



**ΤΕΙ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ-ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

***Πτυχιακή Εργασία***  
**«Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ιστορική εξέλιξη της νοσηλευτικής**  
**ψυχικής υγείας»**



**Σπουδάστριες:**

Γαλανάκη Βασιλεία

Μπαλτζάκη Αικατερίνα

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:**

Καρτσωνάκη Μαρία, Εργαστηριακός συνεργάτης ΤΕΙ, Νοσηλευτικής,

Νοσηλεύτρια ΜΕΘ ΠΑΓΝΗ, MSc, PhDc

ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΜΑΙΟΣ 2019

**© Η παρούσα πτυχιακή εργασία εγκρίθηκε από το Τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης στις 16/03/2018 με αριθμό Πρωτοκόλλου 424 και αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης και των συγγραφέων (Ν. 2121 /1993).**

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

<i>ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ</i> .....	<i>vi</i>
<i>ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΕΙΚΟΝΩΝ</i> .....	<i>vii</i>
<i>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</i> .....	<i>viii</i>
<i>ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ</i> .....	<i>ix</i>
<i>Περίληψη</i> .....	<i>10</i>
<i>Abstract</i> .....	<i>11</i>
<i>Γενικό Μέρος</i> .....	<i>12</i>
<i>Εισαγωγή</i> .....	<i>12</i>
<i>1. 1 Ψυχιατρική: Μια σύντομη ιστορική αναδρομή</i> .....	<i>12</i>
<i>1.2 Ψυχική υγεία και ψυχικές παθήσεις</i> .....	<i>15</i>
<i>1.3 Αίτια ψυχικών παθήσεων</i> .....	<i>18</i>
<i>1.4 Ιστορική Εξέλιξη ψυχικής νόσου</i> .....	<i>18</i>
<i>Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup></i> .....	<i>20</i>
<i>Κοινωνική ψυχιατρική</i> .....	<i>20</i>
<i>2.1 Κοινωνική ψυχιατρική: προσπάθεια προσέγγισης του όρου</i> .....	<i>20</i>
<i>2.1.1 Βασικές αρχές κοινωνικής ψυχιατρικής</i> .....	<i>22</i>
<i>Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup></i> .....	<i>24</i>
<i>Ψυχιατρικοί ασθενείς</i> .....	<i>24</i>
<i>3.1 Ανάγκες ψυχιατρικών ασθενών</i> .....	<i>24</i>
<i>3.2 Επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο</i> .....	<i>25</i>
<i>3.3 Κοινωνικός αποκλεισμός ασθενών -στιγματισμός</i> .....	<i>26</i>
<i>Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup></i> .....	<i>28</i>
<i>Εξέλιξη ψυχιατρικών νοσοκομείων</i> .....	<i>28</i>
<i>4.1 Άσυλο</i> .....	<i>28</i>

4.2 Ψυχιατρικό νοσοκομείο 19 <sup>ο</sup> αιώνα .....	29
4.3 Εποχή της πυράς .....	29
4.4 Ψυχικά νοσήματα στην ελληνική αρχαιότητα .....	30
4.5 Ψυχιατρεία στην Ελλάδα .....	30
4.6 Η αναθεώρηση των ασύλων.....	31
4.7 Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.....	32
<b>Ειδικό μέρος: Ανάλυση της έρευνας.....</b>	<b>33</b>
Κεφάλαιο 5 <sup>ο</sup> : .....	34
Μεθοδολογία Έρευνας .....	34
5.1 Σκοπός της εργασίας και στόχοι της εργασίας.....	34
5.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	34
5.3 Είδος της μελέτης.....	35
5.4 Υλικό και μέθοδος.....	37
5.4.1 Περιγραφικά στοιχεία μελετών.....	38
Κεφάλαιο 6 <sup>ο</sup> :.....	47
Αποτελέσματα.....	47
6.1 Ιστορική εξέλιξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.....	47
6.2 Λόγοι ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα .....	50
6.3 Δυσκολίες ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα .....	50
6.4 Η ψυχιατρική περίθαλψη σε άλλες χώρες.....	53
6.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας.....	55
7. Συμπεράσματα.....	57
Βιβλιογραφία.....	62
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 .....</b>	<b>67</b>
<b>ΑΔΕΙΑ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ .....</b>	<b>67</b>

<i>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 .....</i>	<i>68</i>
<i>ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΚΟ ΥΛΙΚΟ- ΟΙ ΕΙΚΟΝΕΣ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....</i>	<i>68</i>

**ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ**

*Πίνακας 1: Εξελίξεις στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση .....37*

*Πίνακας 2: Περιγραφικά στοιχεία μελετών .....38*

**ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΕΙΚΟΝΩΝ**

Εικόνα 1: *Ανάγκες ψυχιατρικών ασθενών*.....24

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Με το πέρας του χρόνου και έχοντας αρχίσει να αντιλαμβανόμαστε ότι φτάσαμε στο τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τη σχολή μας για τις βάσεις που μας έθεσε και φτάσαμε σε αυτό το σημείο.

Ιδιαίτερα θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στην επιβλέπουσα καθηγήτρια κυρία Μαρία Καρτσωνάκη η οποία με την εμπειρία που διαθέτει, τις γνώσεις της και τις καίριες παρατηρήσεις της μας οδήγησε στο μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας στήριξαν σε αυτήν την δύσκολη προσπάθεια.

Νιώθουμε πιο δυνατές σε γνώσεις και εμπειρία μέσα από αυτή την διαδικασία.



## **ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ**

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ)

Μη Κερδοσκοπικών Εταιρειών (ΜΚΟ)

Μοντέλο Διαχείρισης του Περιστατικού (ΜΔΠ)

Κέντρα Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ)

Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)

Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε)

## Περίληψη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ψυχική ασθένεια δεν είναι μια καινούρια πραγματικότητα, αλλά αντίθετα στο πέρασμα των αιώνων υπάρχουν ιστορικές μαρτυρίες όπως υπήρχε και ο στιγματισμός που την συνοδεύει. Μέσα στο πέρασμα των αιώνων η ψυχιατρική πέρασε από διάφορες διακυμάνσεις, μέχρι που τον 20ο πια αιώνα αρχίζει η ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας ιστορικής μελέτης ήταν να διερευνηθεί η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ιστορική εξέλιξη της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας στο πέρασμα των αιώνων από την αρχαιότητα ως σήμερα.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Έγινε αναζήτηση ανασκοπήσεων και ερευνητικών εργασιών στην ελληνική αλλά και στην διεθνή βιβλιογραφία στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, PubMed, Iatrotek, Scholar google, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Βήμα Ασκληπιού κλπ. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: Ψυχιατρική μεταρρύθμιση, άσυλο, ιστορική εξέλιξη νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, ψυχική υγεία/ασθένεια.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα θεσπίστηκε με την ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1397/83), (ΕΣΥ, 1983)διευρύνθηκε με τον Ν.2071/92 (2071-1992, 1992)και παγιώθηκε με το Ν.2716/99 (Ν.2716/99, 1999)περί «Αναπτύξεως και εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις». Κύριος λόγος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, ήταν και παραμένει η κατάργηση των ασύλων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:**Ο βασικός λόγος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που ξεκίνησε πριν από είκοσι χρόνια, είναι η παύση των ασύλων και η δημιουργία ενός συστήματος που σκοπό θα έχει να αλληλεπιδρά όσον αφορά τις ανάγκες των κατοίκων της. Οι δυσκολίες που συνάντησε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, προέκυψε ότι τα προβλήματα που έχουν προκύψει είναι πολλά και ποικίλα. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας καλούνται να ανταποκριθούν σε νέους ρόλους έχοντας να αντιμετωπίσουν μια σειρά σημαντικών προβλημάτων και ελλείψεων.

**ΛΕΞΕΙΣΚΛΕΙΔΙΑ:** Ψυχιατρική μεταρρύθμιση, άσυλο, ιστορική εξέλιξη νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, ψυχική υγεία/ασθένεια.

## **Abstract**

**INTRODUCTION:** Mental illness is not a new reality, but instead, over the centuries, there are historical testimonies as there was the stigma attached to it. Over the centuries, psychiatry has gone through various fluctuations, until psychiatric reform begins in the 20th century.

**AIM:** The purpose of this historical study was to investigate psychiatric reform and the historical evolution of nursing mental health over the centuries from antiquity to the present.

**METHODOLOGY:** We searched for researches and research papers in the Greek and international bibliography in the electronic databases, PubMed, Iatrotek, Scholar google, Hellenic Medicine Archives, Aspilion's Step etc. The key words used were: Psychiatric Reform, Asylum, Historical Development of Nursing Mental Health , mental health / illness.

**RESULTS:** The Psychiatric Reform in Greece was established by the adoption of the Law on the National Health System (Law 1397/83) (NHS, 1983) extended by Law 2071/92 (2071-1992, 1992) 2716/99 (Law 2716/99, 1999) on "Development and modernization of mental health services and other provisions". The main reason for psychiatric reform was, and remains, the abolition of asylum.

**CONCLUSIONS:** The main reason for the psychiatric reform that began twenty years ago is the abolition of asylum and the organization of a mental health service system of different types to meet the needs of its inhabitants. The difficulties encountered by psychiatric reform in Greece have shown that the problems that have arisen are many and varied. Mental health nurses are called upon to respond to new roles by addressing a number of important problems and shortcomings.

**KEY WORDS:** Psychiatric reform, asylum, historical development of nursing mental health, mental health / illness.

## Γενικό Μέρος

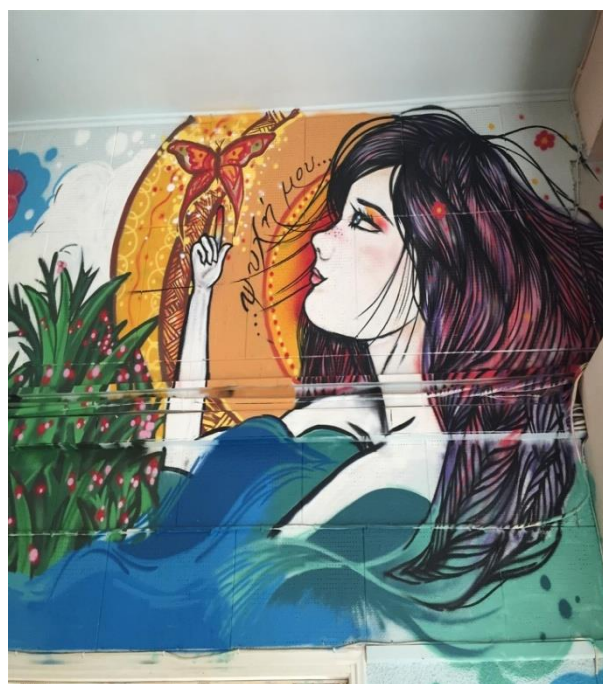
### Εισαγωγή

#### 1. 1 Ψυχιατρική: Μια σύντομη ιστορική αναδρομή

Η ψυχική ασθένεια δεν είναι μια καινούρια πραγματικότητα, αλλά αντίθετα στο πέρασμα των αιώνων υπάρχουν ιστορικές μαρτυρίες όπως υπήρχε και ο στιγματισμός που την συνοδεύει. Τα άσυλα που χρησιμοποιούνταν ως χώροι συνάθροισης των ασθενών βοήθησαν στην διαιώνιση της άποψης ότι οι ασθενείς με ψυχικά νοσήματα ήταν δαίμονες. Πολλές φορές πίστευαν ότι η ψυχική ασθένεια σχετιζόταν με την επισκίαση από κάποια θεϊκή δύναμη ή δαιμονική (Arboleda & Florez J, 2002).

Στα αρχαία ελληνικά και ρωμαϊκά συγγράμματα κυριαρχεί η άποψη ότι η ψυχική αρρώστια είναι αποτέλεσμα της δράσης των δαιμόνων. Γι αυτό και ο ψυχικά ασθενής θεωρούνταν άτομο με θεϊκές ιδιότητες (Καλογεροπούλου Μαρία).

Ο Πλάτωνας στο βιβλίο του Πολιτεία αντιμετωπίζει αρνητικά τα άτομα με ψυχικά νοσήματα και αναφέρει ότι πρέπει να βρίσκονται απομακρυσμένοι



και όχι μαζί με τους άλλους πολίτες. Ο Αριστοτέλης με ορθολογιστικό τρόπο και με βάση κάποιες εμπειρικές μεθόδους παρατήρησε ότι 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 απορρίπτοντας την θεολογική ερμηνεία (Καλογεροπούλου Μαρία).

Μάλιστα θεώρησε τον εγκέφαλο ως υπεύθυνο για αυτές τις διαταραχές τις οποίες προσδιόρισε ως υστερία, μανία, μελαγχολία, άνοια, παράνοια (WATSON PATRICK W

& CORRIGAN AMY C, 2002). Στο ίδιο πλαίσιο κινήθηκαν και οι Δημόκριτος και Αριστοτέλης, προτείνοντας μάλιστα ως ο θεραπεία την τέχνη και μάλιστα το θέατρο (Στυλιανίδης Σ και συν, 2007).

Τον Μεσαίωνα όμως 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 PATRICK W & CORRIGAN AMY C, 2002)(Στυλιανίδης Σ και συν, 2007). Ένα επίσης βάρβαρο έθιμο του Μεσαίωνα ήταν να φορτώνουν τους τρελούς σε κάποιο πλοίο και να το αφήνουν να χαθεί ακυβέρνητο στη θάλασσα (Καλογεροπούλου Μαρία).

Το πρώτο άσυλο της Ευρώπη λειτούργησε στην Αγγλία το 1403 και το δεύτερο στη Βαλένθια της Ισπανίας το 1408. Τα ψυχιατρικό νοσοκομείο της Βηθλεέμ στο Λονδίνο ήταν παντού γνωστό για τις απάνθρωπες συνθήκες διαβίωσης των ατόμων που νοσηλεύονταν εκεί. Ο μεγάλος Εγκλεισμός στη Γαλλία ξεκίνησε το 17<sup>ο</sup> όνομα με την εισαγωγή των φτωχών και των ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε γενικά νοσοκομεία. Το «Γενικό Νοσοκομείο» ήταν το πρώτο που λειτούργησε στο Παρίσι το 1657 με σκοπό «να καταστείλει την αεργία και την επαιτεία σαν πηγές ανωμαλίας» (Φουκό Μισέλ, 2004).

Αντίθετα στον Ισλαμικό κόσμο (Μέση Ανατολή, Ισπανία, Βόρεια Αφρική) ο ψυχικά ασθενής δεν ταπεινώονταν, αλλά ήταν αγαπητός στο Θεό. Γι αυτό το λόγο συστήνονταν άσυλα που πρόσφεραν σε αυτά τα άτομα ένα άνετο και ευχάριστο περιβάλλον.

Στη νεότερη εποχή που ακολούθησε η ψυχική ασθένεια δεν αντιμετωπίστηκε με διαφορετικό τρόπο. Η φροντίδα που παρέχονταν στους ψυχικά νοσούντες ήταν μάλλον φτωχή και τα άτομα αυτά διώκονταν από τη πόλη ως μιάσματα, αφήνονταν να περιφέρονται χωρίς καμιά φροντίδα, ή εγκλείονταν σε ιδρύματα που δεν παρείχαν καμία θεραπευτική λειτουργία. Συχνά επίσης σε αυτά τα άσυλα συγκεντρώνονταν άποροι, άνεργοι, ανάπηροι, άτομα με αφροδισιακά νοσήματα, πόρνες, ορφανά και ψυχικά ασθενείς.

Η κατάσταση όμως άλλαξε τον 18ο αιώνα, ο οποίος θεωρείται προεπιστημονική περίοδος (Δουλκερίδου Π, 2013). Πρωτεργάτης ήταν ο Pinel, ο οποίος για την εποχή του ήταν υπήρξε αρωγός των ψυχικά ασθενών. Φρόντισε τα άσυλα ώστε να είναι διαχωρισμένα σε πτέρυγες, οι οποίες θα φιλοξενούν και τους ανάλογους τροφίμους. Παράλληλα συνέβαλε στην ψυχιατρική αλλάζοντας τον τρόπο που οι γιατροί αντιμετώπιζαν τους ασθενείς, εξετάζοντας ορθολογικά κάθε περίπτωση μακριά από θρησκευτικούς φανατισμούς ανοίγοντας τον δρόμο για την καθιέρωση της ψυχιατρικής (Στυλιανίδης Σ και συν, 2007). Θα πρέπει να αναφερθεί στο σημείο αυτό ότι στην Γερμανία εκδόθηκε η Παθολογία και η Θεραπεία των ψυχικών παθήσεων του Griesinger (Δουλκερίδου Π, 2013).

Ωστόσο με την εμφάνιση του Freud, η ψυχιατρική περνά στην κυρίως επιστημονική περίοδο, καθώς αμφισβητήθηκαν πολλά και επικράτησε ο ορθολογισμός της επιστήμης. Ο Freud με την καθιέρωση του ψυχαναλυτικού κινήματος και τη διερεύνησης των νευρώσεων και του ασυνείδητου, έθεσε τις βάσεις για την ορθή αντιμετώπιση πολλών ψυχικών ασθενειών, παρά τις επιθέσεις που δέχθηκε από την δυτική εκκλησία. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στην ψυχιατρική το επιστημονικό κομμάτι είναι πιο πρόσφατο καθώς δανείστηκε γνώσεις από την νευροφυσιολογία. Επίσης τον επιστημονικό χαρακτήρα της, την περίοδο εκείνη, τις προσέδωσε η υιοθέτηση της πυρετοθεραπείας και της ψυχοχειρουργικής. Από το 1950 εμφανίζεται η ψυχοφαρμακολογία και αρχίζουν να αμφισβητούνται οι σπασμοθεραπεία, η ηλεκτροθεραπεία και η ψυχοχειρουργική (Δουλκερίδου Π, 2013).

