόμα και εκεί εφαρμόζονται ασυλιακές πρακτικές (Μεγαλοοικονόμου,2017).

Στην περίπτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα το ερώτημα που τίθεται δεν είναι μόνο αν έχει επιτευχθεί αλλά αν τέθηκαν οι σωστές βάσεις προς αυτή την κατεύθυνση. Υπό τις σημερινές συνθήκες, δηλαδή, στην εποχή του αποϊδρυματισμού, της ριζικής αμφισβήτησης του ασύλου και της λογικής του, της ανάδειξης του ψυχικά πάσχοντα ως ισότιμου πολίτη με ενεργά δικαιώματα, μόνο 5% των ατόμων που πάσχουν από σοβαρές και χρόνιες ψυχιατρικές διαταραχές ζουν σε ιατρικούς και κοινωνικούς θεσμούς προστασίας και θεραπείας. Ο κύριος όγκος των πασχόντων παραμένει στην κοινότητα, ζει στιγματισμένος, αποκλεισμένος, αλλά συνυπάρχει με τα υπόλοιπα μέλη της κοινότητας. Η κοινότητα, η οικογένεια, το κοινωνικό δίκτυο διαχειρίζονται όπως μπορούν το ψυχικά πάσχων άτομο και την καθημερινή του οδύνη (Στυλιανίδης & συν 2011).

Η κοινωνική-κοινοτική ψυχιατρική περιλαμβάνει τις αρχές, τις αξίες που μεταφράζονται σε πρακτικές, προκειμένου να παράσχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε τοπικές κοινότητες, να απαντήσει σε όλες τις ανάγκες ψυχιατρικής φροντίδας, αποκατάστασης και πρόληψης των ψυχικών διαταραχών μέσα από ένα δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Όμως, τίθεται το ερώτημα σε ποιο όμως βαθμό, έκταση και βάθος το κατόρθωσε (Στυλιανίδης & συν 2011).

Συμπερασματικά, το δικαίωμα όλων στην ψυχική υγεία, αλλά και τα ειδικότερα δικαιώματα των πασχόντων από ψυχικές διαταραχές βάζονται μέσα στις σύγχρονες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, ενώ το θεσμικό πλαίσιο προστασίας τους

δεν επαρκεί για να τα κατοχυρώσει. Το σύστημα ψυχιατρικής φροντίδας δεν είναι ικανό να τα διασφαλίσει ειδικά, μέσα σε χώρους, όπου δεν υφίσταται κατάλληλη εποπτεία ή μέσα σε διαδικασίες, που από τη φύση τους τα καταστρατηγούν (Wikipedia,2022).

Η πρόληψη δεν έχει αποκτήσει κεντρική θέση στην ψυχιατρική φροντίδα, ώστε αφήνει εκτεθειμένους τους πάσχοντες, αλλά και το σύνολο του πληθυσμού, ενώ το στίγμα εμποδίζει την πρόσβαση σε βασικά κατοχυρωμένα δικαιώματα (Μεγαλοοικονόμου,2017). Το δικαίωμα των πασχόντων στην εργασία πλήττεται, όπως και στη διαχείριση των οικονομικών τους, ενώ οι ικανοποιητικές σχέσεις με τους θεραπευτές τους είναι καθοριστικές, ώστε να μπορέσουν να απολαύσουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα και εν γένει την πλήρη κοινωνική συμμετοχή. Με άλλα λόγια η ψυχιατρική μεταρρύθμιση βρίσκεται σε μία διαρκεί συνάρτηση και αλληλεπίδραση με ανθρωπολογικές, κοινωνιολογικές και πολιτικές εξελίξεις σε όλα τα χρόνια από την αρχική της εφαρμογής της ως και τα σημερινά.

Τέλος, στην Ελλάδα η ψυχιατρική μεταρρύθμιση αναμφισβήτητα μετασχημάτισε το σύστημα της ψυχιατρικής φροντίδας. Η οικονομική κρίση, όμως, η ανακύκλωση χρόνιων παθογενειών και η απουσία πρωτοβουλιών και δράσεων για την ανατροπή τους, δεν της έχουν επιτρέψει, ακόμα, να διασφαλίσει την πλήρη πρόσβαση των ανθρώπων που νοσούν στα δικαιώματά τους (Ζώρη,2019).

B. Μέρος : Μεθοδολογία έρευνας

Κεφάλαιο 1. Ερευνά

Χαρακτηριστικά της έρευνας

Πρόκειται για μια ποιοτική ερευνά που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια διεύρυνσης σχετικά με τον τρόπο υλοποίησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μέσα από την επαγγελματική οπτική ειδικών πάνω στο συγκεκριμένο θέμα. Η μελέτη τηρεί πλήρως τις ερευνητικές προϋποθέσεις καθώς και την δεοντολογία του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου. Ακόμα, έχει λάβει και την σχετική έγκριση από το Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου(ΚΘΛ).

1.1. Σκοπός και επιμέρους στόχοι

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετήσει τις απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τον τρόπο υλοποίησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Θα μελετηθούν οι αλλαγές που έχει επιφέρει η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην περίθαλψη των ασθενών με ψύχωση. Ειδικότερα θα διερευνηθεί ποιες είναι οι βελτιώσεις που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια. Ποια τα προβλήματα που εξακολουθούν να υπάρχουν, καθώς επίσης τις προτάσεις για το μέλλον της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα.

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας είναι τα ακόλουθα :

- 1.Πως έχει υλοποιηθεί το πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης για τους ασθενείς με ψύχωση στην Ελλάδα;
- 2.Ποια είναι τα θετικά αποτελέσματα της και ποια είναι τα αρνητικά της;
- 3.Καλύφθηκαν οι ανάγκες των ασθενών με ψύχωση και των οικογενειών τους;
- 4.Αν δεν καλύφθηκαν, το γεγονός αυτό τι συνέπειες έχει για τους ίδιους, την οικογένεια τους και την κοινωνία
- 5.Προτάσεις για το μέλλον

1.2. Μέθοδος υλοποίησης της έρευνας

Για την διεξαγωγή της παρούσας ερευνάς επιλέχθηκε και χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ποιοτικής έρευνας. Μέσω της ποιοτικής έρευνας ο ερευνητής μπορεί να κατανοήσει την ανθρώπινη συμπεριφορά, την εμπειρία, τις προθέσεις και τα κίνητρα, βασιζόμενος στην παρατήρηση, την ερμηνεία και είναι σε θέση να ανακαλύπτει τον τρόπο που οι άνθρωποι σκέφτονται και νιώθουν (Ζαφειροπούλου, 2016).

Η ποιοτική έρευνα στοχεύει στην περιγραφή, ανάλυση, ερμηνεία και κατανόηση κοινωνικών φαινομένων, καταστάσεων και χαρακτηριστικών κοινωνικών ομάδων απαντώντας στα κύρια ερωτήματα του «πώς» και του «γιατί». Η σημαντικότητα της ποιοτικής έγκειται στην δυνατότητα που παρέχει να ερευνάτε το θέμα που έχει επιλέξει ο ερευνητής με περισσότερη λεπτομέρεια και βάθος. Ακόμη, δίνει την ευκαιρία να διερευνηθούν φαινόμενα και συμπεριφορές που δεν είχαν εμφανιστεί από την αρχή αλλά προέκυψαν στη πορεία εξέλιξης του κάθε ερευνητικού θέματος. (Ιωσηφίδης, 2008)

Τέλος, σημαντική αναφορά πρέπει να γίνει και στην ευκαιρία που δίνει η ποιοτική έρευνα στον ερευνητή να δει από την σκοπιά του κοινωνικού υποκειμένου με το οποίο ασχολείται. Μέσα από αυτή την ποιοτική μέθοδο μας δίνεται η ευκαιρία να συλλέξουμε αρκετές πληροφορίες, καθώς και διαφορετικές αντιλήψεις για τα θέματα που μας απασχολεί μέσα από μικρό αριθμό ατόμων. (Ιωσηφίδης, 2008)

Συγκεκριμένα μέσα από τις ποιοτικές μεθόδους ο ερευνητής μπορεί να κατανοήσει και να διερμηνεύσει τα νοήματα που αποδίδουν τα υποκείμενα, ως εκπρόσωποι του προσφυγικού πληθυσμού του δήμου, σε κοινωνικά φαινόμενα και διακρίσεις. Επίσης μέσα από αυτό μπορεί να δημιουργηθεί μια εικόνα για τις σχέσεις που έχουν τα υποκείμενα και οι κοινωνικές ομάδες για τις δομές, καθώς και την αντίληψη τους για το κοινωνικό γίνεσθαι και τις κοινωνικές θέσεις και ρόλους μέσα σε μια κοινωνία (Ιωσηφίδης 2008).

1.3 Δείγμα- Κριτήρια επιλογής του πληθυσμού

Ο πληθυσμός της έρευνας μας απαρτίζεται αποκλειστικά από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, που δραστηριοποιούνται σε δομές ψυχικής υγείας του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου. Στην έρευνα μας χρησιμοποιήθηκε η ποιοτική έρευνα ,εξαιτίας αυτού του περιορισμού η επιλογή των ατόμων που αποτέλεσαν το δείγμα μας, έγινε έπειτα από τυχαία δειγματοληψία. Έτσι επιλέχθηκαν 14 εργαζόμενοι ψυχικής υγείας με κριτήριο όχι μόνο την προϋπηρεσία τους αλλά και την ειδικότητα τους (νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχίατροι, ψυχολόγοι κτλπ). Τα κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία που προέκυψαν μετά την δειγματοληψία αναλύονται στον παρακάτω πίνακα (Βλ. Πίνακα 1)

Όπως φαίνεται από τα στοιχεία του πίνακα (βλ. Πίνακα 1) στην παρούσα έρευνα πήραν μέρος συνολικά δεκατέσσερις επαγγελματίες ψυχικής υγείας, με διαφορετικές ειδικότητες ο καθένας τους. Αναλυτικότερα συμμετείχαν στην έρευνα πέντε νοσηλευτές-νοσηλεύτριες, δυο ψυχολόγοι, δυο ψυχίατροι , τρεις κοινωνικοί λειτουργοί και δυο εργοθεραπευτές- εργοθεραπεύτριες .

Όλοι οι συμμετέχοντες της έρευνας είναι απόφοιτοι από κάποιο ΑΕΙ ή ΙΕΚ και εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας με μεγάλη προϋπηρεσία. Δεκατρία άτομα έχουν προϋπηρεσία μεγαλύτερη από 20 χρόνια ενώ ένα μόνο άτομο έχει μόλις μέχρι 20 χρόνια προϋπηρεσίας. Ο χώρος εργασίας τους είναι στο κρατικό θεραπευτήριο Λέρου που αποτελεί έναν δημόσιο τομέα εκτός από έναν ο οποίος είναι συνταξιούχος. Από αυτούς οι 9 είναι γυναίκες και μόνο οι πέντε είναι άντρες.

Ακόμα εννέα από τα άτομα που συμμετείχαν ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία των 51-60 ετών, τέσσερις ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία των 41-50 , ενώ μόνο ένα άτομο ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 61+. Οι δεκατρείς από αυτούς είναι έγγαμοι και μόνο ένα άτομο είναι διαζευγμένο.

ΦΥΛΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ
ΑΝΤΡΕΣ	5
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	9
ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ
41-50	4
51-60	9
61+	1
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	13
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	1
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ
ΤΕΙ/ΑΕΙ	14
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ	5
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	2
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	2
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	3
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ/ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΡΙΑ	2
ΤΟΜΕΑΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΟΣ	13
ΣΥΝΤΑΞΗ	1
ΕΤΗ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ
0-20	1
20-40	13

Πίνακας 1

1.4 Εργαλείο Συλλογής πληροφοριών

Για την συλλογή των πληροφοριών στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκε το ερευνητικό εργαλείο της ημιδομημένης συνέντευξης. Η ημιδομημένη συνέντευξη δεν αρθρώνεται με άξονα ένα ερωτηματολόγιο αλλά βασίζεται σε κάποιες βασικές θεματικές ενότητες που θα διερευνηθούν και διατυπώνονται γενικές ερωτήσεις στον συνεντευξιαζόμενο. Αυτή η μορφή συνέντευξης παίρνει τη μορφή μιας συζήτησης χωρίς να καθοδηγείται από σαφώς διατυπωμένες ερωτήσεις. Ο ρόλος του ερευνητή είναι να αφήνει τον συνεντευξιαζόμενο να εκφραστεί με τους δικούς του τρόπους χωρίς να παρεμβαίνει δίνοντάς του χρόνο να αναπτύξει την σκέψη του. (Mason, 2009 & Robson, 2007).

Χρειάζεται να σημειωθεί ότι ο συγκεκριμένος τύπος συνέντευξης παρουσιάζει ευελιξία: α) ως προς την τροποποίηση του περιεχομένου των ερωτήσεων ανάλογα με τον ερωτώμενο, β) ως προς την εμβάθυνση σε κάποια θέματα με συμμετέχοντες που κρίνονται κατάλληλοι, γ) ως προς τη σειρά με την οποία τίθενται οι ερωτήσεις και δ) ως προς την πρόσθεση ή αφαίρεση ερωτήσεων ή θεμάτων για συζήτηση (Mason, 2009, Robson, 2007).

Στα πλαίσια της ημιδομημένης συνέντευξης είχε προετοιμαστεί ένας οδηγός συνέντευξης βασισμένος στον στόχο της ερευνάς, τα ερευνητικά ερωτήματα και την βιβλιογραφία. Ο οδηγός αποτελούνταν από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αναφέρονταν στην συλλογή των κοινοτικών -δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων στην έρευνα ενώ το δεύτερο μέρος αναφέρονταν στις πέντε θεματικές ενότητες. Οι βασικές θεματικές ενότητες είναι οι ακόλουθες :

1^η θεματική ενότητα: Πως υλοποιείται η ψυχιατρική μεταρρύθμιση για τους ασθενείς με ψύχωση και τις οικογένειές τους, ποια είναι τα προβλήματα που δημιουργούνται και πως αντιμετωπίζονται

2^η θεματική ενότητα : Θεραπεία ασθενών με ψύχωση στην κοινότητα

3^η θεματική ενότητα: Ασθενείς με ψύχωση και οι ανάγκες των οικογενειών τους

4^η θεματική ενότητα: Δυσκολίες/προβλήματα στην θεραπεία ασθενών με ψύχωση και των οικογενειών τους

5^η θεματική ενότητα: Προτάσεις για το μέλλον

Το σύνολο των συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκε κατά την χρονική περίοδο του Σεπτεμβρίου – Οκτώβριου του 2022. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν διαζώσης στον χώρο εργασίας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και σχεδόν όλες μαγνητοφωνήθηκαν, έπειτα από την σχετική έγγραφη άδεια συναίνεσής που μας έδωσαν οι επαγγελματίες;

1.5 Άδειες και ενημέρωση

Οι συμμετέχοντες προκειμένου να πάρουν μέρος στην έρευνα μας ενημερώθηκαν μέσα από έγγραφο για την παρούσα έρευνα. Στο οποίο αναφέρονταν ότι η συμμετοχή είναι προαιρετική και θα τηρηθεί απόλυτη εχεμύθεια αναφορικά με τα προσωπικά στοιχεία. Έπειτα προκειμένου να διασφαλίσουμε τη συμμετοχή τους ζητήθηκε να υπογραφεί το συγκεκριμένο έντυπο από τους ίδιους (βλέπε Παράρτημα 2).

Η έρευνα μας πληροί όλες τις απαραίτητες προϋποθέσεις ώστε να διεξαχθεί. Τηρεί τις προϋποθέσεις της ερευνητικής δεοντολογίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου(ΕΛΜΕΠΑ). Όσα άτομα συμμετείχαν στην έρευνα ενημερώθηκαν για τον σκοπό της παρούσας έρευνας, τους στόχους της καθώς και την τήρηση του απορρήτου των προσωπικών δεδομένων. Τέλος τηρήθηκε και ο κώδικας δεοντολογίας που διέπει το επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας. Το έγγραφο που τους δόθηκε φαίνεται στο Παράρτημα 2.

Ακόμα, στάλθηκε γραπτή επιστολή προς την Διοίκηση του Κρατικού Θεραπευτήριο Λέρου (Κ.Θ.Λ) προκειμένου να εγκριθεί άδεια εισόδου στο χώρο του από το Διοικητικό Συμβούλιο αλλά και από τον Γενικό Διευθυντή του. Στο Παράρτημα 3 της παρούσας εργασίας υπάρχει το αντίγραφο της άδειας που μας χορηγήθηκε προκειμένου να μπορούμε να έχουμε την πρόσβαση στις δομές του Κ.Θ.Λ.

1.6 Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν με τις συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν από τους ερευνητές και έπειτα έγινε η απομαγνητοφώνηση από όλους τους ερευνητές

αφού πρώτα τηρήθηκαν, φυσικά το σύνολο των κανόνων της ερευνητικής εχεμύθειας και της δεοντολογίας που είναι πολύ σημαντικά για την διεξαγωγή μιας έρευνας.

Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων έγινε με την θεματική ανάλυση. Αρχικά, οι ερευνητές μελέτησαν πολύ προσεκτικά όλες τις συνεντεύξεις μια προς μια, μετά έγινε χωρισμός όλων των ερωτήσεων και των πληροφοριών που συλλέχθηκαν στις πιο βασικές θεματικές ενότητες που φαίνονταν να προκύπτουν έπειτα από την μελέτη των απαντήσεων που δόθηκαν και από τον οδηγό συνέντευξης. (Τσιώλης, 2018)

Οι ενότητες που προέκυψαν μετά το πέρας της συλλογής των δεδομένων αποτελούνται από 5 θεματικές ενότητες και αναφέρονται στα ακόλουθα :

1. Ψυχιατρική μεταρρύθμιση: Τρόπος υλοποίησης
2. Στην θεραπεία των ασθενών με ψύχωση στην κοινότητα,
3. Στις ανάγκες των ασθενών με ψύχωση και τις ανάγκες των οικογενειών τους,
4. Ποιες είναι οι δυσκολίες ή τα προβλήματα στην θεραπεία των ασθενών με ψύχωση και των οικογενειών τους
5. Προτάσεις για το μέλλον.

Τόσο για την διασφάλιση της αξιοπιστίας αλλά και της εγκυρότητας των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την έρευνα, προχωρήσαμε σε συγκρίσεις ανά ομάδα των επαγγελματιών όπου αυτό ήταν εφικτό (πχ ψυχιάτρους και κοινωνικούς λειτουργούς) προκειμένου να υπάρχει η διασφάλιση ενός κοινού κώδικα για την ίδια εμπειρία και άποψης.

Κεφάλαιο 2: Παρουσίαση αποτελεσμάτων

2.1: Αποτελέσματα 1η θεματική ενότητα: Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση: Τρόπος υλοποίησης .

Όσον αναφορά την πρώτη θεματική ενότητα έγινε κατανοητό ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα υλοποιήθηκε το 1980, με αφορμή το νόμο 815/ 1984. Με τον όποιο καταργήθηκαν οι κλειστές δομές και προωθήθηκε ένα νέο μοντέλο φροντίδας των ψυχικά πασχόντων.« η υλοποίηση ξεκίνησε το 1980....όταν έγινε η χρηματοδότηση από την ΕΟΚ» Ερωτώμενος 3.

Οι Στόχοι του προγράμματος όπως επισημάνθηκαν από τους επαγγελματίες ήταν η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ψυχικά πασχόντων, η καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας, η αποασυλοποίηση, η μείωση του εγκλεισμού και τέλος η κοινωνική επανένταξη των ψυχικά πασχόντων. « σκοπό την καταπολέμηση του στίγματος έναντι σχιζοφρενών και των ψυχικά πασχόντων την αποιδρυματοποίηση δηλαδή το κλείσιμο των ασύλων των ψυχιατρικών νοσοκομείων του εγκλεισμού και τα λοιπά και την κοινωνική επανένταξη των νοσούντων ανθρώπων» Ερωτώμενος 8

Όλοι αυτοί οι στόχοι επιτευχθήκαν με μεγάλη επιτυχία με την εφαρμογή του προγράμματος. «πέτυχε τους αρχικούς της σκοπούς...στόχος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ήταν η επανένταξη των ανθρώπων αυτών...από την προσωπική μου εμπειρία έχουν επανενταχθεί πάρα πολλοί άνθρωποι....έχουν φύγει από τα κλειστά περίπτερα οι δομές και έχουν πάει σε ανοιχτές δομές» Ερωτώμενος 10

Μία μεγάλη αλλαγή αποτελεί το γεγονός ότι οι ψυχικά πάσχοντες κοινωνικοποιούνται και βγαίνουν έξω από το άσυλο. Καταργούνται τα άσυλα και μετονομάζονται σε μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Οι μονάδες αυτές πλέον γίνονται ανοιχτές στην κοινότητα. « σήμερα δεν υπάρχουν ψυχιατρικά ιδρύματα δηλαδή ψυχιατρεία κτλ..... δεν υπάρχουν πλέον ψυχασθενείς νοσηλεύόμενοι σε ιδρύματα αλλά φιλοξενούμενοι σε μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης...» Ερωτώμενος 8

Η μεγαλύτερη όμως αλλαγή που έγινε, αναφέρεται στην μείωση του αριθμού των ατόμων που ήταν έγκλειστοι σε άσυλα. «Η πιο μεγάλη όμως αλλαγή που έγινε είναι το γεγονός ότι μειώθηκε ο αριθμός των ασθενών όπου διέμεναν σε τέτοιου είδους δομές. Ο αριθμός των ψυχασθενών μειώθηκε σημαντικά λόγω της επανένταξής τους» Ερωτώμενος 8

Σήμερα το πρόγραμμα χαρακτηρίζεται ως σταθερό, χωρίς εξέλιξη και στην ουσία δεν υπάρχει πλέον μεριμνά από το κράτος για αυτό ζήτημα . «...τώρα έχουμε πάλι χάσει την μπάλα.» Ερωτώμενος 14.

