

ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ



026000200274



A

344



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

**ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΒΕΝΕΤΣΑΝΟΣ ΜΑΥΡΕΑΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**«Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ  
ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΞΕΝΩΝΕΣ) ΧΡΟΝΙΩΝ  
ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.  
Ο ΠΡΩΤΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ: ΜΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ»**

**ΣΙΚΕΛΙΑΝΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2005**



Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα Ν. 5343/32, άρθρο 202, παρ. 2 (νομική κατοχύρωση του Ιατρικού τμήματος)



**ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ 28-2-2001**  
**ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ 15-2-2001**

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: Μαυρέας Βενετσάνος, Καθηγητής Ψυχιατρικής**

**ΜΕΛΗ: Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας**

**Μπεράτη Σταυρούλα, Καθηγήτρια Ψυχιατρικής-Παιδοψυχιατρικής**

**ΟΡΙΣΜΟΣ ΘΕΜΑΤΟΣ**

**15-2-2001**

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

**17-5-2005**

**ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

**Επαμεινώντας Τσιάνος, Καθηγητής Παθολογίας**

**ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

1. **Μαυρέας Βενετσάνος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Επιβλέπων**
2. **Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, μέλος**
3. **Μπεράτη Σταυρούλα, Καθηγήτρια Ψυχιατρικής-Παιδοψυχιατρικής, Πανεπιστημίου Πατρών, μέλος**
4. **Γερούλιανος Στέφανος, Καθηγητής Ιστορίας της Ιατρικής, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, μέλος**
5. **Αλαμάνος Ιωάννης, Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, μέλος**
6. **Παπαδιώτη Βασιλική, Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Φιλοσοφίας-Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, μέλος**
7. **Υφαντής Θωμάς, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, μέλος**

**ΒΑΘΜΟΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

**Άριστα**

**Η Γραμματέας**  
**Ευαγγελία Ζαβερδινού – Τσαγγαλά**





*Στους γονείς μου*

*Και την αδελφή μου*



*Στον άνθρωπο που  
ενόχλησε το σύμπαν*



# Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>:

#### ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

- 1.1. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΕΩΣ ΤΟΝ 19<sup>ο</sup> ΑΙΩΝΑ
- 1.2. Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΦΑΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1838 – 1955)
- 1.3. Η ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ ΦΑΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1956 – 1982)

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>:

#### Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ – ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΗ ΦΑΣΗ (1983 – ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ)

- 2.1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ
- 2.2 ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ – ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
  - 2.2.1 Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
  - 2.2.2 ΦΑΣΕΙΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
  - 2.2.3 Ο ΞΕΝΩΝΑΣ ΩΣ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΗ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗ ΔΟΜΗ
- 2.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
  - 2.3.1 ΤΟ ΠΕΝΤΑΕΤΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
  - 2.3.2 ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΛΕΡΟΣ II»
  - 2.3.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΒΑΣΕΙ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ 815 / 84
- 2.4 ΤΟ ΔΕΚΑΕΤΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ (2000 – 2010) «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» - ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΨΥΧΑΡΓΩΣ



### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>:

#### Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΝΝΟΙΑ – ΦΑΣΕΙΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΕΝΟΣ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟΥ ΞΕΝΩΝΑ)

- 3.1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
- 3.2. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ – ΔΟΜΗ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΕΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
- 3.3. Ο ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ «ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ» ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
  - 3.3.1 ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟΥ
  - 3.3.2 ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΜΙΑΣ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΗΣ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗΣ ΔΟΜΗΣ (ΞΕΝΩΝΑΣ)
- 3.4. ΤΥΠΟΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
  - 3.4.1 ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΗΣ ΔΡΑΣΗΣ
  - 3.4.2 ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT)
- 3.5. ΦΑΣΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΜΙΑΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗΣ ΔΟΜΗΣ (ΞΕΝΩΝΑΣ)

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>:

#### Η ΔΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΜΙΑΣ ΟΜΑΔΑΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ

- 4.1 Η ΟΜΑΔΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
  - 4.1.1 ΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
  - 4.1.2 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΡΟΛΟΥ ΣΤΗΝ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ
- 4.2 Η ΔΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΙΑΣ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΗΣ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗΣ ΔΟΜΗΣ



- 4.2.1 Η ΗΓΕΣΙΑ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ (LEADERSHIP)
- 4.2.2 Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ
- 4.2.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΔΟΜΗΣΗ - ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
- 4.3 Η ΣΥΝΟΧΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°:

#### ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

- 5.1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΜΕ ΘΕΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ
- 5.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΩΝ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΜΕ ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ
- 5.3. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ
  - 5.3.1 ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΑΙΤΙΕΣ ΠΟΥ ΤΙΣ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ
  - 5.3.2 ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΛΥΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ
- 5.4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ
- 5.5. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗΣ (BURN OUT)
- 5.6. Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°:

#### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

- 6.1. ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ
- 6.2. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ



- 6.2.1. ΥΛΙΚΟ
- 6.2.2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ
  - 6.2.2.1 Α' ΦΑΣΗ
  - 6.2.2.2 Β' ΦΑΣΗ
  - 6.2.2.3 Γ' ΦΑΣΗ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>:

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- 7.1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑ ΦΑΣΗ
  - 7.1.1. ΦΑΣΗ Α'
    - 7.1.1.1. ΞΕΝΩΝΑΣ Α'
    - 7.1.1.2. ΞΕΝΩΝΑΣ Β'
  - 7.1.2. ΦΑΣΗ Β'
    - 7.1.2.1. ΞΕΝΩΝΑΣ Α'
    - 7.1.2.2. ΞΕΝΩΝΑΣ Β'
    - 7.1.2.3. ΞΕΝΩΝΑΣ Γ'
    - 7.1.2.4. ΞΕΝΩΝΑΣ Δ'
  - 7.1.3. ΦΑΣΗ Γ'
    - 7.1.3.1. ΞΕΝΩΝΑΣ Α'
    - 7.1.3.2. ΞΕΝΩΝΑΣ Β'
    - 7.1.3.3. ΞΕΝΩΝΑΣ Γ'
    - 7.1.3.4. ΞΕΝΩΝΑΣ Δ'
- 7.2. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
  - 7.2.1. ΞΕΝΩΝΑΣ Α'
  - 7.2.2. ΞΕΝΩΝΑΣ Β'
  - 7.2.3. ΞΕΝΩΝΑΣ Γ'
  - 7.2.4. ΞΕΝΩΝΑΣ Δ'



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>:

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

- 8.1. ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΩΝ Α' ΚΑΙ Β'
  - 8.1.1. Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ
  - 8.1.2. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΡΟΛΩΝ
  - 8.1.3. ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
  - 8.1.4. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΣΤΟ ΕΡΓΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
- 8.2. ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ Γ' ΚΑΙ Δ'
  - 8.2.1. Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ
  - 8.2.2. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΡΟΛΩΝ
  - 8.2.3. ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
  - 8.2.4. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΣΤΟ ΕΡΓΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
    - 8.2.4.1. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ
    - 8.2.4.2. ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>:

### ΣΥΝΟΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- 9.1. Η ΔΟΜΗΣΗ ΚΑΙ Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ
  - 9.1.1. ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ
  - 9.1.2. Η ΗΓΕΣΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ
  - 9.1.3. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΡΟΛΩΝ ΣΤΟ ΕΡΓΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
- 9.2. Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ



9.2.1. Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

9.2.2. ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

9.2.3. ΕΚΦΡΑΖΟΜΕΝΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

9.2.4. ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

**SUMMARY IN ENGLISH**

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**





## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη είχε ως βασικό στόχο την διεξοδική παρουσίαση και μελέτη των εξελικτικών φάσεων οργάνωσης του θεραπευτικού περιβάλλοντος κατά τον πρώτο χρόνο λειτουργίας μεταβατικών στεγαστικών δομών ψυχιατρικής περίθαλψης και αποκατάστασης χρόνιων ασυλικών ασθενών.

Η επιλογή του συγκεκριμένου θέματος έγινε με βάση δύο κύριους σημαντικούς παράγοντες – λόγους. Οι παράγοντες – λόγοι αυτοί αναφέρονται: i) τόσο στην έλλειψη συστηματικών μελετών αντίστοιχων προς το θέμα, σχετικά με την οργάνωση και λειτουργία δομών αποκατάστασης (ξενώνες), κατά τον πρώτο χρόνο λειτουργίας τους, ii) όσο και η νεωτερικότητα του ίδιου του θέματος, καθώς φαίνεται να αποτελεί καινοτομία στο χώρο των ελληνικών ποιοτικών μελετών, το γεγονός της διερεύνησης συγκεκριμένων ποιοτικών χαρακτηριστικών του θεραπευτικού περιβάλλοντος νεοσύστατων δομών αποκατάστασης (ξενώνες) όπως π.χ. η οργάνωση της θεραπευτικής ομάδας, η λειτουργία των θεραπευτικών ρόλων, τα εκφραζόμενα συναισθήματα των μελών του προσωπικού κ.ά., στο πλαίσιο λειτουργίας των ευρωπαϊκών προγραμμάτων αποκατάστασης χρόνιων ασυλικών ασθενών.

Στο γενικό μέρος της παρούσας μελέτης, γίνεται αναφορά στην ιστορική εξέλιξη της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα, καθώς και στην μετάβαση από την παραδοσιακή φάση της ψυχιατρικής περίθαλψης (1956 – 1982), στην φάση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης που έλαβε χώρα από το 1982, μέχρι και σήμερα. (Κεφάλαιο Α)

Επίσης, δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στη λειτουργία του συστήματος υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και αποκατάστασης και στον παράγοντα «περιβάλλον», ως βασικό στοιχείο της λειτουργίας του συστήματος μιας εναλλακτικής στεγαστικής δομής ψυχιατρικής περίθαλψης (ξενώνας). (Κεφάλαιο Β)

Κατόπιν, παρουσιάζονται τα στοιχεία εκείνα που επιδρούν στην οργάνωση και συνοχή μιας ομάδας επαγγελματιών ψυχικής υγείας (φροντιστές) (caregrs) (όπως π.χ. η λειτουργία των θεραπευτικών ρόλων, η ηγεσία της ομάδας κ.λ.π), οι οποίοι εργάζονται σε μια μεταβατική στεγαστική δομή και τα ιδιαίτερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν κατά την προσπάθεια της οργάνωσής τους. (Κεφάλαιο Γ, Κεφάλαιο Δ). Στο σημείο αυτό



αξίζει να σημειωθεί ότι η επιλογή του αγγλικού όρου «carer = φροντιστής», αντί του όρου «θεραπευτής», θεωρήθηκε ως επιβεβλημένη, καθώς ο όρος «θεραπευτής» παραπέμπει περισσότερο στην έννοια του ψυχοθεραπευτή, ενώ ο όρος «φροντιστής» (carer) αναφέρεται σε μια πολυδιάστατη έννοια του ρόλου του επαγγελματία ψυχικής υγείας, που εργάζεται σε μια μεταβατική δομή αποκατάστασης για χρόνιους ψυχικά ασθενείς.

Τέλος, γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στα ποιοτικά χαρακτηριστικά εκείνα (π.χ. οι επαγγελματικές στάσεις, η ικανοποίηση από την εργασία, η εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας κ.α.), τα οποία επιδρούν θετικά ή αρνητικά στη θεραπευτική διαδικασία και συμβάλλουν στη διαμόρφωση ενός θετικά ή αρνητικά ποιοτικού θεραπευτικού περιβάλλοντος στο σύστημα περίθαλψης ενός ξενώνα. (Κεφάλαιο Ε).

Στο ειδικό μέρος, αρχικά γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στον γενικό στόχο της παρούσας έρευνας, ο οποίος αφορά την μελέτη των φάσεων οργάνωσης και λειτουργίας του θεραπευτικού περιβάλλοντος των ξενώνων, κατά την διάρκεια των πρώτων δώδεκα (12) μηνών (ένα έτος) λειτουργίας τους.

Αναφορικά με το υλικό της παρούσας μελέτης, το οποίο αναφέρεται στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι τέσσερις (4) στεγαστικές μεταβατικές δομές ημι –αυτόνομης διαβίωσης χρονίων ασυλικών ασθενών: Ξενώνες Α,Β,Γ,Δ. Οι ξενώνες λειτουργούσαν στα πλαίσια της υλοποίησης του Ευρωπαϊκού προγράμματος αποκατάστασης «Ψυχαργώ» α' Φάση (2000 – 2010).

Μετά την αναφορά στο χρονικό πλαίσιο εκπόνησης της παρούσας μελέτης (Μάρτιος 2001 – Φεβρουάριος 2002), παρουσιάζονται λεπτομερώς τα χαρακτηριστικά του δείγματος: σαράντα έξι (46) επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τριάντα οχτώ (38) γυναίκες και οκτώ (8) άντρες, ηλικίας δεκαοχτώ (18) έως πενήντα (50) ετών. Απ' αυτούς, έντεκα (11) αποτελούσαν τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα Α', με συνολικό αριθμό ασθενών τους δεκαπέντε (15), δώδεκα (12) αποτελούσαν τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα Β', με συνολικό αριθμό ασθενών τους δεκατέσσερις (14), δεκαπέντε (15) αποτελούσαν μέλη της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα Γ', με συνολικό αριθμό ασθενών τους είκοσι δύο (22). Τέλος, οκτώ (8) επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αποτελούσαν μέλη της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα Δ', με συνολικό αριθμό



ασθενών τους πέντε (5).

Στη συνέχεια γίνεται η παρουσίαση της μεθοδολογίας της παρούσας μελέτης (εθνογραφική μέθοδος), καθώς και ο διαχωρισμός της σε τρεις (3) επάλληλες φάσεις (Α' Φάση: πρώτο τρίμηνο λειτουργίας των ξενώνων), (Β' Φάση: δεύτερο και τρίτο τρίμηνο λειτουργίας των ξενώνων), (Γ' Φάση: τέταρτο τρίμηνο λειτουργίας των ξενώνων). Τα μέσα (εργαλεία) που χρησιμοποιήθηκαν για την διεξαγωγή της παρούσας μελέτης, ήταν η συμμετοχική παρατήρηση, το ερωτηματολόγιο και η συνέντευξη.

Έπειτα, ακολουθεί η ποιοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων, ανά φάση και ανά ξενώνα και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα στην τελική τους μορφή, κατά τον ίδιο τρόπο, όπως παραπάνω (όπως π.χ. παρουσίαση αποτελεσμάτων του ξενώνα Α' και στις τρεις φάσεις κ.ο.κ.)

Στην συνέχεια, ακολουθεί η συζήτηση, μέσω της οποίας γίνεται επεξεργασία των αποτελεσμάτων, με βάση τις θεωρητικές προσεγγίσεις που αναπτύχθηκαν στο γενικό μέρος της παρούσας μελέτης.

Τέλος, ακολουθεί η σύνοψη των αποτελεσμάτων και η διατύπωση συμπερασμάτων, σύμφωνα με τα αποτελέσματα που διεξήχθησαν σχετικά με την οργάνωση και την ποιότητα του θεραπευτικού περιβάλλοντος των παραπάνω ξενώνων, κατά τον πρώτο χρόνο λειτουργίας τους, τα οποία είναι ενδεικτικά. Παράλληλα, τα συμπεράσματα αυτά, ανταποκρίνονται στις μέχρι σήμερα διαπιστωμένες επιστημονικές θεωρήσεις Ελλήνων και ξένων ερευνητών.

# Θ Ε Ω Ρ Η Τ Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η έννοια «ψυχική νόσος» κάνει την εμφάνισή της για πρώτη φορά, στους κλασικούς χρόνους, με βάση τα κείμενα που διασώθηκαν, στην οποία αποδίδονταν υπερφυσικές ιδιότητες. Η υπερφυσική αιτιολογία της ψυχικής νόσου αναφερόταν στην “εγκατάσταση” δύο κυρίαρχων πνευμάτων της «μανίας» και της «λύσσας», στη νόσηση και τη σκέψη του νοσούντα, προσδίδοντάς του θεϊκές ιδιότητες.

Αργότερα, ο Ιπποκράτης, (4<sup>ος</sup> αιώνας π.Χ.) διαπραγματεύεται, στις θεωρίες του περί Ιατρικής, μία πιο συγκεκριμένη και πραγματική αιτιολόγηση των φαινομένων της ψυχικής νόσου. Η εμφάνιση της ψυχικής νόσου, σύμφωνα με αυτόν, αιτιολογούνταν με βάση την αλληλεπίδραση των τεσσάρων σωματικών χυμών (αίμα, μαύρη – κίτρινη χολή, φλέγμα), θέτοντας το βιολογικό υπόβαθρο αυτής.

Κατοπινοί φιλόσοφοι, συγκέντρωσαν το ενδιαφέρον τους στο είδος της θεραπείας της ψυχικής νόσου, όπως ο Αριστοτέλης, ο οποίος εισήγαγε την εμπειρική παρατήρηση στις διαταραχές συμπεριφοράς του ανθρώπου και την έννοια της **κάθαρσης**, με τη χρήση μουσικής, κρασιού κ.α., ενώ ο Πλάτωνας αναπτύσσει για πρώτη φορά, στους «**Νόμους**» την έννοια του εγκλεισμού των “τρελών”, ως θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων.

Στους Βυζαντινούς χρόνους (4<sup>ος</sup> αιώνας μ.Χ.) πραγματοποιείται ο εγκλεισμός των ψυχικά νοσούντων, μέσα από την εμφάνιση κάποιων ιδρυμάτων, τύπου ασυλιακής φιλανθρωπικής περίθαλψης κλασικό παράδειγμα οργάνωσης ενός τέτοιου τύπου περίθαλψης, αποτελεί το έργο του Μεγάλου Βασιλείου (372 μ.Χ.) η «**Βασιλείας**» πάνω στο οποίο βασίστηκε η ίδρυση ασύλων. (Μαδιανός 1974)

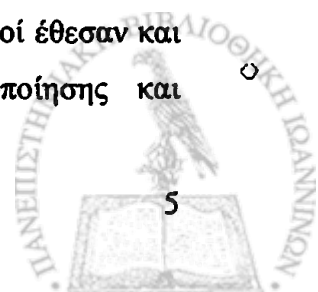


## 1.1. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΕΩΣ ΤΟΝ 19<sup>ο</sup> ΑΙΩΝΑ

Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ευρώπη, επισφραγίζεται με την δημιουργία ασύλων για τον εγκλεισμό ψυχικά ασθενών, όπως: Metz (1100), Ουσάλα (1305), Πέργαμος (1325), Φλωρεντία (1385). Ωστόσο, το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο στην Ευρώπη, κτίστηκε στην Βαλένσια, το 1409. Έκτοτε, και μέχρι τον 18<sup>ο</sup> αιώνα, η μετατροπή πύργων σε φρενοκομεία, (Γαλλία – Αγγλία – Γερμανία) οδήγησε στην εύκολη λύση της εγκατάλειψης ατόμων με ιδιαιτερότητες, μη κοινωνικός αποδεκτές, όπως, οι “τρελοί”, πόρνες, τα ορφανά παιδιά. Οι συνθήκες διαβίωσης εκεί ήταν άθλιες και πρωτόγονες, μιας και οι “τρελοί” είχαν “αποθέματα αντοχής ανεξάντλητα”. Σε μια τέτοια επικρατούσα άποψη στηρίχθηκε η ενέργεια της εξολόθρευσης ενός μεγάλου αριθμού ψυχικά ασθενών στη Γερμανία, την χρονική περίοδο εκείνη. (Bennett 1983)

Ενώ, ο 18<sup>ος</sup> αιώνας στην Ευρώπη αποτέλεσε τον αιώνα της μισαλλοδοξίας και της κακομεταχείρισης των ψυχικά ασθενών, παράλληλα υπήρξε και το ορόσημο για τις πρώτες “επαναστάσεις” στο χώρο της ψυχιατρικής περίθαλψης, όπως συνέβη στη Βρετανία, με την άνοδο των ευαγγελικών και του Φαβιανισμού. Στη Γαλλία, ο Philippe Pinel (1745 – 1826), ως διευθυντής του φρενοκομείου της Bicêtre και της Salpêtrière, απελευθέρωσε τους “τρελούς” από τις αλυσίδες τους, την ιστορική ημέρα της 24<sup>ης</sup> Μαΐου 1798. Ήταν ο επαναστάτης στην ψυχιατρική περίθαλψη του 18<sup>ου</sup> αιώνα, αφού συνέβαλε στην αναδιοργάνωση των κτιριακών και χωροταξικών πλαισίων. (Μαδιανός 1994)

Η ψυχιατρική περίθαλψη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, σηματοδοτήθηκε, τόσο από την αθλιότητα των συνθηκών διαμονής και διαβίωσης των ψυχικά ασθενών στα άσυλα, με κυριότερα χαρακτηριστικά το στοίβαγμα σε μικρούς χώρους, το δέσιμο με αλυσίδες, τον υποσιτισμό και την υψηλή θνησιμότητα, όσο και από το πέρασμα σε μία νέα προσέγγιση της ψυχικής διαταραχής. Αυτή, σηματοδοτείται από την αποδοχή, από πλευράς κοινωνικού συνόλου, ότι η ψυχική νόσος αποτελεί αδυναμία και θα πρέπει να γίνουν κινήσεις χορήγησης, για την αντιμετώπιση της. Έτσι, οι υπηρεσίες ψυχιατρικής περίθαλψης προωθούνταν μέσα από φιλανθρωπικούς και εθελοντικούς οργανισμούς, βασιζόμενοι κάποιες φορές στη θρησκευτική ιδεολογία. Αυτοί οι οργανισμοί έθεσαν και τα πρώτα θεμέλια για τις κατοπινές προσπάθειες της αποασυλοποίησης και



αποκατάστασης. (Douglas 1983)

Σημαντικά πρόσωπα, που στιγματίσαν την περίοδο αυτή το χώρο της Ψυχιατρικής, με τις νεωτεριστικές ιδέες και ανάλογες ενέργειες, ήταν: ο Guillaunce Ferrus, που οργάνωσε τις αγροτοκτηνοτροφικές εργασίες στους ψυχικά ασθενείς, ο Vincenzo Chiarugi (Φλωρεντία), που έφερε τον ειδικό νόμο για τους φρενοβλαβείς, με την απαγόρευση βίαιων μεθόδων καταστολής και τη θέσπιση μέτρων ανθρωπιστικής θεραπευτικής μεταχείρισης, ο Comnally, ο οποίος αφαίρεσε κάθε μέσο καθήλωσης και καταστολής, στο άσυλο Hanwell, (Μαδιανός 1989) Η κατάργηση αυτών των μέσων συνέπεσε με την νέα κοινωνική θεώρηση για την μεταχείριση των ψυχικά ασθενών, της οποίας η κεντρική ιδέα ήταν: “Η θεραπεία των ασθενών πρέπει να βασίζεται στις συνθήκες της νόσου του, την οποία πρέπει να αποδεχτούν όλοι, και την δημιουργία νέων συνθηκών, όσο το δυνατόν πιο άνετων, για την εξυγίανση των ψυχικών δυνατοτήτων αυτών (των ασθενών).” (Bockoven 1963)

Παράλληλα, η άποψη ότι θα πρέπει να είναι ευθύνη του κράτους, η διασφάλιση μιας πολιτισμένης ζωής προς όλα τα φύλα και τις κοινωνικές τάξεις, οδήγησε στην κατάργηση του “Νόμου περί Πτώχειας” (Poor Law) και σε έναν πιο ξεκάθαρο διαχωρισμό του τί είναι φτώχεια και τί ανικανότητα (Douglas 1983).

## **1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΦΑΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1838 – 1955)**

Στον Ελλαδικό χώρο, η παρουσία των πρώτων ασύλων ξεκίνησε με την ίδρυση του Ψυχιατρείου της Κέρκυρας, υπό βρετανική διοίκηση (1838), ενώ ήδη από το 1836 είχαν αρχίσει να καταφθάνουν οι πρώτοι 8 (οκτώ) ασθενείς, από την περιοχή της Κέρκυρας. Ο Χριστόδουλος Τσιριγώτης, ως ο πρώτος Έλληνας ψυχίατρος της Σύγχρονης Ελλάδας και επηρεασμένος από την άσκηση της ανθρωπιστικής Ψυχιατρικής του Chiarugi, εφάρμοσε ανθρωπιστικές θεραπευτικές μεθόδους, όπως εργοθεραπεία, την “ηθική” θεραπεία (πατρική σχέση του ασθενούς με το γιατρό, μέσα από τον διάλογο – ψυχοθεραπεία και παραινήσεις), κατά τη διάρκεια της θητείας του, ως διευθυντού στο Ψυχιατρείο της Κέρκυρας, από το 1874 έως 1886. (Μαδιανός 1994)

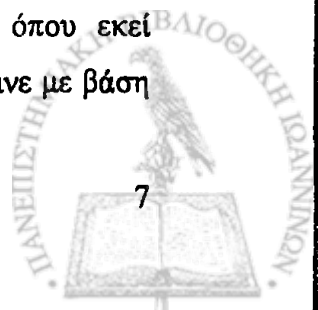


Το 1887, ιδρύεται στην Αθήνα και ένα άλλο άσυλο, το Δρομοκαΐτειο θεραπευτήριο, υπό τη διεύθυνση του Χ. Τσιριγώτη, του Μ. Κατσαρά, του Μ. Γιαννήρη και του Ι. Ζηλανάκη, διαδοχικά. Η μέθοδος των “σιδερένιων κλουβιών”, οι μανδύες, οι κλειστές πόρτες και τα κάγκελα επικράτησαν μέχρι την εποχή που ο καθηγητής Γ. Λυκέτσος, ηγήθηκε της Γ’ Κλινικής του θεραπευτηρίου, το 1953, όπου και έγιναν κάποιες χωροταξικές διευθετήσεις. Παράλληλα, εφαρμόστηκαν κοινωνικοθεραπευτικές μέθοδοι, όπως: ομαδική ψυχοθεραπεία, κοινωνική λέσχη κ.α. Οι δραστηριότητες αυτές συνδέθηκαν με κάποιες πρωτοποριακές, για την εποχή εκείνη, κινήσεις όπως: “η εβδομάδα ψυχικής υγείας” στην Αθήνα, που απέβλεπε στην εξοικείωση του κοινού, σε θέματα ψυχικής υγείας. Όμως, οι προοδευτικές αυτές δραστηριότητες παρέμειναν στο επίπεδο των προσωπικών επιτευγμάτων μιας μικρής ομάδας ειδικών, γιατί, ίσως, οι πολιτιστικές και κοινωνικοοικονομικές συνθήκες της εποχής εκείνης, δεν επέτρεψαν την εξάπλωση τους και σε άλλα ψυχιατρικά ιδρύματα. (Μαδιανός 1994)

Η ιστορική εποχή της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα, κλείνει με την παράλληλη εμφάνιση και άλλων ψυχιατρικών ασύλων, όπως: το άσυλο Κεφαλονιάς (1840), Σκυλίτσειο Νοσοκομείο (1886), το Αιγινήτειο (1905), το Άσυλο Φρενοπαθών Σύρου (1906), το Εβραϊκό Νοσοκομείο Χιρς στη Θεσσαλονίκη (1908), το Άσυλο Φρενοβλαβών Σούδας (1910), το Κρατικό Άσυλο Φρενοβλαβών Μοσχάτου (1914), το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί) (1934), το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (1946), κ.α., τα οποία δε διαφοροποιούνται σχεδόν καθόλου, ως προς τους προαναφερθέντες τρόπους αντιμετώπισης και μεταχείρισης των ψυχικά ασθενών.

### **1.3. ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ ΦΑΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1956 – 1982)**

Μετά το τέλος της δεκαετίας του '40, τα υπάρχοντα Ψυχιατρεία βρέθηκαν να είναι υπερπλήρη από νοσηλεύόμενους, οι οποίοι εξακολουθούσαν να ζουν σε άθλιες συνθήκες (π.χ. κάθε κρεβάτι φιλοξενούσε δύο ασθενείς). Η ανάγκη της αποσυμφόρησης των ασύλων έφερε την ίδρυση ενός Ψυχιατρείου στη Λέρο, το 1958, όπου εκεί μεταφέρθηκαν οι πρώτοι 300 (τριακόσιοι) ασθενείς, η επιλογή των οποίων έγινε με βάση



την έλλειψη επισκεπτηρίου για διάστημα μεγαλύτερο των δώδεκα μηνών. Με τον καιρό, ο αριθμός των ασθενών πολλαπλασιάστηκε, αφού μεταφέρθηκαν και άλλοι ασθενείς και από άλλα ψυχιατρεία της χώρας όπως: της Θεσσαλονίκης, της Κέρκυρας, των Χανίων, ενώ παράλληλα έκαναν σταδιακά την εμφάνιση τους και άλλα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, όπως της Τριπόλεως και της Πέτρας Ολύμπου (1971) κ.α.

Έως το 1980, οι νοσηλευόμενοι του Ψυχιατρικού Θεραπευτηρίου στη Λέρο, έφθασαν τους 2000 (δύο χιλιάδες). Η ολοένα μεγαλύτερη συσσώρευση των ψυχικά ασθενών, στο αναφερόμενο άσυλο, οδήγησε στην κατάσταση ενός ολοκληρωτικού ιδρύματος, που θύμιζε στρατόπεδο συγκέντρωσης! Το πρόβλημα του Ψυχιατρείου της Λέρου πήρε διεθνείς διαστάσεις και αποτέλεσε την κύρια αιτία, να διατυπωθούν προτάσεις για τη διάλυσή του ή τη συρρίκνωση του. (Μαδιανός 1994) Ταυτόχρονα, αποτέλεσε και το έναυσμα για μία σημαντική μελέτη των χαρακτηριστικών της ψυχιατρικής περίθαλψης της χώρας μας.

Πράγματι, η μονάδα Κοινωνικής Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, στα πλαίσια του προγράμματος περιφερειοποίησης των Υπηρεσιών Υγείας του ΚΕΠΕ (1979), ύστερα από τη μελέτη του συστήματος Ψυχιατρικής Περίθαλψης κατέληξε ότι το σύστημα είχε, μέχρι τότε, τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- α. Άνιση περιφερειακή κατανομή Ψυχιάτρων στο γενικό πληθυσμό (60 % των ψυχιάτρων στην Αθήνα) και ο συγκεντρωτισμός των υπηρεσιών (11 νομοί χωρίς ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες).
- β. Συγκεντρωτισμός των ψυχιατρικών κλινών σε τρία κυρίως Ψυχιατρεία και ανισότιμη κατανομή ψυχιάτρων και προσωπικού ανά κρεβάτι, με αποτέλεσμα την περιορισμένη διαθεσιμότητα των ψυχιατρικών κλινών, την αύξηση του χρόνου νοσηλείας και τη χαμηλή αποδοτικότητα των υπηρεσιών.
- γ. Έλλειψη εναλλακτικού δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και απουσία νομικών ασφαλιστικών μέτρων για την αποκατάσταση ή την εναλλακτική λύση διαμονής έξω από το άσυλο (ξενώνες – προστατευόμενα διαμερίσματα κ.λ.π.)
- δ. Τέλος, απουσία ανώτατου επιπέδου εκπαίδευσης επαγγελματιών ψυχικής υγείας (Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί κ.α.)

Τα παραπάνω αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης οδήγησαν σε





σημαντικές προτάσεις, ως προς την εξέλιξη της ψυχιατρικής περίθαλψης, στη χώρα μας, τη δεκαετία του '80. Αυτές είναι:

- α. Η ολοκλήρωση του συστήματος υπηρεσιών από το Αιγινήτειο Νοσοκομείο, με στόχο την ίδρυση εναλλακτικών δομών περίθαλψης όπως: Νοσοκομείο Ημέρας, Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα-Καισαριανής, Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Κέντρο Επαγγελματικής Προεργασίας (1986), Ξενώνας (1984), Οικοτροφείο (1986), Συνεργατικές (1986), κ.τ.λ.
- β. Η λειτουργία Ψυχιατρικών Κλινικών στα Πανεπιστήμια Πατρών, Ιωαννίνων, Θράκης και Κρήτης, με μονάδες ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, Κέντρα Ημέρας, Ξενώνες – Εργαστήρια
- γ. Η προστασία των σωματικά και ψυχικά ασθενών (νομοθεσία 963/79) και τα ειδικά προγράμματα του Ο.Α.Ε.Δ., σε συνεργασία με τις τοπικές ψυχιατρικές μονάδες και την οικονομική ενίσχυση του κοινωνικού ταμείου της Ε.Ο.Κ.
- δ. Η ανάπτυξη νέων υπηρεσιών των κέντρων Ψυχικής Υγιεινής.
- ε. Νέα νομοθεσία για την προστασία και αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών (Ν. 1648/1986) και η ίδρυση ψυχιατρικών κλινικών σε Γενικά Νοσοκομεία, και
- στ. Η ίδρυση Επιτροπών Ψυχικής Υγείας στο ΚΕ.Σ.Υ. για το σχεδιασμό πενταετούς προγράμματος. (Μαδιανός 1994)

Η προσπάθεια αυτή, για την εξέλιξη της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας, ταυτίστηκε με την έννοια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης και τη μετάβαση από την Ψυχιατρική του ασύλου στην Κοινωνική Ψυχιατρική.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### **Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ – ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΗ ΦΑΣΗ (1983 ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ)**

#### **2.1. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ**

Ο όρος **Κοινοτική Ψυχιατρική** αφορά στην παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς μέσα στην κοινότητα, χωρίς να τους απομακρύνουμε από το φυσικό κοινωνικό τους περιβάλλον και με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας. Η Κοινοτική Ψυχιατρική υλοποιείται με την δημιουργία εναλλακτικών προς το άσυλο μορφών περίθαλψης των ασθενών μιας συγκεκριμένης πληθυσμιακής περιοχής (Δαμίγος 2003).

Σύμφωνα με τον Carlan (1964), οι τρεις βασικές αρχές της κοινοτικής Ψυχιατρικής είναι:

- α. Η αρχή της ολοκληρωμένης παροχής**, με μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα σε σύντομο χρονικό διάστημα και το μικρότερο δυνατό κόστος (comprehensiveness).
- β. Η αρχή της τομεοποίησης** (catchmentation – sectorization), με την παροχή υπηρεσιών σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο (70/100.000 κατοίκους).
- γ. Η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς** (continuity of care), από τον ίδιο θεραπευτή, σε όλες τις φάσεις της αρρώστιας του ψυχικά ασθενούς.

Ο Μαδιανός συμπληρώνει και μια τέταρτη αρχή: Την αρχή της **ανταποκριτικότητας**, όπου η προσέλευση του κοινού στο Κ.Κ.Ψ.Υ. είναι ανάλογη με την ανάπτυξη του δικτύου παραπομπών, στο πλαίσιο συνεργασίας του κέντρου με τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας. (Μαδιανός 1994)

Ωστόσο, οι αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής αναθεωρήθηκαν μεταγενέστερα και σχηματίστηκαν σε δύο μεγάλες ομάδες: α. παρεμβατικού χαρακτήρα, και β. διοικητικής υφής. Συγκεκριμένα:

**α. Παρεμβατικού Χαρακτήρα**

- i. *Η αρχή της διαλεκτικής αλληλεπίδρασης*, όπου ο κοινοτικός θεραπευτής αφομοιώνεται στην κοινότητα και η κοινότητα μαζί του. Δηλαδή κάθε κοινωνική – οικονομική αλλαγή στην κοινότητα επηρεάζει τη δομή και το προσωπικό της ίδιας κοινοτικής υπηρεσίας. Ο J. Bierger προσθέτει ότι η θεραπευτική επίδραση μπορεί να προέρχεται από την περιφέρεια, όχι μόνο από το κέντρο (ασθενής). (Bierger 1969)
- ii. *Η αρχή της πολιτιστικής συμβατότητας της κάθε κλινικής θεραπευτικής πρακτικής*, όπου κάθε δραστηριότητα ή παρέμβαση θεραπευτική/ προληπτική, που ασκείται, πρέπει να είναι συμβατή με το πολιτιστικό milieu της εκάστοτε κοινότητας. (Marcoe και Murgay, 1976)
- iii. *Η αρχή της εκλεκτικής θεραπευτικής προσέγγισης*, όπου πρέπει να χρησιμοποιούνται οι έγκυρες αξιόπιστες και δοκιμασμένες θεραπευτικές τακτικές, με κριτήριο την αποτελεσματικότητά τους.
- iv. *Η αρχή της εκλεκτικής θεραπευτικής αυτοπεριοριστικότητας*, η οποία προκύπτει από την αντίληψη ότι η εκάστοτε κοινότητα έχει τους δικούς της αυτοθεραπευτικούς – ρυθμιστικούς μηχανισμούς. Ο κοινοτικός θεραπευτής πρέπει να γνωρίζει τα όρια του, τις δυνατότητες των τυπικών πόρων (resources), που θεραπεύουν το πρόβλημα.

**β. Διοικητικής Υφής**

- i. *Η αρχή της διαρκούς αναπροσαρμογής ή και «αμφισβήτησης» της οργανωτικής δομής*, δηλαδή η ανάγκη διαρκούς αναπροσαρμογής της κοινοτικής ψυχιατρικής υπηρεσίας, ως προς τους στόχους και τις τεχνικές παροχής υπηρεσιών.
- ii. *Η αρχή σταδιακής ανάπτυξης μέσα στο χωροχρόνο (κοινότητα)*. Αυτή η αρχή εκπηγάζει από την πραγματικότητα ότι ο εργαζόμενος επαγγελματίας ψυχικής υγείας (κοινοτικός θεραπευτής) αναγνωρίζει, κατά την πρώτη φάση, της δουλειάς



- του, ένα μορφοείδωλο (Gestalt) της κοινότητας, ένα μικρό μέρος αυτής (οργάνωση, οικολογικό πλαίσιο, συναισθηματικοί δεσμοί).
- iii. *Η αρχή της δημιουργικής αξιολόγησης*, όπου κάθε θεραπευτική πράξη – διαδικασία πρέπει να αξιολογείται με επιστημονική μεθοδολογία, προκειμένου να θεωρηθεί ως «τεκμηριωμένη».
  - iv. *Η αρχή της αλληλοσυμπλήρωσης*, όπου μία κοινοτική ψυχιατρική υπηρεσία πρέπει να αλληλοσυμπληρώνεται, ως προς την κάλυψη των αναγκών της, και με τις παραπλήσιες γειτονικές υπηρεσίες. Επίσης, να εκμεταλλεύεται κάθε δυνατότητα, που παρέχεται από την ίδια την κοινότητα και τους πόρους της (resources).
  - v. *Η αρχή της κυκλικότητας* (σε αντιδιαστολή με την πυραμίδα της διοικητικής δομής της παραδοσιακής ψυχιατρικής). Η ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας πρέπει να συμμετέχει στις αποφάσεις οργάνωσης, στόχων, έρευνας και θεραπευτικών παρεμβάσεων. Η Διοίκηση ασκείται μέσα από τη συμφωνία όλων των μελών της θεραπευτικής ομάδας.
  - vi. *Η αρχή της συλλογικότητας*. Το έργο της κοινοτικής Ψυχιατρικής πραγματοποιείται μέσα από ομαδικές διεργασίες της ομάδας ψυχικής υγείας (φάση προσανατολισμού, φάση σύγκρουσης, φάση σύνθεσης, φάση απόδοσης, στατική φάση). Αυτές οδηγούν στο πνεύμα ομαδικότητας και κοινής ιδεολογίας, ενώ αποφεύγεται η διάσπαση, η παθητικότητα, η αποξένωση της ομάδας, από το έργο της κοινοτικής παρέμβασης. (Μαδιανός, 1994)

Οι αναφερθείσες αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής φαίνεται πως αποτελούν μία σημαντική προϋπόθεση για την αποϊδρυματοποίηση των χρόνιων ασυλικών ασθενών, αλλά και τη βάση για την προώθηση της ψυχοκοινωνικής τους αποκατάστασης.

## 2.2. ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

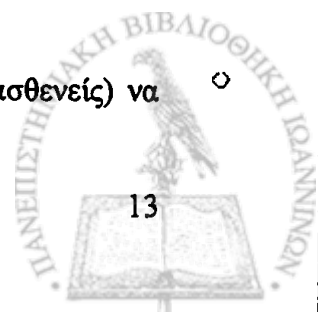
## ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ

Σύμφωνα με τον Del Aqua, ο αποϊδρυματισμός είναι ταυτόχρονα μια πολιτιστική αλλαγή στο προσωπικό του ψυχιατρείου. Είναι, να κριτικάρουμε το ρόλο μας, ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας, να αμφισβητήσουμε την εξουσία μας, την ιεραρχία, να δούμε τον άρρωστο ως δυναμικό άτομο, μέρος ενός κοινωνικού περιβάλλοντος που αλλάζει.” (Del Aqua 1991)

Η συνειδητοποίηση, από πλευράς των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ότι η ψυχική νόσος μπορεί να διαπραγματευτεί τη θεραπεία της και ότι αυτό μπορεί να γίνει μέσα στα πλαίσια μίας “υγιούς” σχέσης μεταξύ φροντιστή – θεραπευόμενου, χωρίς την τοποθέτηση “διαχωριστικών” ορίων ανάμεσα στην “τρέλα” και την “υγεία”, κάτι το οποίο διαιωνίζει τον τεχνητό ιδρυματισμό, την ετικετοποίηση και τον στιγματισμό, πιστοποιεί την διαμόρφωση συγκεκριμένου πλαισίου αποϊδρυματισμού και ανάπτυξης της αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών. Οτιδήποτε αποκλείει την απαισιοδοξία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και την παραίτηση τους από κάθε αλλαγή, θεωρείται μία δυναμική διαδικασία για την ανάπτυξη της λειτουργικότητας των ασθενών. Η όποια προσπάθεια ριζοσπαστικής μεταρρύθμισης του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης, πέρα από το ότι δεν εξαντλείται μόνο με τη δημιουργία (κατασκευή) και ανάπτυξη νέων δομών και υπηρεσιών, θα πρέπει να διαπνέεται πρωταρχικά από ένα νέο τρόπο προσέγγισης των ψυχικά πασχόντων που θα λαμβάνει υπόψη τα δικαιώματα τους και τις υποχρεώσεις τους, τις ανάγκες και τις φιλοδοξίες τους. ( Del Aqua 1991)

Σύμφωνα με τον Anderson(2003) εάν οι άνθρωποι (φροντιστές) που έχουν αναλάβει την ευθύνη να εφαρμόσουν ένα πρόγραμμα μεταρρύθμισης (αποϊδρυματισμού) κινητοποιηθούν ώστε να πετύχουν τους «στόχους» και να κατανοήσουν την φιλοσοφία του προγράμματος αποκατάστασης, τότε αυτό μπορεί να έχει αποτέλεσμα και να είναι πολύ πετυχημένο. Η φιλοσοφία αυτή πρέπει να έχει ως βάση την αναγνώριση των εξής παρακάτω σημείων:

- Η ιδρυματική φροντίδα είναι ηθικά αδικαιολόγητη.
- Τα ατομικά δικαιώματα πρέπει να υποστηρίζονται.
- Η αποασυλοποίηση είναι μια διαδικασία η οποία βοηθά τα άτομα (ασθενείς) να



πετύχουν τη μεγαλύτερη δυνατή ανεξαρτητοποίηση.

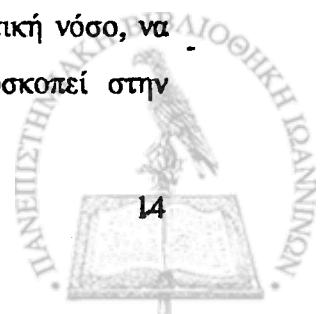
- Τα άτομα (ασθενείς) έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, εφόσον αυτές επηρεάζουν τη ζωή τους.
- Δικαιούνται να ζουν φυσιολογική ζωή.
- Δικαιούνται να κρίνονται από τις ικανότητες και όχι από τα ελλείμματά τους.
- Δικαιούνται να έχουν πρόσβαση στη μόρφωση, στην επαγγελματική εκπαίδευση και στην εργασία, αν το επιθυμούν.

Αν το προσωπικό (επαγγελματίες ψυχικής υγείας) δεσμευτεί σε αυτές τις αρχές, τότε θα κινητοποιηθεί σωστά και το πρόγραμμα αποϊδρυματισμού θα πετύχει τους στόχους του. (Δαμίγος 2003)

Η προσέγγιση αυτή απαιτεί, μεταξύ άλλων, στο να δοθεί ένα τέλος στην αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων, ως άτομα που προκαλούν φόβο και που θα πρέπει να απομονωθούν και να «ξεκοπούν» από την υπόλοιπη κοινωνία. Αντί αυτού, χρειάζεται να αναπτυχθούν τοπικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, προκειμένου να προλαμβάνουν μια τέτοια απομόνωση, αναγνωρίζοντας ότι τα άτομα με ψυχιατρικές δυσκολίες μπορεί να έχουν ειδικά προβλήματα λόγω της «ασθένειάς» τους. Αυτό συνεπάγεται ότι θα πρέπει να περιθωριοποιηθούν ή και να απορριφθούν οι διάφορες θεωρίες που κάνουν λόγο για ανίατη ασθένεια και να προκριθούν και να ενισχυθούν οι προσπάθειες που αποσκοπούν στο να υποβοηθήσουν τα άτομα αυτά να επανακτήσουν την δυνατότητα να ξεπερνούν από μόνα τους τα προβλήματα ή τουλάχιστον να είναι σε θέση να τα αντιμετωπίζουν. Προς την κατεύθυνση αυτή, η εφαρμογή ολοκληρωμένων σχεδίων Ψυχοκοινωνικής – Επαγγελματικής Αποκατάστασης, αποτελεί πλέον την πιο ενδεδειγμένη απάντηση στην ανάγκη αυτή (Στυλιανίδης και συν. 2000).

### **2.2.1. Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Αποκατάσταση είναι μία δυναμική διαδικασία μέσα στα πλαίσια της συντονισμένης εφαρμογής ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων, που έχει ως στόχο να υποβοηθήσει το άτομο με ψυχική ή σωματική νόσο, να φτάσει στο μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας, παράλληλα αποσκοπεί στην



ένταξη του στην κοινωνία. Η ψυχιατρική – ψυχοκοινωνική αποκατάσταση έχει ως στόχο την αύξηση της λειτουργικότητας του ατόμου, που νοσεί ψυχικά, στο στεγαστικό, επαγγελματικό ή εκπαιδευτικό χώρο της επιλογής του, με τη μικρότερη δυνατή παρέμβαση από τους ειδικούς. (Anthony και συν. 1983).

Σύμφωνα με την συναινετική Διακήρυξη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρείας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση, «η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία η οποία διευκολύνει τις ευκαιρίες για άτομα - με έκπτωση λειτουργικότητας, ανίκανα ή ανάπηρα από μια ψυχική διαταραχή – να πετύχουν ένα όσο το δυνατό καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση συνεπάγεται τόσο τη βελτίωση των ικανοτήτων του ατόμου, όσο και την εισαγωγή περιβαλλοντικών αλλαγών, ώστε να δημιουργήσει μια ζωή όσο το δυνατό περισσότερο ποιοτική για τους ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχονοητική διαταραχή, ή που έχουν μια έκπτωση της ψυχονοητικής τους ικανότητας, τέτοια που να έχει παράγει ένα ορισμένο επίπεδο αναπηρίας» (WHO – WAPR 1996).

Οι αρχές στις οποίες βασίζεται, συγκλίνουν με τις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής, αφού η μία είναι προϋπόθεση της άλλης και οι στόχοι παραμένουν ίδιοι και ταυτόσημοι. Πιο συγκεκριμένα, οι γενικές συνθήκες που θεωρούνται απαραίτητες για παροχή θεραπευτικής και ψυχοκοινωνικής φροντίδας είναι:

1. Εξατομικευμένη προσέγγιση (θεραπεία και φροντίδα).
2. Συνεχές της φροντίδας (το οποίο περιλαμβάνει συνέχεια των σχέσεων με τη θεραπευτική ομάδα και μια ελαστική και συνεκτική ταυτόχρονα μετάβαση και σύνδεση μεταξύ όλων των συντελεστών του προγράμματος φροντίδας και θεραπείας).
3. Ενημέρωση και εκπαίδευση του ψυχικά πάσχοντα σχετικά με τη διαταραχή και το σχέδιο φροντίδας που απαιτείται για την καλύτερη αντιμετώπιση της (ενεργητική συναίνεση, υπεύθυνος ρόλος ψυχικά πασχόντων ως χρήστες της υπηρεσίας).
4. Ασφαλή και άνετο χώρο διαβίωσης με διασφάλιση τόσο του ιδιωτικού χώρου, όσο και της δυνατότητας επαφής με άλλα άτομα.
5. Αποτελεσματική διαχείριση και αντιμετώπιση των κρίσεων και υποτροπών μέσω 24/ωρης λειτουργίας μονάδας κρίσης καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου (αποφυγή στο μέγιστο δυνατό των νοσηλειών σε νοσοκομειακό χώρο).



6. Εμπλοκή, στήριξη και εκπαίδευση της οικογένειας, όπως επίσης και άλλων σημαντικών προσώπων της κοινότητας για κάθε ψυχικά πάσχοντα.
7. Προσέγγιση που προσδιορίζει και ενισχύει την ικανότητα του ατόμου να δημιουργεί δεσμούς και δίκτυα.
8. Ενεργητική στήριξη και βοήθεια στο «φυσικό» περιβάλλον όπου ζει κάθε άτομο.
9. Επεξεργασία μιας ρεαλιστικής μακροπρόθεσμης προσέγγισης, η οποία να αναγνωρίζει τις διάφορες φάσεις και στάδια στην εξέλιξη και αποκατάσταση της σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής.
10. Διαρκείς δράσεις για τον αποστιγματισμό της ψυχικής διαταραχής (προσέγγιση σε ατομικό επίπεδο αυτό – στιγματισμού, οικογενειακό επίπεδο και ευρύτερο κοινοτικό επίπεδο).
11. Διαθεσιμότητα, χρήση και πρόσβαση σε κοινοτικούς πόρους στο ιδιαίτερο πολιτισμικό περιβάλλον κάθε τοπικής κοινωνίας.
12. Σύνδεση και χρήση του δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
13. Και βέβαια, αν αποκατάσταση σημαίνει: «...παλινόρθωση μιας ζωής αποδεκτής ποιότητας για άτομα που πάσχουν από ψυχική ασθένεια...», αυτή η ποιότητα είναι αδιάρρηκτα συνδεδεμένη και με την εξάσκηση του δικαιώματος στην εργασία. (Στυλιανίδης και συν. 2000).

Η Συναινετική Διακήρυξη ορίζει ότι για την επίτευξη των τελικών στόχων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης απαιτούνται μια σειρά ενδιάμεσων βημάτων που είναι:

1. Η μείωση των συμπτωμάτων
2. Ο περιορισμός των ιατρογενών προβλημάτων
3. Η καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων σε βάρος των ψυχικά ασθενών
4. Η καλλιέργεια και βελτίωση των κοινωνικών ικανοτήτων των ασθενών
5. Η υποστήριξη στις οικογένειες των ασθενών
6. Η εξασφάλιση κοινωνικής υποστήριξης
7. Η ενίσχυση των χρηστών των υπηρεσιών (Lieberman, 1988), (Anthony και συν. 1990), (Saraceno, 1995).

Με δεδομένο το πολυσύνθετο των στόχων και των μεθόδων, αλλά και το πολυεπίπεδο των παρεμβάσεων που πρέπει να πραγματοποιηθούν, προκύπτει η ανάγκη για τήρηση ορθών πρακτικών στους άξονες που ορίζουν τον πολυδιάστατο χώρο της



### Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης:

- i. Η επαρκής ιατρική αντιμετώπιση – μείωση της συμπτωματολογίας – μείωση των ιατρογενών προβλημάτων
- ii. Η κατοικία, ως βασικό στοιχείο της αποκαταστασιακής διαδικασίας.
- iii. Η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες – αυτονομία
- iv. Η δημιουργία κοινωνικών δικτύων υποστήριξης και συνδιαλλαγής.
- v. Ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση στην οικογένεια.
- vi. Η ενίσχυση (empowerment) των ασθενών και των οικογενειών
- vii. Αποστιγματισμός της ψυχικής νόσου και των συνεπειών της.
- viii. Η εργασία (επαγγελματική αποκατάσταση)
- ix. Το προσωπικό των προγραμμάτων αποκατάστασης (φροντιστές), το οποίο πρέπει να αναπτύσσει ισχυρό δεσμό με τους ασθενείς και να τους βοηθά έτσι ώστε αυτοί:
  - Να λαμβάνουν συνεχή υποστήριξη
  - Να ορίσουν προσωπικούς στόχους αποκατάστασης
  - Να αξιολογήσουν τις ικανότητες τους σε σχέση με τους ανωτέρω στόχους
  - Να σχεδιάσουν την ανάπτυξη δεξιοτήτων και πόρων
  - Να αποκτήσουν και να χρησιμοποιούν νέες δεξιότητες
  - Να αξιοποιούν, να συνδυάζουν και να αυξάνουν τους διαθέσιμους πόρους (Munetz και συν. 1993), (Links και συν. 1994), (Campo και συν. 1997).
- x. Εκπαίδευση του προσωπικού σε ειδικές δεξιότητες όπως:
  - Η ενσυναίσθηση (empathy)
  - Η διαχείριση ειδικών προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρόνια ψυχική νόσο
  - Η κατάρτιση εξατομικευμένων σχεδίων φροντίδας
  - Η συνεργασία στα πλαίσια διακλαδικής θεραπευτικής ομάδας (White & Bennet 1981, Lamb 1982)
- xi. Η σύνδεση με την κοινότητα και άλλες υπηρεσίες, όπως με άλλες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, ψυχαγωγίας, εκπαίδευσης, επαγγελματικής κατάρτισης κ.λ.π, πάντα για την κάλυψη των αντίστοιχων αναγκών των ενοίκων (Anthony και συν. 1980).

Τέλος, ο Δαμίγος (2003) υποστηρίζει ότι το έργο της αποκατάστασης είναι



**σύνθετο.** Αναφέρεται σε μια συνεχή διαδικασία κατανόησης της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας του κάθε ατόμου. Η διαδικασία της αποκατάστασης στοχεύει στην επανασύνδεση και επικοινωνία των δύο αυτών επιπέδων, που η ύπαρξη της ψυχικής νόσου και ο ιδρυματισμός έχουν αποκόψει. Η διαδικασία αυτή αποκτά νόημα μέσα από τη θεραπευτική σχέση τόσο για τον θεραπευόμενο όσο και για τον θεραπευτή. Ο θεραπευτικός στόχος δεν είναι μόνο η αποκατάσταση κάποιων δεξιοτήτων και συμπεριφορών, αλλά η σφαιρική αντιμετώπιση των ελλειμματικών καταστάσεων, τόσο στο συναισθηματικό όσο και στο επίπεδο των διαπροσωπικών ή των κοινωνικών σχέσεων. Η θεραπευτική διαδικασία της αποασυλοποίησης αναφέρεται κυρίως στην αποκατάσταση των βιωματικών δυνατοτήτων του ασθενή, μέσω των διαπροσωπικών και των κοινωνικών του σχέσεων. Ταυτόχρονα, ένα πρόγραμμα αποκατάστασης εγγράφεται σε ένα κοινωνικό ιστό, τον οποίο η θεραπευτική ομάδα οφείλει να γνωρίζει καλά. ένα πρόγραμμα αποκατάστασης πρέπει να βρίσκεται σε διαρκή αλληλεπίδραση με τον κοινωνικό χώρο, συνιστώντας ένα ζωντανό κομμάτι του.

Σε αυτό το σημείο, είναι σημαντικό να αναφερθούμε στις φάσεις της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, δίδοντας περισσότερο έμφαση στις Μονάδες στεγαστικής αποκατάστασης και συγκεκριμένα στους Ξενώνες, αφού αυτό είναι το κύριο θέμα, που διαπραγματεύεται η συγκεκριμένη μελέτη.

### **2.2.2. ΦΑΣΕΙΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

Οι φάσεις της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης διακρίνονται στη Μεταβατική και την Κύρια φάση. Ειδικότερα στη Μεταβατική φάση, η μορφή της νοσηλείας του ψυχικά ασθενούς είναι μερική, σε συγκεκριμένες δομές, όπως το Νοσοκομείο Ημέρας και Κέντρο Ημέρας. Εδώ, ο πυρήνας της αποκατάστασης είναι η ψυχιατρική εργοθεραπεία και οι ομαδικές διεργασίες.

Στην κύρια φάση περιλαμβάνονται οι:

- i. Δομές Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (έξω από το Ψυχιατρείο, στην Κοινότητα), με τη λειτουργία ειδικών υπηρεσιών π.χ. Κοινωνική Λέσχη, Κέντρα Ημέρας.



- ii. **Δομές Επαγγελματικής αποκατάστασης**, που προσφέρουν υπηρεσίες, ως προς την προετοιμασία των ψυχικά ασθενών στην ενασχόληση τους με κάποιο επάγγελμα, όπως: προεπαγγελματική εργασία, επαγγελματική αποκατάσταση ή προστατευόμενη εργασία ή οι Συνεργατικές / κοινωνικές επιχειρήσεις και οι Θεραπευτικοί Συνεταιρισμοί.
- iii. **Μονάδες στεγαστικής αποκατάστασης**, όπου παρέχονται υπηρεσίες εναλλακτικής ψυχιατρικής περίθαλψης των ψυχικά νοσούντων, ως αυτόνομες ή ημι-αυτόνομες μονάδες διαμονής (οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα, ξενώνες). (Μαδιανός 1994)

### **2.2.3. Ο ΞΕΝΩΝΑΣ ΩΣ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΗ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗ ΔΟΜΗ**

Ο Ξενώνας ως Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη ύστερα από την αίτησή τους και με την σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας με σκοπό την επίτευξη ενός ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Ειδικότερα, στους Ξενώνες φιλοξενούνται άτομα με ψυχικές διαταραχές που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή άτομα που κρίνεται ότι είναι θεραπευτική η προσωρινή απομάκρυνσή τους από το περιβάλλον της οικογένειάς τους ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για τη ζωή τους στην κοινότητα. Η λειτουργία του Ξενώνα είναι ανοικτή στην κοινωνία και προσομοιάζει με οικογενειακό περιβάλλον. Η δυναμικότητα του Ξενώνα δεν μπορεί να υπερβαίνει τα δεκαπέντε (15) άτομα. (Δαμίγος 2003)

Ο Ξενώνας αποτελεί μία ενδιάμεση δομή, ανάμεσα στον ασυλικό τρόπο ζωής, που έχει ως κύριο χαρακτηριστικό του τον αποϊδρυματισμό των ψυχικά ασθενών, και τις συνθήκες διαβίωσης και συμβίωσης, που προσομοιάζουν με εκείνες μιας αυθεντικής κοινωνικής ζωής. Αποτελεί το σκαλοπάτι πριν την πλήρη αποκατάσταση του ασθενούς. Ο στόχος της παροχής περίθαλψης στον ξενώνα εμπεριέχει το στοιχείο της μετάβασης, από το παθολογικό στο φυσιολογικό, από την "ανεπάρκεια" στην ικανότητα και τις δυναμικές δεξιότητες των ψυχικά νοσούντων. Η επιτυχία των υπεράνω στόχων



ολοκληρώνεται μέσα από τη σταδιακή διαμόρφωση ενός κοινωνικού περιβάλλοντος, προωθώντας τον ψυχικά ασθενή σε μια σχετική ανεξαρτησία ως ενήλικα. (Barton, 1966)

Η παροχή ενός κοινωνικού περιβάλλοντος προϋποθέτει τη γενική αντίληψη του περιβάλλοντος, ως τρόπου θεραπείας (milieu therapy / social therapy) και ως κατάλληλο υποστηρικτικό δίκτυο για την μετάβαση των ψυχωσικών ασθενών στην κοινωνία. Έτσι, δεν είναι μόνο η βελτίωση του φυσικού περιβάλλοντος διαβίωσης των ασθενών στον μεταβατικό ξενώνα, αλλά και κάποιοι διακριτικοί παράγοντες, που τον διαφοροποιούν από τη λειτουργία του ασύλου, όπως η έμφαση στη δυναμική κοινωνική και ομαδική διαντίδραση της θεραπευτικής ομάδας και των ασθενών. Βασική προϋπόθεση της δυναμικής διαντίδρασης, ανάμεσα στους φροντιστές (carers) και ασθενείς του μεταβατικού ξενώνα, είναι η ομόφωνη στάση των φροντιστών και η διάχυση της εξουσίας, έτσι ώστε η επίλυση των προσωπικών δυσκολιών και προβλημάτων των ασθενών να γίνει ευκολότερη. (Van Putten και May 1976)

Παράλληλα, οι υπηρεσίες που παρέχονται, κατά περίπτωση, στη διαδικασία ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των φιλοξενούμενων ασθενών που διαμένουν σε μεταβατική στεγαστική δομή (Ξενώνας) είναι οι εξής παρακάτω:

- Φαρμακευτική αγωγή.
  - Εκπαίδευση σε δεξιότητες ανεξαρτητως διαβίωσης και σε κοινωνικές δεξιότητες.
  - Ψυχολογική στήριξη στους ίδιους και τις οικογένειες τους.
  - Επαγγελματική εκπαίδευση και απασχόληση εφόσον η ηλικία τους το επιτρέπει.
  - Συμμετοχή σε δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης.
  - Συμμετοχή σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου.
  - Προγράμματα εκπαίδευσης για το προσωπικό.
  - Συνεχής αξιολόγηση των δραστηριοτήτων και ανάλογες ερευνητικές δραστηριότητες.
  - Ανάπτυξη γραπτών προτύπων και δεικτών για τη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας ψυχικής υγείας.
  - Προγράμματα ενημέρωσης της κοινότητας για την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος και των προκαταλήψεων που σχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές.
- (Δαμίγος 2003)

## **2.3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

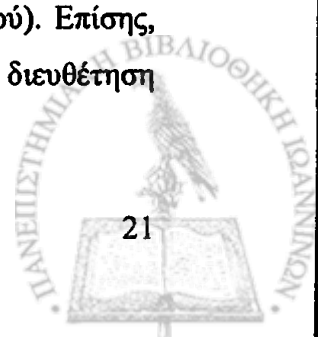
### **2.3.1. ΤΟ ΠΕΝΤΑΕΤΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**

Το 1984, η επιτροπή Ψυχικής Υγείας του ΚΕ.Σ.Υ. σχεδίασε ένα πενταετές πρόγραμμα Ψυχικής Υγείας, με δύο φάσεις, στα πλαίσια της ειδικής χρηματοδότησης της Ε.Ο.Κ. (κανονισμός 815/84). Σύμφωνα με το πρόγραμμα αυτό, επρόκειτο να ιδρυθούν, κατά την τετραετία 1984-1988, 135 μονάδες αποκατάστασης: Ξενώνες, μονάδες σε Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης. Επίσης, δόθηκε έμφαση στην παροχή υποτροφιών και ταχύρυθμης εκπαίδευσης, ενώ τα υπάρχοντα Ψυχιατρεία θα τροποποιούσαν την οργάνωση των υπηρεσιών τους, με δημιουργία νέων ή την κατάργηση παλαιών. Από το σύνολο των προγραμμάτων που εγκρίθηκαν (182 ψυχιατρικά προγράμματα), το 45% αφορούσε την ευρεία περιφέρεια Αθηνών, το 21,3% την πόλη της Θεσσαλονίκης και την περιοχή της Κεντρικής Μακεδονίας, ενώ το 33,7% αφορούσε την υπόλοιπη χώρα. (Μαδιανός 1994)

Όμως, ο θόρυβος που ξεσήκωσε η κατάσταση στο Ψυχιατρείο της Λέρου (7-7-1990) και η κακή διαχείριση των πόρων, προκάλεσε την προσωρινή αναστολή του κανονισμού 815, παρόλο που είχε δοθεί παράταση υλοποίησης των προγραμμάτων μέχρι τις 31-12-1994. Η συνέχιση υλοποίησης των ήδη υπαρχόντων προγραμμάτων, επιτεύχθηκε ύστερα από την ολοκλήρωση και παράδοση εκθέσεων παρακολούθησης και εξέλιξης των προγραμμάτων, από ειδικούς εμπειρογνώμονες, σύμφωνα με τους όρους που έθεσε η Ευρωπαϊκή Κοινότητα. (Μαδιανός 1994)

### **2.3.2. ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΛΕΡΟΣ Ι**

Το πρόγραμμα αυτό, ως συνέχεια του πενταετούς προγράμματος για την ψυχική υγεία, περιελάμβανε την προετοιμασία για την έξοδο μερικών δεκάδων νοσηλεύομενων καθώς και την οργάνωση ομάδων παρέμβασης (πρόγραμμα αποϊδρυματισμού). Επίσης, αφορούσε τη γενική αναμόρφωση θαλάμων στα Ψυχιατρεία (π.χ. διευθέτηση



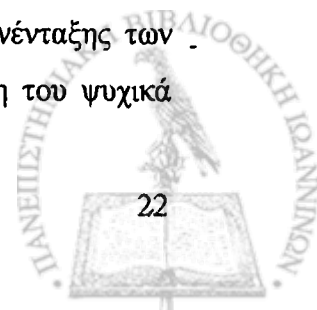
προσωπικού χώρου των νοσηλευομένων κ.τ.λ.) και άλλων εργονομικών παρεμβάσεων, με στόχο την αναμόρφωση του φυσικού περιβάλλοντος αυτών και την οργάνωση ξενώνων.(Μαδιανός 1994)

### **2.3.3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΒΑΣΕΙ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ 815/84**

Ο κανονισμός 815/84 έδωσε το έναυσμα για την πραγματοποίηση αλλαγών στο χώρο της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα, με την επίτευξη της επιθυμητής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Οι αλλαγές αυτές, κατά κάποιον τρόπο, παρέμειναν αποσπασματικές, ασυντόνιστες και αναποτελεσματικές, ως προς τους στόχους και τις στρατηγικές. Έτσι προκλήθηκαν κάποια γενικότερα προβλήματα, όπως:

- i. Η διόγκωση των υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα, αφού το 45% των διαθέσιμων κλινών, καταλαμβάνονταν μόνο από χρόνιους ασθενείς, με τη σταδιακή μείωση των κρατικών ψυχιατρικών κλινών.
- ii. Η απομόνωση των Ψυχιατρείων από το σύστημα υπηρεσιών υγείας.
- iii. Η μη ψυχιατρική κάλυψη, σε Γενικά Νοσοκομεία, στις περισσότερες περιοχές της Ελλάδας.
- iv. Η ανεπαρκής, σε αριθμό, στελέχωση των υπηρεσιών Κοινοτικής Ψυχιατρικής, και η αδυναμία κάλυψης μεγάλου ποσοστού πληθυσμού.
- v. Η μη συμμετοχή της κοινότητας στις λειτουργίες των Κ.Ψ.Υ. και όλων των εναλλακτικών δομών περίθαλψης, αλλά και ο ανεπαρκής καθορισμός των λειτουργιών τους.
- vi. Τέλος, ο αργός ρυθμός υλοποίησης των στόχων. (Μαδιανός 1994)

Η πορεία της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, στα πλαίσια του κανονισμού 815/84, γενικά, πρόσφερε μία σχετική μείωση του μεγέθους των Δημόσιων Ψυχιατρείων και τη σχετική βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης ενός σημαντικού αριθμού ασθενών σε αυτά, όπως και τη δημιουργία ενός φάσματος εξωνοσοκομειακών δομών και υπηρεσιών πρόληψης της ψυχικής ασθένειας και της επαγγελματικής ένταξης / επανένταξης των ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα. Παρά ταύτα, η αντιμετώπιση του ψυχικά



ασθενούς, με βάση τις πρακτικές και τις αρχές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, παραμένει επίκαιρο έργο, ιδιαίτερα σε αυτήν την κρίσιμη καμπή της νέας χιλιετίας, με τις συνεχώς μεταβαλλόμενες κοινωνικές, οικονομικές και πολιτιστικές συνθήκες της Δύσης. (Μαδιανός 1994)

Κατά τον Τσουρό (υπεύθυνο πολιτικής υγείας στην Περιφέρεια Ευρώπης), η απάντηση στις προκλήσεις της ψυχικής υγείας, πρέπει να είναι ολοκληρωμένες πολιτικές, που να καλύπτουν ισορροπημένα την προαγωγή της ψυχικής υγείας, την παροχή υπηρεσιών φροντίδας και αποκατάστασης. Χρειάζονται νομοθεσίες και ενέργειες για την απομάκρυνση των εμποδίων, με προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, τον αποστιγματισμό, την αποασυλοποίηση, την προσβασιμότητα για όλους σε υπηρεσίες υψηλής ποιότητας. (Τσουρός 2001)

Στα πλαίσια αυτών των κατευθύνσεων της πολιτικής στρατηγικής για την ψυχική υγεία, έρχεται να εκπληρώσει και να ολοκληρώσει, ως προς τους στόχους, το δεκαετές πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης “Ψυχαργός”.

## **2.4. ΤΟ ΔΕΚΑΕΤΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” (2000-2010)**

Στα πλαίσια του δεκαετούς προγράμματος “Ψυχαργός”, οι κατευθύνσεις της πολιτικής στον τομέα της ψυχικής υγείας αφορούν την εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής αποκατάστασης, ανάδειξης δεξιοτήτων, προκατάρτισης και επαγγελματικής κατάρτισης, καθώς και τη δημιουργία ευκαιριών απασχόλησης των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Παράλληλα, προβλέπεται η βαθμιαία αντικατάσταση του ιδρυματικού συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης, από ένα δίκτυο εναλλακτικών προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών και δομών, εκτός ψυχιατρείων, με βάση την εθνική τομεοποίηση, η ευαισθητοποίηση του κοινωνικού χώρου και των τοπικών αρχών, ο εθελοντισμός, οι ομάδες παρέμβασης στα ψυχιατρεία και προετοιμασίας των ασθενών για μετακίνηση και τέλος η εκπαίδευση του προσωπικού, που εργάζεται στις δομές αυτές.

Οι στόχοι του Ψυχαργός είναι:

- i. Η συνεχής ενδυνάμωση των θεραπευτικών και εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, με στόχο την κοινωνικοοικονομική αποκατάσταση και τον αποϊδρυματισμό όλων των μεγάλων Ψυχιατρείων της χώρας.
- ii. Η ενίσχυση, δημιουργία και ανάπτυξη νέων εξωνοσοκομειακών δομών ανεξάρτητης διαβίωσης και αποκατάστασης των ψυχικά νοσούντων.
- iii. Η ενίσχυση και επέκταση των ευκαιριών κατάρτισης και απασχόλησης των ατόμων.
- iv. Η εξασφάλιση της συνεχούς παρακολούθησης και υποστήριξης της πορείας προς την κοινωνικοοικονομική ένταξη / επανένταξη των ψυχικά ασθενών.
- v. Η επαρκής στελέχωση και αναβάθμιση του ανθρώπινου δυναμικού των δομών (θεραπευτικής ομάδας). (ΕΠΨΥ – ΜΥΠΕΠ 2000)

Στην παρούσα φάση (“Ψυχαργός” Α’ Φάση 2000-2001) και μετά από τον πρώτο χρόνο υλοποίησης του συγκεκριμένου προγράμματος, έχει επιτευχθεί και ολοκληρωθεί η δημιουργία ξενώνων αποκατάστασης και προστατευόμενων εργαστηρίων, σε όλες τις μεγάλες πόλεις, και τους 52 νομούς της χώρας, ύστερα από τη μετακίνηση χρόνιων ασυλικών ασθενών, από τα μεγάλα Ψυχιατρεία (Θεσσαλονίκης, Πέτρας Ολύμπου, Κέρκυρας, Δαφνίου – Ψ.Ν.Α., Δρομοκαΐτειου, Τριπόλεως, Χανίων, Λέρου), στην κοινότητα και στους τόπους καταγωγής τους.

