



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

**Διερεύνηση της επίδρασης των δομών εξωνοσοκομειακής
ψυχιατρικής φροντίδας στις υποτροπές των ψυχικά ασθενών**

της
Κουλτούκη Βασιλικής
ΑΜ: 1167

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Ευαγγελία Κοτρώτσιου

Λάρισα, Σεπτέμβριος 2020

Περιεχόμενα

Περίληψη	4
Abstract.....	5
Εισαγωγή	6
Κεφάλαιο 1. Ορισμοί εννοιών	8
1.1 Ψυχική ασθένεια	8
1.2 Υποτροπή	10
1.3 Νοσηλευτικό προσωπικό ψυχικής υγείας	10
1.4 Ψυχιατρικός εξωτερικός ασθενής	10
1.5 Εννοιολογικό πλαίσιο της μελέτης.....	11
Κεφάλαιο 2. Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	12
2.1 Αποκατάσταση ψυχικά ασθενών	12
2.2 Παράγοντες που συμβάλλουν στην υποτροπή των ψυχικά ασθενών	14
2.2.1 Έλλειψη μεταφοράς για την πραγματοποίηση επισκέψεων στο σπίτι	14
2.2.2 Μη τήρηση των ψυχοτρόπων φαρμάκων	15
2.2.3 Στίγμα ψυχικής ασθένειας	17
2.3 Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ψυχικά ασθενών	18
2.3.1 Μονάδες Ψυχικής Υγείας.....	18
2.3.2 Κοινωνικές Μονάδες Ψυχικής Υγείας	22
2.3.3 Εξειδικευμένα Κέντρα.....	24
Κεφάλαιο 3. Μεθοδολογία.....	28
3.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα.....	28
3.2 Ερευνητική προσέγγιση	28
3.3 Ερευνητικό εργαλείο	29
3.4 Το δείγμα της έρευνας.....	31
3.5 Ανάλυση δεδομένων	31
Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα.....	32

4.1 Δημογραφικά.....	32
4.2 Οφέλη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης	37
4.3 Απειλές για την ανάπτυξη των εξωνοσοκομειακών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης	43
4.4 Απόψεις για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο Δίκτυο Ψυχικής Υγείας.....	48
4.5 Επίδραση των εξωνοσοκομειακών δομών στην υποτροπή των ψυχικά ασθενών	54
4.6 Συσχετίσεις.....	61
Κεφάλαιο 5. Συζήτηση- Συμπεράσματα.....	69
Βιβλιογραφία	73
Παράρτημα.....	78
Παράρτημα Α	78
Παράρτημα Β	85

Περίληψη

Ως Ψυχική Διαταραχή χαρακτηρίζεται μία κατάσταση κατά την οποία η κανονική λειτουργία και η τάξη έχουν απορρυθμιστεί. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση που άρχισε στην Ελλάδα την δεκαετία του 1980 άλλαξε τον τρόπο που αντιμετωπίζονταν οι ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα μέχρι τότε. Για το λόγο αυτόν κρίθηκε αναγκαία η δημιουργία ενδιάμεσων δομών στην κοινότητα που να καλύπτουν τις ανάγκες των ασθενών. Δημιουργήθηκαν κοινοτικές διαρθρώσεις και δομές για την περίθαλψη και τη στέγαση όσων ασθενών την έχουν ανάγκη.

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι ο εντοπισμός και η περιγραφή των παραγόντων που επηρεάζουν την υποτροπή των ψυχιατρικών εξωτερικών ασθενών στην Ελλάδα

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα είναι ποσοτική και πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου. Οι συμμετέχοντες αποτέλεσαν ανθρώπινο δυναμικό δομών ψυχιατρικής φροντίδας του νομού Λαρίσης.

Η έρευνα κατέγραψε υψηλή αποδοχή των αποκαταστασιακών δομών στην κοινότητα και σαφή προτίμηση υπέρ της διαβίωσης σε αυτές σε σχέση με τα ψυχιατρεία.

Λέξεις- κλειδιά: ψυχικά ασθενείς, δομές εξωνοσοκομειακής ψυχιατρικής φροντίδας, υποτροπή

Abstract

Mental Disorder is a condition in which normal functioning and order are deregulated. The psychiatric reform that began in Greece in the 1980s changed the way patients with psychiatric problems were treated until then. For this reason it was deemed necessary to create intermediate structures in the community to meet the needs of patients. Community structures and structures have been set up to care for and accommodate those patients in need.

The purpose of this study was to identify and describe the factors that affect relapse among psychiatric outpatients in Greece

The method used in the present study is quantitative and was performed using a questionnaire. The participants were human resources of psychiatric care structures in the prefecture of Larissa.

The research recorded a high acceptance of the rehabilitation structures in the community and a clear preference for living in them in relation to the psychiatric hospitals.

Keywords: mentally ill, outpatient psychiatric care structures, relapse

Εισαγωγή

Στο ιατρικό επάγγελμα, μια υποτροπή σημαίνει « επαναφορά της νόσου μετά από προφανή ανάκαμψη, την επιστροφή της κακής υγείας μετά από μια προφανή ή μερική ανάκαμψη» (Collins English Dictionary 1991: 1307). Οι Mwaba και Molamu (1998: 56) ορίζουν την υποτροπή ως μια «επιδεινούμενη κατάσταση ενός ψυχιατρικού εξωτερικού ασθενούς». Συχνά, αυτό οφείλεται στον αποκλεισμό των ασθενών από τη λήψη φαρμάκων με τη συμβουλή μιας πολυεπιστημονικής ομάδας. Οι Martenyl, Brown, Zhang, Koke και Prakash (2002: 316) δηλώνουν ότι ένας νοσηλευτής ή οποιοδήποτε μέλος της διεπιστημονικής ομάδας μπορεί να παρατηρήσει αυτή την υποτροπή κλινικά. Τα ψυχιατρικά ζητήματα, συμπεριλαμβανομένης της υποτροπής, επιβαρύνουν την οικονομία. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια νοσηλεύονται για μεγάλο χρονικό διάστημα, κάτι που είναι εξόχως δαπανηρό (Launer 1997: 16).

Η παρούσα μελέτη θα εξετάσει παράγοντες που επηρεάζουν την υποτροπή μεταξύ ασθενών με ψυχικές διαταραχές οι οποίοι επισκέπτονται εξωνοσοκομειακές δομές.

Τα συμπεράσματα και οι συστάσεις πρέπει να συμβάλλουν στη βελτίωση του ρόλου της οικογένειας στη φροντίδα των ασθενών και από κάθε άποψη οφείλουν να αναπτυχθούν νέες στρατηγικές για τη βελτίωση του συστήματος παραπομπής μεταξύ των ψυχιατρικών ιδρυμάτων όπου έγιναν δεκτοί οι νοσούντες και της κλινικής στην οποία θα ακολουθήσει η παρακολούθηση.

Γενικό Μέρος

Κεφάλαιο 1. Ορισμοί εννοιών

1.1 Ψυχική ασθένεια

Η έννοια της ψυχικής υγείας δεν είναι εύκολο να προσδιοριστεί με σαφήνεια. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, η ψυχική υγεία δεν είναι απλώς η απουσία ψυχικής διαταραχής, αλλά ορίζεται ως κατάσταση ευημερίας στην οποία κάθε άτομο συνειδητοποιεί τις δικές του δυνατότητες, μπορεί να χειριστεί τα φυσιολογικά άγχη της ζωής, να εργαστεί παραγωγικά και εποικοδομητικά και καθίσταται ικανό να συμβάλει στην κοινότητα του» (WHO 2001). Ο Μαδιανός δηλώνει ότι είναι μια κατάσταση συναισθηματικής ευημερίας όπου μπορεί κανείς να ζει και να εργάζεται άνετα στην κοινότητα και να είναι ικανοποιημένος με τα προσωπικά χαρακτηριστικά και τα επιτεύγματά του. (Μαδιανός, 1989: 31)

Επίσης, από την άλλη πλευρά, η εννοιολογική αποσαφήνιση των ψυχικών ασθενειών παρεμποδίζεται από την απουσία σαφούς, καθολικά αποδεκτού ορισμού. Η έννοια της ψυχικής ασθένειας έχει αποκτήσει υπερβολική αίσθηση σύγχυσης. Τα τρία θεωρητικά μοντέλα ψυχικής ασθένειας ορίζουν την ψυχική ασθένεια μέσω της δικής τους οπτικής.

Με βάση το βιοϊατρικό μοντέλο, η κλινική ψυχιατρική ορίζει τις ψυχικές ασθένειες ως αποτέλεσμα αλλαγών στη φυσιολογία του σώματος, τη βιοχημεία του εγκεφάλου και την ομαλή λειτουργία άλλων τμημάτων του νευρικού συστήματος. Η νοσοκομειακή εξήγηση της ψυχικής ασθένειας ισοδυναμεί τη σωματική εξέταση με την ψυχολογική και ορίζει την ψυχική ασθένεια ως ένα βιολογικό μειονέκτημα.

Το μοντέλο νοητικής συμπεριφοράς ορίζει τις ψυχικές ασθένειες ως αποτέλεσμα αμοιβαία ενισχυτικών δυσανάλογων σκέψεων και συμπεριφορών που εκδηλώνονται με συγκεκριμένα συμπτώματα και αρνητικές διαθέσεις.

Τέλος το κοινωνικό μοντέλο εξηγεί την ψυχική ασθένεια ως μια προσωρινή δυσχερή προσαρμογή στις δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης που συνδέονται με τη φτώχεια, την ανεργία, το κοινωνικό άγχος, την κοινωνική απομόνωση και την έλλειψη συναισθηματικής προσκόλλησης. (Ζήση, 2013: 23-34)

Ένας άλλος εναλλακτικός τρόπος αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας υποστηρίζει ότι η ψυχική ασθένεια δεν είναι μια αντικειμενικά καθορισμένη κατάσταση, αλλά ένα κοινωνικά καθορισμένο κατασκευάσμα που υπόκειται σε κοινωνικο-ιδεολογικές σκέψεις. Το άτομο χαρακτηρίζεται ως ψυχικά άρρωστο από ψυχιάτρους που λειτουργούν σε ένα σύνθετο κοινωνικό δίκτυο μέσα στο οποίο διαμορφώνουν τις αντιλήψεις τους. Η ψυχική διαταραχή, σε αντίθεση με τη σωματική ασθένεια, ενεργοποιείται και εξαρτάται από την πορεία εξωγενών κοινωνικών παραγόντων. Τα διαγνωστικά και θεραπευτικά κριτήρια δεν είναι ανατομικά και φυσικά, όπως στην περίπτωση της σωματικής ασθένειας αλλά και κοινωνικά. Δεν είναι μια προφανής εκτροπή, μια σαφής ασυνέχεια της κανονικότητας. Είναι, αντιθέτως, μια διαφοροποιημένη κατάσταση ζωής του ατόμου που υπακούει σε αμέτρητες κοινωνικοπολιτιστικές μεταβλητές, που διατάσσονται σε ένα συνεχές φάσμα συμπεριφοράς το οποίο μπορεί να κατανεμηθεί μόνο με συμβατικά, κοινωνικά κριτήρια σε φυσιολογικά και παθολογικά τμήματα. (Τσαλίκογλου, 1987: 88-89)

Ο Γρίβας περιγράφει την ψυχική ασθένεια ως μια συγκεχυμένη, κατακερματισμένη και παθιασμένη απόκριση της ατομικής προσωπικότητας στη σύγχυση, τον κατακερματισμό και το αδιέξοδο που επιβάλλει μια νοσηρή κοινωνική δομή. Κατά την προσωπική του άποψη, είναι η πιο τραγική, απολύτως αποξενωμένη, ατομική αντίδραση στην απόλυτα αλλοτριωτική δράση μιας κοινωνικής δομής που δουλεύει να υποτάσσεται παρά δρα ώστε να εξυπηρετεί τα μέλη της. Και αυτό σημαίνει ότι κάθε προσπάθεια προσέγγισης απαιτεί πρώτα απ' όλα έρευνα στον τομέα της κοινωνικής και όχι της φυσικής παθολογίας. (Γρίβας, 1987: 172)

Η ψυχική υγεία βέβαια δεν είναι απλώς ζήτημα «εμπειρογνομόνων». Είναι θέμα της κοινωνίας, της δομής της, της "σχέσης" της, των μέσων που παρέχονται ή όχι, έτσι ώστε ο καθένας να μπορεί να συνειδητοποιεί ή να μην αντιλαμβάνεται τον εαυτό του - στο βαθμό που οι αλλοτριωμένες σχέσεις τίθενται υπό αμφισβήτηση. . Δεν μπορεί να υπάρξει ψυχική υγεία σε άρρωστες κοινωνικές σχέσεις. Η καλή ψυχική υγεία είναι ένα δημόσιο αγαθό και ένα συνάμα κοινωνικό δικαίωμα.

Έτσι, η ψυχική ασθένεια δεν μπορεί να διαχωριστεί από την κανονικότητα, εκτός αν η κοινωνία την απορρίψει και την αποκλείσει (Τζανάκης, 2008: 33).

1.2 Υποτροπή

Η υποτροπή προσδιορίζεται από την επανεμφάνιση της νοσηρότητας μετά από μια προφανή ή μερική ανάκαμψη (Collins English Dictionary 1991). Οι Solombela et al (1994) ορίζουν την υποτροπή, ως αναφορά στην επιδείνωση της κατάστασης ενός ασθενούς, η οποία φαίνεται από ένα από τα ακόλουθα:

- Ο ασθενής διακόπτει τη φαρμακευτική αγωγή ενάντια στις συμβουλές των θεραπόντων ιατρών του.
- Στην κλινική ο ασθενής παρουσιάζει παραισθήσεις, γεγονός που αποτελεί σημάδι και σύμπτωμα υποτροπής.
- Ο ασθενής νοσηλεύεται σε ψυχιατρικό ίδρυμα.

Η ψυχική ασθένεια μπορεί να αντιμετωπιστεί με επιτυχία στην κοινότητα, καθώς είναι μια μακροχρόνια ασθένεια και τα άτομα που πάσχουν από αυτήν, μετά την οξεία φάση, απορρίπτονται από ψυχικά ιδρύματα και επιστρέφουν στην κοινότητα. Η επιτυχία της διαχείρισης των ψυχικών ασθενειών στην κοινότητα βασίζεται στην προσέγγιση της αποκατάστασης και στην επαρκή διαθεσιμότητα των πόρων (Uys 1991).

1.3 Νοσηλευτικό προσωπικό ψυχικής υγείας

Ένας νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι ένα άτομο που είναι επαγγελματικά μορφωμένο και εξοπλισμένο με δεξιότητες για να είναι σε θέση να αλληλεπιδράσει με έναν ασθενή με έναν τρόπο και με συγκεκριμένο στόχο. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας βοηθούν τους ασθενείς να χρησιμοποιούν τους περιβαλλοντικούς τους πόρους για να καλυτερεύσουν την ψυχική τους υγεία (Poggenpoel 1994: 54).

1.4 Ψυχιατρικός εξωτερικός ασθενής

Οι ψυχιατρικοί εξωτερικοί ασθενείς είναι άτομα που διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στη διατήρηση της βέλτιστης λειτουργίας τους στην κοινότητα και στην πρόληψη υποτροπής (Blott, 2000). Λαμβάνουν θεραπεία ως εξωτερικοί ασθενείς και διαμένουν στις οικίες τους. Αναφέρονται ως πελάτες, ασθενείς και άτομα εναλλακτικά.

1.5 Εννοιολογικό πλαίσιο της μελέτης

Η μελέτη αυτή θα βασιστεί σε έννοιες που προέκυψαν από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και το θεωρητικό πλαίσιο που προτάθηκε για την ψυχιατρική αποκατάσταση από την Uys (1991). Σε αυτό το θεωρητικό πλαίσιο, ένας ασθενής και η οικογένειά του θεωρούνται μέλη της ψυχιατρικής ομάδας μέσω της ενεργούς συμμετοχής τους. Οποιαδήποτε πληροφορία τους παρουσιάζεται σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς και τη θεραπεία, θα πρέπει να είναι δοσμένες σε απλή και κατανοητή μορφή (Uys 1991). Ένας ασθενής είναι "ένα πρόσωπο που λαμβάνει ιατρική περίθαλψη (Collins English Dictionary 1991). Η κοινότητα δεν πρέπει να αφηθεί έξω, αλλά οφείλει να εκπαιδεύεται για το πώς να φροντίζει τους ψυχικά ασθενείς για τη μείωση του ποσοστού υποτροπής. Μια κοινότητα είναι "οι άνθρωποι που ζουν σε μια τοποθεσία, μια ομάδα ανθρώπων που έχουν πολιτιστικά, θρησκευτικά και εθνοτικά ή άλλα χαρακτηριστικά" (Collins English Dictionary 1991). Η οικογένεια ως μέρος της κοινότητας μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της υποτροπής.

Κεφάλαιο 2. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η Ψυχική Διαταραχή είναι μια κατάσταση κατά την οποία η κανονική λειτουργία και η τάξη απορρυθμίζονται. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση που ξεκίνησε στην Ελλάδα τη δεκαετία του 1980 άλλαξε τον τρόπο αντιμετώπισης των ασθενών με ψυχιατρικά προβλήματα μέχρι τότε. Για το λόγο αυτό κρίθηκε απαραίτητο να δημιουργηθούν ενδιάμεσες δομές στην κοινότητα για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών. Δημιουργήθηκαν κοινοτικές μονάδες και αντίστοιχες δομές για τη φροντίδα και τη στέγαση των ασθενών που τη χρειάζονταν.

Η τρέχουσα τάση στη θεραπεία ψυχικών ασθενειών ακολουθεί τις αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Ο ορισμός της Κοινοτικής Ψυχιατρικής συνεπάγεται τη φροντίδα των ασθενών στην κοινότητα, δηλαδή στο φυσικό κοινωνικό περιβάλλον τους, σε μη περιοριστικές συνθήκες. Είναι επομένως λογικό να δημιουργηθούν ομάδες ψυχικής υγείας με τη συμμετοχή επαγγελματιών υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, νοσηλευτικό προσωπικό, επισκέπτες υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί κ.λπ.). Αυτές οι ομάδες παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στον τόπο κατοικίας των ασθενών βάσει των αρχών της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, με τη δυνατότητα να πραγματοποιούν επισκέψεις στον τόπο κατοικίας των ασθενών. Προτεραιότητα δίνεται στη φροντίδα ασθενών με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως η ψύχωση, χωρίς να παραβλέπονται ήπιες διαταραχές ασθενών με κοινωνικά προβλήματα, διαταραχές της προσωπικότητας και οι χρήστες ουσιών.

2.1 Αποκατάσταση ψυχικά ασθενών

Ο Clark (1992: 8) ορίζει την αποκατάσταση ως το «επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης που λαμβάνει χώρα στην κοινότητα. Περιλαμβάνει προσπάθειες που αποσκοπούν στη μείωση της αναπηρίας και στην αποκατάσταση της λειτουργίας. " Οι Spradley και Allender (1996: 17) δηλώνουν ότι τα άτομα των οποίων η αναπηρία προέρχεται από ασθένειες, όπως η ψυχική ασθένεια, μπορούν να βοηθήσουν να ανακτήσουν κάποιο μέτρο της χαμένης λειτουργίας τους ή να αποκτήσουν νέες αντισταθμιστικές δεξιότητες. Ο Clark (1992: 60) ορίζει μια κοινότητα ως "ένα σύστημα επίσημων ομάδων, που χαρακτηρίζονται από αλληλεξάρτηση και των οποίων η λειτουργία έγκειται στο να καλύψουν τις συλλογικές ανάγκες των μελών της ομάδας". Οι Charltee, Patel και Weiss (2003: 60) υποστηρίζουν ότι η κοινωνική

αποκατάσταση εξαρτάται από τις προσπάθειες που καταβάλλουν οι κοινότητες για τη διαχείριση της αναπηρίας. Ως αποτέλεσμα, οι ασθενείς και οι οικογένειές τους πρέπει να διαθέτουν πληροφορίες, να γίνουν εταίροι στο σχεδιασμό και την εφαρμογή στρατηγικών αποκατάστασης. Για να διευκολυνθεί η ανάκαμψη, χρειάζεται να δημιουργηθεί ένα θετικό κοινωνικό περιβάλλον.

- Ψυχοκοινωνική εκπαίδευση

Οι Uys και Middleton (1997: 52) συστήνουν την ψυχολογική εκπαίδευση όπου ο ασθενής και η οικογένεια διδάσκονται για την ψυχική ασθένεια και τη διαχείρισή της προκειμένου να επιτευχθεί καλύτερη αντιμετώπιση και αποκατάσταση με βάση την κοινότητα. Η ψυχοπαιδαγωγική εκπαίδευση εξοπλίζει τον ασθενή και την οικογένεια, ώστε να παράγει κατάλληλα και ευεργετικά αποτελέσματα για τον ασθενή.

- Κοινωνική παρέμβαση

Η κοινωνική παρέμβαση "περιλαμβάνει την αυξανόμενη επαφή μεταξύ των ανθρώπων με σχιζοφρένεια και των υποστηρικτικών άλλων, συχνά μέσω ομάδων υποστήριξης αυτοβοήθειας" (Hoeksema 1998: 241). Οι ομάδες συναντιούνται μαζί για να συζητήσουν τον αντίκτυπο της ασθένειάς τους στη ζωή τους, τις προσπάθειες να καταστήσουν τους ανθρώπους να κατανοήσουν τη διαταραχή τους, τους φόβους υποτροπής και τις εμπειρίες με διάφορα φάρμακα και ούτω καθεξής. Τα μέλη της ομάδας μαθαίνουν δεξιότητες, όπως η δερμάτινη εργασία και ο αθλητισμός. Η οικογένεια και οι ασθενείς μπορούν να ενθαρρυνθούν να ενταχθούν σε πνευματικές ή πολιτιστικές ομάδες. Ένα καλά λειτουργικό και υποστηρικτικό δίκτυο ενός ατόμου με ψυχική διαταραχή μειώνει την υποτροπή (Otsman & Kjellin 2002: 494). Τα κοινωνικά δίκτυα εκπληρώνουν δύο λειτουργίες, δηλαδή πρακτική και συναισθηματική υποστήριξη. Η διαβίωση με έναν σύζυγο ή μέλος της οικογένειας παρέχει άμεση κοινωνική στήριξη. Η Manamela (2001: 159) αναφέρει τα συμπεράσματα του Palmer-Erbs και Anthony (1995) ότι τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες χρειάζονται φίλους για να πάνε, όταν προκύψει μια κατάσταση κρίσης.