Ακόμα, τονίστηκε από τους όλους τους συμμετέχοντες ότι δεν θεωρείται ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα αλλά ένα πρόγραμμα που έχει πολλά κενά και οι δομές και τα προγράμματα δεν επαρκούν πλέον. «Πιστεύω ότι υπάρχουν κενά.... αυτό

ακριβώς δεν βλέπουμε πρόγραμμα, δεν υπάρχει πρόγραμμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, όπως υπήρχε τότε» Ερωτώμενος 5. Το ίδιο μας είπε και ένας ακόμα ερωτώμενος «Οι εφιστάμενες δομές δεν επαρκούν» Ερωτώμενος 13

Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι οι κυριότερες δυσκολίες ή αστοχίες αναφέρονται στην έλλειψη προσωπικού και την υποστελέχωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. «εδώ έχουμε πολλές δυσκολίες δεν μπορούμε να έχουμε....γιατί εδώ έχουμε δυσκολίες πλέον με το προσωπικό» Ερωτώμενος 10.

Επιπλέον λόγω της έλλειψης προσωπικού δεν υπάρχουν εξειδικευμένα άτομα για να ασχοληθούν με τους ασθενείς, ώστε να γίνουν δράσεις για την ένταξη τους στην κοινωνία.« εγώ θα ήθελα να υπάρχουν κάποια πιο εξειδικευμένα άτομα να μπορούν οι άνθρωποι να πάνε σε ένα γήπεδο....»Ερωτώμενος 4

Η μονή αστοχία για την όποια μας μίλησαν αποτελεί το γεγονός ότι το στίγμα της ψυχικής ασθένειας, καθώς επίσης και οι προκαταλήψεις που σχετίζονται με αυτό δεν έχουν εξαλειφεί ακόμα πλήρως.« Το στίγμα όμως δυστυχώς υπάρχει ακόμα, δεν έχει εξαλειφθεί.» Ερωτώμενος 8

Τέλος, μια ακόμα δυσκολία αποτελεί το γεγονός ότι έχει μειωθεί ο αριθμός των προγραμμάτων κοινωνικής επανένταξης για τους ψυχικά πάσχοντες «αστοχίες ότι έχει περιοριστεί ο αριθμός των προγραμμάτων κοινωνικής επανένταξης των ασθενών» Ερωτώμενος 5.

2.2. Αποτελέσματα 2η θεματική ενότητας : Θεραπεία ασθενών με ψύχωση στην κοινότητα

Στη συγκεκριμένη θεματική ενότητα αναδείχθηκε και κατανοήθηκε πως γίνεται η θεραπεία των ασθενών με ψύχωση στην κοινότητα, ποια είναι τα οφέλη από αυτή την θεραπεία, ποια είναι τα μειονέκτημα, ποια είναι η στάση των οικογενειών των ασθενών με ψύχωση στην διαδικασία της θεραπείας τους και τέλος ποια είναι η σχέση των επαγγελματιών με τις οικογένειες .

Η θεραπεία των ασθενών γίνεται σε δομές έξω από τα νοσοκομεία , σε κάποια διαμερίσματα ή ξενώνες. Αυτά νοικιάζονται από τον εκάστοτε φορέα και οι ασθενείς μένουν μέσα σε αυτά σε συνθήκες κανονικού σπιτιού . Μέσα σε αυτά εξακολουθεί να γίνεται κανονικά η παρακολούθηση και η φαρμακευτική αγωγή των ασθενών από το ιατρικό προσωπικό. Ουσιαστικό πρόκειται για ένα σύστημα ημιαυτόνομης διαβίωσης

των ασθενών. «η θεραπεία των ασθενών στην κοινότητα δηλαδή παίρνουν τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν και τις παρακολουθείς από το θεράποντα ψυχίατρο» Ερωτώμενος 10.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι οι δομές αυτές φιλοξενούν έναν μικρό αριθμό ασθενών περίπου 4-6 άτομα ανά διαμέρισμα και πάντα υπάρχει κάποιο άτομο από το προσωπικό για τους επιβλέπει.«4-6 ασθενείς στο ίδιο διαμέρισμα» Ερωτώμενος 3. Παρόμοια άποψη έχει ακόμα ένας από τους συμμετέχοντες «ένας ασθενής που είναι έξω στην κοινότητα στο διαμέρισμα μένει έξω υπό την επίβλεψη του φορέα μας.... Υποστηρίζεται από νοσηλευτικό προσωπικό, η οποία είναι διακριτική παρουσία του στο διαμέρισμα σε ότι αφορά την καθημερινότητα ή το μαγείρεμα ή οτιδήποτε άλλο» Ερωτώμενος 5.

Μέσα σε αυτές τις δομές τα άτομα μαθαίνουν δεξιότητες συμβίωσης και γενικότερες δεξιότητές με σκοπό να μπορέσουν να κοινωνικοποιηθούν και εκπαιδεύονται για να μένουν μετέπειτα σαν αυτόνομα άτομα. «Το προσωπικό όχι μόνο επιβλέπει αλλά και εκπαιδεύει τα άτομα σε θέματα καθημερινότητας όπως καθαριότητα υγιεινή μαγείρεμα ψώνια τους εκπαιδεύει επίσης σε θέματα που αφορούν την προστασία τους, όπως ότι δεν ανοίγουμε σε ξένους, όταν υπάρχει ανάγκη χρησιμοποιούμε το τηλέφωνο, ακόμα τους μαθαίνουν να προσέχουν να μη βάλουν φωτιά και οτιδήποτε άλλο μπορεί να τους βάλει σε κίνδυνο.» Ερωτώμενος 10.

Όπως είναι φυσικό στην προσπάθεια της θεραπείας των ασθενών με ψυχώσεις υπάρχει καλή συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας του φορέα μεταξύ τους, με το προσωπικό των δομών αυτών και τέλος με την κοινότητα «Υπάρχει συνεργασία με κάποιους ψυχιάτρους και με το προσωπικό» Ερωτώμενος 7.

Εν κατακλείδι γίνεται κατανοητό ότι η θεραπεία στην κοινότητα προσφέρει στα άτομα την δυνατότητα να κοινωνικοποιηθούν και να επανεναχθούν και στην ευρύτερη κοινωνία, κάνοντας οτιδήποτε κάνει ένας φυσιολογικός άνθρωπος. «οι άνθρωποι ενεργούν και ζουν σαν να είναι κανονικοί άνθρωποι και όχι ασθενής» Ερωτώμενος 9.

Η θεραπεία ασθενών με ψύχωση στην κοινότητα έχει πολλά πλεονεκτήματα. Το κυριότερο πλεονέκτημα είναι η κοινωνικοποίηση και η εξοικείωση του γηγενούς πληθυσμού με τους ασθενείς. Η εξοικείωση αυτή έχει ως αποτέλεσμα την ισότιμη

αντιμετώπιση των ασθενών από το κοινωνικό σύνολο και την εξάλειψη του στίγματος, *«τώρα πλέον αυτά έχουν εξαλειφθεί όλα αντιμετωπίζονται ως οι άνθρωποι και θα έλεγα και με περισσότερες συμπόνια και αγάπη»* ερωτώμενος 5.

Ένα πλεονέκτημα που δίνεται στους ασθενείς μέσα από την θεραπεία στην κοινότητα αποτελεί η επανένταξη τους σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης φύσης, *«και από 'κει και πέρα αυτοί οι άνθρωποι επίσης μπορούν να βγουν έξω στην κοινωνία και να πάνε στα καφενεία να πιούν τον καφέ τους, την λεμονάδα και να γυρίσουν στο σπίτι τους»* Ερωτώμενος 12. Επιπροσθέτως ένας ερωτώμενος αναφέρθηκε στο γεγονός ότι οι ασθενείς αντιμετωπίζονται ως ανθρώπινη οντότητα και όχι σαν ψυχικά ασθενείς, *«οι άνθρωποι ενεργούν και ζουν σαν να είναι κανονικοί άνθρωποι και όχι ασθενείς»* Ερωτώμενος 5

Ο σχηματισμός μικρότερων μονάδων διαβίωσης συνέβαλε στη δημιουργία πιο ανθρώπινων συνθηκών διαβίωσης και πιο ολοκληρωμένων παροχών σε ασθενείς. *«έχουν μία πιο ταιριαστοί ζωή...είναι σαν να ζουν σε ένα σπίτι κανονικό»* Ερωτώμενος 1

Τέλος ένα πλεονέκτημα ακόμα είναι το γεγονός ότι δημιουργήθηκαν πολλές θέσεις εργασίας σε επαγγελματίες ψυχικής *«αναπτύχθηκαν να πολλές θέσεις εργασίες σε επαγγελματίες...Διορίστηκαν χιλιάδες επαγγελματίες ψυχικής υγείας»* Ερωτώμενος 10

Εκτός από τα θετικά της θεραπείας των ασθενών στην κοινότητα, υπάρχουν και αρνητικά. Ένα από αυτά είναι το γεγονός ότι εξαιτίας της οικονομικής κρίσης δεν υπάρχει επάρκεια προσωπικού και εξειδικευμένες δομές που να αφορούν σε αυτούς τους ανθρώπους. *«Γενικά Το μόνο πρόβλημα είναι από άποψη προσωπικού»* Ερωτώμενος 2.

Οι επαγγελματίες αναφέρθηκαν σε ένα βασικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν κατά την προσπάθεια της θεραπείας των ασθενών. Το πρόβλημα αυτό είναι ότι δεν υπάρχουν αρκετές παροχές και συναντούν πολλές φορές γραφειοκρατικά προβλήματα και κωλύματα, *«με τη λειτουργία γενικά του ψυχιατρικού θεσμού και ειδικά με ένα κομμάτι της γραφειοκρατίας»* Ερωτώμενος 6

Ένας άλλος ερωτώμενος τονίζει ότι δεν υπάρχει εξειδικευμένες παροχές ώστε να γίνει σωστή φροντίδα των ασθενών σε ομάδες και να παρέχονται εξειδικευμένες

υπηρεσίες ανάλογα με τις ανάγκες των ατόμων . «γιατί δεν έχουμε τόσες παροχές όσες θα θέλαμε δηλαδή τι σημαίνει αυτό για μένα π.χ. όταν έχουμε έναν ψυχιατρικό ασθενή με το να έχουμε την επιλογή να τον βάλουμε σε μία δομή, να είναι κατάλληλη για τις ανάγκες τις δικές του και για την ηλικία του. Δυστυχώς οι περισσότεροι πλέον είναι γηριατρικοί ασθενείς με αποτέλεσμα όταν έχουμε νεότερους ασθενείς να έχουμε δυσκολίες.» Ερωτώμενος 10.

Πέρα όμως από τα πλεονεκτήματα και τα μειονέκτημα θεωρήθηκε πολύ σημαντικό να διερευνηθεί και η στάση των οικογενειών για την θεραπεία των ψυχωσικών ασθενών. Ως ακολούθως η ερευνά έδειξε τα ακόλουθα για αυτό το θέμα.