Τον 19<sup>ο</sup> αιώνα στην Ευρώπη η ψυχική ασθένεια άρχισε να διερευνάται επιστημονικά. Οι άνθρωποι όμως με ψυχικές διαταραχές συνέχισαν να θεωρούνται ανεπιθύμητοι και να απομονώνονται σε ιδρύματα ως έγκλειστοι. Έτσι στο πρώτο μισό του αιώνα ο ρυθμός ανάπτυξης των ασύλων μεγάλωσε. Ο εγκλεισμός των ασθενών έμοιαζε ως η πιο αποτελεσματική λύση καθώς ο αριθμός τους δεν ήταν μεγάλος. Τα άσυλα θύμιζαν φυλακή που σαν σκοπό είχαν να κρατήσουν τους τροφίμους μακριά από την κοινωνία.

Οι συνθήκες διαβίωσης μέσα σε αυτά ήταν άθλιες. Οι ψυχικά νοσούντες παρέμεναν στοιβαγμένοι σε μικρούς ή μεγάλους χώρους με άχυρα στο πάτωμα ρακένδυτοι, κάτισχοι, δεμένοι με αλυσίδες μέσα στις ακαθαρσίες τους. Έτρωγαν ελάχιστα ίσα για να μην πεθάνουν αν και η θνησιμότητα ήταν μεγάλη. Όσοι ήταν διεγερτικοί ή ανήσυχοι

τοποθετούνταν σε κλουβιά όπως τα άγρια ζώα. Πολλές φορές μάλιστα στην Αγγλία και την Γαλλία εκτίθονταν ως θέαμα με πληρωμή εισιτηρίου.

Οι πρώτες μεταρρυθμίσεις άρχισαν στην Γαλλία, Αγγλία και Βόρεια Αμερική το 1792 όπου στο Παρίσι αφαιρέθηκαν οι αλυσίδες και δημιουργήθηκε ένα αγρόκτημα για την απασχόληση των ψυχικά ασθενών. Το 1796 στην Αγγλία δόθηκε έμφαση στη θεραπεία μέσω της εργασίας. Αυτές οι προσπάθειες βέβαια ήταν μεμονωμένες. Οι συνθήκες έγιναν χειρότερες στο μέσο του 19<sup>ου</sup> αιώνα λόγω του μεγάλου αριθμού των ασθενών (GoodwinsS, 1992).

Στην αρχή του 20<sup>ου</sup> αιώνα έγιναν κάποιες καινοτομίες μέσα στα ήδη υπάρχοντα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Μετά το 1930 οι ψυχίατροι άρχισαν να κάνουν πειράματα αφήνοντας τους ασθενείς να κινούνται ελεύθερα εντός του χώρου και έγιναν προσπάθειες με θεραπευτικό σκοπό. Άρχισαν να εφαρμόζονται νέες θεραπευτικές μέθοδοι όπως το ηλεκτροσόκ, η ινσουλινοσπασμοθεραπεία και η ψυχοχειρουργική (Καλογεροπούλου Μαρία).

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 εξαιτίας θρησκευτικού φανατισμού αλλά ως τον καλύτερο τρόπο διαχείρισης(Στυλιανίδης Σ και συν, 2007).

Οι αλλαγές που επέφερε ο 20ος αιώνας στην ψυχιατρική δεν έγιναν αμέσως αποδεκτές από την Ελλάδα κι αυτό είχε ως αποτέλεσμα η ψυχιατρική περίθαλψη να περιλαμβάνει ακόμα άσυλα με στοιβαγμένους ασθενείς σε άθλιες συνθήκες ζωής και αποκομμένους από την κοινωνία. Αυτό συνέβαινε γιατί δεν υπήρχε πρόληψη, δεν υπήρχαν προγράμματα επανένταξης των ασθενών, ανειδίκευτοι επαγγελματίες υγείας και τέλος ελλιπής ψυχιατρική νομοθεσία (Δουλκερίδου Π, 2013).

## **1.2 Ψυχική υγεία και ψυχικές παθήσεις**

Ως ψυχική υγεία αναφέρεται η διαφορά που αντικατοπτρίζεται από κοινωνία σε κοινωνία σχετικά με τις αντιλήψεις. Κάποιες έννοιες όπως η υποκειμενική ευεξία, η λειτουργικότητα, η αυτονομία, οι πνευματικές και συναισθηματικές δυνατότητες του ανθρώπου βοηθάνε στην κατανόηση της έννοιας «ψυχική υγεία». Βέβαια, από

διαπολιτισμικής άποψης καθίσταται δύσκολο να καταγραφεί ένας ορισμός που θα ορίζει επακριβώς την ουσία ενός ψυχικά υγιή και όχι να ορίζεται μόνο ως την απουσία ψυχικής διαταραχής. Ένας ορισμός που είναι αρκετά κοντά στο νόημα του είναι αυτός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ «ψυχική υγεία είναι η ολοκληρωτική και αρμονική λειτουργία της όλης προσωπικότητας». Αυτός ο ορισμός μπορεί να συνδυάσει την συναισθηματική και κοινωνική ευεξία του ατόμου αλλά και την νοητική του συγκρότηση και ικανότητα να σκέφτεται με πλήρη διαύγεια (Δαρβίρη, 2007).

Σύμφωνα με την Χαλικοπούλου «*Ψυχική Υγεία είναι η ανάπτυξη της υγιούς απόψεως του ατόμου απέναντι στον εαυτό του και το περιβάλλον στο οποίο ζει, ώστε να μπορεί να επιτύχει τον μεγαλύτερο βαθμό της αυτοπληρώσεώς του*» (Χαλικοπούλου, 2003, σ. 11). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) δίνει έναν άλλο ορισμό για την ψυχική υγεία, αναφέροντας ότι πρόκειται για την συναισθηματική ευεξία που νιώθει το άτομο ώστε να μπορεί να ζει και να εργάζεται άνετα μέσα στην κοινότητα και να αισθάνεται ικανοποίηση όταν πετυχαίνει τους προσωπικούς του στόχους(Οικονόμου Μ και συν, 2001).

Μια άλλη προσέγγιση είναι της Jahoda η οποία θεωρεί ότι η ψυχική υγεία είναι μια κατάσταση ισορροπίας του ατόμου και διακρίνεται από την επίγνωση της ταυτότητας του ατόμου, από την αυτοδυναμία του ατόμου, από την διαχείριση του άγχους και των στρεσογόνων καταστάσεων, από την ικανότητα του ατόμου να μην ετεροπροσδιορίζεται, να ελέγχει το περιβάλλον του, να αγαπά και να επιλύει τα προβλήματά του. (Οικονόμου Μ και συν, 2001).

### **Ψυχική ασθένεια-ψυχική διαταραχή**

*«Η ψυχική ασθένεια είναι ένα μοτίβο σκέψης ή συμπεριφοράς, ή μια ανωμαλία η οποία προκαλεί πόνο ή και ανικανότητα, και η οποία δεν είναι αναπτυξιακά ή κοινωνικά καθορισμένη. Η ψυχική ασθένεια καθορίζεται γενικά από ένα συνδυασμό του πώς ένα άτομο αισθάνεται, ενεργεί, σκέπτεται ή αντιλαμβάνεται». (Βικιπαίδεια)*

Εδώ και πολλά χρόνια ο όρος **ψυχική ασθένεια** αποτελεί ένα «ταμπού» για την κοινωνία όπως επίσης πηγή διακρίσεων και στιγματισμού. Προσπάθεια για έναν κοινωνικά



αποδεκτό ορισμό έγινε από διάφορους φορείς και οργανισμούς με επικρατέστερο τον όρο ψυχική διαταραχή.

**Ψυχική διαταραχή** είναι ένα νόσημα με ψυχολογικές ή συμπεριφοριστικές εκδηλώσεις, που συνοδεύονται από σημαντικό βαθμό ενόχληση και έκπτωση της λειτουργικότητας. Η ψυχική διαταραχή μπορεί να είναι αποτέλεσμα βιολογικών, κοινωνικών, ψυχολογικών, γενετικών ή φυσικών διαταραχών. Η νόσος προσδιορίζεται ότι είναι διαφορετικό από το φυσιολογικό το οποίο θεωρείται και ιδεατό και κάθε ψυχική διαταραχή έχει συγκεκριμένα σημεία και συμπτώματα που την καθορίζουν. (Kaplan & Sadock's, 2004)

Η ψυχική υγεία του ατόμου πολλές φορές απειλείται από τις ψυχικές παθήσεις. Οι ψυχικές παθήσεις με βάση τα κριτήρια DSM III της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας είναι οι εξής:

- Σχιζοφρενικές διαταραχές.
- Παρανοϊκές διαταραχές.
- Οργανικό ψυχοσύνδρομο.
- Συναισθηματικές διαταραχές.
- Αγχώδεις διαταραχές.
- Διαταραχές προσαρμοστικότητας.



Μια άλλη διάκριση των ψυχικών διακρίσεων έγινε από τους Δημητροπούλου και Σπανίδη και είναι η εξής (Βαρβατζίκη Μαρίνα, 2005):

- ✓ Νευρώσεις: υστερική νευρώση (η επιληψία), αγχώδης νευρώση, φοβική νευρώση, μετατραυματική νευρώση, διαταραχές πανικού, ιδεοψυχαναγκαστική νευρώση κ.α.).
- ✓ Ψυχώσεις (σχιζοφρένεια, βαρύ ψυχωτικό επεισόδιο, χρόνια παραλήρημα).
- ✓ Ολιγοφρένειες και άνοιες (Alzheimer, νόσος Pick, γεροντική άνοια, σύνδρομο Jacob-Creutzfeldt).
- ✓ Οργανοψυχικές ασθένειες ή οργανικά ψυχοσύνδρομα (διανοητική σύγχυση, σύφιλη, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, επιληψίες).

- ✓ Θυρικές (συναισθηματικές) διαταραχές (κατάθλιψη, μανία, μανιοκατάθλιψη).
- ✓ Ψυχοσωματικές διαταραχές (ψυχογενής ανορεξία-βουλιμία, κλεπτομανία, καρδιόσπασμος, ημικρανία-κεφαλαλγία, βρογχικό άσθμα, ψυχογενείς εμετοί, σπαστική κολίτιδα).

### *1.3 Αίτια ψυχικών παθήσεων*

Στο σημείο αυτό κρίνεται απαραίτητο να παρουσιαστούν τα αίτια των ψυχικών παθήσεων. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία οι αιτίες που προκαλούν τις ψυχικές νόσους διακρίνονται σε τρεις παράγοντες, τους ενδογενείς που περιλαμβάνουν βιολογικούς και κληρονομικούς παράγοντες, τους εξωγενείς παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με την οικογένεια και την κοινωνία και τους πολυπαραγοντικούς που είναι ένας συνδυασμός παραγόντων και αιτιών (Βαρβατζίκη Μαρίνα, 2005).

Οι περισσότεροι άνθρωποι καταφέρνουν και ισορροπούν όλους αυτούς τους παράγοντες καταφέροντας να έχουν μια ικανοποιητική ζωή. Ο τρόπος με τον οποίο μπορούν να ισορροπούν στηρίζεται σε μηχανισμούς άμυνας που διαθέτει ο άνθρωπος και έχει να κάνει με την απώθηση, την προβολή, την άρνηση, τη ματαίωση, την απομόνωση, την μετάθεση, την εκλογίκευση και την ταυτοποίηση. Στην περίπτωση που δεν λειτουργήσει κάποιος αμυντικός μηχανισμός και διαταραχθεί η ισορροπία εμφανίζεται το άγχος, το οποίο ευθύνεται για πολλές ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη. (Βαρβατζίκη Μαρίνα, 2005).

### *1.4 Ιστορική Εξέλιξη ψυχικής νόσου*

Μέχρι και την Αναγέννηση η ψυχική νόσος πίστευαν ότι οφειλόταν σε υπερφυσικές δυνάμεις, δαίμονες, μάγισσες, σεληνιασμένους, αιρετικούς. Σε εκείνη την εποχή δεν μπορούσαν να καταλάβουν τι είναι η ψυχική νόσος. Όσοι έπασχαν από ψυχική νόσο κλείνονταν σε ιδρύματα επειδή φοβόντουσαν τους άλλους ανθρώπους διότι τους αντιμετώπιζαν ως εγκληματίες. Στα ιδρύματα αυτά δούλευαν άνθρωποι που δεν είχαν καμία σχετική εκπαίδευση.

Τέλη 18<sup>ου</sup> αιώνα γίνεται προσπάθεια να κατανοήσουν τους ψυχικούς ασθενείς. Σε αυτήν την περίοδο η ψυχική ασθένεια αντιμετωπιζόταν με ψυχολογική θεραπεία, κάλυψη βασικών αναγκών, ασφαλές καταφύγιο, ευγένεια.

Στον 19<sup>ο</sup>αιώνα υπήρχε σεβασμός στους ψυχικούς ασθενείς, ανάπτυξη επιστημονικής έρευνας για αντιμετώπιση και θεραπεία των ψυχικών παθήσεων. Η θεραπεία της ψυχικής νόσου γινόταν σε άσυλα από επαγγελματίες υγείας. Στην εποχή αυτή άνοιξε η 1<sup>η</sup>σχολή εκπαίδευσης νοσηλευτών ψυχικής υγείας στο άσυλο McLean.

Το 1950-1960 η θεραπεία γινόταν σε δημόσια ή ιδιωτικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, ενώ έγινε η ανακάλυψη των ψυχοτρόπων φαρμάκων, και άρχισαν οι συζητήσεις για τα δικαιώματα των ψυχικών ασθενών.

Το 1960-1980 σε εκείνη την εποχή υπήρξε το κίνημα της αποασυλοποίησης, θεραπεία της νόσου εντός της κοινότητας μετά από εξιτήριο από το νοσοκομείο. Στη περίοδο αυτή έγινε η ίδρυση του Αμερικανικού Νοσηλευτικού Συνδέσμου (ANA).

Από το 1980-σήμερα. Στη περίοδο αυτή έχουμε τη πρόληψη της ψυχικής νόσου και την προαγωγή της ψυχικής υγείας. Εκπαίδευση στη διαχείριση της φροντίδας της νόσου που θα οδηγήσει σε λιγότερες μέρες νοσηλείας (Γκούβα Μ, 2015).

## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>

### Κοινωνική ψυχιατρική

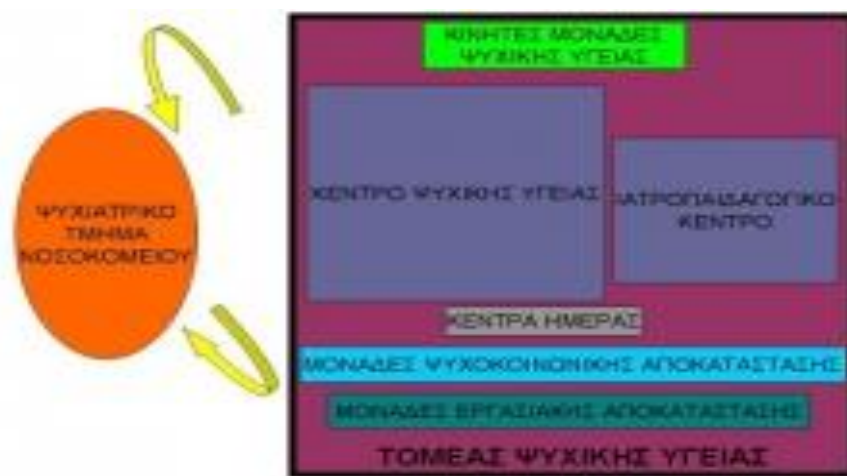
Το κεφάλαιο αυτό αφορά την κοινωνική ψυχιατρική. Αρχικά γίνεται μια προσπάθεια να προσεγγιστεί ο όρος κοινωνική ψυχιατρική, δίνοντας έμφαση στις βασικές αρχές που διέπουν την κοινωνική ψυχιατρική. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την παρουσίαση του πλαισίου της κοινωνικής ψυχιατρικής για τους ασθενείς με χρόνιες ψυχικές παθήσεις.



### 2.1 Κοινωνική ψυχιατρική: προσπάθεια προσέγγισης του όρου

Η Κοινωνική Ψυχιατρική ξεκίνησε τη δεκαετία του '50 στη Μεγάλη Βρετανία σαν μια προσπάθεια για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς εκτός των ψυχιατρικών νοσοκομείων και πολύ γρήγορα βασίστηκε στην Κοινωνική Ψυχιατρική που αφορά την επίδραση κοινωνικών παραγόντων στη ψυχιατρική ασθένεια και στην αντιμετώπιση της μέσα στην κοινωνία.

Οφείλει την ύπαρξη της στην ανάπτυξη του βιολογικού μοντέλου της Ψυχιατρικής. Είναι μια ιδεολογική προσέγγιση της που θεωρεί ότι τα άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές μπορεί να επωφεληθούν στο μέγιστο όταν οι δεσμοί τους με την οικογένεια και την κοινωνία διατηρούνται και αποσκοπεί στην παροχή υπηρεσιών πρόληψης και αποκατάστασης εντός της κοινότητας.



Η Κοινοτική Ψυχιατρική είναι ένας όρος που δύσκολα μπορεί να οριστεί, χρησιμοποιεί όλους τις διαθέσιμες δυνάμεις, πόρους (resources) και τεχνικές, που μπορούν να καταστήσουν δυνατή την οικονομικά εφικτή θεραπεία του ψυχικά ασθενούς στην κοινότητά του. Ο σκοπός της είναι να ανιχνεύσει, να προλάβει και να θεραπεύσει έγκαιρα τις ψυχικές διαταραχές, μέσα στην κοινότητα την στιγμή που εμφανίζονται με την χρήση των αναγκαίων πόρων και όχι όπως αυτές γίνονται αντιληπτές ή αντιμετωπίζονται στο ψυχιατρείο. Στην κοινοτική ψυχιατρική δίνεται βαρύτητα στους περιβαλλοντικούς παράγοντες, που συσχετίζονται με την εκδήλωση της ψυχικής ασθένειας, με στόχο να αλλάξει η στάση του πληθυσμού απέναντι στους ασθενείς με ψυχικές νόσους και να μειωθεί το στίγμα των ψυχικών διαταραχών(Δημοπούλου Μ και συν, 2011).

