

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ - ΜΙΑ ΔΙΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ*

Μουζακίτης Χρήστος

Καθηγητής Κοιν. Εργασίας

Παχή Αικατερίνη

Κοιν. Λειτουργός

Σουλτάνη Ευσταθία

Κοιν. Λειτουργός

Υψηλάντη Αικατερίνη

Κοιν. Λειτουργός

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα στη χώρα μας είναι η ψυχιατρική φροντίδα των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες και που επιβάλουν τον εγκλεισμό τους σε ψυχιατρικά νοσοκομεία (άσυλα) για μικρά ή μεγάλα χρονικά διαστήματα και για ένα μεγάλο αριθμό τον εγκλεισμό τους για το υπόλοιπον της ζωής τους.

Το πρόβλημα αυτό έχει επισημανθεί κατ' επανάληψη τα τελευταία χρόνια και ιδιαίτερα το τελευταίο εξάμηνο με τις εκτεταμένες δημοσιεύσεις στον ημερήσιο και περιοδικό τύπο και παρουσιάσεις στην τηλεόραση σχετικά με τα ψυχιατρικά νοσοκομεία της Λέρου, Δαφνίου και άλλα.

Τα Δημόσια Ψυχιατρεία νοσηλεύουν τα 2/3 του συνολικού αριθμού των 12.000 περίπου νοσηλευόμενων ψυχικά ασθενών. Η ποιότητα της νοσηλείας σε μη θεραπευτικά περιβάλλοντα και σε συνδυασμό με την έλλειψη επαρκών εγκαταστάσεων και εκπαιδευμένου προσωπικού είναι πολύ χαμηλή. Για

* Το άρθρο αυτό είναι περίληψη της εκ 400 σελίδων πτυχιακής εργασίας των Παχή Αικατερίνη, Σουλτάνη Ευσταθία και Υψηλάντη Αικατερίνη. Ο Δρ. Μουζακίτης ήταν ο υπεύθυνος καθηγητής για την εκπλήρωση αυτής της εργασίας και αυτός που έγραψε το άρθρο μετά από άδεια των ερευνητών.

παράδειγμα, ενώ οι κοινωνικοί λειτουργοί σε ψυχιατρικά πλαίσια του εξωτερικού αριθμητικά υπερβαίνουν όλες τις άλλες ειδικότητες, στη χώρα μας ο αριθμός είναι σκανδαλωδώς πολύ χαμηλός.

Σύμφωνα με τις παρουσιάσεις που έγιναν στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο του 1984, η κατανομή των κοινωνικών λειτουργών ανά 100 ασθενείς σε κάθε ίδρυμα είναι: στη Θεσσαλονίκη 2 κοινωνικοί λειτουργοί ποσοστό 0,23, στην Πέτρα Ολύμπου 1 κοινωνικός λειτουργός ποσοστό 0,24, στη Λέρο 1 κοινωνικός λειτουργός ποσοστό 0,05, στα Χανιά 2 κοινωνικοί λειτουργοί ποσοστό 0,46, στο Δαφνί 9 κοινωνικοί λειτουργοί ποσοστό 0,35, στην Τρίπολη 2 κοινωνικοί λειτουργοί ποσοστό 0,57 και στην Κέρκυρα κανένας.

Οι αριθμητικές αυτές αναλογίες κοινωνικών λειτουργών και ασθενών έξη (6) χρόνια μετά το Ελληνογαλλικό Συνέδριο του 1984 και όπως πιστοποιήθηκε στο Παγκόσμιο Ψυχιατρικό Συνέδριο που έγινε στην Αθήνα τον Οκτώβρη του 1989, παραμένουν οι ίδιες.

Η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων το 1987 τονίζει ότι τα περισσότερα ψυχιατρεία στην Ελλάδα παραμένουν χωρίς καμία βασική αλλαγή, ενώ τα προγράμματα δραστηριοποίησης και αποκατάστασης, όπως η εκπαίδευση σε βασικές δεξιότητες, η απασχολησιοθεραπεία και εργοθεραπεία δεν έχουν εισαχθεί σε ευρεία κλίμακα. Όσον αφορά τους ασθενείς η Επιτροπή αναφέρει ότι είναι παθητικοί και χωρισμένοι σε μεγάλες πτέρυγες και περιθάλπονται από άτομα που δεν διαθέτουν τα απαιτούμενα προσόντα.

Η ανάγκη για ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι κοινή διαπίστωση εδώ και μία δεκαετία στη χώρα μας (Μάτσα 1987). Η Επιτροπή Ψυχιάτρων ΕΙΝΑΠ (1987) αναφέρει, ότι το πενταετές πρόγραμμα του 1984 της ΕΟΚ για την αναμόρφωση της ψυχιατρικής περίθαλψης περιλαμβάνει προγράμματα εξωνοσοκομειακών εναλλακτικών στο άσυλο δομών προς την κατεύθυνση της κοινωνικής ψυχιατρικής. Μέχρι σήμερα όμως, δεν έχουν γίνει οι περιφέρειες ψυχικής υγείας, δεν έχει προχωρήσει η τομεοποίηση, δεν έχουν αναπτυχθεί οι απαραίτητες δομές για επαγγελματική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ψυχικά αρρώστων. Γενικότερα, οι νέες ψυχιατρικές δομές που στοχεύουν στην ψυχιατρική επανένταξη των ασθενών και που υπάρχουν σήμερα είναι λίγες και καλύπτουν μόλις ένα μικρό ποσοστό των αναγκών.

Κοινωνική Επανένταξη

Ο όρος “Κοινωνική Επανένταξη” χρησιμοποιείται από διάφορες ειδικότητες και υποδηλώνει τη διαδικασία αποκατάστασης ατόμων που για διάφορους λόγους, για μικρά ή μεγάλα χρονικά διαστήματα έχουν αποκοπεί από μια κανονική κοινωνική διαβίωση.

Σε σχέση με τους ψυχικά αρρώστους ο όρος, αναφέρεται στην αποκατάστασή τους και θεωρείται σαν τριτοταγή (TERTIARY) πρόληψη, η οποία στοχεύει στη μείωση της επίπτωσης της ψυχικής αναπηρίας. Χαρακτηρίζεται σαν πολυδιάστατη και περιλαμβάνει την ψυχολογική, την επαγγελματική, την οικογενειακή και την ψυχαγωγική αποκατάσταση των αρρώστων στην κοινωνία. Εξαρτάται δε, από την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία, την εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση των αρρώστων και τις προσδοκίες και την ανοχή του οικογενειακού και του κοινωνικού περιβάλλοντος τους. (Λυκέτσος 1980).

Ένας περιεκτικός ορισμός είναι αυτός που δόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1981)

σύμφωνα με τον οποίο η αποκατάσταση είναι μία δυναμική διαδικασία μέσα από την συντονισμένη εφαρμογή, ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων για να υποβοηθήσει τον ψυχικά άρρωστο να φτάσει το μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία (SHULAMIT 1988).

Όμως ο πιο αποδεκτός ορισμός, σύμφωνα με τον οποίο νοείται η κοινωνική επανένταξη στη μελέτη αυτή, είναι του MAXWELL JONES ο οποίος την ορίζει σαν μια προσπάθεια παροχής του καλύτερου δυνατού κοινωνικού ρόλου, που θα καταστήσει ικανό τον άρρωστο να διασφαλίσει το μεγαλύτερο εύρος δραστηριότητας συμβατό με την προσωπικότητα, τα ενδιαφέροντα και τις ικανότητες του (BRAWN AND HUGHSON 1987).

Η αποκατάσταση του ψυχικά άρρωστου σύμφωνα με αυτό τον ορισμό δεν έχει στόχο την παλιά αναλυτική προσέγγιση για την αναδόμηση της προσωπικότητας ούτε επικεντρώνεται στην εξερεύνηση των υποσυνείδητων παραγόντων της συμπεριφοράς του αρρώστου. Ο Μοδιάνος (1987) αναφερόμενος στις απόψεις του ZUSMAN σχετικά με την κοινωνική επανένταξη τονίζει ότι λειτουργεί σε μια πρακτική κλίμακα που η αποτελεσματικότητα της δοκιμάζεται συνεχώς από την εμπειρία και φιλοδοξεί να κάνει τον άρρωστο να χρησιμοποιεί τις δυνατότητες του κατά τον καλύτερο και αποδοτικότερο τρόπο και να περιορίσει στο ελάχιστο τις επαγγελματικές συνέπειες της αναπηρίας του.