Όλοι οι επαγγελματίες τόνισαν ότι υπάρχουν τρία ειδή οικογενειών. Υπάρχουν οι οικογένειες που συμμετέχουν στην πορεία της θεραπευτικής διαδικασίας γιατί νοιάζονται για τον ασθενή τους. Η συμμετοχή για τις οικογένειες που νοιάζονται, περιλαμβάνει μία επίσκεψη ή να πάρουν κάποιο τηλέφωνο ή να στείλουν ένα δέμα ή κάτι άλλο στον άνθρωπο τους, «η σχέση είναι κάποιες επισκέψεις και κάποια τηλεφωνήματα κάποια ή να στείλουν λεφτά και επιπλέον παροχή» Ερωτώμενος 1.

Υπάρχουν όμως και εκείνες οι οικογένειες που δεν ενδιαφέρονται και δεν τους νοιάζει καθόλου ο ασθενής τους και δεν συμμετέχουν στην θεραπευτική πορεία ούτε την αξιολογούν κάπως. Αυτού του είδους η οικογένεια δημιουργούν πολλά προβλήματα στον ασθενή. «...Αντιμετωπίζουν τους ψυχικά πάσχοντες ως παρείσακτους οπότε πρέπει να φύγει από πάνω τους» Ερωτώμενος 5

Τέλος υπάρχει και ακόμα μία κατηγορία οικογενειών που είναι εκείνες που ενδιαφέρονται αλλά δυσκολεύονται να βοηθήσουν γιατί δεν μπορούν να δεχτούν οι ίδιοι την ασθένεια του ανθρώπου τους, «γιατί δεν μπορούν να είναι οι ίδιες ισορροπημένες σαν οικογένειες και αυτό ξεκινάει από το ίδιο το περιβάλλον, όμως κι αυτοί που ενδιαφέρονται υπάρχει δυσκολία γιατί απλά δεν είναι ίδιοι ισορροπημένοι σαν άνθρωποι» Ερωτώμενος 12.

Τέλος οι επαγγελματίες δεν δίστασαν να μας μιλήσουν για την δική τους σχέση με τις οικογένειες των ασθενών. Έτσι επισημάνθηκε ότι η σχέση τους με τις οικογένειες των ψυχικά πασχόντων είναι καθαρά τυπική. Δεν επιτρέπουν η σχέση αυτή να εξελιχθεί σε σχέση εξάρτησης γιατί αυτό δεν θα ήταν καλό ούτε για τις

οικογένειες ούτε και για τους ίδιους. *«η δική μας σχέση υπαλλήλου, καθαρά τυπική... και σε καμία περίπτωση δεν αφήνουμε να γίνουν σχέσεις εξάρτησης γιατί εκεί περιπλέκονται τα πράγματα»* ερωτώμενος 14.

2.3. Αποτελέσματα 3η θεματική ενότητα: Ασθενείς με ψύχωση και οι ανάγκες των οικογενειών τους

Σε αυτήν την ενότητα έγιναν σαφή ποιες είναι οι ανάγκες των ασθενών με ψυχωτικές διαταραχές, πως γίνεται η κάλυψη τους από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Ποιες είναι οι ανάγκες των οικογενειών των ασθενών και πως γίνεται η κάλυψη τους. Επιπλέον σε αυτή την θεματική ενότητα έγινε ξεκάθαρη ποια είναι η σχέση της οικογένειας με τους ασθενείς

Όπως έγινε κατανοητό, από την έρευνα οι ανάγκες των ασθενών διαφέρουν ανάλογα το μέρος όπου διαβιούν. Όλα σε γενικές γραμμές η βασική ανάγκη τους αναφέρονται σε υλικά αγαθά όπως χρήματα, τσιγάρα, καφέδες κτλ. *«οι κυριότερες ανάγκες είναι τα χρήματα»* Ερωτώμενος 10.

Αναφορικά με τα άτομα που συγκατοικούν σε δομές με πολλά άτομα οι ανάγκες τους είναι ο ιδιωτικός χώρος καθώς επίσης και αντικείμενα όπως τηλεόραση ή κάποιο δωμάτιο που να μην γίνεται χρήση από όλους αλλά να είναι αποκλειστικά του εκάστοτε ασθενή. *«Να έχει πιο ιδιωτικό χώρο.... Μια δική του ντουλάπα»* Ερωτώμενος 7.

Ανεξάρτητα όμως από το χώρο όπου γίνεται η φιλοξενία όλοι οι ασθενείς έχουν κοινωνικές ανάγκες όπως κοινωνικοποίηση. Συχνά εκφράζουν την επιθυμία να πάνε μια βόλτα ή να βγουν έξω στην κοινότητα. *«Να θέλουν να βγουν έξω, βόλτα»* Ερωτώμενος 6.

Η συχνή επικοινωνία με τις οικογένειές τους και η στήριξη τους από αυτές είναι μια από τις σημαντικότερες ιεραρχικά ανάγκες που εκφράζουν ότι οι ασθενείς. *«οι κυριότερες ανάγκες τους είναι να υποστηρίζονται από, και να τους φέρουμε σε επαφή με τα αγαπημένα τους πρόσωπα»* Ερωτώμενος 8.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μας είπαν ότι η κάλυψη των αναγκών των ασθενών γίνεται μετά από την εκτίμηση του προσωπικού του φορέα. Ο ψυχίατρος σε συνεργασία με τις οικογένειες των ασθενών καλύπτουν τις ανάγκες σε υλικά αγαθά. Ακόμα γίνεται και προσπάθεια να καλύπτουν οι ανάγκες των ασθενών για

επικοινωνία με το οικογενειακό τους περιβάλλον. «η κάλυψη, γίνεται μέσω συνεργασίας των συγγενών των ασθενών». Ερωτώμενος 3.

Αντίθετα, οι ανάγκες των οικογενειών είναι αρχικά οικονομικές, γιατί τη φροντίδα των ασθενών με ψυχωτικές διαταραχές αναλαμβάνει η οικογένεια .«και βεβαίως έχουν οικονομικές ανάγκες γιατί είναι δύσκολο να φροντίσεις ένα ψυχιατρικό ασθενή» Ερωτώμενος 4

Ακόμα ανάγκη τους αποτελεί η ενημέρωση αναφορικά με την υγεία του ασθενή και την ψυχική ασθένεια την οποία έχει το μέλος της οικογένειάς., «ανεξάρτητα κατά πόσο η οικογένεια έχει ευαισθητοποιηθεί απέναντι στη νόσο του μέλους που πάσχει και πως η οικογένεια μπορεί να συμπαρασταθεί σε αυτό μετά την ενημέρωση» Ερωτώμενος7.

Τέλος, η οικογένεια χρειάζεται ψυχολογική και ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη. «οι ανάγκες των οικογενειών είναι μεγάλες αλλά περισσότερο το ψυχοσυναισθηματικό κομμάτι... και θα έπρεπε να υποστηριχθούν οι άνθρωποι αυτοί ψυχοσυναισθηματικά και κοινωνικά». Ερωτώμενος 12.

Αναφορικά με την σχέση της οικογένειας και των ασθενών η ερευνά έδειξε ότι όταν ασθενής λαμβάνει τη φαρμακευτική του αγωγή η σχέση με την οικογένεια του είναι άριστη. Όταν όμως σταματήσει την αγωγή οι σχέσεις γίνονται εύθραυστες και χαλάνε . Αναφορικά με τα άτομα που διαβιούν σε δομές μέσα στα νοσοκομεία οι σχέσεις για όσα άτομα από το στενό οικογενειακό περιβάλλον, ενδιαφέρονται είναι πολύ καλές. «οι σχέσεις της οικογένειας και των ασθενών συνήθως θα έλεγα ότι είναι καλές αλλά χαλάνε εύκολα, γιατί πάντοτε ο ψυχιατρικός ασθενής όσο λαμβάνει τη φαρμακευτική αγωγή διατηρεί καλές σχέσεις, όταν όμως κόψει τη φαρμακευτική αγωγή απορυθμίζεται με αποτέλεσμα πάντα οικογένεια να γίνεται ο κακός της υπόθεσης» Ερωτώμενος 10

2.4. Αποτελέσματα 4η θεματική ενότητα: Δυσκολίες-προβλήματα στη θεραπεία ασθενών με ψύχωση και των οικογενειών τους

Σε αυτή την θεματική ενότητα αναφέρθηκαν και κατανοήθηκαν οι δυσκολίες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τόσο οι ασθενείς όσο και οι οικογένειες τους κατά την διάρκεια της θεραπείας τους.

Μια από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με ψυχωτικές διαταραχές είναι η προσαρμογή τους σε ένα καινούργιο μέρος το οποίο έχει κανόνες και όρια. *«βασικές δυσκολίες είναι η υπακοή σε όρια και κανόνες»* Ερωτώμενος 10

Βασική επίσης δυσκολία που αντιμετωπίζουν εξίσου και οι ασθενείς και οι οικογένειες αποτελεί το γεγονός της επικοινωνία των δυο πλευρών. *«βασική δυσκολία επικοινωνία με το συγγενικό περιβάλλον»* Ερωτώμενος 5.

Αντίθετα με τους ασθενείς οι οικογένειες αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσχέρειες καθώς η νοσηλεία και η φροντίδα βαραίνει αποκλειστικά την οικογένεια . *«βεβαίως και είναι η νοσηλεία πολυέξοδη»* Ερωτώμενος 5.

Επιπροσθέτως η κάθε οικογένεια του ασθενή έχει να αντιμετωπίσει και κοινωνικές δυσκολίες και τον φόβο του στιγματισμού της οικογενείας λόγω της ύπαρξης ατόμου με ψυχωτική διαταραχή. *«το γεγονός ότι υπάρχει ένα τέτοιο άτομο στην οικογένεια τις περισσότερες φορές ίσως δημιουργεί και πρόβλημα»* Ερωτώμενος 5.

2.5 Αποτέλεσμα 5η θεματική ενότητα : Προτάσεις για το μέλλον

Σε αυτή τη θεματική ενότητα αναδεικνύονται οι προτάσεις που οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας προτείνουν για την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης για τα άτομα με ψυχώσεις. Για να αλλάξει αυτό οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας προτείνουν μία σειρά από προτάσεις που θα έπρεπε να γίνουν προκειμένου να αλλάξουν τα πράγματα και η ψυχιατρική μεταρρύθμιση να προχωρήσει .

Όλοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας προτείνουν τη δημιουργία νέων κοινοτικών μονάδων φροντίδας ατόμων με ψυχώσεις σε όλα τα μέρη της Ελλάδας. *«να υπάρξει ετοιμότητα σε ότι αφορά το στήσιμο δομών ψυχικής υγείας όχι με τη μορφή ασύλου αλλά με τη μορφή ανοιχτών δομών στην κοινότητα όπου θα έχει εύκολη πρόσβαση, ο δέκτης υπηρεσιών ψυχικής υγείας... και δεν θα απομακρύνεται από το σπίτι του και δεν θα αποκόπτονται οι δεσμοί του»* Ερωτώμενος 13

Βασική αλλαγή που προτείνεται είναι η δημιουργία εξειδικευμένων μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης όπου η φιλοξενία των ασθενών θα γίνεται με βάση κριτήρια, όπως ηλικία, φύλλο η ασθένεια. Αυτό προτείνεται ώστε να λαμβάνει κάθε

ομάδα συγκεκριμένη φροντίδα ανάλογα με τις ανάγκες τις οποίες φαίνεται να έχει
«Να γίνουν πιο εξειδικευμένες οι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης δηλαδή να
μην είναι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης οικοτροφεία μόνο για όλους αλλά
να είναι πιο εξειδικευμένα δηλαδή να αφορά ηλικιακές ομάδες, συγκεκριμένες
διαγνωστικές ομάδες δηλαδή να είναι μόνο για γυναίκες ή να είναι μόνο για άντρες ή
να είναι μικτά... ή να είναι πλαίσια μόνο για αυτισμό...» Ερωτώμενος 10

Ακόμα, προτείνουν προσλήψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αλλά
και σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Ενίσχυση του ήδη υπάρχον προσωπικού με
ειδικότητες όπως κοινωνικούς λειτουργούς, εργοθεραπευτές και λογοθεραπευτές, με
στόχο να γίνονται περισσότερες δραστηριότητες και να παρέχονται περισσότερες
υπηρεσίες σε όλους. Αυτό θα προσφέρει μεγαλύτερη κοινωνικοποίηση στους ψυχικά
πάσχοντες. «...να αρχίσουν πιο εντατικά να κοινωνικοποιούνται, να παίρνουν μέρος
περισσότερη ώρα στην κοινότητα» Ερωτώμενος 5

Τέλος, προτείνουν δράσεις στην κοινότητα για την ενημέρωση, την
πρόληψη, την εκπαίδευση και την εξοικείωση των πολιτών σε θεμάτων ψυχικής
υγείας. Ο στόχος των δράσεων αυτών είναι η ευαισθητοποίηση, η πρόληψη και η
αντιμετώπιση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας και των προκαταλήψεων που
σχετίζονται με την χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας από άτομα. «πρόληψη με
προγράμματα σπάσει η προκατάληψη που υπάρχει μέσα από την ενημέρωση του
ευρύτερου κοινού.» Ερωτώμενος 7. Επίσης ένας από τους συμμετέχοντες πρόσθεσε
ότι «θα πρέπει και εκείνη δηλαδή η κοινότητα να εκπαιδεύεται ώστε να μπορούν και
εκείνοι δηλαδή οι ασθενείς να ζουν μέσα σε αυτήν με αξιοπρέπεια» Ερωτώμενος 1.

Κεφάλαιο 3 Συζήτηση συμπερασμάτων

3.1 Συζήτηση συμπερασμάτων

Το πρώτο θέμα που εξετάστηκε από τη παρούσα ερευνά, αφορούσε στον τρόπο υλοποίησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης για τους ασθενείς με ψύχωση και τις οικογένειές τους, τα προβλήματα που δημιουργούνται και πως αυτά αντιμετωπίζονται.

Σε αυτό το θέμα η ερευνά έδειξε ότι το πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης εφαρμόστηκε με μεγάλη επιτυχία το 1980 και επιτευχθήκαν όλοι οι στόχοι που είχαν τεθεί. Σήμερα η εφαρμογή του προγράμματος γίνεται με επαρκή τρόπο, χωρίς κάποια εξέλιξη, αλλά με μια τάση επιστροφής σε μια πορεία προς παλιότερη μορφή. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με εκείνα που προκύπτουν από προηγούμενες έρευνες. Η Γαλανή και συν (2019) υποστηρίζουν ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα πέτυχε σε ένα μεγάλο βαθμό τον σκοπό της που ήταν η κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων και ασύλων. Από την αρχή της υλοποίησης της ως και σήμερα έχουν κλείσει πέντε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία που λειτουργούσαν ως άσυλα και έχουν μειώσει σε μεγάλο βαθμό τον αριθμό των κρεβατιών που διαθέτουν.

Οι δυσκολίες και οι αστοχίες που εξακολουθούν να υπάρχουν, αναφέρονται κυρίως στην έλλειψη προσωπικού, λόγω οικονομικής κρίσης, την μείωση των δράσεων και των προγραμμάτων κοινωνικής ένταξης των ασθενών και τέλος την αδιαφορία της κρατικής μέριμνας για το θέμα της ψυχικής υγείας. Επίσης μια αστοχία που αναδείχτηκε από την ερευνά είναι το γεγονός ότι δεν εξαλείφθηκε πλήρως το στίγμα.

Σύμφωνα με την Παρασκευαΐδου (2014) οι κυριότερες αστοχίες που εξακολουθούν να ταλαιπωρούν την πρόοδο του προγράμματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμιση αναφέρονται στην ελλιπή χρηματοδότηση της κοινωνικής πολιτικής. Ακόμα, μια βασική αστοχία αποτελεί η υποστελέχωση του τομέα της ψυχικής υγείας τόσο σε προσωπικό όσο και σε δράσεις και προγράμματα.

Το δεύτερο θέμα υπό διερεύνηση αναφέρονταν στη θεραπεία των ασθενών με ψυχώσεις στην κοινότητα. Σε αυτό η ερευνά μας έδειξε ότι πρόκειται για μια μορφή

θεραπείας όπου γίνεται σε δομές έξω από τα νοσοκομεία. Αυτού του είδους η θεραπεία έχει πολλά οφέλη για τους ασθενείς καθώς τους προσφέρει κοινωνικοποίηση, αίσθημα ότι μπορούν να επανενταχθούν στην κοινωνία. Προγενέστερες έρευνες έχουν δείξει ότι η εφαρμογή της θεραπείας ψυχικά ασθενών σε κοινοτικό πλαίσιο έχει επιδράσει θετικά σε σχέση με την θεραπεία σε κλειστές δομές τύπου άσυλα (Παρασκευαΐδου, 2014).

Τα οφέλη από την θεραπεία των ασθενών με ψυχωσικές διαταραχές στην κοινότητα είναι πολλά όπως η κοινωνικοποίησή τους, ο σεβασμός στα δικαιώματά τους, η καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας και τέλος η οικονομική τους επανένταξη. Σε αυτά τα ευρήματα συμφωνεί και η έρευνα της Παρασκευαΐδου (2014), η οποία μεταξύ άλλων τονίζει ως όφελος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης το κλείσιμο των ασύλων και την ανάπτυξη κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας.

Αναφορικά με τις ανάγκες των ψυχωσικών ασθενών η παρούσα έρευνα έδειξε ότι οι κυριότερες ανάγκες των ασθενών με ψύχωση αναφέρονται σε υλικά αγαθά. Συγκεκριμένα, φαίνεται πως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αναφέρουν ότι οι ασθενείς έχουν ανάγκες που αφορούν, αρχικά στη διαβίωση τους (τροφή, νερό, τσιγάρα και χρήματα). Μετά επέρχονται οι ανάγκες κοινωνικοποίησης και οι επικοινωνιακές ανάγκες. Παρόμοια ευρήματα έχουν δείξει και έρευνες που έγιναν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό υγείας (Π.Ο.Υ). (2001), την Καρύδη (2010) και Καρπουτζάκη και συν (2021), όπου έδειξαν πως οι ανάγκες των ψυχικά ασθενών αναφέρονται στις καθημερινές ανάγκες τους για τη διαβίωση, την ενεργό συμμετοχή τους σε δρώμενα της κοινότητας και την επικοινωνία τους τόσο με το οικείο περιβάλλον όσο και με την ευρύτερη κοινότητα.

Τέλος, αναφορικά με πιθανές προτάσεις για την περαιτέρω πρόοδο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης όλοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας προτείνουν τη δημιουργία νέων κοινοτικών μονάδων φροντίδας και φιλοξενίας ατόμων με κριτήρια για την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών. Σύμφωνα με την έρευνα Παρασκευοπούλου (2006) ότι είχε και παλιότερα εκφραστεί από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, η ανάγκη ύπαρξης μικρών δομών που θα απευθύνονται σε ιδιαίτερες ανάγκες των ψυχικά ασθενών ή θα εξειδικεύονται σε πιο σύνθετα προβλήματα.

3.3 Περιορισμοί και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Αρχικά παρά τα αποτελέσματα της παρούσας πτυχιακής έρευνας υπήρξαν και πολλοί περιορισμοί. Αρχικά ένας από τους βασικούς περιορισμούς της είναι η γεωγραφική περιοχή για την διεξαγωγή της έρευνας. Συγκεκριμένα η έρευνα διεξάχθηκε στην Λέρο που βρίσκεται στα Δωδεκάνησα μια απομακρυσμένη περιοχή και η πρόσβαση δεν είναι καθόλου εύκολη. Τα αποτελέσματα της έρευνας απεικονίζουν την πραγματικότητα της τοπικής κοινωνίας, όπως η υποστελέχωση που υπάρχει τα τελευταία χρόνια, τα κενά του προγράμματος κάτι που ενδέχεται να διαφέρει σε άλλα μέρη της Ελλάδας κυρίως στις μεγάλες πόλεις της χώρας. Ακόμη, ένας άλλος βασικός περιορισμός αφορά και την μεθοδολογία της έρευνας. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ποιοτική μεθοδολογία, η οποία μας δίνει αναλυτικά και λεπτομερές δεδομένα για την άποψη των επαγγελματιών υγείας του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου(Κ.Θ.Λ) για τις ανάγκες των ασθενών με ψύχωση, τα κενά της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Παρότι, τα στοιχεία και οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν ήταν αναλυτικά και σχετίζονται βαθύτατα με το υπό διερεύνηση ζήτημα, εντούτοις, δεν είναι ποσοτικά μετρήσιμα τα αποτελέσματα ή συγκρίσιμα με ποσοτικό τρόπο. Επίσης, άλλος ένας αφορούσε την αντικειμενικότητα του δείγματος γιατί ο κάθε εργαζόμενος το έβλεπε με διαφορετική οπτική ματιά με βάση την αντίληψη του, την ιδεολογία και με την εμπειρία που έχει.

Τέλος, μια πολύ ενδιαφέρουσα πρόταση για περαιτέρω έρευνα αποτελεί να διεξαχθεί η έρευνα σε άλλη γεωγραφική περιοχή της Ελλάδος κυρίως σε μεγάλα αστικά κέντρα με στόχο να γίνει η σύγκριση κατά πόσο υλοποιήθηκε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στις δύο περιοχές και αν αυτά τα κενά υπήρχαν στην αρχή και στις δύο περιοχές και σε πιο βαθμό συνεχίζουν να υπάρχουν.

3.4. Προτάσεις για την ισχύουσα κοινωνική πολιτική

Τα παραπάνω αποτελέσματα που μας προκύπτουν από την έρευνα μπορούν να αξιοποιηθούν στην χάραξη μίας νέας κοινωνικής πολιτικής για τους ασθενείς με ψυχικές ασθένειες. Αρχικά, μια από τις βασικές προτάσεις για αλλαγή της τρέχουσας κατάστασης είναι να υπάρξει αύξηση ως προς την χρηματοδότηση αλλά και στα κονδύλια που αφορούν την ψυχική υγεία. Επειδή τα τελευταία χρόνια τα χρήματα που αφορούν την δημόσια υγεία αλλά και την ψυχική υγεία παρατηρείται να έχουν μία φθίνουσα πορεία παρά τις αυξημένες ανάγκες των ασθενών.