2.2 Παράγοντες που συμβάλλουν στην υποτροπή των ψυχικά ασθενών

Η υποτροπή σημαίνει επανάληψη ή έντονη αύξηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της νόσου, ειδικά μετά από μια περίοδο προφανούς βελτίωσης ή σταθερότητας (Austin & Boyd 2008: 952). Στη μελέτη αυτή ο ερευνητής επανεξέτασε τη βιβλιογραφία σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την υποτροπή των ψυχιατρικών ασθενών στα αγροτικά πλαίσια της Νότιας Αφρικής (SA). Προσδιόρισε: τη μεταφορά, τη μη τήρηση των ψυχοτρόπων φαρμάκων, το στίγμα ψυχικών ασθενειών, το φύλο και τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην υποτροπή των ψυχιατρικών εξωτερικών ασθενών. Αυτοί οι παράγοντες εξετάζονται λεπτομερώς στα υποκεφάλαια που ακολουθούν.

2.2.1 Έλλειψη μεταφοράς για την πραγματοποίηση επισκέψεων στο σπίτι

Ο Clark (1992: 156) περιγράφει τις επισκέψεις στο σπίτι ως παραδοσιακή νοσηλευτική προσέγγιση για τη φροντίδα ατόμων και οικογενειών. Κατά τις επισκέψεις στο σπίτι, ο νοσηλευτής έχει την ευκαιρία να βιώσει την κατάσταση του ασθενή και παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την υγεία του. Σε αυτό το τμήμα της ανασκόπησης, ο ερευνητής εντόπισε μόνο μία μελέτη που διεξήχθη στο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της Α.Ε. που ασχολείται με τη μεταφορά ως πρόβλημα στην περίθαλψη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα. Η μελέτη διεξήχθη από τους Thiranyana και Mavundla (1998: 31). Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην αγροτική επαρχία Ανατολικού Ακρωτηρίου. Τα ευρήματα αποκάλυψαν ότι η έλλειψη μεταφοράς των νοσηλευτών για τη διεξαγωγή επισκέψεων στο σπίτι επηρέασε αρνητικά την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ). Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζονται από τον Kgosidintsi (1996: 41), ο οποίος περιγράφει ότι η έλλειψη μεταφοράς ως πρόβλημα, παρεμποδίζει τους παρέχοντες υγειονομική περίθαλψη να εκτελούν τα καθήκοντά τους αποτελεσματικά. Η έλλειψη μεταφοράς εμποδίζει τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας να παρατηρούν τους παράγοντες στο οικιακό περιβάλλον που θα μπορούσαν να επιδράσουν αρνητικά την υγεία των ψυχιατρικών ασθενών, γεγονός που, με τη σειρά του, θα μπορούσε να οδηγήσει σε υποτροπή.

2.2.2 Μη τήρηση των ψυχοτρόπων φαρμάκων

Οι Csernansky και Schruchart (2002: 474) υποστηρίζουν ότι η πιο σημαντική συνιστώσα ενός επιτυχημένου προγράμματος μακροχρόνιας θεραπείας είναι η προσκόλληση στη θεραπεία. Σε μια μελέτη σχετικά με την επίδραση της εκπαίδευσης των ασθενών και της οικογένειας, σε ένα δείγμα κινέζων ασθενών με σχιζοφρένεια, οι Li και Arthur (2005: 343) συνέκριναν την υποτροπή και την προσκόλληση μετά την απόρριψη μεταξύ των ασθενών που προσχώρησαν στη φαρμακευτική αγωγή και εκείνων που δεν προσχώρησαν. Εννέα μήνες μετά την απόρριψη, το ποσοστό υποτροπής μεταξύ των ασθενών που δεν έλαβαν φαρμακευτική αγωγή ήταν 37% και το 16% μεταξύ εκείνων που προσχώρησαν. Αυτό δείχνει ότι η έλλειψη προσκόλλησης στο φάρμακο μπορεί να είναι ένα σοβαρό πρόβλημα που παρεμποδίζει την ανάκτηση.

Εκτός από τη μη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, οι Csernansky και Schruchart (2002: 474) διαπίστωσαν ότι ένα προηγούμενο ιστορικό μη τήρησης, συνδυαζόταν συχνά με ιστορικό κατάχρησης ουσιών, κακή γνώση της φύσης της ασθένειας και κακές σχέσεις μεταξύ ασθενών. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των ψυχοτρόπων φαρμάκων, όπως η αύξηση του σωματικού βάρους, ο κίνδυνος καρδιακής νόσου, οι αγγειακές παθήσεις και ο διαβήτης, αναφέρονται ως μερικοί παράγοντες που οδήγησαν στη μη τήρηση της θεραπείας από τους ψυχιατρικούς ασθενείς. Ο κίνδυνος μη τήρησης είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με τον κίνδυνο υποτροπής.

Ένα άλλο ζήτημα διαφορετικό από τις επιπτώσεις της μη τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής είναι το φύλο των ασθενών. Ο Beebe (2002: 40) επισημαίνει ότι η ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή μπορεί να προκαλέσει δυσάρεστες παρενέργειες. Η μη προσκόλληση σε άνδρες μπορεί να σχετίζεται με την απουσία θεραπευτικής ανταπόκρισης και τη θετική σχέση με τους δότες της υγειονομικής περίθαλψης. Ο Beebe (2002: 40) προσθέτει ότι μια κακή σχέση μεταξύ ασθενών και προσωπικού ενώ βρίσκεται στο νοσοκομείο είναι ένας άλλος παράγοντας που προκαλεί μη προσκόλληση που οδηγεί σε υποτροπή. Ο Beebe (2002: 41) υποστηρίζει ότι γενικά οι άντρες έχουν πιο σοβαρή και υποτροπιάζουσα μορφή σχιζοφρένειας, αρσενικοί ασθενείς με παρανοϊκά παραισθησιολογικά συμπτώματα είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν επιπλοκές που χαρακτηρίστηκαν κατόπιν από σοβαρές βλάβες. Η νοσηλεία μειώνει τις κοινωνικές δεξιότητες ενώ από μελέτες διαφαίνεται ότι άνδρες νοσηλεύονται πιο συχνά από τις γυναίκες, γεγονός που μπορεί

να αυξήσει τις κοινωνικές δυσκολίες που συναντούν οι άνδρες σε διάφορες κοινωνικές υπηρεσίες.

Ακόμη ένα άλλο θέμα που προκύπτει είναι και η διατήρηση θεραπευτικών επιπέδων φαρμάκων σε ασθενείς. Ο Kirkmayer (2001: 24) διαπίστωσε ότι το 53% των νοτιοανατολικών ασιατικών ασθενών με καταθλιπτικές και μετατραυματικές διαταραχές του στρες ισχυρίζονται ότι παίρνουν φάρμακα αλλά δεν είχαν ανιχνεύσιμα επίπεδα φαρμάκων στο αίμα. Τα χαμηλά επίπεδα στο αίμα είναι συχνά το αποτέλεσμα της άρνησης λήψης φαρμάκων λόγω της ισχύος του ή του στιγματισμού που συνδέεται με την ψυχιατρική θεραπεία. Οι Mwaba και Molamu (1998: 56) συνέδεσαν την αδυναμία της ψυχιατρικής θεραπείας με παρενέργειες που εμφανίστηκαν λόγω λήψης φαρμάκων. Στη μελέτη αυτή, οι ασθενείς ανέφεραν επίσης την έλλειψη οικογενειακής δέσμευσης στο σπίτι και την έλλειψη εποπτείας.

Σε μια προσπάθεια να επεξεργαστούν τις παρενέργειες των ασθενών Ntongana (1996: 68) διερεύνησαν τη μη συμμόρφωση με τα προγράμματα θεραπείας σε χρόνιους ψυχιατρικούς ασθενείς, με δύο προηγούμενες εισαγωγές. Διαπίστωσε ότι το 70% των ερωτηθέντων παρουσίασε ξηροστομία, το 50% εμφάνισε δυσκαμψία και το 52% είχε αυξημένη σιελόρροια. Οι ασθενείς αρνήθηκαν να συμμορφωθούν με τη φαρμακευτική αγωγή λόγω της εμπειρίας των παρενεργειών. Επιπλέον, το 65% της μη τήρησης της θεραπείας από τους ερωτηθέντες επειδή οι γονείς τους δεν τους επέτρεψαν να παρευρεθούν στην κλινική ή οι εργοδότες τους αρνήθηκαν την αίτησή τους για άδεια για ελεύθερη παραμονή στην κλινική του εξωτερικού. Ο Kniesel (1988: 343) (που αναφέρεται στο Ntongana 1996: 69) διαπίστωσε ότι οι παρενέργειες που προκαλούνται από τα ψυχοτρόπα φάρμακα αποθαρρύνουν τους ψυχιατρικούς ασθενείς, οδηγώντας σε μη συμμόρφωση και καταλήγοντας σε υποτροπή.

Οι Gray et al (2006) δηλώνουν ότι τα ποσοστά μη τήρησης για τα συνταγογραφούμενα αντι-ψυχωτικά φάρμακα εκτιμώνται στο 50%. Οι Robison et al (1999) (αναφερόμενος από τον Gray et al 2006: 508) δηλώνει ότι τα ποσοστά υποτροπής έχουν αποδειχθεί πέντε φορές υψηλότερα σε άτομα με σχιζοφρένεια που δεν ακολουθούν τη φαρμακευτική αγωγή σε σύγκριση με τα άτομα που λαμβάνουν την αγωγή τους. Σε μια προσπάθεια αντιμετώπισης προβλημάτων που σχετίζονται με τη μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή μεταξύ ασθενών με χρόνιες ψυχικές διαταραχές, ο Li και ο Arthur (2005: 339) μελέτησαν την επίδραση της

ψυχοκοινωνικής εκπαίδευσης των ασθενών και των οικογενειών σε ένα δείγμα Κινέζων με σχιζοφρένεια. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα σχεδιάστηκε για να εκπαιδεύει τις οικογένειες και τους ασθενείς σχετικά με τη σχιζοφρένεια και τη θεραπεία και να διδάσκει δεξιότητες για να βοηθήσει τους ασθενείς και τις οικογένειες να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα τα διαταραχτικά αποτελέσματα της ασθένειας. Διαπίστωσαν ότι όσο μικρότερη ήταν η διάρκεια της ασθένειας, τόσο λιγότερα γνώριζαν οι οικογένειες και τόσο περισσότερο ήθελαν να αποκτήσουν πληροφορίες. Όσο μεγαλύτερη είναι η ασθένεια του ασθενούς, οι συγγενείς απέκτησαν περισσότερο χρόνο για να διατυπώσουν το δικό τους τρόπο αντιμετώπισης. Η εκπαίδευση των ασθενών και της οικογένειας εκτός από τη νοσοκομειακή περίθαλψη διαπιστώθηκε ότι ήταν αποτελεσματική κατά την περίοδο πρώιμης εισδοχής. Επιπλέον, υπήρξε μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της προσκόλλησης φαρμάκων και της υποτροπής. Οι Muller και Fisher (2005: 148) ταξινομούν τα πρότυπα για την ψυχική φροντίδα ατόμων με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές σε βασικά πρότυπα, πρότυπα για την παροχή υπηρεσιών και πρότυπα για συγκεκριμένες ρυθμίσεις. Η συμμετοχή των ασθενών και των φροντιστών κατηγοριοποιείται σύμφωνα με τα βασικά πρότυπα, γεγονός που υποδηλώνει τη σημασία της συμμετοχής και των δύο μερών στην επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων ή του επιδιωκόμενου στόχου, δηλαδή ενός καλά διατηρούμενου χρήστη ψυχικής υγείας.

Οι φροντιστές μπορούν να το επιτύχουν με την επίβλεψη ψυχιατρικών ασθενών κατά τη λήψη φαρμάκων και την υπενθύμιση των ημερομηνιών παρακολούθησης. Οι Rathbone και συν (2007: 379) διεξήγαγαν μια μελέτη για την αξιολόγηση της κινεζικής ιατρικής για τη σχιζοφρένεια και τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι ο συνδυασμός κινεζικής βοτανοθεραπείας με αντι-ψυχωτικά φάρμακα αποδείχθηκε ευεργετικός για τους ασθενείς.

2.2.3 Στίγμα ψυχικής ασθένειας

Οι Otsman και Kjellin (2002: 494) περιγράφουν το στίγμα της ψυχικής ασθένειας ως ανεπιθύμητο χαρακτηριστικό που προκαλεί απώλεια φήμης. Ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών οδηγεί στην απαγόρευση πλήρους αποδοχής από άλλους, π.χ. φίλους, κοινωνικές συναναστροφές ή συγγενείς. Υπάρχουν διάφορες θεωρίες που

περιγράφουν την ύπαρξη στίγματος σε άτομα με ψυχικές ασθένειες. Corrigan 2000: 48), εξηγώντας τα κοινωνικά γνωστικά παραδείγματα του στίγματος. Επίσης οι ίδιες θεωρίες αναφέρουν ότι τα άτομα με ψυχικές ασθένειες παρουσιάζουν συμπτώματα που προκαλούν στερεότυπα από την πλευρά του κοινωνικού τους περίγυρου και τέτοια στερεότυπα οδηγούν σε πρακτικές διακρίσεων.

Οι Corrigan (1998: 210), Crocker και Lutsky (1986: 97) αναφέρουν δύο παραδείγματα που εξηγούν το στίγμα της ψυχικής ασθένειας ως κοινωνικοπολιτιστική προοπτική - που ορίζεται ως στιγματισμός που αναπτύσσεται για να δικαιολογήσει τις υπάρχουσες κοινωνικές αδικίες και παρακινητικές παρατυπίες. Ο Corrigan (2000: 49) θεωρεί το στίγμα ως ένα σύνολο προκατειλημμένων συμπεριφορών, στερεοτύπων, συμπεριφορών που εισάγουν διακρίσεις και προκατειλημμένων κοινωνικών δομών που υποστηρίζονται από μια σημαντική ομάδα σχετικά με μια υποτιμημένη υποομάδα.

2.3 Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ψυχικά ασθενών

2.3.1 Μονάδες Ψυχικής Υγείας

2.3.1.1 Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Ψυχοκοινωνικές μονάδες αποκατάστασης που εγγυώνται το βασικό δικαίωμα κάθε ατόμου σε μια αξιοπρεπή διαβίωση στην κοινότητα. Οι δομές διαμονής διαφοροποιούνται ανάλογα με τις ανάγκες και τις ικανότητες των ανθρώπων που τους φιλοξενούν.

2.3.1.2 Ξενώνες

Οι ξενώνες φιλοξενούν άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές προκειμένου να επιτευχθεί επαρκής βαθμός ανεξαρτησίας στην κοινότητα. Οι επαγγελματίες υγείας υποστηρίζουν και θεραπεύουν τους ασθενείς με δική τους αίτηση.

Οι ασθενείς που φιλοξενούνται δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή πρέπει να απομακρυνθούν από την οικογένειά τους για να λάβουν την κατάλληλη θεραπεία, να

βρουν μια κατάλληλη περίοδο προσαρμογής και να εκπαιδευτούν για την κοινωνική ζωή.

Ανάλογα με τη διάρκεια διαμονής και τον βαθμό υποστήριξης, οι ξενώνες ταξινομούνται σε:

- i. Σύντομη διαμονή: Φιλοξενία έως 8 μηνών και υψηλό πρόγραμμα υποστήριξης που υλοποιείται
- ii. Μεσοπρόθεσμη διαμονή: Φιλοξενία έως 20 μηνών και υλοποίηση προγράμματος υψηλής έως μεσαίας υποστήριξης
- iii. Μακροπρόθεσμη διαμονή: Η φιλοξενία έως 36 μηνών και το πρόγραμμα μέσης και χαμηλής υποστήριξης υλοποιείται.

Η υποστήριξη του ξενώνα βαθμολογείται σύμφωνα με την παρουσία του προσωπικού στο ξενώνα ως εξής:

- i. Υψηλό επίπεδο υποστήριξης: Υπάρχει 24ωρη παρουσία προσωπικού
- ii. Μέση υποστήριξη: Το προσωπικό είναι κάτω των 24 ωρών
- iii. Χαμηλό επίπεδο υποστήριξης: Υπάρχει τακτική παρουσία προσωπικού

2.3.1.3 Οικοτροφείο

Το οικοτροφείο είναι μια μονάδα διανοητικής αποκατάστασης υψηλού επιπέδου που φιλοξενεί ανθρώπους που ζουν με ψυχικές διαταραχές για να επιβιώσουν, να λάβουν θεραπεία και υποστήριξη, προκειμένου να διασφαλίσουν την παραμονή τους στην κοινότητα και να συνεχίσουν τη σχέση τους και τη δραστηριότητα της τοπικής κοινότητας.

Οι κάτοικοι είναι αυτοί που χρειάζονται ψυχιατρική περίθαλψη, άτομα με νοητική καθυστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές και άτομα που μπορούν να ζήσουν στην κοινότητα αλλά χρειάζονται υποδομή στέγασης. Ο στόχος είναι να διασφαλιστεί ότι παραμένουν στην κοινότητα και ότι οι σχέσεις των ανθρώπων με την τοπική ζωή και τη δράση της περιοχής συνεχίζονται.

2.3.1.4 Ξενώνες και Οικοτροφεία Παιδιών (ΕτΚ, 2000)

Προσφέρουν ένα θεραπευτικό περιβάλλον μακριά από την οικογένεια σε παιδιά και εφήβους με νοητική καθυστέρηση, ψυχικές διαταραχές ή δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές όταν αυτό απαιτείται από τις συνθήκες θεραπείας και όπου τα άτομα εκείνη τη στιγμή δεν μπορούν να φιλοξενηθούν σε οικογένειες υποδοχής. Τα οικοτροφεία και οι ξενώνες δεν επιτρέπεται να φιλοξενήσουν μαζί τα παιδιά και τους εφήβους και τα άτομα που διαμένουν εκεί δεν θα πρέπει να υπερβαίνουν τα 15. Θα φιλοξενήσουν τα παιδιά και τους εφήβους για μικρό ή μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που καθορίζεται από τον ερευνητή σε συνεργασία με την Επιτροπή Ψυχικής Υγείας και μέχρι να φθάσουν στην ενηλικίωση.

2.3.1.5 Προστατευόμενα Διαμερίσματα

Τα Προστατευόμενα Διαμερίσματα είναι μια Ψυχοκοινωνική Μονάδα Αποκατάστασης και δημιουργήθηκε το 2012 με σκοπό την παροχή εξατομικευμένης θεραπευτικής υποστήριξης κυρίως σε ψυχικά ασθενείς. Είναι τόπος κατοικίας, σε μονοκατοικίες ή πολυκατοικίες, για άτομα με ψυχικές διαταραχές ή διανοητική καθυστέρηση, που δεν είναι σε θέση να φροντίσουν τον εαυτό τους. Αυτά τα διαμερίσματα μπορούν να φιλοξενήσουν μέχρι 6 άτομα.

Ο σκοπός των προστατευόμενων διαμερισμάτων είναι να δοθεί στην κοινωνία ένα πρόσωπο που μπορεί να διαχειριστεί τη ζωή του, να αναπτύξει αυτοεκτίμηση και να αναπτύξει προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες.

Το προστατευμένο διαμέρισμα επιτρέπει στους αποδέκτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας να ζουν σε ένα ανεξάρτητο περιβάλλον διαβίωσης εντός της κοινότητας. Σε αυτό το στάδιο ο στόχος της κλιμάκωσης ολοκληρώνεται καθώς κάθε κάτοικος υπερβαίνει το στάδιο ασύλου και ενσωματώνεται σε νέες συνθήκες διαβίωσης που αφήνουν το παρελθόν πίσω και θέτουν τα θεμέλια για ένα καλύτερο μέλλον. Αυτά τα διαμερίσματα μπορούν να φιλοξενήσουν άτομα και των δύο φύλων. Αυτό στοχεύει στην ανάπτυξη πλούσιων διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ τους, δημιουργώντας έτσι μια πιο ομαλή εικόνα της Κοινότητας απέναντι στην κοινωνία.

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται σε αυτά τα άτομα στοχεύει στην επίτευξη της μέγιστης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητας,

με στόχο τη σταδιακή αυτονομία που φτάνει σε πλήρη κοινωνική επανένταξη. Σε αυτό το πλαίσιο, δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη όλων των απαραίτητων επικοινωνιακών και κοινωνικών δεξιοτήτων που θα τους επιτρέψουν να αποκτήσουν απασχόληση.

2.3.1.6 Νοσοκομείο ημέρας

Το νοσοκομείο ημέρας είναι μια υπηρεσία όπου άτομα που βρίσκονται σε οξεία ή ενεργή φάση της ψυχιατρικής τους διαταραχής δεν μπορούν να παρακολουθούνται σε εξωτερικές κλινικές έχουν πλήρη φαρμακευτική, ψυχοθεραπευτική και ιατρική επίβλεψη, σε ένα σωστά σχεδιασμένο περιβάλλον που προσφέρει θεραπευτικά οφέλη. Το περιβάλλον αυτό χαρακτηρίζεται από δημοκρατία, κοινοτικό πνεύμα, σεβασμό στο άτομο και άμεση επικοινωνία μεταξύ προσωπικού και ασθενών που ενθαρρύνονται να αλληλεπιδρούν και να συμμετέχουν ενεργά στη θεραπεία τους.

Το ημερήσιο νοσοκομειακό πρόγραμμα απευθύνεται σε άτομα ηλικίας 16-45 ετών που πάσχουν από ψύχωση, νευρικότητα και διαταραχές προσωπικότητας. Δεν είναι κατάλληλο για ηλικιωμένους, άτομα με άνοια, σύγχυση ασθενών και χρήστες ουσιών. Η συνεργασία με το οικογενειακό περιβάλλον ή άλλο υποστηρικτικό περιβάλλον ασθενών αποτελεί προϋπόθεση για την παρακολούθηση του προγράμματος.

Οι στόχοι του ημερήσιου νοσοκομείου είναι η αποφυγή της νοσηλείας κατά την οξεία φάση της νόσου, η επίβλεψη της δύσκολης μετάβασης μεταξύ της εσωτερικής και εσωτερικής ζωής και η αποτροπή της υποτροπής. Επιπλέον, παρέχει ένα φιλικό περιβάλλον για τη συνέχιση της παρακολούθησης των ασθενών, προσδίδει εκπαίδευση προσωπικού σε διάφορες ειδικότητες για την ανάληψη κοινοτικής εργασίας, κοινωνικοποίηση μέσω συμμετοχής, αλληλεπίδρασης, δημιουργικότητας και ανάπτυξης δεξιοτήτων. Η χρήση του ελεύθερου χρόνου και η ψυχολογική υποστήριξη του ίδιου του ασθενούς και του περιβάλλοντός του είναι στόχοι του νοσοκομείου ημέρας.

Τα οφέλη του ημερήσιου νοσοκομείου περιλαμβάνουν τη μείωση της εξάρτησης, την παραμονή στο οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον, διατηρώντας παράλληλα την ενεργό συμμετοχή στα προβλήματά τους. Το κέρδος του ασθενούς πολλαπλασιάζεται επειδή δεν υποχρεούται να εγκαταλείψει την κατοικία του,

λαμβάνει τις υπηρεσίες που θα του παρείχαν ως νοσηλευόμενο ασθενή, μειώνοντας έτσι το κόστος της νοσηλείας.