Γενικά στην αποκατάσταση ο άρρωστος περνά από τη φάση της εντατικής θεραπείας στο συνηθισμένο ρυθμό της κοινωνικής ζωής δια μέσου μιας σειράς μεταβατικών σταδίων που αφορούν αδρά τόσο την διαμονή όσο και την εργασία του από το παραδοσιακό “κλειστό”, στο “ανοιχτό” τμήμα, ή στο Νοσοκομείο ημέρα, στη συνέχεια στον σταθμό ενδιαμέσου στεγάσεως και τέλος στο δικό του σπίτι όπου ζει χωρίς τον όρο της επίβλεψης. Επίσης από την αποσχολισιοθεραπεία του ψυχιατρικού τμήματος, μετατίθεται στο εργαστήριο που βρίσκεται εργαστήριο εκτός νοσοκομείου, στη δουλειά υπό εποπεία και τέλος στην κανονική δουλειά όπου αναλαμβάνει την ευθύνη για την απόδοση και τις αποδοχές του.

Δηλαδή προοδευτικά ο άρρωστος μετακινείται σε περιβάλλον λιγότερο υποστηρικτικό, με μικρότερη εξάρτηση και πλησιέστερα στις κανονικές συνθήκες. Βέβαια όπως τονίζει ο PULLEN (1988) ο άρρωστος δεν είναι απαραίτητο να διατρέξει όλη τη σειρά των μεταβατικών σταδίων και είναι συχνά δυνατό να επιστρέψει άμεσα στο προηγούμενο περιβάλλον του. Από την άλλη μεριά το ίδιο σημείο μπορεί να είναι τελικό για μερικούς αρρώστους και μεταβατικό για άλλους.

Στη μελέτη αυτή βασικοί τομείς που συνιστούν την κοινωνική αποκατάσταση είναι η επαγγελματική απασχόληση, η συμμετοχή του ασθενή στην οικογένεια, η λειτουργικότητά του σε καθημερινές δραστηριότητες, η χρησιμοποίηση του ελεύθερου χρόνου του, ο τρόπος που διασκεδάει, οι σχέσεις του με τη γειτονιά και οι διαπροσωπικές του σχέσεις.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκοπός και είδος της μελέτης

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να συλλέξει στοιχεία που θα είναι ενδεικτικά της έκτασης του προβλήματος της κοινωνικής αποκατάστασης των ψυχικά αρρώστων στην Ελλάδα. Η έρευνα στηρίζεται

σε στοιχεία που δίνουν οι ψυχικά άρρωστοι και οι οικογένειές τους, για τη νοσηλεία και την κοινωνική τους αποκατάσταση και προσανατολίζεται στη διαμόρφωση μιας γενικής εικόνας της ποιότητας των προγραμμάτων αποκατάστασης στην Ελλάδα.

Πρόκειται για μια διερευνητική μελέτη που σύμφωνα με τον ορισμό που έχει δώσει ο Φίλιας (1977), στοχεύει στην διατύπωση ή διερεύνηση ενός προβλήματος και στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων για παραπέρα έρευνα.

Ερωτήματα - Υποθέσεις

Ερωτήματα στα οποία επιχειρεί να απαντήσει η έρευνα αυτή είναι:

1. Υπάρχει διαφορά, όσο αφορά τον βαθμό αποκατάστασης ατόμων που έχουν νοσηλευτεί μόνο σε κλειστά ψυχιατρικά τμήματα, και άλλων που έχουν παρακολουθήσει προγράμματα ανοικτής περίθαλψης;
2. Όπου υπήρχε κοινωνικός λειτουργός, η αποκατάσταση υπήρξε πληρέστερη;
3. Ποιές είναι οι απόψεις της οικογένειας για τα προβλήματα που δημιουργεί η παρουσία του αρρώστου στο σπίτι και ποια η βοήθεια που λαμβάνει απ' τους ειδικούς;
4. Λειτουργεί η ψυχιατρική διεπιστημονική ομάδα στην διαδικασία της επανένταξης;
5. Ποιός από τους ειδικούς βοηθά περισσότερο κατά τη διάρκεια της επανένταξης του ψυχικά αρρώστου;
6. Η χρονιότητα και η συχνότητα των επανεισαγωγών επηρεάζουν την αποκατάσταση;
7. Δεν υπάρχει διαφορά στο βαθμό προσαρμογής στην κοινότητα μεταξύ αυτών των ασθενών που έχουν νοσηλευθεί σε προγράμματα ανοικτής περίθαλψης και εκείνων που έχουν νοσηλευτεί σε κλειστό ψυχιατρικό τμήμα.
8. Δεν υπάρχει διαφορά στον βαθμό επιτυχούς επανένταξης μεταξύ των ψυχασθενών ανεξάρτητα εάν έχουν ή όχι συνεργαστεί με κοινωνικό λειτουργό.

Δειγματοληψία

Επειδή στην Ελλάδα το θέμα της κοινωνικής επανένταξης δεν είναι τουλάχιστον βιβλιογραφικά καλυμμένο, αρχικά δημιουργήθηκε η αναγκαιότητα μιας προσωπικής επαφής με τις Ψυχιατρικές Υπηρεσίες για να εντοπιστούν ποια προγράμματα κοινωνικής επανένταξης λειτουργούν.

Ακολούθησε η συνεργασία με τους ειδικούς, ώστε να διαπιστωθεί αν υπάρχει η δυνατότητα έρευνας στις συγκεκριμένες υπηρεσίες και να καθοριστεί ο τρόπος διεξαγωγής της.

Το δείγμα περιορίστηκε στον αριθμό των 30 περιστατικών και αποτελείται από άτομα και των δύο φύλων, ηλικίας από 18 έως 45 ετών, που έχουν λάβει τη διάγνωση "ψύχωση" και έχουν νοσηλευθεί μόνο σε κλειστό ψυχιατρικό πλαίσιο ή έχουν παρακολουθήσει και προγράμματα ανοικτής περίθαλψης.

Η περίοδος νοσηλείας είναι από ένας μήνας έως 5 χρόνια συνεχόμενα ή με επανεισαγωγές. Η τελευταία νοσηλεία χρονικά περιορίζεται στην περίοδο 1975 έως 1989 και τα άτομα πρέπει να εξακολουθούν να έχουν FOLLOW-UP με τον ψυχίατρο ή τον κοινωνικό λειτουργό.

Η έρευνα απευθύνθηκε στους ψυχωσικούς γιατί το πρόβλημα της κοινωνικής αποκατάστασης αφορά κυρίως αυτούς. Ο περιορισμός της ηλικίας τέθηκε με το σκεπτικό ότι υπάρχει η δυνατότητα και το χρονικό περιθώριο επαναπόκτησης των ρόλων και της λειτουργικότητας. Όσον αφορά τη νοσηλεία οι περιορισμοί τέθηκαν α) για να υπάρχει ομοιογένεια στο δείγμα και β) γιατί τα προγράμματα επανένταξης και ανοικτής περίθαλψης στην Ελλάδα, άρχισαν να σχεδιάζονται και να λειτουργούν μετά το 1975. Η προϋπόθεση των FOLLOW-UP τέθηκε για να διευκολύνει την επαφή με τους ασθενείς.

Το δείγμα περιορίζεται στο λεκανοπέδιο της Αττικής το οποίο θεωρείται ότι συγκεντρώνει όλο το φάσμα των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες που διεξήχθη η έρευνα είναι: τα εξωτερικά ιατρεία του Δημόσιου Ψυχιατρείου, τα εξωτερικά ιατρεία του Δρομοκαΐτειο Νοσοκομείου, οι ψυχιατρικοί τομείς των γενικών Νοσοκομείων Αθηνών και Πειραιά, τα Επαγγελματικά Εργαστήρια του Αιγάλεω. Ενώ για διοικητικούς λόγους δεν ήταν δυνατή η διεξαγωγή της έρευνας στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο και τις μονάδες ανοικτής περίθαλψης που συνδέονται με αυτό καθώς και στο Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παγκρατίου.