Μια άλλη προσέγγιση του όρου έγινε από το τμήμα Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Columbia της Ν. Υόρκης, το οποίο αναφέρει ότι: *«Ο όρος Κοινοτική Ψυχιατρική αναφέρεται σε μια υποειδικότητα της ψυχιατρικής ειδικότητας. Ως υποειδικότητα βασίζεται στην Κλινική Ψυχιατρική αλλά στοχεύει στην πρόληψη, μείωση ή εξαφάνιση της ψυχικής αρρώστιας. Εστιάζει στην πολυπλοκότητα των σχέσεων μεταξύ των ατόμων και του κοινωνικού τους κόσμου στον οποίο λειτουργούν. Η Κοινοτική ψυχιατρική δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην εφαρμογή, στο επίπεδο της κοινότητας, των ερευνητικών προγραμμάτων ή της αξιολόγησης υπηρεσιών. Η Κοινωνική δίνει αντίθετα, αποκλειστική έμφαση στη θεωρία και την έρευνα των παραγόντων που ενοχοποιούνται στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών»* (Μαδιανός Μιχάλης, 2000).

Ένας άλλος ορισμός για την Κοινοτική Ψυχιατρική δόθηκε από τους Szmukler & Thornicroft (Szmuckler, 2001) οι οποίοι θεωρούν πρόκειται για τις αρχές εκείνες και τις πρακτικές που χρειάζονται για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε έναν τοπικό πληθυσμό, μέσα από (Δημοπούλου Μ και συν, 2011):

- ✓ Την ανάδειξη των αναγκών για θεραπευτική αγωγή και φροντίδα.
- ✓ Την πρόβλεψη ενός συστήματος υπηρεσιών, που θα δύναται να συνδυάσει μια σειρά από πόρους κατάλληλους και θα λειτουργεί σε προσιτούς χώρους.
- ✓ Την παροχή θεραπευτικών παρεμβάσεων, βασιζόμενες στην τεκμηρίωση σε ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές.

### 2.1.1 Βασικές αρχές κοινοτικής ψυχιατρικής

Η κοινοτική ψυχιατρική διέπεται από κάποιες βασικές αρχές. Οι αρχές αυτές είναι οι εξής: (Μαδιανός Μ, 1983)

- *«Η αρχή της πλήρους παροχής με μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα, σε σύντομο χρονικό διάστημα και το μικρότερο δυνατό κόστος. Στην αρχή αυτή, υπάγεται η έννοια της προσαρμογής της θεραπείας σε χρονικά πλαίσια εναρμονιζόμενα με τις συγκεκριμένες ανάγκες της ψυχοπαθολογίας του ατόμου».*
- *«Η αρχή της τομεοποίησης, δηλαδή της παροχής υπηρεσιών σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο, που χωρίς αυτή, κάθε προσπάθεια για κοινοτική δουλειά είναι αδύνατη».*
- *Η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς από τον ίδιο θεραπευτή που για κάποια νοσήματα θεωρείται ο καλύτερος τρόπος αποφυγής της υποτροπής και της επανεισαγωγής του στο άσυλο. Τα θεραπευτικά αποτελέσματα της παροχής αξιολογούνται συνεχώς.*
- *«Η αρχή της ανταποκριτικότητας. Η προσέλευση του κοινού στο Κ.Κ.Ψ.Υ. είναι ανάλογη με την ανάπτυξη του δικτύου παραπομπών που γίνεται μέσα από την συνεργασία του Κέντρου με τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας» (Δασκαλοπούλου Ο και συν, 2005).*

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί ότι ένας από τους σημαντικότερους στόχους της κοινοτικής ψυχιατρικής είναι η επανένταξη των ατόμων με χρόνια ψυχικά νοσήματα στην κοινότητα. Πρόκειται για ένα στόχο θεραπευτικό καθώς ο σκοπός τους είναι η επανένταξη και η αποκατάστασή τους προκειμένου να μπορούν να είναι λειτουργικοί στην καθημερινότητά τους μέσα στην κοινότητα και να μην αναγκάζονται να εισάγονται ξανά στο ψυχιατρείο. Ωστόσο η κοινοτική ψυχιατρική δεν κατάφερε να πετύχει το σκοπό της και αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι ασθενείς με χρόνιες ψυχικές παθήσεις να περιθωριοποιούνται, χωρίς την απαραίτητη υποστήριξη από τις δομές (Μαδιανός Μ, Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα, 1994).

Θα πρέπει να σημειωθεί όμως ότι η κοινωνικό-πολιτιστική ενσωμάτωση του ψυχικά ασθενή είναι ιδιαίτερος αποτελεσματική καθώς μπορεί να μειώσει τα ψυχονευρωσικά

και φυσιολογικά συμπτώματα. Για το λόγο αυτό η κοινοτική ψυχιατρική οφείλει πλέον να προωθεί την κοινωνικό-πολιτιστική ενσωμάτωση του ατόμου. Μεγαλύτερη βαρύτητα δίνεται πλέον στην έγκαιρη προσέγγιση και θεραπεία των ασθενών, για να μπορέσουν να ενταχθούν γρηγορότερα στην κοινότητα.

Η έρευνα όμως σχετικά με την διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της περίθαλψης των κοινοτικών ψυχιατρικών δομών είναι περιορισμένη και δεν υπάρχουν αποτελέσματα στο πεδίο αυτό που θα μπορούσαν να γενικευτούν για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα. Αυτό συμβαίνει γιατί στις περισσότερες έρευνες η ομάδα ελέγχου παρακολουθούνταν από εξωτερικό ιατρείο κι όχι από τους γιατρούς των δομών (Βαρβατζίκη Μαρίνα, 2005).

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

### Ψυχιατρικοί ασθενείς

Το κεφάλαιο αυτό αφορά στους ψυχιατρικούς ασθενείς. Αρχικά παρουσιάζονται οι ανάγκες των ψυχιατρικών ασθενών. Στη συνέχεια γίνεται μια προσπάθεια για να προσεγγιστεί το θέμα της επανένταξης των ψυχιατρικών ασθενών στο κοινωνικό σύνολο. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με το θέμα του κοινωνικού αποκλεισμού των ψυχιατρικών ασθενών και τον στιγματισμό τους.

#### 3.1 Ανάγκες ψυχιατρικών ασθενών

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ. 2001), οι ανάγκες των ψυχιατρικών ασθενών χωρίζονται σε 4 βασικές κατηγορίες. Πρόκειται για τις ανάγκες που αφορούν την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη, τις ανάγκες που σχετίζονται με την κοινότητα, την οικογένεια και την αποκατάσταση (εικ. 2). (Π.Ο.Υ., 2001)

Εικόνα 1: Ανάγκες ψυχιατρικών ασθενών

Πηγή :Π.Ο.Υ. 2001



Σχετικά με τις ιατροφαρμακευτικές τους ανάγκες, οι ασθενείς με ψυχική ασθένεια χρειάζονται θεραπεία και ορισμένα φάρμακα που μπορούν να τους βοηθήσουν ζήσουν μία καλύτερη ζωή (Zartaloudi A & Madianos M, 2010). Σημαντικό ρόλο παίζει και η



πληροφόρηση για την ασθένεια και τη θεραπεία, η ψυχολογική υποστήριξη και κάποιες φορές εκτός από την ιατρική περίθαλψη και η νοσοκομειακή περίθαλψη (Π.Ο.Υ., 2001).

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι οι ψυχιατρικοί ασθενείς κάποιες φορές δυσκολεύονται να επικοινωνήσουν με άλλους ανθρώπους, ή να ακολουθήσουν αυτό που θεωρείται για την κοινωνία φυσιολογική ζωή. Υπάρχει έντονη η ανάγκη για οικογενειακή συνοχή, υποστήριξη της οικογένειας σε στιγμές κρίσης και ανάπτυξη δεξιοτήτων για την φροντίδα των ψυχιατρικών ασθενών (Zartaloudi A & Madianos M, 2010).

Όσο όμως κι αν έχουν εξελιχτεί οι μέθοδοι αντιμετώπισης και θεραπείας και παρά την επιστημονική πρόοδο, ακόμα και σήμερα δεν αναφέρεται ο όρος ψυχική νόσος, αλλά χρησιμοποιείται η λέξη «τρέλα», κάτι που δεν μπορεί να εξηγήσει ο ανθρώπινος νους, είναι μυστηριώδες, και ταυτόχρονα τρομάζει, σχετίζεται με την βία και συνοδεύεται από πολλές λάθος απόψεις, προκαταλήψεις, δοξασίες και φόβους που της αποδίδουν κάτι μυθικό και το στοιχείο του στίγματος (Zartaloudi A & Madianos M, 2010). Για το λόγο αυτό είναι άμεση η ανάγκη για κοινωνική υποστήριξη των ψυχιατρικών ασθενών, εκπαίδευση και επαγγελματική υποστήριξη (Π.Ο.Υ., 2001).

### **3.2 Επανεξέταση στο κοινωνικό σύνολο**

Παρόλο που πλέον η κοινωνία οφείλει να εξετάσει με ιδιαίτερη προσοχή και ευαισθησία το θέμα των ψυχιατρικών ασθενών και της ψυχικής ασθένειας, πολλές φορές η πραγματικότητα είναι διαφορετική καθώς υπάρχουν πολλοί άνθρωποι, που πάσχουν από χρόνια κατάθλιψη, αλλά δεν έχουν το θάρρος να μιλήσουν, για να μην τους κατακρίνει ο κόσμος, και έτσι διστάζουν να αναζητήσουν βοήθεια καθώς φοβούνται τον στιγματισμό (Giddens A, 2002).

Ωστόσο πρέπει να σημειωθεί ότι έχει βελτιωθεί αρκετά ο τρόπος που αντιμετωπίζεται η ψυχική ασθένεια από την πολιτεία. Το θεσμικό πλαίσιο για τον τρόπο αντιμετώπισης τις ανάγκες των ψυχιατρικών ασθενών αλλάζει, με αλλαγές που προωθούν την αποϊδρυματοποίηση και την παροχή φροντίδας στην κοινότητα, με σκοπό την προώθηση της αυτονομίας του ασθενούς. (Giddens A, 2002)

Στο πλαίσιο των μεταρρυθμίσεων στην ψυχική υγεία γίνεται αντιληπτό ότι ένα μέρος της εργασίας των διαφόρων φορέων που εμπλέκονται πρέπει να έχει ως βασικό στόχο το κοινό, και μέσα από ενημερωτικές εκστρατείες και εκπαιδευτικά προγράμματα να κάνει

τους πολίτες να αλλάξουν στάσεις και αντιμετώπιση απέναντι στην ψυχική ασθένεια και έτσι να γίνει η ένταξή των ψυχικά ασθενών στο κοινωνικό σύνολο ομαλά (Zartaloudi A & Madianos M, 2010).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί, ότι τα τελευταία χρόνια άρχισε να αναπτύσσεται η τάση της αυτοοργάνωσης, των ίδιων των ασθενών και των οικογενειών τους. Με σκοπό την επανένταξη των ασθενών στον κοινωνικό ιστό δημιουργήθηκαν σύλλογοι, ομοσπονδίες που αποτελούν μεγάλο αριθμό ασθενών οι οποίοι επιθυμούν να τους σέβονται, να αναγνωριστούν τα δικαιώματά τους και να βελτιωθεί η ποιότητα της φροντίδας που τους παρέχεται και η ζωή τους. Επίσης, η συμμετοχή των ίδιων των ψυχιατρικών ασθενών σε αυτές τις ομοσπονδίες βοηθάει με αποτελεσματικό τρόπο στην άρνηση του αυτοστιγματισμού, γεγονός πολύ σημαντικό για τη βελτίωση της υγείας του ασθενή. (Zartaloudi A & Madianos M, 2010).



### 3.3 Κοινωνικός αποκλεισμός ασθενών -στιγματισμός

Η διαφορετικότητα των ψυχιατρικών ασθενών είναι ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα του κοινωνικού αποκλεισμού και του στιγματισμού τους, καθώς η κοινωνία πολλές φορές τους κάνει να αισθάνονται πιο ευάλωτους. Οι ψυχιατρικοί ασθενείς γίνονται θύματα, στιγματίζονται, επειδή πάσχουν από ψυχική ασθένεια (Παπαδοπούλου Δ και συν, 2004).

Ο κοινωνικός αποκλεισμός και ο στιγματισμός αποτελεί μια ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που στερεί από τους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα το δικαίωμα να τους αποδέχεται το κοινωνικό σύνολο, ενώ ταυτόχρονα τους αναγκάζει να προσπαθούν να κρύψουν, όταν είναι δυνατόν, την αιτία που προκαλεί αυτήν την αντιμετώπιση. *«Βαρύνουσα σημασία δεν έχει η παρεκκλίνουσα συμπεριφορά, αλλά η σημασία που της αποδίδουν οι άλλοι και οι συνέπειες που έχει για το ίδιο το άτομο η παραβίαση των κοινωνικών κανόνων και των κανονιστικών προτύπων, καθώς και τα τεχνάσματα που οι ασθενείς υιοθετούν για να αποκρύψουν ή να συγκαλύψουν την έκταση της απόκλισής τους από αυτά τα πρότυπα»* (Arboleda & Florez J, 2002).

Πολλές φορές η κοινωνία μέσα από περιορισμένες αντιλήψεις, δεν μπορεί να δεχθεί την ισότιμη επανένταξη των ασθενών στην παραγωγική διαδικασία, την αποκατάστασή τους ως μέλη της κοινωνίας με πλήρη δικαιώματα. Καλλιεργείται με αυτό τον τρόπο η άποψη ότι οι ψυχιατρικοί ασθενείς μπορεί να είναι εν δυνάμει επικίνδυνοι, ενισχύοντας τον στιγματισμό τους και τον κοινωνικό τους αποκλεισμό. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο στιγματισμός των ψυχιατρικών ασθενών μπορεί να συμβάλει στο αίσθημα πόνου και ανικανότητας που μπορούν να νιώθουν οι ψυχιατρικοί ασθενείς. Για το λόγο αυτό κρίνεται σκόπιμο να υιοθετούνται κάποιες στρατηγικές της ψυχικής υγείας έτσι ώστε να περιορίσουν τον κοινωνικό αποκλεισμό των ασθενών (Björkman T et al, 2007).

Ο στιγματισμός που βιώνουν οι ασθενείς κάνουν ακόμα πιο δύσκολή την κατάσταση που βιώνουν λόγω της νόσου τους, αλλά και την αποκατάστασή τους και την ομαλή ενσωμάτωση και επανένταξη τους στον κοινωνικό σύνολο. Προκειμένου να αποφευχθεί η περιθωριοποίηση των ασθενών είναι σημαντική η πληροφόρηση για τους ψυχικά διαταραγμένους ασθενείς (Rose D et al, 2007). Τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις και οι διακρίσεις μιας ολόκληρης κοινωνίας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, σχετίζονται άμεσα με την κατανόηση του στίγματος και τις περισσότερες φορές υιοθετούνται, ακόμη και από τους ίδιους τους ψυχικά νοσούντες, καθώς ντρέπονται και νιώθουν ότι δεν είναι φυσιολογικά άτομα (Björkman T et al, 2007).

## Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>

### Εξέλιξη ψυχιατρικών νοσοκομείων

#### 4.1 Άσυλο

Μέχρι τον 18ο αιώνα η τρέλα δεν φυλακίζεται συστηματικά, γίνεται αντιληπτή περισσότερο ως μια μορφή «λάθους» ή «ψευδαίσθησης». Τα μέρη με «θεραπευτικές» ιδιότητες έχουν σχέση περισσότερο με τη φύση, την ορατή μορφή της αλήθειας, ή με το θέατρο που θα παρουσίαζε την παραφροσύνη του τρελού πάνω στη σκηνή μπροστά στα μάτια του- μια στιγμιαία πλαστή πραγματικότητα. Η πρακτική του εγκλεισμού στις αρχές του 19ου αιώνα, συμπίπτει με τη στιγμή όπου η τρέλα παύει να θεωρείται μορφή πλάνης και γίνεται πλέον αντιληπτή ως «μη-φυσιολογική», μη-κανονική συμπεριφορά. Πλέον δεν θα αποτελεί μια διαταραγμένη κρίση αλλά αταξία, διασάλευση του φυσιολογικού τρόπου δράσης, βούλησης, εμπειρίας των παθών, διαμόρφωσης αποφάσεων, του τρόπου να είναι κανείς ελεύθερος.

Τι θα είναι τότε η αποκατάσταση ενός τρελού; Η διασκόρπιση των παραισθήσεων και η νίκη της αλήθειας επί της πλάνης; Όχι, η «ανάρρωση» αφορά μάλλον την αποκατάσταση των ηθικών συναισθημάτων, την επιστροφή στα επιτρεπτά όρια, στο οικογενειακό περιβάλλον, στην κοινή ευαισθησία και στις οικείες συνήθειες.

Ο ρόλος του ασύλου ήταν να καταστήσει δυνατή την αποκάλυψη της αλήθειας της διανοητικής ασθένειας, είναι ένας χώρος αντιπαράθεσης, σύγκρουσης της τρέλας, του διαστροφικού πάθους, με την διαυγή θέληση και τις ορθόδοξες επιθυμίες (FOUCAULT MICHEL, 1978-1979).

Το άσυλο δημιουργήθηκε για να απομονωθούν από την κοινωνία οι ψυχιατρικοί ασθενείς κατά τον Michel Foucault. Το άσυλο ήταν ένας τόπος προστασίας και φροντίδας. Στα ψυχιατρικά άσυλα υπήρχε βία είτε σωματική είτε ψυχική (Μετάφας Π, 2010).