2.3.1.7 Δορυφορικός Ξενώνας Ενηλίκων

Καλύπτει τους ψυχιατρικούς ασθενείς στην τελευταία φάση της φροντίδας τους και δεδομένου ότι συνήθως μένουν για κάποιο χρονικό διάστημα στο Νοσοκομείο Ενηλίκων του Ψυχιατρικού Τμήματος του νοσοκομείου. Οι ασθενείς μένουν στον ξενώνα για μικρό χρονικό διάστημα για να προετοιμαστούν για τη μετάβασή τους σε μονάδες ή προγράμματα αποκατάστασης ή για να επιστρέψουν στην κοινότητα.

2.3.2 Κοινοτικές Μονάδες Ψυχικής Υγείας

2.3.2.1 Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας

Στην Ελλάδα, οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας (ΚΜΨΥ) είναι ένα μοντέλο υπηρεσιών ψυχικής υγείας προσαρμοσμένων στις ανάγκες των απομακρυσμένων αστικών κέντρων σε αγροτικές περιοχές. Είναι νοσοκομειακή μονάδα και είναι μη κερδοσκοπική.

Απευθύνεται σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, ψυχοκοινωνικά προβλήματα ή ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για ψυχικές ασθένειες. Στοχεύει επίσης να προσεγγίσει έναν υγιή πληθυσμό εφαρμόζοντας προγράμματα πρωτοβάθμιας πρόληψης για την προώθηση της ψυχικής υγείας, την καταπολέμηση του αποκλεισμού και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Οι ασθενείς φροντίζονται στην κοινότητα, δηλαδή στο φυσικό κοινωνικό περιβάλλον τους, σε μη περιοριστικές συνθήκες. Προϋπόθεση για την παροχή φροντίδας είναι η ανάπτυξη υπηρεσιών πρόληψης και θεραπείας ψυχικών διαταραχών και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης εντός της κοινότητας.

Αποστολή του είναι να παρέχει προληπτική, νοσηλευτική και οικιακή φροντίδα, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και υπηρεσίες κοινοτικής εμβέλειας σε απρόσιτες περιοχές. Παρέχει έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση για τη διαχείριση κρίσεων και παρακολουθώντας τα φάρμακα που λαμβάνει κάθε άτομο. Εκπαιδεύει τα άτομα και

τους βοηθά να γίνουν αυτόνομα καθώς καταπολεμά το κοινωνικό στίγμα μέσω διαφόρων προγραμμάτων.

Ο ρόλος που διαδραματίζουν οι Μονάδες Κινητής Ψυχικής Υγείας είναι η παροχή δημόσιας, δωρεάν, εξατομικευμένης και εύκολα προσιτής φροντίδας.

2.3.2.2 Κέντρο Ψυχικής Υγείας

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) βρίσκεται στο επίκεντρο της κοινοτικής φροντίδας ψυχικής υγείας και συνιστάται ως αποκεντρωμένη οργανική μονάδα ψυχικής υγείας. Σκοπός του είναι η ψυχοκοινωνική φροντίδα, η κοινοτική συμβουλευτική, η πρόληψη, η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών και η συμβολή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.

2.3.2.3 Κέντρα ημέρας

Το Κέντρο Ημέρας είναι μια ανοικτή δομή υπηρεσιών για ενήλικες που ασχολούνται με θέματα ψυχικής υγείας και ζουν έξω από το άσυλο, είτε σε προστατευμένες κατασκευές είτε με τις οικογένειές τους.

Είναι γνωστό ότι στοχεύει στην εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας των ενηλίκων ηλικίας 17-60 ετών με προβλήματα φύλου και ψυχικής υγείας που παρακολουθούνται από άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Ταυτόχρονα, συνδράμει στην επανένταξη και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ατόμων με ψυχικά προβλήματα στην κοινότητα.

Επίσης παρέχει υπηρεσίες από Ψυχολόγους, Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας και Εργοθεραπευτές. Σκοπός της δομής είναι να δράσει τόσο σε επίπεδο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης μέσω διαφόρων θεραπευτικών προγραμμάτων όσο και σε επίπεδο πρόληψης και ενημέρωσης για την Ψυχική Υγεία. (<http://www.iasismed.eu>)

2.3.2.4 Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο

Το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο παρέχει υπηρεσίες για παιδιά, εφήβους και τις οικογένειές τους. Αυτό περιλαμβάνει υπηρεσίες έγκαιρης διάγνωσης και φροντίδας,

συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία για οικογένειες, καθώς και ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Η βοήθεια παρέχεται μέσω παρεμβάσεων εξωτερικών ασθενών, επισκέψεων στο σπίτι, κοινοτικών δραστηριοτήτων. Συνήθως είναι πρωί και απόγευμα, σε πέντε ημέρες.

Παρέχει διαγνωστική αξιολόγηση παιδιών, εφήβων και των οικογενειών τους, συμβουλευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες υποστήριξης, εξειδικευμένες παιδιατρικές και ψυχολογικές υπηρεσίες, λογοθεραπεία, επαγγελματική θεραπεία και ειδική εκπαίδευση.

2.3.3 Εξειδικευμένα Κέντρα

2.3.3.1 Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση

Το Κέντρο Παρέμβασης κατά των Κρίσεων (ΚΠΣ) βρίσκεται συνήθως έξω από το Γενικό Νοσοκομείο (θεωρείται αποκεντρωμένη μονάδα) και λαμβάνει κυρίως ψυχιατρικούς ασθενείς που προηγουμένως έπασχαν ή παρακολουθούν ψυχιατρική παρακολούθηση μέσω τακτικών κλινικών εξωτερικών ασθενών χωρίς ανάγκη ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Αποδέχεται επίσης νέα περιστατικά που απαιτούν υπηρεσίες λόγω κρίσης. Οι ασθενείς το αντιμετωπίζουν κυρίως σε περιπτώσεις υποτροπών είτε με δική τους πρωτοβουλία είτε από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Λειτουργεί σε 24ωρη βάση. Πρόκειται για μια ενδιάμεση σύνδεση στην πρόληψη και θεραπεία ψυχιατρικών διαταραχών και στόχος του είναι η βραχυπρόθεσμη θεραπευτική παρέμβαση του αποκαλούμενου «ψυχιατρικού περιστατικού έκτακτης ανάγκης».

2.3.3.2 Νοσοκομειακή περίθαλψη στο σπίτι

Η ψυχική φροντίδα αρχικά παρέχεται από την οικογένεια, η οποία ενεργεί ως φροντιστής και όταν χρειάζεται, και ο ασθενής είναι δεκτός στο νοσοκομείο, απαιτείται συνεργασία ψυχολόγου-νοσηλεύτη και ψυχολογική υποστήριξη φροντιστή.

Οι ψυχικές ασθένειες αποτελούν σημαντικό βάρος για τους εταίρους, τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους των ασθενών. Τα μέλη της οικογένειας αντιμετωπίζουν συχνά σοβαρά ενδοοικογενειακά προβλήματα συμπεριφοράς, καθώς η συμπεριφορά των ψυχικά ασθενών έχει πολλές και πολύπλευρες συνέπειες. Τα μέλη της οικογένειας βιώνουν μερικές φορές υπερβολική ενοχή μετά την διάγνωση του ασθενούς, ανησυχούν για τις μισητές σκέψεις ή την οργή τους προς τον ασθενή και πολλοί αναρωτιούνται εάν έχουν προκαλέσει την ασθένεια με κάποιο τρόπο επειδή δεν ήταν υποστηρικτικοί ή δεν είχαν πολύ δυνατή σχέση. Η οικογενειακή ζωή αλλάζει σημαντικά καθώς η ασθένεια του αγαπημένου προσώπου μεταμορφώνει και παραλλάσσει τόσο τη ζωή του ασθενούς όσο και την κοινωνική, προσωπική και επαγγελματική ζωή του. Για τους παραπάνω λόγους, η υποστήριξη φροντίδας θεωρείται απαραίτητη και σημαντική τόσο για την υγεία όσο και για την καλύτερη και πιο αποτελεσματική θεραπεία του ασθενούς (Κωνσταντακοπούλου, 2003).

Η φροντίδα στο σπίτι βοηθά τα άτομα να αυξήσουν το επίπεδο ανεξαρτησίας τους ελαχιστοποιώντας τις δυσμενείς επιπτώσεις της ασθένειας ή της αναπηρίας. Σκοπός αυτής της υπηρεσίας είναι να επανεξετάσει, να αποκαταστήσει και να καθυστερήσει ή να αποφύγει την περίθαλψη στα νοσοκομεία.

Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για την παροχή άμεσης φροντίδας ενώ ο ρόλος του γιατρού είναι να εποπτεύει, να κάνει παραπομπές στην υπηρεσία και να επισκέπτεται το σπίτι του ασθενούς σε καθημερινή ή εβδομαδιαία βάση. Οι φυσικοθεραπευτές, επαγγελματίες θεραπευτές, λογοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί καθώς και διαιτολόγοι συνεργάζονται επίσης με την υπηρεσία αυτή.

Μια επίσκεψη στο σπίτι επιτρέπει σε νοσηλευτές να δουν την πραγματική οικογενειακή κατάσταση και να σχηματίσουν μια σαφή εικόνα του ασθενούς και της οικογένειάς του / της. Ως μέθοδος συμβάλλει στη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης του ασθενή και του οικογενειακού του περιβάλλοντος με τις υπηρεσίες υγείας. Υπάρχει επίσης μείωση των προβλημάτων που σχετίζονται με την περίθαλψη στα νοσοκομεία, όπως η παρουσία λοιμώξεων. Μεγιστοποιεί την ανεξαρτησία του ασθενούς, ενισχύει την αίσθηση του ελέγχου και της ευημερίας καθώς αποτελεί ένα οικείο περιβάλλον. Τα μειονεκτήματα που προκαλούνται από αυτό το μοντέλο φροντίδας είναι το κόστος φροντίδας, το οποίο ποικίλλει από ασθενή σε ασθενή. Η οικογένεια του ασθενούς επιβαρύνεται και μπορεί να προκαλέσει ψυχοσωματική

βλάβη στον ασθενή. Οι ασθενείς δεν έχουν εύκολη και άμεση πρόσβαση σε θεραπευτικές και εργαστηριακές επεμβάσεις από ειδικευμένο προσωπικό.

2.3.3.3 Εργαστήρια επαγγελματικής αποκατάστασης

Πρόκειται για μονάδες που έχουν σχεδιαστεί για να προετοιμάσουν τους ψυχικά ασθενείς με μειωμένη λειτουργικότητα για την ένταξή τους στην κοινωνία και ειδικά στον κόσμο της εργασίας. Η επίτευξη του στόχου αυτών των μονάδων επιτυγχάνεται μέσω της εφαρμογής προγραμμάτων αποκατάστασης σε ατομική και ομαδική βάση.

Αυτά τα εργαστήρια προσφέρουν την ευκαιρία για μόνιμη απασχόληση σε ασθενείς που δύσκολα μπορούν να προωθηθούν στην εργασία. Αυτές οι μονάδες λειτουργούν με ασθενείς που αναφέρονται από άλλες μονάδες ψυχικής υγείας και εφαρμόζουν μέρος του ατομικού προγράμματος θεραπείας που έχει αναπτυχθεί για όλους.

Ειδικό Μέρος

Κεφάλαιο 3. Μεθοδολογία

3.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι ο εντοπισμός και η περιγραφή των παραγόντων που επηρεάζουν την υποτροπή μεταξύ των ψυχιατρικών εξωτερικών ασθενών στην Ελλάδα

Ο ερευνητής επιθυμούσε να απαντήσει στις ακόλουθες ερευνητικές ερωτήσεις:

1. Ποια τα οφέλη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης;
2. Ποιες οι απειλές για την ανάπτυξη των εξωνοσοκομειακών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης;
3. Ποιες οι απόψεις για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο Δίκτυο Ψυχικής Υγείας;
4. Ποια η επίδραση των εξωνοσοκομειακών δομών στην υποτροπή των ψυχικά ασθενών;
5. Πως σχετίζονται οι απόψεις των συμμετεχόντων με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά;

3.2 Ερευνητική προσέγγιση

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας μια ποσοτική μεθοδολογική προσέγγιση. Οι ποσοτικές μέθοδοι δίνουν έμφαση σε αντικειμενικές μετρήσεις και στατιστική, μαθηματική ή αριθμητική ανάλυση δεδομένων που συλλέγονται μέσω ερευνών, ερωτηματολογίων και ερευνών ή με χειρισμό προϋπάρχοντων στατιστικών δεδομένων με υπολογιστικές τεχνικές. Η ποσοτική έρευνα εστιάζει στη συλλογή αριθμητικών δεδομένων και στη γενίκευση σε ομάδες ατόμων ή στην εξήγηση ενός συγκεκριμένου φαινομένου (Babbie, 2010).

Ο σκοπός της διεξαγωγής μιας ποσοτικής ερευνητικής μελέτης είναι να προσδιοριστεί η σχέση μεταξύ ανεξάρτητων και εξαρτημένων μεταβλητών εντός ενός πληθυσμού. Τα ποσοτικά ερευνητικά έργα είναι περιγραφικά [τα άτομα μετρώνται

συνήθως μία φορά] ή πειραματικά [άτομα που μετρώνται πριν και μετά από μια παρέμβαση]. Μια περιγραφική μελέτη καθορίζει μόνο τις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών. Μια πειραματική μελέτη καθορίζει επίσης την αιτιότητα.

Η ποσοτική έρευνα ασχολείται με αριθμούς, λογικές και αντικειμενικές συμπεριφορές. Η ποσοτική έρευνα επικεντρώνεται σε αριθμητικά και αμετάβλητα δεδομένα και σε λεπτομερή και συγκλίνουσα συλλογιστική παρά αποκλίνουσα συλλογιστική (Babbie, 2010).

Μεταξύ των ειδικών πλεονεκτημάτων της χρήσης ποσοτικών μεθόδων για τη μελέτη προβλημάτων κοινωνικής επιστήμης (Babbie, 2010):

- Επιτρέπει μια μεγαλύτερη μελέτη που περιλαμβάνει περισσότερα θέματα και βελτιώνει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

- Παρέχει μεγαλύτερη αντικειμενικότητα και ακρίβεια των αποτελεσμάτων. Σε γενικές γραμμές, οι ποσοτικές μέθοδοι έχουν σχεδιαστεί για να παρέχουν περιλήψεις δεδομένων που υποστηρίζουν γενικεύσεις σχετικά με το υπό εξέταση φαινόμενο. Για να επιτευχθεί αυτό, η ποσοτική έρευνα συνήθως περιλαμβάνει λίγες μεταβλητές και σε πολλές περιπτώσεις χρησιμοποιεί καθορισμένες διαδικασίες για να διασφαλίσει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία.

- Η εφαρμογή καθιερωμένων προτύπων σημαίνει ότι η έρευνα μπορεί να αναπαραχθεί και στη συνέχεια να αναλυθεί και να συγκριθεί με παρόμοιες μελέτες.

- Μπορεί να συνοψίσει τεράστιες πηγές πληροφοριών και να κάνει συγκρίσεις μεταξύ κατηγοριών με την πάροδο του χρόνου και,

- Οι προσωπικές προκαταλήψεις μπορούν να αποφευχθούν διατηρώντας μια "απόσταση" από τα προβλήματα και με χρήση αποδεκτών υπολογιστικών τεχνικών.

3.3 Ερευνητικό εργαλείο

Για τις ποσοτικές μετρήσεις της έρευνας χρησιμοποιήθηκε έντυπο ερωτηματολόγιο που απαρτίστηκε από 5 ενότητες. Πιο αναλυτικά:

1^η ενότητα: *Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων*. Το ερωτηματολόγιο αυτό δημιουργήθηκε από την ερευνήτρια με σκοπό τη συγκέντρωση ορισμένων δημογραφικών στοιχείων του συμμετέχοντα, όπως: φύλο, μορφωτικό επίπεδο κ.α.

2^η ενότητα: *Οφέλη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης*. Η ενότητα αξιολογεί τις απόψεις για τα οφέλη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, οι οποίες βαθμολογούνται σε μια 5βαθμη κλίμακα Likert (1-καθόλου, 5-πάρα πολύ).

3^η ενότητα: *Απειλές για την ανάπτυξη των εξωνοσοκομειακών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης*. Η ενότητα αξιολογεί τις απόψεις για τις απειλές για την ανάπτυξη των εξωνοσοκομειακών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, οι οποίες βαθμολογούνται σε μια 5βαθμη κλίμακα Likert (1-καθόλου, 5-πάρα πολύ).

4^η ενότητα: *Απόψεις για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο Δίκτυο Ψυχικής Υγείας*. Η ενότητα αξιολογεί τις απόψεις για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο Δίκτυο Ψυχικής Υγείας, οι οποίες βαθμολογούνται σε μια 5βαθμη κλίμακα Likert (1-καθόλου, 5-πάρα πολύ).

5^η ενότητα: *Επίδραση των εξωνοσοκομειακών δομών στην υποτροπή των ψυχικά ασθενών*. Η ενότητα αξιολογεί τις απόψεις για την επίδραση των εξωνοσοκομειακών δομών στην υποτροπή των ψυχικά ασθενών, οι οποίες βαθμολογούνται σε μια 5βαθμη κλίμακα Likert (1-καθόλου, 5-πάρα πολύ).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου ανήλθε σε $0,938 > 0,7$, άρα επιβεβαιώνεται η αξιοπιστία του.

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,938	24

Το πλήρες ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται στην έρευνα παρατίθεται στο παράρτημα.

3.4 Το δείγμα της έρευνας

Το δείγμα της παρούσας μελέτης ήταν υπεύθυνοι των δομών που φιλοξενούνται οι ψυχικά ασθενείς και ανήλθε σε 103 άτομα. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν από την ερευνήτρια και προηγήθηκε ένα ενημερωτικό δελτίο σχετικά με τους στόχους της μελέτης, τη σημασία της συμμετοχής και την εμπιστευτικότητα. Σύμφωνα με τις δεοντολογικές απαιτήσεις, τονίστηκε ότι η συνεργασία των συμμετεχόντων είναι εθελοντική και ότι οι απαντήσεις τους είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης. Όλοι οι συμμετέχοντες παρείχαν τη γραπτή συναίνεσή τους.

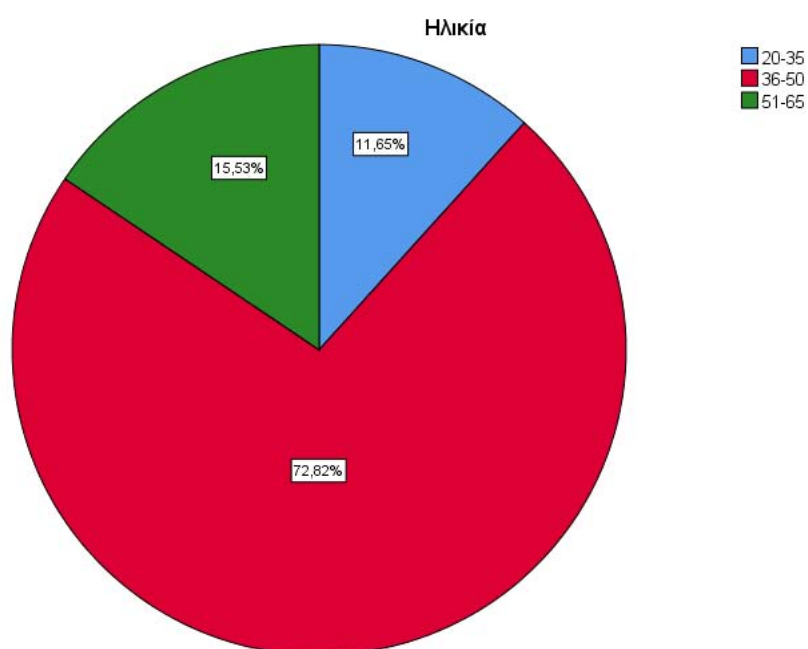
3.5 Ανάλυση δεδομένων

Το SPSS 25 χρησιμοποιήθηκε για ανάλυση δεδομένων και πραγματοποιήθηκε ανάλυση συχνοτήτων. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των μεταβλητών στη μελέτη θα περιλαμβάνουν Μ.Ο., τυπικές αποκλίσεις, ελάχιστες και μέγιστες βαθμολογίες. Η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών διερευνήθηκε χρησιμοποιώντας τους συσχετισμούς συντελεστών Pearson.

Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα

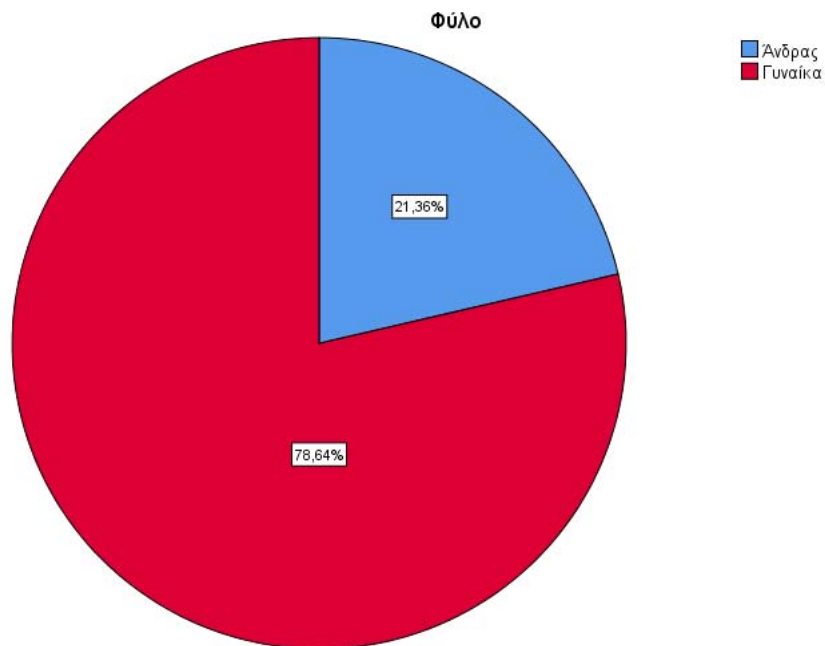
4.1 Δημογραφικά

Στην έρευνα συμμετείχαν 182 άτομα, ηλικίας 20-65 ετών, με το 72,8% να είναι 36-50, το 15,5% 51-65 και το 11,7% 20-35 ετών.