Ο αριθμός του δείγματος που αντιστοιχεί σε κάθε υπηρεσία είναι 9 άτομα από το Δρομοκαΐτειο, απ' τα οποία απάντησαν τα 8, από τα Δημόσια 10 άτομα, από τα οποία απάντησαν τα 9, από τα Εργαστήρια του Αιγάλεω 6 άτομα και από τον Ψυχιατρικό τομέα του Γενικού Νοσοκομείου Αθήνας 4 άτομα. Στον ψυχιατρικό τομέα του Γενικού Νοσοκομείου Νικαίας, Πειραιά, απαντήθηκε μόνο ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο χάθηκε στο Νοσοκομείο, και δε συνεχίστηκε η συνεργασία γιατί δεν υπήρχαν άλλα περιστατικά, καθότι η μονάδα είναι νέα και δεν λειτουργεί καιρό.

Οι δύο ασθενείς που δεν απάντησαν υποτροπίασαν και επανεισήχθησαν στο Ψυχιατρείο.

Ερωτηματολόγιο

Για την επίτευξη των σκοπών της μελέτης αυτής καταρτίστηκαν 2 ερωτηματολόγια. Το ένα απευθύνεται στους ασθενείς και το δεύτερο είναι συμπληρωματικό, απευθύνεται σε ένα μέλος της οικογένειας και δίνει μια αντικειμενικότερη εικόνα για την επανένταξη του ασθενή.

Το ερωτηματολόγιο που απευθύνεται στον άρρωστο χωρίζεται σε 5 μέρη: το πρώτο μέρος αποτελείται από πραγματικές ερωτήσεις (ηλικία, φύλο, ασφαλιστικός οργανισμός, οικονομική και οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο). Το δεύτερο μέρος, περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν τον εργασιακό χώρο και τις σχέσεις του ατόμου μέσα σ' αυτόν. Το τρίτο μέρος αφορά την νοσηλεία (χρόνος, θεραπευτικό πρόγραμμα) και τη σχέση του ατόμου με τους ειδικούς. Κυρίως δίνεται έμφαση στον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στην αποκατάσταση. Το τέταρτο μέρος αφορά τις σχέσεις του ατόμου με την οικογένεια και τη λειτουργικότητα του σε οικιακές δεξιότητες. Το τελευταίο τμήμα απαρτίζεται από ερωτήσεις που αφορούν τον ελεύθερο χρόνο, τα ενδιαφέροντα και την κοινωνικότητα του ατόμου.

Το ερωτηματολόγιο που απευθύνεται στην οικογένεια, χωρίζεται σε 2 μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά την συνεργασία της οικογένειας με τους ειδικούς κατά την περίοδο της επανένταξης και το δεύτερο μέρος αφορά την λειτουργικότητα του ατόμου, τα προβλήματα που μπορεί να δημιουργεί και τη σχέση του με την οικογένεια.

Επειδή η έρευνα απευθύνεται σε άτομα με ιδιαιτερότητες και υπάρχει το ενδεχόμενο κρίσης ή

παλινδρόμησης, τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν στο πλαίσιο των υπηρεσιών ή στα σπίτια των ασθενών, υπό μορφή συνέντευξης και αφού είχε δημιουργηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης.

Δυσκολίες - Περιορισμοί

Ο αριθμός του δείγματος περιορίστηκε στα 30 άτομα, γιατί λίγοι ασθενείς έρχονται στα FOLLOW-UP μετά την έξοδό τους απ' το Νοσοκομείο, ιδιαίτερα στα κλειστά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (Δημόσιο, Δρομοκαΐτειο). Επίσης, όσον αφορά τον πληθυσμό απ' τα ανοικτά τμήματα (ψυχιατρικοί τομείς, εργαστήρια) δεν είναι αντιπροσωπευτικός, γιατί αποτελείται από ασθενείς που επιλέχθηκαν γιατί εξακολουθούν να συνεργάζονται με ψυχίατρο ή με κοινωνικό λειτουργό.

Όσον αφορά την έρευνα στην οικογένεια του ασθενή, το δείγμα περιορίστηκε γιατί κυρίως στα κλειστά τμήματα η οικογένεια δεν συνεργάζεται με τους ειδικούς και σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα δεν ήθελαν να ερωτηθεί η οικογένεια.

Έτσι απάντησαν μόνο 9 οικογένειες από τις 27. Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν, αναλύθηκαν με τη χρήση COMPUTERS και δίνονται με αριθμητικές και εκατοστιαίες μονάδες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά στοιχεία

Όπως έχει ήδη αναφερθεί ο αριθμός των ασθενών που έλαβαν μέρος στη μελέτη ήταν 27 εκ των οποίων 16 άνδρες και 11 γυναίκες ή 59,3% και 40,7% αντίστοιχα. Η ηλικία τους κυμαίνεται μεταξύ 18 και 45 ετών με το μεγαλύτερο ποσοστό 66,6% μεταξύ των ηλικιών 25 μέχρι 37. Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς ήταν άγαμοι, 24 άτομα ή 88,9%, ενώ 2 ή 7,4% ήταν έγγαμοι και μόνο ένας ήταν διαζευγμένος. Οι περισσότεροι ασθενείς, δηλαδή 18 ή 66,6% ζούσαν με την πατρική τους οικογένεια, οι 2 έγγαμοι με την(τον) σύζυγο και τα παιδιά τους, οι 4 ή 14,9% με συγγενείς και οι 3 ή 11,1% μόνοι τους. Είναι προφανές από τα ανωτέρω στοιχεία ότι η οικογένεια είναι αυτή που αναλαμβάνει τον άρρωστο μετά τη νοσηλεία του και ότι λίγοι είναι οι άρρωστοι που ξεφεύγουν από τον κανόνα αυτό.

Σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο το 1/3 φοιτούσε ή ήταν απόφοιτοι τεχνικών ή ανωτέρων και ανωτάτων σχολών και τα υπόλοιπα 2/3 απόφοιτοι Δημοτικού και Γυμνασίου-Λυκείου με ίσα ποσοστά. Η οικονομική τους κατάσταση εκυμαινέτο από καλή ως μέτρια και η εκτίμηση αυτή βασίζεται στην κρίση των ασθενών και στην επιλογή των διαβαθμίσεων που είχαν τεθεί χωρίς να συγκεκριμενοποιούνται οι μηνιαίες αποδοχές και τα εισοδήματά τους. Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ και στον ΟΓΑ κατά 66,2% ή 7,4% είχαν ασφάλεια Πρόνοιας και ισάριθμοι ασφάλεια στο ΝΑΤ, ένας στο Δημόσιο και 3 ή 11,1% ήταν ανασφάλιστοι.

Γενικά στοιχεία για τη Νοσηλεία και οι Δυσκολίες που παρουσιάζονται μετά, σύμφωνα με τις απόψεις της οικογένειας

Από τους ασθενείς, οι 9 ή 33,3% νοσηλεύτηκαν στο Δημόσιο Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων, οι 8 ή 29,6% στο Δρομοκαΐτειο, οι 4 ή 14,8% στο Ψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου

Αθηνών και οι 6 ή 22,2% παρακολουθήσαν τα επαγγελματικά εργαστήρια. Οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο Δημόσιο και στο Δρομοκαΐτειο, ποσοστό 63% αντιπροσωπεύουν το δείγμα που νοσηλεύτηκε σε κλειστό ψυχιατρικό πλαίσιο και οι υπόλοιποι, ποσοστό 37% αντιπροσωπεύουν τους ασθενείς που έχουν παρακολουθήσει προγράμματα ανοικτής περιθαλψης.

Οι περισσότεροι ασθενείς, 11 ή 40,7% νοσηλεύτηκαν για πρώτη φορά σε ηλικία από 13 μέχρι 20 ετών, οι 10 ή 37% από 21 μέχρι 25 ετών και οι υπόλοιποι 6 από 26 μέχρι 40 ετών, ενώ ένας ήταν κάτω από 15 ετών, όταν νοσηλεύτηκε για πρώτη φορά.

Στους 18 ασθενείς η συνολική νοσηλεία τους δεν ξεπέρασε τον ένα χρόνο, ενώ στους 9 η νοσηλεία διήρκησε από 2 χρόνια και πάνω και εθεωρούντο χρόνιοι ασθενείς.