Παράλληλα, πραγματοποιήθηκε η εκπαίδευση και η προετοιμασία της ομάδας παρέμβασης (ομάδα φροντιστών) για τη μετακίνηση των χρόνιων ασθενών στην κοινότητα και για την ολοκληρωμένη στελέχωση των “μεταβατικών” ξενώνων, η οποία ομάδα αποτέλεσε ένα από τα βασικά στοιχεία του συγκεκριμένου συστήματος ψυχικής υγείας. (ΕΠΨΥ- ΜΥΠΕΠ 2000)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΝΝΟΙΑ – ΦΑΣΕΙΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΕΝΟΣ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟΥ ΞΕΝΩΝΑ)

#### 3.1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύστημα, ορίζεται, ως το σύμπλεγμα στοιχείων σε αλληλεπίδραση. Είναι ένα σύνολο μελών ή στοιχείων (components) και το σύνολο των σχέσεων τους. Τα μέρη του συνόλου είναι αλληλένδετα, αλληλοεξαρτώμενα, αλληλοεπιδρώντα, τα οποία πραγματοποιούν αλλαγές στη συμπεριφορά τους, με βάση τις πληροφορίες από το περιβάλλον και έχουν ως στόχο να προωθήσουν την ολοκλήρωση και αποκατάσταση της ισορροπίας του συστήματος αυτού. (Miller 1965)

Όπως κάθε σύστημα, έτσι και το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπως υποδεικνύεται από τις αρχές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, αποσκοπεί στην αντικατάσταση του παλιού μοντέλου – συστήματος του ιδρυματισμού, με ένα ευέλικτο και εξελισσόμενο σύστημα αποϊδρυματισμού, μέσα από τη διαρκή και αναπτυσσόμενη σχέση ασθενών – επαγγελματιών ψυχικής υγείας (φροντιστών) και κοινότητας (περιβάλλον). Έτσι, τα συστατικά στοιχεία του συστήματος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελούν: οι ασθενείς, η ομάδα φροντιστών και η κοινότητα. (Segall κ' Aviram 1978)

Ένα σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι ένα δυναμικό σύστημα, το οποίο περιλαμβάνει τις εξής βασικές έννοιες: στόχοι, αλληλεπίδραση, ενσωμάτωση, έλεγχος. Στα πλαίσια του συστήματος αυτού ξεχωρίζουν τα δομικά στοιχεία, που αφορούν τις αποκεντρωμένες υπηρεσίες, και τα λειτουργικά στοιχεία, που αφορούν την διεύθυνση, χρηματοδότηση, τον προγραμματισμό, τη ροή καταναλωτών, τις αλληλεπιδράσεις, τον συντονισμό και την αξιολόγηση. Η οργάνωση του εν λόγω συστήματος βασίζεται:



- i. Στην **διοίκηση** (administration), η οποία ασχολείται με θέματα οργάνωσης της πολιτικής (policy)
- ii. Στη **διαχείριση** (management), η οποία διεκπεραιώνει την υλοποίηση της πολιτικής αυτής.

Και οι δύο αποσκοπούν στην προώθηση μιας ευέλικτης οργάνωσης, δομής και συνεχούς λειτουργικότητας, με απώτερο στόχο την προαγωγή υγείας. (Μαδιανός 1994)

Αναμφισβήτητα, το σημείο εκκίνησης για το σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα πρέπει να είναι οι ανάγκες των ψυχικά πασχόντων. Στην προσπάθεια ορισμού των αναγκών, θα πρέπει να δίδεται μεγαλύτερη προσοχή από ό,τι στο παρελθόν, στο πως το άτομο, οι ομάδες χρηστών και οι ενώσεις των οικογενειών τους – και όχι μόνο οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας – προσλαμβάνουν αυτές τις ανάγκες. Οι υποστηρικτικές υπηρεσίες θα πρέπει να στοχεύουν στη μέγιστη δυνατή ανεξαρτησία του ψυχικά πάσχοντα, μέσω της δημιουργίας ενός υποστηρικτικού – και όχι προστατευμένου – περιβάλλοντος. Το είδος των υπηρεσιών θα πρέπει να διαμορφώνεται όχι μόνο με βάση την πρόγνωση και τη διάγνωση της ψυχικής διαταραχής, αλλά θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη πολύ περισσότερο το κοινωνικό και επαγγελματικό «ιστορικό» του ατόμου. Για το λόγο αυτό, επιχειρείται η διαμόρφωση κάποιων γενικών κατευθύνσεων, θεσμικού και οργανωτικού χαρακτήρα, που στοχεύουν (και ευνοούν ταυτόχρονα) στην ανάπτυξη και εφαρμογή καινοτόμων προσεγγίσεων και δράσεων στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και ευρύτερα στη Ψυχική Υγεία:

1. Η μετάθεση της βασικής ψυχιατρικής φροντίδας από το νοσοκομείο στην κοινότητα
2. Η μετάθεση του κέντρου ενδιαφέροντος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας από την αρρώστια στο άτομο και στην κοινωνική μειονεξία που παρουσιάζει.
3. Η μετάθεση από μια ατομική προσέγγιση της αρρώστιας σε μια συλλογική δράση και σχέδιο φροντίδας, με κέντρο τους ασθενείς και το περιβάλλον τους. Μια συλλογική στρατηγική προϋποθέτει τις εξής συνθήκες:
  - ✓ *Διεπιστημονικότητα κ' πολυκλαδικότητα:* διερεύνηση των κλάδων και επιστημών του χώρου της ψυχικής υγείας.
  - ✓ Την *αξιοποίηση των πόρων αυτό-βοήθειας*, αυτό-στήριξης των ίδιων των ασθενών.

- ✓ Την *αγωγή του πληθυσμού* σε θέματα ψυχικής υγείας
- ✓ Την ουσιαστική αξιοποίηση και αναβάθμιση της συνεργασίας με *μη επαγγελματίες ψυχικής υγείας*.
- ✓ Την κριτική μελέτη και *αξιολόγηση* της αξίας της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων.
- ✓ Τις *ανοικτές πόρτες* της κοινοτικής ή νοσοκομειακής δομής
- ✓ *Κοινοτικοί πόροι και διατομεακή συνεργασία*. Την αξιοποίηση και αναβάθμιση των μορφών ενεργούς αλληλεγγύης που προσφέρεται από οργανωμένες κοινωνικές ομάδες, καθώς επίσης και από τοπικούς θεσμούς ανοικτούς στα κοινωνικά προβλήματα (Στυλιανίδης και συν. 2000).

Τέλος, σύμφωνα με τον Anderson στα πλαίσια λειτουργίας ενός συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στη σχέση φροντιστή – θεραπευόμενου. Ειδικότερα, η σχέση φροντιστή – θεραπευόμενου πρέπει να βασίζεται στα εξής παρακάτω:

- Σε μία συνεργασία – σύμπραξη που να στηρίζεται στην ισοτιμία.
- Στον αμοιβαίο σεβασμό.
- Σε μία κατάσταση στην οποία ασθενείς και φροντιστές θα έχουν την ικανότητα να ασκούν και να κατανοούν ο ένας τον άλλον. Να λαμβάνουν και οι δύο πάντα υπόψη τους τις απόψεις που εκφράζονται, κυρίως όταν κάτι αφορά στη λήψη κοινών αποφάσεων.
- Στην καλή επικοινωνία, η οποία πρέπει να χαρακτηρίζεται από μία σχέση εμπιστοσύνης και την ειλικρίνεια.

Έτσι, μία θεραπευτική σχέση, για να θεωρείται επιτυχής θα πρέπει: i) να χιτίζεται σε ένα ελεύθερο περιβάλλον, ii) να στηρίζεται στην ειλικρίνεια, iii) καθένας να έχει πρόσβαση στην πληροφορία ώστε να είναι ικανός να συνεισφέρει στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. (Δαμίγος 2003)

### 3.2. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ – ΔΟΜΗ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΕΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η λειτουργικότητα ενός συστήματος ψυχικής υγείας αφορά το λεπτομερές εργασιακό πρόγραμμα των επιμέρους μονάδων του συστήματος και των σχέσεων μεταξύ τους, ενώ η δομή αφορά το σύνολο των επιχειρησιακών χαρακτηριστικών των επιμέρους υπηρεσιών. Αναφορικά με την οργάνωση, φαίνεται πως ένα σύνολο ευθυνών και αρμοδιοτήτων, καθώς και το αποτέλεσμα της εξουσίας, οδηγούν σε δύο συγκεκριμένους τύπους:

- i. Κλειστού Τύπου: η οργάνωση είναι σχεδιασμένη για να πετύχει συγκεκριμένους στόχους και κατευθύνεται στην επίτευξη αυτών μέσα από την ίδια την διαχείριση, δομή και τον έλεγχο του συστήματος. Το κλειστού τύπου σύστημα, χαρακτηρίζεται από μία στατικότητα, ως προς τις εσωτερικές απαιτήσεις της ομάδας φροντιστών, ως προς την εκπαίδευση αυτών κ.α. (π.χ. ψυχιατρεία). Όλες οι διαδικασίες και οι διεργασίες έχουν ως αποτέλεσμα την αναπαραγωγή του συστήματος. (Μαδιανός 1994)
- ii. Ανοιχτού Τύπου: η οργάνωση υπηρεσιών του εν λόγω συστήματος δεν σχεδιάζεται μόνο για την επίτευξη των στόχων, αλλά ανταποκρίνεται και στις εσωτερικές και εξωτερικές πιέσεις, ενώ σε μερικές περιπτώσεις μπορεί και να αγνοηθούν οι αρχικοί στόχοι. (Μαδιανός 1994)

Εκείνο που πρέπει να σημειωθεί, είναι ότι ένα σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας δε μπορεί να είναι στατικό, αλλά υπόκειται σε αλλαγές, μικρού ή μεγάλου μεγέθους. Οι αλλαγές πρέπει να επικεντρώνονται στις ανάγκες του πληθυσμού, τον οποίον εξυπηρετεί το συγκεκριμένο σύστημα, και να βρίσκεται διαρκώς σε μία ετοιμότητα για κάθε νέα αλλαγή. Αυτό, για να γίνει εφικτό, θα πρέπει να προηγείται μια εκπαιδευτική προετοιμασία του προσωπικού (ομάδα φροντιστών), έτσι ώστε να είναι ευέλικτο στις αλλαγές. Τόσο η εκπαιδευτική διαδικασία, όσο και η προώθηση (από το κεντρικό επίπεδο) των θετικών διαπροσωπικών σχέσεων, μεταξύ των στελεχών (φροντιστών) και φορέων, ενισχύουν το βαθμό δεκτικότητας για αλλαγή.

Συνοψίζοντας, τέσσερις (4) είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την διαρκή εξέλιξη ενός συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας:



- i. Οι πραγματικές ανάγκες των καταναλωτών.
- ii. Οι ίδιες οι υπηρεσίες παροχής και προώθησης της ψυχικής υγείας.
- iii. Η γενική οικονομική πολιτική της χώρας και τα ειδικά προγράμματα αποκατάστασης.
- iv. Το περιβάλλον. (Μαδιανός 1994)

### 3.3. Ο ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ “ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ” ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Από τη φύση του κάθε σύστημα, έτσι και το Σύστημα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση, διαμέσου ποικίλων διασυνδέσεων, με το περιβάλλον (φυσικό και κοινωνικό). Η συνεχής περιβαλλοντική ανάπτυξη, το τροφοδοτεί με πληροφορίες. Έτσι, το φυσικό περιβάλλον έχει συνδεθεί με την έμμεση ή άμεση επιρροή του στην ανάπτυξη ορισμένων χαρακτηριστικών του συστήματος, ενώ το κοινωνικό περιβάλλον καθορίζει το σύστημα μέσα από κάποια συγκεκριμένα στοιχεία, όπως: τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού, την κοινωνική συνοχή, τις στάσεις και τα στερεότυπα του γενικότερου πληθυσμού, αλλά και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, το οποίο υπηρετούν. (Kenneth και Minkoff 1987) Επίσης, αξιωματικώς, επιπρόσθετα, ο σχεδιασμός της ειδικής κοινωνικής πολιτικής, τα χαρακτηριστικά της Δημόσιας Διοίκησης και τέλος η διάρθρωση της οικονομικής πολιτικής, τα επίπεδα απασχόλησης ανεργίας και η διάθεση των πόρων. (Μαδιανός 1994)

Το περιβάλλον είναι δυναμικά ένα κοινωνικό εργαλείο, το οποίο διαμέσου της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, μέσα σε αυτό, αντανακλώνται συναισθήματα των ανθρώπων που επικοινωνούν, σκέψεις και ενέργειες. Αποτελεί τη βάση για την αίσθηση της ύπαρξης και της ταυτότητας των ανθρώπων, όταν προωθείται η εξωτερική τους εσωτερικών (ψυχικών) φαινομένων, αυτών. (Spaniol και Cattaneo, 1992) Κατά πόσο οι ικανότητες και οι λειτουργίες ενός ατόμου θα αποτελέσουν τη βάση της κοινωνικής διαντιδράσεως, αυτό εξαρτάται από το ιδιαίτερο περιβάλλον, στο οποίο το άτομο ζει και δραστηριοποιείται. Αξίζει, λοιπόν, σε αυτό το σημείο, να εξετάσουμε τη δύναμη του περιβάλλοντος στο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας.



### **3.3.1. ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟΥ**

Κατά τον Goffman (1961), τα ψυχιατρεία είναι αποκλεισμένες κοινωνίες, που προωθούν την κοινωνική απομόνωση των ασθενών. Μέσα σε αυτά τα ολοκληρωτικά ιδρύματα, οι απόψεις και οι αντιλήψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας προς τους ασθενείς, και το αντίστροφο, βασίζονται σε “στενά” και αρνητικά στερεότυπα. Παράλληλα, τα ψυχιατρεία μπορεί να αποτελέσουν την εκκίνηση ενός μέρους της αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών, με την υιοθέτηση ενός βελτιωμένου φυσικού περιβάλλοντος αρχικά, έτσι ώστε ο κάθε ασθενής να πιστεύει ότι μπορεί να λειτουργήσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο (π.χ. επανατοποθέτηση των χερουλιών στις πόρτες). (Watts και Bennett 1983)

Η αποκατάσταση στο ψυχιατρείο δεν στηρίζεται μόνο στη βελτίωση του φυσικού περιβάλλοντος, αλλά και όσο το δυνατόν του κοινωνικού, στοχεύοντας στην ενίσχυση εξωτερίκευσης των δυνατοτήτων και ικανοτήτων των ψυχικά ασθενών και στην προετοιμασία τους για τη μετάβαση στον ξενώνα. Έτσι, το ψυχιατρείο μπορεί να μην εστιάζει μόνο στην ιατρική – φαρμακευτική υποστήριξη των ασθενών, αλλά και στη διαμόρφωση κάποιων κοινοτικών υπηρεσιών (π.χ. ξενώνας). (Bennett 1978)

Από την μέχρι σήμερα πορεία των αποκαταστασιακών προγραμμάτων, που σχεδιάστηκαν για τη βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών και για το “πέρασμα” τους στην κοινότητα, έχει αποδειχθεί ότι κάποια ψυχιατρεία το κατάφεραν και κάποια όχι. (Bennett και Morris, 1983) Η αποτυχία κάποιων ψυχιατρείων να προσφέρουν υποστήριξη και θεραπεία μέσα σε ένα λειτουργικά κοινωνικό περιβάλλον, οφείλεται στη “δυσκαμψία” του συστήματος παροχής υπηρεσιών, η οποία διαφαίνεται μέσα από τη δυσκίνητη σχέση ανάμεσα στις παρεχόμενες ιατροκοινωνικές υπηρεσίες και το προσωπικό (επαγγελματίες ψυχικής υγείας). Οι τελευταίοι, αισθάνονται τότε “μετέωροι”, μη στηριζόμενοι, σαν να μην αποτελούν μέρος του συστήματος. (Astrachan και συν. 1970)

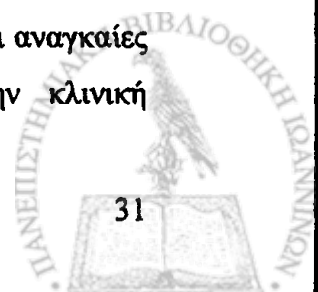
### **3.3.2. ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΜΙΑΣ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΗΣ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗΣ ΔΟΜΗΣ (ΞΕΝΩΝΑΣ)**

Η ποιότητα παροχής υπηρεσιών στο σύστημα ενός μεταβατικού ξενώνα στηρίζεται στην κοινωνική επάρκεια του περιβάλλοντος, η οποία αναδεικνύεται μέσα από τὸ άμεσο ενδιαφέρον της θεραπευτικής ομάδας προς τους ασθενείς και από την θετική αλληλεπίδραση, με κύρια στοιχεία τον έλεγχο (διακριτικό) και την ανταμοιβή. (Bryant 1976)

Το κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα ενός μεταβατικού ξενώνα είναι αποτελεσματικό όταν η διαχείρισή του εναρμονίζεται με τις εκάστοτε κοινωνικές αλλαγές, οι οποίες βέβαια επηρεάζουν και τους ασθενείς και το προσωπικό (θεραπευτική ομάδα). Μέσα σε ένα τέτοιο σύστημα, η αποκατάσταση βασίζεται στην μεγαλύτερη δυνατή προσέγγιση του κοινωνικού περιβάλλοντος και στοχεύει:

- i. Στην διαμόρφωση κατάλληλων συνθηκών, που να μειώνουν τις αυθαιρεσίες και στην αύξηση των δραστηριοτήτων των ασθενών, μέσω διεπιστημονικής προσέγγισης τεχνικών και μεθόδων από την πλευρά της θεραπευτικής ομάδας.
- ii. Στην απάλειψη κάθε είδους απάνθρωπης μεταχείρισης και της μείωσης της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.
- iii. Στη μείωση του κοινωνικού άγχους των ασθενών από την συλλογική προσπάθεια της ομάδας των φροντιστών. (Lamb 1967), (Ebringer & Brown 1980)
- iv. Στην κατεύθυνση μίας συγκροτημένης σύλληψης της ιδέας ενός μεταβατικού περιβάλλοντος από τους ασθενείς, όπου οι ικανότητες και δυνατότητες τους μπορούν να αξιοποιηθούν, ενώ οι αδυναμίες τους μπορούν να ελαχιστοποιηθούν.

Το θεραπευτικό πλαίσιο του ξενώνα παρέχει τις αναγκαίες συνθήκες για την επίτευξη των στόχων της αποκατάστασης, προκειμένου τα μέλη που φιλοξενεί να ανακτήσουν τις λειτουργίες και τις ικανότητες που η ψυχική νόσος ή το ιδρυματικό παρελθόν έχουν υποβαθμίσει ή ακυρώσει. Το θεραπευτικό έργο του ξενώνα γίνεται μέσα από θεραπευτικές πράξεις και δραστηριότητες, οι οποίες καθορίζονται από τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες του κάθε ασθενή. Μέσα από την καθημερινή συνύπαρξη των φιλοξενούμενων με τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας δημιουργούνται οι αναγκαίες συνθήκες για να εκφραστούν οι λειτουργίες που συνδέονται με την κλινική



προβληματική του ασθενή, επιτρέποντας έτσι τη θεραπευτική επεξεργασία τους. Η παραμονή ενός μέλους (ασθενούς) του ξενώνα δεν έχει μόνιμο χαρακτήρα, αλλά στοχεύει στη μετάβαση σε μία πιο αυτόνομης μορφής διαβίωση, όταν οι συνθήκες και τα αποτελέσματα του θεραπευτικού έργου το επιτρέψουν. (Δαμίγος 2003)

### **Χαρακτηριστικά του θεραπευτικού πλαισίου**

Ο Ξενώνας ως θεραπευτικό πλαίσιο σύμφωνα με τον Δαμίγο (2003) προσδιορίζεται από:

- i. Τα τεχνικά χαρακτηριστικά, που είναι απαραίτητα προκειμένου η θεραπευτική διεργασία να αναπτυχθεί και
- ii. Τα δυναμικά χαρακτηριστικά, που αναφέρονται στις θεραπευτικές λειτουργίες που στοχεύουν στην υλοποίηση των θεραπευτικών στόχων.

Τα χαρακτηριστικά αυτά πρέπει να είναι σταθερά όσο είναι αναγκαίο αλλά και να μπορούν να μεταβάλλονται, όταν οι θεραπευτικές ανάγκες το απαιτούν. (Δαμίγος 2003)

### **Τα τεχνικά χαρακτηριστικά αφορούν:**

- i. Το χώρο, μέσα στον οποίο εξελίσσεται η διαδικασία αποκατάστασης. Ο χώρος αυτός στην περίπτωση μιας δομής, όπως ο ξενώνας, αναπαράγει την έννοια του σπιτιού και τις καθημερινές συνθήκες ζωής σε αυτό, συνδέοντάς το με τον ευρύτερο κοινωνικό χώρο στον οποίο εντάσσεται. Ο ξενώνας είναι μια προστατευτική δομή περίθαλψης και υπό αυτή την έννοια παρέχει συνεχή φροντίδα, προσαρμοσμένη στις ανάγκες των μελών που φιλοξενεί.
- ii. Το χρόνο, ο οποίος μέσα από τη διάρκεια και τη ρυθμικότητά του, προσδιορίζει τη μορφή και τον τρόπο συνύπαρξης θεραπειών και θεραπευόμενων.

Στην περίπτωση μιας ενδιάμεσης δομής όπως ο ξενώνας, η μέχρι σήμερα εμπειρία, μας επιτρέπει να σκιαγραφήσουμε μερικές βασικές έννοιες όπως:

- i. Η έννοια ενός προστατευμένου χώρου, ικανού να αναπαραγάγει μεταφορικά την έννοια του σπιτιού, της καθημερινής ζωής και συμμετοχής των μελών στα συμβαίνοντα.
- ii. Η έννοια του προσωπικού χώρου και των προσωπικών αντικειμένων που προσδιορίζει την ατομικότητα και διαφορετικότητα του ατόμου.



- iii. Η έννοια του κοινόχρηστου χώρου και των κοινών κανόνων συνύπαρξης που συμβάλλει στην ανάπτυξη του συναισθήματος, ότι το άτομο ανήκει σε μία ομάδα με κοινούς αλλά και διαφοροποιημένους στόχους και καθήκοντα ανάλογα με το άτομο.
- iv. Η έννοια του κοινωνικού χώρου, μέσα στον οποίο ανήκει ο ξενώνας και η συνεχής επικοινωνία και συναλλαγή με αυτόν.
- v. Η έννοια του θεραπευτικού χώρου, όπου διάφορες εξειδικευμένες θεραπευτικές ενέργειες (όπως ατομικές συνεντεύξεις με ασθενείς, οικογένειες, συναντήσεις της θεραπευτικής ομάδας κ.α.) μπορούν να πραγματοποιηθούν.
- vi. Η έννοια του προσωπικού χρόνου και των προσωπικών ρυθμών που αναφέρεται στις ιδιαιτερότητες και στις δυνατότητες του ασθενή.
- vii. Η έννοια του ομαδικού χρόνου που συνδέεται με τους ρυθμούς λειτουργίας του Ξενώνα και με την οργάνωση της ομαδικής ζωής σε αυτόν.
- viii. Η έννοια του κοινωνικού χρόνου που συνδέεται με την κοινωνική ζωή και τους ρυθμούς της, μέσα στην οποία εντάσσεται ο ξενώνας. (Δαμίγος 2003)

#### Τα δυναμικά χαρακτηριστικά αφορούν:

Τις θεραπευτικές διεργασίες του θεραπευτικού πλαισίου οι οποίες είναι:

- i. Η έννοια της φροντίδας και κάλυψης των βασικών αναγκών των φιλοξενούμενων που παραπέμπει στο γονεϊκό ρόλο.
- ii. Η έννοια της συνοδείας και στήριξης των φιλοξενούμενων στην προοπτική της αυτονομίας και ανάπτυξης των ικανοτήτων τους.
- iii. Η έννοια της διαπραγμάτευσης ανάμεσα στις ανάγκες και τα αιτήματα των φιλοξενούμενων και τις δυνατότητες του πλαισίου αποκατάστασης.
- iv. Η έννοια της διαφορετικότητας μεταξύ των φιλοξενούμενων τόσο σε επίπεδο αναγκών αλλά και αιτημάτων ή επιθυμιών.
- v. Η έννοια του μεταβατικού που εμπεριέχει την έννοια του ανολοκλήρωτου, του προσωρινού και κατά συνέπεια την δυνατότητα εξέλιξης για τη θεραπευτική ομάδα και τους φιλοξενούμενους. Το σημείο αυτό διαφοροποιεί μεταξύ άλλων, και το θεραπευτικό πλαίσιο του ξενώνα από αυτό του οικοτροφείου.
- vi. Η έννοια του απρόβλεπτου και της «έκπληξης», στην οποία η θεραπευτική ομάδα

πρέπει να είναι ανοιχτή και δεκτική στο «καινούριο» της κλινικής ή κοινωνικής πραγματικότητας.

- vii. **Η έννοια της συμπληρωματικότητας στους ρόλους και στα καθήκοντα των μελών της θεραπευτικής ομάδας, αποτελεί βασικό παράγοντα για την σωστή λειτουργία και την επίτευξη των στόχων του θεραπευτικού προγράμματος.**

Το πρόγραμμα που καθορίζει τις δραστηριότητες και τη λειτουργία του Ξενώνα, δεν αποτελεί ένα στατικό σύνολο δραστηριοτήτων και καταμερισμού των αρμοδιοτήτων αλλά συνδέεται με τους στόχους του θεραπευτικού προγράμματος και τις ανάγκες των φιλοξενούμενων.

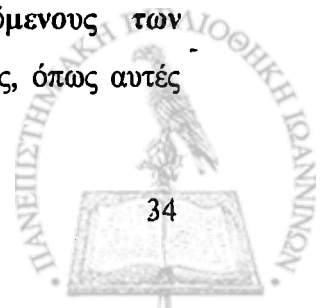
**Οι διάφορες δραστηριότητες που επιλέγονται από τη θεραπευτική ομάδα, αποτελούν το μέσο για την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων και όχι αυτοσκοπό.**

Οι δραστηριότητες του ξενώνα πρέπει να είναι προσαρμοσμένες στις δυνατότητες των φιλοξενούμενων και να συνδέονται με τα τοπικά χαρακτηριστικά της περιοχής, όπου βρίσκεται. (Δαμίγος 2003)

#### **Βασικοί κανόνες συνύπαρξης και καθηκόντων των φιλοξενούμενων**

Βασικό πλαίσιο αναφοράς της ζωής του Ξενώνα και θεμέλιος λίθος, πάνω στον οποίο χτίζονται προοδευτικά οι συνθήκες συνύπαρξης, αποτελούν οι ακόλουθοι κανόνες, οι οποίοι αναφέρονται:

- i. **Στην απαγόρευση της βίας, σωματικής και λεκτικής από κάθε μέλος, είτε της ομάδας των ασθενών είτε της θεραπευτικής ομάδας, προς οποιοδήποτε άτομο.**
- ii. **Στη φροντίδα και τη διατήρηση των συνθηκών ασφάλειας των ατόμων ή του Ξενώνα και στην απαγόρευση κάθε ενέργειας που θα μπορούσε να την βάλει σε κίνδυνο.**
- iii. **Στην υποχρέωση των φιλοξενούμενων να φροντίζουν την υγεία τους σε όλα τα επίπεδα.**
- iv. **Στη συνδρομή των φιλοξενούμενων στις καθημερινές εργασίες στον ξενώνα, έτσι όπως έχουν προσδιορισθεί από την θεραπευτική ομάδα στα πλαίσια των ατομικών και ομαδικών προγραμμάτων.**
- v. **Στην παρακολούθηση με συνέπεια από τους φιλοξενούμενους των δραστηριοτήτων (ατομικών ή ομαδικών), εντός ή εκτός της δομής, όπως αυτές**



καθορίζονται από τα εξατομικευμένα ή ομαδικά θεραπευτικά προγράμματα.

Οι δύο πρώτοι κανόνες στοχεύουν στη δημιουργία ενός κλίματος ασφάλειας, εμπιστοσύνης και σεβασμού για το άτομο, ενώ ο τρίτος υπογραμμίζει τη φροντίδα που πρέπει να έχουν οι φιλοξενούμενοι για την υγεία τους. Οι δύο τελευταίοι κανόνες τονίζουν τη σημασία που έχει η δραστηριοποίηση τους και της ανάπτυξης των λειτουργικών ικανοτήτων τους. Η παράβαση των κανόνων αυτών αποτελεί αντικείμενο επείγοντος προβληματισμού από την θεραπευτική ομάδα, στα πλαίσια της κλινικής επεξεργασίας και του θεραπευτικού προγράμματος και αναζητούνται τρόποι αντιμετώπισής της με γνώμονα τη διασφάλιση των θεραπευτικών στόχων. Η συνεχής παράβαση των κανόνων αυτών μπορεί να θέσει σε επερώτηση την παραμονή του φιλοξενούμενου στο συγκεκριμένο θεραπευτικό πλαίσιο. (Δαμίγος 2003)

Όμως, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που το “εσω-σύστημα” ενός μεταβατικού ξενώνα, στηριζόμενο στην ολοκληρωμένη βελτίωση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, εμφανίζει στοιχεία αδράνειας, έλλειψης πρωτοβουλιών και παθητικότητας, τόσο από μέρους των ασθενών – φιλοξενούμενων, όσο και από τους ίδιους τους φροντιστές. Φαίνεται σαν να επαναλαμβάνεται το εσω-σύστημα ενός ολοκληρωτικού ιδρύματος (ψυχιατρείο), που μπορεί να οδηγεί τους ασθενείς σε κοινωνική απομόνωση και πλήρη εξάρτηση από το εν λόγω σύστημα. Οι στάσεις των φροντιστών, και ιδιαίτερα του Νοσηλευτικού προσωπικού, ως προς την επαφή των ασθενών του ξενώνα με το εξωτερικό περιβάλλον, σε συνδυασμό με την χρήση αυστηρών μέτρων και ορίων, μπορεί να αποτελέσουν μία από τις κυρίαρχες αιτίες εμφάνισης μιας τέτοιας κατάστασης. (Wing και Brown 1970)

Συνοψίζοντας, είναι σημαντικό να πούμε ότι όταν οι κοινωνικές αλλαγές που διέρχονται στο σύστημα λειτουργίας ενός μεταβατικού ξενώνα, αφορούν την προώθηση της εργοθεραπείας και της απασχόλησης των ασθενών, την τακτική επαφή τους με το εξωτερικό περιβάλλον, τις θετικές στάσεις των φροντιστών, ως προς τους ασθενείς, και την απόκτηση προσωπικών αντικειμένων των ασθενών, τότε είναι αναπόφευκτος ο εμπλουτισμός των κοινωνικών ερεθισμάτων του περιβάλλοντος και η κλινική βελτίωση της εικόνας των ασθενών.

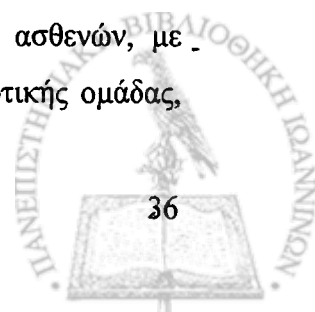
### 3.4. ΤΥΠΟΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ανάλογα με τον τρόπο που το εκάστοτε κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζει την ανάπτυξη ενός συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δύο είναι οι βασικοί τύποι διαχείρισης που συνήθως απαντιούνται και αξίζει να σημειωθούν:

- i. **Μηχανιστικός τύπος**, με κυριότερα χαρακτηριστικά την ιεραρχημένη εξουσία, την επιβαλλόμενη επικοινωνία, τους αυστηρώς προδιαγεγραμμένους ρόλους, στόχοι που καθορίζονται από συγκεκριμένους κανόνες και οδηγίες, την ανάδειξη της εξουσίας και την επίλυση των συγκρούσεων, μέσα από το γόητρο και από τους ιεραρχικά ανώτερους.
- ii. **Οργανικός τύπος**, με κυριότερα χαρακτηριστικά την αναζήτηση πληροφόρησης από ειδικευμένα στελέχη, πλέγμα εμπειρογνομώνων, στόχων, ρόλων, η επίλυση των συγκρούσεων με συνεργασία, η έμφαση στη συλλογική ανάπτυξη και στην κατοχή της γνώσης και η επίπεδη επικοινωνία, μέσα από την οποία οι στόχοι και οι ρόλοι καθορίζονται συλλογικά και προσαρμόζονται ανάλογα με τις εκάστοτε αλλαγές. (Μαδιανός 1994)

Ένα παράδειγμα οργανικού συστήματος διαχείρισης μιας θεραπευτικής κοινότητας (μεταβατικός ξενώνας) αποτελείται από τα παρακάτω βασικά χαρακτηριστικά:

- i. **Διάχυση εξουσίας**, μέσα από τις αποφάσεις της διακλαδικής ομάδας φροντιστών, σχετικά με τους θεραπευτικούς χειρισμούς, βασισμένη σε πληροφορίες από όλα τα μέλη που εμπλέκονται και από τον ασθενή που συμμετέχει στον προγραμματισμό και τις αποφάσεις, σχετικά με το περιβάλλον και τις θεραπευτικές προσεγγίσεις.
- ii. Έμφαση στη συνεργασία και ευαισθητοποίηση και προσοχή απέναντι στα αιτήματα των ασθενών.
- iii. Όρια ευέλικτα μεταξύ Νοσοκομείου και Κοινότητας.
- iv. Εισαγωγή πολυοριζόντιων και επίπεδων διαύλων επικοινωνίας, δηλαδή επικοινωνιακή σχέση μεταξύ της θεραπευτικής ομάδας και των ασθενών, με ομαδικές διεργασίες και επικοινωνιακή σχέση μεταξύ της θεραπευτικής ομάδας,



των ασθενών και των οικογενειών τους.

- v. Προσδοκία ότι όλα τα μέλη της ομάδας μπορούν να ανταποκριθούν θεραπευτικά στις ανάγκες του κάθε ασθενούς.
- vi. Μία “καριέρα έργου” για κάθε ασθενή, με σταδιακή αύξηση της ανάληψης ευθυνών, στη θεραπευτική κοινότητα.
- vii. Προοδευτική μετακίνηση του ασθενούς προς τον τερματισμό της συμμετοχής του στη θεραπευτική κοινότητα, μέσα από μεταβατικού τύπου προγράμματα, μερικά από τα οποία μπορεί να διεξάγονται από κοινού με φορείς της κοινότητας. (Μαδιανός 1994)

Οι Foster και Roberts (1998) προτείνουν δύο άλλα είδη διαχείρισης ενός συστήματος υπηρεσιών αποκατάστασης:

- i. Το *σύστημα ανάληψης στόχων* (purposive system thinking)
- ii. Το *περιοριστικό σύστημα* (containing system thinking)

Πιο συγκεκριμένα:

*i. Σύστημα ανάληψης στόχων*

Σύμφωνα με αυτό το είδος, κάθε δομή αποκατάστασης βασίζεται σ’ έναν πολύ καλά οργανωμένο θεραπευτικό σχεδιασμό, με απώτερο στόχο την αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού έργου. Εδώ κυρίαρχος παράγοντας είναι η ολοκλήρωση των αρχικών προκαθορισμένων στόχων.

*ii. Περιοριστικό σύστημα*

Το σύστημα αυτό περιορίζεται μόνο στις επικρατούσες απόψεις, στάσεις, συμπεριφορές που λαμβάνουν χώρα μέσα στο θεραπευτικό περιβάλλον μιας δομής για να επιτελεστεί το θεραπευτικό έργο. Συνήθως, λειτουργεί ανεξάρτητα από τους προκαθορισμένους θεραπευτικούς στόχους.

### **3.4.1. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΗΣ ΔΡΑΣΗΣ**

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, στη μονογραφία της για τη «Δημόσια Ψυχική Υγεία», δίνει ορισμένες κατευθυντήριες γραμμές, σχετικά με την επεξεργασία και διαχείριση εθνικών προγραμμάτων ψυχικής υγείας. Μεταξύ άλλων στρατηγικών, όπως η αποκέντρωση – τομεοποίηση, ο κοινοτικός προσανατολισμός των υπηρεσιών, η ισότητα πρόσβασης του πληθυσμού σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, η συνέχεια των δράσεων στην απάντηση των αναγκών, η προαγωγή της κοινοτικής συμμετοχής, αναφέρεται και η **διατομεακή δράση**.

«Μια αποτελεσματική πολιτική ψυχικής υγείας θα πρέπει να συνδεθεί οργανικά με την γενική πολιτική υγείας και να ορίσει άτομα υπεύθυνα για την λειτουργία και τον συντονισμό των υπηρεσιών. Σε κυβερνητικό επίπεδο είναι ζωτική προτεραιότητα να υπάρξει μια επανεξέταση των πολιτικών, έτσι ώστε να ενισχύουν τις δράσεις για την ψυχική υγεία. Σε κοινοτικό επίπεδο, υπεύθυνα άτομα πρέπει να διασφαλίσουν τη μεγιστοποίηση της χρήσης των διαθέσιμων κοινοτικών πόρων και να συμβάλλουν ώστε να ορισθούν προτεραιότητες με τη δημιουργία νέων προγραμμάτων, τα οποία να παρέχουν υπηρεσίες σε αναπάντητες ανάγκες ψυχικής υγείας» (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας 1996)

Σύμφωνα με τον Στυλιανίδη και συν. (2000), μέσα από την οπτική της αλληλεξάρτησης, της συμπληρωματικότητας και της δημιουργικής σύνδεσης των «ετερόκλητων» κοινοτικών πόρων, είναι αυτονόητο ότι η λειτουργία αυτόνομων υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν είναι ούτε αρκετή, ούτε αποτελεσματική. Αντίθετα, ένα ευρύ φάσμα διασυνδεδεμένων υπηρεσιών δικτύων στήριξης κοινοτικών και συστημάτων υπηρεσιών, προσφέρουν νέες δυνατότητες ανάπτυξης και αποτελούν απαραίτητα στοιχεία για τα άτομα με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες που διαβιούν στην κοινότητα, προκειμένου να απαντηθούν οι βασικές ανάγκες.

Μια τέτοια προσέγγιση αντλεί στοιχεία και από το **τρία (3) βασικά μοντέλα προσέγγισης: το ιατρικό, το αποκαταστασιακό και το μοντέλο κοινωνικής στήριξης**, σε μια προσπάθεια αποτελεσματικής απάντησης στις ανάγκες των ατόμων με σοβαρά ψυχικά προβλήματα σε κοινοτικό πλαίσιο.

Η βασική υπόθεση της καινοτόμου προσέγγισης της διατομεακής δράσης είναι το

ξεπέραςμα του διαχωρισμού των δύο λογικών:

- i. Της κοινωνικής προσέγγισης, που προϋποθέτει «την ικανότητα για δράση» των υποκειμένων
- ii. Της ιατρικής υγειονομικής προσέγγισης, που προϋποθέτει την «ανικανότητα» τους.

Η διαφορετικότητα και η πολυπλοκότητα των πραγματικών αναγκών των ατόμων με σοβαρά ψυχικά προβλήματα, σε καθημερινούς τομείς όπως: η κατοικία, η φροντίδα υγείας, η οικονομική στήριξη, η εκπαίδευση γενικότερα και η επαγγελματική κατάρτιση ειδικότερα, η κοινωνική, οικογενειακή στήριξη απαιτούν και επιβάλλουν ένα συνεκτικό συντονισμό και συνέργεια μεταξύ υπαρχόντων συστημάτων σε μια κοινότητα.

Από τη σκοπιά της διατομεακής δράσης, το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελεί ένα μέρος των συστημάτων στήριξης: η πρόκληση και ο στρατηγικός στόχος των διεπαγγελματικών ομάδων ψυχικής υγείας, είναι να αναπτύξουν τέτοιες δράσεις και προγράμματα, ώστε μέσα από τον κατάλληλο συντονισμό, να απαντούν με ολοκληρωμένο, εύκολα προσβάσιμο και αποτελεσματικό τρόπο στις ανάγκες των ατόμων.

Η στρατηγική δράσης σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο θα πρέπει να προωθεί την δημιουργία ολοκληρωμένων Συστημάτων Υγείας (Μπαϊρακτάρης 1996) και τον πειραματισμό καινοτόμων μεθόδων δράσης ενάντια σε κάθε μορφή κοινωνικού αποκλεισμού ευπαθών ομάδων πληθυσμού και ιδιαίτερα ατόμων με σοβαρές ψυχοκοινωνικές ανάγκες.

Από τη σκοπιά της εταιρικήςότητας, το σύστημα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορεί να αποτελέσει έναν από τους πόρους για την τοπική ανάπτυξη, από τη στιγμή που δρα ενάντια στον κοινωνικό αποκλεισμό. Για να συμβεί αυτό, απαιτείται η απαρτίωση των πόρων που διατίθενται για την ψυχική υγεία με πόρους που διατίθενται για την τοπική ανάπτυξη στο πλαίσιο ενός σχεδίου στο οποίο η προαγωγή της ψυχικής υγείας συνιστά ένα σημαντικό στοιχείο της τοπικής ανάπτυξης. Τέτοιοι πόροι προέρχονται από τους χώρους δράσης των υπόλοιπων κοινωνικών εταίρων, όπως είναι η τοπική αυτοδιοίκηση, οι παραγωγικοί και επαγγελματικοί φορείς, οι εκπαιδευτικοί και πολιτιστικοί οργανισμοί κ.λ.π. Μια προσέγγιση που θέτει τους πόρους που διατίθενται για την ψυχική υγεία στην υπηρεσία της ανάπτυξης όλης της κοινότητας προάγει την



αναγωγή της ψυχικής υγείας σε υπόθεση όλης της κοινότητας και όχι μόνο κάποιων ειδικών του χώρου.

Κάθε πρόγραμμα και κάθε ειδική δράση θα πρέπει να σχεδιάζεται λαμβάνοντας υπ' όψη στην υλοποίηση του την δυνατή **συνέργεια, με άλλους τομείς, τα δίκτυα υποστήριξης και τους κοινοτικούς πόρους** (φανερούς ή «κρυφούς») που υπάρχουν σε εθνικό και τοπικό επίπεδο σε τομείς που θα αναφερθούν ενδεικτικά στην μεθοδολογία του άξονα αυτού. Οι τομείς αυτοί μπορούν να δημιουργήσουν συνδέσεις, δράσεις και ενδυνάμωση (empowerment) τόσο των στρατηγικών στόχων προαγωγής της ψυχικής υγείας, όσο και των στόχων για τοπική ανάπτυξη.

Σε κοινοτικό επίπεδο, είναι γενικώς παραδεκτό ότι υπάρχει μια γενικότερη συναίνεση σχετικά με την αλληλεπίδραση και συμπληρωματικότητα διαφόρων επιπέδων παρεμβάσεων στο πλαίσιο της διατομεακής δράσης στην ψυχική υγεία και ειδικότερα στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.

#### Αρχές:

1. Η προαγωγή της ανάπτυξης των ικανοτήτων στις σχέσεις, στην αυτονομία και στην ανεξαρτησία σε άτομα με σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα.
2. Η δημιουργία προγραμμάτων εύκαμπτων και δημιουργικών, προσαρμοσμένων στις ειδικές ανάγκες κάθε ατόμου.
3. Η ολοκλήρωση μια «οικολογικής» προσέγγισης στην ανάλυση όλων των επιπέδων και πλαισίων όπου εκφράζεται: υποκειμενικό, δι-υποκειμενικό, οικογενειακό, οικιακό, επαγγελματικό και κοινωνικό δίκτυο σχέσεων.
4. Η απαρτίωση των δράσεων και των προγραμμάτων μεταξύ τους, ώστε να συγκροτούν ένα δίκτυο απαντήσεων στις ανάγκες των ατόμων με σοβαρά ψυχικά προβλήματα
5. Οι επαγγελματίες που εργάζονται στην αποκατάσταση πρέπει να έχουν συνείδηση των συνθηκών του πολιτικού, κοινωνικού και οικονομικού πλαισίου: η επιτυχία της εργασιακής αποκατάστασης εξαρτάται απ' αυτές τις συνθήκες, οι οποίες δυστυχώς δεν είναι δυνατόν να ελέγχονται πάντα (Bachrach 1991). Ιδιαίτερα θα προσθέταμε στον ευαίσθητο χώρο των κοινωνικών συμμαχιών οι χειρισμοί που απαιτούνται πρέπει να είναι εξαιρετικά λεπτοί και προσεκτικοί, προκειμένου να προάγεται με σαφήνεια ο στρατηγικός στόχος της διεύρυνσης των δικτύων της





ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

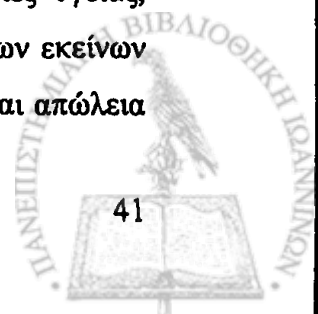
Η διατομεακή δράση στηρίζεται σε ορισμένες αποδοχές στον χώρο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης:

1. Η βιβλιογραφία δείχνει ότι είναι οι ικανότητες των χρηστών και όχι τα συμπτώματα τους που καθορίζουν τα αποτελέσματα της θεραπευτικής διαδικασίας (Anthony 1979)
2. Προκειμένου να προωθηθούν οι ανωτέρω αρχές, οι βασικές διοικητικές λειτουργίες μιας πολιτικής ψυχικής υγείας, σε συνάρτηση με την ανάπτυξη δράσεων Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης μπορούν να διατυπωθούν ως εξής:
  - ✓ Σχεδιασμός
  - ✓ Χρηματοδότηση
  - ✓ Διαχείριση (management)
  - ✓ Ανάπτυξη Προγραμμάτων

### **3.4.2. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT)**

Ένας άλλος τύπος (μοντέλο) διαχείρισης ενός συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελεί το πρόγραμμα εξατομικευμένης ολοκληρωμένης και ενεργητικής φροντίδας (Assertive Community Treatment) ατόμων, με διάγνωση ψύχωση, στην κοινότητα, που άρχισε να εφαρμόζεται πιλοτικά από τους Stein κ' Test, τη δεκαετία του '80, στο Madison του Wisconsin (Η.Π.Α.). Σύμφωνα με τον Olfson (1990), αποτελείται από μια σειρά παρεμβάσεων βασισμένων στην άμεση φροντίδα του ασθενούς, εκπαίδευση σε βασικές δεξιότητες της καθημερινότητας και κοινωνική στήριξη.

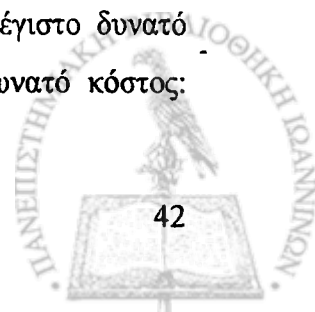
Το A.C.T (Assertive Community Treatment) έχει ως βασική υπόθεση συγκρότησης του την παροχή πολυκλαδικών εξειδικευμένων υπηρεσιών σε κοινοτικό πλαίσιο, την ενίσχυση των δεσμών με προσβάσιμους πόρους και υπηρεσίες υγείας, ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και την προσέγγιση όλων εκείνων των πολύπλοκων παραγόντων που προκαλούν παρατεταμένη χρονιοποίηση και απώλεια



στέγασης σε άτομα που πάσχουν από σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή (Lang και συν. 1999) (Heath κ' Nicholson 1999).

Με βάση τον προαναφερόμενο τύπο διαχείρισης, οι διεπιστημονικές ομάδες διευθύνονται συνήθως από ψυχίατρο. Μέλη της ομάδας συναντούν τα άτομα με διάγνωση ψύχωσης στην κοινότητα και όχι στα εξωτερικά ιατρεία. Τους διδάσκουν πώς να φροντίζουν και να αντιμετωπίζουν τις βασικές καθημερινές τους ανάγκες και αναλαμβάνουν να τους διασφαλίσουν τροφή, κατοικία, ένδυση και ιατρική φροντίδα. Οι ασθενείς στηρίζονται επίσης στο να εντάσσονται σε εργασιακό πλαίσιο και να διατηρούν – στο μέτρο του δυνατού – τη θέση εργασίας τους και ενθαρρύνονται στην ανάπτυξη ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων. Όταν η θεραπευτική ομάδα εκτιμά ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν υποτροπή ή βρίσκονται σε οξεία φάση, τους προσφέρουν άμεση θεραπευτική βοήθεια στο φυσικό τους περιβάλλον ή σε υπηρεσίες ψυχιατρικής φροντίδας, που λειτουργούν σε 24/ωρη βάση. Αυτή η ολοκληρωμένη κοινοτική στήριξη και παροχή φροντίδας σε όλα τα επίπεδα, έχει σαν βασικούς στόχους, την μείωση των ποσοστών διαρροής (drop – out) από το πρόγραμμα και την μείωση των νοσηλειών. Τα βασικά χαρακτηριστικά της προσέγγισης του Assertive Community Treatment είναι:

1. Προσέγγιση εξατομικευμένη, βασιζόμενη στη λειτουργία της πολυκλαδικής ομάδας
2. Παροχή ολοκληρωμένης ψυχιατρικής και κοινωνικής φροντίδας
3. Το πλαίσιο παροχής της φροντίδας είναι το φυσικό περιβάλλον (κατοικία) ή ο χώρος εργασίας του ατόμου.
4. Ενεργητική παροχή βοήθειας (Assertive outreach), έμφαση στην νοηματοδότηση των επαφών με διστακτικά ή μη συνεργάσιμα άτομα.
5. Έμφαση δίνεται στη συμμόρφωση και διατήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (medication compliance).
6. Συνεργασία: δίνεται έμφαση στη δημιουργία ποιοτικών σχέσεων με τους χρήστες των υπηρεσιών του Α.Σ.Τ. Οι σχέσεις βασίζονται στην ενεργή συμμετοχή και εμπλοκή των χρηστών που συμμετέχουν σαν «εταίρου» στην παροχή φροντίδας τους.
7. Αρχή της ολοκληρωμένης παροχής (comprehensiveness), με μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα, σε σύντομο χρονικό διάστημα και το μικρότερο δυνατό κόστος:



έμφαση δίνεται στην ολιστική προσέγγιση των επιθυμιών και αναγκών του κάθε ψυχικά πάσχοντα.

8. **Ελαστικότητα (flexibility):** οι παρεμβάσεις και η ένταση των επαφών πρέπει πάντοτε να προσαρμόζονται στις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες του ψυχικά πάσχοντα.
9. **Συνέχεια:** η εταιρικότητα στη διαδικασία παροχής φροντίδας (partnership – incare) μεταξύ των χρηστών και των μελών της θεραπευτικής ομάδας διατηρείται καθ' όλη τη διάρκεια των φάσεων της εξέλιξης της διαταραχής, συμπεριλαμβάνοντας τις περιόδους κρίσεων, υποτροπών και νοσηλείας.
10. **Εργασία Ομάδας:** μια μικρή σε αριθμό με υψηλά κίνητρα και δέσμευση ομάδα, διευκολύνει την καλή επικοινωνία και προωθεί υψηλά κλινικά κριτήρια.
11. **Εργασία σε δίκτυο:** η παροχή υψηλού επιπέδου φροντίδας στην κοινότητα απαιτεί την εγκατάσταση αποτελεσματικών δεσμών συνεργασίας με άλλες δομές, επαγγελματικές ομάδες και κοινοτικούς πόρους, ταυτόχρονα με την ανάπτυξη κατάλληλων και ευαίσθητων δεσμών με το προσωπικό – κοινωνικό δίκτυο του κάθε χρήστη ξεχωριστά. (Στυλιανίδης 2000)

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθούν κάποιες πιθανές δυσκολίες που μπορούν να κάνουν την εμφάνιση τους κατά την τριαδική σχέση: **κοινότητα – ψυχική νόσος – επαγγελματίες ψυχικής υγείας**. Σύμφωνα με την Foster (1998), ένας πιθανός **διαχωρισμός (split off)** ενός από τα τρία παραπάνω δομικά στοιχεία του συστήματος κοινοτικής ψυχιατρικής περίθαλψης, μπορεί να προκαλέσει τη δυσλειτουργία του συστήματος αυτού.

Με βάση το θεωρητικό μοντέλο της Foster (1998), παρατηρούνται τρία είδη διαχωρισμού (split off):

- i. **Ο διαχωρισμός από την ψυχική νόσο**
- ii. **Ο διαχωρισμός από την κοινότητα**
- iii. **Ο διαχωρισμός από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας**

Ειδικότερα:

- i. **Διαχωρισμός από την ψυχική νόσο (Splitting off illness)**

Εδώ παρατηρείται η παύση λειτουργίας της σχέσης των επαγγελματιών ψυχικής

υγείας με την κοινότητα. Έτσι, τόσο αυτοί ως φροντιστές, όσο και οι ψυχικά ασθενείς «περιθωριοποιούνται» (*marginalization*). Στα πλαίσια αυτής της μη ελεγχόμενης κατάστασης, οι «περιθωριοποιημένοι» φροντιστές παθαίνουν πολύ εύκολα το σύνδρομο της επαγγελματικής εξάντλησης (*burn out*) και οι «περιθωριοποιημένοι» ασθενείς χαρακτηρίζονται ως «ενοχλητικού» από την κοινότητα.

ii. **Διαχωρισμός από την κοινότητα (*Splitting of community*)**

Η κοινότητα απομακρύνεται από την διαδικασία συμμετοχής της στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου. Έτσι, εκδηλώνεται ένας διαχωρισμός, τόσο από την ψυχική νόσο, όσο και από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Το γεγονός αυτό τροφοδοτεί την εμφάνιση του ιδρυματισμού (*institutionalization*).

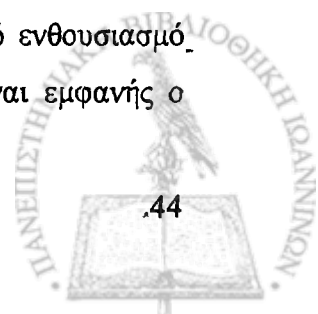
iii. **Διαχωρισμός από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (*Splitting of the carers*)**

Σ' αυτό το είδος διαχωρισμού, η κοινότητα συμπεριφέρεται σαν να είναι η ίδια ο «θεραπευτής». Έτσι, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας παύουν να είναι αναγκαίοι και απαραίτητοι για τη θεραπευτική διαδικασία. Το φαινόμενο αυτό χαρακτηρίζεται ως *λογικοποίηση (rationalization)* της ψυχικής νόσου.

### **3.5. ΦΑΣΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΜΙΑΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗΣ ΔΟΜΗΣ (ΞΕΝΩΝΑΣ)**

Οι φάσεις από τις οποίες διέρχεται μία νεοσύστατη ψυχιατρική δομή εναλλακτικού χαρακτήρα, όπως είναι ένας μεταβατικός ξενώνας, χωρίζονται σε τρία διαδοχικά στάδια ανάπτυξης:

- i. **Αρχικό Στάδιο:** Τα κυριότερα χαρακτηριστικά του αφορούν τη χαλαρή δόμηση της υπηρεσίας, ως προς την οργάνωση και την ταύτιση των μελών της (θεραπευτική ομάδα), με βάση τους στόχους της. Ως προς τις σχέσεις της θεραπευτικής ομάδας της υπηρεσίας, με την κεντρική υπηρεσία (π.χ. ψυχιατρείο), εμφανίζονται ως τυπικές, ενώ εκδηλώνεται η τάση για την αυτονόμηση της. Οι σχέσεις των μελών της θεραπευτικής ομάδας χαρακτηρίζονται από ενθουσιασμό και πίστη για την επιτυχία των στόχων τους και ταυτόχρονα είναι εμφανής ο



αγώνας για την επίτευξη γοήτρου της υπηρεσίας τους.

- ii. **Στάδιο Επέκτασης:** Στο στάδιο αυτό, δημιουργούνται υπό-ομάδες στο σύνολο της θεραπευτικής ομάδας. Τα μέλη της εκάστοτε υπό-ομάδας, με την οποία ταυτίζονται, νιώθουν περήφανα για αυτήν, έναντι των άλλων υπό-ομάδων, ενώ διαφαίνεται ταυτόχρονα η αντίληψη των μελών της κάθε υπό-ομάδας για την πετυχημένη λειτουργία της. Παράλληλα, εμφανίζονται ανταγωνιστικές διαθέσεις μεταξύ των υπό-ομάδων, οι οποίες απορρέουν από την ανάγκη για συντονισμό, λόγω της αυξημένης δυσκολίας για επικοινωνία και συνεργασία. Η ανάγκη αναγνώρισης της ομάδας στο σύνολό της, και των στόχων της, οδηγεί επίσης σε ανταγωνιστικές σχέσεις με άλλες παρόμοιου τύπου υπηρεσίες – δομές και με την κεντρική υπηρεσία (π.χ. ψυχιατρείο).
- iii. **Στάδιο Καθιέρωσης και Αποδοχής:** Η υπηρεσία στο στάδιο αυτό, πλέον, αποτελεί μία αποκεντρωμένη δομή, αφού καθιερώνεται και αναγνωρίζεται ως προς την χρήση και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και ως προς την αποτελεσματικότητά τους. Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας χαρακτηρίζονται από εμπιστοσύνη μεταξύ τους, ως προς τις ικανότητες τους και παράλληλα ταυτίζονται με την αντίληψη της επίτευξης των στόχων και της συλλογικής ικανοποίησης. Αξίζει να σημειωθεί ότι δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην δυνατή εξελισσόμενη αναθεώρηση των οργανωτικών και κοινωνικών αναγκών και στόχων. (Μαδιανός 1994)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### **Η ΔΟΜΗΣΗ ΚΑΙ Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΜΙΑΣ ΟΜΑΔΑΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Ο μεταβατικός ξενώνας, ως εναλλακτική δομή ψυχιατρικής περίθαλψης στην Κοινότητα, προωθώντας ένα ευρύ δίκτυο υπηρεσιών υποστήριξης, φροντίδας και διαμονής χρόνιων ασυλικών ασθενών, επιτρέπει την κατά το δυνατότερο επίτευξη ενός ανώτερου επιπέδου ανεξαρτησίας τους. Προϋπόθεση για αυτό είναι η βήμα προς βήμα διεργασία βελτίωσης της κοινωνικής λειτουργικότητας τους και η ολιστική προσέγγιση των αναγκών τους, εξατομικευμένα. Για να είναι εφικτό αυτό, απαραίτητη είναι η παρουσία και η λειτουργία μιας διεπιστημονικής Ομάδας Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας (φροντιστές), οι οποίοι πρέπει να συνεργάζονται, στο επίπεδο της ελεύθερης ανταλλαγής πληροφόρησης και απόψεων και στο επίπεδο του καθορισμού κοινών στόχων και επιτεύξεων.

#### **4.1. Η ΟΜΑΔΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η Ομάδα Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας ενός μεταβατικού ξενώνα αποτελείται από επαγγελματίες διαφόρων εξειδικευμένων τομέων, οι οποίοι συνεργάζονται με μια από κοινού συντονισμένη προσπάθεια παροχής υψηλού επιπέδου ψυχιατρικής φροντίδας, στα άτομα με χρόνια ψυχικά προβλήματα. Τα βασικά μέλη της αποτελούνται από: α. τον / την επιστημονικό/ή υπεύθυνο/η, β. τον / την αναπληρωτή/τρια υπεύθυνο/η, γ. τον / την Ψυχίατρο, δ. τον / την Ψυχολόγο, ε. τον / την Κοινωνικό Λειτουργό, στ. τον / την εργοθεραπευτή/τρια, ζ. τους νοσηλευτές ή επισκέπτες υγείας, η. άλλους ειδικούς θεραπευτές (ψυχοπαιδαγωγοί, δάσκαλοι, τεχνίτες), θ. βοηθητικούς υπαλλήλους (βοηθητικό προσωπικό) και ι. τον υπεύθυνο διαχείρισης. Κάθε εργαζόμενος αναλαμβάνει τομείς ευθύνης και δραστηριότητες ανάλογα με την ειδικότητά του παράλληλα με τα καθήκοντα που απορρέουν από τους γενικούς θεραπευτικούς στόχους, με γνώμονα τη



συμπληρωματικότητα, που πρέπει να υπάρχει ανάμεσα στους ρόλους και τα καθήκοντα. Οι εργαζόμενοι που δεν έχουν κάποια επιστημονική ειδίκευση (π.χ. οικοδέσποινα, βοηθητικό προσωπικό, εκπαιδευτές) θεωρούνται μέλη της θεραπευτικής ομάδας και τα καθήκοντά τους ορίζονται ανάλογα με τους στόχους και τις ανάγκες του θεραπευτικού προγράμματος. Κάθε μέλος της θεραπευτικής ομάδας οφείλει να προσαρμόζεται στις υποχρεώσεις που απορρέουν από τους στόχους του προγράμματος. (Δαμίγος 2003)

Η εν λόγω θεραπευτική ομάδα εργάζεται στα παρακάτω επίπεδα τα οποία αφορούν τους γενικούς στόχους της θεραπευτικής ομάδας:

- i. Η αντιμετώπιση / μείωση της κρίσης ή η παρέμβαση με ψυχοθεραπευτικούς και φαρμακευτικούς χειρισμούς, μέσα στο πλαίσιο δημιουργικής θεραπευτικής συμμαχίας με το άτομο ή και την οικογένεια του.
- ii. Η αυτονόμηση και η ανάπτυξη των ψυχικών λειτουργιών και κοινωνικών δεξιοτήτων των ασθενών.
- iii. Η υλοποίηση των θεραπευτικών στόχων η οποία πρέπει να περνά μέσα από τη διαπραγμάτευση της καθημερινής ζωής του Ξενώνα.
- iv. Η προσπάθεια για ανάπτυξη πρωτοβουλίας και υπευθυνότητας των φιλοξενούμενων του ξενώνα, ανάλογα με τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του καθενός, στα πλαίσια ενός εξατομικευμένου θεραπευτικού προγράμματος, το οποίο πρέπει κατά τακτά χρονικά διαστήματα να αξιολογείται και να αναπροσαρμόζεται.
- v. Στο επίπεδο της θεραπευτικής συνέχειας, με στόχο την αποκατάσταση ψυχοπαθολογικών φαινομένων της συμπεριφοράς των ασθενών. (Μαδιανός 1994), (Δαμίγος 2003)
- vi. Στο επίπεδο της κοινωνικής αποκατάστασης, όπου προγραμματίζεται κάθε δυνατός μηχανισμός κοινωνικοποίησης και κοινωνικής ένταξης / επανένταξης αυτών. Στόχος είναι η σταδιακή αύξηση της εμπιστοσύνης στον “εαυτό” και η εκμάθηση τρόπων, έτσι ώστε το άτομο να “τα βγάζει πέρα” μόνο του με τις απαιτήσεις της ζωής στην Κοινότητα (Δαμίγος 2003).

Η συμβολή κάθε κλάδου / ειδικότητας για την θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών είναι ουσιαστική από τη σκοπιά της ειδικής συνεισφοράς του πεδίου των γνώσεων, που απαιτούνται για την κάλυψη κάθε ειδικής ανάγκης αυτών. (Δαμίγος 2003)



Όσο για την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα της εργασίας της ομάδας των θεραπευτών, εξαρτάται από: α. την προσωπικότητα κάθε μέλους, που ευνοεί την καλή επαφή με το άτομο (ασθενή) και την κοινότητα, β. την εκπαίδευση και την εξειδίκευση στον τομέα της Κοινωνικής – Κοινοτικής Ψυχιατρικής, γ. τη διαμόρφωση μιας συγκεκριμένης ιδεολογίας για την κοινοτική δράση, δ. την τήρηση επαγγελματικών ορίων, και ε. την αντίληψη της ομαδικότητας. (Μαδιανός 1994)

#### **4.1.1. ΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Με βάση τις αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, κάθε επαγγελματία ψυχικής υγείας που ανήκει σε μια θεραπευτική ομάδα, έχει έναν συγκεκριμένο επαγγελματικό ρόλο, τον οποίο έχει διδαχθεί μέσω της επαγγελματικής του μόρφωσης. Σε αυτό το σημείο, θα ήταν καλό να παρουσιάσουμε, πιο συγκεκριμένα, τους επαγγελματικούς ρόλους κάθε επαγγελματία ψυχικής υγείας που εργάζεται στην Κοινοτική Ψυχιατρική και κατά πόσο αυτοί οι ρόλοι εμπλέκονται και διαμορφώνονται στο σύστημα εργασίας ενός μεταβατικού ξενώνα.

##### **i. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος**

Ο επιστημονικός υπεύθυνος ασκεί εποπτεία και συντονισμό σε θέματα επιστημονικά, θεραπευτικά και εκπαιδευτικά του ξενώνα. Καθορίζει τους θεραπευτικούς ρόλους και τις υποχρεώσεις των μελών της θεραπευτικής ομάδας και τα κατευθύνει στο έργο τους. Έχει την ευθύνη και το συντονισμό του συνόλου του θεραπευτικού προγράμματος καθώς και κάθε ομαδικής δραστηριότητας της θεραπευτικής ομάδας ή των φιλοξενούμενων στον ξενώνα. Συνεργάζεται με τον υπεύθυνο διαχείρισης των προγραμμάτων αποκατάστασης για θέματα διοικητικά, οικονομικά και γραμματειακά, που αφορούν στο σχεδιασμό και την επίτευξη των στόχων. Η παρουσία του πρέπει να είναι τακτική και συστηματική. Επίσης, θα πρέπει να καταθέτει προτάσεις για προγράμματα εκπαίδευσης του προσωπικού, σε θέματα που εκτιμά ότι η θεραπευτική ομάδα έχει ανάγκη, με τη μορφή οργανωμένων σεμιναρίων, διαλέξεων από ειδικούς επιστήμονες κλπ. (Δαμίγος 2003)



## ii. Ο Αναπληρωτής Υπεύθυνος

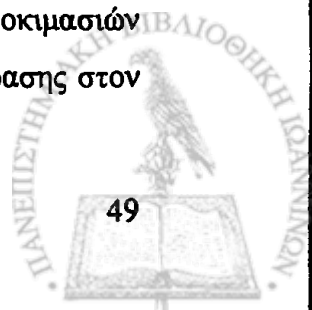
Ο αναπληρωτής υπεύθυνος είναι επιστήμονας από το χώρο ψυχικής υγείας και υπό την εποπτεία του επιστημονικού υπεύθυνου, αναλαμβάνει καθήκοντα που αφορούν τις θεραπευτικές ομαδικές ή κοινωνικές δραστηριότητες του ξενώνα. Η επιλογή του γίνεται με βάση τα επιστημονικά του προσόντα, την εμπειρία, το προφίλ, τις οργανωτικές και συντονιστικές του ικανότητες. Η παρουσία του στον ξενώνα πρέπει να είναι σε καθημερινή βάση και ο χρόνος παρουσίας του να επικαλύπτει τις ημερήσιες βάρδιες, ώστε να αποτελεί παράγοντα διασύνδεσης της πρωινής και απογευματινής βάρδιας. (Δαμίγος 2003)

## iii. Ο Ψυχίατρος

Ο ψυχίατρος επικεντρώνεται σε δύο επίπεδα εργασίας: i. στο επίπεδο του ατόμου που ζητά βοήθεια και παρουσιάζει κλινικό πρόβλημα, και ii. στο επίπεδο της κοινότητας, όπου συμμετέχει στα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης με στόχο την πρόληψη της ψυχικής ασθένειας. Ο τύπος εργασίας του Ψυχιάτρου στην Κοινοτική Ψυχιατρική, σε σύγκριση με εκείνη του ψυχιάτρου που εργάζεται στο άσυλο, εμφανίζει ορισμένα χαρακτηριστικά, τα οποία αφορούν τομείς εργασίας όπως: 1. στην ιεραρχία, 2. στον τόπο και τρόπο δράσης, 3. στην προσέγγιση του ασθενούς, 4. στους θεραπευτικούς χειρισμούς, 5. στη θεραπευτική επαφή, 6. στον τρόπο λήψης αποφάσεων και 7. στη συνεργασία με άλλους ιατροκοινωνικούς φορείς και τοπικούς παράγοντες. Η επιτυχημένη εργασία ενός κοινοτικού ψυχιάτρου εξαρτάται από την τήρηση των βασικών αρχών της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, από τη διαμόρφωση συγκεκριμένης ιδεολογίας, την έλλειψη ελιτισμού, την στάση του προς την κοινότητα και τις ικανότητες του. (Μαδιανός 1994)

## iv. Ο Ψυχολόγος

Η συμμετοχή του Ψυχολόγου σε μια θεραπευτική ομάδα κοινοτικής ψυχιατρικής αφορά την εργασία του: i. στο επίπεδο της διερεύνησης ποικίλων τύπων των ψυχολογικών διεργασιών του ασθενούς με τη χρήση ψυχομετρικών δοκιμασιών κ.τ.λ., ii. στο επίπεδο της ψυχοθεραπευτικής ή συμβουλευτικής παρέμβασης στον



ασθενή ή την οικογένεια του, **iii.** Στο επίπεδο της συμμετοχής του στην κοινότητα, με προγράμματα πρόληψης, ομάδες ευαισθητοποίησης κ.α. (Μαδιανός 1994), **iv.** Στο επίπεδο στις προώθησης και ανάπτυξης αξιών και δράσεων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, **v.** Στο επίπεδο της διαμόρφωσης του θεραπευτικού σχεδιασμού και της αξιολόγησης αυτού, **vi.** Στο επίπεδο της ανάληψης πρωτοβουλιών για την διοργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, **vii.** Στο επίπεδο ανάπτυξης νέων τάσεων και ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων, που θα φέρουν μεγαλύτερα αποτελέσματα στο έργο αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών (Bellak και συν. 1997), (Dixon & Lehman 1995), (Linehan και συν. 1991), (Δαμίγος 2003).

**v. Ο Κοινωνικός Λειτουργός**

Ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται για την ανίχνευση και επίλυση των κοινωνικών παραγόντων (οικογενειακών, κοινοτικών, πολιτιστικών παραγόντων) οι οποίοι παρεμβαίνουν στην έναρξη, πορεία και αποδρομή της ψυχικής ασθένειας. Επίσης, εργάζεται με την οικογένεια του ασθενή (άμεσα – έμμεσα) και με τις διάφορες υπηρεσίες κοινωνικής πολιτικής (ασφαλιστικοί φορείς, ιδρύματα κοινωνικής πρόνοιας κ.α.) όπως και να παρεμβαίνει μαζί με τον ψυχίατρο και να επηρεάζει θετικά τα δυναμικά των οικογενειακών σχέσεων, όταν η οικογένεια του ασθενούς έχει αρνητικές ή απορριπτικές στάσεις. (Μαδιανός 1994))

**vi. Ο Νοσηλευτής ή Επισκέπτης Υγείας**

Ο νοσηλευτής, ως μέλος μιας θεραπευτικής ομάδας, εργάζεται στους ακόλουθους τομείς: **i.** στην κλινική / φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς και την παρακολούθηση του, ως προς την κανονική λήψη των φαρμάκων και τις τυχόν παρενέργειες, **ii.** στη γενικότερη κλινική παρακολούθηση της κατάστασης υγείας του ασθενούς με την εγκατάσταση μιας θεραπευτικής συμμαχίας, και **iii.** στην παρέμβαση στο άτομο και την οικογένεια, όταν υπάρχει κρίση, με στόχο τη λύση αυτής.

Βασικές προϋποθέσεις για την αποτελεσματικότητα της εργασίας του είναι: **i.** να μπορεί να συμμερίζεται την κοινή ιδεολογία της θεραπευτικής ομάδας, **ii.** να κάνει

καλή επαφή και θεραπευτική προσέγγιση, να γνωρίζει την κλινική ψυχοπαθολογία – νοσολογία iii. να συνεργάζεται με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας (Μαδιανός 1994), iv. Να διαθέτει την ικανότητα συνεργασίας ως μέλος μιας πολύδιάστατης θεραπευτικής ομάδας και v. Να συνεργάζεται με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας για την επίλυση τυχόν προβλημάτων (Sainsbury Centre for Mental Health 1997).

