



ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ

# ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

## ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: μέτρηση και σύγκριση των αντιλήψεων α) των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και β) των συνοδών ατόμων με ψυχικές διαταραχές σχετικά με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και τις επιπτώσεις που επήλθαν από αυτήν.

Παρασκευαΐδου Σταυρούλα

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια  
Κατσαλιάκη Κορίνα

# Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: μέτρηση και σύγκριση των αντιλήψεων  
α) των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και β) των συνοδών  
ατόμων με ψυχικές διαταραχές σχετικά με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση  
και τις επιπτώσεις που επήλθαν από αυτήν.

Παρασκευαΐδου Σταυρούλα

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια  
Κατσαλιάκη Κορίνα

Ιούνιος, 2014

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	vi
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	ix
ABSTRACT .....	xi
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ-ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1.1 Σύντομη περιγραφή υπάρχουσας κατάστασης.....	1
1.2 Προβληματισμός που επιβάλλει τη συγκεκριμένη μελέτη.....	2
1.2.1 Έναυσμα για τη διερεύνηση του θέματος .....	4
1.3 Σκοπός και στόχος της έρευνας.....	5
1.4 Περιεχόμενο κεφαλαίων.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ-ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ.....	8
2.1 Αποτίμηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.....	8
2.1.1 Στα υγειονομικά συστήματα του Εξωτερικού.....	8
2.1.2 Στο υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας .....	13
2.2 Αξιολόγηση της διοικητικής εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα .....	19
2.2.1 Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.).....	22
2.2.2 Δικαιώματα – Συνηγορία-Συμμετοχή ληπτών.....	23
2.2.3 Στίγμα - Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας του στίγματος .....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ .....	27
3.1 Ιστορική προσέγγιση του ασύλου .....	27
3.2 Η θέση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στο υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας - Νομικό πλαίσιο.....	30
3.3 Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου (ΨΝΠΟ) ως Δίκτυο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας .....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ –ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	42
4.1 Σκοπός και στόχοι της μελέτης .....	42
4.2 Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου .....	42
4.3 Δείγμα έρευνας (target group).....	44
4.4 Μέθοδος συλλογής δεδομένων .....	45
4.5 Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου .....	45
4.5.1 Δημιουργία βάσης δεδομένων.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	48
5.1 Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα.....	48
5.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος επαγγελματιών ψυχικής υγείας .....	48

5.1.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος συνοδών/ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.....	49
5.2 Συντελεστής αξιοπιστίας.....	51
5.3 Στατιστική ανάλυση των ευρημάτων.....	51
5.3.1 Στάση απέναντι στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση (Μέρος Α).....	51
5.3.2 Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών –ελπίδες- προσδοκίες (Μέρος Β ).....	62
5.3.3 Ικανοποίηση από την εργασία (Μέρος Γ).....	68
5.3.4 Συσχετίσεις μεταβλητών και σύγκριση μέσων όρων.....	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ –ΣΥΖΗΤΗΣΗ–ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ.....	85
6.1 Συζήτηση -Συμπεράσματα.....	85
6.2 Εισηγήσεις -Προτάσεις.....	94
6.3 Αντί επιλόγου.....	96
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	97
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	109
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	116
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΠΙΝΑΚΩΝ - ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	
Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία επαγγελματιών.....	48
Πίνακας 2. Δημογραφικά στοιχεία συνοδών/ληπτών.....	50
Πίνακας 3. Reliability Statistics.....	51
Πίνακας 4. Συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.....	57
Πίνακας 5. Απόψεις για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο Δίκτυο Ψυχικής Υγείας.....	65
Πίνακας 6. Ικανοποίηση επαγγελματιών ψυχικής υγείας από την εργασία.....	72
Πίνακας 7. Μη-παραμετρικόMann-WhitneyUtest Πιο γνωστές δράσεις του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ».....	82
Πίνακας 8. Μη-παραμετρικόMann-Whitney U test Σημαντικότερα οφέλη από την εφαρμογή του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ».....	82
Πίνακας 9. Μη-παραμετρικόMann-Whitney Utest Ο ρόλος στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για το κλείσιμο του ΨΝΠΟ.....	83
Πίνακας 10. Μη-παραμετρικόMann-WhitneyUtest Απόψεις σχετικά με την ποιότητα και το μέλλον του Δικτύου.....	84
Διάγραμμα 1. Πιο γνωστές δράσεις της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.....	52
Διάγραμμα 2.Σημαντικότερα οφέλη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.....	54
Διάγραμμα 3. Η φροντίδα/περίθαλψη στην κοινότητα είναι καλύτερη από την περίθαλψη στο ψυχιατρείο.....	55
Διάγραμμα 4. Η εφαρμογή του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» ήταν η ενδεδειγμένη.....	56
Διάγραμμα 5. Πηγή ενημέρωσης για το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ».....	60
Διάγραμμα 6. Απειλές για την ανάπτυξη δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.....	62
Διάγραμμα 7. Ελπίδες-Προσδοκίες για το μέλλον των ληπτών.....	67
Διάγραμμα 8. Αξιολόγηση Δικτύου Ψυχικής Υγείας.....	68
Διάγραμμα 9. Αισθήματα απέναντι στο Δίκτυο.....	69

Διάγραμμα 10. Κατάρτιση-εκπαίδευση προσωπικού.....	70
Διάγραμμα 11. Συνολικότερη ικανοποίηση επαγγελματιών από τη ζωή.....	74

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θέλω να ευχαριστήσω θερμά:

Το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου για τη δυνατότητα που μου παρείχε να μπω στο μαγικό κόσμο της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης.

Την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Κατσαλιάκη Κορίνα για την αμέριστη βοήθεια, συμπαράσταση, καθοδήγηση και υπομονή. Κυρίως για την ικανότητά της να κάνει τα δύσκολα να φαίνονται εύκολα..

Όλους τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας καθώς και τους συνοδούς των ατόμων με ψυχικά προβλήματα/ λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, γιατί χωρίς τη βοήθειά τους δεν θα ήταν δυνατή η πραγματοποίηση αυτής της εργασίας.

Τις φίλες Γιαννούλα και Αλέκα για την τελευταία ματιά του κειμένου...

Την οικογένειά μου για την υπομονή και τη στήριξη που μου παρείχαν. Ειδικότερα τις ανιψιές μου Αλέκα και Μάγδα για την αμέριστη βοήθεια..

*Στον Μπάμπη και στη Μαρίνα*

*“Όσο περισσότερο το σκέφτομαι τόσο πιο πολύ είμαι σίγουρος πως δεν υπάρχει  
μεγαλύτερη τέχνη από το να αγαπάς τους ανθρώπους” – Βίνσεντ Βαν Γκογκ*



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Ο όρος ψυχιατρική μεταρρύθμιση αναφέρεται στο σύνολο των παρεμβάσεων που έχουν σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας διευκολύνοντας τα άτομα να παραμένουν ενεργοί πολίτες, μέσα στο οικείο περιβάλλον τους με αυτονομία, οικονομική και κοινωνική δράση. Στην Ελλάδα η ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών περίθαλψης είχε ως στόχο την αντικατάσταση των ασύλων από υπηρεσίες περίθαλψης/ φροντίδας μέσα στην κοινότητα και την πλήρη κοινωνικοοικονομική επανένταξη των ψυχικά σθενών.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αξιολογήσει ορισμένες διαστάσεις της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μέσα από τη στάση και τις απόψεις των επαγγελματιών και των συνοδών/ληπτών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και να αναδείξει τα δυνατά και αδύνατα σημεία της από την έως τώρα εφαρμογή της. Παράλληλα, μέσα από τη σύγκριση των απόψεων των δύο ομάδων επιχειρείται να προσδιοριστούν οι προτεραιότητες στο μελλοντικό σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, εν μέσω μίας σημαντικής πολυεπίπεδης κρίσης.

**Μεθοδολογία:** Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τις 20 Δεκεμβρίου 2013 έως 2 Φεβρουαρίου 2014 και συμμετείχαν 130 επαγγελματίες ψυχικής υγείας και 61 συνοδοί /λήπτες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ενός πρώην Ψυχιατρικού Νοσοκομείου που συγχωνεύτηκε με ένα Γενικό Νοσοκομείο. Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου διαρθρωμένο σε τρία διακριτά μέρη, εκ των οποίων τα δύο πρώτα αφορούσαν όλους τους ερωτώμενους, ενώ το τρίτο μέρος απευθύνονταν μόνο στους επαγγελματίες. Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε μέσω του στατιστικού προγράμματος Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 16.0. Επιπλέον, διενεργήθηκε μία δευτερογενής έρευνα μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης, προκειμένου να αποτυπωθεί η σχετική εμπειρία από τα συστήματα υγείας του εξωτερικού και της Ελλάδας, οι επιπτώσεις της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στους ψυχικά ασθενείς και η αποτίμηση της διοικητικής εφαρμογής του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ».

**Αποτελέσματα:** Η έρευνα κατέγραψε υψηλή αποδοχή των αποκαταστασιακών δομών στην κοινότητα και σαφή προτίμηση υπέρ της διαβίωσης σε αυτές, άγνοια του θεσμού της συνηγορίας και της τομεοποίησης, κριτική στάση απέναντι στην ενδεδειγμένη εφαρμογή του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», δυσαρέσκεια

σχετικά με το βαθμό συμμετοχής των εμπλεκόμενων μερών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, προβάδισμα των επαγγελματιών υγείας στην ενημέρωση της εφαρμογής του Προγράμματος και επιφυλάξεις απέναντι στην οικονομική βιωσιμότητα των μονάδων και την πλήρη κοινωνική και οικονομική ένταξη των ληπτών στην κοινωνία. Επιπλέον, στο δείγμα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, καταγράφηκε υψηλός βαθμός αφοσίωσης στο δίκτυο και επαρκής βαθμός ικανοποίησης με εξαίρεση τις αποδοχές, τις ευκαιρίες και τις προκλήσεις που παρέχει η εργασία και τις δυνατότητες για συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων. Βρέθηκαν αρκετές, στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και απόψεων και στα δύο δείγματα.

**Συμπεράσματα:** Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση όπως έχει εφαρμοστεί μέχρι σήμερα, έχει να υποδείξει σημαντικά επιτεύγματα. Σήμερα όμως, μέσα στο γενικότερο κλίμα της οικονομικής κρίσης, διακρίνεται ένας βαθμός απαισιοδοξίας και αβεβαιότητας από τους επαγγελματίες και τους συνοδούς/λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας που οφείλεται κυρίως στη στασιμότητα του μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος και στην υποχώρηση των θεμάτων ψυχικής υγείας από τις προτεραιότητες της πολιτείας. Η ενίσχυση του θεσμού της συνηγορίας/αυτοεκπροσώπησης, η ενθάρρυνση της συμμετοχής των ληπτών στο σχεδιασμό προγραμμάτων ψυχικής υγείας, η μετατόπιση του κέντρου βάρους στην εξέλιξη των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης, η διαβίου εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και η εισαγωγή κανόνων management στις διοικήσεις των νοσοκομείων, θα δώσουν ώθηση στην συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και προοπτικές κοινωνικής και οικονομικής βιωσιμότητας.

**Λέξεις κλειδιά:** Ψυχιατρική μεταρρύθμιση, Ψυχική Υγεία, Εθνικό Πρόγραμμα «Ψυχαργός», Στίγμα, Συνηγορία/αυτοεκπροσώπηση, Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί, Συνοδοί/λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας

## **ABSTRACT**

**Background:** The term “psychiatric reform” refers to the set of interventions designed to facilitate the people that face mental health problems to remain active citizen within the familiar environment. In Greece, the development of alternative forms of care aimed at the replacement of asylum from services / care in the community and full socioeconomic reintegration of mentally ill.

**Aim:** The aim of this study is to evaluate certain aspects of psychiatric reform through the employees’ and attendants / recipients attitudes and opinions towards the mental health services in order to highlight the strengths and weaknesses of the hitherto implementation. At the same time, through the comparison of the views of both groups, attempt to identify the priorities of mental health services concerning their future planning, in the midst of a major multilevel crisis.

**Methodology:** The survey was conducted from December 20<sup>th</sup> 2013 till February 2<sup>nd</sup> 2014. The sample consisted of 130 mental health professionals and 61 attendants / recipients of mental health services of a former psychiatric hospital that merged with a general hospital . The data were collected by means a questionnaire structured into three distinct parts. In the first two parts all the participants answered, while the third part was addressed only the employees. The data was processed by using the statistical program “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS) 16.0. Moreover a secondary search was carried out through a literature review in order to reflect the outcome of “psychiatric reform in Greece and foreign health systems, the influence of mental health reform to mental patients and finally the assessment of administrative implementation of the " PSYCHARGOS ."

**Results:** The survey showed high acceptance of structures rehabilitation in the community and a clear preference for living in such an environment. Moreover it presented a lot of interesting facts such as ignorance of the institution of advocacy and sectorization , critical attitude towards the proper implementation of the "PSYCHARGOS", dissatisfaction with the level of participation of stakeholders in decision-making process , the primacy of health professionals in "communication " of the Program and finally reservations towards the economic sustainability of the structures rehabilitation and the fully social and economic integration of the mentally ill in the society . Furthermore high degree of loyalty to the network and a sufficient degree of satisfaction was recorded, except for the remuneration , the

opportunities and challenges acquired from their jobs and the chances for participation in decision making. Several statistically significant associations were found between demographic characteristics and views in both samples .

**Conclusions:** The psychiatric reform as applied to date , has to indicate significant achievements. However, in a general climate of economic crisis, a significant degree of pessimism and uncertainty of professionals and attendants / recipients of mental health services is distinguished. This is due to the fact that the priorities of the state were modified towards the mental reform. The strengthening of the institution of advocacy / self representation, the encouraging of the participation of stakeholders in planning mental health programs, the evolution of Social Cooperatives, lifelong education of mental health employees and the introduction of management in the administrations of hospitals, will promote continuation of psychiatric reform and prospects for social and economic sustainability.

**Keywords:** Mental Reform, Mental Health, National Program «Psychargos», Stigma, Advocacy/ self representation, Social Cooperatives, attendants / recipients of mental health services.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ-ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### 1.1 Σύντομη περιγραφή υπάρχουσας κατάστασης

Τα υγειονομικά συστήματα στην Ευρώπη ξεκινούν να δημιουργούνται κατά τα τέλη του 18<sup>ου</sup> και αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα, χρονική περίοδο που οι εφευρέσεις και οι ανακαλύψεις της ιατρικής οδήγησαν στην ανάπτυξη της βακτηριολογίας και της παθολογίας και κατ' επέκταση, συνέβαλαν καθοριστικά στην εγκαθίδρυση ενός καθαρά βιοϊατρικού μοντέλου αντιμετώπισης της ασθένειας, βασιζόμενο στην κυριαρχία του ιατρικού σώματος. Μέσα σ' αυτό το μοντέλο υγείας εντάσσεται και η περίθαλψη των ψυχικά ασθενών, η οποία επαφίεται εξ ολοκλήρου στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Κατά τον 20<sup>ο</sup> αιώνα τα υγειονομικά συστήματα δέχονται αλλεπάλληλες μεταρρυθμίσεις λόγω, αφενός των σημαντικών αποκλίσεων από τους αρχικούς στόχους, κυρίως της μακροοικονομικής αποδοτικότητας, αφετέρου της εμφάνισης των ανθρωπιστικών κινημάτων, της αμφισβήτησης του βιοϊατρικού μοντέλου και της αναζήτησης εναλλακτικών, βιοψυχοκοινωνικών μοντέλων που θα εστιάζουν στον άνθρωπο και στις κοινωνικές και ψυχολογικές προεκτάσεις της υγείας[1]. Στα πλαίσια αυτής της αμφισβήτησης εφαρμόζεται η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση (ΨΜ), δηλαδή η μετατόπιση των υπηρεσιών περίθαλψης /φροντίδας από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία σε υπηρεσίες που παρέχονται μέσα στην κοινότητα[2]. Εκφράζεται με την εφαρμογή της Κοινωνικής Ψυχιατρικής σύμφωνα με την οποία διερευνάται η ανθρώπινη συμπεριφορά και εξετάζονται όλοι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία του ατόμου μέσα στο φυσικό του πλέον περιβάλλον[3]. Το επιστέγασμα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Ελλάδα είναι το κλείσιμο των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων (των τμημάτων της χρόνιας νοσηλείας) και η ανάπτυξη Δικτύων Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ημέρας, Κινητές Μονάδες, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης κλπ). Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα ξεκίνησε μέσω του Εθνικού Προγράμματος Δράσης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» το 2001 και ολοκληρώθηκε η Α' και Β' Φάση της 1<sup>ης</sup> αναθεώρησης του Προγράμματος το 2010. Μέχρι σήμερα επικεντρώθηκε στη σταδιακή αντικατάσταση της υπάρχουσας ψυχιατρικής περίθαλψης από ένα κοινοτικό δίκτυο υπηρεσιών και δομών για την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση. Η 2<sup>η</sup> Αναθεώρηση του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» σχεδιάστηκε το 2011, έχει χρονικό ορίζοντα δεκαετίας και στοχεύει στο κλείσιμο των τμημάτων μακράς νοσηλείας των εναπομείναντα ψυχιατρείων μέχρι το 2015, στην ανάπτυξη δομών και υπηρεσιών για παιδιά,

εφήβους, ασθενείς μακράς παραμονής, καθώς και ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, στη βέλτιστη οργάνωση και λειτουργία του συστήματος ψυχικής υγείας, στην ολοκλήρωση της τομεοποίησης, της διασύνδεσης, του συντονισμού των επιμέρους δικτύων, στη δημιουργία συστήματος αξιολόγησης σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα, στην προώθηση δράσεων για την επαγγελματική ένταξη των ασθενών και την προάσπιση των δικαιωμάτων τους.

Σε πολλές χώρες, μεταξύ αυτών και η Ελλάδα, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη. Αποτελεί μία συνεχή διαδικασία που αναθεωρείται, και αναπροσαρμόζεται κάθε φορά ανάλογα με τα νέα δεδομένα που προκύπτουν στο χώρο της ψυχικής υγείας, αλλά και τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες που επικρατούν. Απώτερος σκοπός είναι η εναρμόνιση με το μακροπρόθεσμο όραμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) που έχει τοποθετήσει την ψυχική υγεία σε θέση προτεραιότητας στην ατζέντα των Υπουργείων Υγείας όλων των χωρών και έχει θέσει ως επιμέρους στόχους την τήρηση, προώθηση και προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ψυχικά ασθενών[4].

## 1.2 Προβληματισμός που επιβάλλει τη συγκεκριμένη μελέτη

Τα επιδημιολογικά στοιχεία σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές είναι ανησυχητικά. Κάποιας μορφής ψυχική διαταραχή αντιμετωπίζει το 38,2% των κατοίκων της Ευρώπης αλλά μόνο το ένα τρίτο των περιπτώσεων φθάνει στον κατάλληλο ειδικό προκειμένου να λάβει θεραπεία[5]. Το 14% του ελληνικού πληθυσμού (Άνδρες: 11%, Γυναίκες: 17%) βρέθηκε να έχει κλινικά σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα το 2010[6], με το 73,9% αυτών να μην λαμβάνουν καμία θεραπεία για την ψυχολογική τους υγεία[7]. Οι Έλληνες εμφανίζουν τάση για περισσότερες αγχώδεις διαταραχές, αλλά παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε σύγκριση με τον ευρωπαϊκό μέσον όρο. Αυτό οφείλεται στο μεσογειακό κλίμα που δημιουργεί μια εξωστρέφεια στους κατοίκους. Συγχρόνως υπάρχουν ακόμη ισχυρά υποστηρικτικά δίκτυα που έχουν κατά κύριο λόγο τη βάση τους στο δέσιμο της οικογένειας. Από την άλλη πλευρά, η οικονομική αστάθεια που βιώνουν οι Έλληνες δημιουργεί συνεχές άγχος, αβεβαιότητα για το μέλλον και αυτή η συνεχιζόμενη, εντεινόμενη ανασφάλεια και το καθεστώς μεγάλης οικονομικής αβεβαιότητας έχουν οδηγήσει σε εμφάνιση περισσότερων περιπτώσεων ψυχικών διαταραχών[6]. Μέσα στην τριετία 2009-2011, τα περιστατικά που καταφθάνουν

στην ψυχιατρική κλινική των νοσοκομείων παρουσιάζουν τουλάχιστον διπλασιασμό και η πληρότητα στις ψυχιατρικές δομές αγγίζει το 100%. Επίσης μετρήθηκε το 2011 ότι οι Έλληνες είναι 2,6 φορές περισσότερο πιθανό να παρουσιάσουν βαριά κατάθλιψη από ότι το 2008[8]. Στις ομάδες υψηλού κινδύνου εμφάνισης ψυχικών νοσημάτων ανήκουν οι άνεργοι, αλλά και όσοι αντιμετωπίζουν το φάσμα της επαπειλούμενης ανεργίας, όσοι έχουν δάνεια και χρέη (το 23% των ατόμων με ψυχικό νόσημα έχουν δάνεια), γυναίκες, ασθενείς με χρόνια ψυχικά προβλήματα, όπως επίσης και οι συνταξιούχοι, οι οποίοι φαίνεται να πλήττονται ιδιαίτερα από τις συνέπειες της κρίσης σε ψυχικό επίπεδο[9,10]. Το πρώτο εξάμηνο του 2011 σημειώθηκε αύξηση 40% των αυτοκτονιών σε σχέση με το αντίστοιχο χρονικό διάστημα του 2010[11], ενώ, πάνω από το 4% του πληθυσμού έχει κάποιο βαθμό εξάρτησης από ουσίες. Οι μολύνσεις από τον ιό του HIV αυξήθηκαν το 2011 κατά 52% σε σχέση με την ίδια περίοδο του προηγούμενου έτους, μισές από τις οποίες εμφανίστηκαν στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών[11] Επίσης έχει παρατηρηθεί, σε ποσοστό 35%, αύξηση της χρήσης αντικαταθλιπτικών χαπιών σε σχέση με το 2006[12].

Η ψυχική υγεία αποτελεί σημαντικό οικονομικό παράγοντα σταθερότητας, που συνιστάται ως επί το πλείστον στην έννοια της παραγωγικότητας, με υψηλό κοινωνικό κόστος. Σύμφωνα με συντηρητική εκτίμηση από τη Διεθνή Οργάνωση Εργασίας, τα προβλήματα ψυχικής υγείας υπολογίζεται ότι προκαλούν απώλεια 3%-4% του ΑΕΠ στην Ευρωπαϊκή Ένωση[13]. Μελέτες για το κόστος των ασθενειών που πραγματοποιήθηκαν σε επτά χώρες του ΟΟΣΑ κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δέκα ετών δείχνουν ότι η φροντίδα για τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές αποτέλεσε το 9% της συνολικής δαπάνης για την υγεία κατά μέσον όρο[14].

Σε περίοδο οικονομικής κρίσης ο πληθυσμός στρέφεται στη χρήση των Δημόσιων Υπηρεσιών Υγείας για τις οποίες υπάρχει εν μέρει ασφαλιστική κάλυψη και κοινωνική μέριμνα με αποτέλεσμα να ενταθούν οι πιέσεις στο σύστημα και κυρίως στις υπηρεσίες ΠΦΥ[15]. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας αποτελώντας τη μόνη οργανωτική μονάδα της ΠΦ που μπορεί να παρέχει ελεύθερη πρόσβαση και ολιστική φροντίδα στον πληθυσμό, δέχονται τον κύριο όγκο των περιστατικών και επωμίζονται εξολοκλήρου τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του πληθυσμού. Δράσεις που αποσκοπούν στη διατήρηση της καλής ψυχικής υγείας μέσω ενίσχυσης της κοινωνικής προστασίας σε περιόδους οικονομικής

κρίσης, όπως στήριξη των ανέργων και της αγοράς εργασίας, της μητρότητας και της οικογενείας, ελάφρυνσης του χρέους, εφαρμογή πολιτικής ελέγχου του αλκοόλ και πρόληψης των αυτοκτονικών ιδεασμών, θα έχουν σωρευτικά κοινωνικά και οικονομικά οφέλη για το σύνολο του πληθυσμού. Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπου οι κοινωνικές παροχές έμειναν αμετάβλητες κατά τη διάρκεια οικονομικών υφέσεων (Σκανδιναβικές χώρες), οι δείκτες ψυχικής υγείας, όπως το ποσοστό αυτοκτονιών, παρέμειναν σχεδόν σταθεροί.

### **1.2.1 Έναυσμα για τη διερεύνηση του θέματος**

Η πρόσφατη οικονομική κρίση, που οδήγησε πάνω από 100 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως στην ένδεια, εντείνει τον κίνδυνο στις χώρες που έχουν ζητήσει βοήθεια από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο[15]. Οι μεγάλες ομάδες του πληθυσμού που δημιουργήθηκαν στην Ελλάδα εξαιτίας της κατάστασης αυτής, όπως άνεργοι, μετανάστες και πρόσφυγες, άστεγοι, άτομα που διαβιούν κάτω από το όριο της φτώχειας, ευάλωτες στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, έχουν μικρότερη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας[16]. Οι συνέπειες που προκάλεσε η πολύπλευρη κρίση που βιώνει η χώρα, δημιουργεί ανησυχία και προβληματισμό για την οικονομική βιωσιμότητα, την επάρκεια και την προσφερόμενη ποιότητα των δικτύων παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας που δημιουργήθηκαν. Η ίδρυση του ΕΣΥ στην Ελλάδα το 1983 ουσιαστικά άνοιξε το δρόμο για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση. 13 χρόνια από την έναρξη της υλοποίησής της και με εμφανή τα πρώτα αποτελέσματα, παρά τη γενικότερη αποδοχή, εξακολουθεί να υπάρχει επιφύλαξη απέναντι στην πολιτική που ακολουθήθηκε και στον τρόπο «επικοινωνίας» του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Και ενώ η αποασυλοποίηση οδήγησε την περίθαλψη και τη φροντίδα των ψυχικά ασθενών μέσα στην κοινότητα, εξακολουθούν να υφίστανται προκαταλήψεις και διακρίσεις απέναντι στην ψυχική ασθένεια, εμπόδια στην εργασιακή τους ένταξη, στο σεβασμό των δικαιωμάτων τους και στην ισχυρή παρουσία τους στη διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση αποτέλεσε μία πρόκληση, τόσο για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που ενεπλάκησαν στη διαδικασία της αποασυλοποίησης, όσο και τις διοικήσεις των νοσοκομείων που μετασηματίστηκαν ή έκλεισαν οριστικά. Διεξήγαγαν έρευνες και κατέγραψαν αποτελέσματα και επιπτώσεις της νέας αυτής πολιτικής αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών μετά από κάθε ενέργεια, δράση ή ανάπτυξη δομών και υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα. Υπό το πρίσμα της αύξησης των περιστατικών ψυχικής ασθένειας



και της γενικότερης κατάστασης που επικρατεί σήμερα, επισημαίνεται η ανάγκη για τη στήριξη και την περαιτέρω ανάπτυξη των δικτύων επαγγελματιών υγείας και δομών πολιτικής και κοινωνικής προστασίας και φροντίδας. Η προαγωγή της ψυχικής υγείας αποτελεί τομέα μείζονος σημασίας στη διατήρηση της οικονομικής και κοινωνικής ευημερίας του πληθυσμού.

### 1.3 Σκοπός και στόχος της έρευνας

Αντικείμενο της έρευνας αυτής αποτελεί η διερεύνηση και η σύγκριση της στάσης των επαγγελματιών και των συνοδών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας απέναντι στην πολιτική υλοποίησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής που έχει επιφέρει στους χρήστες των υπηρεσιών. Ταυτόχρονα καταγράφει τη γενικότερη ικανοποίηση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας από την εργασία τους, όχι πλέον σε ένα τυπικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, αλλά σε ένα Δίκτυο Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, από την εκπαίδευση που προσλάβανε για την στήριξη της αποασυλοποίησης και την αφοσίωση τους στη νέα μορφή του Οργανισμού.

Από την επεξεργασία και την ανάλυση των ευρημάτων αναμένεται να αναδειχθούν:

1. Η στάση απέναντι στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση και ειδικότερα:
  - α. οι πιο γνωστές δράσεις του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»
  - β. τα σημαντικότερα οφέλη που αποκομίζουν οι λήπτες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέχρι σήμερα
  - γ. ο τρόπος «επικοινωνίας» του Προγράμματος
  - δ. οι σοβαρότερες απειλές για την ανάπτυξη και τη βιωσιμότητα των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης
2. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ως:
  - α. απόψεις σχετικά με την ποιότητα και το μέλλον του Δικτύου
  - β. ελπίδες –προσδοκίες για το μέλλον των ληπτών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας του Δικτύου
  - γ. αξιολόγηση του Δικτύου και των επαγγελματιών
3. Ο βαθμός ικανοποίησης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας από την εργασία τους στο περιβάλλον του Δικτύου σήμερα και συγκεκριμένα:
  - α. ο βαθμός αφοσίωσης στο Δίκτυο

- β. η ικανοποίηση από την εκπαίδευση για τη στήριξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης
- γ. οι πτυχές της εργασίας που προσδίδουν τη μικρότερη και τη μεγαλύτερη ικανοποίηση
- δ. η συνολικότερη ικανοποίηση από τη ζωή, σχετιζόμενη πάντα με το εργασιακό περιβάλλον

Οι τελευταίες συνεχιζόμενες αλλαγές στο χώρο της ψυχικής υγείας, που προκύπτουν ως επιταγές των δημοσιονομικών δεδομένων και όχι ως κοινωνικές ζυμώσεις προερχόμενες από την επιστημονική κοινότητα ή την κοινωνία γενικότερα, δημιουργούν επιφυλάξεις αλλά και ουσιαστικές επισημάνσεις που μπορεί να προσφέρουν χρήσιμα συμπεράσματα και να υποδείξουν πολιτικές σχεδιασμού και παρεμβάσεων στη μετέπειτα πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

#### 1.4 Περιεχόμενο κεφαλαίων

Η μεταπτυχιακή αυτή διατριβή ουσιαστικά χωρίζεται σε δύο μέρη: στο γενικό και στο ειδικό. Το γενικό μέρος διαρθρώνεται σε δύο κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο πραγματοποιείται μία βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με προηγούμενες έρευνες, τόσο στα υγειονομικά συστήματα του εξωτερικού, όσο και της Ελλάδας, σχετικά με τις επιπτώσεις της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στους ψυχικά ασθενείς, στις αλλαγές που επέφερε στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα, στις απόψεις των επαγγελματιών υγείας, του γενικού πληθυσμού και των ίδιων των ασθενών σχετικά με την εμπειρία της αποασυλοποίησης και τις προοπτικές αυτής, καθώς και στην κοινή γνώμη για το στίγμα και τις διακρίσεις που υφίστανται οι λήπτες των υπηρεσιών αυτών. Ακολουθεί η αποτίμηση της διοικητικής εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, αναδεικνύονται τα αδύνατα σημεία της διαδικασίας και αποσαφηνίζονται τρεις κρίσιμες έννοιες: του Κοινωνικού Συνεταιρισμού Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.) που εξασφαλίζει την οικονομική αυτονομία και επανένταξη των ψυχικά ασθενών, των Δικαιωμάτων-Συνηγορίας-Συμμετοχής των ληπτών στην διαδικασία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και του Στίγματος που υφίσταται η ψυχική ασθένεια. Οι έννοιες αυτές ουσιαστικά καθορίζουν τη μελλοντική εξέλιξη και πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αυτού του μέρους επιχειρείται η αποτύπωση της πορείας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης από το άσυλο μέχρι την κοινότητα και η παρουσίαση του θεσμικού πλαισίου της στην Ελλάδα. Μέσω της παρουσίασης της υλοποίησης του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου (ΨΝΠΟ) στη διαδικασία μετασχηματισμού του σε Δίκτυο Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, καταγράφονται τα αποτελέσματα και η σημερινή κατάσταση στο χώρο της ψυχικής υγείας. Το κεφάλαιο κλείνει με την παρουσίαση μίας σειράς ερευνών που πραγματοποιήθηκε από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας του ΨΝΠΟ αναφορικά με τα αποτελέσματα και τις επιπτώσεις της αποασυλοποίησης στους ασθενείς, στο προσωπικό του Ψυχιατρείου και στον πληθυσμό της κοινότητας.

Το ειδικό μέρος αποτελείται από τρία κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο αυτού του μέρους και τέταρτο της διατριβής, γίνεται αναλυτική αναφορά στο σχεδιασμό της έρευνας, στο εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε, στον πληθυσμό του δείγματος, στη διαδικασία συλλογής των δεδομένων, στη διάρκεια της έρευνας, στις ηθικές προεκτάσεις και στη μέθοδο ανάλυσης των ευρημάτων.

Στο πέμπτο κεφάλαιο εμφανίζονται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και τα αποτελέσματα της έρευνας όπως προκύπτουν από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων. Το τελευταίο κεφάλαιο περιλαμβάνει μία εκτενή συζήτηση σχετικά με τα αποτελέσματα της έρευνας και τη συσχέτιση αυτών με τα ευρήματα συγκεκριμένων ερευνών όπως καταγράφηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο. Εντοπίζονται οι αδυναμίες της διαδικασίας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και οι τομείς που επιδέχονται βελτίωση και διαρθρωτικές αλλαγές. Η μεταπτυχιακή διατριβή κλείνει με την παρουσίαση της πρακτικής αξίας των αποτελεσμάτων και τις εισηγήσεις για τη μελλοντική αξιοποίηση των ευρημάτων της έρευνας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ–ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ**

### **2.1 Αποτίμηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης**

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δίνει έμφαση στην πολιτική για την ψυχική υγεία και για το λόγο αυτό έχει αναπτύξει στρατηγικές με κατευθυντήριες γραμμές και τεκμηριωμένη γνώση, σε μία προσπάθεια συντονισμού των ενεργειών για τη βελτίωση των υπηρεσιών και των δεικτών ψυχικής υγείας καθώς και για τη δυνατότητα συνεχής αξιολόγησης των υλοποιημένων προγραμμάτων[17]. Τα κράτη μέλη της ΕΕ δεσμεύτηκαν για την εφαρμογή διαδικασιών που θα έχουν στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας με συνεργασία, ανταλλαγή εμπειριών και εφαρμογή οδηγιών. Η μεταρρύθμιση της ψυχικής υγείας αποτελεί μία αέναη διαδικασία για όλα σχεδόν τα υγειονομικά συστήματα των χωρών, που άλλες πιο γρήγορα και άλλες πιο αργά, κινούνται προς την επίτευξη των βασικών στόχων του ΠΟΥ: της ισότιμης πρόσβασης, της εθελούσιας προσέλευσης των χρηστών και της επαρκούς ποιότητας των υπηρεσιών. Οι στόχοι αυτοί αναθεωρούνται και επικαιροποιούνται ανάλογα με τη γεωγραφική έκταση, τον πληθυσμό, την κοινωνική και οικονομική κατάσταση της κάθε χώρας[18].

Οι επιπτώσεις της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην ποιότητα ζωής των ψυχικά ασθενών, των οικογενειών, των εργαζομένων στην ψυχική υγεία και η στάση του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική ασθένεια, αποτέλεσαν αντικείμενο έρευνας και απασχόλησαν από πολύ νωρίς την ακαδημαϊκή κοινότητα. Τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες που καταγράφουν αφενός τα οφέλη της αποασυλοποίησης και της κοινωνικής φροντίδας, αφετέρου τις ελλείψεις στην οργάνωση, στη χρηματοδότηση, στην ανάπτυξη μηχανισμών αποτελεσματικού ελέγχου, στην εφαρμογή Management στις δημόσιες μονάδες υγείας και στη χάραξη εθνικών και περιφερειακών προγραμμάτων ψυχικής υγείας.

#### **2.1.1 Στα υγειονομικά συστήματα του Εξωτερικού**

Στην Ευρώπη η ψυχιατρική μεταρρύθμιση ξεκίνησε στην Ιταλία, όταν το 1978 ο Franco Basaglia εφάρμοσε με επιτυχία στο ψυχιατρείο της Τεργέστης μεθόδους εκσυγχρονισμού και οδήγησε έτσι την κυβέρνηση να ψηφίσει το γνωστό νόμο 180 για την ψυχική υγεία, επικεντρώνοντας αρχικά στο σταδιακό κλείσιμο των ψυχιατρείων και ακολούθως στην ανάπτυξη ψυχιατρικών κλινικών στα γενικά νοσοκομεία[19]. Μέχρι το 1990 ολοκληρώθηκε ένα δίκτυο δημόσιων και ιδιωτικών κοινοτικών υπηρεσιών που σημειώνουν υψηλό ποσοστό κάλυψης του

συνολικού πληθυσμού[20]. Μία έρευνα των Barbato και συνεργατών αξιολόγησε ένα δείγμα 137 ασθενών, με μέσο όρο παραμονής στο Antonini Mental Hospital του Μιλάνου τα 28 έτη. Η πρώτη αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε 3 χρόνια πριν το κλείσιμο του Νοσοκομείου και η επαναξιολόγηση 4 χρόνια μετά τα εξιτήρια των ασθενών και τη μετάβασή τους σε κοινοτικές δομές. Η κατάταξη των κλινικών διαγνώσεων έγινε με βάση την κλίμακα ICD-10, ενώ για την εκτίμηση των συμπτωμάτων χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) και για την κοινωνική συμπεριφορά το Disability Assessment Schedule (DAS). Τα αποτελέσματα όπως καταγράφηκαν έδειξαν ότι το 79% των ασθενών παρέμεινε στην ίδια δομή από την ημέρα της εγκατάστασής τους και μόνο το 21% μετακινήθηκε από μία δομή σε κάποια άλλη. Όσον αφορά τη σοβαρότητα των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, η κατηγορία της ήπιας έντασης συμπτωμάτων μειώθηκε από 20% σε 18%, της μέτριας έντασης αυξήθηκε από 58% σε 69% και της σοβαρής έντασης μειώθηκε από 22% σε 13%. Για την κοινωνική συμπεριφορά σημειώνεται αύξηση στην κατηγορία της ήπιας έντασης κοινωνικής δυσλειτουργίας από 35% σε 50%, και μείωση για την μέτρια και σοβαρή ένταση από 45% σε 32% και από 20% σε 18% αντίστοιχα. Ανάλογα αποτελέσματα καταγράφηκαν και στην κατηγορία του κοινωνικού ρόλου[12].

Στη Μ. Βρετανία οι υπηρεσίες ψυχικής περίθαλψης και φροντίδας ακολούθησαν την πορεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS). Μέχρι τη δεκαετία του '50 επικρατούσαν τα μεγάλα, απομακρυσμένα από την κοινωνία άσυλα. Τη δεκαετία αυτή επανατοποθετείται το πλαίσιο της ψυχικής υγείας και ψηφίζεται το 1959 ο νόμος για την ψυχική υγεία (Mental Health Act), ο οποίος την τοποθέτησε σε απόλυτη ισοδυναμία με τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας[22]. Μέχρι το 1975 λειτουργούν τα άσυλα παράλληλα με τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το 1986 κλείνει το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο και ακολουθούν όλα τα υπόλοιπα μέχρι το 1990. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας βασίζονται στην τομεοποίηση, παρέχονται από την πρωτοβάθμια φροντίδα και τις εξειδικευμένες κοινοτικές δομές που δραστηριοποιούνται μέσω των Mental Health Trusts[22,23]. Η ποιότητα ζωής σε αυτές τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας αξιολογήθηκε από τους Leff and Trieman σε ένα τελικό δείγμα 523 ασθενών που μετέβησαν από δύο ψυχιατρεία (Claybury and Friern Hospitals) σε δομές μέσα στην κοινότητα. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν τα 54 έτη και η μέση διάρκεια παραμονής στα ψυχιατρεία τα 28 και 21 έτη αντίστοιχα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τρεις

διαφορετικές χρονικές στιγμές. Η πρώτη έγινε το χρόνο της μετάβασης, η επόμενη έγινε μετά από ένα χρόνο διαβίωσης στην κοινότητα και η τρίτη μετά από πέντε χρόνια. Αξιολογήθηκε η κλινική κατάσταση των ασθενών με το εργαλείο Present State Examination (PSE), η κοινωνική συμπεριφορά με το Social Behavior Schedule (SBS) και η ποιότητα των κοινοτικών υπηρεσιών με το Social Network Schedule (SNS). Η έρευνα, μεταξύ άλλων, κατέγραψε σημαντική βελτίωση στις δεξιότητες που απαιτεί η διαβίωση μέσα στην κοινότητα, καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τα ψυχιατρεία (πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες όπως ταχυδρομείο, σε χώρους διασκέδασης όπως σινεμά ή καφέ και δημιουργία διαπροσωπικών επαφών που διατηρήθηκαν στο χρόνο) και κυρίως την προτίμησή των ψυχικά ασθενών να ζουν σε κοινοτικές δομές. Όσον αφορά τις ικανότητες των ατομικών δεξιοτήτων, σημειώθηκε μία μείωση μετά το πρώτο έτος, που οι ερευνητές την αποδίδουν στην κούραση των εργαζομένων και τη γήρανση του δείγματος[24].

Την προτίμηση των ασθενών για τη ζωή στην κοινότητα κατέγραψε μία ακόμη συγκριτική μελέτη που έλαβε χώρα στη Μ. Βρετανία από τον Οκτώβριο του 1990 ως τον Σεπτέμβριο του 1996. Συμμετείχαν 73 ασθενείς που πήραν εξιτήριο από το Cane Hill Hospital το οποίο βρίσκονταν στη διαδικασία κλεισίματος και 131 ασθενείς που παρέμειναν στα Friern και Claybury Hospitals του Βόρειου Λονδίνου. Στηρίχθηκε σε συνεντεύξεις τόσο των ασθενών όσο και του προσωπικού που παρείχε πολύτιμες πληροφορίες για τη συμπεριφορά των ασθενών και τα αναπτυγμένα κοινοτικά δίκτυα. Και οι δύο ομάδες παρουσίαζαν παρόμοια κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά (μέση διάρκεια παραμονής στα ψυχιατρεία 30 χρόνια και κύρια διάγνωση τη σχιζοφρένεια). Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σ' ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης πριν τη μετακίνησή τους και παρά την έντονη αλλαγή από το νοσοκομειακό περιβάλλον σ' ένα πιο οικογενειακό, δεν παρατηρήθηκαν περίεργες ιδέες και συμπεριφορές. Επιπλέον, παρά τη μικρή διαφορά, παρατηρήθηκε αύξηση της κοινωνικής δικτύωσης των ασθενών που μετακινήθηκαν στην κοινότητα, ενώ τα κλινικά συμπτώματα παρέμειναν τα ίδια. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 85% των ασθενών προτιμούν τη διαβίωση στους νέους χώρους κατοικίας, που τους προσφέρει ένα πιο οικείο περιβάλλον, μεγαλύτερη δυνατότητα επιλογής στις καθημερινές δραστηριότητες, μεγαλύτερη αυτονομία, εμφανίζονται πιο αισιόδοξοι από τις οικογένειές τους και το προσωπικό, σχετικά με τη μελλοντική τους αυτονομία αλλά και απέναντι στα σχέδια για τη μεταφορά και των υπολοίπων ασθενών στην κοινότητα[25].

Η επιτυχία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης εξαρτάται από τη στάση και τις απόψεις των εμπλεκομένων σε αυτή τη διαδικασία. Μία συγκριτική έρευνα παρουσιάζεται στο άρθρο των Pescosolido και συνεργατών στο οποίο περιγράφεται και συγκρίνεται η συμπεριφορά των ασθενών, των οικογενειών τους, των εργαζομένων και του κοινού απέναντι στο κλείσιμο ενός νοσοκομείου στις ΗΠΑ ( Central State Hospital) για τα έτη 1992 και 1995. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση προήλθε μέσα από ένα σύστημα εντολών και όχι κοινωνικών ζυμώσεων όπως στην Ευρώπη[26]. Οι αρχικοί στόχοι των δράσεων κινούνταν προς την κατεύθυνση της έγκαιρης πρόληψης και παρέμβασης προκειμένου να προαχθεί η ψυχική υγεία. Περαιτέρω στόχο αποτέλεσε η βελτίωση των συνθηκών των ψυχιατρικών νοσοκομείων και η μεταφορά της φροντίδας στην κοινότητα. Η χρηματοδότηση όλων αυτών των προγραμμάτων πέρασε από σοβαρές διακυμάνσεις και μόνο το 1990 επιτεύχθηκε ο στόχος του κλεισίματος του 50% των ιδρυμάτων[27]. Το τελικό δείγμα της έρευνας συμπεριλάμβανε 88 ασθενείς που αξιολογήθηκαν σε προσωπική συνάντηση με τους ερευνητές, σε δύο χρονικές φάσεις, η πρώτη πριν το κλείσιμο του νοσοκομείου και η δεύτερη δώδεκα μήνες μετά, 139 άτομα της στενής οικογένειας ή των φροντιστών ένα χρόνο μετά το κλείσιμο, 125 εργαζόμενους οι οποίοι ερωτήθηκαν σε δύο χρονικές στιγμές (2 μήνες πριν το κλείσιμο και οχτώ μετά), 108 άτομα του γενικού πληθυσμού πριν το κλείσιμο και 140 άτομα ένα χρόνο μετά το κλείσιμο. Η διάρκεια των συνεντεύξεων κυμάνθηκε από 20 λεπτά στο κοινό ως 1 ώρα για τους εργαζόμενους. Η καταγραφή των αποτελεσμάτων δείχνει μία διαφορετική στάση των ομάδων απέναντι στο κλείσιμο του νοσοκομείου, στη χρηματοδότηση των προγραμμάτων ψυχικής υγείας και τις προοπτικές των ασθενών. Το 65,4% των ασθενών είναι υπέρ του κλεισίματος, ακολουθεί το 39,8% της ομάδας των οικογενειών, ενώ μόλις το 27,8% των εργαζομένων συμφωνεί με την απόφαση αυτή. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων είναι υπέρ της αναβάθμισης των εγκαταστάσεων και της διατήρησης της λειτουργίας του νοσοκομείου πριν το οριστικό κλείσιμο (ποσοστό 50,6% των ασθενών, 79,6% των μελών των οικογενειών, 83,3% των εργαζομένων, και 95,3% του κοινού). Στην ομάδα των ασθενών διαγράφεται μία σημαντική μεταβολή (έναν στους δύο) μετά τη διαμονή τους στην κοινότητα, όσον αφορά στις μελλοντικές τους προοπτικές, την ποιότητα ζωής και το κλείσιμο του νοσοκομείου. Σε αντίθεση με τους ασθενείς, τα ποσοστά των εργαζομένων που παρουσιάζουν μεταβολή δεν είναι τόσο μεγάλα. Το 21,5% από 11,4% έχει πιο θετική στάση

απέναντι στο κλείσιμο του νοσοκομείου, εξακολουθεί βέβαια να ανησυχεί για το μέλλον των ψυχικά ασθενών και την έλλειψη στέγης, ενώ πιστεύει ότι δεν υπήρξε σημαντική αλλαγή στην παροχή ιατρικής φροντίδας πριν και μετά το κλείσιμο. Η στάση του κοινού βελτιώθηκε αναφορικά με τη διατήρηση της λειτουργίας του νοσοκομείου (από το 95,3% μειώθηκε στο 78,4%), αλλά εξακολουθεί να υπάρχει γενικότερη επιφυλακτικότητα[19].

Μία ακόμη μελέτη πραγματοποιήθηκε τον Ιούνιο του 1994 και είχε ως αναφορά το Central State Hospital των Η.Π.Α. σχετικά με τη στάση των οικογενειών –φροντιστών απέναντι στην αποασυλοποίηση. Οι επιπτώσεις της αποασυλοποίησης στο στενό οικογενειακό περιβάλλον των ψυχικά ασθενών απασχόλησε από πολύ νωρίς τους σχεδιαστές των προγραμμάτων ψυχικής υγείας. Οι ευθύνες της οικογένειας διαφοροποιούνται και μπορεί να είναι από ψυχολογικές όπως άγχος, ανησυχία και στρες μέχρι αντιμετώπιση προβληματικής συμπεριφοράς ή οικονομική επιβάρυνση. Την επιφυλακτικότητα αυτή, σχετικά με τη μετατόπιση της φροντίδας αυτών των ανθρώπων στις οικογένειες, προσπάθησε να διαχειριστεί η ερευνητική ομάδα του Νοσοκομείου σχεδιάζοντας μία μελέτη προκειμένου να καταγραφούν τέσσερα ερευνητικά ερωτήματα: η γενικότερη στάση απέναντι στην απόφαση για το κλείσιμο του νοσοκομείου, ο βαθμός που θα επηρεαστεί το ύψος και η φύση των ευθυνών που φέρουν οι οικογένειες, οι αλλαγές που θα επέλθουν στην ποιότητα των σχέσεων τους με τους ασθενείς και τα πρότυπα που ακολουθούν οι σχέσεις των οικογενειών με το σύστημα υγείας πριν και μετά το κλείσιμο. Εννέα μήνες πριν το κλείσιμο του νοσοκομείου ζητήθηκε από τους ασθενείς σε προσωπικές συνεντεύξεις να υποδείξουν τον πιο στενό συγγενή τους, ή φίλο, ακόμη και επαγγελματία υγείας που θα μπορούσε να συμμετέχει στην έρευνα. Παρόλο που υποδείχτηκαν και επαγγελματίες υγείας, το τελικό δείγμα περιλάμβανε 92 άτομα φροντιστών που έδωσαν πληροφορίες μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων, διάρκειας 1,5 έως 2 ωρών, και απάντησαν σε ανοικτές ποιοτικές και κλειστές τυποποιημένες ερωτήσεις. Ως προς το κλείσιμο του νοσοκομείου η συντριπτική πλειοψηφία (80,4%) προτιμούσε να γίνουν προσπάθειες ώστε να παραμείνει ανοιχτό το νοσοκομείο, ενώ πίστευε ότι η φροντίδα (53,3%) και η ποιότητα ζωής θα είναι καλύτερη στην κοινότητα (52,2%). Όσον αφορά στην επιβάρυνση που έχουν οι οικογένειες εκείνη την περίοδο, καταγράφηκαν μικρά ποσοστά, δεδομένου ότι οι περισσότεροι ασθενείς είχαν μέσο όρο παραμονής στο νοσοκομείο 8 χρόνια. Σημαντικό είναι ότι οι γυναίκες, τα αδέρφια και τα παιδιά σημείωσαν υψηλότερα



επίπεδα υποκειμενικής επιβάρυνσης από ότι οι άνδρες ή τα άλλα μέλη των φροντιστών. Η μεγαλύτερη αλλαγή σημειώθηκε στον τρόπο και τη συχνότητα επικοινωνίας των οικογενειών με τους ασθενείς τους. Έτσι, ενώ πριν το κλείσιμο του νοσοκομείου ποσοστό 57,6% ανέφερε προσωπική επαφή με τον ασθενή του, μετά το κλείσιμο το ποσοστό μειώθηκε στο 45,6% για όσους ασθενείς μετακινήθηκαν στην κοινότητα και 30% για αυτούς που πήγαν σε άλλα νοσοκομεία. Σε αντίθεση, η συχνότητα της τηλεφωνικής επικοινωνίας αυξήθηκε ανεξαρτήτου του τόπου μετακίνησης του ασθενή και του χρόνου ταξιδιού μέχρι εκεί. Από 17,4% πριν το κλείσιμο, αυξήθηκε στο 28,5% για αυτούς που μετακινήθηκαν στην κοινότητα και στο 50% για αυτούς που πήγαν σε νοσοκομεία. Ανάλογη πορεία ακολούθησε και η συχνότητα επαφής της οικογένειας με τους επαγγελματίες υγείας με το 55,4% (από 39,1%) να αναφέρει ότι δεν είχε καμία επαφή με το σύστημα κατά το προηγούμενο έτος[29]. Η έρευνα κατέδειξε ότι η διαδικασία της αποασυλοποίησης επηρέασε το οικογενειακό περιβάλλον που εξέφρασε ανησυχίες για μελλοντικές, αρνητικές επιπτώσεις του εγχειρήματος.