Σε σχέση με την επιλογή του πλαισίου νοσηλείας του ασθενή, τον κύριο λόγο επιλογής έχουν οι συγγενείς. Η αναγκαιότητα της παρουσίας της οικογένειας σ' όλη τη νοσηλευτική-ψυχιατρική διαδικασία φαίνεται στον πίνακα 2 που δείχνει ποιος συνοδεύει τον ασθενή κατά την είσοδο και έξοδό του από το νοσοκομείο. Ο πίνακας είναι ενδεικτικός της ψυχιατρικής νοσηλείας στη χώρα μας, όπου η απουσία άλλων εναλλακτικών λύσεων καθιστά την οικογένεια υπεύθυνη για τον άρρωστο μετά τη νοσηλεία. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τις έρευνες που έχουν γίνει από τους Αλεβιζάτο και Λυκέτσο (1964), Λυκέτσο (1966), Λυκέτσο και συνεργάτες (1978), Αγγελίδη και Αιβιζιάν (1980). Έτσι δεν λαμβάνει υπόψιν η επίδραση της οικογένειας στη δημιουργία ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, που αναφέρονται από τους WING (1981), Μαντωνάκη και Τζέμο (1980), PULLEN (1988) καθώς και η αρνητική επίδραση που μπορεί να έχει ο άρρωστος στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Βέβαια, όπως αναφέρει η BRIGIT MAC CARTHEY (1988), η οικογένεια μπορεί να υπάρξει βοηθητική με την κατάλληλη υποστήριξη από τους ειδικούς.

Η υποστήριξη της οικογένειας μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο, είναι απαραίτητη, όπως φαίνεται στη μελέτη αυτή, γιατί από τους 27 ασθενείς, μόνο οι οικογένειες των 9 είχαν συνεργασία με κάποιον ειδικό. Επιπλέον, από τις 9 οικογένειες μόνο οι 4 ή 44,4% συνέχισαν να συνεργάζονται με κάποιον ειδικό μετά τη νοσηλεία του ασθενή ενώ 5 ή 55,6% διέκοψαν κάθε συνεργασία. Δεν είναι λοιπόν άξιον απορίας, το ότι οι οικογένειες αποφεύγουν τις περισσότερες φορές να αναλάβουν την ευθύνη του ασθενή. Ας σημειωθεί δε ότι και οι 27 ασθενείς συνοδεύονται από συγγενείς κατά την είσοδό τους στο ψυχιατρείο, ενώ κατά την έξοδό τους οι 9 δεν συνοδεύτηκαν από κανέναν.

Τα προβλήματα που δημιουργεί η παρουσία του ασθενή στο σπίτι, σύμφωνα με την κρίση της οικογένειας είναι κυρίως η οικονομική επιβάρυνση και οι καυγάδες, ενώ η τεταμένη ατμόσφαιρα, η απομάκρυνση από το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον και η βάρβαρη συμπεριφορά δεν παρουσιάζουν μεγάλη συχνότητα.

Οι συμπεριφορές του αρρώστου που ενοχλούν την οικογένεια επικεντρώνονται στην ανικανότητα του ασθενή να συνεισφέρει οικονομικά στην οικογένεια και στην εμμονή του να ζητά χρήματα. Ακόμη σε ένα σχετικά χαμηλό ποσοστό 33,3% η οικογένεια ενοχλείται από την παιδαριώδη συμπεριφορά και τα πειράγματα του ασθενή, ενώ η αδιαφορία για την εμφάνιση και την καθαριότητα, η τάση για ύπνο, η ανικανότητα αυτοεξυπηρέτησης και η άρνηση να βγει από το σπίτι, είναι συμπεριφορές που ενοχλούν την οικογένεια σε μικρό ποσοστό. Αξιοσημείωτο είναι ότι μια οικογένεια σε μικρό ποσοστό. Αξιοσημείωτο είναι ότι μια οικογένεια παραπονέθηκε ότι ο άρρωστος αρνείται να παρακολουθήσει

την φαρμακευτική αγωγή. Η τήρηση της φαρμακοθεραπείας είναι επιτυχής γιατί οι ασθενείς της έρευνας είχαν δεχθεί την θεραπεία αυτή.

Είναι προφανές ότι οι οικογένειες των αρρώστων είναι αρκετά εξοικωμένες με την παθολογική συμπεριφορά των ασθενών και εάν υπήρχε τουλάχιστο κάποια οικονομική ενίσχυση, οι οικογένειες θα μπορούσαν να βοηθήσουν περισσότερο. Βέβαια το ότι η οικογένεια δέχεται την παθολογική συμπεριφορά του αρρώστου, δεν σημαίνει ότι υπάρχει ευαισθητοποίηση και γνώση χειρισμού του, ιδιαίτερα σε καταστάσεις κρίσης. Όπως τα συγκεντρωθέντα στοιχεία δείχνουν, όσον αφορά την αντιμετώπιση κρίσης των ασθενών όλες οι 9 οικογένειες εκτός μιας είτε τον εγκαταλείπουν ή καταφεύγουν στην αστυνομία.

Η οικογένεια δεν απευθύνεται σε κάποιον ειδικό και δεν παρεμβαίνει με φαρμακευτικά μέσα, γεγονός που μπορεί να οφείλεται, τόσο στη μη συνέχεια της συνεργασίας με τους ειδικούς μετά τη νοσηλεία, όσο και στην έλλειψη άλλων υποστηρικτικών συστημάτων και υπηρεσιών.

Οι περισσότερες οικογένειες πρότειναν σαν βοηθητικά προγράμματα τα προγράμματα Επαγγελματικής Αποκατάστασης κατά 88,9%, τα συμβουλευτικά προγράμματα για την οικογένεια κατά 77,8%, τις θεραπευτικές συμβουλευτικές ομάδες για τους ασθενείς κατά 55,6%, τις ψυχαγωγικές λέσχες κατά 66,7%, την οικονομική ενίσχυση κατά 55,6% και την ενημέρωση της κοινότητας κατά 22,7%. Τα παραπάνω ποσοστά δείχνουν ότι η οικογένεια έχει ανάγκη συμβουλευτικής και υποστήριξης από τους ειδικούς, ενώ παράλληλα κατανοεί την ανάγκη του ασθενή για ψυχαγωγία και κοινωνικές συναναστροφές.

Τα στοιχεία αυτά είναι ενδεικτικά, της διερεύνησης του επιμέρους σκοπού της μελέτης που αφορά τις κατευθύνσεις και τις υπηρεσίες που λαμβάνει η οικογένεια από τους ειδικούς και είναι πολύ ανεπαρκείς.

Συνεργασία του αρρώστου και της οικογένειας με τους ειδικούς

Οι ειδικοί με τους οποίους είχε συνεργασία ο άρρωστος κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, όπως φαίνεται στον πίνακα 1, είναι κατά κύριο λόγο ο ψυχίατρος, και ο κοινωνικός λειτουργός. Με ψυχίατρο συνεργάστηκαν 26 ασθενείς ή 96,3% και με κοινωνικό λειτουργό 14 ή 51,9%, ενώ με ψυχολόγο είχαν συνεργασία μόνο 3 ή 11,1%, με νοσοκόμο 6 ή 22,2% και με εργασιοθεραπευτή 4 ή 14,8%.

Όπως δείχνει ο πίνακας 1 η διεπιστημονική ομάδα δεν λειτουργεί, την ευθύνη της θεραπείας την έχει αποκλειστικά ο ψυχίατρος και εν μέρει ο κοινωνικός λειτουργός, ενώ η δουλειά του ψυχολόγου, του νοσοκόμου και του εργασιοθεραπευτή, είναι αισθητά παραγκωνισμένη. Τα στοιχεία αυτά απαντούν στο ερώτημα που είχε τεθεί αρχικά για τη λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας και δείχνουν την ανυπαρξία της ομαδικής εργασίας, στον τομέα της κοινωνικής αποκατάστασης του ψυχικά αρρώστου.

Η κυρίαρχη θέση του ψυχιάτρου φαίνεται και στο δεύτερο μέρος του πίνακα, όπου 22 ή 80,7% από τους 26 ή 96,2% ασθενείς, που συνεργάστηκαν με ψυχίατρο, απάντησαν ότι ο ειδικός που τους βοήθησε περισσότερο, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, είναι ο ψυχίατρος, ενώ μόνο 9 ή 33,3% από τα 14 ή 51,8% άτομα που συνεργάστηκαν με κοινωνικό λειτουργό απάντησαν, ότι βοηθήθηκαν από τη συνεργασία τους. Τα παραπάνω αποτελέσματα οφείλονται τόσο στο ότι ο αριθμός των κοινωνικών λειτουργών που απασχολείται στα ψυχιατρικά πλαίσια, είναι πολύ μικρός και δεν επαρκεί να καλύψει

τις ανάγκες όλων των ασθενών, όσο και στο γεγονός ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν έρχονται σε άμεση επαφή με τους ασθενείς, αλλά συνεργάζονται με όσους ασθενείς τους παραπέμπουν οι ψυχίατροι. Πρέπει δε να τονιστεί ότι η εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών είναι ανεπαρκής, ειδικά όσον αφορά τις ιδιαιτερότητες και τον χειρισμό των ψυχιατρικών αρρώστων.