Από τα πιο βασικά αίτια που είχαν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία των άσυλων ήταν το πρόβλημα που είχαν τα «υγιή άτομα» να καταλάβουν κατανοήσουν τι είναι ψυχική νόσος, να δουν τον ψυχικά ασθενή ως ένα συνάνθρωπό τους, να του δείξουν σεβασμό και πέρα από ταμπού και ανυπόστατες δεισιδαιμονίες να κατανοήσουν το πρόβλημα.

Το κλείσιμο των ψυχικά ασθενών στα άσυλα ήταν μια εύκολη και ανακουφιστική λύση για τα άλλα μέλη της κοινωνίας και της κοινότητας, και όσων η συμπεριφορά διέφερε από τη δικιά τους έστω και λίγο, απομακρύνονταν από το κοινωνικό σύνολο και το πρόβλημα απλώς μετατοπιζόταν στα άσυλα. Για αρκετό διάστημα η ύπαρξη των άσυλων θα είναι μια πραγματικότητα αποδεκτή από όλους στην κοινωνία οι οποίοι μάλιστα θα πιστεύουν ότι κάνουν το καλύτερο για αυτούς τους ανθρώπους και ότι με αυτό τον τρόπο θα αντιμετωπίζονταν και η ψυχική ασθένεια. Μάλιστα θεωρούσαν ότι η παρέμβαση αυτή ήταν η καλύτερη φροντίδα για τους ψυχικά ασθενείς και ότι έτσι θα μπορούσαν να τους ελέγχουν και να καταστέλλουν τις εκδηλώσεις της ασθένειάς τους. (Σεχίδου Μ, 2011).

#### *4.2 Ψυχιατρικό νοσοκομείο 19<sup>ο</sup> αιώνα*

Το ψυχιατρικό νοσοκομείο του 19ου αιώνα είναι χώρος διάγνωσης και ταξινόμησης, μοιάζει με κήπο όπου τα είδη των ασθενειών κατανέμονται σε τακτοποιημένες αυλές. Πρόκειται για ένα πεδίο αντιπαράθεσης, το θέατρο ενός αδιάλειπτου αγώνα, θεσμικό πεδίο κυριαρχίας και υποταγής. Ο γιατρός του ασύλου είναι αυτός που παρουσιάζει την αλήθεια της αρρώστιας μέσω της γνώσης του και εκείνος που την εξημερώνει, τη δαμάζει μέσω της εξουσίας που κατέχει πάνω στον ίδιο τον ασθενή. Όλες οι τεχνικές στο εσωτερικό των άσυλων –απομόνωση, ανακρίσεις, τιμωρίες, ηθικοπλαστικές συζητήσεις, πειθαρχικές επιπλήξεις, καταναγκαστική εργασία, αυστηρή πειθαρχία, αμοιβές και προνομιακές σχέσεις, σχέσεις υποτέλειας, ελέγχου, υπηρεσίας, όλα αυτά ήταν σχεδιασμένα έτσι ώστε να κάνουν το ιατρικό προσωπικό τον «κύριο (master) της τρέλας» (Μετάφας Π, 2010).

#### *4.3 Εποχή της πυράς*

Η «εποχή της πυράς» έχει οριστεί ως ένα από τα σημεία που αμαύρωσε τη φήμη του δυτικού κόσμου και της κυρίως της δυτικής εκκλησίας. Η Ιερά Εξέταση είναι αυτή που αντιπροσωπεύει το πνεύμα εκείνης της εποχής, ενώ μέσα στην κοινωνία επικρατούσε ο φόβος, η προκατάληψη και η δεισιδαιμονία. Οι ψυχικά ασθενείς που εμφάνιζαν κάποια παράξενη συμπεριφορά και διέφεραν από τους άλλους εντός του κοινωνικού συνόλου, περιθωριοποιούνταν και αντί να τους χορηγηθεί κατάλληλη αγωγή για να θεραπευτούν, μετατρέπονταν σε «αποδιοπομπαίους τράγους» και για «το καλό» τους και για να σωθεί η ψυχή τους οδηγούνταν σε φριχτά βασανιστήρια (Σεχίδου Μ, 2011).

#### *4.4 Ψυχικά νοσήματα στην ελληνική αρχαιότητα*

Η αρρώστια της ψυχής στην ελληνική αρχαιότητα θεωρούνταν κάτι υπερφυσικό και η εμφάνισή της ήταν αποτέλεσμα κάποιας τιμωρίας των Θεών στους ανθρώπους, οι οποίοι είχαν και την απόλυτη δικαιοδοσία. Οι άνθρωποι τιμωρούνταν με δυσβάσταχτα πάθη που μόνο οι Θεοί είχαν την δυνατότητα να εξαλείψουν. Οι αρχαίοι Έλληνες πίστευαν πως υπεύθυνη για τις ψυχικές νόσους ήταν η Θεά Εκάτη (Λυπουρλής Δ, 2000).

Στην Οθωμανική Ελλάδα η εκκλησία και το μοναστήρι αποτελούσαν καταφύγιο θεραπείας της ψυχικής νόσου, αρκετές εκκλησίες στο παρεκκλήσι είχαν κελί όπου έδεναν τους ψυχοπαθείς με αλυσίδα.

#### *4.5 Ψυχιατρεία στην Ελλάδα*

Το 1<sup>ο</sup> ψυχιατρείο στην Ελλάδα ιδρύθηκε 1838 στην Κέρκυρα από τη Βρετανική διοίκηση. Έως τον 1<sup>ο</sup> παγκόσμιο πόλεμο δεν ιδρύθηκε κανένα άλλο ψυχιατρείο.

Στα τέλη του 19ου αιώνα η αστυνομία των Αθηνών συλλάμβανε ψυχοπαθείς τους οποίους τους έκλεινε σε κρατητήρια. Από αυτήν την συνθήκη που υπήρχε μεταξύ φυλακής και ασύλου δημιουργήθηκε το δημόσιο ψυχιατρείο στην Αθήνα και ακολούθησαν τα ψυχιατρεία στην Θεσσαλονίκη και στην Σούδα. Μετά την δημιουργία των ψυχιατρείων η αστυνομία των Αθηνών συλλάμβανε ακόμη τους ψυχιατρικούς ασθενείς διότι δεν είχαν χώρο στα ιδρύματα.

Το 1958 ιδρύθηκε στο Λακκί και στα Λέπιδα η Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου.

Το 1965 η αποικία έγινε ψυχιατρικό νοσοκομείο όπου μεταφέρθηκαν ασθενείς από την Αθήνα και από την Θεσσαλονίκη, η επιλογή των κριτήριων που θα μεταφερόντουσαν οι ασθενείς εκεί ήταν το ανίατο και «αθεράπευτο», καθώς και η έλλειψη επισκεπτηρίου για ένα-δύο χρόνια, ενώ απαιτούνταν η έγκριση των ψυχιάτρων της εποχής.

Στα 16 περίπτερα του ψυχιατρείου οι ασθενείς ζούσαν κάτω από άθλιες συνθήκες. Οι γιατροί που υπήρχαν τότε ήταν 1 με 2 για πάνω από δύο χιλιάδες ασθενείς. Η θνησιμότητα στο ψυχιατρείο της Λέρου υπερέβαινε εξήντα φορές εκείνη του γενικού πληθυσμού. Το 1984 δημιουργήθηκε το 16<sup>ο</sup> περίπτερο που ήταν γνωστό το περίπτερο των γυμνών και έκρυβαν τους πιο εξαθλιωμένους ασθενείς. Οι εργαζόμενοι του ψυχιατρείου ήταν κυρίως ψαράδες και αγρότες όπου δεν είχαν καμία εκπαίδευση για τους

ασθενείς αυτούς. Στα άλλα ψυχιατρεία της χώρας η συνθήκες ήταν ανάλογες. Τα ψυχιατρεία της χώρας δημιουργήθηκαν το Μεσοπόλεμο ως φυλακές ψυχών.

#### *4.6 Η αναθεώρηση των ασύλων*

Η αναθεώρηση του ψυχιατρικού ασύλου ξεκίνησε στην Ευρώπη και στην Αμερική μεταπολεμικά. Μια αιτία ήταν ο θάνατος από την πείνα.

Στην Ιταλία ο Franco Basaglia κατηγόρησε το ψυχιατρείο ως αντιθεραπευτικό θεσμό και εργαλείο κοινωνικού αποκλεισμού.

Οι καταγγελίες στην αρχή του '80 για τη Λέρο πέτυχαν να σταματήσουν τη μεταφορά ασθενών το 1981, ενώ το αφιέρωμα του Ταχυδρόμου το 1982 υπήρξε γροθιά στο στομάχι, αντλώντας δύναμη από τις φωτογραφίες του Παναγιωτόπουλου.

Το περίπτερο 16 λίγα χρόνια μετά υπήρξε η πέτρα του διεθνούς σκανδάλου. Το 1989 μια ομάδα εργαζομένων στη Μονάδα Επανένταξης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και μια ομάδα εργαζομένων στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου ξεκινούν, με πρωτοβουλία των Γιάννη Λουκά και Κώστα Μπαϊρακτάρη και τη συνεργασία εθελοντών φοιτητών από το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, μια παρέμβαση στο περίπτερο 16. Αντίστοιχη παρέμβαση ξεκινά την ίδια περίοδο με πρωτοβουλία του Θόδωρου Μεγαλοοικονόμου στο περίπτερο 11.

Τον Σεπτέμβριο του 1989 και ενώ οι παρεμβάσεις ήταν σε εξέλιξη, ο Observer φιλοξένησε αποκλειστικό δημοσίευμα με τίτλο «Το ένοχο μυστικό της Ευρώπης» για τους ψυχασθενείς, διανοητικά καθυστερημένους και ανάπηρους που ζούσαν στη Λέρο σε συνθήκες που, όπως σημείωνε ο απεσταλμένος δημοσιογράφος John Merritt, ανακαλούσαν στρατόπεδο συγκέντρωσης. Ακολούθησε μετά ένα ντοκιμαντέρ του BBC. Έτσι το νησί έγινε γνωστό ως χωματερή των ελληνικών ψυχιατρείων.

Το 1977 η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία ανακοίνωσε την ενημερωμένη συναίνεση στη νοσηλεία και της αποφυγής ψυχιατρικών παρεμβάσεων επί απουσία ψυχικής διαταραχής.

Το 1989 ενέκριναν τα δικαιώματα των ψυχιατρικών ασθενών.

Οι ομάδες που αναφέρθηκαν βελτίωσαν την ζωή των ασθενών της Λέρου, πολλοί ασθενείς απέκτησαν πάλι ανθρώπινη υπόσταση και όνειρα. Ιδρύθηκε αγροτικός

συνεταιρισμός και συνεταιριστικά εργαστήρια όπου έμαθαν να παράγουν τεχνουργήματα. Σήμερα, πολλοί ασθενείς ζουν σε μικρές μονάδες ή σπίτια που επιβλέπονται από ειδικευμένους νοσοκόμους.

Το πρόβλημα της μεταρρύθμισης ήταν η επιστροφή των ασθενών στα ψυχιατρεία και σε οικοτροφεία.

Η φωτογραφίες έπαιξαν σημαντικό ρόλο για την Λέρο. Πλέον οι φωτογραφίες πρέπει να εγκρίνονται από την διοίκηση και από τον γιατρό. Έτσι το κράτος μπορούσε να κρατάει κάποιον ισόβια παρά τη θέλησή του. (Δεπόλλας Γ, 2018).

#### *4.7 Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα*

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα έγινε το 1980. Οι λόγοι ήταν η ένταξη της Ελλάδας στην ευρωπαϊκή κοινότητα και οι συνθήκες διαβίωσης στο ψυχιατρείο της Λέρου.

Η Ευρωπαϊκή κοινότητα χρηματοδότησε την ψυχιατρική μεταρρύθμιση το 1984. Το πρόγραμμα ήταν 5ετές όπου περιλάμβανε: διαφορετική ψυχιατρική περίθαλψη, αναμόρφωση και εκσυγχρονισμό των ψυχιατρείων, δημιουργία κτηρίων, εκπαίδευση προσωπικού.

Το 1991 δημιουργήθηκαν 11 ξενώνες

Με το κλείσιμο του προγράμματος έγιναν στην Ελλάδα 128 μεταρρυθμιστικά προγράμματα. (Γκούβα Μ, 2015).



## *Ειδικό μέρος: Ανάλυση της έρευνας*

## *Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>:*

### *Μεθοδολογία Έρευνας*

Το κεφάλαιο που ακολουθεί αφορά την μεθοδολογία της έρευνας. Αρχικά παρουσιάζεται ο σκοπός και οι στόχοι της εργασίας, τα ερευνητικά ερωτήματα και το είδος της μελέτης. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την παρουσίαση του υλικού και της μεθόδου που ακολουθήθηκε στην παρούσα εργασία.

#### *5.1 Σκοπός της εργασίας και στόχοι της εργασίας*

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνηθεί η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και να μελετηθεί ιστορική εξέλιξη της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας μέσα από την βιβλιογραφική επισκόπηση πηγών. Από το σκοπό προκύπτουν οι παρακάτω στόχοι:

- Να μελετηθούν οι λόγοι που επέβαλαν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.
- Να διερευνηθούν οι δυσκολίες που συνάντησε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.
- Να εξεταστούν οι εξελίξεις της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.
- Να μελετηθεί ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας.

#### *5.2 Ερευνητικά ερωτήματα*

Από τον σκοπό και τους στόχους της παρούσας εργασίας προέκυψαν και τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

- Ποιοι είναι οι λόγοι που επέβαλαν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα;
- Ποιες είναι οι δυσκολίες που συνάντησε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα;
- Πώς εξελίχθηκε η νοσηλευτική ψυχική υγεία στην Ελλάδα;
- Ποιος είναι ο ρόλος τους νοσηλευτή ψυχικής υγείας;

### 5.3 Είδος της μελέτης

Η προσέγγιση του θέματος είναι περιγραφική (Cohen L & Manion L, 1997). Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της βιβλιογραφικής επισκόπησης, της οποίας στόχος ήταν η «*αναζήτηση της αντικειμενικότητας με επιθυμία να ελαχιστοποιηθούν οι διαστρεβλώσεις και ... να περιγραφούν όλες οι πλευρές της συγκεκριμένης μελετώμενης κατάστασης*» (Cohen L & Manion L, 1997), δηλαδή έγινε μια θεωρητική επεξεργασία του υλικού που βρέθηκε και αναφέρονταν στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση και την εξέλιξη της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας.

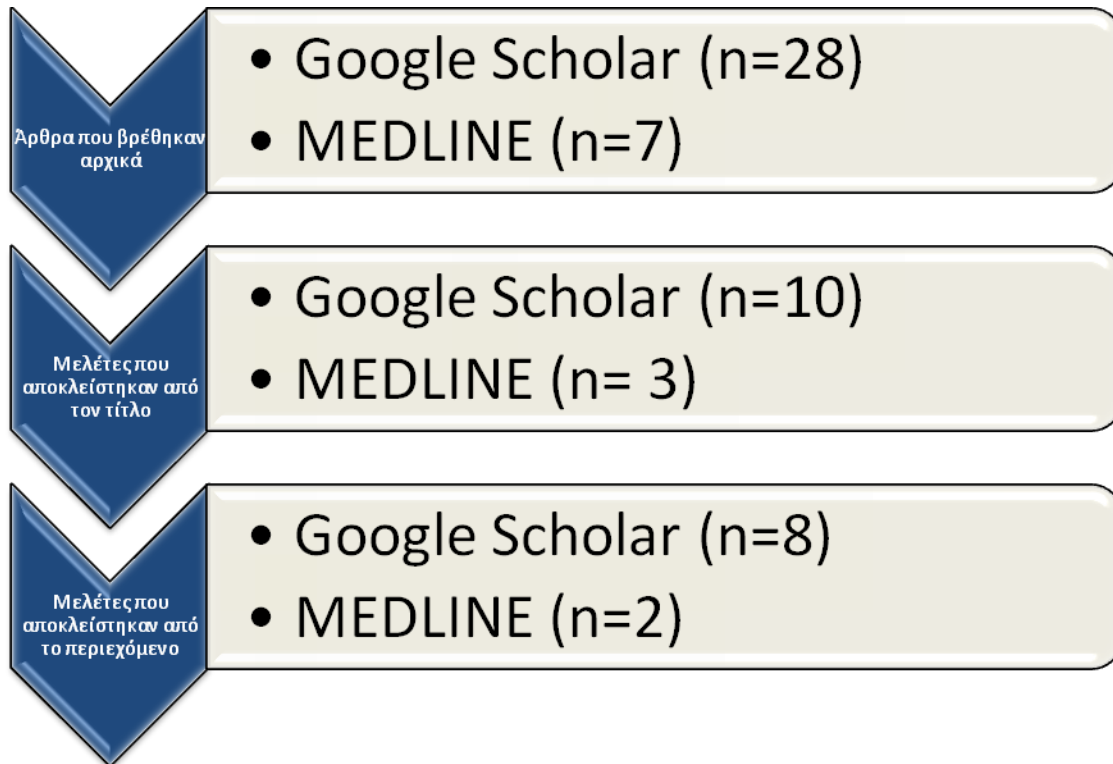
Κύριος στόχος ήταν να περιγραφούν, να οριστούν και να ερμηνευτούν όλα τα σημεία που αφορούσαν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και την εξέλιξη της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, και για αυτό το λόγο χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης έντυπων και ηλεκτρονικών πηγών, ελληνικών και ξένων στην αγγλική γλώσσα.