### **2.1.2 Στο υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας**

Στην Ελλάδα, οι πρώτες έρευνες που έλαβαν χώρα, πραγματοποιήθηκαν στους Δήμους Βύρωνα και Καισαριανής, αναφορικά με τους δείκτες αποτελεσματικότητας των δράσεων του Κέντρου Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής (ΚΚΨΥ) των συγκεκριμένων Δήμων. Πραγματοποιήθηκε μια αναδρομική καταγραφή των έκτακτων και «εισαγγελικών» περιστατικών στο Αιγινήτειο νοσοκομείο που κάλυπτε όλο το λεκανοπέδιο της Αττικής σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Ως περιοχή σύγκρισης επιλέχθηκε ο γειτονικός Δήμος Ζωγράφου, με παρόμοια κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, σε ίση σχεδόν απόσταση από το Αιγινήτειο Νοσοκομείο και επιπλέον χωρίς καμία διαθέσιμη υπηρεσία ψυχικής υγείας. Η έρευνα κάλυψε τη χρονική περίοδο από το 1978 ως το 1986 και κατέγραψε για τις χρονιές '78 έως '81 περισσότερα περιστατικά από τους Δήμους περιοχής ευθύνης του ΚΚΨΥ, ενώ για τις χρονιές '82 ως '86 εμφανίζει μικρότερη συχνότητα των περιστατικών των συγκεκριμένων Δήμων. Η μειωτική τάση αφορούσε όλους τους τύπους των ψυχιατρικών περιστατικών (εισαγγελικές παραπομπές και εκούσια προσέλευση). Καταγράφηκε μείωση της εισαγωγής σε ενδονοσοκομειακές μονάδες, των κατοίκων της περιοχής ευθύνης, κατά 50,1% μεταξύ 1979 (έτος λειτουργίας του ΚΚΨΥ) και 1995, ενώ για την υπόλοιπη Αθήνα αυξήθηκε κατά 88,5% για το ίδιο διάστημα. Παράλληλα, σημειώνεται εντυπωσιακή

μείωση των ακούσιων νοσηλείων που έφτασε το 93,5% κατά το διάστημα 1979-1995 και της μέσης διάρκειας νοσηλείας για το ίδιο διάστημα κατά 71,8% στον πληθυσμό ευθύνης. Στην ίδια έρευνα μελετήθηκε η στάση ενός δείγματος του πληθυσμού, που αποτελούνταν από 1574 ενήλικα άτομα, απέναντι στην ψυχική αρρώστια για τα έτη 1979/1980, από τα οποία επανεξετάστηκαν 380 άτομα το 1994. Μέσω της κλίμακας OMI (Opinion about Mental Illness) διαπιστώθηκε ότι υπήρξε σημαντική διαφοροποίηση ως προς τη στάση του πληθυσμού, στην έρευνα του 1994, απέναντι στον ψυχικά ασθενή. Σημειώθηκε μεγαλύτερη ανεκτικότητα, λιγότερη αυταρχικότητα και αυξημένη τάση για αποδοχή και ενσωμάτωση του ψυχικά ασθενή. Τα αποτελέσματα διαφοροποιούνται ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση και το επάγγελμα των ατόμων του δείγματος της έρευνας[30].

Μία διαφορετική και εξίσου ενδιαφέρουσα έρευνα πραγματοποίησε το 2003, το τμήμα Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, σε συνεργασία με το αντίστοιχο τμήμα του πανεπιστημίου Trust for Health Improvement through Cognitive Strategies (ETHICS) του Λονδίνου και την υποστήριξη της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας. Αντικείμενο της έρευνας ήταν το θέμα της εκπαίδευσης στην προαγωγή της ψυχικής υγείας και της αντιληπτής ποιότητας ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων. Σκοπός ήταν να εκτιμηθεί η επίδραση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος, διάρκειας τριών εξαμήνων, σε μία ομάδα εργαζόμενων απέναντι στην ψυχική ασθένεια και στην αυτοαξιολόγηση της ψυχικής τους κατάστασης. Το δείγμα των εργαζομένων επιλέχθηκαν από τα βασικά στελέχη του προγράμματος, μέσω μίας συνοπτικής συνέντευξης. Από τους 121 υποψήφιους, ολοκλήρωσαν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα 106 άτομα (23 ιατροί, 19 επαγγελματίες ψυχικής υγείας διαφόρων μη ιατρικών ειδικοτήτων, 18 στρατιωτικοί και αστυνομικοί, 13 εκπαιδευτικοί, 12 δικαστικοί και δικηγόροι, 10 κοινωνιολόγοι, 5 κληρικοί, 3 διοικητικοί υπάλληλοι, 2 δημοσιογράφοι και 1 διπλωμάτης). Οι εκπαιδευτές επικεντρώθηκαν, αφενός στις στρατηγικές της προαγωγής της ψυχικής υγείας, στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, στον εθισμό ουσιών και αλκοόλ, στην κακοποίηση, στο στίγμα, στην άνοια και στις επιπτώσεις της στους φροντιστές, αφετέρου, μέσω βιωματικών εργαστηρίων, στην ενίσχυση της αυτό-αποτελεσματικότητας, της επικοινωνίας και της αυτοαξιολόγησης της προσωπικής ταυτότητας. Χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση της κλίμακας OMI (Opinion about Mental Illness) για τη γνώμη απέναντι στην ψυχική ασθένεια (51 ερωτήσεις

τύπου Likert) και το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire (GHQ-28) of Goldberg) 28 ερωτήσεων σχετικά με σωματικά συμπτώματα, άγχος/αγωνία, κοινωνική δυσλειτουργία και κατάθλιψη. Η έρευνα έδειξε ότι μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα η ψυχική ασθένεια έγινε σημαντικά πιο ανεκτική, μειώθηκαν το στίγμα, οι διακρίσεις και οι κοινωνικοί περιορισμοί, ενισχύθηκε η άποψη της κοινωνικής επανένταξης των ψυχικά ασθενών και ο ισότιμος ρόλος τους στην κοινωνία. Από την άλλη πλευρά βελτιώθηκε σημαντικά το επίπεδο της αναφερθείσας υγείας σχετικά με το άγχος/αϋπνία και των κοινωνικών δυσλειτουργιών[31].

Η διαδικασία του ελέγχου και της αξιολόγησης των προσφερόμενων υπηρεσιών στον τομέα της υγείας δεν είναι ιδιαίτερα προσφιλής στη χώρα μας. Τα τελευταία χρόνια αλλάζει με αργό ρυθμό αυτή η νοοτροπία, μέσα από προγράμματα εκπαίδευσης και βελτίωσης του επιπέδου γνώσεων του προσωπικού που εργάζεται στο χώρο της υγείας γενικότερα. Αξιοσημείωτη είναι η έλλειψη ενός συστήματος για την καταγραφή των βασικών δεδομένων της πορείας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και συγχρόνως της διασφάλισης της ποιότητας[32]. Συνέπεια του γεγονότος αυτού είναι η έλλειψη πληροφοριών σχετικά με την εξέλιξη των μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, (αριθμός εισαγωγών, συχνότητα εισαγωγών ανά κατηγορία διαταραχής, ποσοστό ακούσιων νοσηλειών, τόπος και είδος χρήσης των υπηρεσιών), η μη έγκαιρη επικαιροποίηση του χάρτη ψυχικής υγείας, η μη καταγραφή δεικτών ψυχικής υγείας που χρησιμοποιούνται από τους διεθνείς οργανισμούς ΠΟΥ, ΕΕ, και ΟΟΣΑ σε κοινή βάση δεδομένων, καθώς και η μη ορθή παρακολούθηση των επιδημιολογικών στοιχείων κάθε περιοχής[10]. Μία πολύ σημαντική έρευνα στο χώρο της ψυχικής υγείας υλοποιήθηκε από την Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ). Αξιολογήθηκαν 73 ασθενείς που προέρχονταν από τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία «Δαφνί», «Δρομοκαΐτειο» και «Πέτρας Ολύμπου», μία εβδομάδα πριν τη μετακίνησή τους και ένα χρόνο μετά την εγκατάστασή τους στην κοινότητα. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 65 έτη και η κύρια ψυχιατρική διάγνωση η νοητική καθυστέρηση. Η ίδια κλίμακα αξιολόγησης της αποκατάστασης και της κοινωνικής λειτουργίας του ασθενή, η κλίμακα των Baker and Hall (Scale of Rehabilitation Evaluation of Baker and Hall 1984) που περιλαμβάνει δύο επιμέρους υποκλίμακες: την κλίμακα αποκλίνουσας συμπεριφοράς (Deviant Behavior Subscale) και την κλίμακα γενικής συμπεριφοράς (General Behavior subscale), χρησιμοποιήθηκε και

στις δύο χρονικές περιόδους. Καταγράφηκε σημαντική βελτίωση στη γενική συμπεριφορά, στο σύνολο των δραστηριοτήτων λόγου και ομιλίας και στις κοινωνικές λειτουργίες. Σύμφωνα με τους ερευνητές, ο σκοπός αυτής της μελέτης, πέρα από την αξιολόγηση των επιπτώσεων της μεταφοράς των ασθενών από τα ψυχιατρεία σε δομές της κοινότητας, ήταν να ευαισθητοποιήσει τους επαγγελματίες υγείας στη φιλοσοφία της αξιολόγησης ως απαραίτητο εργαλείο για τη λήψη διορθωτικών μέτρων[33].

Τη δεκαετία 2001-2010 στα πλαίσια του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» δίνεται βαρύτητα στη βελτίωση των υποδομών (κτιριακή υποδομή και εξοπλισμός) των μεγάλων δημόσιων ψυχιατρείων και παράλληλα στην αποασυλοποίηση με τη δημιουργία δομών στην κοινότητα (ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευμένα διαμερίσματα). Η περίοδος αυτή αποτέλεσε το έναυσμα για τη συγγραφή διαφόρων ερευνητικών εργασιών στα πλαίσια μεταπτυχιακών προγραμμάτων που έχουν ως αντικείμενο τη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας. Μία από αυτές επιχειρεί την αποτίμηση της μεταρρύθμισης μετά την ολοκλήρωση της Β' Φάσης «Ψυχαργώς» το 2006. Βασίστηκε σε συνεντεύξεις δέκα (10) διακεκριμένων επαγγελματιών ψυχικής υγείας που συμμετείχαν ενεργά στην εφαρμογή της μετάβασης από το ιατροκεντρικό στο ψυχοκοινωνικό μοντέλο ψυχικής υγείας. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν από το Σεπτέμβριο μέχρι τον Οκτώβριο του 2006 στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη και την Κέρκυρα. Το ερωτηματολόγιο συμπεριλάμβανε 12 ερωτήσεις κλειστού τύπου προκειμένου να γίνει η σύγκριση των απόψεων. Η αναγκαιότητα της εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας τονίστηκε από όλους τους ερωτώμενους αναφέροντας ότι αποτελεί μονόδρομο για τη σύγχρονη ψυχιατρική που οδηγεί σε ένα οικονομικά βιώσιμο σύστημα ψυχικής υγείας και δέσμευση απέναντι στην ΕΕ. Η ύπαρξη μικρών, σύγχρονων ψυχιατρείων μέσα σε ένα κοινοτικό δίκτυο διχάζει τις απόψεις που καταγράφονται. Ορισμένοι υποστηρίζουν την αναγκαιότητα ύπαρξης αυτών των ψυχιατρείων για μία μικρή μερίδα των ασθενών που δεν μπορούν να ενταχθούν σε ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων. Αντίθετη άποψη αναφέρει την αδυναμία ύπαρξης τέτοιων νοσοκομείων λόγω νοοτροπίας και κουλτούρας εργαζομένων. Κοινή διαπίστωση από όλους τους ερωτηθέντες αποτελεί η εξασθένηση του κοινού οράματος της μεταρρύθμισης από την ψυχιατρική κοινότητα με κυριότερες αιτίες την ανομοιογένεια των επιστημονικών προσεγγίσεων στην ψυχιατρική, τις διαφορετικές ιδεολογικές απόψεις, τον εφησυχασμό λόγω υλοποίησης ενός τμήματος της

μεταρρύθμισης και την απουσία μεταρρυθμιστικής κουλτούρας των επαγγελματιών. Σύμπνοια απόψεων σημειώνεται στην αναγκαιότητα ύπαρξης εκπαιδευτικών προγραμμάτων του συνόλου των επαγγελματιών στην ψυχική υγεία και στην αλλαγή της στάσης του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Στα εμπόδια της πορείας της μεταρρύθμισης αναφέρονται η έλλειψη κεντρικού, πολιτικού σχεδιασμού, η αντίσταση των εργαζομένων στις επιχειρούμενες αλλαγές θεωρώντας ότι απειλούνται εργασιακά κεκτημένα και η ύπαρξη κοινωνικού στίγματος και προκαταλήψεων. Στις αντικειμενικές δυσκολίες καταγράφονται από όλους η καθυστέρηση της ανάπτυξης δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (ΚΨΥ) που θα εξασφάλιζε την καθολική κάλυψη του πληθυσμού, η δυσκολία της επαγγελματικής επανένταξης των ψυχικά ασθενών, η ελλιπής τομεοποίηση, η μη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και η μη καθιέρωση του κινήματος της συνηγορίας, οι ανεπαρκείς ενέργειες για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και η μικρή εφαρμογή συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας στις δομές ψυχικής υγείας[34].

Μία ακόμη έρευνα στα πλαίσια μεταπτυχιακής εργασίας, αποτυπώνει τη στάση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των οικογενειών τους (stakeholders) απέναντι στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση και προσδιορίζει το βαθμό ικανοποίησης από τα μέχρι τώρα επιτεύγματα της. Επιπλέον, η στάση αυτή συγκρίνεται με τις απόψεις τεσσάρων ατόμων, «experts» όπως αποκαλούνται στην έρευνα, που συνέβαλλαν καθοριστικά στη διαμόρφωση του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Η έρευνα διεξήχθη βάσει δύο ερωτηματολογίων με παρόμοιες ερωτήσεις κλειστού τύπου. Στα οφέλη που αποκόμισαν οι λήπτες των υπηρεσιών υγείας από την ψυχιατρική μεταρρύθμιση την πρώτη θέση καταλαμβάνει η κοινωνική επανένταξη και η επαγγελματική αποκατάσταση μέσω Κοι.Σ.Π.Ε. και ακολουθεί η χρήση των κοινοτικών δομών, σε αντίθεση με τους «experts» που τοποθετούν τη δημιουργία δομών σε πρώτη θέση και ακολουθούν ο περιορισμός του στίγματος, η οργάνωση για αυτοεκπροσώπηση και η αποασυλοποίηση. Οι πιο γνωστές δράσεις του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» τόσο για τους λήπτες, όσο και για τους «experts» καταγράφουν με σειρά προτεραιότητας τα Κέντρα Ημέρας, οι Ξενώνες, τα Οικοτροφεία και τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Αντίθετα οι λιγότερο γνωστές δράσεις για τους λήπτες είναι οι Φιλοξενούσες Οικογένειες, η Φροντίδα στο σπίτι και η τομεοποίηση, ενώ οι «experts» πιστεύουν ότι οι λιγότερο γνωστές δράσεις του προγράμματος είναι ο θεσμός της συνηγορίας, η τομεοποίηση και οι φιλοξενούσες

οικογένειες. Επιπλέον οι καμπάνιες κατά του στίγματος συγκεντρώνουν από τους λήπτες το υψηλότερο ποσοστό υποστήριξης ως δράση του προγράμματος (90,3%), ενώ οι απόψεις των «experts» όσον αφορά την «επικοινωνία» του προγράμματος «Ψυχαργώς» δίσταται με τους μισούς να υποστηρίζουν ότι ήταν η ενδεδειγμένη και τους υπόλοιπους να το χαρακτηρίζουν ως ένα εσωστρεφές πρόγραμμα. Σχετικά με τους φορείς/ομάδες/άτομα που επηρεάζουν τη στάση των ληπτών απέναντι στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση την πρώτη θέση καταλαμβάνουν οι επαγγελματίες υγείας, και ακολουθούν η οικογένεια, ο προσωπικός γιατρός και ο κοινωνικός περίγυρος. Επίσης, το 66% του δείγματος υποστηρίζει απόλυτα την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, 25% την υποστηρίζει, 3% είναι ουδέτερο και 3% αντιτίθεται σε ορισμένες μόνο δράσεις και όχι στο σύνολο του προγράμματος. Επιπροσθέτως, ο μέσος όρος ικανοποίησης του δείγματος είναι 6,9%, ενώ διαφαίνεται μία τάση αισιοδοξίας από τους λήπτες για τα αποτελέσματα του προγράμματος με την ολοκλήρωσή του το 2015, σε αντίθεση με τους «experts» που εμφανίζονται λιγότερο αισιόδοξοι[35].

Τέλος, μία πρόσφατη κριτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από τους Αλεξάνδρου και Καρανικόλα το 2012, παρά τους περιορισμούς των επτά (7) μελετών που παρουσιάζονται, ενισχύει την άποψη ότι οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποτελούν τον πυρήνα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα[36]. Τα εργαλεία μέτρησης σε όλες τις μελέτες που αναφέρονται ήταν παρόμοια, το δείγμα αποτελούνταν από άτομα με παγιωμένη ψυχική νόσο, μακρά παραμονή σε ψυχιατρεία με αποτέλεσμα να εμφανίζουν συμπτώματα ιδρυματοποίησης και να παρουσιάζουν τα κοινά χαρακτηριστικά αυτής της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας. Επιπρόσθετα καταγράφεται χαμηλό ποσοστό επανεισαγωγής στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, βελτίωση στην κοινωνική λειτουργικότητα και σαφής προτίμηση να παραμείνουν στις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Παρατηρείται σχεδόν σταθερή η παρουσία ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, μικρή βελτίωση της κλινικής κατάστασης και μικρή μείωση της ημερήσιας δόσης των φαρμάκων. Το σημαντικότερο της έρευνας αυτής είναι η πεποίθηση που διαγράφεται ότι ακόμη και για τα άτομα που πολύ δύσκολα μπορούν να απομακρυνθούν από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, υπάρχουν δυνατότητες να παρουσιάσουν βελτίωση σε όλες τις πτυχές της καθημερινής τους λειτουργίας και συμπτωματολογίας[36].

## 2.2 Αξιολόγηση της διοικητικής εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα έκλεισε ο πρώτος κύκλος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης το 2009 που αποτέλεσε χρονιά ορόσημο για την έναρξη τόσο της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων, όσο και της αναθεώρησης των στόχων στη χάραξη της περαιτέρω πορείας της πολιτικής για την ψυχική υγεία. Η μεταρρύθμιση στη χώρα μας κινήθηκε μεταξύ αποασυλοποίησης, με το κλείσιμο 5 ψυχιατρικών νοσοκομείων (υπάρχει προγραμματισμός για το κλείσιμο των υπολοίπων μέχρι το 2015) και της ανάπτυξης Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης με την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας ευρέως φάσματος στην κοινότητα. Η αξιολόγηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» για τη χρονική περίοδο 2000-2009 ανατέθηκε από το ΥΥΚΑ σε μία ομάδα ελλήνων και ξένων αξιολογητών και ολοκληρώθηκε το Μάρτιο του 2011. Βασίστηκε σε πρωτογενείς πηγές, συνεντεύξεις, επιτόπιες επισκέψεις, ερωτηματολόγια, ομαδικές συζητήσεις και δευτερογενείς πηγές όπως ανασκόπηση βιβλιογραφίας, εκθέσεις και επίσημα έγγραφα (μέχρι τις 30 Σεπτεμβρίου του 2010)[37]. Σίγουρα η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έβαλε τον τρόπο αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών σε άλλη τροχιά και τρόπο σκέψης. Τα επιτεύγματα, όπως θα παρουσιαστούν παρακάτω μέσα από την πορεία του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου, είναι αδιαμφισβήτητα, ωστόσο κατά τον απολογισμό σημειώθηκαν ορισμένες σοβαρές αδυναμίες που αφορούν κυρίως στην οργάνωση και διοίκηση του συστήματος, στην ανάπτυξη ολοκληρωμένου δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στο ρόλο και τη συμμετοχή των ληπτών και του ανθρώπινου δυναμικού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Η περιφερειακή οργάνωση του συστήματος υγείας αποτέλεσε κεντρική πολιτική του ΕΣΥ και υλοποιήθηκε μέσα από τη λειτουργία των Υγειονομικών Περιφερειών (Υ.ΠΕ.). Το διάστημα από το 2010 μέχρι σήμερα, αποτελεί μία μεταβατική περίοδος όπου οι αρμοδιότητες των 7, από τις 17 που ήταν αρχικά, Υ.ΠΕ., θα μεταφερθούν σταδιακά στους Οργανισμούς Α' και Β' Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Δήμους και Περιφέρειες) όπως προβλέπει ο Ν. 3852/2010 «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης-Πρόγραμμα Καλλικράτης», με σκοπό την ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας βάσει ακριβής αποτύπωσης των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού. Σήμερα οι Υγειονομικές Περιφέρειες λειτουργούν χωρίς διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, ο ρόλος τους περιορίζεται στην άσκηση εποπτείας και συμβουλευτικής, με αποτέλεσμα η

επιχειρούμενη αποκέντρωση να υποβαθμιστεί και το σύστημα να παραμένει εξαιρετικά συγκεντρωτικό και γραφειοκρατικό[38,39,40]. Κατ' επέκταση των Υγειονομικών Περιφερειών και η Τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας δε λειτούργησε στην πράξη. Η Τομεοποίηση αποτελεί, σύμφωνα με το Ν.2716/1999 (Κεφάλαιο δεύτερο άρθρο 3) βασική αρχή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και αναφέρεται στη διαίρεση των Υγειονομικών Περιφερειών σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.) βάσει κριτηρίων γεωγραφικών και πληθυσμιακών. Στα πλαίσια αυτών των Τομέων οργανώνονται και λειτουργούν οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Ο Νόμος αναφέρει διευρυμένες αρμοδιότητες (εποπτεία και συντονισμός των Μονάδων, παρακολούθηση και αξιολόγησή τους, γνωμοδότηση στον Υπουργό Υγείας για κάθε θέμα που αφορά την ψυχική υγεία του πληθυσμού της περιοχής αρμοδιότητάς τους) που όμως δεν εφαρμόστηκαν στην πράξη επαρκώς. Οι μεγάλοι Τομείς με πληθυσμό αναφοράς 250.000 έως 300.000 κατοίκους δεν μπορούν να δημιουργήσουν έναν κοινωνικό ιστό που θα παρέχει πρόληψη, φροντίδα και συνέχεια στον τομέα ψυχικής υγείας[41]. Δεν αναπτύχθηκαν οι ελάχιστα απαραίτητες Μονάδες Ψυχικής Υγείας ανά Τομέα, ούτε καθορίστηκαν τα κριτήρια σύμφωνα με τα οποία οι Τοπικές Επιτροπές (Τ.Ε.Ψ.Υ.) κάθε Τομέα σχεδιάζουν την επέκταση του Δικτύου. Χωρίς ουσιαστικές αρμοδιότητες και οικονομικούς πόρους, χωρίς δυνατότητα λήψης αποφάσεων, οι Τομείς Ψυχικής Υγείας έχουν περιορισμένο και ελλειμματικό ρόλο[37]. Ο αρχικός σχεδιασμός που ήθελε τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας να απευθύνονται σε δίκτυο του Τομέα Ψυχικής Υγείας στην περιοχή που διαμένουν, δε επιτεύχθηκε. Καταγράφονται γεωγραφικές ανισότητες στην κατανομή των δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας, έτσι ώστε μεγάλες περιοχές, ως επί το πλείστον αγροτικές, να παραμένουν με χαμηλή έως ανύπαρκτη πρόσβαση σε υπηρεσίες, ενώ παράλληλα παρατηρείται έλλειψη σε υπηρεσίες που απευθύνονται σε παιδιά, εφήβους και ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού[42].

Επακόλουθο της προβληματικής Τομεοποίησης αποτελεί η δικτύωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ο ρόλος των Κέντρων Ψυχικής Υγείας, πέρα από την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας, είναι να συντονίζει τα ανεπτυγμένα εξωνοσοκομειακά δίκτυα ψυχικής υγείας, τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα της κοινότητας με τις μονάδες νοσηλείας. Η ανάπτυξη μιας Κοινοτικής Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής, έστω και άτυπης, μεταξύ των μονάδων ψυχικής υγείας, των περιφερειακών ιατρείων και των διάφορων επαγγελματιών



υγείας της ΠΦ, των κοινωνικών υπηρεσιών των ΟΤΑ και των εθελοντικών οργανώσεων με τα Κέντρα Υγείας - Κέντρα Ψυχικής Υγείας είναι εξαιρετικά αδύναμη στο σημερινό πλαίσιο του ΕΣΥ[43,42]. Ακόμη πιο ελλιπής καταγράφεται η οριζόντια επικοινωνία μεταξύ εξωνοσοκομειακών δομών που ανήκουν σε διαφορετικούς φορείς αλλά μέσα στα όρια των Το.Ψ.Υ.[44]. Έτσι, ενώ η δημιουργία των αποκαταστασιακών δομών κάλυψε στεγαστικά τους ασθενείς των ψυχιατρείων που έκλεισαν, ο βαθμός δικτύωσής τους είναι εξαιρετικά χαμηλός με αποτέλεσμα να κινδυνεύουν να μετατραπούν σε μικρές δομές ασυλικού τύπου[41].

Το θεσμικό επίπεδο με τους υπάρχοντες 3 βασικούς νόμους<sup>1</sup>, που καλύπτει τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας θεωρείται ικανοποιητικό. Στην πράξη όμως διαπιστώνονται προβλήματα που αναφέρονται στη διάρθρωση των Τομέων Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.), όπως αυτοί αναφέρονται στο άρθρο 91 του Ν. 2071/92. Πρόσφατα η κατάργηση των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων με το Ν. 4052/2012 δημιούργησε κενό στον τρόπο διασύνδεσης και διοικητικής υπαγωγής όλων των εξωνοσοκομειακών μονάδων. Τα Γενικά Νοσοκομεία που υποδέχονται τα κατηγορημένα Ψυχιατρεία, καλούνται να αναπτύξουν Ψυχιατρικές κλινικές με σημαντικές καθυστερήσεις και περιορισμένους οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους. Πολλές φορές η υπάρχουσα κτιριακή υποδομή των Γενικών Νοσοκομείων δεν προσφέρεται για τη δημιουργία ψυχιατρικών κλινικών με προδιαγραφές. Από την άλλη πλευρά, δεν έχει αποσαφηνιστεί αν το ήδη ανεπτυγμένο Δίκτυο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας των κατηγορημένων ψυχιατρείων υπάγεται στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας ή στο Γενικό Νοσοκομείο κάθε περίπτωσης. Επιπροσθέτως, εκφράζονται ανησυχίες για τη δυνατότητα να σχεδιασθεί ένα μοντέλο εξωνοσοκομειακής φροντίδας όπως είναι τα δίκτυα ψυχικής υγείας και να υποστηριχθεί επαρκώς από έναν οργανισμό δευτεροβάθμιου επιπέδου που στοχεύει στη νοσοκομειακή περίθαλψη (γενικό νοσοκομείο). Τέλος, αρχίζει να διαφαίνεται μία επιφύλαξη από την επιστημονική κοινότητα απέναντι στο γεγονός της πλήρους κατάργησης όλων των ψυχιατρείων

---

<sup>1</sup> 1. Ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας»

2. Ν. 2071/92 «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας»

3. Ν. 2716/99 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών και άλλες διατάξεις»

και διατυπώνεται η άποψη της διατήρηση ενός περιορισμένου αριθμού για μία πολύ μικρή μερίδα ασθενών[41].

Η έννοια της ΠΦΥ ταυτίζεται με την εξωνοσοκομειακή φροντίδα[45], και αποτελεί το πρώτο επίπεδο στο οποίο μπορούν να διακριθούν από τον γενικό γιατρό, λόγω της οικείας σχέσης, πρώιμα σημάδια ψυχικών διαταραχών και να αντιμετωπισθούν στην κοινότητα πριν εξελιχθούν σε μη αναστρέψιμη κατάσταση[46]. Παρά τις σημαντικές νομοθετικές προσπάθειες (Ν. 3235/04) δε στάθηκε δυνατόν η εδραίωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στο σύστημα υγείας. Τα Κέντρα Υγείας, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, οι Κινητές Μονάδες, τα Κέντρα Ημέρας, δεν επαρκούν αριθμητικά και δεν είναι άρτια στελεχωμένα από ειδικούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας, εκπαιδευμένους στην ΠΦΥ, απουσιάζει η «ομάδα επαγγελματιών υγείας» που θα παρέχει ολιστική φροντίδα στον πληθυσμό ευθύνης (Ν. 3235/04 άρθρο 8), με αποτέλεσμα η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Ψυχικής Υγείας (ΠΦΨΥ) να αντιμετωπίζεται στα εξωτερικά ιατρεία των ψυχιατρείων και τους ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων[47]. Ως εκ τούτου, κύριος πάροχος υπηρεσιών ψυχικής υγείας παραμένει το δευτεροβάθμιο επίπεδο των γενικών και ψυχιατρικών νοσοκομείων. Η σωστή λειτουργία της ΠΦΨΥ εξασφαλίζει τη μέγιστη διάθεση ανθρώπινων και υλικών πόρων για το μεγαλύτερο δυνατό ποσοστό ατόμων που χρήζουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας πρόληψης[48].

### **2.2.1 Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.)**

Σε αντίθεση με την κοινωνική επανένταξη των ψυχικά ασθενών που επιτεύχθηκε σε μεγάλο βαθμό κατά την υλοποίηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, η οικονομική ένταξη παραμένει ένα περίπλοκο ζήτημα. Τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας έχουν στην πλειοψηφία τους χαμηλά εισοδήματα και ελάχιστες ευκαιρίες συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες όπως εργασία και εκπαίδευση. Υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ ένδειας, κοινωνικού αποκλεισμού και κακής ψυχικής υγείας[49]. Η επαγγελματική αποκατάσταση προάγει την αυτοεκτίμηση και τη βελτίωση του επιπέδου ζωής του ατόμου γι' αυτό αποτελεί σήμερα βασική επιδίωξη της κοινοτικής ψυχιατρικής[50]. Τα υψηλότερα εισοδήματα αυτών των ατόμων συνεισφέρουν στο κράτος μέσω της φορολογίας, των ασφαλιστικών εισφορών και της μείωσης των δαπανών για την ψυχική υγεία. Από την άλλη βελτιώνουν την ισότητα, τη δικαιοσύνη και την κοινωνική αλληλεγγύη[49]. Ο Ν.2716/99 στο άρθρο 12 προβλέπει τη σύσταση των

Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης υπό τη μορφή Ν.Π.Ι.Δ. με σκοπό την «κοινωνικο-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα» ώστε να συμβάλλουν «στη θεραπεία τους και στην κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια» (Ν. 2716/99). Κάθε συνεταιρισμός απαρτίζεται από ασθενείς, επαγγελματίες υγείας, φορείς και φυσικά πρόσωπα. Στόχος των Κοι.Σ.Π.Ε. είναι να αναπτύξει πολιτικές και δράσεις που θα δημιουργήσουν ευκαιρίες απασχόλησης για όλους τους ανθρώπους με ψυχικά προβλήματα, είτε προέρχονται από τα ψυχιατρεία και τις αποκαταστασιακές δομές, είτε από την κοινότητα, προκειμένου να εξασφαλιστεί η συνέχεια της φροντίδας[51]. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΥΥΚΑ, έχουν αναπτυχθεί 18 Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί σε ολόκληρη τη χώρα με την πλειοψηφία τους να βρίσκεται στην περιφέρεια Αττικής[37]. Σήμερα οι Κοι.Σ.Π.Ε. ακολουθώντας τη γενικότερη αρνητική πορεία της επαγγελματικής απασχόλησης στην Ελλάδα, βρίσκονται σε μία καμπή της πορείας τους, έχοντας χάσει πλέον την εξελικτική προοπτική τους[32]. Ως αντικειμενικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές στην ανεύρεση απασχόλησης αναφέρονται συνήθως το στίγμα και οι προκαταλήψεις, οι δύσκολες οικονομικές συγκυρίες και η ανεργία, η έλλειψη σχεδιασμού από τους επαγγελματίες υγείας προγραμμάτων επαγγελματικής προκατάρτισης, και η περιορισμένη δυνατότητα επιλογής του είδους της εργασίας[52].

### **2.2.2 Δικαιώματα – Συνηγορία-Συμμετοχή ληπτών**

Η μετάβαση από την ασυλική περίθαλψη στην κοινοτική φροντίδα έφερε στο προσκήνιο το θέμα των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικά προβλήματα. Στο άρθρο 2 του Ν. 2716/1999 συστήθηκε Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, η οποία, μεταξύ άλλων, εποπτεύει και ελέγχει το δικαίωμα των ασθενών για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στις μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, για ελεύθερη πρόσβαση στα αρχεία που τον αφορούν, για αμφισβήτηση με ένδικα μέσα της ακούσιας νοσηλείας του, της προστασίας της περιουσίας του, λειτουργώντας αυτεπάγγελα και πραγματοποιώντας επιτόπιες επισκέψεις σε δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Ν. 2716/1999). Επιπλέον, η Ελλάδα το 2012 κυρώνει τη Διεθνή Σύμβαση Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων αναφορικά με τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες και του σχετικού πρωτοκόλλου στο οποίο αναφέρονται:

1. Ο σεβασμός στην αξιοπρέπεια και στην ανεξαρτησία

2. Η μη διάκριση
3. Το δικαίωμα στην ισότιμη πρόσβαση
4. Το δικαίωμα στην επανένταξη στην κοινωνία
5. Το δικαίωμα στην ενημερωμένη επιλογή ώστε ο χρήστης να αναλαμβάνει την πλήρη ευθύνη των αποφάσεών του
6. Το δικαίωμα στην προστασία των προσωπικών δεδομένων
7. Το δικαίωμα στην ισότητα(N. 4074/2012)

Τα άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα αποτελούν μία ευπαθή ομάδα του πληθυσμού, ευάλωτη σε κάθε είδους διάκριση, μεταχείριση και παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους. Είναι αξιοσημείωτο ότι αυτή η ομάδα έδωσε κίνητρο για μία από τις πιο ριζικές μεταρρυθμίσεις στα συστήματα υγείας των χωρών[4]. Το νομοθετικό πλαίσιο από μόνο του δεν επαρκεί, αλλά αποτελεί ένα εργαλείο για την επίτευξη του στόχου της προάσπισης των δικαιωμάτων. Πολλές φορές παρατηρείται το φαινόμενο να υπάρχει ένα άρτιο σύνολο νομοθετικών ρυθμίσεων αλλά να συνεχίζονται οι πρακτικές του παρελθόντος και να παραβιάζονται θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα[53]. Η κατάρτιση και η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, καθώς και η ισχυρή δέσμευση στο νέο ρόλο που επιβάλλει η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, αποτελούν εγγυήσεις για τη δίκαιη και ισότιμη μεταχείριση αυτών των ατόμων.

Η έννοια της συνηγορίας είναι σχετικά πρόσφατη και αναφέρεται σε μία πληθώρα δραστηριοτήτων και ενεργειών που έχουν σκοπό:

- i. την αύξηση της συνειδητοποίησης
- ii. την πληροφόρηση
- iii. την επιμόρφωση
- iv. την εκπαίδευση
- v. την αλληλοβοήθεια
- vi. τις συμβουλευτικές παρεμβάσεις
- vii. τη διαμεσολάβηση
- viii. την υπεράσπιση
- ix. την καταγγελία [54].

Πρόκειται δηλαδή για ένα κίνημα στο οποίο συμμετέχουν χρήστες των υπηρεσιών υγείας, το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας και όχι μόνο, άνθρωποι από τον καλλιτεχνικό και πολιτικό χώρο, τοπικοί φορείς, εθελοντικές οργανώσεις κτλ. που δραστηριοποιούνται προκειμένου να

υπερασπιστούν τα συμφέροντα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Σύμφωνα με την αξιολόγηση των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009 του ΥΥΚΑ η συμμετοχή των ληπτών και η έννοια της συνηγορίας δεν έχουν αναπτυχθεί σημαντικά. Έχουν γίνει κάποια βήματα που περιορίζονται στη συγκρότηση διαφόρων οργανώσεων των χρηστών και συλλόγων των οικογενειών τους, χωρίς όμως να έχουν αξιολογηθεί οι επιπτώσεις των δράσεών τους στο σύστημα. Το μεγάλο ποσοστό ακούσιων νοσηλειών, θέματα προστασίας των δικαιωμάτων και η περιορισμένη εμπλοκή των χρηστών παραμένουν στις αδυναμίες του συστήματος[37].

### **2.2.3 Στίγμα - Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας του στίγματος**

Η Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Φορέων υλοποίησης του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ- Β' Φάση» αναφέρει ότι τρεις είναι οι έννοιες που προσδιορίζουν τον ορισμό του στίγματος: τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις και οι διακρίσεις[55]. Οι παγιωμένες αντιλήψεις της κοινής γνώμης που εκ των προτέρων διαμορφώνουν αρνητική στάση απέναντι σε κάθε τι διαφορετικό, έξω από τα «κοινωνικά πρότυπα», συμπεριλαμβανομένης και της ψυχικής νόσου, οδηγούν τον ψυχικά ασθενή σε κοινωνική απομόνωση και προκαλούν επιπλέον προβλήματα στην οικογένεια που επωμίζεται το μεγαλύτερο βάρος στη διαδικασία επανένταξης των ατόμων αυτών στην κοινωνία. Όλη η πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μέχρι σήμερα, το κλείσιμο των ασύλων, η ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία, η ένταξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση, αποτελούν βήματα για τον αποστιγματισμό και την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική νόσο.

Ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών συνεχώς αυξάνεται και οι εκτιμήσεις αναφέρουν ότι μέχρι το 2020 θα αποτελούν τη δεύτερη αιτία νοσηρότητας. Ο χώρος της ΠΦΥ αν και ενδείκνυται για την αναγνώριση ψυχιατρικών αναγκών σε πρώιμο στάδιο, πολλές φορές δεν αποτελεί την πρώτη επιλογή του ασθενή, λόγω στενού κοινωνικού περίγυρου και ύπαρξης του στίγματος[46]. Η ενσωμάτωση της ψυχικής φροντίδας στο γενικότερο τομέα υγείας και κυρίως στην ΠΦΥ, αποτελεί σαφή κατεύθυνση του ΠΟΥ που, μεταξύ άλλων, έχει στόχο τη μείωση του στίγματος και την καθολική κάλυψη της ψυχικής υγείας[48]. Σήμερα η πολιτεία πρέπει να αντιμετωπίζει διαρκώς τις νέες μορφές κοινωνικού στιγματισμού που δημιουργεί η φτώχεια-ανεργία, η γήρανση του πληθυσμού και η οικονομική μετανάστευση[46,44]. Ενέργειες ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης και

ειδικότερα σε περιοχές όπου πρόκειται να αναπτυχθούν δομές αποκατάστασης, περιορίζουν κατά πολύ τις πιθανολογούμενες αντιδράσεις των κατοίκων, διευκολύνουν την κοινωνική αποδοχή και την ενσωμάτωση των ατόμων στην κοινωνία[51].

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

### 3.1 Ιστορική προσέγγιση του ασύλου

Η ψυχιατρική περίθαλψη είναι συνδεδεμένη με τις κοινωνικό-πολιτικές συνθήκες που επικρατούν στις κοινωνίες και αντικατοπτρίζει τις αντιλήψεις και τα στερεότυπα που ενστερνίζεται για την ψυχική ασθένεια και τη φροντίδα της. Παρουσιάζει τις πιο ριζοσπαστικές αλλαγές στην πορεία της, τόσο αναφορικά με την αντιμετώπιση της νόσου, όσο και με τις κοινωνικές και πολιτιστικές προεκτάσεις αυτής[56].

Την εποχή της αρχαιότητας και μέχρι τα Βυζαντινά χρόνια η αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου ήταν ανθρωπιστική. Την ευθύνη των ψυχικά ασθενών αναλάμβαναν οι συγγενείς οι οποίοι υποχρεώνονταν να τους περιθάλψουν στα σπίτια τους, σε συνθήκες ηρεμίας και ασφάλειας, ενώ απαγορεύονταν η χρήση αλυσίδων και ο εγκλεισμός[56]. Στα Βυζαντινά χρόνια καλύπτεται η ψυχική ασθένεια νομοθετικά, ενώ την περίθαλψη και φροντίδα αναλαμβάνει από κοινού εκκλησία και εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό. Οι εκκλησιαστικοί πατέρες αναλαμβάνουν την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση της νόσου και οι ιατροί την βιολογική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων[57]. Ενώ ιδρύονται αρκετά νοσοκομεία που δέχονταν ψυχασθενείς, τονίζεται η σημασία της παραμονής τους στο οικείο περιβάλλον και η νοσηλεία σε νοσοκομεία γίνεται μόνο σε ειδικές περιπτώσεις. Επιπλέον, θεσπίζεται η έννοια του επιτρόπου, γνωστού ως «κουράτωρ», ο οποίος μαζί με τον περιοδεύον ιατρό, πρόδρομο της τομεοποίησης και των κινητών μονάδων, συμπληρώνουν την έννοια του κράτους πρόνοιας την περίοδο εκείνη[58].

Κατά το Μεσαίωνα, η ολιστική αντιμετώπιση του ψυχικά ασθενή αλλάζει. Επικρατούν τάσεις θρησκευτικού φανατισμού και οπισθοδρόμησης. Η ψυχική αρρώστια αποδίδεται σε δαιμονικά στοιχεία που καταλαμβάνουν το νου και την ψυχή. Ιδρύονται τα πρώτα ιδρύματα και οι ψυχικά ασθενείς απομονώνονταν σε φυλακές, άσυλα και φτωχοκομεία μαζί με άλλες ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού. Στο Παρίσι ιδρύονται μεγάλα ιδρύματα εγκάθειρξης, στη Βαλένθια στο χώρο που φιλοξενούσε την Ιερά Εξέταση και σε όλη την Ισπανία ιδρύονται ψυχιατρικά άσυλα, στη Γερμανία τα Zuchthouzern αποτελούν τα αναμορφωτήρια της εποχής και τα Workhouses στην Αγγλία αποτελούν οίκους εργασίας που εξασφαλίζουν τροφή και στέγη στους τροφίμους[56,59,60].

Στις αρχές του 17<sup>ου</sup> αιώνα άρχισε η ψυχική ασθένεια να αποσυνδέεται από τις θεολογικές της προεκτάσεις, ενώ το 18<sup>ο</sup> αιώνα η άνοδος των ανθρωπιστικών κινημάτων επιφέρει την εισαγωγή προγραμμάτων «ηθικής θεραπείας» που οδηγεί στη δημιουργία των ασύλων σε όλη την Ευρώπη και τις ΗΠΑ[59]. Ο αιώνας αυτός αποτελεί σταθμό στην ψυχιατρική περίθαλψη γιατί διαχωρίζονται οι τρόφιμοι σε πτέρυγες, αποκτούν ανθρώπινες συνθήκες διαβίωσης, και οι αλυσίδες ως μέσω σωφρονισμού καταργούνται[56,61]. Η πρώτη απόπειρα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης συντελείται το 1793 στο Bicetre της Γαλλίας από τον Philippe Pinel ο οποίος εφάρμοσε «ανθρωπιστική» προσέγγιση στους ψυχικά ασθενείς του ασύλου, βασιζόμενη στη φιλικότητα, στην ευγένεια και στο σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας[62]. Εν τούτοις, ο κοινωνικός αποκλεισμός εξακολουθεί να αποτελεί χαρακτηριστικό κοινωνικό στοιχείο της εποχής, ενώ τα περισσότερα από αυτά τα ιδρύματα δεν κατάφεραν να ανταποκριθούν στο νέο ρόλο που προάγγειλε η «ηθική θεραπεία», εξαιτίας κυρίως του μεγάλου αριθμού των ασθενών και των περιορισμένων οικονομικών πόρων[59]. Ως εκ τούτου, τα μεγάλα αυτά κρατικά ιδρύματα παίρνουν σταδιακά τη μορφή των ασύλων ιδρυματικής μορφής, μέχρι τα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα όπου ξεκινάει η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και ο αποϊδρυματισμός στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης.

Στην Ελλάδα μέχρι το 19<sup>ο</sup> αιώνα η περίθαλψη των ψυχικά πασχόντων επαφίονταν στις φροντίδες των εκκλησιών – μοναστηριών. Σε αυτά προσέφευγαν οι ψυχικά ασθενείς αφενός για προσκύνημα, προσευχή, νηστεία, εξομολόγηση, αφετέρου για βραχυχρόνια ή μακροχρόνια παραμονή ως ένα είδους εγκλεισμού και απομάκρυνσης από τον κοινωνικό περίγυρο[61]. Στην οθωμανική αυτοκρατορία αναφέρεται η ύπαρξη ειδικών διαμορφωμένων χώρων στα τζαμιά με καλές συνθήκες διαμονής. Στην πλειοψηφία τους όμως τα νοσοκομεία που δέχονταν άτομα με ψυχικές διαταραχές, παραβατική συμπεριφορά κτλ. είχαν κακή φήμη και απευθύνονταν σε αυτά κυρίως άτομα από τις κατώτερες κοινωνικές τάξεις, σε αντίθεση με τον αραβικό κόσμο ο οποίος βασιζόμενος στα κείμενα του Ιπποκράτη και του Γαληνού αντιμετώπιζαν τον ψυχικά ασθενή με σεβασμό και απέδιδαν μεγάλη σημασία στην ιδιαίτερη σχέση γιατρού και ασθενή[63].

Υποτυπώδεις υπηρεσίες υγείας, όπως προαναφέρθηκε, την περίοδο σύστασης του ελληνικού κράτους, παρείχαν τα μοναστήρια, οι κοινότητες και οι φιλανθρωπικές οργανώσεις[64]. Πολλά από τα κτίρια που ανεγέρθηκαν για άλλους σκοπούς (μοναστήρια, δωρεές, κληροδοτήματα, καπναποθήκες κλπ) και οι



συγκυρίες τα οδήγησαν να φιλοξένησαν αρρώστους και ασθενείς, αποτέλεσαν τη μετέπειτα κτιριακή υποδομή της νοσοκομειακής περίθαλψης στη χώρα. Στην ελεύθερη Ελλάδα η κεντρική εξουσία αναθέτει στη δημοτική αστυνομία την αντιμετώπιση του τεράστιου προβλήματος των περιφερόμενων εξαθλιωμένων επαϊτών και των κάθε λογής «πλανητών» στην Αθήνα και τον Πειραιά. Έτσι μέσω της βίας, συγκεντρώνονται και φιλοξενούνται κάτω από άθλιες συνθήκες διαβίωσης στα υπόγεια του πρώην κακουργιοδικείου Αθηνών και των υπόλοιπων κρατητηρίων[63,65]. Το 1887 ιδρύεται το πρώτο άσυλο για ψυχικά ασθενείς με κληροδότημα του Χιώτη εμπόρου Ζώρζη Δρομακαΐτη. Μαζί με το ψυχιατρείο της Κέρκυρας που δημιουργήθηκε το 1836, όταν το νησί βρισκόταν υπό αγγλική κατοχή, αποτέλεσαν τα πρώτα άσυλα σε όλη την τότε ελεύθερη Ελλάδα[66,67]. Το 1925 ιδρύεται το Ψυχιατρείο Αττικής «Δαφνί» στο οποίο μεταφέρονται οι ασθενείς της Αγίας Ελεούσας και συγκατοικούν με ποινικούς κρατούμενους[68]. Λίγα χρόνια νωρίτερα, το 1917 ιδρύεται το «Άσυλο φρενοβλαβών» στη Θεσσαλονίκη που εξελίχθηκε στο σημερινό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης[69]. Το τέλος του Β' παγκόσμιου πολέμου, του εμφυλίου, και οι δύσκολες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες της εποχής οδηγούν στην υπερπληρότητα των δημόσιων ψυχιατρείων, και εσπευσμένα το Υπουργείο Υγιεινής εκμεταλλευόμενο το κτιριακό απόθεμα που άφησε η ιταλική κατοχή, δημιουργεί το 1957 το ψυχιατρείο της Λέρου, όπου ξεκίνησε με 300 ασθενείς και έφτασε, μετά από «μαζικές αποστολές», το 1980 να φιλοξενεί 2.000 ασθενείς[70]. Το 1961, μετά από έντονες κοινωνικές πιέσεις, κυρίως από γονείς, ιδρύεται το «Δημόσιο Παιδιατρικό Νευροψυχιατρικό Νοσοκομείο» στην Πεντέλη Αττικής, αρχικά με σκοπό να παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε παιδιά με ψυχικές διαταραχές, ενώ στην πορεία παρέιχε υπηρεσίες σε ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας 24 έτη[71]. Στη βόρεια Ελλάδα, η ύφεση της φυματίωσης οδηγεί στη σταδιακή κατάργηση του σανατορίου της Πέτρας Ολύμπου που λειτουργούσε από το 1936, και τη δημιουργία του Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Ιεράς Μονής Πέτρας Ολύμπου το 1969, το οποίο δέχτηκε ασθενείς από την ευρύτερη περιοχή της Μακεδονίας και Θεσσαλίας αλλά και από το Ψυχιατρείο της Θεσσαλονίκης στα πλαίσια της αποσυμφόρησης του τελευταίου[72]. Παρόμοια πορεία είχε και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Τρίπολης το οποίο διαδέχτηκε το 1967 το σανατόριο Τρίπολης (λειτουργούσε από το 1947)[73] ενώ το ίδιο διάστημα ξεκινά τη λειτουργία του, στα Χανιά, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο στη θέση του ασύλου που προϋπήρχε στην περιοχή της

Σούδας. Η κατάσταση αυτή επικρατεί μέχρι τα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα περίπου, όπου αρχίζουν να διαφαίνονται οι ευρωπαϊκές τάσεις για τη διαφορετική αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών, ανακαλύπτονται νέα, αποτελεσματικότερα ψυχοφάρμακα και το κυριότερο, λαμβάνεται χρηματική ενίσχυση από την ΕΟΚ προκειμένου να ξεκινήσει η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, η αποασυλοποίηση και η εφαρμογή κοινοτικών προγραμμάτων και δομών[56].

### 3.2 Η θέση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στο υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας - Νομικό πλαίσιο

Όλες οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα υποκινούνταν από τις εκάστοτε κοινωνικό – πολιτικές και οικονομικές συνθήκες που επικρατούσαν. Από τη σύσταση του (1927) και την πρώτη απόπειρα υγειονομικής μεταρρύθμισης (Α.Ν.965/1937), μέχρι τη θέσπιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ν.1397/83), παρατηρείται μαζική εισαγωγή ξενόφερτων στοιχείων σε μία προσπάθεια εξισορρόπησης της εσωστρέφειας που κληρονομήθηκε από την οθωμανική περίοδο και της επίδρασης της ορθόδοξης εκκλησίας με τα στοιχεία φιλελευθερισμού που άρχισαν να διαφαίνονται από τη δύση[74].