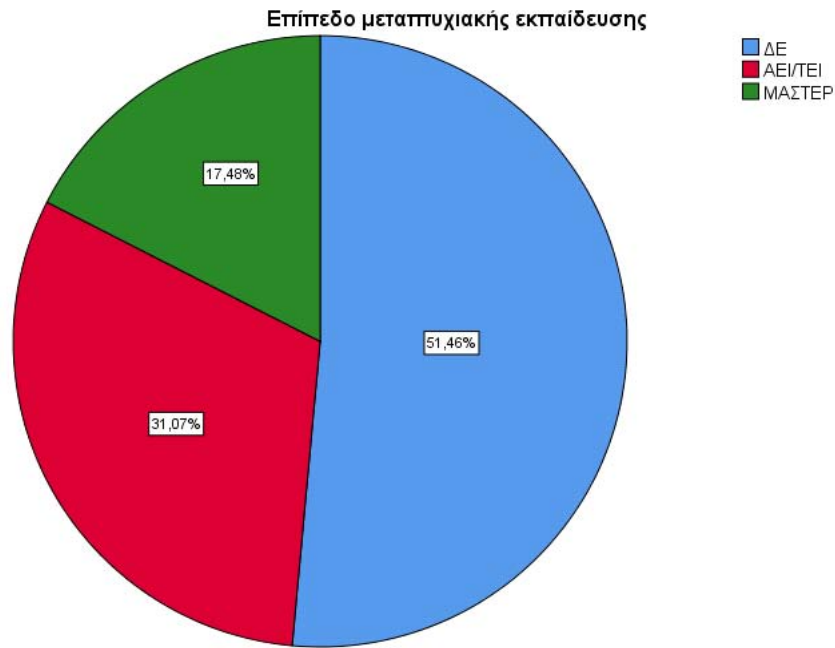
Ηλικία					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-35	12	11,7	11,7	11,7
	36-50	75	72,8	72,8	84,5
	51-65	16	15,5	15,5	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Εκ των συμμετεχόντων, το 78,6% ήταν γυναίκες και το 21,4% άνδρες.



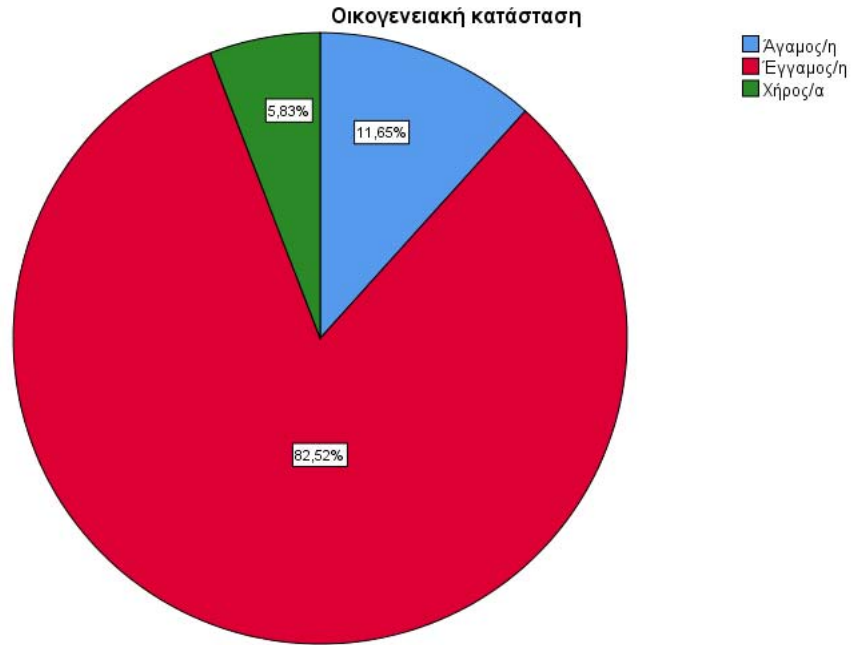
Φύλο					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανδρας	22	21,4	21,4	21,4
	Γυναίκα	81	78,6	78,6	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, το 17,5% είχαν μεταπτυχιακό, το 31,1% είχαν πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ και το συντριπτικό ποσοστό του 31,1% ήταν απόφοιτοι ΔΕ.



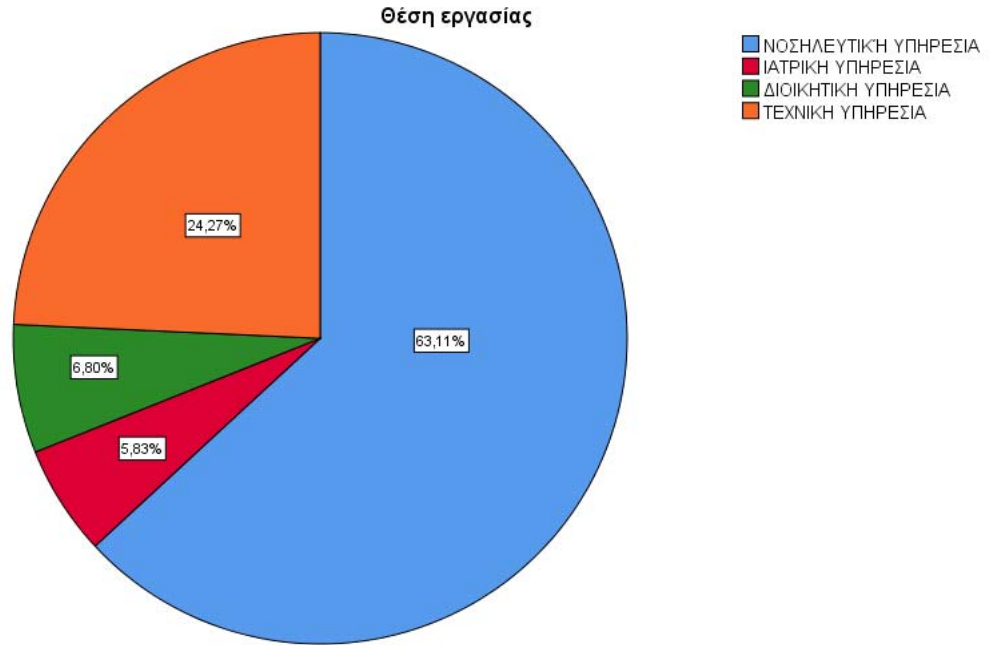
Επίπεδο εκπαίδευσης					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΕ	53	51,5	51,5	51,5
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	32	31,1	31,1	82,5
	ΜΑΣΤΕΡ	18	17,5	17,5	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Το 82,5% ήταν έγγαμοι, το 11,7% άγαμοι και το 5,8% χήροι.



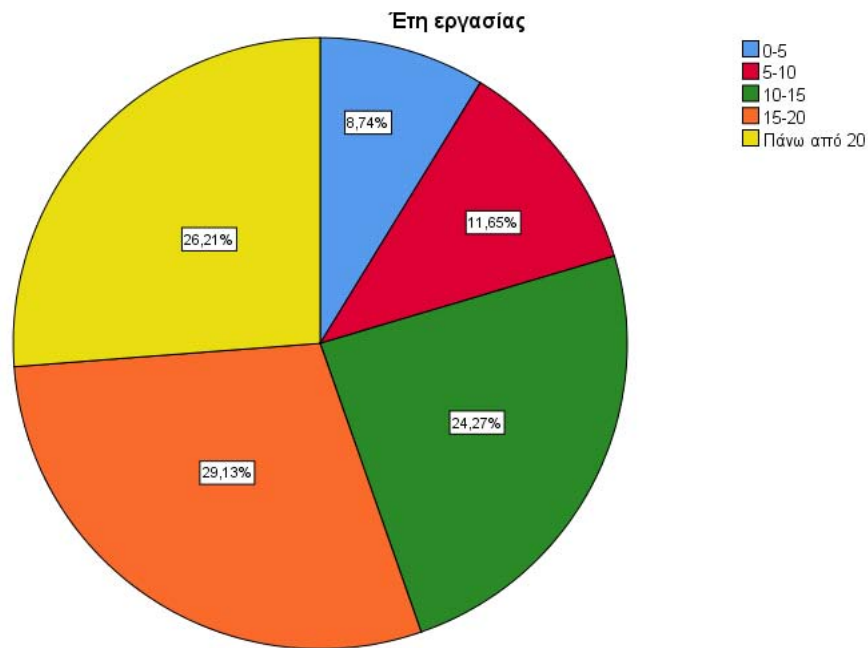
		Οικογενειακή κατάσταση			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άγαμος/η	12	11,7	11,7	11,7
	Έγγαμος/η	85	82,5	82,5	94,2
	Χήρος/α	6	5,8	5,8	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Αναφορικά με τη θέση εργασίας των συμμετεχόντων, το 63,1% ήταν νοσηλευτές, το 5,8% ιατροί, το 6,8% διοικητικοί υπάλληλοι και το 24,3% υπάλληλοι της τεχνικής υπηρεσίας.



Θέση εργασίας					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	65	63,1	63,1	63,1
	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	6	5,8	5,8	68,9
	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	7	6,8	6,8	75,7
	ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	25	24,3	24,3	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Το 26,2% είχαν πάνω από 20 έτη εργασίας, το 29,1% 15-20 έτη, το 11,7% 5-10 έτη, το 8,7% 0-5 έτη και το 24,3% 10-15 έτη.



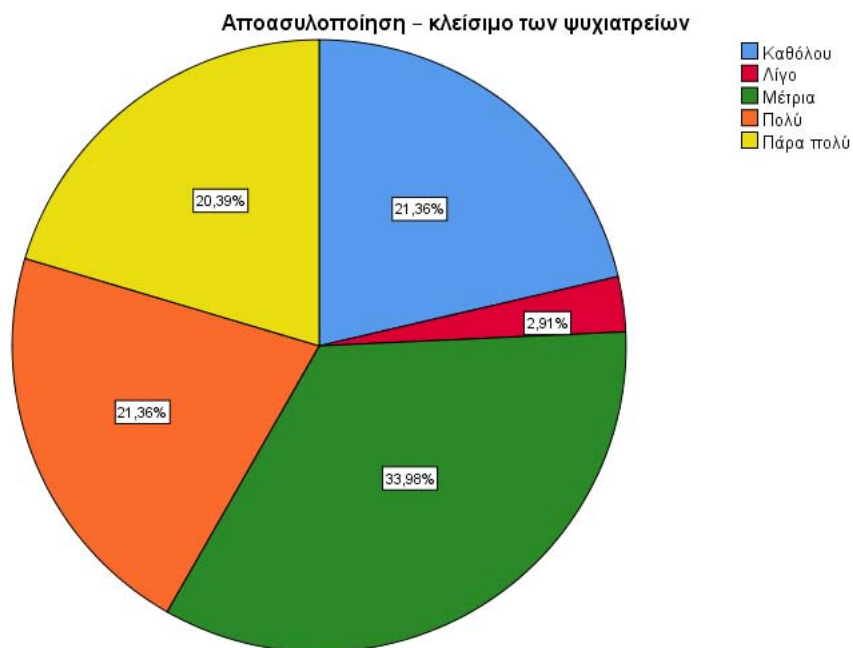
Έτη εργασίας					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-5	9	8,7	8,7	8,7
	5-10	12	11,7	11,7	20,4
	10-15	25	24,3	24,3	44,7
	15-20	30	29,1	29,1	73,8
	Πάνω από 20	27	26,2	26,2	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

4.2 Οφέλη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Στη συνέχεια οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν σχετικά με το πόσο σημαντικές είναι οι παρακάτω δράσεις της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης για τους λήπτες (ασθενείς) υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

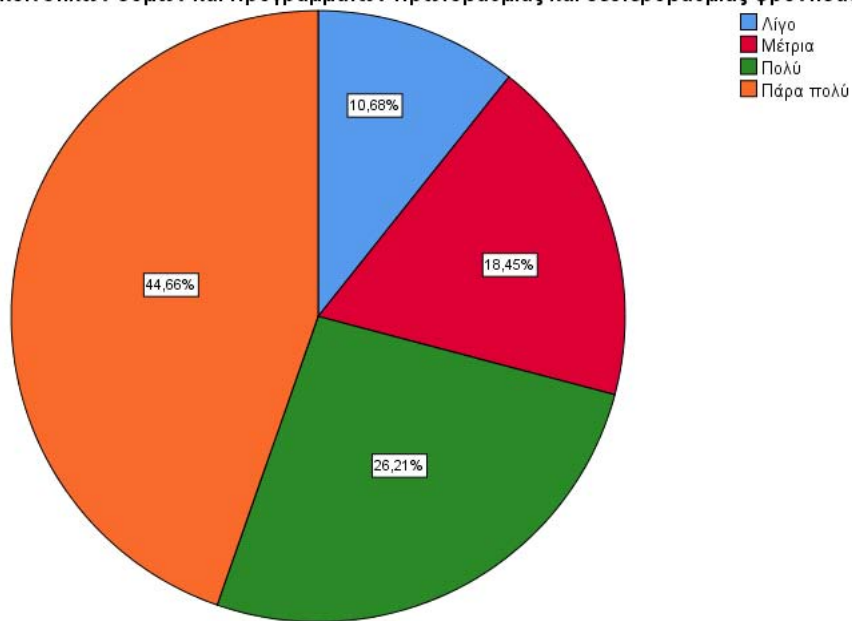
Μέτρια έως πάρα πολύ σημαντική είναι η Αποασυλοποίηση – κλείσιμο των ψυχιατρείων σύμφωνα με το 75,7%, η Ανάπτυξη κοινοτικών δομών και

προγραμμάτων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας κατά το 89,3%, η Ψυχολογική υποστήριξη κατά το 86,4%, ο Σεβασμός στα δικαιώματα – εκπροσώπηση-συνηγορία και η Καταπολέμηση κοινωνικού αποκλεισμού και στίγματος κατά το 83,5% και η Κοινωνικοοικονομική επανένταξη – ΚοιΣΠΕ κατά το 70,9%.

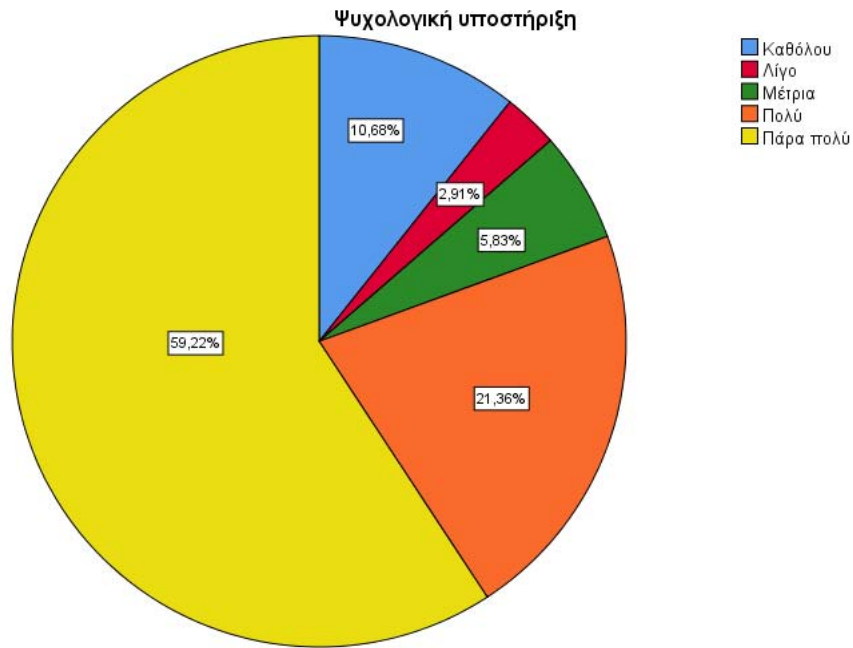


Αποασυλοποίηση – κλείσιμο των ψυχιατρείων					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	22	21,4	21,4	21,4
	Λίγο	3	2,9	2,9	24,3
	Μέτρια	35	34,0	34,0	58,3
	Πολύ	22	21,4	21,4	79,6
	Πάρα πολύ	21	20,4	20,4	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Ανάπτυξη κοινοτικών δομών και προγραμμάτων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας

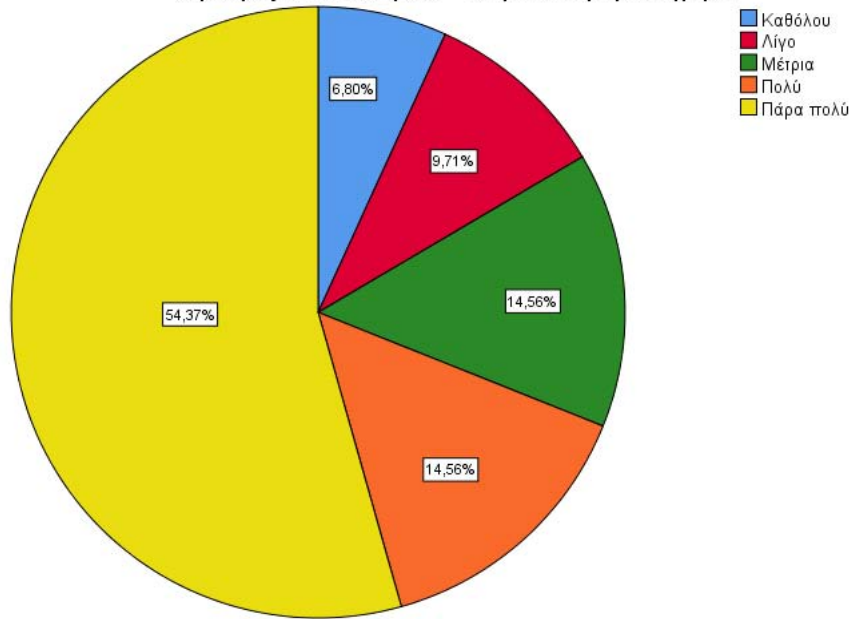


Ανάπτυξη κοινοτικών δομών και προγραμμάτων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Λίγο	11	10,7	10,7	10,7
	Μέτρια	19	18,4	18,4	29,1
	Πολύ	27	26,2	26,2	55,3
	Πάρα πολύ	46	44,7	44,7	100,0
	Total	103	100,0	100,0	



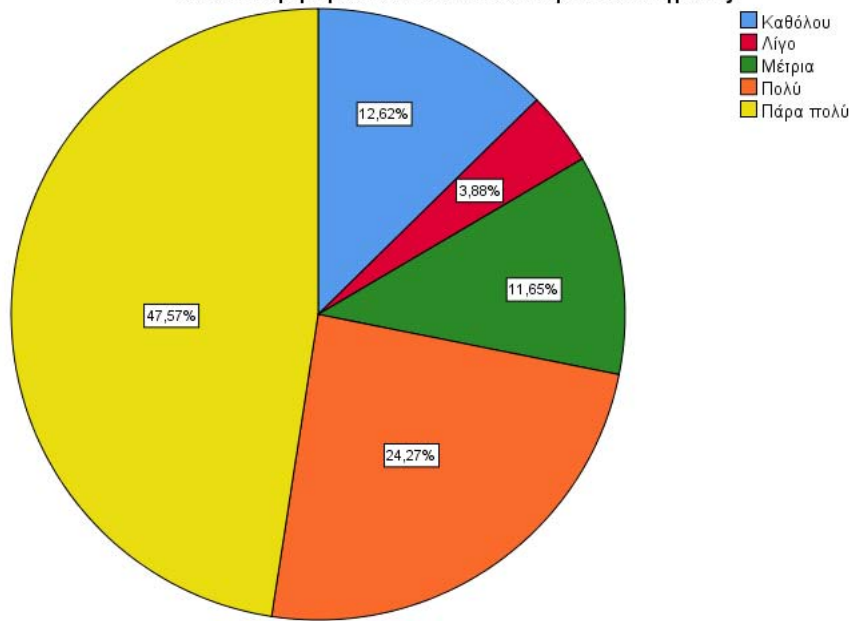
Ψυχολογική υποστήριξη					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	11	10,7	10,7	10,7
	Λίγο	3	2,9	2,9	13,6
	Μέτρια	6	5,8	5,8	19,4
	Πολύ	22	21,4	21,4	40,8
	Πάρα πολύ	61	59,2	59,2	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Σεβασμός στα δικαιώματα – εκπροσώπηση-συνηγορία



Σεβασμός στα δικαιώματα – εκπροσώπηση-συνηγορία					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	7	6,8	6,8	6,8
	Λίγο	10	9,7	9,7	16,5
	Μέτρια	15	14,6	14,6	31,1
	Πολύ	15	14,6	14,6	45,6
	Πάρα πολύ	56	54,4	54,4	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Καταπολέμηση κοινωνικού αποκλεισμού και στίγματος



Καταπολέμηση κοινωνικού αποκλεισμού και στίγματος					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	13	12,6	12,6	12,6
	Λίγο	4	3,9	3,9	16,5
	Μέτρια	12	11,7	11,7	28,2
	Πολύ	25	24,3	24,3	52,4
	Πάρα πολύ	49	47,6	47,6	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

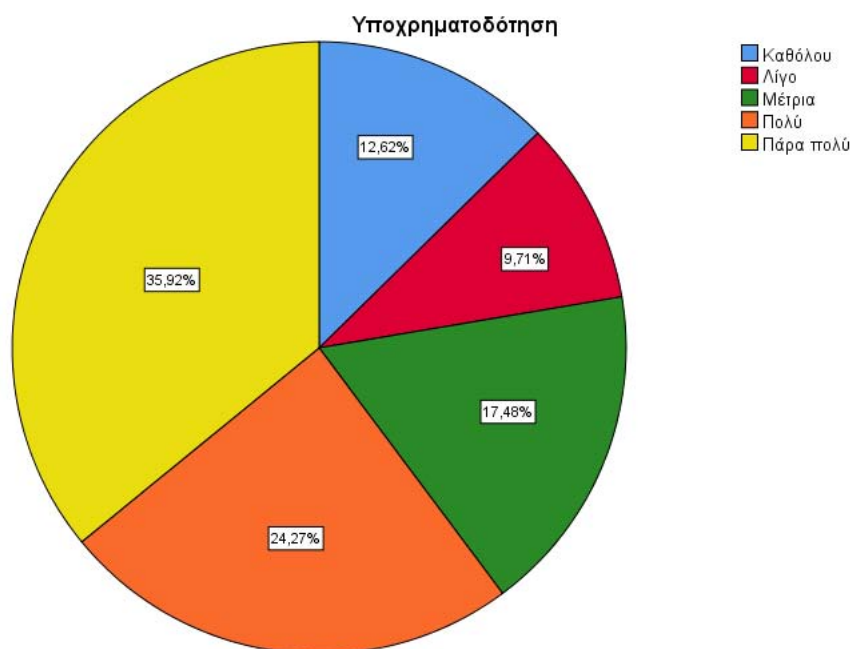


Κοινωνικοοικονομική επανένταξη – ΚοιΣΠΕ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	14	13,6	13,6	13,6
	Λίγο	16	15,5	15,5	29,1
	Μέτρια	12	11,7	11,7	40,8
	Πολύ	12	11,7	11,7	52,4
	Πάρα πολύ	49	47,6	47,6	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

4.3 Απειλές για την ανάπτυξη των εξωνοσοκομειακών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

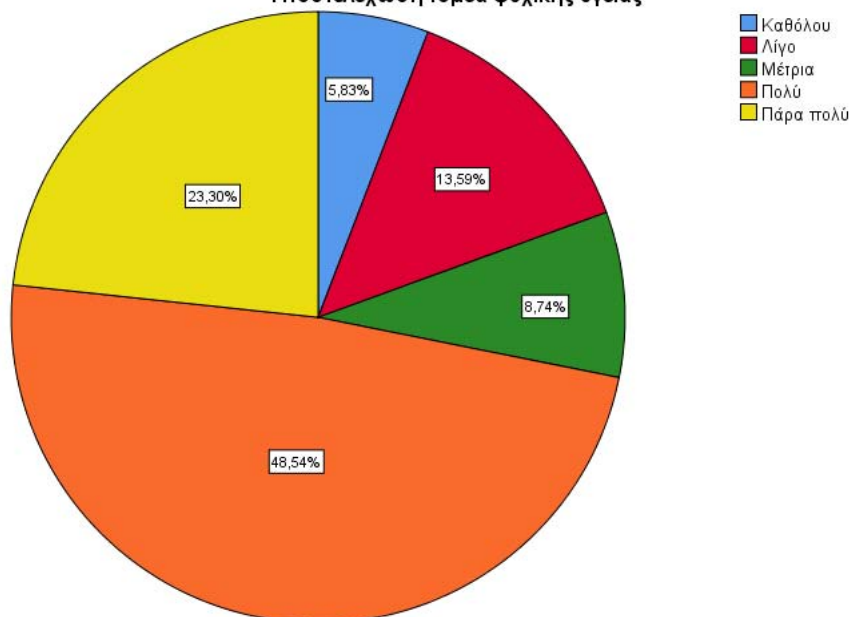
Ακολούθως οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δηλώσουν πόσο σοβαρές είναι οι παρακάτω απειλές για την ανάπτυξη των ψυχοκοινωνικών δομών.