Πρώτα εντοπίστηκε και ορίστηκε το θέμα της παρούσας εργασίας, στη συνέχεια συγκεντρώθηκαν όλες οι βιβλιογραφικές πηγές και στη αφού οργανώθηκαν, έγινε αξιολόγηση και ανάλυση τους. Κατόπιν έγινε επιλογή των δεδομένων που αφορούσαν το σκοπό και τους στόχους της παρούσας εργασίας και μετά άρχισε η συγγραφή και η έκθεση των πληροφοριών και των συμπερασμάτων της εργασίας. Με τον τρόπο αυτό πραγματοποιήθηκε μια ερμηνευτική προσέγγιση στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση και στην εξέλιξη της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι το υλικό που συγκεντρώθηκε προήλθε από προσωπικά αρχεία, καθώς και από ηλεκτρονικές και έντυπες βιβλιοθήκες και το Διαδίκτυο, χρησιμοποιώντας λέξεις κλειδιά που σχετίζονταν με το θέμα (*ψυχιατρική μεταρρύθμιση, ψυχική υγεία, νοσηλευτική ψυχικής υγείας, νοσηλευτής ψυχικής υγείας*) και αναζητώντας έγκυρη πληροφόρηση στο Google και Google Scholar, στο vima-asklipiou και στο iatrotekon-line. Για την αγγλική βιβλιογραφία οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν *psychiatric reform in Greece, mental health, mental health nursing, history of psychiatry, nurse of mental health*.

Στη συνέχεια αφού βρέθηκαν 35 μελέτες επιλέχθηκαν 11 έρευνες και άρθρα (Διάγραμμα 1).

*Διάγραμμα 1: Αποτελέσματα βιβλιογραφικής επισκόπησης*



Η επιλογή τους έγινε με βάση τα εξής κριτήρια:

- Οι μελέτες να είναι πρωτογενείς έρευνες.
- Οι έρευνες να έχουν γίνει από το 2006-2018
- Η γλώσσα των μελετών είναι τα αγγλικά και τα ελληνικά.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι βρέθηκαν μελέτες που πληρούσαν τις προϋποθέσεις που τέθηκαν αλλά αποκλείστηκαν γιατί δεν μπορούσαμε να έχουμε πρόσβαση σε ολόκληρη τη μελέτη, παρά μόνο στην περίληψη.

Αφού συγκεντρώθηκαν όλα τα δεδομένα στη συνέχεια οργανώθηκαν κατά θεματικές. Οι θεματικές προήλθαν από τον σκοπό και τους στόχους της εργασίας. Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι η διαδικασία επιλογής και επεξεργασίας των δεδομένων διήρκησε σε όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας εργασίας. Στη συνέχεια έγινε μια προσπάθεια εμβάθυνσης και κριτικής προσέγγισης του θέματος.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο μεγαλύτερος όγκος των βιβλιογραφικών πηγών ήταν γραμμένος στα ελληνικά, ωστόσο χρησιμοποιήθηκαν και βιβλιογραφικές πηγές, οι οποίες ήταν γραμμένες στα αγγλικά.

#### 5.4 Υλικό και μέθοδος

Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση εντοπίστηκαν μελέτες και άρθρα που αφορούν τις κυριότερες εξελίξεις στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση και στην εξέλιξη νοσηλευτικής ψυχικής υγείας σε εθνικό επίπεδο (πίνακας 1). Τα άρθρα που επιλέχθηκαν είναι τα εξής:

Πίνακας 1: Εξελίξεις στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση

<b>Συγγραφέας</b>	<b>Τίτλος</b>	<b>Πηγή</b>
X. Βαρουχάκης	Το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο και η πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.	Ψυχιατρική, 18(1), 78-83, 2007
Σ. Παρασκευαΐδου, & Κ. Κατσαλιάκη	Αξιολόγηση των υπηρεσιών και των δομών ψυχικής υγείας του προγράμματος «Ψυχαργός».	Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2015, 32(4):467-474
Σ. Στυλιανίδης, & Π. Χονδρός	Σημεία αναφοράς για τη λειτουργία τοπικών δικτύων ψυχικής υγείας.	Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(3), 216-223, 2007
Ε. Λουκίδου, Α. Μαστρογιαννάκης, Τ. Power, Τ. Craig, G. Thornicroft, Ν. Μπούρας	Ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση: Απόψεις και αντιλήψεις επαγγελματιών και χρηστών υπηρεσιών.	Ψυχιατρική 2013, 24:37-44
Ch. Kouimtsidis, St. John-Smith P, Kemp P, Γ. Ίκκος	Τεκμηριωμένη ψυχιατρική φροντίδα και καινοτόμες υπηρεσίες: Ανασκόπηση των εννοιών και αμφισβητήσεων.	Ψυχιατρική 2013, 24:45-54
Σ. Στυλιανίδης, Σ. Παντελίδου	Η εφαρμογή του μοντέλου διαχείρισης περιστατικού στον χώρο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της Κοινωνικής Ψυχιατρικής.	Ψυχιατρική, 17(2), 113-121, 2006
Γ. Μαδιανός	Οικονομική κρίση, ψυχική υγεία και ψυχιατρική περίθαλψη: Τι απέγινε η «Μεταρρύθμιση» στην Ελλάδα;	Ψυχιατρική 2013, 24:15-16
Christodoulou G, Ploumpidis D, Christodoulou N, Anagnostopoulos D.	Mental health profile of Greece.	<i>Intern Psychiatry</i> 2010, 7:64-67
Karastergiou A, Mastrogianni A, Georgiadou E, Kotrotsios S, Mayratziotou K.	The reform of the Greek mental health services.	<i>J Ment Hlth</i> 2005, 14:197-203

Ploumpidis, D., Garanis-Papadatos, T., & Economou, M.	Deinstitutionalization in Greece: Ethical problems.	<i>Psychiatrike= Psychiatriki</i> , 19(4), 320-329.
Κούκια Ευμορφία και Γκόνης Νικόλαος	Ανάγκες εκπαίδευσης και περιορισμοί του ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε τμήματα βραχείας νοσηλείας σε ψυχιατρικά νοσοκομεία	Το Βήμα Του Ασκληπιού, Τόμος 9ος, Τεύχος 3ο, Ιούλιος - Σεπτέμβριος 2010

#### 5.4.1 Περιγραφικά στοιχεία μελετών

Η μελέτη της βιβλιογραφικής ανασκόπησης κατέδειξε 11 μελέτες ποσοτικής και ποιοτικής προσέγγισης (πίνακας 2).

Πίνακας 2: Περιγραφικά στοιχεία μελετών

<b>Συγγραφέας</b>	<b>Τίτλος</b>	<b>Είδος μελέτης</b>
X. Βαρουχάκης	Το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο και η πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.	Ερευνητικό άρθρο (βιβλιογραφική επισκόπηση).
Σ. Παρασκευαΐδου, & Κ. Κατσαλιάκη	Αξιολόγηση των υπηρεσιών και των δομών ψυχικής υγείας του προγράμματος «Ψυχαργός».	Ερευνητική εργασία ( ποσοτική έρευνα, χρήση ερωτηματολογίου).
Δεπάστας Χαράλμπος	Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.	Ειδικό άρθρο (βιβλιογραφική επισκόπηση).
Christodoulou G, Ploumpidis D, Christodoulou N, Anagnostopoulos D.	Mental health profile of Greece.	Ειδικό άρθρο (βιβλιογραφική επισκόπηση).
Σ. Στυλιανίδης, & Π. Χονδρός	Σημεία αναφοράς για τη λειτουργία τοπικών δικτύων ψυχικής υγείας.	Ειδικό άρθρο (βιβλιογραφική επισκόπηση).
E. Λουκίδου, A. Μαστρογιαννάκης, T. Power, T. Craig, G. Thornicroft, N. Μπούρας	Ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση: Απόψεις και αντιλήψεις επαγγελματιών και χρηστών υπηρεσιών.	Ειδικό άρθρο (ποιοτική μέθοδος).
Ch. Kouimtsidis, St. John-Smith P, Kemp P, Γ. Ίκκος	Τεκμηριωμένη ψυχιατρική φροντίδα και καινοτόμες υπηρεσίες: Ανασκόπηση των εννοιών και αμφισβητήσεων.	Ειδικό άρθρο.
Σ. Στυλιανίδης, Σ. Παντελίδου	Η εφαρμογή του μοντέλου διαχείρισης περιστατικού στον χώρο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της Κοινοτικής Ψυχιατρικής.	Ειδικό άρθρο (βιβλιογραφική επισκόπηση).
Γ. Μαδιανός	Οικονομική κρίση, ψυχική υγεία και ψυχιατρική περίθαλψη: Τι απέγινε η «Μεταρρύθμιση» στην Ελλάδα;	Άρθρο σύνταξης.
Karastergiou A, Mastrogianni A,	The reform of the Greek mental	Ειδικό άρθρο (βιβλιογραφική

Georgiadou E, Kotrotsios S, Mayratziotou K.	health services.	επισκόπηση).
Ploumpidis, D., Garanis-Papadatos, T., & Economou, M.	Deinstitutionalization in Greece: Ethical problems.	Ειδικό άρθρο (βιβλιογραφική επισκόπηση).
Κούκια Ευμορφία και Γκόνης Νικόλαος	Ανάγκες εκπαίδευσης και περιορισμοί του ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε τμήματα βραχείας νοσηλείας σε ψυχιατρικά νοσοκομεία.	Ερευνητικό άρθρο

Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από τη μελέτη των παραπάνω ερευνών συγκεντρώθηκαν σταδιακά και ομαδοποιήθηκαν για τη διευκόλυνση της μελέτης τους.

Πιο αναλυτικά στο ερευνητικό άρθρο του Χ. Βαρουχάκης (2007), αναφέρεται ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση διήρκησε δύο δεκαετίες στην Ελλάδα. Ο συγγραφέας παρουσιάζει τους προβληματισμούς της σχετικά με τον τρόπο που εξελίχθηκε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, αναφέροντας τις αδυναμίες του πρώτου σχεδιασμού, ο οποίος δεν κατάφερε να συμβάλει στην αλλαγή σε κεντρικό επίπεδο καθώς δεν υπήρχε ξεκάθαρη στοχοθεσία, με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η παρακολούθηση και η αξιολόγηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Επίσης στο συγκεκριμένο άρθρο παρουσιάζονται τα προβλήματα που προκύπτουν από την απουσία θεσμικού πλαισίου. Για το λόγο αυτό ο συγγραφέας προτείνει ένα πιο μεθοδευμένο σύστημα παρακολούθησης και αξιολόγησης του τρόπου που γίνεται η ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Παράλληλα παρουσιάζεται ως αναγκαία η αλλαγή στις προτεραιότητες με βάση την μέχρι τώρα εμπειρία και να υπάρξει ένας γόνιμος διάλογος μεταξύ των εμπλεκομένων στο χώρο της ψυχικής υγείας, ώστε να υπάρξει η πολυπόθητη αλλαγή στο χώρο (Βαρουχάκης Χ, 2007).

Η ερευνητική εργασία των Παρασκευαΐδου, & Κατσαλιάκη (2015) είχε ως στόχο την αξιολόγηση κάποιων διαστάσεων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μέσα από τις απόψεις και τις θέσεις επαγγελματιών ψυχικής υγείας αλλά και ψυχικά σθενών και των συνοδών τους. Ταυτόχρονα, έγινε προσπάθεια να προσδιοριστούν τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία της από όσα έχουν ως τώρα εφαρμοστεί. Επίσης επιχειρήθηκε να καταγραφούν οι προτεραιότητες για μελλοντικά σχέδια των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, μέσα στα πλαίσια της παρούσας σημαντικής, πολυεπίπεδης και οικονομικής κρίσης.

Για την διεξαγωγή της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο στο οποίο πήραν μέρος επαγγελματίες υγείας σε ένα Ψυχιατρικό τμήμα ενός Γενικού Νοσοκομείου και οι συνοδοί των ψυχικά ασθενών που επισκέπτονταν το συγκεκριμένο τομέα ψυχικής υγείας.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης φάνηκε ότι οι περισσότεροι αποδέχονται και προτιμούν τις διάφορες δομές αποκατάστασης εντός της κοινότητας σε σύγκριση με τη διαβίωση στα ψυχιατρεία. Επίσης, φάνηκε ότι υπάρχει άγνοια για το θεσμό της συνηγορίας και της τομεοποίησης, ενώ εκφράζουν την δυσαρέσκεια τους καθώς δεν συμμετέχουν και ζητείται η γνώμη τους στη λήψη αποφάσεων. Επίσης εκφράζεται κάποια επιφύλαξη σχετικά με την οικονομική βιωσιμότητα των μονάδων αποκατάστασης και την πλήρη κοινωνική, οικονομική και εργασιακή ένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινωνία. Ως τελικό συμπέρασμα καταγράφηκε, ότι η τομεοποίηση και η κοινωνική και οικονομική επανένταξη των ψυχικά ασθενών είναι δύο πολύ σημαντικά θέματα, στα οποία οι υπεύθυνοι θα πρέπει να κοιτάξουν διεξοδικά για να υπάρξει επιτυχία και να ολοκληρωθεί η ψυχιατρική μεταρρύθμιση (Παρασκευαΐδου Σ & Κατσαλιάκη Κ, 2015).

Στο άρθρο του Χ. Δεπάστα (2018) αναφέρεται ότι η ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση ήταν η κινητήριος δύναμη για την αλλαγή στον τρόπο περίθαλψης των ψυχικά ασθενών. Αναφέρει χαρακτηριστικά ότι στην Ελλάδα οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας μέχρι και το τέλος του 20ου αιώνα ήταν τριτοκοσμικές. Οι αλλαγές στον τομέα αυτό έγιναν το 1981, όταν η Ελλάδα εντάχθηκε στην Ευρωπαϊκή Ένωση και υποχρεώθηκε πλέον να περάσει σε μεταρρυθμίσεις. Βασικός στόχος της χώρας ήταν να δημιουργηθεί μια ενιαία πολιτική που προέβλεπε τόσο την αποϊδρυματοποίηση των χρόνια νοσηλευόμενων ψυχικά σθενών στα ψυχιατρικά κέντρα της Ελλάδας και το κλείσιμο αυτών των δομών. Η προσπάθεια για αυτήν την αλλαγή σχεδιάστηκε και χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση και το Υπουργείο Υγείας.

Μέσα από το άρθρο αυτό παρουσιάζεται το περιεχόμενο του προγράμματος *Ψυχαργός* και του τρόπου που εφαρμόστηκε, εκσυγχρονίζοντας τις ψυχιατρικές δομές που υπήρχαν και δημιουργώντας νέες. Το πρόγραμμα *Ψυχαργός* από το 1984-2009 προτεραιότητα δόθηκε στην αποϊδρυματοποίηση των ψυχιατρικών ασθενών και στην ανάπτυξη κοινοτικών δομών. Άσχετα με τις δυσκολίες που συνάντησε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, έγινε ένα σημαντικό βήμα παρόλο που υπάρχουν ακόμα πολλές ελλείψεις (Δεπάστας Χ, 2018).



Στο άρθρο των Christodoulou και συν., (2010) αναφέρεται ότι από τα μέσα της δεκαετίας του '80, πραγματοποιείται μια βαθιά μεταρρύθμιση στην οργάνωση της παροχής ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Στόχος ήταν ο εκσυγχρονισμός του ξεπερασμένου συστήματος φροντίδας, το οποίο βασίστηκε σε νοσοκομειακή περίθαλψη, η αρχή της οποίας μπορεί να χρονολογηθεί περίπου στο δεύτερο μισό του 19ου αιώνα.

Στην Ελλάδα έλαβαν χώρα δυο σημαντικά προγράμματα από την Ευρωπαϊκή Ένωση, ο Κανονισμός 815/1984 (1984-94) και το πρόγραμμα Ψυχαργός I και II (1999-2007), τα οποία συνέβαλαν σε μεγάλο βαθμό στην εφαρμογή της μεταρρύθμισης. Οι κύριοι στόχοι τους ήταν η παροχή κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών, η προοδευτική μείωση του αριθμού των παραδοσιακών νοσοκομείων, παράλληλα με τη δημιουργία δικτύου οικιστικών μονάδων, η δημιουργία ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία, η δημιουργία κινητών μονάδων στις αγροτικές περιοχές και στα νησιά, η δημιουργία ενός δικτύου μονάδων για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και η δημιουργία πιλοτικών μονάδων για ψυχογεωγραφικούς ασθενείς και άτομα με αυτισμό (G. Christodoulou, 2000).

Στο άρθρο των Στυλιανίδη & Χονδρού (2007), γίνεται αναφορά για την αναγκαιότητα να συνεχιστεί και να ολοκληρωθεί η ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Επίσης αναφέρεται ότι πρέπει να αλλάξει η κουλτούρα και οι τρόποι όπου προσφέρεται η φροντίδα σε ψυχικά ασθενείς στην κοινότητα. Αυτό όπως αναφέρεται στο άρθρο απαιτεί μεθόδους που θα επιτρέψουν τη διάδοση και εφαρμογή καινοτόμων δράσεων, τον πολλαπλασιασμό των οικονομικών πόρων, ιδίως μέσα στις κοινότητες, και την σύνδεση των διαφορών υπηρεσιών που ασχολούνται με το συγκεκριμένο θέμα.

Τα δίκτυα οργάνωσης και επικοινωνίας λάμβαναν αποφάσεις τεκμηριωμένες επιστημονικά, αξιολογώντας συνεχώς κατά πόσο ήταν αποτελεσματικές αυτές οι αποφάσεις. Επίσης με βάση κανόνες δεοντολογίας σχετικά με τις αρχές της διατομεακής συνεργασίας, έχουν δείξει ότι προάγουν την ψυχική υγεία. Με αυτό τον τρόπο βοηθούν και τους επαγγελματίες υγείας, χρήστες των ψυχιατρικών δομών και οικογένειες ενώ η διεθνής αλλά και η ελληνική εμπειρία, θεωρεί ότι συντελούν στην αντιμετώπιση της ψυχιατρικής ασθένειας με τον καλύτερο και αποδοτικότερο τρόπο εντός της κοινότητας.