Ο έντονα νοσοκομειοκεντρικός χαρακτήρας του συστήματος υγείας αποτυπώνεται και στην ψυχική υγεία, με αποτέλεσμα μέχρι το 2000, τα 9 δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία<sup>2</sup> να αποτελούν το βασικό κορμό της ψυχιατρικής περίθαλψης. Επίσημα, το θέμα της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα εκφράστηκε με το Ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» και ειδικότερα στο άρθρο 21, σύμφωνα με το οποίο η ψυχιατρική περίθαλψη παρέχεται από τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τους ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων και τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία. Αρκετά χρόνια αργότερα ψηφίζεται ο Ν.2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση ψυχικής υγείας», ενώ ο Ν. 2716/1999 «Ανάπτυξη και

- 
1. <sup>2</sup> Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας
  2. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτιο»
  3. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί»
  4. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
  5. Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής ( Νταού Πεντέλης)
  6. Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου
  7. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου
  8. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης
  9. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων

εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις» αποτελεί τον κατεξοχήν νόμο που εξειδικεύει τα θέματα της ψυχικής υγείας. Η αριθμ. Α3α/οικ.876/23-5-2000 Υπουργική Απόφαση καθορίζει τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας(Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Υπηρεσίες νοσηλείας κατ' οίκον, Κινητές Μονάδες, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης, Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης). Η υλοποίηση των όσων αναφέρονται στους παραπάνω νόμους ξεκινάει με την Υπουργική Απόφαση Υ5β/οικ.974/23-3-2001 η οποία εγκρίνει το Εθνικό Σχέδιο Δράσης με κωδικό ονομασία «Ψυχαργώς» και την Υ5β/οικ.975/29-3-2001 η οποία εντάσσει μέρος του δεκαετούς προγράμματος «Ψυχαργώς» στο Γ' ΚΠΣ με τον τίτλο «Β' φάση Ψυχαργώς». Προηγήθηκε ο Κανονισμός 815/84, τα προγράμματα «Λέρος Ι» και «Λέρος ΙΙ» με αφορμή τη δημοσιότητα των άθλιων συνθηκών διαβίωσης των ασθενών στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου και ο τροποποιητικός του Κανονισμός 4130/88. Έτσι ξεκίνησαν διάφορες δράσεις με τη συγχρηματοδότηση της ΕΕ που διήρκησαν μέχρι το 1992 και έδωσαν τη δυνατότητα, αφενός βελτίωσης της υποδομής και των συνθηκών νοσηλείας των δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων, αφετέρου της έναρξης των διαδικασιών κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης με την προετοιμασία των ψυχικά ασθενών για τη μετάβασή τους σε δομές της κοινότητας[75]. Η Ελλάδα κινείται πλέον προς τις κατευθύνσεις που υποδεικνύει ο ΠΟΥ μέσω των προγραμμάτων της ΕΕ οι οποίες, μεταξύ άλλων, είναι:

1. Προαγωγή της ψυχικής υγείας.
2. Βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ψυχικά προβλήματα μέσω της κοινωνικής ένταξης και της προάσπισης της αξιοπρέπειας και των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών.
3. Δημιουργία συστήματος ενημέρωσης, ανταλλαγής έρευνας και επιμόρφωσης αναφορικά με την ψυχική υγεία στην ΕΕ[76].

Το 1990 δημιουργείται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας με σκοπό τον βέλτιστο συντονισμό της υλοποίησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Παράλληλα τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία καλούνται να δημιουργήσουν Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ) σε μία προσπάθεια εδραίωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στην ψυχική υγεία, ενώ τα Γενικά Νοσοκομεία να αναπτύξουν ψυχιατρικούς τομείς. Για πρώτη φορά η πολιτεία έρχεται αντιμέτωπη με την γενικότερη ανησυχία και επιφύλαξη απέναντι στην ψυχική αρρώστια και

μάλιστα επιφυλάξεις που προέρχονται από την επιστημονική κοινότητα και τους επαγγελματίες υγείας[22]. Αξίζει να αναφερθεί ότι από τη δεκαετία του 70 στην Ελλάδα είχαν γίνει ορισμένες μεμονωμένες προσπάθειες, κυρίως χάρη στην επιστημονική κοινότητα, όπως το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής στο Βύρωνα-Καισαριανή που ξεκίνησε τη λειτουργία του τον Οκτώβριο του 1979 και αποτέλεσε το πρότυπο για τον μετέπειτα σχεδιασμό των ΚΨΥ του ΕΣΥ. Η συμβολή του στην πρόληψη των κρίσεων, στη μείωση της χρονιότητας της ψυχικής διαταραχής, στη μείωση των εισαγωγών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία της περιοχής ευθύνης του και στην ευαισθητοποίηση της κοινότητας απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα, αποδείχτηκε πολύ σημαντική, βάση μελέτης που πραγματοποιήθηκε για το χρονικό διάστημα 1979-1995[30]. Επιπλέον, το ΨΝΑ «Δρομοκαΐτειο» τη δεκαετία του '50, το ΨΝΑ «Δαφνί» τη δεκαετία του '60, το ΨΝ Θεσσαλονίκης τη δεκαετία του '70 ανέπτυξαν υπηρεσίες αποκατάστασης, ενώ μία ομάδα νέων ψυχιάτρων συνέβαλλε στη προβολή των προβλημάτων στο Κρατικό Θεραπευτήριο της Λέρου με αποτέλεσμα να ξεκινήσει η βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας και η αποασυλοποίηση[44].

### 3.3 Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου (ΨΝΠΟ) ως Δίκτυο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Η ιστορία του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου συνδέεται άμεσα με την ιστορία της Ιεράς Μονής των Εισοδίων της Θεοτόκου, ένα κτίσμα της Βυζαντινής περιόδου που ιδρύθηκε περίπου τον 12ο μ.χ αι. από τον ιερομόναχο Νικήτα και σήμερα διασώζεται μόνο το καθολικό (ο ναός). Βρίσκεται 23 χιλιόμετρα δυτικά της πόλης της Κατερίνης ανάμεσα στον Όλυμπο και στα Πιέρια Όρη. Μέχρι την απελευθέρωση της περιοχής το 1912, λειτουργούσε ως χώρος φιλοξενίας, προστασίας και διάσωσης των καταδιωκόμενων Ελλήνων από την οθωμανική αυτοκρατορία. Το αίτημα της Μονής για αναγνώριση όλου του δασοκτήματος ως Μοναστηριακού απορρίπτεται με την υπ' αριθμ. 73/16-12-1924 απόφαση του Διοικητικού Δικαστηρίου του Υπουργείου Γεωργίας. Με το Ν.Δ. της 8ης Αυγούστου 1925, απαλλοτριώνονται όλα τα κτίρια της Μονής με τα ακίνητά της προς ίδρυση Νοσοκομείου Φυματιώντων. Στα πραγματικά αίτια που οδήγησαν στην απαλλοτρίωση αυτή και στη δημιουργία Σανατορίου συγκαταλέγονται, η υπολειτουργία της Μονής, το υγιεινό κλίμα της περιοχής που έσπρωξε κάποιους φυματικούς να βρουν καταφύγιο εκεί και η προσπάθεια της δικτατορικής

κυβέρνησης του 1925 για την ανασυγκρότηση του τομέα υγείας της πρόσφατα απελευθερωμένης Μακεδονίας, σε συνδυασμό με τα αυξημένα κρούσματα φυματίωσης. Με το Ν.3929/13-22-Φεβρουαρίου 1929 ιδρύεται το «Σανατόριο Ιεράς Μονής Πέτρας Ολύμπου» ως ΝΠΔΔ, 350 κλινών, διαιρούμενες σε δύο φυματιολογικές κλινικές. Η εισαγωγή νέων φαρμάκων κατά του βακίλου Koch τη δεκαετία του '60, οδηγεί στην ύφεση της φυματίωσης, ενώ αντιθέτως εμφανίζονται αυξημένα περιστατικά ανθρώπων με ψυχολογικά προβλήματα. Οι συνθήκες οδήγησαν στη σταδιακή κατάργηση του Σανατορίου και στη μετατροπή του σε ίδρυμα ψυχικών παθήσεων. Με το Β.Δ/γμα 703/17-10-1969 (ΦΕΚ 220/3-11-1969 τ.Α') καταργείται το Σανατόριο και στη θέση του ιδρύεται Ψυχιατρείο 500 κλινών, με την επωνυμία «Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Ιεράς Μονής Πέτρας Ολύμπου» που αποτελούσε ένα νοσοκομείο ασυλικού τύπου, κλειστό και αποκομμένο από την κοινωνία. Η έκτακτη οικονομική ενίσχυση από την τότε ΕΟΚ με τον Κανονισμό 815/84 άρχισε τη διαδικασία αποϊδρυματισμού, τη βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας μέσα στα ιδρύματα, την προετοιμασία και μεταφορά των ασθενών σε προστατευμένες ή σχετικά αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και τη δημιουργία νέων κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Το ΨΝΠΟ στην πορεία προς τον μετασχηματισμό του υλοποίησε:

1. Στην Πέτρα Ολύμπου

Μονάδα Αποκατάστασης (ως μεταβατικός Ξενώνας για την προετοιμασία των χρόνιων ψυχικά αρρώστων για την εγκατάστασή τους στην κοινότητα)

2. Στην πόλη της Κατερίνης:

Έναν Ξενώνα («Δάφνη»)

Δύο (2) Προστατευμένα Διαμερίσματα

Κέντρο Ψυχικής Υγείας

Κλινική Οξέων Περιστατικών

Κέντρο Προ & Επαγγελματικής Κατάρτισης

Κινητή Μονάδα για επανεκτίμηση ψυχικά ασθενών που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές από την περιοχή ευθύνης του Ψυχιατρείου, η οποία περιλαμβάνει εκτός τον Νομό Πιερίας, τους Νομούς Καρδίτσας, Τρικάλων και Μαγνησίας.

Με την Υ.Α. Α3β/οικ.14176/ 30-9-1986 αναμορφώνεται ο οργανισμός του Θεραπευτηρίου και μετονομάζεται σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου με έδρα την Πέτρα Ολύμπου και δύναμη 450 κρεβάτια.

### **«Ψυχαργός» Α' φάση 2000-2001**

Το Εθνικό Πρόγραμμα Δράσης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»<sup>3</sup> αποτέλεσε τον κεντρικό κορμό της πολιτικής του Υπουργείου για τη συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μετά τη λήξη των Κανονισμών 815/84 και 4130/88 στα τέλη του 1992. Σχεδιάστηκε με ορίζοντα 10ετίας, 1997-2006, και η Α' Φάση του προγράμματος για τη διετία 2000-2001 εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο κατά 80% και από το Ελληνικό Δημόσιο κατά 20%[51].

Στα πλαίσια υλοποίησης της Α' Φάσης του Προγράμματος, το ΨΝΠΟ δημιούργησε και λειτουργούν μέχρι σήμερα στην Κατερίνη:

Ξενώνας «Αρμονία» με εκπαίδευση στην αρτοζαχαροπλαστική

Ξενώνας «Διόνυσος» με εκπαίδευση σε εργασίες θερμοκηπίου

Επίσης δημιουργήθηκαν:

Ξενώνας 6 ατόμων στο Βόλο

Ξενώνας 5 ατόμων στην Καρδίτσα

Ξενώνας 11 ατόμων στη Λάρισα

Ξενώνας 11 ατόμων στα Τρίκαλα

### **«Ψυχαργός» Β' φάση 2002-2006 - 1<sup>η</sup> αναθεώρηση για τη δεκαετία 2001-2010**

Η Β' Φάση του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» (2002 – 2006) συνέπεσε με την υλοποίηση του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία – Πρόνοια» του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης και επικεντρώθηκε κυρίως στην ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε ολόκληρη την επικράτεια που θα παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης, κοινωνικής και οικονομικής επανένταξης. Έγινε προσπάθεια ο σχεδιασμός του δικτύου αυτού να ακολουθήσει αφενός την τομεοποίηση που προέβλεπε ο Ν.2071/1992, αφετέρου τις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής[3]. Την περίοδο αυτή συντελέστηκε η μετάβαση από το κλειστό μοντέλο ψυχιατρικής περίθαλψης σε ένα ανοιχτό στην κοινωνία, σύγχρονο μοντέλο βασιζόμενο στη συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στο σεβασμό των δικαιωμάτων τους. Πρόκειται για μία πολύπλοκη διαδικασία που

---

<sup>3</sup>Το όνομά του παραπέμπει στη μυθολογία και συγκεκριμένα στην επιτυχημένη εκστρατεία που έκαναν οι αργοναύτες στην Κολχίδα για να φέρουν πίσω στην Ιωλκό το χρυσόμαλλο δέρας. Το ταχύ και στέρεο πλοίο «Αργώ» συμβολίζει την γρήγορη επιστροφή των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα.

στηρίχθηκε σε τρία βασικά βήματα, όπως τα παρουσιάζει το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας:

1. Διακοπή εισαγωγών στο ψυχιατρικό νοσοκομείο και αντικατάσταση των παρεχόμενων υπηρεσιών του από δομές στην κοινότητα.
2. Επιστροφή των χρόνιων ασθενών, που έχουν θεραπευτεί, στην κοινωνία.
3. Λειτουργία δομών για ασθενείς της κοινότητας[51].

Οι σημαντικότερες ενέργειες, δραστηριότητες που συντελέστηκαν στο ΨΝΠΟ προκειμένου να δημιουργηθούν κοινοτικές δομές είναι:

Λειτουργία Συντονιστικής Επιτροπής

Ενέργειες για την ενημέρωση των συγγενών

Ερευνητική μεθοδολογία : Κλίμακες – Ερωτηματολόγια

Προετοιμασία ασθενών για ένταξη στην κοινότητα

Καταγραφή κριτηρίων για την ένταξη των νοσηλευόμενων σε Δομές

Προστατευμένης Στέγασης

Ενημέρωση – Εκπαίδευση του προσωπικού

Ενημέρωση – Ευαισθητοποίηση κοινότητας

Δομές στέγασης που δημιουργήθηκαν :

Οικοτροφείο «Τερψιχόρη»

Ξενώνας «Πολύμνια»

Ξενώνας «Ερατώ»

Ξενώνας «Θάλεια»

Προστ. Διαμερίσματα «Κλειώ» και «Καλλιόπη»

Προστ. Διαμέρισμα «Ευτέρπη»

Μονάδα κατ' Οίκων Φροντίδας Ψυχικής Υγείας (Μ.Ο.Φ.Ψ.Υ.)

Κέντρο Ημέρας «Οι 4 Εποχές»

Κέντρο Ημέρας «Το Σπίτι των Μουσών»

Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας για Ανοϊκούς ασθενείς

Ξενώνας Βραχείας Παραμονής

Ξενώνας για Δύσκολους να ενταχθούν στην κοινότητα ασθενείς.

Στις 27 Ιανουαρίου 2004 το ΨΝΠΟ έκλεισε οριστικά τα τμήματα μακράς νοσηλείας στην Πέτρα Ολύμπου, ενώ στο τέλος αυτής της περιόδου κλείνουν το:

1. Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων (Φεβρουάριος 2006).
2. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας (Οκτώβριος 2006).

3. Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Νταού Πεντέλης) (Σεπτέμβριος 2007).

Ταυτόχρονα, σημαντική μείωση των κλινών (περίπου το 50%) παρατηρείται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί), στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δρομοκαΐτειο, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης. Ιδιαίτερη αποτελεί το Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου το οποίο φιλοξενεί κυρίως ψυχογηριατρικά περιστατικά, ενώ έχει απαγορευτεί η εισαγωγή νέων περιστατικών, πλην του Νομού Δωδεκανήσου[77].

Το τέλος της δεκαετίας 2001-2010 βρίσκει τον τομέα ψυχικής υγείας ριζικά αναδιαρθρωμένο με ένα σύνολο παρεμβάσεων που σκοπό είχαν:

1. τη μετατόπιση του κέντρου βάρους της περίθαλψης –φροντίδας των ψυχικά ασθενών από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία – άσυλα, σε δομές μέσα στον κοινωνικό ιστό της πόλης
2. την παραμονή του ασθενή στην εργασία του και το οικογενειακό του περιβάλλον
3. τη συνέχεια της φροντίδας για όσο διάστημα απαιτείται
4. τη βελτίωση της προσβασιμότητας για όλο τον πληθυσμό με την ανάπτυξη ολοκληρωμένου δικτύου υπηρεσιών ευρέως φάσματος
5. τη βελτίωση της ποιότητας του συνόλου των παρεχόμενων υπηρεσιών (καταλληλότητα, αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα, συνέχεια στη φροντίδα, ασφάλεια)

#### **«Ψυχαργός» 2<sup>η</sup> αναθεώρηση 2011-2020**

Η 2<sup>η</sup> αναθεώρηση του Εθνικού Προγράμματος «Ψυχαργός» σχεδιάστηκε λαμβάνοντας υπόψη τα επιτεύγματα της προηγούμενης περιόδου 2001-2009, τις αδυναμίες όπως καταγράφηκαν από την αξιολόγηση των ανεξάρτητων εμπειρογνομόνων, τις γενικές κατευθύνσεις του ΠΟΥ και της ΕΕ και τις οικονομικές δυνατότητες μέσα από τους άξονες δράσης του ΕΣΠΑ. Συγχρόνως, η Παγκόσμια Ένωση για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (World Association for Psychosocial Rehabilitation WAPR) στη Διακήρυξή της στο συνέδριο της Αθήνας το 2012 έθεσε σε απόλυτη προτεραιότητα την οριστική κατάργηση των ασύλων ως τόπους κοινωνικού αποκλεισμού και τη δημιουργία κοινοτικών υπηρεσιών και δικτύων[78].



Το Υπουργείο, έχοντας ως δεδομένο το κλείσιμο των εναπομείναντα ψυχιατρείων μέχρι το 2015, αναπτύσσει το Σχέδιο Δράσης σε τρεις άξονες:

Άξονας 1: Ολοκλήρωση του δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Προτείνεται η σύσταση Ενιαίου Φορέα Ψυχικής Υγείας με την ανάπτυξη ενός συστήματος ψυχικής υγείας ενταγμένο είτε στα Γενικά Νοσοκομεία, είτε στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, είτε στις αποκεντρωμένες περιφέρειες όπως το βρετανικό πρότυπο. Δίνεται προτεραιότητα στην ανάπτυξη στεγαστικών δομών, μετά από εκτίμηση των αναγκών τόσο για φροντίδα, όσο και για υπηρεσίες ψυχικής υγείας, με έμφαση σε δομές και υποδομές για παιδιά και εφήβους, ασθενείς μακράς παραμονής, καθώς και ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού[77].

Άξονας 2: Δράσεις για την προαγωγή και την πρόληψη στην Ψυχική Υγεία. Ανάπτυξη της ΠΦΥ μέσω Κέντρων Ψυχικής Υγείας, Κινητών Μονάδων, Κέντρων Ημέρας, ως η καταλληλότερη βαθμίδα για την διενέργεια δράσεων προαγωγής, πρόληψης, φροντίδας, αποκατάστασης και συνέχειας, διαχείρισης της ψυχικής νόσου, ανίχνευσης των αναγκών και διενέργεια επιδημιολογικών μελετών[79].

Άξονας 3: Δράσεις για τη βέλτιστη οργάνωση και λειτουργία του συστήματος ψυχικής υγείας. Ολοκλήρωση της τομεοποίησης, της διασύνδεσης και του συντονισμού των δομών και υποδομών του δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Δημιουργία ενός συστήματος αξιολόγησης βασισμένο σε διεθνή πρότυπα, εξασφάλιση της δια βίου εκπαίδευσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και προώθηση δράσεων για την επαγγελματική ένταξη των ασθενών και την προάσπιση των δικαιωμάτων τους[77].

Το κλείσιμο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου και ο μετασχηματισμός του σε Δίκτυο υπηρεσιών υγείας, έδωσε το έναυσμα στους επαγγελματίες του ΚΨΥ να σχεδιάσουν και να υλοποιήσουν μία σειρά μελετών με σκοπό να καταγραφούν τα αποτελέσματα και οι επιπτώσεις της αποασυλοποίησης στους ασθενείς, στο προσωπικό του Ψυχιατρείου και στα άτομα της κοινότητας. Πρώτα αξιολογήθηκαν οι προσδοκίες και οι απόψεις του προσωπικού σχετικά με τον μετασχηματισμό του ΨΝΠΟ το 2004, μέσω ερωτηματολογίου που περιείχε 3 θεματικούς άξονες: στάση για την αποασυλοποίηση (5 ερωτήσεις), στάσεις προς τον ψυχικά ασθενή (7 ερωτήσεις) και ελπίδες-προσδοκίες για το μέλλον (2 ερωτήσεις)[80]. Στα αποτελέσματα καταγράφηκε η θετική στάση του προσωπικού απέναντι στην αποϊδρυματοποίηση, με επιφυλάξεις όμως για την οικονομική υποστήριξη της, τη στεγαστική διαθεσιμότητα και τις εργασιακές διακρίσεις

απέναντι στον ψυχικά ασθενή. Επιπλέον σημειώνεται μια αισιοδοξία από τις νοσηλεύτριες/φύλακες σχετικά με τη βελτίωση των εργασιακών τους σχέσεων συγκριτικά με τους διοικητικούς/ τεχνικούς και μεγαλύτερη σιγουριά για την ορθότητα της απόφασης κλεισίματος και μετασχηματισμού του ΨΝΠΟ, με την ηλικία και τα έτη εργασίας να μην παίζουν στατιστικά σημαντικό ρόλο στις απαντήσεις[80].

Ακολούθησε μία ακόμη έρευνα για την επίδραση του κλεισίματος των τμημάτων μακράς νοσηλείας του ΨΝΠΟ στις απόψεις του προσωπικού, διερευνώντας ταυτόχρονα εάν επαληθεύτηκαν οι αρχικές προσδοκίες τους. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο διαρθρωμένο σε 3 τομείς: στάσεις/απόψεις για το κλείσιμο του ΨΝΠΟ (5 ερωτήσεις), στάσεις/ απόψεις για τον ψυχικά ασθενή (7 ερωτήσεις), ελπίδες, ανησυχίες, προσδοκίες (2 ερωτήσεις) σε δύο χρονικές περιόδους: δύο χρόνια πριν και δύο χρόνια μετά το κλείσιμο των τμημάτων μακράς νοσηλείας στην Πέτρα Ολύμπου. Στην πρώτη αξιολόγηση συμμετείχαν 159 εργαζόμενοι (42,8% άνδρες και 57,2% γυναίκες) και στη δεύτερη 147 (39,5% άνδρες, 69,5% γυναίκες). Το φύλλο και η ηλικία δεν έπαιξαν στατιστικά σημαντικό ρόλο. Από την έρευνα αυτή προέκυψε ότι οι ήδη θετικές απόψεις του προσωπικού απέναντι στην αποασυλοποίηση βελτιώθηκαν, ενώ αντίθετα παρέμειναν οι ίδιες όσον αφορά τη στάση τους απέναντι στον ψυχικά ασθενή. Ενισχύεται η άποψη για την υποχρηματοδότηση του τομέα ψυχικής υγείας και τις ανισότητες στην αγορά εργασίας για τα άτομα με ψυχικά προβλήματα. Όσον αφορά τις εκτιμήσεις για το μέλλον καταγράφεται μία σταθερότητα πριν και μετά το κλείσιμο στις απόψεις των γυναικών, ενώ αντίθετα στους άντρες σημειώνεται μικρή πτώση στη δεύτερη αξιολόγηση[81].

Κατά τη διαδικασία κλεισίματος των Τμημάτων Μακράς Νοσηλείας του ΨΝΠΟ και το μετασχηματισμό του σε Δίκτυο εκτιμήθηκαν οι παράγοντες που επηρέασαν τις απόψεις των ασθενών, των συγγενών και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας αναφορικά με τον κατάλληλο τύπο της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που θα φιλοξενήσει τον κάθε ασθενή[82]. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 278 ασθενείς (70,9% άνδρες και 29,1% γυναίκες) με μέσο όρο ηλικίας 53,1 έτη και διάρκεια νοσηλείας 16,8 έτη. Σε προηγούμενη προσπάθεια αποϊδρυματισμού συμμετείχαν 86 ασθενείς. Το 62,8% του δείγματος είχε κάνει εισαγωγή μετά από εισαγγελική εντολή, το 21,2% είχε εκούσια εισαγωγή και το 16% μετακίνηση από άλλες δομές. Ως εργαλείο μέτρησης για την εκτίμηση των

αναγκών των ασθενών που νοσηλεύονται σε ψυχιατρεία χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Community Placement Questionnaire (CPQ), ενώ για τις υποκειμενικές απόψεις των ασθενών, των συγγενών και των επαγγελματιών, καθώς και τις προτάσεις του προσωπικού σχετικά με την καταλληλότητα της Δομής για κάθε ασθενή, χρησιμοποιήθηκε μία 3βάθμια κλίμακα Likert (αποδοχή, επιφύλαξη, αντίρρηση). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι 3 ομάδες των ερωτηθέντων δεν είχαν παρόμοιες απόψεις. Το προσωπικό εξέφρασε πιο ακριβείς απόψεις σχετικά με τη δυνατότητα των ασθενών να ενταχθούν στην κοινότητα, ενώ οι συγγενείς εξέφρασαν πιο αισιόδοξες απόψεις από τους ασθενείς και το προσωπικό. Οι ασθενείς που νοσηλεύονταν με εισαγγελική εντολή ένιωθαν λιγότερο έτοιμοι να επιστρέψουν στην κοινότητα από ότι αυτοί που νοσηλεύονταν εκούσια. Επιπλέον οι απόψεις του προσωπικού για τον τύπο της Μονάδα (ξενώνας χαμηλής ή υψηλής επίβλεψης και οικοτροφείο) στον οποίο θα εντασσόταν ο κάθε ασθενής επηρεάστηκε από τις προσωπικές τους εκτιμήσεις για την «επανενταξιακή δυνατότητα» των ασθενών, την ηλικία τους και τη διάρκεια νοσηλείας τους σε αντίθεση με τους συγγενείς και τους ασθενείς[82].

Ένα ακόμη θέμα που απασχόλησε τους επαγγελματίες του ΚΨΥ του ΨΝΠΟ ήταν οι απόψεις των συγγενών των ψυχικά ασθενών για την αποϊδρυματοποίηση και την επίδραση που είχε αυτή τόσο στην προσωπική τους ζωή, όσο και στη ζωή των ασθενών. Για τις ανάγκες της έρευνας κατασκευάστηκε ένα ερωτηματολόγιο, βασισμένο στην αντίστοιχη βιβλιογραφία, διαρθρωμένο σε 4 ενότητες: Απόψεις των συγγενών για την αποϊδρυματοποίηση (7 ερωτήσεις), προβλέψεις των συγγενών για το μέλλον των ασθενών (4 ερωτήσεις), συμπεριφορά των συγγενών πριν και μετά την αποασυλοποίηση και επίδραση της αποασυλοποίησης στην προσωπική σχέση των συγγενών με τους ασθενείς (4 ερωτήσεις)[83]. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 65 οικογένειες-συγγενείς ασθενών από 8 διαφορετικές κοινοτικές δομές του Ν. Πιερίας (47,7% άντρες και 52,3% γυναίκες) με μέσο όρο ηλικίας τα 58,6 έτη. Η συγγενική σχέση που υπήρχε είχε ως εξής: 5 γονείς, 32 αδέρφια, 8 παιδιά, 20 άλλη σχέση. Η έρευνα κατέγραψε ότι το 81,5% του δείγματος συμφώνησε ανεπιφύλακτα με την απόφαση κλεισίματος των Τμημάτων Μακράς Νοσηλείας, το 90,8% συμφώνησε ότι βελτιώθηκε η ποιότητα ζωής των ασθενών, το 73,8% πιστεύει ότι βελτιώθηκε και η ιατρική φροντίδα ενώ το 72,3% πιστεύει ότι καλυτέρευσε η ικανότητα τους να αυτοεξυπηρετούνται. Από την άλλη πλευρά σημειώνεται μία επιφύλαξη σχετικά με το μέλλον της αποασυλοποίησης. Το 41,5%

δε νιώθουν απόλυτα σίγουροι για την ασφάλεια των ασθενών –συγγενών τους και το 50,8% για την αποδοχή από την κοινότητα. Το 50% ανέφερε ότι η συναισθηματική επαφή με τους ασθενείς-συγγενείς αυξήθηκε όπως και η συχνότητα επικοινωνίας.

Μία ενδιαφέρουσα μελέτη διεξήχθη σχετικά με την επαλήθευση των προσδοκιών των ψυχικά ασθενών από την αποασυλοποίηση. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ημιδομημένης συνέντευξης, σε δύο χρονικές περιόδους και με διαφορά ενός έτος από την μετακίνησή τους σε κοινοτικές δομές. Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε σε 2 άξονες: γνώση για την αποϊδρυματοποίηση και ικανοποίηση από το ΨΝΠΟ και τους επιμέρους τομείς όπως φαγητό, στέγαση κλπ. Το πρώτο δείγμα αποτελούνταν από 33 άτομα (23 άνδρες και 10 γυναίκες), με μέσο όρο ηλικίας τα 66,3 έτη και μέση διάρκεια νοσηλείας τα 20 χρόνια. Το δεύτερο δείγμα από 49 άτομα (34 άνδρες και 15 γυναίκες) με μέσο όρο ηλικίας τα 61,84 έτη. Και στα δύο δείγματα η κύρια διάγνωση (74% περίπου) ήταν η σχιζοφρένεια. Το 75,8% γνώριζε για τη μετακίνησή του σε κάποια κοινοτική δομή ενώ το 24,2% όχι, το 68,0% γνώριζε επιπλέον λεπτομέρειες της μετακίνησης ενώ το 36,7% γνώριζε το όνομα του ξενώνα, την κοντινότερη πόλη, και γενικότερα για το νέο τόπο διαμονής του. Η πλειοψηφία των ασθενών σε ποσοστό 81,8% δήλωσε ικανοποιημένο από το ΨΝΠΟ πριν τη μετακίνησή του, το 66,7% είχε θετική στάση απέναντι στην αποϊδρυματοποίηση, το 12,1% ουδέτερη και το 21,2% αρνητική. Οι διάφοροι παράμετροι της νέας κατοικίας εμφανίστηκαν βελτιωμένες σε σχέση με αυτές του ΨΝΠΟ. Το 81,6% έκρινε το νέο τύπο κατοικίας καλύτερο από το Ψυχιατρείο, ενώ το 13,2% το βρήκε εξίσου καλό. Το 90,3% δήλωσε ικανοποιημένο από την ψυχιατρική φροντίδα. Οι κοινωνικές σχέσεις των ασθενών βελτιώθηκαν σε ποσοστό 45,8% σε αντίθεση με τις οικογενειακές σχέσεις που παρέμειναν σχεδόν οι ίδιες. Η έρευνα κατέδειξε ότι οι αρχικές προσδοκίες των ασθενών δικαιώθηκαν και έδειξαν σαφή προτίμηση στις νέες συνθήκες ζωής τους[84].

Η σειρά αυτή των μελετών-ερευνών ολοκληρώθηκε με τη διερεύνηση της στάσης της κοινότητας, στην περιοχή ευθύνης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου, απέναντι στην αποϊδρυματοποίηση και την ψυχική ασθένεια. Έγινε με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου που περιείχε 3 κύριους άξονες: τη στάση απέναντι στο κλείσιμο του ψυχιατρικού νοσοκομείου, στην πολιτική υγείας για την ψυχική ασθένεια και στην ψυχική νόσο γενικότερα. Πραγματοποιήθηκε μέσω 271 συνεντεύξεων, με μέσο όρο ηλικίας των ερωτηθέντων τα 50,1 έτη, 81,1% έγγαμοι

και μορφωτικό επίπεδο ποικίλο. Η έρευνα κατέγραψε την πεποίθηση ότι οι ζωές των ασθενών (73,1%), η ψυχοπαθολογία (63,5%) και η ιατρική φροντίδα (59,8% ) θα βελτιωθούν, προβληματισμό απέναντι στο αν η απόφαση για το κλείσιμο ήταν σωστή (72%), άγνοια για θέματα που αφορούν την ψυχική νόσο όπως αν είναι κληρονομική (73,4%) ή αν είναι θεραπεύσιμη (73,5%) και ενδιασμό για το αν πρέπει οι ψυχιατρικοί ασθενείς να παντρεύονται (57,6%). Το 67,5% πιστεύει ότι οι ασθενείς αυτοί είναι ικανοί να εργάζονται. Επιπλέον, πιστεύουν πως αν και υπάρχει ένδεια χρημάτων για τους σκοπούς της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, η κοινή γνώμη ευνοεί παρόμοια προγράμματα. Στην έρευνα αυτή διαφαίνονται κάποιοι ενδιασμοί για την τελική αποδοχή από την κοινότητα[85].

Το ΨΝΠΟ μετά από μία εικοσαετή προσπάθεια κατόρθωσε να μετασχηματιστεί από ένα ασυλικού τύπου Νοσοκομείου σε ένα Δίκτυο Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας που παρέχει εξειδικευμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις, συνολική διαχείριση των ασθενών στην κοινότητα, και έχει αναπτύξει μοντέλο για την επαγγελματική αποκατάσταση των χρηστών. Σήμερα βρίσκεται σε μία καμπή της πορείας του λόγω της γενικότερης οικονομικής κατάστασης της χώρας. Η ένταξης της Ελλάδας στο μηχανισμό οικονομικής στήριξης που συνοδεύτηκε, μεταξύ άλλων, από δραστικές περικοπές στον τομέα υγείας επηρεάζει αρνητικά τις σταθερές του συστήματος και απειλεί τη διασφάλιση της ποιότητας και την ισότιμη πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες που αναπτύχθηκαν στα πλαίσια εκσυγχρονισμού του τομέα ψυχικής υγείας[33]. Ο Ν. 4052/2012 (άρθρο 30) καταργεί τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και ως εκ τούτου, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου εντάσσεται στο Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης ως ψυχιατρικός τομέας. Η αυξημένη επαγρύπνηση και η ικανότητα προσαρμογής στο νέο μεταβατικό περιβάλλον, αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις προκειμένου να διατηρηθούν οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αλλά και να επεκταθούν με βάση τις αναδυόμενες ανάγκες του πληθυσμού.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ –ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 4.1 Σκοπός και στόχοι της μελέτης

Πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη που έχει σκοπό τη μέτρηση και σύγκριση των αντιλήψεων των επαγγελματιών και των συνοδών/ληπτών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας απέναντι στην πολιτική εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής που έχει επιφέρει στους χρήστες των υπηρεσιών. Ταυτόχρονα διερευνά τη γενικότερη ικανοποίηση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας από την εργασία τους, και το βαθμό αφοσίωσής τους στο νέο περιβάλλον του Δικτύου Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

Επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι να αναδειχθούν (βασικά ερευνητικά ερωτήματα):

1. οι πιο γνωστές και άγνωστες δράσεις του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» καθώς και τα σημαντικότερα οφέλη που αποκομίζουν οι λήπτες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέχρι σήμερα,
2. ο ρόλος των εμπλεκόμενων πλευρών στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η βασική πηγή πληροφόρησης/επικοινωνίας του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»,
3. οι σοβαρότερες απειλές για την ανάπτυξη και τη βιωσιμότητα των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης,
4. ο βαθμός ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών στην κοινότητα και οι ελπίδες –προσδοκίες για το μέλλον των ληπτών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας του Δικτύου,
5. οι πτυχές της εργασίας που προσδίδουν τη μικρότερη και τη μεγαλύτερη ικανοποίηση,
6. η συνολικότερη ικανοποίηση στη ζωή των επαγγελματιών, σε συνάρτηση με τη μετάβαση στο νέο εργασιακό περιβάλλον

### 4.2 Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου

Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που περιέχει 14 ερωτήσεις κλειστού τύπου με περαιτέρω υποκατηγορίες. Πρόκειται για ερωτήσεις διαβαθμισμένης κλίμακας (πεντάβαθμη Likert), όπου ο ερωτώμενος καλείται να βαθμολογήσει με μία συγκεκριμένη κλίμακα (1=συμφωνώ απόλυτα έως 5=διαφωνώ απόλυτα) τις υποκατηγορίες κάθε ερώτησης. Το εισαγωγικό σημείωμα στο ερωτηματολόγιο

ενημέρωνε, για το σκοπό της έρευνας, τη διασφάλιση της ανωνυμίας των πληροφοριών των απαντημένων ερωτηματολογίων, προτρέποντας τους συμμετέχοντες να συνδράμουν στην έρευνα, απαντώντας ελεύθερα σε όλες τις ερωτήσεις και εκφράζοντας ειλικρινά και χωρίς επιφυλάξεις τις πραγματικές τους απόψεις. Το πρώτο μέρος αφορά τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος, ιδιότητα, φύλλο, ηλικία, εκπαίδευση κλπ, ενώ το δεύτερο μέρος αναπτύσσεται σε τρεις άξονες:

Ο πρώτος άξονας (Μέρος Α: 1-7) διερευνά τη στάση των επαγγελματιών υγείας και των συνοδών (συμπεριλαμβάνονται και λήπτες) των υπηρεσιών ψυχικής υγείας έναντι στην πολιτική της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και στον τρόπο «επικοινωνίας» του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Βασίζεται στις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που εξέδωσε το 1999, στα πλαίσια υποστήριξης των μεταρρυθμίσεων των συστημάτων υγείας, θεωρώντας ότι οι απόψεις των εμπλεκόμενων μερών καθορίζουν την εφαρμογή μιας πολιτικής υγείας που ευελπιστεί να διασφαλίσει την ισότιμη πρόσβαση, την οικονομική βιωσιμότητα, την αποτελεσματικότερη και ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας[86]. Κρίθηκε απαραίτητο να προστεθεί μία ερώτηση (α/α 7) η οποία αφορά τις δυνητικές απειλές της ανάπτυξης των ψυχοκοινωνικών μονάδων εφόσον η έρευνα πραγματοποιείται σε περίοδο βαθιάς οικονομικής ύφεσης, ρευστότητας των μεταρρυθμίσεων και έντονων κοινωνικών αλλαγών.

Το δεύτερο και τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου στηρίχθηκε στην έρευνα των Debra J. Mesch, John McGrew, Bernice A. Pescosolido, Diana F. Haugh που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό *The Journal Of Behavioral Health Services & Research* το 1999 με τίτλο «The effects of hospital closure on mental health workers: an overview of employment, mental and physical health, and attitudinal outcomes»[87]. Ειδικότερα, το δεύτερο μέρος (Μέρος Β: 8-10) αφορά τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης καθώς και τις ελπίδες για το μέλλον των ληπτών, ενώ το τρίτο μέρος (Μέρος Γ: 11-14) αναφέρεται μόνο στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και εξετάζει την ικανοποίηση από την εργασία, την αφοσίωση στη νέα μορφή του Οργανισμού, την ικανοποίηση από την εκπαίδευση για τη στήριξη της διαδικασίας και τη συνολικότερη ικανοποίηση που επέφερε στην ζωή των επαγγελματιών η μετάβαση στο νέο εργασιακό περιβάλλον.

Μετά από επικοινωνία με την Mrs Debra Mesch αποστάλθηκε σε ηλεκτρονική μορφή το πρότυπο ερωτηματολόγιο το οποίο μεταφράστηκε με τη διαδικασία back-translate. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος δίγλωσσης μετάφρασης. Αρχικά μεταφράστηκε από Ελληνίδα καθηγήτρια της αγγλικής γλώσσας. Κατόπιν η μεταφρασμένη εκδοχή δόθηκε σε δεύτερη καθηγήτρια αγγλικής γλώσσας η οποία το μετέφρασε στα αγγλικά. Από τη συγκριτική αξιολόγηση των δύο μεταφράσεων έγινε η τελική επιλογή των ερωτήσεων σε συνεννόηση με την επιβλέπουσα καθηγήτρια, και η προσαρμογή στους στόχους της παρούσας εργασίας και του δείγματος στο οποίο απευθύνεται. Η τελική μορφή του αξιολογήθηκε από έμπειρο ψυχίατρο Διευθυντή του Ψυχιατρικού Τομέα του Νοσοκομείου με την πρωτοβουλία του οποίου πραγματοποιήθηκαν πολλές έρευνες κατά τη διαδικασία μετασχηματισμού του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου σε Δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τη χρήση του ίδιου ερωτηματολογίου προσαρμοσμένο ανάλογα[88]. Πριν από την έναρξη της έρευνας, για την εκτίμηση της κατανόησης του κειμένου, η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου δόθηκε σε πέντε τυχαία άτομα, τα οποία δε συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη και δεν είχαν καμία σχέση με τα επαγγέλματα ψυχικής υγείας και με την τρέχουσα έρευνα. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απέδειξε την πλήρη κατανόησή του ως προς τον γραπτό λόγο.

#### 4.3 Δείγμα έρευνας (target group)

Ως μέθοδος δειγματοληψίας επιλέχθηκε η απλή, τυχαία δειγματοληψία, κατά στρώματα. Η στρωματοποίηση έγινε με βάση το φύλλο και την ιδιότητα του επαγγελματία ή του συνοδού ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Στην έρευνα συμμετείχαν όλοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Ψυχιατρικού Τομέα ενός Γενικού Νοσοκομείου, συνοδοί που έρχονται σε επαφή με το αναπτυγμένο Δίκτυο Ψυχικής Υγείας, αλλά και λήπτες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, χωρίς να τεθεί κανένας περιορισμός (ηλικία, φύλλο, ειδικότητα). Διανεμήθηκαν 180 ερωτηματολόγια που απευθύνονταν σε επαγγελματίες υγείας και επεστράφησαν 130 (ποσοστό ανταπόκρισης 72,2%) και 90 ερωτηματολόγια για τους συνοδούς/λήπτες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που επεστράφησαν τα 61 (ποσοστό ανταπόκρισης 67,7%).



#### 4.4 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν από τις 20 Δεκεμβρίου 2013 έως 2 Φεβρουαρίου 2014 στους χώρους εργασίας των εργαζομένων. Η παράδοση και η παραλαβή των ερωτηματολογίων έγινε με προσωπική παρουσία της ερευνήτριας σε όλους τους επαγγελματίες του ψυχιατρικού τομέα μέσα στο Νοσοκομείο, ενώ για τις απομακρυσμένες δομές – υπηρεσίες, έγινε μέσω της υπηρεσιακής αλληλογραφίας. Δόθηκε παράταση μιας εβδομάδας προκειμένου να απαντηθούν τα ερωτηματολόγια και να επιστραφούν με τον ίδιο τρόπο, τοποθετημένα μέσα σε φακέλους.

#### 4.5 Ανάλυση αποτελεσμάτων

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 16.0, ως ένα από τα πιο δημοφιλή, ευέλικτα και εύχρηστα στατιστικά πακέτα για την ανάλυση και πραγματοποίηση ποσοτικών ερευνών. Χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική Στατιστική για την παρουσίαση των μεταβλητών (συχνότητες, ποσοστά, μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις), ενώ τα δεδομένα επεξεργάστηκαν και καταχωρήθηκαν σε Διαγράμματα στο Excel. Η επαγωγική στατιστική χρησιμοποιήθηκε αφενός για τη διερεύνηση ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ ορισμένων δημογραφικών χαρακτηριστικών και απόψεων με το  $X^2$ -test κριτήριο του Pearson και επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας το  $\alpha < 0,05$ , αφετέρου για τη σύγκριση των μέσων τιμών των δύο δειγμάτων με το μη-παραμετρικό έλεγχο Mann-Whitney U test με επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας το  $\alpha < 0,05$  (διάστημα εμπιστοσύνης 95%).

##### 4.5.1 Δημιουργία βάσης δεδομένων

Αρχικά πραγματοποιήθηκε η δημιουργία μεταβλητών στο variable view, κατόπιν η καταχώρηση των δεδομένων στο data view και τέλος, ο επανέλεγχος ορθότητας της καταχώρησης των ερωτηματολογίων.

##### Επεξήγηση μεταβλητών

1. Οι μεταβλητές κωδικοποιήθηκαν (name) ως εξής:

τα δημογραφικά στοιχεία με τη λατινική ονομασία των ερωτήσεων: idiotita (1 αν πρόκειται για επαγγελματία και 2 για συνοδό/λήπτη), sex (1 για άντρα και 2 για γυναίκα), education (1 για πρωτοβάθμια, 2 για δευτεροβάθμια και 3 για τριτοβάθμια), age (1 για την ομάδα 20-35, 2 για 35-50, 3 για 50-65 και 4 για 65 και άνω), marital status ( 1 για έγγαμο, 2

για άγαμο και 3 για όσους έχουν επιπλέον εξαρτώμενα μέλη με ψυχικά προβλήματα), working ( αφορά μόνο τους συνοδούς/λήπτες: 1 για όσους εργάζονται και 2 για τους άνεργους), job (αφορά μόνο τους επαγγελματίες: 1 για υπάλληλο, 2 για προϊστάμενο και 3 για διευθυντή), sectorwork (αφορά μόνο τους επαγγελματίες: 1 για τη νοσηλευτική υπηρεσία, 2 για την ιατρική, 3 για τη διοικητική και 4 για την τεχνική), yearswork (αφορά μόνο τους επαγγελματίες: 1 για χρόνια υπηρεσίας 0-10, 2 για 10-20, 3 για 20-30 και 4 για 30 και άνω) .

2. Οι υπόλοιπες ερωτήσεις του τριών (3) Μερών (Α, Β, Γ) έχουν μπροστά το λατινικό γράμμα Α, Β, C' κατόπιν το νούμερο της ερώτησης και το νούμερο της υποερώτησης για όσες έχουν υποερωτήματα: A1a, A1b, A1c..... A3, A4, ....A7a, A7b, A7c, A7d, A7e..... B1a, B1b, B1c.....B10a, B10b, B10c.....C1a, C1b, C1c.....C14
3. Για το επίπεδο μέτρησης (measure) των μεταβλητών επιλέχθηκε η κατηγορηματική (ordinal) για όλες τις κλίμακες τάξης (ερωτήσεις με την κλίμακα Likert).
4. Οι απύσες τιμές (missing values), δηλαδή οι ερωτήσεις που δεν απαντήθηκαν δε λήφθηκαν υπόψη στους υπολογισμούς των στατιστικών αποτελεσμάτων.
5. Αντιστράφηκαν οι ερωτήσεις A3, A4, A5, B8, B9, Γ12, Γ13 και Γ14

#### 4.6 Ηθικές Προεκτάσεις και περιορισμοί

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μετά από τη σχετική άδεια του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης, της 3<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

Η συμμετοχή όλων ήταν εθελοντική, πραγματοποιήθηκε στον ελεύθερο χρόνο τους και εξασφαλίστηκε η ανωνυμία. Η έρευνα δεν επέφερε κανένα οικονομικό κόστος στο Νοσοκομείο.

Όπως οι περισσότερες μελέτες, έτσι και η παρούσα μπορεί να υπέπεσε σε σφάλματα εξαιτίας του σχεδιασμού του ερωτηματολογίου και προκαταλήψεις σχετικά με το θέμα. Κυριότερο περιορισμό της έρευνας αποτέλεσε η φύση της ψυχικής ασθένειας που δεν επιτρέπει εύκολα στον ασθενή να αφοσιωθεί σε μία διαδικασία όπως είναι η συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου. Ένα μεγάλο σε

έκταση ερωτηματολόγιο θα ήταν αποθαρρυντικό για έναν λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας αλλά και για τον συνοδό ο οποίος προσέρχεται στα Εξωτερικά Ιατρεία ή στις δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για να επισκεφτεί τον ασθενή του. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί η ανεκτίμητη συνεισφορά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τη βοήθεια και την καθοδήγηση που πρόσφεραν, προκειμένου να ολοκληρωθεί η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους συνοδούς ή λήπτες των υπηρεσιών του Δικτύου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 5.1 Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα

Με τη χρήση της περιγραφικής στατιστικής, εξετάστηκε κάθε μία μεταβλητή ξεχωριστά, ώστε να διερευνηθεί η κατανομή των συχνοτήτων.

#### 5.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος επαγγελματιών ψυχικής υγείας

Για τους σκοπούς της έρευνας συλλέχθηκαν 130 ερωτηματολόγια από επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στους Ξενώνες, στα Οικοτροφεία, στα Προστατευόμενα Διαμερίσματα, στην Ψυχιατρική Κλινική, στα Εξωτερικά Ιατρεία, στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας, στα Κέντρα Ημέρας, στο Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ανοϊκών και στη Μονάδα Κατ' Οίκον Φροντίδας Ψυχικής Υγείας του Ψυχιατρικού Τομέα (πρώην ΨΝΠΟ) του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης. Ο Πίνακας 1 απεικονίζει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία επαγγελματιών

Κατανομή φύλων	N	Ποσοστό %
Άντρας	41	37,7
Γυναίκα	89	62,3
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Πρωτοβάθμιο	4	3,1
Δευτεροβάθμιο	50	38,5
Τριτοβάθμιο	75	58,1
Ηλικιακή κατανομή		
20-35	18	13,8
35-50	89	68,5
50-65	23	17,7
65 και άνω	0	0
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος	89	68,5
Άγαμος	32	24,6
Με επιπλέον εξαρτώμενα μέλη	3	2,3
Θέση εργασίας		
Υπάλληλος	100	76,9
Προϊστάμενος	20	15,4
Διευθυντής	5	3,8

Διεύθυνση εργασίας	N	Ποσοστό %
Νοσηλευτική	71	54,6
Ιατρική	19	14,6
Διοικητική	21	16,2
Τεχνικοί	16	12,3
Έτη προϋπηρεσίας		
0-10	21	16,2
10-20	55	42,3
20-30	45	34,6
30 και άνω	5	3,8

N: πλήθος απαντήσεων

Η ποσοστιαία αναλογία αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων

Η πλειοψηφία του δείγματος είναι γυναίκες σε ποσοστό 62,3% , ενώ το 37,7% είναι άντρες. Όσον αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης το 58,1% είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και μόνο το 3,1% είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας. Η ηλικιακή ομάδα των 35-50 ετών (68,5%) αποτελεί πλειοψηφία στο δείγμα, η ομάδα των 50-65 ακολουθεί (17,7%) και η ομάδα των 20-35ετών (13,8%) είναι η μικρότερη. Το 42,3% του δείγματος εργάζεται από 10 έως 20 χρόνια, το 34,6% από 20-30, το 16,2% από 0 έως 10 χρόνια και μόνο 5 άτομα (3,8%) εργάζονται πάνω από 30 έτη. Το 68,5% των επαγγελματιών είναι έγγαμοι ενώ χαρακτηριστικό αποτελεί το γεγονός της ύπαρξης 3 ατόμων του δείγματος οι οποίοι έχουν υπό την επιμέλειά τους εξαρτώμενα άτομα με ψυχικά προβλήματα (οι δύο έχουν παιδιά και η μία αδελφή με ψυχικά προβλήματα). Όσον αφορά τη θέση εργασίας το 76,9% είναι υπάλληλοι, το 15,4% προϊστάμενοι και το 3,8% διευθυντές. Τέλος, 71 άτομα του δείγματος (54,6%) εργάζονται στην νοσηλευτική υπηρεσία, 19 άτομα (14,6%) στην ιατρική υπηρεσία, 21 άτομα (16,2%) στη διοικητική υπηρεσία και 16 άτομα (12,3%) στην τεχνική υπηρεσία. Πρέπει να σημειωθεί ότι στην ιατρική υπηρεσία εκτός από ιατρούς ανήκουν οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι επισκέπτες υγείας και οι εργοθεραπευτές.