Παράλληλα, εκτός με την αύξηση των κονδυλίων, προτείνεται και η δημιουργία νέων δομών όπου μέσα σε αυτές τις δομές τα άτομα θα μπορούσα να κοινωνικοποιηθούν, αλλά και να τους παρείχαν πλήρης κοινωνική στήριξη. Επίσης κρίνεται απαραίτητη η αύξηση των θέσεων εργασίας με επαγγελματίες υγείας όπως γιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, που έχουν εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες για την παροχή αποδοτικότερων υπηρεσιών στους ασθενείς. Τέλος ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι πολύ σημαντικός διότι αποτελεί τον μεσολαβητή ανάμεσα στο ιατρικό προσωπικό(γιατρούς, ψυχολόγους, ψυχίατρους και νοσηλευτές) και με τις οικογένειες των ψυχικά πασχόντων που τους παρέχουν πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας των δικών τους προσώπων, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και τι ανάγκες έχουν αλλά και τι χρειάζονται για να επιβιώσουν.

3.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά ολοκληρώνοντας την παρούσα Πτυχιακή Έρευνα, οι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν ότι οι βασικές ανάγκες των ψυχωσικών ασθενών σχετίζονται κυρίως την στέγη, την ένδυση, το φαγητό αλλά και την κάλυψη υλικών αναγκών όπως τσιγάρα. Επίσης, δεν παρέλειψαν να μας αναφέρουν ζητήματα που αφορούν με την λήψη επιδομάτων αλλά και με την κοινωνική τους αποδοχή από την πλευρά της κοινότητας του νησιού.

Σε σχέση με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση οι επαγγελματίες διατύπωσαν την άποψη πως το πρόγραμμα έχει μείνει στάσιμο τα τελευταία χρόνια και χρειάζεται να γίνει ένας επαναπροσδιορισμός από την πλευρά των ειδικών και να δούνε τι τελικά πέτυχε το πρόγραμμα από την αρχική του φάση ως τα σημερινά χρόνια και να θέσουν μελλοντικούς στόχους ώστε να λειτουργήσει πιο αποτελεσματικά. Επίσης, μας εξήγησαν πως σημαντικό πρόβλημα αποτελεί ότι η Ψυχική Υγεία δεν έχει ένα συγκεκριμένο πλαίσιο και στηρίζεται αποκλειστικά από τις εκάστοτε κυβερνήσεις που αλλάζουν το πλαίσιο με βάση την ιδεολογική τους κατεύθυνση και προτεραιότητες που θέτουν.

Επιπλέον, οι εργαζόμενοι δεν παρέλειψαν να αναφέρουν πως το οικείο περιβάλλον αλλά και η αποδοχή τους από την πλευρά της κοινότητας του νησιού αποτελούν από τους σημαντικότερους παράγοντες για την ψυχοκοινωνική αποκατάστασή τους. Αντίστοιχα, κατά την διεξαγωγή της έρευνας βρέθηκαν και αρκετές δυσκολίες όπως η υποστελέχωση όλων των δομών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα και ειδικότερα του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου(ΚΘΛ) και ο αυξημένος φόρτος εργασίας του υπάρχοντος προσωπικού.

Επιπρόσθετα, το στίγμα της ψυχικής ασθένειας δεν φαίνεται να επιδρά αρνητικά στα άτομα που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες γιατί η κοινότητα του νησιού έχει εκπαιδευτεί κατάλληλα όλα αυτά τα χρόνια και έχει μάθει να τους αντιμετωπίζουν με σεβασμό και ως ισότιμα μέλη της κοινότητας της Λέρου χωρίς προκαταλήψεις και διακρίσεις προς σε αυτούς λόγω της ιδιαιτερότητάς τους.

Τέλος, για την κάλυψη όλων των παραπάνω ζητημάτων προτάθηκαν από τους επαγγελματίες του ΚΘΛ, η δημιουργία νέων κοινοτικών δομών με περισσότερες δραστηριότητες, να γίνει ένας επαναπροσδιορισμός του προγράμματος της ΨΜ, να γίνουν προσλήψεις με εξειδικευμένο προσωπικό όλων των ειδικοτήτων και να δοθούν περισσότερα κονδύλια για την Ψυχική Υγεία για την συνέχιση του προγράμματος.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσσα

- A.M.Kring., K-G.C. Davision., S.M. Niele&S.Johnson (2010)*Ψυχοπαθολογία μεταφρ.* Ρούσου Θ. εκδόσεις Gutenberg
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association
- Arboleda & Florez J. (2002) What causes stigma? World Psychiatry , pp. 25-26.
- Becker, T. & Vazquez-Barquero, J. (2002). The European perspective of psychiatric reform. Acta Psychiatrica Scandinavica.104(10),8-14
- Braveman, A., Kumanyika, S., Fielding, J., Laveist, T., Borrell, N., Manderscheid, R.& Troutman, A. (2011). Health disparities and health equity: The issue is justice. American Journal of Public Health, 101(1),S149–S155
- Colin Robson(2010) Η έρευνα του πραγματικού κόσμου.μεταφρ.Νταλάκου Π. Β. & Βασιλικού Κ. Εκδόσεις Gutenberg
- Dickinson, D., Bellack, A.S. & Gold, J.M. (2007). Social/communication skills, cognition, and vocational functioning in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin
- Delnoij, D., Klazinga, N. & Glasgow, K. (2002). Integrated Care in an International Perspective. International Journal of Integrated Care ,2(2), 4-19.
- Giddens A. (2002). Κοινωνιολογία. Αθήνα: Gutenberg.
- Johnson S., Zinkler, M. & Priebe, S. (2001).Mental health service provision in England, Acta Psychiatrica Scandinavica, 2001, 104:47-55
- Krishnan, R. R., Fivaz, M., Kraus, M. S., & Keefe, R. S. E. (2011). Hierarchical temporal processing deficit model of reality distortion and psychoses. Molecular psychiatry
- Laville, J. & Nyssens, M. (2001).The social enterprise. Towards a theoretical socioeconomic approach. USA: University of Wisconsin
- Lindelius, B. (2012).P-644 - Involuntary treatment in Swedish psychiatry.European Psychiatry,27(1),1-16
- McCrone, P., Leese, M., Thornicroft, G., Schene, A., Knudsen, H.C., Vdzquez-Barquero, J.L., Tansella, M., Becker, X., and the EPSILON study group. (2001). A comparison of needs of patients with schizophrenia in five European

countries: The EPSILON study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, pp. 370-379.

- McDaid, D. & Thornicroft, G. (2005). *Mental health II: balancing institutional and community-based mental health care*. Policy Brief. Copenhagen: WHO
- Mental Health Europe. (2018). *From Exclusion to Inclusion. The way Forward to Promoting Social Inclusion of People with Mental Health Problems in Europe*.
- Slade, M., Phelan, M. & Thornicroft, G. (1998). A comparison of needs assessed by staff and by an epidemiologically representative sample of patients with psychosis.
- Rob G., *From Asylum to Community: mental health policy in modern America*, Princeton, NJ Princeton University Press, 1991
- Sjølie, H., Karlsson, B., Kim,(2010). Crisis resolution and home treatment: structure, process and outcome - a literature review. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 17,881-892
- Wade.C.&Tavris.C.(2018) ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ, 12ηεκδοση μεταφρ. Πολυματίδου Π. Τόπος έκδοσης: Θεσσαλονίκη Εκδόσεις: ΤΣΙΟΛΑ
- WATSON PATRICK W & CORRIGAN AMY C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* , pp. 16–20
- Weinberger DR, The biological basis of schizophrenia: new directions, *Journal of Clinical Psychiatry*, 1997, 58:22-27
- WHO, *The world health report (2001), Mental health: new understanding new hope*, Geneva
- World Health Organization, (2006) *Mental Health Policy Project: Addressing needs improving services*,
- Yung, A. R., Nelson, B., Thompson, A., & Wood, S. J. (2010). The psychosis threshold in Ultra High Risk (prodromal) research: is it valid?.

Ελληνικά

- *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη (2003) Συλλογικό έργο. Επιμ: Δημήτρης Δαμίγος. Εκδόσεις: Παπαζήση*
- Αντωνίου-Λιόλη. (2013). *Δικαιώματα των ψυχικά ασθενών. Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιά.*
- Δουλκερίδου Π. (2013). *Διάρθρωση και κατανομή υπηρεσιών Κέντρων και Μονάδων Ψυχικής Υγείας Ν. Θεσσαλονίκης. Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

- Εμμανουηλ Κ. &Κουφογιάννη Κ.(2007) *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στη Λέρο. Ποιότητα ζωής- εξωνοσοκομιακές δομές και ο ρόλος των κοινωνικών στάσεων στην ψυχική νόσο.* (Πτυχιακή εργασία) Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών
- Καλλινικάκη Θ. (2010) *Ποιοτικές μέθοδοι στην έρευνα της κοινωνικής εργασίας* 2^η έκδοση. Εκδόσεις τόπος
- Μαδιανός, Μ. (2009). Οι περιπέτειες της ημιτελούς μεταρρύθμισης από την περίπτωση της Λέρου στο Ψυχαργός. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα–ανάγκες, προτάσεις, λύσεις. *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη Ελλάδα-ανάγκες προτάσεις λύσεις»* εκδ. Σακκουλά Αθήνα.
- Μεγαλοοικονόμου Θ. (2017) *Λέρος Μια ζωντανή αμφισβήτηση της κλασικής ψυχιατρικής.* Εκδόσεις Άγρα, Τόπος: Αθήνα
- Πλουμπίδης Δ.(1989), *Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα*, εκδόσεις Σύγχρονα Θέματα, Τόπος: Θεσσαλονίκη
- Παρασκευαΐδου Σ & Κατσαλιάκη Κ. (2015). Αξιολόγηση των υπηρεσιών και των δομών ψυχικής υγείας του προγράμματος «Ψυχαργός». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής .
- *Ψυχαργός (2011) Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009* Αθήνα . Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Ιστοσελίδες:

- Βαρουχάκης Χ. (2007). *Γενικό Άρθρο Ψυχιατρική Το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο και η πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.* Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:<http://www.psychiatriki-journal.gr/documents/psychiatry/18.1-GR-2007-80.pdf> (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Γαλανάκη Β. &Μπαλτσάκη Α (2019). *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και ιστορική εξέλιξη της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας* Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηρακλείου. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
https://apothesis.lib.hmu.gr/bitstream/handle/20.500.12688/9665/GalanakiVasileia_BaltzakiAikaterina2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Γιώτα Χ.(2017) *Κοινωνική οικονομία και Ψυχικά ασθενείς: Η περίπτωση του ΚΟΙΣΠΕ Ηλιοτρόπιο.*(Διπλωματική Εργασία) Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://amitos.library.uop.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/3797/470-2017%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20.pdf?sequence=1> (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Γκρούτσης Ν. (2010) *Αξιολόγηση της ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα* Πανεπιστήμιο Πειραιώς και ΤΕΙ Πειραιά (πτυχιακή εργασία) διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/7809/Gkroutsis_Nikolaos.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Επιτελική δομή Εσπα (2022) *Σχέδιο δράσης για την μεταρρύθμιση στον τομέα ψυχικής υγείας « Ψυχαργός» 2001-2010.* Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: [Οι ραγδαίες αλλαγές του κοινωνικού, οικονομικού και πολιτισμικού προτύπου και τα νέα επιδημιολογικά δεδομένα στον τομέα της Ψυχικής Υγείας την τελευταία εικοσαετία έχουν καταστήσει αναγκαία την εμβάθυνση και](#)