**vii. Ο Εργοθεραπευτής (occupational therapist)**

Ο εργοθεραπευτής αναλαμβάνει την άσκηση των χρόνιων ασθενών σε δεξιότητες (skills), τις οποίες έχουν χάσει λόγω της χρονιότητας της ψυχικής ασθένειας ή δεν είχαν αποκτήσει ποτέ. Επίσης, φροντίζει για τη γενικότερη κοινωνικοποίηση των ασθενών μέσα από την ομαδική κοινωνικοθεραπευτική εργασία και εκτιμά τις ικανότητες του ατόμου πριν και κατά τη διάρκεια του προγράμματος αποκατάστασης, μέσα από έναν γενικότερο προγραμματισμό της κοινοτικής αποκατάστασης. Οι υπηρεσίες του, οι οποίες μπορεί να παρέχονται και κατά την εργασία του σε προστατευόμενο εργαστήριο ή σε Κέντρο Προεπαγγελματικής Αποκατάστασης, στοχεύουν στην επίτευξη της ατομικής ανεξαρτητοποίησης του ασθενούς, έτσι ώστε να μπορεί να φροντίζει τον εαυτό του, να αυτοεξυπηρετείται, στην κοινωνικοποίηση και την εργασιακή αποκατάσταση. (Μαδιανός 1994)

**viii. Η Οικοδέσποινα**

Η οικοδέσποινα φροντίζει για την οργάνωση της καθημερινής ζωής του ξενώνα. Βασικοί στόχοι που απορρέουν από τον ρόλο της είναι: α) η διασφάλιση της ποιότητας ζωής στον ξενώνα. β) η διαρκής βελτίωση και ανάδειξη ατομικών και ομαδικών δεξιοτήτων των φιλοξενούμενων και γ) η εμπλοκή των φιλοξενούμενων στα ζητήματα που αφορούν την καθημερινή ζωή στον ξενώνα κα ανάληψη πρωτοβουλιών. Απαραίτητη προϋπόθεση για την εκπλήρωση των παραπάνω στόχων είναι η συμβολή όλης της θεραπευτικής ομάδας και η ανταλλαγή πληροφοριών με τις άλλες ειδικότητες και τα πρόσωπα αναφοράς. (Δαμίγος 2003)



**ix. Το Βοηθητικό Προσωπικό**

Το βοηθητικό προσωπικό έχει την ευθύνη για τη φροντίδα και καθαριότητα του χώρου και τις οικιακές εργασίες του ξενώνα. Συμβάλλει στην κινητοποίηση των φιλοξενούμενων για ανάληψη πρωτοβουλιών στη φροντίδα του προσωπικού και κοινόχρηστου χώρου. (Δαμίγος 2003)

**x. Ο Υπεύθυνος Διαχείρισης**

Ο υπεύθυνος διαχείρισης διαχειρίζεται, συντονίζει και εποπτεύει το σύνολο των διοικητικών, οικονομικών και γραμματειακών ενεργειών. Συγκεκριμένα, διακπεραιώνει ενέργειες όπως π.χ. γραμματειακή υποστήριξη, έκδοση μισθοδοσίας, προγραμματισμός νέων δραστηριοτήτων κλπ. (Δαμίγος 2003)

Ένας επιστήμονας, κλινικός, δεν είναι αναγκαία ένας οπαδός της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, όπως αυτή υλοποιείται μέσα από τα προγράμματα αποκατάστασης. Ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας μπορεί να γίνει οπαδός της μεταρρύθμισης, από τη στιγμή που καλείται να συμμετάσχει ως μέλος μιας θεραπευτικής ομάδας στο θεραπευτικό σχεδιασμό και σε μια εξελισσόμενη πορεία σχέσεων αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς. (Etzioni 1960) Ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας ως φροντιστής (carer), βασιζόμενος στον διδαγμένο επαγγελματικό του ρόλο, εργάζεται στην αποκατάσταση, συνεργαζόμενος με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και τους ασθενείς, για την αντιμετώπιση και επίλυση των προβλημάτων τους, ακολουθώντας “συνδυαστικού τύπου” θεραπείες. (Wing και συν. 1972)

Η υπευθυνότητα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τους Jannis και Mann (1977), μπορεί να οδηγήσει στη μεγαλύτερη δυνατή εκδήλωση του επαγγελματικού τους ρόλου. Η υπευθυνότητα αυτή διαφαίνεται μέσα από τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι: α. συλλέγουν και συνδυάζουν τεχνικές, β. συνεργάζονται, γ. κάνουν χρήση των συζεύξεων ενσυναίσθησης (empathy) με τους ασθενείς, της ανθρώπινης ζεστασιάς (warmth), της γενναιοδωρίας (generosity), κατά τους Truax και Carkhuff (1967), (Riger 1993) & (Mac Gillivray και συν 1998). και δ. η ικανότητα επίλυσης των προβλημάτων που απορρέουν από την εμπλοκή των επαγγελματικών ρόλων του κάθε μέλους, όπως επίσης και η ικανότητα να λαμβάνουν ως εκπαιδευτικό προϊόν την



εμπειρία τους στην αποκαταστασιακή δομή. Μέσα σε ένα σύστημα μιας αποκαταστασιακής δομής, όπως ο μεταβατικός ξενώνας, η θεραπευτική ομάδα, σύμφωνα με τους Wing και Brown (1970), συστήνεται για να βοηθήσει τους ασθενείς να αποκτήσουν κάποιους κοινωνικούς ρόλους, μέσα από την ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων. Αυτό σημαίνει ότι οι φροντιστές θα πρέπει να διατηρούν τόσο τον επαγγελματικό τους ρόλο, όσο και έναν κοινωνικό ρόλο.

Ο Kelvin (1970), παρουσίασε τη διάκριση ανάμεσα στις κοινωνικές "θέσεις" (positions) και τους κοινωνικούς ρόλους, που διαμορφώνονται κατά την θεραπευτική σχέση με ασθενείς και προσδιορίζουν το ρόλο ενός επαγγελματία ψυχικής υγείας, σε έναν ξενώνα αποκατάστασης. "Θέση" (position), κατά τον Kelvin, είναι το αποτέλεσμα της σχέσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με τους ασθενείς τους, π.χ. (φροντιστής – πατέρας, – μητέρα). Ο ρόλος (role), που αφορά τις λειτουργίες της συμπεριφοράς ενός φροντιστή, σχετίζεται με την εκάστοτε κοινωνική του θέση και είναι μία απάντηση στις προσδοκίες των ασθενών, ως προς τον επαγγελματικό του ρόλο.

Η προσπάθεια δημιουργίας ενός κοινωνικού θεραπευτικού ρόλου, από την θεραπευτική ομάδα, για την αποτελεσματική εκδήλωση του, μπορεί να προκαλέσει έντονο άγχος και συνακόλουθες εντάσεις. Η Menzies (1988) βασισόμενη στην ψυχαναλυτική θεωρητική προσέγγιση της Melanie Klein για το άγχος, υποστηρίζει ότι όλοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ως εργαζόμενοι σε ψυχιατρικές δομές αποκατάστασης, αντιμετωπίζουν δύο είδη άγχους:

- i. Το πρωτογενές άγχος (persecutory anxiety)
- ii. Το καταθλιπτικό άγχος (depressive anxiety).

Το άγχος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, είτε με τη μορφή του πρωτογενούς, είτε με την μορφή του καταθλιπτικού, προκαλείται τόσο από εξωτερικούς παράγοντες, όπως π.χ. η έλλειψη προσωπικού, η έλλειψη πόρων κ.λ.π, όσο και από ενδότερες ασυνείδητες καταστάσεις «αποθηκευμένες» στο ψυχικό όργανο του ατόμου. Το αποτέλεσμα της βίωσης αυτού του έντονου άγχους, είναι η δημιουργία ενός κόσμου φαντασιώσεων, ο οποίος εκδηλώνεται επί του συνειδητού, μέσα από τους συνεχείς ιδεομηρυκασμούς της θεραπευτικής ομάδας, όπως π.χ. «Γιατί ο αρχηγός της ομάδας δεν μου μιλά» (πρωτογενές άγχος) ή «Γιατί δεν μπόρεσα να προλάβω την υποτροπή του ασθενούς» (καταθλιπτικό άγχος). Στην πρώτη περίπτωση το άγχος προκαλείται από



εξωτερικούς παράγοντες, ενώ στην δεύτερη περίπτωση, από τις ενδότερες ασυνείδητες καταστάσεις. Καθώς η γένεση έντονων και υπερβολικών συναισθημάτων είναι αναπόφευκτη, οι φροντιστές ακολουθούν ένα ασυνείδητο σχέδιο άμυνας (defensive system), προκειμένου να απαλλαγούν απ' αυτά.

Το αμυντικό σχέδιο έχει συγκεκριμένα στάδια. Αυτά είναι τα εξής παρακάτω:

- i. **Κατακερματισμός του προβλήματος:** το πρόβλημα που δημιουργείται «θρυμματίζεται σε κομμάτια» έτσι ώστε να μην γίνεται αντιληπτό από συνειδητό μέρος του ψυχικού οργάνου.
- ii. **Διασκορπισμός των μερών του προβλήματος:** τα μέρη του προβλήματος, μετά τον κατακερματισμό, διασκορπίζονται μέσα στο πλαίσιο της εργασίας της θεραπευτικής ομάδας.
- iii. **Συνειδητή πλέον αναζήτηση λύσης του «νέου» προβλήματος που δημιουργήθηκε:** το «νέο» πρόβλημα αφορά όλους. Το πρόβλημα είναι μέρος του χώρου εργασίας της θεραπευτικής ομάδας, γι' αυτό και πρέπει να επιλυθεί από τους άλλους.
- iv. **Τέλος, το αμυντικό σχέδιο δράσης έχει ολοκληρωθεί:** Το «νέο» πρόβλημα έχει υιοθετηθεί απ' όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας.

Από την άλλη, ο Hochmann (2003) υποστηρίζει ότι η θεραπευτική ομάδα μιας μεταβατικής στεγαστικής δομής (π.χ. ξενώνας) συνήθως κατακλύζεται από έναν θεμελιακό φόβο του τρελού. Δεν είναι τόσο ένας φυσικός φόβος που ξεπερνιέται εύκολα, αλλά ένα πολύ πιο ασαφές συναίσθημα, υπαινικτικό και ανησυχητικό, το οποίο αναφέρεται στη γειτνίαση με το χώρο της ψύχωσης και σε έναν κίνδυνο που απειλεί την ίδια τη νοητική λειτουργία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Αρχικά ο φόβος αυτός συνδέεται με ένα **συναίσθημα εισβολής** το οποίο ερμηνεύεται ως αδυναμία της θεραπευτικής ομάδας να διατηρήσει τον προσωπικό ψυχικό της χώρο, καθώς υφίσταται μία συνεχή εισβολή από επίμονες προβλητικές ταυτίσεις των ψυχωσικών ασθενών. Στη συνέχεια αυτός ο φόβος συνδέεται με ένα **συναίσθημα κένωσης**. Αυτό που φοβάται μια θεραπευτική ομάδα είναι το να κενωθεί από τα ψυχο-νοητικά της περιεχόμενα, καθώς βάλλεται συνεχώς από μία «καταστροφική» επίδραση της «αδηφαγίας και του μίσους» των ψυχωσικών. Για να προστατευτεί από αυτό το συναίσθημα ένα συνηθισμένο μέσο είναι η προσφυγή όλων



των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στον **ακτιβισμό** (φαρμακευτικό, ερμηνευτικό ή κοινωνιοθεραπευτικό έργο) ή σε ένα διαφορετικό χώρο (π.χ. απομάκρυνση από το θεραπευτικό έργο). Έτσι η θεραπευτική ομάδα πιστεύει ότι δεν έχει υποστεί καμία βλάβη από την έπαφή της με την ψύχωση (Hochmann 2003). Τέτοιου είδους αντιδράσεις, οι οποίες καλύπτουν τα συναισθήματα ματαιότητας, έλλειψης λογικής ή πλήρους παραλογισμού μπορεί να οδηγήσουν στην «παράλυση» μιας τέτοιας μεταβατικής δομής που θυμίζει περισσότερο μια απομίμηση – παρωδία της ζωής. (π.χ. μετατροπή των ξενώνων σε μικρά άσυλα – ολοκληρωτικά ιδρύματα) (Δαμίγος 2003)

Οι Pearlin και Schooler (1978), προτείνουν τρεις μηχανισμούς – δράσεις για την μείωση ή την απομάκρυνση αυτών των εντάσεων, οι οποίες είναι:

- i. Η δομημένη δράση και η διαπραγμάτευση όλων των μελών της θεραπευτικής ομάδας με την ένταση που προκαλεί ο ρόλος τους.

Βασική προϋπόθεση για μια δομημένη δράση της θεραπευτικής ομάδας, σύμφωνα με τον Anderson (2003) είναι η ειλικρίνεια των μελών της (θεραπευτική ομάδα) ως προς την ύπαρξη του προβλήματος και η ομαδική συνεργασία για την ανεύρεση λύσης. Αυτό που ο Anderson υποστηρίζει είναι ότι «είναι καλύτερο να συνειδητοποιούμε και να προσπαθούμε ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας να βγούμε από αυτήν την κατάσταση, παρά να συνεχίζουμε άσκοπα προσπαθώντας να πετύχουμε έναν ανέφικτο στόχο».

- ii. Προσπάθεια επανοργάνωσης – επαναπροσδιορισμού του θεραπευτικού ρόλου που προκαλεί την ένταση, με τη συνεχή αναδιαμόρφωση του συστήματος των αξιών.

Σε αυτό το σημείο ο Anderson προσθέτει ότι θα πρέπει η θεραπευτική ομάδα να αξιολογεί συστηματικά και να αναγνωρίζει τα εμπόδια που πρέπει να ξεπεραστούν. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από την αναγνώριση των εμποδίων – προβλημάτων και με την επανοργάνωση του θεραπευτικού προγράμματος. (Anderson 2003)

- iii. Προσπάθεια μείωσης του άγχους που προκαλεί η ένταση αυτή.

Στην προσπάθεια αυτή, όπως υποστηρίζει ο Hochmann (2003), είναι σημαντικό η θεραπευτική ομάδα να μπορεί να αντιλαμβάνεται τις «παγίδες» που στήνει η ψύχωση κατά το θεραπευτικό έργο και να τις επεξεργάζεται. Έτσι, αποκτά την ικανότητα να διαμορφώνει ένα συγκροτημένο λόγο σχετικά με τον άρρωστο και το θεραπευτικό έργο (ψυχονοητικός θεσμός) Βασική προϋπόθεση για τη



συγκεκριμένη λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας είναι η απαραίτητη στήριξη της και η εμβάθυνση του κλινικού της προβληματισμού, με την ύπαρξη ενός τρίτου πόλου που θα ήταν ένας εξωτερικός παρεμβαίνων, για την εποπτεία του θεραπευτικού έργου. (Δαμίγος – Μαυρέας 2003)

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο που πρέπει να αναφερθεί είναι κατά πόσο η θετική ή αρνητική αυτό-εκτίμηση, που διαθέτει ο εκάστοτε επαγγελματίας ψυχικής υγείας, συνιστά έναν καλά εκδηλωμένο θεραπευτικό ρόλο. Ο Cooper (1972), υποστηρίζει ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που διαθέτουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, συνήθως δεν αναγνωρίζουν την ποιότητα του θεραπευτικού τους ρόλου και δεν ενδιαφέρονται για τον τρόπο με τον οποίο εκδηλώνεται. Το γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μια φτωχή απόδοση του θεραπευτικού ρόλου. Αντίθετα, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας με υψηλή αυτοεκτίμηση είναι περισσότερο βοηθητικοί στη θεραπευτική διαδικασία και, όπως υποστηρίζουν οι Kazdin και Bryan (1971), τίθενται λιγότερο εχθρικοί προς τους συνεργάτες τους. Η ανάλογη θετική ή αρνητική αυτοεκτίμηση, που διαθέτει ένα μέλος μιας θεραπευτικής ομάδας, εξηγεί και τον τρόπο με τον οποίο ο εκάστοτε επαγγελματίας εκτιμά και αξιολογεί τον εαυτό του, ως προς το ρόλο του και ως προς τους συνεργάτες του. Για παράδειγμα, είναι πολύ πιθανό ένας φροντιστής, σε αποκαταστασιακή δομή, να αξιολογεί το θεραπευτικό του ρόλο με “χαμηλά” αξιολογικά όρια, ενώ μπορεί να χρησιμοποιεί όρια υψηλών απαιτήσεων όταν αξιολογεί τους ρόλους των συνεργατών του.

Η προσπάθεια κάθε φροντιστή να αυτό-αξιολογείται με βάση το θεραπευτικό του ρόλο, προσδιορίζει και την επιθυμία του ή όχι να εναρμονιστεί με αυτόν τον ρόλο και όπως υποστηρίζουν οι Birney και συν. (1969), η καλή αυτο-αξιολόγηση οδηγεί σε έναν καλά δομημένο ρόλο. Σε αυτό το σημείο, πρέπει να προσθέσουμε και την παράμετρο του φόβου αποτυχίας του θεραπευτικού ρόλου, που μπορεί να βιώνει ένας φροντιστής. Οι Mahone (1960) και Burnstein (1963), μέσα από τα συγκλίνοντα αποτελέσματα παρόμοιων ερευνών που σχετίζονται με το φόβο αποτυχίας του θεραπευτικού ρόλου και τη σχέση με τους θεραπευτικούς στόχους στη θεραπευτική διαδικασία, υποστηρίζουν ότι ο φόβος αποτυχίας του ρόλου έχει σχέση με την χαμηλή αυτοεκτίμηση και την έλλειψη εμπιστοσύνης στον εαυτό και με έναν υψηλό βαθμό άγχους που προκαλείται σε μια τέτοια κατάσταση. Έτσι, ο φροντιστής που βιώνει άγχος σε υψηλό βαθμό, από τον φόβο





του μήπως και αποτύχει ως προς τον διδαγμένο επαγγελματικό του ρόλο, μπορεί να επιλέγει είτε πολύ υψηλούς, είτε πολύ χαμηλούς θεραπευτικούς στόχους, που δεν είναι ρεαλιστικοί. Αυτό αντανακλά την αποτυχία του εκάστοτε φροντιστή να κατέχει έναν καλά δομημένο θεραπευτικό ρόλο, μέσα σε μία θεραπευτική κοινότητα.

Οι ρόλοι των μελών του μη ψυχιατρικού προσωπικού ενός μεταβατικού ξενώνα, παρόλο που εμφανίζονται ως καλά οριοθετημένοι και επαγγελματικά πλαισιωμένοι ρόλοι, εντούτοις είναι διαφορετικοί από εκείνους που κατέχει το προσωπικό μιας παραδοσιακής ψυχιατρικής υπηρεσίας (π.χ. άσυλο) και χαρακτηρίζονται ως "συσκοτισμένοι", αφού δεν καταφέρνουν να αναδειχθούν στις πραγματικές θεραπευτικές τους διαστάσεις. (Burnstein 1963), (Trainor και συν 1993), (Carpioni 1992). Σύμφωνα με τους Κανδύλη και συν. (1993), ένα από τα πολλά σημαντικά θέματα που απασχολούν τα μέλη του μη ψυχιατρικού προσωπικού ενός μεταβατικού ξενώνα, είναι η πολυδύναμη λειτουργικότητα του ρόλου τους. Οι πολυδύναμοι ρόλοι αναγκάζουν τους φροντιστές να συμμετέχουν σε πολλαπλές δραστηριότητες και αποστολές, οι οποίες πολλές φορές είναι διαφορετικές από τις κερκτιμένες επαγγελματικές τους γνώσεις. Βέβαια, αυτό είναι απαραίτητο να συμβαίνει, γιατί έτσι προωθείται η ομαλή ροή του καθημερινού προγράμματος κοινωνικής επαναπροσαρμογής και αντιμετωπίζεται η τυχόν έλλειψη εξειδικευμένων στελεχών στο έργο των ενδιάμεσων δομών. Για παράδειγμα, ένας νοσηλευτής θα πρέπει να συμμετέχει και να εμπνυχώνει τις εργασιοθεραπευτικές δραστηριότητες των ασθενών, να τους εκπαιδεύει στις ατομικές - κοινωνικές δεξιότητες και να αξιολογεί τις ικανότητες τους. Εάν ο νοσηλευτής εργάζεται με βάση τον διδαγμένο επαγγελματικό του ρόλο και τον ήδη ενσωματωμένο από την άσκηση του επαγγέλματός του ή αν επιζητά έναν τέτοιο ρόλο για αμυντικούς λόγους, τότε ελλοχεύει ο κίνδυνος της λοξοδρόμησης και της ακύρωσης του έργου αποκατάστασης. Το να βασίζεται ένας φροντιστής σε έναν πολυδύναμο ρόλο, προκειμένου να προωθήσει την ολοκλήρωση της αποκατάστασης των ασθενών, είναι δύσκολο έργο και περικλείει κινδύνους ως προς την πρακτική εξάσκηση αυτού του ρόλου εις βάρος του εξειδικευμένου. Έτσι, μπορεί να προκληθεί σύγχυση ρόλων, ομογενοποίηση των πρακτικών, επιπέδωση και συντριβή της ιεραρχίας, διάλυση των υπευθυνοτήτων και, κατά τους Shepherd και Richardson (1979), ανάπτυξη τυποποιημένης ζωής με αναπαραγωγή μητρικών προτύπων, κάτι το οποίο θυμίζει το κηδεμονικό πρότυπο



περίθαλψης στο Ψυχιατρείο.

Το πολύπτυχο και πολυεπίπεδο αποκαταστασιακό έργο ενός μεταβατικού ξενώνα, απαιτεί από τους εργαζόμενους συγκεκριμένους και ξεκάθαρους ρόλους. Δηλαδή, θα πρέπει ο καθένας να ξέρει τι ακριβώς κάνει και γιατί και πώς το κάνει. Το να κάνει κάποιος πολλά και διαφορετικά πράγματα μπορεί να μην έρχεται σε αντίθεση με τα όρια του επαγγελματικού του ρόλου, όταν ο πολυδύναμος ρόλος είναι διδαγμένος σωστά και επιθυμητός. Εάν δεν είναι επιθυμητός, τότε ο κάθε φροντιστής παγιδεύει και αναστέλλει την θετική εξέλιξη του θεραπευτικού έργου, και τότε όλα γίνονται από υποχρέωση ή διεκπεραιώνονται.

#### **4.1.2. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΡΟΛΟΥ ΣΤΗΝ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ**

Ο μεταβατικός ξενώνας, ως εναλλακτική ψυχιατρική δομή περίθαλψης, χαρακτηρίζεται από σημαντικά προβλήματα, που προκαλούνται από την προσπάθεια του προσωπικού να χρησιμοποιήσει έναν αποτελεσματικό συνδυασμό των θεραπευτικών ρόλων και από τις σχέσεις αλληλεπίδρασης των μελών, τα οποία κάποιες φορές αναστέλλουν τόσο την τάση ομαδοποίησης, όσο και το θεραπευτικό έργο. Η ομάδα προσωπικού ενός μεταβατικού ξενώνα αντιμετωπίζει συνήθως προβλήματα που αφορούν το συντονισμό των διαφόρων θεραπευτικών ρόλων, κατά την προσπάθεια των μελών να διαμορφώσουν ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό ύφος.

Ένα σύνηθες μοντέλο χρήσης των διαφόρων θεραπευτικών ρόλων των μελών, κατά τους Watts και Bennett (1983), αποτελεί η διαμόρφωση μιας θεραπευτικής σχέσης, ανάμεσα σε κάθε φροντιστή με κάθε ασθενή, ενώ τα υπόλοιπα μέλη έχουν βοηθητικό – συμβουλευτικό ρόλο, για κάθε μια τέτοια σχέση. Αυτό το μοντέλο εργασίας θεωρείται συνήθως ως ακατάλληλο να συμβάλλει στον συντονισμό του προσωπικού για την επίλυση των προβλημάτων. Ένα ερώτημα που τίθεται εδώ είναι πώς μπορούν τα μέλη διαφορετικών επαγγελματικών ιδιοτήτων και ρόλων να κατευθύνουν κάθε ασθενή, χωρίς να δουλεύουν όλοι με αυτόν, πετυχαίνοντας τον ίδιο στόχο; Η μόνη απάντηση είναι να μην ξεπερνά ο ένας το ρόλο του άλλου (οριοθέτηση ρόλων). Όμως, αυτό είναι εφικτό να

συμβεί, από τη στιγμή που καλείται κάθε θεραπευτής να πορεύεται στη θεραπευτική διαδικασία, με έναν πολυδύναμο και πολυδιάστατο ρόλο;

Σαφώς, η εργασία τους δεν θα θεωρείται πετυχημένη εάν περιοριστούν οι ρόλοι τους. Η Foster (1998) υπογραμμίζει εδώ τον κίνδυνο που διατρέχουν τα μέλη μιας ομάδας φροντιστών όταν πρέπει να αναλάβουν πολυδιάστατους ρόλους και να συμπεριφέρονται σαν να ήταν « ο ένας ίδιος με τον άλλον». Στην περίπτωση αυτή, ο φροντιστής υφίσταται έναν σημαντικό περιορισμό ως προς την λειτουργία του επαγγελματικού του ρόλου, γεγονός το οποίο μπορεί να οδηγήσει στην μη επαγγελματική ικανοποίηση και την αποτυχία της θεραπευτικής διαδικασίας. Για αυτό όλοι οι επαγγελματίες – μέλη μιας θεραπευτικής ομάδας, θα πρέπει να συντονίζουν την εργασία τους, έτσι ώστε να μην διπλασιάζεται το κλινικό έργο με τους ασθενείς. Για να μπορεί να υπάρχει συντονισμός έργου, θα πρέπει να υφίστανται καλές και γόνιμες επικοινωνιακές σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της ομάδας.

Ο Alston (1974) και αργότερα οι Rabkin και συν. (1998), οι Piat και συν. (2002) και οι Van Audenhove και Van Humbeek (2003), θεωρούν ότι η χρήση προγραμμάτων εκπαίδευσης στην επικοινωνία της ομάδας προσωπικού ενός ξενώνα, είναι αναγκαία και αποτελεσματική, γιατί βελτιώνει τις δεξιότητες επικοινωνίας μεταξύ τους και με τους ασθενείς. Επίσης, κατευθύνει την ομάδα σε ένα σημαντικό επίπεδο αλληλοκατανόησης και σαφούς αντίληψης της εικόνας του άλλου, μειώνοντας έτσι το άγχος των φροντιστών. Σε αυτό συμβάλλουν και οι “τυπικές συναντήσεις” της ομάδας για την επίλυση προβλημάτων, οι οποίες παρέχουν ένα είδος “έμμεσης” εκπαίδευσης στο διάλογο και την επικοινωνία (Obholzer 1994).

Ο Wilkinson (1973), αναφερόμενος στις επικοινωνιακές σχέσεις των μελών μιας ομάδας φροντιστών, υποστηρίζει ότι όταν υπάρχει υψηλό επίπεδο κοινωνικής διαντίδρασης μεταξύ τους, τότε τα μέλη παρουσιάζονται πιο ευέλικτα στο συντονισμό του κλινικού έργου, κάνοντας “έξυπνες” κινήσεις από κοινού στην επίλυση των προβλημάτων τους. Η ευελιξία και η ευκαμψία του προσωπικού ενός ξενώνα είναι σημαντική, όταν μάλιστα αναφέρεται στον καθορισμό των πολυδύναμων ρόλων, όπου ο ένας ορίζει τον άλλο κάθε φορά που χρειάζεται να επιτευχθεί ένα συγκεκριμένο έργο. Ταυτόχρονα, η απλή ταξινόμηση των επαγγελματικών ρόλων και μια τυπική περιγραφή των εκάστοτε φύλων εργασίας των φροντιστών, μπορούν να εμποδίσουν την ανάπτυξη



τυχόν προβλημάτων (Piat και συν. 2002).

Μέσα στα πλαίσια αυτών των επικοινωνιακών “ζυμώσεων”, κάθε φροντιστής προσδοκά κάτι από το ρόλο του άλλου. Οι προσδοκίες του ενός αποτελούν το βασικό έναυσμα για την επιτυχή ή όχι εκδήλωση του ρόλου του άλλου και ποικίλουν σε βαθμό και ένταση, ανάλογα με τις κοινωνικές και περιβαλλοντικές συνθήκες μιας συγκεκριμένης μεταβατικής δομής. Κατά τους Watts & Bennett (1983), οι προσδοκίες που αναφέρονται στους ρόλους των φροντιστών μεταξύ τους δεν είναι σαφείς, αλλά “υπονοούμενες”, έμμεσες. Για παράδειγμα, εάν ένας φροντιστής ερωτηθεί σχετικά με το τι περιμένει από το ρόλο του άλλου ή των συνεργατών του, δε θα μπορεί να απαντήσει με σιγουριά. Μάλιστα, εάν προσπαθήσει περισσότερο, προκειμένου να δώσει μια συγκεκριμένη απάντηση, θα επιστήσει την προσοχή του επιλεκτικά σε μια σειρά εκδηλώσεων της συμπεριφοράς του άλλου, η οποία, σε τελική ανάλυση, αποτελεί ένα συστατικό στοιχείο του ρόλου του.

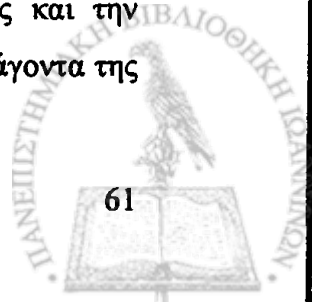
Ο Feffer (1967), προσθέτει ότι οι αναφερόμενες προσδοκίες του ενός για τον ρόλο του άλλου, σηματοδοτούν τον τρόπο με τον οποίο βλέπει κανείς τον εαυτό του και τα πράγματα. Το γεγονός αυτό προκαλεί μια ανάλογη διαμόρφωση θετικής ή αρνητικής εικόνας κάθε φροντιστή για το ρόλο του. Έτσι, ανάλογα με το βαθμό δύναμης που διαθέτουν οι προσδοκίες, εάν είναι θετικές αναπτύσσεται θετική εικόνα για τον ρόλο, ενώ εάν είναι αρνητικές εμφανίζεται μια αρνητική εικόνα του ρόλου. Ένα σχετικό παράδειγμα, που αναφέρει ο Bower (1978), είναι η τάση ενός ανθρώπου, που διαμαρτύρεται ότι οι συνεργάτες του τον κατακρίνουν ως προς την χρήση και αποτελεσματικότητα του ρόλου του, να αναφέρεται συνεχώς σε αυτές τις άσχημες εμπειρίες και να αποφεύγει τη συνεργασία μαζί τους, γιατί περιμένει ότι το γεγονός αυτό θα ξανασυμβεί.

Ο Rosenberg (1965) προσθέτει και την προσωπική διάσταση των προσδοκιών, που αφορούν τον τρόπο με τον οποίον κάθε φροντιστής προσδοκά κάτι από τον ρόλο του. Σε αυτήν την περίπτωση, ο ρόλος μπορεί να ελεγχθεί εσωτερικώς από το ίδιο άτομο, μέσα στα πλαίσια ενός δυνατού συνδυασμού των ατομικών προσδοκιών και των συνεπειών τους στην πράξη (εσωτερικός έλεγχος ρόλου). Επίσης, μπορεί να ελεγχθεί και εξωτερικώς, όταν οι συνέπειες αυτές αιτιολογούνται με βάση εξωτερικούς παράγοντες, όπως π.χ. τυχαία περιστατικά, μοίρα κ.α. (εξωτερικός έλεγχος ρόλου).



Κάθε φροντιστής θεωρεί τον εαυτό του ως τον πιο σπουδαίο στην ομάδα προσωπικού, ως προς τον ρόλο του, και αυτό είναι η γενικότερη προσδοκία του κάθε επαγγελματία ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα, ο Davis (1974), σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών του που αναφέρονται στον τρόπο με τον οποίο το νοσηλευτικό προσωπικό ενός ψυχιατρικού τμήματος βλέπει το θεραπευτικό του ρόλο, έδειξε ότι όλοι οι νοσηλευτές έτρεφαν υψηλές προσδοκίες, με βάση τη μοναδική συμβολή του ρόλου τους για το σχεδιασμό της περίθαλψης και την επίλυση τυχόν συγκρούσεων. Αυτή η αντίληψη της μοναδικότητας της θεραπευτικής αξίας του ρόλου από κάθε επαγγελματία ψυχικής υγείας, έρχεται κάποιες φορές σε σύγκρουση με το καθορισμένο πλαίσιο μιας πολυδιάστατης ομάδας, με πολυδύναμους ρόλους στο σύστημα ενός μεταβατικού ξενώνα. Το γεγονός αυτό, κατά τον Braga (1972), προκαλεί τη λεγόμενη ένταση του ρόλου, η οποία συνίσταται από την έντονη αμφιλογία (role ambiguity) και τις επακόλουθες συγκρούσεις.

Ακόμα και αν έχει διαμορφωθεί ένα κοινό σχέδιο θεραπευτικής προσέγγισης από όλο το προσωπικό, εντούτοις η ένταση και οι συγκρούσεις που προκαλούνται από την αμφιλογία των θεραπευτικών ρόλων είναι αναπόφευκτη και βέβαια ανασταλτική για την αποτελεσματικότητα της οργάνωσης του προσωπικού, κατά τους House και Rizzo (1972). Ο Schuler (1975), υποστηρίζει ότι το πρόβλημα των αμφιλεγόμενων ρόλων των μελών της θεραπευτικής ομάδας σε έναν ξενώνα και οι επακόλουθες συγκρούσεις, εξαρτώνται από το εκάστοτε επίπεδο οργάνωσης αυτής της δομής. Έτσι, σε δομές με χαμηλά επίπεδα οργάνωσης, το πρόβλημα των αμφιλεγόμενων ρόλων προκαλεί μία υψηλού βαθμού ένταση στην ομάδα, ενώ οι προερχόμενες από αυτό συγκρούσεις είναι έντονες. Εάν καταφέρει μια ομάδα φροντιστών να "κρατήσει" το πρόβλημα των αμφιλεγόμενων ρόλων σε ένα χαμηλό επίπεδο έντασης, τότε διασφαλίζεται η καλύτερη δυνατή οργάνωση αυτής. Οι Pearlin και Schooler (1978), υποδεικνύουν τρόπους με τους οποίους τα μέλη της ομάδας προσωπικού μπορούν να μειώσουν ή να αποφύγουν το πρόβλημα των αμφιλεγόμενων ρόλων. Υποστηρίζουν ότι καλό είναι το προσωπικό να φροντίζει να αναπτύσσει εξ' αρχής μία από κοινού δομημένη δράση, να ακολουθεί τρόπους επανοργάνωσης και ανασυγκρότησης των αξιών τους και να αποφεύγει την αιτιολόγηση των πράξεών του, με βάση μόνο τους εξωγενείς παράγοντες και την τυχαιότητα. Βέβαια, δεν θα πρέπει να ξεχάσουμε να αναφέρουμε και τον παράγοντα της



προσωπικότητας κάθε φροντιστή, που, κατά τους Brief και Aldag (1976), παίζει σημαντικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο ο εκάστοτε φροντιστής διαθέτει την ικανότητα και θέλει να μειώσει ή όχι την ένταση που προκαλείται από το πρόβλημα αυτό.

Όταν η θεραπευτική ομάδα ενός μεταβατικού ξενώνα βασίζεται στην αφοσίωση και την αλληλεγγύη (affection), στον έλεγχο (control) της συμπεριφοράς και όταν διαθέτει εμπαθητική ικανότητα, τότε κατά τον Hinde (1976), εδραιώνεται καλύτερα μια συγκεκριμένη θεραπευτική πολιτική, που είναι αποτελεσματική στις ανθρώπινες σχέσεις μεταξύ των φροντιστών και αυτών με τους ασθενείς τους. Στην περίπτωση αυτή, η θεραπευτική ομάδα λειτουργεί με καλές και αποτελεσματικές σχέσεις, οι οποίες προσδίδουν μία θετική ανατροφοδότηση στο περιεχόμενο των θεραπευτικών ρόλων. Συγκεκριμένα, ο Ellsworth (1973), θεωρεί ότι δύο είναι οι λειτουργίες της ανατροφοδότησης των θεραπευτικών ρόλων: α. Παρέχει συνεχείς πληροφορίες ως προς τον τρόπο λειτουργίας του προσωπικού στην εκτέλεση του σχεδίου αποκατάστασης των ασθενών, και β. είναι μία λειτουργία παρώθησης που προωθεί την λειτουργικότητα των θεραπευτικών ρόλων.

Η ανατροφοδοτική διαδικασία υφίσταται όταν ήδη υπάρχει ένας αρχικός σχεδιασμός περίθαλψης και μία κοινή στρατηγική από το προσωπικό. Είναι βοηθητική, στο βαθμό που το προσωπικό θέλει να υιοθετήσει νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις στα πλαίσια ενός ευέλικτου συστήματος επικοινωνίας, όπου οι φροντιστές διαθέτουν θετικές στάσεις προς την εργασία τους. Τέλος, η υποστηρικτική στάση και η έκφραση θετικής εκτίμησης από τον επόπτη (leader) της ομάδας προσωπικού προς τα μέλη του, είναι ένας βασικός παράγοντας για τη λειτουργία της θετικής ανατροφοδότησης. Ένα αποτελεσματικό μοντέλο θετικής ανατροφοδότησης, κατά τους Ellsworth και συν. (1971), είναι η έκφραση επαίνων και θετικών σχολίων του ιατρικού προσωπικού προς το νοσηλευτικό. Το λειτουργικό αυτό μοντέλο χαρακτηρίζει συνήθως δομές, των οποίων το προσωπικό εκφράζεται με θετικές στάσεις ως προς την αποκατάσταση και την ένταξη / επανένταξη των ασθενών στην κοινότητα.

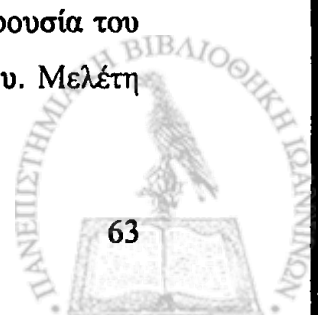
## 4.2. Η ΔΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΙΑΣ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΗΣ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗΣ ΔΟΜΗΣ

### 4.2.1. Η ΗΓΕΣΙΑ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ (LEADERSHIP)

Η εργασία μιας ομάδας επαγγελματιών ψυχικής υγείας με χρόνιους ασθενείς, σε δομές αποκατάστασης, είναι ένα δύσκολο έργο μέσα από το οποίο κάνουν την εμφάνιση τους πολλά προβλήματα. Η ανάγκη δημιουργίας και διατήρησης μίας ενεργούς προσεγγιστικής σχέσης, μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και αυτών με τους ασθενείς, αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες, που προϋποθέτει εκ των προτέρων την καλή οργάνωση της ομάδας προσωπικού. Σε αυτήν βέβαια συμβάλλει ο τρόπος διοίκησης και η λειτουργία της ηγεσίας, σύμφωνα με τους Watts και Bennett (1983). Οι Kerr και συν (1974) και ο Anderson (2003), υποστηρίζουν ότι η οργάνωση και η δόμηση μιας ομάδας προσωπικού ξεκινά από τη στιγμή που κάθε φροντιστής έχει έναν συγκεκριμένο ξεκάθαρο ρόλο και κατευθύνεται βάσει αυτού, ως προς την θεραπευτική του δράση και όταν όλοι οι φροντιστές παράλληλα συμμετέχουν σε ομαδικές δραστηριότητες, που αποσκοπούν στην ανταλλαγή πληροφοριών επικοινωνίας για τον προγραμματισμό του σχεδιασμού περίθαλψης των ασθενών.

Στο πλαίσιο της οργάνωσης και λειτουργίας μιας ομάδας προσωπικού, κάποιος αναδεικνύεται ως “αρχηγός” της ομάδας αυτής. Ένα από τα πιο κρίσιμα και σημαντικά έργα του “αρχηγού” της ομάδας προσωπικού είναι όχι μόνο να επιβλέπει και να αποφασίζει για το τι είναι σωστό και λάθος, αλλά και πώς θα καθοδηγήσει έτσι το προσωπικό ώστε να γίνει κατά το δυνατόν ένα “ιδανικό” προσωπικό (Adair 1983). Ο Δαμίγος (2003) εδώ προσθέτει ότι ο «αρχηγός» της θεραπευτικής ομάδας, ως επιστημονικός υπεύθυνος στο θεραπευτικό πλαίσιο του ξενώνα, ασκεί εποπτεία σε κάθε θέμα ή κλινικό πρόβλημα που προκύπτει, σε συνεργασία με τον θεραπευτή αναφοράς ή όποιο άλλο μέλος της θεραπευτικής ομάδας. Η εσωτερική ομαδική εποπτεία ασκείται στα πλαίσια δεκαπενθήμερων κλινικών συναντήσεων της θεραπευτικής ομάδας.

Ο “αρχηγός” είναι ένα πρόσωπο υψηλού ενδιαφέροντος, μιας και η παρουσία του βασίζεται στο βαθμό της υπόληψης που τρέφουν για αυτόν οι συνεργάτες του. Μελέτη



από τους Kerr και συν (1974), σχετική με το ρόλο της υπόληψης μιας ομάδας φροντιστών για τον “αρχηγό” και η συμβολή αυτής στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, έδειξε ότι όταν υπάρχει το σχήμα της αμοιβαίας επικοινωνίας (two-way communication) μεταξύ τους, ο “αρχηγός” εμφανίζεται να στηρίζει τους συνεργάτες του, με τρόπο που να αισθάνονται άνετα, και υπάρχει υψηλός βαθμός έκφρασης συναισθημάτων εκτίμησης από πλευράς του ως προς την εργασία των άλλων. Βέβαια, υπάρχουν και οι περιπτώσεις που ακόμα και αν ο “αρχηγός” προωθεί μια τέτοιου είδους αμφίδρομη επικοινωνία (two-way), αυτό δεν οδηγεί πάντα μια ομάδα προσωπικού στην αίσθηση ικανοποίησης από την εργασία. Αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί ο “αρχηγός” δεν είναι πάντα σε θέση να γνωρίζει τι ακριβώς συμβαίνει κάθε στιγμή σε μία εκάστοτε θεραπευτική κοινότητα. Για αυτό είναι καλό, ένας ηγέτης να μην θεωρεί ότι πάντα είναι ικανός να αποφασίζει μόνος του πώς θα ολοκληρωθεί ή θα επιτευχθεί ένας θεραπευτικός στόχος ή πώς θα μπορούσε να συνεισφέρει καλύτερα ένας θεραπευτικός ρόλος στην θεραπευτική διαδικασία.

Κατά τους Bass και Valenzi (1974), ο ρόλος του “αρχηγού” πρέπει να έχει ως στόχο την “αλυσιδωτή” διαμόρφωση σχέσεων επικοινωνίας των φροντιστών, ως προς το κλινικό έργο, μέσα από την ανταλλαγή απόψεων και πληροφοριών, βοηθώντας τα μέλη ξεχωριστά να εκφράζουν τα συμπεράσματά τους για την εξέλιξη του θεραπευτικού έργου, με βάση τον εξειδικευμένο επαγγελματικό – θεραπευτικό τους ρόλο. Το είδος αυτό της διεύθυνσης της ομάδας προσωπικού βασίζεται στα υψηλά επίπεδα επικοινωνιακών πληροφοριών μεταξύ των μελών. Παράλληλα οι Fleishman και Harris (1962) υποστηρίζουν ότι η αμοιβαιότητα και το σύστημα ανταλλαγής πληροφοριών επικοινωνίας στην ομάδα προσωπικού, καθιστά τον “αρχηγό” διαθέσιμο και προσεγγίσιμο ως προς όλα τα μέλη, ενώ ταυτόχρονα πρέπει να εμφανίζεται υποστηρικτικός, δείχνοντας την απαραίτητη και αναγκαία κατανόηση ως προς το δύσκολο έργο της ομάδας.

Οι Rushton και Nathan (1996), υποστηρίζουν ότι δύο είναι οι λειτουργίες του ρόλου του αρχηγού μιας θεραπευτικής ομάδας:

- i. **Η λειτουργία του «διερευνητικού» ρόλου (inquisitional function)**
- ii. **Η λειτουργία του ρόλου της ενσυναίσθησης (empathic containing function)**

Σύμφωνα με την λειτουργία του «διερευνητικού» ρόλου, βασικό και κύριο έργο του αρχηγού είναι να επιτηρεί και να εκτιμά το θεραπευτικό έργο όλης της θεραπευτικής



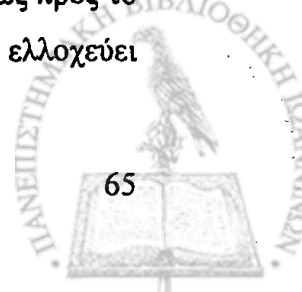


ομάδας και για κάθε φροντιστή ξεχωριστά, όπως π.χ. εάν κατηγοριοποιεί τις ανάγκες των ασθενών, εάν θέτει τους θεραπευτικούς στόχους κ.α. Ο Hearn (1982) και ο Hugman (1991) υποστηρίζοντας την ίδια άποψη, χαρακτηρίζουν τη λειτουργία αυτού του ρόλου, ως «πατερίναλισμό» (masculinization). Ο ρόλος της ενσυναίσθησης σύμφωνα με τους παραπάνω συγγραφείς, φαίνεται να κάνει λιγότερο συχνά την εμφάνιση του.

Από την άλλη, ο Rice (1978), προσθέτει ότι ο τρόπος με τον οποίο ο “αρχηγός” τίθεται απέναντι σε μία κατάσταση, όπου κάποια μέλη της ομάδας δεν πρόσκεινται συμπαθητικά προς τα άλλα, αυτό δηλώνει και τον βαθμό και το είδος της υποστήριξης, που προσφέρει σε αυτά. Ο βαθμός και το είδος της υποστήριξης που θα δοθεί, εξαρτάται βέβαια από την προσωπικότητα και τις ικανότητες του “αρχηγού”. Η αποτελεσματικότητα της υποστήριξης της ομάδας προσωπικού από τον “αρχηγό”, εξαρτάται από το πόσο καλά καταφέρνει ο ίδιος να βοηθά τα μέλη να νιώθουν αξιόλογα ως προς το ρόλο και το έργο τους. Τι γίνεται όμως όταν τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας συγκρούονται και διαφωνούν; Τι πρέπει να κάνει ο “αρχηγός”;

Ο Rice (1978), υποστηρίζει ότι ο “αρχηγός” θα πρέπει να διαθέτει την ικανότητα να κατανοεί εξίσου όλους τους διαφωνούντες, να μην αποδοκιμάζει και να μην συζητά με τρόπο προσβλητικό με κάθε φροντιστή. Βασική προϋπόθεση για αυτό, είναι μία κατάσταση ετοιμότητας, στην οποία πρέπει να βρίσκεται συνεχώς ο “αρχηγός”, μιας και οι συγκρούσεις και οι διαφωνίες είναι αναμενόμενες και αναπόφευκτες στις μεταβατικές δομές.

Οι Kahn και Quinn (1970), κάνοντας λόγο για τις εντάσεις της ομάδας που προκαλούνται από τις συγκρουσιακές σχέσεις των μελών, πιστεύουν ότι η στάση του “αρχηγού”, για να είναι αποτελεσματική, θα πρέπει να διαθέτει ο ίδιος τις ανάλογες ικανότητες και την εμπειρία προκειμένου να αντιμετωπίσει αυτές τις εντάσεις. Ο House (1976) και Hinshelwood (1989) προσθέτει ότι ο “αρχηγός”, ο οποίος μπορεί να περιορίζει το “χάσμα” ανάμεσα σε διαφωνούντες φροντιστές με τη συνεχή υπενθύμιση των στόχων και την προώθηση της φύσης και σημασίας του θεραπευτικού έργου, είναι ένας χαρισματικός “αρχηγός”. Σε αυτήν την περίπτωση δεν ενδιαφέρεται μόνο για την καλά διαμορφωμένη και αποτελεσματική θεραπευτική σχέση των μελών της ομάδας με τους ασθενείς, αλλά παρωθεί τα μέλη στην διαμόρφωση υψηλών προσδοκιών ως προς το θεραπευτικό έργο. Αντίθετα, ο Heifetz (1994), επισημαίνει τον κίνδυνο που ελλοχεύει



όταν ένας τέτοιος τύπος αρχηγού πιθανόν να οδηγήσει στον «αποκλεισμό» των μελών της θεραπευτικής ομάδας, από την ενεργό συμβολή τους στην επίλυση τέτοιων προβλημάτων.

Οι Secord και Backman (1964) υιοθετούν την άποψη ότι η διεύθυνση μιας ομάδας προσωπικού ενός μεταβατικού ξενώνα, δεν χρειάζεται να ασκείται μόνο από ένα πρόσωπο. Συχνά, οι λειτουργίες της διεύθυνσης μιας ομάδας φροντιστών, μπορεί να μοιράζονται σε δύο ή περισσότερα μέλη. Τότε, η ομάδα μπορεί να λειτουργήσει καλύτερα. Για παράδειγμα, ένα μέλος μπορεί να είναι υπεύθυνο για την οργάνωση του κλινικού έργου, ένα άλλο να είναι υπεύθυνο ως προς τους στόχους της αποκατάστασης των ασθενών, ένα τρίτο μέλος να εργάζεται για τη διατήρηση της ενότητας της ομάδας, ενώ ένα άλλο μέλος να εκπροσωπεί όλη την ομάδα στον φορέα ή στους φορείς όπου ανήκει η εκάστοτε δομή.

Συμπερασματικά, θα πρέπει να τονίσουμε ότι κάθε θεραπευτική ομάδα έχει το δικό της πρότυπο – τύπο ηγεσίας (leadership). Αυτό εξαρτάται από το είδος των επικοινωνιακών σχέσεων των φροντιστών και αυτών με τους ασθενείς και από τον καθορισμό των στόχων της αποκατάστασης. Άλλωστε αυτά αποτελούν στοιχεία που συνιστούν την οργάνωση και τη δόμηση της θεραπευτικής ομάδας, ως προς την ολοκλήρωση του κλινικού – θεραπευτικού έργου.

#### **4.2.2. Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ**

Η θεραπευτική κοινότητα ενός μεταβατικού ξενώνα δομείται με βάση μία συγκεκριμένη κοινή ιδεολογία. Το υπόβαθρο αυτής της ιδεολογίας συνιστά την έκφραση συμπάθειας και σεβασμού προς τον συνάνθρωπο – ασθενή και την προώθηση της ανάπτυξης θετικής αυτοεκτίμησης, αξιοπρέπειας και αυτονομίας των ασθενών. Η επίτευξη και ολοκλήρωση αυτών των παραπάνω στόχων καθορίζεται μέσα στα πλαίσια μιας πολυεπίπεδης επικοινωνίας, μεταξύ των μελών του προσωπικού και αυτών με τους ασθενείς. Επίσης, θα πρέπει να υπάρχει εκ των προτέρων ένας από κοινού προγραμματισμός και σχεδιασμός αυτών των στόχων, με βάση τις προτεραιότητες και τις



ανάγκες των ασθενών ο οποίος μπορεί και να επανοργανώνεται, εάν είναι αναγκαίο. Έτσι, η ομάδα φροντιστών θα πρέπει από την αρχή να γνωρίζει ποιοι είναι οι συγκεκριμένοι στόχοι, έτσι ώστε να επιτευχθεί το συγκεκριμένο θεραπευτικό έργο. (Hazelton 1999)

Κατά τον Barton (1966), και τον Freudenberg (1967), η οργάνωση μιας θεραπευτικής ομάδας ως προς το παρεχόμενο θεραπευτικό έργο, δε βασίζεται μόνο στην πολυεπίπεδη επικοινωνία, αλλά και με βάση το ηθικό της ομάδας αυτής. Όσο πιο υψηλό είναι το ηθικό της ομάδας, τόσο πιο καλά οργανωμένο είναι το πρόγραμμα περίθαλψης των ασθενών. Αντίθετα, όπως υποστηρίζουν οι Kushlick και συν. (1976), το χαμηλό ηθικό της ομάδας προκαλεί δύσκαμπτο σύστημα ανάληψης υπευθυνοτήτων και ρόλων και στην προώθηση των λειτουργιών. Επίσης, οδηγεί σε τεμαχισμό της εργασίας και η υποστήριξη προς τους ασθενείς θεωρείται πενιχρή.

Οι Otto και Orford (1978), όπως και ο Raynes και συν. (1979), παρουσιάζουν και μία άλλη διάσταση ως προς την οργάνωση μιας ομάδας προσωπικού. Αυτή αναφέρεται στη διασφάλιση της αυτονομίας του προσωπικού μιας μεταβατικής δομής. Για να λειτουργήσει αποτελεσματικά μια τέτοια δομή, θα πρέπει τα μέλη του προσωπικού να εργάζονται με βάση το επίπεδο της αυτονομίας, που αναγνωρίζει κάθε φορά και προσφέρει ο φορέας από τον οποίο προήλθε (π.χ. ψυχιατρείο). Σύμφωνα με μια μελέτη των παραπάνω μελετητών σε ξενώνες αποκατάστασης χρηστών, αλλά και ψυχικά ασθενών, έχει αποδειχθεί ότι όταν μια ομάδα φροντιστών αισθάνεται ότι λειτουργεί με περισσότερη ελευθερία ως προς τις αποφάσεις τους, τότε παρατηρείται αύξηση της διάθεσης χρόνου του προσωπικού με τους ασθενείς και άμεση εκπλήρωση των αναγκών τους.

Στα πλαίσια της ελεύθερης και συνετής πρωτοβουλίας των φροντιστών, που προσφέρει η αίσθηση της αυτονομίας, το θεραπευτικό έργο εξειδικεύεται, ως προς τους στόχους, για κάθε ασθενή. Ο Mager (1972) παρουσιάζει μία μέθοδο, βάση της οποίας καταγράφονται και αναλύονται οι συγκεκριμένοι θεραπευτικοί στόχοι, ξεκινώντας αρχικά από τους ευρύτερους και απώτερους και μετά τους πιο ειδικούς, που αναφέρονται σε κάθε ασθενή. Πέντε είναι τα βήματα που μπορούν να ακολουθήσουν οι φροντιστές:

- i. Καταγραφή του στόχου / στόχων.
- ii. Καταγραφή σημειώσεων από τον εκάστοτε φροντιστή, αναφορικά με τις



εκδηλώσεις της συμπεριφοράς του ως προς την προσπάθεια επίτευξης του στόχου.

- iii. Καταγραφή ακριβέστερων εξειδικευμένων εκδηλώσεων της συμπεριφοράς του.
- iv. Κατηγοριοποίηση και ταξινόμηση των εξειδικευμένων αυτών εκδηλώσεων, έτσι ώστε να υφίστανται τροποποιήσεις, όταν είναι αναγκαίο
- v. Δημιουργία ενός πλάνου, που να αναφέρεται, κατά προσέγγιση, στην πιθανή επίτευξη και ολοκλήρωση του απαιτούμενου στόχου.

Η χρησιμότητα αυτής της μεθόδου έγκειται στο γεγονός ότι: α. βοηθάει τους φροντιστές να αισθάνονται πιο σίγουροι και ασφαλείς, ως προς το έργο τους και το θεραπευτικό τους ρόλο, και β. βοηθάει να γνωρίζει ο κάθε φροντιστής την υπευθυνότητα του έργου που κατέχει ατομικά. Ταυτόχρονα, λειτουργεί και ως μια χρήσιμη ατζέντα, όπου ο φροντιστής εμφανίζει ένα σχεδιασμένο θεραπευτικό έργο, το οποίο οι συνεργάτες του δεν μπορούν να αμφισβητήσουν.

Ο Δαμίγος (2003) προσθέτει την αναγκαία και απαραίτητη διατήρηση από πλευράς της θεραπευτικής ομάδας ενός κλινικού ημερολογίου, η χρησιμότητα της οποίας αφορά την παρακολούθηση των θεραπευτικών δραστηριοτήτων που γίνονται στα πλαίσια του προγράμματος αποκατάστασης στο θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα. Η καταγραφή στο ημερολόγιο δεν αποτελεί τυπικό καθήκον αλλά είναι ουσιαστικό μέρος του θεραπευτικού έργου, διότι εκτός από την ενημέρωση της υπόλοιπης ομάδας υποδηλώνει και τη συνέχεια που πρέπει να έχει το θεραπευτικό έργο. Στο κλινικό ημερολόγιο, το οποίο αποτελεί τη μνήμη της θεραπευτικής ομάδας, καταγράφονται σε καθημερινή βάση τα προβλήματα και οι δυσκολίες που προκύπτουν στις θεραπευτικές σχέσεις και στην υλοποίηση του θεραπευτικού έργου. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να διατηρείται και το βιβλίο λογοδοσίας, για κάθε θεραπευτική, διαχειριστική ή οργανωτική πληροφορία και ενέργεια.

Σύμφωνα με το Sainsbury Centre for Mental Health (1997) και τον Hazelton (1999), υπάρχουν κάποιες βασικές προϋποθέσεις στις οποίες θα πρέπει να στηρίζονται οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, προκειμένου να οργανώνουν το θεραπευτικό σχεδιασμό μιας δομής αποκατάστασης για χρόνιους ψυχικά ασθενείς. Αυτές είναι:

- i. Η γνώση των αναγκών των ασθενών ξεχωριστά και η δυνατή ιεράρχηση τους, κατά προτεραιότητα
- ii. Η κατοχή γνώσεων και δεξιοτήτων παρέμβασης στην κρίση

- iii. Η ικανότητα αξιολόγησης και άμεσης παρέμβασης για την πρόληψη τυχόν βίαιων ή αυτοκαταστροφικών μορφών συμπεριφοράς
- iv. Οι ικανότητες και δεξιότητες για την δημιουργία μιας αποτελεσματικής διάπροσωπικής επικοινωνίας με τους ασθενείς.
- v. Οι γνώσεις των εκάστοτε κοινωνικών, πολιτιστικών και ψυχολογικών αναγκών των ασθενών ξεχωριστά, για την καλύτερη δυνατή οργάνωση ενός θεραπευτικού σχεδιασμού, η οποία δεν αφήνει περιθώρια για διακρίσεις.
- vi. Οι γνώσεις πρακτικών και μεθόδων από – στιγματισμού των ψυχικά ασθενών.

#### 4.2.3. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΔΟΜΗΣΗ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Η οργάνωση του θεραπευτικού σχεδιασμού από μία ομάδα μη ψυχιατρικού προσωπικού βασίζεται τόσο στην εξειδικευμένη συνεισφορά κάθε επαγγελματία ψυχικής υγείας, όσο και στο κοινωνικό και προσωπικό υπόβαθρο (background) και την εμπειρία ζωής που κατέχει. Οι προσωπικές – κοινωνικές στάσεις, οι ποικιλόμορφες εμπειρίες ζωής, η ηλικία, το φύλο, η κοινωνική θέση και τα εκπαιδευτικά προσόντα των μελών της θεραπευτικής ομάδας, αποτελούν ένα ισχυρό πλαίσιο με βάση το οποίο σχεδιάζεται ένα πρόγραμμα περίθαλψης. Κατά τους Band και Brody (1962), οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που διαθέτουν, ο καθένας ξεχωριστά, ένα συγκεκριμένο προσωπικό – ατομικό υπόβαθρο, τείνουν να παρέχουν διαφοροποιημένες στάσεις στους ασθενείς τους και αυτό το γεγονός, κάποιες φορές, μπορεί να οδηγήσει σε έλλειψη κοινού συντονισμού της ομάδας τους, ως προς την εκτέλεση της πολιτικής της περίθαλψης των ασθενών. Η Foster (1998), βασιζόμενη στην ψυχοδυναμική θεωρητική προσέγγιση υπογραμμίζει την αναγκαιότητα αναγνώρισης, από μέρους της θεραπευτικής ομάδας, αυτών των διαφοροποιήσεων που σχετίζονται, τόσο με το προσωπικό – ατομικό υπόβαθρο του κάθε μέλους, όσο και με τον επαγγελματικό ρόλο. Μόνο έτσι, μπορεί να επιτευχθεί ένας από κοινού συντονισμός ως προς την οργάνωση της θεραπευτικής ομάδας. Εάν αυτό όμως δεν είναι εφικτό, τότε τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας κατακλύζονται από έντονο άγχος. Στην περίπτωση αυτή, η ομάδα οδηγείται στα πλαίσια μιας παρανοειδούς –



σχιζοειδούς λειτουργίας (paranoid – schizoid function), όπου κάθε εκφραζόμενο συναίσθημα, κάθε είδους προσωπική έκφραση τρομάζουν. Για να μπορέσουν ν' απαλλαγθούν τα μέλη της ομάδας από μια τέτοια μη ελεγχόμενη κατάσταση, εναποθέτουν ο ένας στον άλλον όλες τις προσωπικές τους ανησυχίες, αμφιβολίες, ανασφάλειες και αποτυχίες. Έτσι, το κάθε μέλος «οικειοποιείται» μη συνειδητά την προβληματική θέση του άλλου. Μία τέτοια κατάσταση μπορεί να αποφευχθεί όταν τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας το αντιληφθούν εγκαίρως με την υποστήριξη ενός ικανού αρχηγού (leader) και λάβουν υπεύθυνα αποφάσεις για να ξεπεραστεί το πρόβλημα.

Ο Searles (2003) προσθέτει εδώ την εξαιρετικά επίπονη διαδικασία από την οποία διέρχονται τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας κατά την θεραπευτική σχέση με τους ψυχωτικούς ασθενείς, γεγονός το οποίο επιτείνει τη δυσκολία τους (μέλη της θεραπευτικής ομάδας) να αναγνωρίσουν και να διαχωρίσουν το ατομικό από το επαγγελματικό τους υπόβαθρο. Στην περίπτωση αυτή τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας νιώθουν ότι διατρέχουν κάποιον μικρό ή μεγάλο κίνδυνο κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής σχέσης με τους ψυχωτικούς ασθενείς. Το γεγονός αυτό χαρακτηρίζεται, σύμφωνα με τον Hochmann (2003) ως μία σειρά «επικίνδυνων» για τη θεραπευτική ομάδα, συναισθημάτων (συναίσθημα εισβολής – συναίσθημα κένωσης), τα οποία προκαλούνται από τη συχνή και καθημερινή επαφή των μελών με τους ψυχωτικούς ασθενείς. Προκειμένου να προστατευτούν τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας από τα παραπάνω συναισθήματα, οδηγούνται στον ακτιβισμό (φαρμακευτικό, ερμηνευτικό ή κοινωνιοθεραπευτικό έργο ή σε ένα διαφορετικό χώρο, τον «τομέα» (χώρος όπου εκεί αποφεύγεται η αντιπαράθεση με την επιθυμία του ψυχωτικού). Στο τέλος, όμως ακολουθούν συναισθήματα ματαιότητας, έλλειψης λογικής, πλήρους παραλογισμού, τα οποία οδηγούν σε αρνητικά θεραπευτικά αποτελέσματα.

Ο Meehl (1973) παραθέτει μία άλλη προβληματική διάσταση στις σχέσεις των μελών του προσωπικού μεταξύ τους, που αναφέρεται στις αποφάσεις για την κοινή πολιτική στην περίθαλψη των ασθενών. Θεωρεί ο Meehl ότι όχι μόνο το χαμηλό ακαδημαϊκό επίπεδο κάποιων μελών αποτελεί παράγοντα πιθανής σύγκρουσης ανάμεσά τους, αλλά και το ήθος τους. Αυτό το γεγονός συνιστά και τον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύονται οι πληροφορίες, κατά τις επικοινωνιακές σχέσεις και καθορίζει τον τρόπο που λαμβάνονται οι αποφάσεις. Κάποιες φορές μάλιστα, οι πιθανές συγκρούσεις μεταξύ



των μελών μπορεί να αιτιολογούνται και με βάση τον τρόπο με τον οποίο κάποια μέλη, με υψηλά ακαδημαϊκά προσόντα, χαρακτηρίζονται από άλλα μέλη, με χαμηλά ακαδημαϊκά προσόντα, ως “κακοί” και “αυστηροί” επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Ο Kushlick και συν (1976), προσθέτουν στα προβλήματα της οργάνωσης των μελών μίας θεραπευτικής ομάδας και τον παράγοντα του χρόνου που διαθέτουν, για να φροντίσουν τους ασθενείς τους. Μία συνήθης πηγή συγκρούσεων είναι το γεγονός ότι τα μέλη που διαθέτουν περισσότερο χρόνο για τη φροντίδα των ασθενών τους (π.χ. νοσηλευτές, εργοθεραπευτές), τρέφουν συχνά μια αντιπάθεια ως προς τα μέλη εκείνα που δεν διατηρούν συχνή επαφή με τους ασθενείς. Το γεγονός αυτό, μπορεί να οδηγήσει την ομάδα φροντιστών σε χαμηλά επίπεδα συνεργασίας, διασπώντας την σε δύο υποομάδες. Το επακόλουθο αυτής της κατάστασης είναι η εμφάνιση μικρής κοινωνικής διαντίδρασης με τους ασθενείς. Το είδος αυτό του διαχωρισμού της ομάδας προσωπικού (split), μπορεί να ξεπεραστεί εάν εκείνοι θελήσουν να μοιραστούν τη δουλειά της φροντίδας των ασθενών και με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας.

Οι Myers και Lamm (1976), υποστηρίζουν ότι στα πλαίσια της συνεργασίας των μελών της θεραπευτικής ομάδας για το σχεδιασμό και την οργάνωση της περίθαλψης των ασθενών, είναι αναπόφευκτες οι “αποκλίνουσες” τάσεις, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν την ομάδα στη λεγόμενη “πόλωση”, εάν δεν διαμορφωθεί ένα πλαίσιο οριοθέτησης και κατάλληλης πειθαρχίας από όλους. Κατά τον Brehm (1976) και τον Wykes (1995) είναι σημαντικό μία θεραπευτική ομάδα να “τολμά” να προσεγγίζει τέτοιου είδους προβλήματα, προκειμένου να τα αντιμετωπίσει και να ικανοποιήσει διαφορετικές και αντίθετες απόψεις. Αυτό δηλώνει ότι τα μέλη της ομάδας έχουν κατανοήσει τη σπουδαιότητα διαμόρφωσης συνδυασμού διαφορετικών απόψεων, για την καλύτερη ολοκλήρωση και επίτευξη της περίθαλψης των ασθενών. Ο Brehm κάνει λόγο επίσης και για την έννοια της ψυχολογικής αντίστασης των μελών της ομάδας, ως μία από τις βασικές αιτίες δημιουργίας “αποκλινόντων θέσεων”. Όσο τα μέλη (φροντιστές) εργάζονται και συνεργάζονται, χωρίς την επιρροή καταναγκαστικής και επιβαλλόμενης πίεσης, τόσο πιο δύσκολα επιτρέπεται η εμφάνιση της ψυχολογικής αντίστασης αυτών στο θεραπευτικό έργο. Έρευνες που έχουν γίνει στο Νοσηλευτικό προσωπικό ψυχιατρικών τμημάτων από τους Nealey και Blood (1968), Nealey και Owen (1970) και Pryer και Distefano (1971), έδειξαν ότι η εμφάνιση αποκλινόντων τάσεων και η

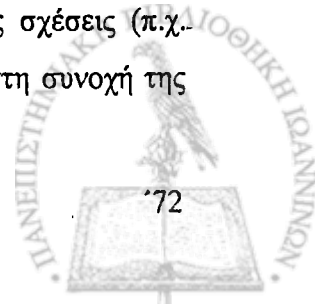


“πόλωση”, υφίσταται όταν το νοσηλευτικό προσωπικό εργάζεται υπό πίεση, μέσα στα πλαίσια μιας χαλαρής οργάνωσης που δεν βασίζεται σε ισχυρά επίπεδα επικοινωνιακών σχέσεων. Αντίθετα, όταν το επίπεδο της οργάνωσης είναι υψηλό, συνήθως δεν εμφανίζονται οι αποκλίνουσες τάσεις των διαφωνούντων και τότε η ικανοποίηση από το έργο είναι μεγάλη.

### 4.3. Η ΣΥΝΟΧΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Η οργάνωση μιας θεραπευτικής ομάδας προϋποθέτει και το σχεδιασμό μιας κοινής πολιτικής, ως προς την ανάπτυξη της συνοχής της. Η ανάπτυξη μιας “κλειστής” θεραπευτικής ομάδας, ως προς τη συνοχή της, αποτελεί απαραίτητο μέρος της οργάνωσης του θεραπευτικού έργου μιας μεταβατικής δομής, γιατί διευκολύνει το μοίρασμα των υπευθυνοτήτων και των επιμέρους έργων. Επίσης, μπορεί να είναι αποτελεσματική στον τρόπο που παρωθεί τα μέλη της ομάδας να ασχοληθούν υπεύθυνα με ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό στόχο, μέσα στα πλαίσια μιας συνεχούς και αμοιβαίας συνεργασίας μεταξύ τους. Μία καλά οργανωμένη και δομημένη ομάδα προσωπικού μπορεί να διατηρήσει μία ολοκληρωμένη κοινή πολιτική θεραπευτικής προσέγγισης των ασθενών και είναι ικανή να επιλύει τυχόν διαφωνίες – συγκρούσεις που εμφανίζονται. Αυτά, άλλωστε, τα στοιχεία συνιστούν τη συνοχή της ομάδας.

Ο Back (1951) παρουσίασε μία σειρά στοιχείων που αποτελούν τις βάσεις για τη συνοχή μιας θεραπευτικής ομάδας. Αναφέρει συγκεκριμένα ότι όταν υπάρχει έντονη η αίσθηση του γόητρου των μελών της και η παρουσία της ενσυναίσθησης (empathy) μεταξύ τους, τότε αυξάνεται η αποτελεσματικότητα της προσπάθειας για την επίτευξη του θεραπευτικού έργου. Αξίζει να πούμε εδώ ότι εάν μία ομάδα φροντιστών δεν αισθάνεται ότι έχει γόητρο, αυτό δεν σημαίνει ότι δεν είναι ικανή να εφαρμόσει μεθόδους και τρόπους που οδηγούν στη συνοχή της. Βέβαια, η ενσυναίσθηση (empathy) μεταξύ των μελών αποτελεί ένας βασικός παράγοντας για την αποτελεσματική συνοχή της ομάδας. Από την άλλη, η εκδήλωση ενδιαφέροντος και συμπάθειας μεταξύ των μελών, μπορεί να οδηγήσει και σε πιο προσωπικές – συναισθηματικές σχέσεις (π.χ. φιλικές σχέσεις). Αυτό όμως, δε φαίνεται να συμβάλλει στη ουσιαστικά στη συνοχή της





ομάδας . -

Ο Gerard (1953), παρουσιάζει μία άλλη διάσταση που συντείνει στη συνοχή της ομάδας. Αυτή σχετίζεται με τον τρόπο, βάση του οποίου, επιλύονται οι τυχόν διαφωνίες των μελών. Όταν υπάρχουν διαφωνίες των μελών μεταξύ τους, τότε υπονομεύεται η συνοχή της ομάδας. Εάν όμως υπάρχει εκ των προτέρων μία σχετικά καλή συνοχή, τότε αντιμετωπίζονται καλύτερα οι διαφωνίες. Η επίλυση των διαφωνιών, σε έναν ικανοποιητικό βαθμό, αυξάνει και τα επίπεδα συνοχής αυτής της ομάδας. Επομένως, όσο πιο ευρέως δομημένες και καλά συνεκτικές είναι οι εργασιακές σχέσεις των μελών, τόσο πιο καλά διευκολύνεται η επίλυση των διαφωνιών, γεγονός που οδηγεί σε μεγαλύτερα επίπεδα συνοχής της ομάδας. Ο Liberman (1971) προσθέτοντας, υποστηρίζει ότι στην ολόενα εξελισσόμενη πορεία της, που λαμβάνει χώρα κατά την προσπάθεια συνοχής της ομάδας, συμβάλλει και η συνειδητή έκφραση σχολίων και απόψεων, απ' όλα τα μέλη, μεταξύ τους, κατά τις ομάδες συναντήσεων. Η εξωτερίκευση της κριτικής άποψης των μελών της ομάδας, για τα επίπεδα συνοχής τους, μπορεί να βοηθήσει στην πρόοδο και την ανάπτυξη της.

Σύμφωνα με το Sainsbury Centre for Mental Health (1997), υπάρχουν κάποιοι παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν σημαντικά στη μεγαλύτερη συνοχή μιας θεραπευτικής ομάδας. Αυτοί είναι οι εξής παρακάτω:

- i. Η ορθή αντίληψη και επίγνωση των εκάστοτε εργασιακών ρόλων των φροντιστών (ειδικευμένων και μη ειδικευμένων).
- ii. Η ικανότητα και η διάθεση του ειδικευμένου προσωπικού (π.χ. επιστημονικό προσωπικό) για παροχή υποστήριξης και εξειδικευμένων γνώσεων, σχετικά με θεραπευτικούς χειρισμούς, στο μη ειδικευμένο προσωπικό (π.χ. βοηθητικό προσωπικό), όταν κρίνεται απαραίτητο.
- iii. Η κατοχή γνώσεων και δεξιοτήτων για μια καλύτερη δυνατή διαπροσωπική επικοινωνία μεταξύ των φροντιστών.
- iv. Η κατοχή γνώσεων και δεξιοτήτων για μια καλύτερη δυνατή διεπαγγελματική συνεργασία
- v. Η επίγνωση της λειτουργίας και χρήσης πολυδιάστατων ρόλων
- vi. Οι γνώσεις και δεξιότητες διαχείρισης συστημάτων ψυχικής υγείας όπως παρέχονται, είτε με την ύπαρξη ενός κατάλληλου επόπτη - αρχηγού της



θεραπευτικής ομάδας (leader), είτε μέσα από κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα για επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

- vii. Η ικανότητα γόνιμων διαπραγματεύσεων για τη μείωση ή απόλειψη τυχόν προβλημάτων που δημιουργούνται κατά τη διεπαγγελματική συνεργασία.