### **5.1.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος συνοδών/ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας**

Συλλέχθηκαν 61 ερωτηματολόγια από συνοδούς ατόμων με ψυχικά προβλήματα που επισκέφτηκαν τους συγγενείς τους στις δομές του Δικτύου (Ξενώνες, Οικοτροφεία, Προστ. Διαμερίσματα) ή τους συνόδευαν στις υπηρεσίες

των Εξωτερικών Ιατρείων και του ΚΨΥ, καθώς και λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας που διαμένουν στις αποκαταστασιακές δομές του Δικτύου (κυρίως στα Προστατευόμενα Διαμερίσματα) ή διαμένουν στην κοινότητα αλλά επισκέπτονται το Κέντρο Ψυχικής Υγείας και τα Εξωτερικά Ιατρεία για παρακολούθηση, φροντίδα και θεραπεία.

Πίνακας 2. Δημογραφικά στοιχεία συνοδών/ληπτών

Κατανομή φύλων	N	Ποσοστό %
Άντρας	32	52,5
Γυναίκα	29	47,5
<b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>		
Πρωτοβάθμιο	24	39,3
Δευτεροβάθμιο	18	29,5
Τριτοβάθμιο	19	31,1
<b>Ηλικιακή κατανομή</b>		
20-35	6	9,8
35-50	21	34,4
50-65	27	44,3
65 και άνω	7	11,5
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Έγγαμος	22	36,1
Άγαμος	26	42,6
Με επιπλέον εξαρτώμενα μέλη	12	19,7
<b>Εργαζόμενος</b>		
Ναι	16	26,2
Όχι	40	65,6

N: πλήθος απαντήσεων

Η ποσοστιαία αναλογία αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων

Σε αντίθεση με τους επαγγελματίες, το δείγμα των συνοδών/ληπτών έχει πιο ισορροπημένη κατανομή σχετικά με το φύλο, έτσι ώστε το 52,5% είναι άντρες και το 47,5% γυναίκες. Το 39,3% είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 29,5% δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το 31,1% τριτοβάθμιας. Η καταγραφή αυτή καταδεικνύει την ευκολία των ατόμων με σχετικά υψηλό μορφωτικό επίπεδο να κατανοήσουν το σκοπό του ερωτηματολογίου και να προχωρήσουν στην

συμπλήρωσή του. Όσον αφορά την ηλικιακή κατανομή 27 άτομα (44,3%) ανήκουν στην ομάδα 50-65, 21 άτομα (34,4%) στην ομάδα 35-50, 7 άτομα (11,5%) είναι πάνω από 65 ετών και 6 άτομα (9,8%) είναι μεταξύ 20 και 35 ετών. Το 42,6% είναι άγαμοι και το 19,7% έχει εξαρτώμενα μέλη (είτε πρόκειται για συνοδούς, είτε για λήπτες είχαν παιδιά, αδέρφια ή γονείς με ψυχικά προβλήματα). Τέλος, μόνο το 26,2% του δείγματος εργάζεται (16 άτομα).

## 5.2 Συντελεστής αξιοπιστίας

Η αξιοπιστία υπολογίστηκε με τη χρήση του δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's  $\alpha$  (alpha δείκτης εσωτερικής συνέπειας internal consistency coefficient). Το αποτέλεσμα που προκύπτει, όπως φαίνεται στον Πίνακα 3 που ακολουθεί, είναι 0,793 και κρίνεται ικανοποιητικό ( $\alpha > 0,7$ ) [89,90].

Πίνακας 3. Reliability Statistics

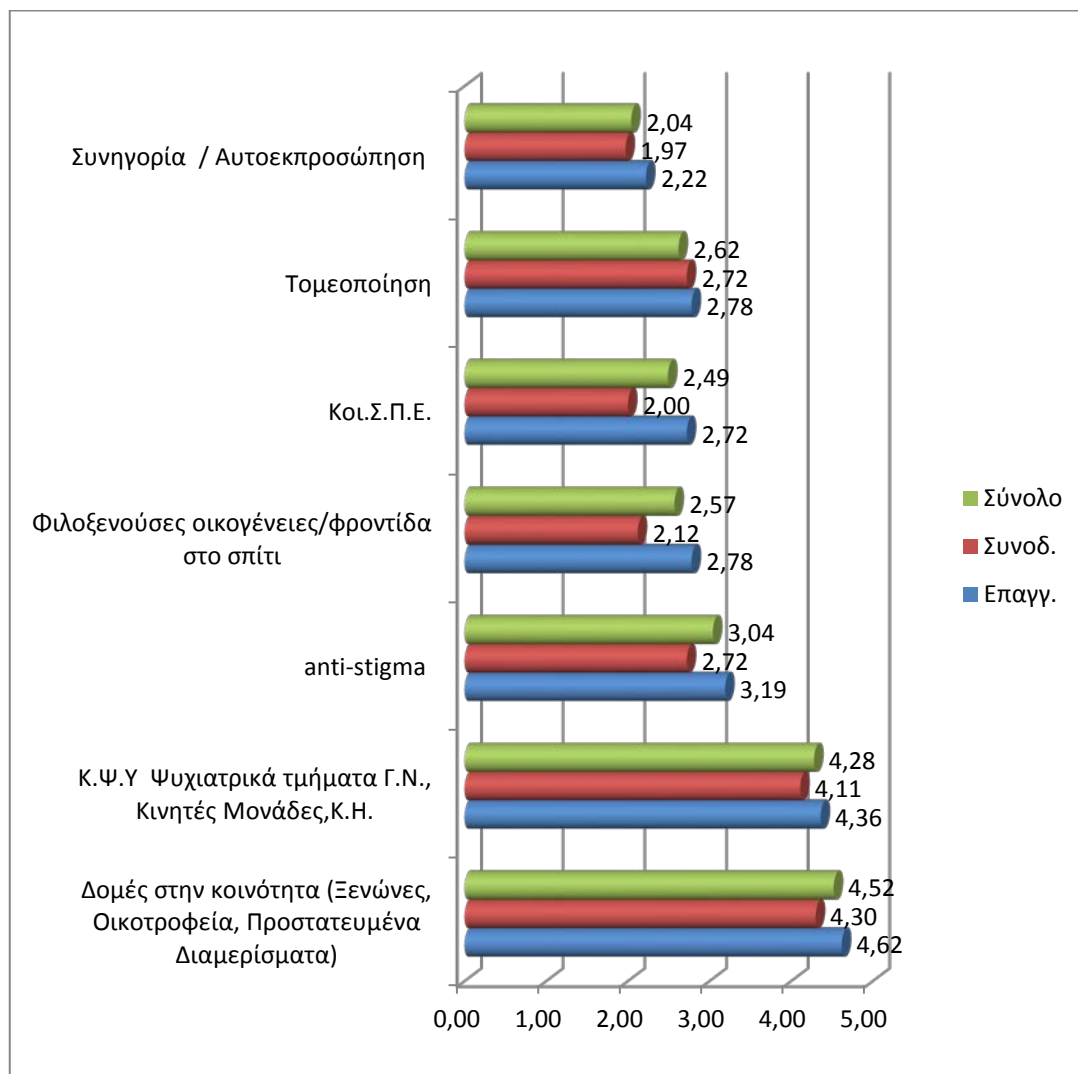
Cronbach's Alpha	N of Items
0,793	71

## 5.3 Στατιστική ανάλυση των ευρημάτων

### 5.3.1 Στάση απέναντι στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση (Μέρος Α)

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα είναι ταυτισμένη με το Πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» που επικεντρώθηκε στην αποασυλοποίηση και στην ανάπτυξη δομών στην κοινότητα. Σύμφωνα με το Διάγραμμα 1 οι κοινοτικές δομές (Ξενώνες, Οικοτροφεία, Προστατευόμενα Διαμερίσματα) συγκεντρώνουν το υψηλότερο ποσοστό ως οι πιο γνωστές δράσεις του Προγράμματος τόσο από τους επαγγελματίες όσο και από τους συνοδούς/λήπτες με ποσοστό 73,3% (77,7% και 63,9% αντίστοιχα). Ακολουθούν τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας -Ψυχιατρικά τμήματα στα Γενικά Νοσοκομεία - Κινητές Μονάδες - Κέντρα Ημέρας με ποσοστά 52,9%, οι καμπάνιες για το anti-stigma 13,6%, οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης 8,4% και η τομεοποίηση 11,5%, ενώ στις πιο άγνωστες δράσεις του Προγράμματος βρίσκονται ο θεσμός της συνηγορίας/αυτοεκπροσώπησης 7,9% και οι φιλοξενούσες οικογένειες /φροντίδα στο σπίτι 7,3% (Παράρτημα Α Πίνακας 1).

Οι συσχετίσεις των μεταβλητών έδειξαν ότι οι γυναίκες επαγγελματίες ψυχικής υγείας θεωρούν τη δράση της τομεοποίησης πιο γνωστή σε διπλάσιο ποσοστό από τους άντρες (επίπεδα σημαντικότητας  $p=0,002$ ), σε αντίθεση με τους συνοδούς/λήπτες όπου οι άντρες γνωρίζουν τη δράση σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες ( $p=0,025$ ) (Παράρτημα Β Πίνακες 1,52). Επιπλέον οι επαγγελματίες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είναι πιο ενήμεροι για τις καμπάνιες anti-stigma (Παράρτημα Β Πίνακας 7), οι επαγγελματίες υπάλληλοι θεωρούν τη δράση των ΚοιΣΠΕ πιο γνωστή, ενώ προϊστάμενοι και διευθυντές κατατάσσουν τη δράση της καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού σε πολύ υψηλότερη θέση από την κατηγορία των υπαλλήλων (Παράρτημα Β Πίνακες 30, 31).

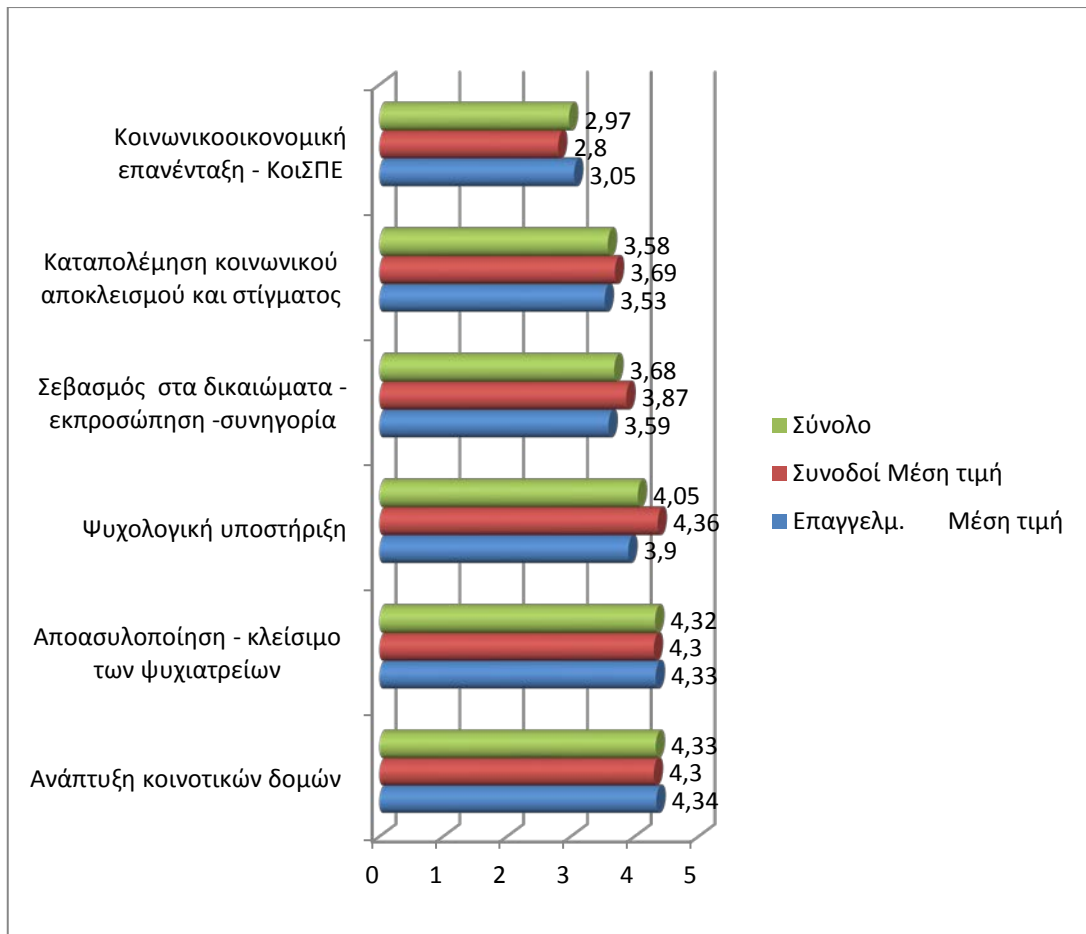


Διάγραμμα 1. Πιο γνωστές δράσεις της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης



Στην ερώτηση για τα σημαντικότερα οφέλη που αποκόμισαν οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και την εφαρμογή του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», ακολουθείται η ίδια σειρά κατάταξης (Διάγραμμα 2). Η αποασυλοποίηση/κλείσιμο των ψυχιατρείων εμφανίζεται ως το σημαντικότερο όφελος του Προγράμματος με ποσοστό 61,8% (60,8% για τους επαγγελματίες και 63,9% για τους συνοδούς/λήπτες) και ακολουθεί η ανάπτυξη κοινοτικών δομών με ποσοστό 53,4% (55,45 και 49,2% αντίστοιχα). Η ψυχολογική υποστήριξη έρχεται τρίτη με 42,4% (50,8% για τους συνοδούς/λήπτες και 38,5% για τους επαγγελματίες), ενώ ακολουθεί ο σεβασμός στα δικαιώματα/εκπροσώπηση/ συνηγορία με ποσοστό 30,4% (42,6% για τους συνοδούς και 25,4% για τους επαγγελματίες). Η καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού – στίγματος συγκεντρώνει ποσοστό 23,6% (21,5% και 27,9% αντίστοιχα για τους επαγγελματίες και τους συνοδούς) και τελευταία έρχεται η κοινωνικο- οικονομική επανένταξη –ΚοιΣΠΕ με ποσοστό 16,8% ( 18,5% και 13,1% αντίστοιχα)(Παράρτημα Α Πίνακας 2).

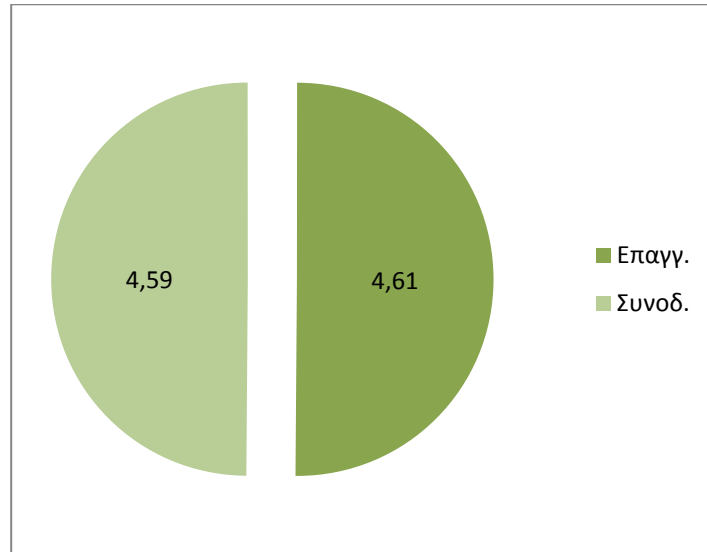
Οι γυναίκες επαγγελματίες ψυχικής υγείας θεωρούν τη δράση της καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού «Πολύ σημαντική» σε διπλάσιο ποσοστό από τους άντρες ( $p=0,049$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας 2), ενώ οι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης θεωρούν την αποασυλοποίηση, τη δράση της καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού και της ψυχολογικής υποστήριξης λιγότερο σημαντικές από ότι οι επαγγελματίες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ( $p=0,021$ ,  $p=0,030$ ,  $p=0,000$  αντίστοιχα) (Παράρτημα Β Πίνακες 8,9,10). Επιπρόσθετα, οι εργαζόμενοι στην ιατρική υπηρεσία θεωρούν την ψυχολογική υποστήριξη «Πολύ σημαντική» σε ποσοστό 57,9%, οι διοικητικοί υπάλληλοι σε ποσοστό 40% , οι νοσηλευτές σε ποσοστό 35,2% και τέλος οι τεχνικοί με ποσοστό 25% ( $p=0,012$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας 40).



Διάγραμμα 2.Σημαντικότερα οφέλη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Στο Διάγραμμα 3 αποτυπώνεται καθαρά η θετική στάση απέναντι στην ανάπτυξη δομών και στην παροχή φροντίδας και περίθαλψης μέσα στην κοινότητα. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι απαντήσεις «Συμφωνώ» και «Συμφωνώ απόλυτα» συγκέντρωσαν αθροιστικά ποσοστό 94,2% (Παράρτημα Α Πίνακας 3).

Οι επαγγελματίες σε θέση Διευθυντή θεωρούν ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση όπως έχει εφαρμοστεί μέχρι τώρα παρέχει καλύτερες υπηρεσίες από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία σε ποσοστό 80% «Συμφωνώ» και «Συμφωνώ απόλυτα» αθροιστικά ενώ «Διαφωνούν απόλυτα» σε ποσοστό 20%, οι Προϊστάμενοι συμφωνούν αθροιστικά σε ποσοστό 100% και οι υπάλληλοι σε ποσοστό 95% ( $p=0,011$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας 32). Επίσης, το σύνολο των συνοδών/ληπτών της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης συμφωνεί ότι η φροντίδα στις δομές της κοινότητα είναι καλύτερη από τη φροντίδα στα ψυχιατρεία, σε σχέση με της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που συμφωνεί σε μικρότερο ποσοστό ( $p =0,049$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας 58)

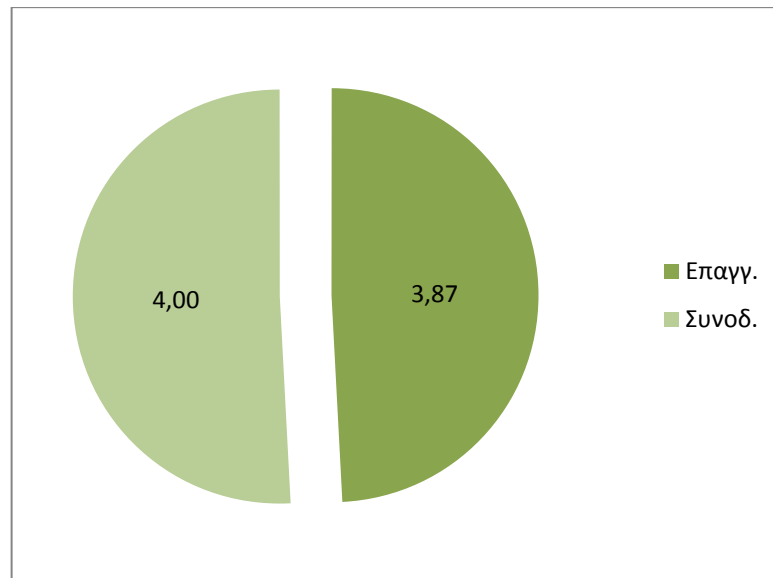


Διάγραμμα 3. Η φροντίδα/περίθαλψη στην κοινότητα είναι καλύτερη από την περίθαλψη στο ψυχιατρείο

Η ερώτηση 4 για το αν η εφαρμογή του Προγράμματος «Ψυχαργός» ήταν η ενδεδειγμένη αποδεικνύει ότι στην υλοποίηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης το Υπουργείο Υγείας επιχείρησε να εφαρμόσει κανόνες management. Έτσι ξεκίνησε με τη σύσταση της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας στο ΥΥΚΑ το 1990 που επωμίστηκε το σχεδιασμό και το συντονισμό της εφαρμογής του Προγράμματος. Βέβαια η εικόνα των απαντήσεων διαγράφει μία επιφυλακτικότητα απέναντι στην όλη διαδικασία της υλοποίησης. Το 24,6% (32,8% των συνοδών και το 20,8% των επαγγελματιών) απάντησαν «Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», ενώ το 41,9% (29,5% και 47,7% αντίστοιχα) απάντησαν «συμφωνώ» (Παράρτημα Α Πίνακας 4). Οι απόψεις των «experts» του Προγράμματος σε παλαιότερη έρευνα, όσον αφορά την «επικοινωνία» του προγράμματος «Ψυχαργός» δίστανται, με τους μισούς να υποστηρίζουν ότι ήταν η ενδεδειγμένη και τους υπόλοιπους να το χαρακτηρίζουν ως ένα εσωστρεφές πρόγραμμα[35]. Με δεδομένο την ολοκλήρωση της 1<sup>ης</sup> Αναθεώρησης του «Ψυχαργός» και τα αποτελέσματά της, αλλά και με τις ραγδαίες εξελίξεις στο υγειονομικό σύστημα, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας κρίνουν αυστηρότερα την εφαρμογή του Προγράμματος.

Οι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης μοιράζονται ανάμεσα στο «Συμφωνώ» και «Διαφωνώ» με ίσα ποσοστά όσον αφορά την ενδεδειγμένη εφαρμογή του Προγράμματος «Ψυχαργός», ενώ αυτοί της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας τηρούν πιο θετική στάση ( $p=0,033$ ) (Παράρτημα Β Πίνακες 11). Οι

έγγαμοι συνοδοί/λήπτες καθώς και αυτοί με επιπλέον εξαρτώμενα μέλη-άτομα με ψυχικές διαταραχές τηρούν ουδέτερη στάση ενώ οι άγαμοι «Συμφωνούν απόλυτα» με την ενδεδειγμένη εφαρμογή σε ποσοστό 61,5% ( $p=0,022$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας 62)



Διάγραμμα 4. Η εφαρμογή του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» ήταν η ενδεδειγμένη.

Η κριτική αυτή στάση ενισχύεται στην επόμενη ερώτηση (5) για το ρόλο που διαδραμάτισαν και οι δύο ομάδες του δείγματος στη διαδικασία λήψης αποφάσεων με την πλειοψηφία επαγγελματιών και συνοδών 71,2% (63,8% και 86,9% αντίστοιχα) να αναφέρουν ότι δεν ερωτήθηκαν για την απόφαση κλεισίματος του Ψυχιατρείου αλλά και ούτε εκπροσωπήθηκαν όλες οι πλευρές σε αυτήν (Πίνακας 4). Από την άλλη πλευρά το 37,7% και το 23,6% θεωρούν ότι οι υπεύθυνοι επηρεάστηκαν από προσωπικά ή πολιτικά κίνητρα «Αρκετά» και «Πάρα πολύ» αντίστοιχα. Όσον αφορά στην ενημέρωση για την ημερομηνία κλεισίματος του Ψυχιατρείου, τις επικείμενες αλλαγές σχετικές με το προσωπικό, την ενημέρωση για τα επόμενα βήματα του Προγράμματος και τα δύο δείγματα διάκεινται αρνητικά, με αυτό των συνοδών σε μεγαλύτερο βαθμό.

Βρέθηκε στατιστική σημαντική συσχέτιση μεταξύ φύλου και του γεγονότος επηρεασμού από προσωπικά και πολιτικά κίνητρα των υπευθύνων για την απόφαση κλεισίματος του ψυχιατρείου με τους άντρες να συμφωνούν με αυτή την άποψη σε μεγαλύτερο ποσοστό από αυτό των γυναικών ( $p= 0,034$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας

3), ενώ το 75,7% των επαγγελματιών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης δεν ερωτήθηκε «Καθόλου» για την απόφαση αυτή έναντι 52,0% της δευτεροβάθμιας και 25,0% της πρωτοβάθμιας ( $p=0,001$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας 12). Η ηλικιακή ομάδα των 20-35 απάντησαν σε ποσοστό 61,1% ότι οι υπεύθυνοι δεν τους κρατούσαν «Καθόλου» ενήμερους για την ημερομηνία κλεισίματος του ψυχιατρείου, η ομάδα των 35-50 σε ποσοστό 29,2% απάντησε «Αρκετά», ενώ η ομάδα των 50-65 σε ποσοστό 13,6% απάντησε «Πάρα πολύ» ( $p=0,013$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας 24). Οι Διευθυντές εμφανίζονται μεγαλύτεροι συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, έναντι των υπαλλήλων που καταγράφουν τη μικρότερη ( $p=0,024$ ) (Παράρτημα Β Πίνακες 33,34,35), ενώ το 55,6% των επαγγελματιών της ιατρικής υπηρεσίας δεν ερωτήθηκε «Καθόλου» για την απόφαση κλεισίματος του ψυχιατρείου, το 47,6% της διοικητικής υπηρεσίας ερωτήθηκε «Αρκετά» και τέλος, 36,6% της νοσηλευτικής υπηρεσίας και 37,5% της τεχνικής δηλώνουν ότι οι υπεύθυνοι ήταν σαφείς σχετικά με τις αλλαγές στο εργαζόμενο προσωπικό «Αρκετά» (Παράρτημα Β Πίνακες 41,42).

Πίνακας 4.: Συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων

5	Ποιος ο ρόλος σας στη διαδικασία λήψης απόφασης για το κλείσιμο του ΨΝΠΟ και τη δημιουργία ενός Δικτύου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Κάθε δήλωση, δείχνει πόσο εμπλέκεστε στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πάρα πολύ
Ερωτηθήκατε από τους υπεύθυνους για την απόφαση κλεισίματος του Ψυχιατρείου	Επαγγ.	1,75	1,132	63,8	8,5	16,9	7,7	2,3	
	Συνοδ.	1,17	0,620	86,9	0	6,6	1,6	1,6	
	<b>Σύνολο</b>	<b>1,57</b>	<b>1,034</b>	<b>71,2</b>	<b>7,9</b>	<b>12,0</b>	<b>5,2</b>	<b>2,1</b>	
Οι υπεύθυνοι επηρεάστηκαν από προσωπικά ή πολιτικά κίνητρα για την απόφαση κλεισίματος.	Επαγγ.	3,76	1,215	9,2	5,4	15,4	38,5	30,0	
	Συνοδ.	2,95	1,432	26,2	8,2	13,1	36,1	9,8	
	<b>Σύνολο</b>	<b>3,51</b>	<b>1,336</b>	<b>14,7</b>	<b>6,3</b>	<b>14,7</b>	<b>37,7</b>	<b>23,6</b>	

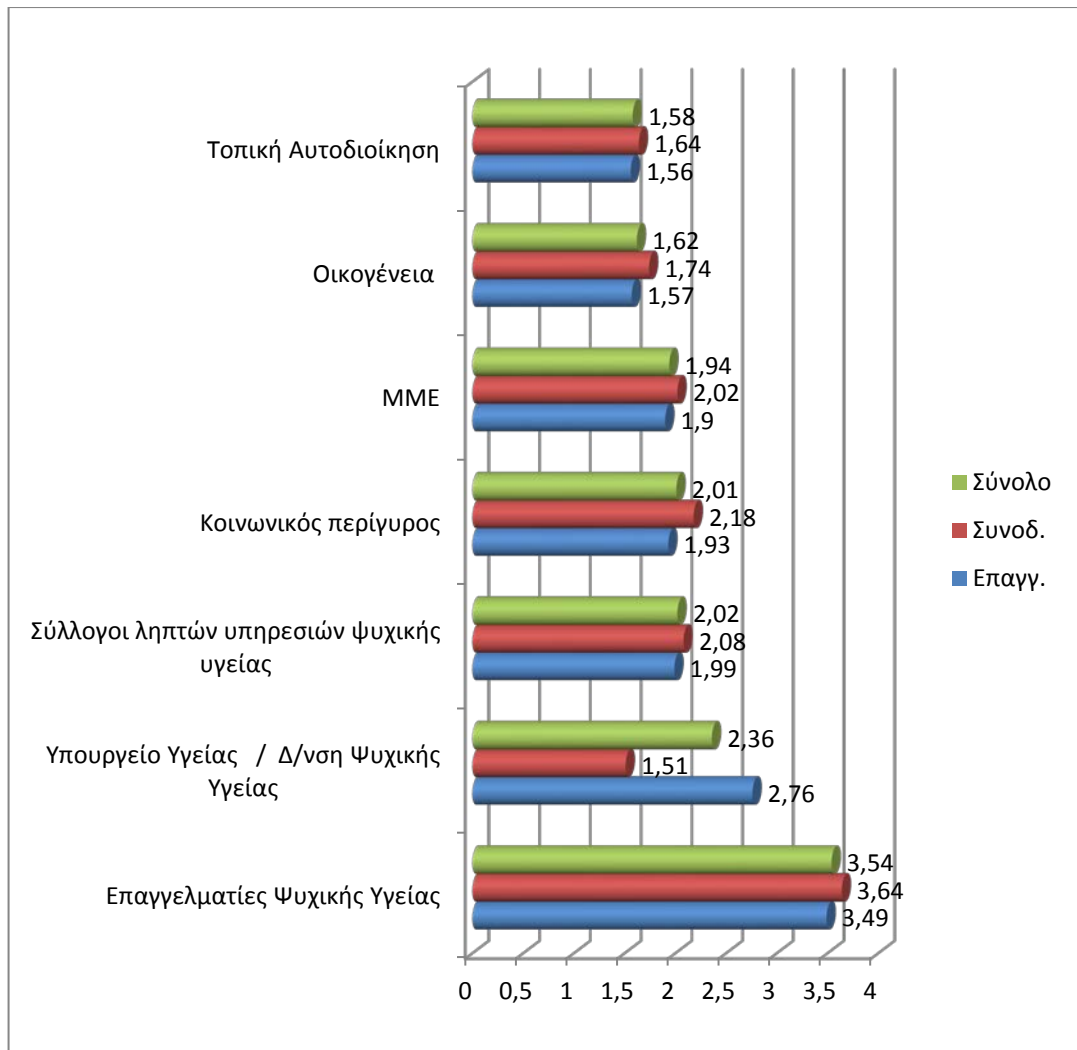
Ποιος ο ρόλος σας στη διαδικασία λήψης απόφασης για το κλείσιμο του ΨΝΠΟ και τη δημιουργία ενός Δικτύου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Κάθε δήλωση, δείχνει πόσο εμπλέκεστε στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πάρα πολύ	
Οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων σας κρατούσαν ενήμερους για την ημερομηνία κλεισίματος.	Επαγγ.	2,44	1,224	30,0	22,3	24,6	17,7	4,6
	Συνοδ.	1,68	1,338	68,9	8,2	3,3	3,3	9,8
	<b>Σύνολο</b>	<b>2,21</b>	<b>1,305</b>	<b>42,4</b>	<b>17,8</b>	<b>17,8</b>	<b>13,1</b>	<b>6,3</b>
Εκπροσωπήθηκαν όλες οι πλευρές που επηρεάστηκαν από την απόφαση κλεισίματος.	Επαγγ.	2,69	1,209	19,2	26,9	24,6	20,8	6,9
	Συνοδ.	2,23	1,134	32,8	21,3	27,9	8,2	3,3
	<b>Σύνολο</b>	<b>2,55</b>	<b>1,202</b>	<b>23,6</b>	<b>25,1</b>	<b>25,7</b>	<b>16,8</b>	<b>5,9</b>
Οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων ήταν σαφείς σχετικά με αλλαγές στο εργαζόμενο προσωπικό.	Επαγγ.	2,64	1,124	19,2	24,6	31,5	20,0	3,8
	Συνοδ.	2,44	1,229	29,5	13,1	31,1	11,5	4,9
	<b>Σύνολο</b>	<b>2,58</b>	<b>1,157</b>	<b>22,5</b>	<b>20,9</b>	<b>31,4</b>	<b>17,3</b>	<b>4,2</b>
Σας κρατούσαν ενήμερους για τα επόμενα βήματα του προγράμματος.	Επαγγ.	2,32	1,152	32,3	23,1	26,2	15,4	2,3
	Συνοδ.	1,62	1,137	63,9	13,1	3,3	8,2	3,3
	<b>Σύνολο</b>	<b>2,11</b>	<b>1,188</b>	<b>42,4</b>	<b>19,9</b>	<b>18,8</b>	<b>13,1</b>	<b>2,6</b>

Οι πηγές πληροφόρησης του Προγράμματος «Ψυχαργώς» (ερώτηση 6) απεικονίζονται στο Διάγραμμα 5. Την πρώτη θέση καταλαμβάνουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε ποσοστό 53,9% (Πολύ» και «Πάρα πολύ» αθροιστικά ) για το σύνολο του δείγματος. Για τους επαγγελματίες ακολουθούν κατά σειρά συγκέντρωσης μεγαλύτερου ποσοστού: το Υπουργείο Υγείας –Δ/ση Ψυχικής Υγείας σε ποσοστό 55,0% αθροιστικά, οι σύλλογοι ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας 30,0%, ενώ ο κοινωνικός περίγυρος συγκεντρώνει ποσοστό 50,0% στην απάντηση «καθόλου», η Τοπική Αυτοδιοίκηση 57,7% και η οικογένεια 66,2%

στην ίδια κατηγορία απαντήσεων (Παράρτημα Α Πίνακας 5). Οι συνοδοί διαφοροποιούνται στις απόψεις τους σχετικά με τις πηγές πληροφόρησης. Έτσι, ενώ στην πρώτη θέση συμπίπτουν οι απόψεις και βρίσκονται οι επαγγελματίες υγείας με ποσοστό 62,3% αθροιστικά, στη δεύτερη βρίσκονται οι σύλλογοι ληπτών με ποσοστό 16,4%, ακολουθούν ο κοινωνικός περίγυρος και η οικογένεια με ποσοστά 14,8% και 14,7% αντίστοιχα ενώ στις τελευταίες θέσεις βρίσκονται η Τοπική Αυτοδιοίκηση και το Υπουργείο Υγείας (11,5% και 8,2%).

Βρέθηκε ότι οι επαγγελματίες της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ενημερώνονται περισσότερο από τα ΜΜΕ, της πρωτοβάθμιας από τον κοινωνικό περίγυρο και της δευτεροβάθμιας από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ( $p=0,011$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,001$  αντίστοιχα) (Παράρτημα Β Πίνακες 13, 14, 15), ενώ Προϊστάμενοι και Διευθυντές ενημερώνονται «Πάρα πολύ» από το Υπουργείο Υγείας σε ποσοστό 20% αμφότεροι ( $p=0,000$ ) και οι υπάλληλοι σε ποσοστό 6,1%, ενώ από τα ΜΜΕ ενημερώνονται οι Διευθυντές «Πάρα πολύ» σε ποσοστό 20,0%, οι προϊστάμενοι και οι υπάλληλοι σε ποσοστά 0% και 1,0% αντίστοιχα ( $p=0,006$ ) (Παράρτημα Β Πίνακες 36,37). Αντίστοιχα, ιατρική και διοικητική υπηρεσία ενημερώνονται ελάχιστα από τα ΜΜΕ σε αντίθεση με τη νοσηλευτική και τεχνική υπηρεσία  $p=0,016$  (Παράρτημα Β Πίνακας 43).

Οι συνοδοί/λήπτες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ενημερώνονται ελάχιστα από τους συλλόγους και πολύ από την οικογένεια σε αντίθεση με αυτούς της τριτοβάθμιας που ενημερώνονται σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό από τους συλλόγους και λιγότερο από την οικογένεια ( $p=0,001$  και  $p=0,020$ ) (Παράρτημα Β Πίνακες 59,60)



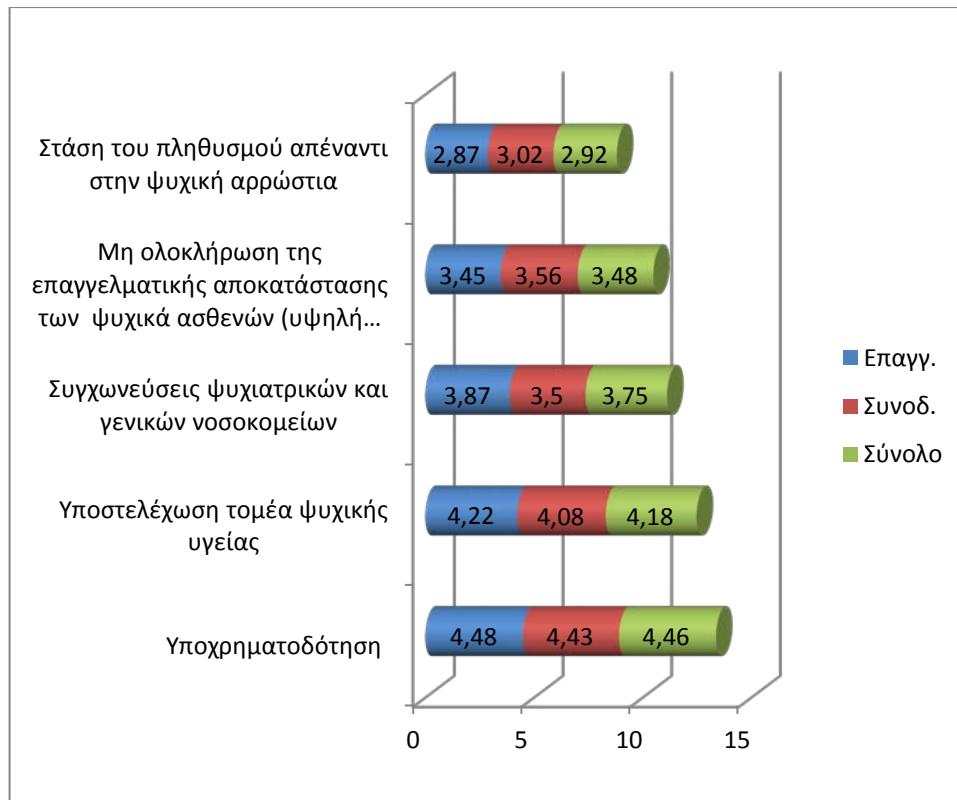
Διάγραμμα 5. Πηγή ενημέρωσης για το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

Η τελευταία ερώτηση του Μέρους Α, η ερώτηση 7 (Διάγραμμα 6) αφορά τις δυνητικές απειλές της ανάπτυξης των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η ερώτηση αντικατοπτρίζει τόσο τις απειλές για την οικονομική και κοινωνική βιωσιμότητα των ήδη αναπτυγμένων δομών αλλά και τη μελλοντική ανάπτυξη νέων δομών με βάση τις αναδυόμενες ανάγκες του πληθυσμού. Η υποχρηματοδότηση της Κοινωνικής Πολιτικής αναδεικνύεται το κυριότερο πρόβλημα στην πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης με ποσοστό 72,3% για το σύνολο του δείγματος. Ακολουθεί η υποστελέχωση του τομέα ψυχικής υγείας με ποσοστό 51,8% που αποτυπώνει το πάγωμα των προσλήψεων των τελευταίων ετών και τις εσπευσμένες αποχωρήσεις για συνταξιοδότηση. Αξιοσημείωτο αποτελεί το γεγονός ότι την υποστελέχωση εισπράττουν και οι συνοδοί/λήπτες κατά την επαφή τους με το Δίκτυο Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. 3<sup>η</sup> σε σειρά κατάταξης



για τους επαγγελματίες βρίσκεται η συγχώνευση των ψυχιατρικών και γενικών νοσοκομείων (ποσοστό 40,8%) ενώ για τους συνοδούς βρίσκεται η μη ολοκλήρωση της επαγγελματικής τους αποκατάστασης (31,1%). Ακολουθεί για τους μεν επαγγελματίες η ανεργία των ληπτών (28,5%) ενώ για τους συνοδούς η συγχώνευση σε ποσοστό 23,0%. Τέλος στην τελευταία θέση και για τις δύο ομάδες βρίσκεται η στάση του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική αρρώστια σε ποσοστό 10,5% ( 9,2% και 13,1% αντίστοιχα) (Παράρτημα Α Πίνακας 6).

Στη συγκεκριμένη ερώτηση βρέθηκε ότι οι επαγγελματίες υπάλληλοι θεωρούν την υποχρηματοδότηση σοβαρή απειλή σε ποσοστό μεγαλύτερο από τους Προϊσταμένους και Διευθυντές ( $p=0,003$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας), ενώ οι Διευθυντές θεωρούν την ανεργία των ψυχικά ασθενών την σοβαρότερη απειλή σε ποσοστό 100% , οι Προϊστάμενοι σε ποσοστό 40% και οι υπάλληλοι σε ποσοστό 44% ( $p=0,004$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας 39). Ανάλογα είναι και τα ευρήματα από τη συσχέτιση ηλικίας επαγγελματιών και δυνητικών απειλών της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Η στάση του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική ασθένεια αντιμετωπίζεται ως «Σοβαρή» απειλή από την ηλικιακή ομάδα 20-35 σε ποσοστό 50%, «Ελάχιστα σοβαρή» από την ομάδα 35-50 σε ποσοστό 30,3% και «Λίγο σοβαρή» από την ομάδα 50-65 σε ποσοστό 39,1% ( $p=0,038$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας 25). Επιπλέον, η ηλικιακή ομάδα των 50-65 θεωρεί την ανεργία των ψυχικά ασθενών «Πολύ σοβαρή» σε ποσοστό 43,5%, η ομάδα 35-50 σε ποσοστό 38,1% και η ομάδα των 20-35 σε ποσοστό 11,1 % ( $p=0,023$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας 26),



Διάγραμμα 6. Απειλές για την ανάπτυξη δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

### 5.3.2 Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών –ελπίδες- προσδοκίες (Μέρος Β )

Στον Μέρος Β αποτυπώνονται οι απόψεις επαγγελματιών και συνοδών αναφορικά με τις ελπίδες –προσδοκίες για το μέλλον του Δικτύου και των ληπτών, καθώς και την παρεχόμενη ποιότητα φροντίδας. Στον Πίνακα 5 επιβεβαιώνεται η άποψη ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έγινε για να βελτιώσει τη φροντίδα των ασθενών σε αθροιστικό ποσοστό (Συμφωνώ και Συμφωνώ απόλυτα) 81,8% για το σύνολο του δείγματος, ενώ στην ερώτηση για το αν η μετακίνηση βάζει τους ασθενείς σε κίνδυνο να καταλήξουν στη φυλακή, ποσοστό 73,9% (73,3% επαγγελματιών και 77,0% των συνοδών) απάντησαν αθροιστικά «Διαφωνώ απόλυτα» και «Διαφωνώ». Η αντίληψη ότι η παρεχόμενη φροντίδα στην κοινότητα είναι καλύτερη από ότι στα Ψυχιατρεία συγκέντρωσε αθροιστικό ποσοστά 84,3% (83,1% για τους επαγγελματίες και 86,9% για τους συνοδούς). Χαρακτηριστικό είναι ότι στην κατηγορία «Διαφωνώ απόλυτα» δεν υπήρξε καμία απάντηση από τους συνοδούς. Η πιθανή αύξηση των φόρων για τη δημιουργία προγραμμάτων ψυχικής φροντίδας στην κοινότητα συγκεντρώνει ποσοστό 26,2% στη απάντηση «Διαφωνώ» από τους επαγγελματίες και 36,1% στην απάντηση «Συμφωνώ απόλυτα» από τους συνοδούς. Επιπλέον στην ερώτηση για το αν προγράμματα για

τους καταναλωτές υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να αποτελούν προτεραιότητα στην κρατική χρηματοδότηση το 56,2% των επαγγελματιών απάντησε «Συμφωνώ» και το 44,3% των συνοδών απάντησε «Συμφωνώ απόλυτα».

Η πιθανότητα να καταλήξουν να ζουν στο δρόμο οι άνθρωποι που μετακινήθηκαν από το ψυχιατρείο στις δομές, βρίσκει σύμφωνο το 35,4% που απάντησε αθροιστικά «Συμφωνώ» και «Συμφωνώ απόλυτα» ενώ το 44,6% των επαγγελματιών απάντησε ότι «Διαφωνώ» και «Διαφωνώ απόλυτα». Αντίστοιχα οι συνοδοί απάντησαν σε ίσο ποσοστό 42,6% «Διαφωνώ» και «Διαφωνώ απόλυτα» και «Συμφωνώ» και «Συμφωνώ απόλυτα». Επιπλέον ποσοστό 33,8% των επαγγελματιών και 29,5% των συνοδών δηλώνουν ότι το κράτος δε θα καταφέρει να ολοκληρώσει την ανάπτυξη επαρκών δομών ψυχιατρικής υποστήριξης. Στο ίδιο μήκος κινούνται τα αποτελέσματα της ερώτησης για την ορθότητα της απόφασης του κλεισίματος του Ψυχιατρείου. Ποσοστό 30% των επαγγελματιών απάντησαν ότι «Συμφωνούν απόλυτα» και 19,2% απάντησαν ότι «Διαφωνούν». Οι συνοδοί/λήπτες απάντησαν 36,1% ότι ήταν σωστή η απόφαση να κλείσουν τα ψυχιατρεία και 18% ότι ήταν λάθος. Στην ερώτηση αν η πολιτεία ανακαλύψει ότι δε θα μπορέσουν τα άτομα με ψυχικά προβλήματα να λειτουργήσουν στην κοινότητα ποσοστό 33,1% των επαγγελματιών και 26,2% των συνοδών διαφωνούν με την άποψη αυτή. Τέλος 42,4% του δείγματος επαγγελματιών και συνοδών (39,2% και 49,2% αντίστοιχα) συμφωνεί με την άποψη ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα αφήσουν το Δίκτυο χωρίς ουσιαστική στήριξη αν δεν τους δοθούν κίνητρα, με τους άντρες επαγγελματίες να εμφανίζονται λιγότερο σύμφωνοι με την άποψη αυτή ( $p=0,024$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας 4).

Οι επαγγελματίες της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης τάσσονται υπέρ της διαβίωσης των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα (ποσοστό 92%) και διαφωνούν σε ποσοστό 57,4% με την άποψη ότι οι ψυχικά ασθενείς θα καταλήξουν να ζουν στο δρόμο σε αντίθεση με αυτούς της δευτεροβάθμιας και πρωτοβάθμιας που εκφράζουν επιφυλάξεις. Επίσης, η πλειοψηφία των επαγγελματιών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης συμφωνούν ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έγινε για να βελτιώσει τη φροντίδα των ασθενών, ενώ διάκινεται επιφυλακτικοί σχετικά με την ανάπτυξη επαρκών δομών ψυχικής υγείας από την πολιτεία ( $p=0,014$  Μέσος Όρος) (Παράρτημα Β Πίνακες 16,17,18,19,20). Οι επαγγελματίες της νοσηλευτικής υπηρεσίας «διαφωνούν απόλυτα» σε ποσοστό 12,7% (9 στους 71) με την άποψη ότι η ποιότητα ζωής στην κοινότητα είναι καλύτερη από το ψυχιατρείο, η ιατρική

υπηρεσία «Διαφωνεί» σε ποσοστό 52,6% ότι θα αφήσει το Δίκτυο χωρίς ουσιαστική στήριξη αν δεν δοθούν κίνητρα στο προσωπικό, ενώ νοσηλευτική και τεχνική υπηρεσία δηλώνουν ουδέτερη στάση με τη συγκεκριμένη άποψη. Επιπλέον η πλειοψηφία των επαγγελματιών της ιατρικής υπηρεσίας «Διαφωνεί» (47,4%) και «Διαφωνεί απόλυτα» (31,6%) με την ύπαρξη κινδύνου κατάληξης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα να ζουν στους δρόμους, σε αντίθεση με τους επαγγελματίες των υπόλοιπων Διευθύνσεων που τοποθετούνται πιο επιφυλακτικοί ( $p=0,018$  Μέσος Όρος) (Παράρτημα Β Πίνακες 44,45,46)

Αντίστοιχα, το 45,2% των αντρών συνοδών/ληπτών συμφωνεί σε μία πιθανή αύξηση φόρων που θα έχει σκοπό την ανάπτυξη προγραμμάτων ψυχικής φροντίδας στην κοινότητα και το 23,3% συμφωνεί με την άποψη ότι χωρίς κίνητρα το προσωπικό θα αφήσει το Δίκτυο χωρίς ουσιαστική υποστήριξη, έναντι 29,6% και 3,7% αντίστοιχα των γυναικών. Το 50% περίπου των αντρών διαφωνεί με την απόφαση να κλείσουν τα ψυχιατρεία σε αντίθεση με τις γυναίκες που σε ποσοστό 73,3% δηλώνει πως ήταν σωστή. Τέλος οι άντρες εκφράζουν μεγαλύτερη επιφυλακτικότητα από τις γυναίκες σχετικά με την ολοκλήρωση της ανάπτυξης επαρκών δομών ψυχιατρικής υποστήριξης ( $p=0,016$  Μέσος Όρος) (Παράρτημα Β Πίνακες 53,54,55,56,57). Επιπλέον βρέθηκε ότι οι συνοδοί/λήπτες της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης σε ποσοστό 50,0%, της δευτεροβάθμιας σε ποσοστό 25% και της πρωτοβάθμιας σε ποσοστό 20,8% συμφωνεί με την άποψη ότι το κράτος δε θα καταφέρει να ολοκληρώσει την ανάπτυξη επαρκών δομών ψυχιατρικής υποστήριξης ( $p=0,004$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας 61). Τα άτομα με επιπλέον εξαρτώμενα μέλη διαφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό στην πιθανή αύξηση των φόρων με στόχο τη δημιουργία προγραμμάτων ψυχικής υγείας ( $p=0,010$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας 63), ενώ το 92% των άγαμων, το 91,6% των ατόμων με επιπλέον εξαρτώμενα μέλη και το 85,7% των έγγαμων «Συμφωνεί» και «Συμφωνεί απόλυτα» με την άποψη ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έγινε για να βελτιώσει τη φροντίδα των ασθενών. Η κατηγορία των έγγαμων και άγαμων «Διαφωνεί απόλυτα» και «Διαφωνεί» σε αθροιστικό ποσοστό 85,7% και 88,0% αντίστοιχα σε αντίθεση με ποσοστό 58,0% των συνοδών με επιπλέον εξαρτώμενα μέλη στην άποψη ότι η μετακίνηση των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα τους βάζει σε κίνδυνο να καταλήξουν στη φυλακή ( $p=0,004$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας 65).