Στον πίνακα 2, όπου αναφέρονται οι τρόποι με τους οποίους ο ψυχίατρος βοηθά τον ασθενή, διαφαίνεται ότι κατά κύριο λόγο, η συνεργασία γιατρού-ασθενή, βασίζεται στην φαρμακοθεραπεία, 81,5% και κατά δεύτερον στην απλή συζήτηση για τα προβλήματα του ασθενή 55,6%. Χειρισμός των συναισθημάτων του ασθενή και οικογενειακή θεραπεία, γίνεται σε πολύ χαμηλότερο ποσοστό 40,7% και 29,6% αντίστοιχα. Πρέπει να σημειωθεί δε ότι, για τους ψυχωτικούς ασθενείς, ενδείκνυται η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, για τον χειρισμό των συναισθημάτων τους καθώς και η οικογενειακή θεραπεία αφού πολλές ψυχώσεις ενισχύονται από το οικογενειακό περιβάλλον. Η έλλειψη συστηματικής και ολοκληρωμένης θεραπευτικής αντιμετώπισης φαίνεται και στον πίνακα 3, όπου παρουσιάζονται οι θεραπευτικές ομάδες στις οποίες συμμετείχαν οι ασθενείς. Οι 15 ή 55,6% από τους 27 ασθενείς, δεν συμμετείχαν σε καμία από τις θεραπευτικές ομάδες, ενώ μόνο 2 ή 7,4% συμμετείχαν σε ομάδες ψυχοθεραπείας, κανείς δε, δεν συμμετείχε σε θεραπευτικές λέσχες που λειτουργούν σαν σημείο αναφοράς κατά την ένταξη του ατόμου στην κοινότητα.

Η ανεπάρκεια της παρουσίας μόνο του ψυχίατρου στην θεραπεία του ασθενή, γίνεται καταφανής αφού οι 16 ή 59,3% από τους ασθενείς συναντούν τον ψυχίατρο στα εξωτερικά ιατρεία, όπου δεν δίνεται η δυνατότητα προσέγγισης του ασθενή και το FOLLOW-UP συνίσταται στον έλεγχο της φαρμακευτικής αγωγής.

Όσον αφορά τη συνεργασία της οικογένειας με τους ειδικούς κατά την περίοδο της νοσηλείας των αρρώστων, τα αποτελέσματα είναι σχετικά με τις απαντήσεις που έδωσαν οι ασθενείς, και δείχνουν ότι η πλειοψηφία συνεργάζεται με τον ψυχίατρο και τον κοινωνικό λειτουργό σε ποσοστά 88,9% και 77,8% αντίστοιχα, ενώ με τις άλλες ειδικότητες, η συνεργασία είναι ανύπαρκτη (Πίνακας 4). Επίσης, η οικογένεια θεωρεί ότι ο ψυχίατρος είναι ο ειδικός που τη βοήθησε περισσότερο και 5 οικογένειες από τις 8 που είχαν συνεργασία με ψυχίατρο, κρίνουν ότι ήταν βοηθητικός, ενώ από τις 7 οικογένειες που συνεργάστηκαν με κοινωνικό λειτουργό, μόνο οι 3 θεωρούν τη συνεργασία τους βοηθητική. Κι εδώ τ' αποτελέσματα είναι ενδεικτικά του ότι η διεπιστημονική ομάδα δεν λειτουργεί και απαντά το σχετικό ερώτημα που τέθηκε, και ότι ο κοινωνικός λειτουργός δεν ασκεί το ρόλο του ολοκληρωμένα (Πίνακας 5).

Ο πίνακας 6 παρουσιάζει τους τομείς τους οποίους βοηθήθηκε η οικογένεια από τους ειδικούς. Είναι αξιοσημείωτο, ότι περίπου οι μισές οικογένειες, δεν βοηθήθηκαν να κατανοήσουν τις ανάγκες του ασθενή και δεν τους δόθηκαν επαρκείς οδηγίες για τον χειρισμό τους, ενώ 7 ή 77,8% δεν βοηθήθηκαν καθόλου στον χειρισμό των οικογενειακών προβλημάτων. Ο πίνακας 7, ο οποίος δείχνει τους τρόπους με τους οποίους βοήθησε ο ειδικός την οικογένεια του ασθενή μετά τη νοσηλεία τους, ενισχύει τα παραπάνω αποτελέσματα.

Κοινωνική Επανένταξη των Αρρώστων που είχαν Συνεργασία με Κοινωνικό Λειτουργό

Από τους 27 ασθενείς, οι 18 είχαν συνεργαστεί με κοινωνικό λειτουργό, στο πρώτο διάστημα μετά τη νοσηλεία και από αυτούς οι 11 συνεχίζουν μέχρι σήμερα τη συνεργασία.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους 18 ασθενείς ο κοινωνικός λειτουργός δίνει κύρια έμφαση στην έκφραση των συναισθημάτων των ασθενών, 37%, και στις κύριες διαπροσωπικές, 22,9%, και οικογενειακές του 29,6%, σχέσεις, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι έχει μια ολοκληρωμένη συνεργασία με τον άρρωστο σ' όλους τους τομείς της αποκατάστασης. Γίνεται ακόμη προφανές ότι ο κοινωνικός λειτουργός δεν επεκτείνεται σε σημαντικούς τομείς όπως η επαγγελματική αποκατάσταση. Βοηθήθηκαν μόνο 5 ή 18,5% των ασθενών κι ένας μόνο συνοδεύθηκε από τον κοινωνικό λειτουργό στην εξεύρεση εργασίας. Επίσης στην εξεύρεση στέγης βοηθήθηκε μόνο ένας.

Στην εκμάθηση κοινωνικών δραστηριοτήτων, βοηθήθηκαν μόνο 3 ή 11,1%, στην διαχείριση των χρημάτων τους 3 ή 11,1%, στην απόκτηση συναισθήματος ανεξαρτησίας 2 ή 7,4%, ενώ άλλοι 2 ή 7,4%, απάντησαν ότι έχουν βοηθηθεί από τον κοινωνικό λειτουργό σ' άλλους τομείς, όπως η παρότρυνση για συνέχιση των σπουδών και ο προγραμματισμός για τη μείωση της τάσης τους για ύπνο.

Οι 18 ασθενείς που είχαν συνεργασία με τον κοινωνικό λειτουργό, μετά τη νοσηλεία, τον συναντούσαν κυρίως στα εξωτερικά ιατρεία, 7 ή 25,9%, στα εργαστήρια, 5 ή 18,5%, στο νοσοκομείο, 2 ή 7,4%, ενώ μόνο σε 4 ή 14,9% περιπτώσεις ο κοινωνικός λειτουργός επισκέπτεται τον ασθενή στο σπίτι. Από τα ποσοστά φαίνεται ότι και η δουλειά του κοινωνικού λειτουργού περιορίζεται κυρίως στα εξωτερικά ιατρεία και τα πλαίσια νοσηλείας, ενώ οι επισκέψεις στο οικογενειακό περιβάλλον του αρρώστου, που είναι αναγκαίες, είναι περιορισμένες. Αυτό δείχνει ότι ο Κοινωνικός Λειτουργός δεν έχει συνεργασία με την οικογένεια και δεν κάνει ολοκληρωμένη δουλειά με τον άρρωστο.

Από τα αποτελέσματα που παρουσιάζουν τον άρρωστο μέσα στην οικογένεια, φαίνεται ότι η δουλειά του κοινωνικού λειτουργού με την οικογένεια, δεν είναι τόσο σημαντική σε βαθμό που να διαφοροποιεί την αποκατάσταση των ασθενών. Το συμπέρασμα αυτό ενισχύεται κι απ' το ότι ο Κοινωνικός Λειτουργός επισκέπτεται το σπίτι του ασθενή μόνο σε λίγες περιπτώσεις, 14 ή 14,9%.