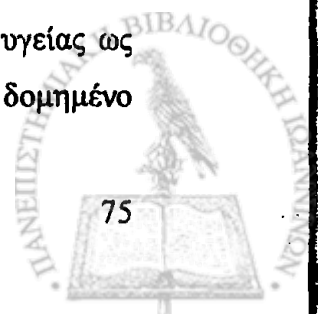


## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

#### 5.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΩΝ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΜΕ ΘΕΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τον Mack (1994), φέρουν συνήθως δύο ειδών συγκεκριμένες αντιλήψεις σχετικά με την ψυχική νόσο, πριν ακόμα ξεκινήσουν μια θεραπευτική σχέση με τον ψυχικά ασθενή. Αυτές αφορούν, από τη μια, την αίσθηση κατοχής προσωπικής δύναμης, την αίσθηση του «Δημιουργού της ζωής του άλλου», η οποία προσδίδει μια συγκεκριμένη επαγγελματική ταυτότητα και την αίσθηση της αυτό - αντίληψης. Η αίσθηση της αυτοαντίληψης του επαγγελματία ψυχικής υγείας, κατά τον Rilssman (1990), μπορεί να χαρακτηρίσει τις θεραπευτικές σχέσεις ως ασύμμετρες, με κύριο στοιχείο την *ανισότητα* ανάμεσα στον ίδιο και τον ασθενή. Κάτι τέτοιο όμως, αν και αποτελεί εμπόδιο για την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης (Boudreau 1991), εντούτοις κάποιες φορές μπορεί να αποτελέσει ως κίνητρο για μια θετική πορεία της σχέσης (Church, 1996). Από την άλλη, βιώνεται η αίσθηση της αποδυνάμωσης, η αίσθηση της διάλυσης και του κατακερματισμού, όπως ακριβώς αντιλαμβάνονται οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σαν αποτέλεσμα της θεραπευτικής σχέσης με τον ψυχικά ασθενή (Stokes 1994). Όποια και αν είναι η αντίληψη για την ψυχική νόσο, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ως φροντιστές σε μια δομή αποκατάστασης θα πρέπει να γνωρίζουν τι είναι η ψυχική νόσος, πράγμα το οποίο αποτελεί βασική προϋπόθεση για την έναρξη μιας θεραπευτικής σχέσης. Βέβαια για να ξεκινήσει μια θεραπευτική σχέση, θα πρέπει όλοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ως φροντιστές, από κοινού, να έχουν διαμορφώσει έναν καλά οργανωμένο και δομημένο



σχεδιασμό θεραπευτικής πρακτικής, με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά οργάνωσης, εσωτερικών κανονισμών και πρακτικών διαχείρισης. Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά πρέπει να διαμορφώνονται με βάση τα φυσικά, εξωτερικά χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης αποκαταστασιακής δομής και με το επίπεδο της εποπτείας.

Σύμφωνα με τους Raynes και συν. (1979), τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα ενός καλά οργανωμένου θεραπευτικού σχεδιασμού, σύμφωνα με τον οποίο μπορεί να ξεκινήσει και να βασιστεί μια θεραπευτική σχέση φροντιστή – ασθενή, αφορούν:

- i. το βαθμό της πιστής και αυστηρής εφαρμογής ενός καθημερινού προγράμματος θεραπευτικών δραστηριοτήτων και της συμμόρφωσης των ενοίκων σ' αυτό
- ii. το βαθμό εξατομίκευσης της θεραπευτικής παρέμβασης, για τον κάθε ένοικο ξεχωριστά (Curtis & Hodge 1994).
- iii. το βαθμό και την συχνότητα ενθάρρυνσης των ενοίκων να κατέχουν το προσωπικό τους χώρο – χρόνο και τα προσωπικά τους αντικείμενα
- iv. το βαθμό προσανατολισμού του θεραπευτικού σχεδιασμού στις ιδιαίτερες ανάγκες των ενοίκων και την ενθάρρυνση για αυτονομία και προσωπική επιλογή, στα πλαίσια ρεαλιστικών προσδοκιών, από πλευράς φροντιστών (Hall & Nelson 1996), (Nelson και συν. 1998).

Αξίζει να σημειωθεί εδώ, ότι το θεραπευτικό προσωπικό μιας αποκαταστασιακής δομής (π.χ. ξενώνας), που διατηρούν υψηλές αλλά και συγχρόνως ρεαλιστικές προσδοκίες, με αισθήματα αποδοχής προς τους ασθενείς, μπορούν να επιδράσουν θετικά στην εξέλιξη της θεραπευτικής σχέσης και την επιτυχία θεραπευτικών στόχων.

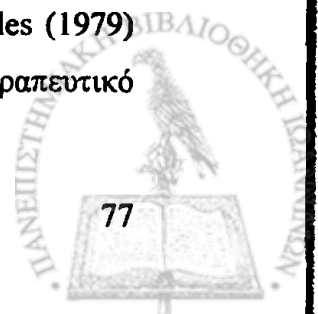
Τέλος, το θεραπευτικό προσωπικό, σύμφωνα με τον Raynes και συν. (1979), θα πρέπει να λαμβάνει κατάλληλη υποστήριξη μέσω μιας συνεχιζόμενης διαρκούς εκπαίδευσης. Την ίδια άποψη υποστηρίζουν οι Holloway και Lavender (1988) και οι Raskin και συν. (1998), οι οποίοι επισημαίνουν τη σπουδαιότητα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του θεραπευτικού προσωπικού, ως βασικού παράγοντα επιτυχίας στη διαμόρφωση μιας σωστής θεραπευτικής σχέσης. Ο Lavender (1985) και ο House (1976), σχετικά με την υποστήριξη του θεραπευτικού προσωπικού, προσθέτουν και τη σπουδαιότητα ύπαρξης ενός ικανού ηγέτη – επόπτη, ο οποίος θα πρέπει να ενθαρρύνει το θεραπευτικό προσωπικό έτσι ώστε τα μέλη να εγκαθιστούν ουσιαστικές σχέσεις με τους ασθενείς, με βάση ένα συγκεκριμένο μοντέλο επαγγελματικών ρόλων. Επίσης, θα πρέπει



να διατηρεί την ισορροπία του θεραπευτικού συστήματος και να αναγνωρίζει τις προσπάθειες των φροντιστών και ως άτομα ξεχωριστά και ως ομάδα (Shepherd 1984). Μ' αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται ένας σημαντικός βαθμός συνοχής της θεραπευτικής ομάδας, κάτι το οποίο είναι αναγκαίο για να υφίστανται ουσιαστικές σχέσεις μεταξύ αυτών και των ασθενών, σύμφωνα με τους Hall (1990) και Wing & Furlong (1986).

Οι διαχειριστικές και οργανωτικές πρακτικές μιας μεταβατικής δομής (ξενώνας) αντανακλούν τον τρόπο με τον οποίον η πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα αλληλεπιδρά με τους ενοίκους. Παράλληλα, οι σχέσεις και οι αλληλεπιδράσεις του προσωπικού με τους ενοίκους προσδιορίζουν την ποιότητα φροντίδας προς τους ασθενείς, καθώς και τα ποιοτικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα του θεραπευτικού περιβάλλοντος της εκάστοτε αποκαταστασιακής δομής, σύμφωνα με Shepherd και Richardson (1979) και Garety & Morris (1984). Συγκεκριμένα, η ενεργός συμμετοχή του θεραπευτικού προσωπικού στη λήψη αποφάσεων, η συναισθηματική υποστήριξη των ασθενών – ενοίκων και η δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ τους, είναι χαρακτηριστικά γνωρίσματα ενός ποιοτικά θετικού θεραπευτικού περιβάλλοντος, σύμφωνα με τους Mc Carthy και Nelson (1991), τους Curtis & Hodge (1994), Constantine & Nelson (1995) και Piat και συν. (2002). Οι Raynes και συν. (1979) προσθέτουν ότι η θετική εικόνα της αντίληψης του επαγγελματικού ρόλου, από πλευράς των φροντιστών, αντανακλά ένα θεραπευτικό περιβάλλον προσανατολισμένο στον ασθενή – ένοικο ή «ατομοκεντρικό» (resident – oriented). Μάλιστα, σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες των Piat και συν (2002), Hall & Nelson (1996) και Nelson και συν (1998), σχετικά με την ποιότητα του θεραπευτικού περιβάλλοντος δομών αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών, έχει βρεθεί ότι η χρήση του ατομοκεντρικού μοντέλου περίθαλψης οδηγεί σε καλύτερα επίπεδα την ποιότητα ζωής των ασθενών – ενοίκων.

Οι Shepherd και Richardson (1979), υποστηρίζουν ότι οι μεταβατικές δομές αποκατάστασης που ακολουθούν τις θεραπευτικές πρακτικές οργάνωσης ενός ατομοκεντρικού συστήματος θεραπείας των ασθενών, διαθέτουν συνήθως θεραπευτικό προσωπικό που θέτει υψηλούς και συγχρόνως ρεαλιστικούς θεραπευτικούς στόχους. Παράλληλα, κινούνται σε υψηλά επίπεδα κοινωνικής αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς τους και αυτό πιστοποιεί μια ποιοτική θεραπευτική σχέση. Οι Segal και Moyles (1979) και οι Constantine & Nelson (1995), προσθέτουν ότι σ' ένα τέτοιο θεραπευτικό



περιβάλλον, οι ένοικοι – ασθενείς της εκάστοτε αποκαταστασιακής δομής (π.χ. ξενώνας), είναι περισσότερο από ποτέ άλλοτε ανεξάρτητοι, ως προς τις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Οι Garety και Morris (1984), σύμφωνα με μελέτες τους σε θεραπευτικά περιβάλλοντα που ακολουθούσαν το ατομοκεντρικό σύστημα θεραπείας, έδειξαν ότι οι συγκεκριμένες δομές αποκατάστασης ακολουθούσαν ένα καθαρά εξατομικευμένο καθημερινό πρόγραμμα φροντίδας των ενοίκων, προσαρμοσμένο στις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Πιο συγκεκριμένα, οι ένοικοι μοιράζονταν διαφορετικές υπευθυνότητες στο χώρο διαμονής τους, όπως π.χ. άλλος επιμελούνταν της καθαριότητας του χώρου, άλλος φρόντιζε για τη σωστή διεύθυνση των αντικειμένων του χώρου, άλλος το μαγείρεμα κ.λ.π. Ταυτόχρονα, οι ένοικοι είχαν το δικαίωμα, ο καθένας ξεχωριστά, να αποφασίζουν από μόνοι τους την ώρα του ύπνου, ιδιαίτερες τις βραδινές ώρες. Η απόσταση ανάμεσα στους ενοίκους – ασθενείς και τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, ελαχιστοποιούνταν συνεχώς, αφού μοιράζονταν, από κοινού, κάποιες συγκεκριμένες ασχολίες ή συνήθειες της καθημερινότητας, όπως π.χ. έτρωγαν μαζί, ή μοιράζονταν και τους χώρους της συγκεκριμένης δομής, όπως π.χ. τα γραφεία του προσωπικού, τα οποία ήταν προσβάσιμα όλες τις ώρες στους ασθενείς. Εδώ, αξίζει να σημειωθεί, ότι τίποτα δε θύμιζε τη ζωή και καθημερινότητα του άσυλου και τίποτα δε διαφοροποιούσε τα μέλη του θεραπευτικού προσωπικού από τους ενοίκους, οι οποίοι πια δε φορούσαν τις ομοιόμορφες στολές του ψυχιατρικού άσυλου. Αυτό λοιπόν που χαρακτηρίζει ένα ποιοτικά θετικό θεραπευτικό περιβάλλον, σύμφωνα με τους Hull και Thompson (1981), τους Crosby και Barry (1995) και Shepherd και συν. (1996), είναι η έμφαση στην αυτονομία και προσωπική επιλογή. Η προώθηση των ασθενών – ενοίκων στη λήψη πρωτοβουλιών και υπευθυνότητων, χωρίς να τίθενται περιορισμοί και όρια που περιττεύουν και δεν έχουν καμία λειτουργική και θεραπευτική σκοπιμότητα από πλευράς φροντιστών, βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ψυχικά πασχόντων, ως ενοίκων σε στεγαστικές δομές αποκατάστασης.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό στοιχείο ενός ποιοτικά θετικού θεραπευτικού περιβάλλοντος, κατά τους Shepherd και Richardson (1979), τους Garety και Morris (1984) και Shepherd και συν. (1996), αφορά την ποσότητα και κυρίως την ποιότητα της αλληλεπίδρασης στις σχέσεις του θεραπευτικού προσωπικού και των ενοίκων. Συγκεκριμένα, το στοιχείο της «αποδοχής», ως χαρακτηριστικό των αλληλεπιδράσεων



φροντιστών και ενοίκων – ασθενών, αντικατοπτρίζει τις στάσεις των ίδιων των φροντιστών για τη θεραπευτική διαδικασία. Οι Garety και Morris (1984), είχαν βρει ότι τα μέλη μιας πολυκλαδικής ομάδας, όταν εμπλέκονταν στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και διατηρούσαν αισιόδοξες στάσεις, ως προς το αποτέλεσμα της θεραπευτικής διαδικασίας, εμφάνιζαν περισσότερα στοιχεία αποδοχής των ασθενών τους. Από την άλλη, ο Richardson (1977), είχε υποστηρίξει και το αντίστροφο, δηλαδή ότι η ύπαρξη θετικών στάσεων της θεραπευτικής ομάδας και τα στοιχεία αποδοχής της ψυχωτικής συμπεριφοράς των ενοίκων – ασθενών τους, προωθούν την ίδια την θεραπευτική ομάδα στην ολοένα περισσότερο δραστηριοποίηση της και συμμετοχή της στην από κοινού λήψη αποφάσεων των μελών για έναν ολοκληρωμένο θεραπευτικό σχεδιασμό. Εδώ, φαίνεται ξεκάθαρα ο τρόπος με τον οποίο τέτοιου είδους στάσεις και συμπεριφορές, τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών, ανατροφοδοτούνται σαν αλυσιδωτές αντιδράσεις οδηγώντας στην ύπαρξη ενός ποιοτικά θετικού θεραπευτικού περιβάλλοντος .

Σε μια συγκεκριμένη έρευνα των Garety και Morris (1984), οι οποίοι μελέτησαν την ποιότητα του θεραπευτικού περιβάλλοντος μιας στεγαστικής δομής αποκατάστασης χρόνιων ψυχωτικών ασθενών, βρέθηκε ότι το 90% των μελών της θεραπευτικής ομάδας συμμετείχε στην από κοινού λήψη αποφάσεων, σχετικά με το σχεδιασμό και την ολοκλήρωση των θεραπευτικών στόχων, ενώ μόνο το 60% έπαιρνε αποφάσεις . Αυτό το στοιχείο βρισκόταν σε σχέση με το συνολικό ποσό των ωρών, που εργάζονταν τα μέλη του προσωπικού στη συγκεκριμένη δομή. Δηλαδή, όσο πιο πολλές ώρες εργάζονταν τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας εβδομαδιαίως ( π.χ. το νοσηλευτικό προσωπικό), τόσο πιο πολύ σημαντική ήταν η συμβολή τους στην από κοινού λήψη αποφάσεων. Ένα άλλο στοιχείο, που εξετάστηκε στη συγκεκριμένη μελέτη και αφορά την συμβολή των στάσεων των φροντιστών στις αλληλεπιδράσεις τους με τους ασθενείς έδειξε ότι το 49% των μελών του θεραπευτικού προσωπικού φάνηκε να τηρεί μια στάση αποδοχής στις αλληλεπιδράσεις του με τους ασθενείς, ενώ το 42% φάνηκε να τηρεί μια στάση ανοχής έναντι του μόλις 9% που διατηρούσε στάση απόρριψης προς τους ασθενείς.

Από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, επιβεβαιώθηκε συμπερασματικά ότι υπήρχε μια θετική σχέση ανάμεσα στην ιεραρχική βαθμίδα των μελών της θεραπευτικής ομάδας και της συγκεκριμένης στάσης που διατηρούσαν. Έτσι,



όσο πιο υψηλά ιστάμενο, στην ιεραρχική βαθμίδα, ήταν ένα μέλος του προσωπικού, τόσο πιο έντονη ήταν η παρουσία της στάσης αποδοχής προς τους ασθενείς. Επίσης, βρέθηκε να υπάρχει θετική σχέση ανάμεσα στην ηλικία των φροντιστών και της στάσης της απόρριψης. Όσο πιο μεγάλοι στην ηλικία ήταν οι φροντιστές, τόσο πιο μεγάλη και έντονη ήταν η στάση της απόρριψης προς τους ασθενείς. Ένα τελευταίο εύρημα που αξίζει να σημειωθεί, είναι η υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο των επιστημονικών γνώσεων των φροντιστών και του βαθμού αλληλεπίδρασης, τόσο μεταξύ τους όσο και με τους ασθενείς τους. Βρέθηκε λοιπόν, ότι οι υψηλά επιστημονικά καταρτισμένοι (π.χ. επιστημονικό προσωπικό), διέθεταν περισσότερο χρόνο για να επικοινωνούν με τους ασθενείς παρά με τα μέλη του υπόλοιπου θεραπευτικού προσωπικού.

Στην έρευνα των Raynes και συν. (1979), σύμφωνα με τη μελέτη τους σχετικά με τη συμμετοχή του θεραπευτικού προσωπικού στην από κοινού λήψη αποφάσεων, βρέθηκε ότι η θεραπευτική ομάδα έπαιρνε αποφάσεις για την καθημερινή φροντίδα των ασθενών, την οικιακή εργασία και τις δραστηριότητες τους, καθώς και για το εβδομαδιαίο ωράριο των ιδίων. Ως προς την αλληλεπίδραση φροντιστών – ασθενών, βρέθηκε ότι το 57% επικοινωνούσε καθημερινά με όλους τους ασθενείς, ενώ μόλις το 11,7% των μελών της θεραπευτικής ομάδας είχαν πρόθεση για συνεργασία και επικοινωνία μαζί τους! Επίσης, παρατηρήθηκαν κάποια λιγοστά δείγματα απορριπτικής στάσης των φροντιστών προς τους ενοίκους – ασθενείς, κατά την αλληλεπίδραση μεταξύ τους, τα οποία αφορούσαν σκόπιμες θεραπευτικές τεχνικές, με στόχο την επανακοινωνικοποίηση και δραστηριοποίηση των τελευταίων. Στη συγκεκριμένη έρευνα αποδείχθηκε ότι το θεραπευτικό προσωπικό που τηρούσε στάση αποδοχής και κάποιες φορές, όταν χρειαζόταν, μια απορριπτική στάση, ως αρνητική ενίσχυση της παθολογικής συμπεριφοράς κάποιων ασθενών, οδηγήθηκε στην ποιοτική παροχή φροντίδας και θεραπείας και σε θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα. Το ίδιο επισημαίνουν και οι Otto και Orford (1978), ότι δηλαδή η θεραπευτική χρήση στοιχείων απορριπτικής διάθεσης από τους φροντιστές αποτελεί μια πολύ σημαντική θεραπευτική τακτική για την αντιμετώπιση αρνητικών συμπεριφορών των ασθενών (π.χ. βίαιη – επιθετική συμπεριφορά)

Μία άλλη έρευνα των Sinclair και Snow (1971) σε μεταβατικές στεγαστικές δομές για ψυχιατρικούς ασθενείς, έδειξε ότι το θεραπευτικό περιβάλλον είναι ποιοτικά





καλύτερο, -όταν τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας εκφράζονται με στάσεις κατανόησης, ζεστασιάς και φιλικότητας προς τους ασθενείς – ενοίκους. Τότε η θεραπευτική διαδικασία είναι πιο αποτελεσματική. (Riger 1993) Οι Ellsworth και συν. (1971) επισημαίνουν εδώ, ότι οι φροντιστές που εκφράζονται με μια προστατευτική συμπεριφορά και με αισιοδοξία για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, προωθούν ένα θεραπευτικό περιβάλλον, με στοιχεία *laissez – faire* (προώθηση πρωτοβουλίας και αυτονόμησης των ασθενών), και πλαισιώνουν ένα ατομοκεντρικό θεραπευτικό σύστημα προσανατολισμένο στον ένοικο – ασθενή. Παράλληλα, οι Krulich (1985) και Hull & Thompson (1981), προσθέτουν ότι θετικές και αισιόδοξες στάσεις, ως προς τους ψυχικά ασθενείς και οι μετριοπαθείς προσδοκίες ως προς το θεραπευτικό αποτέλεσμα, χαρακτηρίζουν δομές με ατομοκεντρικό σύστημα θεραπείας και αντανακλούν την ποιοτικά θετική συναισθηματική χροιά των αλληλεπιδράσεων φροντιστών – ασθενών.

Σύμφωνα με τους Bebbington και Kuipers (1994), Butzlaff και Hooley (1998) και Kavanagh (1992), η έκφραση του συναισθήματος στις αλληλεπιδράσεις φροντιστών – ασθενών είναι ένας σημαντικός παράγοντας για να χαρακτηριστεί ένα θεραπευτικό περιβάλλον ποιοτικά θετικό ή αρνητικό. Οι Van Humbeek και συν. (2001) και οι Van Audenhove κ' Van Humbeek (2003) ειδικότερα υποστηρίζουν ότι τα μέλη μιας θεραπευτικής ομάδας που έχουν την ικανότητα να ελέγχουν τη συναισθηματική τους έκφραση, όταν καλούνται να αντιμετωπίσουν παρορμητικές και μη ελεγχόμενες συμπεριφορές των ασθενών τους, τότε το θεραπευτικό περιβάλλον, το οποίο πλαισιώνουν χαρακτηρίζεται ποιοτικά θετικό. Παράλληλα, όταν οι χαμηλοί τόνοι της συναισθηματικής έκφρασης συνδυάζονται και: α) με τις θετικές στάσεις και ρεαλιστικές προσδοκίες για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, β) με τη διατήρηση μιας ισορροπημένης πορείας, ως προς την ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση των ασθενών, όπως αυτή συντηρείται από την, από κοινού, λήψη αποφάσεων όλων των μελών της θεραπευτικής ομάδας και γ) με την από κοινού τοποθέτηση ορίων στη συμπεριφορά των ασθενών, τότε οι πιθανότητες ολοκλήρωσης των θεραπευτικών στόχων μεγιστοποιούνται. Και πλέον, ένα τέτοιο ποιοτικά θετικό θεραπευτικό περιβάλλον συνιστά την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής διαδικασίας.

## 5.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΩΝ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΜΕ ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

Το περιβάλλον στεγαστικών μεταβατικών δομών, των οποίων το θεραπευτικό προσωπικό προσανατολίζεται προς έναν αυστηρό θεραπευτικό σχεδιασμό, με έμφαση στα δομικά και οργανωτικά χαρακτηριστικά, φαίνεται να επηρεάζεται αρνητικά ως προς την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής διαδικασίας και την πορεία της ψυχικής νόσου των ασθενών, σύμφωνα με τους Moos (1988) και Mc Carthy & Nelson (1991). Παράλληλα, οι Watson, Dally και Zimmerman (1980), υποστηρίζουν ότι οι δομές που προσανατολίζονται στην αυστηρή τήρηση της οργάνωσης και λειτουργίας του θεραπευτικού προγράμματος, χωρίς στοιχεία του ατομοκεντρικού συστήματος θεραπείας, οδηγούν σε αρνητικά αποτελέσματα τη θεραπευτική διαδικασία, ενώ ο Crosby (1987) και η Zissi (1997) προσθέτουν ότι χαρακτηριστικά του θεραπευτικού προσωπικού μεταβατικών δομών, όπως τα υψηλά επίπεδα ελέγχου οργάνωσης της στεγαστικής δομής και η έμφαση στην αυστηρή οργάνωση της δομής (π.χ. μεγαλύτερη πειθαρχία στο καθημερινό πρόγραμμα λειτουργίας της δομής), αφορούν θεραπευτικά περιβάλλοντα που παρέχουν θεραπεία σε ασθενείς με χαμηλά επίπεδα λειτουργικότητας.

Οι Moos και Schwartz (1972) παράλληλα, υποστηρίζουν ότι το θεραπευτικό προσωπικό μιας στεγαστικής μεταβατικής δομής, με έντονα στοιχεία αυστηρής οργάνωσης της ομάδας των φροντιστών, οδηγείται στην υιοθέτηση συγκεκριμένων στάσεων και συμπεριφορών, όπως της τυπικότητας, της εξουσίας και της αυστηρής πειθαρχίας προς τους ενοίκους – ασθενείς, γεγονός το οποίο συνήθως αποφέρει αρνητικά αποτελέσματα στη θεραπευτική διαδικασία . (π.χ. παλινδρόμηση της συμπεριφοράς των ασθενών σε προηγούμενα στάδια της νόσου). Η παρουσία στάσεων του θεραπευτικού προσωπικού που επικεντρώνονται στην έκθεση κριτικών σχολίων, στην εχθρική – αμυντική συμπεριφορά και στην εμφάνιση υψηλής συναισθηματικής φόρτισης, είναι οι κύριοι παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην πορεία της νόσου των ασθενών, κατά τους Butzlaff και Hooley (1998), Wearden και συν. (2000) και Van Humbeek και συν. (2001) και αποτελούν την κύρια αιτία ανάπτυξης του στίγματος και της κοινωνικής διάκρισης των ψυχικά ασθενών (Walter 1998).



Σύμφωνα με μια ερευνητική μελέτη των Ball και συν. (1992), σε δύο (2) ξενώνες όπου μετρήθηκε η συμβολή του εκφραζόμενου συναισθήματος των φροντιστών προς τους ασθενείς και τα αποτελέσματα της θεραπευτικής διαδικασίας, βρέθηκε ότι οι στάσεις του θεραπευτικού προσωπικού, που βασίζονταν στην έκθεση κριτικών σχολίων προς τους ασθενείς σχετίζονταν με την παρουσία μη ρεαλιστικών προσδοκιών ως προς το θεραπευτικό αποτέλεσμα και εμφανίζονταν στοιχεία αυστηρής οργάνωσης της συγκεκριμένης στεγαστικής δομής. Επίσης, η παρουσία κριτικής στάσης των φροντιστών προς τους ασθενείς προϋπέθετε υψηλά επίπεδα συναισθηματικής έκφρασης από πλευράς των φροντιστών και αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση συχνών υποτροπών των ασθενών και την αρνητική επίδραση στο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Οι Snyder και συν. (1994), προσθέτουν ότι η κριτική στάση του θεραπευτικού προσωπικού ενός ξενώνα οδηγεί στην φτωχή ποιότητα ζωής των ασθενών, ενώ οι Moore και συν. (1992) και Oliver & Kuiper (1996), Finnema και συν. (1996) και Van Humbeek και συν. (2002) υποστηρίζουν ότι η παρουσία κριτικής στάσης του θεραπευτικού προσωπικού των ξενώνων έχει άμεση σχέση με την αρνητική συμπτωματολογία των ασθενών – ενοίκων και με την κοινωνικά μη αποδεκτή συμπεριφορά. Δηλαδή, η αρνητική συμπτωματολογία και η απαθής συμπεριφορά των ασθενών γεννά την αμυντική και κριτική στάση του θεραπευτικού προσωπικού προς αυτούς. Παράλληλα, οι Baroclough και συν. (2001), οι Tattan και Tartier (2000) και οι Weigel κ' Collins (2000), σύμφωνα με τα συμπεράσματα μελετών τους, συμφωνούν ότι όταν υπάρχουν ασθενείς με χαμηλή κοινωνική λειτουργικότητα, τότε δεν διευκολύνεται η ανάπτυξη θετικών σχέσεων ανάμεσα σε αυτούς και το θεραπευτικό προσωπικό του ξενώνα, γεγονός το οποίο προκαλεί την εμφάνιση αρνητικών στάσεων των φροντιστών και οδηγεί σε αρνητικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Από την άλλη, τα υψηλά επίπεδα συναισθηματικής έκφρασης του θεραπευτικού προσωπικού ενός ξενώνα οδηγούν στην αρνητική αλληλεπίδραση των μελών με τους ασθενείς, σύμφωνα με τους Moore, Kuipers και Ball (1992). Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών (Watts 1988, Moore και συν. 1992, Snyder και συν. 1994, Siol και Stark 1995, Oliver και Kuipers 1996, Willets και Leff 1997, Moore και Kuipers 1999, Tattan και Tartier 2000), αναφορικά με το εκφραζόμενο συναίσθημα του θεραπευτικού προσωπικού έδειξε ότι το φαινόμενο της υψηλής έκφρασης συναισθήματος των φροντιστών παρουσιάζεται συνήθως σε δομές όπου διαμένουν



χρόνιοι ασυλικοί ασθενείς.

Τα υψηλά επίπεδα συναισθηματικής έκφρασης του θεραπευτικού προσωπικού μιας στεγαστικής δομής, μεταβατικής, συνεπάγονται την ύπαρξη αρνητικών στάσεων με διάθεση κριτικών σχολίων και αμυντικής συμπεριφοράς, από πλευράς των φροντιστών προς τους ασθενείς. (Cottle και συν. 1995, Finnema και συν 1996, Herzog 1998, Kuipers και Moore 1995, Stark και συν. 1992, Tattan και Tattier 2000). Η κατάσταση αυτή της υψηλής συναισθηματικής έκφρασης των φροντιστών προς τους ασθενείς, αναγκάζει τους ίδιους να μην γνωρίζουν μέχρι που μπορούν να φτάσουν τα όρια της συμπεριφοράς τους και πώς να κρατούν την κατάλληλη απόσταση από τους ασθενείς τους, με αποτέλεσμα να προκαλούνται προβλήματα, τόσο στο διαπροσωπικό, όσο και στο επαγγελματικό επίπεδο (σύγχυση ρόλων), κάτι το οποίο δημιουργεί εμπόδια στην εγκαθίδρυση και ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης. (Van Humbeek και συν. 2001). Οι Moore και Kuipers (1992) υποστηρίζουν ότι σε διαπροσωπικό επίπεδο σχέσεων ανάμεσα σε φροντιστές και ασθενείς, η υψηλή έκφραση των συναισθημάτων και η συνεπαγόμενη ύπαρξη αρνητικών κριτικών στάσεων, από πλευράς φροντιστών, χρωματίζουν αρνητικά το περιεχόμενο των μεταξύ τους συζητήσεων. Παράλληλα, οι φροντιστές, με τέτοιου είδους χαρακτηριστικά δίνουν ιδιαίτερη προσοχή συνήθως σε ασθενείς που παραμένουν για λίγο χρονικό διάστημα στον ξενώνα ή σε ασθενείς που προκαλούν κάποια ιδιαίτερα προβλήματα συμπεριφοράς.

Η έρευνα των Barrowclough και συν. (2001), επιβεβαιώνει τα αρνητικά αποτελέσματα της διαπροσωπικής επικοινωνίας φροντιστών – ασθενών, μέσα από την οποία διαχέονται τα υψηλά επίπεδα έκφρασης του συναισθήματος και οι αρνητικές κριτικές στάσεις των φροντιστών προς τους ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνα αυτή ελήφθησαν υπόψη δύο βασικοί παράγοντες που αξίζει να σημειωθούν. Ο πρώτος παράγοντας ήταν ότι ο ξενώνας που μελετήθηκε, ήταν σχετικά καινούργια δομή (κάτω των 18 μηνών) και έτσι οι θεραπευτικές σχέσεις που εξετάστηκαν, ήταν μικρής διάρκειας. Ο δεύτερος παράγοντας αφορούσε το ίδιο το θεραπευτικό προσωπικό, το οποίο εργαζόταν για πολλά χρόνια πριν, σε παρόμοιες δομές, και αυτό το γεγονός πιθανόν να οδήγησε στην αύξηση των αρνητικών στάσεων προς τους συγκεκριμένους ασθενείς. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης έδειξαν ότι το υψηλά εκφραζόμενο συναίσθημα και η αρνητική - κριτική στάση των φροντιστών επηρέαζε

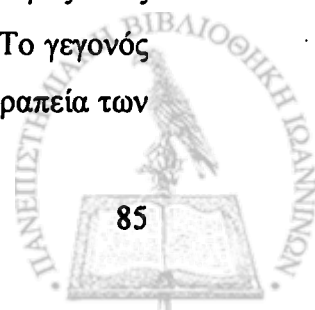


αρνητικά τη διάθεση και τη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών. Επίσης, όλοι οι ασθενείς ήταν ευάλωτοι ως προς την αρνητική στάση του προσωπικού προς αυτούς, και οι πιο δύσκολοι ασθενείς φάνηκε ότι επέδειξαν προβλήματα συμπεριφοράς στους επόμενους επτά μήνες, μετά την εγκαθίδρυση της θεραπευτικής σχέσης. Εδώ, επαληθεύεται και η θεωρία του Weiner (1980, 1993) περί των συναισθημάτων, ο οποίος υποστηρίζει ότι όταν οι άνθρωποι κρίνουν με αρνητικό τρόπο την προβληματική συμπεριφορά του άλλου, τότε είναι δυνατόν να επηρεάσουν αρνητικά το άτομο αυτό και βέβαια δεν το βοηθούν. Τέλος, βρέθηκε στη συγκεκριμένη μελέτη ότι το μη καλά εκπαιδευμένο προσωπικό (π.χ. επαγγελματικά προσόντα – ειδικευση κ.λ.π) που εργάζεται σε ξενώνες, συνήθως εμφανίζει στοιχεία υψηλών επιπέδων συναισθηματικής έκφρασης και αρνητικές στάσεις, απ' ότι το ειδικευμένο ή εκπαιδευμένο προσωπικό.

Οι Gamble και συν. (1994), οι Lam και συν. (1993) και οι Moore και Kuipers (1999) υποστηρίζουν ότι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού που εργάζεται σε ξενώνες, είναι αναγκαία προϋπόθεση για την κατάλληλη αντιμετώπιση τυχόν αρνητικών συμπτωμάτων της συμπεριφοράς των ασθενών και για την σωστή οργάνωση και δόμηση της θεραπευτικής ομάδας, αφού πάντα υπάρχει η διάθεση του θεραπευτικού προσωπικού να ασκεί κριτική συχνά, σε τέτοιες καταστάσεις, γεγονός το οποίο προκαλεί εμπόδια στη θεραπευτική διαδικασία.

### **5.3 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ**

Ο Benhau (1988), υποστηρίζει ότι οι στάσεις των φροντιστών είναι σημαντικός παράγοντας για τη σταδιακή διαμόρφωση του προγράμματος περίθαλψης των ψυχικά ασθενών και των «ρόλων» που θα υιοθετήσουν αργότερα κατά την εξέλιξη της θεραπευτικής σχέσης. Οι Freeman και Simons (1963), δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στο αποτέλεσμα της θεραπευτικής διαδικασίας, θεωρούν ότι όταν οι στάσεις των φροντιστών χαρακτηρίζονται από έλλειψη σεβασμού και από χαμηλές προσδοκίες ως προς τους ασθενείς τους, τότε τα αποτελέσματα της θεραπείας δεν είναι ικανοποιητικά. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει και τον τρόπο με τον οποίο «βλέπουν» οι φροντιστές την θεραπεία των



ασθενών τους – πως δηλαδή εννοούν τη θεραπεία των ασθενών τους, πράγμα το οποίο βέβαια εκφράζει και μια στάση-.Επίσης, οι ίδιοι υποστηρίζουν ότι ο τρόπος με τον οποίο κατηγοριοποιούνται τα προβλήματα των ασθενών τους, υποδηλώνει και κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των στάσεων τους όπως: «το αν είναι καλά δομημένες και ρεαλιστικές ή όχι».

Οι Watts και Bennett (1978), προσθέτουν ότι η κατηγοριοποίηση των προβλημάτων των ασθενών από τους φροντιστές, εγκυμονεί κινδύνους για την θεραπευτική διαδικασία, γιατί αυτή (η κατηγοριοποίηση) μπορεί να είναι αποτέλεσμα προσωπικών ή ομαδικών εκτιμήσεων των φροντιστών, παρά μια επιστημονική σύλληψη. Τέτοιου είδους εκτιμήσεις μπορούν να καθορίσουν αρνητικά τις στάσεις των φροντιστών ως προς το βαθμό και το είδος της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς. Αντίθετα, όταν δεν επικρατούν οι λανθασμένες εκτιμήσεις των φροντιστών ως προς τα προβλήματα των ασθενών, τότε κυριαρχούν ο σεβασμός, ο ρεαλισμός και η αισιοδοξία, στοιχεία τα οποία προσδίδουν θετική χροιά στις στάσεις τους για την αποκατάσταση των ασθενών τους.

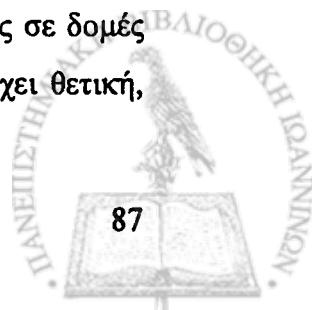
Ο Goffman (1981), τονίζοντας ότι οι στάσεις των φροντιστών ως προς την ψυχική νόσο είναι καθοριστικές για την θεραπεία και αποκατάσταση των ασθενών, επισημαίνει ότι όταν δεν διατηρούν ένα είδος κοινωνικής απόστασης από τους ασθενείς τους, τότε αυτό αποτελεί θετικό στοιχείο, που οδηγεί στη βελτίωση της κλινικής εικόνας των ασθενών και έτσι επισπεύδεται η αποκατάσταση αυτών. Οι Garety και Morris (1984) προσθέτουν ότι η έλλειψη ενός είδους «απόστασης» από τους ασθενείς, προϋποθέτει την αποδοχή των ασθενών, από μέρους των φροντιστών και αποτελεί ποιοτικό χαρακτηριστικό της μεταξύ αυτών αλληλεπίδρασης. Η αποδοχή σημειοδοτεί την ύπαρξη θετικών, αισιόδοξων στάσεων των φροντιστών ως προς την ψυχική νόσο και διευκολύνει τη θεραπευτική διαδικασία, για την αποκατάσταση. Το ίδιο επισημαίνουν και οι King και συν. (1971), προσανατολιζόμενοι στις μεταβατικές δομές ψυχιατρικής περίθαλψης, όπου το στοιχείο της αποδοχής προωθεί την αλληλεπίδραση φροντιστών – ασθενών, σε υψηλά επίπεδα και χαρακτηρίζει την θεραπευτική προσέγγιση ως «ατομοκεντρική».

Από την άλλη, οι Minkoff και Stern (1985), υποστηρίζουν ότι η σχιζοφρένεια (ψυχική νόσος) τρομάζει τόσο τον ασθενή, όσο και τον επαγγελματία ψυχικής υγείας. Η απομόνωση, η ντροπή, η απελπισία της ψύχωσης, προκαλούν δυσκολίες στην

ενσυναίσθηση (*empathy*), ακόμα και στους πιο έμπειρους κλινικούς. Πολλοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε δομές με χρόνιους ασθενείς, πιστεύουν ότι πρέπει να υπάρχει μια απόσταση μεταξύ αυτών των ίδιων και των ασθενών τους, μιας και η διανοητική και συναισθηματική σύνδεση με τον ψυχικά ασθενή δεν είναι κάτι το υποφερτό! Οι επίμονες προβλητικές ταυτίσεις των ψυχωτικών ασθενών, σύμφωνα με τον Hochmann, οι οποίες εισβάλλουν στον προσωπικό ψυχικό χώρο των μελών της θεραπευτικής ομάδας, οδηγούν στη γέννηση του φόβου της «εισβολής» και της «μόλυνσης» στους τελευταίους. Έτσι, κάνουν λόγο για επιβολή ορίων στους ψυχωτικούς ασθενείς, υποδηλώνοντας την προσπάθειά τους για προστασία της ακεραιότητας της πνευματικής τους λειτουργίας (Δαμίγος 2003). Επομένως, η προσπάθεια για περίθαλψη και θεραπεία σε επίπεδο συναισθηματικό δυσχεραίνεται.

Η επικρατούσα στάση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, κατά τον Kenneth Minkoff (1987) για την εργασία με ασθενείς που έχουν σοβαρές ψυχικές διαταραχές, χαρακτηρίζεται ως μη καλά αμειβόμενη, δεν προσθέτει το κύρος και το γόητρο και βέβαια η ελπίδα για θεραπεία και αποκατάσταση των ασθενών είναι περιορισμένη (ελάχιστη). Η άποψη αυτή υποδηλώνει μια αρνητική στάση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την ψυχική νόσο και για την εργασία τους με χρόνιους ασθενείς, η οποία προκαλεί σοβαρά εμπόδια στην διαδικασία της αποκατάστασης, με κυρίαρχο την *αντίσταση* στη θεραπευτική διαδικασία. Το πρόβλημα της αντίστασης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας δεν είχε μελετηθεί επαρκώς μέχρις ότου οι Schroder και Ehrlich (1968) ξεκίνησαν μια προσπάθεια μελέτης των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε ψυχιατρικό ίδρυμα. Αυτοί αποτέλεσαν την αφετηρία για την διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και έδωσαν το έναυσμα για το ξεκίνημα και άλλων συναφών μελετών, μεταγενέστερα. Σ' εκείνη την έρευνα είχε αποδειχθεί ότι οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές εμφάνιζαν μια απορριπτική στάση και μια τάση αποστασιοποίησης από τα προβλήματα των ψυχικά νοσούντων.

Αργότερα, οι Mirabi και συν. (1985), σε μια μελέτη του για τις στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας ως προς τους ασθενείς με ψυχική νόσο βρήκε ότι το 85% δεν επιθυμούσε να εργάζεται σε δομές με ψυχιατρικούς ασθενείς, το 55% αποφεύγουν να εργάζονται σε τέτοιους χώρους, ενώ το 65% υποστήριζαν ότι η εργασία τους σε δομές ψυχιατρικές δεν απέφερε ικανοποιητικές αμοιβές. Επίσης, βρέθηκε ότι υπάρχει θετική,



υψηλή συνάφεια ανάμεσα στην αντίσταση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ως προς την εργασία τους με ψυχικά ασθενείς και τα εξής παρακάτω: α) την αποστασιοποίηση των ψυχικά νοσούντων από το κοινωνικό σύνολο. Ο Searles συγκεκριμένα για αυτό, υποστηρίζει ότι η αμυντική στάση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας ως προς τους ψυχωτικούς ασθενείς ενέχει το στοιχείο της απαισιοδοξίας και της απελπισίας, το οποίο προέρχεται από μία λανθάνουσα επιθυμία των πρώτων (επαγγελματιών ψυχικής υγείας) να μην ξεφύγουν από την ασθένεια τους οι τελευταίοι (ψυχωτικοί ασθενείς). Η ύπαρξη αυτών των φαινομένων, σε συνδυασμό με τις μεγάλες δυσκολίες στη θεραπεία της ψύχωσης την χαρακτηρίζουν ως μία μη αναστρέψιμη αναπηρία. Έτσι, οι ασθενείς αντιστέκονται στις αλλαγές που συνιστούν το έργο αποκατάστασης και οδηγούνται σε συμπεριφορές οι οποίες θυμίζουν εκείνες του ασύλου (π.χ. απομόνωση, ιδρυματική συμπεριφορά, αποδιοργάνωση, υποτροπή) (Δαμίγος 2003), β) την απορριπτική στάση του ιατρικού προσωπικού προς τους ασθενείς, γ) τις αποτυχημένες προσπάθειες να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς τους σε δεξιότητες και τέλος δ) να ξεπεράσουν την υψηλή συναισθηματική φόρτιση, που προκλήθηκε κατά την διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας.

Οι Hastings και συν. (1995) και οι Morgan και Hastings (1998), επισημαίνοντας τον προσδιοριστικό ρόλο των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην επικοινωνία τους με τους ασθενείς, υποστηρίζουν ότι εάν αυτοί διατηρούν μια κριτική – απορριπτική στάση προς τους ασθενείς τους, το γεγονός αυτό αποτελεί σημαντικό στοιχείο της κακής, φτωχής ποιότητας παροχής φροντίδας στους ψυχικά ασθενείς. Εδώ, συμφωνούν και οι Snyder και συν. (1994), υποστηρίζοντας ότι η κριτική στάση του προσωπικού, που εργάζεται σε ξενώνα με χρόνιους ασυλικούς ασθενείς, χαρακτηρίζει την παροχή υπηρεσιών φροντίδας και θεραπείας ως κακής ποιότητας! Από την άλλη, οι Tattan και Taglier (2000) και οι Link και συν. (1997), συμπληρώνουν ότι η απουσία θετικών στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας προϋποθέτει την κακή ποιότητα στις σχέσεις αυτών με τους ασθενείς και να οδηγήσει στην αποτυχία των ασθενών να ολοκληρώσουν τις προσπάθειες τους στους τομείς της αποκατάστασης όπως π.χ. διαβίωση στην κοινότητα, επαγγελματική αποκατάσταση.

Σε μια μελέτη των Jorm και συν. που διεξήχθη από το 1998 έως το 1999, εξετάστηκαν οι επαγγελματικές στάσεις των μελών ενός θεραπευτικού προσωπικού, που





εργαζόταν σε μεταβατική δομή αποκατάστασης χρόνιων ψυχωτικών ασθενών και η σχέση τους με την επιτυχημένη διαβίωση των ασθενών στην κοινότητα, καθώς και με την πορεία της νόσου τους. Ως προς την πορεία της νόσου, τα αποτελέσματα της ερευνητικής μελέτης έδειξαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό πίστευε πως, αν και ακολουθούνται συγκεκριμένες θεραπευτικές μέθοδοι αντιμετώπισης της νόσου με στόχο την αποκατάσταση, εντούτοις τα προβλήματα που ανακύπτουν απ' αυτήν (την ψυχική νόσο) δεν ξεπερνιούνται εύκολα. Βέβαια, το νοσηλευτικό προσωπικό έδειξε πιο αισιόδοξο σε σχέση με άλλους επαγγελματίες της ίδιας θεραπευτικής ομάδας, ως προς την πορεία της νόσου των ασθενών και τα αποτελέσματα της θεραπευτικής διαδικασίας. Αντίθετα, οι κλινικοί ψυχολόγοι διατηρούσαν περισσότερες αρνητικές στάσεις, ως προς την ψυχική νόσο και την εξέλιξη της και φαίνονταν απαισιόδοξοι ως προς το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι εκπαιδευτές και οι ψυχίατροι ακολουθούσαν την ίδια αισιόδοξη στάση όπως και το νοσηλευτικό προσωπικό. Όμως, όλοι οι επαγγελματίες συμφωνούσαν ότι ο ασθενής που δεν λαμβάνει καμιά ουσιαστική βοήθεια ή θεραπεία, δε μπορεί να εμφανίσει δείγματα βελτίωσης της κλινικής κατάστασης της ψυχικής του νόσου (Hugo, 2001).

Σχετικά με την μακρά διαβίωση των ασθενών στην κοινότητα από την άλλη, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

- i. Όλοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ανά ειδικότητα ήταν απαισιόδοξοι ως προς την επιτυχημένη προσπάθεια των ασθενών να μείνουν στην κοινότητα για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα.
- ii. Το νοσηλευτικό προσωπικό όμως, πίστευε περισσότερο απ' όλους τους άλλους, στα θετικά αποτελέσματα της μακράς διαβίωσης των ασθενών στην κοινότητα. Εδώ, βέβαια, αξίζει να σημειωθεί ότι οι νεότεροι σε ηλικία νοσηλευτές έδειχναν πιο αρνητικοί και πιο απαισιόδοξοι, ως προς την αποτελεσματικότητα της μακράς διαβίωσης στην κοινότητα, εν αντιθέσει με τους μεγαλύτερους σε ηλικία και εμπειρότερους νοσηλευτές.
- iii. Οι παράγοντες:
  - το φύλο (ή του ασθενούς ή του φροντιστή οποιασδήποτε ειδικότητας),
  - η συχνότητα επαφής με τους ασθενείς,
  - το μέγεθος και ο πληθυσμός της κοινότητας,

- τα χαμηλά ή υψηλά ακαδημαϊκά προσόντα
- η επαγγελματική εμπειρία και το επίπεδο της επαγγελματικής ικανοποίησης (Hugo 2001).
- το πλαίσιο εργασίας των φροντιστών (Hugo 2001).

δεν έδειξαν να επηρεάζουν τις παραπάνω απόψεις.

Οι αρνητικές στάσεις, όπως προσδιορίστηκαν μέσα απ' αυτή τη μελέτη, μπορεί να οδηγήσουν:

- i. Στην αποθάρρυνση των νοσηλευτών να εργαστούν και να ολοκληρώσουν τη θεραπευτική διαδικασία με τους ασθενείς
- ii. Στην διαμόρφωση ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος, όπου τόσο οι φροντιστές όσο και οι ασθενείς, βασίζονται σε χαμηλού επιπέδου συναισθηματικές επενδύσεις και προσδοκίες, ως προς την ολοκλήρωση και επιτυχία των θεραπευτικών στόχων.

Το ενθαρρυντικό ήταν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, που είχαν τη μεγαλύτερη ουσιαστική επαφή και επικοινωνία με τους ασθενείς, ήσαν περισσότερο θετικοί, ως προς την πορεία της νόσου των ασθενών και την επιτυχημένη προσπάθεια μακράς διαβίωσης στην κοινότητα. Αυτό αποτελεί και μια εξήγηση, γιατί οι ψυχίατροι και οι εκπαιδευτές ήσαν πιο αρνητικοί σε σχέση με τους νοσηλευτές και ψυχολόγους, οι οποίοι διατηρούσαν περισσότερο συχνή επαφή με τους ασθενείς (Hugo 2001).

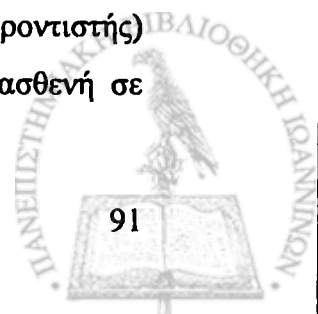
Όπως υποστηρίζει ο Nichols (1985), οι ψυχωτικοί ασθενείς καταναλώνουν έναν σημαντικό βαθμό ενέργειας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, κατά την διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας και γι' αυτό οι ίδιοι, ως φροντιστές καθίστανται «τρωτού» ως προς την αποτελεσματικότητα τους στην εργασία. Το γεγονός αυτό, σύμφωνα με τους Jackson και συν. (1996) και τον Lavender (1985) μπορεί να οδηγήσει τους φροντιστές γρήγορα στη συναισθηματική εξάντληση και σε αργούς ρυθμούς προσωπικής ολοκλήρωσης των ιδίων. Επειδή λοιπόν, οι χρόνιοι ασυλικοί ασθενείς θεωρούνται ως «δύσκολοι» ασθενείς, είναι αναγκαίο το θεραπευτικό προσωπικό, που εργάζεται για την αποκατάστασή τους, να γνωρίζει πολύ καλά τη δουλειά του, όπως ακριβώς προτείνουν οι Hall (1990) και οι Lavender κ' Sperlinger (1988). Από την άλλη, οι Watts και Bennett (1983), Thornicroft (1991) και Isaacs & Bebbington (1991), προσθέτουν ότι θα πρέπει, στο πλαίσιο ενός ευέλικτου θεραπευτικού σχεδιασμού, να ακολουθούν μια από κοινού συγκεκριμένη συμπεριφορά και να διατηρούν σταθερές προσδοκίες για τον κάθε ασθενή

ξεχωριστά. Μ' αυτόν τον τρόπο, γίνονται πιο αποτελεσματικοί ως προς την εργασία τους και αισθάνονται πιο ασφαλείς στα πλαίσια μιας ομαδοποιημένης θεραπευτικής κοινότητας.

Μια άλλη μελέτη των Lancee και Gallop (1995), κατά την οποία έγινε προσπάθεια να περιγραφούν οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές τεσσάρων μονάδων Βραχείας Νοσηλείας με 249 ψυχωτικούς ασθενείς, είχε δείξει ότι μια από τις πολλές δυσκολίες των συγκεκριμένων φροντιστών σχετιζόταν άμεσα με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως π.χ. η ηλικία των ασθενών (άνω των 60 ετών). Το γεγονός αυτό υποδήλωνε και την συγκεκριμένη αρνητική στάση των φροντιστών, ως προς τον τρόπο που αντιμετώπιζαν θεραπευτικά τους ασθενείς και το πώς «έβλεπαν» την έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας. Δηλαδή, υπήρχε η πεποίθηση ότι δεν χρειαζόταν να καταναλώσουν περισσότερη ενέργεια και χρόνο στους μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς, απ' ότι θα μπορούσαν να κάνουν στους νεότερους, κρίνοντας ότι οι τελευταίοι θα είχαν καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα (Wing και Brown 1970).

Μια άλλη δυσκολία, σύμφωνα με την παραπάνω μελέτη αφορούσε και τη διαδικασία κατάλληλης οργάνωσης και επιτυχημένης έκβασης ενός συγκεκριμένου θεραπευτικού σχεδιασμού, όπως αυτή επιβεβαιώνεται μέσα από τα εμπόδια που προκαλούνται κατά τη θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς. Η αυτό – καταστροφική και βίαιη συμπεριφορά, η παλινδρόμηση, κατά την διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας, είναι κάποιες από τις κύριες αιτίες οι οποίες, σύμφωνα με το 35% των νοσηλευτών, προκάλεσαν δυσκολίες στο θεραπευτικό έργο. Άλλες αιτίες που προκάλεσαν δυσκολίες στη θεραπεία, σύμφωνα με την συγκεκριμένη μελέτη, είχαν σχέση με συγκεκριμένες συμπεριφορές των ασθενών, οι οποίοι διέθεταν συγχρόνως μια σοβαρή χαρακτηρισιολογική παθολογία. Το γεγονός αυτό, οδηγούσε τους νοσηλευτές σε μη ελεγχόμενες συμπεριφορές, κατά την επαφή τους με τους ασθενείς, και γι' αυτό το λόγο αισθάνονταν ένοχοι που δε μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως «καλοί» φροντιστές. Η κριτική στάση και η αρνητική διάθεση των νοσηλευτών αποτέλεσαν σημαντικοί παράγοντες δυσκολίας της διεξαγωγής της θεραπευτικής διαδικασίας και της αποκατάστασης των ασθενών.

Ο Βιον υποστηρίζει γι' αυτό ότι εάν ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας (φροντιστής) δεν καταφέρνει να μετασχηματίζει το ακατέργαστο υλικό του ψυχωτικού ασθενή σε



συναισθήματα και εάν δεν εξανθρωπίζει μέσω της «ονειροπόλησης» τις ατέλειωτες προβολές του ασθενή του, τότε ο ασθενής αισθάνεται ότι βρίσκει μπροστά του μόνο «τοίχους» τους οποίους τους μεταμορφώνει σε «παράξενα, διωκτικά αντικείμενα» (παραμορφωτικές προβολές). Στην προκειμένη περίπτωση η έννοια του **εμπεριέχοντος** του Βιον (ο ψυχωτικός ασθενής έχει ανάγκη να **εμπεριέχεται** μέσα από τη θεραπευτική διαδικασία, μέσα από το θεραπευτή του) δεν μπορεί να επιτευχθεί, καθώς ο θεραπευτής αδυνατεί να αποτελέσει το πρόσωπο που θα αφομοιώσει και θα επεξεργαστεί το «υλικό» του ασθενούς και γι' αυτό το λόγο ο ασθενής αποστασιοποιείται, απομακρύνεται από τη θεραπευτική διαδικασία και απομονώνεται.

Οι Katz και Kirkland (1990), προσθέτουν ότι η αύξηση κρουσμάτων βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς των ασθενών σε χώρους αποκατάστασης είναι αποτέλεσμα της αποτυχημένης προσπάθειας ή έλλειψης ενός καλά οργανωμένου και δομημένου θεραπευτικού προγράμματος, καθώς και της χαλαρότητας των επαγγελματικών ρόλων των μελών ενός θεραπευτικού προσωπικού, (Curtis & Hodge 1994). Οι Constantine & Nelson (1995), συμπληρώνοντας υποστηρίζουν ότι οι παράγοντες που καθορίζουν και διευκολύνουν στη διαμόρφωση μιας αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης με τους ασθενείς είναι οι εξής παρακάτω:

- i. Η διατήρηση από πλευράς φροντιστών, των αξιών της κατανόησης, της συμπάθειας / αποδοχής και της επικοινωνίας με τους ασθενείς.
- ii. Η ικανότητα των φροντιστών για συνεργασία, τόσο μεταξύ τους, όσο και με τους ασθενείς.
- iii. Ο σεβασμός στο διάλογο (Labonte 1993), (Curtis & Hodge 1994)
- iv. Η εμπιστοσύνη ως βασικό στοιχείο της ολοκληρωμένης θεραπευτικής σχέσης με τους ασθενείς.
- v. Η επαγγελματική προθυμία για επίλυση των εκάστοτε προβλημάτων (Butterfoss και συν. 1993), (Church 1996).
- vi. Η παρότρυνση των ασθενών για ενεργό συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων ως προς την πορεία του θεραπευτικού έργου.
- vii. Η αντιμετώπιση των ασθενών ως ολοκληρωμένες προσωπικότητες και όχι ως «αντικείμενα» θεραπείας.
- viii. Η αποφυγή του στιγματισμού και της ετικετοποίησης της ψυχικής νόσου από τους

φροντιστές.

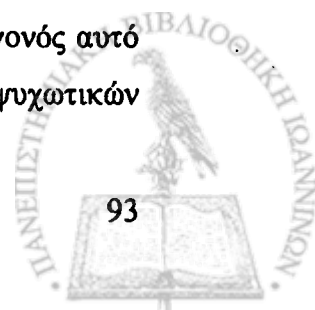
- ix. Η ικανότητα των φροντιστών να διευρύνουν τους επαγγελματικούς τους ρόλους, όταν κινδυνεύουν να χάσουν τα επαγγελματικά τους όρια.
- x. Τέλος, η ανάληψη συγκεκριμένων στρατηγικών περίθαλψης, όπως:
  1. η ικανότητα ανάπτυξης και διεύρυνσης των θεραπευτικών στόχων
  2. η ικανότητα χρήσης εξατομικευμένων θεραπευτικών προσεγγίσεων
  3. η μειωμένη ανάπτυξη ανταγωνιστικών διαθέσεων μεταξύ των φροντιστών
  4. η ενθάρρυνση των ασθενών για ενεργό συμμετοχή στις αποφάσεις
  5. η επίγνωση του ρόλου του κάθε φροντιστή και του κοινού θεραπευτικού στόχου, για τον οποίο θα πρέπει να συνεργαστεί στα πλαίσια της θεραπευτικής ομάδας.

Σ' αυτό το σημείο, οι Garety και Morris (1984), τονίζουν την ύπαρξη ενός οργανωμένου και δομημένου θεραπευτικού σχεδιασμού, με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, όπως π.χ.: τα όρια ή ο έλεγχος της συμπεριφοράς των φροντιστών, η ευκαμψία των ρόλων τους, ως σημαντικού παράγοντα μιας επιτυχημένης και αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης με τους ασθενείς.

### **5.3.1 ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΑΙΤΙΕΣ ΠΟΥ ΤΙΣ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ**

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ως εργαζόμενοι σε δομές περίθαλψης και αποκατάστασης ψυχικά ασθενών αντιμετωπίζουν συχνά μια ευρεία σειρά αρνητικών συναισθημάτων, τα οποία προκαλούν εμπόδια στην εξέλιξη και αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής διαδικασίας. Τα αρνητικά αυτά συναισθήματα αντικατοπτρίζουν τον τρόπο με τον οποίον αντιλαμβάνονται τη χρονιότητα της ψυχικής νόσου και πως αυτή αντιμετωπίζεται θεραπευτικά.

Ο Hochmann και Searles αντίστοιχα, έχουν διαπιστώσει τέτοιου είδους συναισθήματα από τα οποία «πάσχει» η θεραπευτική ομάδα, όπως π.χ. το συναίσθημα της εισβολής και της κένωσης που προκαλεί η επαφή με την ψύχωση. Το γεγονός αυτό δυσκολεύει περισσότερο το έργο της θεραπείας και αποκατάστασης των ψυχωτικών



ασθενών, καθώς τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, προκειμένου να απομακρύνουν τέτοιου είδους οδυνηρά συναισθήματα, (πηγές μόλυνσης κατά τον Hochmann), κατευθύνονται σε έναν σημαντικό διαχωρισμό (**split**) από τον ψυχωτικό ασθενή, με την επιβολή ορίων. Έτσι, οι ψυχωτικοί ασθενείς παραμένουν «ασυλικοί» εκδηλώνοντας μορφές ιδρυματικής συμπεριφοράς, όπως παλιά, και αντιστέκονται σε κάθε είδους αλλαγή που θέλει να επιφέρει το έργο αποκατάστασης. (Δαμίγος 2003)

Είναι γνωστό, ότι η επιτυχία της θεραπείας των χρόνιων ψυχικά ασθενών, συνίσταται:

- i. Στην απουσία ενεργούς συμπτωματολογίας
- ii. Στην αποφυγή υποτροπών
- iii. Στην επαρκή εκπαίδευσή τους για την ψυχοκοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση (Strauss και Carpenter 1977).

Επειδή οι παραπάνω στόχοι της θεραπευτικής διαδικασίας και αποκατάστασης, μπορεί να μην ευοδωθούν με επιτυχία, για τους περισσότερους χρόνιους ασθενείς, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, έχοντας υπόψιν τους αυτή τη θέση, αισθάνονται ότι οι προσπάθειες τους είναι μάταιες, ακόμα και αν δεν την έχουν ξεκινήσει (Minkoff και Stern 1985). Αυτή η άποψη υποδηλώνει μια αρνητική στάση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας ως προς τη θεραπευτική διαδικασία των χρόνιων ψυχικά νοσούντων και γεννά αυτόματα αισθήματα ματαιοπονίας και απελπισίας.

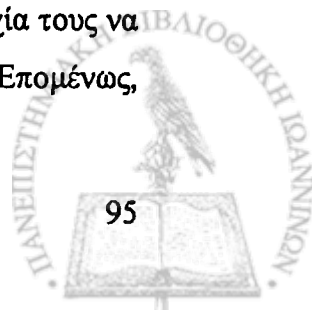
Κατά τους White και Bennett (1981), κάποιοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αντιδρούν υπό αυτές τις συνθήκες να αρνηθούν την πραγματικότητα, η οποία μπορεί να συνιστά την αδυναμία κάποιων χρόνιων ασθενών να θεραπευτούν (αποκατασταθούν). Έτσι δημιουργούν έναν φανταστικό κόσμο μέσα στον οποίον εμφανίζονται ως «ικανού» φροντιστές που θα προσπαθήσουν να βοηθήσουν τους ασθενείς αυτούς. Όμως, γρήγορα ματαιώνονται και απογοητεύονται από το αποτέλεσμα και αυτό το γεγονός είναι σημαντικός παράγοντας για την πρόκληση του «**Burnout**» (επαγγελματική εξάντληση) και την αποφυγή από την εργασία τους. Μάλιστα, έχει βρεθεί ότι όσο πιο πολύ επενδύουν συναισθηματικά στη θεραπευτική σχέση με τους χρόνιους ασθενείς, τόσο πιο έντονα εκδηλώνεται η «ανικανότητα» αυτών να αποκατασταθούν και έτσι πιο εύκολα αποθαρρύνονται και παθαίνουν «Burnout».

Σε μια μελέτη του Mirabi (1985), 83% των ερωτηθέντων επαγγελματιών ψυχικής



υγείας απάντησαν και συμφώνησαν ότι το «Burnout» σχετίζεται με τα συναισθήματα της απελπισίας και της ματαιότητας στην προσπάθεια τους να θεραπεύσουν και να αποκαταστήσουν χρόνιους ψυχικά ασθενείς. Ο ίδιος ο ερευνητής υποστηρίζει ότι πολλοί επαγγελματίες δεν διατηρούν αισιόδοξες, θετικές στάσεις, ως προς τη χρονιότητα της ψυχικής νόσου, γιατί η «ματαιώση» και οι επαναλαμβανόμενες αποτυχίες κατά τη θεραπευτική διαδικασία είναι οδυνηρές, παρ' όλο που η θεραπευτική πορεία ανακουφίζει την ενεργό συμπτωματολογία των ασθενών και σταθεροποιεί κάπως την εξέλιξη της ψυχικής νόσου. Το αποτέλεσμα αυτών των αρνητικών στάσεων θυμίζει το φαινόμενο της «αυτοεκκληρούμενης προφητείας», όπου οι ίδιοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ενώ επιμένουν να εκπαιδεύουν τους ασθενείς τους σε δεξιότητες κοινωνικής συμπεριφοράς προκειμένου να ξεπεράσουν τα συναισθήματα απελπισίας και ματαιότητας, στην ουσία το κάνουν για να αισθανθούν ως μη αποτελεσματικοί και ανίκανοι να θεραπεύσουν τους χρόνιους ασθενείς. Αυτό βέβαια συμβαίνει μη συνειδητά και όπως είναι φυσικό, οδηγεί στην ενδυνάμωση και παγίωση των ήδη υπάρχοντων αρνητικών στάσεων (Minkoff κ' Stern 1985, White κ' Benett 1981, Link 1975, Sabin κ' Sharfstein 1975).

Στην ύπαρξη αρνητικών στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την ψυχική νόσο, συμβάλλουν και τα συναισθήματα αντιπάθειας προς τους χρόνιους ασθενείς. Πολλοί κλινικοί αντιπαθούν την χειριστική συμπεριφορά των ασθενών και την έλλειψη συμμόρφωσης στη θεραπεία για την αποκατάσταση. Επιπρόσθετα, παρουσιάζουν μια συμπεριφορά αποστασιοποίησης από την παθητικότητα και την εξαρτητική διάθεση των ασθενών τους (Mirabi 1985). Η συγκεκριμένη αυτή στάση μπορεί να οδηγήσει σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά, η οποία θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως παράδοξη! Κατά τους Minkoff και Stern (1985), κάποιοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αισθάνονται ότι προσφέροντας και παρέχοντας την απαραίτητη φροντίδα στους ασθενείς τους, αυτό μπορεί να τους χαρακτηρίσει ως μη ικανούς, κακούς φροντιστές, γιατί πιστεύουν ότι έτσι ωθούν τους ασθενείς τους σε εξαρτητική σχέση μαζί τους. Γι' αυτό το λόγο, μειώνουν το μέγεθος της εξάρτησης, αλλά και τη λειτουργία της πρωτογενούς μεταβίβασης στη θεραπευτική διαδικασία (White και Bennett 1981). Όμως, μ' αυτό τον τρόπο επισπεύδεται η υποτροπή και η παλινδρόμηση στη συμπεριφορά των ασθενών, οι οποίοι πλέον κατηγορούνται για την αποτυχία τους να καταφέρουν και να οδηγηθούν σ' ένα θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Επομένως,



επιβεβαιώνεται και η αρνητική στάση των φροντιστών ως προς την ικανότητα των χρόνιων ασθενών να θεραπευτούν. Τέλος, σύμφωνα με τον Lamb (1982), τα συναισθήματα μη αντοχής που βιώνουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ως προς το κλινικό έργο με χρόνιους ασθενείς, είναι και αυτά ένας σημαντικός παράγοντας διαμόρφωσης ή διατήρησης των αρνητικών στάσεων.

Όλα τα παραπάνω συναισθήματα είναι περισσότερο αποτέλεσμα εμπειρίας και είναι αντιληπτό ότι γεννούν αρνητικές στάσεις στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Παράλληλα, η ανεπαρκής κλινική εξάσκηση, η έλλειψη ουσιαστικής εκπαίδευσης, η έλλειψη υποστήριξης και η απουσία ενός ικανού επόπτη στις δομές όπου εργάζονται οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ενισχύουν την παρουσία και εμφάνιση αρνητικών στάσεων. Πράγματι, η ανάγκη υποστήριξης και επιβεβαίωσης των προσπαθειών τους για την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών, καθίσταται απαραίτητη από την παρουσία ενός ικανού επόπτη, αφού οι ίδιοι πολλές φορές έρχονται στη θέση να αισθάνονται ότι βρίσκονται έξω από τον κύριο επαγγελματικό τους ρόλο και διαπιστώνουν ότι τα συναισθηματικά εμπόδια και τα εκπαιδευτικά τους ελλείμματα τους οδηγούν σε απελπισία και απόγνωση. Η γέννηση αρνητικών στάσεων μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικά εμπόδια για την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας και θεραπείας σε χρόνιους ασθενείς

### ***5.3.2 ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΛΥΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ***

Από την μέχρι σήμερα εμπειρία των θεραπευτικών προγραμμάτων αποκατάστασης, έχει αποδειχθεί ότι οι περιορισμένες προσδοκίες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και η γέννηση εξ αιτίας αυτών, των αρνητικών στάσεων, οδηγούν στην ενδυνάμωση των αρνητικών και αναποτελεσματικών συμπεριφορών από πλευράς ασθενών, αλλά και την αποτυχία στη θεραπευτική διαδικασία. (Zipple, Carling, Mc Donald 1987) (Δαμίγος 2003). Οι αρνητικές στάσεις αποθαρρύνουν τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να βοηθήσουν τους ασθενείς τους να αποκατασταθούν. (Merwin και Ochberg 1983, Mowbray και Freddolino 1986).





Αντίθετα, όταν οι στάσεις τους είναι θετικές τότε αυτές επηρεάζουν θετικά την πρόοδο των ασθενών στην αποκατάσταση και την εξέλιξη της ψυχικής νόσου (Brooks 1988, Unger και συν. 1987). Ένα παράδειγμα της αποτελεσματικότητας των θετικών στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στη θεραπευτική διαδικασία αφορά τα αποτελέσματα μιας έρευνας (Vermont Longitudinal Study), όπου περισσότεροι από 269 ασθενείς με ψυχιατρικά νοσήματα απέδωσαν ως προς την ψυχοκοινωνική τους ένταξη στην κοινότητα και αποκατάσταση, με την παράλληλη παρουσία θετικών στάσεων και προσδοκιών, από πλευράς των φροντιστών. Μάλιστα, οι ίδιοι οι φροντιστές σ' αυτήν την έρευνα αναφέρουν ότι η εργασία τους ήταν ευχάριστη, ενδιαφέρουσα και με ανταμοιβές, διότι έβλεπαν τους ασθενείς τους να πετυχαίνουν μια «δραματική πρόοδο» (Brooks 1988).

Είναι δεδομένο ότι τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται για την αποκατάσταση χρόνιων ασθενών, όπως τα οικονομικής φύσεως προβλήματα (απουσία οικονομικών κινήτρων) ή τα προβλήματα που ανακύπτουν μέσα από την ίδια την εργασία: π.χ. η απουσία συλλογικής προσπάθειας από μέρους των φροντιστών για την διαμόρφωση ενός συλλογικού σχεδιασμού, ως προς το θεραπευτικό έργο και τους στόχους του ή την εφαρμογή ενός προγράμματος δραστηριοτήτων γενικά αποδεκτών αλλά αδιάφορων από πλευράς ασθενών, μπορούν να αποτελέσουν σημαντική αιτία διαμόρφωσης αρνητικών στάσεων από πλευράς φροντιστών, για την ψυχική νόσο και να δυσχεραίνουν το έργο της αποκατάστασης (Κανδύλης και συν. 1993). Γι' αυτό το λόγο, ο ίδιος προτείνει ότι προκειμένου να επιλύονται και να αντιμετωπίζονται οι δυσάρεστες συνέπειες αυτών, είναι απαραίτητο κάθε μέλος του θεραπευτικού προσωπικού μιας αποκαταστασιακής δομής να εκτελεί με υπευθυνότητα τις συγκεκριμένες θεραπευτικές αποστολές και να συμμετέχει ουσιαστικά στο όργανο λήψης αποφάσεων (θεραπευτική ομάδα). Επίσης, θα πρέπει κάθε μέλος του θεραπευτικού προσωπικού να έχει άποψη για κάθε πρόβλημα του ασθενούς και να την εκφράζει ελεύθερα, να την αιτιολογεί και να την υποστηρίζει επιστημονικά στις ομαδικές συναντήσεις. Ο Δαμίγος (2003) προσθέτει εδώ τη σπουδαιότητα της λειτουργίας τόσο της εσωτερικής όσο και της εξωτερικής εποπτείας του θεραπευτικού έργου των μελών μιας ομάδας προσωπικού ενός ξενώνα.