Η υποχρηματοδότηση δήλωσαν πως είναι μέτρια έως πάρα πολύ σοβαρή κατά 77,7%, η Υποστελέχωση τομέα ψυχικής υγείας κατά 80,6%, οι Συγχωνεύσεις ψυχιατρικών και γενικών νοσοκομείων κατά 66%, η Μη ολοκλήρωση της επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών (υψηλή ανεργία) κατά 68,9% και η στάση του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική νόσο κατά 74,8%.



Υποχρηματοδότηση					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	13	12,6	12,6	12,6
	Λίγο	10	9,7	9,7	22,3
	Μέτρια	18	17,5	17,5	39,8
	Πολύ	25	24,3	24,3	64,1
	Πάρα πολύ	37	35,9	35,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

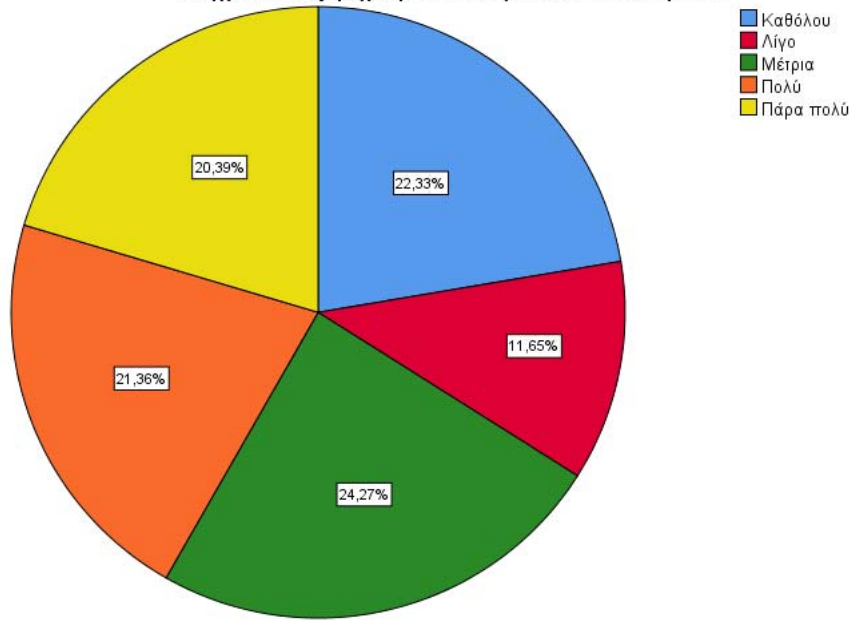
Υποστελέχωση τομέα ψυχικής υγείας



Υποστελέχωση τομέα ψυχικής υγείας

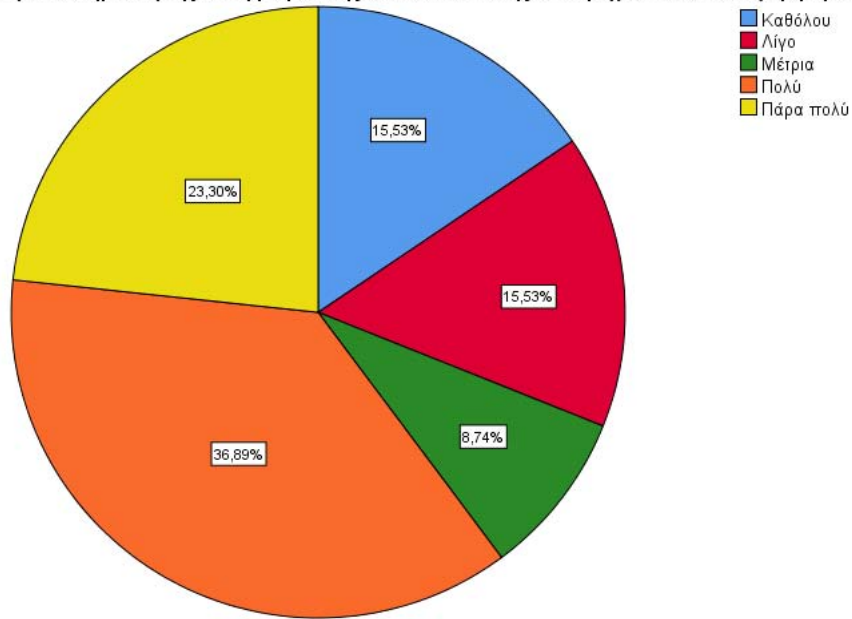
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	6	5,8	5,8	5,8
	Λίγο	14	13,6	13,6	19,4
	Μέτρια	9	8,7	8,7	28,2
	Πολύ	50	48,5	48,5	76,7
	Πάρα πολύ	24	23,3	23,3	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Συγγωνεύσεις ψυχιατρικών και γενικών νοσοκομείων

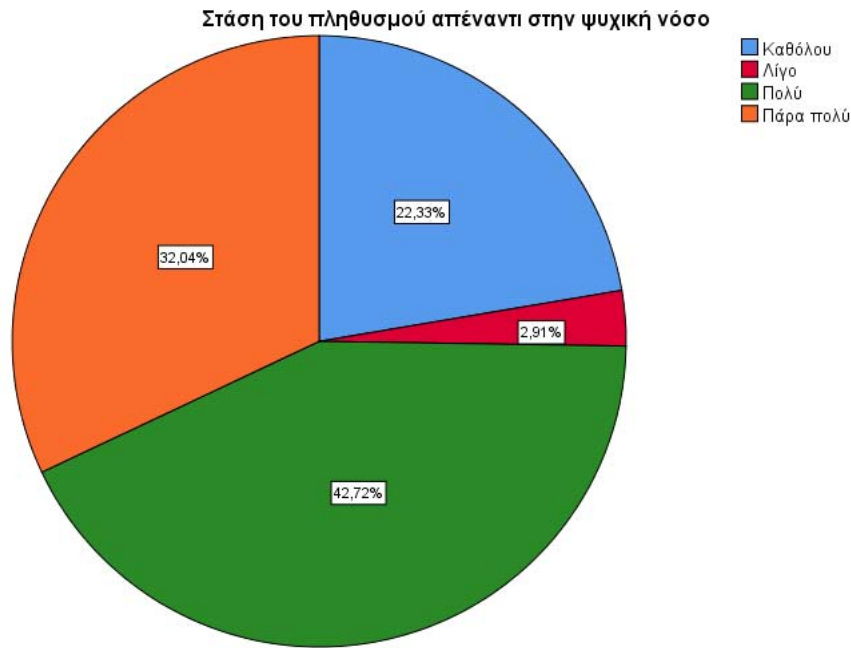


Συγγωνεύσεις ψυχιατρικών και γενικών νοσοκομείων					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	23	22,3	22,3	22,3
	Λίγο	12	11,7	11,7	34,0
	Μέτρια	25	24,3	24,3	58,3
	Πολύ	22	21,4	21,4	79,6
	Πάρα πολύ	21	20,4	20,4	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Μη ολοκλήρωση της επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών (υψηλή ανεργία)



Μη ολοκλήρωση της επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών (υψηλή ανεργία)					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	16	15,5	15,5	15,5
	Λίγο	16	15,5	15,5	31,1
	Μέτρια	9	8,7	8,7	39,8
	Πολύ	38	36,9	36,9	76,7
	Πάρα πολύ	24	23,3	23,3	100,0
	Total	103	100,0	100,0	



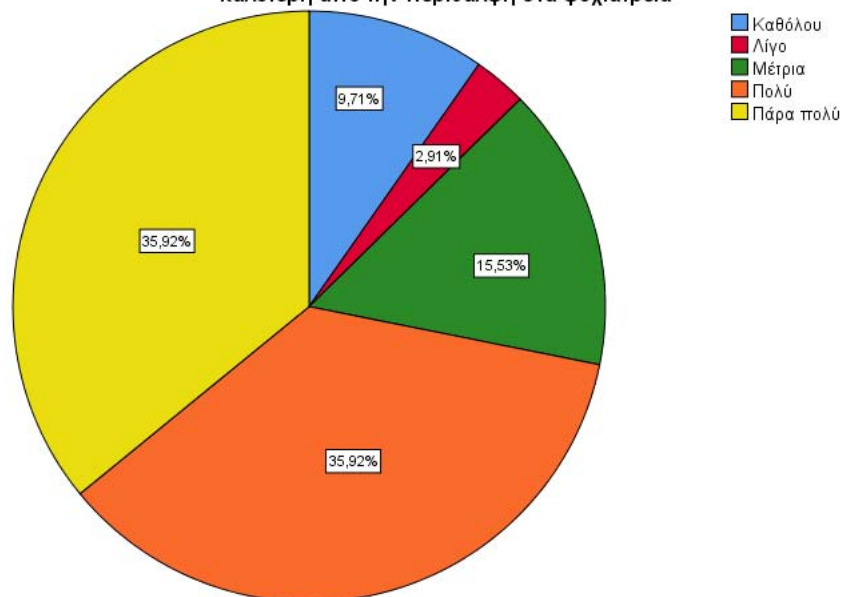
Στάση του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική νόσο					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	23	22,3	22,3	22,3
	Λίγο	3	2,9	2,9	25,2
	Πολύ	44	42,7	42,7	68,0
	Πάρα πολύ	33	32,0	32,0	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

4.4 Απόψεις για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο Δίκτυο Ψυχικής Υγείας

Το 87,4% συμφωνούν μέτρια έως πάρα πολύ με το ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, όπως έχει εφαρμοστεί τώρα με την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα, είναι καλύτερη από την περίθαλψη στα ψυχιατρεία, το 71,8% με το ότι η απόφαση να κλείσουν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι καλή, το 74,8% με το ότι το κράτος δεν θα κατορθώσει να ολοκληρώσει την ανάπτυξη επαρκών δομών ψυχιατρικής

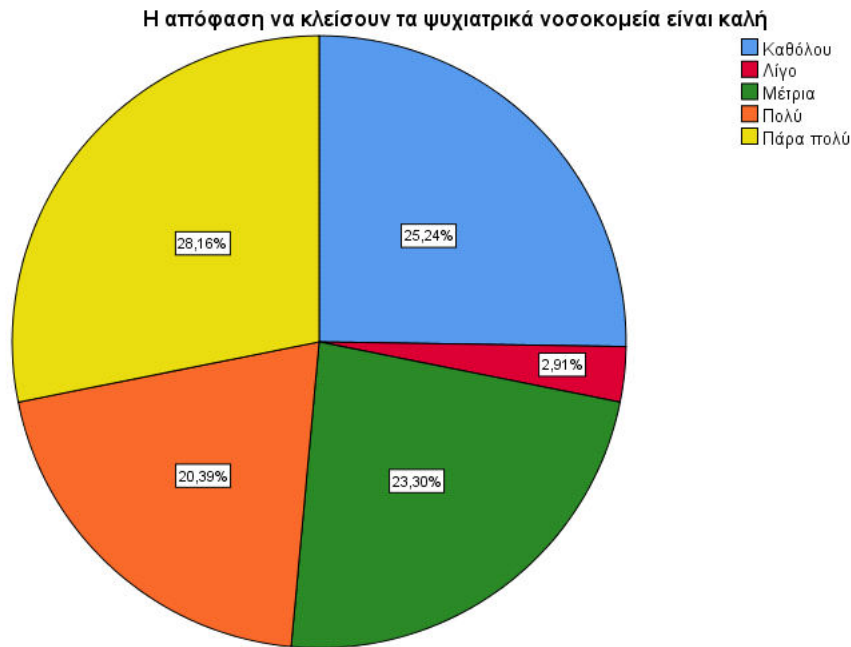
υποστήριξης, το 64,1% με το ότι θα υποστήριζαν μια πιθανή αύξηση των φόρων που θα είχε στόχο να συνδράμει στη δημιουργία προγραμμάτων ψυχικής φροντίδας στην κοινότητα και με το ότι η πολιτεία σύντομα θα ανακαλύψει ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς δεν μπορούν να λειτουργήσουν στην κοινότητα και το 45,6% με το ότι οι άνθρωποι που προέρχονται από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία θα καταλήξουν να διαμένουν στους δρόμους.

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, όπως έχει εφαρμοστεί τώρα με την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα, είναι καλύτερη από την περίθαλψη στα ψυχιατρεία



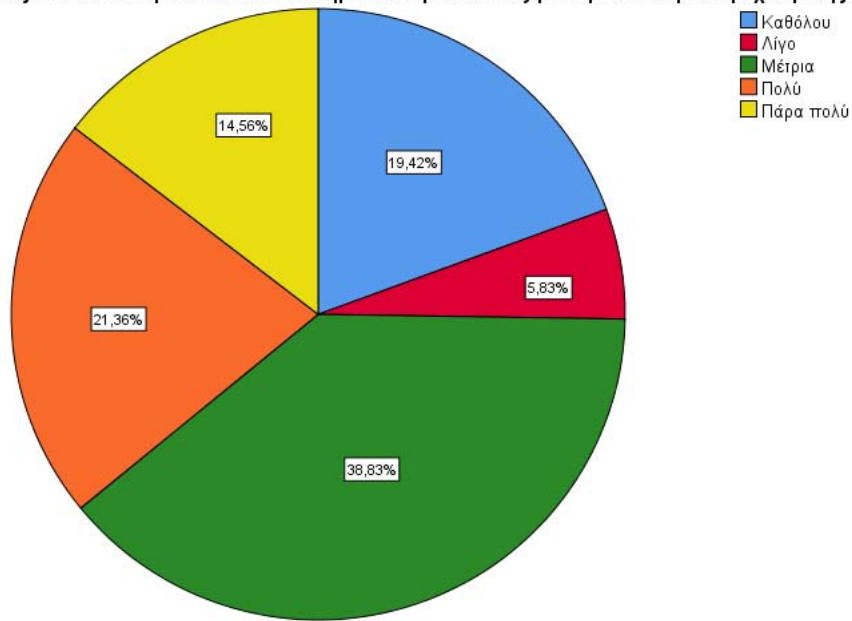
Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, όπως έχει εφαρμοστεί τώρα με την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα, είναι καλύτερη από την περίθαλψη στα ψυχιατρεία		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	10	9,7	9,7	9,7
	Λίγο	3	2,9	2,9	12,6
	Μέτρια	16	15,5	15,5	28,2
	Πολύ	37	35,9	35,9	64,1

	Πάρα πολύ	37	35,9	35,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0	



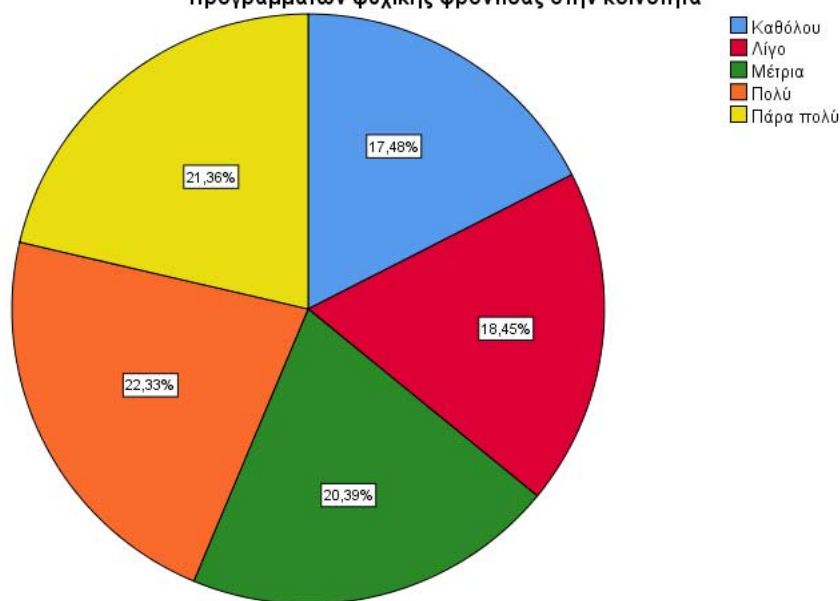
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	26	25,2	25,2	25,2
	Λίγο	3	2,9	2,9	28,2
	Μέτρια	24	23,3	23,3	51,5
	Πολύ	21	20,4	20,4	71,8
	Πάρα πολύ	29	28,2	28,2	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Το κράτος δεν θα κατορθώσει να ολοκληρώσει την ανάπτυξη επαρκών δομών ψυχιατρικής υποστήριξης



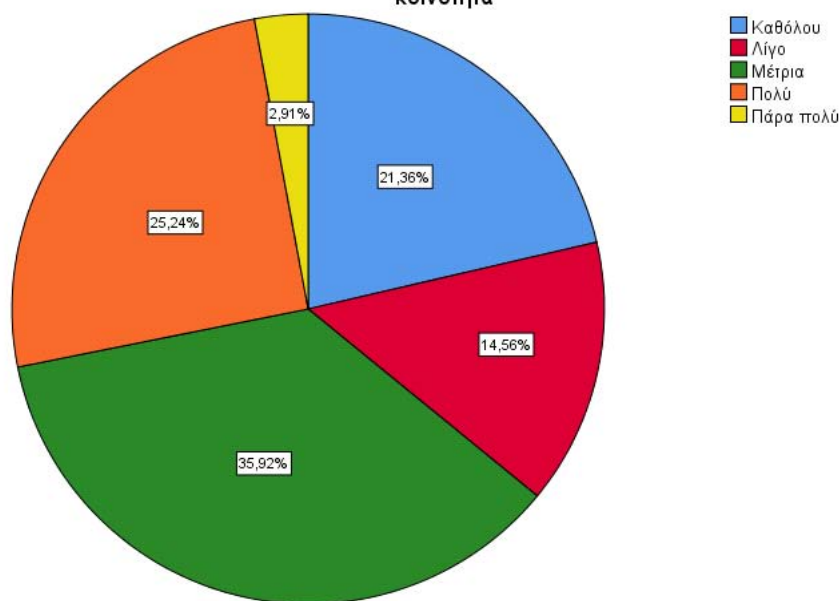
Το κράτος δεν θα κατορθώσει να ολοκληρώσει την ανάπτυξη επαρκών δομών ψυχιατρικής υποστήριξης					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	20	19,4	19,4	19,4
	Λίγο	6	5,8	5,8	25,2
	Μέτρια	40	38,8	38,8	64,1
	Πολύ	22	21,4	21,4	85,4
	Πάρα πολύ	15	14,6	14,6	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Θα υποστήριζα μια πιθανή αύξηση των φόρων που θα είχε στόχο να συνδράμει στη δημιουργία προγραμμάτων ψυχικής φροντίδας στην κοινότητα



Θα υποστήριζα μια πιθανή αύξηση των φόρων που θα είχε στόχο να συνδράμει στη δημιουργία προγραμμάτων ψυχικής φροντίδας στην κοινότητα					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	18	17,5	17,5	17,5
	Λίγο	19	18,4	18,4	35,9
	Μέτρια	21	20,4	20,4	56,3
	Πολύ	23	22,3	22,3	78,6
	Πάρα πολύ	22	21,4	21,4	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

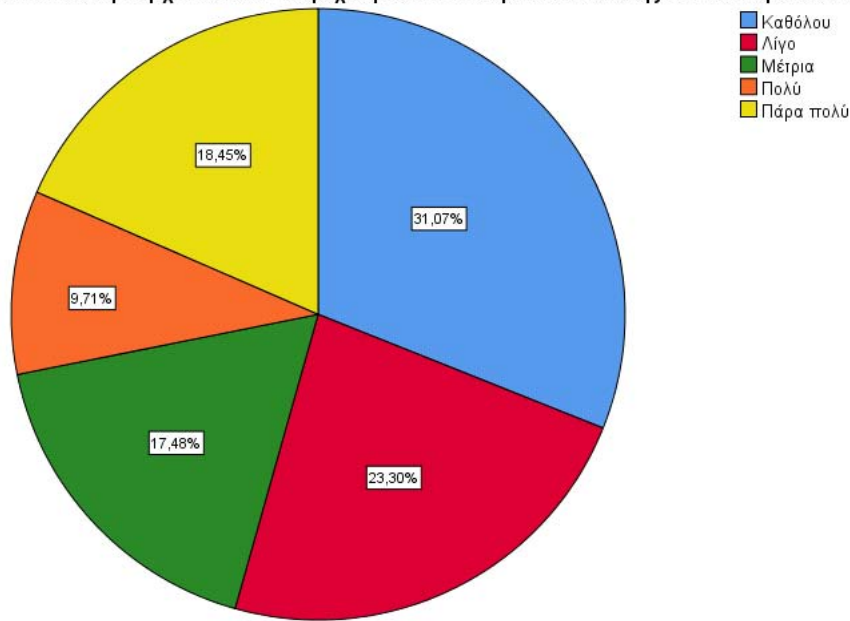
Η πολιτεία σύντομα θα ανακαλύψει ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς δεν μπορούν να λειτουργήσουν στην κοινότητα



Η πολιτεία σύντομα θα ανακαλύψει ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς δεν μπορούν να λειτουργήσουν στην κοινότητα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	22	21,4	21,4	21,4
	Λίγο	15	14,6	14,6	35,9
	Μέτρια	37	35,9	35,9	71,8
	Πολύ	26	25,2	25,2	97,1
	Πάρα πολύ	3	2,9	2,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Οι άνθρωποι που προέρχονται από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία θα καταλήξουν να διαμένουν στους δρόμους



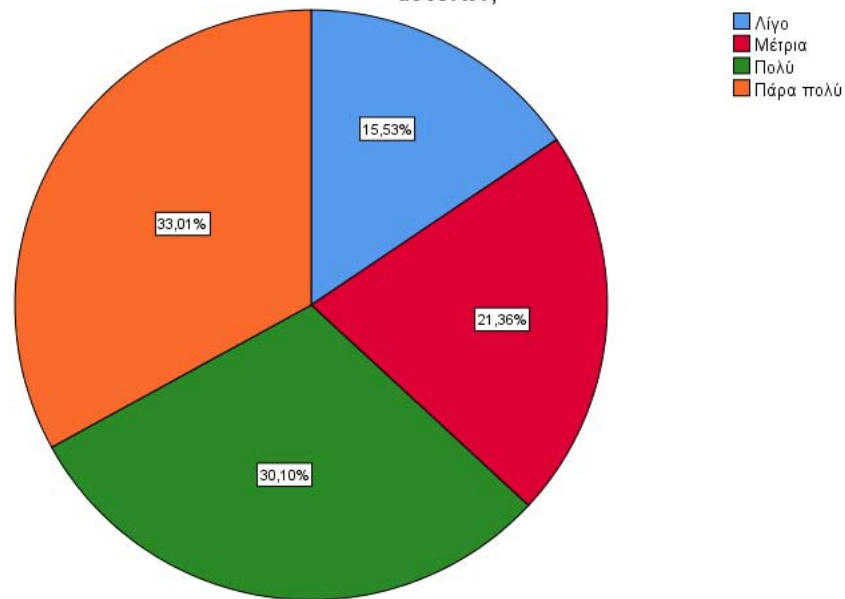
Οι άνθρωποι που προέρχονται από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία θα καταλήξουν να διαμένουν στους δρόμους					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	32	31,1	31,1	31,1
	Λίγο	24	23,3	23,3	54,4
	Μέτρια	18	17,5	17,5	71,8
	Πολύ	10	9,7	9,7	81,6
	Πάρα πολύ	19	18,4	18,4	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

4.5 Επίδραση των εξωνοσοκομειακών δομών στην υποτροπή των ψυχικά ασθενών

Τέλος, το 84,5% συμφωνούν μέτρια έως πάρα πολύ με το ότι οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν θετικά στη βελτίωση της καθημερινής ζωής των ψυχικά ασθενών, το 85,4% με το ότι οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν

στην ανάπτυξη των κοινωνικών δραστηριοτήτων στα πλαίσια της κοινότητας (συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις, χρήση υπηρεσιών, πολιτική/κοινωνική δραστηριότητα κ.ά.) των ψυχικά ασθενών, το 87,4% με το ότι οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής των ψυχικά ασθενών και στη σταθερή τήρηση αυτής, το 78,6% με το ότι οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν στην αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου και στην ανάπτυξη ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων εκτός πλαισίου των ψυχικά ασθενών, το 71,8% με το ότι οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν στη βελτίωση των σχέσεων με το οικογενειακό και το ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον των ψυχικά ασθενών, το 77,7% με το ότι οι εξωνοσοκομειακές δομές βοηθούν στο να αναπτύξουν τις διαπροσωπικές σχέσεις, τις φιλίες και τις κοινωνικές συναναστροφές οι ψυχικά ασθενείς και με το ότι οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν στη μη υποτροπή των ψυχικά ασθενών.