Στο συγκεκριμένο άρθρο γίνεται αναφέρονται δύο βασικά σημεία που πρέπει να εξεταστούν πριν γίνει προσπάθεια να διαμορφωθούν και να αναπτυχθούν δίκτυα ψυχικής υγείας. Τα σημεία αυτά αφορούν τα πρώτα βήματα που πρέπει να ληφθούν υπόψη στα προκαταρκτικά στάδια μιας διαδικασίας ανάπτυξης δικτύων. Τα σημεία αυτά είναι:

1. Η οργάνωση και ύπαρξη κριτική βασικών αρχών και κατευθυντήριων γραμμών, που θα έχει ως σκοπό να αλλάξει νοοτροπία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, και
2. Να γίνει έλεγχος κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας είναι έτοιμοι και ικανοί μέσα από τις υπηρεσίες υγείας που δουλεύουν, να μπορέσουν να ενταχθούν στις νέες δομές και να αξιοποιήσουν δημιουργικά τους πόρους που τους διατίθενται, και μάλιστα πιο ειδικά όταν βρίσκονται και εργάζονται μέσα στην κοινότητα (Στυλιανίδης Σ και συν, 2007).

Στο άρθρο των Λουκίδου και συν., (2013), αναφέρεται ότι «στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα την τελευταία εικοσαετία έχουν γίνει πολλές και ριζικές αλλαγές. Οι μεταρρυθμίσεις στη ψυχική υγεία, οι οποίες έγιναν στην Ελλάδα σχετίζονται με αυτές που τελέστηκαν στην Ευρώπη και είχαν ως βασικό στόχο την δημιουργία δομών ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Για την υλοποίηση όλου αυτού του εκτεταμένου μετασχηματισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης χρηματοδότησε με χρήματα του κράτους το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια» μέσω του προγράμματος «Ψυχαργώς».

Μέσα από την πορεία του χρόνου το πρόγραμμα Ψυχαργώς ήταν ο βασικός μοχλός για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών στην ψυχική υγεία, που φρόντιζε για την αποϊδρυματοποίηση των ψυχικών ασθενών και για την δημιουργία κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Μέσα από το άρθρο αυτό γίνεται επίσης μια προσπάθεια αξιολόγησης του συγκεκριμένου προγράμματος την περίοδο 2001-2009, παρουσιάζοντας τι σκέφτονταν οι επαγγελματικοί φορείς παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και όσοι χρησιμοποιούσαν τις υπηρεσίες. Πρόκειται για μια ποιοτική μέθοδο.

Με αυτή τη μέθοδο εντοπίστηκαν επιτυχίες οι οποίες ήταν σημαντικές και αξιοσημείωτες και οφείλονταν στις μεταρρυθμίσεις του ελληνικού συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αλλά βρέθηκαν επίσης και οι αδυναμίες του συστήματος. Υπήρξε

σημαντική ομοιότητα των απόψεων που εκφράστηκαν και στις δύο ομαδικές συζητήσεις μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και των χρηστών των υπηρεσιών (focus groups). Η ομαδική συζήτηση ανάμεσα στις δυο ομάδες τόνισε περαιτέρω θέματα που αφορούσαν παράγοντες που αφορούσαν τη περαιτέρω βελτίωση της ψυχικής υγείας των ψυχικά ασθενών, η οποία θεωρήθηκε απαραίτητη προϋπόθεση για την ύπαρξη καλύτερευσης και της ποιότητας της ζωής τους (E. Loukidou, 2013).

Στο ειδικό άρθρο των Kouimtsidi και συν.,(2013) αναφέρεται ότι οι οικονομικές δυσκολίες «χτύπησαν» τα συστήματα υγείας των αναπτυγμένων χωρών. Για την αντιμετώπιση αυτών των οικονομικών δυσκολιών χρησιμοποιήθηκαν νέοι μέθοδοι συγκέντρωσης και σύνθεσης δεδομένων, όπως η «τεκμηριωμένη ιατρική πράξη» και η χρήση «κλινικών οδηγιών». Με την συστηματική έρευνα και κλινική μελέτη διαφόρων περιστατικών που είχαν δημοσιευτεί, αλλά από την προσωπική τους κλινική εμπειρία μπορούν πλέον να προχωρήσουν στην τεκμηρίωση. Κατόπιν μέσω της τεκμηρίωσης ο κλινικός μπορεί να λάβει αποφάσεις για την θεραπεία κάθε ασθενή ατομικά.

Οι ιατρικές οδηγίες επίσης μπορούν πλέον να χρησιμοποιηθούν για να οργανώσουν και να σχεδιάσουν τις παροχές υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σκοπός των ιατρικών οδηγιών είναι προσφέρουν τις αποτελεσματικότερες και πιο οικονομικά συμφέρουσες παρεμβάσεις τόσο σε ατομικό επίπεδο αλλά και σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες. Όπως όμως είναι φυσικό δεν είναι δυνατόν να υπάρχουν τεκμηριωμένες λύσεις για όλα τα ιατρικά ζητήματα που έχουν να κάνουν με την παροχή υπηρεσιών. Σημαντικό ρόλο έχει να χρησιμοποιούνται καινοτομίες που θα στηρίζονται όμως στη λογική και να είναι εφαρμόσιμες και στα τρία επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας: κλινική πράξη, πολιτική και φιλοσοφική κατεύθυνση και οργανωτικές δομές.

Σκοπός του συγκεκριμένου άρθρου ήταν κριτική διερεύνηση των παραπάνω εννοιών και να ελέγξει με ποιον τρόπο συμπληρώνουν την ανάπτυξη των συστημάτων υγείας, τι ρόλο παίζουν στην ανάπτυξη αυτή, αν τα συστήματα υγείας εκπληρώνουν τις ανάγκες του πληθυσμού, καθώς επίσης κι αν είναι οικονομικά, εφαρμόσιμα, ευέλικτα και μπορούν να προσαρμοστούν στις κοινωνικές αλλαγές, λαμβάνοντας ως παράδειγμα την ήδη υπάρχουσα εμπειρία της Μεγάλης Βρετανίας (Chr. Kouimtsidis, 2013).

Στο άρθρο των Στυλιανίδη & Παντελίδου (2006) αναφέρεται ότι η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, μετατόπισε το κέντρο βάρους της παροχής ψυχιατρικής φροντίδας στην κοινότητα, δημιούργησε νέες ανάγκες για συστηματικές και οργανωμένες παρεμβάσεις, ώστε να διασφαλισθεί η αποτελεσματική και συνεχής φροντίδα στην κοινότητα.

Το Μοντέλο Διαχείρισης του Περιστατικού (ΜΔΠ-Case Management) που έχει εφαρμοσθεί στο εξωτερικό, αποτελεί μια καλή πρακτική κι έναν αποτελεσματικό τρόπο εργασίας σε αυτό το πλαίσιο. Η διασφάλιση ολοκληρωμένης, εξατομικευμένης φροντίδας, η εργασία σε πολυκλαδική ομάδα, ο συνεχής συντονισμός στην παροχή υπηρεσιών αποτελούν κύρια χαρακτηριστικά του ΜΔΠ. Μέσα από την ανασκόπηση των βασικών αρχών του ΜΔΠ, των κύριων σχημάτων που έχουν περιγραφεί, καθώς και των ενδείξεων αποτελεσματικότητάς του στο εξωτερικό, επιχειρείται η συζήτηση και ο προβληματισμός για την εφαρμογή του στον ελλαδικό χώρο στον τομέα της Κοινωνικής Ψυχιατρικής (Στυλιανίδης Σ & Παντελίδου Σ, 2006).

Στο άρθρο του Μαδιανού (2013) αρχικά γίνεται μια σύντομη παρουσίαση της μεταρρύθμισης στην ψυχιατρική. Καταλήγει στα εξής συμπεράσματα:

- *«Οι μεταρρυθμίσεις στην ψυχική υγεία δεν είναι πραγματικές γιατί δεν υπήρξε ένας αρχικός επιστημονικός σχεδιασμός βάση των επιδημιολογικών προσδιορισμένων αναγκών. Η τομεοποίηση π.χ. που σχεδιάστηκε το 2004 αφορούσε 58 τομείς ενώ υπήρχαν 94.»*
- *«Στην ιταλική ψυχιατρική μεταρρύθμιση υπήρχε μια κυρίαρχη ψυχιατρική ιδεολογία, σε αντίθεση με την ελληνική που δεν υπήρχε.»*
- *«Η διατήρηση της θεραπευτικής φροντίδας δεν έγινε μέσα από ένα σύστημα συντονισμένων υπηρεσιών.»*
- *«Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας που υπάρχουν δεν εφημερεύουν και δεν μπορούν να συνδεθούν με τομείς στο σύστημα υγείας που εφημερεύουν, με αποτέλεσμα τα επείγοντα περιστατικά να υποδιαγιγνώσκονται, και οι νοσηλείες να γίνονται εκτός του ψυχιατρικού τομέα, όπως σε παθολογικά τμήματα.»*

Το άρθρο καταλήγει ότι είναι πλέον μεγάλη ανάγκη η υπεράσπιση των κοινωνικών δομών αλλά και της ψυχικής υγείας, ώστε να απεμπλακούν από περικοπές εσόδων, για να μπορέσει να αποδώσει η ψυχιατρική μεταρρύθμιση. (Μαδιανός Μ, 2013).

Στο άρθρο των Karastergiou και συν., (2009) αναφέρεται ότι η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα αναπτύχθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1980 με την εισαγωγή του Εθνικού Συστήματος Υγείας και την οικονομική στήριξη της τότε Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Ο σκοπός του άρθρου είναι να περιγραφεί η διαδικασία των ψυχιατρικών μεταρρυθμίσεων και η τρέχουσα κατάσταση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.

Για το λόγο αυτό χρησιμοποιήθηκε η βιβλιογραφική επισκόπηση. Από το άρθρο συμπεραίνεται ότι παρά το γεγονός ότι η διαδικασία της Ελληνικής Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ήταν αργή και επίπονη, η πρόοδος που έχει επιτευχθεί είναι αναμφισβήτητη. Ο εντοπισμός των προβλημάτων και των ελλείψεων μαζί με την συνεργασία και τις κοινές προσπάθειες με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες θα εξασφαλίσει την περαιτέρω παγίωση των μεταρρυθμίσεων στην Ελλάδα (Karastergiou A et al, 2009).

Το άρθρο των Ploumpidis et al., (2008), στηρίζεται στις «Ηθικές πτυχές της αποσταθεροποίησης στην ψυχική υγεία» του 2001. Διερευνά την εξέλιξη και τα ηθικά διλήμματα που θέτει η αποϊδρυματοποίηση στην Ελλάδα. Αναφέρεται επίσης ότι αυτό το κίνημα έχει πρόσφατα περάσει σε πολύ ενεργό φάση, αλλά η μετάβαση από το παραδοσιακό μοντέλο ψυχιατρικής φροντίδας στο κοινοτικό σύστημα δημιουργεί αναπόφευκτα πολλά ηθικά προβλήματα που σχετίζονται με τη στάση των επαγγελματιών έναντι των ατομικών ελευθεριών, της αξιοπρέπειας και άλλων θεμελιωδών δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών. Τα προβλήματα αυτά υπάρχουν όχι μόνο στο επίπεδο της σχέσης θεραπευτή-ασθενούς, αλλά και στο επίπεδο της χάραξης πολιτικής καθώς και στην εφαρμογή της. Επιπλέον, γίνεται λόγος για τον στιγματισμό και την απομόνωση καθώς και για τον ρόλο της οικογένειας (Ploumpidis D et al, 2008).

Ο σκοπός της έρευνας των Κούκια και Γκόνη (2010) ήταν να καταγράψουν τα σημαντικότερα κλινικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας στο καθημερινό τους έργο, ανεξάρτητα από την βαθμίδα εκπαίδευσης στην οποία

ανήκουν. Στην συγκεκριμένη έρευνα δέχτηκαν να πάρουν μέρος συνολικά 82 νοσηλευτές ΤΕ και ΔΕ.

Για τη συλλογή των στοιχείων έγινε χρήση της ημιδομημένης συνέντευξης, και απευθύνονταν σε νοσηλευτικό προσωπικό που δούλευε σε ψυχιατρικά τμήματα βραχείας νοσηλείας, ενώ για την ανάλυση των στοιχείων που συλλέχτηκαν χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση περιεχομένου.

Από την έρευνα προέκυψε ότι ο νοσηλευτικός ρόλος περιορίζεται αρκετά. Οι περιορισμοί αυτοί σχετίζονται με την έλλειψη αυτονομίας, την υπευθυνότητα, τη χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων και τον καθορισμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Οι εκπαιδευτικές και οι κλινικές ανάγκες που καταγράφηκαν είχαν σχέση με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε καταστάσεις κρίσης, με τη συνεργασία ανάμεσα στα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, καθώς και με την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και επομένως και με την έλλειψη νοσηλευτικού χρόνου που θα έπρεπε να ασχοληθούν με τον άρρωστο, με την ασφάλεια στο ωράριο και στο χώρο εργασίας και με την ψυχολογική υποστήριξη του προσωπικού που δεν υπάρχει. Είναι επομένως σαφές ότι ο ρόλος των νοσηλευτών που εργάζονται σε δομές ψυχικής υγείας είναι απαιτητικός στην καθημερινή κλινική πρακτική ενώ αναλαμβάνουν καθήκοντα για τα οποία δεν έχουν εκπαιδευτεί και δεν είναι προετοιμασμένοι να τα φέρουν εις πέρας. (Κ. Ευμορφία & Ν. Γκόνης, 2010).

## *Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>:*

### *Αποτελέσματα*

Το κεφάλαιο αυτό αφορά τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής επισκόπησης της έρευνας. Αρχικά παρουσιάζεται η ιστορική εξέλιξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, έπειτα οι λόγοι ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Κατόπιν παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με τις δυσκολίες που συνάντησε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την παρουσίαση των ευρημάτων σχετικά με την ψυχιατρική περίθαλψη σε άλλες χώρες.



#### *6.1 Ιστορική εξέλιξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα*

Στην Ελλάδα έως τις αρχές της δεκαετίας του 80, υπήρχαν 9 δημόσια και 40 ιδιωτικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, τα οποία σκοπό είχαν την εξυπηρέτηση των ψυχιατρικών ασθενών.

Τα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία ήταν:

- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής – Δαφνί.
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής – Δρομοκαΐτειο.
- Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής – Νταού Πεντέλης.
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου.
- Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου.
- Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων.
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας.

«Στην πλειοψηφία τους τα τμήματα των ψυχιατρικών νοσοκομείων που λειτουργούσαν ως άσυλα ήταν υποστελεχωμένα, δεν υπήρχε ο κατάλληλος εξοπλισμός και σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσης των ασθενών, αυτές ήταν άθλιες. Το προσωπικό που εργάζονταν σε αυτά δεν ήταν νοσηλευτές αλλά ανειδίκευτοι εργάτες, ο αριθμός των ασθενών ήταν παραπάνω από όσους χωρούσαν και στοιβάζονταν ο ένας πάνω στον άλλο και δέχονταν μικτό πληθυσμό ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Οι ψυχικά ασθενείς νοσηλεύονταν μόνο σε αυτά τα ψυχιατρικά τμήματα καθώς δεν υπήρχε οργανωμένο δίκτυο στην κοινότητα ή ήταν υποτυπώδες αν υπήρχε.»(Δεπάστας Χ, 2018)

«Η μεταρρύθμιση στην ψυχική υγεία στον ελληνικό χώρο θεσπίστηκε με την ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1397/83), (ΕΣΥ, 1983) διευρύνθηκε με τον Ν.2071/92 (2071-1992, 1992) και παγιώθηκε με το Ν.2716/99 (Ν.2716/99, 1999) περί «Αναπτύξεως και εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις». Με τον κανονισμό 815/84 της Ευρωπαϊκής Ενώσεως άρχισε και ο στρατηγικός σχεδιασμός για την ψυχική υγεία. Αυτό ήταν και το πρώτο στάδιο για την επεξεργασία και την υλοποίηση του Προγράμματος για τη μεταρρύθμιση της ψυχικής υγείας. Για την υλοποίηση του υπήρχε κοινοτική χρηματοδότηση για το 55% των εξόδων, ενώ για την τεχνική βοήθεια η χρηματοδότηση ήταν στο 100%. Βασικός στόχος ήταν να κλείσουν τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία τα οποία λειτουργούσαν με ακατάλληλες συνθήκες, με την δημιουργία ψυχιατρικών δομών στην κοινότητα και σε διάφορα γεωγραφικά διαμερίσματα.» (Ψυχαργός, 2011).

Η πρώτη φάση ασχολήθηκε με τη δημιουργία νέων ψυχιατρικών δομών στην κοινότητα και τον εκσυγχρονισμό των ψυχιατρικών νοσοκομείων (1984-1989).

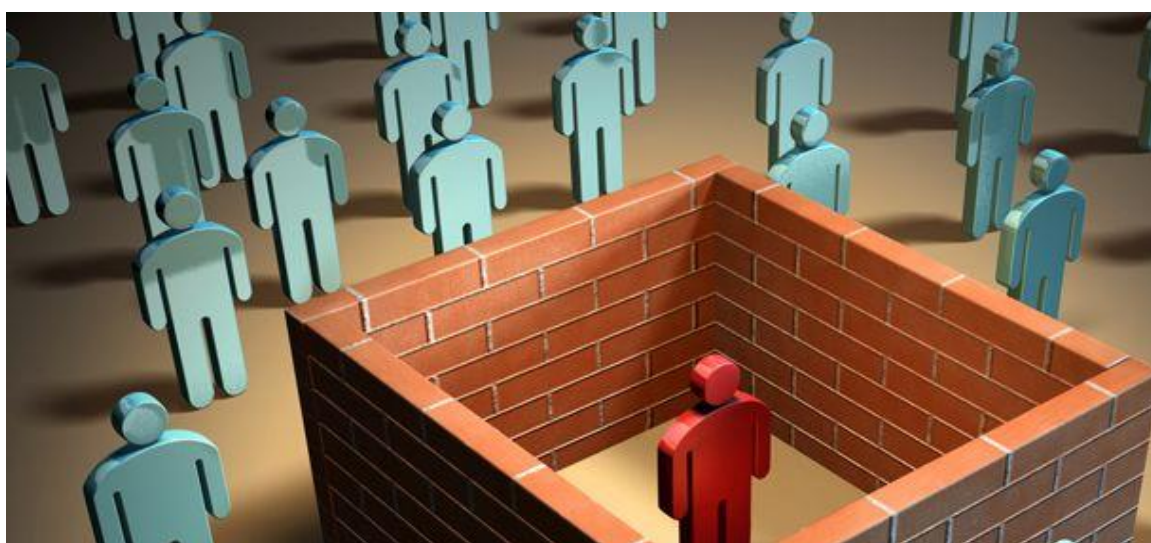
Η δεύτερη φάση (1989-1995) ασχολήθηκε με τον απεγκλωβισμό των εγκλείστων ψυχιατρικά ασθενών κυρίως του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου την αποϊδρυματοποίησης τους και τη μεταφορά σε άλλες δομές. Σε αυτή τη φάση δημιουργήθηκαν περίπου 250 καινούριες ψυχιατρικές δομές μεταξύ των οποίων Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία της χώρας, Κέντρα Προσανατολισμού Παιδιού, Μονάδες Εφήβων, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης για την διαβίωση ασθενών με σοβαρές ψυχικά νοσήματα, Εργαστήρια Επαγγελματικής Κατάρτισης, Κινητές Μονάδες για τις απομακρυσμένες περιοχές, Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε), Μονάδες Παρέμβασης



στην κρίση και διάφορες άλλες υπηρεσίες ανάλογα με τις ανάγκες και τις απαιτήσεις της εκάστοτε γεωγραφικής περιοχής. (Δεπάστας Χ, 2018).