Ειδικότερα, στην εσωτερική εποπτεία γίνεται προσπάθεια να επιλυθούν θέματα που αφορούν τα κλινικά προβλήματα, τα οποία προκύπτουν. Στην εξωτερική εποπτεία, η οποία γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα (π.χ. μία φορά τον μήνα) με τη συνεργασία εξωτερικού παρεμβαίνοντα, εκτιμώνται τα δυναμικά που προκύπτουν στις θεραπευτικές σχέσεις. Μάλιστα η εξωτερική κλινική εποπτεία θεωρείται μεγάλης σπουδαιότητας για την ποιότητα και την πορεία του θεραπευτικού έργου, γεγονός το οποίο υποστηρίζει και ο Hochmann (2003). Παράλληλα, οι συναντήσεις της θεραπευτικής ομάδας είναι καλό να γίνονται και σε καθημερινή βάση, προκειμένου να επιλύονται τέτοιου είδους προβλήματα αναφορικά με το κλινικό έργο. Προϋπόθεση γι' αυτό είναι να υπάρχει μια κοινή αποδοχή όλων ως προς τις θεραπευτικές πράξεις και τους στόχους της αποκατάστασης.

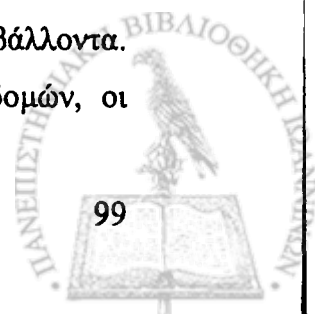
Η Parrish (1988), απ' την άλλη, προτείνει κάποιες συγκεκριμένες στρατηγικές, προκειμένου να επιλυθούν τα προβλήματα που προκαλούν τις αρνητικές στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Αυτές αφορούν: α) την προσπάθεια αλλαγής αντιλήψεων και πεποιθήσεων για τους ψυχικά ασθενείς από τους φροντιστές τους, με τη βοήθεια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, β) την αύξηση της αποτελεσματικότητας των φροντιστών όπως π.χ. με την παροχή οικονομικών κινήτρων γ) την τροποποίηση και τον επανακαθορισμό των θεραπευτικών στόχων στα υπάρχοντα και τρέχοντα προγράμματα αποκατάστασης, για να είναι πιο αποτελεσματικά. Οι Goldstein και συν. (1988) προσθέτουν σ' αυτό ότι όταν ένα θεραπευτικό πρόγραμμα παρέχει ξεκάθαρους στόχους, κανόνες και προσδοκίες, ως προς το θεραπευτικό αποτέλεσμα, τότε το θεραπευτικό προσωπικό αισθάνεται ότι μπορεί να στηρίζεται σε συγκεκριμένες θεραπευτικές αξίες και προσδοκίες για να υπάρχει επιτυχία στην αποκατάσταση των ασθενών και δ) την επέκταση της χρηματοδότησης των αποκαταστασιακών δομών από τις εκάστοτε κυβερνήσεις.

## 5.4 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Η Ψυχολογία της Εργασίας είναι ένας ιδιαίτερος κλάδος της Ψυχολογίας που ασχολείται με θέματα τα οποία αφορούν την επιλογή επαγγέλματος, τον τρόπο και τις αιτίες που οδηγούν ένα άτομο να επιλέξει ένα επάγγελμα, κατά πόσο ικανοποιείται από την εργασία του κ.α. Σ' αυτήν την ενότητα είναι αναγκαίο και αξιοσημείωτο να διαπραγματευτούμε την έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε μονάδες αποκατάστασης βασιζόμενοι σε θεωρητικές και ερευνητικές αναφορές. Ο μεγάλος θεωρητικός Heron (1954) υποστηρίζει αρχικά, ότι τρεις είναι οι μεγάλες αρχές, βάσει των οποίων κάποιος (το άτομο) μπορεί να βρει ικανοποίηση από την εργασία του. Συγκεκριμένα, η πρώτη αρχή αφορά το γεγονός ότι το άτομο πρέπει να βρει την κατάλληλη εργασία, δηλαδή την εργασία που θα ταιριάζει στις ιδιαίτερες δεξιότητες, ικανότητες και γνώσεις του ατόμου. Η δεύτερη αρχή, αφορά την θετική / αρνητική ανταπόκριση του ατόμου στις απαιτήσεις της συγκεκριμένης εργασίας και αυτό συνιστά την ικανοποίηση που λαμβάνει το άτομο απ' αυτήν. Τέλος, η τρίτη αρχή αναφέρεται στις απαιτήσεις του ίδιου του ατόμου ως προς την εργασία του και πως αυτές συνδέονται και ταιριάζουν με τις απαιτήσεις των άλλων συνεργατών του αλλά και τον τρόπο με τον οποίον αντιμετωπίζουν οι συνεργάτες τις απαιτήσεις του ατόμου, για να αποκτήσει ένα βαθμό ικανοποίησης ή όχι, από την εργασία του.

Οι Lofquist και Davis (1975) προσθέτοντας, δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στο βαθμό προσαρμοστικότητας του εργαζόμενου στο εκάστοτε επαγγελματικό περιβάλλον και τις ενισχύσεις που δέχεται απ' αυτό ως ανταπόκριση στις εργασιακές του ανάγκες. Αυτά αποτελούν δύο βασικό στοιχεία για να υπάρξει επαγγελματική ικανοποίηση και έτσι να παραμείνει αρκετό χρονικό διάστημα στο συγκεκριμένο εργασιακό περιβάλλον. Όμως, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις εκείνες όπου η παραμονή σ' ένα συγκεκριμένο εργασιακό περιβάλλον για μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορεί να αντανάκλα την έλλειψη ικανότητας του εργαζόμενου για περαιτέρω επαγγελματική ανάπτυξη (καριέρα) και την έλλειψη δυνατοτήτων για επαγγελματική προσαρμογή σε άλλα πιθανά εργασιακά περιβάλλοντα.

Σχετικά με την εργασία σε εργασιακά περιβάλλοντα αποκαταστασιακών δομών, οι



παραπάνω θεωρητικοί τονίζουν ότι η εργασία σε χώρους αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών δεν είναι εύκολη υπόθεση και είναι σημαντικό το γεγονός να παραμείνουν και να μπορούν να ανταποκριθούν στο δύσκολο έργο της αποκατάστασης.

Η επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται σε δομές αποκατάστασης με χρόνιους ψυχικά ασθενείς βασίζεται σε κάποιους παράγοντες, όπως: π.χ. οι αμοιβές, τα υλικά βραβεία (bonus), η σωστή εποπτεία και η ποιότητα δεξιοτήτων και γνώσεων που χειρίζονται οι επαγγελματίες – συνεργάτες μεταξύ τους, σύμφωνα με σχετική μελέτη του Smith και συν. (1969). Το ίδιο υποστηρίζουν και οι Herzerg και συν. (1959), διαχωρίζοντας το συναίσθημα της επαγγελματικής ικανοποίησης, σε «εξωτερική» και «εσωτερική». Συγκεκριμένα, η «εξωτερική» επαγγελματική ικανοποίηση προκαλείται με την συμβολή εξωτερικών παραγόντων, όπως π.χ. η αμοιβή, η σωστή εποπτεία και οι κατάλληλοι συνεργάτες, η οποία «συναντά» την «εσωτερική» επαγγελματική ικανοποίηση, που γεννιέται μέσα από την εκπλήρωση και ολοκλήρωση των αναγκών του κάθε επαγγελματία ψυχικής υγείας ξεχωριστά. Επίσης, προσθέτουν ότι οι εξωτερικοί παράγοντες, όπως εκτέθηκαν παραπάνω, καθορίζουν την ποσοτική πλευρά της ικανοποίησης από την εργασία των επαγγελματιών στην αποκατάσταση, ενώ οι εσωτερικοί παράγοντες προσδιορίζουν την ποιοτική πλευρά της. Ο Grigaliunas και συν. (1974), σε αντίθεση με τους προηγούμενους μελετητές, ασκώντας κριτική υποστηρίζει ότι δε γνωρίζουμε εάν η ικανοποίηση και η μη ικανοποίηση από την εργασία στην αποκατάσταση είναι δυο ξεχωριστά συναισθήματα ή δυο ξεχωριστές ανεξάρτητες αντιδράσεις και γι' αυτό το λόγο δεν μπορούν εύκολα να μετρηθούν και να εκτιμηθούν.

Συνοψίζοντας και σύμφωνα με τον Betz (1969), η επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων (επαγγελματιών ψυχικής υγείας) που εργάζονται σε δομές αποκατάστασης, σχετίζεται με την ύπαρξη των συγκεκριμένων παραγόντων, όπως παρουσιάζονται παρακάτω:

- i. Θετική ανταπόκριση του κάθε επαγγελματία – εργαζόμενου στις ανάγκες της συγκεκριμένης εργασίας, που αφορά την αποκατάσταση χρόνιων ψυχικά ασθενών.
- ii. Ύπαρξη θετικών ενισχύσεων των επαγγελματιών, όπως: αμοιβές, έπαινοι κ.λ.π
- iii. Λιγότερη άσκηση κριτικής από τους επόπτες ή ύπαρξη εποικοδομητικών σχολίων από αυτούς.



- iv. Ανάπτυξη και διατήρηση των καλύτερων δυνατών σχέσεων ανάμεσα στα εμπειρότερα και τα νεώτερα μέλη του προσωπικού.
- v. Τέλος, τόνωση της αυτοεκτίμησης και της εμπιστοσύνης στον εαυτό (αυτοπεποίθησης), μέσω υλοποίησης εκπαιδευτικών προγραμμάτων, για την μεγαλύτερη δυνατή απόκτηση ειδικών δεξιοτήτων και γνώσεων που αφορούν την αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών.

## 5.5. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗΣ (BURN OUT)

Η Moorhead (1993) υποστηρίζει ότι στα πλαίσια της εργασίας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε δομές αποκατάστασης, οι επαγγελματίες ως φροντιστές, είτε έχουν μικρή εμπειρία είτε μεγαλύτερη, συνήθως αντιμετωπίζουν το συναίσθημα της απελπισίας, όπως αυτό διοχετεύεται μέσα από τη χρονιότητα της ψυχικής νόσου των ασθενών. Δηλαδή, οι φροντιστές αντιλαμβάνονται την ανικανότητα των ασθενών τους να αντιμετωπίσουν τη νόσο τους και να βρουν κίνητρα για να επιδείξουν μια υγιή συμπεριφορά και το γεγονός αυτό προκαλεί συναισθήματα απελπισίας. Η χρονιότητα της ψυχικής νόσου και ειδικότερα της σχιζοφρένειας φαίνεται να τρομάζει τους φροντιστές και προκαλεί συναισθήματα απελπισίας, ωθώντας τους να πιστεύουν ότι οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια ψυχική νόσο είναι αδύνατον να θεραπευτούν. Αυτό προκαλεί τη δημιουργία αρνητικών στάσεων και την ανάπτυξη της «αντίστασης» από πλευράς των φροντιστών στη θεραπευτική σχέση. Αυτή η κατάσταση της αντίστασης με στοιχεία απόρριψης και απόστασης από τους ψυχικά ασθενείς καθιστά τους φροντιστές μη ικανούς ή και ανέτοιμους να αναπτύξουν μια εμπραθητική σύζευξη με τους ασθενείς και να δημιουργήσουν μια θεραπευτική σχέση μαζί τους. Όλα αυτά σύμφωνα με τους Pines και Maslach (1978), Hinshelwood (1998) οδηγούν σε συναισθήματα ματαιότητας ως προς την ικανότητα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας να χαρακτηριστούν «καλοί θεραπευτές» και να βοηθήσουν τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς να γίνουν περισσότερο λειτουργικοί. Μάλιστα, υποστηρίζουν ότι έτσι οδηγούνται πιο εύκολα στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξάντλησης (burn out) και στην μη ικανοποίηση από το συγκεκριμένο

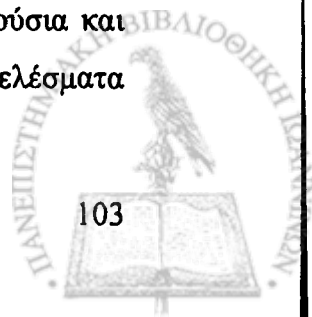


πλαίσιο εργασίας κάτι το οποίο επαληθεύεται και από την μελέτη των Mirabi και συν. (1985), όπου το 83% των ερωτηθέντων μελών του θεραπευτικού προσωπικού ενός μεταβατικού ξενώνα συμφώνησε ότι το burn out σχετίζεται άμεσα με τα συναισθήματα απελπισίας και ματαίωσης των ίδιων, κατά την θεραπευτική διαδικασία.

Οι Foster και Roberts (1998) υπογραμμίζουν τον παράγοντα της πίεσης και έντονου άγχους για μια επικείμενη αποτυχία στο θεραπευτικό έργο από την πλευρά των φροντιστών. Δεν είναι λίγες οι φορές που οι φροντιστές υποστηρίζουν ότι δεν έχουν χρόνο να σκεφτούν ή ότι «δεν υπάρχει διαθέσιμος χρόνος για να εξετάσουν όλες τις ανάγκες των ασθενών τους». Υπό το καθεστώς αυτής της έντονης πίεσης και του άγχους, προσπαθούν συχνά μέσα από ασυνείδητες διαδικασίες να αντιδράσουν με αμυντικές στάσεις όπως π.χ. η άρνηση, η αίσθηση παντοδυναμίας, η εξιδανίκευση και εαυτο-εξιδανίκευση (Roberts 1994). Καθώς είναι πολύ δύσκολο να αναγνωρίσουν και να αντιληφθούν τέτοιου είδους άμυνες, στρέφονται προς μια προσπάθεια επανοργάνωσης και επαναπροσδιορισμού των θεραπευτικών στόχων με βάση την αυστηρή τοποθέτηση ορίων και τον αυστηρό έλεγχο. Μέσα στα πλαίσια της αναδιαμόρφωσης του θεραπευτικού περιβάλλοντος, οι φροντιστές αισθάνονται ότι πλέον τόσο οι θεραπευτικοί ρόλοι όσο και οι θεραπευτικοί στόχοι είναι πιο ξεκάθαροι. Δυστυχώς, όμως και πάλι, το αρχικό πρόβλημα δεν φαίνεται να έχει επιλυθεί, με αποτέλεσμα η εκδήλωση μιας αίσθησης αποτυχίας ως προς το θεραπευτικό έργο και η πρόκληση της μη επαγγελματικής ικανοποίησης. Τότε, η εμφάνιση αρνητικών στάσεων από τους φροντιστές προς τους ασθενείς αποτελεί αναπόφευκτη διαδικασία. Επομένως, η αδυναμία ή μη ικανότητα των φροντιστών να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα της αντιμεταβίβασης κατά τη θεραπευτική σχέση, - γιατί σ' αυτό το θέμα συνήθως δεν εκπαιδεύονται και η κατάσταση της πίεσης και του άγχους που προκαλούνται στο θεραπευτικό περιβάλλον δομών αποκατάστασης οδηγούν στην εύκολη λύση της αντίστασης ως προς την εγκατάσταση της θεραπευτικής σχέσης, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη αρνητικών στάσεων και στοιχείων απόρριψης από τους φροντιστές προς τους ασθενείς, με έκδηλα στοιχεία την παθητικότητα, την τήρηση απόστασης από τους ασθενείς και την εξάρτηση. Όλα αυτά προκαλούν συναισθήματα επαγγελματικής κόπωσης και όπως είναι φυσικό οδηγούν στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξάντλησης (burn out).

Ο διαρκής αγώνας για την αποκατάσταση περικλείει τον κίνδυνο της επαγγελματικής κόπωσης του εργαζόμενου επαγγελματία ψυχικής υγείας αφού στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης που δημιουργεί με τον χρόνια ψυχωτικό ασθενή, η οποία είναι πολλές φορές μακρόχρονη διαδικασία, αναλαμβάνει την ευθύνη της συνδιαχείρισης πολλών καθημερινών προβλημάτων. Η εμφάνιση αρνητικής αυτοεκτίμησης, η δημιουργία αρνητικής επαγγελματικής στάσης, η μείωση της εμπραθητικότητας προς τον ψυχικά άρρωστο και η αποφυγή της εμπλοκής στο όλο θεραπευτικό πρόγραμμα είναι από τα πιο βασικά έκδηλα συμπτώματα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξάντλησης. (burn out). Η ανάπτυξη του burn out μπορεί να φθείρει σωματικά, ψυχικά και διανοητικά, κάθε επαγγελματία ψυχικής υγείας και να εξαφανίσει πολλές από τις απαραίτητες για το έργο αρετές του. Μια τέτοια εξέλιξη δεν προκαλεί εκτροπές μόνο στις θεραπευτικές σχέσεις, αλλά και στη γενική λειτουργικότητα του επαγγελματία, επηρεάζοντας τις σχέσεις του τόσο με τους συναδέλφους του όσο και με το οικογενειακό του περιβάλλον. Ενδεικτική είναι η παρουσίαση του συνδρόμου από τους Κανδύλη και συν. (1993), μέσα από την περιγραφή των εμπειριών τους σε ξενώνα της Λάρισας. Οι ίδιοι περιγράφουν τον ύπουλο και έρποντα τρόπο εκδήλωσης των συμπτωμάτων σε ορισμένους νοσηλευτές, περίπου ένα χρόνο μετά την έναρξη παρέμβασης στο Κ.Θ Λέρου και μετά από μια περίοδο ουσιαστικής προσφοράς.

Οι συγκεκριμένοι νοσηλευτές, κάτω από το βάρος του «ανυπόφορου εργασιακού χώρου» και παρά την υποστήριξη και διαρκή καθοδήγηση που ελάμβαναν, προσπάθησαν να δώσουν οι ίδιοι λύσεις στο πρόβλημα της επαγγελματικής εξάντλησης. Για παράδειγμα, έτειναν να αλλάζουν αυτοβούλως το ρόλο τους σε σχέση με τον ασθενή ή διέκοπταν οικειοθελώς την εργασία τους στον ξενώνα. Η αιτιολόγηση που δόθηκε από τους συγκεκριμένους μελετητές για την εμφάνιση συμπτωμάτων επαγγελματικής εξάντλησης, αναφερόταν στις ιδιαίτερες δυσκολίες και τα δυσεπίλυτα προβλήματα που αντιμετώπιζαν οι νοσηλευτές στον συγκεκριμένο ξενώνα, σε σχέση με την αποκαταστασιακή πρόοδο του ασθενή για τον οποίο είχαν την ευθύνη της θεραπευτικής φροντίδας (συναισθηματική επένδυση). Το αποτέλεσμα ήταν η συσσώρευση πολλών αρνητικών συναισθημάτων, καθώς ο φροντιστής διαπίστωνε ότι παρά την πλούσια και ικανή θεραπευτική προσφορά στον ξενώνα, εντούτοις τα επιτυγχανόμενα αποτελέσματα



προς την κατεύθυνση της επανένταξης δεν ήταν τα αναμενόμενα. Παράλληλα, η εργασιακή ανασφάλεια που προκαλούταν από το υπάρχον εργασιακό και οικονομικό καθεστώς (η παραμονή τους στον εργασιακό χώρο εξαρτιόταν όχι τόσο από την προσφορά τους, αλλά από την βούληση του οικονομικού χορηγητή) – λειτουργούσε ως πυροδοτικός μηχανισμός για την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξάντλησης. (Κανδύλης και συν. 1993)

Το θεραπευτικό προσωπικό που παθαίνει burn out είναι εγκλωβισμένο σε μια κατάσταση «διπλού δεσμού». Αυτό σημαίνει ότι εάν επιχειρήσουν οι φροντιστές περαιτέρω κινήσεις εμπαιθητικότητας για να προσεγγίσουν το ασθενή, αποφασισμένοι να μοιραστούν μαζί του και άλλες δυσκολίες, προβλήματα και αποθαρρύνσεις, τότε θέτουν σε περισσότερο κίνδυνο τη δική τους υγεία. Εάν πάλι αποφασίσουν να παραμείνουν απόμακροι χωρίς να εμπλέκονται σε ουσιαστικές θεραπευτικές σχέσεις με τον ασθενή, τότε εκτίθενται σε κίνδυνο ανίας και μη ικανοποίησης από την εργασία τους. Έτσι και στις δυο περιπτώσεις ο φροντιστής αποτυγχάνει να αποκτήσει κάποιο «αντίδοτο» για το burn out (Κανδύλης και συν. 1993). Ο Searles (2003) υποστηρίζει παράλληλα, ότι η θεραπευτική σχέση με τους ψυχωτικούς ασθενείς χαρακτηρίζεται από έναν διαρκή ενδόμυχο και ασυνείδητο φόβο των μελών της θεραπευτικής ομάδας για μία πιθανή και ενδεχόμενη «προσβολή» τους από την ψυχική νόσο των ασθενών που φροντίζουν. Το γεγονός αυτό καθιστά περισσότερο επίπονη τη θεραπευτική διαδικασία, ιδιαιτέρως στους νεότερους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (φροντιστές) και έτσι γίνεται περισσότερο δυνατή η εμφάνιση συναισθημάτων αποθάρρυνσης, απελπισίας και μη ικανοποίησης από την εργασία τους.

Τόσο οι εμπειρίες των Κανδύλη και συν. (1993), όσο και οι εμπειρίες των Αγγελίδη και συν. (1993) οι οποίες αφορούν τους πρώτους 18 μήνες λειτουργίας ενός προστατευόμενου χώρου Διαβίωσης στην κοινότητα, υπό την στήριξη του Ψ. Ν Θεσσαλονίκης καταλήγουν στο συμπέρασμα και συμφωνούν ότι το burn out δεν ξεπερνιέται, ούτε και μειώνεται με την υλοποίηση κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων, ούτε καν με την ύπαρξη αληθών συνεργατικών σχέσεων στον ξενώνα, αλλά η αντοχή για θεραπευτική εργασία με χρόνιους ψυχωτικούς ασθενείς ενισχύεται μόνο με τη θεσμική εκπαίδευση που παρέχεται σ' αυτούς κατά τη διάρκεια των βασικών σπουδών τους. Επίσης, επιλύεται ή μειώνεται όταν το θεραπευτικό προσωπικό ενός





ξενώνα συγκαλείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα (Δαμίγος 2003) σε ομάδα μέσα στην οποία εκτιμώνται: ι) η απώλεια ενθουσιασμού των μελών του θεραπευτικού προσωπικού, ιι) η αντίσταση του στην επέκταση δραστηριοτήτων, ιιι) η έλλειψη ευχαρίστησης και ικανοποίησης από την εργασία και η τάση για γραφειοκρατική νοοτροπία. Παράλληλα, συζητούνται και αναλύονται αισθήματα αυτοεπιβεβαίωσης ρόλων, όπως και τάσεων για έλεγχο και εξουσία, ενώ γίνεται προσπάθεια ώστε οι σχέσεις των μελών του θεραπευτικού προσωπικού και οι συνθήκες εργασίας να είναι όσο γίνεται, λιγότερο γραφειοκρατικές.

## **5.5. Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

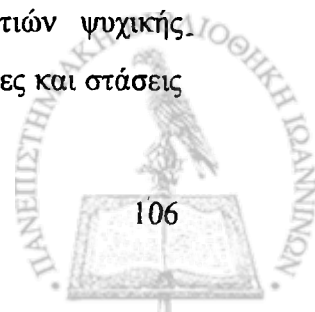
Η κατάλληλη εκπαίδευση και επιστημονική κατάρτιση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σύμφωνα με τον Phillips (1967), και Rabkin (1974), διευκολύνει στον προσδιορισμό και την γνωριμία με την ψυχική νόσο. Παράλληλα, η επαρκής εκπαίδευση σε ειδικές δεξιότητες βοηθά στο ξεπέρασμα των εμποδίων και των προβλημάτων που προκαλούνται κατά την εργασία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην αποκατάσταση, (Kenneth Minkoff 1987). Προβλήματα όπως, π.χ. τα συναισθήματα ανεπάρκειας ή απελτισίας, που προκαλούνται σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στην αποκατάσταση και οι αρνητικές στάσεις προς τους χρόνιους ασθενείς, ως επακόλουθο αυτών των παραπάνω συναισθημάτων και το υψηλά εκφραζόμενο συναίσθημα (Kingsley & Jowel 1988), θεωρούνται από πολλούς επαγγελματίες ως αποτέλεσμα της μη επαρκούς εκπαίδευσης τους και κατά τη διάρκεια των σπουδών τους και κατά την διάρκεια της επαγγελματικής τους καριέρας, (Mirabi και συν. 1985), (Lamb 1982), (Stem και Minkoff 1979), (Oliver & Kuipers 1996). Η διαμόρφωση αρνητικών στάσεων για την χρόνια ψυχική νόσο θεωρείται τόσο από τους Rabkin (1974) και Phillips (1967) όσο και από την Minkoff (1987) ότι είναι αποτέλεσμα της επαγγελματικής εκπαίδευσης των ειδικών για την ψυχική υγεία, κατά τη διάρκεια των σπουδών τους.

Ένας αριθμός μελετών σχετικά με τη συμβολή της επαγγελματικής εκπαίδευσης



σε επίπεδο σπουδών, στη διαμόρφωση επαγγελματικών στάσεων για την ψυχική νόσο και την αποκατάσταση χρόνιων ψυχικά ασθενών, έθεσαν ερωτήματα ως προς την επάρκεια της συγκεκριμένης εκπαίδευσης. Χαρακτηριστικές μελέτες με το συγκεκριμένο αντικείμενο, που πρέπει να σημειωθούν είναι των Kelly, Rarhael και Byrne (1991) και του Scott (1990). Τόσο οι παραπάνω μελετητές, όσο και άλλοι όπως οι Depoy και Merrill (1988) συμφωνούν ότι φοιτητές ειδικοτήτων ψυχικής υγείας μπορούν να μιλούν για θεραπευτικές αξίες και να αναπτύσσουν θετικές στάσεις για την ψυχική νόσο, όσο οι σπουδές τους εξελίσσονται. Πιο συγκεκριμένα οι Estes και συν. (1991) βρήκαν ότι υπήρχαν και διαφοροποιήσεις μεταξύ των φοιτητών εργοθεραπείας και των φοιτητών της ιατρικής. Οι φοιτητές της εργοθεραπείας διατηρούσαν περισσότερο θετικές στάσεις ως προς την ψυχική νόσο απ' ότι οι φοιτητές της ιατρικής, ενώ οι Gordon, Minnes και Holden (1990) βρήκαν ότι οι στάσεις των φοιτητών της εργοθεραπείας, της νοσηλευτικής και της κλινικής ψυχολογίας ποίκιλαν ανάλογα με το κοινωνικό status του καθενός. Ωστόσο, ενδεικτικό στοιχείο για τους φοιτητές νοσηλευτικής το οποίο αξίζει να σημειωθεί εδώ είναι, ότι η εκπαίδευση τους αν και ολοκληρωμένη και όχι τόσο εστιασμένη σε επίπεδο νοσοκομειακής περίθαλψης, δε φαίνεται να επηρεάζει θετικά τις στάσεις των φοιτητών ως προς την ψυχική νόσο.

Αναφορικά με τα εκπαιδευτικά προγράμματα επαγγελματιών ψυχικής υγείας οι Neilsen και συν. (1985), οι Rabkin και συν. (1998), οι Piat και συν. (2002) και οι Van Audenhove και Van Humbeek (2003) υποστηρίζουν ότι η παροχή εκπαίδευσης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, στο χώρο εργασίας τους με χρόνιους ψυχικά ασθενείς, μπορεί να τους βοηθήσει να κατανοήσουν άμεσα τις πραγματικές θεραπευτικές αξίες της εργασίας τους στην αποκατάσταση, γεγονός το οποίο αποτελεί μια βασική προϋπόθεση για την καλύτερη λειτουργία των αντίστοιχων δομών. Ένα τέτοιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα θα πρέπει να παρέχει θετική ανατροφοδότηση ως προς τρία κύρια στοιχεία: α) τη γνώση β) τις δεξιότητες και γ) τις στάσεις και τα μοντέλα επαγγελματικών ρόλων. Όμως, οι Neilsen και συν. (1985) και άλλοι, πολλοί μελετητές όπως: ο Lamb 1982, οι Minkoff και Stern 1985, οι White κ' Bennett 1981, ο Fink 1975, οι Sabin κ' Sharfstein 1975, οι Mirabi και συν. 1985) παρατήρησαν μέσα από τις μελέτες τους για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ότι η συγκεκριμένη ανατροφοδότηση ως προς τις γνώσεις, δεξιότητες και στάσεις



για την ψυχική νόσο, δεν ισχύει και δεν κατευθύνεται στον αρχικό της στόχο. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι στην έρευνα των Mirabi και συν. (1985), οι περισσότεροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (68%) συμφώνησαν ότι δεν λαμβάνουν επαρκή εκπαίδευση ως προς την πρακτική θεραπευτική αντιμετώπιση χρόνιων ψυχικά ασθενών. Δηλαδή η εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στο χώρο εργασίας τους με χρόνιους ασθενείς δεν επαρκεί και οι ανάλογες δεξιότητες δεν διδάσκονται. Αυτό συμβαίνει γιατί: α) δεν υπάρχουν επαρκείς πηγές μάθησης, β) η εκπαίδευση μέσα σ' ένα συγκεκριμένο πλαίσιο του συστήματος περίθαλψης (π.χ. ξενώνας), θέτει συγκεκριμένους περιορισμούς (Senn και συν. 1997) και (Willets και Leff 1997) και γ) οι περισσότεροι διευθυντές τμημάτων ψυχικής περίθαλψης μερικές φορές είναι δύσκολο να κατανοήσουν τις ανάγκες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που δουλεύουν με ψυχικά ασθενείς. Από την άλλη, η εκπαίδευση που παρέχεται μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων για επαγγελματίες ψυχικής υγείας, παρέχει πολλές φορές μόνο πολλαπλές βιολογικές – ψυχολογικές – οικογενειακές και κοινωνικές θεωρίες προς εκμάθηση και εποπτείες σε μη ψυχωτικούς ασθενείς ή σε ψυχικά ασθενείς, που δεν είναι ασυλικοί ή χρόνιοι. Επειδή, τα εκπαιδευτικά προγράμματα για την ψυχική νόσο δεν καταφέρνουν συνήθως να προσδώσουν εξειδικευμένες, εκτενείς και ακριβείς μαθησιακές πληροφορίες, με βάση τις εκπαιδευτικές ανάγκες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται με ψυχικά ασθενείς, ακόμα και αν προωθούν την ποιότητα παροχής των υπηρεσιών, το γεγονός αυτό οδηγεί στην εν δυνάμει διαμόρφωση αρνητικών στάσεων των επαγγελματιών προς την ψυχική νόσο.

Όπως είναι φυσικό, η διαμόρφωση αρνητικών στάσεων προς τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς δε φέρνει το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα, και παράλληλα οι προσπάθειες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται με χρόνιους ψυχικά ασθενείς να βρουν και να ακολουθήσουν μια σωστή και κατάλληλη προσέγγιση για τον καθένα ασθενή, τους οδηγούν στην «ματαιώση». Το αποτέλεσμα είναι ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, είτε αποφεύγουν να εργάζονται σε δομές αποκατάστασης, αναζητώντας εργασία σε άλλες ψυχιατρικές δομές, είτε στην περίπτωση που εργάζονται ήδη σε χώρους αποκατάστασης ψυχικά ασθενών, περιορίζονται σε θεραπευτικές παρεμβάσεις με βάση τη συμπεριφοριστική θεραπεία, την ψυχοδυναμική θεραπεία και τη φαρμακοθεραπεία, (Minkoff και Stern 1985) ή εγκαταλείπουν την εργασία τους στο



χώρο αποκατάστασης, σε λιγότερο χρονικό διάστημα των δώδεκα (12) μηνών απασχόλησης (Moore και συν. 1992) (Oliver κ' Kuipers 1996). Υπό αυτές τις συνθήκες τα κίνητρα για περαιτέρω εκπαίδευση, μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων είναι λιγοστά. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι εμπειρίες των Κανδύλη και συν. (1993) για τον ξενώνα της Λάρισας, όπου το προσωπικό δεν αποδεχόταν εύκολα την αναγκαιότητα της συνεχούς εκπαίδευσης μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων, ως ουσιαστική προϋπόθεση για την επιτυχία του συγκεκριμένου θεραπευτικού προγράμματος. Συγκεκριμένα, το θεραπευτικό προσωπικό αδρανούσε για την κατάκτηση της προσωπικής γνώσης και εύσχημα ανέβαλε κάθε προσπάθεια ομαδικής και διαρκούς επιμόρφωσης. Η επικράτηση μιας τέτοιας αμυντικής συμπεριφοράς και παθητικής στάσης δεν οδήγησε στην ευόδωση των θεραπευτικών στόχων που αφορούσαν την αποϊδρυματοποίηση των ψυχικά ασθενών και την αποκατάστασή τους. Έτσι, οι ασθενείς όλο και περισσότερο φαίνονταν απομονωμένοι και αποσυρμένοι από τα καθημερινώς διαδραματιζόμενα.

Σε μια πρόσφατη έρευνα όμως των Willets & Leff (2003), σχετικά με την επαναξιολόγηση ενός επαναληπτικού εκπαιδευτικού προγράμματος (το προηγούμενο εκπαιδευτικό πρόγραμμα πραγματοποιήθηκε το έτος 1997), σε είκοσι εννέα (29) επαγγελματίες ψυχικής υγείας οι οποίοι εργάζονταν σε δομή αποκατάστασης χρονίων ψυχικά ασθενών, αποδείχθηκε ότι συνέβαλε:

- i. Σε μια σημαντική αύξηση του επιπέδου των γνώσεων για τη σχιζοφρένεια, τόσο στους ειδικευμένους όσο και στους ανειδίκευτους επαγγελματίες ψυχικής υγείας,
- ii. Στην ανάπτυξη δεξιοτήτων ως προς τη χρήση οργανωμένων στρατηγικών θεραπευτικού σχεδιασμού για την αποκατάσταση των ασθενών.
- iii. Στην μείωση της έντονης συναισθηματικής έκφρασης του προσωπικού κατά την επικοινωνία τους με τους ασθενείς και ταυτόχρονα μείωση της εκδήλωσης αρνητικών στάσεων
- iv. Στη μείωση των εκδηλώσεων προβληματικής συμπεριφοράς από πλευράς των ασθενών.

Οι παράγοντες που έπαιξαν σημαντικό ρόλο στη θετική έκβαση του συγκεκριμένου εκπαιδευτικού προγράμματος, ήταν οι εξής παρακάτω:

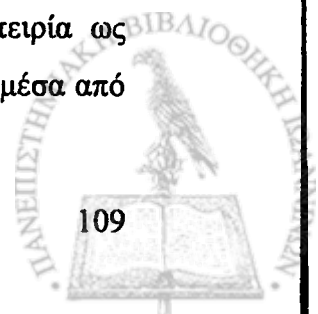
- i. Η ανελλιπή και τακτική παρακολούθηση των εκπαιδευτικών ενοτήτων του

προγράμματος, απ' όλα τα μέλη του προσωπικού.

- ii. Η ενθαρρυντική και υποστηρικτική στάση του υπεύθυνου της θεραπευτικής ομάδας ως προς την αναγκαιότητα συμμετοχής όλων των μελών του προσωπικού.
- iii. Η υλοποίηση του εκπαιδευτικού προγράμματος σε κατάλληλο χρονικό διάστημα, το οποίο αποτελούσε προϋπόθεση για την ομαλή και συχνή παρακολούθηση όλων των μελών της θεραπευτικής ομάδας (π.χ. δύο ώρες κάθε εβδομάδα – χρονική περίοδος εκπαίδευσης δέκα εβδομάδων).

Με βάση τις παραπάνω διαπιστώσεις ως προς την ύπαρξη και αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων για επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε δομές αποκατάστασης, είναι αναγκαίο να αναφερθούν ορισμένες προτάσεις. Αρχικά, θα πρέπει να τονιστεί η αναγκαιότητα της ουσιαστικής εκπαίδευσης του θεραπευτικού προσωπικού μιας μεταβατικής δομής, είτε αυτό είναι ειδικευμένο στην αποκατάσταση, είτε όχι. Η εκπαίδευση αυτή θα πρέπει να είναι πρακτικά συνυφασμένη με το εργασιακό σχήμα μιας τέτοιας δομής (μεταβατικής) και να είναι σύντομη, όπως υποστηρίζουν οι Butler και Rosenthal (1976), οι οποίοι, περιγράφοντας ένα τέτοιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, προτείνουν την υλοποίηση του ανά 1 (μια) ημέρα επί επτά εβδομάδες. Επίσης, προσθέτουν ότι θα πρέπει να δίνεται έμφαση, όχι μόνο στην απόκτηση δεξιοτήτων και γνώσεων, αλλά και στην διαμόρφωση θετικών στάσεων, ως προς την χρόνια ψυχική νόσο.

Οι Minkoff και Stern (1985) προτείνουν τον τρόπο με τον οποίο θα γίνει κάτι τέτοιο εφικτό. Έτσι, θεωρούν ότι, στο πλαίσιο ενός εκπαιδευτικού προγράμματος επαγγελματιών ψυχικής υγείας, είναι αναγκαία η εκπαίδευση τους μέσα στο χώρο εργασίας τους (μεταβατική δομή – ξενώνας), έτσι ώστε να εκπαιδευτούν στις δεξιότητες παρατήρησης της κλινικής πορείας της νόσου των ασθενών. Μ' αυτόν τον τρόπο, ενθαρρύνονται να γνωρίσουν «εκ βάθους» τους ασθενείς τους, να γίνουν πιο οικείοι μαζί τους. Παράλληλα, μαθαίνουν να «συγκρατούν» τους ασθενείς τους στη συγκεκριμένη αποκαταστασιακή δομή για όσο χρονικό διάστημα χρειάζεται, έτσι ώστε να μπορούν να παρέχουν μια σειρά από θεραπευτικές παρεμβάσεις, στοχεύοντας στην επιτυχή ολοκλήρωση των θεραπευτικών στόχων. Τέλος, αποκτούν εκπαιδευτική εμπειρία ως προς την ανάπτυξη και διατήρηση ευέλικτων μοντέλων επαγγελματικών ρόλων μέσα από



τις δεξιότητες αυτοπαρατήρησης.

Οι Moore και συν. (1992) από την άλλη, υποστηρίζουν ότι ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα θα πρέπει να στοχεύει και στη διερεύνηση της αρνητικής συμπτωματολογίας των ασθενών, καθώς και των εκδηλώσεων προβληματικής συμπεριφοράς με σκοπό:

- i. Την συνειδητοποίηση και επίγνωση όλων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, σχετικά με τη συμπτωματολογία των ασθενών τους
- ii. Την ανάληψη πρωτοβουλιών και άσκηση δεξιοτήτων με οργανωμένη στρατηγική για την μείωση και αντιμετώπιση τέτοιων προβλημάτων (Hooley και συν. 1987).

Ο Γεωργιάδης υποστηρίζει εδώ ότι, στο πλαίσιο των εκπαιδευτικών προγραμμάτων για επαγγελματίες ψυχικής υγείας, βασική προϋπόθεση και στόχος της παρεχόμενης εκπαίδευσης είναι η συνεχής διαδικασία επεξεργασίας των θέσεων και αρχών (θεωρία) καθώς και της κλινικής πράξης (πρακτική). Πρόκειται για έναν τύπο εκπαίδευσης που κατά ένα σημαντικό μέρος αποκτάται στην πράξη στα πλαίσια μιας βιωματικής εμπειρίας στις δομές, όπου εργάζονται οι επαγγελματίες – φροντιστές.

Οι στόχοι της εκπαίδευσης αναφέρονται ουσιαστικά στην άσκηση της ψυχιατρικής στην κοινότητα και χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

- Την οργανωτική και θεραπευτική διάσταση των αρχών της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Ασκείται μέσα στην κοινότητα και χρησιμοποιεί τις δυνάμεις και δυνατότητες της κοινότητας.
- Τη συλλογική και συμπληρωματική εργασία, η οποία χαρακτηρίζεται, πέραν των ιδιαιτεροτήτων της κάθε ειδικότητας, από την συμβολή όλων των ειδικών που συνεργάζονται στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας.
- Τη γνώση της ψυχοπαθολογίας (διάγνωση – θεραπευτική αντιμετώπιση).
- Τη γνώση για θέματα πρόληψης της ψυχικής νόσου και των παραγόντων που προκαλούν την εμφάνιση μιας διαταραχής (π.χ. κοινωνικοί παράγοντες, ο τρόπος οργάνωσης της πόλης, της γειτονιάς, οι ιδιαιτερότητες του πληθυσμού κλπ).
- Την γνώση σχετικά με την οργάνωση και στάση του δικαστικού συστήματος.
- Την προώθηση τρόπων καθορισμού προτεραιοτήτων και θεραπευτικών στόχων για κάθε ασθενή.
- Την προώθηση της ικανότητας για διάλογο και συνεργασία μεταξύ των μελών μιας θεραπευτικής ομάδας.

Τέλος, επισημαίνει τη σπουδαιότητα της εποπτείας ως μία σημαντική πλευρά τη εκπαίδευσης, καθώς αυτή αφορά την ίδια τη θεραπευτική διαδικασία. Αναμφίβολα το ίδιο σημαντική αποτελεί και η χρήση ενός εξωτερικού επόπτη για την προώθηση του συγκεκριμένου τύπου εκπαίδευσης ενός μη ψυχιατρικού προσωπικού (Δαμίγος 2003 ) (Ungar & Busch de Ahumada 2001).

Οι Willets και Leff (2003) υιοθετούν την άποψη ότι ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε δομές αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών, θα πρέπει να περιλαμβάνει μια ευρεία σειρά από εκπαιδευτικές ενότητες που αφορούν:

- i. Την γνώση της αρνητικής και θετικής συμπτωματολογίας των ψυχικά πασχόντων
- ii. Την εκπαίδευση σε δεξιότητες διαχείρισης ενός θεραπευτικού συστήματος (π.χ. ξενώνας).
- iii. Την εκπαίδευση του προσωπικού στο μοντέλο χρήσης χαμηλού επιπέδου εκφραζόμενων συναισθημάτων, με ιδιαίτερη έμφαση στην ενθάρρυνση των φροντιστών να εκφράζονται με ενσυναίσθηση (empathy) και κατανόηση, κατά την καθημερινή επικοινωνία με τους ασθενείς.

Παράλληλα, η αποτελεσματικότητα ενός εκπαιδευτικού προγράμματος σχετικά με τους παραπάνω στόχους, εξαρτάται από τρεις (3) βασικούς παράγοντες:

- i. Την από κοινού συνεργασία και τοποθέτηση όλων των φροντιστών μιας ομάδας προσωπικού, ως προς την αναγκαιότητα προώθησης και ανάπτυξης εκπαιδευτικών προγραμμάτων
- ii. Την θετική ενθαρρυντική στάση του ηγέτη της θεραπευτικής ομάδας, σχετικά με την υλοποίηση αυτών
- iii. Την ανεύρεση κατάλληλης χρονικής περιόδου, προκειμένου να είναι εφικτή η μαζική και ανελλιπή συμμετοχή όλων των μελών μιας θεραπευτικής ομάδας.

# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 6.1. ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Γενικός στόχος της παρούσας έρευνας είναι να παρουσιαστούν διεξοδικά και να μελετηθούν οι εξελικτικές φάσεις οργάνωσης και δόμησης του θεραπευτικού περιβάλλοντος εξωνοσοκομειακών μεταβατικών στεγαστικών δομών ψυχιατρικής περίθαλψης (ξενώνες), στις οποίες διαμένουν, προς αποκατάσταση, οι χρόνιοι ασυλικοί ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα, μας ενδιέφερε να μελετήσουμε, κατά τον πρώτο χρόνο λειτουργίας τους, τις φάσεις από τις οποίες διέρχεται ή η θεραπευτική ομάδα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και οι οποίες αφορούν την εξελικτική πορεία της οργάνωσης και δόμησης των συγκεκριμένων ξενώνων, την ανάπτυξη των συνακόλουθων συναισθημάτων, όπως αυτά βιώνονται κατά την προσπάθεια διαμόρφωσης και συσπείρωσης των εκάστοτε υπό - ομάδων των φροντιστών, τη λειτουργία των επαγγελματικών στάσεων ως προς την εργασία των φροντιστών με χρόνιους ψυχιατρικούς ασθενείς και τέλος, τη λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων, όπως αυτοί αναπτύσσονται και επιδρούν, τόσο στην οργάνωση της λειτουργίας των ξενώνων, κατά την δυναμική των σχέσεων των ίδιων, στην μεταξύ τους επικοινωνία, όσο και στις σχέσεις τους με τους ίδιους τους ασθενείς, οι οποίοι πρέπει να αναπτύξουν την λειτουργικότητα τους και να οδηγηθούν στην αποκατάσταση.

Η επιλογή των δομών και των προσώπων, ως πειραματική ομάδα, έγινε κυρίως





λόγω της μη εκπόνησης μέχρι και σήμερα στον Ελλαδικό χώρο, μιας ερευνητικής μελέτης που να εκτιμά το σύνολο των συγκεκριμένων παραπάνω παραμέτρων, σε αντίστοιχη ομάδα, καθώς και λόγω ορισμένων ιδιαίτερων χαρακτηριστικών όπως:

- i. Οι στεγαστικές δομές οι οποίες μελετώνται, ήταν άρτι διαμορφωμένες και νεοσύστατες, όπως ακριβώς επιτάσσει η εφαρμογή των σταδίων της ψυχιατρικής μετάρρυθμισης στην Ελλάδα και την Ευρώπη, με βάση το δεκαετές πρόγραμμα «Ψυχαργός» (2000 – 2010).
- ii. Το θεραπευτικό προσωπικό των δύο εκ των τεσσάρων συγκεκριμένων δομών (Ξενώνες Α' και Β'), που μελετώνται, αποτελείται από νέους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι δεν είχαν εργασθεί ποτέ μέχρι τώρα, σε κάποια άλλη ψυχιατρική δομή, όπως π.χ ψυχιατρείο, Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου κ.α., ή σε κάποια άλλη ψυχιατρική δομή εναλλακτικής ψυχιατρικής περίθαλψης, όπως π.χ. ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα.
- iii. Αντίθετα, το θεραπευτικό προσωπικό των άλλων δύο στεγαστικών δομών (Ξενώνες Γ' και Δ'), που μελετώνται, είχε εμπειρία ως ψυχιατρικό προσωπικό σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, με ιδιαίτερη εργασιακή και επαγγελματική εμπειρία αρκετών χρόνων, τόσο στο σύστημα περίθαλψης του Ψυχιατρείου, όσο και σε δομές αποκατάστασης, εκτός των ορίων του Ψυχιατρείου.
- iv. Οι δύο από τις τέσσερις στεγαστικές δομές, οι οποίες μελετώνται στην παρούσα έρευνα, είναι διαμορφωμένες και εγκατεστημένες σε πόλεις, όπου ποτέ πριν, μέχρι σήμερα, δεν υπήρχε άλλη παρόμοια στεγαστική μεταβατική δομή αποκατάστασης χρόνιων ασυλικών ασθενών, με εξαίρεση τις άλλες δύο στεγαστικές δομές, οι οποίες διαμορφώθηκαν σε πόλη που είχε παρόμοια εμπειρία σε εναλλακτικό σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης στο παρελθόν.

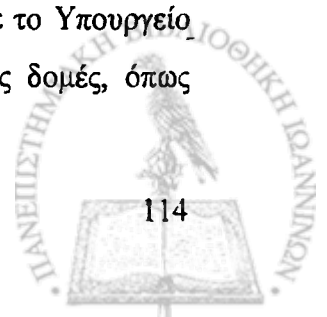
Οι συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες, που αναφέρθηκαν παραπάνω, και το ενδιαφέρον μας γύρω από τους παράγοντες που πιθανά συνέβαλαν στην οργάνωση, δόμηση και διαμόρφωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος των συγκεκριμένων στεγαστικών δομών, ήταν οι λόγοι που μας οδήγησαν να μελετήσουμε και να εκτιμήσουμε την προσπάθεια των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, μέσα στα πλαίσια λειτουργίας τους, ως θεραπευτική ομάδα της εκάστοτε μελετώμενης δομής, κατά τον πρώτο χρόνο σύστασης και λειτουργίας τους.



Πιο συγκεκριμένα μας ενδιέφερε να μελετήσουμε:

- i. Τον παράγοντα της πολυεπίπεδης επικοινωνίας των φροντιστών και της συμπληρωματικότητας των ρόλων τους, και τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζει το βαθμό της συνοχής της θεραπευτικής ομάδας.
- ii. Τη συμβολή του επόπτη (εσωτερικού – εξωτερικού) στην αντιμετώπιση των ιδιαίτερων προβλημάτων των μελών στις μεταξύ τους σχέσεις.
- iii. Τον τρόπο με τον οποίο μία θεραπευτική ομάδα προωθεί την αυτονόμηση της δομής (ξενώνας) και την ανεξαρτητοποίηση της από το Φορέα Υλοποίησης – Διαχείρισης (π.χ. Ψυχιατρείο ή Γενικό Νοσοκομείο).
- iv. Τη συμβολή της εποπτείας (εσωτερικής ή εξωτερικής) και των ομαδικών συναντήσεων στην επίλυση προβλημάτων, τα οποία προκαλούνται κατά τη θεραπευτική σχέση των φροντιστών με τους ασθενείς. Ειδικότερα, η ύπαρξη και η συμβολή των εκφραζόμενων συναισθημάτων (θετικών ή αρνητικών) όπως π.χ. το συναίσθημα της εισβολής, της μόλυνσης από τη νόσο, της απαισιοδοξίας, της ματαίωσης κ.α. ή η ενσυναίσθηση και η θετική στάση προς την ψυχική νόσο, ως παράγοντες πρόκλησης της ιδρυματικής συμπεριφοράς των ασθενών ή της προώθησης του θεραπευτικού έργου αποκατάστασης, αντίστοιχα.
- v. Τη συμβολή των παραπάνω συναισθημάτων και στάσεων (θετικών ή αρνητικών) των φροντιστών, τόσο στο επίπεδο των μεταξύ τους σχέσεων και στον τρόπο με τον οποίο πετυχαίνεται ένας σημαντικός βαθμός ικανοποίησης ή μη ικανοποίησης από την εργασία τους, όσο και στο επίπεδο των σχέσεων τους με τους ασθενείς.
- vi. Τέλος, την εμφάνιση ή όχι στοιχείων μηχανιστικής διαχείρισης της ψυχικής νόσου, κατά τον πρώτο χρόνο λειτουργίας των μεταβατικών στεγαστικών δομών (ξενώνων), γεγονός το οποίο χαρακτηρίζει το θεραπευτικό περιβάλλον αυτών με αρνητικά ή θετικά ποιοτικά χαρακτηριστικά (π.χ. ξενώνας: μικρό «άσυλο»).

Παράλληλα, ήταν μια μεγάλη ευκαιρία για εμάς να εκτιμήσουμε όλες τις παραπάνω παραμέτρους και τους πιθανούς παράγοντες, μέσα στα πλαίσια ενός νεοεισερχόμενου για τα Ελληνικά και Ευρωπαϊκά δεδομένα μετά το πρόγραμμα Legos i & ii, προγράμματος αποκατάστασης χρόνιων ψυχωτικών ασθενών («Ψυχαργός»), όπως υλοποιείται από τα μεγάλα Ψυχιατρεία της χώρας μας, σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας και πιο συγκεκριμένα τις μεταβατικές στεγαστικές δομές, όπως



διαμορφώθηκαν κατά την Α' Φάση υλοποίησης του προγράμματος αυτού.

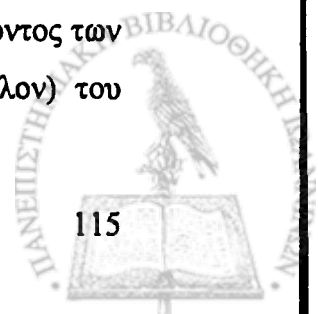
Οι θεωρητικές υποθέσεις – προσεγγίσεις, οι οποίες αποτέλεσαν το θεωρητικό υπόβαθρο για την εκπόνηση της συγκεκριμένης μελέτης αναφέρονται ειδικότερα:

- i. Στην ολοκληρωμένη εμπειρία του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας, κατά την μεταβατική φάση (1983 και μετά) και τα ακόλουθα αποτελέσματα αυτής, αναφορικά με την υλοποίηση και έκβαση της αποκατάστασης χρόνιων ασυλικών ασθενών, σύμφωνα με τα θεραπευτικά προγράμματα αποκατάστασης: **Leros I, Leros II**. Πολλές φορές στο παρελθόν εκδηλώθηκαν τάσεις μετατροπής της λειτουργίας των μεταβατικών στεγαστικών δομών σε μία μηχανιστική διαχείριση της χρονιότητας της ψυχική νόσου των ασθενών (όπως π.χ. η κατευθυντήριος δύναμη για την υλοποίηση των παραπάνω προγραμμάτων αφορούσε περισσότερο προγραμματικές, γραφειοκρατικές προτεραιότητες (διαχείριση πόρων, απορρόφηση κονδυλίων) και όχι τόσο τις ανάγκες των ψυχικά πασχόντων).
- ii. Στις θεωρητικές εκτιμήσεις σχετικά με την δομή, την οργάνωση και τη διαχείριση ενός συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης (π.χ. ξενώνας) και τα ιδιαίτερα προβλήματα που προκαλούν δυσκολίες στο έργο της αποκατάστασης.

Ειδικότερα:

- Ο παράγοντας της πολυεπίπεδης επικοινωνίας των μελών του θεραπευτικού προσωπικού
- Η συνοχή της θεραπευτικής ομάδας με βάση τη λειτουργία των συμπληρωματικών ρόλων και το μοίρασμα των υπευθυνοτήτων
- Ο ρόλος και η ικανότητα του επόπτη (εξωτερικού ή εσωτερικού) να αντιμετωπίζει τα ιδιαίτερα προβλήματα (συγκρούσεις – διαφωνίες) που προκύπτουν
- Η διασφάλιση της αυτονομίας της δομής
- Η εκπαίδευση των στελεχών της θεραπευτικής ομάδας, η οποία μέχρι σήμερα χαρακτηριζόταν περισσότερο ως ακαδημαϊκή και μη σχετική ως προς τις ανάγκες της αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά πασχόντων.

αποτελούν σημαντικά στοιχεία διαμόρφωσης του θεραπευτικού περιβάλλοντος των ξενώνων, το οποίο διαφοροποιείται από εκείνο (θεραπευτικό περιβάλλον) του



ψυχιατρείου.

- iii. Στις φάσεις ανάπτυξης πολύπλοκων δυναμικών σχέσεων των μελών μιας ομάδας φροντιστών (carers) ενός ξενώνα για χρόνιους ασυλικούς ασθενείς, κατά τον πρώτο χρόνο λειτουργίας της δομής, καθώς και των συνακόλουθων συναισθημάτων, τα οποία επιδρούν και συμβάλλουν στη θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς.
- iv. Η ανεύρεση επαγγελματικών ορίων μέσα από τη δυναμική των αλληλεπιδράσεων των μελών και την διαρκή προσπάθεια για συμπληρωματικότητα των ρόλων.
- v. Η επίλυση συγκρούσεων των μελών με την απαραίτητη συμβολή της εποπτείας(εσωτερικής – εξωτερικής) και τις ομαδικές συναντήσεις
- vi. Η ύπαρξη και η συμβολή των συναισθημάτων της εισβολής , της μόλυνσης από την ψυχική νόσο, ή της ματαιώσης από πλευράς των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (φροντιστές), κατά τη θεραπευτική σχέση με τους ψυχωτικούς ασθενείς στη θεραπευτική διαδικασία
- vii. Ο ρόλος και η συμβολή των αρνητικών/θετικών συναισθημάτων και στάσεων (όπως π.χ. η απαισιοδοξία, η απελπισία, η ενδεχόμενη προσβολή από την νόσο, η κριτική στάση, η ενσυναίσθηση) των φροντιστών ως προς την ψυχική νόσο, τόσο στο επίπεδο των σχέσεων των φροντιστών μεταξύ τους και στην ικανοποίηση ή μη ικανοποίηση από την εργασία τους (burn out), όσο και στο επίπεδο των σχέσεων τους με τους ασθενείς (πρόκληση ιδρυματικής συμπεριφοράς των ασθενών ή προώθηση του θεραπευτικού έργου αποκατάστασης. Ειδικότερα για το τελευταίο η θεραπευτική ομάδα πρέπει να αναδειξεί πρώτα, το κλινικό-διαγνωστικό της έργο (π.χ. αναγνώριση των αναγκών των ασθενών ξεχωριστά και επιλογή θεραπευτικών στόχων) και μετά το εκπαιδευτικό μέρος (π.χ. εκπαίδευση ασθενών σε συγκεκριμένο εξειδικευμένο αντικείμενο, από τους τεχνίτες-εκπαιδευτές)).

Όλα τα παραπάνω αποτέλεσαν τα βασικότερα θεωρητικά σημεία για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης.

Πίνακας γεωγραφικής κατανομής των νέων στεγαστικών δομών που δημιουργήθηκαν μέσω του Ψυχαργός - Α' Φάση

ΝΟΜΟΣ	ΠΟΛΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ
Καβάλας	Καβάλα	Ένας (1) ξενώνας
Θεσσαλονίκης	Θεσσαλονίκη	Ένας (1) ξενώνας - δύο (2) οικοτροφεία
Χαλκιδικής	Πολύγυρος	Ένας (1) ξενώνας
Κατερίνης	Κατερίνη	Δύο (2) ξενώνες
Τρικάλων	Τρίκαλα	Ένας (1) ξενώνας
Καρδίτσας	Καρδίτσα	Ένας (1) ξενώνας
Λαρίσης	Λάρισα	Ένας (1) ξενώνας
Μαγνησίας	Βόλος	Ένας (1) ξενώνας
Κέρκυρας	Κέρκυρα	Ένας (1) ξενώνας - ένα (1) οικοτροφείο
Θεσπρωτίας	Ηγουμενίτσα	Ένας (1) ξενώνας - ένα (1) οικοτροφείο
Ιωαννίνων	Ιωάννινα	Δύο (2) ξενώνες
Πρεβέζης	Πρέβεζα	Ένας (1) ξενώνας
Αρτας	Αρτα	Ένας (1) ξενώνας
Αιτωλοακαρνανίας	Αγρίνιο	Δύο (2) ξενώνες
Αιτωλοακαρνανίας	Μεσολόγγι	Ένας (1) ξενώνας
Αχαΐα;	Πάτρα	Δύο (2) ξενώνες
Ηλείας	Πύργος	Ένας (1) ξενώνας
Μεσσηνίας	Καλαμάτα	Ένας (1) ξενώνας
Λακωνίας	Σπάρτη	Ένας (1) ξενώνας
Αρκαδίας	Τρίπολη	Δύο (2) ξενώνες
Αργολίδας	Ναύπλιο	Ένας (1) ξενώνας
Κορινθίας	Κόρινθος	Ένας (1) ξενώνας
Αττικής	Αθήνα	Οκτώ (8) ξενώνες - δύο (2) οικοτροφεία
Ευβοίας	Χαλκίδα	Ένας (1) ξενώνας
Χίου	Χίος	Ένας (1) ξενώνας

ΝΟΜΟΣ	ΠΟΛΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ
Δωδεκανήσου	Λέρος	Έξι (6) ξενώνες
Χανίων	Χανιά	Δύο (2) ξενώνες – ένα (1) οικοτροφείο
Ρεθύμνης	Ρέθυμνο	Ένας (1) ξενώνας
Ηρακλείου	Ηράκλειο	Δύο (2) ξενώνες
Λασιθίου	Αγ. Νικόλαος	Ένας (1) ξενώνας

## 6.2. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### 6.2.1. ΥΛΙΚΟ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τέσσερις (4) μεταβατικές στεγαστικές δομές (ξενώνες) ημιαυτόνομης διαβίωσης (Ξενώνες: Α, Β, Γ, Δ), για χρόνιους ψυχιατρικούς ασθενείς, όπως ακριβώς διαμορφώθηκαν, με βάση το δεκαετές θεραπευτικό πρόγραμμα αποκατάστασης χρόνιων ασυλικών ασθενών: «Ψυχαργός, Α' Φάση», υπό την αιγίδα ενός Ψυχιατρικού Νοσοκομείου.

Η διεξαγωγή και ολοκλήρωση της έρευνας αυτής, διήρκησε ένα έτος συνολικά, ακριβώς από την έναρξη λειτουργίας των συγκεκριμένων στεγαστικών δομών, δηλαδή από το Μάρτιο 2001 έως και τον Φεβρουάριο 2002. Η ερευνητική διαδικασία ολοκληρώθηκε σε τρεις (3) φάσεις. Ειδικότερα, η Α' Φάση αναφερόταν στο πρώτο τρίμηνο (Μάρτιος – Μάιος 2001), η Β' Φάση αναφερόταν στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο (Ιούνιος – Αύγουστος 2001 & Σεπτέμβριος – Νοέμβριος 2001) και η Γ' Φάση αφορούσε στο τελευταίο τρίμηνο (Δεκέμβριος 2001 – Φεβρουάριος 2002). Το δείγμα συνολικά αριθμούσε 46 (σαράντα έξι) επαγγελματίες ψυχικής υγείας: 38 γυναίκες και 8 άντρες, ηλικίας από 18 έως 50 ετών.

Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Ν: έντεκα (11)					
ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ: δεκαπέντε (15)					
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	Μία (1)	Γυναίκα	25 - 35	Άγαμη χωρίς παιδιά	-
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	Μία (1)	Γυναίκα	25 - 35	Έγγαμη με παιδιά	-
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	Μία (1)	Γυναίκα	35 - 50	Άγαμη χωρίς παιδιά	-
Τ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Μία (1)	Γυναίκα	25 - 35	Έγγαμη χωρίς παιδιά	-
Δ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Τέσσερις (4)	Γυναίκες	18 - 25	Άγαμες χωρίς παιδιά	-
ΒΟΗΘΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	Ένας (1)	Άνδρας	35 - 50	Έγγαμος με παιδιά	-
ΤΕΧΝΙΤΕΣ	Μία (1)	Γυναίκα	35 - 50	Έγγαμη με παιδιά	-
ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	-	-	-	-	-
ΕΙΔΙΚΟΣ ΠΑΙΔΑΓΩΓΟΣ	-	-	-	-	-



## ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Ν: δώδεκα (12)					
ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ δεκατέσσερις (14)					
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	Ένας (1)	Άνδρας	25 - 35	Άγαμος χωρίς παιδιά	-
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	Μία (1)	Γυναίκα	35 - 50	Έγγαμη με παιδιά	-
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	-	-	-	-	-
Τ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Μία (1)	Γυναίκα	18 - 25	Άγαμη χωρίς παιδιά	-
Δ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Πέντε (5)	Γυναίκες	18 - 25	(4) τέσσερις άγαμες χωρίς παιδιά (1) μία έγγαμη με παιδιά	-
ΒΟΗΘΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	Ένας (1)	Άνδρας	18 - 25	Άγαμος χωρίς παιδιά	-
ΤΕΧΝΙΤΕΣ	Τρεις (3)	Γυναίκες	25 - 35 (2) δύο 35 - 50 (1) μία	Έγγαμη με παιδιά	-
ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	-	-	-	-	-
ΕΙΔΙΚΟΣ ΠΑΙΔΑΓΩΓΟΣ	-	-	-	-	-

### ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Ν: δεκαπέντε (15)					
ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ: είκοσι δύο (22)					
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	Ένας (1)	Άνδρας	25 - 35	Έγγαμος με παιδιά	-
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	-	-	-	-	-
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	-	-	-	-	-
Τ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Μία (1)	Γυναίκα	35 - 50	Έγγαμη με παιδιά	-
Δ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	δώδεκα (12)	Άνδρες (2)δύο Γυναίκες (10)δέκα	25-35 (2)δύο άνδρες 35-50 (10)δέκα γυναίκες	(4) τέσσερις άγαμες χωρίς παιδιά (1) μία έγγαμη με παιδιά	-
ΒΟΗΘΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	Μία (1)	Γυναίκα	35 - 50	Έγγαμη με παιδιά	-
ΤΕΧΝΙΤΕΣ	-	-	-	-	-
ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	-	-	-	-	-
ΕΙΔΙΚΟΣ ΠΑΙΔΑΓΩΓΟΣ	Ένας (1)	Άνδρας	25 - 35	Άγαμος χωρίς παιδιά	-

## ΠΙΝΑΚΑΣ 4

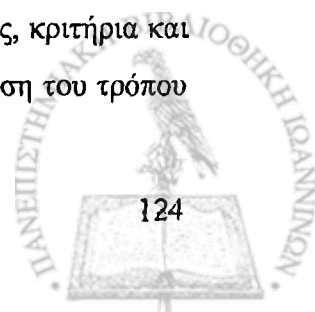
N: οκτώ (8)					
ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ: πέντε (5)					
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	Μία (1)	Γυναίκα	25 - 35	Άγαμη χωρίς παιδιά	-
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	Μία (1)	Γυναίκα	35 - 50	Έγγαμη με παιδιά	-
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	-	-	-	-	-
Τ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Μία (1)	Γυναίκα	25 - 35	Άγαμη χωρίς παιδιά	-
Δ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	δύο (2)	Γυναίκες	18 - 25	(1) μία άγαμη χωρίς παιδιά (1) μία έγγαμη με παιδιά	-
ΒΟΗΘΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	Μία (1)	Γυναίκα	35 - 50	Έγγαμη με παιδιά	-
ΤΕΧΝΙΤΕΣ	-	-	-	-	-
ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	Μία (1)	Γυναίκα	25 - 35	Άγαμη χωρίς παιδιά	-
ΕΙΔΙΚΟΣ ΠΑΙΔΑΓΩΓΟΣ	Ένας (1)	Άνδρας	25 - 35	Άγαμος χωρίς παιδιά	-

Η συλλογή του δείγματος έγινε με βάση τα παρακάτω κύρια κριτήρια:

- i. Για την καλύτερη και ομαλότερη διεξαγωγή και την ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας, θεωρήσαμε σκόπιμο να επικεντρώσουμε το ενδιαφέρον μας στις συγκεκριμένες προαναφερθείσες στεγαστικές δομές, στις οποίες τα προς μελέτη υποκείμενα έρευνας (επαγγελματίες ψυχικής υγείας), θα ήταν αρκετά προσβάσιμα σ' εμάς και αυτό θα διευκόλυνε το ερευνητικό μας έργο, με το λιγότερο δυνατό κόστος.
- ii. Διατηρώντας ως βασικό δεδομένο την ταυτόχρονη έναρξη λειτουργίας και άλλων στεγαστικών δομών (ξενώνων) και στις υπόλοιπες περιφέρειες, σ' όλη την Ελληνική Επικράτεια, θεωρήσαμε ότι οποιαδήποτε και αν ήταν η επιλογή μας, ως προς το δείγμα της παρούσας έρευνας, τα αναφερόμενα αποτελέσματα μας δεν θα διαφοροποιούνταν, τόσο, έτσι ώστε να διακινδυνεύσουμε την εγκυρότητα και αξιοπιστία τους.
- iii. Τέλος, θεωρώντας ως δεδομένη την προϋπάρχουσα εμπειρία στην αποκατάσταση ψυχωτικών ασθενών από τους εν λόγω επαγγελματίες ψυχικής υγείας των Ξενώνων Γ' και Δ', η επιλογή των δύο λοιπών Ξενώνων Α' και Β' και των προς έρευνα αντίστοιχων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, κρίθηκε σκόπιμη και αναγκαία για την πολλαπλότητα των αποτελεσμάτων μας, διαμέσου της σύγκρισης μεταξύ τους και γιατί αυτά (τα αποτελέσματα) θα «χρωματίζονταν» με βάση τις συγκεκριμένες πολιτισμικές και κοινωνικές διαφοροποιήσεις.

## 6.2.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η εθνογραφική μέθοδος είναι η μέθοδος που ακολουθήθηκε για την διεξαγωγή της παρούσας μελέτης, καθώς αυτή προσφέρεται για την διερεύνηση και λεπτομερή ανάλυση κριτηρίων, βάση των οποίων διαμορφώνονται προσωπικές αποφάσεις και επιλογές ατόμων που ανήκουν σε μια ομάδα (όπως π.χ. επαγγελματική ομάδα) (Gladwin, 1989). Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται για την διερεύνηση ατομικών χαρακτηριστικών μιας ομάδας ατόμων όπως π.χ. αξίες, στάσεις, αντιλήψεις, κριτήρια και βασίζεται στην προϋπόθεση ότι τα άτομα αυτά θα πρέπει να έχουν επίγνωση του τρόπου



με τον οποίο παίρνουν αποφάσεις και να είναι γνώστες των κριτηρίων, στα οποία στηρίζονται για να αποφασίσουν. Αποτελώντας η ίδια περισσότερο μια στρατηγική, παρά μια μέθοδο, κατά τον Bergand (1988), περιλαμβάνει πολλαπλές προσεγγίσεις όπως π.χ. ή ποιοτικές μεθόδους ή ποσοτικές μεθόδους ή συνδυασμός ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων (Fielding και Fielding 1987), (Pelto και Pelto 1979).

Η εθνογραφική μέθοδος, ως ποιοτική μέθοδος ανάλυσης δεδομένων, είναι η πιο κατάλληλη προσέγγιση για να διερευνήσει, να περιγράψει και να αναλύσει τη συμπεριφορά ατόμων μέσα σ' ένα κοινωνικό πλαίσιο ή ομάδα (Bryman 1992). Επίσης, βοηθά σε μια λεπτομερειακή και «ολιστική» (olistic) κατανόηση του κοινωνικού πλαισίου που μελετάται. Παράλληλα, χαρακτηρίζεται από το στοιχείο της ευκαμψίας, καθώς επιτρέπει την επανάληψη μιας μελέτης και την ανακάλυψη σπουδαίων θεματικών πεδίων, τα οποία δεν είναι γνωστά.

Η χρήση της εθνογραφικής μεθόδου είναι κατάλληλη όταν:

- i. Το γνωστικό πεδίο μια μελέτης δεν είναι ευρέως γνωστό
- ii. Χρειάζεται να γίνει λεπτομερειακή διερεύνηση σε βάθος, για θέματα συμπεριφοράς ατόμων μιας ομάδας
- iii. Είναι αναγκαία η ανάλυση σε βάθος θεματικών πεδίων, που μέχρι τώρα δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς.

Πιο συγκεκριμένα η εθνογραφική μέθοδος θεωρείται ως η πιο κατάλληλη μέθοδος διερεύνησης θεμάτων που αναφέρονται στο χώρο της υγείας (όπως π.χ. προγράμματα περίθαλψης).

Έτσι, είναι η πιο κατάλληλη μέθοδος για:

1. Τον προσδιορισμό στάσεων, αντιλήψεων, απόψεων ατόμων μιας ομάδας, που συμμετείχαν σε στρατηγικές παρέμβασης στο χώρο της υγείας.
2. Την εκτίμηση της καταλληλότητας και της αποτελεσματικότητας ενός νέου προγράμματος περίθαλψης
3. Τον προσδιορισμό πιθανών προβλημάτων, κατά την διάρκεια λειτουργίας ενός προγράμματος περίθαλψης και την εισήγηση επίλυσης αυτών.
4. Την ανάπτυξη ικανών και κατάλληλων μεθόδων εκπαίδευσης και επικοινωνίας των ατόμων μιας ομάδας που συμμετέχουν σ' ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα περίθαλψης.

5. Την ολοκληρωμένη εκτίμηση ποσοτικών δεδομένων, που μπορούν να συλλεχθούν με ποσοτικές μελέτες, εξηγώντας και ερμηνεύοντας σε βάθος τα αποτελέσματα αυτών (Hudelson 1994).