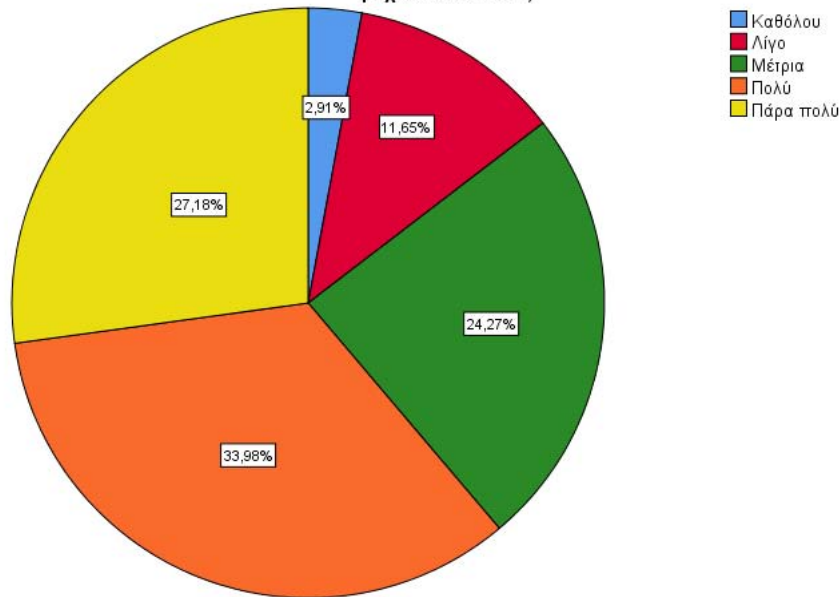
Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν θετικά στη βελτίωση της καθημερινής ζωής των ψυχικά ασθενών;



Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν θετικά στη βελτίωση της καθημερινής ζωής των ψυχικά ασθενών;				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	Λίγο	16	15,5	15,5	15,5
	Μέτρια	22	21,4	21,4	36,9
	Πολύ	31	30,1	30,1	67,0
	Πάρα πολύ	34	33,0	33,0	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν στην ανάπτυξη των κοινωνικών δραστηριοτήτων των ψυχικά ασθενών;

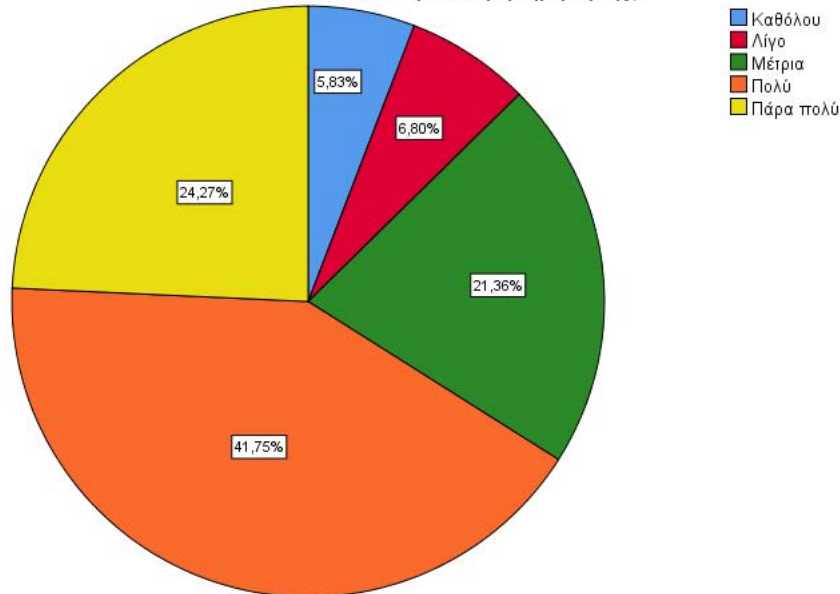


Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν στην ανάπτυξη των κοινωνικών δραστηριοτήτων των ψυχικά ασθενών;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	3	2,9	2,9	2,9
	Λίγο	12	11,7	11,7	14,6
	Μέτρια	25	24,3	24,3	38,8
	Πολύ	35	34,0	34,0	72,8

	Πάρα πολύ	28	27,2	27,2	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

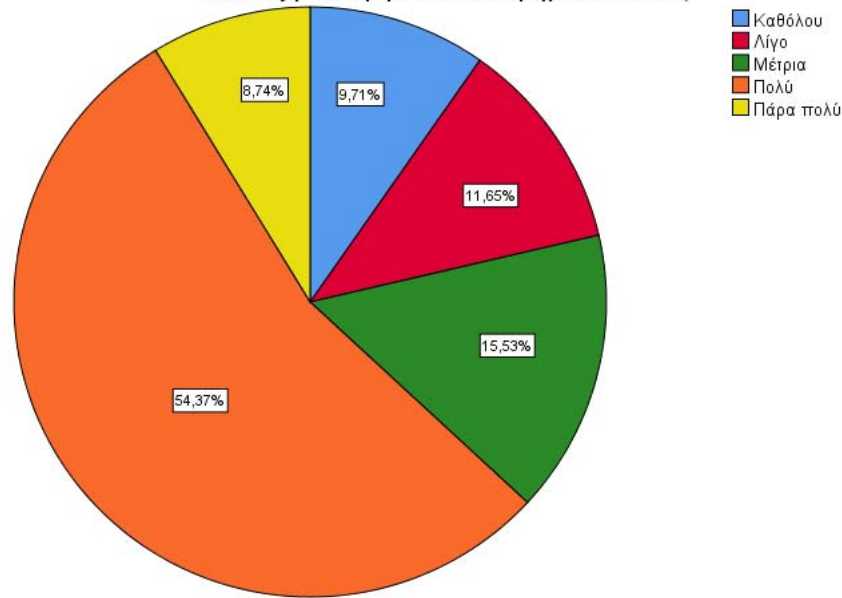
Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής των ψυχικά ασθενών και στη σταθερή τήρηση της;



Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής των ψυχικά ασθενών και στη σταθερή τήρηση της;

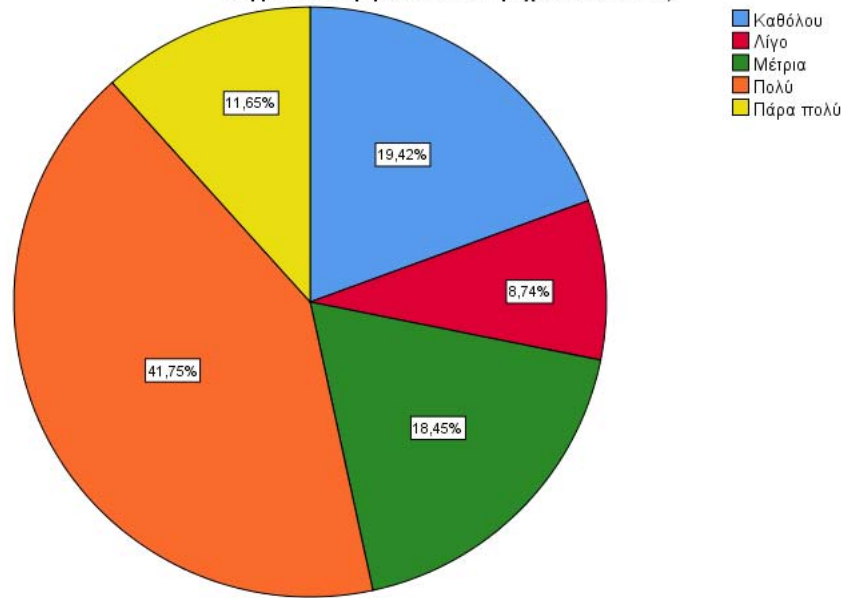
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	6	5,8	5,8	5,8
	Λίγο	7	6,8	6,8	12,6
	Μέτρια	22	21,4	21,4	34,0
	Πολύ	43	41,7	41,7	75,7
	Πάρα πολύ	25	24,3	24,3	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν στην αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου και στην ανάπτυξη ενδιαφερόντων των ψυχικά ασθενών;



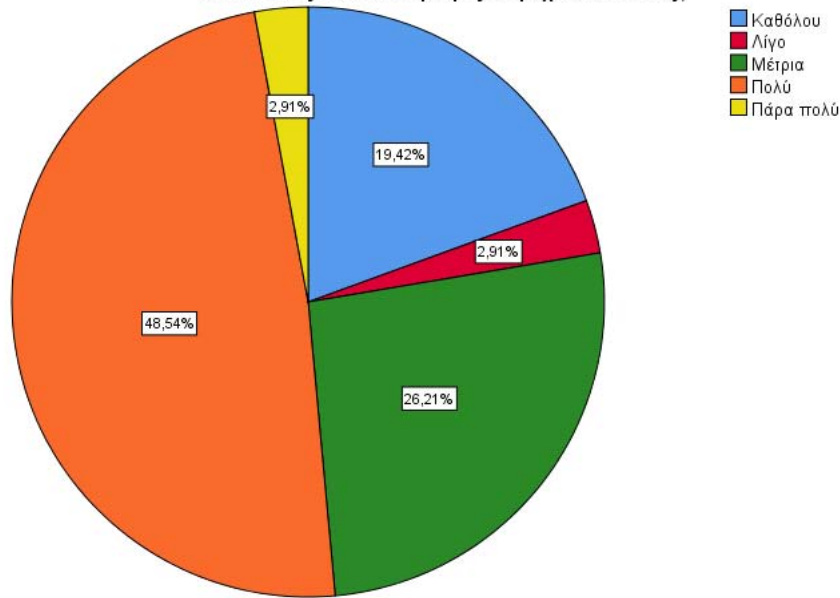
Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν στην αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου και στην ανάπτυξη ενδιαφερόντων των ψυχικά ασθενών;					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	10	9,7	9,7	9,7
	Λίγο	12	11,7	11,7	21,4
	Μέτρια	16	15,5	15,5	36,9
	Πολύ	56	54,4	54,4	91,3
	Πάρα πολύ	9	8,7	8,7	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν στη βελτίωση των σχέσεων με το οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον των ψυχικά ασθενών;



Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν στη βελτίωση των σχέσεων με το οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον των ψυχικά ασθενών;					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	20	19,4	19,4	19,4
	Λίγο	9	8,7	8,7	28,2
	Μέτρια	19	18,4	18,4	46,6
	Πολύ	43	41,7	41,7	88,3
	Πάρα πολύ	12	11,7	11,7	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

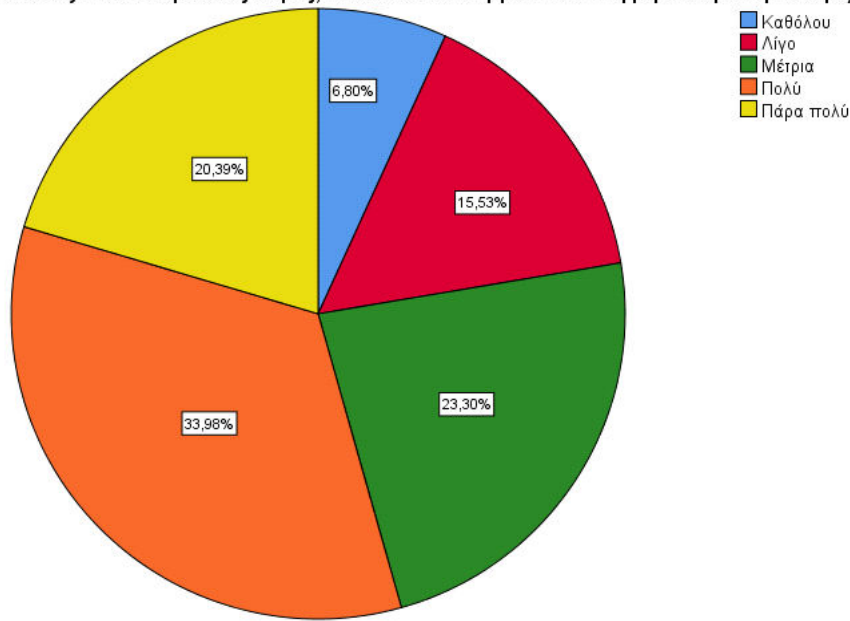
Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές βοηθούν να αναπτύξουν διαπροσωπικές σχέσεις, φιλίες και κοινωνικές συναναστροφές οι ψυχικά ασθενείς;



Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές βοηθούν να αναπτύξουν διαπροσωπικές σχέσεις, φιλίες και κοινωνικές συναναστροφές οι ψυχικά ασθενείς;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	20	19,4	19,4	19,4
	Λίγο	3	2,9	2,9	22,3
	Μέτρια	27	26,2	26,2	48,5
	Πολύ	50	48,5	48,5	97,1
	Πάρα πολύ	3	2,9	2,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές, πιστεύετε ότι συμβάλλουν στη μη υποτροπή των ψυχικά ασθενών;



Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές, πιστεύετε ότι συμβάλλουν στη μη υποτροπή των ψυχικά ασθενών;					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	7	6,8	6,8	6,8
	Λίγο	16	15,5	15,5	22,3
	Μέτρια	24	23,3	23,3	45,6
	Πολύ	35	34,0	34,0	79,6
	Πάρα πολύ	21	20,4	20,4	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

4.6 Συσχετίσεις

Συσχετίζοντας τα δημογραφικά στοιχεία με τις απόψεις για τα οφέλη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, βλέπουμε πως το φύλο σχετίζεται σημαντικά με την

ψυχολογική υποστήριξη και το σεβασμό στα δικαιώματα – εκπροσώπηση-συνηγορία, η οικογενειακή κατάσταση με την αποασυλοποίηση, την ψυχολογική υποστήριξη, το Σεβασμό στα δικαιώματα – εκπροσώπηση-συνηγορία και την Κοινωνικοοικονομική επανένταξη, ενώ τα έτη εργασίας σχετίζονται σημαντικά με το Σεβασμό στα δικαιώματα – εκπροσώπηση-συνηγορία, την Καταπολέμηση κοινωνικού αποκλεισμού και στίγματος και την Κοινωνικοοικονομική επανένταξη.

Correlations						
		Φύλο	Ηλικία	Επίπεδο μεταπτυχιακής εκπαίδευσης	Οικογενειακή κατάσταση	Έτη εργασίας
Αποασυλοποίηση – κλείσιμο των ψυχιατρείων	Pearson Correlation	-,041	-,159	-,179	,215*	-,177
	Sig. (2-tailed)	,682	,110	,070	,029	,074
	N	103	103	103	103	103
Ανάπτυξη κοινοτικών δομών και προγραμμάτων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας	Pearson Correlation	,140	-,040	,108	,192	,171
	Sig. (2-tailed)	,159	,689	,275	,052	,084
	N	103	103	103	103	103
Ψυχολογική υποστήριξη	Pearson Correlation	,334**	-,052	,014	,264**	,190
	Sig. (2-tailed)	,001	,603	,888	,007	,055
	N	103	103	103	103	103
Σεβασμός στα δικαιώματα εκπροσώπηση-συνηγορία	Pearson Correlation	,310**	-,086	,168	,265**	,266**
	Sig. (2-tailed)	,001	,387	,091	,007	,007
	N	103	103	103	103	103
Καταπολέμηση κοινωνικού αποκλεισμού και	Pearson Correlation	-,002	-,158	,240	,144	,242*
	Sig. (2-tailed)	,981	,110	,015	,147	,014

στίγματος	N	103	103	103	103	103
Κοινωνικοοικονομική επανένταξη – ΚοιΣΠΕ	Pearson Correlation	,157	,055	,088	,259**	,281**
	Sig. (2-tailed)	,112	,584	,377	,008	,004
	N	103	103	103	103	103

Συσχετίζοντας τα δημογραφικά στοιχεία με τις Απειλές για την ανάπτυξη των εξωνοσοκομειακών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, βλέπουμε πως η ηλικία σχετίζεται σημαντικά με την άποψη για την υποστελέχωση του τομέα ψυχικής υγείας και η οικογενειακή κατάσταση με την άποψη για τη μη ολοκλήρωση της επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών (υψηλή ανεργία).

Correlations						
		Φύλο	Ηλικία	Επίπεδο μεταπτυχιακής εκπαίδευσης	Οικογενειακή κατάσταση	Έτη εργασίας
Υποχρηματοδότηση	Pearson Correlation	,042	-,182	,013	,107	-,114
	Sig. (2-tailed)	,673	,066	,896	,282	,252
	N	103	103	103	103	103
Υποστελέχωση τομέα ψυχικής υγείας	Pearson Correlation	-,096	-,210*	-,062	,086	-,191
	Sig. (2-tailed)	,334	,033	,532	,385	,053
	N	103	103	103	103	103
Συγχωνεύσεις ψυχιατρικών και γενικών νοσοκομείων	Pearson Correlation	,005	-,147	-,152	-,035	-,056
	Sig. (2-tailed)	,963	,138	,124	,729	,576
	N	103	103	103	103	103
Μη ολοκλήρωση της επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών	Pearson Correlation	,155	,034	-,176	,283**	,192
	Sig. (2-tailed)	,118	,734	,076	,004	,052

(υψηλή ανεργία)	N	103	103	103	103	103
Στάση του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική νόσο	Pearson Correlation	,000	-,091	,057	,098	,083
	Sig. (2-tailed)	,996	,360	,567	,325	,403
	N	103	103	103	103	103

Στη συνέχεια, σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία με απόψεις σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στο Δίκτυο Ψυχικής Υγείας, βλέπουμε ότι το φύλο σχετίζεται σημαντικά με το αν η απόφαση για το κλείσιμο ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι καλή, εάν μια πιθανή αύξηση του φόρου στοχεύει στη βοήθεια να δημιουργήσουν κοινοτικά προγράμματα ψυχικής υγείας και αν η πολιτεία θα ανακαλύψει σύντομα ότι οι περισσότεροι ασθενείς δεν μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα. Ωστόσο, η ηλικία σχετίζεται σημαντικά με το εάν η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, όπως έχει πλέον υλοποιηθεί με την ανάπτυξη κοινοτικών εγκαταστάσεων, είναι καλύτερη από την ψυχιατρική περίθαλψη, εάν η απόφαση για κλείσιμο ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι καλή, ή εάν το κράτος δεν θα είναι σε θέση να ολοκληρώσει την ανάπτυξη κατάλληλων ψυχιατρικών εγκαταστάσεων υποστήριξης και εάν το κράτος ανακαλύψει σύντομα ότι οι περισσότεροι ασθενείς δεν μπορούν να λειτουργήσουν στην κοινότητα.

Το επίπεδο της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης σχετίζεται σημαντικά με το εάν η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, όπως εφαρμόζεται τώρα με την ανάπτυξη κοινοτικών εγκαταστάσεων, είναι καλύτερη από την ψυχιατρική περίθαλψη, εάν η απόφαση για κλείσιμο ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι καλή, εάν το κράτος δεν είναι ικανός να ολοκληρώσει την ανάπτυξη κατάλληλων δομών ψυχιατρικής υποστήριξης και εάν θα υποστηρίξει μια πιθανή αύξηση φόρου για να βοηθήσει στη δημιουργία κοινοτικών προγραμμάτων ψυχικής υγείας.

Η οικογενειακή κατάσταση σχετίζεται επίσης σημαντικά με το γεγονός ότι η πολιτεία σύντομα θα διαπιστώσει ότι οι περισσότεροι ασθενείς δεν μπορούν να εργαστούν στην κοινότητα και χρόνια εργασίας για να δουν εάν η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, όπως εφαρμόζεται τώρα με την οικοδόμηση της κοινότητας, είναι

καλύτερα από την ψυχιατρική περίθαλψη, εάν υποστήριζαν μια πιθανή αύξηση φόρου για τη δημιουργία κοινοτικών προγραμμάτων ψυχικής υγείας, εάν το κράτος σύντομα ανακάλυψε ότι οι περισσότεροι ασθενείς δεν θα μπορούσαν να εργαστούν στην κοινότητα και άτομα από ψυχιατρικά νοσοκομεία τελικά θα ζήσουν στο δρόμο.