Στην Ελλάδα έλαβαν χώρα δυο σημαντικά προγράμματα από την Ευρωπαϊκή Ένωση, ο Κανονισμός 815/1984 (1984-94) και το πρόγραμμα Ψυχαργός I και II (1999-2007), τα οποία συνέβαλαν σε μεγάλο βαθμό στην εφαρμογή της μεταρρύθμισης. Οι κύριοι στόχοι τους ήταν η παροχή κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών, η προοδευτική μείωση του αριθμού των παραδοσιακών νοσοκομείων, παράλληλα με τη δημιουργία δικτύου οικιστικών μονάδων, η δημιουργία ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία, η δημιουργία κινητών μονάδων στις αγροτικές περιοχές και στα νησιά, η δημιουργία ενός δικτύου μονάδων για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και η δημιουργία πιλοτικών μονάδων για ψυχογεωγραφικούς ασθενείς και άτομα με αυτισμό.

Οι ψυχιατρικοί ασθενείς που χρήζουν μακροχρόνια νοσηλεία νοσηλεύονται στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ημέρας και στις Κινητές Μονάδες. Οι υπηρεσίες αυτές έχουν ως στόχο να παρακολουθούν τη θεραπεία των ψυχικά ασθενών, με σκοπό την προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα πέτυχε σε ένα μεγάλο βαθμό τον σκοπό της, δηλαδή την κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Από την έναρξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ως σήμερα, πέντε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία έχουν κλείσει τα τμήματά τους που λειτουργούσαν ως άσυλα, ενώ τα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής-Δαφνί, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Δρομοκαϊτίου, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, έχουν μειώσει σε μεγάλο βαθμό τον αριθμό των κρεβατιών του ασυλικού τμήματος. (Δεπάστας Χ, 2018).



## 6.2 Λόγοι ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα

Κύριος λόγος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, που έχει αρχίσει στην Ελλάδα τα τελευταία είκοσι χρόνια, ήταν να καταργηθούν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία και τα άσυλα και να οργανωθεί ένα κατάλληλο σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε όλη τη χώρα, ώστε να μπορεί να εξυπηρετήσει όλους τους ψυχικούς ασθενούς σε όλη τη χώρα.

Άλλοι λόγοι που οδήγησαν στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι:

- ✓ Η ανάπτυξη νέων μορφών ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων.
- ✓ Η κίνηση υπέρ των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που οδήγησε στην παράδοση του αρνητικού ρόλου του ασύλου.



## 6.3 Δυσκολίες ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα

Οι δυσκολίες που παρουσιάζονται στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα είναι οι εξής:

1. *«Τα ψυχιατρεία αλλά και οι ψυχιατρικοί τομείς στα γενικά νοσοκομεία δεν είχαν την δυνατότητα ούτε τις υποδομές και το νοσηλευτικό προσωπικό για να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών που έχριζαν παραμονή στο νοσοκομείο. Στην περιοχή της*

Αττικής η κατάσταση ήταν πολύ σοβαρή, λόγω του συνωστισμού των ψυχικά ασθενών, την νοσηλεία τους σε ράντζα, και την έξοδο τους από το νοσοκομείο πριν την ολοκλήρωση της θεραπευτικής αγωγής. Υπήρξαν καταγγελίες που βεβαίωναν ότι ασθενείς που έρχονταν μόνοι τους για νοσηλεία διώχονταν γιατί είχε συμπληρωθεί ο αριθμός που μπορούσαν να νοσηλεύσουν. Σε τέτοιες περιπτώσεις οι ασθενείς αναγκάζονται να υποκρίνονται και να νοσηλεύονται μέσω εισαγγελικής διαταγής. Εν μέσω όλων αυτών και ενώ άλλα προσδοκούσαν οι επαγγελματίες υγείας στις ψυχιατρικές δομές άρχισαν να γίνονται επιφυλακτικοί, καχύποπτοι και το κλίμα ήταν πολύ δυσάρεστο μεταξύ των εργαζομένων στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και στους ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων» (Βαρουχάκης Χ, 2007).

2. «Λόγω της ανεπάρκειας των δημόσιων νοσοκομείων να καλύψουν τις ανάγκες σε κρεβάτια για τους ψυχιατρικά νοσούντες, άρχισαν να εμφανίζονται στον ιδιωτικό τομέα ψυχιατρικές κλινικές. Αυτό δημιουργεί μείζον πρόβλημα καθώς η ανεπάρκεια του δημόσιου τομέα να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών 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 αυτές κλινικές η ισχύουσα νομοθεσία παραβιάζονταν συνεχώς ενώ το κράτος δεν είχε την δυνατότητα να τις ελέγξει και να τις εποπτεύσει.» (Βαρουχάκης Χ, 2007).
3. «Η δράση και ο ρόλος των Μη Κερδοσκοπικών Εταιρειών (ΜΚΟ) αναμφισβήτητα ήταν σημαντικός και πρωτοποριακός. Κάποιες μάλιστα από αυτές κάλυψαν σε μεγάλο βαθμό την ανεπάρκεια του κράτους να ανταποκριθεί σε σημαντικά θέματα, με την οργάνωση των οικοτροφείων. Από την άλλη πλευρά βέβαια επισημάνθηκαν και κάποια अपαράδεκτα 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 Χ, 2007)
4. «Πολύ σοβαρό θέμα επίσης είναι οι απαράδεκτες θεσμικές εκκρεμότητες που συνεχίζουν να υφίστανται αν και έχουν περάσει πάνω από 25 χρόνια από την

έναρξη της προσπάθειας για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Τέτοιες εκκρεμότητες είναι:

- Οι μονάδες ψυχικής υγείας των ΜΚΟ άρχισαν να λειτουργούν χωρίς άδεια ή με άδεια που τους χορηγήθηκε πολύ αργότερα και κάτω από την πίεση τετελεσμένων γεγονότων.
- Οι δημόσιες ψυχιατρικές δομές λειτουργούν χωρίς τις προϋποθέσεις που ορίζει ο νόμος.
- Υπάρχουν περιπτώσεις που βασικά προεδρικά διατάγματα και υπουργικές αποφάσεις που έπρεπε να έχουν εκδοθεί πριν από 6 χρόνια, ή και πριν από 15 χρόνια, δεν έχουν εκδοθεί ακόμα.
- Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν έχουν προσαρμόσει τους θεσμούς τους ώστε να συμπεριλάβουν και τις νέες δομές και να ανταποκριθούν στις νέες συνθήκες.
- Τα γενικά νοσοκομεία, στα οποία υπάρχουν ή προβλέπονται ψυχιατρικοί τομείς δεν μπορούν κι αυτά να ανταποκριθούν στο νέο κατεστημένο.
- Οι νέες δομές εκτός του νοσοκομείου λειτουργούν χωρίς κανονισμούς λειτουργίας, χωρίς καμιά επιστημονική ή διοικητική διασύνδεση μεταξύ τους, σύμφωνα με την κρίση και τις αντιλήψεις των επιστημονικών τους υπευθύνων.
- Πολλές από τις εξωνοσοκομειακές μονάδες λειτουργούσαν ή λειτουργούν ακόμα χωρίς την ύπαρξη άδειας ίδρυσης και λειτουργίας.
- Οι διαδικασίες που ορίζει ο νόμος 2071/19924 για τη νοσηλεία, για την απαγόρευση και την πρόληψη των βασανιστηρίων των ψυχικά ασθενών εξακολουθούν να παραβιάζονται βάνανσα, παρά τις αυστηρές συστάσεις.
- Οι ψυχικά πάσχοντες εισάγονται «εκουσίως» ή ακουσίως και στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές χωρίς να έχει ακόμη εκδοθεί η προβλεπόμενη από το νόμο σχετική υπουργική απόφαση που να δίνει το δικαίωμα σε αυτές να το κάνουν.
- Οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί περιορισμένης ευθύνης, βρίσκονται σε κίνδυνο διάλυσης αν και έχουν περάσει μόνο έξι χρόνια από τότε που θεσμοθετήθηκαν, καθώς αντιμετωπίζουν πληθώρα θεσμικών προβλημάτων.

➤ *Η επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων είναι απλώς μια λέξη χωρίς υπόσταση».*

5. *«Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι κάποιοι ασθενείς έχουν μεταφερθεί σε οικοτροφεία χωρίς να έχουν τηρηθεί οι νόμιμες διαδικασίες.»*
6. *«Επίσης υπάρχουν σοβαρές υπόνοιες ότι και στις νέες δομές έχει εγκατασταθεί η παλιά τακτική των ασύλων»(Βαρουχάκης Χ, 2007).*



#### **6.4 Η ψυχιατρική περίθαλψη σε άλλες χώρες**

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. Αυτό που είναι κοινό σε πολλές από τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, σύμφωνα με τον ΠΟΥ είναι η αύξηση του ενδιαφέροντος της πολιτείας για την ψυχική υγεία που οδηγεί τις περισσότερες φορές στη διαδικασία αποασυλοποίησης των ψυχικά ασθενών και στην αποκέντρωση της υπευθυνότητας και ότι καμία χώρα δεν κατάφερε να υπερπηδήσει όλα τα εμπόδια.

Όσον αφορά στα 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 είναι τα παρακάτω:

- Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα είναι ελλιπείς, μη επαρκείς και μη ποιοτικές.
- Δεν είναι εύκολη η πρόσβαση του πληθυσμού, καθώς οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι άνισα κατανομημένες και δεν υπάρχει κατάλληλη ενημέρωση του κοινού.
- Οι στρατηγικές για την κατάργηση των ασύλων και των ψυχιατρικών ιδρυμάτων δεν ήταν αποτελεσματικές και έτσι δεν υπάρχει πλήρης κατάργηση όλων των ψυχιατρικών ιδρυμάτων και πετυχημένη αποασυλοποίησης. Δεν υπάρχει συντονισμός και οι οικονομικοί πόροι είναι λίγοι.
- Η αρνητική στάση των φορέων υγείας και της κοινότητας στην αποασυλοποίηση και κοινωνικοοικονομική επανένταξη των ασθενών.
- Η έλλειψη οικονομικών, ανθρώπινων και τεχνολογικών πόρων.

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 Μαρίνα, 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 τις 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 Ν, 2010).



## 6.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας θα πρέπει να μπορούν να φροντίζουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές με στόχο την προαγωγή της ψυχικής τους υγείας, προσφέροντας τους ποιοτική φροντίδα μέσω ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων (Λαζάρου Μαρία-Ραφαηλία & Κοτζαμπασάκη Ζωή, 2017)

Οι νοσηλευτές/τριες ψυχικής υγείας συνεχίζουν να έχουν τον πρώτο και πιο σημαντικό ρόλο στη φροντίδα των ασθενών με ψυχικά νοσήματα μέσα στις ψυχιατρικές δομές. Στην Ελλάδα οι βοηθοί νοσηλευτών πολλές φορές είναι αυτοί που αναλαμβάνουν αυτόν τον απαιτητικό ρόλο και αντιμετωπίζουν μια πολλές περιπτώσεις και προβλήματα, τα οποία οφείλουν να αναγνωρίσουν, να εκτιμήσουν αλλά και να δράσουν γρήγορα και αποτελεσματικά για να τα αντιμετωπίσουν.

Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας περιλαμβάνει διάφορα στοιχεία, όπως:

1. Την επικοινωνία με τον ασθενή.
2. Την εκτίμηση πιθανών προβλημάτων που έχει.
3. Την παρέμβαση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.
4. Την συνεργασία, το συντονισμό και την οργάνωση του τομέα.
5. Ακόμα καλούνται να ανταποκριθούν και να βγάλουν εις πέρας σε αλλαγές του θεραπευτικού περιβάλλοντος σύμφωνα με τα νεότερα δεδομένα και εξελίξεις στη φροντίδα του αρρώστου με ψυχικό νόσημα.
6. Οι ανάγκες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας στο χώρο εργασίας τους σε τμήματα οξέων περιστατικών είναι θέματα που ερευνούνται συνεχώς.
7. Η διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων, η θεραπευτική σχέση με τον άρρωστο, οι ανάγκες εκπαίδευσης των νοσηλευτών και η συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα είναι κάποια από τα θέματα που προσελκύουν το ερευνητικό ενδιαφέρον (Ευμορφία Κούκια & Νικόλαος Γκόνης, 2010).

Οι κυριότεροι περιορισμοί του νοσηλευτικού ρόλου στον ψυχιατρικό τομέα είναι:

1. Δεν υπάρχει κατάλληλη εκπαίδευση σε τεχνικές επικοινωνίας
2. Δεν έχει εκπαιδευτεί για τον τρόπο διαχείρισης και αντιμετώπισης κρίσιμων περιστατικών,.

3. Ύπαρξη προβλημάτων συνεργασίας με τους άλλους επαγγελματίες υγείας
4. Η έλλειψη αυτονομίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος στον συγκεκριμένο χώρο.
5. Η έλλειψη νομοθετικής κάλυψης και ηθικής συμπεριφοράς στην προσφορά της φροντίδας.
6. Επίσης η φροντίδα των ασθενών στα ψυχιατρικά τμήματα παρέχεται από νοσηλευτές τριτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης χωρίς την ύπαρξη καθηκοντολόγιου. Εργάζονται με τις ίδιες συνθήκες και τα ίδια καθήκοντα και υποχρεώσεις προς τον ψυχικά άρρωστο με ελάχιστες παραλλαγές (Ευμορφία Κούκια & Νικόλαος Γκόνης, 2010).



## 7. Συμπεράσματα

Έχοντας ολοκληρώσει την παρούσα εργασία γίνεται κατανοητό ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση ξεκίνησε από την Ευρώπη και την Αμερική. Άλλαξε η φιλοσοφία και η πρακτική της αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών και βαθμιαία άρχισε η μετάβαση από την ψυχιατρική του ασύλου στην περίθαλψη στην κοινότητα.

Σύμφωνα με το **πρώτο ερευνητικό ερώτημα**, ποιοι είναι δηλαδή οι λόγοι που επέβαλαν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, προέκυψε ότι ο βασικός λόγος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που ξεκίνησε πριν από είκοσι χρόνια, είναι η κατάργηση των ασύλων και η οργάνωση ενός συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας διαφόρων τύπων, με σκοπό να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των κατοίκων της.

Άλλοι σημαντικοί λόγοι για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι η ανάγκη δημιουργίας νέων μορφών ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων καθώς και η ανάγκη προάσπισης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Άλλα αίτια της μεταρρύθμισης ήταν η πρόοδος των θεραπευτικών μέσων για τα ψυχικά νοσήματα αλλά και η αναγνώριση των κοινωνικών παραγόντων στην αντιμετώπιση των ασθενειών αυτών. Ωστόσο θα πρέπει να σημειωθεί ότι ελάχιστες είναι οι χώρες που ολοκλήρωσαν τη μεταρρύθμιση.

Βασικές προϋποθέσεις για την υλοποίηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ήταν:

1. Η βαθμιαία συρρίκνωση της ασυλικής περίθαλψης.
2. Η ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών νοσηλείας.
3. Η σωστή κατανομή των πόρων με βάση τις αρχές της τομεοποίησης.
4. Η ευαισθητοποίηση και η επιμόρφωση της κοινότητας ώστε να εξαλειφθούν οι προκαταλήψεις.
5. Η εκπαίδευση κατάλληλου προσωπικού (γνώσεις, δεξιότητες και στάσεις).
6. Η αναθεώρηση των στάσεων του προσωπικού ώστε να αναγνωριστεί η σημασία,
  - της επανεκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες
  - της επαγγελματικής εκπαίδευσης
  - της κάλυψης αναγκών διαβίωσης

7. Η ισότιμη συνεργασία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας διαφόρων ειδικοτήτων της ψυχιατρικής ομάδας.
8. Η εύρεση κονδυλίων.
9. Η μείωση του χρόνου εκπαίδευσης του προσωπικού.