Ο Gladwin (1989) προτείνει οκτώ (8) στάδια, κατά την πορεία διεξαγωγής μιας εθνογραφικής μελέτης. Βασική προϋπόθεση για τη διεξαγωγή μιας τέτοιου είδους μελέτης είναι η γνώση και η εμπειρία του ερευνητή (ή των ερευνητών) του θεματικού πεδίου, που μελετά (ειδικά για τα προγράμματα υγείας) και η εμπειρία του στη διεξαγωγή ποιοτικών μελετών.

Τα στάδια διεξαγωγής μιας εθνογραφικής μελέτης είναι:

- i. Η απόφαση για το γνωστικό αντικείμενο που θα διερευνηθεί
- ii. Ο προσδιορισμός πιθανών εναλλακτικών θέσεων ή επιλογών ως προς την απόφαση αυτή.
- iii. Η επαφή του ερευνητή με τα άτομα του επιλεγμένου δείγματος, με τη βοήθεια της χρήσης της συνέντευξης, προκειμένου να γνωρίσει:
  - Τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις των ατόμων του δείγματος
  - Όσα περισσότερα χαρακτηριστικά στοιχεία των πιθανών εναλλακτικών επιλογών, ως προς την αρχική απόφαση.
- iv. Η εξέταση της δυνατότητας χρήσης της συμμετοχικής παρατήρησης (participant observation).
- v. Ο τρόπος δειγματοληψίας. Το δείγμα πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικό στον γενικότερο πληθυσμό που μελετάται και ταυτόχρονα πρέπει να περιλαμβάνει μια μεγάλη ποικιλία μεταβλητών. Δεν υπάρχουν περιορισμοί, ως προς τον αριθμό των ατόμων που αποτελούν το δείγμα μιας μελέτης (μέγεθος του δείγματος). Άλλωστε, το μέγεθος του δείγματος εξαρτάται από:
  - Το γενικό στόχο της έρευνας
  - Τα ειδικά «εργαλεία» που θα χρησιμοποιηθούν (όπως π.χ. συνεντεύξεις, ερωτηματολόγια, παρατήρηση κ.λ.π)
  - Την αξιοπιστία των πιθανών αποτελεσμάτων
  - Το διαθέσιμο χρόνο διεξαγωγής της έρευνας και τις πηγές της.

Για παράδειγμα η Hudelson (1994) υποστηρίζει ότι, με βάση την προσδιορισμένη χρονική περίοδο της διεξαγωγής της μελέτης και το συνολικό αριθμό των πηγών,

ένας έρευνητής μπορεί να επιλέξει: ή την αύξηση του μεγέθους του δείγματος, μειώνοντας τον αριθμό των μεταβλητών που θέλει να εξετάσει, ή την αύξηση του αριθμού των μεταβλητών και την μείωση του μεγέθους του δείγματος. Στόχος είναι η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και η αξιοπιστία και εγκυρότητα των αναμενόμενων αποτελεσμάτων.

Ο Gladwin (1989) προσθέτει ότι όταν το θεματικό πεδίο μιας συγκεκριμένης μελέτης, αφορά ένα ομοιόμορφο κοινωνικό πλαίσιο – περιβάλλον, τότε ο αριθμός των είκοσι (20) – τριάντα (30) ατόμων είναι αρκετός, ως προς την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος στο γενικό πληθυσμό.

- vi. Η κατασκευή ενός εξατομικευμένου μοντέλου (model) των προσωπικών αποφάσεων / κλίσεων του κάθε ερωτώμενου του δείγματος.
- vii. Η κατασκευή ενός ολοκληρωμένου ομαδικού μοντέλου (model) των αποφάσεων / κλίσεων μέσα από την σύνθεση των ατομικών.
- viii. Τέλος η εξέταση του ομαδικού μοντέλου αποφάσεων / κλίσεων του δείγματος πάνω σ' ένα άλλο ανεξάρτητο, αλλά το ίδιο αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού.

Το αξιακό σύστημα μιας ομάδας επαγγελματιών ψυχικής υγείας, η λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων και στάσεων μιας θεραπευτικής ομάδας, η οργάνωση της, ο βαθμός και το είδος των δυναμικών σχέσεων των μελών της θεραπευτικής ομάδας και η επίδραση τους στη θεραπευτική σχέση κ.α., είναι στοιχεία τα οποία μπορούν να αποκαλυφθούν μέσα από την εθνογραφική προσέγγιση, καθώς αυτή διευκολύνει στη διεξαγωγή μικρό – κοινωνιολογικών ερευνών, όπως η παρούσα μελέτη.

Παράλληλα, η χρήση της ποιοτικής ανάλυσης των αποτελεσμάτων για την διεξαγωγή συμπερασμάτων στην παρούσα μελέτη, δεν στηρίχθηκε απλά σε μια παράθεση απόψεων των ατόμων του δείγματος (επαγγελματίες ψυχικής υγείας), αλλά οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν, αποτέλεσαν μια αντίληψη – ανάγνωση της πραγματικότητας που συνιστά το «περιβάλλον» τέτοιων νεοσύστατων δομών (ξενώνες) στις οποίες τα συγκεκριμένα άτομα εργάζονταν.

Αναφορικά με την εγκυρότητα της εθνογραφικής μεθόδου και τη δυνατότητα διατύπωσης εκτεταμένων παρατηρήσεων και συμπερασμάτων, επειδή δεν μπορούν να επιστρατευτούν οι στατιστικές διαδικασίες (μικρός αριθμός ατόμων του δείγματος), οι οποίες παραδοσιακά θεμελιώνουν την εγκυρότητα των επιστημονικών ερευνών, είναι ανάγκη να τονίσουμε ότι απλώς εφαρμόζονται διαφορετικά κριτήρια ελέγχου της αξιοπιστίας των υποκειμένων της έρευνας, με δεύτερες κ.ο.κ. συνεντεύξεις, διασταύρωση των πληροφοριών που παρέχουν μέσα από άλλες πηγές, καθορισμός της θέσεως τους στο υπό εξέταση πεδίο κ.α. (Strauss 1987) (Corbin και Strauss 1990, 1994).

Έτσι, η εθνογραφική μέθοδος είναι μια αρκετά οργανωμένη μέθοδος, η οποία στοχεύει στη λεπτομερή και σε βάθος περιγραφή και ανάλυση της συμπεριφοράς μιας ομάδας ατόμων που μελετάται. Μάλιστα, ο Gladwin (1989) προσθέτει εδώ ότι η συγκεκριμένη μέθοδος μελετά τη συμπεριφορά μιας ομάδας, ως ένα ενιαίο σύνολο – όλο και όχι τις μεμονωμένες μορφές συμπεριφοράς των ατόμων της ομάδας.

Τα είδη της εθνογραφικής μεθόδου που χρησιμοποιούνται για τη συλλογή των δεδομένων και των πληροφοριών είναι:

1. Οι μη δομημένες (ελεύθερες) συνεντεύξεις (unstructured interview)
2. Οι ημι – δομημένες συνεντεύξεις (semi – structured interview)
  - Συνεντεύξεις σε βάθος (depth / focused interviews)
  - Μελέτες περίπτωσης (case studies)
  - Βιογραφίες (Life Stories)
3. Δομημένες ή οργανωμένες τεχνικές συνέντευξης (structured or systematic interviewing techniques)
4. Λίστες ή κατασκευή λίστας (Free Listing)
5. Στήλες ειδών / μεταβλητών (Pile Sorts)
6. Κλίμακες ταξινόμησης (Rating Scales)
7. Μέθοδοι ταξινόμησης συστημάτων (ολική και μερική) (Rank order methods (complete and partial)).
8. Τεχνικές ομαδικών συνεντεύξεων (Group interviewing techniques)
  - Ομαδική συνέντευξη (Focus Group)



9. Άλλες τεχνικές ομαδικής συνέντευξης
- Άτυπες ομαδικές συνεντεύξεις (Non focus group interviews)
  - Κατασκευή – Σχεδιασμός χάρτη (Mapping – Modeling)
  - Κατασκευή ημερολογίου (Seasonal calendars)
  - Περιγραφή γεγονότων (Time lines)
10. Παρατήρηση (observation)
- Συμμετοχική παρατήρηση (participant observation)
  - Μη δομημένη παρατήρηση (unstructured observation)
  - Δομημένη παρατήρηση (structured observation)

Ειδικότερα:

1. *Μη δομημένες συνεντεύξεις (unstructured interviews)*

1. Χρησιμοποιούνται ευρέως για τη συλλογή πληροφοριών στις μελέτες της επιστήμης της κοινωνικής ανθρωπολογίας
2. Χρησιμοποιούνται σε «άτυπη» μορφή και αποτελούν συνήθως την προπαρασκευαστική φάση πριν τη χρήση της παρατήρησης ή την κατασκευή ημι – δομημένων συνεντεύξεων

Ο στόχος της χρήσης τους:

- Βοηθούν τους ερωτώμενους (υποκείμενα της έρευνας) να εκφραστούν ελεύθερα (open up).
- Επιτρέπουν τους ερωτώμενους (υποκείμενα της έρευνας) να συζητούν «ανοιχτά» θέματα και να απαντούν σε ερωτήσεις που με άλλον τρόπο δεν θα απαντούσαν.
- Επιτρέπουν στους ερωτώμενους να απαντούν σε θέματα προσωπικών εκτιμήσεων, με βάση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του καθ' ενός ξεχωριστά (Hudelson 1994).

2. *Οι ημι – δομημένες συνεντεύξεις (Semi – structured interviews)*

Αποτελούνται από δύο (2) συγκεκριμένα βασικά στοιχεία:

- Τη γραπτή λίστα ερωτήσεων
- Τον «οδηγό» (interview guide), όπου περιέχονται ξεκάθαρες οδηγίες,

αναφορικά με τις πιθανές απαντήσεις των ερωτώμενων.

Τα είδη των ημι – δομημένων συνεντεύξεων είναι:

**1 Οι συνεντεύξεις εις βάθος (Depth / focused interviews)**

Αυτές συνιστούν μια ολοκληρωμένη και λεπτομερή κατανόηση του θέματος, που μελετάται και περιλαμβάνουν ημι – δομημένες συνεντεύξεις με τη βοήθεια «οδηγού».

Στόχος τους είναι η διερεύνηση και η διεξαγωγή σχετικών εναλλακτικών ερωτήσεων, οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν σ' ένα επόμενο στάδιο της ερευνητικής μελέτης (Hudelson 1994).

**2 Οι μελέτες περίπτωσης (Case studies)**

Ο κύριος στόχος τους είναι η συλλογή οργανωμένων πληροφοριών σε βάθος (in depth), για ειδικές περιπτώσεις. Το αντικείμενο που μελετάται με τρόπο λεπτομερειακό μπορεί να είναι π.χ. ένα άτομο, μια νόσος, ένα κοινωνικό φαινόμενο, μια ομάδα, ένας οργανισμός, μια χρονική περίοδος κ.α.

**3 Βιογραφίες ή καταγραφή προσωπικών ιστοριών (Life histories)**

Οι βιογραφίες ή προσωπικές ιστορίες (Life histories) αναφέρονται στην καταγραφή προσωπικών / ατομικών στοιχείων τα οποία συλλέγονται με τη χρήση ενός μεγάλου αριθμού συνεντεύξεων και δομημένων και μη δομημένων.

Συνήθως, χρησιμοποιούνται για την συλλογή πληροφοριών που αφορούν ατομικά χαρακτηριστικά των υποκειμένων της έρευνας, τα οποία δεν περισυλλέχθηκαν με την εθνογραφική μέθοδο.

Επειδή η χρήση τους θέτει το πρόβλημα της αντιπροσωπευτικότητας και της εγκυρότητας των δεδομένων που συλλέγονται, γι' αυτό το λόγο δεν συνίστανται για την εκτίμηση γενικότερων κοινωνικών αξιών και αντιλήψεων του ευρύτερου πληθυσμού.

Έτσι, περιορίζεται η χρήση τους μόνο στη συλλογή επεξηγηματικού, βοηθητικού υλικού για τα δεδομένα μιας μελέτης που έχουν συλλεχθεί με άλλα πιο αντιπροσωπευτικά είδη μεθόδων συλλογής πληροφοριών (Hudelson 1994).

### 3. Δομημένες ή οργανωμένες τεχνικές συνέντευξης (*structured or systematic interviewing techniques*)

Οι τεχνικές δομημένων συνεντεύξεων προϋποθέτουν τα παρακάτω βασικά χαρακτηριστικά:

- Την έκθεση κάθε μέλους του δείγματος σε όμοια – ίδια ερεθίσματα.
- Την γνώση της τεχνικής ως προς την κατασκευή ερωτηματολογίων από την πλευρά των ερευνητών.

Η μέθοδος συλλογής δεδομένων – πληροφοριών με βάση την τεχνική δομημένων συνεντεύξεων αποσκοπεί στην παραγωγή ποσοτικών και στατιστικών αποτελεσμάτων. Έτσι, δεν αποτελεί συχνά χρήσιμο εργαλείο για τις ποιοτικές μελέτες.

Οι πληροφορίες – δεδομένα που συγκεντρώνονται, αναφέρονται στην ανακάλυψη «πολιτιστικών ή κοινωνικών κανόνων» (*cultural rules*) ή των ηθών και εθίμων μιας πολιτιστικής παράδοσης (*cultural domains*). (Weller και Romney 1988).

### 4. Λίστες ή κατασκευή λίστας (*Free listing*)

Η κατασκευή ερωτήσεων σε λίστα χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό παραδοσιακών (πολιτιστικών – κοινωνικών) ηθών και συνηθειών ενός ευρύτερου πληθυσμού.

Οι πληροφορίες που συλλέγονται μ' αυτή την τεχνική μπορούν να συσχετιστούν με διάφορες κοινωνικές διαφοροποιήσεις ή ατομικές διαφορές των υποκειμένων του δείγματος, όπως π.χ. φύλο, ηλικία, κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο, εκπαίδευση κ.λ.π.

Είναι μια χρήσιμη τεχνική γιατί μπορεί να αποτελέσει την πρώτη φάση μιας ερευνητικής μελέτης.

**Παράδειγμα:** Συνέντευξη με μητέρες οι οποίες καλούνται να αναφέρουν τις πιο πρόσφατες παιδικές αρρώστιες από τις οποίες έπασχαν τα παιδιά τους. Τα κύριο χαρακτηριστικό τους είναι ο πυρετός. Στη συνέχεια, καλούνται να αποδώσουν διάφορους χαρακτηρισμούς του πυρετού και να τοποθετήσουν σε λίστα τους συνηθείς τρόπους αντιμετώπισης αυτού (Hudelson 1994).



5. **Στήλες ειδών / μεταβλητών (Pile Sorts)**

Είναι μια χρήσιμη τεχνική, η οποία αποσκοπεί στην διερεύνηση αντιλήψεων των υποκειμένων της έρευνας και στην ανακάλυψη ομοιοτήτων και διαφορών.

Επίσης, στοχεύει στην εξέταση συγκεκριμένων πολιτισμικών διαφοροποιήσεων (intracultural variation), ως προς το θέμα που μελετάται.

**Παράδειγμα:** Τα υποκείμενα του δείγματος καλούνται να τοποθετήσουν στη σειρά κάρτες, στις οποίες αναγράφονται τα ονόματα των θεμάτων που εξετάζονται (π.χ. τροφές, φάρμακα κ.λ.π). Συνήθως ενθαρρύνονται να φτιάξουν όσο πιο πολλές στήλες μπορούν. Μετά καλούνται να εξηγήσουν και να συζητήσουν για τις στήλες που έφτιαξαν.

6. **Κλίμακες ταξινόμησης (Rating scales)**

Αποτελεί μια διαδοσμένη τεχνική συλλογής δεδομένων με τη χρήση ερωτηματολογίων.

Οι κλίμακες ταξινόμησης δημιουργούνται με τη βοήθεια της κατηγοριοποίησης και ταξινόμησης ενός μεγάλου αριθμού αντιλήψεων και αξιών σε κατηγορίες.

Παράλληλα, ένας άλλος τρόπος διαμόρφωσης κλιμάκων ταξινόμησης είναι η χρήση καρτών ή άλλων οπτικών ερεθισμάτων (π.χ. είδος τροφής, φάρμακο) τα οποία, καλούνται τα υποκείμενα της έρευνας, να τα τοποθετήσουν σε κατηγορίες ανάλογα με την προκαθορισμένη κλίμακα κριτηρίων κατηγοριοποίησης.

7. **Μέθοδοι ταξινόμησης συστημάτων (ολικές – μερικές) (Rank order methods (complete and partial)).**

Η τεχνική αυτή αφορά την τοποθέτηση σε σειρά αντικειμένων, από το περισσότερο στο λιγότερο, με βάση συγκεκριμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (Weller and Romney 1988) (π.χ. ταξινόμηση των νόσων με βάση τη βαρύτητα και σοβαρότητα των συμπτωμάτων τους)

Δύο είναι τα είδη των μεθόδων ταξινόμησης συστημάτων:

### 1 Ολική (Complete rank ordering methods)

Σύμφωνα με αυτό το είδος μεθόδου ταξινόμησης, οι ερωτώμενοι καλούνται να τοποθετήσουν σε κατηγορίες, από το περισσότερο στο λιγότερο κάποια θέματα, με βάση την αντίληψη – πεποίθηση που έχουν γι' αυτά, τοποθετώντας ταυτόχρονα αριθμούς, δίπλα από κάθε θέμα.

Ένας άλλος τρόπος είναι η χρήση οπτικών ερεθισμάτων ή καρτών, στις οποίες αναγράφονται τα ονόματα των αντικειμένων. Εδώ, οι ερωτώμενοι καλούνται να ταξινομήσουν τα αντικείμενα σε κατηγορίες από το περισσότερο στο λιγότερο ή από το καλύτερο στο χειρότερο.

Αυτό το είδος μεθόδου ταξινόμησης (ολική μέθοδος), είναι ιδανικό για μελέτες που αφορούν τις ατομικές διαφορές στην εκπαίδευση.

### 2. Μερική (Partial rank ordering methods)

Σύμφωνα μ' αυτό το είδος μεθόδου ταξινόμησης, κάθε θέμα αποτελεί «ζεύγари» με ένα άλλο θέμα. Τα ζεύγη θεμάτων εκτίθενται στους ερωτώμενους, οι οποίοι καλούνται να υποδείξουν ποιο είναι το καλύτερο και ποιο το χειρότερο ή ποιο από τα δύο θέματα του ζεύγους είναι το προτιμώτερο.

Ο αριθμός των θεμάτων συστήνεται να είναι μικρός (Hudelson 1994).

## 8. Τεχνικές ομαδικών συνεντεύξεων (Group interviewing techniques)

Η χρήση των ομαδικών συνεντεύξεων βοηθά:

- 1 Στη διεξαγωγή συμπερασμάτων για ομάδες ατόμων
- 2 Στην ανάλυση και αξιολόγηση μιας ομάδας ατόμων και όχι των ατόμων ξεχωριστά (π.χ. εάν ο ερευνητής χρησιμοποιήσει την τεχνική της ομαδικής συνέντευξης σε ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας, τα συμπεράσματα που θα διεξαχθούν θα αφορούν την ομάδα ως ολότητα και όχι τα πρόσωπα της ομάδας μεμονωμένα).

Είδη:

#### ◆ Ομαδική συνέντευξη (Focus group)

Χαρακτηριστικά των ομαδικών συνεντεύξεων



- Η ομάδα πρέπει να αποτελείται από **έξι (6) έως οχτώ (8) άτομα** τα οποία δεν γνωρίζονται μεταξύ τους (πριν την πρώτη συνάντηση μαζί τους).
- Τα άτομα που αποτελούν μέλη της ομάδας πρέπει να έχουν **κοινά** χαρακτηριστικά γνώρισμα, σχετικά με το θέμα που πρόκειται να γίνει αντικείμενο συζήτησης της ομάδας (ομοιομορφία των μελών της ομάδας)
- Το αντικείμενο της συζήτησης καθώς και η πορεία της θα πρέπει να έχουν σχεδιαστεί προσεκτικά, έτσι ώστε να επιτευχθεί η συλλογή σημαντικού αριθμού πληροφοριών, αναφορικά με τις πεποιθήσεις, τις αντιλήψεις των ερωτώμενων.
- Οι πληροφορίες που συλλέγονται θα πρέπει να αναλύονται από την ομάδα (π.χ. καλούνται τα μέλη της ομάδας να γράψουν μια περίληψη για το θέμα που συζητήθηκε).
- Κατά την διάρκεια της ομαδικής συνέντευξης θα πρέπει να υπάρχουν τρεις ειδικοί ερευνητές:
  - ✓ Ο **Συντονιστής** (moderator) της συζήτησης
  - ✓ Ο **Συλλέκτης** (recruiter) των ατόμων που θα αποτελέσουν την ομάδα
  - ✓ Το **άτομο** που θα κρατά σημειώσεις (π.χ. καταγραφή αντιδράσεων των μελών κ.α.)
- Ο συντονιστής πρέπει να χρησιμοποιεί μια προκαθορισμένη λίστα ερωτήσεων ανοιχτού και κλειστού τύπου, οι οποίες έχουν μια λογική συνέχεια.
- Ο συντονιστής πρέπει να ενθαρρύνει τα μέλη της ομάδας να ανταλλάσσουν απόψεις μεταξύ τους, χωρίς όμως να κατευθύνονται (από το συντονιστή) στην ομοφωνία.

Η τεχνική της ομαδικής συνέντευξης χρησιμοποιείται για:

- Την συγκέντρωση ενός μεγάλου αριθμού πληροφοριών σε σύντομο χρονικό διάστημα και το λιγότερο δυνατό κόστος.
- Τον προσδιορισμό και τη διερεύνηση πεποιθήσεων, στάσεων και

συμπεριφορών στο γενικότερο πληθυσμό.

- Τον προσδιορισμό και τη διατύπωση συναφών και κατάλληλων ερωτήσεων ως προς τη χρήση τους σε ατομικές συνεντεύξεις (ημιδομημένες – δομημένες).
- Την ανάδειξη αναγκών και την ανάπτυξη συγκεκριμένων παρεμβάσεων.
- Την εξέταση και εκτίμηση νέων προγραμμάτων (π.χ. Προγράμματα Υγείας) και τη βελτίωση των ήδη υπαρχόντων.
- Τη γενίκευση των συμπερασμάτων (Dawson και συν. 1993), (Krueger 1988).

## 9. Άλλες τεχνικές ομαδικής συνέντευξης

- **Άτυπες μορφές ομαδικής συνέντευξης (Non focus group interviews)**

Εκτός από τις τυπικές ομάδες (focus groups) που διαμορφώνονται με βάση το γενικό στόχο του θέματος, το μέγεθος και τη σύνθεση των μελών, υπάρχουν και άλλες μορφές ομάδων (άτυπες), οι οποίες και αυτές επίσης μπορούν να αποτελέσουν ως ομάδες συνέντευξης.

Στις άτυπες ομάδες, ο ερευνητής ελέγχει λιγότερο το μέγεθος, τη σύνθεση και το σχεδιασμό της ομάδας, κάτι που χαρακτηρίζει τις τυπικές ομάδες (focus groups).

Στην περίπτωση των άτυπων ομαδικών συνεντεύξεων το περιεχόμενο της συζήτησης δεν είναι προσχεδιασμένο – προκαθορισμένο. Επίσης, χρησιμοποιούνται μόνο μη δομημένες ή ημι – δομημένες τεχνικές συνέντευξης. Παράλληλα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν και άλλες βοηθητικές μέθοδοι (participatory methods).

- **Κατασκευή – Σχεδιασμός χάρτη (Mapping and modeling)**

Σύμφωνα μ' αυτήν την τεχνική, μια ομάδα ατόμων καλείται να κατασκευάσει χάρτες, χρησιμοποιώντας διαθέσιμο υλικό (π.χ. κόλλες, πέτρες, ξύλο κ.λ.π). Μπορούν να συμμετέχουν παράλληλα άντρες – γυναίκες, νέοι – γέροι, πλούσιοι – φτωχοί κ.α.

Στόχος είναι η διερεύνηση θεμάτων ιδιαίτερου ενδιαφέροντος.

**Παράδειγμα:** Η ομάδα μπορεί να κατασκευάσει χάρτες όπως:

- Χάρτες που απεικονίζουν περιοχές με υπηρεσίες Υγείας (Health service catchment areas)
- Χάρτες που απεικονίζουν περιοχές με βάση το κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο του πληθυσμού μιας περιοχής (social maps) κ.α.

#### 1. Κατασκευή Ημερολογίων (seasonal calendars)

Η τεχνική αυτή αφορά την κατασκευή ημερολογίου από την ομάδα, της οποίας τα μέλη καλούνται να τοποθετήσουν «στιγμές» (markers) στις αντίστοιχες εποχές ή τους αντίστοιχους μήνες, με βάση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους.

Στόχος είναι η ανάδυση προβλημάτων (κοινών ή μη κοινών) του ευρύτερου πληθυσμού, κατά την διάρκεια των συγκεκριμένων χρονικών περιόδων.

#### 2. Περιγραφή γεγονότων (Time lines)

Σύμφωνα μ' αυτή την τεχνική, τα μέλη μιας ομάδας καλούνται να θυμηθούν κάποια γεγονότα που συνέβησαν στο παρελθόν και να κατασκευάσουν μια ιστορία.

Κατόπιν, τα μέλη της ομάδας ενθαρρύνονται να συζητήσουν και να επικεντρώσουν το ενδιαφέρον τους στις αλλαγές που επέφεραν τα γεγονότα εκείνα του παρελθόντος στην κοινότητα όπου κατοικούν.

Στόχος είναι η συλλογή πληροφοριών για θέματα που έφεραν αλλαγές στο κοινωνικό περιβάλλον όπως π.χ. η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και οι αλλαγές που επέφεραν στη ζωή της κοινότητας κ.α.

Οι ελεύθερες αυτές συζητήσεις φέρουν ένα ευχάριστο συναίσθημα στα μέλη της ομάδας και είναι αρκετά εύκολο να οργανωθούν (Hudelson 1994).

### 10. Παρατήρηση (Observation)

Όπως είδαμε παραπάνω, η χρήση ομαδικών συνεντεύξεων βοηθά στη συλλογή πληροφοριών που αναφέρονται σε αντιλήψεις, στάσεις και αξίες. Αντίθετα, η **άμεση παρατήρηση** (direct observation) είναι πολύ χρήσιμη γιατί συγκεντρώνονται πληροφορίες σχετικές με τη συμπεριφορά ατόμων, τα οποία δεν έχουν πάντα επίγνωση και συνείδηση των πράξεων τους. Στην έρευνα, η άμεση



παρατήρηση είναι ένα πολύ σπουδαίο εργαλείο, όταν ο ερευνητής μένει ανεπηρέαστος από προκαταλήψεις και εστιάζει μοναδικά στο θέμα που μελετά.

### Τα είδη της παρατήρησης:

#### 1 Συμμετοχική παρατήρηση (Participant observation)

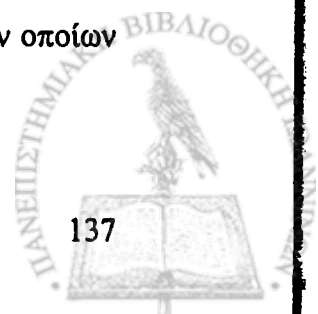
Η συμμετοχική παρατήρηση είναι μια μέθοδος συλλογής πληροφοριών, κατά την οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν παράλληλα και οι μη δομημένες συνεντεύξεις.

Η συμμετοχική παρατήρηση μπορεί να επιτελείται στα πλαίσια μιας ομάδας ατόμων π.χ. ομάδα επαγγελματιών υγείας, κατά την οποία ο ερευνητής: α) συμμετέχει σε κάθε είδους δραστηριότητα της ομάδας, β) παρατηρεί τις αντιδράσεις και γενικότερα την συμπεριφορά των μελών της ομάδας και γ) δεν παρατηρεί μέσα από ρόλο του «επισκέπτη», αλλά ως μέλους της ομάδας.

Βασική προϋπόθεση είναι ότι τα άτομα που τίθενται υπό παρατήρηση, θα πρέπει να είναι ενημερωμένα για το σκοπό, τον τρόπο και τη διάρκεια της παρατήρησης. Επίσης, ο ερευνητής θα πρέπει: α) να έχει εμπειρία στη χρήση αυτής της μεθόδου, β) να διαθέτει καλή μνήμη και γ) να διαθέτει αρκετή εμπειρία στην καταγραφή πληροφοριών με λεπτομέρεια.

Στόχος της χρήσης της μεθόδου συμμετοχικής παρατήρησης είναι:

- ✓ Η επικέντρωση του ενδιαφέροντος σε ευρείας κλίμακας θεματικά πεδία.
- ✓ Η «ολιστική» (holistics) αξιολόγηση και εκτίμηση της συμπεριφοράς των ατόμων, που παρατηρούνται.
- ✓ Η διευκόλυνση στη συλλογή πληροφοριών παράλληλα με τη χρήση και άλλων μεθόδων. Ταυτόχρονα, περιορίζονται οι αντιδράσεις (reactivity) των μελών μιας ομάδας (οι ερωτώμενοι αντιδρούν όταν γνωρίζουν ότι αποτελούν τα υποκείμενα που μελετώνται για ένα συγκεκριμένο θεματικό πεδίο. Η παρουσία και η συμμετοχή του ερευνητή συνήθως κατευνάζει αυτές τις αντιδράσεις).
- ✓ Η οργάνωση και διαμόρφωση «κατάλληλων» ερωτήσεων των οποίων το περιεχόμενο είναι οικείο προς την ομάδα.



- ✓ Η ολοκληρωμένη και αξιόλογη εκτίμηση του ερευνητή ως προς την συμπεριφορά των μελών της ομάδας που μελετάται.
- ✓ Η περιγραφική λεπτομερειακή ανάλυση των δεδομένων που συλλέγονται.

Η συμμετοχική παρατήρηση είναι χρήσιμη όταν:

- ✓ Το θεματικό πεδίο που μελετάται είναι σχετικά καινούργιο ή δεν είναι ευρέως γνωστό στο γενικότερο πληθυσμό.
- ✓ Το θεματικό πεδίο που μελετάται είναι πολύ ενδιαφέρον λόγω της πολυπλοκότητας του.
- ✓ Η μελέτη ενός συγκεκριμένου θεματικού πεδίου βρίσκεται στην αρχική της φάση.
- ✓ Μια κατάσταση ή ένα πρόβλημα βρίσκεται σε «λανθάνουσα» μορφή και χρειάζεται διερεύνηση

Τέλος, η συμμετοχική παρατήρηση είναι η κατάλληλη μέθοδος για την κατανόηση κοινωνικών φαινομένων, αντιλήψεων, αξιών και στάσεων ενός γενικότερου πληθυσμού (Spradley 1980), (Taylor and Bogdan 1984).

## 2. Μη δομημένη παρατήρηση (unstructured observation)

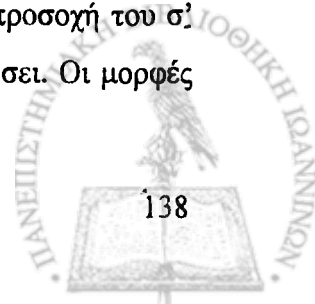
Σύμφωνα με το είδος αυτό της παρατήρησης, ο ερευνητής κατέχει το ρόλο του **απλού παρατηρητή** (δεν είναι συμμετέχων παρατηρητής) και γνωρίζει εκ των προτέρων **τι ακριβώς θα παρατηρήσει**.

Στόχος της χρήσης της είναι:

- ✓ Η «ολιστική» (holistic) προσέγγιση των δεδομένων
- ✓ Η περιγραφική λεπτομερειακή ανάλυση των δεδομένων
- ✓ Η κατανόηση των μορφών συμπεριφοράς των ατόμων μιας ομάδας
- ✓ Η διερεύνηση και ανακάλυψη μη γνώριμων στοιχείων και χαρακτηριστικών ενός θέματος που μελετάται.

## 3. Δομημένη παρατήρηση (structured observation)

Σύμφωνα με αυτό το είδος παρατήρησης, ο ερευνητής παρατηρεί ως «επισκέπτης» και συνήθως δε γνωρίζει τους τύπους ή τις μορφές συμπεριφοράς που μελετά. Γι' αυτό το λόγο, εστιάζει την προσοχή του σ' έναν μικρό αριθμό μορφών συμπεριφοράς που θα παρατηρήσει. Οι μορφές



αυτές συμπεριφορές πρέπει να είναι προσδιορισμένες και εγγεγραμμένες σε λίστα.

Στόχος της χρήσης δομημένης παρατήρησης είναι η παραγωγή ποσοτικών αποτελεσμάτων και μόνο μια μικρή περιγραφική ανάλυση των δεδομένων είναι εφικτή (Boor and Cairncross 1993), (Bentley και συν 1990).

Η δομημένη παρατήρηση δεν πρέπει να χρησιμοποιείται πριν τη χρήση της μη δομημένης παρατήρησης και των συνεντεύξεων. Αλλιώς υπάρχει ο κίνδυνος να μην ανακαλυφθούν πεδία τα οποία πρέπει να διερευνηθούν με κάθε λεπτομέρεια.

### 6.2.2.1. Α' ΦΑΣΗ

Στην Α' ΦΑΣΗ (α' τρίμηνο: Μάρτιος έως Μάιος 2001), βασικός μας στόχος ήταν να διερευνηθούν τα συγκεκριμένα **χαρακτηριστικά** ως προς την προσπάθεια της δόμησης και οργάνωσης του εκάστοτε θεραπευτικού περιβάλλοντος, των συγκεκριμένων στεγαστικών δομών, με τη βοήθεια της συμμετοχής του επιλεγμένου για την έρευνα δείγματος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, που εργάζονταν σ' αυτές. Επίσης, μας ενδιέφερε να εξετάσουμε τις **σχέσεις** μεταξύ των μελών της εκάστοτε θεραπευτικής ομάδας, στην προσπάθεια τους να συσπειρωθούν και να οδηγηθούν στην **πλήρη ταύτιση** με τους συγκεκριμένους **θεραπευτικούς στόχους**.

Σ' αυτή την φάση (Α') μελετήθηκαν οι ξενώνες Α' και Β', ενώ κρίθηκε μη σκόπιμη η συμμετοχή στην ερευνητική διαδικασία των δύο υπολοίπων στεγαστικών δομών (Γ' και Δ'), ως προς τη συγκεκριμένη αυτή φάση, για δύο κύριους λόγους:

- i. Οι αντίστοιχες θεραπευτικές ομάδες επαγγελματιών ψυχικής υγείας των άλλων ξενώνων, είχαν ήδη αποκτημένη επαγγελματική εμπειρία σε τέτοιου είδους θεραπευτικά περιβάλλοντα μεταβατικών στεγαστικών δομών, από πεπερασμένα και ολοκληρωμένα στο παρελθόν, σύστοιχα θεραπευτικά προγράμματα αποκατάστασης (π.χ. Legos I & II), όπως επίσης και προϋπάρχουσα εμπειρία στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- ii. Εκτός των υπεράνω αναφερθέντων ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, οι συγκεκριμένες θεραπευτικές ομάδες επαγγελματιών ψυχικής υγείας, που πλέον εργάζονταν στις νέες αυτές στεγαστικές δομές, διαφοροποιούνταν από τις υπόλοιπες και ως προς τα παρακάτω:
  1. Όλοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που συνιστούσαν τις θεραπευτικές ομάδες των δύο (2) ξενώνων ήταν (κατά το πλείστον) πρώην εργαζόμενοι στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.
  2. Ήταν ήδη από εκεί (ψυχιατρικό νοσοκομείο), συγκροτημένοι σε θεραπευτικές ομάδες
  3. Είχαν ήδη αναπτύξει, εκ των πραγμάτων, το αίσθημα της αμοιβαιότητας και συνεργατικότητας μέσα από τις ήδη υπάρχουσες επαγγελματικές τους σχέσεις.

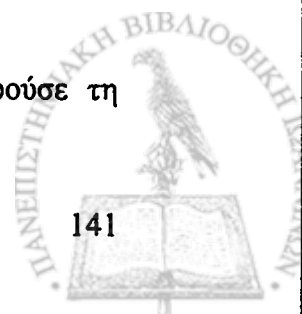
4. Είχαν ήδη αναπτύξει θεραπευτικές σχέσεις με τους ασθενείς του ψυχιατρικού νοσοκομείου, πριν και κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας τους για την έξοδο στην κοινότητα και την φιλοξενία τους / διαμονή τους στους νέους ξενώνες του προγράμματος «Ψυχαργός».

Τα παραπάνω στοιχεία γνωστοποιήθηκαν σ' εμάς από την άμεση εμπειρία μας, κατά την διάρκεια του εκπαιδευτικού προγράμματος επαγγελματιών ψυχικής υγείας, στα πλαίσια του προγράμματος «Ψυχαργός», που έλαβε χώρα σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, το Μάρτιο του 2000. Τα δεδομένα αυτά, ως χαρακτηριστικά γνωρίσματα των δύο στεγαστικών δομών (ξενώνων), μας προβλημάτισαν ως προς την απόφαση μας να «εμπλακούμε» ερευνητικά, τουλάχιστον για την συγκεκριμένη φάση, την Α' Φάση, αφού τέτοια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά θα αποτελούσαν το περιεχόμενο του κύριου στόχου μας κατά την φάση αυτή της παρούσας έρευνας, τα οποία θα μελετούσαμε και θα εκτιμούσαμε.

Έτσι, αποφασίστηκε να προχωρήσουμε στη διερεύνηση και τη μελέτη τέτοιων χαρακτηριστικών στοιχείων, τα οποία βάσει του στόχου της Α' φάσης, θα ήταν άμεσα σ' εμάς αντιληπτά μόνο από τους ξενώνες Α' και Β'.

Τα δεδομένα, στα οποία στηριχτήκαμε, για να προχωρήσουμε στην έναρξη της ερευνητικής διαδικασίας κατά την Α' φάση ήταν τα παρακάτω:

- i. Οι αντίστοιχες πόλεις και νομοί είχαν ελάχιστη έως μηδενική εμπειρία, τόσο σε Μονάδες Υπηρεσιών Ψυχιατρικής Περίθαλψης, όσο και σε θεραπευτικά προγράμματα αποκατάστασης χρόνιων ασυλικών ασθενών.
- ii. Οι αντίστοιχες ομάδες επαγγελματιών ψυχικής υγείας αποτελούνταν από άρτι προσληφθέντες για την διαμόρφωση του προσωπικού των συγκεκριμένων στεγαστικών μονάδων και για τις ανάγκες υλοποίησης του νεοσύστατου και πρωτόγνωρου, μέχρι τότε, προγράμματος αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών «Ψυχαργός» (Α' Φάση).
- iii. Οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, που συγκροτούσαν τις θεραπευτικές ομάδες των ξενώνων Α' και Β', δεν είχαν ποτέ πριν κάποια παρόμοια επαγγελματική εμπειρία, τόσο σε Υπηρεσίες Ψυχιατρικής Περίθαλψης, όσο και σε προγράμματα αποκατάστασης χρόνιων ασθενών.
- iv. Τέλος, η μοναδική εμπειρία τους στην ψυχιατρική περίθαλψη, αφορούσε τη



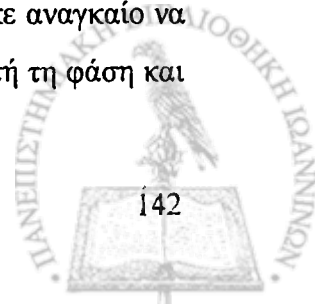
συμμετοχή τους στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα – για τις ανάγκες και απαιτήσεις υλοποίησης του προγράμματος «Ψυχαργός» (Α' Φάση) – που έλαβε χώρα μέσα στους χώρους ψυχιατρικού νοσοκομείου απ' όπου προέρχονταν οι ασθενείς (το ίδιο με τους ξενώνες Γ' και Δ'). Κατά την διάρκεια της εκπαίδευσης τους (ένας (1) μήνας), διαμορφώθηκαν κάποιες υποτυπώδεις ή τυπικές σχέσεις τόσο μεταξύ τους, όσο και με τους ασθενείς που θα φιλοξενούσαν στις αντίστοιχες δομές.

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία, κρίθηκε σκόπιμο, για την συλλογή των δεδομένων της Α' φάσης της παρούσας έρευνας, να χρησιμοποιηθεί η μέθοδος της συμμετοχικής παρατήρησης (participant observation) και η χρήση της μη δομημένης συνέντευξης, ως απαραίτητο εργαλείο για τις πληροφορίες που θέλαμε να συγκεντρώσουμε. Ερωτηθέντες στα πλαίσια της συνέντευξης, ήταν οι αντίστοιχοι για τις στεγαστικές δομές Α' και Β', νοσηλευτές Τ.Ε και οι ψυχολόγοι, οι οποίοι εκπροσωπούσαν αντιστοίχως, το νοσηλευτικό και επιστημονικό προσωπικό. Η επιλογή των συγκεκριμένων επαγγελματιών και μελών των αντίστοιχων θεραπευτικών ομάδων για την συλλογή πληροφοριών μέσω συνέντευξης, έγινε γιατί:

i. Θεωρήσαμε ότι αυτοί ως κύριοι εκπρόσωποι των δύο κύριων υπό – ομάδων του εκάστοτε θεραπευτικού περιβάλλοντος και ως ιεραρχικά «ανώτερου» σε σχέση με τα λοιπά μέλη των συγκεκριμένων υπό – ομάδων, με βάση πάντα τα εκπαιδευτικά και επαγγελματικά τους προσόντα, θα μπορούσαν να μας δώσουν τις συγκεκριμένες πληροφορίες που ζητούσαμε για την συλλογή των δεδομένων.

Επίσης, κρίθηκε σκόπιμη, σ' αυτή την φάση της έρευνας, η γνωριμία μας αρχικά μαζί τους, μιας και οι ίδιοι, ως επικεφαλείς των υπό – ομάδων θα μπορούσαν να μας φέρουν σε επαφή και επικοινωνία με τα υπόλοιπα μέλη αυτών (των υπό – ομάδων), μελλοντικά όπως ακριβώς το απαιτούσαν οι ανάγκες της ερευνητικής διαδικασίας και ολοκλήρωσης της συγκεκριμένης μελέτης (Β' & Γ' Φάση), με την προϋπόθεση ότι θα δημιουργούνταν σχέσεις αμοιβαίας εμπιστοσύνης μεταξύ μας

ii. Βασιστήκαμε στο γεγονός ότι οι συγκεκριμένοι ξενώνες ήταν νεοσύστατοι και με όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν παραπάνω, πράγμα το οποίο επιβεβαίωνε την ανάγκη να αναπτυχθεί μια συγκεκριμένη οργάνωση και δόμηση του αντίστοιχου θεραπευτικού περιβάλλοντος, αρχικά. Έτσι, κρίθηκε αναγκαίο να μην παρέμβουμε ερευνητικά, περισσότερο απ' όσο θα έπρεπε σ' αυτή τη φάση και

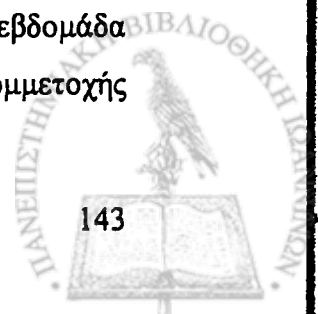


να αφήσουμε το απαραίτητο χρονικό διάστημα που χρειάζονταν όλα τα μέλη των θεραπευτικών ομάδων για να οργανωθούν και να διαμορφώσουν ένα απαραίτητο πλέγμα επικοινωνιακών σχέσεων ανάμεσα τους και με τους ασθενείς τους.

Άλλωστε, θα ήταν αρκετά «απειλητικό» να δεσμεύσουμε όλους τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας των αντίστοιχων θεραπευτικών ομάδων εξ' αρχής, ως εμπλεκόμενοι και συμμετέχοντες στην ερευνητική διαδικασία, τη στιγμή που τότε καλούνταν να συσταθούν και να συγκροτηθούν σε θεραπευτικές ομάδες, όπως και να διαμορφώσουν ένα αντίστοιχο θεραπευτικό περιβάλλον.

Αναγκαία και απαραίτητη προϋπόθεση για την ομαλότερη έναρξη της Α' φάσης της παρούσας μελέτης μας, ήταν η κατά το δυνατότερο διακριτική παρουσία μας, σε μια τόσο «ευαίσθητη» και δύσκολη στιγμή της έναρξης λειτουργίας των αντίστοιχων ξενώνων, οι οποίοι είχαν αρχίσει να λειτουργούν ως νεοσύστατες δομές, πολύ πριν την άφιξη (ένας μήνας πριν) των ασθενών – φιλοξενουμένων από το ψυχιατρικό νοσοκομείο. Έτσι, αποφασίσαμε να κάνουμε μια πρώτη προσέγγιση με τους αντίστοιχους επικεφαλής των υπό – ομάδων (Τ.Ε. νοσηλεύτες και ψυχολόγους) των συγκεκριμένων δομών, μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας, όπου και έγινε μια μικρή ενημέρωση σχετικά με το τι επρόκειτο να γίνει και συγχρόνως ζητήσαμε ένα ραντεβού μαζί τους, προκειμένου να τους επισκεφτούμε στον εργασιακό τους χώρο και να τους ενημερώσουμε διεξοδικότερα (προκαταρκτική φάση έρευνας). Για τον ξενώνα Α', η συνεννόηση έγινε απευθείας με τη νοσηλεύτρια Τ.Ε, ενώ για τον ξενώνα Β', με τον ψυχολόγο. Η πρώτη μας επίσκεψη, στις αντίστοιχες δομές, έγινε μια εβδομάδα μετά την τηλεφωνική επικοινωνία μαζί τους και κατά την εβδομάδα την οποία προσέρχονταν και κατέφθαναν οι πρώτοι ασθενείς – φιλοξενούμενοι από το ψυχιατρικό νοσοκομείο.

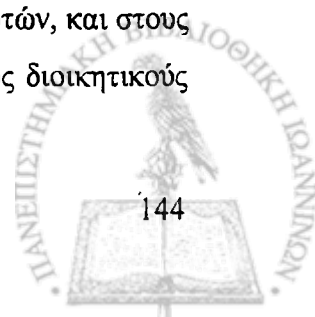
Ειδικότερα, κατά την διάρκεια της επίσκεψης μας στον ξενώνα Α', ο οποίος βρισκόταν όχι κοντά στο κέντρο της πόλης και στεγαζόταν σε διώροφο κτίριο, όπου ο β' όροφος κατοικούνταν από την οικογένεια του ιδιοκτήτη του κτιρίου, η νοσηλεύτρια Τ.Ε, με την οποία είχαμε συνεννοηθεί, είχε φροντίσει να ενημερώσει και την ψυχολόγο, οι οποίες και οι δύο μας περίμεναν για την συγκεκριμένη συνάντηση. Φροντίσαμε να γίνουμε όσο το δυνατόν περισσότερο κατανοητοί ως προς την ενημέρωση που κάναμε για την διεξαγωγή της συγκεκριμένης μελέτης – έρευνας, (μια επίσκεψη την εβδομάδα για τρεις ώρες), ενθαρρύνοντας τις να αναλάβουν υπεύθυνα το ρόλο της συμμετοχής



τους στην ερευνητική διαδικασία, σ' αυτή την φάση (Α'), δίδοντας τους και το δικαίωμα της ελεύθερης απόφασης τους να συμμετάσχουν ή όχι σ' αυτήν. Αμέσως μετά τη θετική αλλά και γρήγορη απόφαση τους να συμμετάσχουν στην παρούσα φάση της έρευνας, θεωρήσαμε αναγκαία τη δέσμευση τους ότι δεν θα εγκαταλείψουν το ρόλο της συμμετοχής τους αυτής, και ότι θα φρόντιζαν, ως επικεφαλείς των δύο κύριων υπό – ομάδων, να ενημερώσουν, υπό την δική μας καθοδήγηση και εποπτεία, και τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα, για την μελλοντική συμμετοχή όλων, στην πορεία και την ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας (Β' & Γ' φάση). Εκείνο που πρέπει να σημειωθεί είναι ότι πιθανώς, στον τρόπο με τον οποίον έλαβαν την απόφαση τους να συμμετάσχουν, ως εκπρόσωποι του ξενώνα, στην ερευνητική διαδικασία, έπαιξε σημαντικό ρόλο και η τυπικού περιεχομένου γνωριμία μας στο παρελθόν, στα πλαίσια της εκπαίδευσης τους, στο χώρο του ψυχιατρικού νοσοκομείου. Έτσι, καθορίστηκε και με την δική του συμβολή, η ημέρα και η ώρα συνάντησης, η διάρκεια της επίσκεψης αυτής (πρωινές ώρες), ανά εβδομάδα, μια φορά για τρεις (3) μήνες (για το χρονικό διάστημα 3 μηνών) (Α' φάση).

Την ίδια διαδικασία, ακριβώς, ακολουθήσαμε για να ενημερώσουμε διεξοδικότερα και τους δύο επικεφαλής των υπό – ομάδων, την νοσηλεύτρια Τ.Ε και τον ψυχολόγο του ξενώνα Β', ο οποίος βρισκόταν στο κέντρο της αντίστοιχης πόλης, σε τριώροφο κτίριο: ισόγειος χώρος (γραφεία του επιστημονικού προσωπικού), ημιώροφος (εργαστήρια κατάρτισης), πρώτος και δεύτερος όροφος (γραφείο νοσηλευτικής υπηρεσίας – χώροι διαμονής των φιλοξενουμένων). Μετά χαράς δεσμεύτηκαν να συμμετάσχουν στην πορεία και ολοκλήρωση της ερευνητικής διαδικασίας. Και εδώ, επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι στην απόφαση τους αυτή, έπαιξε ρόλο η παρελθούσα τυπική γνωριμία μας, κατά την εκπαίδευση τους, στο χώρο του ψυχιατρικού νοσοκομείου. Τέλος, κατά τον ίδιο τρόπο, καθορίσαμε από κοινού, την ημέρα και την ώρα συνάντησης, μια φορά κάθε εβδομάδα, την διάρκεια της επίσκεψης μας (τρεις πρωινές ώρες), για το χρονικό διάστημα των τριών (3) πρώτων μηνών της παρούσας έρευνας (Α' φάση).

Παράλληλα, έγινε μια εκτενής ενημέρωση, ως προς τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας, τόσο στους αντίστοιχους προέδρους των γενικών νομαρχιακών νοσοκομείων, τα οποία είχαν την άμεση εποπτεία ως προς τη λειτουργία των ξενώνων αυτών, και στους ορισμένους από το συγκεκριμένο πρόγραμμα αποκατάστασης, υπεύθυνους διοικητικούς



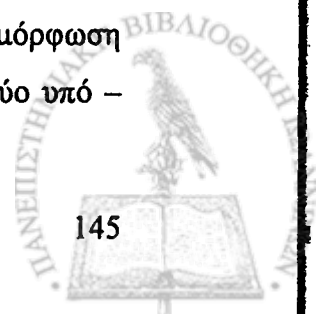


υπάλληλους των αντίστοιχων ξενώνων, όπως επίσης και στον πρόεδρο και τον διευθυντή του τομέα αποκατάστασης του ψυχιατρικού νοσοκομείου.

Βασικός στόχος της παρατήρησης, ως κύριας μεθόδου στη *φάση Α* της παρούσας έρευνας, και της συνέντευξης ως εργαλείου απαραίτητου αυτής, είναι η συλλογή πληροφοριών σχετικά με συγκεκριμένα στοιχεία, που χαρακτηρίζουν την προσπάθεια οργάνωσης και δόμησης του αντίστοιχου θεραπευτικού περιβάλλοντος των δύο ξενώνων, Γ' και Δ'.

Ειδικότερα, με την χρήση της συνέντευξης, μας ενδιαφέρει να συλλέξουμε πληροφορίες σχετικά με:

- i. Την διευθέτηση και οργάνωση του χώρου τους. Δηλαδή, με ποιον τρόπο και για ποιο λόγο αποφάσισαν να επιλέξουν τους συγκεκριμένους χώρους εργασίας τους (π.χ. γραφεία επιστημονικού προσωπικού, γραφεία νοσηλευτικού προσωπικού) και τους κοινόχρηστους χώρους τους οποίους θα μοιράζονταν με τους φιλοξενούμενους. Με βάση αυτή την πληροφορία, μας ενδιέφερε να αντιληφθούμε και να κατανοήσουμε ποια υπό – ομάδα από τις δύο ήταν πιο ευέλικτη ως προς τις αποφάσεις της και πιο προσεγγίσιμη ως προς τους ασθενείς και τέλος, ποια απ' τις δυο έδειχνε τάσεις ηγετικές ως προς την ιεραρχική οργάνωση της θεραπευτικής ομάδας.
- ii. Τις δυναμικές σχέσεις που διαμορφώνονταν μεταξύ τους. Δηλαδή, πως χαρακτηρίζαν οι ίδιοι τις σχέσεις των μελών των δύο (2) υπό – ομάδων, ποιο το κυρίαρχο συναίσθημα ως προς τις σχέσεις των δυο υπό – ομάδων και τις πιθανές τάσεις συσπείρωσης των μελών για την διαμόρφωση των υπό – ομάδων, ως προς την καλύτερη οργάνωση του θεραπευτικού σχεδιασμού και ως προς την ανάδειξη της ηγετικής θέσης στην ιεραρχία. Τέλος, ποιες ήταν οι πιθανές τάσεις για την αυτονόμηση τους από τον φορέα υλοποίησης (Ψυχιατρείο ή Γενικό Νοσοκομείο).
- iii. Τις σχέσεις των δυο υπό – ομάδων με τους φιλοξενούμενους του κάθε ξενώνα ξεχωριστά. Δηλαδή, ποια υπό – ομάδα ήταν περισσότερο δοτική, προσεγγίσιμη και θετική ως προς τους ψυχικά ασθενείς, ποια η στάση της κάθε μιας υπό – ομάδας ξεχωριστά ως προς την ασυλική συμπεριφορά των ασθενών, ποια ήταν τα ανάλογα συναισθήματα που βίωναν, πως συνεργάστηκαν για την διαμόρφωση ενός θεραπευτικού προγράμματος λειτουργίας και τέλος, ποια από τις δύο υπό –



ομάδες ήταν περισσότερο πρόσφορη και έτοιμη να ταυτιστεί με τους θεραπευτικούς στόχους.

Με την χρήση της συμμετοχικής παρατήρησης, μας ενδιέφερε:

- iv. Να επιβεβαιωθούν οι πληροφορίες που είχαμε συλλέξει μέσω της συνέντευξης, σχετικά με τον τρόπο που επικοινωνούσαν μεταξύ τους και τα αποτελέσματα των δυναμικών τους σχέσεων ως προς τις τάσεις συσπείρωσης των δύο υπό – ομάδων και ως προς τα συναισθήματα που βίωναν.

Επίσης, μας ενδιέφερε να δούμε εάν «συμπορεύονται» οι απαντήσεις τους με τον τρόπο που επικοινωνούσαν σε πρακτικό επίπεδο με τους ασθενείς, ποια τα ανάλογα συναισθήματα τους και οι αντιδράσεις τους ως προς την ασυλική συμπεριφορά των ασθενών και ποιες τακτικές / στρατηγικές εφάρμοζαν, στα πλαίσια της συνεργασίας τους, για να διαμορφώσουν το θεραπευτικό πρόγραμμα λειτουργίας του κάθε ξενώνα ξεχωριστά.

- v. Να συλλέξουμε πληροφορίες σχετικές με τον τρόπο που υιοθέτησαν αρχικά τον επαγγελματικό τους ρόλο, κατά πόσο είχαν συμφιλιωθεί μ' αυτόν και ποιες οι αξιώσεις, σχετικά με την οργάνωση τόσο του θεραπευτικού σχεδιασμού, όσο και του προγραμματισμού της καθημερινής λειτουργίας του κάθε ξενώνα. Μέσα σ' όλα αυτά, θα ήταν εύλογο να αναδυθούν οι ηγετικές τάσεις στα πλαίσια της ιεραρχικής οργάνωσης της αντίστοιχης θεραπευτικής ομάδας, τόσο σε επίπεδο διομαδικό, όσο και σε ατομικό / προσωπικό.

Όλες οι παραπάνω πληροφορίες αποτέλεσαν τα δεδομένα μας, των οποίων η ποιοτική ανάλυση μας οδήγησε στα αποτελέσματα της Α' φάσης της παρούσας έρευνας. Παράλληλα, τα δεδομένα αυτά ήταν η βάση στην οποία στηριχθήκαμε για να οδηγηθούμε στη διεξαγωγή της Β' και Γ' φάσης και την ολοκλήρωση της ερευνητικής διαδικασίας.

### 6.2.2.2. Β' ΦΑΣΗ

Η Β' φάση της παρούσας έρευνας, η οποία διήρκησε έξι (6) μήνες, χωρίστηκε σε δύο επιμέρους τρίμηνα: Β' τρίμηνο (Ιούνιος – Αύγουστος 2001) και Γ' τρίμηνο (Σεπτέμβριος – Νοέμβριος 2001). Ο διαχωρισμός της Β' φάσης σε δύο τρίμηνα κρίθηκε σκόπιμος και αναγκαίος, γιατί το Β' τρίμηνο - (Α' τρίμηνο = Α' φάση) – αποτέλεσε το μεσοδιάστημα ή μεταβατική φάση ανάλογων ζυμώσεων των ήδη υπαρχόντων και εγκατεστημένων χαρακτηριστικών στοιχείων οργάνωσης και δόμησης του αντίστοιχου θεραπευτικού περιβάλλοντος των ξενώνων, όπως προέκυψαν από την α' φάση. Αυτά τα στοιχεία οδήγησαν στην ανάδυση των τάσεων καθιέρωσης και επέκτασης των παραπάνω αναφερθέντων λειτουργιών, κατά την διάρκεια του Γ' τριμήνου της παρούσας φάσης

Βασικός μας στόχος, στη Β' φάση, ήταν να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίον οι ανάλογες «ζυμώσεις» των ήδη εγκατεστημένων σχέσεων των φροντιστών μεταξύ τους και με τους ασθενείς, καθώς και των άλλων ήδη υπαρχόντων στοιχείων του αντίστοιχου θεραπευτικού περιβάλλοντος των ξενώνων, όπως προέβησαν κατά την α' φάση, οδήγησαν στην περαιτέρω ανάπτυξη και άνθηση αυτών των παραπάνω.

Ειδικότερα:

- i. Οι τάσεις συγκεκριμενοποίησης του επαγγελματικού ρόλου
- ii. Οι συνεχιζόμενες τάσεις συσπείρωσης των υπό – ομάδων για την καλύτερη οργάνωση και λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας
- iii. Η ανάπτυξη των θεραπευτικών σχέσεων με τους ασθενείς
- iv. Η τελική «αναγόρευση» του ηγετικού μέλους της αντίστοιχης θεραπευτικής ομάδας
- v. Η αντιμετώπιση τυχόν δυσκολιών κατά την περαιτέρω προσπάθεια διαμόρφωσης θεραπευτικών στόχων, και τέλος
- vi. Η γέννηση νέων αναγκών που επιβάλλουν ευελιξία στο θεραπευτικό σύστημα των αντίστοιχων δομών.

Όλα τα παραπάνω είναι στοιχεία, τα οποία προσπαθήσαμε να διερευνήσουμε, κατά την διάρκεια της παρούσας φάσης (Β').

Σ' αυτή τη φάση μελετήθηκαν και οι τέσσερις (4) ξενώνες. Η συμμετοχή των αντίστοιχων θεραπευτικών ομάδων των ξενώνων Γ' και Δ' στην ερευνητική διαδικασία



ήταν πλέον εφικτή, γιατί οι συγκεκριμένες στεγαστικές δομές μπορούσαν να συμπορευτούν εξελικτικά ως προς τη λειτουργία τους, σ' αυτή τη φάση (B'), με τους άλλους δύο και να μελετηθούν παράλληλα, δεδομένου του γεγονότος ότι, όπως προαναφέρθηκε και παραπάνω, ουσιαστικά οι ξενώνες Γ' και Δ' δεν διήλθαν ποτέ στην Α' Φάση, με βάση τη συγκεκριμένη και παρούσα έρευνα, αλλά πολύ πιο πριν την έναρξη λειτουργίας των ξενώνων.

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία, αποφασίστηκε να γίνει μια πρώτη συνάντηση με τους υπεύθυνους νοσηλευτές Τ.Ε. των ξενώνων Γ' και Δ' (*προκαταρκτική φάση έρευνας*), προκειμένου να ενημερωθούν για να συμμετάσχουν στην διεξαγωγή και ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας (B' & Γ' φάση). Παράλληλα, κρίθηκε σκόπιμο να ενημερωθεί και ο διευθυντής του ψυχιατρικού νοσοκομείου, ο οποίος ύστερα από μια τηλεφωνική επικοινωνία τόσο μαζί του, όσο και με τους υπεύθυνους νοσηλευτές Τ.Ε των δύο ξενώνων για μία, από πλευράς μας, ενημέρωση της παρούσας ερευνητικής διαδικασίας, ζήτησε να γίνει η πρώτη συνάντηση μαζί τους, στο χώρο του ψυχιατρικού νοσοκομείου, ενώπιον του. Έτσι, στα τέλη Μαΐου 2001, και πριν την έναρξη της β' φάσης, επισκεφθήκαμε το ψυχιατρικό νοσοκομείο, για να συναντήσουμε τους δύο αντίστοιχους εκπροσώπους των δύο ξενώνων (Γ' και Δ') και τον διευθυντή. Στόχος της συγκεκριμένης συνάντησης ήταν η πλήρης ενημέρωση σχετικά με τον σκοπό της παρούσας έρευνας και τον τρόπο διεξαγωγής της μέχρι και την ολοκλήρωσή της. Ο διευθυντής του ψυχιατρικού νοσοκομείου, ενθουσιασμένος, τόσο για την διεξαγωγή μιας τόσο ενδιαφέρουσας έρευνας, όσο και για την επιλογή από πλευράς μας των συγκεκριμένων στεγαστικών δομών, που εποπτεύονταν από το συγκεκριμένο φορέα, έδωσε τελικώς θετική απάντηση για την συμμετοχή των αντίστοιχων θεραπευτικών ομάδων των δύο ξενώνων στην παρούσα φάση (B') και την επερχόμενη (Γ' Φάση).

Αντίθετα, οι εκπρόσωποι (νοσηλευτές Τ.Ε) των δύο αντίστοιχων δομών, ήταν κάπως πιο επιφυλακτικοί και λιγότερο ενθουσιώδεις ως προς την ερευνητική διαδικασία, όμως υπήρχε η διάθεση τους να γνωρίσουν από κοντά αυτό το οποίο επρόκειτο να γίνει. Κλείνοντας τη συγκεκριμένη συνάντηση, ο διευθυντής του ψυχιατρικού νοσοκομείου ζήτησε να επισκεφθούμε τους δύο αυτούς ξενώνες, οι οποίοι ευρίσκονταν στο κέντρο της συγκεκριμένης πόλης και να γνωρίσουμε τους χώρους που θα επισκεπτόμασταν από εδώ και στο εξής, με τη βοήθεια των δύο κύριων εκπροσώπων τους (Τ.Ε νοσηλευτές),

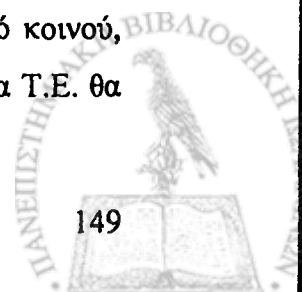


αντίστοιχα. Κρίθηκε σκόπιμο να «υπακούσουμε» στις οδηγίες του διευθυντή του ψυχιατρικού νοσοκομείου, αν και ο χρόνος μας ήταν πολύ περιορισμένος για εκείνη την ημέρα, και αποφασίσαμε να επισκεφτούμε έστω και έτσι απρογραμμάτιστα, τους δύο ξενώνας. Θεωρήσαμε ότι αυτή η επίσκεψη θα περιόριζε κάπως την αρχική επιφυλακτικότητα τους και ότι η «ξενάγηση» στους χώρους των ξενώνων θα αποτελούσε για εμάς σημείο προσέγγισης και έναρξης της επικοινωνίας μαζί τους.

Κατά την ξενάγηση μας στις δύο αυτές στεγαστικές δομές (ξενώνας Γ' και Δ'), διαπιστώσαμε ότι ένας εκ των δύο (Δ' ξενώνας) είχε μια ιδιαιτερότητα. Ο ξενώνας αυτός συστεγαζόταν σε μονοκατοικία με το Κέντρο Ημέρας του ψυχιατρικού νοσοκομείου. Το Κέντρο Ημέρας στον ισόγειο χώρο του κτιρίου, φιλοξενούσε καθημερινά και τις πρωινές ώρες ψυχικά ασθενείς, που διέμεναν στην κοινότητα και απασχολούνταν με συγκεκριμένες δραστηριότητες του Κέντρου, ενώ ο ξενώνας Δ' στεγαζόταν στον πρώτο όροφο και φιλοξενούσε ασθενείς του ψυχιατρικού νοσοκομείου.

Ο ξενώνας Γ' στεγαζόταν και αυτός σε μονοκατοικία όχι πολύ μακριά από τον ξενώνα Δ' – όπου στον ισόγειο χώρο λειτουργούσαν τα εργαστήρια και στον πρώτο όροφο διέμεναν οι φιλοξενούμενοι – ασθενείς, από το ψυχιατρικό νοσοκομείο. Κατά την διάρκεια της πρώτης μας εκείνης επίσκεψης στον ξενώνα Γ', η υπεύθυνη νοσηλεύτρια Τ.Ε φρόντισε να μας ξεναγήσει τόσο στους χώρους εργασίας της αντίστοιχης θεραπευτικής ομάδας, όσο και στους χώρους που διέμεναν οι ασθενείς. Παράλληλα, μας ενημέρωσε πλήρως για τον συνολικό αριθμό και τις ειδικότητες συγκεκριμένα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (δεκαπέντε άτομα), που εργάζονταν εκεί και για τον συνολικό αριθμό των ασθενών (είκοσι δύο άτομα)

Θεωρήσαμε αναγκαίο και πάλι να επαναλάβουμε το στόχο και τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας στην παρούσα φάση Β' και επισημίναμε τόσο την απαραίτητη συμβολή της ίδιας (νοσηλεύτρια Τ.Ε.), ως προσώπου αναφοράς, όσο και την αναγκαία ενημέρωση όλων των υπολοίπων μελών της θεραπευτικής ομάδας. Λόγω της απρογραμμάτιστης επίσκεψης μας εκείνη τη μέρα στον ξενώνα και λόγω του καθημερινού προγράμματος λειτουργίας αυτού, ήταν αδύνατον να συγκεντρώσουμε όλο το θεραπευτικό προσωπικό, για να το ενημερώσουμε σχετικά με την απαραίτητη συμμετοχή τους στη Β' φάση της παρούσας έρευνας. Έτσι, αποφασίσαμε, από κοινού, μια εκ νέου και σε σύντομο χρονικό διάστημα, συνάντηση, όπου η νοσηλεύτρια Τ.Ε. θα



φρόντιζε να συγκεντρώσει όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, προκειμένου να γνωριστούμε μαζί τους και να ενημερωθούν για την συμμετοχή τους στην παρούσα μελέτη.

Η πραγματοποίηση εκείνης, της δεύτερης συνάντησης, έγινε μετά από δύο αλληπάλληλες ακυρώσεις. Η πρώτη ακύρωση συνέβη λόγω της αναγκαστικής παρουσίας της Τ.Ε νοσηλεύτριας στο ψυχιατρικό νοσοκομείο και η δεύτερη συνέβη λόγω ασθένειας ενός μέλους της οικογένειας της και έτσι αναγκαστικά θα απουσίαζε. Μάλιστα, στην τηλεφωνική επικοινωνία που είχαμε για την δεύτερη ακύρωση, η ίδια προσφέρθηκε κατακλυσμένη πιθανώς από άγχος και ενοχές, να παρίσταται στη συνάντηση, ακόμα και αν η απουσία της ήταν αναγκαία για εκείνη την ημέρα. Εμείς, από την πλευρά μας, φροντίσαμε να την καθησυχάσουμε και να σεβαστούμε το πρόβλημα της, παράλληλα ορίσαμε μια καινούργια ημερομηνία για την επίσκεψη μας. Τελικώς, η δεύτερη επίσκεψη μας στον Ξενώνα Γ', πραγματοποιήθηκε δύο εβδομάδες μετά την πρώτη εκείνη απρογραμματίστη επίσκεψη μας.

Κατά την διάρκεια της δεύτερης επίσκεψης, αρχικά μας υποδέχτηκαν η Τ.Ε. νοσηλεύτρια και δύο επίσης νοσηλεύτριες Δ.Ε. Ενώ η Τ.Ε. νοσηλεύτρια (προϊσταμένη του ξενώνα) ήταν αρκετά ενθουσιώδης και εγκάρδια απέναντι μας, πολύ περισσότερο απ' την πρώτη επίσκεψη, οι δύο Δ.Ε νοσηλεύτριες ήταν κάπως απόμακρες, επιφυλακτικές και αρκετά τυπικές. Το γεγονός ότι μας γνώριζαν για πρώτη φορά, αιτιολογούσε τη συγκεκριμένη και κατά την άποψη μας φυσιολογική συμπεριφορά. Παρ' όλα αυτά, μας πρόσφεραν καφέ, αφού πρώτα σεβίρισαν την προϊσταμένη τους! Κατόπιν συγκεντρώθηκαν και τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, εκτός του ψυχολόγου. Ο ψυχολόγος, όπως μας ενημέρωσε η προϊσταμένη του ξενώνα, εκείνη τη συγκεκριμένη ημέρα επισκέπτονταν τα προστατευόμενα διαμερίσματα, παρ' όλα αυτά είχε ενημερωθεί για την επίσκεψή μας. Έτσι, η ενημέρωση περί της ερευνητικής διαδικασίας, έγινε σε όλα τα μέλη του θεραπευτικού προσωπικού, εκτός του ψυχολόγου.

Παρατηρήσαμε ότι όλοι τους ήταν αρκετά επιφυλακτικοί και ίσως καχύποπτοι, ως προς τη συμμετοχή τους στην ερευνητική διαδικασία, κρίνοντας από τις ερωτήσεις που μας έκαναν, όπως π.χ. ποια τα πρόσωπα που ανέλαβαν να πραγματοποιήσουν την παρούσα μελέτη, ποιος ο φορέας τους, γιατί έπρεπε να πραγματοποιηθεί αυτή η μελέτη, αν τα ερωτηματολόγια που θα δίνονταν θα διατηρούσαν την ανωνυμία τους κ.α. Φάνηκε

αρκετά στρέσογόνο γεγονός η κατά πρώτη φορά συμμετοχή τους σε ερευνητική διαδικασία, γι' αυτό και φροντίσαμε να μην εξελιχθεί σε μια ψυχοπιεστική κατάσταση, η οποία θα απέφερε και αρνητικά αποτελέσματα, δηλ. τη μη συμμετοχή τους στην παρούσα έρευνα. Για κάποια στιγμή και εμείς αισθανθήκαμε ότι ίσως «χάναμε έδαφος» και ότι δεν θα καταφέρναμε το επιθυμητό αποτέλεσμα της συμμετοχής τους. Το άγχος μας ήταν διακριτό και εμφανές ως προς τι μέλλει γενέσθαι. Παρ' όλα αυτά προσπαθήσαμε να το κατευνάσουμε. Αξιοσημείωτη ήταν η διάθεση της προϊσταμένης – και αυτό ήταν πολύ βοηθητικό – να τους ενθαρρύνει και να λειτουργήσει η ίδια ως πρότυπο συμμετοχής στην έρευνα. Η συγκεκριμένη παρέμβαση της προϊσταμένης, λειτούργησε ως εφιαλτήριο για την θετική απάντηση, ως προς την συμμετοχή τους στη Β' και Γ' φάση της παρούσας έρευνας όπου και ολοκληρώνεται.