Πίνακας 5. Απόψεις για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο Δίκτυο Ψυχικής Υγείας

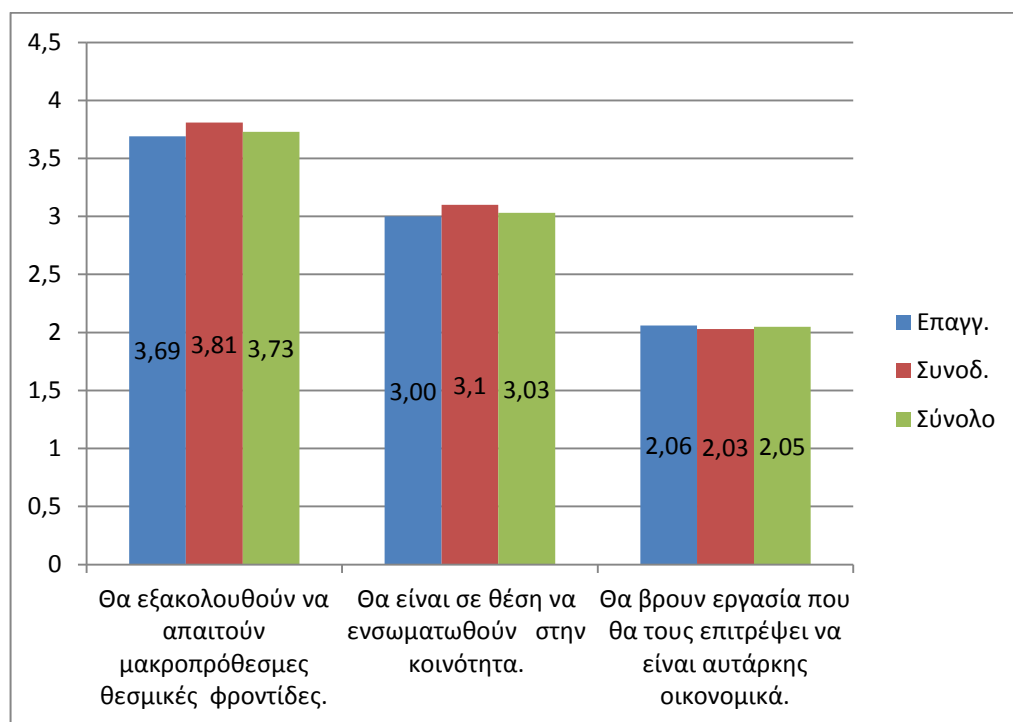
8	Πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
	Η ποιότητα της ζωής των ανθρώπων που προέρχονται από τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία είναι καλύτερη όταν λαμβάνουν υπηρεσίες στην κοινότητα.	Επαγγ.	4,12	1,145	7,7	2,3	6,9	36,9	46,2
		Συνοδ.	4,53	0,799	0	3,3	2,3	23,0	63,9
		<b>Σύνολο</b>	<b>4,24</b>	<b>1,067</b>	<b>5,2</b>	<b>3,1</b>	<b>5,8</b>	<b>32,5</b>	<b>51,8</b>
	Θα υποστήριζα μια πιθανή αύξηση των φόρων που θα είχε στόχο να βοηθήσει στη δημιουργία προγραμμάτων ψυχικής φροντίδας στην κοινότητα.	Επαγγ.	2,95	1,257	13,8	26,2	23,8	23,1	13,1
		Συνοδ.	3,83	1,230	6,6	8,2	16,4	27,9	36,1
		<b>Σύνολο</b>	<b>3,22</b>	<b>1,309</b>	<b>11,5</b>	<b>20,4</b>	<b>21,5</b>	<b>24,6</b>	<b>20,4</b>
	Χωρίς κίνητρα, το προσωπικό θα αφήσει το Δίκτυο χωρίς ουσιαστική υποστήριξης.	Επαγγ.	3,12	1,076	4,6	28,5	17,7	29,2	10,0
		Συνοδ.	3,84	3,963	4,9	21,3	16,4	36,1	13,1
		<b>Σύνολο</b>	<b>3,34</b>	<b>2,376</b>	<b>4,7</b>	<b>26,2</b>	<b>24,1</b>	<b>31,4</b>	<b>11,0</b>
	Οι άνθρωποι που προέρχονται από τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία θα καταλήξουν να ζουν στους δρόμους.	Επαγγ.	2,91	1,199	10,0	34,6	19,2	24,6	10,8
		Συνοδ.	3,05	1,355	11,5	31,1	8,2	26,2	16,4
		<b>Σύνολο</b>	<b>2,96</b>	<b>1,247</b>	<b>10,5</b>	<b>33,5</b>	<b>15,7</b>	<b>25,1</b>	<b>12,6</b>
	Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έγινε για να βελτιώσει τη φροντίδα των ασθενών.	Επαγγ.	4,05	1,130	6,9	3,8	7,7	40,0	41,5
		Συνοδ.	4,33	0,866	1,6	3,3	4,9	37,7	47,5
		<b>Σύνολο</b>	<b>4,14</b>	<b>1,061</b>	<b>5,2</b>	<b>3,7</b>	<b>6,8</b>	<b>39,3</b>	<b>43,5</b>

	Πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
	Η πολιτεία σύντομα θα ανακαλύψει ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς δεν μπορούν να λειτουργήσουν στην κοινότητα.	Επαγγ.	3,08	1,114	3,8	33,1	26,9	23,1	13,1
		Συνοδ.	2,95	1,206	11,5	26,2	23,0	24,6	9,8
		<b>Σύνολο</b>	<b>3,04</b>	<b>1,141</b>	<b>6,3</b>	<b>30,9</b>	<b>25,7</b>	<b>23,6</b>	<b>12,0</b>
	Η απόφαση να κλείσουν τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία είναι καλή.	Επαγγ.	3,35	1,482	16,2	19,2	8,5	26,2	30,0
		Συνοδ.	3,48	1,559	18,0	11,5	8,2	21,3	36,1
		<b>Σύνολο</b>	<b>3,39</b>	<b>1,503</b>	<b>16,8</b>	<b>16,8</b>	<b>8,4</b>	<b>24,6</b>	<b>31,9</b>
	Η μετακίνηση αυτών των ανθρώπων στην κοινότητα τους βάζει σε κίνδυνο να καταλήξουν στη φυλακή.	Επαγγ.	2,10	1,070	33,1	39,2	16,2	7,7	3,8
		Συνοδ.	1,90	0,949	37,7	39,3	8,2	9,8	0
		<b>Σύνολο</b>	<b>2,04</b>	<b>1,036</b>	<b>34,6</b>	<b>39,3</b>	<b>13,6</b>	<b>8,4</b>	<b>2,6</b>
	Το κράτος δε θα καταφέρει να ολοκληρώσει την ανάπτυξη επαρκών δομών ψυχιατρικής υποστήριξης	Επαγγ.	3,24	1,085	6,2	19,2	28,5	33,8	10,8
		Συνοδ.	3,33	1,049	3,3	18,0	31,1	29,5	13,1
		<b>Σύνολο</b>	<b>3,27</b>	<b>1,072</b>	<b>5,2</b>	<b>18,8</b>	<b>29,3</b>	<b>32,5</b>	<b>11,2</b>
	Προγράμματα για τους καταναλωτές των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να αποτελούν προτεραιότητα για την κρατική χρηματοδότησή τους.	Επαγγ.	3,98	1,000	4,6	6,2	4,6	56,2	28,5
		Συνοδ.	4,31	0,777	0	3,3	8,2	39,3	44,3
		<b>Σύνολο</b>	<b>4,08</b>	<b>0,947</b>	<b>3,1</b>	<b>5,2</b>	<b>5,8</b>	<b>50,8</b>	<b>33,5</b>

Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα στην ερώτηση 9 σχετικά με το μέλλον των ληπτών όπως απεικονίζονται στο Διάγραμμα 7. Το 45,0% του συνόλου του δείγματος (50% των επαγγελματιών και 34,4% των συνοδών/ληπτών) δηλώνει ότι «Μερικοί» ασθενείς θα είναι σε θέση να ενσωματωθούν στην κοινότητα, και μόνο

το 2,1% δηλώνει «Όλοι». Στην ερώτηση για το αν θα μπορέσουν οι ψυχικά ασθενείς να βρουν εργασία τα αποτελέσματα ακολουθούν ίδια κλιμάκωση. 56,2% των επαγγελματιών και 62,3% των συνοδών δηλώνουν «Λίγοι» και 21,5% και 16,45 αντίστοιχα δηλώνουν «Κανένας». Στην τρίτη υποερώτηση το 57,1% δηλώνει ότι «Οι περισσότεροι» θα απαιτούν μακροπρόθεσμες θεσμικές φροντίδες, το 14,1% δηλώνει «Όλοι» και μόνο ποσοστό 2,6% δηλώνει «Κανένας» (Παράρτημα Πίνακας 7).

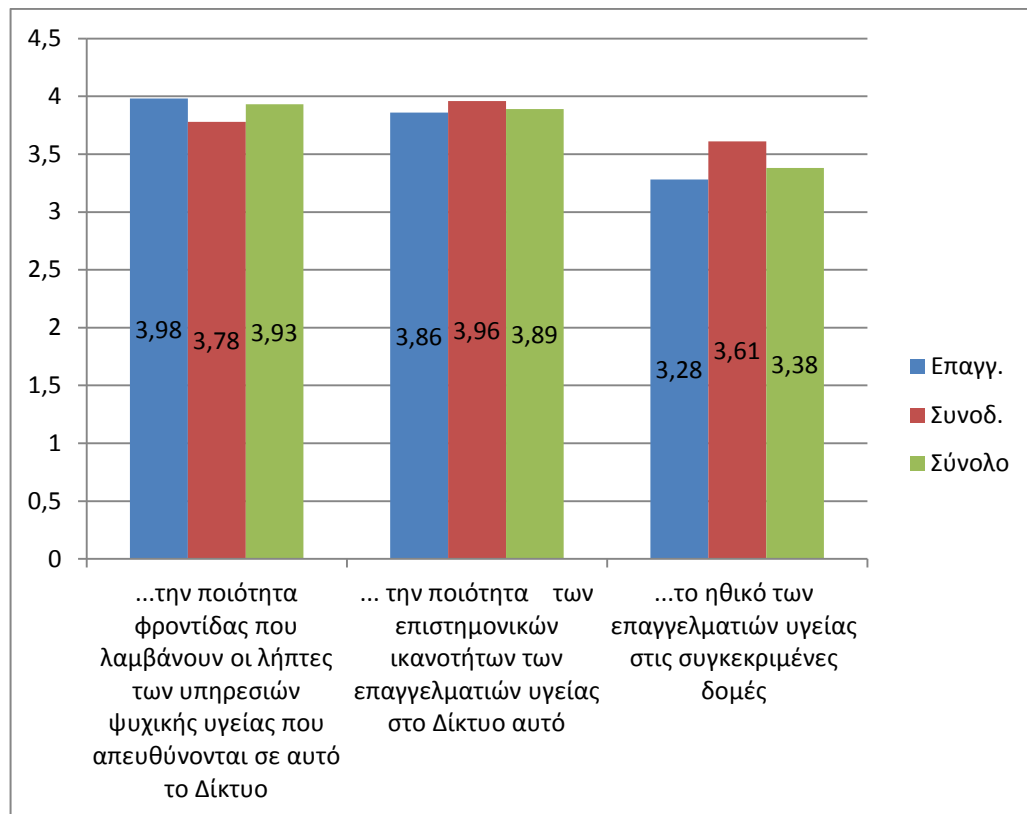
Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης εκφράζουν μεγαλύτερο βαθμό απαισιοδοξίας σχετικά με την ελπίδα να ενσωματωθούν στην κοινότητα οι λήπτες και να μην απαιτούν μακροπρόθεσμες φροντίδες ( $p=0,001$ ,  $p=0,007$  αντίστοιχα) (Παράρτημα Β Πίνακες 21,22) σε σύγκριση με τους επαγγελματίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Η νοσηλευτική υπηρεσία είναι πιο αισιόδοξη με την προσδοκία να μην απαιτούν μακροπρόθεσμες θεσμικές φροντίδες σε αντίθεση με την ιατρική που σε ποσοστό 52,6% και 10,5% πιστεύει ότι «Οι περισσότεροι» και «Όλοι» αντίστοιχα οι λήπτες θα χρειάζονται μακροπρόθεσμη θεσμική φροντίδα ( $p=0,015$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας 47)



Διάγραμμα 7. Ελπίδες-Προσδοκίες για το μέλλον των ληπτών

Στην τελευταία ερώτηση του Μέρους Β αναφορικά με την αξιολόγηση του Δικτύου (Διάγραμμα 8) επαγγελματίες και λήπτες συγκλίνουν ως προς τις απόψεις

τους. Η «Καλή» ποιότητα φροντίδας που λαμβάνουν οι λήπτες των υπηρεσιών συγκεντρώνει ποσοστό 60,2% και η «Άριστη» 18,3% με τους επαγγελματίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης να αφήνουν περιθώρια βελτίωσης ( $p=0,024$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας 23). Η «Καλή» ποιότητα των επιστημονικών ικανοτήτων των επαγγελματιών του συγκεκριμένου Δικτύου συγκεντρώνει ποσοστό 59,7% , «Άριστη» δήλωσε ποσοστό 17,3% και «Μέτρια» το 16,8% . Το 41,9% του συνόλου έκρινε το ηθικό των επαγγελματιών «Καλό», ενώ το 10,8% των επαγγελματιών αναφέρει ότι το ηθικό είναι «Κακό» και μόνο το 6,9% το κρίνει «Άριστο» (Παράρτημα Α Πίνακας 8). Η εικόνα αυτή αποδίδεται στη γενικότερη κατάσταση που επικρατεί στο χώρο της υγείας (καταργήσεις οργανισμών, συγχωνεύσεις κλπ) καθώς και στην εργασιακή ανασφάλεια που βιώνουν οι εργαζόμενοι λόγω των μέτρων διαθεσιμότητας –κινητικότητας που επικρατούν.



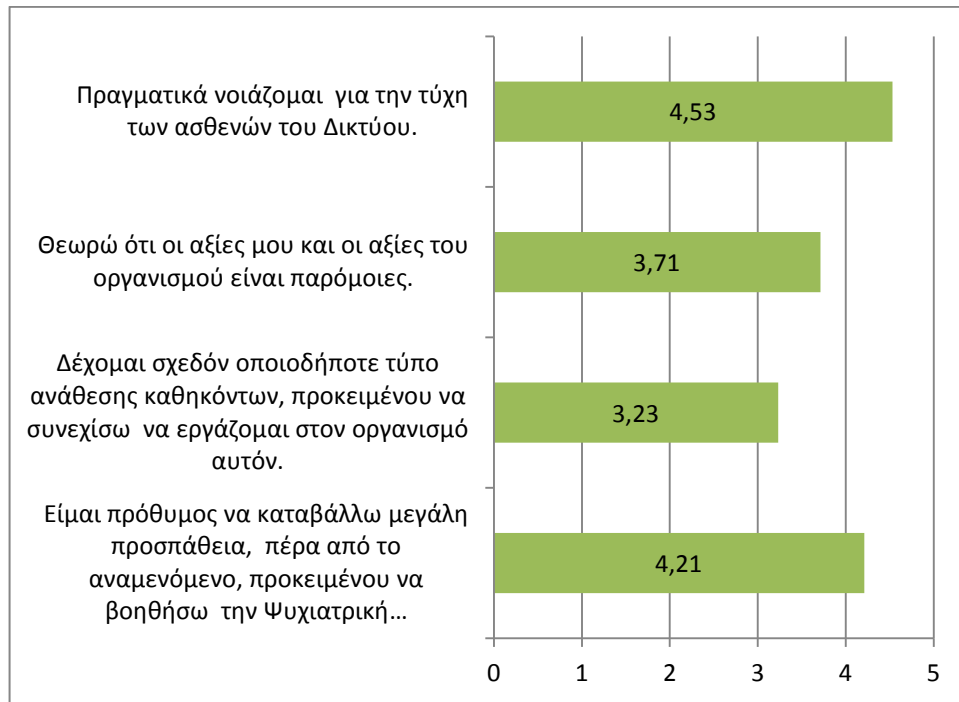
Διάγραμμα 8. Αξιολόγηση Δικτύου Ψυχικής Υγείας

### 5.3.3 Ικανοποίηση από την εργασία (Μέρος Γ)

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου αφορούσε μόνο τους επαγγελματίες υγείας και αναφερόταν στην ικανοποίηση από την εργασία τους στο Δίκτυο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, το βαθμό αφοσίωσης σε αυτόν, την ικανοποίηση από την



εκπαίδευση που τους παρείχαν προκειμένου να υποστηρίξουν το πρόγραμμα της αποασυλοποίησης και τη συνολικότερη ικανοποίηση, σε σχέση πάντα με τον εργασιακό τους βίο, τη στιγμή που συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο. Στην πρώτη ερώτηση αυτού του μέρους τα αποτελέσματα όπως φαίνονται στο Διάγραμμα 9 που ακολουθεί, διαμορφώνονται ως εξής:

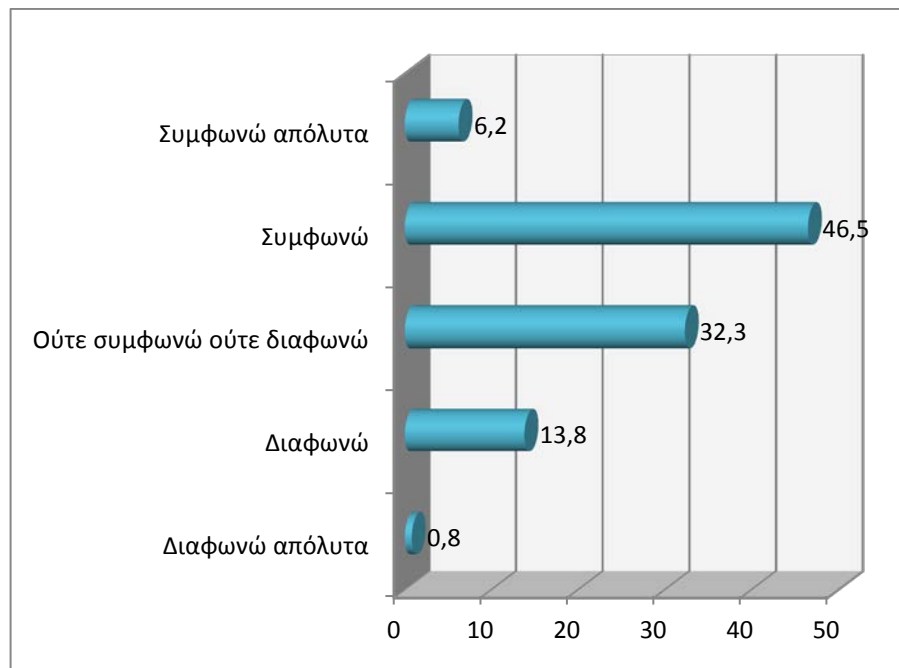


Διάγραμμα 9. Αισθήματα απέναντι στο Δίκτυο

53,1% των επαγγελματιών απάντησε ότι «Συμφωνεί» με τις αξίες του Οργανισμού, ενώ 57,7% δήλωσε ότι «Συμφωνεί απόλυτα» στην ερώτηση «...πραγματικά νοιάζονται για την τύχη των ασθενών του Δικτύου» με την ηλικιακή ομάδα 50-65 να νοιάζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες ομάδες ( $p=0,044$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας 27) Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι και στις δύο αυτές ερωτήσεις δεν υπήρξε καμία απάντηση στο «Διαφωνώ απόλυτα». Το 84,6% αθροιστικά δήλωσε ότι «Συμφωνεί» και «Συμφωνεί απόλυτα» να καταβάλλει μεγάλη προσπάθεια προκειμένου να βοηθήσουν τη συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και μόνο το 0,8% και 4,6% απάντησε αντίστοιχα «Διαφωνώ απόλυτα» και «Διαφωνώ». Ιατρική και νοσηλευτική υπηρεσία είναι πιο θετική με την άποψη αυτή από ότι διοικητική και τεχνική ( $p=0,001$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας 48). Στην τελευταία ερώτηση ποσοστό 28,5% «Διαφωνεί» να δεχτούν οποιοδήποτε τύπου ανάθεσης καθηκόντων προκειμένου να συνεχίσουν να εργάζονται στο Δίκτυο αυτό, 28,5% «Ούτε συμφωνεί, ούτε διαφωνεί», 25,4%

«Συμφωνεί» και 15,4% «Συμφωνεί απόλυτα» (Παράρτημα Α Πίνακας 9) με τους άντρες να διαφωνούν σε τριπλάσιο σχεδόν ποσοστό από τις γυναίκες ( $p= 0,007$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας 5), καθώς και την ιατρική, διοικητική και τεχνική υπηρεσία να διαφωνούν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τη νοσηλευτική ( $p=0,011$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας 49)

Στο Διάγραμμα 10 απεικονίζονται τα αποτελέσματα της ερώτησης 12 σχετικά με το αν η εκπαίδευση – κατάρτιση του προσωπικού είναι επαρκής για τη στήριξη του Δικτύου και των ληπτών. Ποσοστό 46,5% του δείγματος απάντησε «Συμφωνώ», 32,3% απάντησε «Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ», 13,8% απάντησε «Διαφωνώ» και υπήρξε ένα 6,2% που απάντησε «Συμφωνώ απόλυτα» (Παράρτημα Α Πίνακας 10).



Διάγραμμα 10. Κατάρτιση-εκπαίδευση προσωπικού

Στον Πίνακα 6 που ακολουθεί αποτυπώνεται η ικανοποίηση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας από τις διάφορες πτυχές της εργασία τους. Διαπιστώνεται ότι οι πτυχές που προσδίδουν μεγαλύτερη ικανοποίηση είναι η δουλειά με τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε ποσοστό 71,5%, η ποιότητα του έργου που παράγουν 61,5%, η συχνότητα επαφής με τους λήπτες 56,9%, οι ευκαιρίες που τους προσφέρονται για να βοηθήσουν τους άλλους 55,4%, το αίσθημα επιτυχίας ως επαγγελματίες 51,8%. Η εξουσία που τους παρέχει η εργασία

και οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους συναδέλφους συγκέντρωσαν ποσοστά 52,3% και 63,8% αντίστοιχα και αποδίδονται στη μορφή του Δικτύου σε μικρές αποκεντρωμένες μονάδες (Ξενώνες, Οικοτροφεία, Προστατευμένα Διαμερίσματα) στην οποία ευνοείται η ανάπτυξη ισχυρών δεσμών μεταξύ των επαγγελματιών, ομαδικού πνεύματος και η ανάληψη πρωτοβουλιών. Βρέθηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό σε ποσοστό 62,0% δηλώνει «Ίκανοποιημένο», το διοικητικό και τεχνικό προσωπικό μοιράζεται ανάμεσα στο «Όυτε ικανοποιημένο, ουτε δυσαρεστημένο» και «Ίκανοποιημένο» και την ιατρική υπηρεσία σε ποσοστό 52,6% να δηλώνει «Όυτε ικανοποιημένο, ουτε δυσαρεστημένο αναφορικά με την που παρέχει η εργασία (p=0,032) (Παράρτημα Β Πίνακας 50). Επίσης σε ποσοστό 49,2% δηλώνουν ικανοποιημένοι από την προσωπική ανάπτυξη που λαμβάνουν από τη εργασία τους και 46,2% από την αναγνώριση της εργασίας τους από τον προϊστάμενό τους με την ηλικιακή ομάδα 25-50 να είναι «Πολύ ικανοποιημένο» σε ποσοστό 22,2%, την ομάδα 35-50 σε ποσοστό 12,5% και την ομάδα 50-65 σε ποσοστό 8,7% (p=0,029) (Παράρτημα Β Πίνακας 28).

Ο μισθός συγκέντρωσε το μεγαλύτερο ποσοστό δυσαρέσκειας (36,9% «Δυσαρεστημένος» και 26,2% «Πολύ δυσαρεστημένος»). Στην Ελλάδα οι αποδοχές των εργαζομένων στο Δημόσιο Τομέα έχουν μειωθεί σχεδόν 30% βάση των υπογεγραμμένων μνημονίων και εξακολουθούν να αποτελούν αντικείμενο διαπραγμάτευσης μεταξύ της πολιτείας και της ΕΕ. Ποσοστό 36,9% δηλώνει «Όυτε ικανοποιημένο ουτε δυσαρεστημένο» και το 24,6% «Δυσαρεστημένο» από τις ευκαιρίες για προαγωγή. Η αξιολόγηση στο Δημόσιο Τομέα, μέχρι σήμερα, αποτελεί μία αδιάφορη και απαξιωμένη διαδικασία χωρίς να συνδέεται με την αμοιβή, ή τα bonus, τη μη χρηματική αποζημίωση και τις ευκαιρίες για ανέλιξη στις ανώτερες θέσεις της διοίκησης. Επίσης, συγκρατημένο εμφανίζεται το δείγμα ως προς τις πιθανότητες για την απόκτηση νέων δεξιοτήτων με το 40,8% να δηλώνει «Όυτε ικανοποιημένο ουτε δυσαρεστημένο» και το 36,2% «Ίκανοποιημένο». Λίγο μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης προσφέρουν οι προκλήσεις που παρέχει η εργασία τους. Το 38,5% δηλώνει «Ίκανοποιημένο» και το 28,5% «Όυτε ικανοποιημένο ουτε δυσαρεστημένο». Οι τελευταίες δύο εναπομείναντες ερωτήσεις αναφέρονται σε διαδικασίες management και αφορούν τη σαφήνεια των κατευθυντήριων οδηγιών και τη συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Στην πρώτη από τις δύο, το δείγμα φαίνεται μοιρασμένο με το 38,5% να δηλώνει «Όυτε ικανοποιημένο ουτε δυσαρεστημένο» και το 35,4%

(αθροιστικά) να δηλώνει «Ικανοποιημένο» και «Πολύ ικανοποιημένο». Στη δεύτερη ερώτηση η επιφύλαξη είναι ακόμη μεγαλύτερη με το 40,0% να δηλώνει «Ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσαρεστημένο», το 26,2% «Ικανοποιημένο» και το 24,6% «Δυσαρεστημένο». Τεχνικοί και διοικητικοί τηρούν ουδέτερη στάση ενώ οι επαγγελματίες ιατρικής υπηρεσίας εκφράζουν δυσαρέσκεια σχετικά με τις παρεχόμενες ευκαιρίες για συμμετοχή στη διαδικασία λήψεων αποφάσεων ( $p=0,004$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας 51) Επαληθεύονται τα αποτελέσματα της ερώτησης 5 του Μέρους Α, σχετικά με τον ρόλο επαγγελματιών και συνοδών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

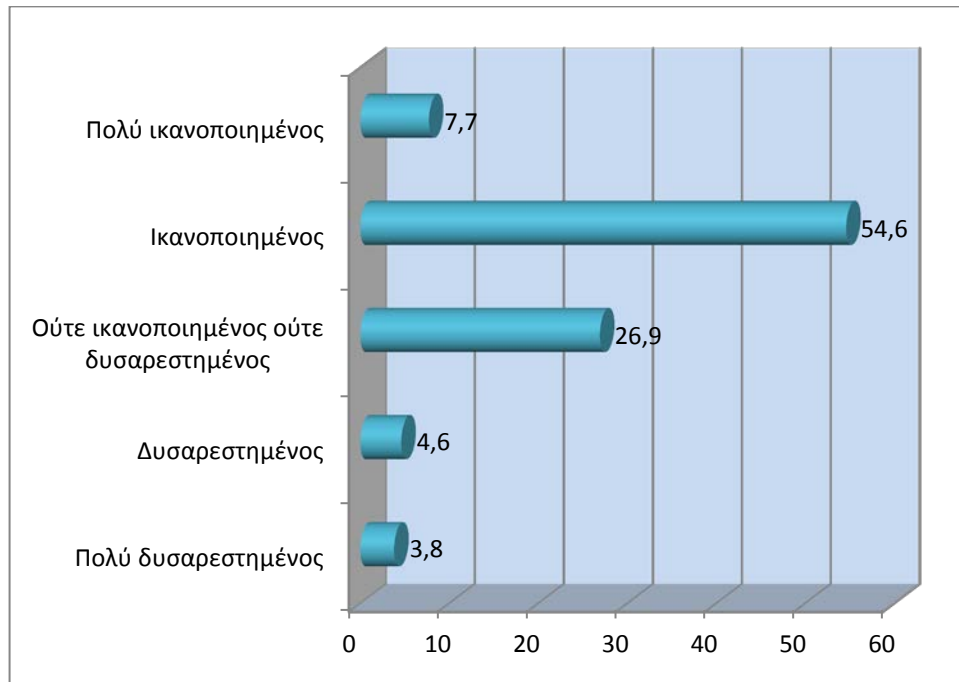
Πίνακας 6. Ικανοποίηση επαγγελματιών ψυχικής υγείας από την εργασία

13	Πόσο ικανοποιημένοι είστε με κάθε μία από τις ακόλουθες πτυχές της εργασίας σας. Πόσο ικανοποιημένοι είστε με ....	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσαρεστημένος	Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
	...Τη δουλειά σας με τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας.	3,89	0,587	0	2,3	16,2	71,5	10,0
	... Την εξουσία που σας παρέχει η εργασία σας προκειμένου να κάνετε τη δουλειά σας.	3,55	0,738	0,8	6,9	34,6	52,3	5,4
	... Το μισθό.	2,28	1,080	26,2	36,9	13,1	10,0	3,8
	... Τις ευκαιρίες για προαγωγή.	2,44	1,042	23,8	24,6	36,9	13,1	1,5
	... Τις προκλήσεις που σας παρέχει η εργασία σας.	3,08	1,054	9,2	20,0	28,5	38,5	3,8
	... Την ποιότητα του έργου που παράγετε.	3,87	0,811	1,5	5,4	14,6	61,5	16,9

Πόσο ικανοποιημένοι είστε με κάθε μία από τις ακόλουθες πτυχές της εργασίας σας. Πόσο ικανοποιημένοι είστε με ....	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσασεστημένος	Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
... Τις πιθανότητες για την απόκτηση νέων δεξιοτήτων.	3,09	0,903	5,4	13,1	40,8	36,2	3,1
... Τη συχνότητα επαφής με τους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας.	3,68	0,790	0,8	7,7	23,8	56,9	10,0
...Τις ευκαιρίες που σας προσφέρονται για να βοηθήσετε τους ανθρώπους.	3,71	0,910	4,6	3,1	23,1	55,4	13,8
... Τη σαφήνεια των κατευθυντήριων γραμμών προκειμένου να κάνετε τη δουλειά σας.	3,07	0,982	6,9	19,2	38,5	30,8	4,6
... Την ευκαιρία να συμμετέχετε στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.	2,98	0,940	5,4	24,6	40,0	26,2	3,8
... Την αναγνώριση της εργασίας σας από τον προϊστάμενό σας.	3,50	1,032	3,8	15,4	20,8	46,2	13,1
...Το αίσθημα επιτυχίας σας ως επαγγελματία.	3,80	2,813	3,8	6,9	26,2	53,8	8,5
...Τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους συναδέλφους σας.	4,02	0,800	2,3	3,1	7,7	63,8	22,3
...Την προσωπική ανάπτυξη που λαμβάνετε από τη δουλειά σας.	3,50	0,910	4,6	5,4	30,8	49,2	9,2

Σε γενικές γραμμές η πλειοψηφία των εργαζομένων εμφανίζεται ικανοποιημένο από τη ζωή του σε ποσοστό 54,6%, «Ούτε ικανοποιημένο ούτε

δυσανεστημένο» σε ποσοστό 26,9%, «Δυσανεστημένο» 4,6%, «Πολύ δυσανεστημένο» 3,8% και «Πολύ ικανοποιημένο» 7,7% (Παράρτημα Α Πίνακας 11) με την ηλικιακή ομάδα των 50-65 να δηλώνει ουδετερότητα, σε αντίθεση με τις άλλες δύο ηλικιακές ομάδες που δηλώνουν σε σημαντικό βαθμό ικανοποιημένοι ( $p=0,032$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας 29).



Διάγραμμα 11. Συνολικότερη ικανοποίηση επαγγελματιών από τη ζωή

#### 5.3.4 Συσχετίσεις μεταβλητών και σύγκριση μέσων όρων

Πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και απόψεων και για τις δύο ομάδες, όπου κρίθηκε ότι υπήρχε ερευνητικό ενδιαφέρον. Αναφέρονται όσες βρέθηκαν με επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας κάτω από 0,05, ενώ τα αποτελέσματα καταγράφονται στους Πίνακες του Παραρτήματος Β .

Στους επαγγελματίες βρέθηκε να υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ γυναικών και αντρών σε σχέση με:

- I. τη δράση της τομεοποίησης με τις γυναίκες να τη θεωρούν ως την πιο γνωστή δράση του Προγράμματος «Ψυχαργός» σε διπλάσιο ποσοστό από τους άντρες (επίπεδα σημαντικότητας  $p=0,002$ ) (Παράρτημα Β Πίνακας 1)
- II. το όφελος από τη δράση της καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού του Προγράμματος «Ψυχαργός» με τις γυναίκες να θεωρούν ως «Πολύ σημαντική» τη συγκεκριμένη δράση σε διπλάσιο ποσοστό από τους άντρες ( $p=0,049$ )(Παράρτημα Β Πίνακας 2)

- III. το γεγονός του επηρεασμού από προσωπικά και πολιτικά κίνητρα των υπευθύνων για την απόφαση κλεισίματος του ψυχιατρείου ( $p= 0,034$ ) με τους άντρες να συμφωνούν με αυτή την άποψη σε ποσοστό μεγαλύτερο από αυτό των γυναικών (Παράρτημα Β Πίνακας 3)
- IV. την άποψη ότι το προσωπικό θα αφήσει χωρίς ουσιαστική υποστήριξη το Δίκτυο αν δεν του δοθούν κίνητρα ( $p= 0,024$ ) με τους άντρες να εμφανίζονται λιγότερο σύμφωνοι με την άποψη αυτή(Παράρτημα Β Πίνακας 4)
- V. την αποδοχή οποιουδήποτε τύπου ανάθεσης καθηκόντων προκειμένου να συνεχίσουν να εργάζονται στον οργανισμό  $p= 0,007$  με τους άντρες να διαφωνούν σε τριπλάσιο σχεδόν ποσοστό από τις γυναίκες (Παράρτημα Β Πίνακας 5).
- VI. τις ευκαιρίες που τους προσφέρονται για να βοηθήσουν τους ανθρώπους  $p= 0,038$  με τις γυναίκες να καταγράφουν μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης από τους άντρες (Παράρτημα Β Πίνακας 6).

Η εκπαίδευση επηρεάζει τους επαγγελματίες όσον αφορά:

- I. στη δράση της καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού ως πιο γνωστή δράση του Προγράμματος «Ψυχαργός» με επίπεδα σημαντικότητας  $p=0,002$  και τους επαγγελματίες της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης να είναι πιο ενήμεροι για τις καμπάνιες anti-stigma (Παράρτημα Β Πίνακας 7).
- II. στις δράσεις της αποασυλοποίησης, της καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού και της ψυχολογικής υποστήριξης ως οφέλη του Προγράμματος «Ψυχαργός»  $p=0,021$ ,  $p=0,030$ ,  $p=0,000$  αντίστοιχα, με τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να τις θεωρούν λιγότερο σημαντικές από ότι οι επαγγελματίες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, (Παράρτημα Β Πίνακες 8,9,10)
- III. στην ενδεδειγμένη εφαρμογή του Προγράμματος «Ψυχαργός»  $p=0,033$  με τους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να μοιράζονται ανάμεσα στο «Συμφωνώ» και «Διαφωνώ» με ίσα ποσοστά και αυτούς της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας να τηρούν πιο θετική στάση (Παράρτημα Β Πίνακες 11)
- IV. στη συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για το κλείσιμο του ψυχιατρείου  $p=0,01$ , με 56 στους 74 επαγγελματίες τριτοβάθμιας

εκπαίδευσης και 26 στους 50 δευτεροβάθμιας να απαντούν «Καθόλου» (Παράρτημα Β Πίνακας 12)

- V. στα ΜΜΕ, τους επαγγελματίες υγείας και τον κοινωνικό περίγυρο ως πηγές ενημέρωσης για το Πρόγραμμα  $p=0,011$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,001$  αντίστοιχα, με τους επαγγελματίες της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης να ενημερώνονται περισσότερο από τα ΜΜΕ, της πρωτοβάθμιας από τον κοινωνικό περίγυρο και της δευτεροβάθμιας από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Παράρτημα Β Πίνακες 13, 14, 15).
- VI. στις δηλώσεις σχετικά με την παρεχόμενη ποιότητα του Δικτύου  $p=0,014$  (Μέσος Όρος) με τους επαγγελματίες της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης να τάσσονται υπέρ της διαβίωσης των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα σε αντίθεση με αυτούς της δευτεροβάθμιας και πρωτοβάθμιας που εκφράζουν επιφυλάξεις. Επιπλέον οι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης είναι ουδέτεροι ως προς την άποψη ότι το προσωπικό θα αφήσει το Δίκτυο χωρίς υποστήριξη αν δεν δοθούν κίνητρα, ενώ η πλειοψηφία των επαγγελματιών της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης διαφωνούν με την άποψη ότι οι ψυχικά ασθενείς θα καταλήξουν να ζουν στο δρόμο σε αντίθεση με αυτούς της δευτεροβάθμιας. Τέλος η πλειοψηφία των επαγγελματιών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης συμφωνούν ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έγινε για να βελτιώσει τη φροντίδα των ασθενών, ενώ διάκεινται επιφυλακτικοί σχετικά με την ανάπτυξη επαρκών δομών ψυχικής υγείας από την πολιτεία (Παράρτημα Β Πίνακες 16,17,18, 19,20)
- VII. στην ελπίδα να ενσωματωθούν στην κοινότητα οι λήπτες και να μην απαιτούν μακροπρόθεσμες φροντίδες  $p=0,001$ ,  $p=0,007$  αντίστοιχα με τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να εκφράζουν μεγαλύτερο βαθμό απαισιοδοξίας (Παράρτημα Β Πίνακες 21,22)
- VIII. στην ποιότητα φροντίδας που λαμβάνουν οι λήπτες των υπηρεσιών του Δικτύου  $p=0,024$  με αυτούς της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης να αφήνουν περιθώρια βελτίωσης (Παράρτημα Β Πίνακας 23).
- Βρέθηκε να υπάρχει επίσης σημαντική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και:
- I. συμμετοχής στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για το κλείσιμο του ψυχιατρείου  $p=0,013$ (Παράρτημα Β Πίνακες 24) με την ηλικιακή ομάδα των 20-35 να απαντούν ότι οι υπεύθυνοι δεν τους κρατούσαν ενήμερους για την ημερομηνία κλεισίματος του ψυχιατρείου «Καθόλου» σε ποσοστό 61,1% , η



ομάδα των 35-50 σε ποσοστό 29,2% απάντησε «Αρκετά», ενώ η ομάδα των 50-65 σε ποσοστό 13,6% απάντησε «Πάρα πολύ»(Παράρτημα Β Πίνακας 24)

II. στάσης του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική ασθένεια και της μη ολοκλήρωσης της επαγγελματικής αποκατάστασης ως δυνητικές απειλές στην ανάπτυξη των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης  $p=0,038$ ,  $p=0,023$  αντίστοιχα, με την ανεργία να θεωρείται «Πολύ σοβαρή» απειλή στην ομάδα των 50-65, «Ελάχιστα σοβαρή» στην ομάδα 35-50 και «Σοβαρή» στην ομάδα 20-35. Αντίστοιχα η στάση του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική ασθένεια αντιμετωπίζεται ως «Σοβαρή» απειλή από την ηλικιακή ομάδα 20-35 σε ποσοστό 50%, «Ελάχιστα σοβαρή» από την ομάδα 35-50 σε ποσοστό 30,3% και «Λίγο σοβαρή» από την ομάδα 50-65 σε ποσοστό 39,1% (Παράρτημα Β Πίνακες 25, 26)

III. έννοιας για την τύχη των ασθενών του Δικτύου  $p=0,044$  με την ηλικιακή ομάδα 50-65 να νοιάζεται για την τύχη των ψυχικά ασθενών σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες ομάδες (Παράρτημα Β Πίνακας 27)

IV. αναγνώρισης της εργασίας από τον προϊστάμενο  $p=0,029$  με την ηλικιακή ομάδα 25-50 να είναι «Πολύ ικανοποιημένο» σε ποσοστό 22,2%, την ομάδα 35-50 σε ποσοστό 12,5% και την ομάδα 50-65 σε ποσοστό 8,7% (Παράρτημα Β Πίνακας 28)

V. συνολικής ικανοποίησης από τη ζωή  $p=0,032$  με την ομάδα 50-65 να δηλώνει ουδετερότητα, σε αντίθεση με τις άλλες δύο ομάδες που δηλώνουν σε σημαντικό βαθμό ικανοποιημένοι (Παράρτημα Β Πίνακας 29).

Η θέση εργασίας (υπάλληλος, προϊστάμενος, διευθυντής) επηρεάζει:

I. τη δράση των ΚοιΣΠΕ (επίπεδα σημαντικότητας  $p=0,030$ ) με την κατηγορία των υπαλλήλων να τη θεωρούν πιο γνωστή δράση του Προγράμματος «Ψυχαργώς» από τους υπόλοιπους επαγγελματίες και της καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού ( $p=0,043$ ) με τους προϊστάμενους και διευθυντές να την κατατάσσουν σε υψηλότερη θέση από τους υπαλλήλους (Παράρτημα Β Πίνακες 30, 31).

II. την άποψη ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση όπως έχει εφαρμοστεί μέχρι τώρα παρέχει καλύτερες υπηρεσίες από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία  $p=0,011$ , με τους Διευθυντές να «Συμφωνούν» και να «Συμφωνούν απόλυτα» σε ποσοστό 80% αθροιστικά, ενώ «Διαφωνούν απόλυτα» σε ποσοστό 20%,

τους Προϊσταμένους να συμφωνούν αθροιστικά σε ποσοστό 100% και τους υπαλλήλους σε ποσοστό 95% (Παράρτημα Β Πίνακας 32).

- III. το ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για το κλείσιμο του ψυχιατρείου  $p=0,024$  (Μέσος Όρος) με τους Διευθυντές να δηλώνουν μεγαλύτερη συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, ενώ οι υπάλληλοι τη μικρότερη (Παράρτημα Β Πίνακες 33,34,35).
- IV. της πηγές πληροφόρησης με τους Προϊσταμένους και τους Διευθυντές να ενημερώνονται «Πάρα πολύ» από το Υπουργείο Υγείας σε ποσοστό 20% αμφότεροι ( $p=0,000$ ) και οι υπάλληλοι σε ποσοστό 6,1% ενώ από τα ΜΜΕ ενημερώνονται οι Διευθυντές «Πάρα πολύ» σε ποσοστό 20,0%, οι προϊστάμενοι και οι υπάλληλοι σε ποσοστά 0% και 1,0% αντίστοιχα ( $p=0,006$ ) (Παράρτημα Β Πίνακες 36,37).
- V. την υποχρηματοδότηση και την ανεργία των ατόμων με ψυχικά προβλήματα, ως δυνητικές απειλές της ανάπτυξης προγραμμάτων ψυχιατρικής μεταρρύθμισης  $p=0,003$  και  $p=0,004$  αντίστοιχα, με τους Προϊσταμένους να τη θεωρούν λιγότερο απειλή από τους Διευθυντές και τους υπαλλήλους που τη θεωρούν τη σοβαρότερη. Οι Διευθυντές θεωρούν την ανεργία των ψυχικά ασθενών την σοβαρότερη απειλή σε ποσοστό 100%, οι Προϊστάμενοι σε ποσοστό 40% και οι υπάλληλοι σε ποσοστό 44% (Παράρτημα Β Πίνακες 38,39).

Αντίστοιχα η Διεύθυνση εργασίας (ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική, τεχνική) διαφοροποιεί τα αποτελέσματα που σχετίζονται με:

- I. την ψυχολογική στήριξη ως σημαντικότερο όφελος του Προγράμματος  $p=0,012$ , με τους εργαζόμενους στην ιατρική υπηρεσία να τη θεωρούν «Πολύ σημαντική» σε ποσοστό 57,9%, τους διοικητικούς υπαλλήλους σε ποσοστό 40% , τους νοσηλευτές σε ποσοστό 35,2% και τέλος τους τεχνικούς με ποσοστό 25% (Παράρτημα Β Πίνακας 40).
- II. το ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για το κλείσιμο του ψυχιατρείου  $p=0,028$  (Μέσος Όρος) με το 55,6% της ιατρικής υπηρεσίας να δηλώνει ότι δεν ερωτήθηκαν «Καθόλου» για την απόφαση κλεισίματος του ψυχιατρείου και το 47,6% της διοικητικής υπηρεσίας να δηλώνει «Αρκετά». Επιπλέον το 36,6% της νοσηλευτικής υπηρεσίας και το 37,5% της τεχνικής δηλώνουν ότι οι υπεύθυνοι ήταν σαφείς σχετικά με τις αλλαγές στο εργαζόμενο προσωπικό «Αρκετά» (Παράρτημα Β Πίνακες 41,42).

- III. τα ΜΜΕ ως πηγή πληροφόρησης του Προγράμματος  $p=0,016$  με την ιατρική και διοικητική υπηρεσία να ενημερώνονται ελάχιστα από τα ΜΜΕ σε αντίθεση με τη νοσηλευτική και τεχνική υπηρεσία (Παράρτημα Β Πίνακας 43).
- IV. τις δηλώσεις σχετικά με την παρεχόμενη ποιότητα από το Δίκτυο  $p=0,018$  (Μέσος Όρος) με 9 στους 71 επαγγελματίες της νοσηλευτικής υπηρεσίας να «διαφωνούν απόλυτα» με την άποψη ότι η ποιότητα ζωής στην κοινότητα είναι καλύτερη από το ψυχιατρείο, 10 στους 19 εργαζόμενους της ιατρικής υπηρεσίας να «Διαφωνούν» ότι θα αφήσουν το Δίκτυο χωρίς ουσιαστική στήριξη αν δεν δοθούν κίνητρα στο προσωπικό, ενώ νοσηλευτική και τεχνική υπηρεσία δηλώνουν ουδέτερη στάση με τη συγκεκριμένη άποψη. Επιπλέον η πλειοψηφία των επαγγελματιών της ιατρικής υπηρεσίας «Διαφωνεί» και «Διαφωνεί απόλυτα» με την ύπαρξη κινδύνου κατάληξης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα να ζουν στους δρόμους, σε αντίθεση με τους επαγγελματίες των υπόλοιπων Διευθύνσεων που είναι πιο επιφυλακτικοί(Παράρτημα Β Πίνακες 44,45,46)
- V. την προσδοκία να μην απαιτούν μακροπρόθεσμες θεσμικές φροντίδες  $p=0,015$ , με τη νοσηλευτική υπηρεσία να είναι πιο αισιόδοξη σε αντίθεση με την ιατρική που σε ποσοστό 52,6% πιστεύει ότι οι περισσότεροι λήπτες θα χρειάζονται μακροπρόθεσμη θεσμική φροντίδα (Παράρτημα Β Πίνακας 47)
- VI. την προθυμία να καταβάλουν μεγαλύτερη προσπάθεια από την αναμενόμενη προκειμένου να βοηθήσουν στην επιτυχία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης  $p=0,001$ , με τη διοικητική και τεχνική υπηρεσία να κρατούν ουδέτερη στάση, ενώ την ιατρική και νοσηλευτική υπηρεσία να είναι πιο θετική. Η αποδοχή οποιουδήποτε τύπου καθηκόντων προκειμένου να συνεχίσουν να εργάζονται στον οργανισμό  $p=0,011$  βρίσκει αντίθετους την ιατρική, διοικητική και τεχνική υπηρεσία (Παράρτημα Β Πίνακες 48,49)
- VII. την εξουσία που τους παρέχει η εργασία ( $p=0,032$ ) με το νοσηλευτικό προσωπικό σε ποσοστό 62,0% να δηλώνει «Ικανοποιημένο», το διοικητικό και τεχνικό προσωπικό να μοιράζεται ανάμεσα στο «Ούτε ικανοποιημένο, ούτε δυσαρεστημένο» και «Ικανοποιημένο» και την ιατρική υπηρεσία σε ποσοστό 52,6% να δηλώνει «Ούτε ικανοποιημένο, ούτε δυσαρεστημένο. Επίσης τεχνικοί και διοικητικοί τηρούν ουδέτερη στάση ενώ οι επαγγελματίες ιατρικής υπηρεσίας εκφράζουν δυσαρέσκεια σχετικά με τις

παρεχόμενες ευκαιρίες για συμμετοχή στη διαδικασία λήψεων αποφάσεων( $p=0,004$ ) (Παράρτημα Β Πίνακες 50,51)

Στους συνοδούς/λήπτες βρέθηκε να υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ γυναικών και αντρών σχετικά με :

- I. τη δράση της τομεοποίησης ως πιο γνωστή δράση του Προγράμματος «Ψυχαργώς» με επίπεδα σημαντικότητας  $p=0,025$  και τους άντρες να είναι πιο ενημερωμένοι από τις γυναίκες (Παράρτημα Β Πίνακας 52)
- II. τις απόψεις σχετικά με την παρεχόμενη ποιότητα και το μέλλον της μεταρρύθμισης  $p=0,016$  (Μέσος Όρος) με τους 23 στους 31 άντρες και 16 στις 27 γυναίκες να συμφωνούν σε μία πιθανή αύξηση φόρων που θα έχει σκοπό την ανάπτυξη προγραμμάτων ψυχικής φροντίδας στην κοινότητα. Επιπλέον, η πλειοψηφία των αντρών συμφωνεί με την άποψη ότι χωρίς κίνητρα το προσωπικό θα αφήσει το Δίκτυο χωρίς ουσιαστική υποστήριξη, ενώ το 50% περίπου των αντρών διαφωνεί με την απόφαση να κλείσουν τα ψυχιατρεία σε αντίθεση με τις γυναίκες που σε ποσοστό 73,3% δηλώνει πως ήταν σωστή. Τέλος οι άντρες εκφράζουν μεγαλύτερη επιφυλακτικότητα από τις γυναίκες σχετικά με την ολοκλήρωση της ανάπτυξης επαρκών δομών ψυχιατρικής υποστήριξης (Παράρτημα Β Πίνακες 53,54,55,56,57)

Η εκπαίδευση των συνοδών επηρεάζει κυρίως:

- I. την άποψη ότι η φροντίδα στις δομές της κοινότητα είναι καλύτερη από τη φροντίδα στα ψυχιατρεία  $p =0,049$ , με το σύνολο των συνοδών της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης να συμφωνεί ενώ αυτό της δευτεροβάθμιας να συμφωνεί σε μικρότερο ποσοστό (Παράρτημα Β Πίνακας 58)
- II. τις πηγές πληροφόρησης του Προγράμματος και συγκεκριμένα αυτές που αφορούν τους συλλόγους ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την οικογένεια  $p=0,001$  και  $p=0,020$  αντίστοιχα, με αυτούς της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης να ενημερώνονται ελάχιστα από τους συλλόγους και πολύ από την οικογένεια σε αντίθεση με αυτούς της τριτοβάθμιας που ενημερώνονται σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό από τους συλλόγους και λιγότερο από την οικογένεια (Παράρτημα Β Πίνακες 59,60)
- III. την άποψη ότι το κράτος δε θα καταφέρει να ολοκληρώσει την ανάπτυξη επαρκών δομών ψυχιατρικής υποστήριξης ( $p=0,004$ ) με το 50,0% των ατόμων της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 25% της δευτεροβάθμιας και το

20,8% της πρωτοβάθμιας να συμφωνεί με την άποψη (Παράρτημα Β Πίνακας 61)

Η οικογενειακή κατάσταση των συνοδών/ληπτών (έγγαμος, άγαμος, με επιπλέον εξαρτώμενα μέλη) διαφοροποιεί τα αποτελέσματα που αναφέρονται:

- I. στην ενδεδειγμένη εφαρμογή του Προγράμματος «Ψυχαργός»  $p=0,022$  με την κατηγορία των έγγαμων και αυτών με επιπλέον εξαρτώμενα μέλη να τηρούν ουδέτερη στάση ενώ οι άγαμοι να συμφωνούν απόλυτα σε ποσοστό 61,5% (Παράρτημα Β Πίνακας 62)
- II. στην πιθανή αύξηση των φόρων που θα είχε στόχο να βοηθήσει στη δημιουργία προγραμμάτων ψυχικής υγείας  $p=0,010$  με τα άτομα με εξαρτώμενα μέλη να διαφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι άλλες δύο κατηγορίες (Παράρτημα Β Πίνακας 63)
- III. στην άποψη ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έγινε για να βελτιώσει τη φροντίδα των ασθενών  $p=0,026$  με 18 στα 21 έγγαμα άτομα, 23 στους 25 άγαμους και 11 στους 12 με εξαρτώμενα μέλη να «Συμφωνούν» και να «Συμφωνούν απόλυτα», (Παράρτημα Β Πίνακας 64)
- IV. στον κίνδυνο της φυλακής που ενέχει η μετακίνηση των ανθρώπων στην κοινότητα  $p=0,004$  με το 60,0% των άγαμων να «Διαφωνεί απόλυτα» και το 12,0% να «συμφωνεί», το 58,3% των συνοδών με επιπλέον εξαρτώμενα μέλη να «Διαφωνεί» και να «Διαφωνεί απόλυτα» ενώ το 33,3% (Ούτε διαφωνεί, ούτε συμφωνεί) και το 85,7% των έγγαμων να «Διαφωνεί» και να «Διαφωνεί απόλυτα», ενώ το 9,55 να «Συμφωνεί» (Παράρτημα Β Πίνακας 65).