Οι συσχετίσεις που αφορούν την αποκατάσταση των ασθενών που είχαν ή όχι συνεργασία με Κοινωνικό Λειτουργό, κάνουν φανερό ότι η παρουσία του Κοινωνικού Λειτουργού δεν συνδέεται και πιο ολοκληρωμένη αποκατάσταση. Τα αποτελέσματα αυτά είναι ανησυχητικά αν ληφθεί υπ' όψιν ότι η επιλογή του πληθυσμού της έρευνας βασίστηκε στα FOLLOW-UP που είχαν οι ασθενείς με κοινωνικό λειτουργό ή ψυχίατρο και ήταν προσδοκόμενο να υπάρχει μια αποδοτικότερη συνεργασία. Τα αποτελέσματα ίσως οφείλονται στο ότι ο αριθμός των κοινωνικών λειτουργών στα ψυχιατρικά πλαίσια δεν είναι επαρκής και οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν μπορούν να δουλέψουν ουσιαστικά κι εκτεταμένα με τους ασθενείς και να έχουν μια συνέχεια συνεργασίας που είναι απαραίτητη στο στάδιο της αποκατάστασης. Επίσης η έλλειψη ολοκληρωμένης εκπαίδευσης του ψυχιατρικού κοινωνικού λειτουργού και η ανυπαρξία ψυχιατρικής διεπιστημονικής ομάδας, έχουν σαν αποτέλεσμα την υποβάθμιση του ρόλου και της ποιότητας της δουλειάς του στα ψυχιατρικά πλαίσια.

Κοινωνική Αποκατάσταση των Αρρώστων σε σχέση με το Πλαίσιο Νοσηλείας

Τα πλαίσια κατηγοριοποιούνται σε πλαίσια κλειστής περίθαλψης που στην έρευνα αυτή είναι το Δημόσιο Ψυχιατρείο και το Δρομοκαΐτειο, και σε πλαίσια ανοικτής περίθαλψης που για την έρευνα είναι ο ψυχιατρικός τομέας του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών και τα Επαγγελματικά Εργαστήρια του Αιγάλεω. Γίνεται μια συσχέτιση των πλαισίων με τομείς που δείχνουν την κοινωνική αποκατάσταση

των αρρώστων, για να διαπιστωθεί αν υπάρχει ή όχι η διαφορά στον βαθμό αποκατάστασης των ασθενών που νοσηλεύθηκαν σε κλειστά κι αυτών που παρακολούθησαν ανοιχτά πλαίσια, και ν' απαντηθεί η σχετική υπόθεση της έρευνας.

Τα αποτελέσματα που αναφέρονται τόσο στη συμμετοχή του αρρώστου στην οικογένεια όσο και στη βοήθεια που παρέχει η οικογένεια στον άρρωστο σε δύσκολες στιγμές, στηρίζονται στις απόψεις των ασθενών και στο πως οι ίδιοι αντιλαμβάνονται τη θέση τους στην οικογένεια και πρέπει να παρατεθεί ότι οι ψυχωσικοί και κυρίως οι σχιζοφρενείς συνήθως έχουν αμφιθυμικά και πολύπλοκα συναισθήματα προς τις οικογένειές τους. Φαίνεται βέβαια ότι οι σχέσεις με την οικογένεια είναι αρκετά καλές και ότι η οικογένεια είναι βοηθητική, αφού μόνο 7 ή 25,9% στους 27 απάντησαν ότι η οικογένεια είναι βοηθητική, αφού μόνο 7 ή 25,9% στους 27 απάντησαν ότι η οικογένεια αδιαφορεί. Δεν υπάρχει επομένως και αξιοσημείωτη διαφορά όσον αφορά τα πλαίσια νοσηλείας και τη σχέση του ασθενή με το οικογενειακό του περιβάλλον.

Απ' τα αποτελέσματα που αναλύθηκαν παραπάνω, δεν φαίνεται να υπάρχουν διαφορές όσον αφορά την αποκατάσταση των ασθενών που νοσηλεύθηκαν σε κλειστό και σε ανοιχτό πλαίσιο ψυχιατρικής. Όσον αφορά την επαγγελματική αποκατάσταση και τις σχέσεις των αρρώστων με το οικογενειακό περιβάλλον, δεν υπάρχει διαφορά στην αποκατάσταση τους στους τομείς αυτούς. Οι διαφορές που παρατηρούνται αφορούν τις κοινωνικές σχέσεις των ατόμων και τις σχέσεις με τους γείτονες και τους φίλους, τον τρόπο που διασκεδάζουν και τον τρόπο που εκμεταλλεύονται τον ελεύθερο χρόνο τους. Αυτοί που ήταν σε ανοιχτά πλαίσια έχουν αναπτύξει καλύτερες κοινωνικές σχέσεις, είναι πιο ενεργοποιημένοι και δραστήριοι στην κοινωνική τους ζωή, γεγονός που ίσως οφείλεται στο ότι τ' ανοιχτά πλαίσια δίνουν δυνατότητες στο να μην ξεκοπεί ο άρρωστος απ' τη ζωή της κοινότητας. Όσον αφορά την υπόθεση ότι δεν υπάρχει διαφορά στην αποκατάσταση των ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε κλειστό ψυχιατρικό πλαίσιο και αυτών που παρακολούθησαν προγράμματα ανοικτής περίθαλψης, βρέθηκε ότι υπάρχουν κάποιες μικρές διαφορές που εντοπίζονται στην κοινωνική ζωή του ασθενή. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τις απόψεις άλλων ειδικών όπως του Στεφανή (1984), Ξαγοράκη-Ταμβακάκη (1987), WING (1981), BROWN και HUGHSON (1987) οι οποίοι μελέτησαν τα πλεονεκτήματα των δομών ανοικτής περίθαλψης και τόνισαν τη σπουδαιότητα της θεραπευτικής αντιμετώπισης του ατόμου μέσα στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, όπου μπορεί να διατηρεί μέρος των ρόλων και δραστηριοτήτων του.

Το γεγονός όμως ότι η διαφοροποίηση στη μελέτη αυτή εντοπίζεται σε συγκεκριμένους τομείς και δεν επεκτείνεται στις οικογενειακές σχέσεις και στην επαγγελματική αποκατάσταση, είναι ενδεικτικό του ότι η πληρέστερη αποκατάσταση των ασθενών των ανοιχτών δομών, σε σχέση με αυτών των κλειστών, δεν οφείλεται ίσως στην καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση και στην πιο συστηματική διαδικασία κοινωνικής επανένταξης αλλά στο ότι οι δομές αυτές δεν απομονώνουν τον άρρωστο από την κοινότητα.

Η Χρονιότητα ως παράγοντας που επιδρά στην Κοινωνική Αποκατάσταση

Στη μελέτη αυτή σαν χρόνιοι χαρακτηρίζονται οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν συνολικά από 2 χρόνια και πάνω. Έτσι λοιπόν 18 από τους ασθενείς δεν είναι χρόνιοι και 9 χαρακτηρίζονται ως χρόνιοι.

Τα αποτελέσματα της έρευνας, απαντώντας στο ερώτημα που αφορά την χρονιότητα και την

επίδρασή της στην κοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων, δείχνουν ότι η χρονιότητα είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει τομείς όπως ο χρόνος εξεύρεσης εργασίας, η λειτουργικότητα του ατόμου σε οικιακές δουλειές και η χρησιμοποίηση του ελεύθερου χρόνου.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι χρόνιοι δεν βγαίνουν εύκολα από το σπίτι, παρά μόνο με την οικογένεια, 3 ή 11,1%, ενώ οι υπόλοιποι 6 ή 22,2% μένουν σπίτι. Γενικά τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν και με τις έρευνες που έκαναν οι WING και BRAWN (1962) σχετικά με την αρνητική επίδραση της χρονιότητας στην κινητοποίηση και αποϊδρυματοποίηση των αρρώστων.