Έτσι, ολοκληρώνοντας την ενημέρωσή μας, αναφερθήκαμε διεξοδικά στον τρόπο διεξαγωγής της παρούσας φάσης. Συγκεκριμένα, ορίσαμε από κοινού μια ημέρα ανά δεκαπέντε (15) ημέρες και ώρα, κατά την οποία θα επισκεπτόμασταν, από εδώ και στο εξής, τον ξενώνα με πρόσωπο αναφοράς την προϊσταμένη – νοσηλεύτρια Τ.Ε. Εκ των πραγμάτων γνωρίζαμε ότι δεν θα μπορούσαν να παρευρίσκονται όλα τα μέλη του θεραπευτικού προσωπικού κάθε φορά, αλλά σίγουρα θα ήταν διαφορετικά άτομα ανάλογα με την βάρδια σε κάθε επίσκεψη μας. Τέλος, η προϊσταμένη θα ήταν υπεύθυνη ως προς την παράδοση και την συγκέντρωση των ερωτηματολογίων στα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, τα οποία θα δίδονταν μια φορά κάθε μήνα.

Σχετικά με την πρώτη επίσκεψη μας στον Ξενώνα Δ', η νοσηλεύτρια Τ.Ε και προϊσταμένη της συγκεκριμένης δομής, μας ξενάγησε αρχικά στον ισόγειο χώρο του κτιρίου, όπου στεγαζόταν το Κέντρο Ημέρας του ψυχιατρικού νοσοκομείου, το οποίο λειτουργούσε τις πρωινές ώρες της ημέρας και απασχολούσε με δραστηριότητες τους ασθενείς της κοινότητας. Το Κέντρο Ημέρας επικοινωνούσε με τον ξενώνα του πρώτου ορόφου, του συγκεκριμένου οικήματος, μέσω μιας εσωτερικής αυλής, η οποία λειτουργούσε ως κοινόχρηστος χώρος και για τις δύο δομές. Μετά την ξενάγησή μας και στους χώρους διαμονής των φιλοξενούμενων ασθενών του ξενώνα Δ', διαπιστώσαμε ότι το γραφείο του νοσηλευτικού προσωπικού και της προϊσταμένης του ξενώνα βρίσκονταν στο χώρο του Κέντρου Ημέρας! Στην ερώτησή μας γιατί συνέβαινε αυτό, η ίδια μας απάντησε ότι υπήρχε πρόβλημα χώρου για την στέγαση του γραφείου στον ξενώνα του



πρώτου ορόφου και ότι δεν υπήρχε ιδιαίτερος λόγος, μιας και οι ασθενείς του ξενώνα εποπτεύονταν από το νοσηλευτικό προσωπικό ανά πάσα στιγμή της ημέρας.

Μια άλλη ιδιαιτερότητα του συγκεκριμένου ξενώνα, η οποία τον χαρακτήριζε ως ξεχωριστό από τους υπόλοιπους άλλους τρεις (3), ήταν ότι οι φιλοξενούμενοι – ασθενείς, συμμετείχαν σε κάποιες από τις πρωινές δραστηριότητες του Κέντρου Ημέρας, με τους υπόλοιπους ασθενείς της κοινότητας, ενώ, κατά την περίοδο εκείνη που διεξαγόταν και η παρούσα έρευνα, φιλοξενούνταν ένας από τους ασθενείς που παρακολουθούσε το πρόγραμμα λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας, στους χώρους του ξενώνα. Εκεί, του παρέχονταν τα μεσημεριανά και βραδινά γεύματα, ενώ διέμενε σε προστατευμένο διαμέρισμα.

Μετά την ολοκλήρωση της ξενάγησης μας και την περιγραφή των συγκεκριμένων ιδιαιτεροτήτων που αναφέρθηκαν, θεωρήσαμε σκόπιμη την επανάληψη και υπενθύμιση της σημαντικότητας του ρόλου της ίδιας της προϊσταμένης, τόσο ως προς την αμέριστη βοήθεια της για την διεξαγωγή της παρούσας μελέτης στη συγκεκριμένη φάση (B'), όσο και στη συμβολή της για την ενημέρωση της συμμετοχής των υπολοίπων μελών του θεραπευτικού προσωπικού, προς διευκόλυνση μας. Μάλιστα, η ίδια, με πολύ φιλικότητα και με έντονο ενθουσιασμό, πρότεινε μια συγκεκριμένη ημερομηνία στο άμεσο μέλλον, (δηλ. μια εβδομάδα μετά την πρώτη μας επίσκεψη), προκειμένου να επισκεφτούμε ξανά τον ξενώνα και να γνωρίσουμε τα μέλη του θεραπευτικού προσωπικού, που θα ήταν συγκεντρωμένοι, για να ενημερωθούν. Έτσι, μετά από κοινή απόφαση, συμφωνήσαμε να πραγματοποιήσουμε και τη δεύτερη επίσκεψη μας, που στόχο είχε τη γνωριμία μας με το θεραπευτικό προσωπικό και παράλληλα την ενημέρωση τους για την συμμετοχή τους στην παρούσα μελέτη.

Κατά την διάρκεια της δεύτερης επίσκεψης μας, μας υποδέχτηκαν αρχικά η προϊσταμένη νοσηλεύτρια του ξενώνα, η νοσηλεύτρια της βάρδιας και ο δάσκαλος, στους χώρους του Κέντρου Ημέρας. Διαπιστώθηκε μια έντονη κινητικότητα, λόγω της παρουσίας των ασθενών, που συμμετείχαν στο πρόγραμμα δραστηριοτήτων. Παρ' όλα αυτά, το γεγονός αυτό δεν εμπόδισε την πραγματοποίηση της συγκέντρωσης όλου του θεραπευτικού προσωπικού.

Φάνηκε πως δεν υπήρχαν ιδιαίτερες αντιρρήσεις ως προς τη συμμετοχή όλων των μελών στην διεξαγωγή της παρούσας μελέτης, κρίνοντας με βάση τον ενθουσιασμό που



τους «περιέλουσε» το κάλεσμά μας για την συμμετοχή τους για πρώτη φορά στη διεξαγωγή ενός ερευνητικού έργου και από την εμπνευστική στάση της προϊσταμένης να συμβάλλει στην διαμόρφωση θετικού κλίματος, όπου σίγουρα οι απαντήσεις τους θα ήταν θετικές. Αμέσως, αντιληφθήκαμε ότι υπήρχε μια ευελιξία ως προς τον τρόπο λήψης αποφάσεων απ' όλους τους επαγγελματίες – εργαζόμενους του ξενώνα, γεγονός το οποίο επέτρεπε και καθόριζε η ίδια η ευέλικτη οργάνωση και λειτουργία των δύο αυτών διαφορετικών δομών που συστεγάζονταν στο ίδιο κτίριο.

Ολοκληρώνοντας το στόχο της επίσκεψης μας εκείνης και χωρίς να κρύψουμε τον ενθουσιασμό μας για την θετική έκβαση των προσπαθειών μας, τους ενημερώσαμε για τον τρόπο της συμμετοχής τους, ο οποίος κατά κύριο λόγο, συνιστούσε την απάντηση των ερωτηματολογίων, τα οποία θα τους καταχωρούνταν ανά ένα μήνα. Ως κύριο πρόσωπο αναφοράς που θα μοίραζε και θα συγκέντρωνε τα ερωτηματολόγια, ορίστηκε η προϊσταμένη (όπως ακριβώς στον ξενώνα Γ'). Τέλος, συμφωνήσαμε οι επισκέψεις μας να γίνονται κάθε δεκαπέντε (15) ημέρες, προκειμένου να επικοινωνούμε τόσο με την προϊσταμένη, όσο και με τα λοιπά μέλη του θεραπευτικού προσωπικού, που θα συναντούσαμε στην αντίστοιχη βάρδια του ξενώνα. Παράλληλα, στο τέλος κάθε μήνα θα πραγματοποιούταν η συγκέντρωση των απαντημένων ερωτηματολογίων, όπως ακριβώς και στον ξενώνα Γ'.

Αναφορικά με τους ξενώνες του Α' και του Β' αντιστοίχως, υπήρχε ένα χαρακτηριστικό στοιχείο, που διαφοροποιούσε αυτούς του ξενώνες από τους άλλους (Γ' & Δ'). Δηλαδή, το αντίστοιχο θεραπευτικό προσωπικό των προαναφερθέντων δομών, ήδη μας είχε γνωρίσει, μέσα από τις συχνές επισκέψεις μας κατά την Α' φάση της παρούσας μελέτης. Θα περίμενε κανείς ότι ένα τέτοιο βασικό χαρακτηριστικό θα ήταν ικανό για να διευκολύνει τη συνέχεια του ερευνητικού μα έργου, κατά την παρούσα φάση Β'. Ειδικότερα, όπως θα δούμε και παρακάτω, το χαρακτηριστικό αυτό, δεν έπαιξε ιδιαίτερο ρόλο στην θετική ανταπόκριση ορισμένων μελών του θεραπευτικού προσωπικού του ξενώνα Α', ως προς την συμμετοχή τους στην παρούσα φάση (Β').

Ειδικότερα, από το τέλος της Α' φάσης της παρούσας έρευνας και μετά από μια σχετικά ομαλή διεξαγωγή της συγκεκριμένης φάσης (Α'), τόσο η ψυχολόγος όσο και η νοσηλεύτρια Τ.Ε (υπεύθυνη πλέον του ξενώνα), είχαν συμφωνήσει μαζί μας να συμβάλλουν ως προς την προετοιμασία όλων των μελών της θεραπευτικής ομάδας, για

τη συμμετοχή τους στην ερευνητική διαδικασία, κατά την παρούσα φάση (B'). Παράλληλα και εμείς, με τις τακτές επισκέψεις μας, κατά την διεξαγωγή της παρωχημένης A' φάσης, είχαμε αναπτύξει σχέσεις γνωριμίας, σε τυπικό επίπεδο, με όλους τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Βασιζόμενοι στα παραπάνω δεδομένα, θεωρήσαμε ότι αυτά θα ήταν διευκολυντικά στοιχεία για μια θετική ανταπόκριση όλων, ως προς τη συμμετοχή τους στην παρούσα φάση (B'). Όμως διαπιστώσαμε εντελώς το αντίθετο, ειδικά για ορισμένα μόνο μέλη του θεραπευτικού προσωπικού.

Κατά την διάρκεια της προκαθορισμένης εκείνης επίσκεψης μας, την πρώτη εβδομάδα έναρξης της φάσης B' στον ξενώνα A', και με τη συμβολή της προϊσταμένης και της ψυχολόγου, πραγματοποιήθηκε μια συγκέντρωση όλων των λοιπών μελών της θεραπευτικής ομάδας προς ενημέρωσή τους.

Αρχικά, μας υποδέχτηκαν η ψυχολόγος, η προϊσταμένη του ξενώνα και η νοσηλεύτρια της βάρδιας. Αργότερα, ήρθαν η εργοθεραπεύτρια και η κοινωνική λειτουργός και τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Στην προσπάθειά μας να τους εξηγήσουμε τη σημαντικότητα της συμμετοχής τους για την διεξαγωγή της παρούσας φάσης της έρευνας, δεχθήκαμε αντιστάσεις από συγκεκριμένα πρόσωπα, που ανήκαν στο επιστημονικό προσωπικό της θεραπευτικής ομάδας (εργοθεραπεύτρια και κοινωνική λειτουργός). Μέσα από μια καθ' όλα έκδηλη επιφυλακτικότητα, καχυποψία και νευρικότητα, υποστήριζαν ότι δεν θα ήταν καθόλου εύκολο να συμμετάσχουν ως προς την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, λόγω φόρτου εργασίας. Παράλληλα, με έντονα αρνητικά φορτισμένα συναισθήματα προσπάθησαν να αποδείξουν ότι η ερευνητική αυτή μελέτη δε θα μπορούσε να ολοκληρωθεί με αντικειμενικό τρόπο, «αφού ο καθένας θα απαντούσε διαφορετικά από τον άλλο» ή «γιατί κανείς δε θα απαντούσε αντικειμενικά»!

Μια τέτοια αρνητική διάθεση, αλλά και μια τόσο έντονη ανησυχία, με έντονα αρνητικά συναισθήματα θα μπορούσαν να οδηγήσουν στη διάσπαση της ήδη συγκεντρωμένης θεραπευτικής ομάδας. Γι' αυτό και κρίναμε σκόπιμο να κερδίσουμε από την μια την εύννοια και τη θετική απάντηση των υπολοίπων μελών της ομάδας, ως προς τη συμμετοχή τους και από την άλλη να δώσουμε χρόνο στα μέλη που αντέδρασαν, να το ξανασκεφτούν. Έτσι, με εμφανή τα στοιχεία της κατανόησης και της



διαλλακτικότητας, από πλευράς μας, τους ζητήσαμε να το ξανασκεφτούν και να μας απαντήσουν μέσα στο χρονικό διάστημα μιας εβδομάδας, επισημαίνοντας τους, ότι ακόμα και αν τη απόφαση τους εξακολουθούσε να είναι αρνητική, τότε η διεξαγωγή της παρούσας φάσης (B') της έρευνας, θα πραγματοποιούνταν κατά τον ίδιο τρόπο με τους άλλους ξενώνες, χωρίς την συμμετοχή τους. Αξίζει εδώ να αναφέρουμε ότι, δεν μας εξέπληξε καθόλου μια τέτοια αντίδραση, αντίθετα μάλιστα, κρίνοντας από τα δεδομένα και τις πληροφορίες που είχαμε συλλέξει από την Α' φάση, μέσω της παρατήρησης μας, ήταν αναμενόμενο να συμβεί.

Η απάντηση που πήραμε, μετά από μια εβδομάδα, ήταν τελικώς θετική. Αυτό το γεγονός όμως, δεν περιόρισε τις ανησυχητικές σκέψεις μας και την ενδόμυχη επιφυλακτικότητα μας για τη σταθερότητα της απάντησης τους. Πράγματι, οι φόβοι μας επιβεβαιώθηκαν, με την επανάληψη μιας παρόμοιας συμπεριφοράς, με αφετηρία τις εκ νέου αντιδράσεις της εργοθεραπεύτριας και της κοινωνικής λειτουργού, κατά τα μέσα του Γ' τριμήνου της πορείας της φάσης B'. Τότε μάλιστα, η επιρροή τους, περιέβαλε όλη την θεραπευτική ομάδα και για άλλη μια φορά έπρεπε να διαπραγματευτούμε τη συμμετοχή όλων πλέον στην ερευνητική διαδικασία. ως προς την συγκεκριμένη δεύτερη κατά σειρά αντιδραστική συμπεριφορά, κρίναμε σκόπιμο να παρουσιαστεί και να αιτιολογηθεί σε συνάρτηση με τα αποτελέσματα της B' φάσης, που θα εξετάσουμε παρακάτω.

Όπως και με τον ξενώνα Α', έτσι και με τον ξενώνα Β', πράξαμε κατά τον ίδιο τρόπο, δηλαδή κατά την πρώτη εβδομάδα έναρξης της παρούσας φάσης B' της έρευνας, πραγματοποιήσαμε μια συνάντηση με όλο το θεραπευτικό προσωπικό του αντίστοιχου ξενώνα. Η συμβολή του ψυχολόγου ως «υπεύθυνου» του ξενώνα και της προϊσταμένης, αλλά και οι ήδη ανεπτυγμένες σχέσεις γνωριμίας με όλα τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, διευκόλυναν κατά πολύ την προσπάθεια ενημέρωσης για την συμμετοχή τους στην παρούσα φάση (B'). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι δεν αντιμετωπίσαμε κάποια παρόμοια αντιδραστική συμπεριφορά, ως προς την διεξαγωγή της ερευνητικής διαδικασίας, αντίθετα μάλιστα όλοι τέθηκαν θετικά ως προς την συμμετοχή τους στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Βέβαια, σ' αυτό συνέβαλε η μάλλον επιβλητική και εξουσιαστική στάση του ψυχολόγου προς όλα τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Ταυτόχρονα, δεν έκρυψαν την διάθεση τους να ρωτήσουν για



το λόγο της συμμετοχής τους, όπως επίσης και να επιβεβαιώσουν την διατήρηση της ανωνυμίας στα ερωτηματολόγια που θα συμπλήρωναν. Αφορμή στάθηκε η καταχώρηση της ειδικότητας του καθ' ενός στο ερωτηματολόγιο, όπως ακριβώς το απαιτούσαν οι ανάγκες της παρούσας μελέτης. Θεωρήσαμε σκόπιμο να τους ενημερώσουμε ως προς τον στόχο της ερευνητικής διαδικασίας και να τους καθησυχάσουμε από τους πιθανούς φόβους που αναπτύχθηκαν για τυχόν διαρροή των προσωπικών τους δεδομένων. Επιπλέον, τους πληροφορήσαμε ότι κατά τον ίδιον τρόπο, θα έπρατταν και οι αντίστοιχες θεραπευτικές ομάδες των άλλων τριών ξενώνων (Α', Γ' και Δ'). Με σίγουρη πλέον, τη θετική τους απάντηση, φροντίσαμε να τους εξηγήσουμε τον τρόπο με τον οποίο θα διεξαγόταν η παρούσα φάση της έρευνας δηλαδή, ανά δεκαπέντε ημέρες η πραγματοποίηση των επισκέψεων μας και ανά μήνα η παροχή των ερωτηματολογίων για την συμπλήρωσή τους.

Σ' αυτή τη φάση χρησιμοποιήθηκε η συμμετοχική παρατήρηση, η συνέντευξη και το ερωτηματολόγιο.

Συγκεκριμένα:

#### *1. Συμμετοχική παρατήρηση:*

Βασικός στόχος της παρατήρησης ήταν η συλλογή πληροφοριών γύρω από:

- i. Τη διάρθρωση και τα δυναμικά πεδία των σχέσεων των φροντιστών μεταξύ τους κατά την προσπάθειά τους να οργανωθούν και να συσπειρωθούν σε υπό-ομάδες, σε σχέση με τη διαμόρφωση θεραπευτικών στόχων για την καλύτερη λειτουργία του ξενώνα.
- ii. Τον τρόπο λήψης αποφάσεων που αφορούσαν το θεραπευτικό έργο του εκάστοτε ξενώνα και πως αυτό το γεγονός αντανακλούσε τις σχέσεις μεταξύ των φροντιστών και την ανάδειξη του προσώπου αναφοράς της θεραπευτικής ομάδας.
- iii. Την συναισθηματική κατάσταση των μελών των αντίστοιχων θεραπευτικών ομάδων των ξενώνων και τις υποκείμενες στάσεις, όπως αναδεικνύονταν, τόσο από τη δυναμική διάρθρωση των σχέσεων των μελών, όσο και από την ανάπτυξη των επικοινωνιακών σχέσεων με τους ασθενείς.
- iv. Την τάση συγκεκριμενοποίησης του επαγγελματικού ρόλου των φροντιστών, όπως διαφαίνονταν στα πλαίσια των καθημερινών επικοινωνιακών



«ζυμώσεων» με τους ασθενείς και πως αυτός (ο επαγγελματικός ρόλος) οδήγησε τις υπό – ομάδες (επιστημονικό προσωπικό – νοσηλευτικό προσωπικό) σε περισσότερο διαθέσιμο χρόνο με τους ασθενείς (ή και η συμβολή του στο ποσό και το είδος του διαθέσιμου χρόνου ως προς την επικοινωνία με τους ασθενείς)

- v. Τέλος, τη συμβολή του επαγγελματικού ρόλου ως προς την σύνθεση και οργάνωση των υπό – ομάδων (επιστημονικό προσωπικό – νοσηλευτικό προσωπικό – βοηθητικό προσωπικό) , ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας αντίστοιχα και την σύνθεση της ιεραρχίας της, ως ποιοτικά χαρακτηριστικά στοιχεία διαμόρφωσης του θεραπευτικού περιβάλλοντος.

## 2. Συνέντευξη

Βασικός στόχος της συνέντευξης είναι η συλλογή πληροφοριών γύρω από:

- i. Τον τρόπο και το είδος της συνεργασίας των μελών κάθε θεραπευτικής ομάδας, αντίστοιχα, με βάση την ιεραρχία ως προς την λήψη αποφάσεων.
- ii. Τις πιθανές δυσκολίες που τυχόν αντιμετωπίζουν οι θεραπευτικές ομάδες, ως προς τις μεταξύ τους σχέσεις και τις σχέσεις τους με τους φιλοξενούμενους – ασθενείς.
- iii. Τις πιθανές δυσκολίες που τυχόν αντιμετωπίζουν οι θεραπευτικές ομάδες, ως προς την λειτουργία του προγράμματος του κάθε ξενώνα αντίστοιχα και πως αυτό το γεγονός αντανακλά ένα ευέλικτο ή όχι σύστημα για την καλύτερη δυνατή οργάνωση.
- iv. Τη συναισθηματική κατάσταση των μελών της κάθε θεραπευτικής ομάδας των ξενώνων, ξεχωριστά, ως προς τις σχέσεις και μεταξύ τους και στις σχέσεις με τους ασθενείς, ως προς τη διαδικασία λήψης αποφάσεων για την αντιμετώπιση των τυχόν δυσκολιών και ως προς τη συνεργασία υπό – ομάδων για την καλύτερη οργάνωση και λειτουργία του κάθε ξενώνα.

### 3. *Ερωτηματολόγιο*

Η συλλογή των δεδομένων που θα αναφέρουμε παρακάτω, έγινε με (ημιδομημένο) ερωτηματολόγιο το οποίο περιείχε ανοικτού και κλειστού τύπου ερωτήσεις. Για την καλύτερη διάρθρωση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας χρειάστηκε να ομαδοποιήσουμε τις ερωτήσεις.

Αναλυτικότερα: Βασικός στόχος της χρήσης ημιδομημένου ερωτηματολογίου ήταν η συλλογή πληροφοριών γύρω από:

- i. Την διευθέτηση των χώρων του κάθε ξενώνα και πως αυτή συνέβαλε στην καλύτερη οργάνωση και λειτουργία του.
- ii. Τις σχέσεις μεταξύ των μελών των υπό – ομάδων της κάθε θεραπευτικής ομάδας αντίστοιχα και πως αυτές αντανακλούν την ιεραρχική οργάνωση του θεραπευτικού προσωπικού και τη συνεργασία τους.
- iii. Τις σχέσεις με τους ασθενείς – φιλοξενούμενους του κάθε ξενώνα και πως αυτές αντανακλούν την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης
- iv. Την λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων και τον βαθμό ενσωμάτωσης σ' αυτόν, από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας του κάθε ξενώνα, αντίστοιχα, και πως διαφαίνεται μέσα από τους λόγους και τα κίνητρα εργασίας, από την αντιμετώπιση του ρόλου απ' την κοινότητα και πως όλα αυτά αντανακλούν το επίπεδο και το βαθμό ποιότητας της θεραπευτικής σχέσης με τους ασθενείς.

### 6.2.2.3. Γ' ΦΑΣΗ

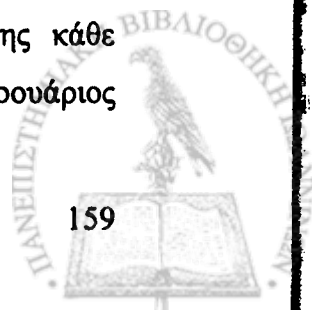
Η Γ' φάση αναφέρεται στο τελευταίο τρίμηνο της παρούσας έρευνας, δηλαδή από τον Δεκέμβριο 2001 έως και τον Φεβρουάριο 2002 (Δεκέμβριος – Ιανουάριος – Φεβρουάριος). Βασικός μας στόχος ήταν να διερευνηθούν πιθανά χαρακτηριστικά καθιέρωσης της «ταυτότητας» του κάθε ξενώνα, στα πλαίσια λειτουργίας του και αναγνώρισης του θεραπευτικού έργου των αντίστοιχων θεραπευτικών ομάδων, στα πλαίσια λειτουργίας του επαγγελματικού ρόλου για την καλύτερη ποιότητα παροχής φροντίδας και θεραπείας στους ασθενείς (Στάδιο καθιέρωσης και αποδοχής).

Ειδικότερα, μας ενδιέφερε να μελετήσουμε:

- i. Την «ταυτότητα» της αντίστοιχης δομής, δηλαδή το αν πέτυχε να είναι αποκεντρωμένη ή όχι.
- ii. Το επίπεδο εμπιστοσύνης των μελών των αντίστοιχων θεραπευτικών ομάδων των ξενώνων και ο βαθμός της συλλογικής ικανοποίησης ως προς την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων.
- iii. Την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα της εργασίας, στα πλαίσια της από κοινού δράσης για την καλύτερη ποιότητα παροχής φροντίδας.

Σ' αυτή τη φάση μελετήθηκαν και οι τέσσερις στεγαστικές δομές (ξενώνες) και πιο συγκεκριμένα οι αντίστοιχες θεραπευτικές ομάδες. Η συμμετοχή των θεραπευτικών ομάδων στην τελευταία φάση (Γ') της παρούσας έρευνας, είχε το στοιχείο της λογικής συνέχειας από την συμμετοχή αυτών στη Β' φάση. Γι' αυτό το λόγο, δεν χρειάστηκε, από μέρους μας, να γίνει κάποια προετοιμασία, όπως ακριβώς συνέβη στην Α' και Β' φάση.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση και συμπλήρωση νέων εκπονημένων ερωτηματολογίων, που διέφεραν ως προς ένα μικρό αριθμό ερωτήσεων, από τα ερωτηματολόγια της Β' φάσης. Η εκπόνηση νέων ερωτηματολογίων – που ουσιαστικά δεν διέφεραν κατά πολύ ως προς το περιεχόμενο των ερωτήσεων των ερωτηματολογίων της Β' φάσης – κρίθηκε αναγκαία και αφορούσε την πρόσθεση κάποιου μικρού αριθμού ερωτήσεων, προκειμένου να αναδυθούν με ευκολία τα αποτελέσματα της Γ' φάσης της παρούσας έρευνας. Στη συμπλήρωση αυτών, συμμετείχαν όλα τα μέλη της κάθε θεραπευτικής ομάδας, αντίστοιχα, τα οποία δόθηκαν τον τελευταίο μήνα (Φεβρουάριος



2002) Φάσης Γ, όπου και τότε τα παραλάβαμε με την επίσκεψη μας στην αντίστοιχη δομή. Παράλληλα, συνεχίσαμε τις επισκέψεις μας στους ξενώνες κάθε δεκαπέντε (15) ημέρες, όπως στη Β' φάση, προκειμένου να συλλέγουμε πληροφορίες μέσω της συμμετοχικής παρατήρησης και της συνέντευξης, από τους προϊστάμενους νοσηλευτές και τους ψυχολόγους αντιστοίχως, των τεσσάρων στεγαστικών δομών. Έτσι, όπως ακριβώς και στη Β' φάση, η συλλογή των δεδομένων μας έγινε με τη συμπλήρωση ημι-δομημένων ερωτηματολογίων και με τη χρήση της συμμετοχικής παρατήρησης και της συνέντευξης.

Αναλυτικότερα:

### *1. Ερωτηματολόγιο:*

Η συλλογή των δεδομένων αφορούσε:

- i. Τον βαθμό αυτονόμησης βάση της οποίας η κάθε στεγαστική δομή (ξενώνας) πέτυχε να είναι μια αποκεντρωμένη ή όχι δομή και να λειτουργεί ως ανεξάρτητη υπηρεσία, χωρίς τις επιρροές ή επιδράσεις του ψυχιατρείου ή του γενικού νοσοκομείου.
- ii. Το επίπεδο των σχέσεων των μελών της κάθε θεραπευτικής ομάδας αντίστοιχα και το επίπεδο εμπιστοσύνης μεταξύ τους, για την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων.
- iii. Τα συναισθήματα και τις επακόλουθες στάσεις του θεραπευτικού προσωπικού αντίστοιχα, ως προς την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων, την ποιότητα παροχής φροντίδας και την αποτελεσματικότητα αυτών στη συλλογική ικανοποίηση.
- iv. Τον βαθμό διαμόρφωσης συγκεκριμένης κοινής ιδεολογίας, ως προς την δράση και το άνοιγμα στην κοινότητα και ως προς την τυχόν αναθεώρηση κοινωνικών αναγκών και στόχων.
- v. Τις απόψεις τους για την αναγκαιότητα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και εξειδίκευσης ως προς την συνεργασία τους, σε τέτοιες δομές (αποτελεσματικότητα – αποδοτικότητα εργασίας).
- vi. Το επίπεδο των σχέσεων με τους ασθενείς και την αποτελεσματικότητα αυτών (των σχέσεων) στη θεραπευτική διαδικασία .





## 2. Συμμετοχική Παρατήρηση και συνέντευξη:

Η συλλογή των δεδομένων με τη χρήση της συμμετοχικής παρατήρησης και της συνέντευξης αφορούσε:

- i. Τον τρόπο συνεργασίας των μελών των θεραπευτικών ομάδων, αντίστοιχα ως προς τη διαδικασία λήψης αποφάσεων και ως προς το επίπεδο εμπιστοσύνης που διατηρούσαν μεταξύ τους (Αντίληψη ομαδικότητας)
- ii. Τον τρόπο με τον οποίο διατηρούσαν τα όρια του επαγγελματικού τους ρόλου και το βαθμό ευελιξίας τους στη τήρηση αυτών (των ορίων)
- iii. Το επίπεδο της ταυτότητας του επαγγελματικού τους ρόλου και πλέον, ο βαθμός της εργασιακής αντίληψης, όπως αντανακλώνται μέσα από τις συνακόλουθες αντιδράσεις και τα συναισθήματα των ίδιων των φροντιστών.

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας, όπως ακολουθεί παρακάτω, θα γίνει με τον ακόλουθο τρόπο:

Με βάση την ποιοτική ανάλυση των δεδομένων που συλλέξαμε απ' όλες τις φάσεις της έρευνας, αρχικά θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της μελέτης του θεραπευτικού περιβάλλοντος κάθε ξενώνα, ανά φάση όπως π.χ. (Α' φάση: ξενώνας Α', ξενώνας Β' κ.λ.π) και θα ακολουθήσει η σύγκριση αυτών σε κάθε φάση, όπως π.χ. σύγκριση θεραπευτικού περιβάλλοντος των ξενώνων Α' και Β' στην Α' φάση κ.λ.π. Κατόπιν, θα παρουσιαστούν αποτελέσματα της εξελικτικής πορείας του θεραπευτικού περιβάλλοντος κάθε ξενώνα, σ' όλες τις φάσεις (π.χ. ξενώνας Α': Α' φάση, Β' φάση, Γ' φάση).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### 7.1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑ ΦΑΣΗ

##### 7.1.1. ΦΑΣΗ Α'

##### 7.1.1.1. ΞΕΝΩΝΑΣ Α'

Σύμφωνα με τη διεξαγωγή της ποιοτικής ανάλυσης των δεδομένων, των οποίων η συλλογή έγινε με βάση της μέθοδο της συμμετοχικής παρατήρησης και της συνέντευξης, κατά τη διάρκεια της Α' Φάσης (Μάρτιος – Απρίλιος – Μάιος 2001), της παρούσας μελέτης, μελετήθηκαν οι ξενώνες Α' και Β'. Συγκεκριμένα στον ξενώνα Α', τα μέλη του προσωπικού που συμμετείχαν στο συνολικό δείγμα, αποτελούνταν από έντεκα (11) επαγγελματίες ψυχικής υγείας, εκ των οποίων δέκα (10) ήταν γυναίκες και ένας (1) άντρας, ηλικίας 18 – 50 ετών. Κανένας από αυτούς δεν είχε προηγούμενη επαγγελματική εμπειρία σε ψυχιατρική δομή (όπως π.χ. ψυχιατρείο, ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου κ.λ.π). Από το συνολικό δείγμα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη, αποχώρησε μια νοσηλεύτρια λόγω εγκυμοσύνης της, αμέσως μόλις ο ξενώνας άρχισε να λειτουργεί και έτσι συνολικά συμμετείχαν δέκα (10) άτομα.

Παρακάτω παρουσιάζεται ο πίνακας με τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος του ξενώνα Α':

## ΠΙΝΑΚΑΣ 1

N: έντεκα (11)					
ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ: δεκαπέντε (15)					
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	Μία (1)	Γυναίκα	25 - 35	Άγαμη χωρίς παιδιά	-
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	Μία (1)	Γυναίκα	25 - 35	Έγγαμη με παιδιά	-
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	Μία (1)	Γυναίκα	35 - 50	Άγαμη χωρίς παιδιά	-
Τ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Μία (1)	Γυναίκα	25 - 35	Έγγαμη χωρίς παιδιά	-
Δ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Τέσσερις (4)	Γυναίκες	18 - 25	Άγαμες χωρίς παιδιά	-
ΒΟΗΘΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	Ένας (1)	Άνδρας	35 - 50	Έγγαμος με παιδιά	-
ΤΕΧΝΙΤΕΣ	Μία (1)	Γυναίκα	35 - 50	Έγγαμη με παιδιά	-
ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	-	-	-	-	-
ΕΙΔΙΚΟΣ ΠΑΙΔΑΓΩΓΟΣ	-	-	-	-	-

Κατά τον Α' μήνα λειτουργίας του ξενώνα Α', διαπιστώθηκε αναφορικά με την οργάνωση και διεύθυνση των χώρων στον αντίστοιχο ξενώνα, ότι το νοσηλευτικό προσωπικό συνέβαλε ουσιαστικά στη διαμόρφωση των χώρων (π.χ. διαμόρφωση δωματίων ασθενών, επίπλωση των χώρων), ενώ αναπτύχθηκαν σημαντικές διαφωνίες ως προς τον διαχωρισμό των χώρων εργασίας, ανάμεσα στα μέλη του επιστημονικού προσωπικού. Το γεγονός αυτό αποτέλεσε και το σημείο αφετηρίας για την εμφάνιση στοιχείων διάσπασης της επιστημονικής ομάδας του ξενώνα. Πιο συγκεκριμένα, οι διαφωνίες που αναπτύχθηκαν και εξωτερικεύτηκαν απροκάλυπτα, προέκυψαν ανάμεσα στην ψυχολόγο και την εργοθεραπεύτρια, για την διεκδίκηση ενός από τα τρία γραφεία του ίδιου χώρου, τον οποίο μοιράζονταν το επιστημονικό προσωπικό. Το γεγονός ότι το συγκεκριμένο γραφείο είχε άμεση πρόσβαση προς την έξοδο από το χώρο, ήταν ένας

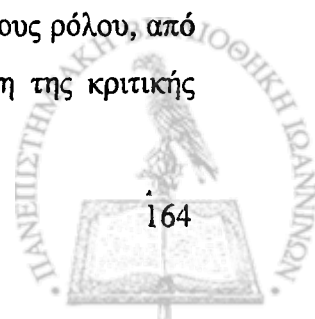
αρκετά σοβαρός λόγος για την ανάπτυξη διαφωνιών ανάμεσα στα συγκεκριμένα μέλη. Τελικά, η επίλυση βρέθηκε μετά από δημοκρατικές διαδικασίες (κλήρωση). Αντίθετα, το νοσηλευτικό προσωπικό μετά από κοινή απόφαση των μελών, προτίμησε ένα γραφείο κοντά στον κοινόχρηστο χώρο των ασθενών (σαλόνι) και με βάση την άμεση πρόσβαση στα δωμάτια τους.

Με αφορμή τις δυναμικές σχέσεις των υπό – ομάδων (επιστημονικό προσωπικό, νοσηλευτικό προσωπικό, βοηθητικό προσωπικό), οι οποίες συστύσαν τη θεραπευτική ομάδα του ξενώνα του Α', τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού (ψυχολόγος, κοινωνική λειτουργός, εργοθεραπεύτρια), δεν επέδειξαν καμία προσπάθεια συσπείρωσης τους, καθώς είχαν ήδη αναπτυχθεί φιλικές σχέσεις μεταξύ της εργοθεραπεύτριας και της κοινωνικής λειτουργού, ενώ η ψυχολόγος διατηρούσε μια απόμακρη και τυπική στάση απέναντι τους. Έτσι χωρίστηκαν σε δύο αυτόνομα μέρη: η «δυάδα» της κοινωνικής λειτουργού και της εργοθεραπεύτριας και η «μονάδα» της ψυχολόγου.

Το νοσηλευτικό προσωπικό από την άλλη, επέδειξε πολύ γρήγορα στοιχεία συσπείρωσης των μελών του, ως η πιο πολυμελής υπό – ομάδα και με σχεδόν τον ίδιο επαγγελματικό ρόλο, τα οποία (μέλη) διατηρούσαν άρτιες σχέσεις μεταξύ τους (τάσεις αλληλοβοήθειας) και με τη βοήθεια της δυναμικής παρουσίας της Τ.Ε. νοσηλεύτριας επιδόθηκαν σε έναν ευέλικτο συντονισμό των κινήσεων τους και των δραστηριοτήτων τους, έναντι των ασθενών.

Στα πλαίσια αυτής της αντίθεσης που διέκρινε τις δύο συγκεκριμένες υπό – ομάδες (επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό), ως προς το βαθμό συσπείρωσης των μελών τους, διαπιστώθηκε η ύπαρξη μιας διατηρούμενης «απόστασης» μεταξύ τους (των υπό – ομάδων), η οποία εντοπίστηκε αρχικά με την οργάνωση των χώρων εργασίας (γραφείων) των παραπάνω υπό – ομάδων και υπερτονίστηκε από την Τ.Ε. νοσηλεύτρια – αυτοαποκαλούμενη ως προϊσταμένη του ξενώνα, χαρακτηρίζοντας το επιστημονικό προσωπικό ως «απόμακρο», τόσο από τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού, όσο και από τους ασθενείς. Το γεγονός αυτό δεν άργησε να οδηγήσει σε κάποιες συγκρούσεις ως προς τα επαγγελματικά καθήκοντα των μελών (π.χ. βάρδιες, ωράρια λειτουργίας, επαγγελματικά όρια κ.λ.π).

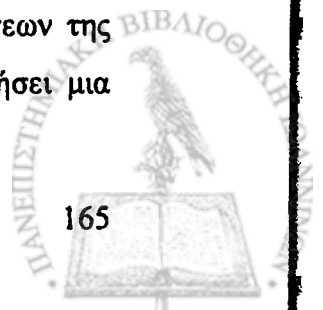
Τόσο η αδυναμία διατήρησης σαφών ορίων του επαγγελματικού τους ρόλου, από πλευράς των μελών του επιστημονικού προσωπικού, όσο και η αύξηση της κριτικής



διάθεσης τής προϊσταμένης του ξενώνα ως προς την άρνηση των μελών της επιστημονικής ομάδας και ιδιαιτέρως της εργοθεραπεύτριας και κοινωνικής λειτουργού, να συμβάλλουν στην ομαλή λειτουργία του προγράμματος, διευκολύνοντας το έργο των νοσηλευτριών με τη συμμετοχή τους στις απογευματινές βάρδιες, τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού κατευθύνθηκαν προς την αναζήτηση μιας νοητής διαχωριστικής γραμμής που θα διέκρινε το ρόλο τους σε σχέση με τον επαγγελματικό ρόλο των μελών του νοσηλευτικού προσωπικού. Έτσι, παρατηρήθηκε ότι όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας έκαναν συχνά λόγο για ανεύρεση σαφών επαγγελματικών ορίων μεταξύ τους. Μάλιστα, στις συζητήσεις που διεξάγονταν με την ψυχολόγο, ήταν αρκετά εμφανής η επιμονή της σε θέματα συνέπειας του επαγγελματικού ρόλου απ' τον καθένα φροντιστή (cater), προκειμένου, όπως έλεγε, να λειτουργήσει καλά ο ξενώνας. Αυτό το γεγονός αποτέλεσε την βασική προϋπόθεση για να αποκτήσουν την απαραίτητη επαγγελματική ταυτότητα, η οποία θα ήταν το βασικό στήριγμα για να ξεκινήσουν να εργάζονται συστηματικά.

Αντίθετα, το νοσηλευτικό προσωπικό έχοντας δείξει από την αρχή της λειτουργίας του ξενώνα ότι κατείχε πολύ καλά τις αρμοδιότητες του με βάση τον επαγγελματικό ρόλο, γεγονός το οποίο επιβεβαιώθηκε μέσα από τις συντονισμένες και ευέλικτες κινήσεις των μελών, τόσο κατά την άφιξη των ασθενών, όσο και κατά τη διάρκεια της διαμονής τους, το πρώτο τρίμηνο (Α' φάση) λειτουργίας του ξενώνα. Τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού δεν άργησαν να διακριθούν για την ευκολία τους στην ανάληψη πρωτοβουλιών, ως προς την οργάνωση και τον σχεδιασμό του θεραπευτικού προγράμματος. Ειδικότερα, οι πρωτοβουλίες τους περιείχαν δύο ειδών κατευθύνσεις: η μια αφορούσε τη δημιουργία ενός σταθερού ευέλικτου θεραπευτικού πλαισίου, ενώ η άλλη σχετιζόταν με την αξίωση των μελών να οριστεί ο «αρχηγός» ή ο «εσωτερικός επόπτης» της θεραπευτικής ομάδας. Αξιοσημείωτο δε σ' αυτό ήταν το γεγονός ότι διατηρούσαν θετικές προσδοκίες για την ανάληψη αυτού του ρόλου από το πρόσωπο της ψυχολόγου, καθώς θεωρήθηκε ως το πιο κατάλληλο πρόσωπο για να ηγηθεί της θεραπευτικής ομάδας, πιθανόν λόγω της επιστημονικής της κατάρτισης και της πανεπιστημιακής παιδείας.

Όμως, η όχι άμεση πραγματοποίηση και υλοποίηση αυτών των αξιώσεων της θεραπευτικής ομάδας, και το γεγονός ότι η ψυχολόγος προτίμησε να διατηρήσει μια



γενικώς τυπική και ίσως «απόμακρη» στάση ως προς μια τέτοια ευθύνη, οδήγησε την υπεύθυνη του νοσηλευτικού προσωπικού (Τ.Ε. νοσηλεύτρια), να αναλάβει υποτυπωδώς, αρχικά την πρωτοβουλία του συντονισμού και της οργάνωσης της θεραπευτικής ομάδας. Η δυναμική στάση της Τ.Ε. νοσηλεύτριας, η οποία χαρακτηρίστηκε με την σύμφωνη στάση της ψυχολόγου, τόσο από τις ηγετικές της διαθέσεις, όσο και από την προβολή της επιτακτικής ανάγκης για διαμόρφωση ενός σταθερού θεραπευτικού πλαισίου, με συνέπεια και ευελιξία στους επαγγελματικούς ρόλους και τα ωράρια, ασκώντας συμμορφωτικές πιέσεις προς όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, προκάλεσε και πάλι έντονες διαφωνίες και συγκρούσεις ανάμεσα στα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού και την αυτόνομη δυάδα του επιστημονικού προσωπικού (κοινωνική λειτουργός και εργοθεραπεύτρια), οι οποίες αντιδρώντας έντονα αρνητικά, αμφισβητούσαν τέτοιου είδους κατευθύνσεις, επισημαίνοντας συχνά πως τα καθήκοντα τους ήταν πολύ συγκεκριμένα, όπως (π.χ. πρωινές βάρδιες, θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών κ.α). Το αποτέλεσμα ήταν:

- i. Να «περιθωριοποιηθούν» από τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας
- ii. Οι ίδιες να διατηρήσουν μια αρκετά μεγάλη «απόσταση» σε σχέση με την ομάδα των φροντιστών και με τους ασθενείς.

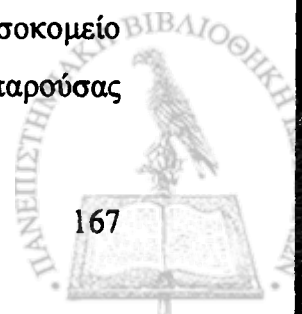
Αναφορικά με τις σχέσεις των μελών της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα Α' και των ασθενών που φιλοξενούνταν εκεί, διαπιστώθηκε ότι τόσο το νοσηλευτικό προσωπικό, όσο και το βοηθητικό προσωπικό (βοηθός προσωπικού – τεχνίτρια), διατηρούσαν μια ιδιαίτερη στάση αποδοχής ως προς την προβληματική συμπεριφορά των ασθενών, γεγονός το οποίο τους επέτρεπε να είναι περισσότερο δεκτικοί και δοτικοί απέναντι τους. Αντίθετα, το επιστημονικό προσωπικό, ως ιδιαίτερα απόμακρο και περισσότερο τυπικό στις καθημερινές επαφές με τους ασθενείς, εκδήλωνε στοιχεία φοβικής συμπεριφοράς. Συγκεκριμένα, η αυτόνομη δυάδα (εργοθεραπεύτρια και κοινωνική λειτουργός), είτε απέφευγαν συστηματικά να επικοινωνούν καθημερινά με τους ασθενείς ή όταν επικοινωνούσαν, εκφράζονταν με μια έκδηλη αρνητική διάθεση, με στοιχεία απόρριψης και αποδοκιμασίας (όπως π.χ. μιλούσαν με απότομο τρόπο στους ασθενείς). Παράλληλα, δεν συμμετείχαν στις προκαθορισμένες θεραπευτικές ομάδες ή θεραπευτικές δραστηριότητες. Μάλιστα, για τη μη συμμετοχή τους στις ομάδες, χρησιμοποιούσαν την απουσία οικονομικού κινήτρου (π.χ. «δεν μας πληρώνουν στην

ώρα και γι' αυτό δεν εργαζόμαστε»). Από την άλλη, η ψυχολόγος περιόρισε τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς, στο επίπεδο των τυπικών θεραπευτικών δραστηριοτήτων ή των θεραπευτικών ομάδων. Αξιοσημείωτο δε είναι το γεγονός ότι τη διεξαγωγή των ατομικών συνεντεύξεων με τους ασθενείς θεωρούσε ανάγκη να τις πραγματοποιεί συνήθως σε κοινόχρηστους χώρους και όχι στο γραφείο της, με την αιτιολόγηση ότι «δεν είχε γνωριστεί καλά μαζί τους και δεν γνώριζε τις πιθανές αντιδράσεις τους», εκδηλώνοντας μ' αυτόν τον τρόπο πιθανά συναισθήματα φόβου και ανασφάλειας.

Σχετικά με την λειτουργία του θεραπευτικού προγράμματος, διαπιστώθηκαν στοιχεία ελλιπούς οργάνωσης, τόσο ως προς τη διαμόρφωση του, όσο και αναφορικά με την εφαρμογή του. Το πρόγραμμα ομάδων και καθημερινών δραστηριοτήτων των ασθενών, το οποίο περιείχε:

1. Την ομάδα κηπουρικής (μια φορά την εβδομάδα) – συντονιστής ομάδας: η τεχνίτρια.
2. Την ομάδα επαγγελματικής κατάρτισης (κάθε ημέρα) – συντονίστριες: η τεχνίτρια και η εργοθεραπεύτρια.
3. Την ομάδα μαγειρικής (μια φορά την εβδομάδα) – συντονίστρια: μια Δ.Ε νοσηλεύτρια.
4. Την ομάδα ευρώ (μια φορά την εβδομάδα) – συντονίστρια: η κοινωνική λειτουργός.
5. Την ομάδα προσωπικού (κατά την Β' φάση) (μια φορά την εβδομάδα – κατά τις απογευματινές βάρδιες δεν πραγματοποιούνταν ομαδικές ψυχαγωγικές δραστηριότητες).

χαρακτηρίστηκε από μια σχετική «χαλαρότητα» και από συχνές τάσεις αναβολής ή ματαίωσης τους, που συνοδεύονταν συχνά από συναισθήματα έντασης, ανησυχίας, αμηχανίας και πιθανού φόβου από πλευράς του προσωπικού (όπως π.χ. ματαιώνονταν ή αναβάλλονταν συχνά οι ομάδες συζήτησης με τους ασθενείς), ή δεν υπήρχε κάποιο σταθερό πρόσωπο αναφοράς (leader), ή συντονιστής που θα κατεύθυνε τις ομάδες αυτές. Έτσι, τόσο το ανέφικτο της συχνής παρουσίας ψυχιάτρου στο συγκεκριμένο ξενώνα, καθώς δεν υπήρχε κάποιος ορισμένος (ψυχίατρος) από το αντίστοιχο γενικό νοσοκομείο της περιοχής μέχρι τότε – ορίστηκε ο ψυχίατρος στα τέλη της Γ' φάσης της παρούσας



μελέτης και γι' αυτό το λόγο η ψυχιατρική κάλυψη προερχόταν μια φορά το μήνα από αντίστοιχο ειδικό του κοντινότερου ψυχιατρικού νοσοκομείου της περιοχής – όσο και η έκδηλη αδυναμία οριοθέτησης ενός σταθερού θεραπευτικού πλαισίου από το προσωπικό, οδήγησαν στην εμφάνιση μιας έντονα προβληματικής και ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών (όπως π.χ. χρήση υβρεολόγιου, εκδήλωση παραπόνων, εμφάνιση ακραίων αντιδράσεων, άσκοποι περίπατοι ή στον περίβολο του ξενώνα ή στο κέντρο της πόλης, απομόνωση κ.α.).

Στα τέλη της Α' φάσης αξίζει να σημειωθεί ότι διαπιστώθηκαν κάποιες τάσεις σύγκλισης των μελών στις αντίστοιχες υπό – ομάδες τους, όπου ανήκαν και τάσεις απόκτησης μιας κοινής θεραπευτικής ιδεολογίας για την δημιουργία μιας αναγκαίας ισορροπίας στο σύστημα του ξενώνα. Η παραπάνω διαπίστωση, όπως ήταν φυσικό, οδήγησε τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας να διαμορφώσουν ένα συγκεκριμένο πλαίσιο του «ανήκειν» σε μια ομάδα (υπό – ομάδα, θεραπευτική ομάδα του αντίστοιχου ξενώνα Α'), γεγονός το οποίο αποτέλεσε και τον πρώτο θεμέλιο λίθο απόκτησης μιας επαγγελματικής ταυτότητας και ταύτισης με τον αντίστοιχο επαγγελματικό ρόλο. Όμως η ιδέα της λειτουργίας των υπό – ομάδων και κατ' επέκταση και των μελών τους, ως ένα ενιαίο όλο φαινόταν ακόμα απρόσιτη και ίσως ανέφικτη διαδικασία. Πολλές φορές μάλιστα, αναφέρονταν στη δυσκολία τους να πετύχουν κάτι τέτοιο, καθώς αναρωτιούνταν συχνά εάν ένας φροντιστής μπορεί να υπερβαίνει τα όρια του επαγγελματικού του ρόλου (όπως π.χ. «μπορεί ένας νοσηλευτής να λειτουργεί και με το ρόλο ενός ψυχολόγου ή μήπως μπαίνει στα χωράφια του;»). Παρά την προσπάθεια των μελών για περισσότερη σύγκλιση απόψεων και θέσεων σχετικά με τη λειτουργία του προγράμματος του ξενώνα, εντούτοις οι συγκρούσεις και οι διαφωνίες των μελών του προσωπικού δεν είχαν πάψει να διαδραματίζουν κυρίαρχο ρόλο στις μεταξύ τους σχέσεις. Ο διαχωρισμός των μελών σε δύο αντίθετα στρατόπεδα (η αυτόνομη δυάδα της κοινωνικής λειτουργού και εργοθεραπεύτριας από τη μια, το νοσηλευτικό προσωπικό, η ψυχολόγος, ο βοηθός προσωπικού και η τεχνίτρια από την άλλη), η ολοένα αυξανόμενη κριτική διάθεση της Τ.Ε νοσηλεύτριας με στόχο τη συμμόρφωση των μελών της θεραπευτικής ομάδας στην πλέον επιβεβλημένη και αναγκαία οριοθέτηση του θεραπευτικού πλαισίου του ξενώνα και οι συχνές διαμάχες, δεν άφησαν περιθώρια για τη βελτίωση του περιβάλλοντος του ξενώνα. Αντίθετα, ο ξενώνας διατηρούσε ακόμα την





εικόνα ενός μικρού ασύλου.

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα που αναφέρονται στην Α' Φάση της παρούσας μελέτης για τον ξενώνα Α', το θεραπευτικό περιβάλλον της αντίστοιχης δομής χαρακτηρίστηκε από τα εξής παρακάτω:

- i. Διαπιστώθηκαν έντονες συγκρούσεις και διαφωνίες ανάμεσα στα μέλη του επιδημονικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς τα περισσότερα μέλη της επιστημονικής ομάδας δυσκολεύτηκαν από τη μια να συμμορφωθούν και να προσαρμοστούν στα πλαίσια της ιεραρχικής και γενικότερης οργάνωσης του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα. Από την άλλη, προέβαλαν μια αρκετά μεγάλη αντίσταση, ως προς την ανάληψη πρωτοβουλιών και αρμοδιοτήτων, με βάση τον επαγγελματικό τους ρόλο, καθώς δήλωναν πως δεν γνώριζαν ποια είναι τα επαγγελματικά όρια της θεραπευτικής ομάδας.
- ii. Καθώς ακόμα δεν είχε γίνει αντιληπτό και κατανοητό απ' όλα τα μέλη και περισσότερο από τα μέλη της επιστημονικής ομάδας, το γεγονός ότι το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα απαιτούσε μια αρκετά μεγάλη ευελιξία ως προς τη χρήση των επαγγελματικών ρόλων, η επιστημονική ομάδα δηλώνοντας αδυναμία να συμπληρώσει ή να βοηθήσει στο θεραπευτικό έργο των νοσηλευτών, διατηρούσε μια αποστασιοποιημένη στάση και μια «αντίσταση» σε οποιαδήποτε αναζήτηση βοήθειας ή συνεργασίας από πλευράς του νοσηλευτικού προσωπικού, για τη διεξαγωγή του θεραπευτικού προγράμματος.
- iii. Στα πλαίσια μιας τέτοιας κατάστασης, το νοσηλευτικό προσωπικό εκφραζόμενο με πιο σαφή όρια ως προς τον επαγγελματικό ρόλο, εκδήλωσε τάσεις συσπείρωσης των μελών του, με στοιχεία αλληλοσυσπείρωσης και αλληλοϋποστήριξης μεταξύ τους. Μάλιστα, ανέλαβαν όλο το βάρος της ευθύνης των πρωτοβουλιών και των αρμοδιοτήτων τους, σε σχέση με το θεραπευτικό έργο. Η συμβολή της Τ.Ε. νοσηλεύτριας ήταν δυναμική και αρκετά μεγάλη.
- iv. Επειδή το θεραπευτικό σύστημα του ξενώνα έτεινε σε ολοένα μεγαλύτερη διάσπαση ως προς τη δομή και την οργάνωση του, καθώς η δυναμική και απαραίτητη συμβολή και παρουσία των μελών της επιστημονικής ομάδας έτεινε προς το λιγότερο, εκδηλώνοντας «φυγόκεντρος» τάσεις, η νοσηλευτική ομάδα, με κύρια εκπρόσωπο την Τ.Ε. νοσηλεύτρια, ανέλαβε την ευθύνη και πρωτοβουλία:



1. Του ακριβούς καθορισμού των αρμοδιοτήτων των μελών της κάθε υπό – ομάδας.
2. Της απόκτησης μιας κοινής ιδεολογίας ή ενός κοινού θεραπευτικού μοντέλου.
3. Της ενίσχυσης του αυτό – καθορισμού των μελών τους, στα πλαίσια του «ανήκειν» στη θεραπευτική ομάδα του ξενώνα Α'.

Μια τέτοια πρωτοβουλία, άρχισε να αναδεικνύει δειλά – δειλά τον εσωτερικό επόπτη της θεραπευτικής ομάδας (Τ.Ε. νοσηλεύτρια), το οποίο ακόμα δεν ήταν καθορισμένο.

- v. Αναφορικά με τις σχέσεις των μελών του θεραπευτικού προσωπικού και τους ασθενείς που φιλοξενούνταν στον συγκεκριμένο ξενώνα, διαπιστώθηκαν από τη μια στοιχεία δεκτικότητας, δοτικότητας και αποδοχής των ασθενών από τη νοσηλευτική ομάδα, ενώ το επιστημονικό προσωπικό διατηρούσε μια αποστασιοποιημένη στάση με έκδηλα στοιχεία τυπικότητας, αλλά και απόρριψης απέναντι στους ασθενείς . Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι η έλλειψη της εξωτερικής εποπτείας και η απουσία ενός ορισμένου εσωτερικού επόπτη, που δεν προωθούσε τις ομαδικές συναντήσεις της θεραπευτικής ομάδας για την συζήτηση και την επεξεργασία τέτοιων αρνητικών συναισθημάτων, φαίνεται να οδήγησαν στην εκδήλωση διάσπασης της θεραπευτικής ομάδας.
- vi. Στα πλαίσια ενός μη καλά οργανωμένου και σαφώς καθορισμένου θεραπευτικού προγράμματος, η «άτυπη» διεξαγωγή ομάδων και δραστηριοτήτων με τους ασθενείς, δεν περιείχε σαφές περιεχόμενο και στόχο, ήταν «απρόσωπη» (χωρίς σταθερό συντονιστή) και δεν υπήρχαν σαφή και κοινά όρια συμπεριφοράς από την πλευρά των φροντιστών στις σχέσεις τους με τους ασθενείς. Όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά μαζί με την συχνή αναβλητική στάση των φροντιστών ως προς τη διεξαγωγή των ομάδων με τους ασθενείς, οδήγησε αυτούς:
1. Στην εκδήλωση κάποιων μορφών βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς.
  2. Στις μη στόχο – κατευθυνόμενες κινήσεις και ενέργειες τους (π.χ. περιφέρονταν άσκοπα μέσα και έξω από τον ξενώνα)
  3. Στην εκδήλωση κάποιων μορφών ασυλικής συμπεριφοράς (π.χ. απέφευγαν να επικοινωνούν, απομονώνονταν κ.λ.π).

vii. Τέλος, το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Α', με χαρακτηριστικά που θύμιζαν εκείνα του ασύλου, κατακλύζονταν από έντονα συναισθήματα ανασφάλειας και αμηχανίας, τόσο από πλευράς των φροντιστών, όσο και από την πλευρά των ασθενών, καθώς και ένα διάχυτο άγχος, το οποίο δεν άφηνε περισσότερα περιθώρια για την καλύτερη οργάνωση του περιβάλλοντος και την εξέλιξη του.

### 7.1.1.2. ΞΕΝΩΝΑΣ Β'

Σύμφωνα με τη διεξαγωγή της ποιοτικής ανάλυσης των δεδομένων τα οποία συλλέξαμε κατά την διάρκεια της Α' φάσης (Μάρτιος – Απρίλιος – Μάιος 2001), της παρούσας μελέτης στον ξενώνα Β', τα μέλη του προσωπικού που συμμετείχαν στο συνολικό δείγμα, αποτελούνταν από δώδεκα (12) επαγγελματίες ψυχικής υγείας, εκ των οποίων δέκα (10) ήταν γυναίκες και δύο (2) ήταν άντρες, ηλικίας 18 – 50 ετών. Κανένας απ' αυτούς δεν είχε εργαστεί σε ψυχιατρική δομή, όπως π.χ. ψυχιατρείο, ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου κ.λ.π.

Στον παρακάτω πίνακα 2 υπάρχουν τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος του ξενώνα Β':

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2**

N: δώδεκα (12)					
ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ: δεκατέσσερις (14)					
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	Ένας (1)	Άνδρας	25 - 35	Άγαμος χωρίς παιδιά	-
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	Μία (1)	Γυναίκα	35 - 50	Έγγαμη με παιδιά	-
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	-	-	-	-	-
Τ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Μία (1)	Γυναίκα	18 - 25	Άγαμη χωρίς παιδιά	-
Δ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Πέντε (5)	Γυναίκες	18 - 25	(4) τέσσερις άγαμες χωρίς παιδιά (1) μία έγγαμη με παιδιά	-
ΒΟΗΘΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	Ένας (1)	Άνδρας	18 - 25	Άγαμος χωρίς παιδιά	-
ΤΕΧΝΙΤΕΣ	Τρεις (3)	Γυναίκες	25 - 35 (2) δύο 35 - 50 (1) μία	Έγγαμη με παιδιά	-
ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	-	-	-	-	-
ΕΙΔΙΚΟΣ	-	-	-	-	-

Αναφορικά με την οργάνωση και διευθέτηση των χώρων στον αντίστοιχο ξενώνα, διαπιστώθηκε μια ευελιξία των μελών ως προς την επιλογή των χώρων εργασίας τους, γεγονός το οποίο επέτρεψε η ίδια η διάρθρωση του κτιρίου (τριώροφο κτίριο). Συγκεκριμένα, το επιστημονικό προσωπικό επέλεξε τον ισόγειο χώρο του κτιρίου για την διαμόρφωση των γραφείων, (τρία (3) γραφεία: αντίστοιχα του ψυχολόγου, της κοινωνικής λειτουργού και του ψυχιάτρου) και παράλληλα στον ίδιο χώρο (ισόγειο), λειτουργούσαν και τα γραφεία της διοικητικής υπηρεσίας του ξενώνα, όπου εργάζονταν για δύο ημέρες την εβδομάδα μια διοικητική υπάλληλος, ορισμένη από το γενικό νομαρχιακό νοσοκομείο της περιοχής. Η προσβασιμότητα που παρείχε ο ισόγειος χώρος για τις επισκέψεις των συγγενών και των οικογενειών των ασθενών, όπως επίσης και η καταλληλότητα του χώρου για την διεκπεραίωση συχνών ατομικών συνεντεύξεων με τους ασθενείς, ήταν δύο σημαντικοί λόγοι, σύμφωνα με τον ψυχολόγο γι' αυτήν την επιλογή του επιστημονικού προσωπικού.

Αντίθετα, το νοσηλευτικό προσωπικό προτίμησε να οργανώσει το γραφείο υπηρεσίας του στον πρώτο όροφο του κτιρίου, εκεί όπου βρίσκονταν παράλληλα τα υπνοδωμάτια και οι κοινόχρηστοι χώροι των ασθενών. Ο κύριος λόγος για την επιλογή αυτή σύμφωνα με την Τ.Ε. νοσηλεύτρια, ήταν η προσβασιμότητα από πλευράς των ασθενών προς τους νοσηλευτές και αντίστροφα. Η σχετική «απόσταση» που δημιουργήθηκε ανάμεσα τους, δεν φάνηκε να προκαλεί ιδιαίτερα προβλήματα στις σχέσεις των μελών μεταξύ τους. Αντίθετα, μάλιστα βοήθησε πολύ στον αυτό – προσδιορισμό των υπό – ομάδων και των μελών τους, με την ανάπτυξη του «ψυχολογικού χώρου» της κάθε υπό – ομάδας, αντίστοιχα, στον καθορισμό της επαγγελματικής ταυτότητας και την οριοθέτηση των επαγγελματικών ρόλων.

Αν και η «απόσταση» μεταξύ των δύο βασικών υπό – ομάδων (επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό), ήταν αρκετά μεγάλη, εντούτοις φαίνεται ότι συνέτεινε άμεσα στην δημιουργία της ιεραρχικής οργάνωσης του προσωπικού. Συγκεκριμένα, η λειτουργία της απόστασης αυτής, ήταν καταλυτική για την προσπάθεια υπερτονισμού των εκπαιδευτικών – μορφωτικών προσόντων, από πλευράς των μελών του επιστημονικού προσωπικού, καθορίζοντας έτσι τον ανώτερο ιεραρχικά επαγγελματικό τους ρόλο, σε σχέση με τον αντίστοιχο ρόλο της ομάδας των νοσηλευτών. Στα πλαίσια της κατάστασης αυτής, δεν άργησε να κάνει την εμφάνιση του άμεσα, ο εσωτερικός



επόπτης (συντονιστής) της θεραπευτικής ομάδας, προερχόμενος πάντα, από την επιστημονική ομάδα (ψυχολόγος). Έδώ, αξίζει να σημειωθεί ότι το γεγονός της ανάδειξης του «αρχηγού» της θεραπευτικής ομάδας (ψυχολόγου), με βάση τα εκπαιδευτικά και μορφωτικά του προσόντα, αποτέλεσε ένα διαφοροποιό στοιχείο σε σχέση με τον ξενώνα Α', οι ηγετικές διαθέσεις του οποίου, είχαν ήδη αρχίσει να κάνουν την εμφάνισή τους από την πρώτη κιόλας εβδομάδα λειτουργίας του ξενώνα. Μάλιστα ο ίδιος ασκούσε πλήρη έλεγχο και εξουσία, κρατώντας το «τιμόνι» των δυναμικών σχέσεων των μελών του προσωπικού. Τόσο η δυναμική του παρουσία ως υπεύθυνου της θεραπευτικής ομάδας, όσο και οι ηγετικές του τάσεις, δεν προκάλεσαν ιδιαίτερες διαμάχες και συγκρούσεις ανάμεσα στα μέλη. Αντίθετα μάλιστα, εκδηλώθηκαν τάσεις συσπείρωσης και σύγκλισης των μελών στις αντίστοιχες υπό - ομάδες τους και τάσεις αποδοχής και επιδοκμασίας ως προς το πρόσωπό του. Το γεγονός ότι αποτελούσε ένα σημαντικό πρότυπο συμπεριφοράς για όλα τα μέλη του θεραπευτικού προσωπικού, καθώς και η υποστήριξη και προώθηση των καλών επικοινωνιακών σχέσεων των μελών μεταξύ τους, συνέβαλαν ουσιαστικά στην δυναμική τους συσπείρωση και την άμεση αποδοχή και ταύτιση με τον επαγγελματικό τους ρόλο.

Στα πλαίσια της προσπάθειας του για μια αυστηρή οργάνωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα και για τη διαμόρφωση ενός σταθερού θεραπευτικού πλαισίου, ο ίδιος (εσωτερικός επόπτης-συντονιστής της θεραπευτικής ομάδας), υιοθέτησε προσωρινά την κύρια υπευθυνότητα της λήψης αποφάσεων, χωρίς την συμβολή των άλλων μελών της ομάδας. Μια τέτοια πρωτοβουλία βρήκε σύμφωνο τον ψυχίατρο του ξενώνα Β', ο οποίος είχε οριστεί από το γενικό νοσοκομείο της περιοχής και επισκεπτόταν τους ασθενείς ανά δεκαπέντε ημέρες, τουλάχιστον για το πρώτο τρίμηνο (Α' φάση) λειτουργίας του ξενώνα Β' (αργότερα - Β' και Γ' φάση - οι επισκέψεις μειώθηκαν σημαντικά, δηλαδή μια φορά το μήνα και όταν υπήρχε ανάγκη π.χ. υποτροπή ασθενούς). Ακολουθώντας ο ψυχίατρος μια τυπική, διακριτική στάση, χωρίς άμεσες παρεμβάσεις στις σχέσεις των μελών του προσωπικού, βοήθησε στον ορισμό του ψυχολόγου ως εσωτερικού επόπτη του ξενώνα .

Χαρακτηρίζοντας τις σχέσεις μεταξύ των μελών του επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού ως θετικές και με στοιχεία εμπιστοσύνης και αλληλοβοήθειας, περισσότερο από την πλευρά των νοσηλευτών, ο ψυχολόγος και η Τ.Ε

νοσηλεύτρια επιβεβαίωναν τις παρατηρήσεις μας για τη διάθεση του νοσηλευτικού προσωπικού να εκδηλώσει τάσεις προσέγγισης και συνεργασίας προς το αντίστοιχο επιστημονικό, γεγονός το οποίο διαφοροποιούσε τον ξενώνα Β' από τον ξενώνα Α'. Ο συνδυαστικός κρίκος ανάμεσα στους νοσηλευτές και την επιστημονική ομάδα ήταν η Τ.Ε νοσηλεύτρια, η οποία παράλληλα προσπαθούσε να συσπειρώσει όλα τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού. Εκείνο το γεγονός που δυσκόλευε στην επιτυχή συσπείρωση της νοσηλευτικής ομάδας, ήταν κάποιες μικρές συγκρούσεις και διαφωνίες ως προς τις αρμοδιότητες των μελών της. Κάνοντας λόγο για «υφέρποντα προβλήματα» και για «συντεχνίες», ο ψυχολόγος (πρόσωπο αναφοράς της θεραπευτικής ομάδας), διατηρούσε μια επιφυλακτική στάση ως προς την πορεία των σχέσεων των νοσηλευτριών μεταξύ τους, για δύο συγκεκριμένους λόγους:

- i. Ο πρώτος αφορούσε την μη επιτυχημένη ταύτιση των μελών του νοσηλευτικού προσωπικού με τον επαγγελματικό τους ρόλο.
- ii. Ο δεύτερος αφορούσε τη συμμετοχή και τη συμβολή των τεχνιτριών στο πρόγραμμα λειτουργίας των απογευματινών ωραρίων (για την εύρυθμη λειτουργία του ξενώνα).

Το γεγονός αυτό αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα για την ανάδειξη τάσεων μεγαλύτερης ετοιμότητας και επιβολής από πλευράς του, καθώς αποσκοπούσε στη διαμόρφωση και διατήρηση της συνοχής και ισορροπίας της ομάδας των φροντιστών. Παράλληλα με τους λόγους που αναφέρθηκαν παραπάνω, οι μικρές διαμάχες που προέκυψαν ανάμεσα στα μέλη των δύο υπό - ομάδων (επιστημονικό - νοσηλευτικό προσωπικό), σχετικά με τη συμβολή και τη συνεργασία της επιστημονικής ομάδας στο επίπεδο των ωραρίων εργασίας (βάρδιες απογευματινές στα τέλη της Α' φάσης), καθώς και οι συγκρούσεις που προέκυψαν ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό και τις τεχνίτριες, οι οποίες λόγω και της απογευματινής εργασίας τους, είχαν παρεισφρήσει στους κόλπους της συγκεκριμένης υπο-ομάδας, προκαλώντας διάσπαση στα μέλη, συνέβαλαν ως σημαντικοί παράγοντες στην απόφαση του συντονιστή της θεραπευτικής ομάδας (ψυχολόγο), να θέσει σε λειτουργία τις «ομάδες προσωπικού». Κύριος στόχος των ομάδων αυτών ήταν η επίλυση τέτοιων προβλημάτων που αφορούσαν τη συγκεκριμενοποίηση και τον καθορισμό των αρμοδιοτήτων και καθηκόντων των μελών της κάθε υπό - ομάδας, όπως επίσης και την προώθηση της συναισθηματικής ασφάλειας



και εμπιστοσύνης των μελών μεταξύ τους.

Στα πλαίσια του αυστηρά οργανωμένου θεραπευτικού συστήματος του ξενώνα, ήταν φυσικό να διαμορφωθεί ένα πιστά εφαρμοζόμενο θεραπευτικό πρόγραμμα για τους ασθενείς. Το πρόγραμμα αυτό περιείχε τις παρακάτω ομάδες δραστηριοτήτων:

- i. **Ομάδα θεραπείας (ασθενών):** (μια φορά την εβδομάδα – συντονιστής ομάδας ο ψυχολόγος)
- ii. **Ομάδα καθαριότητας χώρων:** (κάθε ημέρα – συμμετέχοντες: όλοι οι ασθενείς εκ περιτροπής – συντονίστρια μια Δ.Ε. νοσηλεύτρια).
- iii. **Ομάδα αγορών:** (μία φορά την εβδομάδα – συμμετέχοντες: όλοι οι ασθενείς εκ περιτροπής – συνοδός η κοινωνική λειτουργός).
- iv. **Ομάδα επαγγελματικής κατάρτισης:** (εργαστήρια - κάθε ημέρα – συντονιστές οι τεχνίτριες).
- v. **Ομάδα αυτογνωσίας – έκφρασης συναισθημάτων:** (μια φορά την εβδομάδα – συντονιστές ο ψυχολόγος και η Τ.Ε. νοσηλεύτρια).
- vi. **Ομάδα μαγειρικής – ζαχαροπλαστικής:** (απογευματινή ομάδα – μια φορά την εβδομάδα – συντονίστρια μια Δ.Ε. νοσηλεύτρια).
- vii. **Ομάδα ευρώ:** (απογευματινή ομάδα – μια φορά την εβδομάδα – συντονίστρια η κοινωνική λειτουργός).
- viii. **Ομάδα γεωγραφίας:** (απογευματινή ομάδα – μια φορά την εβδομάδα – συντονίστρια η κοινωνική λειτουργός).
- ix. **Ομάδα χορού:** (απογευματινή ομάδα – μια φορά την εβδομάδα – συντονίστρια η κοινωνική λειτουργός).
- x. **Ομάδα μουσικής:** (απογευματινή ομάδα – μια φορά την εβδομάδα – συντονίστρια μια εθελόντρια από την Ένωση Τυφλών).
- xi. **Ομάδα αλφαριθμητισμού:** (απογευματινή ομάδα – μια φορά την εβδομάδα – συντονίστρια μια εκπαιδευτρια από το επιμορφωτικό πρόγραμμα Ν.Ε.Λ.Ε).
- xii. **Ομάδα ζωγραφικής:** (απογευματινή ομάδα – μια φορά την εβδομάδα – συντονίστρια μια εκπαιδευτρια από το επιμορφωτικό πρόγραμμα Ν.Ε.Λ.Ε).