Μέσω του ελέγχου υποθέσεων διερευνήθηκαν οι συγκρίσεις μεταξύ των μέσων τιμών των μεταβλητών του συνόλου του δείγματος (επαγγελματιών και συνοδών/ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας). Από τον έλεγχο κανονικότητας του κάθε δείγματος χωριστά με τη χρήση του test Kolmogorov-Smirnov, διαπιστώθηκε ότι τα δεδομένα δεν προέρχονται από κανονικές κατανομές, για το λόγο αυτό έγινε χρήση του μη-παραμετρικού Mann-Whitney U test. Τα αποτελέσματα όπως καταγράφονται στους πίνακες που ακολουθούν κατέδειξαν ότι:

Όσον αφορά στο Μέρος Α σχετικά με τη στάση απέναντι στην Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, τον τρόπο επικοινωνίας του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» και τις απειλές στην ανάπτυξη των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, υπάρχει

διαφορά ανάμεσα στους δύο πληθυσμούς του δείγματος αναφορικά με τις πιο γνωστές δράσεις του Προγράμματος (Πίνακας 7), τα σημαντικότερα οφέλη που αποκομίζουν οι λήπτες από την εφαρμογή του και ειδικότερα αυτά που αναφέρονται στο σεβασμό στα δικαιώματα/ αυτοεκπροσώπηση/συνηγορία, στην ψυχολογική υποστήριξη (Πίνακας 8) και στο ρόλο που διαδραμάτισαν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για το κλείσιμο του ΨΝΠΟ (Πίνακας 9).

Πίνακας 7. Μη-παραμετρικόMann-WhitneyUtest  
Πιο γνωστές δράσεις του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

	Δομές στην κοινότητα	ΚΨΥ, Ψυχιατρικά τμήματα στα νοσοκ.,Κ.Η., Κινητές Μονάδες	Φιλοξενούσε Οικογένειες/ Φροντίδα στο σπίτι	Κοι.Σ.Π.Ε.	Συνηγορία/αυτοεκπροσώπηση	Καμπάνιες για το στίγμα	Τομεοποίηση/γεωγραφική κατανομή υπηρεσιών
Mann-Whitney U	3382,500	3229,000	2693,000	2599,000	3286,500	3066,000	2936,000
Wilcoxon W	5273,500	5120,000	4523,000	4490,000	5116,500	4896,000	4766,000
Z	-2,106	-2,284	-3,467	-3,885	-1,754	-2,357	-2,738
Asymp. Sig. (2-tailed)	,035	,022	,001	,000	,080	,018	,006

a. Grouping Variable: Ιδιότητα

Πίνακας 8. Μη-παραμετρικόMann-Whitney U test  
Σημαντικότερα οφέλη από την εφαρμογή του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

	Αποασυλοποίηση/Κλείσιμο ψυχιατρείου	Ανάπτυξη κοινοτικών δομών (ΚΨΥ, ΚΗ,Κινητή μονάδα κλπ)	Κοινωνικοοικονομική επανένταξη/Κοι.Σ.Π.Ε.	Καταπολέμηση στίγματος	Σεβασμός στα δικαιώματα/εκπροσώπηση/συνηγορία	Ψυχολογική υποστήριξη
Mann-Whitney U	3902,000	3676,000	3549,500	3469,000	3222,000	2901,500
Wilcoxon W	12417,000	5506,000	5440,500	11854,000	11607,000	11286,500
Z	-,204	-,704	-1,114	-1,365	-2,085	-3,099
Asymp. Sig. (2-tailed)	,838	,481	,265	,172	,037	,002

a. Grouping Variable: Ιδιότητα

Πίνακας 9. Μη-παραμετρικό Mann-Whitney Utest  
Ο ρόλος στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για το κλείσιμο του ΨΝΠΟ

	Ερωτηθήκατε από τους υπεύθυνους για την απόφαση κλεισίματος του ΨΝΠΟ	Οι υπεύθυνοι επηρεάστηκαν από προσωπικά ή πολιτικά κίνητρα για την απόφαση κλεισίματος	Οι υπεύθυνοι κρατούσαν ενήμερους για την ημερομηνία κλεισίματος	Εκπροσωπήθηκαν όλες οι πλευρές που επηρεάστηκαν από την απόφαση κλεισίματος	Οι υπεύθυνοι ήταν σαφείς σχετικά με τις αλλαγές στο εργαζόμενο προσωπικό	Οι υπεύθυνοι σας κρατούσαν ενήμερους για τα επόμενα βήματα του προγράμματος
Mann-Whitney U	2786,000	2464,500	2233,500	2869,000	3182,000	2288,000
Wilcoxon W	4556,000	4117,500	3886,500	4522,000	4722,000	3884,000
Z	-3,743	-3,670	-4,487	-2,384	-1,142	-4,176
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,017	,253	,000

a. Grouping Variable: Ιδιότητα

Αντίθετα δε βρέθηκε διαφορά στη συμπεριφορά των δύο ομάδων σε ότι αφορά στην προτίμηση της ανάπτυξης δομών στην κοινότητα από την περίθαλψη στα ψυχιατρεία, την ενδεδειγμένη εφαρμογή του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», τις πηγές ενημέρωσης για το Πρόγραμμα / εξελίξεις στον τομέα ψυχικής υγείας, καθώς και τις σοβαρότερες απειλές στην ανάπτυξη του Δικτύου.

Στο Β Μέρος σχετικά με την ποιότητα, ελπίδες-προσδοκίες και την αξιολόγηση του Δικτύου βρέθηκε σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο δείγματα σε ότι αφορά την ποιότητα ζωής των ληπτών μέσα στην κοινότητα, την πιθανή αύξηση των φόρων με σκοπό την εφαρμογή προγραμμάτων ψυχικής φροντίδας και την προτεραιότητα των προγραμμάτων αυτών στην κρατική χρηματοδότηση (Πίνακας 11). Αντίστοιχα η στάση των δύο πληθυσμών δε διαφέρει σε ότι αφορά τις ελπίδες-προσδοκίες των ληπτών και το βαθμό αξιολόγησης του Δικτύου.

Πίνακας 10. Μη-παραμετρικόMann-WhitneyUtest  
 Απόψεις σχετικά με την ποιότητα και το μέλλον του Δικτύου

	Η ποιότητα ζωής των ανθρώπων είναι καλύτερη στην κοινότητα	Θα υποστήριζα μία πιθανή αύξηση φόρων για προγράμματα ψυχικής φροντίδας στην κοινότητα	Προγράμματα για την ψυχική υγεία πρέπει να αποτελούν προτεραιότητα για την κρατική χρηματοδότηση
Mann-Whitney U	2926,500	2315,000	3068,500
Wilcoxon W	11441,500	10830,000	11583,500
Z	-2,707	-4,321	-2,244
Asymp. Sig. (2-tailed)	,007	,000	,025

a. Grouping Variable: Ιδιότητα



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ –ΣΥΖΗΤΗΣΗ–ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

### 6.1 Συζήτηση -Συμπεράσματα

Από τις πρώτες νομοθετικές προσπάθειες για την αλλαγή της αντιμετώπισης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα μέχρι σήμερα, έχουν παρέλθει σχεδόν τριάντα χρόνια. Ο ιδρυματισμός και η ασυλικού τύπου περίθαλψη έχουν πλέον απορριφτεί τόσο ηθικά και δεοντολογικά, όσο και αμιγώς επιστημονικά. Η κοινοτική φροντίδα έχει παγιωθεί ως τη βέλτιστη πρακτική ψυχιατρικής περίθαλψης και σε αρκετές χώρες της Ευρώπης (Ιταλία, Μ. Βρετανία, Σκανδιναβία) έχει αντικαταστήσει πλήρως την παραδοσιακή προσέγγιση της ψυχικής ασθένειας[91]. Η Ελλάδα, έστω και ως υποχρέωση απέναντι στην ΕΕ, εφάρμοσε ενός φιλόδοξο έργο για τη μεταρρύθμιση του τομέα ψυχικής υγείας. Η πορεία του έργου ξεκίνησε με έναν Εθνικό σχεδιασμό (Εθνικό Πρόγραμμα Δράσης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»), ακολούθησε ο επιχειρησιακός σχεδιασμός και η εξασφάλιση της χρηματοδότησης μέσα από ευρωπαϊκά προγράμματα.

Η συστηματική μελέτη των αντιλήψεων και στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στο σύστημα, ακόμη και μέσα στα πλαίσια μεταπτυχιακών διατριβών, θεωρείται αναγκαία για την αξιολόγηση τόσο των διοικητικών παρεμβάσεων, όσο και των αποτελεσμάτων αυτών. Οι οικογένειες των ψυχικά ασθενών και τα ίδια τα άτομα με ψυχικά προβλήματα, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην επιτυχία κάθε προγράμματος που τους αφορά, εφόσον, μαζί με τους εργαζόμενους, είναι σε θέση, περισσότερο οι δεύτεροι, να αρνηθούν σε μελλοντικά σχέδια, να διακόψουν την εφαρμογή του προγράμματος ή να δυσκολέψουν και να καθυστερήσουν τα αποτελέσματα[28]. Εξάλλου, η εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία του ψυχικά ασθενή θεωρείται απαραίτητη ακόμη και γι' αυτούς που δεν αντιμετωπίζουν σοβαρές ψυχικές διαταραχές[29].

Τα δημογραφικά στοιχεία της έρευνας αποτυπώνουν, αφενός τη σταδιακή στροφή του δημόσιου τομέα προς τη στελέχωση με ειδικευμένο προσωπικό, αφετέρου το πάγωμα των προσλήψεων και τις εσπευσμένες αποχωρήσεις για συνταξιοδότηση προκειμένου να αποφευχθούν νέα δυσμενή μέτρα, την περίοδο αυτή των έντονων αλλαγών στο συνταξιοδοτικό σύστημα του δημόσιου τομέα.

Η στάση απέναντι στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της επεξεργασίας των δεδομένων του Μέρους Α, σε αδρές γραμμές κρίνεται θετική και από τις δύο ομάδες του δείγματος. Συμφωνία απόψεων καταγράφεται στη γνώση των πιο γνωστών και άγνωστων δράσεων του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Τα χαμηλά ποσοστά που συγκεντρώνουν οι δράσεις την συνηγορίας-αυτοεκπροσώπησης και των φιλοξενουσών οικογενειών οφείλονται στο γεγονός ότι στην Ελλάδα δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς οι θεσμοί παρά το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο. Αν και έχουν συγκροτηθεί ορισμένες οργανώσεις χρηστών και συλλόγων των οικογενειών τους, η δράση τους είναι περιορισμένη και δεν έχει αξιολογηθεί η επίπτωσή της στο σύστημα. Εξίσου αδύνατο σημείο της μεταρρύθμισης αποτελεί η τομεοποίηση, η οργάνωση δηλαδή ενός συντονισμένου δικτύου υπηρεσιών σε μία γεωγραφική περιοχή. Η επιχειρούμενη αποκέντρωση δημιούργησε μεγάλους γεωγραφικούς τομείς των 250.000 έως 300.000 κατοίκων που αδυνατούν να δημιουργήσουν έναν κοινωνικό ιστό ικανό να παρέχει πρόληψη, φροντίδα και συνέχεια[41], με αποτέλεσμα να καταγράφονται γεωγραφικές ανισότητες στην κατανομή των δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Επακόλουθο της ελλιπούς τομεοποίησης είναι η μετακίνηση των ασθενών μακριά από το οικείο περιβάλλον, προκειμένου να αναζητήσουν κατάλληλες υπηρεσίες, γεγονός που πολλές φορές επιδεινώνει την ψυχική τους υγεία, αλλά και οι αυξημένες εισαγωγές στις ψυχιατρικές κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων, δεδομένου της έλλειψης ενός πλήρους φάσματος υπηρεσιών πρόληψης ψυχικών διαταραχών στις γεωγραφικές περιφέρειες. Οι Τομείς Ψυχικής Υγείας χωρίς ουσιαστικές αρμοδιότητες και οικονομικούς πόρους, έχουν περιορισμένο και ελλειμματικό ρόλο[37]. Τα αποτελέσματα επαληθεύουν παρόμοια έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2010 στην οποία την πρώτη θέση καταλαμβάνουν τα Κέντρα Ημέρας, οι Ξενώνες, τα Οικοτροφεία και τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας ενώ οι πιο άγνωστες δράσεις τόσο για τους συνοδούς/λήπτες όσο και για τους «experts» που συμμετείχαν στη μελέτη, είναι οι Φιλοξενούσες Οικογένειες, η Φροντίδα στο σπίτι, η τομεοποίηση και ο θεσμός της συνηγορίας[35]. Η Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων της εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009 του ΥΥΚΑ, τονίζει ότι η περιορισμένη εμπλοκή των χρηστών παραμένει στις αδυναμίες του συστήματος[37]. Επιπλέον, η άνιση κατανομή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μεταξύ περιφερειών και η συνεχιζόμενη ύπαρξη των ψυχιατρικών νοσοκομείων ως

απόρροια της πολύπλοκης διαδικασίας ένταξης της ψυχικής φροντίδας στο γενικό σύστημα υγείας, αποτελεί μείζον πρόβλημα και στα υγειονομικά συστήματα ψυχικής υγείας άλλων χωρών που υλοποίησαν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση[92]. Στη Μ. Βρετανία όπου οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι βασισμένες στην τομεοποίηση και παρέχονται από την πρωτοβάθμια φροντίδα και εξειδικευμένες, κοινοτικές δομές που δραστηριοποιούνται μέσω των Mental Health Trusts[22,23], έχει επιτευχθεί υψηλός βαθμός συντονισμού και ελέγχου μέσω συγκεκριμένων δεικτών σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο[51].

Η θετική στάση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και των οικογενειών των ασθενών έναντι στο κλείσιμο του ψυχιατρείου και στην ανάπτυξη κοινοτικών δομών καταγράφηκε σε μία σειρά μελετών που εκπόνησε το ΚΨΥ του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου κατά τη διαδικασία του μετασχηματισμού του σε Δίκτυο Υπηρεσιών. Τόσο οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, πριν και μετά το κλείσιμο του Ψυχιατρείου[81], όσο και οι συγγενείς των ψυχικά ασθενών (σε ποσοστό 81,5% του δείγματος) συμφώνησαν ανεπιφύλακτα με την απόφαση κλεισίματος των Τμημάτων Μακράς Νοσηλείας[83]. Ως προς την κατεύθυνση της καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού και του στίγματος, έχουν επιτευχθεί σπουδαία βήματα συγκριτικά με την περίοδο έναρξης του προγράμματος «Ψυχαργώς» και εξακολουθεί να θεωρείται μία δράση που προσφέρει σημαντικά οφέλη στους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Και σε παλαιότερη έρευνα οι καμπάνιες κατά του στίγματος συγκέντρωσαν από τους λήπτες το υψηλότερο ποσοστό υποστήριξης ως δράση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης (90,3%)[35]. Σε ορισμένες χώρες, παρά το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρείων το στίγμα εξακολουθεί να υπάρχει και να αποτελεί προτεραιότητα στην εθνική υγειονομική πολιτική τους[93]. Ο σεβασμός των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών αποτελούσε πρωταρχικό στόχο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης κατά την έναρξη της εφαρμογής της και τοποθετούνταν ακόμη και πάνω από την παροχή θεραπείας και φροντίδας[34]. Εξακολουθεί να θεωρείται πολύ σημαντικό, περισσότερο από τους συνοδούς/λήπτες και λιγότερο από τους επαγγελματίες που μάλλον τον θεωρούν πλέον αυτονόητο και αναπόσπαστο μέρος της κοινοτικής ψυχιατρικής.

Η οικονομική επιβάρυνση που προκαλεί η κακή ψυχική υγεία, αφενός λόγω της χαμμένης παραγωγικότητας, αφετέρου λόγω του υψηλού κόστους θεραπείας, είναι σημαντική και μέχρι το 2020 η Παγκόσμια Τράπεζα και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προβλέπουν ότι θα αντιπροσωπεύει το 15% της συνολικής

επιβάρυνσης[94]. Η εργασιακή αποκατάσταση σαν τμήμα του γενικότερου κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος, βοηθά τα άτομα με ψυχικό πρόβλημα να αναλαμβάνουν αποδεκτά κοινωνικούς ρόλους στην κοινωνία και τους προσφέρει την ευκαιρία για κοινωνική ολοκλήρωση. Έτσι προσδίδει πολλαπλά οφέλη τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για το κοινωνικό σύνολο. Η ποιότητα, ο σεβασμός και η αξιοπρέπεια αυτών των ανθρώπων θα επιτευχθεί όταν αυτοί συμμετέχουν ισότιμα στην κοινωνία. Σήμερα όμως το γενικότερο αρνητικό κλίμα στην αγορά εργασίας, η απουσία εναλλακτικών λύσεων και οι προκαταλήψεις, έχουν οδηγήσει τα άτομα με αναπηρίες λόγω ψυχικής νόσου να αντιμετωπίζουν εμπόδια στη διεκδίκηση ίσων ευκαιριών και να βιώνουν υψηλά ποσοστά ανεργίας που αγγίζουν το 90%[52]. Αυτή η δυσκολία της εργασιακής επανένταξης παραμένει από την απαρχή της μεταρρύθμισης μέχρι σήμερα ο αδύναμος τομέας που αναδεικνύεται και στην παρούσα έρευνα, οδηγώντας και τα δύο δείγματα να κατατάξουν τους Κοι.Σ.Π.Ε στην τελευταία θέση στην ερώτηση για τα σημαντικότερα οφέλη που αποκομίζουν οι λήπτες από την εφαρμογή του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», αλλά και σε υψηλή θέση ως δυνητική απειλή στην πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Η δυσκολία της επαγγελματικής επανένταξης των ψυχικά ασθενών αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην εφαρμογή του Προγράμματος «Ψυχαργός», επισημαίνεται δε και σε παλαιότερη έρευνα από το σύνολο διακεκριμένων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, οι οποίοι κατέθεσαν τις απόψεις τους για τα κρίσιμα ζητήματα που θα καθορίσουν την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης[34]. Η εξασφάλιση της ομαλής λειτουργίας των κοινωνικών αυτών συνεταιρισμών, η προώθηση των αναγκαίων διοικητικών πράξεων και η επέκταση της λειτουργίας τους σε νέες δραστηριότητες, αποτελεί δέσμευση του Υπουργείου Υγείας στα υπογεγραμμένα Μνημόνια Συνεργασίας με τους Επιτρόπους Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ένταξης[95,96].

Η αποασυλοποίηση εξακολουθεί να απολαμβάνει υψηλό βαθμό υποστήριξης και αποδοχής τόσο από τους επαγγελματίες όσο και από τους συνοδούς/λήπτες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ενώ το δείγμα εμφανίζεται πιο συγκρατημένο όσον αφορά την ενδεδειγμένη εφαρμογή του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Μία συνιστώσα αυτής της δυσαρέσκειας είναι και ο περιορισμένος ρόλος των εμπλεκόμενων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Ο σχεδιασμό των Εθνικών Προγραμμάτων για την ψυχική υγεία αλλά και για την υγεία γενικότερα, είναι απαραίτητο να βασίζεται στην εκτίμηση των αναγκών τόσο για φροντίδα, όσο και

για υπηρεσίες περίθαλψης. Η φύση όμως της ψυχικής υγείας πολλές φορές δεν επιτρέπει τον ακριβή εντοπισμό των αναγκών και επιβάλλει την άμεση εμπλοκή των χρηστών, προκειμένου να πραγματοποιηθεί η καταγραφή των πραγματικών αναγκών τους[52]. Η εκπροσώπηση των εργαζομένων, των ληπτών και των οικογενειών τους, όπως αποδεικνύουν τα αποτελέσματα της έρευνας, στη διαδικασία της αποασυλοποίησης και του κλεισίματος του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου είναι εξαιρετικά χαμηλή και περιορίζεται σε ένα πολύ μικρό ποσοστό επαγγελματιών. Αυτό αποδεικνύει το γεγονός ότι στην Ελλάδα η ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι απόρροια εντολών, και δεσμεύσεων απέναντι στην ΕΕ, ενώ ξεκίνησε μετά την προβολή των προβλημάτων στο θεραπευτήριο της Λέρου[44], σε αντίθεση με άλλες χώρες όπως η Γερμανία, όπου η υλοποίηση στηρίχθηκε σε μεγάλο βαθμό στη συναίνεση των επαγγελματιών υγείας, των φροντιστών και των ασθενών, των επαγγελματικών οργανώσεων και των πολιτικών[97]. Και παρά τις έντονες περιφερειακές διαφοροποιήσεις λόγω της ομοσπονδιακής δομής της χώρας και του πολύπλοκου μηχανισμού χρηματοδότησης (ασφαλιστικές εταιρείες, κοινωνική πρόνοια, συνταξιοδοτικά ταμεία), η επιστημονική κοινότητα κάνει λόγο για μια συνεχιζόμενη διαδικασία με έντονες προκλήσεις στο μέλλον[97,98]. Αλλά και στη Γαλλία η μεταρρύθμιση αποτέλεσε ένα κοινωνικό φαινόμενο, υποστηρίχθηκε από ένα ευρύ αριθμό στελεχών, προερχόμενοι από διάφορους χώρους, που υιοθέτησαν τις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής και υπερέβησαν τα ακαδημαϊκά πλαίσια[71]. Στην άλλη πλευρά του Ατλαντικού, στη χώρα με το φιλελεύθερο σύστημα υγείας, τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση προήλθε μέσα από ένα σύστημα εντολών και όχι κοινωνικών ζυμώσεων όπως συνέβη στην Ευρώπη[27]. Στην Ελλάδα η αυστηρή τήρηση των δεσμεύσεων και των χρονοδιαγραμμάτων που επιβάλλει πλέον η νέα δημοσιονομική πολιτική δεν αφήνει πολλά περιθώρια διαπραγματεύσεων με τους εμπλεκόμενους. Η συμμετοχή της κοινότητας, των οικογενειών, των ληπτών και των επαγγελματιών στο σχεδιασμό των προγραμμάτων ψυχικής υγείας εξασφαλίζει την καταλληλότητα, την εξειδίκευση και την αποδοχή των υπηρεσιών που αναπτύσσονται. Η ενθάρρυνση της συμμετοχής οδηγεί στην ακριβή ανίχνευση των πραγματικών αναγκών και στη βελτίωση της πιθανότητας επιτυχίας των προγραμμάτων.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ανέλαβαν το βάρος του εγχειρήματος της διαδικασίας αποασυλοποίησης. Δόθηκαν εντολές και οδηγίες, διενεργήθηκαν

εκπαιδευτικά προγράμματα, κάμφθηκαν αντιστάσεις και με οδηγό έναν «πυρήνα-ομάδα μεταρρύθμισης» επιτεύχθηκε ο τελικός στόχος του κλεισίματος του ΨΝΠΟ. Παρόμοια αποτελέσματα καταγράφονται και σε σχετική μελέτη με τους επαγγελματίες υγείας να καταλαμβάνουν την πρώτη θέση ως βασική πηγή ενημέρωσης και να ακολουθούν η οικογένεια, ο προσωπικός γιατρός και ο κοινωνικός περίγυρος[35]. Η οικογένεια και ο κοινωνικός περίγυρος διαδραματίζουν καίριο ρόλο στη ζωή των ψυχικά ασθενών. Στην Ελλάδα, ως αναπτυσσόμενη χώρα, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών επιβαρύνει πρωτίστως την οικογένεια και την κοινωνία και κατόπιν το ίδιο το κράτος, χωρίς αυτό να συγκαταλέγεται εξ ολοκλήρου στα θετικά στοιχεία της φροντίδας[99]. Από την άλλη πλευρά η Τοπική Αυτοδιοίκηση δεν έχει καθιερωθεί στη συνείδηση των πολιτών ως πάροχος υπηρεσιών υγείας και κυρίως ψυχικής υγείας, γεγονός όμως που προβλέπεται να αλλάξει σύμφωνα με το Ν. 3852/2010 «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης- Πρόγραμμα Καλλικράτης», σύμφωνα με τον οποίο θα μεταφερθούν σταδιακά στους Οργανισμούς Α' και Β' Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Δήμους και Περιφέρειες) υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.

Η έλλειψη ανθρώπινων και οικονομικών πόρων αποτελεί για όλα σχεδόν τα αναπτυγμένα κράτη μείζον πρόβλημα στη συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και γενικότερα στην ανάπτυξη του τομέα ψυχικής υγείας, που ήδη βρίσκεται σε χαμηλή θέση προτεραιότητας στη χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό. Αυτό αποδίδεται στο γεγονός της έλλειψης ισχυρών μηχανισμών πίεσης όπως συμβαίνει με τις υπόλοιπες υπηρεσίες που αφορούν τη γενική υγεία του πληθυσμού[100]. Στην Ιταλία οι υγειονομικές ανισότητες μεταξύ των γεωγραφικών περιοχών και η έλλειψη οικονομικών και ανθρώπινων πόρων αναφέρονται σήμερα ως τα πιο σοβαρά προβλήματα[19], ενώ στη Σουηδία η αργή πορεία της μεταρρύθμισης αποδίδεται τόσο στην έλλειψη πόρων, όσο και στην έλλειψη δικτύωσης μεταξύ των κοινοτικών δομών[101]. Στις ΗΠΑ οι υπηρεσίες που αναπτύχθηκαν στην κοινότητα είναι εξαρτημένες από το σύστημα Medicare και Medicaid[26], και τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν την τελευταία δεκαετία είναι η έλλειψη οικονομικών πόρων και ο έλεγχος από φορείς χάραξης πολιτικής που να κατανοούν πλήρως την ψυχική υγεία[27].

Η πολιτική των συγχωνεύσεων αποτελεί μία ενδεδειγμένη μέθοδο που επιφέρει μείωση του κόστους, οικονομία κλίμακας και οικονομία σκοπού[102].

Στην Ελλάδα ως κριτήρια για τις συγχωνεύσεις νοσοκομείων λήφθηκαν υπόψη ο καλυπτόμενος πληθυσμός, το μέγεθος της νοσοκομειακής μονάδας, η ηλικία των υποδομών, η χρήση των υπηρεσιών και το κόστος λειτουργίας[103]. Επιπροσθέτως, αναθεωρείται η σχέση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, που μέχρι τώρα λειτουργούσαν ανταγωνιστικά και προδιαγράφονται περιοχές κοινής δράσης όπως στη χρήση δημόσιων εγκαταστάσεων νοσοκομειακής περίθαλψης από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, ανάθεση υπό τη μορφή σύμβασης σε ιδιωτικούς φορείς ιατρικές υπηρεσίες, διαγνωστικές εξετάσεις και δυνατότητα σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) τόσο στην κατασκευή όσο και στη λειτουργία μονάδων[103]. Όμως εκφράζονται έντονες ανησυχίες για τη δυνατότητα να υποστηριχθεί ένα μοντέλο εξωνοσοκομειακής φροντίδας από ένα Νοσοκομείο δευτεροβάθμιου επιπέδου με διαφορετικά προβλήματα. Από την ήδη συγχώνευση του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης με το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου και την πορεία μέχρι σήμερα, εκφράζονται επιφυλάξεις, κυρίως από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που αποτυπώνονται στο αποτέλεσμα αυτής της έρευνας.

Η στάση του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική ασθένεια συγκέντρωσε το χαμηλότερο ποσοστό, αποτελώντας έτσι τη μικρότερη απειλή και αυτό οφείλεται σε ένα βαθμό στην ύπαρξη του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου στο Ν. Πιερίας από το 1936, έστω και με τη μορφή του ασύλου, σε μεγάλο βαθμό στην προετοιμασία της κοινότητας από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας κατά την έναρξη υλοποίησης των δομών στην κοινότητα και σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό στην ύπαρξη των δομών αυτών στην πόλη της Κατερίνης και την ευρύτερη περιοχή της. Η συμβίωση από το 1992 που άρχισε η ανάπτυξη των πρώτων δομών μέχρι σήμερα, η εξωστρεφή λειτουργία τους, η συμμετοχή των ενοίκων αυτών των δομών και η συνεχής παρουσία τους στα δρώμενα της πόλης, αποτέλεσαν την καλύτερη μέθοδο καταπολέμησης του στίγματος. Σε έρευνα του ΚΨΥ του ΨΝΠΟ το 2005 στην παρόμοια ερώτηση το 50,8% του δείγματος των ασθενών εξέφρασαν επιφυλάξεις για την τελική αποδοχή των ασθενών από τα μέλη της κοινότητας[83]. Από την απαρχή της υλοποίησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης η προκατάληψη και η αρνητική στάση απέναντι στην ψυχική ασθένεια αποτέλεσε σημαντικό εμπόδιο στην πορεία του ψυχικά ασθενή από το άσυλο στην κοινότητα[34]. Σε αυτή την έρευνα διακρίνεται σημαντική βελτίωση στον τομέα αυτό, έστω και αν

αυτή μπορεί να περιορίζεται στα γεωγραφικά πλαίσια της περιοχής ευθύνης του ΨΝΠΟ.

Από τα αποτελέσματα της επεξεργασίας του Μέρους Β δεν μπορεί να αγνοηθεί το ποσοστό του δείγματος που εκφράζει διαφωνία με το κλείσιμο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου παρά την γενικότερη, ισχυρή άποψη ότι η ποιότητα που λαμβάνουν οι λήπτες των υπηρεσιών του Δικτύου στην κοινότητα και αφορά τόσο τις υπηρεσίες φροντίδας όσο και τις ικανότητες του επιστημονικού προσωπικού, είναι υψηλή. Σε παλαιότερη έρευνα (1999) εκφράζεται επιφύλαξη ως προς το οριστικό κλείσιμο του ψυχιατρείου, περισσότερο από τους επαγγελματίες και λιγότερο από τους ασθενείς. Ακόμη και η μεταστροφή που επήλθε στις απόψεις αυτές μετά το κλείσιμο του ψυχιατρείου, ήταν μικρότερη στους επαγγελματίες από αυτή των συνοδών[28]. Και ενώ τότε αυτή η αντίσταση απέναντι στο κλείσιμο των ψυχιατρείων ξεκινούσε από την ανασφάλεια των εργαζομένων για το εργασιακό τους μέλλον, στην Ελλάδα είχε ως αφετηρία την παγιωμένη κουλτούρα των εργαζομένων, την έλλειψη εξοικείωσης με την κοινοτική ψυχιατρική και την απώλεια εργασιακών κεκτημένων[34]. Σήμερα όμως αρχίζει να διαφαίνεται μία επιφύλαξη από την επιστημονική κοινότητα απέναντι στο γεγονός της πλήρους κατάργησης όλων των ψυχιατρείων και διατυπώνεται η άποψη της διατήρηση ενός περιορισμένου αριθμού για μία πολύ μικρή μερίδα ασθενών[41]. Εκφράζεται και σε παλαιότερη έρευνα η ανάγκη ύπαρξης μικρών ψυχιατρείων που θα απευθύνονται σε ιδιαίτερες ανάγκες των ψυχικά ασθενών ή θα εξειδικεύονται σε πιο σύνθετα προβλήματα. Στον αντίποδα όμως, υπάρχουν επαγγελματίες ψυχικής υγείας που αντικρούουν την άποψη αυτή υποστηρίζοντας ότι κάτι τέτοιο θα ήταν αδύνατο και η ύπαρξη αυτών των ψυχιατρείων θα επανέφερε την ασυλική περίθαλψη και τον στιγματισμό[34]. Στο δείγμα αυτής της έρευνας διαπιστώνεται επιφύλαξη σχετικά με το οριστικό κλείσιμο του ψυχιατρείου. Επιπλέον, η πλειοψηφία του δείγματος υποστηρίζει ότι οι περισσότεροι, αν όχι όλοι, χρήστες των υπηρεσιών του Δικτύου θα απαιτούν μακροπρόθεσμες θεσμικές φροντίδες αφού η ψυχική ασθένεια κατατάσσεται στις χρόνιες ασθένειες με αυξημένες απαιτήσεις στο σύστημα υγείας, διαφορετική και σύνθετη αντιμετώπιση σε σχέση με τις άλλες ασθένειες και μακροχρόνια φροντίδα.

Η φιλοσοφία του αποϊδρυματισμού, η διαδικασία δηλαδή εκείνη κατά την οποία οι ψυχικά ασθενείς προσπαθούν να κερδίσουν ή να επανακτήσουν τον έλεγχο της ζωής τους ως πλήρως ενεργοί πολίτες μέσα στην κοινότητα, έχει παγιωθεί στη



συνείδηση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, των ιδίων των ασθενών και του στενού και ευρύτερου περιβάλλοντός τους. Σε παρόμοια έρευνα, το 90,8% των συγγενών συμφώνησε ότι βελτιώθηκε η ποιότητα ζωής των ασθενών, το 73,8% πιστεύει ότι βελτιώθηκε και η ιατρική φροντίδα, ενώ το 72,3% πιστεύει ότι καλυτέρευσε η ικανότητα τους να αυτοεξυπηρετούνται[83]. Αυξάνεται όμως ο σκεπτικισμός σχετικά με την οικονομική βιωσιμότητα των αποκαταστασιακών δομών και το μέλλον της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Η οικονομική κρίση έχει αποδυναμώσει όλους εκείνους τους παράγοντες που διασφαλίζουν τον κοινωνικό ιστό (εργασία, υγεία, εκπαίδευση) και αντίθετα, εντείνει, τη φτώχεια, την ανασφάλεια, τον κοινωνικό αποκλεισμό και τις ανισότητες. Οποιαδήποτε πρόθεση της πολιτείας για περαιτέρω μείωση των εισοδημάτων, έστω και με σκοπό τη δημιουργία κοινωνικών προγραμμάτων, βρίσκει αντίθετους τους ήδη επιβαρυσμένους οικονομικά επαγγελματίες υγείας. Τα προγράμματα αποϊδρυματισμού έχουν πληγεί αφού η πολιτεία προχώρησε σε δραστικές περικοπές, πολλά από αυτά διακόπηκαν με αποτέλεσμα να συρρικνωθούν οι προσφερόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας[104]. Λιγότερο αρνητικοί τοποθετούνται οι συνοδοί/λήπτες που ήδη βρίσκονται σε καθεστώς ανεργίας.

Το Δίκτυο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας που αναπτύχθηκε προδιέγραφε όλα τα εχέγγυα για να παρέχει ένα ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών στον πληθυσμό ευθύνης. Παρά τον ικανοποιητικό βαθμό αφοσίωσης στο Δίκτυο (Μέρος Γ) και μία πραγματική συναισθηματική σύνδεση των επαγγελματιών με τους λήπτες των υπηρεσιών, καταγράφονται από τους πρώτους ενδείξεις κόπωσης και ματαιότητας. Η δραματική μείωση του αριθμού των εργαζομένων, η σημαντική μείωση των αποδοχών, το αίσθημα της στασιμότητας, η εργασιακή ανασφάλεια (διαθεσιμότητα- κινητικότητα), η έλλειψη κουλτούρας μάνατζμεντ /διοίκησης στα νοσοκομεία και το γενικότερο κλίμα της οικονομικής ύφεσης, ευθύνονται κατά κύριο λόγο για τη δυσαρέσκεια που εκφράζουν οι εργαζόμενοι. Επιπλέον, διαπιστώνεται μία εξασθένηση του οράματος της μεταρρύθμισης από την επιστημονική κοινότητα που αποδίδεται στον εφησυχασμό από την υλοποίηση μερίδας των δράσεων που προέβλεπε το Πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», στην απουσία κοινής κουλτούρας προσανατολισμένης στην κοινοτική ψυχιατρική, στην ανομοιογένεια των επιστημονικών προσεγγίσεων και στο γενικότερο μετασχηματισμό της κοινωνίας[34].

Η εκπαίδευση αποτελεί την πιο αποτελεσματική μέθοδο προκειμένου να αντιμετωπιστούν τυχόν αντιδράσεις και να εδραιωθεί κάθε επιχειρούμενη αλλαγή[105]. Η επίδραση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος, διάρκειας τριών εξαμήνων, σε μία ομάδα εργαζόμενων απέναντι στην ψυχική ασθένεια και στην αυτοαξιολόγηση της ψυχικής τους κατάστασης έδειξε ότι επέδρασε θετικά και έτσι η ψυχική ασθένεια έγινε σημαντικά πιο ανεκτική, μειώθηκαν το στίγμα, οι διακρίσεις και οι κοινωνικοί περιορισμοί, ενισχύθηκε η άποψη της κοινωνικής επανένταξης των ψυχικά ασθενών και ο ισότιμος ρόλος τους στην κοινωνία. Επιπλέον βελτιώθηκε σημαντικά το επίπεδο της αναφερθείσας υγείας σχετικά με το άγχος/αϋπνία και τις κοινωνικές δυσλειτουργίες[31]. Η ανάγκη της συνεχούς εκπαίδευσης υπογραμμίζεται από τους επαγγελματίες του χώρου που υποστηρίζουν ανεκδοίαστα την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, αναφέροντας ότι αυτή πηγάζει τόσο από την είσοδο νέων επαγγελματιών στο χώρο, όσο και από τις εξελίξεις στα αμιγώς επιστημονικά θέματα της ψυχικής υγείας[34].

## 6.2 Εισηγήσεις -Προτάσεις

Η συγκεκριμένη έρευνα αναδεικνύει μία σειρά από εισηγήσεις και προτάσεις, προκειμένου η ψυχική υγεία να παραμείνει σε προτεραιότητα στο σχεδιασμό των προγραμμάτων υγείας του Υπουργείου:

1. Να διεξαχθεί μια έρευνα που θα έχει ως σκοπό την καταγραφή όλων των κινημάτων / ομάδων συνηγορίας που υφίστανται στην Ελλάδα, τις δράσεις αυτών και κυρίως τα αποτελέσματα που επιφέρουν αυτές στην ποιότητα ζωής των ψυχικά ασθενών. Μέσω αυτής θα είναι δυνατή η ανεύρεση τρόπων που θα συμβάλλουν στην ανάπτυξη και στην ενδυνάμωση του συνηγορικού κινήματος ως ένα προοδευτικό στοιχείο που συμβάλλει καίρια στην πλήρη κοινωνικοοικονομική ενσωμάτωση των ατόμων που κάνουν χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
2. Να ερευνηθεί ο τρόπος βελτίωσης των ευκαιριών απασχόλησης των ψυχικά ασθενών, η σύνδεση της διαδικασίας αποκατάστασης με την αγορά εργασίας και η ανάπτυξη και στήριξη της νέας αυτή συνεταιριστικής μορφής κοινωνικών επιχειρήσεων που αποτελεί μονόδρομο για την επιτυχία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Παράλληλα, να αναζητηθούν νέες μορφές «υποστηριζόμενης απασχόλησης», σε συνεργασία με άλλους φορείς,

προκειμένου να αξιολογηθούν τα άτομα με ψυχικά προβλήματα και να διατηρηθούν σε περιβάλλον εργασίας.

3. Να διερευνηθούν εκτενέστερα τα στοιχεία εκείνα που οδήγησαν τους ερωτώμενους να απαντήσουν με επιφύλαξη για την ενδεδειγμένη εφαρμογή του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Ειδικότερα ποια από τις λειτουργίες της κεντρικής διοίκησης (προγραμματισμός/σχεδιασμός, οργάνωση, διοίκηση και έλεγχος) συγκεντρώνει τη μικρότερη αποδοχή και τις περισσότερες ενστάσεις.
4. Να εξεταστούν νέα μοντέλα δικτύωσης και συνεργασίας, έτσι ώστε να επιτευχθεί ο τελικός στόχος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που είναι η πλήρης ενσωμάτωση της ψυχικής με την γενική υγεία[43]. Η αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας σε τμήματα ενός γενικού νοσοκομείου εμπερικλείει λιγότερες παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων και λιγότερο στίγμα[106]. Να γίνει βασική επιδίωξη η ενεργή εμπλοκή των Διοικήσεων των Γενικών Νοσοκομείων στη διαδικασία συνέχισης της μεταρρύθμισης, στη σημασία των συνεργασιών και στη θεώρηση της πολύπλευρης κρίσης ως ευκαιρία για την πραγματοποίηση των στόχων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.
5. Να μελετηθεί περαιτέρω η στάση των επαγγελματιών και των συνοδών/ληπτών απέναντι στο κλείσιμο του ψυχιατρείου και να διερευνηθούν αν οι αιτίες που συγκρατούν το δείγμα να δεχτεί ανεπιφύλακτα την οριστική κατάργηση του ασύλου, πηγάζουν από την εμπειρία της εφαρμογής της κοινοτικής ψυχιατρικής και τις δυνατότητες των ψυχικά ασθενών ή από την οικονομική ανασφάλεια για το μέλλον του Δικτύου, θεωρώντας ότι ένα Νοσοκομείο είναι πάντα στις άμεσες υποχρεώσεις της πολιτείας όσον αφορά την οικονομική του βιωσιμότητα.
6. Να εξασφαλιστεί η συνεχής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στις αξίες της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, στις νέες μεθόδους και δεξιότητες «δικτύωσης», ώστε να υιοθετούνται βέλτιστες πρακτικές, να αποφεύγεται ο κίνδυνος ιδρυματισμού και να εξασφαλίζεται η σταθερότητα στο περιβάλλον των αποκαταστασικών δομών.

### 6.3 Αντί επιλόγου

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση παρά τα είκοσι χρόνια πορείας, δεν μπορεί να θεωρηθεί ολοκληρωμένη εφόσον συνυπάρχουν κοινοτικές και ιδρυματικές μορφές περίθαλψης και φροντίδας, ασάφειες στο νομικό καθεστώς των συγχωνευμένων ψυχιατρείων και των ήδη αναπτυγμένων Δικτύων Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας με τα γενικά νοσοκομεία, έλλειψη ανάπτυξης επαρκούς δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και απουσία σημαντικών υπηρεσιών για ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού (παιδιά και έφηβοι, ασθενείς μακράς παραμονής, οικονομικοί και πολιτικοί μετανάστες, άνεργοι). Σήμερα σε πολιτικό επίπεδο η συζήτηση για την ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης έχει υποχωρήσει δραματικά και ένα σημαντικό τμήμα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας αποδέχεται στωικά τη συρρίκνωση της κοινωνικής πολιτικής της χώρας. Η χρηματοδότηση των προγραμμάτων, η στελέχωση με εκπαιδευμένο και επαρκές ανθρώπινο δυναμικό, η συναίνεση όλων των εμπλεκομένων και η διάχυση των στόχων, ο σχεδιασμός, η οργάνωση και ο έλεγχος από την κεντρική διοίκηση, η συμμετοχική δραστηριότητα αποτελούν αναγκαίες προϋποθέσεις προκειμένου να διατηρηθούν όσα επιτεύχθηκαν μέχρι σήμερα ως σημαντική επένδυση κοινωνικού κεφαλαίου και κονδυλίων, αφού η κοινοτική ψυχιατρική είναι μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη από την περίθαλψη στα ψυχιατρεία

Από την άλλη πλευρά πρέπει να αναγνωρίσουμε ότι η ικανότητα της κοινωνίας να αναπτύσσει και να διατηρεί «δίκτυα κοινωνικής ασφάλειας» μετριάξει τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία[107]. Η δημιουργία ενός οριζόντιου κοινοτικού ιστού από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ασθενείς και οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να προστατέψει τον τομέα ψυχικής υγείας, αντιμετωπίζοντας εγκαίρως τα προβλήματα που ανακύπτουν σε κάθε περίοδο κρίσης, είτε είναι οικονομικής, είτε κοινωνικής μορφής.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ «δεν μπορεί να υπάρχει υγεία χωρίς ψυχική υγεία» και εφόσον αυτή συνδέεται με την:

1. σωματική, κοινωνική και ψυχική ευεξία,
2. επανακοινωνικοποίηση /επανένταξη /ανεξάρτητη διαβίωση,
3. συμμετοχή και ενδυνάμωση χρηστών /οικογενειών,
4. επικερδής εργασία/ποιότητα ζωής[106] τότε αποτελεί μέριμνα του κοινωνικού κράτους και όχι μόνο της οικογένειας και της κοινωνίας.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

- [1] Nettleton, S. Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας. Αθήνα. Τυπωθήτω. 2002 pp.23-34
- [2] Σκαπινάκης, Π. Μαυρέας, Β. Ψυχιατρική μεταρρύθμιση Διαφορετικοί ασθενείς, διαφορετικές ανάγκες. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2001; 18(5): 444-445
- [3] Δασκαλοπούλου, Ο. Επιτροπάκη, Α. Φιλιππίδη, Α. Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Παράρτημα Ηρακλείου), ως Κέντρο εξωνοσοκομειακής – ανοιχτής περίθαλψης χρόνιων ψυχικά ασθενών. Καταγραφή και αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής πορείας ατόμων με σχιζοφρένεια στα πλαίσια της ένταξης τους στις αποκαταστασιακές υπηρεσίες (Ν.Η., Υ.Ε.Ε.Α.) του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής. Πτυχιακή εργασία. ΑΤΕΙ Κρήτης Σχολή ΣΕΥΠ Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας 2005
- [4] Funk, M. Drew, N. Saraceno, B. Caldas De Almeida, J.M. Agossou, T. Wang, X. Taylor, J. A Framework for Mental Health Policy, Legislation and Service Development: Addressing Needs and Improving Services. Harvard Health Policy and Review. 2005;6(2):69
- [5] Wittchen H-U. Jacobi, F. Rehm, J. Svensson, M. Jönsson, B. Olesen, J. Allgulander, C. Alonso, J. Faravelli, C. Fratiglioni, L. Jennum, P. Lieb, R. Maercker, A. Van Os, J. Preisig, M. Salvador-Carulla, L. Simon, R. Steinhausen, H. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 European Neuropsychopharmacology 2011; 21(9): 655-679
- [6] Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, Grammatikopoulos I, Theodorakis PN, Mavreas V. (2013) Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. BMC psychiatry 13(1):163
- [7] Grammatikopoulos I, Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, Theodorakis P, Mavreas V (2013) 2245–Common mental disorders and use of mental health services in the general population in greece. European Psychiatry 28:1
- [8] Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. Journal of affective disorders 2013; 145(3):308-314
- [9] Jenkins, R. Bhugra, D. Bebbington, P. Brugha, T. Farrell, M. Coid, J. Fryers, T. Weich, S. Singleton, N. Meltzer H. Debt, income and mental disorder in the general population. Psychological medicine 2008; 38(10):1485-1493

- [10] ΥΥΚΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣΓ' 2011-2020. Σχέδιο αναθεώρησης του προγράμματος «Ψυχαργώς» [www.moh.gov.gr/articles/.../programma.../913-sxedio-psyxargws?fdl](http://www.moh.gov.gr/articles/.../programma.../913-sxedio-psyxargws?fdl) (πρόσβαση 14/9/2013)
- [11] Kentikelenis, A. Karanikolos, M. Papanikolas, E. Basu, S. McKee, M. Health effects of financial crisis: Omens of a Greek tragedy. *The Lancet*, 2011; 378(9801): 1457-1458
- [12] Simou E, Koutsogeorgou E (2014) Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review. *Health Policy* 115(2):111-119
- [13] World\_Health\_Organization (2005) Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions. First WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, Finland 12-15 January 2005. World Health Organization
- [14] Gustavsson A, Svensson, M. Jacobi, F. Allgulander, C. Alonso, J. Beghi, E. et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 2011; 21(10):718-779
- [15] World Health Organization. The Financial Crisis and Global Health 2. Geneva. 2009
- [16] WHO Impact of economic crisis on mental health 2011 [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/134999/e94837.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf) (πρόσβαση 14/9/2013)
- [17] Rutz, W. Mental health in Europe: problems, advances and challenges. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104(410):15-20
- [18] Becker, V. Vasquez-Barquero, J.L. The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104 (410): 8-14
- [19] Pycha, R. Giupponi, G. Schwitzer, J. Duffy, D. Conca, A. Italian psychiatric reform 1978: milestones for Italy and Europe in 2010? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2011; 261(2): 135–139
- [20] Burti, L. Italian psychiatric reform 20 plus years after. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104 (410): 41-46
- [21] Barbato, A. D'Avanzo, B. Rocca, G. Amatulli, A. Lampugnani, D. A study of long-stay patients resettled in the community after closure of a psychiatric hospital in Italy. *Psychiatric Services*. 2004;55:67-70

- [22] Τσατσούλη, Δ. Συγκριτική ανάλυση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Ελλάδα. Εξελίξεις Προοπτικές. Τελική εργασία. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης Πρόγραμμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας 2004
- [23] Mental Health History  
Timeline <http://studymore.org.uk/mhhtim.htm#CommunityCare> (πρόσβαση 5/8/2013)
- [24] Leff J, Trieman N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS project 46. Br J Psychiatry 2000;176:217–223
- [25] Thornicroft, G. Bebbington, P. Leff, J. Outcomes for Long-Term Patients One Year After Discharge From a Psychiatric Hospital. Psychiatric Services 2005; 56(11):318-328
- [26] Dumond, M. Dumond, D. Deinstitutionalization in the United States and Italy A Historical Survey. International Journal of Mental Health 2009; 37(4): 61–70
- [27] Koyanagi, C. Learning from history: Deinstitutionalization of people with mental illness as precursor to long-term care reform. Kaizer commission on Medicaid and the uninsured. 2007
- [28] Pescosolido BA, Wright ER, Kikuzawa S, "Stakeholder" attitudes over time toward the closing of a state hospital. The Journal Of Behavioral Health Services & Research. 1999; 26 (3): 1094-3412
- [20] Wright ER, Avirappattu G, Lafuze JE, The family experience of deinstitutionalization: insights from the closing of Central State Hospital. By: The Journal Of Behavioral Health Services & Research, 1999; 26(3):1094-3412
- [30] Μαδιανός, Μ. Τριάντα χρόνια πριν: Οι πρώτες εμπειρίες κοινοτικής ψυχικής υγιεινής στη Ελλάδα. Μηνύματα. 2012; 43:11-15
- [31] Tomaras, V. Ginieri-Coccosis, M. Vassiliadou, M. Malliori, M. Ferentinos, S. Soldatos, C. Tylee, A. Education in mental health promotion and its impact on the participants' attitudes and perceived mental health. Annals of General Psychiatry. 2011, 10:33
- [31] ΥΥΚΑ Αξιολόγηση κατά τη διάρκεια (on-going) της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» από το 2010 μέχρι και το 2015
- [33] Stylianidis, SF. Pantelidou, SM. Chondros, PC. Evaluation of the rehabilitation process in Greek Community Residential homes: resettlement from

Greek Psychiatric Hospitals. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 2008; 13(1): 31-38

[34] Παρασκευοπούλου, Α. Μεταρρύθμιση ή αντιμεταρρύθμιση για την ψυχική υγεία. Το παράδειγμα της Ελλάδας. Τελική εργασία. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης Πρόγραμμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας 2006

[35] Καζαντζή, Π.Μ. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα - Σχεδιασμός , υλοποίηση, ανάλυση συμμετόχων. Η περίπτωση ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των οικογενειών τους. Τελική εργασία. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης Τμήμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας 2010

[36] Αλεξάνδρου, Γ. Καρανικόλα, Μ. Διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των Κοινοτικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας ως προς την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με παγιωμένη ψυχική νόσο. *Νοσηλευτική*. 2012; 51(2):139-149

[37] ΥΥΚΑ Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009. <http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/Ypostirixi%20Forewn/Ypostirixi%20EPISTHMONIKH/Ex%20Post%20%CE%A0%CE%91%CE%A1%CE%91%CE%94%CE%9F%CE%A4%CE%95%CE%9F%202%20Teliko.pdf>(πρόσβαση 30/8/2013)