[τον εμπλουτισμό των εφαρμοζόμενων πολιτικών κα \(edespa-ygeia.gr\)](https://www.edespa-ygeia.gr) (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)

- Ζαφειροπούλου, Μ. (2016). *Ποιοτική ερευνητική μεθοδολογία*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : <https://slideplayer.gr/slide/11164068/> (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Ζώρη Α, (2019) *Δικαίωμα στον χώρο της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα της κρίσης: Προκλήσεις, προοπτικές και κρατικοί προβληματισμοί* (Διπλωματική εργασία) Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: https://apothesis.eap.gr/bitstream/repo/41278/1/501398_%CE%96%CF%8E%CF%81%CE%B7_%CE%91%CE%B8%CE%B7%CE%BD%CE%AC.pdf (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Ίντσας Γ. *Ψυχιατρική μεταρρύθμιση*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: https://eclass.ekdd.gr/esdda/modules/document/file.php/KST_BEID_PDYY127/%CE%A5%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CF%83%CE%AF%CE%B5%CF%82%20%CE%A8%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82%20-%20%CE%A3%CE%B7%CE%BC%CE%B5%CE%B9%CF%8E%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82%20%26%20%CE%A0%CE%B1%CF%81%CE%BF%CF%85%CF%83%CE%AF%CE%B1%CF%83%CE%B7%20%CE%9C%CE%B1%CE%B8%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82%20%28%CE%94%CF%81.%20%CE%93%CE%B5%CF%8E%CF%81%CE%B3%CE%B9%CE%BF%CF%82%20%CE%8A%CE%BD%CF%84%CE%B1%CF%82%29%2.%20%CE%8A%CE%BD%CF%84%CE%B1%CF%82%20%CE%93%CE%B5%CF%8E%CF%81%CE%B3%CE%B9%CE%BF%CF%82%20-%20%CE%A0%CE%B1%CF%81%CE%BF%CF%85%CF%83%CE%AF%CE%B1%CF%83%CE%B7%20%CE%9C%CE%B1%CE%B8%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82_%CE%A8%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1.pdf (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Καλλιγέρη Έ. (2012) *ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΜΕΛΟΣ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ*, (Διπλωματική Εργασία) Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://core.ac.uk/download/132824155.pdf> (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Καλογεροπούλου Μαρία. (χ.χ.). *Η συμβολή των οργανώσεων χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: https://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/16/12/654.pdf (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Καραστεργίου Κ. (2022) *Στίγμα και Ψυχική ασθένεια* Ιatronet Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://www.iatronet.gr/vgeia/psyxiki-vgeia/article/5712/stigma-kai-psyxiki-astheneia.html> (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Καρπουτζάκη Ζ. , Καστρίτης Χ. & Λελεδάκη Ν.(2021) *Ψύχωση και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση: Ποιες είναι οι απόψεις των ειδικών;* (Πτυχιακή Εργασία) Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο. Διαθέσιμη ιστοσελίδα: https://apothesis.lib.hmu.gr/bitstream/handle/20.500.12688/10231/KarpoutzakiZoi_KastritisCharalampos_LeledakiNikoleta2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου (2018) Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://leros-hospital.gr/> (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)

- Κατσαδώρας Κ.(χ.χ) *Δυναμική προσέγγιση του Οικοτροφείου*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:<https://www.klimaka.org.gr/wp-content/uploads/2017/05/ORAMA-OIKOTROFEIA.pdf> (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- *Λειτουργία του ΚΘ-ΓΝ-ΚΥ Λέρου* (2018) Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://leros-hospital.gr/%ce%bb%ce%b5%ce%b9%cf%84%ce%bf%cf%85%cf%81%ce%b3%ce%af%ce%b1-%cf%84%ce%bf%cf%85-%ce%ba%ce%b8-%ce%b3%ce%bd-%ce%ba%cf%85-%ce%bb%ce%ad%cf%81%ce%bf%cf%85/> (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Λιακουνάκου. Β. (2010) *Μονάδες ψυχικής & κοινωνικής φροντίδας στον Νομό Μεσσηνίας* , (Πτυχιακή εργασία), Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας διαθέσιμη ιστοσελίδα: http://nestor.teipel.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/13015/SDO_DMYP_00999_Medium.pdf?sequence=1(Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Λιάπα Ι.Β.(2018) *Η προβληματική της Ψυχιατρικής νοσηλείας κατά τα άρθρα 95-100 του ν.2071/1992 και κατά τα άρθρα 69-70⁴ του Ποινικού Κώδικα* (Διπλωματική Εργασία) Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [:https://pergamos.lib.uoa.gr/uoa/dl/frontend/file/lib/default/data/2863459/theFile](https://pergamos.lib.uoa.gr/uoa/dl/frontend/file/lib/default/data/2863459/theFile) (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Νόηση (2022) *Ψυχική υγεία :Μύθοι και πραγματικότητα* Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://www.noesi.gr/psychiki-ygeia-mythoi-kai-pragmatikotita> (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Π. Σακελαρόπουλος (2022) *Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής 19 Μύθοι για την Ψυχική υγεία* Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://svinoumetostigma.gr/19-mythoi/> (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Παλιόκα .Ε. , Παττακού.Γ. & Τελεμέ. Π.(2019)*ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ – ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ* (Πτυχιακή εργασία) Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:https://apothesis.lib.hmu.gr/bitstream/handle/20.500.12688/9069/PaliokaEleftheria_PattakouGaryfalia_TelemePanagiota2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Τελευταία πρόσβαση 22/08//2023)
- Παρασκευαΐδου Σ, (2014) *Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: μέτρηση και σύγκριση των αντιλήψεων α) των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας και β) των συνοδών ατόμων με ψυχικές διαταραχές σχετικά με την Ψυχιατρική μεταρρύθμιση και τις επιπτώσεις που επήλθαν από αυτήν* (Διατριβή επιπέδου μάστερ) Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/handle/11128/1597/%ce%94%ce%9c%ce%a5-2014-00219.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Περιτογιάννης. Β, (2014)*Η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.mednet.gr/archives/2014-6/pdf/669.pdf> (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Περιτογιάννης, Β. & Χ. Ληξουριώτης, & Β. Μαυρέας (2018) *Ο ασθενής με ψύχωση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://www.mednet.gr/archives/2018-4/pdf/446.pdf> (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Πλεμμένος Π. (2017) *Το στίγμα και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Μια μελέτη περίπτωσης* (Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία) Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου. Διαθέσιμο στην

ιστοσελίδα: <https://amitos.library.uop.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/3745/%CE%94%CE%99%CE%A0%CE%9B%CE%A9%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%99%CE%9A%CE%97%20%CE%95%CE%A1%CE%93%CE%91%CE%A3%CE%99%CE%91.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)

- Σαλπιστής Σ. Ν. ,(2021) *Ψύχωση: συμπτώματα, είδη ψυχώσεων, αντιμετώπιση* Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : <https://www.i-psylogos.gr/psixosi/>(Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Στυλιανίδης Σ.& Θεοχαράκης Ν &Χόνδος Π.Χ.(2011) *Το μετέωρο βήμα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Μια διαδρομική πρόσσεγγιση με επίκαιρα ερωτήματα.* Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://www.archaiologia.gr/wp-content/uploads/2011/07/105-8.pdf> (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Σωτηρία Αντωνίου-Λιόλη (2013) *Τα Δικαιώματα των Ψυχικά Ασθενών* (Διπλωματική Εργασία) Πανεπιστήμιο Πειραιώς και Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πειραιά . Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/6268/Antoniou-Lioli.pdf?sequence=2&isAllowed=y> (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Τσαμαδού Ε.(2014) *Από το φρενοκομείο στη Λέρο και την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση: νομικό πλαίσιο και ηθικοκοινωνικές διαστάσεις.*(Διπλωματική Εργασία) Αριστοτέλειο Πανεπιστημίο Θεσσαλονίκης. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://ikee.lib.auth.gr/record/135830/files/GRI-2015-13772.pdf> (Τελευταία πρόσβαση 22/08//2023)
- Τσάτσου Βάγια,1997 *η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα διαχρονική Εξέλιξη και οι πρόσφατες μεταρρύθμισης,* Τει Καλαμάτας (πτυχιακή Εργασία) διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://nestor.teipel.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/12111/SDO_DMYP_00_052_Medium.pdf?sequence=1 (Τελευταία πρόσβαση 22/08//2023)
- Τσιώλης, Γ.(2017) *Θεματική Ανάλυση Ποιοτικών Δεδομένων.* Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.amarkos.gr/material/Thematic_Analysis.pdf(τελευταία πρόσβαση 22/08//2023)
- Τσιώλης ,Γ. (2018) *Θεματική ανάλυση ποιοτικών δεδομένων. Στο Γ. Ζαϊμάκης Ερευνητικές διαδρομές στις Κοινωνικές Επιστήμες. Θεωρητικές – Μεθοδολογικές Συμβολές και Μελέτες Περίπτωσης* Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: https://www.researchgate.net/publication/329363823_G_Tsioles_2018_Thematike_analyse_poiotikon_dedomenon_Sto_G_Zaimakes_epim_Ereunetikes_diadromes_stis_Koinonikes_Epistemes_Theoretikes_-_Methodologikes_Symboles_kai_Meletes_Periptoses_Panepistemio_Krete (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Τσουκάλα Α. &Τάσιου Σ.Σ. & Φωτεινοπούλου Δ. (2019) *Δομές Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης: Απόψεις Φοιτητών νοσηλευτικής- εξειδικευμένες νοσηλεύτης* (Πτυχιακή Εργασία) Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://repository.teiwest.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/7593/%CE%94%CE%9F%CE%9C%CE%95%CE%A3%20%CE%A8%CE%A5%CE%A7%CE%9F%CE%9A%CE%9F%CE%99%CE%9D%CE%A9%CE%9D%CE%99%CE%9A%CE%97%CE%A3%20%CE%91%CE%A0%CE%9F%CE%9A%CE%91%CE%A4%CE%91%CE%A3%CE%A4%CE%91%CE%A3%CE%97%CE%A3%20-%20%CE%91%CE%A0%CE%9F%CE%A8%CE%95%CE%99%CE%A3%20%CE%A6%CE%9F%CE%99%CE%A4%CE%97%CE%A4%CE%A9%CE%9D%20%CE%9D%CE%9F%CE%A3%CE%97%CE%9B%CE%95%CE%A5%CE%A4%CE%99%CE%9A%CE%97%CE%A3%20->

https://eclass.ekdd.gr/esdda/modules/document/file.php/KST_BEID_PDYY127/%CE%A5%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CF%83%CE%AF%CE%B5%CF%82%20%CE%A8%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82%20%20%CE%A3%CF%85%CE%BC%CF%80%CE%BB%CE%B7%CF%81%CF%89%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CE%95%CE%BA%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CE%A5%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%28%CE%94%CF%81.%20%CE%93.%20%CE%8A%CE%BD%CF%84%CE%B1%CF%82%29/%CE%95%CE%BA%CF%84%CE%AF%CE%BC%CE%B7%CF%83%CE%B7%20%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CE%B3%CE%BA%CF%8E%CE%BD%20%CF%88%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82%20%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD%20%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1.pdf (Τελευταία πρόσβαση 22/08//2023)

- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ (2005) *ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ*
Μεθοδολογικός Οδηγός Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
https://eclass.ekdd.gr/esdda/modules/document/file.php/KST_BEID_PDYY127/%CE%A5%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CF%83%CE%AF%CE%B5%CF%82%20%CE%A8%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82%20%20%CE%A3%CF%85%CE%BC%CF%80%CE%BB%CE%B7%CF%81%CF%89%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CE%95%CE%BA%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CE%A5%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%28%CE%94%CF%81.%20%CE%93.%20%CE%8A%CE%BD%CF%84%CE%B1%CF%82%29/%CE%95%CE%BA%CF%84%CE%AF%CE%BC%CE%B7%CF%83%CE%B7%20%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CE%B3%CE%BA%CF%8E%CE%BD%20%CF%88%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82%20%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD%20%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1.pdf (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Φαζάκης Ε. (2018) *Ψυχιατρική μεταρρύθμιση* Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα :
<https://kepsyan.gr/%CF%88%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%BC%CE%B5%CF%84%CE%B1%CF%81%CF%81%CF%8D%CE%B8%CE%BC%CE%B9%CF%83%CE%B7-psychiatry-reform/> (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Χριστοδούλου Ευ.Θ.(2022) *Συγχρονική Μελέτη της ενσυνείδητης διατροφής και της προσκόλλησης στη Μεσογειακής δίαιτα με την ψυχική ανθεκτικότητα*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://hellanicus.lib.aegean.gr/handle/11610/23362>(Τελευταία πρόσβαση 22/08//2023)
- ΨTherapia.gr, Αρ.Βάτης (2017) Διαθέσιμο στο διαδίκτυο:
<https://www.therapia.gr/psychiatry/sxizofrenia-psyxosi/> (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Ιatronet (2022) *Ψυχώσεις*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/psychwsi.html> (Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Iatropedia (2022) *Ψύχωση: Τι είναι ακριβώς – Αίτια, συμπτώματα, διάγνωση και θεραπεία* Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://www.iatropedia.gr/>(Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Mental health human rights and standards of care (2018) Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
<https://neaygeia.gr/2018/07/i-frontidas-sta-idrymata-psychikis-ygeias-stin-evropi-vrisketai-poly-piso-apo-ta-diethnos-symfonimena-protypa-perithalpsis-aksiologisi-tou-p-o-y>
(Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)
- Phychologynow.gr (2018) *Η σημασία της υπεύθυνης ενημέρωσης της οικογένειας των ψυχικά πασχόντων* Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://www.psychologynow.gr/arthra-psyxologias/koinonia/stigma/5173-i-simasia-tis-ypeythynis-enimerosis-tis-oikogeneias.html>
(Τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)

- PhyNet (2022) *Τι είναι ψύχωση*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://www.psynet.gr/index.php/psychoseis/katanoontas-psychoi/154-psychosis-orismos> (τελευταία πρόσβαση 22/08/2023)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παράρτημα 1 Οδηγός Συνέντευξης

A.ΜΕΡΟΣ

Κοινωνικό- Δημογραφικά Στοιχεία

- 1) Φύλο:
- 2) Ηλικία:
- 3) Οικογενειακή κατάσταση:
- 4) Μορφωτικό επίπεδο:
- 5) Επαγγελματική Ιδιότητα:
- 6) Τομέας απασχόλησης:
- 7) Έτη προϋπηρεσίας:

B. ΜΕΡΟΣ

ΘΕΜΑΤΙΚΕΣ ΕΝΟΤΗΤΕΣ:

A) Πως υλοποιήθηκε η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση για τους ασθενείς με ψύχωση και τις οικογένειές τους, ποια είναι τα προβλήματα που δημιουργούνται και πως αντιμετωπίζονται:

B) Θεραπεία ασθενών με ψύχωση στην κοινότητα

Γ) Ασθενείς με ψύχωση και οι ανάγκες των οικογενειών τους

Δ) Δυσκολίες- προβλήματα στην θεραπεία ασθενών με ψύχωση και των οικογενειών τους.

Ε) Προτάσεις για το μέλλον

Παράρτημα 2: Άδεια συγκατάθεσης- Συμμέτοχης

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ: Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και χρόνιοι ψυχωτικοί ασθενείς. Ποιες οι απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ / ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Ποιοτική Έρευνα με τίτλο: Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και χρόνιοι ψυχωτικοί ασθενείς. Ποιες οι απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Επιστημονικά Υπεύθυνη: Μαρία Μουδάτσου, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Μεσογειακού Πανεπιστημίου Κρήτης.

Ο σκοπός της έρευνας.

Ο σκοπός της ποιοτικής έρευνας είναι να μελετήσει τις απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τον τρόπο υλοποίησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα και συγκεκριμένα στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου. Θα μελετηθούν οι αλλαγές που έχει επιφέρει η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην περίθαλψη των ασθενών με ψύχωση. Ειδικότερα θα διερευνηθεί ποιες είναι οι βελτιώσεις που έχουν γίνει. Ποια τα προβλήματα που εξακολουθούν να υπάρχουν. Καθώς επίσης και προτάσεις για το μέλλον

Η μεθοδολογία της έρευνας

Η παρούσα έρευνα θα είναι μια ποιοτική έρευνα και θα πραγματοποιηθεί με ημιδομημένη συνέντευξη και εκτιμάται ότι θα διαρκέσει περίπου 20 λεπτά για τον κάθε ένα επαγγελματία ψυχικής υγείας που θα συμμετάσχει. Οι συνεντεύξεις θα διεξαχθούν δια ζώσης σε τόπο και χρόνο που θα καθοριστούν μετά από συνεννόηση και θα μαγνητοφωνούνται.

Πριν την έναρξη της συνέντευξης, ζητείται από τους μετέχοντες να συναινέσουν στην μαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων, για την διευκόλυνση της καταγραφής.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική. Εάν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, αποδέχεστε τους όρους που περιγράφονται στο παρόν έντυπο συγκατάθεσης. Σας ενημερώνουμε ότι μετά την υποβολή των (ανώνυμων) απόψεών σας, δε θα είναι δυνατό να αποσύρετε τη συμμετοχή σας από την έρευνα.

Η απάντηση σε κάθε ερώτηση δεν είναι υποχρεωτική σε περίπτωση που κάποιος συμμετέχων δεν επιθυμεί να απαντήσει σε κάποια ερώτηση.

Όλες οι πληροφορίες που θα συλλέξουμε κατά τη διάρκεια της έρευνας θα κρατηθούν αυστηρά εμπιστευτικές και θα είναι προσβάσιμες μόνο στα μέλη της ερευνητικής ομάδας. Σε καμία αναφορά ή δημοσίευση που θα κάνουμε δεν θα περιλαμβάνουμε τα προσωπικά σας δεδομένα, δηλαδή δεν θα είναι δυνατό να ταυτοποιηθείτε καθ' οιονδήποτε τρόπο.

Έλαβα υπόψη τα ανωτέρω και συναινώ να στη συμμετέχω στην παρούσα έρευνα.

Ημερομηνία

Υπογραφή

Παράρτημα 3: Αίτημα για άδεια και πρόσβασης

ΠΡΟΣ: ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ

Θέμα: Έγκριση άδειας για έρευνα από ομάδα φοιτητών του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου.

Αξιότιμες/οι κυρίες/οι

Από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του ΕΛΛΜΕΠΑ έχει εγκριθεί, να εκπονηθεί πτυχιακή εργασία με τίτλο, η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και οι χρόνιοι ψυχωτικοί ασθενείς. Ποιες οι απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, από τους σπουδαστές Βελετά Δέσποινα και Κοκκώνα Φώτιο και επιβλέπουσα καθηγήτρια την Δρ. Μαρία Μουδάτσου.

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας αποτελεί, η μελέτη των απόψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τον τρόπο υλοποίησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Θα μελετηθούν οι αλλαγές που έχει επιφέρει αυτή η μεταρρύθμιση, στην περίθαλψη των ασθενών με ψύχωση. Ειδικότερα θα διερευνηθεί ποιες είναι οι βελτιώσεις που έχουν γίνει. Ποια τα προβλήματα που εξακολουθούν να υπάρχουν. Καθώς επίσης και οι προτάσεις για το μέλλον.

Παρακαλούμε όπως κάνετε αποδεκτή την αίτηση μας να πραγματοποιήσουμε την μελέτη σε συνεργασία με Κοινωνικούς Λειτουργούς, Ψυχολόγους, Ψυχιάτρους και Νοσηλευτές, της υπηρεσίας σας, σε ώρα και μέρα που δεν θα εμποδίζει την ομαλή λειτουργία σας προκειμένου να γίνουν οι συνεντεύξεις της έρευνάς μας.

Ειδικότερα έχει εγκριθεί να γίνει ποιοτική έρευνα. Θ γίνουν στους προαναφερθέντες επαγγελματίες ημιδομημένες συνεντεύξεις.

Οι θεματικές ενότητες που θα διερευνηθούν είναι οι κάτωθι:

A. Πως υλοποιήθηκε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους, ποια είναι τα προβλήματα που δημιουργούνται και πως αντιμετωπίζονται

B. Θεραπεία ασθενών με ψύχωση στην κοινότητα

Γ. Ασθενείς με ψύχωση και οι ανάγκες των οικογενειών τους.

Δ. Δυσκολίες/ προβλήματα στην θεραπεία ασθενών με ψύχωση και των οικογενειών τους

E. Προτάσεις για το μέλλον

Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα τηρηθεί πλήρης εχεμύθεια και απόλυτη εμπιστευτικότητα στα στοιχεία που θα προκύψουν από τις συνεντεύξεις.

Για πληροφορίες μπορείτε να απευθυνθείτε στα εξής τηλέφωνα

Ομάδα φοιτητών:

ΒΕΛΕΤΑ ΔΕΣΠΟΙΝΑ: ΤΗΛ: 6946916859 & Email: deppulinaki@gmail.com

ΚΟΚΚΩΝΗΣ ΦΩΤΙΟΣ: ΤΗΛ: 6909148338&Email: fotispa122@gmail.com

Η ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΔΡ. ΜΟΥΔΑΤΣΟΥ ΜΑΡΙΑ: ΤΗΛ, 6938980463 & Email, moudatsoum@yahoo.gr

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνεργασία σας.

Είμαστε στην διάθεσή σας για συνεργασία.

ΟΙ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ

ΒΕΛΕΤΑ ΔΕΣΠΟΙΝΑ & ΚΟΚΚΩΝΗΣ ΦΩΤΙΟΣ