		Φύλο	Ηλικία	Επίπεδο μεταπτυχιακής εκπαίδευσης	Οικογενειακή κατάσταση	Έτη εργασίας
Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, όπως έχει εφαρμοστεί τώρα με την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα, είναι καλύτερη από την περίθαλψη στα ψυχιατρεία	Pearson Correlation	,015	-,221*	,262**	,162	,270**
	Sig. (2-tailed)	,877	,025	,008	,103	,006
	N	103	103	103	103	103
Η απόφαση να κλείσουν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι καλή	Pearson Correlation	,204*	-,220*	,271**	,130	,116
	Sig. (2-tailed)	,038	,025	,006	,192	,245
	N	103	103	103	103	103
Το κράτος δεν θα κατορθώσει να ολοκληρώσει την ανάπτυξη επαρκών δομών ψυχιατρικής υποστήριξης	Pearson Correlation	-,106	-,472**	,613**	-,193	-,099
	Sig. (2-tailed)	,286	,000	,000	,051	,318
	N	103	103	103	103	103
Θα υποστήριζα μια πιθανή αύξηση των φόρων που θα είχε στόχο να συνδράμει στη δημιουργία προγραμμάτων ψυχικής φροντίδας στην κοινότητα	Pearson Correlation	-,228*	-,020	-,220*	,106	,263**
	Sig. (2-tailed)	,020	,844	,026	,287	,007
	N	103	103	103	103	103
Η πολιτεία σύντομα θα ανακαλύψει ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς δεν μπορούν να λειτουργήσουν στην κοινότητα	Pearson Correlation	-,390**	-,556**	,122	-,302**	-,343**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,221	,002	,000
	N	103	103	103	103	103

Οι άνθρωποι που προέρχονται από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία θα καταλήξουν να διαμένουν στους δρόμους	Pearson Correlation	-,154	,045	-,066	-,067	-,235*
	Sig. (2-tailed)	,121	,651	,506	,501	,017
	N	103	103	103	103	103

Τέλος, όσον αφορά τη συσχέτιση των δημογραφικών με τις απόψεις για την επίδραση των εξωνοσοκομειακών δομών στην υποτροπή των ψυχικά ασθενών, το φύλο βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τις απόψεις, για το κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν στην ανάπτυξη των κοινωνικών δραστηριοτήτων των ψυχικά ασθενών και το κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν στη βελτίωση των σχέσεων με το οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον των ψυχικά ασθενών, η ηλικία με το κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές συντελούν στην ανάπτυξη των κοινωνικών δραστηριοτήτων των ψυχικά ασθενών και το κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν στην ανάπτυξη των κοινωνικών δραστηριοτήτων των ψυχικά ασθενών και το επίπεδο εκπαίδευσης με το κατά πόσο εξωνοσοκομειακές δομές βοηθούν να αναπτύξουν διαπροσωπικές σχέσεις, φιλίες και κοινωνικές συναναστροφές οι ψυχικά ασθενείς. Ακόμα, η οικογενειακή κατάσταση σχετίζεται σημαντικά με το κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν θετικά στη βελτίωση της καθημερινής ζωής των ψυχικά ασθενών, κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές βοηθούν στην ανάπτυξη των κοινωνικών δραστηριοτήτων των ψυχικά ασθενών, το κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν στην αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου και στην ανάπτυξη ενδιαφερόντων των ψυχικά ασθενών, το κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές συντελούν στη βελτίωση των σχέσεων με το οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον των ψυχικά ασθενών και το κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές, πιστεύετε ότι συμβάλλουν στη μη υποτροπή των ψυχικά ασθενών, ενώ τα έτη εργασίας συσχετίζονται σημαντικά με όλες τις απόψεις.

		Φύλο	Ηλικία	Επίπεδο μεταπτυχιακής εκπαίδευσης	Οικογενειακή κατάσταση	Έτη εργασίας
Κατά πόσο οι	Pearson	,128	,242*	-,106	,278**	,491**

εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν θετικά στη βελτίωση της καθημερινής ζωής των ψυχικά ασθενών;	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	,198	,014	,286	,004	,000	
	N	103	103	103	103	103	
Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν στην ανάπτυξη των κοινωνικών δραστηριοτήτων των ψυχικά ασθενών;	Pearson Correlation	,343^{***}	,437^{***}	,081	,366^{***}	,450^{***}	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,416	,000	,000	
	N	103	103	103	103	103	
Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής των ψυχικά ασθενών και στη σταθερή τήρηση της;	Pearson Correlation	-,048	,037	,073	,182	,255^{**}	
	Sig. (2-tailed)	,630	,713	,465	,066	,009	
	N	103	103	103	103	103	
Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν στην αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου και στην ανάπτυξη ενδιαφερόντων των ψυχικά ασθενών;	Pearson Correlation	,063	-,061	,142	,266^{**}	,226	
	Sig. (2-tailed)	,525	,540	,153	,007	,022	
	N	103	103	103	103	103	
Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν στη βελτίωση των σχέσεων με το οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον των ψυχικά ασθενών;	Pearson Correlation	,214	,047	,040	,226	,369	
	Sig. (2-tailed)	,030	,637	,686	,022	,000	
	N	103	103	103	103	103	
Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές βοηθούν να αναπτύξουν διαπροσωπικές σχέσεις, φίλιες και κοινωνικές συναναστροφές οι ψυχικά ασθενείς;	Pearson Correlation	,156	-,040	,222[*]	,167	,334^{**}	
	Sig. (2-tailed)	,115	,691	,024	,092	,001	
	N	103	103	103	103	103	
Κατά πόσο οι	Pearson	,162	,035	,087	,294^{**}	,297^{**}	

εξωνοσοκομειακές δομές, πιστεύετε ότι συμβάλλουν στη μη υποτροπή των ψυχικά ασθενών;	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,101	,728	,381	,003	,002
	N	103	103	103	103	103

Κεφάλαιο 5. Συζήτηση- Συμπεράσματα

Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν ο εντοπισμός και η περιγραφή των παραγόντων που επηρεάζουν την υποτροπή μεταξύ των ψυχιατρικών εξωτερικών ασθενών στην Ελλάδα

Η πρώτη ερευνητική ερώτηση προσπάθησε να διερευνήσει τα οφέλη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Ιδιαίτερα σημαντικά οφέλη ήταν η αποϊδρυματοποίηση, η ανάπτυξη κοινοτικών δομών και προγραμμάτων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας, ψυχολογική υποστήριξη, σεβασμός των δικαιωμάτων - εκπροσώπηση - άμυνα, καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού.

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα ήταν ποιες είναι οι απειλές για την ανάπτυξη εγκαταστάσεων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης εξωτερικών ασθενών. Ιδιαίτερα σημαντικές απειλές θεωρήθηκαν η έλλειψη κεφαλαίων, η έλλειψη προσωπικού στον τομέα της ψυχικής υγείας και η στάση του πληθυσμού έναντι των ψυχικών ασθενειών, καθώς και οι συγχωνεύσεις ψυχιατρικών και γενικών νοσοκομείων και η αποτυχία ολοκλήρωσης της επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών. Θεωρήθηκαν λιγότερο σημαντικές απειλές.

Επομένως, έγιναν προσπάθειες να διερευνηθούν οι απόψεις σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στο δίκτυο ψυχικής υγείας. Σχετικά με τους συμμετέχοντες, είμαι της άποψης ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, όπως έχει πλέον υλοποιηθεί με την ανάπτυξη κοινοτικών εγκαταστάσεων, είναι καλύτερη από την ψυχιατρική περίθαλψη, ότι η απόφαση για κλείσιμο ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι σωστή και ότι το κράτος δεν θα είναι ικανός να ολοκληρώσει την ανάπτυξη κατάλληλων ψυχιατρικών εγκαταστάσεων υποστήριξης, με περίπου τους μισούς να δηλώνουν ότι συμφωνούν σε μια πιθανή αύξηση φόρου για τη δημιουργία προγραμμάτων ψυχικής υγείας στην κοινότητα.

Ακολούθως, σχετικά με το ποια είναι η επίδραση των εξωνοσοκομειακών δομών στην υποτροπή των ψυχικά ασθενών, αναδείχθηκε πως οι εξωνοσοκομειακές δομές συμβάλλουν θετικά στη βελτίωση της καθημερινής ζωής των ψυχικά ασθενών, συντελούν στην ανάπτυξη των κοινωνικών δραστηριοτήτων στα πλαίσια της κοινότητας (συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις, χρήση υπηρεσιών, πολιτική/κοινωνική δραστηριότητα κ.ά.) των ψυχικά ασθενών, βοηθούν στη λήψη της

φαρμακευτικής αγωγής των ψυχικά ασθενών και στη σταθερή τήρηση αυτής, είναι αρωγοί στην αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου και στην ανάπτυξη ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων εκτός πλαισίου των ψυχικά ασθενών, συμβάλλουν στη βελτίωση των σχέσεων με το οικογενειακό και το ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον των ψυχικά ασθενών, βοηθούν στο να αναπτύξουν τις διαπροσωπικές σχέσεις, τις φιλίες και τις κοινωνικές συναναστροφές οι ψυχικά ασθενείς και τελικά δημιουργούν τις προϋποθέσεις για τη μη υποτροπή των ψυχικά ασθενών.

Τέλος, το πέμπτο και τελευταίο ερευνητικό ερώτημα αφορούσε τη σχέση μεταξύ των απόψεων των συμμετεχόντων και των δημογραφικών τους. Έχει καταστεί σαφές ότι το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και τα έτη εργασίας συσχετίζονται σημαντικά με τις απόψεις σχετικά με τα οφέλη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση αποτελούν απειλές για την ανάπτυξη εγκαταστάσεων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης εξωτερικών ασθενών, ενώ όλα τα δημογραφικά στοιχεία συσχετίζονται με γνώμες σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στο Δίκτυο Ψυχικής Υγείας και με γνώμες σχετικά με την επίδραση των δομών εξωτερικών ασθενών στην υποτροπή ασθενών με ψυχικά προβλήματα. Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι η στάση απέναντι στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση, γενικά, θεωρήθηκε θετική από τους συμμετέχοντες.

Συγκρίνοντας την ελληνική νομοθεσία με τις διεθνείς εξελίξεις στα δικαιώματα και την ηθική των ψυχικών ασθενών μπορεί κάποιος να υποστηρίξει ότι η νομοθεσία είναι σύγχρονη και σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα. Δυστυχώς, παρά το παραπάνω γεγονός, υπάρχουν στην πράξη σημαντικές δυσκολίες στην εφαρμογή του. Αυτό οδηγεί στο γεγονός ότι μόνο μέρος αυτής της προόδου φτάνει στους χρήστες υπηρεσιών και στις οικογένειές τους. Αν και οι ακριβείς λόγοι για αυτό είναι κυρίως ένα νομικό ζήτημα, θα προσεγγίσουμε αυτό το ζήτημα από ψυχίατροι και κοινωνικούς λειτουργούς, οι οποίοι καλούνται και οι δύο να εφαρμόσουν την ισχύουσα νομοθεσία σχετικά με τα δικαιώματα των ψυχικών ασθενών. Ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα είναι η πολυπλοκότητα των νομοθεσιών που σε μια προσπάθεια προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών και σύμφωνα με το σύνταγμα δημιουργεί μια πολύ περίπλοκη νομική δομή που σε πολλές περιπτώσεις είναι αδύνατο να ακολουθηθεί. Κύριοι λόγοι είναι η ταχύτητα με την οποία εξελίσσονται τα ψυχιατρικά φαινόμενα, ζητήματα υλικοτεχνικής υποστήριξης όπως η έλλειψη κατάλληλων λέξεων ή δυσκολίες για τη συνοδεία των ασθενών στο

δικαστήριο. Οι νομικές διαδικασίες δεν είναι συμβατές με την επιστημονική ανάπτυξη λόγω του γεγονότος ότι καθυστερεί δημιουργώντας σημαντικές δυσκολίες. Τα παραπάνω προβλήματα παρουσιάζονται περισσότερο από ό, τι σε οποιοδήποτε άλλο μέρος της διαδικασίας στις διαδικασίες υποχρεωτικής εισαγωγής που είναι έντονα και σε πολλές περιπτώσεις δεν έχουν σωστά επικριθεί για κακές πρακτικές που οδηγούν επίσης στην αύξηση του στίγματος.

Ένα βασικό ζήτημα είναι η έλλειψη κατάλληλης τεκμηρίωσης των συνθηκών του ασθενούς στις αναφορές των ιατρών προς τον Επαρχιακό Εισαγγελέα σχετικά με τους λόγους υποχρεωτικής εισαγωγής. Σε πολλές από τις περιπτώσεις, η υποχρεωτική εισαγωγή κρίνεται κατώτερη όσον αφορά την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, όπως φαίνεται σε μια μελέτη σχετικά με 179 υποχρεωτικές εισαγωγές, όπως και στις συνθήκες νοσηλείας. Επιπλέον, η σχεδόν σίγουρη παρουσία της αστυνομίας κατά τη διάρκεια της διαδικασίας ενισχύει το στίγμα. Το ίδιο το στίγμα είναι το άλλο αρκετά σημαντικό ζήτημα. Παρά τα τελευταία 30 χρόνια προσπαθειών, εξακολουθεί να είναι αρκετά ισχυρό όσον αφορά τους ψυχικούς ασθενείς και τις ψυχικές ασθένειες. Ο ψυχικός ασθενής εξακολουθεί να θεωρείται επικίνδυνος ή ανίκανος (Kosmatos, 2002).

Αυτό είναι ίσως το πιο σημαντικό εμπόδιο στην αποκατάσταση ψυχικών ασθενών και γενικά στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Αυτό είναι πολύ σαφές σε όλους τους επαγγελματίες που ασχολούνται με την ψυχική ασθένεια. Είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι αυτό σταματά συχνά τις προσπάθειες αποκατάστασης, ακόμη και αν επιλυθούν όλα τα νομικά και οικονομικά προβλήματα. Το στίγμα διεισδύει σε όλη την κοινωνική δομή. Έτσι, ακόμη και οι ενδιαφερόμενοι αγνοούν τα οφέλη του σεβασμού των δικαιωμάτων των ψυχιατρικών ασθενών και της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Αυτό σημαίνει ότι ακόμη και αν έχει αποδειχθεί επιστημονικά ότι η προσέγγιση της ψυχικής υγείας μέσω πρακτικών ψυχιατρικής μεταρρύθμισης σύμφωνα με τις αρχές του συμφώνου του Βελγίου είναι οικονομικά αποδοτική, οι ενδιαφερόμενοι εξακολουθούν να την θεωρούν πολυτέλεια (Sakellaropoulos, 2007).

Μια ριζική διαδεδομένη πρακτική προκειμένου να βελτιώσουμε τα προαναφερθέντα προβλήματα προτείνει τη συμπερίληψη των ίδιων των χρηστών των υπηρεσιών είτε μέσω ομάδων αυτοβοήθειας είτε μέσω πρακτικών ενδυνάμωσης. Τέτοιες πρακτικές σε αντίθεση με την τρέχουσα ελληνική νοοτροπία ήταν η αλλαγή

σχεδόν κάθε φορά που ξεκινά με αποφάσεις των κεντρικών αρχών, βασίζονται στον ενεργό ρόλο των πολιτών / χρηστών των υπηρεσιών. Αυτές οι πρακτικές επιτρέπουν στους χρήστες να βελτιώσουν τη φροντίδα και την ένταξή τους από μόνες τους και έχουν σημαντικά οφέλη όσον αφορά την ψυχική υγεία των χρηστών, καθώς και τη νομική και κοινωνική τους κατάσταση.

Βιβλιογραφία

- Austin, W & Boyd, MN. 2008. *Psychiatric nursing for Canadian practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin
- Bauer M, Kunze H, Von Cranach M, Fritze J, Becker T. (2001). Psychiatric Reform In Germany. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 410:27–34
- Beebe, HI. 2002. Problems in community living identified by people with schizophrenia. *Psychosocial Nursing and Mental Health Services, the Official Publication of the Alliance for Psychosocial Nursing* 16(2):40-42.
- Blott, W. 2000. Psychiatric nursing. *Health and Hygiene, Forum for Primary Health Care Professionals* 11(7):15.
- Brink, HI. 1996. *Fundamentals of research methodology for health care professionals*. Cape Town: Juta.
- Charltee, S, Patel, V & Weiss, H. 2003. Evaluation of a community based rehabilitation model for chronic schizophrenia in rural India. *The British Journal of Psychiatry* 182:59- 60.
- Clark, JM. 1992. *Nursing in the community*. New York: Appleton & Lange. Spradley, BW & Allender, JN. 1996. *Community health nursing: concepts and practice*. 4th edition. New York: Lippincott.
- Collins English Dictionary. 1991. 3rd edition. Glasgow: Harper collins.
- Corrigan, PW 2000. Mental health stigma as social attribution: implication for research matters and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice* 7:48-67.
- Corrigan, PW. 1998. The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice* 5: 201-222.
- Crocker, J & Lutsky, N. 1986. Stigma and the dynamics of social cognition. In *The dilemma of difference: A multidisciplinary view of stigma* edited by SC Ainsley, G Becker and LM Coleman. Plenum Press: New York:95-122.

- Csernansky, JG & Schuchart, EK. 2002. Relapse and rehospitalisation rates in patients with schizophrenia, effects of second generation antipsychotics. *CNS Drugs* 16(7):474- 476.
- Glennard Ah, Hjalte F, Svensson F, Anell A, Bankauskaite V. (2005). *Health Systems In Transition: Sweden. Who Regional Office For Europe On Behalf Of The European Observatory On Health Systems And Policies*, Copenhagen.
- Gray, R, Leese, M, Bindman, J, Becker, T, Burti, L, David, A, Gournay, K, Kikkert, M, Koeter, M, Puschner, B, Schene, A, Thornicroft, G & Tonsella. 2006. Adherence therapy for people with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry* 184:508.
- Hoeksema, SN. 1998. *Abnormal psychology*. New York: McGraw Hill.
- Johnstone Mj. (2001). Stigma, Social Justice And The Rights Of The Mentally Ill: Challenging The Status Quo. *Aust N Z J Ment Health Nurs*, 10:200–209
- Kgosidintsi, A. 1996. The role of the community mental health nurse in Botswana: the needs of problems of schizophrenic clients in the community. *Curationis* 19(2):39-41.
- Kosmatos, K. (2002). Involuntary admission in psychiatric units. Research finding and perspectives from the implementation of 2071/92 Act. Athens Sakkoulas.
- Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, Benos A. (2013). Economic Crisis, Restrictive Policies, And The Population's Health And Health Care: The Greek Case. *Am J Public Health*, 103:973–979
- Li, Z & Arthur, D. 2005. Family education for people with schizophrenia in Beijing, China. *The British Journal of Psychiatry* 187:339-343.
- Madianos Mg, Tsiantis J, Zacharakis C. (1999). Changing Patterns Of Mental Health Care In Greece (1984–1996). *Eur Psychiatry*, 14:462–467
- Manamela, KE. 2001. A needs assessment of persons suffering from schizophrenia in the Mogoto village, Zebediela District. Unpublished dissertation. Pretoria: University of South Africa.
- Mckee M, Fidler A. (2004). Reforming The Continuum Of Care. In: Figueras J, Mckee M, Cain J, Lessof S (Eds) *Health Systems In Transition: Learning From*

Experience. European Observatory On Health Systems And Policies, Who, Copenhagen:85–102

Mossialos E, Allin S, Davaki K. (2005). Analysing The Greek Health System: A Tale Of Fragmentation And Inertia. *Health Econ*, 14(Suppl 1):S151–S168

Muller, L & Fisher, A. 2005. Standards for the mental health care of people with severe psychiatric disorders in South Africa: Part 2. Methodology and results. *South African Psychiatry Review: an African Neuroscience Journal* 8(4):148.

Mwaba, K & Molamu, RB. 1998. Perceived causes of relapse among a sample of recovering psychiatric patients at Mafikeng hospital. *Curationis* 21(1):56.

Ntongana, ES. 1996. Non-compliance with treatment schedules in chronic psychiatric patients. *Curationis* 19(1):68-69.

Oikonomou N, Tountas Y. (2011). The Greek Economic Crisis: A Primary Health-Care Perspective. *Lancet*, 377:28–29

Otsman, M & Kjellin, L. 2002. Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry* 181:494-498.

Pescosolido Ba, Wright Er, Kikuzawa S. (1999). “Stakeholder” Attitudes Over Time Toward The Closing Of A State Hospital. *J Behav Health Serv Res*, 26:318–328

Polit, DF & Hungler, BP.1996. Nursing research principles and methods. 5th edition. Philadelphia: Lippincott.

Rathbone, J, Zhang, L, Zhang, M, Xia, J, Liu, X, Yang, Y & Adams, CE. 2007. Chinese herbal medicine for schizophrenia. *The British journal of psychiatry* 186:383.

Roberts A. (1981). *Mental Health History Timeline*. Available At: [Http://Studymore.Org.Uk/Mhhtim.Htm](http://studymore.org.uk/mhhtim.htm)

Sakellaropoulos Th. (2007). Social rights and welfare state crisis. Athens Savvallas.

Salize Hj, Rössler W, Becker T. (2007). Mental Health Care In Germany: Current State And Trends. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 257:92–103

Siskou O, Kaitelidou D, Papakonstantinou V, Liaropoulos L. (2008). Private Health Expenditure In The Greek Health Care System: Where Truth Ends And The Myth Begins. *Health Policy*, 88:282–293.

Solombela, PW & Uys, LR. 1994. Factors affecting relapse of outpatients with schizophrenia in the Kentani area of Transkei. *Curationis* 17(3):25-27.

Thipanyana, M & Mavundla, TR. 1998. The provision of primary health care in two rural districts of the Eastern Cape with particular reference to human resources and accessibility. *Curationis* 21(2):30-31.

Tountas Y, Karnaki P, Pavi E. (2002). Reforming The Reform: The Greek National Health System In Transition. *Health Policy*, 62:15– 29

Uys, LR & Middleton, L. 1997. *Mental health nursing, a south african perspective*. 3rd edition. Cape Town: Juta.

Uys, LR.1991. A theoretical framework for psychiatric rehabilitation. *Curationis* 14(3):2.

Vazquez-Barquero JI, Garcia J. (1999). Deinstitutionalization And Psychiatric Reform In Spain. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 249:128–135

World Health Organization. (2009). *The Financial Crisis And Global Health: Report Of A High-Level Consultation*. Who, Geneva.

Γρίβας Κλ. (1987), *Η εξουσία της βίας. Προσέγγιση σε ορισμένα φαινόμενα κοινωνικής παθολογίας*, Ιανός, Θεσσαλονίκη.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως, (2000). Τεύχος 2ο, Άρθρο 6.

Ζήση Α. (2013), *Κοινωνία Κοινότητα και Ψυχική Υγεία*, Gutenberg, Αθήνα.