[38] Mossialos, E. Allin, S. Davaki, K. Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia. *HealthEcon*. 2005; 14:151-168

[39] Κακαλέτσης, Ν. Ιωαννίδης, Α. Σιγάλας, Ι. Χατζητόλιος, Α. Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα. Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2013; 30(2):233-240

[40] Αλεξιάδου, ΕΑ. Η νέα διοικητική μορφή του ΕΣΥ. *Διοικητική Ενημέρωση*. 2007; 41:58-61

[41] Πλουμπίδης, Δ. Είκοσι χρόνια ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. *Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία*. 2010; 16(2):104-105

[42] Karastergiou, A. Mastrogianni ,A. Georgiadou, E. Kotrotsios, S. Mauratziotou, K. The reform of the Greek mental health services. *Journal of mental health* 2005; 14(2):197-203

[43] Κατσαρός, Α. Ανάγκες διασύνδεσης της ψυχικής με τη γενική υγεία. *Ιατρικά χρονικά βορειοδυτικής Ελλάδας*. 2010; 6(2):163-167



- [44] Βαρουχάκης, Χ. Θεοδωροπούλου, Στ. Καράβατος, Θ. Πλουμπίδης, Δ. Τομαράς, Βλ. Τσιπιάς, Β. Έκθεση της Επιτροπής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία 2006-2008 [http://www.psych.gr/article\\_files/2011/jan/EkthesiEpitropisPsychMetarythm.pdf](http://www.psych.gr/article_files/2011/jan/EkthesiEpitropisPsychMetarythm.pdf) (πρόσβαση 30/8/2013)
- [45] Λιαρόπουλος, Α. Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας, Αθήνα: Βήτα; 2007
- [46] Φωτιάδου, Α. Πρίφτης, Φ. Κυπριανός, Σ. Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Εγκεφάλος- Αρχαία Νευρολογία και Ψυχιατρικής 2004; 41(1)
- [47] Κυλούδης, Π. Τανανάκη, Μ. Ρεκλείτη, Μ. Η διαχείριση των ψυχικά ασθενών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. 2012; 4(1):1-8
- [48] ΠΟΥ Έκθεση για την παγκόσμια υγεία 2001 Ψυχική Υγεία: Νέα αντίληψη Νέα  
Ελπίδα [http://www.who.int/mental\\_health/resources/worldhealth\\_report2001\\_greek.pdf](http://www.who.int/mental_health/resources/worldhealth_report2001_greek.pdf) (πρόσβαση 30/8/2013)
- [49] Boardm, J. Davenport, S. Mental health and social inclusion. Royal College of psychiatrists. 2009
- [50] Wulf, R. Psychiatric rehabilitation today: An Overview World Psychiatry. 2006; 5(3): 151–157
- [51] Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας. Προετοιμασία Εφαρμογής του Μέτρου 2.4 (Κατάρτιση του Προσωπικού για την Στήριξη της Αποασυλοποίησης της Κοινωνικό Οικονομικής Επανάταξης και της Συνεχούς Υποστήριξης των Ψυχικά Ασθενών) Ε.Π. Υγεία Πρόνοια 2000-2006
- [52] ΥΥΚΑ Εκτίμηση αναγκών ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Μεθοδολογικός οδηγός. Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» Β' Φάση Αθήνα  
2005 [http://www.klimaka.org.gr/js/components/com\\_booklibrary/ebooks/odigos\\_ek\\_timis\\_ anagkon\\_psychikis\\_ygeias\\_stin\\_koinotita.pdf](http://www.klimaka.org.gr/js/components/com_booklibrary/ebooks/odigos_ek_timis_ anagkon_psychikis_ygeias_stin_koinotita.pdf) (πρόσβαση 19/9/2013)
- [53] WHO Mental health, human rights and legislation. Γενεύη 2005 [http://www.who.int/mental\\_health/policy/resource\\_book\\_MHLeg.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/resource_book_MHLeg.pdf) (πρόσβαση 22/9/2013)

- [54] ΥΥΚΑ Συνηγορία για την Ψυχική Υγεία. Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «Ψυχαργώς» Β' Φάση. 2004
- [55] ΥΥΚΑ. Μεθοδολογία κοινωνικής ευαισθητοποίησης και καταπολέμησης των προκαταλήψεων για την ψυχική νόσο. Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «Ψυχαργώς- Β' Φάση». 2004
- [56] Στυλιανίδης, Σ. Θεοχαράκης, Ν. Χόνδρος, Π. Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Μία διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα. Αρχαιολογία και Τέχνες. 2007; 105:45-54
- [57] Θεοχαράκης, Ν. Μαυρέας, Β. Δαμίγος, Δ. Ευτυχιάδης, Α. Γερουλάνος, Σ. Η ψυχοθεραπεία στο Βυζάντιο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2003; 20(5):547-550
- [58] Θεοχαράκης, Ν. Μαυρέας, Β. Δαμίγος, Δ. Ευτυχιάδης, Α. Γερουλάνος, Σ. Νομικές ρυθμίσεις για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών στο Βυζάντιο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2003; 20(5):551-555
- [59] Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Το Πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας [http://www.who.int/mental\\_health/policy/mh\\_context\\_greek.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/mh_context_greek.pdf) (πρόσβαση 24/7/2013)
- [60] Φουκώ, Μ. Η ιστορία της τρέλας. Μτφρ. Αμπατζοπούλου Φρ. Αθήνα, Ηριδανός σελ. 45-51
- [61] Πατελάρου, Α. Οι ψυχιατρικές δομές στην Ελλάδα το 19<sup>ο</sup> αιώνα. Μεταπτυχιακή εργασία. Πανεπιστήμιο Κρήτης Τμήμα Ιατρικής Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας 2012
- [62] Cohen, L. The experiment at Bicetre: 1793. Yale journal of biology and medicine 1932; 5(2):96-105
- [63] Καραμανωλάκης, Β. Από τα μοναστήρια στο φρενοκομείο Η αντιμετώπιση των τρελών στο ελληνικό βασίλειο τον 19<sup>ο</sup> αιώνα. Αρχαιολογία και Τέχνες. 2007; 104:18-24
- [64] Δικαίος, Κ. Χλέτσος, Μ. Πολιτική Υγείας/Κοινωνική Πολιτική Τόμος Β. Πάτρα. ΕΑΠ, 1999. Ρ. 112
- [65] Κορασίδου, Μ. Οι άθλιοι των Αθηνών και οι θεραπευτές τους Φτώχεια και φιλανθρωπία στην ελληνική πρωτεύουσα τον 19<sup>ο</sup> αιώνα. Αθήνα. ΙΑΕΝ-Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς 1995, σελ. 27-39
- [66] Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας <http://www.psynk.ondsl.gr/ph1.html> (πρόσβαση 30/7/2013)

- [67] Ψ.Ν.Α. Δρομοκαΐτειο <http://www.dromokaiteio.gr/> (πρόσβαση 30/7/2013)
- [68] Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής <http://www.psyhat.gr/hospital/history> (πρόσβαση 30/7/2013)
- [69] Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης <http://www.psychotes.gr/history.asp> (πρόσβαση 30/7/2013).
- [70] Κρατικό θεραπευτήριο Κέντρο Υγείας Λέρου <http://www.leros-hospital.gr/index.php?categoryid=6> (πρόσβαση 30/7/2013)
- [71] Νίκα, Α. Ψωμαδέλη, Π. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Νταού Πεντέλης. Καταγραφή και αξιολόγηση των προγραμμάτων αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης με βάση τις απόψεις του προσωπικού. Πτυχιακή εργασία. ΑΤΕΙ Κρήτης Σχολή ΣΕΥΠ Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας 2005
- [72] Παρασκευαΐδου, Στ. Καραθάνα, Ι. Αγγελίδης, Γ. Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου: Χθες, Σήμερα, Αύριο... 12<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο «Management Υπηρεσιών Υγείας & Κοινωνικής Φροντίδας» Ηλεία 2010 σελ.33
- [73] Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης <http://arcadia.ceid.upatras.gr/pnt/grpages/indexgr.htm> (πρόσβαση 30/7/2013)
- [74] Κουρή, Γ. Σουλιώτης, Κ. Φιλαλήθης, Α. Οι περιπέτειες των μεταρρυθμίσεων του Εθνικού Συστήματος Υγείας: μια ιστορική επισκόπηση. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία. 2007; 1:35-67
- [75] Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης & Πρόνοιας. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού. Ψυχική & Δημόσια Υγεία. Θεματικός Άξονας Προτεραιότητας 5, Άξονες Προτεραιότητας 5.1, 5.2, 5.3: «Εδραίωση της μεταρρύθμισης στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας. Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, και προάσπιση της Δημόσιας Υγείας του πληθυσμού»<http://www.epanad.gov.gr/default.asp?pID=6&la=1>(πρόσβαση 14/5/2013)
- [76] Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Πράσινη Βίβλος. Βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Προς μία στρατηγική σχετικά με την ψυχική υγεία για την Ευρωπαϊκή Ένωση. Βρυξέλλες 2005
- [77] Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας <http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/programma-quot-psyxargws-quot/913-sxedio-psyxargws> (πρόσβαση 16/8/2013)

- [78] WAPR [http://www.wapr2012.gr/el/material/declaration\\_final\\_gr\\_eng.pdf](http://www.wapr2012.gr/el/material/declaration_final_gr_eng.pdf)  
(πρόσβαση 20/8/2012)
- [79] Kyloudis, P. Tananaki, M. Pekleiti, M. The management of the mentally ill patients in Primary Care. *InterscientificHealthCare* 2012; 4(1): 1-8
- [80] Μιχαηλίδου, Β. Γιαγλή, Γ.Δ. Αγγελίδης, Γ. Προσδοκίες και απόψεις του προσωπικού σχετικά με τον μετασχηματισμό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου. Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής. Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία. Κως 2004
- [81] Γιαγλή, Γ.Δ. Μαντζιαβά, Κ. Αγγελίδης, Γ. Επίδραση της αποϊδρυματοποίησης στις απόψεις του προσωπικού του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου. Πανελλήνιο Συνέδριο Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση: Σχιζοφρένεια 2007
- [82] Γιαγλή, Γ.Δ. Μιχαηλίδου. Β. Αγγελίδης, Γ. Δυνατότητα για επανένταξη ψυχιατρικών ασθενών: Αντικειμενική εκτίμηση έναντι υποκειμενικών απόψεων προσωπικού, ασθενών και συγγενών τους. Πανελλήνιο Συνέδριο Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ευρώπη και στην Ελλάδα. Ιστορία, θεωρία και πράξη. 2006
- [83] Ζανιά, Σ. Γιαγλή, Γ.Δ. Μιχαηλίδου. Β. Αγγελίδης, Γ. Απόψεις των συγγενών των ψυχικά ασθενών για την Αποϊδρυματοποίηση. 10<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Έρευνας. Ιωάννινα 2006
- [84] Γιαγλή, Γ.Δ. Μιχαηλίδου. Β. Αγγελίδης, Γ. Επαληθεύτηκαν οι προσδοκίες των ψυχικά ασθενών από την αποϊδρυματοποίηση; Πανελλήνιο Συνέδριο «Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση: Σχιζοφρένεια». Αλεξανδρούπολη 2007
- [85] Γιαγλή, Γ.Δ. Εφραιμίδου, Ν. Μιχαηλίδου. Β. Αγγελίδης, Γ. Στάση της κοινότητας στην περιοχή ευθύνης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου απέναντι στην αποϊδρυματοποίηση και την ψυχική ασθένεια. Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής. Χερσονήσος Κρήτης 2008
- [86] WHO Guidelines for conducting a Stakeholder Analysis
- [87] Mesch, D. McGrew, J. Pescosolido, B. Haugh, D. The effects of hospital closure on mental health workers: an overview of employment, mental and physical health, and attitudinal outcomes. *The Journal Of Behavioral Health Services & Research*. 1999; 26(3):1094-3412
- [88] Αγγελίδης, Γ. Γιαγλής, Γ. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου Το κλείσιμο των Τμημάτων Μακράς Ψυχιατρικής Νοσηλείας και ο μετασχηματισμός του σε ένα Δίκτυο Κοινοτικών Ψυχιατρικών Υπηρεσιών. Θεσσαλονίκη Δωδώνη 2011 σελ. 100-197

- [89] Nunnally JC. Cited in: Churchill GA Jr. Paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of Marketing Research* 1979, XVI (February)
- [90] Ραφτόπουλος, Β. Θεοδοσοπούλου, Β. Μεθοδολογία στάθμισης μιας κλίμακας *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2002;19(5):577-589
- [91] Μπούρας, Ν. Σύγχρονες απόψεις για την Ψυχιατρική Περίθαλψη in Αγγελίδης, Γ. Γιαγλής, Γ. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου Το κλείσιμο των Τμημάτων Μακράς Ψυχιατρικής Νοσηλείας και ο μετασχηματισμός του σε ένα Δίκτυο Κοινοτικών Ψυχιατρικών Υπηρεσιών. Θεσσαλονίκη Δωδώνη 2011 σελ. 41-45
- [92] Vasquez-Barquero, J.L. Garcia, J. Deinstitutionalization and psychiatric reform in Spain. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 249: 128–135
- [93] Wetterberg, L. History of psychiatry in Sweden during a millennium. *Nord J Psychiatry* 2012; 66(1):42–5
- [94] Johnstone, M-J. Stigma, social justice and the rights of the mentally ill: Challenging the status quo. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 2001;10:200–209
- [95] Μνημόνιο Συνεργασίας μεταξύ του Επιτρόπου Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ένταξης κ. Lazlo Andor και του Υπουργού Υγείας κ. Ανδρέα Λυκουρέντζου  
<http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/%CE%9D%CE%95%CE%91/GR%20MoU-mental%20health-%20final%20EL.pdf> (πρόσβαση 28/3/2014)
- [96] Συμφωνία μεταξύ του Επιτρόπου Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Έσων Ευκαιριών κ. Vladimir Spidla και του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κ. Δημήτρη Αβραμόπουλου  
[http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/Ypostirixi%20Forewn/08.04.2009\\_SYMFWNIA%20SPIDLA.pdf](http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/Ypostirixi%20Forewn/08.04.2009_SYMFWNIA%20SPIDLA.pdf) (πρόσβαση 28/3/2014)
- [97] Salize, H. J. Rossler, W. Becker, T. Mental health care in Germany Current state and trends. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257:92-103
- [98] Bauer M, Kunze H, von Cranach M, Fritze J, Becker T. Psychiatric reform in Germany *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104 (410): 27-34
- [99] Μαδιανός, Μ. Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα του 21ου αιώνα. *Ψυχιατρική* 2002, 13:297-300

- [100] Wahlbeck, K. McDaid, D. Action to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry* 2012; 11(3): 139-145
- [101] Aberg, J. Communications problems in Swedish mental health reform. *NordJPsychiatry* 2005; 59:522-527
- [102] Τσαβαλιάς, Κ. Σίσκου, Ο. Λιαρόπουλος, Λ. Συγχωνεύσεις νοσοκομείων στην Ευρώπη Διδάγματα και προοπτικές για την Ελλάδα. *ΑρχείαΕλληνικήςΙατρικής*. 2012;29(2):233-239
- [103] Liaropoulos, L. Siskou, O. Kontodimopoulos, N. Kaitelidou, D. Lazarou, P. Spinthouri, M. Tsavalias, K. Restructuring the hospital sector in Greece in order to improve effectiveness and efficiency. *Social Cohesion and Development*. 2012; 7(1):53-68
- [104] Μαδιανός, Μ. Οικονομική κρίση, ψυχική υγεία και ψυχιατρική περίθαλψη: Τι απέγινε η «Μεταρρύθμιση» στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική*. 2013; 2:15-16
- [105] Μπουραντάς, Δ. Μάνατζμεντ. Αθήνα Μπένου 2002 σελ. 582-583
- [106] WHO Οργάνωση των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας  
2003 [http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545925\\_V2\\_gre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545925_V2_gre.pdf)  
(πρόσβαση 2/4/2014)
- [107] Γιωτάκος, Ο. Οικονομική κρίση και ψυχική υγείας. *Ψυχιατρική* 2010; 21(3):195-204
- [108] Στυλιανίδης, Σ. Προκλήσεις για την Κοινωνική- Κοινοτική Ψυχιατρική και την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση τον 21<sup>ο</sup> αιώνα σε σχέση με την Ελληνική πραγματικότητα in Αγγελίδης, Γ. Γιαγλής, Γ. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου Το κλείσιμο των Τμημάτων Μακράς Ψυχιατρικής Νοσηλείας και ο μετασχηματισμός του σε ένα Δίκτυο Κοινοτικών Ψυχιατρικών Υπηρεσιών. *Θεσσαλονίκη Δωδώνη* 2011 σελ. 47-62

## Νομοθεσία

- Ν.2882/1922«Περί μεταρρυθμίσεως και συμπληρώσεως του Υπουργείου της Περιθάλψεως μετονομαζόμενου εις Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας» ΦΕΚ 122Α/22-7-1922
- Α.Ν. 965/1937 «Περί οργανώσεως των Δημοσίων Νοσηλευτικών και Υγειονομικών ιδρυμάτων» ΦΕΚ 476Α /24-11-1937
- Ν.Δ. 2592/1953 «Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως» ΦΕΚ254Α/18-9-1953
- Ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» ΦΕΚ 143/Α/7-10-1983
- Ν. 2071/92 « Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας» ΦΕΚ 123/Α/15-7-1992
- Ν. 2716/99«Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 96 Α/17-5-1999
- Υ5β/οικ.974/23-3-2001 «Εθνικό Σχέδιο Δράσης 1<sup>η</sup> Αναθεώρηση με κωδικό ονομασία Ψυχαργός»
- Υ5β/οικ.975/23-3-2001 «Έγκριση από άποψη σκοπιμότητας της ένταξης μέρος δεκαετούς προγράμματος «Ψυχαργός» στο Γ' ΚΠΣ με τον τίτλο «Β' φάση Ψυχαργός»
- Α3α/οικ 876/23-5-2000 «Καθορισμός του τρόπου λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2716/97»
- Υ5β/Γ.Π.οικ 156618/14-12-2009 «Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Κέντρων Ημέρας του άρθρου 8 του Ν. 2716/97»
- Υ5α/Γ.Π.οικ 45994/19-4-2010 «Έγκριση από άποψη σκοπιμότητας της ανάπτυξης δομών και υποδομών του Τομέα Ψυχικής Υγείας» κατά την τριετία 2010-2013 στο πλαίσιο του εθνικού προγράμματος «Ψυχαργός» Γ' Φάση»
- Ν. 3852/2010 «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης-Πρόγραμμα Καλλικράτης» ΦΕΚ 87 Α/7-6-2010
- Ν. 4052/2012 ΦΕΚ 41 Α/1-3-2012 «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ

της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Τράπεζας και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας και άλλες διατάξεις».

- Ν. 3235/04 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» ΦΕΚ 53 Α/18-2-2004
- Ν. 4074/2012 «Κύρωση της σύμβασης για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες και του Προαιρετικού Πρωτοκόλλου στη Σύμβαση για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες» ΦΕΚ 88Α/11-4-2012
  
- Ν.Δ της 8 Αυγούστου 1925 "Περί αναγκαστικής απαλλοτριώσεως των εν τη Περιφέρεια Κατερίνης ακινήτων της Ιεράς Μονής Πέτρας, προς ίδρυση Νοσοκομείου Φυματιώντων"
- Ν.3929/13-22-Φεβρουαρίου 1929 (φύλλο 65) "Περί του εν τη Περιφέρεια Κατερίνης Νοσοκομείου Φυματιώντων υπό την επωνυμία "Σανατόριον Ιεράς Μονής Πέτρας Ολύμπου"
- Β.Δ. 703/17-10-1969 (ΦΕΚ 220/3-11-1969 τ.Α') "Περί καταργήσεως του Σανατορίου Ιεράς Μονής Πέτρας Ολύμπου και ιδρύσεως εν Ιερά Μονή Πέτρα Ολύμπου Ψυχιατρείου υπό την επωνυμία Θεραπευτήριον Ψυχικών Παθήσεων Ιεράς Μονής Πέτρας Ολύμπου" και κυρώσεως του Οργανισμού τούτου"
- Υ.Α . Α3β /οικ 14176 /8-8-1986 (ΦΕΚ 648/30-9-1086 τ Β')"Αναμόρφωση Οργανισμού του Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Ιεράς Μονής Πέτρας Ολύμπου "



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Πίνακας 1. Ποιο γνωστές δράσης του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

1	Οι πιο γνωστές δράσεις του Προγράμματος «Ψυχαργώς»		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Άγνοση	Ελάχιστα Γνωστή	Λίγο Γνωστή	Γνωστή	Πολύ Γνωστή
	Δομές στην κοινότητα (Ξενώνες, Οικοτροφεία, Προστατευμένα Διαμερίσματα)	Επαγγ.	4,62	0,847	2,3	1,5	5,4	13,1	77,7
		Συνοδ.	4,30	1,174	6,6	3,3	8,2	18,0	63,9
		<b>Σύνολο</b>	<b>4,52</b>	<b>0,972</b>	<b>3,7</b>	<b>2,1</b>	<b>6,3</b>	<b>14,7</b>	<b>73,3</b>
	Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρικά τμήματα Γενικών Νοσοκομείων, Κινητές Μονάδες, Κέντρα Ημέρας	Επαγγ.	4,36	0,973	3,1	3,1	7,7	26,9	59,2
		Συνοδ.	4,11	0,985	4,9	13,1	42,6	39,3	39,3
		<b>Σύνολο</b>	<b>4,28</b>	<b>0,981</b>	<b>3,7</b>	<b>2,9</b>	<b>9,4</b>	<b>31,9</b>	<b>52,9</b>
	Φιλοξενούσες οικογένειες/φροντίδα στο σπίτι	Επαγγ.	2,78	1,220	20,0	18,5	33,1	19,2	8,5
		Συνοδ.	2,12	1,209	42,6	19,7	23,0	8,2	4,9
		<b>Σύνολο</b>	<b>2,57</b>	<b>1,251</b>	<b>27,2</b>	<b>18,8</b>	<b>29,8</b>	<b>15,7</b>	<b>7,3</b>
	Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης	Επαγγ.	2,72	1,244	21,5	20,0	31,5	16,9	9,2
		Συνοδ.	2,00	1,225	45,9	29,5	9,8	8,2	6,6
		<b>Σύνολο</b>	<b>2,49</b>	<b>1,208</b>	<b>29,3</b>	<b>23,0</b>	<b>24,6</b>	<b>14,1</b>	<b>8,4</b>
	Συνηγορία / Αυτοεκπροσώπηση	Επαγγ.	2,22	1,243	35,4	31,5	15,4	9,2	7,7
		Συνοδ.	1,97	1,301	54,1	14,8	16,4	4,9	8,2
		<b>Σύνολο</b>	<b>2,14</b>	<b>1,264</b>	<b>41,4</b>	<b>26,2</b>	<b>15,7</b>	<b>7,9</b>	<b>7,9</b>
	Καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού, Καμπάνιες anti-stigma,	Επαγγ.	3,19	1,146	6,9	21,5	30,8	25,4	14,6
		Συνοδ.	2,72	1,354	24,6	21,3	21,3	19,7	11,5
		<b>Σύνολο</b>	<b>3,04</b>	<b>1,233</b>	<b>12,6</b>	<b>21,5</b>	<b>27,7</b>	<b>23,6</b>	<b>13,6</b>
	Τομεοποίηση-γεωγραφική κατανομή υπηρεσιών	Επαγγ.	2,78	1,268	19,2	23,8	26,2	19,2	7,7

	Συνοδ.	2,72	1,354	24,6	21,3	21,3	19,7	11,5
	<b>Σύνολο</b>	<b>2,62</b>	<b>1,366</b>	<b>28,8</b>	<b>19,9</b>	<b>22,0</b>	<b>16,8</b>	<b>11,5</b>

Πίνακας 2. Σημαντικότερα οφέλη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

2	Ποια είναι τα σημαντικά οφέλη που αποκομίζουν οι λήπτες (ασθενείς) υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την Ψυχιατρική		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Ασήμαντο	Ελάχιστα Σημαντικό	Λίγο Σημαντικό	Σημαντικό	Πολύ Σημαντικό
	Αποασυλοποίηση - κλείσιμο των ψυχιατρείων	Επαγγ.	4,33	1,081	5,4	3,1	5,4	25,4	60,8
		Συνοδ.	4,30	1,202	8,2	1,6	6,6	19,7	63,9
		<b>Σύνολο</b>	<b>4,32</b>	<b>1,118</b>	<b>6,3</b>	<b>2,6</b>	<b>5,8</b>	<b>23,6</b>	<b>61,8</b>
	Ανάπτυξη κοινοτικών δομών και προγραμμάτων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας Ψυχικής Υγείας	Επαγγ.	4,34	0,928	3,1	0,8	10,8	30,0	55,4
		Συνοδ.	4,30	0,809	0	1,6	16,4	31,1	49,2
		<b>Σύνολο</b>	<b>4,33</b>	<b>8,90</b>	<b>2,1</b>	<b>1,0</b>	<b>12,6</b>	<b>30,4</b>	<b>53,4</b>
	Κοινωνικοοικονομική επανένταξη - ΚοιΣΠΕ	Επαγγ.	3,05	1,289	11,5	26,2	25,4	17,7	18,5
		Συνοδ.	2,80	1,339	24,6	13,1	32,8	16,4	13,1
		<b>Σύνολο</b>	<b>2,97</b>	<b>1,307</b>	<b>15,7</b>	<b>22,0</b>	<b>27,7</b>	<b>17,3</b>	<b>16,8</b>
	Καταπολέμηση κοινωνικού αποκλεισμού και στίγματος	Επαγγ.	3,53	1,090	3,8	13,1	30,0	30,8	21,5
		Συνοδ.	3,69	1,246	11,5	3,3	18,0	39,3	27,9
		<b>Σύνολο</b>	<b>3,58</b>	<b>1,141</b>	<b>6,3</b>	<b>9,9</b>	<b>26,2</b>	<b>33,5</b>	<b>23,6</b>
	Σεβασμός στα δικαιώματα - εκπροσώπηση -συνηγορία	Επαγγ.	3,59	1,115	2,3	16,9	25,4	29,2	25,4
		Συνοδ.	3,87	1,335	9,8	9,8	6,6	31,1	42,6
		<b>Σύνολο</b>	<b>3,68</b>	<b>1,194</b>	<b>4,7</b>	<b>14,7</b>	<b>19,4</b>	<b>29,8</b>	<b>30,9</b>
	Ψυχολογική υποστήριξη	Επαγγ.	3,90	1,030	1,5	4,6	34,6	20,0	38,5

	Συνοδ.	4,36	0,857	3,3	0	4,9	41,0	50,8
	<b>Σύνολο</b>	<b>4,05</b>	<b>0,999</b>	<b>2,1</b>	<b>3,1</b>	<b>25,1</b>	<b>26,7</b>	<b>42,4</b>

Πίνακας 3. Η φροντίδα/περίθαλψη στην κοινότητα είναι καλύτερη από την περίθαλψη στο ψυχιατρείο

3	Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση όπως έχει εφαρμοστεί τώρα με την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα είναι καλύτερη από την περίθαλψη στα ψυχιατρεία		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
		Επαγγ.	4,61	0,710	1,5	0	3,8	25,4	69,2
Συνοδ.	4,59	0,783	1,6	1,6	3,3	23,0	70,5		
	<b>Σύνολο</b>	<b>4,60</b>	<b>0,732</b>	<b>1,6</b>	<b>0,5</b>	<b>3,7</b>	<b>24,6</b>	<b>69,6</b>	

Πίνακας 4. Η εφαρμογή του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» ήταν η ενδεδειγμένη.

4	Η εφαρμογή του προγράμματος "Ψυχαργός" ήταν η ενδεδειγμένη (προγραμματισμός/σχεδιασμός, οργάνωση, διοίκηση, έλεγχος)		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
		Επαγγ.	3,87	0,913	2,3	4,6	20,8	47,7	23,8
Συνοδ.	4,00	0,876	0	1,6	32,8	29,5	36,1		
	<b>Σύνολο</b>	<b>3,91</b>	<b>0,901</b>	<b>1,6</b>	<b>3,7</b>	<b>24,6</b>	<b>41,9</b>	<b>27,7</b>	

Πίνακας 5. Πηγές πληροφόρησης του Προγράμματος «Ψυχαργός»

6	Από που προήλθε η ενημέρωσή σας για το πρόγραμμα "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" και σε ποιο βαθμό επηρεάζουν στη διαμόρφωση της δικής σας στάσης		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
	Υπουργείο Υγείας / Δ/ση Ψυχικής Υγείας	Επαγγ.	2,76	1,236	18,5	25,4	26,2	20,0	9,2
		Συνοδ.	1,51	0,849	65,6	23,0	8,2	1,6	1,6
		<b>Σύνολο</b>	<b>2,36</b>	<b>1,268</b>	<b>33,5</b>	<b>24,6</b>	<b>20,4</b>	<b>14,1</b>	<b>6,8</b>
	ΜΜΕ	Επαγγ.	1,90	0,934	39,2	38,5	15,4	4,6	1,5
		Συνοδ.	2,02	1,176	49,2	14,8	24,6	8,2	3,3
		<b>Σύνολο</b>	<b>1,94</b>	<b>1,016</b>	<b>42,4</b>	<b>30,9</b>	<b>18,3</b>	<b>5,8</b>	<b>2,1</b>
	Τοπική Αυτοδιοίκηση	Επαγγ.	1,56	0,809	57,7	32,3	6,2	1,5	1,5
		Συνοδ.	1,64	0,913	59,0	24,6	9,8	6,6	0
		<b>Σύνολο</b>	<b>1,58</b>	<b>0,842</b>	<b>58,9</b>	<b>29,8</b>	<b>7,3</b>	<b>3,1</b>	<b>1,0</b>
	Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας	Επαγγ.	3,49	1,156	6,9	10,0	33,1	26,9	23,1
		Συνοδ.	3,64	1,415	13,1	9,8	14,8	24,6	37,7
		<b>Σύνολο</b>	<b>3,54</b>	<b>1,243</b>	<b>8,9</b>	<b>9,9</b>	<b>27,2</b>	<b>26,2</b>	<b>27,7</b>
	Σύλλογοι ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας	Επαγγ.	1,99	1,093	43,8	25,4	19,2	8,5	2,3
		Συνοδ.	2,08	1,282	50,8	11,5	21,3	11,5	4,9
		<b>Σύνολο</b>	<b>2,02</b>	<b>1,155</b>	<b>46,1</b>	<b>20,9</b>	<b>19,9</b>	<b>9,4</b>	<b>3,1</b>
	Οικογένεια	Επαγγ.	1,57	0,983	66,2	19,2	7,7	3,1	3,1
		Συνοδ.	1,74	1,223	65,6	14,8	4,9	9,8	4,9
		<b>Σύνολο</b>	<b>1,62</b>	<b>1,066</b>	<b>66,0</b>	<b>17,8</b>	<b>6,8</b>	<b>5,2</b>	<b>3,7</b>
	Κοινωνικός περίγυρος	Επαγγ.	1,93	1,187	50,0	23,8	13,1	6,9	5,4
		Συνοδ.	2,18	1,258	39,3	26,2	19,7	6,6	8,2
		<b>Σύνολο</b>	<b>2,01</b>	<b>1,213</b>	<b>46,6</b>	<b>14,6</b>	<b>15,2</b>	<b>6,8</b>	<b>6,3</b>

Πίνακας 6. Απειλές για την ανάπτυξη των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

7	Από τι απειλείται η ανάπτυξη δομών ψυχοκοινωνικής		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Καθόλου σοβαρή	Λίγο σοβαρή	Αρκετά σοβαρή	Πολύ σοβαρή	Πάρα πολύ σοβαρή
	Υποχρηματοδότηση	Επαγγ.	4,48	0,966	2,3	2,3	13,1	10,0	72,3
		Συνοδ.	4,43	1,176	8,2	1,6	1,6	16,4	72,1
		<b>Σύνολο</b>	<b>1,46</b>	<b>1,03</b>	<b>4,2</b>	<b>2,1</b>	<b>9,4</b>	<b>12,0</b>	<b>72,3</b>

	Υποστελέχωση τομέα ψυχικής υγείας	Επαγγ.	4,22	1,029	3,1	3,8	13,8	26,2	53,1
		Συνοδ.	4,08	1,229	8,2	4,9	6,6	31,1	49,2
		<b>Σύνολο</b>	<b>1,18</b>	<b>1,015</b>	<b>4,7</b>	<b>4,2</b>	<b>11,5</b>	<b>27,7</b>	<b>51,8</b>
	Συγχωνεύσεις ψυχιατρικών και γενικών νοσοκομείων	Επαγγ.	3,87	1,216	5,4	10,8	16,2	26,9	40,8
		Συνοδ.	3,50	1,214	8,2	11,05	24,6	31,1	23,0
		<b>Σύνολο</b>	<b>3,75</b>	<b>1,224</b>	<b>6,3</b>	<b>11,0</b>	<b>18,2</b>	<b>28,3</b>	<b>35,1</b>
	Στάση του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική αρρώστια	Επαγγ.	2,87	1,216	15,4	25,4	25,4	24,6	9,2
		Συνοδ.	3,02	1,218	13,1	19,7	32,8	21,3	13,1
		<b>Σύνολο</b>	<b>2,92</b>	<b>1,215</b>	<b>14,7</b>	<b>23,6</b>	<b>27,7</b>	<b>23,6</b>	<b>10,5</b>
	Μη ολοκλήρωση της επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών (υψηλή ανεργία)	Επαγγ.	3,45	1,239	3,8	23,8	24,6	19,2	28,5
		Συνοδ.	3,56	1,285	8,2	13,1	24,6	23,0	31,1
		<b>Σύνολο</b>	<b>3,48</b>	<b>1,252</b>	<b>5,2</b>	<b>20,4</b>	<b>24,6</b>	<b>20,4</b>	<b>29,3</b>

Πίνακας 7. Ελπίδες-Προσδοκίες για το μέλλον των ληπτών

9	Τι ποσοστό των ληπτών σε αυτό το δίκτυο ανταποκρίνεται στις παρακάτω δηλώσεις.		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Κανένας	Λίγοι	Μερικοί	Οι περισσότεροι	όλοι
	Θα είναι σε θέση να ενσωματωθούν στην κοινότητα.	Επαγγ.	3,00	0,771	1,5	23,1	50,0	23,1	1,5
		Συνοδ.	3,10	0,892	1,6	24,6	34,4	31,1	3,3
		<b>Σύνολο</b>	<b>3,03</b>	<b>0,809</b>	<b>1,6</b>	<b>23,6</b>	<b>45,0</b>	<b>25,7</b>	<b>2,1</b>
	Θα βρουν εργασία που θα τους επιτρέψει να είναι αυτάρκης οικονομικά.	Επαγγ.	2,06	0,808	21,5	56,2	16,9	3,1	1,5
		Συνοδ.	2,03	0,674	16,4	62,3	13,1	3,3	0
		<b>Σύνολο</b>	<b>2,05</b>	<b>0,767</b>	<b>19,9</b>	<b>58,1</b>	<b>15,7</b>	<b>3,1</b>	<b>1,0</b>
	Θα εξακολουθούν να απαιτούν μακροπρόθεσμες θεσμικές φροντίδες.	Επαγγ.	3,69	0,882	3,1	8,5	14,6	63,1	10,0
		Συνοδ.	3,81	0,982	1,6	9,8	16,4	44,3	23,0
		<b>Σύνολο</b>	<b>3,73</b>	<b>0,913</b>	<b>2,6</b>	<b>8,9</b>	<b>15,2</b>	<b>57,1</b>	<b>14,1</b>

Πίνακας 8. Αξιολόγηση Δικτύου Ψυχικής Υγείας

10	Πώς θα αξιολογούσατε σήμερα..		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Άριστα
	...την ποιότητα φροντίδας που λαμβάνουν οι λήπτες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που απευθύνονται σε αυτό το Δίκτυο	Επαγγ.	3,98	0,726	0,8	1,5	17,7	58,5	21,5
Συνοδ.		3,78	0,918	6,6	0	13,1	63,9	11,5	
<b>Σύνολο</b>		<b>3,92</b>	<b>7,94</b>	<b>2,6</b>	<b>1,0</b>	<b>16,2</b>	<b>60,2</b>	<b>18,3</b>	
	...το ηθικό των επαγγελματιών υγείας στις συγκεκριμένες δομές	Επαγγ.	3,28	0,988	6,9	10,8	36,9	38,5	6,9
Συνοδ.		3,61	0,940	3,3	8,2	21,3	49,2	11,5	
<b>Σύνολο</b>		<b>3,38</b>	<b>0,984</b>	<b>5,8</b>	<b>9,9</b>	<b>31,9</b>	<b>41,9</b>	<b>8,4</b>	
	... την ποιότητα των επιστημονικών ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας στο Δίκτυο αυτό	Επαγγ.	3,86	0,805	2,3	2,3	19,2	59,2	16,9
Συνοδ.		3,96	0,801	3,3	0	11,5	60,7	18,0	
<b>Σύνολο</b>		<b>3,89</b>	<b>0,803</b>	<b>2,6</b>	<b>1,6</b>	<b>16,8</b>	<b>59,7</b>	<b>17,3</b>	

Πίνακας 9. Αισθήματα απέναντι στο Δίκτυο

11	Πώς αισθάνεστε όσον αφορά την εργασία σας στο Δίκτυο αυτό, και πόσο αφοσιωμένος είστε σε αυτό.	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
	Είμαι πρόθυμος να καταβάλλω μεγάλη προσπάθεια, πέρα από το αναμενόμενο, προκειμένου να βοηθήσω την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση να είναι επιτυχημένη.	4,21	0,860	0,8	4,6	10,0	42,3	42,3
	Δέχομαι σχεδόν οποιοδήποτε τύπο ανάθεσης καθηκόντων, προκειμένου να συνεχίσω να εργάζομαι στον οργανισμό αυτόν.	3,23	1,096	2,3	28,5	28,5	25,4	15,4
	Θεωρώ ότι οι αξίες μου και οι αξίες του οργανισμού είναι παρόμοιες.	3,71	0,830	0	10,0	23,1	53,1	13,8
	Πραγματικά νοιάζομαι	4,53	0,600	0	0,8	3,1	38,5	57,7

για την τύχη των ασθενών του Δικτύου.								
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Πίνακας 10. Κατάρτιση – εκπαίδευση προσωπικού

12	Η κατάρτιση - εκπαίδευση του προσωπικού για τη στήριξη της αποασυλοποίησης, της κοινωνικοοικονομικής επανένταξης και τη συνεχή στήριξη του ασθενή είναι επαρκής	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
		3,43	0,837	0,8	13,8	32,3	46,5	6,2

Πίνακας 11. Συνολικότερη ικανοποίηση επαγγελματιών από τη ζωή

14	Συνολικά, πόσο ικανοποιημένος είστε από τη ζωή σας αυτή τη στιγμή;	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσάρεστος	Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
		3,59	0,858	3,8	4,6	26,9	54,6	7,7

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Πίνακας 1. Συσχέτιση Φύλου και Γνωστότερων δράσεων του «Ψυχαργός»

Επαγγελματίες		Πιο γνωστές δράσεις "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" Τομεοποίηση/γεωγραφική κατανομή υπηρεσιών					Total
		Άγνωστη	Ελάχιστα γνωστή	Λίγο γνωστή	Γνωστή	Πολύ γνωστή	
Φύλο Άντρας	Count	13	10	6	16	3	48
	% within Φύλο	27,1%	20,8%	12,5%	33,3%	6,2%	100,0%
Γυναίκα	Count	12	21	28	9	11	81
	% within Φύλο	14,8%	25,9%	34,6%	11,1%	13,6%	100,0%
Total	Count	25	31	34	25	14	129
	% within Φύλο	19,4%	24,0%	26,4%	19,4%	10,9%	100,0%

Πίνακας 2. Συσχέτιση Φύλου και σημαντικότερων οφελών του προγράμματος «Ψυχαργός»

Επαγγελματίες		Σημαντικότερο όφελος για τους λήπτες. Καταπολέμηση στίγματος					Total
		Ασήμαντο	Ελάχιστα σημαντικό	Λίγο σημαντικό	Σημαντικό	Πολύ σημαντικό	
Φύλο Άντρας	Count	5	7	12	15	9	48
	% within Φύλο	10,4%	14,6%	25,0%	31,2%	18,8%	100,0%
Γυναίκα	Count	0	10	27	25	19	81
	% within Φύλο	0,0%	12,3%	33,3%	30,9%	23,5%	100,0%
Total	Count	5	17	39	40	28	129
	% within Φύλο	3,9%	13,2%	30,2%	31,0%	21,7%	100,0%



Πίνακας 3. Συσχέτιση Φύλου και ρόλου στη διαδικασία κλεισίματος του ΨΝΠΟ

Επαγγελματίες		Ο ρόλος σας στη διαδικασία λήψης απόφασης για το κλείσιμο του ΨΝΠΟ. Οι υπεύθυνοι επηρεάστηκαν από προσωπικά ή πολιτικά κίνητρα για την απόφαση κλεισίματος					Total
		Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	
Φύλο Άντρας	Count	7	1	4	25	12	49
	% within Φύλο	14,3%	2,0%	8,2%	51,0%	24,5%	100,0%
Γυναίκα	Count	5	6	16	25	27	79
	% within Φύλο	6,3%	7,6%	20,3%	31,6%	34,2%	100,0%
Total	Count	12	7	20	50	39	128
	% within Φύλο	9,4%	5,5%	15,6%	39,1%	30,5%	100,0%

Πίνακας 4. Συσχέτιση Φύλου και απόψεων σχετικά με την ποιότητα και το μέλλον του Δικτύου

Επαγγελματίες		Χωρίς κίνητρα το προσωπικό θα αφήσει το Δίκτυο χωρίς ουσιαστική υποστήριξη					Total
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Φύλο Άντρας	Count	4	9	20	13	3	49
	% within Φύλο	8,2%	18,4%	40,8%	26,5%	6,1%	100,0%
Γυναίκα	Count	2	28	16	25	10	81
	% within Φύλο	2,5%	34,6%	19,8%	30,9%	12,3%	100,0%
Total	Count	6	37	36	38	13	130
	% within Φύλο	4,6%	28,5%	27,7%	29,2%	10,0%	100,0%

Πίνακας 5. Συσχέτιση Φύλου και αισθήματα απέναντι στο Δίκτυο

Επαγγελματίες		Δέχομαι οποιοδήποτε τύπο ανάθεσης προκειμένου να συνεχίσω να εργάζομαι στο Δίκτυο					Total
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Φύλο Άντρας	Count	3	15	19	9	3	49
	% within Φύλο	6,1%	30,6%	38,8%	18,4%	6,1%	100,0%
Γυναίκα	Count	0	22	18	24	17	81
	% within Φύλο	0,0%	27,2%	22,2%	29,6%	21,0%	100,0%
Total	Count	3	37	37	33	20	130
	% within Φύλο	2,3%	28,5%	28,5%	25,4%	15,4%	100,0%

Πίνακας 6. Συσχέτιση Φύλου και ικανοποίησης από την εργασία

Επαγγελματίες		Πόσο ικανοποιημένος είστε με: τις προσφερόμενες ευκαιρίες για να βοηθήσετε τους άλλους					Total
		Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσαρεστημένος	Ούτε δυσαρεστημένος ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος	
Φύλο Άντρας	Count	3	1	16	19	10	49
	% within Φύλο	6,1%	2,0%	32,7%	38,8%	20,4%	100,0%
Γυναίκα	Count	3	3	14	53	8	81
	% within Φύλο	3,7%	3,7%	17,3%	65,4%	9,9%	100,0%
Total	Count	6	4	30	72	18	130
	% within Φύλο	4,6%	3,1%	23,1%	55,4%	13,8%	100,0%

Πίνακας 7. Συσχέτιση Εκπαίδευσης και Γνωστότερων δράσεων του «Ψυχαργός»

Επαγγελματίες			Πιο γνωστές δράσεις "ΨΥΧΑΡΓΩΣ"					Total
			Καμπάνιες για το στίγμα					
			Άγνωστη	Ελάχιστα γνωστή	Λίγο γνωστή	Γνωστή	Πολύ γνωστή	
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	Count	2	1	0	1	0	4
		% within Εκπαίδευση	50,0%	25,0%	0%	25,0%	0%	100,0%
	Δευτεροβάθμια	Count	2	12	23	10	3	50
		% within Εκπαίδευση	4,0%	24,0%	46,0%	20,0%	6,0%	100,0%
	Τριτοβάθμια	Count	5	15	16	22	16	74
		% within Εκπαίδευση	6,8%	20,3%	21,6%	29,7%	21,6%	100,0%
Total		Count	9	28	39	33	19	128
		% within Εκπαίδευση	7,0%	21,9%	30,5%	25,8%	14,8%	100,0%

Πίνακας 8. Συσχέτιση Εκπαίδευσης και σημαντικότερων οφελών του προγράμματος «Ψυχαργός»

Επαγγελματίες			Σημαντικότερο όφελος για τους λήπτες.					Total
			Αποασυλοποίηση/Κλείσιμο ψυχιατρείου					
			Ασήμαντο	Ελάχιστα σημαντικό	Λίγο σημαντικό	Σημαντικό	Πολύ σημαντικό	
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	Count	1	0	0	3	0	4
		% within Εκπαίδευση	25,0%	0%	0%	75,0%	0%	100,0%
	Δευτεροβάθμια	Count	3	2	6	13	26	50
		% within Εκπαίδευση	6,0%	4,0%	12,0%	26,0%	52,0%	100,0%
	Τριτοβάθμια	Count	3	2	1	17	52	75
		% within Εκπαίδευση	4,0%	2,7%	1,3%	22,7%	69,3%	100,0%
Total		Count	7	4	7	33	78	129
		% within Εκπαίδευση	5,4%	3,1%	5,4%	25,6%	60,5%	100,0%

Πίνακας 9. Συσχέτιση Εκπαίδευσης και σημαντικότερων οφελών του προγράμματος «Ψυχαργός»

Επαγγελματίες		Σημαντικότερο όφελος για τους λήπτες. Καταπολέμηση στίγματος					Total
		Ασήμαντο	Ελάχιστα σημαντικό	Λίγο σημαντικό	Σημαντικό	Πολύ σημαντικό	
Εκπαίδευση Πρωτοβάθμια	Count	0	0	3	1	0	4
	% within Εκπαίδευση	0,0%	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
Δευτεροβάθμια	Count	4	12	12	14	8	50
	% within Εκπαίδευση	8,0%	24,0%	24,0%	28,0%	16,0%	100,0%
Τριτοβάθμια	Count	1	5	23	25	20	74
	% within Εκπαίδευση	1,4%	6,8%	31,1%	33,8%	27,0%	100,0%
Total	Count	5	17	38	40	28	128
	% within Εκπαίδευση	3,9%	13,3%	29,7%	31,2%	21,9%	100,0%

Πίνακας 10. Συσχέτιση Εκπαίδευσης και σημαντικότερων οφελών του προγράμματος «Ψυχαργός»

Επαγγελματίες		Σημαντικότερο όφελος για τους λήπτες. Ψυχολογική υποστήριξη					Total
		Ασήμαντο	Ελάχιστα σημαντικό	Λίγο σημαντικό	Σημαντικό	Πολύ σημαντικό	
Εκπαίδευση Πρωτοβάθμια	Count	1	1	1	1	0	4
	% within Εκπαίδευση	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	0,0%	100,0%
Δευτεροβάθμια	Count	1	4	23	4	18	50
	% within Εκπαίδευση	2,0%	8,0%	46,0%	8,0%	36,0%	100,0%
Τριτοβάθμια	Count	0	1	20	21	32	74
	% within Εκπαίδευση	0,0%	1,4%	27,0%	28,4%	43,2%	100,0%
Total	Count	2	6	44	26	50	128
	% within Εκπαίδευση	1,6%	4,7%	34,4%	20,3%	39,1%	100,0%

Πίνακας 11. Συσχέτιση Εκπαίδευσης και ενδεδειγμένης εφαρμογής του προγράμματος «Ψυχαργός»

Επαγγελματίες		Η εφαρμογή του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ ήταν η ενδεδειγμένη(προγραμ./οργάνωση/διοίκηση/έλεγχος)					Total
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Εκπαίδευση Πρωτοβάθμια	Count	1	1	0	2	0	4
	% within Εκπαίδευση	25,0%	25,0%	,0%	50,0%	,0%	100,0%
Δευτεροβάθμια	Count	0	2	10	22	15	49
	% within Εκπαίδευση	,0%	4,1%	20,4%	44,9%	30,6%	100,0%
Τριτοβάθμια	Count	2	3	17	37	16	75
	% within Εκπαίδευση	2,7%	4,0%	22,7%	49,3%	21,3%	100,0%
Total	Count	3	6	27	61	31	128
	% within Εκπαίδευση	2,3%	4,7%	21,1%	47,7%	24,2%	100,0%

Πίνακας 12. Συσχέτιση Εκπαίδευσης και ενδεδειγμένης εφαρμογής του προγράμματος «Ψυχαργός»

Επαγγελματίες			Ο ρόλος σας στη διαδικασία λήψης απόφασης για το κλείσιμο του ΨΝΠΟ. Ερωτηθήκατε από τους υπεύθυνους για την απόφαση κλεισίματος του ΨΝΠΟ					Total
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	Count	1	0	2	0	1	4
		% within Εκπαίδευση	25,0%	,0%	50,0%	,0%	25,0%	100,0%
	Δευτεροβάθμια	Count	26	7	13	4	0	50
		% within Εκπαίδευση	52,0%	14,0%	26,0%	8,0%	,0%	100,0%
	Τριτοβάθμια	Count	56	3	7	6	2	74

	% within Εκπαίδευση	75,7%	4,1%	9,5%	8,1%	2,7%	100,0%
Total	Count	83	10	22	10	3	128
	% within Εκπαίδευση	64,8%	7,8%	17,2%	7,8%	2,3%	100,0%

Πίνακας 13. Συσχέτιση Εκπαίδευσης και πηγές πληροφόρησης του προγράμματος «Ψυχαργός»

Επαγγελματίες			Από πού προήλθε η ενημέρωση για το "ΨΥΧΑΡΓΩΣ". <b>MME</b>					Total
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	Count	2	1	1	0	0	4
		% within Εκπαίδευση	50,0%	25,0%	25,0%	,0%	,0%	100,0%
	Δευτεροβάθμια	Count	28	10	6	5	1	50
		% within Εκπαίδευση	56,0%	20,0%	12,0%	10,0%	2,0%	100,0%
	Τριτοβάθμια	Count	21	39	12	1	1	74
		% within Εκπαίδευση	28,4%	52,7%	16,2%	1,4%	1,4%	100,0%
Total	Count	51	50	19	6	2	128	
	% within Εκπαίδευση	39,8%	39,1%	14,8%	4,7%	1,6%	100,0%	

Πίνακας 14. Συσχέτιση Εκπαίδευσης και πηγές πληροφόρησης του προγράμματος «Ψυχαργός»

Επαγγελματίες			Από πού προήλθε η ενημέρωση για το "ΨΥΧΑΡΓΩΣ". <b>Επαγγελματίες ψυχικής υγείας</b>					Total
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	Count	2	0	0	2	0	4
		% within Εκπαίδευση	50,0%	,0%	,0%	50,0%	,0%	100,0%
	Δευτεροβάθμια	Count	3	9	20	6	12	50

	% within Εκπαίδευση	6,0%	18,0%	40,0%	12,0%	24,0%	100,0%
Τριτοβάθμια	Count	4	4	22	27	18	75
	% within Εκπαίδευση	5,3%	5,3%	29,3%	36,0%	24,0%	100,0%
Total	Count	9	13	42	35	30	129
	% within Εκπαίδευση	7,0%	10,1%	32,6%	27,1%	23,3%	100,0%