Ο αριθμός των νοσηλειών - Επανεισαγωγές και η επίδρασή τους στην Κοινωνική Επανένταξη

Τα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν ότι όσο αυξάνεται ο αριθμός των επανεισαγωγών, τόσο δυσκολότερη γίνεται η επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση. Από τους 9 ασθενείς που αποκαταστάθηκαν επαγγελματικά ή συνέχισαν τις σπουδές του, οι 5 ή 18,5% είχαν νοσηλευτεί μόνο μία φορά, οι 3 ή 11,1% δύο φορές και ο ένας ή 3,7% πάνω από τέσσερις φορές. Αυτοί που είχαν νοσηλευτεί πάνω από δύο φορές κυρίως συνταξιοδοτούνται ή είναι άνεργοι. Είναι σημαντικό ότι απ' τους 12 ή 44,4%, που είχαν περισσότερες από δύο νοσηλείες, οι 4 ή 14,8% μένουν στο σπίτι, άλλοι 4 ή 14,8% βγαίνουν με φίλους. Ο αυξημένος αριθμός των νοσηλειών επιδρά στην κοινωνική ζωή του ασθενή, τον περιορίζει στο σπίτι και τον απομονώνει από κοινωνικές συναναστροφές. Αυτό ίσως να οφείλεται απ' τη μια στον στιγματισμό του αρρώστου που είχε μια σειρά νοσηλειών και απ' την άλλη στην ιδρυματοποιημένη συμπεριφορά που παρουσιάζει.

Όσον αφορά λοιπόν το ερώτημα για το αν οι επανεισαγωγές επιδρούν στην επανένταξη, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι επανεισαγωγές επιδρούν αρνητικά στην αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων.

Εισηγήσεις

Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας γίνονται οι ακόλουθες συγκεκριμένες προτάσεις σε τομείς που είναι εμφανής η ανεπάρκεια της λειτουργίας των παρεχομένων ψυχιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα.

1. Είναι απαραίτητη η επέκταση της λειτουργίας ενδιαμέσων δομών ψυχιατρικής περίθαλψης και δημιουργίας μιας σειράς υπηρεσιών κοινωνικής αποκατάστασης που θα επικοινωνούν, θα συνεργάζονται και θα αλληλοσυμπληρώνονται.

Τέτοιες υπηρεσίες κοινωνικής αποκατάστασης είναι τα νοσοκομεία ημέρας και νύχτας, οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, τα προστατευμένα σπίτια, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, οι Ψυχιατρικοί Τομείς των Γενικών Νοσοκομείων, οι Κινητές Ψυχιατρικές Μονάδες, οι υπηρεσίες αντιμετώπισης κρίσης, τα επαγγελματικά και προεπαγγελματικά εργαστήρια, τα προστατευμένα εργαστήρια, οι συνεργατικές, οι κοινωνικές λέσχες, κ.ά.

Η οργάνωση ενός πλήρους συστήματος κοινωνικής επανένταξης προϋποθέτει μελέτη σχεδιασμό και εξαρτάται από την οικονομική και κοινωνική πολιτική, από τη συμβολή των διαφόρων ειδικοτήτων και την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης.

Παράλληλα είναι αναγκαία μια σταδιακή μείωση του αριθμού των κρεβατιών, που νοσηλεύουν ψυχιατρικά ασθενείς, ώστε να περιοριστεί η ιδρυματοποίηση και η χρονιότητα των ασθενών και η δημιουργία πλαισίων ανοιχτής περίθαλψης.

2. Επειδή ένας περιορισμένος αριθμός ασθενών έχει τη δυνατότητα επαγγελματικής αποκατάστασης πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση όχι μόνο στη δημιουργία υπηρεσιών που καλύπτουν την επαγγελματική εκπαίδευση αλλά και στην κατοχύρωση επαρκών θέσεων εργασίας. Για να επιτευχθεί η επαγγελματική κατοχύρωση, είναι απαραίτητη η αλλαγή της νομοθετικής ρύθμισης του θέματος, γιατί οι θέσεις εργασίας που δικαιολογεί αφορούν άτομα με ειδικές ανάγκες και δεν διαχωρίζει τους ψυχικά αρρώστους. Έτσι οι ψυχικά άρρωστοι, βρίσκονται σε μειονεκτική θέση σε σχέση με άτομα που σιγματίζουν λιγότερο, και προτιμούνται για την κάλυψη των θέσεων.

3. Η κοινωνική επανένταξη δεν είναι απλά η έξοδος του ατόμου από το ψυχιατρείο και η επανεγκατάστασή του στην κοινότητα αλλά μια διαδικασία που ξεκινά από την νοσηλεία και έχει σκοπό να επανεκπαιδεύσει τον άρρωστο σ' όλους τους τομείς που δυσλειτουργεί εξαιτίας της αρρώστιας του γι' αυτό και χρειάζεται μια πολύπλευρη αντιμετώπιση που καλύπτει εκτός απ' τη μείωση των συμπτωμάτων την ανάπτυξη της λειτουργικότητάς του σε κοινωνικές δραστηριότητες και την καλύτερη οργάνωση των οικογενειακών και διαπροσωπικών του σχέσεων.

Ως εκ τούτου η φαρμακοθεραπεία δεν είναι επαρκής για την επίτευξη της κοινωνικής αποκατάστασης και είναι αναγκαίο να συμπληρώνεται από άλλες θεραπευτικές μεθόδους όπως ατομικές και ομαδικές ψυχοθεραπείες, οικογενειακή θεραπεία και εργασιοθεραπεία.

Για την πραγματοποίηση της αποκατάστασης είναι απαραίτητη η επαρκής λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας που προσφέρει μια πιο ολοκληρωμένη και ποικιλόμορφη άποψη για τις ανάγκες του ασθενή και το είδος της θεραπείας του. Η σωστή λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας έγκειται στην ισοτιμία των ειδικών και στη δυνατότητα που τους δίνεται να ασκήσουν το θεραπευτικό τους έργο.

4. Τα αποτελέσματα δείχνουν, ότι η οικογένεια μπορεί να λειτουργήσει υποστηρικτικά προς τον ασθενή, αν υπάρξουν οι υπηρεσίες και τα προγράμματα, που θα την εκπαιδεύσουν στον χειρισμό του ψυχικά αρρώστου και θα την υποστηρίξουν αναγνωρίζοντας τις ανάγκες και τις δυσκολίες που η ίδια μπορεί να έχει. Τέτοια προγράμματα είναι: συμβουλευτικά κέντρα οικογένειας, ψυχοθεραπευτικές ομάδες για τα μέλη της οικογένειας, οικογενειακή θεραπεία, προγράμματα παρέμβασης σε κρίση, ενημερωτικά προγράμματα για την ψυχική αρρώστια κ.ά.

5. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην αποκατάσταση είναι σημαντικός με την προϋπόθεση ότι υπάρχει επαρκής αριθμός σε κάθε πλαίσιο, καθώς και επαρκής και συνεχής εκπαίδευση.

Πέραν από την αναγκαιότητα διεύρυνσης της εκπαίδευσης που παρέχεται στους κοινωνικούς λειτουργούς, ο ψυχιατρικός κοινωνικός λειτουργός χρειάζεται εξειδίκευση και συνεχή εκπαίδευση. Η συνέχεια της εκπαίδευσης, μέσα στις ίδιες τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, είναι βασική για την ανανέωση των προγραμμάτων των υπηρεσιών και την εξέλιξη όλων των ειδικών.

6. Η κυρίαρχη θέση του ψυχιάτρου στην διαδικασία της επανένταξης και η ανάληψη ρόλων άλλων ειδικοτήτων απ' τον ίδιο, που βάση της εκπαίδευσης του δεν μπορεί να εκπληρώσει, έχει αρνητικές επιπτώσεις, σε κάθε προσπάθεια υλοποίησης προγραμμάτων κοινωνικής αποκατάστασης των ψυχικά αρρώστων.

Η πραγματικότητα είναι ότι ο ψυχίατρος περιορίζεται μόνο στην εξάλειψη των ψυχιατρικών συμπτωμάτων και ασχολείται κυρίως με το άτομο, ενώ δεν έχει τη δυνατότητα να γνωρίσει το

οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον και να βοηθήσει τον άρρωστο να επανενταχθεί σ' αυτό. Ο μόνος απ' τους ειδικούς που είναι κατάλληλος για τον χειρισμό του αρρώστου, στο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον είναι ο ειδικά εκπαιδευμένος κοινωνικός λειτουργός.

Δεν είναι επαγγελματική αλαζονεία, εάν τονισθεί ότι, χωρίς την ενεργό συστηματική και διαρκή συμμετοχή του κοινωνικού λειτουργού και χωρίς την ύπαρξη σωστά οργανωμένων κοινωνικών υπηρεσιών, μέσα στα ψυχιατρικά πλαίσια, η κοινωνική επανένταξη δεν έχει ευκαιρίες ποτέ να υλοποιηθεί.