Ιωσηφίδης Θ. (2008), *Ποιοτικές μέθοδοι στις κοινωνικές επιστήμες*, Κριτική, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ, Τσιάντου Β. (2010). Η Οικονομική Κρίση Και Οι Επιπτώσεις Της Στην Υγεία Και Την Ιατρική Περίθαλψη. *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 27:834–840

Κωνσταντακοπούλου, Ο. (2003). Αξιολόγηση της λειτουργίας των απογευματινών εξωτερικών ιατρείων στα νοσοκομεία, Αθήνα.

- Μαδιανός Μ. (1989), *Κοινωνία και ψυχική υγεία*, Καστανιώτης, Αθήνα.
- Μονάδα Υποστήριξης Και Παρακολούθησης «Ψυχαργώς». (2005). – Β΄ Φαση. *Εκτίμηση Αναγκών Ψυχικής Υγείας Στην Κοινότητα. Μεθοδολογικός Οδηγός*. Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα.
- Πλουμπίδης Δν. (2005). Είκοσι Χρόνια Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης Στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική*, 14:104–105
- Τζανάκης Μ. (2008), *Πέραν του ασύλου. Η κοινοτική ψυχιατρική και το ζήτημα του υποκειμένου*, Συνάψεις, Αθήνα.
- Τσαλίκογλου Φ. (1987), *Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή. Οι λειτουργίες μιας κοινωνικής κατασκευής*, Παπαζήσης, Αθήνα.
- Ψυχαργώς. (2011). *Έκθεση Αξιολόγησης Των Παρεμβάσεων Εφαρμογής Της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης Για Την Περίοδο 2000–2009*. Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα.

Παράρτημα

Παράρτημα Α

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α. Δημογραφικά στοιχεία

1. ΦΥΛΟ:

ΑΝΔΡΑΣ _____

ΓΥΝΑΙΚΑ _____

2. ΗΛΙΚΙΑ:

20-35 _____

36-50 _____

51-65 _____

3. ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ:

Δ.Ε. _____

ΑΕΙ/ΤΕΙ _____

ΜΑΣΤΕΡ _____

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ _____

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΑΓΑΜΟΣ/Η _____

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η _____

ΔΙΕΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η _____

ΧΗΡΟΣ/Α _____

5. ΠΟΙΑ ΘΕΣΗ ΚΑΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ _____

ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ _____

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ _____

ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ _____

6. ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ

0-5 _____

5-10 _____

10-15 _____

15-20 _____

ΠΑΝΩ ΑΠΟ 20 _____

B. Οφέλη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Πόσο σημαντικές είναι οι παρακάτω δράσεις της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης για τους λήπτες (ασθενείς) υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την:

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ

• Αποασυλοποίηση – κλείσιμο των ψυχιατρείων					
• Ανάπτυξη κοινοτικών δομών και προγραμμάτων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας					
• Ψυχολογική υποστήριξη					
• Σεβασμός στα δικαιώματα – εκπροσώπηση-συνηγορία					
• Καταπολέμηση κοινωνικού αποκλεισμού και στίγματος					
• Κοινωνικοοικονομική επανένταξη – ΚοιΣΠΕ					

Γ. Απειλές για την ανάπτυξη των εξωνοσοκομειακών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Πόσο σοβαρές είναι οι παρακάτω απειλές για την ανάπτυξη των ψυχοκοινωνικών δομών;

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
• Υποχρηματοδότηση					
• Υποστελέχωση τομέα ψυχικής υγείας					
• Συγχωνεύσεις ψυχιατρικών και γενικών νοσοκομείων					

<ul style="list-style-type: none"> Μη ολοκλήρωση της επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών (υψηλή ανεργία) 					
<ul style="list-style-type: none"> Στάση του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική νόσο 					

Δ. Απόψεις για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο Δίκτυο Ψυχικής Υγείας

Πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις;

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
<ul style="list-style-type: none"> Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, όπως έχει εφαρμοστεί τώρα με την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα, είναι καλύτερη από την περίθαλψη στα ψυχιατρεία 					
<ul style="list-style-type: none"> Η απόφαση να κλείσουν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι καλή 					
<ul style="list-style-type: none"> Το κράτος δεν θα κατορθώσει να ολοκληρώσει την ανάπτυξη επαρκών δομών ψυχιατρικής υποστήριξης 					
<ul style="list-style-type: none"> Θα υποστήριζα μια πιθανή αύξηση των φόρων που θα είχε στόχο να συνδράμει στη δημιουργία προγραμμάτων ψυχικής φροντίδας στην 					

κοινότητα					
<ul style="list-style-type: none"> • Η πολιτεία σύντομα θα ανακαλύψει ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς δεν μπορούν να λειτουργήσουν στην κοινότητα 					
<ul style="list-style-type: none"> • Οι άνθρωποι που προέρχονται από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία θα καταλήξουν να διαμένουν στους δρόμους 					

Ε. Επίδραση των εξωνοσοκομειακών δομών στην υποτροπή των ψυχικά ασθενών

Πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις;

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
<ul style="list-style-type: none"> • Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές, πιστεύετε ότι συμβάλλουν θετικά στη βελτίωση της καθημερινής ζωής (θέματα αυτοεξυπηρέτησης, οργάνωση – προγραμματισμό καθημερινών δραστηριοτήτων κ.ά.) των ψυχικά ασθενών; 					
<ul style="list-style-type: none"> • Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές, πιστεύετε ότι συμβάλλουν 					

στην ανάπτυξη των κοινωνικών δραστηριοτήτων στα πλαίσια της κοινότητας (συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις, χρήση υπηρεσιών, πολιτική/κοινωνική δραστηριότητα κ.ά.) των ψυχικά ασθενών;					
• Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές, πιστεύετε ότι συμβάλλουν στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής των ψυχικά ασθενών και στη σταθερή τήρηση αυτής;					
• Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές, πιστεύετε ότι συμβάλλουν στην αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου και στην ανάπτυξη ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων εκτός πλαισίου των ψυχικά ασθενών;					
• Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές, πιστεύετε ότι συμβάλλουν στη βελτίωση των σχέσεων με το οικογενειακό και το ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον των ψυχικά ασθενών;					
• Κατά πόσο οι					

<p>εξωνοσοκομειακές δομές, πιστεύετε ότι βοηθούν στο να αναπτύξουν τις διαπροσωπικές σχέσεις, τις φιλίες και τις κοινωνικές συναναστροφές οι ψυχικά ασθενείς;</p>					
<ul style="list-style-type: none"> • Κατά πόσο οι εξωνοσοκομειακές δομές, πιστεύετε ότι συμβάλλουν στη μη υποτροπή των ψυχικά ασθενών; 					

Παράρτημα Β



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

5η Υγειονομική Περιφέρεια
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

Ταχ. Δ/ση: Μεζούρλο, Λάρισα,
Τ.Κ.41110 Τ.Θ.2101

Διεύθυνση: Ανθρώπινου Δυναμικού
Πληροφορίες: Βασιλείου Πολυξένη
Τηλέφωνο: 2413 – 500874
E-mail: xvas@dypethessaly.gr

Λάρισα 29-05-2020

Αρ. Πρωτ. 42021

ΠΡΟΣ: κ. Κουλτούκη Βασιλική, ΤΕ
Νοσηλευτών/τριών, Γ.Ν. Τρικάλων

Θέμα: «Διαβίβαση πρακτικού 6^{ης} Συνεδρίασης Επιστημονικού Συμβουλίου της 5^{ης} Υ.ΠΕ».

ΣΧΕΤ: α) Η αρ.πρωτ. 2849/11-1-2019 περί συγκρότησης του Επιστημονικού Συμβουλίου της 5^{ης} Υ.ΠΕ και με αρ. πρωτ. 91139/04-12-2019 Απόφαση Διοικητή της 5^{ης} Υ.ΠΕ. τροποποίησης του Επιστημονικού Συμβουλίου.
β) Την από 13-05-2020 αίτηση της κ. Κουλτούκη Βασιλική, ΤΕ Νοσηλευτών/τριών, Γ.Ν. Τρικάλων.
γ) Απόσπασμα Πρακτικού 6^{ης} Συνεδρίασης Επιστημονικού Συμβουλίου της 5^{ης} ΥΠΕ, 27-05-2020

Σε συνέχεια των ανωτέρω σχετικών, σας διαβιβάζουμε απόσπασμα πρακτικού της 6^{ης} Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου της 5^{ης} Υ.ΠΕ., που αφορά το αίτημά σας για τη διεξαγωγή έρευνας, στα πλαίσια ολοκλήρωσης του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας της Σχολής Επιστημών Υγείας.

Η Διευθύντρια

**Δ/σης Ανθρώπινου Δυναμικού
της 5^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας
Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας**



Kyriaki Draggou
Κυριακή Δρογγούδη



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5^η Υ.ΠΕ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΛΑΡΙΣΑ 27.05.2020

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

**ΠΡΑΚΤΙΚΟ 6^ο ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
ΤΗΣ 5^{ης} Υ.ΠΕ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

Στη Λάρισα σήμερα στις 27 Μαΐου ημέρα Τετάρτη και ώρα 12:00π.μ στην Κεντρική Υπηρεσία της 5^{ης} Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας πραγματοποιήθηκε συνεδρίαση μέσω τηλεδιάσκεψης του Ε.Σ. μετά από πρόσκληση του Αν. Διοικητή και Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου της 5^{ης} Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, το οποίο συγκροτήθηκε με την με την αριθμ. 2849/ 11.01.2019 και τροποποιήθηκε με τις αριθμ. 91139/04-12-2019 και 1851/09-01-2020 Αποφάσεις του Διοικητή της 5^{ης} Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας και των μελών του Επιστημονικού Συμβουλίου. Η τηλεδιάσκεψη πραγματοποιήθηκε, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 33 πράξη νομοθετικού περιεχομένου κατεπείγοντα μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεπειών του κινδύνου διασποράς του κορωνοϊού covid-19, τη στήριξη της κοινωνίας και της επιχειρηματικότητας και τη διασφάλιση της ομαλής λειτουργίας της αγοράς και της δημόσιας διοίκησης (ΦΕΚ 68/20-03-2020 τεύχος Α').
Στη συνεδρίαση συμμετείχαν οι κάτωθι:

1. Ηλίας Τσαούσης, Αν. Διοικητής της 5^{ης} Υ.ΠΕ. , ως Πρόεδρος.
2. Μαρία Γεωργοπούλου , Διευθύντρια ΕΣΥ Ιατρικής Βιοπαθολογίας Υπεύθυνη Συντονίστρια Επιστημονικής Λειτουργίας του ΚΥ Αταλάντης.
3. Θεοχάρης Λεπενός, Διευθυντής ΕΣΥ Γενικής Ιατρικής, Υπεύθυνος Συντονιστής Επιστημονικής Λειτουργίας του ΚΥ Αμφίκλειας.
4. Ευάγγελος Γραντζής ς, Διευθυντής ΕΣΥ Χειρουργικής, Υπεύθυνος Συντονιστής Επιστημονικής Λειτουργίας του Κ.Υ Λάρισας.
5. Παναγιώτα Λιάκου, μόνιμη υπάλληλος του Κ.Υ Φαρσάλων, κλάδου ΠΕ Διοικητικού Λογιστικού.
6. Στυλιανή Χατζηνίκου, υπάλληλος κλάδου ΔΕ Διοικητικού -Γραμματέων, της 5^{ης} ΥΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς, Γραμματέας του Επιστημονικού Συμβουλίου.

Σελίδα 1 / 1

Θέμα 7^ο : «Αίτηση της κ. Κουλιτούκη Βασιλικής, υπαλλήλου κλάδου ΤΕ Νοσηλευτριών του Γ.Ν Τρικάλων μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, αναφορικά με τη χορήγηση σχετικής άδειας εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με διανομή ερωτηματολογίου».

Ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου ενημέρωσε τα μέλη του Ε.Σ. για το αίτημα της κ. Καλιτούκη Βασιλικής, υπαλλήλου κλάδου ΤΕ Νοσηλευτριών του Γ.Ν Τρικάλων μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, αναφορικά με τη χορήγηση σχετικής άδειας εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με διανομή ερωτηματολογίου, σε εργαζόμενους και ασθενείς δομών ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Ο Τίτλος της μελέτης είναι: «Διερεύνηση της επίδρασης των δομών εξωνοσοκομειακής ψυχιατρικής φροντίδας στις υποτροπές των ψυχικά ασθενών» και σκοπό έχει τον εντοπισμό και την περιγραφή των παραγόντων που επηρεάζουν την υποτροπή μεταξύ των ψυχιατρικών εξωτερικών ασθενών στην Ελλάδα και πραγματοποιείται στα πλαίσια ολοκλήρωσης του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη:

1. Την εισήγηση του Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου,
2. Το με αριθμ. πρωτ. 42021/14/05/2020 αίτηση της κ. Καλιτούκη Βασιλικής,

ομόφωνα αποφασίζει

Εγκρίνει το αίτημα της κ. Κουλιτούκη Βασιλικής, υπαλλήλου κλάδου ΤΕ Νοσηλευτριών του Γ.Ν Τρικάλων μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, αναφορικά με τη χορήγηση σχετικής άδειας εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με διανομή ερωτηματολογίου η οποία πραγματοποιείται στα πλαίσια ολοκλήρωσης του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Η σχετική άδεια αφορά μόνο την πρωτοβάθμια, για την είσοδο στα νοσοκομεία θα πρέπει να υποβάλλει σχετικό αίτημα στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου που ενδιαφέρεται να διεξάγει την έρευνα. Η παραπάνω έρευνα θα γίνει κατόπιν συνεννόησης με τους Συντονιστές των Κέντρων Υγείας ώστε να μην παρακωλύεται η λειτουργία της υπηρεσίας

Ο Πρόεδρος

Ακριβές απόσπασμα

Τα Μέλη

Ηλίας Τσιαούσης

Η γραμματέας
Στυλιανή Χατζηνίκου

Θεοχάρης Λεπενός

Μαρία Γεωργοπούλου

Ευάγγελος Γραντζής

Παναγιώτα Λιάκου

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ

Της υπ' αριθμ. 29ης/6-8-2020 Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του
Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων

Στα Τρίκαλα σήμερα την **6^η Αυγούστου 2020** ημέρα της εβδομάδας Πέμπτη και ώρα **8:30 π.μ.** στην αίθουσα συνεδριάσεων του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, μετά την αριθμ. πρωτ.18951/3-8-2020 πρόσκληση του προέδρου του Διοικητικού Συμβουλίου του Γ.Ν. Τρικάλων, συνήλθαν σε **Τακτική συνεδρίαση** το διοικητικό συμβούλιο αποτελούμενο από τον κ. Κωνσταντίνο Γρηγορίου, πρόεδρο του Δ.Σ., τον κ. Παναγιώτου Γεώργιο, Αντιπρόεδρος του Δ.Σ., τον κ. Κωνσταντίνο Γιαννακό, τακτικό μέλος, και της κ. Παπαβασιλείου Στυλιανής, Γραμματέως του Δ.Σ.

Το Συμβούλιο μετά τη διαπίστωση της νόμιμης απαρτίας υπό την Προεδρία του προέδρου του Διοικητικού Συμβουλίου κ. Κωνσταντίνου Γρηγορίου, αποφάσισε τα παρακάτω σύμφωνα με τα θέματα της Ημερήσιας Διάταξης που περιλαμβάνονται στην πρόσκληση:

ΑΠΟΦΑΣΗ 628

ΘΕΜΑ 10ο: Το αριθμ. πρωτ. 18490/28-7-2020 πρακτικό του Επιστημονικού Συμβουλίου για το αίτημα της Νοσηλεύτριας, κ. Κουλτούκη Βασιλικής.

Τίθεται υπόψη του Δ.Σ.:

1. Το αριθμ. πρωτ. 18490/28-7-2020, αριθμ. καταχ. 94, πρακτικό του Επιστημονικού Συμβουλίου για το αίτημα της Νοσηλεύτριας, κ. Κουλτούκη Βασιλικής σχετικά με έγκριση διανομής ερωτηματολογίου για εκπόνηση διπλωματικής εργασίας.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Πρακτικών της αριθμ. 13^{ης}/27-7-2020 Τακτικής Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν.Τρικάλων.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν.Τρικάλων έχοντας υπόψη:

ΘΕΜΑ 2^ο : Το έγγραφο υπ' αριθμ. πρωτ. :17359/13-7-2020 της Νοσηλεύτριας του Γ.Ν.Τρικάλων, κ. Κουλτούκη Βασιλικής «έγκριση διανομής ερωτηματολογίου για εκπόνηση διπλωματικής εργασίας».

**Και μετά από διαλογική συζήτηση ομόφωνα
Γνωμοδοτεί**

Θετικά και εγκρίνει το αίτημα της Νοσηλεύτριας του Γ.Ν.Τρικάλων, κ. Κουλτούκη Βασιλικής «έγκριση διανομής ερωτηματολογίου για εκπόνηση διπλωματικής εργασίας».

**Το Δ.Σ. του Νοσοκομείου, αφού έλαβε υπόψη τα παραπάνω
Και μετά από διαλογική συζήτηση**

Αποφασίζει ομόφωνα

Εγκρίνει το αριθμ. πρωτ. 18490/28-7-2020, αριθμ. καταχ. 94, πρακτικό του Επιστημονικού Συμβουλίου για το αίτημα της Νοσηλεύτριας, κ. Κουλτούκη Βασιλικής σχετικά με έγκριση διανομής ερωτηματολογίου για εκπόνηση διπλωματικής εργασίας.

Η ανωτέρω απόφαση επικυρώνεται αυθημερόν

.....
Ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου

Κωνσταντίνος Π. Γρηγορίου

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ

Της υπ' αριθμ. 29ης/6-8-2020 Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του
Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων

Στα Τρίκαλα σήμερα την **6^η Αυγούστου 2020** ημέρα της εβδομάδας Πέμπτη και ώρα **8:30 π.μ.** στην αίθουσα συνεδριάσεων του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, μετά την αριθμ. πρωτ.18951/3-8-2020 πρόσκληση του προέδρου του Διοικητικού Συμβουλίου του Γ.Ν. Τρικάλων, συνήλθαν σε **Τακτική συνεδρίαση** το διοικητικό συμβούλιο αποτελούμενο από τον κ. Κωνσταντίνο Γρηγορίου, πρόεδρο του Δ.Σ., τον κ. Παναγιώτου Γεώργιο , Αντιπρόεδρος του Δ.Σ., τον κ. Κωνσταντίνο Γιαννακό, τακτικό μέλος, και της κ. Παπαβασιλείου Στυλιανής , Γραμματέως του Δ.Σ.

Το Συμβούλιο μετά τη διαπίστωση της νόμιμης απαρτίας υπό την Προεδρία του προέδρου του Διοικητικού Συμβουλίου κ. Κωνσταντίνου Γρηγορίου, αποφάσισε τα παρακάτω σύμφωνα με τα θέματα της Ημερήσιας Διάταξης που περιλαμβάνονται στην πρόσκληση:

ΑΠΟΦΑΣΗ 628

ΘΕΜΑ 10ο: Το αριθμ. πρωτ. 18490/28-7-2020 πρακτικό του Επιστημονικού Συμβουλίου για το αίτημα της Νοσηλεύτριας, κ. Κουλτούκη Βασιλικής.

Τίθεται υπόψη του Δ.Σ.:

1. Το αριθμ. πρωτ. 18490/28-7-2020 , αριθμ. καταχ. 94, πρακτικό του Επιστημονικού Συμβουλίου για το αίτημα της Νοσηλεύτριας, κ. Κουλτούκη Βασιλικής σχετικά με έγκριση διανομής ερωτηματολογίου για εκπόνηση διπλωματικής εργασίας.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Πρακτικών της αριθμ. 13^{ης}/27-7-2020 Τακτικής Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν.Τρικάλων.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν.Τρικάλων έχοντας υπόψη:

ΘΕΜΑ 2^ο : Το έγγραφο υπ' αριθμ. πρωτ. :17359/13-7-2020 της Νοσηλεύτριας του Γ.Ν.Τρικάλων, κ. Κουλτούκη Βασιλικής «έγκριση διανομής ερωτηματολογίου για εκπόνηση διπλωματικής εργασίας».

**Και μετά από διαλογική συζήτηση ομόφωνα
Γνωμοδοτεί**

Θετικά και εγκρίνει το αίτημα της Νοσηλεύτριας του Γ.Ν.Τρικάλων, κ. Κουλτούκη Βασιλικής «έγκριση διανομής ερωτηματολογίου για εκπόνηση διπλωματικής εργασίας».

**Το Δ.Σ. του Νοσοκομείου , αφού έλαβε υπόψη τα παραπάνω
Και μετά από διαλογική συζήτηση**

Αποφασίζει ομόφωνα

Εγκρίνει το αριθμ. πρωτ. 18490/28-7-2020 , αριθμ. καταχ. 94, πρακτικό του Επιστημονικού Συμβουλίου για το αίτημα της Νοσηλεύτριας, κ. Κουλτούκη Βασιλικής σχετικά με έγκριση διανομής ερωτηματολογίου για εκπόνηση διπλωματικής εργασίας.

Η ανωτέρω απόφαση επικυρώνεται αυθημερόν

Ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου

Κωνσταντίνος Π. Γρηγορίου

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5η Υγειονομική Περιφέρεια
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΤΜΗΜΑ : ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ Δ.Ι.Υ- Ε.Σ.

Τρίκαλα: 28-7-2020
Αριθμός Καταχώρησης: 94
Αρ.Πρωτ.: 18490

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Πρακτικών της αριθμ.13ης/27-7-2020 Τακτικής Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν Τρικάλων.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν. Τρικάλων έχοντας υπόψη:

ΘΕΜΑ 2ο: Το Έγγραφο υπ'Αριθμ.Πρωτ.:17359/13-7-2020, της Νοσηλεύτριας του Γ.Ν.Τρικάλων, κ.Βασιλικής Κουλτούκη, «Έγκριση διανομής ερωτηματολογίου για εκπόνηση διπλωματικής εργασίας»

**Και μετά από διαλογική συζήτηση ομόφωνα
Γνωμοδοτεί**

Θετικά και εγκρίνει το Αίτημα της Νοσηλεύτριας του Γ.Ν.Τρικάλων, κ.Βασιλικής Κουλτούκη, «Έγκριση διανομής ερωτηματολογίου για εκπόνηση διπλωματικής εργασίας»

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Του Επιστημονικού Συμβουλίου

ΠΑΡΟΝΤΑ ΜΕΛΗ

ΓΙΔΑ ΣΟΦΙΑ
ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΤΣΙΑΜΑΝΤΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑ
ΓΙΟΝΤΖΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ

ΠΑΡΑΦΟΡΟΥ ΘΕΟΝΙΚΗ

Συνημμένα:

Το Έγγραφο υπ'Αριθμ.Πρωτ.:17359/13-7-2020, της Νοσηλεύτριας του Γ.Ν.Τρικάλων,
κ.Βασιλικής Κουλούκη

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

-Δ.Σ. Γ.Ν.Τρικάλων