Πίνακας 15. Συσχέτιση Εκπαίδευσης και πηγές πληροφόρησης του προγράμματος «Ψυχαργός»

Επαγγελματίες			Από πού προήλθε η ενημέρωση για το "ΨΥΧΑΡΓΟΣ". Κοινωνικός περίγυρος					Total
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	Count	0	0	0	3	1	4
		% within Εκπαίδευση	,0%	,0%	,0%	75,0%	25,0%	100,0%
	Δευτεροβάθμια	Count	27	14	6	2	1	50
	% within Εκπαίδευση	54,0%	28,0%	12,0%	4,0%	2,0%	100,0%	
	Τριτοβάθμια	Count	38	17	10	4	5	74
	% within Εκπαίδευση	51,4%	23,0%	13,5%	5,4%	6,8%	100,0%	
Total	Count	65	31	16	9	7	128	
	% within Εκπαίδευση	50,8%	24,2%	12,5%	7,0%	5,5%	100,0%	

Πίνακας 16. Συσχέτιση Εκπαίδευσης και απόψεων σχετικά με την ποιότητα και το μέλλον του Δικτύου

Επαγγελματίες			Η ποιότητα ζωής των ανθρώπων είναι καλύτερη στην κοινότητα					Total
			Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	Count	0	1	0	1	2	4
		% within Εκπαίδευση	0,0%	25,0%	0,0%	25,0%	50,0%	100,0%
	Δευτεροβάθμια	Count	8	0	7	16	19	50
		% within Εκπαίδευση	16,0%	0,0%	14,0%	32,0%	38,0%	100,0%
	Τριτοβάθμια	Count	2	2	2	30	39	75
		% within Εκπαίδευση	2,7%	2,7%	2,7%	40,0%	52,0%	100,0%
Total		Count	10	3	9	47	60	129
		% within Εκπαίδευση	7,8%	2,3%	7,0%	36,4%	46,5%	100,0%

Πίνακας 17. Συσχέτιση Εκπαίδευσης και απόψεων σχετικά με την ποιότητα και το μέλλον του Δικτύου

Επαγγελματίες			Χωρίς κίνητρα το προσωπικό θα αφήσει το Δίκτυο χωρίς ουσιαστική υποστήριξη					Total
			Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	Count	0	0	4	0	0	4
		% within Εκπαίδευση	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Δευτεροβάθμια	Count	6	9	14	11	10	50
		% within Εκπαίδευση	12,0%	18,0%	28,0%	22,0%	20,0%	100,0%
	Τριτοβάθμια	Count	0	28	17	27	3	75
		% within Εκπαίδευση	0,0%	37,3%	22,7%	36,0%	4,0%	100,0%



Total	Count	6	37	35	38	13	129
	% within Εκπαίδευση	4,7%	28,7%	27,1%	29,5%	10,1%	100,0%

Πίνακας 18. Συσχέτιση Εκπαίδευσης και απόψεων σχετικά με την ποιότητα και το μέλλον του Δικτύου

Επαγγελματίες			Οι άνθρωποι που προέρχονται από τα Ψυχιατρεία θα καταλήξουν να ζουν στους δρόμους					Total
			Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	Count	0	0	3	1	0	4
		% within Εκπαίδευση	,0%	,0%	75,0%	25,0%	,0%	100,0%
	Δευτεροβάθμια	Count	5	10	12	13	9	49
		% within Εκπαίδευση	10,2%	20,4%	24,5%	26,5%	18,4%	100,0%
	Τριτοβάθμια	Count	8	35	10	17	5	75
		% within Εκπαίδευση	10,7%	46,7%	13,3%	22,7%	6,7%	100,0%
Total		Count	13	45	25	31	14	128
		% within Εκπαίδευση	10,2%	35,2%	19,5%	24,2%	10,9%	100,0%

Πίνακας 19. Συσχέτιση Εκπαίδευσης και απόψεων σχετικά με την ποιότητα και το μέλλον του Δικτύου

Επαγγελματίες			Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έγινε για να βελτιωθεί η φροντίδα των ασθενών					Total
			Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	Count	1	1	0	0	2	4
		% within Εκπαίδευση	25,0%	25,0%	,0%	,0%	50,0%	100,0%
	Δευτεροβάθμια	Count	7	2	6	18	17	50
		% within Εκπαίδευση	14,0%	4,0%	12,0%	36,0%	34,0%	100,0%
	Τριτοβάθμια	Count	1	2	4	33	35	75
		% within Εκπαίδευση	1,3%	2,7%	5,3%	44,0%	46,7%	100,0%
Total		Count	9	5	10	51	54	129
		% within Εκπαίδευση	7,0%	3,9%	7,8%	39,5%	41,9%	100,0%

Πίνακας 20. Συσχέτιση Εκπαίδευσης και απόψεων σχετικά με την ποιότητα και το μέλλον του Δικτύου

Επαγγελματίες			Το κράτος δε θα καταφέρει να ολοκληρώσει την ανάπτυξη επαρκών δομών ψυχιατρικής υποστήριξης					Total
			Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	Count	2	1	0	1	0	4
		% within Εκπαίδευση	50,0%	25,0%	,0%	25,0%	,0%	100,0%
	Δευτεροβάθμια	Count	4	11	12	15	7	49
		% within Εκπαίδευση	8,2%	22,4%	24,5%	30,6%	14,3%	100,0%
	Τριτοβάθμια	Count	2	13	25	27	7	74

	% within Εκπαίδευση	2,7%	17,6%	33,8%	36,5%	9,5%	100,0%
Total	Count	8	25	37	43	14	127
	% within Εκπαίδευση	6,3%	19,7%	29,1%	33,9%	11,0%	100,0%

Πίνακας 21. Συσχέτιση Εκπαίδευσης και ελπίδων-προσδοκιών για το μέλλον των ληπτών

Επαγγελματίες			Τι ποσοστό ληπτών ανταποκρίνονται στα παρακάτω; Θα είναι σε θέση να ενσωματωθούν στην κοινότητα					Total
			Κανένας	Λίγοι	Μερικοί	Οι περισσότεροι	Όλοι	
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	Count	1	3	0	0	0	4
		% within Εκπαίδευση	25,0%	75,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Δευτεροβάθμια	Count	0	12	28	9	0	49
		% within Εκπαίδευση	,0%	24,5%	57,1%	18,4%	,0%	100,0%
	Τριτοβάθμια	Count	1	15	36	21	2	75
		% within Εκπαίδευση	1,3%	20,0%	48,0%	28,0%	2,7%	100,0%
Total	Count	2	30	64	30	2	128	
	% within Εκπαίδευση	1,6%	23,4%	50,0%	23,4%	1,6%	100,0%	

Πίνακας 22. Συσχέτιση Εκπαίδευσης και ελπίδων-προσδοκιών για το μέλλον των ληπτών

Επαγγελματίες			Τι ποσοστό ληπτών ανταποκρίνονται στα παρακάτω; Θα εξακολουθούν να απαιτούν μακροπρόθεσμες θεσμικές φροντίδες					Total
			Κανένα ς	Λίγοι	Μερικοί	Οι περισσότεροι	Όλοι	
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	Count	0	2	0	0	2	4
		% within Εκπαίδευση	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%
	Δευτεροβάθμια	Count	3	3	8	32	3	49
		% within Εκπαίδευση	6,1%	6,1%	16,3%	65,3%	6,1%	100,0%
	Τριτοβάθμια	Count	1	6	11	49	8	75
		% within Εκπαίδευση	1,3%	8,0%	14,7%	65,3%	10,7%	100,0%
Total		Count	4	11	19	81	13	128
		% within Εκπαίδευση	3,1%	8,6%	14,8%	63,3%	10,2%	100,0%

Πίνακας 23. Συσχέτιση Εκπαίδευσης και αξιολόγησης Δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Επαγγελματίες			Πώς θα αξιολογούσατε σήμερα: Την ποιότητα φροντίδας που λαμβάνουν οι λήπτες που απευθύνονται στο Δίκτυο					Total
			Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Άριστη	
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	Count	0	1	0	1	2	4
		% within Εκπαίδευση	0,0%	25,0%	0,0%	25,0%	50,0%	100,0%
	Δευτεροβάθμια	Count	0	0	8	30	12	50

	% within Εκπαίδευση	0,0%	0,0%	16,0%	60,0%	24,0%	100,0%
Τριτοβάθμια	Count	1	1	14	45	14	75
	% within Εκπαίδευση	1,3%	1,3%	18,7%	60,0%	18,7%	100,0%
Total	Count	1	2	22	76	28	129
	% within Εκπαίδευση	0,8%	1,6%	17,1%	58,9%	21,7%	100,0%

Πίνακας 24. Συσχέτιση Ηλικίας και ρόλου στη διαδικασία κλεισίματος του ΨΝΠΟ

Επαγγελματίες		Ο ρόλος σας στη διαδικασία λήψης απόφασης για το κλείσιμο του ΨΝΠΟ. Οι υπεύθυνοι σας κρατούσαν ενήμερους για την ημερομηνία κλεισίματος					Total
		Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	
Ηλικία	20-35 Count % within Ηλικία	11 61,1%	3 16,7%	1 5,6%	2 11,1%	1 5,6%	18 100,0%
	35-50 Count % within Ηλικία	21 23,6%	23 25,8%	26 29,2%	17 19,1%	2 2,2%	89 100,0%
	50-65 Count % within Ηλικία	7 31,8%	3 13,6%	5 22,7%	4 18,2%	3 13,6%	22 100,0%
Total	Count % within Ηλικία	39 30,2%	29 22,5%	32 24,8%	23 17,8%	6 4,7%	129 100,0%

Πίνακας 25. Συσχέτιση Ηλικίας και Απειλές για την ανάπτυξη των δομών  
 ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Επαγγελματίες			Από τι απειλείται η ανάπτυξη των δομών Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. <b>Στάση του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική ασθένεια</b>					Total
			Μη σοβαρή	Ελάχιστα σοβαρή	Λίγο σοβαρή	Σοβαρή	Πολύ σοβαρή	
Ηλικία	20- 35	Count %	0 0,0%	2 11,1%	4 22,2%	9 50,0%	3 16,7%	18 100,0%
		within Ηλικία						
	35- 50	Count %	16 18,0%	27 30,3%	20 22,5%	20 22,5%	6 6,7%	89 100,0%
		within Ηλικία						
	50- 65	Count %	4 17,4%	4 17,4%	9 39,1%	3 13,0%	3 13,0%	23 100,0%
		within Ηλικία						
Total		Count %	20 15,4%	33 25,4%	33 25,4%	32 24,6%	12 9,2%	130 100,0%
		within Ηλικία						

Πίνακας 26. Συσχέτιση Ηλικίας και Απειλές για την ανάπτυξη των δομών  
 ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Επαγγελματίες			Από τι απειλείται η ανάπτυξη των δομών Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. <b>Ανεργία ψυχικά ασθενών</b>					Total
			Μη σοβαρή	Ελάχιστα σοβαρή	Λίγο σοβαρή	Σοβαρή	Πολύ σοβαρή	
Ηλικία	20- 35	Count %	0 0,0%	2 11,1%	7 38,9%	7 38,9%	2 11,1%	18 100,0%
		within Ηλικία						
	35- 50	Count %	5 11,9%	27 60,0%	18 39,1%	14 30,4%	25 55,6%	89 100,0%
		within Ηλικία						

	50 % within Ηλικία	5,6%	30,3%	20,2%	15,7%	28,1%	100,0%
	50- 65 Count % within Ηλικία	0	2	7	4	10	23
		,0%	8,7%	30,4%	17,4%	43,5%	100,0%
Total	Count % within Ηλικία	5	31	32	25	37	130
		3,8%	23,8%	24,6%	19,2%	28,5%	100,0%

Πίνακας 27. Συσχέτιση Ηλικίας και Αισθήματα απέναντι στο Δίκτυο

Επαγγελματίες		Πραγματικά νοιάζομαι για την τύχη των ασθενών του Δικτύου				Total
		Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Ηλικία	20- 35 Count % within Ηλικία	0	1	6	11	18
		,0%	5,6%	33,3%	61,1%	100,0%
	35- 50 Count % within Ηλικία	0	2	41	46	89
		,0%	2,2%	46,1%	51,7%	100,0%
	50- 65 Count % within Ηλικία	1	1	3	18	23
		4,3%	4,3%	13,0%	78,3%	100,0%
Total	Count % within Ηλικία	1	4	50	75	130
		,8%	3,1%	38,5%	57,7%	100,0%

Πίνακας 28. Συσχέτιση Ηλικίας και Ικανοποίηση από την εργασία

Επαγγελματίες		Πόσο ικανοποιημένος είστε με: την αναγνώριση της εργασίας σας από τον προϊστάμενό σας					Total
		Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσανεστημένος	Ούτε δυσαρεστημένος ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος	
Ηλικία	20 Count	1	0	7	6	4	18
	- % within 35 Ηλικία	5,6%	0,0%	38,9%	33,3%	22,2%	100,0%
	35 Count	3	13	13	48	11	88
	- % within 50 Ηλικία	3,4%	14,8%	14,8%	54,5%	12,5%	100,0%
	50 Count	1	7	7	6	2	23
	- % within 65 Ηλικία	4,3%	30,4%	30,4%	26,1%	8,7%	100,0%
Total	Count	5	20	27	60	17	129
	% within Ηλικία	3,9%	15,5%	20,9%	46,5%	13,2%	100,0%

Πίνακας 29. Συσχέτιση Ηλικίας και Συνολική Ικανοποίηση από τη ζωή

Επαγγελματίες		Συνολικά πόσο ικανοποιημένος είστε από τη ζωή σας αυτή τη στιγμή					Total
		Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσανεστημένος	Ούτε δυσαρεστημένος ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος	
Ηλικία	20 Count	0	0	4	14	0	18
	- % within 35 Ηλικία	0,0%	0,0%	22,2%	77,8%	0,0%	100,0%
	35 Count	2	6	21	48	9	86
	- % within 50 Ηλικία	2,3%	7,0%	24,4%	55,8%	10,5%	100,0%



50 - 65 Ηλικία	Count	3	0	10	9	1	23
	% within Ηλικία	13,0%	,0%	43,5%	39,1%	4,3%	100,0%
Total	Count	5	6	35	71	10	127
	% within Ηλικία	3,9%	4,7%	27,6%	55,9%	7,9%	100,0%

Πίνακας 30. Συσχέτιση Θέσης εργασίας και Γνωστότερων δράσεων του «Ψυχαργός»

Επαγγελματίες			Πιο γνωστές δράσεις "ΨΥΧΑΡΓΩΣ"					Total
			Κοι.Σ.Π.Ε.					
			Άγνωστη	Ελάχιστη γνωστή	Λίγο γνωστή	Γνωστή	Πολύ γνωστή	
Θέση εργασίας	Υπάλληλος	Count	22	19	32	19	8	100
		% within Θέση εργασίας	22,0%	19,0%	32,0%	19,0%	8,0%	100,0%
	Προϊστάμενος	Count	5	4	7	2	1	19
		% within Θέση εργασίας	26,3%	21,1%	36,8%	10,5%	5,3%	100,0%
	Διευθυντής	Count	0	1	1	0	3	5
		% within Θέση εργασίας	,0%	20,0%	20,0%	,0%	60,0%	100,0%
Total		Count	27	24	40	21	12	124
		% within Θέση εργασίας	21,8%	19,4%	32,3%	16,9%	9,7%	100,0%

Πίνακας 31. Συσχέτιση Θέσης εργασίας και Γνωστότερων δράσεων του «Ψυχαργός»

			Πιο γνωστές δράσεις "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" Καμπάνιες για το στίγμα					Total
			Άγνωστη	Ελάχιστα γνωστή	Λίγο γνωστή	Γνωστή	Πολύ γνωστή	
Θέση εργασίας	Υπάλληλος	Count	7	23	37	20	13	100
		% within Θέση εργασίας	7,0%	23,0%	37,0%	20,0%	13,0%	100,0%
	Προϊστάμενος	Count	2	4	2	7	4	19
		% within Θέση εργασίας	10,5%	21,1%	10,5%	36,8%	21,1%	100,0%
	Διευθυντής	Count	0	0	0	4	1	5
		% within Θέση εργασίας	,0%	,0%	,0%	80,0%	20,0%	100,0%
Total		Count	9	27	39	31	18	124
		% within Θέση εργασίας	7,3%	21,8%	31,5%	25,0%	14,5%	100,0%

Πίνακας 32. Συσχέτιση Θέσης εργασίας και άποψης ότι η φροντίδα/περίθαλψη στην κοινότητα είναι καλύτερη από την περίθαλψη στο ψυχιατρείο

Επαγγελματίες			Η ανάπτυξη δομών στην κοινότητα είναι καλύτερα από την περίθαλψη στα άσυλα				Total
			Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Θέση εργασίας	Υπάλληλος	Count	1	4	28	67	100
		% within Θέση εργασίας	1,0%	4,0%	28,0%	67,0%	100,0%
	Προϊστάμενος	Count	0	0	2	18	20
		% within Θέση εργασίας	,0%	,0%	10,0%	90,0%	100,0%
	Διευθυντής	Count	1	0	2	2	5

	% within Θέση εργασίας	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%	
Total	Count	2	4	32	87	125
	% within Θέση εργασίας	1,6%	3,2%	25,6%	69,6%	100,0%

Πίνακας 33. Συσχέτιση Θέσης εργασίας και ρόλου στη διαδικασία κλεισίματος του ΨΝΠΟ

Επαγγελματίες			Ο ρόλος σας στη διαδικασία λήψης απόφασης για το κλείσιμο του ΨΝΠΟ. Εκπροσωπήθηκαν όλες οι πλευρές που επηρεάστηκαν από την απόφαση κλεισίματος					Total
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	
Θέση εργασίας	Υπάλληλος	Count	23	25	27	16	8	99
		% within Θέση εργασίας	23,2%	25,3%	27,3%	16,2%	8,1%	100,0%
	Προϊστάμενος	Count	1	8	3	6	1	19
		% within Θέση εργασίας	5,3%	42,1%	15,8%	31,6%	5,3%	100,0%
	Διευθυντής	Count	0	0	1	4	0	5
		% within Θέση εργασίας	0,0%	0,0%	20,0%	80,0%	0,0%	100,0%
Total		Count	24	33	31	26	9	123
		% within Θέση εργασίας	19,5%	26,8%	25,2%	21,1%	7,3%	100,0%

Πίνακας 34. Συσχέτιση Θέσης εργασίας και ρόλου στη διαδικασία κλεισίματος του ΨΝΠΟ

Επαγγελματίες			Ο ρόλος σας στη διαδικασία λήψης απόφασης για το κλείσιμο του ΨΝΠΟ. <b>Οι υπεύθυνοι ήταν σαφείς σχετικά με τις αλλαγές στο εργαζόμενο προσωπικό</b>					Total
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	
Θέση εργασίας	Υπάλληλος	Count	22	26	34	15	3	100
		% within Θέση εργασίας	22,0%	26,0%	34,0%	15,0%	3,0%	100,0%
		Προϊστάμενος	Count	2	2	5	9	1
		% within Θέση εργασίας	10,5%	10,5%	26,3%	47,4%	5,3%	100,0%
	Διευθυντής	Count	0	1	2	1	1	5
		% within Θέση εργασίας	0,0%	20,0%	40,0%	20,0%	20,0%	100,0%
Total		Count	24	29	41	25	5	124
		% within Θέση εργασίας	19,4%	23,4%	33,1%	20,2%	4,0%	100,0%

Πίνακας 35. Συσχέτιση Θέσης εργασίας και ρόλου στη διαδικασία κλεισίματος του ΨΝΠΟ

Επαγγελματίες			Ο ρόλος σας στη διαδικασία λήψης απόφασης για το κλείσιμο του ΨΝΠΟ. <b>Οι υπεύθυνοί σας κρατούσαν ενήμερους για τα επόμενα βήματα του προγράμματος</b>					Total
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	
Θέση εργασίας	Υπάλληλος	Count	38	23	27	11	1	100
		% within Θέση εργασίας	38,0%	23,0%	27,0%	11,0%	1,0%	100,0%

Προϊστάμενος	Count	2	2	7	6	2	19
	% within Θέση εργασίας	10,5%	10,5%	36,8%	31,6%	10,5%	100,0%
Διευθυντής	Count	1	2	0	2	0	5
	% within Θέση εργασίας	20,0%	40,0%	0,0%	40,0%	0,0%	100,0%
Total	Count	41	27	34	19	3	124
	% within Θέση εργασίας	33,1%	21,8%	27,4%	15,3%	2,4%	100,0%

Πίνακας 36. Συσχέτιση Θέσης εργασίας και πηγής πληροφόρησης του Προγράμματος»Ψυχαργός»

Επαγγελματίες			Από πού προήλθε η ενημέρωση για το "ΨΥΧΑΡΓΩΣ". Υπουργείο Υγείας/Δ/νση Ψυχικής Υγείας					Total
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	
Θέση εργασίας	Υπάλληλος	Count	20	29	32	12	6	99
		% within Θέση εργασίας	20,2%	29,3%	32,3%	12,1%	6,1%	100,0%
Προϊστάμενος	Count	Count	2	2	1	11	4	20
		% within Θέση εργασίας	10,0%	10,0%	5,0%	55,0%	20,0%	100,0%
Διευθυντής	Count	Count	1	1	1	1	1	5
		% within Θέση εργασίας	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	100,0%
Total	Count	Count	23	32	34	24	11	124
		% within Θέση εργασίας	18,5%	25,8%	27,4%	19,4%	8,9%	100,0%

Πίνακας 37. Συσχέτιση Θέσης εργασίας και πηγής πληροφόρησης του Προγράμματος»Ψυχαργός»

Επαγγελματίες			Από πού προήλθε η ενημέρωση για το "ΨΥΧΑΡΓΩΣ". MME					Total
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	
Θέση εργασίας	Υπάλληλος	Count	42	34	17	6	1	100
		% within Θέση εργασίας	42,0%	34,0%	17,0%	6,0%	1,0%	100,0%
	Προϊστάμενος	Count	6	12	1	0	0	19
		% within Θέση εργασίας	31,6%	63,2%	5,3%	,0%	,0%	100,0%
	Διευθυντής	Count	0	2	2	0	1	5
		% within Θέση εργασίας	,0%	40,0%	40,0%	,0%	20,0%	100,0%
Total		Count	48	48	20	6	2	124
		% within Θέση εργασίας	38,7%	38,7%	16,1%	4,8%	1,6%	100,0%

Πίνακας 38. Συσχέτιση Θέσης εργασίας και απειλές στην ανάπτυξη δομών Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Επαγγελματίες			Από τι απειλείται η ανάπτυξη των δομών Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Υποχρηματοδότηση					Total
			Μη σοβαρή	Ελάχιστα σοβαρή	Λίγο σοβαρή	Σοβαρή	Πολύ σοβαρή	
Θέση εργασίας	Υπάλληλος	Count	0	3	12	10	75	100
		% within Θέση εργασίας	,0%	3,0%	12,0%	10,0%	75,0%	100,0%
	Προϊστάμενος	Count	3	0	4	1	12	20
		% within Θέση εργασίας	15,0%	,0%	20,0%	5,0%	60,0%	100,0%

Διευθυντής	Count	0	0	0	2	3	5
	% within Θέση εργασίας	,0%	,0%	,0%	40,0%	60,0%	100,0%
Total	Count	3	3	16	13	90	125
	% within Θέση εργασίας	2,4%	2,4%	12,8%	10,4%	72,0%	100,0%

Πίνακας 39. Συσχέτιση Θέσης εργασίας και απειλές στην ανάπτυξη δομών  
Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Επαγγελματίες			Από τι απειλείται η ανάπτυξη των δομών Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. <b>Ανεργία ψυχικά ασθενών</b>					Total
			Μη σοβαρή	Ελάχιστα σοβαρή	Λίγο σοβαρή	Σοβαρή	Πολύ σοβαρή	
Θέση εργασίας	Υπάλληλος	Count	2	27	27	16	28	100
		% within Θέση εργασίας	2,0%	27,0%	27,0%	16,0%	28,0%	100,0%
	Προϊστάμενος	Count	3	4	5	2	6	20
		% within Θέση εργασίας	15,0%	20,0%	25,0%	10,0%	30,0%	100,0%
	Διευθυντής	Count	0	0	0	4	1	5
		% within Θέση εργασίας	,0%	,0%	,0%	80,0%	20,0%	100,0%
Total		Count	5	31	32	22	35	125
		% within Θέση εργασίας	4,0%	24,8%	25,6%	17,6%	28,0%	100,0%

Πίνακας 40. Συσχέτιση Διεύθυνσης εργασίας και σημαντικότερων οφελών του προγράμματος «Ψυχαργός»

Επαγγελματίες		Σημαντικότερο όφελος για τους λήπτες. <b>Ψυχολογική υποστήριξη</b>					Total	
		Ασήμαντο	Ελάχιστο Σημαντικό	Λίγο σημαντικό	Σημαντικό	Πολύ σημαντικό		
Διεύθυνση εργασίας	Νοσηλευτική	Count	1	3	34	8	25	71
		% within Διεύθυνση εργασίας	1,4%	4,2%	47,9%	11,3%	35,2%	100,0%
	Ιατρική	Count	0	0	2	6	11	19
		% within Διεύθυνση εργασίας	,0%	,0%	10,5%	31,6%	57,9%	100,0%
	Διοικητική	Count	0	1	3	8	8	20
		% within Διεύθυνση εργασίας	,0%	5,0%	15,0%	40,0%	40,0%	100,0%
	Τεχνική	Count	1	2	5	4	4	16
		% within Διεύθυνση εργασίας	6,2%	12,5%	31,2%	25,0%	25,0%	100,0%
Total		Count	2	6	44	26	48	126
		% within Διεύθυνση εργασίας	1,6%	4,8%	34,9%	20,6%	38,1%	100,0%



Πίνακας 41. Συσχέτιση Διεύθυνσης εργασίας καιρόλου στη διαδικασία κλεισίματος του ΨΝΠΟ

Επαγγελματίες		Ο ρόλος σας στη διαδικασία λήψης απόφασης για το κλείσιμο του ΨΝΠΟ. <b>Οι υπεύθυνοί σας κρατούσαν ενήμερους για την ημερομηνία κλεισίματος</b>					Total	
		Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ		
Διεύθυνση εργασίας	Νοσηλευτική	Count	15	18	17	19	2	71
		% within Διεύθυνση εργασίας	21,1%	25,4%	23,9%	26,8%	2,8%	100,0%
	Ιατρική	Count	10	3	3	1	1	18
		% within Διεύθυνση εργασίας	55,6%	16,7%	16,7%	5,6%	5,6%	100,0%
	Διοικητική	Count	5	2	10	2	2	21
		% within Διεύθυνση εργασίας	23,8%	9,5%	47,6%	9,5%	9,5%	100,0%
	Τεχνική	Count	8	4	2	1	1	16
		% within Διεύθυνση εργασίας	50,0%	25,0%	12,5%	6,2%	6,2%	100,0%
Total	Count	38	27	32	23	6	126	
	% within Διεύθυνση εργασίας	30,2%	21,4%	25,4%	18,3%	4,8%	100,0%	

Πίνακας 42. Συσχέτιση Διεύθυνσης εργασίας καιρόλου στη διαδικασία κλεισίματος του ΨΝΠΟ

Επαγγελματίες		Ο ρόλος σας στη διαδικασία λήψης απόφασης για το κλείσιμο του ΨΝΠΟ.Οι υπεύθυνοι ήταν σαφείς σχετικά με τις αλλαγές στο εργαζόμενο προσωπικό					Total	
		Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ		
Διεύθυνση εργασίας	Νοσηλευτική	Count	9	17	26	18	1	71
		% within Διεύθυνση εργασίας	12,7%	23,9%	36,6%	25,4%	1,4%	100,0%
	Ιατρική	Count	6	7	2	1	2	18
		% within Διεύθυνση εργασίας	33,3%	38,9%	11,1%	5,6%	11,1%	100,0%
	Διοικητική	Count	4	2	7	6	2	21
		% within Διεύθυνση εργασίας	19,0%	9,5%	33,3%	28,6%	9,5%	100,0%
	Τεχνική	Count	5	4	6	1	0	16
		% within Διεύθυνση εργασίας	31,2%	25,0%	37,5%	6,2%	,0%	100,0%
Total	Count	24	30	41	26	5	126	
	% within Διεύθυνση εργασίας	19,0%	23,8%	32,5%	20,6%	4,0%	100,0%	

Πίνακας 43. Συσχέτιση Διεύθυνσης εργασίας και ηγές πληροφόρησης του Προγράμματος «Ψυχαργός»

Επαγγελματίες		Από πού προήλθε η ενημέρωση για το "ΨΥΧΑΡΓΩΣ". ΜΜΕ					Total	
		Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ		
Διεύθυνση εργασίας	Νοσηλευτική	Count	27	29	9	5	1	71
		% within Διεύθυνση εργασίας	38,0%	40,8%	12,7%	7,0%	1,4%	100,0%
	Ιατρική	Count	3	13	3	0	0	19
		% within Διεύθυνση εργασίας	15,8%	68,4%	15,8%	,0%	,0%	100,0%
	Διοικητική	Count	8	3	7	1	1	20
		% within Διεύθυνση εργασίας	40,0%	15,0%	35,0%	5,0%	5,0%	100,0%
	Τεχνική	Count	11	4	1	0	0	16
		% within Διεύθυνση εργασίας	68,8%	25,0%	6,2%	,0%	,0%	100,0%
Total		Count	49	49	20	6	2	126
		% within Διεύθυνση εργασίας	38,9%	38,9%	15,9%	4,8%	1,6%	100,0%

Πίνακας 44. Συσχέτιση Διεύθυνσης εργασίας και απόψεων σχετικά με την ποιότητα και το μέλλον του Δικτύου

Επαγγελματίες		Η ποιότητα ζωής των ανθρώπων είναι καλύτερη στην κοινότητα					Total	
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα		
Διεύθυνση	Νοσηλευτική	Count	9	0	6	27	29	71

εργασίας	% within Διεύθυνση εργασίας	12,7%	0%	8,5%	38,0%	40,8%	100,0%	
	Ιατρική	Count	0	2	1	7	9	19
	% within Διεύθυνση εργασίας	0%	10,5%	5,3%	36,8%	47,4%	100,0%	
	Διοικητική	Count	0	0	1	5	15	21
	% within Διεύθυνση εργασίας	0%	0%	4,8%	23,8%	71,4%	100,0%	
	Τεχνική	Count	0	1	1	8	6	16
	% within Διεύθυνση εργασίας	0%	6,2%	6,2%	50,0%	37,5%	100,0%	
	Total	Count	9	3	9	47	59	127
	% within Διεύθυνση εργασίας	7,1%	2,4%	7,1%	37,0%	46,5%	100,0%	

Πίνακας 45. Συσχέτιση Διεύθυνσης εργασίας και απόψεων σχετικά με την ποιότητα και το μέλλον του Δικτύου

Επαγγελματίες		Χωρίς κίνητρα το προσωπικό θα αφήσει το Δίκτυο χωρίς ουσιαστική υποστήριξη					Total	
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα		
Διεύθυνση εργασίας	Νοσηλευτική	Count	3	19	22	17	10	71
	% within Διεύθυνση εργασίας	4,2%	26,8%	31,0%	23,9%	14,1%	100,0%	
	Ιατρική	Count	0	10	2	7	0	19
% within Διεύθυνση εργασίας	0%	52,6%	10,5%	36,8%	0%	100,0%		
Διοικητική	Count	0	8	3	7	3	21	

	% within Διεύθυνση εργασίας	0,0%	38,1%	14,3%	33,3%	14,3%	100,0%
Τεχνική	Count	2	0	8	6	0	16
	% within Διεύθυνση εργασίας	12,5%	0,0%	50,0%	37,5%	0,0%	100,0%
Total	Count	5	37	35	37	13	127
	% within Διεύθυνση εργασίας	3,9%	29,1%	27,6%	29,1%	10,2%	100,0%

Πίνακας 46. Συσχέτιση Διεύθυνσης εργασίας και απόψεων σχετικά με την ποιότητα και το μέλλον του Δικτύου

Επαγγελματίες		Οι άνθρωποι που προέρχονται από τα Ψυχιατρεία θα καταλήξουν να ζουν στους δρόμους					Total	
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα		
Διεύθυνση εργασίας	Νοσηλευτική	Count	4	22	14	19	12	71
		% within Διεύθυνση εργασίας	5,6%	31,0%	19,7%	26,8%	16,9%	100,0%
	Ιατρική	Count	6	9	2	2	0	19
		% within Διεύθυνση εργασίας	31,6%	47,4%	10,5%	10,5%	0,0%	100,0%
	Διοικητική	Count	2	10	1	6	2	21
		% within Διεύθυνση εργασίας	9,5%	47,6%	4,8%	28,6%	9,5%	100,0%
	Τεχνική	Count	1	3	8	4	0	16

	% within Διεύθυνση εργασίας	6,2%	18,8%	50,0%	25,0%	,0%	100,0%
Total	Count	13	44	25	31	14	127
	% within Διεύθυνση εργασίας	10,2%	34,6%	19,7%	24,4%	11,0%	100,0%

Πίνακας 47. Συσχέτιση Διεύθυνσης εργασίας και ελπίδων-προσδοκιών για το μέλλον των ληπτών

Επαγγελματίες		Τι ποσοστό ληπτών ανταποκρίνονται στα παρακάτω; Θα εξακολουθούν να απαιτούν μακροπρόθεσμες θεσμικές φροντίδες					Total	
		Κανένας	Λίγοι	Μερικοί	Οι περισσότεροι	Όλοι		
Διεύθυνση εργασίας	Νοσηλευτική	Count	3	10	11	43	3	70
		% within Διεύθυνση εργασίας	4,3%	14,3%	15,7%	61,4%	4,3%	100,0%
	Ιατρική	Count	0	1	6	10	2	19
		% within Διεύθυνση εργασίας	,0%	5,3%	31,6%	52,6%	10,5%	100,0%
	Διοικητική	Count	0	0	0	17	4	21
		% within Διεύθυνση εργασίας	,0%	,0%	,0%	81,0%	19,0%	100,0%
	Τεχνική	Count	0	0	1	11	4	16
		% within Διεύθυνση εργασίας	,0%	,0%	6,2%	68,8%	25,0%	100,0%
Total	Count	3	11	18	81	13	126	
	% within Διεύθυνση εργασίας	2,4%	8,7%	14,3%	64,3%	10,3%	100,0%	

Πίνακας 48. Συσχέτιση Διεύθυνσης εργασίας και Αισθήματα απέναντι στο Δίκτυο

Επαγγελματίες		Είμαι πρόθυμος να καταβάλλω προσπάθεια πέρα από το αναμενόμενο για να επιτύχει η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση					Total	
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ σπóλυτα		
Διεύθυνση εργασίας	Νοσηλευτική	Count	0	2	2	29	38	71
	% within Διεύθυνση εργασίας		0,0%	2,8%	2,8%	40,8%	53,5%	100,0%
	Ιατρική	Count	1	1	0	13	4	19
	% within Διεύθυνση εργασίας		5,3%	5,3%	0,0%	68,4%	21,1%	100,0%
Διοικητική	Count	0	1	4	7	9	21	
	% within Διεύθυνση εργασίας		0,0%	4,8%	19,0%	33,3%	42,9%	100,0%
Τεχνική	Count	0	2	5	5	4	16	
	% within Διεύθυνση εργασίας		0,0%	12,5%	31,2%	31,2%	25,0%	100,0%
Total		Count	1	6	11	54	55	127
		% within Διεύθυνση εργασίας	0,8%	4,7%	8,7%	42,5%	43,3%	100,0%

Πίνακας 49. Συσχέτιση Διεύθυνσης εργασίας και Αισθήματα απέναντι στο Δίκτυο

		Δέχομαι οποιοδήποτε τύπο ανάθεσης προκειμένου να συνεχίζω να εργάζομαι στο Δίκτυο					Total
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Διεύθυνση εργασίας	Νοσηλευτική Count	0	13	24	18	16	71
	% within Διεύθυνση εργασίας	0,0%	18,3%	33,8%	25,4%	22,5%	100,0%
Ιατρική	Count	2	8	3	5	1	19
	% within Διεύθυνση εργασίας	10,5%	42,1%	15,8%	26,3%	5,3%	100,0%
Διοικητική	Count	0	10	5	4	2	21
	% within Διεύθυνση εργασίας	0,0%	47,6%	23,8%	19,0%	9,5%	100,0%
Τεχνική	Count	1	6	3	6	0	16
	% within Διεύθυνση εργασίας	6,2%	37,5%	18,8%	37,5%	0,0%	100,0%
Total	Count	3	37	35	33	19	127
	% within Διεύθυνση εργασίας	2,4%	29,1%	27,6%	26,0%	15,0%	100,0%



Πίνακας 50. Συσχέτιση Διεύθυνσης εργασίας και Ικανοποίησης από το Δίκτυο

Επαγγελματίες		Πόσο ικανοποιημένος είστε με: την εξουσία που σας παρέχετε προκειμένου να κάνετε τη δουλειά σας					Total	
		Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσάρεστημένος	Ούτε δυσαρεστημένος ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος		
Διεύθυνση εργασίας	Νοσηλευτική	Count 0	8	16	44	3	71	
	% within Διεύθυνση εργασίας	0,0%	11,3%	22,5%	62,0%	4,2%	100,0%	
	Ιατρική	Count 0	1	10	6	2	19	
	% within Διεύθυνση εργασίας	0,0%	5,3%	52,6%	31,6%	10,5%	100,0%	
	Διοικητική	Count 1	0	10	10	0	21	
	% within Διεύθυνση εργασίας	4,8%	0,0%	47,6%	47,6%	0,0%	100,0%	
	Τεχνική	Count 0	0	7	7	2	16	
	% within Διεύθυνση εργασίας	0,0%	0,0%	43,8%	43,8%	12,5%	100,0%	
Total		Count 1	9	43	67	7	127	
		% within Διεύθυνση εργασίας	0,8%	7,1%	33,9%	52,8%	5,5%	100,0%

Πίνακας 51. Συσχέτιση Διεύθυνσης εργασίας και Ικανοποίησης από το Δίκτυο

Επαγγελματίες		Πόσο ικανοποιημένοι είστε με: την ευκαιρία να συμμετέχετε στη διαδικασία λήψης αποφάσεων					Total
		Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσάρεστημένος	Ούτε δυσαρεστημένος ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος	
Διεύθυνση εργασίας	Νοσηλευτική	Count 0	16	28	27	0	71
	% within Δ/νση εργασίας	0,0%	22,5%	39,4%	38,0%	0,0%	100,0%
	Ιατρική	Count 2	7	6	2	2	19
	% within Δ/νση εργασίας	10,5%	36,8%	31,6%	10,5%	10,5%	100,0%
	Διοικητική	Count 1	5	10	3	2	21
	% within Δ/νση εργασίας	4,8%	23,8%	47,6%	14,3%	9,5%	100,0%
	Τεχνική	Count 3	4	7	1	1	16
	% within Διεύθυνση εργασίας	18,8%	25,0%	43,8%	6,2%	6,2%	100,0%
Total	Count	6	32	51	33	5	127
	% within Δ/νση εργασίας	4,7%	25,2%	40,2%	26,0%	3,9%	100,0%

Πίνακας 52. Συσχέτιση Φύλου και Γνωστότερων δράσεων του «Ψυχαργός»

Συνοδοί			Πιο γνωστές δράσεις "ΨΥΧΑΡΓΩΣ"					Total
			Τομεοποίηση/γεωγραφική κατανομή υπηρεσιών					
			Άγνωστη	Ελάχιστα γνωστή	Λίγο γνωστή	Γνωστή	Πολύ γνωστή	
Φύλο	Αντρας	Count	16	2	3	2	8	31
		% within Φύλο	51,6%	6,5%	9,7%	6,5%	25,8%	100,0%
Φύλο	Γυναίκα	Count	14	5	5	5	0	29
		% within Φύλο	48,3%	17,2%	17,2%	17,2%	0%	100,0%
Total		Count	30	7	8	7	8	60
		% within Φύλο	50,0%	11,7%	13,3%	11,7%	13,3%	100,0%

Πίνακας 53. Συσχέτιση Φύλου και απόψεων σχετικά με την ποιότητα και το μέλλον του Δικτύου

Συνοδοί			Θα υποστήριζα μία πιθανή αύξηση φόρων για προγράμματα ψυχικής φροντίδας στην κοινότητα					Total
			Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Φύλο	Αντρας	Count	0	5	3	9	14	31
		% within Φύλο	0%	16,1%	9,7%	29,0%	45,2%	100,0%
Φύλο	Γυναίκα	Count	4	0	7	8	8	27
		% within Φύλο	14,8%	0%	25,9%	29,6%	29,6%	100,0%

Total	Count	4	5	10	17	22	58
	% within Φύλο	6,9%	8,6%	17,2%	29,3%	37,9%	100,0%

Πίνακας 54. Συσχέτιση Φύλου και απόψεων σχετικά με την ποιότητα και το μέλλον του Δικτύου

Συνοδοί		Χωρίς κίνητρα το προσωπικό θα αφήσει το Δίκτυο χωρίς ουσιαστική υποστήριξη					32	Total	
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα			
Φύλο	Άντρας	Count	3	4	2	14	7	0	30
		% within Φύλο	10,0%	13,3%	6,7%	46,7%	23,3%	0,0%	100,0%
Φύλο	Γυναίκα	Count	0	9	8	8	1	1	27
		% within Φύλο	0,0%	33,3%	29,6%	29,6%	3,7%	3,7%	100,0%
Total	Count	3	13	10	22	8	1	57	
	% within Φύλο	5,3%	22,8%	17,5%	38,6%	14,0%	1,8%	100,0%	

Πίνακας 55. Συσχέτιση Φύλου και απόψεων σχετικά με την ποιότητα και το μέλλον του Δικτύου

Συνοδοί		Η απόφαση να κλείσουν τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία είναι καλή					Total	
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα		
Φύλο	Άντρας	Count	10	4	1	4	12	31
		% within Φύλο	32,3%	12,9%	3,2%	12,9%	38,7%	100,0%
Φύλο	Γυναίκα	Count	1	3	4	9	10	27
		% within Φύλο	3,7%	11,1%	14,8%	33,3%	37,0%	100,0%

Total	Count	11	7	5	13	22	58
	% within Φύλο	19,0%	12,1%	8,6%	22,4%	37,9%	100,0%

Πίνακας 56. Συσχέτιση Φύλου και απόψεων σχετικά με την ποιότητα και το μέλλον του Δικτύου

Συνοδοί			Το κράτος δε θα καταφέρει να ολοκληρώσει την ανάπτυξη επαρκών δομών ψυχιατρικής υποστήριξης					Total
			Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Φύλο	Αντρας	Count	1	8	5	10	7	31
		% within Φύλο	3,2%	25,8%	16,1%	32,3%	22,6%	100,0%
Φύλο	Γυναίκα	Count	1	3	14	8	1	27
		% within Φύλο	3,7%	11,1%	51,9%	29,6%	3,7%	100,0%
Total	Count	2	11	19	18	8	58	
	% within Φύλο	3,4%	19,0%	32,8%	31,0%	13,8%	100,0%	

Πίνακας 57. Συσχέτιση Φύλου και απόψεων σχετικά με την ποιότητα και το μέλλον του Δικτύου

Συνοδοί			Προγράμματα για την ψυχική υγεία πρέπει να αποτελούν προτεραιότητα για την κρατική χρηματοδότηση				Total
			Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Φύλο	Αντρας	Count	2	1	8	20	31

	% within Φύλο	6,5%	3,2%	25,8%	64,5%	100,0 %
Γυναίκα	Count	0	4	16	7	27
	% within Φύλο	,0%	14,8%	59,3%	25,9%	100,0 %
Total	Count	2	5	24	27	58
	% within Φύλο	3,4%	8,6%	41,4%	46,6%	100,0 %

Πίνακας 58. Συσχέτιση Εκπαίδευσης και άποψης ότι η φροντίδα/περίθαλψη στην κοινότητα είναι καλύτερη από την περίθαλψη στο ψυχιατρείο

Συνοδοί		Η ανάπτυξη δομών στην κοινότητα είναι καλύτερα από την περίθαλψη στα άσυλα					Total	
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα		
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	Count	1	0	2	3	18	24
	% within Εκπαίδευση		4,2%	,0%	8,3%	12,5%	75,0%	100,0 %
	Δευτεροβάθμια	Count	0	1	0	2	15	18
	% within Εκπαίδευση		,0%	5,6%	,0%	11,1%	83,3%	100,0 %
	Τριτοβάθμια	Count	0	0	0	9	10	19
	% within Εκπαίδευση		,0%	,0%	,0%	47,4%	52,6%	100,0 %
Total	Count		1	1	2	14	43	61
	% within Εκπαίδευση		1,6%	1,6%	3,3%	23,0%	70,5%	100,0 %

Πίνακας 59. Συσχέτιση Εκπαίδευσης και πηγές πληροφόρησης

Συνοδοί	Από πού προήλθε η ενημέρωση για το "ΨΥΧΑΡΓΩΣ". Σύλλογοι ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας					Total	
	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ		
Εκπαίδευση Πρωτοβάθμια	Count	16	4	1	2	1	24
	% within Εκπαίδευση	66,7%	16,7%	4,2%	8,3%	4,2%	100,0%
Δευτεροβάθμια	Count	13	0	5	0	0	18
	% within Εκπαίδευση	72,2%	,0%	27,8%	,0%	,0%	100,0%
Τριτοβάθμια	Count	2	3	7	5	2	19
	% within Εκπαίδευση	10,5%	15,8%	36,8%	26,3%	10,5%	100,0%
Total	Count	31	7	13	7	3	61
	% within Εκπαίδευση	50,8%	11,5%	21,3%	11,5%	4,9%	100,0%

Πίνακας 60. Συσχέτιση Εκπαίδευσης και πηγές πληροφόρησης

Συνοδοί	Από πού προήλθε η ενημέρωση για το "ΨΥΧΑΡΓΩΣ". Οικογένεια					Total	
	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ		
Εκπαίδευση Πρωτοβάθμια	Count	18	4	1	0	1	24
	% within Εκπαίδευση	75,0%	16,7%	4,2%	,0%	4,2%	100,0%
Δευτεροβάθμια	Count	14	3	1	0	0	18
	% within Εκπαίδευση	77,8%	16,7%	5,6%	,0%	,0%	100,0%
Τριτοβάθμια	Count	8	2	1	6	2	19
	% within Εκπαίδευση	42,1%	10,5%	5,3%	31,6%	10,5%	100,0%

Total	Count	40	9	3	6	3	61
	% within Εκπαίδευση	65,6%	14,8%	4,9%	9,8%	4,9%	100,0%

Πίνακας 61. Συσχέτιση Εκπαίδευσης και απόψεων σχετικά με την ποιότητα και το μέλλον του Δικτύου

Συνοδοί		Το κράτος δε θα καταφέρει να ολοκληρώσει την ανάπτυξη επαρκών δομών ψυχιατρικής υποστήριξης					Total	
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα		
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	Count	1	2	13	5	3	24
		% within Εκπαίδευση	4,2%	8,3%	54,2%	20,8%	12,5%	100,0%
	Δευτεροβάθμια	Count	0	8	1	4	3	16
		% within Εκπαίδευση	0,0%	50,0%	6,2%	25,0%	18,8%	100,0%
	Τριτοβάθμια	Count	1	1	5	9	2	18
		% within Εκπαίδευση	5,6%	5,6%	27,8%	50,0%	11,1%	100,0%
Total		Count	2	11	19	18	8	58
		% within Εκπαίδευση	3,4%	19,0%	32,8%	31,0%	13,8%	100,0%



Πίνακας 62. Συσχέτιση Οικογενειακής κατάστασης και ενδεδειγμένης εφαρμογής του προγράμματος «Ψυχαργός»

Συνοδοί	Η εφαρμογή του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ ήταν η ενδεδειγμένη(προγραμ./οργάνωση/διοίκηση/έλεγχος)					Total
	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα		
Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμος Count % within Οικογενειακή Κατάσταση	0 0,0%	10 45,5%	8 36,4%	4 18,2%	22 100,0%
	Άγαμος Count % within Οικογενειακή Κατάσταση	1 3,8%	4 15,4%	5 19,2%	16 61,5%	26 100,0%
	Με επιπλέον εξαρτώμενα μέλη Count % within Οικογενειακή Κατάσταση	0 0,0%	5 41,7%	5 41,7%	2 16,7%	12 100,0%
Total	Count % within Οικογενειακή Κατάσταση	1 1,7%	19 31,7%	18 30,0%	22 36,7%	60 100,0%

Πίνακας 63. Συσχέτιση Οικογενειακής κατάστασης και απόψεων σχετικά με την ποιότητα και το μέλλον του Δικτύου

Συνοδοί	Θα υποστήριζα μία πιθανή αύξηση φόρων για προγράμματα ψυχικής φροντίδας στην κοινότητα						Total
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα		
Οικογενειακή Έγγαμος Κατάσταση	Count 2	0	7	6	6	21	
% within Οικογενειακή Κατάσταση	9,5%	0%	33,3%	28,6%	28,6%	100,0%	
Άγαμος	Count 1	2	2	5	15	25	
% within Οικογενειακή Κατάσταση	4,0%	8,0%	8,0%	20,0%	60,0%	100,0%	
Με επιπλέον εξαρτώμενα μέλη	Count 1	3	1	6	1	12	
% within Οικογενειακή Κατάσταση	8,3%	25,0%	8,3%	50,0%	8,3%	100,0%	
Total	Count 4	5	10	17	22	58	
% within Οικογενειακή Κατάσταση	6,9%	8,6%	17,2%	29,3%	37,9%	100,0%	

Πίνακας 64. Συσχέτιση Οικογενειακής κατάστασης και απόψεων σχετικά με την ποιότητα και το μέλλον του Δικτύου

Συνοδοί		Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έγινε για να βελτιωθεί η φροντίδα των ασθενών					Total
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Οικογενειακή Έγγαμος Κατάσταση	Count	1	1	1	8	10	21
	% within Οικογενειακή Κατάσταση	4,8%	4,8%	4,8%	38,1%	47,6%	100,0%
Άγαμος	Count	0	1	1	5	18	25
	% within Οικογενειακή Κατάσταση	0,0%	4,0%	4,0%	20,0%	72,0%	100,0%
Με επιπλέον εξαρτώμενα μέλη	Count	0	0	1	10	1	12
	% within Οικογενειακή Κατάσταση	0,0%	0,0%	8,3%	83,3%	8,3%	100,0%
Total	Count	1	2	3	23	29	58
	% within Οικογενειακή Κατάσταση	1,7%	3,4%	5,2%	39,7%	50,0%	100,0%

Πίνακας 65. Συσχέτιση Οικογενειακής κατάστασης και απόψεων σχετικά με την ποιότητα και το μέλλον του Δικτύου

Συνοδοί	Η μετακίνηση αυτών των ανθρώπων στην κοινότητα τους βάζει σε κίνδυνο να καταλήξουν στη φυλακή					Total
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ		
Οικογενειακή Έγγαμος Κατάσταση	Count	7	11	1	2	21
	% within Οικογενειακή Κατάσταση	33,3%	52,4%	4,8%	9,5%	100,0%
Άγαμος	Count	15	7	0	3	25
	% within Οικογενειακή Κατάσταση	60,0%	28,0%	0%	12,0%	100,0%
Με επιπλέον εξαρτώμενα μέλη	Count	1	6	4	1	12
	% within Οικογενειακή Κατάσταση	8,3%	50,0%	33,3%	8,3%	100,0%
Total	Count	23	24	5	6	58
	% within Οικογενειακή Κατάσταση	39,7%	41,4%	8,6%	10,3%	100,0%

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1988 και τα άρθρα 2,4,6 παρ. 3 του Ν. 1256/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον.