Σύμφωνα με το **δεύτερο ερευνητικό ερώτημα**, ποιες είναι δηλαδή οι δυσκολίες που συνάντησε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, προέκυψε ότι τα προβλήματα που έχουν προκύψει είναι πολλά και ποικίλα. Τα πιο σημαντικά είναι:

- Η δυσκολία των ψυχιατρικών νοσοκομείων, να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών, εξαιτίας της ανεπάρκειας υλικοτεχνικών υποδομών αλλά και ανθρώπινου δυναμικού.
- Οι ιδιωτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας που έρχονται να καλύψουν το κενό που υπάρχει στις δημόσιες υπηρεσίες. Το πρόβλημα όμως είναι ότι ο κρατικός έλεγχος στις ιδιωτικές δομές είναι ανεπαρκής, παρόλο που δεν ήταν λίγες οι φορές που αψήφησαν τους νόμους και εισήγαγαν ακουσίως αρρώστους αυτής της κλίμακας.
- Το έργο των μη κερδοσκοπικών εταιρειών.
- Τα κενά στο θεσμικό πλαίσιο. Δεν έχουν ξεκαθαριστεί ακόμα κάποια σοβαρά θέματα όπως:
  1. Η χορήγηση άδειας λειτουργίας πολλών μονάδων ψυχικής υγείας των ΜΚΟ.
  2. Ο καθορισμός των προϋποθέσεων λειτουργίας των δημόσιων μονάδων.
  3. Η αναμονή έκδοσης βασικών προεδρικών διαταγμάτων και υπουργικών αποφάσεων.
  4. Δεν υπήρχε συμπερίληψη των νέων μονάδων στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.
  5. Τα γενικά νοσοκομεία, παρόλο που έχουν ψυχιάτρους, δεν μπορούν ανταποκριθούν στα νέα δεδομένα.
  6. Οι καινούριες εξωνοσοκομειακές δομές λειτουργούν χωρίς κανονισμούς λειτουργίας.
  7. Πολλές από τις εξωνοσοκομειακές δομές δημιουργήθηκαν χωρίς την απαραίτητη άδεια ίδρυσης που ορίζει ο νόμος.
  8. Το πρωτόκολλο που ορίζει ο νόμος 2071/19924 για τη νοσηλεία των ασθενών δεν τηρείται όπως θα άρμοζε.

9. Εξακολουθούν να εισάγονται ψυχικά πάσχοντες χωρίς ή με τη θέληση τους σε ιδιωτικές κλινικές παραγράφοντας τον νόμο, αφού δεν έχει εκδοθεί σχετική υπουργική απόφαση.
10. Δεν υπάρχει κοινωνική ένταξη και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων.
11. Πολλές φορές δεν τηρείται ο νόμος για την μεταφορά ασθενών σε οικοτροφεία.
12. Εξακολουθεί να υπάρχει σε κάποιες δομές η ασυλιακή νοοτροπία και πρακτική.

Σύμφωνα με το **τρίτο ερευνητικό ερώτημα**, πώς δηλαδή εξελίχθηκε η νοσηλευτική ψυχική υγεία στην Ελλάδα, προέκυψε ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα θεσπίστηκε με την ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1397/83), (ΕΣΥ, 1983)διευρύνθηκε με τον Ν.2071/92 (2071-1992, 1992)και παγιώθηκε με το Ν.2716/99 (Ν.2716/99, 1999)περί «*Αναπτύξεως και εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις*».

Ο βασικός σχεδιασμός για τις αλλαγές στον τομέα της ψυχικής υγείας υπαγορεύτηκε από τον Κανονισμό 815/84 της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο Κανονισμός αυτός καθόριζε το ποσοστό χρηματοδότησης της ΕΕ ο οποίος ήταν 55% για την υλοποίηση του Προγράμματος και το 100% για την τεχνική βοήθεια. Στόχος της μεταρρύθμισης ήταν η δημιουργία ενός δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών σε συγκεκριμένες περιοχές, ώστε σταδιακά να κλείσουν τα άσυλα.

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έγινε σε φάσεις. «Η πρώτη φάση (1984-1989) αφορούσε στον εκσυγχρονισμό των ψυχιατρικών νοσοκομείων και στη δημιουργία νέων υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Η δεύτερη φάση (1989-1995) αφορούσε στην προώθηση της αποϊδρυματοποίησης των εγκλείστων και ιδιαίτερα του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου».

Στην Ελλάδα έλαβαν χώρα δυο ο σημαντικά προγράμματα από την Ευρωπαϊκή Ένωση, ο Κανονισμός 815/1984 (1984-94) και το πρόγραμμα Ψυχάργος I και II (1999-2007). Οι κύριοι στόχοι τους ήταν η παροχή κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών, η προοδευτική μείωση του αριθμού των παραδοσιακών νοσοκομείων, παράλληλα με τη δημιουργία δικτύου οικιστικών μονάδων, η δημιουργία ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία, η δημιουργία κινητών μονάδων στις αγροτικές περιοχές και στα νησιά, η

δημιουργία ενός δικτύου μονάδων για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και η δημιουργία πιλοτικών μονάδων για ψυχογεωγραφικούς ασθενείς και άτομα με αυτισμό.

Τα τεράστια βήματα που σημειώθηκαν στην ψυχιατρική αντιμετώπιση των ασθενών, εντός και εκτός δομών, στην Ελλάδα επισκιάζονται πολλές φορές από την κακή διαχείριση των οικονομικών πόρων, την ανικανότητα δημιουργίας ενός αποτελεσματικού δικτύου ψυχικής υγείας, την ανεπάρκεια επαγγελματικά καταρτισμένου προσωπικού.

Σύμφωνα με το **τέταρτο ερευνητικό ερώτημα**, ποιος είναι δηλαδή ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας, προέκυψε ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας καλούνται να ανταποκριθούν σε νέους ρόλους έχοντας να αντιμετωπίσουν μια σειρά σημαντικών προβλημάτων και ελλείψεων. Η ανάγκη προσφοράς εξειδικευμένης θεραπευτικά φροντίδας στον άρρωστο πρέπει να υπερκεράσει τις βασικές εκπαιδευτικές ελλείψεις, την ανυπαρξία πρωτοκόλλων, την ελλιπή νομοθετική κάλυψη και την περιορισμένη αυτονομία (Ευμορφία Κούκια & Νικόλαος Γκόνης, 2010).

Αν σκετούμαι ότι το ψυχιατρικό σύστημα στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια έχει δεχθεί καταίγισμο από μια σειρά σημαντικών αλλαγών, με έμφαση στην φροντίδα και στην αποκατάσταση του ψυχικά ασθενή εκτός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, η ανάγκη να οριστεί ο νοσηλευτικός ρόλος με σαφήνεια και να εντοπιστούν τα προβλήματα φαίνεται να είναι επιτακτική.

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές ψυχικής υγείας είναι αυτοί που πρώτα από όλους θα κληθούν να ανταποκριθούν σε πιο απαιτητικούς ρόλους και να προσφέρουν εξειδικευμένη φροντίδα στον άρρωστο. Η φροντίδα των ψυχικά αρρώστων σύμφωνα με το ισχύον σύστημα παροχής φροντίδας στον Ελλαδικό χώρο χαρακτηρίζεται από τα εξής: Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία με τον όρο «Τμήματα Βραχείας Νοσηλείας» συμπεριλαμβάνουν, με ελάχιστες εξαιρέσεις, τα τμήματα οξέων περιστατικών, στα οποία οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ασθενείς σε κρίση.

Γίνεται επομένως κατανοητό ότι η προστασία και η βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού είναι δύσκολο, περίπλοκο και σημαντικό έργο. Τα κενά και οι αδυναμίες που υπάρχουν σήμερα στην Ελλάδα οδηγούν στην απαξίωση του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας και αποδεικνύουν μια κρίση κυρίως διαχειριστική αλλά και κοινωνική. Για την αποτελεσματική συνέχιση του προγράμματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

απαιτείται μακρόπνοος σχεδιασμός δράσεων για την αντιμετώπιση της νέας πραγματικότητας.

## Βιβλιογραφία

- 2071-1992, N. (1992). *Εφημερίδα της κυβέρνησεως της ελληνικής δημοκρατίας*. Αθήνα.
- Arboleda & Florez J. (2002, February). What causes stigma? *World Psychiatry* , pp. 25-26.
- Björkman T et al, S. B. (2007). *Experiences of stigma among people with severe mental illness. Reliability, acceptability and construct validity of the Swedish versions of two stigma scales measuring devaluation/discrimination and rejection experiences*. Retrieved Σεπτέμβριος 10, 2018, from Nord J Psychiatry.: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17990193>
- Christodoulou G & Ploumpidis D. (2000, July 3). Mental health profile of Greece. *International Psychiatry* , p. Volume 7 Number 3 July 2010.
- Cohen L & Manion L. (1997). Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας. In X. Μητσόπουλος. Αθήνα: Έκφραση.
- FOUCAULT MICHEL. (1978-1979). *The Birth of Biopolitics*.
- Giddens A. (2002). *Κοινωνιολογία*. Αθήνα: Gutenberg.
- Goodwins S. (1992). *Comperative mental health policy. From institutional to community care*. SAGE.
- Kaplan & Sadock's. (2004). Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής. Αθήνα: Παρισιάνου, τρίτη έκδοση.
- Karastergiou A et al, A. M. (2009, Ιούνιος 6). Retrieved Αύγουστος 20, 2018, from The reform of the Greek mental health services: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638230500060516>
- Kouimtsidis Chr et al, S. J.-S. (2013). Evidence based mental healthcare and service innovation: Review of concepts and challenges. *PSYCHIATRIKI* , pp. 24:45–54.
- Loukidou E et al, A. M. (2013). Greek mental health reform: Views and perceptions of professionals and service users. *PSYCHIATRIKI* , pp. 24:37–44.
- Ploumpidis D et al, T. G.-P. (2008). Deinstitutionalization in Greece: Ethical problems. *Psychiatriki* , pp. 19:320–329.

Rose D et al, T. G. (2007, June 28). 250 labels used to stigmatise people with mental illness. *BMC Health Services Research*, *BMC Health Services Research* , pp. 7(1), 97.

Szmuckler, G. a. (2001). *Community Psychiatry*. Oxford University Press.

WATSON PATRICK W & CORRIGAN AMY C. (2002, Feb;). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* , pp. 16–20.

Zartaloudi A & Madianos M. (2010). Stigma Related To Help-Seeking From A Mental Health Professional. *HealthScienceJournal* , pp. Volume 4, Issue 2.

Βαρβατζίκη Μαρίνα. (2005). Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στο νομό Έβρου: έρευνα για τη στάση και τις αντιλήψεις των κατοίκων σχετικά με την ψυχική ασθένεια. *Πτυχιακή εργασία* (p. 6). Καλαμάτα: ΤΕΙ Καλαμάτας, Σχολή Διοίκηση και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας.

Βαρουχάκης Χ. (2007). Το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο και η πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ* , pp. 18:78-83.

Βικιπαίδεια. (n.d.). Retrieved 2 15, 2018, from [el.wikipedia.org: https://el.wikipedia.org/wiki/Ψυχική\\_ασθένεια](https://el.wikipedia.org/wiki/Ψυχική_ασθένεια)

Βικιπαίδεια. (n.d.). [el.wikipedia.org](https://el.wikipedia.org/wiki/Ψυχική_ασθένεια). Retrieved Φεβρουάριος 15, 2018, from [wiki/Ψυχική\\_ασθένεια: wiki/Ψυχική\\_ασθένεια](https://el.wikipedia.org/wiki/Ψυχική_ασθένεια)

Γκούβα Μ. (2015). Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ιστορική εξέλιξη της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας.

Γκρούτσης Ν. (2010). *Αξιολόγηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, Μεταπτυχιακή εργασία*. Πειραιάς: Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση της υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Δαρβίρη. (2007). *Προαγωγή υγείας*. Αθήνα: Πασχαλίδης.

Δασκαλοπούλου Ο και συν, Α. Ε. (2005). *Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, ως Κέντρο εξωνοσοκομειακής – ανοιχτής περίθαλψης χρόνιων ψυχικά ασθενών. Καταγραφή και αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής πορείας ατόμων με σχιζοφρένεια στα πλαίσια της ένταξης τους στις αποκαταστασιακές υπηρεσίες του ΚΨΥ*. Ηράκλειο: Πτυχιακή εργασία ΑΤΕΙ Κρήτης, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.

Δεπάστας Χ. (2018, Απρίλιος – Ιούνιος). Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. “*To Vima tou Asklipiou*” *Journal* , pp. Volume 17, Issue 2.

Δεπόλλας Γ. (2018). Άσυλο- Οι αθέατοι.

Δημοπούλου Μ και συν, Ρ. Φ. (2011). Ψυχοκοινωνική παρέμβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ανάπτυξη της κινητής μονάδας ψυχικής υγείας Κέρκυρας/Λευκάδας. *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος* , pp. Τόμος 8, Τεύχος 1.

Δουλκερίδου Π. (2013). Διάρθρωση και κατανομή υπηρεσιών Κέντρων και Μονάδων Ψυχικής Υγείας Ν. Θεσσαλονίκης. *Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας* (pp. 11-14). Λάρισα: Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής.

ΕΣΥ. (1983). *Νόμος 1397-1983*. Αθήνα.

Ευμορφία Κούκια & Νικόλαος Γκόνης. (2010, Τόμος 9ος, Τεύχος 3ο, Ιούλιος - Σεπτέμβριος). Ανάγκες εκπαίδευσης και περιορισμοί ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε τμήματα βραχείας νοσηλείας σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. *Το Βήμα του Ασκληπιού* , pp. 344-358.

Καλογεροπούλου Μαρία. (n.d.). *Η συμβολή των οργανώσεων χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος*. Retrieved Ιανουάριος 2, 2019, from ekdd.gr: [http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies\\_esdd/16/12/654.pdf](http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/16/12/654.pdf)

Λαζάρου Μαρία-Ραφαηλία & Κοτζαμπασάκη Ζωή. (2017). *Κοινωνική- Κοινοτική ψυχιατρική και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση τον 21ο αιώνα- ο ρόλος του νοσηλευτή. Πτυχιακή εργασία*. Πάτρα: ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, τμήμα Νοσηλευτικής.

Λυπουρλής Δ. (2000). Ιπποκράτης, Ιατρική θεωρία και πράξη., Περὶ ἀρχαίας ιατρικῆς, Περὶ ἀέρων, ὑδάτων καὶ τόπων, προγνωστικόν., Ζήτρος.

Μαδιανός Μ. (1983). «Οι διαστάσεις των ψυχικών διαταραχών και η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα». Σύγχρονα Θέματα.

Μαδιανός Μ. (1994). Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.



Μαδιανός Μ. (2013, Απρίλιος 21). Οικονομική κρίση, ψυχική υγεία και ψυχιατρική περίθαλψη: Τι απέγινε η «Μεταρρύθμιση» στην Ελλάδα;. Κως: 26ο Πανελλήνιο συνέδριο Ψυχιατρικής.

Μαδιανός Μιχάλης. (2000). *Κοινωνική Ψυχιατρική Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή*. Αθήνα: Καστανιώτη, σελ. 28.

Μαρία, Κ. (n.d.). *Η συμβολή των εργαζομένων ππππππππ επηδανώζευν σπηζιών ηνν ςπηπεζιών τςσικήρ ςγείαρ ζη*.

Μετάφας Π. (2010). *Η πολιτική του Michel Foucault LEPOUVOIR PSYCHIATRIQUE (1973-1974)*.

Ν.2716/99. (1999). *Εφημερίδα της κυβερνήσεως της Ελληνικής δημοκρατίας*. Αθήνα.

Οικονόμου Μ και συν, Μ. Κ. (2001, Μάιος-Ιούνιος). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία: Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 18(3) , pp. 239-253.

Π.Ο.Υ. (2001). *Ψυχική υγεία, Νέα αντίληψη, Νέα ελπίδα*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας.

Παπαδοπούλου Δ και συν, Ε. Μ. (2004). *Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός*. Αθήνα: ΕΞΑΝΤΑΣ.

Παρασκευαΐδου Σ & Κατσαλιάκη Κ. (2015). Αξιολόγηση των υπηρεσιών και των δομών ψυχικής υγείας του προγράμματος «Ψυχαργός». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* , pp. 32(4):467-474.

Σεχίδου Μ. (2011). *ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ*. Θεσσαλονική.

Στυλιανίδης Σ & Παντελίδου Σ. (2006). Η εφαρμογή του μοντέλου διαχείρισης περιστατικού στο χώρο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της κοινοτικής ψυχιατρικής. *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ* , pp. 17:113-121.

Στυλιανίδης Σ και συν, Ν. Θ. (2007). Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα - Μια διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα. *Αρχαιολογία και τέχνες* , p. τχ. 105.


Φουκό Μισέλ. (2004). *Η ιστορία της τρέλας*. Αθήνα: ΗΡΙΑΔΑΝΟΣ.

Χαλκιοπούλου, Χ. (2003, σ. 11). *Ψυχολογία της υγείας*. Θεσσαλονίκη: Μέλισσα.

Ψυχαργός. (2011). *Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009 (διευκρινήσεις, βελτιώσεις, περαιτέρω τεκμηρίωση)*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

### ΑΔΕΙΑ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

  
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΑΤΕΛΩΣ  
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.  
Τμήμα Νοσηλευτικής

Ηράκλειο, 16/3/2018

Πληροφ.: Ευαγγ. Γωνιανάκη  
Τηλέφ.: 2810-379538  
Τ.Θ. 1939, Ηράκλειο Κρήτης

Αρ. Πρωτ.: 424

ΠΡΟΣ:  
Μπαλιτζάκη Αικατερίνα  
Γαλανάκη Βασιλεία

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής  
Καρτσωνάκη Μαρία

**ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας.**

Ανατίθεται κατόπιν πρότασης της Προέδρου του Τμήματος Νοσηλευτικής η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

ΥΝ6623 Μπαλιτζάκη Αικατερίνα  
ΥΝ6748 Γαλανάκη Βασιλεία

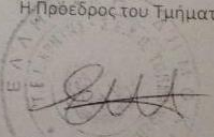
με θέμα: «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ιστορική εξέλιξη της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας».

Η εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία θα είναι η κ. Καρτσωνάκη Μαρία.

Παρατηρήσεις:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για την υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 4 αντίτυπα, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Η Πρόεδρος του Τμήματος

  
Ευριδίκη Πατελάρου  
Αναπλ. Καθηγήτρια