Βιβλιογραφία

- Αγγελίδης Γ. - Αϊβιζιάν Θ. "Προβλήματα και ανάγκες της οικογένειας του ψυχοδιανοητικού αρρώστου", *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Οκτώβρης, Νοέμβρης, Δεκέμβρης 1987, No 18, σελ. 83-88.
- BROWN R. AND HUGHSON A. "BEHAVIORAL AND SOCIAL REHABILITATION AND TRAINING" εκδόσεις JOHN WILEY AND SONS, CHICHESTER, NEW YORK - TORONTO - SINGAPORE, 1987.
- Λυκέτσος Γ. "Πρόληψη των χρόνιων ψυχικών διαταραχών, στην Ελλάδα" *Ιπποκράτης* 1980, τόμος Β, τεύχος 2, σελ. 123-129.
- MAC CARTHEY BRIGID, "THE ROLE OF RELATIVE" στο βιβλίο LAVENDER A. AND HOLLOWAY F. *COMMUNITY CARE IN PRACTICE, SERVICES FOR THE CONTINUING CARE CLIENT*, εκδόσεις JOHN WILEY AND SONS, LONDON 1988.
- Μαδιανός Γ. Μιχάλης "Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση: Βασικές αρχές, τύποι και πρόσφατες εμπειρίες από τον Ελληνικό και διεθνή χώρο", ανακοίνωση στο 1ο Συνέδριο Εργοθεραπείας, Αθήνα 1987.
- Μαντωνάκης Ι. και Τζέμος Ι "Παράγοντες που συνδέονται με την δυνατότητα επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχιατρικών αρρώστων", *Εγκέφαλος*, 1980, τεύχος 18, σελ. 36-41.
- Μάτσα Κ. "Εισήγηση - Ψυχιατρικό Άσυλο-Αποασυλοποίηση. Νέες δομές" Ημερίδα 28.5.87 στο Ψ.Ν.Α., *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Ιούλιος, Αύγουστος, Σεπτέμβρης 1987, No 17, σελ. 5-10.
- Ξαγοράκη-Ταμβακάκη "Εργοθεραπεία σε μονάδες ημερήσιας περίθαλψης ψυχιατρικών ασθενών", *Εκλογή* Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1987, Αρ. 72, σελ. 23-30.
- PULLEN IAN, "REHABILITATION IN PSYCHIATRY" EDITION TSORTSIL LIVING STONE LONDON, NEW YORK, 1988.
- Στεφανής Κ., "Ψυχιατρική περίθαλψη και κοινωνική ψυχιατρική" ανακοίνωση στο *Ελληνογαλλικό Συμπόσιο*, Αθήνα Δεκέμβριος 10-13 1984, σελ. 82-91.
- SHULAMIT RAMON, "COMMUNITY CARE IN BRITAIN" στο βιβλίο SAVENDER A. AND HOLLOWAY F. *COMMUNITY CARE IN PRACTICE, SERVICES FOR THE CONTINUING CARE CLIENT* εκδόσεις JHON WILEY AND SONS, LONDON 1988.
- Φίλιας, "Εισαγωγή στη μεθοδολογία και τις τεχνικές των Κοινωνικών Ερευνών" Εκδόσεις GUTENBERG, Αθήνα 1977.
- WING, *PSYCHIATRY-REHABILITATION*, Εκδόσεις OXFORD UNIVERSITY PRESS, 1981.

Πίνακας 1

Οι ειδικοί με τους οποίους ο ασθενής είχε συνεργασία και ποιος τον βοήθησε περισσότερο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του.

ΕΙΔΙΚΟΙ	ΕΙΧΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ				ΒΟΗΘΗΣΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ				ΣΥΝΟΛΑ	
	ΝΑΙ		ΟΧΙ		ΝΑΙ		ΟΧΙ			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Ψυχίατρος	26	96,3	1	3,7	22	81,5	5	18,5	27	100
Ψυχολόγος	3	11,1	24	88,9	0	0	27	100	27	100
Κοινωνικός Λειτουργός	14	51,9	13	48,1	4	14,8	23	85,2	27	100
Νοσοκόμος	6	22,2	21	77,8	1	3,7	26	96,3	27	100
Εργοθεραπευτής	4	14,8	23	85,2	0	0	27	100	27	100

Πίνακας 2

Τρόποι με τους οποίους ο γιατρός βοήθησε τον ασθενή

ΤΡΟΠΟΙ	ΝΑΙ		ΟΧΙ		ΣΥΝΟΛΑ	
	No	%	No	%	No	%
Χορήγηση φαρμάκων	22	81,5	5	18,5	27	100
Συζήτηση για τα προβλήματα του ασθενή	15	55,6	12	44,4	27	100
Συζήτηση για τα συναισθήματα του ασθενή	11	40,7	16	59,3	27	100
Συζήτηση με την οικογένεια για τα προβλήματα του ασθενή	8	29,6	19	70,4	27	100
Άλλος τρόπος	0	0	27	100	27	100

Πίνακας 3
Θεραπευτικές ομάδες στις οποίες συμμετείχαν οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

ΟΜΑΔΕΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ		ΣΥΝΟΛΑ	
	No	%	No	%	No	%
Εργασιοθεραπείας μέσα στο Νοσοκομείο	8	29,6	19	70,4	27	100
Εργασιοθεραπείας σε Ι.Ψ.Υγ.	1	3,7	26	96,3	27	100
Ψυχοθεραπείας	2	7,4	25	92,6	27	100
Ψυχαγωγίας	5	18,5	22	81,5	27	100
Θεραπευτικές λέσχες	0	0	27	100	27	100
Καμία	15	55,6	12	44,4	27	100

Πίνακας 4
Οι ειδικοί με τους οποίους η οικογένεια συνεργάστηκε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του αρρώστου.

ΕΙΔΙΚΟΙ	ΝΑΙ		ΟΧΙ		ΣΥΝΟΛΑ	
	No	%	No	%	No	%
Ψυχίατρος	8	88,9	1	11,1	9	100
Ψυχολόγος	1	11,1	8	88,9	9	100
Κοιν. Λειτουργός	7	77,8	2	22,2	9	100
Νοσοκόμος	1	11,1	8	88,9	9	100
Εργοθεραπευτής	1	11,1	8	88,9	9	100
Κάποιος άλλος	0	0	9	100	9	100
Κανένας	1	11,1	8	88,9	9	100

Πίνακας 5

Ο ειδικός που βοήθησε περισσότερο, σύμφωνα με την κρίση της οικογένειας του αρρώστου, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του.

ΕΙΔΙΚΟΙ	ΝΑΙ		ΟΧΙ		ΣΥΝΟΛΑ	
	No	%	No	%	No	%
Ψυχίατρος	5	55,6	4	44,4	9	100
Ψυχολόγος	0	0	9	100	9	100
Κοιν. Λειτουργός	3	33,3	6	66,7	9	100
Νοσοκόμος	0	0	9	100	9	100
Εργοθεραπευτής	0	0	9	100	9	100
Κάποιος άλλος	0	0	9	100	9	100
Κανένας	1	11,1	8	88,9	9	100

Πίνακας 6

Τομείς στους οποίους ο ειδικός βοήθησε την οικογένεια του ασθενή κατά τη διάρκεια νοσηλείας του.

ΤΟΜΕΙΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ		ΣΥΝΟΛΑ	
	No	%	No	%	No	%
Κατανόηση των αναγκών του ασθενή	4	44,4	5	55,6	9	100
Διευκόλυνση της επικοινωνίας με τον ασθενή	4	44,4	5	55,6	9	100
Υπόδειξη τρόπων χειρισμού του ασθενή	4	44,4	5	55,6	9	100
Χειρισμός οικογενειακών προβλημάτων	2	22,2	7	77,8	9	100
Φαρμακευτική αγωγή	4	44,4	5	55,6	9	100

Πίνακας 7
Τρόποι με τους οποίους βοήθησε ο ειδικός την οικογένεια του ασθενή
μετά τη νοσηλεία του.

ΤΡΟΠΟΙ	ΝΑΙ		ΟΧΙ		ΣΥΝΟΛΑ	
	No	%	No	%	No	%
Οδηγίες για συνέχιση της θεραπείας	2	22,2	7	77,8	9	100
Παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες	3	33,3	6	66,7	9	100
Συζήτηση των δυσκολιών που υπάρχουν	2	22,2	7	77,8	9	100
Οικονομική ενίσχυση μέσω του αρμ. οργάνου	0	0	9	100	9	100
Φαρμακευτική αγωγή	6	66,7	3	33,3	9	100