Τα στοιχεία εκείνα που χαρακτήριζαν τις παραπάνω ομάδες θεραπείας και δραστηριοποίησης των ασθενών ήταν αυτά της αυστηρής δόμησης και οργάνωσης.



Ειδικότερα:

- i. Η διεξαγωγή τους χαρακτηριζόταν από κύριους και σταθερούς συντονιστές.
- ii. Περιείχαν σαφές περιεχόμενο και ακριβείς στόχους
- iii. Υπήρχαν σαφώς διευθετημένα και κοινά όρια συμπεριφοράς από όλα τα μέλη – συντονιστές ομάδων και τους εθελοντές.

Το γεγονός αυτό διαφοροποιούσε τον ξενώνα Β', από τον Α'.

Όλοι σχεδόν οι φροντιστές του ξενώνα, έδειξαν ιδιαίτερες τάσεις ανάληψης πρωτοβουλιών για χάριν των ασθενών τους, όμως πολλές φορές ο συντονιστής της θεραπευτικής ομάδας (ψυχολόγος) επειδή πίστευε ότι δεν υπήρχε ακόμη μια επιτυχή ταύτιση των περισσότερων μελών, ιδιαιτέρως των νοσηλευτριών, με τον επαγγελματικό τους ρόλο, τις ανέστειλε, «μπλοκάροντας» έτσι τη διάθεση των περισσότερων μελών να αποκτήσουν περισσότερη υπευθυνότητα, ως προς τους θεραπευτικούς χειρισμούς τους. Η συνεχής παρεμβατική στάση του συντονιστή της ομάδας (ψυχολόγος), δεν στάθηκε παρ' όλα αυτά εμπόδιο στην προσπάθεια διαμόρφωσης καλών επικοινωνιακών σχέσεων ανάμεσα σε φροντιστές και ασθενείς. Δεν συνέβη όμως το ίδιο στις σχέσεις μεταξύ αυτού (συντονιστή) και των μελών της νοσηλευτικής ομάδας, καθώς η ακούσια και επιβεβλημένη αναστολή των πρωτοβουλιών τους, ως προς την θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών, προκάλεσε μια αρκετά σημαντική, αλλά σύντομη, αλλαγή της στάσης τους, ως προς το πρόσωπο του συντονιστή. Μια τέτοια ματαιώση στάθηκε ικανή να προκαλέσει συναισθήματα θυμού και απόρριψης προς το πρόσωπο αναφοράς της θεραπευτικής ομάδας, αναζητώντας προσωρινά το ενδιαφέρον και την προσοχή από τον ψυχίατρο του ξενώνα. Όμως, τόσο η συνεπής λειτουργία των ομάδων προσωπικού, όσο και η κοινή επιθυμία όλων των μελών της θεραπευτικής ομάδας για συσπείρωση και επιτυχή οργάνωση και δόμηση του θεραπευτικού πλαισίου του ξενώνα, δεν άφησε περιθώρια για περισσότερους κλυδωνισμούς στις μεταξύ τους σχέσεις.

Έτσι, στα τέλη του πρώτου τριμήνου λειτουργίας (Α' φάση) του ξενώνα Β', η ομάδα προσωπικού παρουσίασε τα εξής παρακάτω χαρακτηριστικά:

- i. Μεγάλος βαθμός συνοχής της θεραπευτικής ομάδας. Στο σημείο αυτό αξίζει να επισημάνουμε ότι ακόμα και στο γεγονός της απουσίας οικονομικού κινήτρου (πρόβλημα στη μισθοδοσία), δεν διαπιστώθηκαν ρήξεις ή συγκρούσεις ανάμεσα στα μέλη ή στις σχέσεις τους με τους ασθενείς.

- ii. Κοινή αποδοχή μιας συγκεκριμένης θεραπευτικής πολιτικής
- iii. Ταύτιση των μελών του νοσηλευτικού προσωπικού με τον επαγγελματικό τους ρόλο, αν και ακόμα υπήρχαν εμφανή στοιχεία φοβικής και απόμακρης στάσης από πλευράς ορισμένων νοσηλευτριών, απέναντι στους ασθενείς, γεγονός το οποίο προκαλούσε συναισθήματα ανασφάλειας και αμηχανίας στην ομάδα των νοσηλευτών. Αντίθετα, το επιστημονικό προσωπικό ήταν περισσότερο δεκτικό και δοτικό στις καθημερινές σχέσεις του με τους ασθενείς, αναδεικνύοντας μια στάση αποδοχής αυτών. Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι οι ασθενείς δρούσαν ελεύθερα στο περιβάλλον του ξενώνα, με συγκεκριμένα όρια στη συμπεριφορά τους, χωρίς την παρουσία ασυλικών στοιχείων ή άλλων προκλητικών – βίαιων χαρακτηριστικών.
- iv. Θετικό αυτοσυναίσθημα των μελών της θεραπευτικής ομάδας (π..χ «είμαστε οι καλύτεροι», «τα πάμε πολύ καλά», «ο ξενώνας μας είναι ο καλύτερος»). Ταυτόχρονα, έκρυβαν και την ανησυχία τους ή το άγχος τους για την πορεία και την εξέλιξη του θεραπευτικού προγράμματος και για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών στόχων.

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της Α' φάσης σύμφωνα με την παρούσα μελέτη στον ξενώνα Β', το θεραπευτικό περιβάλλον της αντίστοιχης δομής περιείχε τα εξής παρακάτω χαρακτηριστικά:

- i. Η συγκεκριμένη επιλογή και διαμόρφωση των χώρων εργασίας του επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού, προκάλεσε μια αρκετά μεγάλη «απόσταση» μεταξύ τους, η οποία συνέβαλε στον αυτό – προσδιορισμό της κάθε υπό – ομάδας ξεχωριστά, με βάση τον επαγγελματικό τους ρόλο. Το στοιχείο αυτό διαφοροποιεί το περιβάλλον του ξενώνα του Β' από τον Α' αντίστοιχα.
- ii. Η μεγάλη «απόσταση» φαίνεται να λειτούργησε θετικά στην ανάπτυξη των σχέσεων των μελών του επιστημονικού προσωπικού με τους ασθενείς, ενώ η μικρή «απόσταση» (ο χώρος εργασίας των νοσηλευτριών, κοντά στους κοινόχρηστους χώρους των ασθενών), λειτούργησε κάπως ανασταλτικά στην ανάπτυξη των σχέσεων των μελών της νοσηλευτικής ομάδας με τους ασθενείς. Ο κύριος λόγος ήταν το χαμηλό επίπεδο εκπαιδευτικών προσόντων των νοσηλευτριών σε σχέση με εκείνο των μελών της επιστημονικής ομάδας. Και αυτό επίσης το στοιχείο, διαφοροποιούσε τον ξενώνα Β' από τον Α'.

- iii. Δεν υπήρξαν σημαντικά έκδηλα στοιχεία συγκρούσεων ή διαφωνιών ανάμεσα στα μέλη της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα, αλλά μια ουσιαστική διάθεση συσπείρωσης και σύγκλισης των μελών μεταξύ τους υπό την εποπτεία ενός επιβλητικού συντονιστή (ψυχολόγος).
- iv. Ο καθορισμός του εσωτερικού επόπτη της θεραπευτικής ομάδας έγινε αμέσως με την έναρξη λειτουργίας του ξενώνα. Το κυρίαρχο κριτήριο ήταν το επίπεδο σπουδών και τα εκπαιδευτικά προσόντα. Και αυτό το στοιχείο, επίσης, διαφοροποιεί τον ξενώνα Β' από τον Α'.
- v. Διαπιστώθηκαν στοιχεία ενός ευέλικτου συντονισμού των κινήσεων των φροντιστών και μία ετοιμότητα στην άμεση διευθέτηση προβλημάτων (όπως π.χ. η φοβική στάση των νοσηλευτριών), με την άμεση λήψη αποφάσεων (όπως π.χ. η λειτουργία «ομάδων προσωπικού»), μοναδικά από την πλευρά του συντονιστή (ψυχολόγος) της θεραπευτικής ομάδας.
- vi. Διαπιστώθηκαν στοιχεία στάσεων αποδοχής των μελών της επιστημονικής ομάδας έναντι των ασθενών, ενώ κάποια έκδηλα σημεία φοβικών και απόμακρων στάσεων χαρακτήρισαν κάποια από τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας. Το γεγονός αυτό διαφοροποιούσε τον ξενώνα Β' από τον Α', όπου εκεί συνέβη ακριβώς το αντίστροφο.
- vii. Διαπιστώθηκε η πιστή εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος, γεγονός το οποίο διαφοροποιούσε και πάλι τον ξενώνα Β' από τον Α'. Η διεξαγωγή των ομάδων με τους ασθενείς εκτελούνταν κανονικά με κύριο συντονιστή τον ψυχολόγο (πρόσωπο αναφοράς της θεραπευτικής ομάδας), ή ήταν στόχο – κατευθυνόμενες και καλά δομημένες.
- viii. Οι ασθενείς επέδειξαν καλύτερες μορφές συμπεριφοράς σε σχέση με εκείνους του ξενώνα Α', καθώς υπήρχε ένα σταθερό θεραπευτικό πλαίσιο, πλήρως οργανωμένο, με κύριο χαρακτηριστικό την σταθερότητα των θεραπειών.
- ix. Τέλος, το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Β' χαρακτηρίστηκε από στοιχεία αυστηρής οργάνωσης και δόμησης, με κυρίαρχες τάσεις:
  - 1. Την ολοένα αυξανόμενη συσπείρωση και συνοχή της θεραπευτικής ομάδας.
  - 2. Την επιτυχή προσπάθεια ταυτοποίησης με τον επαγγελματικό ρόλο από πλευράς φροντιστών.



3. Την οριοθετημένη και ευέλικτη διαδικασία συντονισμού των λειτουργιών της θεραπευτικής ομάδας, υπό την δυναμική και επιβλητική παρουσία του συντονιστή αυτής.
4. Την διαμόρφωση μιας εικόνας του ξενώνα που δεν θύμιζε σε πολλά πράγματα την εικόνα του ασύλου.
5. Την λειτουργία ενός θετικού συναισθήματος, ιδιαίτερος προς τα τέλη της Α' φάσης, όπου όλοι οι θεραπευτές θεωρούσαν τους εαυτούς τους «ως καλύτερους απ' όλους τους άλλους».

## 7.1.2. ΦΑΣΗ Β'

### 7.1.2.1. ΞΕΝΩΝΑΣ Α'

Σύμφωνα με τη διεξαγωγή της ποιοτικής ανάλυσης των δεδομένων των οποίων η συλλογή έγινε με βάση τη μέθοδο της παρατήρησης και των απαραίτητων εργαλείων της συνέντευξης και του ερωτηματολογίου, θα παρουσιάσουμε πρώτα τα αποτελέσματα του Β' Τριμήνου (μεσοδιάστημα ανάμεσα στα χαρακτηριστικά της Α' φάσης και της κυρίως φάσης Β') και κατόπιν του Γ' Τριμήνου της φάσης Β' της παρούσας μελέτης, αναφορικά με το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα. Σχετικά με τα αποτελέσματα του Β' Τριμήνου (Ιούνιος – Αύγουστος 2001) της φάσης Β', τα μέλη (επαγγελματίες ψυχικής υγείας), που συμμετείχαν στην διαδικασία της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων αριθμούσαν συνολικά έξι (6), στο σύνολο των έντεκα (11) μελών της θεραπευτικής ομάδας, δηλαδή η Τ.Ε. νοσηλεύτρια, οι τρεις (3) Δ.Ε νοσηλεύτριες, η τεχνίτρια και ο βοηθός προσωπικού. Τα υπόλοιπα πέντε (5) μέλη, δηλαδή η ομάδα του επιστημονικού προσωπικού: ψυχολόγος, κοινωνική λειτουργός και εργοθεραπεύτρια, καθώς και δύο (2) ακόμα Δ.Ε νοσηλεύτριες δεν συμμετείχαν, από τις οποίες η μια Δ.Ε νοσηλεύτρια, λόγω εγκυμοσύνης, απουσίαζε από το συνολικό δείγμα, ήδη από την Α' Φάση.

Κατά την διάρκεια του Β' Τριμήνου, εκείνο που γενικότερα διαπιστώθηκε ήταν ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στα αντίστοιχα ερωτηματολόγια δεν διέφεραν κατά πολύ από το περιεχόμενο των διαπιστώσεων που κάναμε με βάση τα δεδομένα των παρατηρήσεων μας, κατά την διάρκεια του Α' Τριμήνου. Ειδικότερα, οι απαντήσεις που δόθηκαν σχετικά με το βαθμό συνεργασίας των μελών της θεραπευτικής ομάδας (βλ. ερ. 10, πίνακας 1) και αναφορικά με τις σχέσεις των μελών των υπό – ομάδων μεταξύ τους (τυπικές, βλ. ερ. 11, 12, 13 πίνακας 1), αντικατοπτρίζουν το περιεχόμενο των παρατηρήσεων μας, δηλαδή: την απρόσφορη και δύσκαμπτη διάθεση των μελών να συνεργαστούν μεταξύ τους, ειδικότερα στο επίπεδο της συμμετοχής και συνεργασίας του επιστημονικού προσωπικού στο απογευματινό ωράριο εργασίας, αλλά και τις έντονες συγκρουσιακές τάσεις ανάμεσα στα μέλη του επιστημονικού και του νοσηλευτικού προσωπικού.

Παράλληλα, όπως και στην Α' Φάση, το νοσηλευτικό προσωπικό έδειχνε να είναι



αρκετά συσπειρωμένο, αντίθετα με το επιστημονικό προσωπικό, το οποίο εξακολουθούσε να λειτουργεί διασπαστικά, δηλαδή ο διαχωρισμός της «δύαδας» της κοινωνικής λειτουργού και της εργοθεραπεύτριας από την «μονάδα» της ψυχολόγου, η οποία λειτουργούσε αυτόνομα. Αξιοσημείωτο δε, είναι το γεγονός ότι στα πλαίσια αυτών των συνεχόμενων συγκρούσεων, ανάμεσα στα μέλη του επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού, διαπιστώθηκε, με βάση της παρατηρήσεις μας ότι υπήρχε μια έντονη έκφραση συναισθημάτων, τα οποία εξωτερικεύονταν με τη μορφή παραπόνων (π.χ. η Τ.Ε νοσηλεύτρια παραπονούνταν συχνά ότι: *«όλοι βοηθούν στις βάρδιες του προγράμματος, γιατί όχι και η κοινωνική λειτουργός και η εργοθεραπεύτρια»*) ή έντονης διαμάχης και εναντίωσης μεταξύ των μελών, οι οποίες πολλές φορές χαρακτηρίζονταν από λανθάνουσα επιθετική διάθεση, όπως π.χ. η επιθετική κίνηση της κοινωνικής λειτουργού να «πετάξει» κυριολεκτικά τα χρήματα ενός ασθενούς στο γραφείο της Τ.Ε. νοσηλεύτριας).

Μια τέτοια δυσμενής κατάσταση επέτεινε περισσότερο το βαθμό δυσκολίας της εργασίας τους, η οποία χαρακτηρίστηκε ως αρκετά δύσκολη (βλ. ερ. 15, πίνακας 1) και γι' αυτό το λόγο η ψυχολόγος του ξενώνα πρότεινε τη λειτουργία «ομάδων προσωπικού», των οποίων ήταν η κύρια συντονίστρια, με στόχο την επίλυση τέτοιων διαφορών και προβλημάτων που προέκυπταν, κατά την διάρκεια του δύσκολου αυτού έργου τους. Το γεγονός αυτό επεδείκνυε την ανάδυση νέων τάσεων της θεραπευτικής ομάδας, για μια καλύτερη συνεργασία των μελών μεταξύ τους και για μια καλύτερη οργάνωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα, καθώς πλέον η ανάδυση νέων αναγκών σχετικά με την απόδοση θεραπευτικού έργου, συνέτειναν στην ενέργεια αυτή. Η εκτίμηση ότι ο βαθμός σημαντικότητας του εργασιακού τους ρόλου ήταν αρκετά υψηλός (βλ. ερ. 19, πίνακας 1), καθώς και η ανάδυση νέων αναγκών και απαιτήσεων, ως προς την απόδοση των ρόλων τους στο θεραπευτικό έργο, οδήγησαν από τη μια σε τάσεις για μεγαλύτερη συσπείρωση των μελών της θεραπευτικής ομάδας, ως ένα ενιαίο σύνολο και από την άλλη, στην αναζήτηση επιστημονικών κινήτρων (όπως π.χ. περισσότερη εκπαίδευση), (βλ. ερ. 17, πίνακας 1), τα οποία θα ενίσχυαν περισσότερο τον επαγγελματικό τους ρόλο. Στο πλαίσιο αυτών των δυναμικών «ζυμώσεων» που χαρακτήριζαν τις σχέσεις των μελών της θεραπευτικής ομάδας του Α', αξιοσημείωτη ήταν η διάθεση όλων να χαρακτηρίσουν τη «δύαδα» του επιστημονικού προσωπικού

(κοινωνική λειτουργό και εργοθεραπεύτρια), ως «αποκλειόμενη ομάδα», καθώς αποτελούσε το «μαύρο πρόβατο» στην προσπάθεια ανάπτυξης και εξέλιξης μιας συσπειρωμένης ομάδας φροντιστών. Έτσι, ενώ εκδηλώθηκαν τάσεις περισσότερης συσπείρωσης των μελών της θεραπευτικής ομάδας, με στοιχεία μιας μικρού βαθμού ακόμα, συγκεκριμενοποίησης των επαγγελματικών ρόλων, εντούτοις δεν είχε αναδειχθεί ακόμα το πρόσωπο αναφοράς ή ο συντονιστής αυτής (θεραπευτικής ομάδας) (βλ. ερ. 9, πίνακας 1). Το μόνο που αξίζει να σημειωθεί εδώ, είναι ότι υπήρχαν έκδηλα στοιχεία δυναμικής παρουσίας των νοσηλευτριών, οι οποίες είχαν ήδη από την Α' φάση καταφέρει να διαμορφώσουν μια καλύτερη εικόνα ιεραρχικής οργάνωσης των μελών, με κύρια συντονίστρια την Τ.Ε. νοσηλεύτρια.

Αναφορικά με τις σχέσεις των μελών της θεραπευτικής ομάδας με τους ασθενείς του ξενώνα, κατά τη διάρκεια του συγκεκριμένου Τριμήνου Β', οι φροντιστές αναφέρθηκαν στις ουσιαστικές σχέσεις που είχαν αναπτυχθεί ανάμεσα στην ψυχολόγο, από την πλευρά του επιστημονικού προσωπικού και τους ασθενείς, αποκλείοντας τα άλλα δύο μέλη (κοινωνική λειτουργό και εργοθεραπεύτρια), (βλ. ερ. 20, 23, πίνακας 1). Επίσης, το νοσηλευτικό προσωπικό, αναφέρθηκε ότι είχε ήδη αναπτύξει ουσιαστικές σχέσεις με τους ασθενείς (βλ. ερ. 21, 23, πίνακας 1) όπως επίσης και ο βοηθός προσωπικού (βλ. ερ. 21, πίνακας 1). Παρ' όλα αυτά όμως, όπως και στην Α' φάση, δεν διαπιστώθηκαν και πάλι σαφώς καθορισμένα και σταθερά όρια συμπεριφοράς από πλευράς των φροντιστών προς τους ασθενείς. Το γεγονός αυτό, με βάση τις παρατηρήσεις μας, επιβεβαιώθηκε τόσο από τα μη οριοθετημένα πλαίσια λειτουργίας των ομάδων θεραπείας του προγράμματος, ακόμα και των ομάδων εργαστηρίων κατάρτισης ασθενών (συντονίστριες: η εργοθεραπεύτρια και η τεχνίτρια), όσο και από την προσωπική εμπειρία μας, ως συμμετοχικοί παρατηρητές, σ' αυτές τις ομάδες. Πράγματι, δεν παρείχαν (οι ομάδες) καμιά συγκροτημένη ή δομημένη μορφή, ούτε σαφή χρονικά πλαίσια.

Επίσης, εντοπίστηκαν και πάλι τάσεις απόρριψης και αποδοκιμασίας των ασθενών από κάποια μέλη του επιστημονικού προσωπικού, ειδικότερα από την προαναφερόμενη δυάδα, διατηρώντας μια πιο απόμακρη στάση και κάποιες φορές εχθρική, ως προς αυτούς (π.χ. μιλούσαν απότομα και επιτακτικά στους ασθενείς). Παράλληλα, κάποια μέλη του επιστημονικού προσωπικού, ειδικότερα η κοινωνική λειτουργός και η

εργοθεραπεύτρια (δυάδα), αντιμετώπιζαν δυσκολίες στους θεραπευτικούς χειρισμούς (π.χ. άσκοπες – άκαιρες παρεμβάσεις) και έκαναν λόγο για σωματικά συμπτώματα, ως ένδειξη της φοβικής συμπεριφοράς προς τους ασθενείς (π.χ. σφίξιμο στο στομάχι), γεγονός το οποίο δεν συνέβαινε κατά τη διάρκεια της Α' φάσης. Τέλος διαπιστώθηκε η διατήρηση μιας επιφυλακτικής και αρνητικής στάσης από κάποια μέλη του επιστημονικού προσωπικού (ιδιαίτερος της κοινωνικής λειτουργού και της εργοθεραπεύτριας), ως προς την διεξαγωγή της παρούσας μελέτης, με τάσεις κάποιες φορές και υποβιβασμού του περιεχομένου και του στόχου της, (όπως π.χ. «*κανείς δεν πρόκειται να απαντήσει αντικειμενικά*»)

Συνεχίζοντας την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της φάσης Β', ως προς το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Α', θα περάσουμε στο Γ' Τριμήνο (Σεπτέμβριος – Νοέμβριος 2001).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Γ' Τριμήνου της παρούσας φάσης Β', τα μέλη (επαγγελματίες ψυχικής υγείας), που συμμετείχαν στην διαδικασία της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, αριθμούσαυ συνολικά τους επτά (7): η ψυχολόγος, η τεχνίτρια, ο βοηθός προσωπικού, η Τ.Ε. νοσηλεύτρια και τρεις (3) Δ.Ε. νοσηλεύτριες, ενώ δεν συμμετείχαν και πάλι δύο (2) από τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού (κοινωνική λειτουργός και εργοθεραπεύτρια) και μια Δ.Ε. νοσηλεύτρια λόγω εγκυμοσύνης. Κατά την διάρκεια του Γ' Τριμήνου, εκείνο που γενικότερα διαπιστώθηκε ήταν κάποιες σημαντικές ενδείξεις τάσεων επαναπροσδιορισμού και μιας σχετικής αναδιοργάνωσης στο θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Α'.

Ειδικότερα, το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα, χαρακτηρίστηκε από την επίσημη πλέον παρουσία του συντονιστή (επιστημονικού υπεύθυνου) της θεραπευτικής ομάδας, που δεν ήταν άλλο από την Τ.Ε. νοσηλεύτρια (βλ. ερ. 9, πίνακας 2). Η ίδια ακολούθησε μια αυστηρή πολιτική οργάνωσης του θεραπευτικού περιβάλλοντος (όπως π.χ. παρατηρούσε, επόπτευε ασθενείς και προσωπικό, κατέγραφε τις παρατηρήσεις της, έκανε επισημάνσεις κ.λ.π). Το γεγονός της επίσημης παρουσίας του επιστημονικού υπεύθυνου της θεραπευτικής ομάδας, που επιτεύχθηκε με φυσικό και αβίαστο τρόπο, βάσει των οργανωτικών προσόντων της Τ.Ε. νοσηλεύτριας, φαίνεται να μην επηρέασε αρνητικά τις σχέσεις των μελών της θεραπευτικής ομάδας. Μάλιστα, ακόμα και κάποια

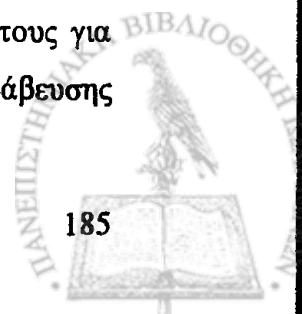


από τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού (εργοθεραπεύτρια και κοινωνική λειτουργός), που δεν προσαρμόζονταν εύκολα σε νέες τάσεις και αλλαγές, έδειξαν πολύ μικρό βαθμό αντίστασης στην αυστηρή οργανωτική πολιτική της Τ.Ε. νοσηλεύτριας. Το γεγονός αυτό, υποδεικνύει προφανώς την ανάγκη όλων των μελών του προσωπικού να οργανώσουν με αυστηρά όρια το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Α'. Η τήρηση ήπιων τόνων από πλευράς της αυτόνομης δυάδας (κοινωνική λειτουργός – εργοθεραπεύτρια) και η προσπάθεια τους να εργάζονται περισσότερο, επιβεβαίωσαν κάποιες δειλές τάσεις σύγκλισης των απόψεων των μελών της επιστημονικής ομάδας, όπως επιβεβαιώνονται και από τις απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο (βλ. ερ. 10, πίνακας 2), ως προς το θεραπευτικό έργο με τα υπόλοιπα μέλη.

Παράλληλα, ενώ εξακολουθούσαν να διατηρούνται ως επί το πλείστον, οι τυπικές σχέσεις ανάμεσα στα μέλη του επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού (βλ. ερ. 11, 12, πίνακας 2), το γεγονός αυτό εντούτοις, δεν συνέβαλε αρνητικά στη συνεργασία των μελών μεταξύ τους, όπως παλιότερα. Δύο λόγοι φαίνεται ότι έπαιξαν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση μιας τέτοιας κατάστασης:

- i. Η αυστηρή εποπτεία της Τ.Ε. νοσηλεύτριας, ως πρόσωπο αναφοράς της ομάδας των φροντιστών
- ii. Η έναρξη λειτουργίας των εργαστηρίων για τους ασθενείς, όπου έτσι δόθηκε η ευκαιρία να συνεργαστούν, έστω και τυπικά τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, τα οποία δεν συνεργάζονταν μέχρι τότε κατά τη διαδικασία του θεραπευτικού έργου (π.χ. εργοθεραπεύτρια).

Αξιοσημείωτο δε ήταν το γεγονός ότι οι φροντιστές της ομάδας του ξενώνα Α', υπό την αυστηρή οργανωτική πολιτική και το καθεστώς της συμμορφωτικής πίεσης που ασκούσε η Τ.Ε. νοσηλεύτρια, άρχισαν να λειτουργούν με βάση το σύστημα μιας νοητής διαχωριστικής γραμμής, ανάμεσα στο «εμείς» και το «εσείς», δηλαδή «εμείς» επιστημονικό προσωπικό, «εσείς» νοσηλευτικό προσωπικό και αντίστροφα, στα πλαίσια πάντα της θεραπευτικής ομάδας. Το γεγονός αυτό, το οποίο επιβεβαιώνεται στις απαντήσεις του ερωτηματολογίου (βλ. ερ. 16, πίνακας 2), καθώς διαφαίνονταν σημεία σύγκλισης απόψεων, υποδήλωνε και την διάθεση ταύτισης των μελών με τον επαγγελματικό τους ρόλο, η οποία εκφράστηκε πολλές φορές με την ανάγκη τους για παροχή ποιοτικού θεραπευτικού έργου προς τους ασθενείς και την ανάγκη επιβράβευσης



γι' αυτό.

Αναφορικά με τις σχέσεις των φροντιστών και των ασθενών, διαπιστώθηκαν κάποιες πολύ μικρές ενδείξεις μείωσης της απορριπτικής στάσης, ειδικά από τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού (κοινωνική λειτουργός και εργοθεραπεύτρια) προς τους ασθενείς, καθώς οι νέες ανάγκες που διαμορφώθηκαν στο θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα (ομάδες εργαστηρίων, συντονίστρια: η εργοθεραπεύτρια) οδήγησαν σε περισσότερη καθημερινή επαφή και επικοινωνία μαζί τους (βλ. ερ. 20, 23, πίνακας 2). Ταυτόχρονα, οι ομάδες συζήτησης με τους ασθενείς, ακολουθούσαν μια πιο τυπική πορεία διεξαγωγής τους, ενώ το κύριο πρόσωπο συντονισμού αυτών (των ομάδων) ήταν η ψυχολόγος. Το πιο σημαντικό απ' όλα όμως ήταν η αύξηση του βαθμού προσέγγισης και επικοινωνίας, σχεδόν όλων των μελών της θεραπευτικής ομάδας με τους ασθενείς, καθώς πέρασαν τις καλοκαιρινές διακοπές τους σε σύντομο χρονικό διάστημα (δύο εβδομάδες) από κοινού μαζί. Το αποτέλεσμα ήταν διττό:

- i. Από τη μια, δόθηκε η ευκαιρία για μια πιο άμεση και ουσιαστική επικοινωνία των φροντιστών με τους ασθενείς, και
- ii. Από την άλλη, δόθηκε η ευκαιρία στην κοινότητα να τους γνωρίσει καλύτερα. Το γεγονός αυτό φαίνεται έμμεσα από τις απαντήσεις που δόθηκαν σχετικά με την στάση της τοπικής κοινωνίας απέναντι στους εργασιακούς ρόλους τους (βλ. ερ. 18, πίνακας 2), πολύ συμπαθητικός ο ρόλος τους. Παρ' όλα αυτά, δεν διαπιστώθηκαν κάποιες σημαντικές αλλαγές ως προς την σταθερή χρήση κοινών ορίων συμπεριφοράς από πλευράς φροντιστών προς τους ασθενείς, παρά μόνο μια μικρή βελτίωση ως προς την οργάνωση του προγράμματος λειτουργίας, γεγονός το οποίο ακόμα δεν διαφοροποιούσε την εικόνα του ξενώνας από εκείνη της Α' φάσης (άσυλο).

Ολοκληρώνοντας την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της Β' Φάσης, αξίζει να πούμε πως η διάθεση για «ενιαιοποίηση» της θεραπευτικής ομάδας, υπό το καθεστώς μιας αυστηρής οργανωτικής πολιτικής, προκάλεσε την μετάθεση των συγκρουσιακών σχέσεων από τα «ένδον», προς τα «έξω», υιοθετώντας την στάση ότι, οποιαδήποτε εξωτερική παρέμβαση αποτελούσε επικίνδυνο φορέα διάσπασης ή διάλυσης της ομάδας των φροντιστών. Η αφορμή για μια τέτοια σημαντική διαπίστωση ήταν η έντονα αρνητική και κριτική διάθεση της κοινωνικής λειτουργού και της εργοθεραπεύτριας να



αμφισβητήσουν την τήρηση ανωνυμίας των συμμετεχόντων κατά την ερευνητική διαδικασία, καθώς διακιοιολογώντας την άρνησή τους να συμμετάσχουν, υποστήριξαν ότι: «τα αποτελέσματα της έρευνας θα φτάσουν «στ' αυτιά» του Υπουργείου». Από την άλλη, το υρηλευτικό προσωπικό, παρά το γεγονός ότι δεν εξέφρασε ποτέ τέτοιου είδους ανησυχίες, εντούτοις, προτίμησε να τηρήσει μια ουδέτερη στάση, χωρίς να παρέμβει ή να διαπραγματευτεί το θέμα. Κατόπιν συνεννοήσεως με τη θεραπευτική ομάδα, δόθηκε ένα χρονικό διάστημα δύο εβδομάδων προκειμένου να αποφασίσουν όλα τα μέλη, εάν θα συνέχιζαν ή θα διέκοπταν τη συμμετοχή τους στην ερευνητική διαδικασία. Μετά το πέρας του ορισμένου χρονικού διαστήματος και κατόπιν μιας πρωτοφανούς μέχρι τότε κοινής δραστηριοποίησης και σύστασης των μελών, με τη μορφή της πλήρους συμμετοχής τους σε ομάδα (συζήτησης), η απάντηση που έδωσαν ήταν θετική (συμμετοχή όλων των μελών στην ερευνητική διαδικασία).

### 7.1.2.2. ΞΕΝΩΝΑΣ Β'

Σχετικά με τα αποτελέσματα του Β' Τριμήνου (Ιούνιος – Αύγουστος 2001) της φάσης Β', τα μέλη (επαγγελματίες ψυχικής υγείας), που συμμετείχαν στη διαδικασία της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων αριθμούσαν συνολικά επτά (7), στο σύνολο των δεκατεσσάρων (14) μελών της θεραπευτικής ομάδας. Συγκεκριμένα, συμμετείχαν πέντε (5) Δ.Ε. νοσηλεύτριες, η Τ.Ε νοσηλεύτρια και ο ψυχολόγος.

Κατά τη διάρκεια του Β' Τριμήνου, εκείνο που διαπιστώθηκε στο θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Β', ήταν οι καλές συνεργατικές σχέσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας, με κυρίαρχο στοιχείο την εμπιστοσύνη μεταξύ του επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού, όπως ακριβώς διαπιστώθηκαν με τις απαντήσεις των μελών στο ερωτηματολόγιο (βλ. ερ. 10, πίνακας 3). Όμως, με βάση τα δεδομένα των παρατηρήσεων μας, διαπιστώθηκε μια μικρή έκφραση δυσαρέσκειας των μελών του νοσηλευτικού προσωπικού έναντι του επιστημονικού. Αυτή η δυσαρέσκεια αφορούσε τον μικρό βαθμό εμπιστοσύνης που έδειχναν τα μέλη της επιστημονικής ομάδας προς τις νοσηλεύτριες (βλ. ερ. 11, πίνακας 3). Έτσι, θα λέγαμε ότι άρχισαν να υποβόσκουν κάποιες συγκρουσιακές τάσεις ανάμεσα στις δύο βασικές υπό – ομάδες.

Επίσης, διαπιστώθηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσίαζε στοιχεία μιας πιθανούς διάσπασης ανάμεσα στα μέλη του (Δ.Ε νοσηλεύτριες και Τ.Ε νοσηλεύτρια), καθώς διατηρούσαν μια πιο τυπική στάση μεταξύ τους, λόγω της ήδη υπάρχουσας διάθεσης της Τ.Ε. νοσηλεύτριας να προσεγγίζει πιο πολύ τα μέλη της επιστημονικής ομάδας. Μια τέτοια θετική στάση (προς την επιστημονική ομάδα), επιβεβαιώνεται και μέσα από τις απαντήσεις της στο ερωτηματολόγιο, οι οποίες συνέκλιναν κατά πολύ μ' αυτές του ψυχολόγου (βλ. ερ. 11, 12, πίνακας 3). Το γεγονός αυτό οδήγησε την Τ.Ε νοσηλεύτρια να χρησιμοποιήσει έναν άμεσο και εύλογο τρόπο επίλυσης του παραπάνω προβλήματος, «αγκαλιάζοντας» και προσεγγίζοντας περισσότερο την ομάδα της (νοσηλευτική ομάδα), καθώς θα έπρεπε να διατηρηθεί συσπειρωμένη. Για άλλη μια φορά, με βάση τις παρατηρήσεις μας, όπως και στην Α' φάση, επιβεβαιώνεται η ευελιξία και η ετοιμότητα των φροντιστών, ως προς την άμεση διευθέτηση προβλημάτων.

Ένα άλλο στοιχείο που διαπιστώθηκε ήταν η ανάγκη ανεύρεσης των επαγγελματιών ορίων από πλευράς των τεχνιτριών, οι οποίες θέλοντας να διακόψουν τη συνεργασία τους με τις νοσηλεύτριες ως προς τη συμμετοχή τους στις απογευματινές βάρδιες, αναζήτησαν βοήθεια από την διοίκηση του αντίστοιχου νοσοκομείου της περιοχής (αναζήτηση καθηκοντολογίου), τη στιγμή που όλοι οι φροντιστές είχαν επίγνωση των επαγγελματιών τους ορίων, ως προς το θεραπευτικό έργο. Το γεγονός αυτό προκάλεσε από την μια εκνευρισμό και δυσφορία από την πλευρά κυρίως της νοσηλευτικής ομάδας για την ανάδειξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα που αφορούσαν τα επαγγελματικά όρια και από την άλλη, τη διατήρηση μιας αρνητικής στάσης προς την παρεμβατική διάθεση του νοσοκομείου («παρέμβαση εκ των έξω»). Δεν ήταν μάλιστα λίγες οι φορές που ασκούσαν κριτική εναντίον της διοίκησης του νοσοκομείου ότι «ανακατεύεται στα χωράφια τους».

Αξιοσημείωτο, μάλιστα ήταν το γεγονός ότι όλοι οι φροντιστές αναφέρονταν στο βαθμό δυσκολίας της εργασίας τους (μέτρια δύσκολη εργασία, βλ. ερ. 15, πίνακας 3), όπως επίσης και στον υψηλό βαθμό σημαντικότητας αυτής (της εργασίας), (βλ. ερ. 16, πίνακας 3), πράγμα το οποίο επιβεβαίωνε την πλήρη ταύτιση με τον επαγγελματικό τους ρόλο. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι τα παραπάνω δεδομένα αποτελούσαν έναν σημαντικό λόγο για την αναγκαιότητα ύπαρξης επιστημονικών κινήτρων (π.χ. περισσότερη εκπαίδευση), (βλ. ερ. 17, πίνακας 3).

Αναφορικά με τις σχέσεις που αναπτύχθηκαν ανάμεσα στους φροντιστές και τους ασθενείς, κατά την διάρκεια του Β' Τριμήνου, διαπιστώθηκε η λεκτική εξωτερίκευση πλέον, από πλευράς κάποιων μελών της νοσηλευτικής ομάδας, της φοβικής τους συμπεριφοράς και η δυσκολία στην καθημερινή επικοινωνία με τους ασθενείς. Παράλληλα, εκδηλώθηκαν σημεία μιας σχετικής χαλαρότητας στο θεραπευτικό πρόγραμμα (π.χ. η διεξαγωγή των ομάδων με ασθενείς δεν εκτελούνταν κανονικά, λόγω έλλειψης προσωπικού και λόγω καλοκαιρινών αδειών). Παρ' όλα αυτά, έκδηλη ήταν η διατήρηση ενός σταθερού θεραπευτικού πλαισίου, όπως και στην Α' φάση.

Συνεχίζοντας την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της Β' φάσης, ως προς το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Α', θα περάσουμε στο Γ' Τρίμηνο (Σεπτέμβριος – Νοέμβριος 2001).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Γ' Τριμήνου της παρούσας φάσης Β', τα μέλη (επαγγελματίες ψυχικής υγείας), που συμμετείχαν στη διαδικασία της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, αριθμούσαν συνολικά τους έντεκα (11), στο σύνολο των δώδεκα (12) μελών της θεραπευτικής ομάδας. Συγκεκριμένα, συμμετείχαν τρία (3) μέλη του επιστημονικού προσωπικού, ο βοηθός προσωπικού, τέσσερις (4) Δ.Ε. νοσηλεύτριες και η Τ.Ε. νοσηλεύτρια και οι δύο εκ των τριών τεχνιτριών.

Κατά τη διάρκεια του Γ' Τριμήνου, εκείνο που διαπιστώθηκε γενικότερα ήταν η ανάδυση τάσεων αναδιοργάνωσης και εξισορρόπησης των δυναμικών σχέσεων των μελών της θεραπευτικής ομάδας, αφού προκλήθηκε μια σχετικά μικρή ανισορροπία στο επίπεδο των σχέσεων των νοσηλευτών μεταξύ τους. Ειδικότερα, ενώ υπήρχαν έκδηλα σημεία μιας γενικότερης συσπείρωσης των μελών της θεραπευτικής ομάδας, με στοιχεία αρκετής εμπιστοσύνης και συνεργασίας μεταξύ τους (βλ. ερ. 10, 11, 12, 13, πίνακας 4), εντούτοις, σύμφωνα με τις παρατηρήσεις μας, διαπιστώθηκαν στοιχεία έντονων συγκρούσεων ανάμεσα στα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας (π.χ. ως προς τα ωράρια εργασίας τους), καθώς ήδη από το Β' Τρίμηνο της παρούσας φάσης Β', η Τ.Ε. νοσηλεύτρια είχε στρέψει την προσοχή της στην επίλυση λειτουργικών προβλημάτων της νοσηλευτικής ομάδας. Η προσπάθεια που κατέβαλε για περισσότερη συσπείρωση στην ομάδα της, την κατέστησε ως αρκετά πειστική και γι' αυτό το λόγο, δημιουργήθηκε ανισορροπία στο σύστημα της υπό – ομάδας των νοσηλευτριών, με κύριο στοιχείο τις συγκρούσεις και τις διαφωνίες. Οι παραπάνω συγκρούσεις και διαφωνίες προκάλεσαν την άμεση παρέμβαση του ψυχολόγου, με την ιδιότητα του εσωτερικού επόπτη της θεραπευτικής ομάδας, ο οποίος βασιζόμενος στο ρόλο του, αποφάσισε να δώσει άμεση λύση. Έτσι, ανέλαβε, χωρίς τη σύμφωνη γνώμη των νοσηλευτριών, να διαμορφώνει ο ίδιος το εβδομαδιαίο πρόγραμμα εργασίας τους (των νοσηλευτριών). Οι τελευταίες, αντιδρώντας έντονα αρνητικά και φοβούμενες ότι θα διασπώνταν έτσι η ομάδα τους, καθώς η προϊσταμένη Τ.Ε. νοσηλεύτρια θα έχανε το ρόλο της (ως αρχηγός της νοσηλευτικής ομάδας), απευθύνθηκαν στον ψυχίατρο για να επιληφθεί του θέματος. Για άλλη μια φορά (όπως στην Α' φάση) η νοσηλευτική ομάδα, εμφανίζοντας συναισθήματα ματαίωσης και απόρριψης από την στάση του ψυχολόγου, αντιδρά προσεγγίζοντας τον ψυχίατρο του ξενώνα.

Το γεγονός αυτό οδήγησε τον εσωτερικό επόπτη (ψυχολόγο) της θεραπευτικής ομάδας να αναλάβει για άλλη μια φορά την ευθύνη της ανεύρεσης άμεσης λύσης στο πρόβλημα αποδεικνύοντας και πάλι την ευελιξία που τον διακατείχε. Έτσι, διαπιστώθηκε η πρωτοβουλία του για λύση του προβλήματος, μέσω της ιδέας του για παροχή εκπαιδευτικών μαθημάτων από τον ψυχίατρο του ξενώνα (βλ. ερ. 17, πίνακας 4), προκειμένου να μειωθεί η ανισορροπία που προκλήθηκε στο θεραπευτικό σύστημα του ξενώνα και να επέλθει ή να διατηρηθεί μεγαλύτερη δυνατή συσπείρωση των μελών ως ενιαία θεραπευτική ομάδα. Έτσι, προφυλάσσοντας τόσο την αίγλη και το κύρος του, που του προσέδιδε ο ρόλος του όσο και την ίδια την ομάδα προσωπικού από αλλεπάλληλες και συνεχείς συγκρούσεις, λειτούργησε προνοητικά και ευέλικτα.

Σχετικά με τις σχέσεις των μελών της θεραπευτικής ομάδας με τους ασθενείς, διαπιστώθηκε ότι τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού (βλ. ερ. 20, 23, πίνακας 4), όπως επίσης και ο βοηθός προσωπικού διατηρούσαν άριστες σχέσεις με τους ασθενείς (βλ. ερ. 22, πίνακας 4). Το νοσηλευτικό προσωπικό διατηρούσε κάποιες μορφές φοβικής συμπεριφοράς και μια επιφυλακτική στάση στις σχέσεις του με τους ασθενείς, γεγονός το οποίο εμφανίστηκε λόγω των στοιχείων ανισορροπίας που προκλήθηκε στο σύνολο της ομάδας των νοσηλευτριών. Η παροχή εκπαιδευτικών μαθημάτων από τον ψυχίατρο του ξενώνα, φάνηκε να λειτούργησε καταλυτικά, τόσο στη νοσηλευτική ομάδα, όσο και σε όλα τα άλλα μέλη του προσωπικού. Παρ' όλα αυτά, το θεραπευτικό πρόγραμμα δεν εμφάνισε σημεία «χαλαρότητας», όπως στο Β' Τρίμηνο και έτσι οι ομάδες θεραπείας και δραστηριοτήτων εκτελούνταν κανονικά, με την ίδια συνέπεια, ακρίβεια, ως προς τη διεξαγωγή τους.

### 7.1.2.3. ΞΕΝΩΝΑΣ Γ'

Σχετικά με τα αποτελέσματα του Β' Τριμήνου (Ιούνιος – Αύγουστος 2001) της φάσης Β', τα μέλη (επαγγελματίες ψυχικής υγείας) που συμμετείχαν στη διαδικασία της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, αριθμούσαν συνολικά δεκαπέντε (15), στο σύνολο των δεκαέξι (16) μελών της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα Γ'. Όλοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, εκτός του ψυχολόγου (εκπαιδευμένος στο πρόγραμμα «Ψυχαργός») αποτελούσαν έμπειρους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, καθώς ήταν πρώην εργαζόμενοι στο ψυχιατρικό νοσοκομείο της περιοχής. Κατά την διεξαγωγή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου στην παρούσα φάση Β', δεν συμμετείχε ο ψυχολόγος.

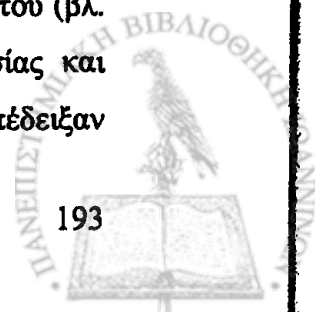
Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος του ξενώνα Γ':



### ΠΙΝΑΚΑΣ 3

N: δεκαπέντε (15)					
ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ: είκοσι δύο (22)					
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	Ένας (1)	Άνδρας	25 - 35	Έγγαμος με παιδιά	-
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	-	-	-	-	-
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	-	-	-	-	-
Τ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Μία (1)	Γυναίκα	35 - 50	Έγγαμη με παιδιά	-
Δ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	δώδεκα (12)	Άνδρες (2)δύο Γυναίκες (10)δέκα	25-35 (2)δύο άνδρες 35-50 (10)δέκα γυναίκες	(4) τέσσερις άγαμες χωρίς παιδιά (1) μία έγγαμη με παιδιά	-
ΒΟΗΘΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	Μία (1)	Γυναίκα	35 - 50	Έγγαμη με παιδιά	-
ΤΕΧΝΙΤΕΣ	-	-	-	-	-
ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	-	-	-	-	-
ΕΙΔΙΚΟΣ ΠΑΙΔΑΓΩΓΟΣ	Ένας (1)	Άνδρας	25 - 35	Άγαμος χωρίς παιδιά	-

Κατά τη διάρκεια του Β' Τριμήνου, εκείνο που διαπιστώθηκε ήταν ότι το θεραπευτικό προσωπικό του ξενώνα, χαρακτηρίστηκε από μια μεγάλη ευχέρεια και ευελιξία στη διατήρηση σχέσεων εμπιστοσύνης και συμπληρωματικότητας των μελών τους, καθώς ήδη γνωρίζονταν και είχαν αναπτύξει τέτοιου είδους σχέσεις, κατά τη διάρκεια της εργασιακής εμπειρίας τους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο ή σε δομές του (βλ. ερ. 6α, 6β, πίνακας 5). Μέσα στα πλαίσια μιας υψηλού βαθμού συνεργασίας και εμπιστοσύνης (βλ. ερ. 10, πίνακας 5), τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας επέδειξαν



μεγάλη αποφασιστικότητα στη λήψη πρωτοβουλιών ή αποφάσεων για επίλυση τυχόν προβλημάτων ή συγκρούσεων, είτε μεταξύ τους, είτε με τους ασθενείς, χωρίς την αναζήτηση βοήθειας από εξωτερικούς παράγοντες, π.χ. από τον ψυχίατρο του ξενώνα, του οποίου η παρουσία ήταν αρκετά σπάνια. Το γεγονός αυτό επιβεβαίωνε την ύπαρξη μιας καλά οργανωμένης και έντονα συσπειρωμένης θεραπευτικής ομάδας. Αξιοσημείωτο δε ήταν το γεγονός ότι το επιστημονικό προσωπικό (ψυχολόγος, κοινωνική λειτουργός, εργοθεραπεύτρια και δάσκαλος ειδικής αγωγής) δεν έκανε την παρουσία του καθημερινά στο χώρο του ξενώνα (μόνο δύο φορές την εβδομάδα), γεγονός το οποίο διαφοροποιεί το περιβάλλον του συγκεκριμένου ξενώνα Γ' με τους άλλου δύο, Α' και Β' αντίστοιχα. Επίσης, η κοινωνική λειτουργός, η εργοθεραπεύτρια και ο δάσκαλος ειδικής αγωγής αποτελούσαν μέλη της θεραπευτικής ομάδας και του ξενώνα Δ'. Σχετικά με την ιεραρχική οργάνωση των μελών της θεραπευτικής ομάδας, διαπιστώθηκε ότι συνέβη κατά τα πρότυπα της οργάνωσης του ψυχιατρικού νοσοκομείου και έτσι ο εσωτερικός επόπτης της θεραπευτικής ομάδας προήλθε αβίαστα από το χώρο του νοσηλευτικού προσωπικού, δηλαδή η Τ.Ε. νοσηλεύτρια – προϊσταμένη του ξενώνα (βλ. ερ. 9, πίνακας 5).

Επίσης, ένα άλλο στοιχείο που διαπιστώθηκε ήταν η πλήρης ταύτιση των φροντιστών με τους επαγγελματικούς τους ρόλους, λόγω μακροχρόνιας και συναφούς εργασιακής εμπειρίας στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, γεγονός το οποίο διευκόλυνε την διατήρηση άρτιων σχέσεων με τους ασθενείς (οι σχέσεις ήδη είχαν διαμορφωθεί πιο παλιά, κατά τη νοσηλεία τους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο). Έτσι, τόσο το επιστημονικό, όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό είχαν αναπτύξει πολύ καλές σχέσεις με τους ασθενείς του ξενώνα, ενώ το βοηθητικό προσωπικό διατηρούσε τυπικές μόνο σχέσεις μαζί τους (βλ. ερ. 21, 22, πίνακας 5). Ο χαρακτηρισμός της εργασίας τους ως πολύ δύσκολη και ταυτόχρονα πολύ σημαντική (βλ. ερ. 15, 16, πίνακας 5), επιβεβαίωνε από την μια την επιτυχή ταύτιση των μελών με τον επαγγελματικό τους ρόλο και από την άλλη γεννούσε την ανάγκη ύπαρξης επιστημονικών κινήτρων (περισσότερη εκπαίδευση), γεγονός το οποίο επεδείκνυε μια πολύ σημαντική ομοιότητα με το αντίστοιχο θεραπευτικό περιβάλλον των ξενώνων Α' και Β'. Μια άλλη χαρακτηριστική ομοιότητα ανάμεσα στο περιβάλλον του ξενώνα Γ' και των αντίστοιχων Α' και Β', ήταν το γεγονός της μέτρια συμπαθητικής στάσης της κοινότητας προς τη συγκεκριμένη εργασία,

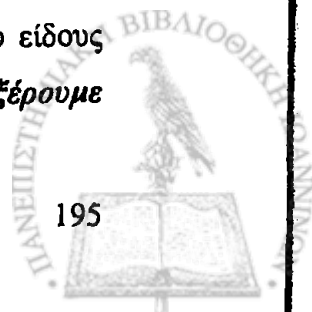
σύμφωνα πάντα με τις απόψεις των μελών της θεραπευτικής ομάδας, γεγονός το οποίο αποδεικνύει ότι η κοινότητα φαίνεται να μην επηρεάζεται θετικά από την ύπαρξη τέτοιων δομών και από μια τέτοια σχετική εμπειρία στο παρελθόν (βλ. ερ. 18, πίνακας 5).

Σχετικά με τη λειτουργία ομάδων θεραπείας και δραστηριοτήτων με τους ασθενείς, εκείνο που πρέπει να σημειωθεί είναι ότι μόνο ο ψυχολόγος και η Τ.Ε. νοσηλεύτρια μπορούσαν να συντονίζουν αυτές, ενώ τις ομάδες των εργαστηρίων συντόνιζαν οι ειδικευμένοι τεχνίτες. Ειδικότερα, το πρόγραμμα δραστηριοτήτων περιείχε τις εξής παρακάτω ομάδες:

- i. Ομάδα επαγγελματικής κατάρτισης (κάθε ημέρα – συντονιστές: οι τεχνίτες).
- ii. Ομάδα μαγειρικής (κάθε ημέρα – συμμετείχαν ένας / δύο ασθενείς – συντονίστρια: μια Δ.Ε. νοσηλεύτρια).
- iii. Ομάδα καθαριότητας χώρων (κάθε ημέρα – συμμετείχαν τρεις / τέσσερις ασθενείς – συντονίστρια: μια Δ.Ε. νοσηλεύτρια).
- iv. Ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης ασθενών (μια φορά την εβδομάδα – συντονιστής: ο ψυχολόγος).
- v. Ομάδα προσωπικού (όχι σταθερή ομάδα – συντονιστής: ο ψυχολόγος).
- vi. Ομάδα ελεύθερου χρόνου – ψυχαγωγίας (π.χ. έξοδοι, οργανωμένοι περίπατοι, θέατρο, ταβέρνες κ.λ.π – απογευματινές ώρες – συμμετείχαν όλοι οι ασθενείς, συνήθως χωρίς συνοδό).

Το κυρίαρχο χαρακτηριστικό της λειτουργίας των ομάδων αυτών, ήταν η συνέπεια και η ακρίβεια στην πορεία του προγράμματος, με σταθερά και προκαθορισμένα όρια συμπεριφοράς που τίθεντο από όλους τους φροντιστές.

Εκείνο που πραγματικά θα πρέπει να σημειωθεί είναι ότι διαπιστώθηκαν τάσεις έκφρασης συναισθημάτων ματαιώσης ως προς την αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού έργου. Μάλιστα, δεν ήταν λίγες οι φορές που εξέφραζαν τέτοιου είδους συναισθήματα όπως π.χ. «δίνουμε τα πάντα στους ασθενείς μας, αλλά δεν ξέρουμε



*ακόμα αν πράττουμε σωστά ή λάθος». Έτσι, οι φροντιστές φαίνεται ότι διατηρούσαν μια μετριοπαθή στάση σχετικά με το έργο και το αποτέλεσμα της αποκατάστασης των ψυχιατρικών ασθενών, που πιθανόν να έκρυβε και στοιχεία απόρριψης ή μη αποδοχής αυτών (των ασθενών).*

Κλείνοντας την παρουσίαση των αποτελεσμάτων του Β' Τριμήνου, της παρούσας Φάσης Β', αξίζει να πούμε πως το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Γ', διατηρούσε μια εξαρτητική σχέση με την διοίκηση του ψυχιατρικού νοσοκομείου, η οποία επιβεβαιώνεται με βάση δύο κύρια σημεία:

- i. Τη μακρόχρονη βιωματική εμπειρία των συχνών ματαιώσεων των φροντιστών, ως πρώην προσωπικό του ψυχιατρικού νοσοκομείου, την οποία έφεραν όλα τα μέλη στο νέο εργασιακό τους χώρο (ξενώνα Γ') και που τώρα καλούνταν να «επιλύσουν».
- ii. Την επίδραση της διοίκησης του ψυχιατρικού νοσοκομείου τόσο στην οργάνωση και δόμηση του περιβάλλοντος, όσο και στη διαμόρφωση της ιεραρχίας του προσωπικού.

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα Γ', κατά το Γ' Τρίμηνο (Σεπτέμβριος – Νοέμβριος 2001) της Φάσης Β' (κυρίως φάση) της παρούσας μελέτης, εκείνο που διαπιστώθηκε είναι ότι σε γενικές γραμμές δεν σημειώθηκε κάποια ουσιαστική διαφοροποίηση στο θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα, σε σχέση με το Β' Τρίμηνο. Τα κύρια χαρακτηριστικά δε του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα Γ' κατά το Γ' Τρίμηνο ήταν συγκεκριμένα:

- i. Η πλήρης ταύτιση του θεραπευτικού προσωπικού με τους εργασιακούς ρόλους του οποίου τα μέλη είχαν ανεπτυγμένες σχέσεις αμοιβαιότητας, συμπληρωματικότητας και εμπιστοσύνης
- ii. Η ιεραρχική οργάνωση της θεραπευτικής ομάδας ήταν ήδη διαμορφωμένη κατά τα πρότυπα οργάνωσης του ψυχιατρικού νοσοκομείου (εξαρτητική σχέση από το ψυχιατρικό νοσοκομείο).

iii. Τέλος, εξακολουθούσαν να εκδηλώνονται συναισθήματα ματαιώσης σχετικά με την αποτελεσματικότητα τού θεραπευτικού έργου για την αποκατάσταση. Παράλληλα, διαφαίνονταν δειλά κάποια «ουτοπιστικά» σημεία, ως προς την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων.



#### 7.1.2.4. ΞΕΝΩΝΑΣ Δ'

Σχετικά με τα αποτελέσματα του Β' Τριμήνου (Ιούνιος – Αύγουστος 2001) της φάσης Β', τα μέλη (επαγγελματίες ψυχικής υγείας), που συμμετείχαν στη διαδικασία της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, αριθμούσαν συνολικά τους τέσσερις (4), στο σύνολο των οκτώ (8) μελών της θεραπευτικής ομάδας. Απ' αυτούς, η ψυχολόγος, η εργοθεραπεύτρια και η κοινωνική λειτουργός, απασχολούνταν ήδη εργασιακά στο ψυχιατρικό νοσοκομείο (η εργοθεραπεύτρια και η κοινωνική λειτουργός ταυτόχρονα αποτελούσαν και μέλη της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα Γ'), ενώ παράλληλα αποτελούσαν την επιστημονική ομάδα του Κέντρου Ημέρας που συστεγαζόταν με τον ξενώνα Δ'. Αντίθετα, ο δάσκαλος ειδικής αγωγής, ο οποίος και αυτός άνηκε στην επιστημονική ομάδα του ξενώνα, δεν κατείχε καμιά επαγγελματική εμπειρία σε ψυχιατρική δομή, όπως επίσης και η Δ.Ε νοσηλεύτρια (εκπαιδευόμενοι από το πρόγραμμα «Ψυχαργός»). Τέλος, όλο το προσωπικό, εκτός των δύο τελευταίων, κατείχαν προηγούμενη επαγγελματική εμπειρία σε δομή του αντίστοιχου ψυχιατρικού νοσοκομείου. Στην παρούσα Φάση Β', συμμετείχαν: η Τ.Ε νοσηλεύτρια, μια (1) Δ.Ε νοσηλεύτρια, μια (1) κοινωνική λειτουργός και ένας (1) δάσκαλος ειδικής αγωγής.

Στον παρακάτω πίνακα 4 παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος του ξενώνα Δ':

### ΠΙΝΑΚΑΣ 4

ΠΙΝΑΚΑΣ 4					
N: οκτώ (8)					
ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ: πέντε (5)					
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	Μία (1)	Γυναίκα	25 - 35	Άγαμη χωρίς παιδιά	-
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	Μία (1)	Γυναίκα	35 - 50	Έγγαμη με παιδιά	-
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	-	-	-	-	-
Τ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	Μία (1)	Γυναίκα	25 - 35	Άγαμη χωρίς παιδιά	-
Δ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	δύο (2)	Γυναίκες	18 - 25	(1) μία άγαμη χωρίς παιδιά (1) μία έγγαμη με παιδιά	-
ΒΟΗΘΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	Μία (1)	Γυναίκα	35 - 50	Έγγαμη με παιδιά	-
ΤΕΧΝΙΤΕΣ	-	-	-	-	-
ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	Μία (1)	Γυναίκα	25 - 35	Άγαμη χωρίς παιδιά	-
ΕΙΔΙΚΟΣ ΠΑΙΔΑΓΩΓΟΣ	Ένας (1)	Άνδρας	25 - 35	Άγαμος χωρίς παιδιά	-

Κατά τη διάρκεια του Β' Τριμήνου, εκείνο που διαπιστώθηκε ήταν ένας ιδιαίτερα μεγάλος προβληματισμός των μελών της θεραπευτικής ομάδας, αναφορικά με την αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού τους έργου καθώς υπό την αυστηρή εποπτεία της διοίκησης του ψυχιατρικού νοσοκομείου, υποχρεώνονταν να εργάζονται παράλληλα και στις δύο συστεγασμένες δομές: Κέντρο Ημέρας (ισόγειος χώρος) και ξενώνας Δ' (πρώτος όροφος). Στόχος της διοίκησης του συγκεκριμένου ιδρύματος ήταν η αλληλεπίδραση στην λειτουργία και τις δραστηριότητες των δύο αυτών δομών, έτσι ώστε



να επιτευχθεί πιο εύκολα το θεραπευτικό έργο αποκατάστασης των ασθενών του ξενώνα μέσα από την καθημερινή επικοινωνία τους με τους διακινούμενους ασθενείς του Κέντρου Ημέρας.

Παρ' όλο που η Τ.Ε. νοσηλεύτρια αναφερόταν σε ιδιαίτερα ανεπτυγμένες σχέσεις εμπιστοσύνης και συνεργασίας ανάμεσα στα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού αρχικά (βλ. ερ. 11, 12, πίνακας 7) και αργότερα με την «ανακουφιστική», αλλά και όχι συχνή παρουσία της ψυχολόγου και της κοινωνικής λειτουργού (επίσκεψη στον ξενώνα δύο φορές την εβδομάδα), σε σχέσεις εμπιστοσύνης ανάμεσα στα μέλη του νοσηλευτικού και του επιστημονικού προσωπικού (βλ. ερ. 12, πίνακας 7), γεγονός το οποίο αποδεικνύει τις ήδη προϋπάρχουσες επαγγελματικές σχέσεις (εργασία στο ψυχιατρικό νοσοκομείο), εντούτοις διαπιστώθηκε ένας αρκετά σημαντικός βαθμός διάσπασης της θεραπευτικής ομάδας γενικότερα. Η διάσπαση της θεραπευτικής ομάδας οφειλόταν στην δυσκολία που αντιμετώπιζαν τα μέλη να εργάζονται παράλληλα σε δύο δομές αποκατάστασης, συστεγασμένες στο ίδιο οίκημα. Μάλιστα, δήλωναν ότι εκτός από το γεγονός ότι διασπώνταν σε δύο μέρη: «πάνω και κάτω», παράλληλα η εργασία τους και στο ξενώνα, θύμιζε «αναμνήσεις από το ψυχιατρείο». Έτσι, αρκετά συχνά επεδείκνυαν έμμεσα μια αρνητική ή αμυντική στάση προς τους ασυλικούς ασθενείς, με στοιχεία απόρριψης. Η Τ.Ε νοσηλεύτρια, ως προϊσταμένη του ξενώνα Δ' και ως εσωτερικός επόπτης της θεραπευτικής ομάδας, κατά τα πρότυπα της ιεραρχικής οργάνωσης του ψυχιατρικού νοσοκομείου, εξέφραζε την αδυναμία της να διατηρήσει την ισορροπία των μελών της θεραπευτικής ομάδας, καθώς όπως έλεγε «περπατούσαν σε τεντωμένο σκοινί». Μάλιστα έκανε λόγο για συναισθήματα δυσφορίας και αποστροφής και χαρακτήριζε τον εαυτό της ως «ανήμπορο» να τα καταφέρει, παρόλο που κατέβαλε μεγάλες προσπάθειες για να διατηρήσει τη θεραπευτική ομάδα συσπειρωμένη. Στο πλαίσιο της κατάστασης αυτής και οι ασθενείς του ξενώνα Δ', άρχισαν να λειτουργούν με βάση τη νοητή διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στους «πάνω» (ασθενείς ξενώνα) και τους «κάτω» (ασθενείς του Κέντρου Ημέρας). Αν και επεδείκνυαν έναν μεγάλο βαθμό λειτουργικότητας ως προς τις κοινωνικές δεξιότητες και δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης (π.χ. ανάληψη καθαριότητας των χώρων, μαγείρεμα, έξοδοι για ψώνια κ.λ.π) - έτσι όπως είχαν καταφέρει να μάθουν κατά την διάρκεια της προετοιμασίας τους για αποκατάσταση, στο τμήμα αποκατάστασης του ψυχιατρικού νοσοκομείου - εντούτοις



αρνούταν να συμμετέχουν σε κοινές δραστηριότητες ή ομάδες με τους ασθενείς του Κέντρου Ημέρας, γεγονός το οποίο τους καθιστούσε απομονωμένους και απόμακρους. Μετά από παρέμβαση του ειδικού δασκάλου, επιτεύχθηκε ένας μικρός βαθμός ενσωμάτωσης και συμμετοχής των ασθενών με τις ομάδες του Κέντρου Ημέρας, ενώ παράλληλα, ακολουθούσαν εφαρμόζοντας πιστά το καθημερινό πρόγραμμα δραστηριοτήτων του ξενώνα. Ειδικότερα, το πρόγραμμα δραστηριοτήτων περιείχε τις εξής παρακάτω ομάδες:

- i. Ομάδα ψυχολογικής στήριξης ασθενών (μια φορά κάθε δεκαπέντε (15) ημέρες – συντονίστρια: η ψυχολόγος).
- ii. Ομάδα μαγειρικής (κάθε ημέρα – συμμετείχαν δύο ασθενείς εκ περιτροπής – συντονίστρια: η Δ.Ε. νοσηλεύτρια).
- iii. Ομάδα καθαριότητας χώρων (κάθε ημέρα – συμμετείχαν όλοι οι ασθενείς εκ περιτροπής – συντονίστρια: η Δ.Ε. νοσηλεύτρια).
- iv. Ομάδα προσωπικού του ξενώνα (μια φορά την εβδομάδα – συντονίστρια η Τ.Ε. νοσηλεύτρια)
- v. Ομάδα ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων (απογευματινές ώρες – ομάδες δραστηριότητας με το Κέντρο Ημέρας π.χ.
  - ομάδα ζωγραφικής: συντονιστής ένας εθελοντής
  - ομάδα μαθησιακών δεξιοτήτων: συντονιστής ο ειδικός δάσκαλος
  - οργανωμένοι περίπατοι, έξοδοι στην πόλη

στις οποίες συμμετείχαν όλοι οι ασθενείς του ξενώνα και του Κέντρου Ημέρας.

Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι ο υπεύθυνος ψυχίατρος του ξενώνα Δ' επισκέπτονταν σπάνια τους ασθενείς και δεν επικοινωνούσε συχνά με όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, παρά μόνο με την Τ.Ε. νοσηλεύτρια. Τέλος, στα πλαίσια αυτών των περιβαλλοντικών συνθηκών, συνέβησαν και δύο υποτροπές.

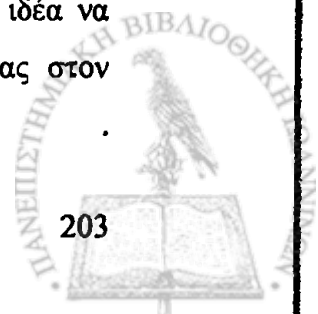
Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα του Β' Τριμήνου, σχετικά με το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Δ', αξίζει να σημειώσουμε τα παρακάτω:

- i. Το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Δ', χαρακτηριζόταν από στοιχεία χαλαρής οργάνωσης και σημαντικής διάσπασης των μελών της θεραπευτικής ομάδας.
- ii. Ο μεγάλος βαθμός διάσπασης και η χαλαρότητα στην οργάνωση, αναφέρονταν στη δυσκαμψία της θεραπευτικής ομάδας να παράσχει θεραπευτικό έργο ταυτόχρονα σε δύο συστεγασμένες αποκαταστασιακές δομές.
- iii. Η αυστηρή εποπτεία της διοίκησης του ψυχιατρικού νοσοκομείου (εξαρτητική σχέση), φαίνεται να προκάλεσε περισσότερο την εμφάνιση μιας αμυντικής ή αρνητικής απορριπτικής στάσης των μελών της θεραπευτικής ομάδας προς τους ασυλικούς ασθενείς του ξενώνα Δ', για την οποία είχαν πλήρη επίγνωση.
- iv. Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας χαρακτήριζαν την εργασία τους ως πάρα πολύ σημαντική (βλ. ερ. 16, πίνακας 7) και ταυτόχρονα πολύ δύσκολη (βλ. ερ. 15, πίνακας 7), γεγονός το οποίο αντικατοπτρίζει την εσωτερική συναισθηματική κατάσταση (άμυνα – άρνηση) των φροντιστών και γενικότερα το θεραπευτικό περιβάλλον (στοιχεία διάσπασης).
- v. Τα μέλη επιζητούν την ανάγκη ύπαρξης επιστημονικών κινήτρων (π.χ. περισσότερη εκπαίδευση). (βλ. ερ. 17, πίνακας 7)
- vi. Τέλος, τα αρνητικά συναισθήματα και η αμυντική συμπεριφορά των φροντιστών φαίνεται ότι "παρήγαγαν" ανάλογες συμπεριφορές από την ομάδα των ασθενών του ξενώνα .

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του Γ' Τριμήνου (Σεπτέμβριος – Νοέμβριος 2001) της φάσης Β' της παρούσας μελέτης, τα μέλη που συμμετείχαν ως προς τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, αριθμούσαν συνολικά οκτώ (8), δηλαδή όλο το προσωπικό του ξενώνα Δ'. Συγκεκριμένα, συμμετείχαν: οι δύο (2) Τ.Ε νοσηλεύτριες, μια (1) Δ.Ε νοσηλεύτρια, η κοινωνική λειτουργός, ο δάσκαλος ειδικής αγωγής, η ψυχολόγος, η επισκέπτρια υγείας και η εργοθεραπεύτρια. Κατά τη διάρκεια του Γ' Τριμήνου της

Φάσης Β', το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Δ', χαρακτηρίστηκε από στοιχεία καλύτερης οργάνωσης και μεγαλύτερης συσπείρωσης της θεραπευτικής ομάδας (βλ.ερ. 10, 11, 12, πίνακας 8). Τόσο η συμβολή (άσκηση συμμορφωτικής πίεσης) του ψυχιατρικού νοσοκομείου από τη μια, με το οποίο η θεραπευτική ομάδα διατηρούσε άριστες σχέσεις, αλλά και σχέσεις εξάρτησης, όσο και η μεγαλύτερη δυνατή συνεργασία της Τ.Ε νοσηλεύτριας, ως συντονιστή της θεραπευτικής ομάδας (βλ. ερ. 9, πίνακας 8) με την ψυχολόγο, οδήγησαν στον έλεγχο των προαναφερόμενων στάσεων και συναισθημάτων (αρνητικών), που λειτουργούσαν κατά το προηγούμενο Τρίμηνο Β'.

Με δεδομένο τον παράγοντα της επαγγελματικής εμπειρίας των μελών και το χαρακτηριστικό στοιχείο της συμπληρωματικότητας των ρόλων τους, όπως π.χ. η προϊσταμένη Τ.Ε. νοσηλεύτρια εκτελούσε και χρέη του ρόλου της Δ.Ε. νοσηλεύτριας (βλ. ερ. 6α, 6β, πίνακας 8), τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας επέδειξαν μεγαλύτερη ευελιξία ως προς την επίλυση της προβληματικής κατάστασης που είχε δημιουργηθεί (διάσπαση) και διάθεση να υπομείνουν στις επιταγές του ψυχιατρικού νοσοκομείου, για να εργαστούν παράλληλα και στις δύο δομές (Κέντρο Ημέρας – ξενώνας Δ'), προκειμένου να υπάρχει η μεγαλύτερη δυνατή αλληλεπίδραση των δύο εν λόγω δομών. Η διάθεση για μεγαλύτερη συσπείρωση των μελών της θεραπευτικής ομάδας και οι σχέσεις εμπιστοσύνης μεταξύ του νοσηλευτικού και επιστημονικού προσωπικού (βλ. ερ. 11, 12, πίνακας 8), μείωσαν αρκετά τη συχνότητα εκδήλωσης της διάσπασης του προσωπικού και επέτρεψαν μεγαλύτερη ευελιξία στην αναδιοργάνωση και αναδιαμόρφωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος, με λιγότερο έντονες αρνητικές στάσεις προς τους ασυλικούς ασθενείς του ξενώνα Δ' (βλ. ερ. 20, 21, πίνακας 8). Έτσι, άρχισαν να «επισκέπτονται» τον ξενώνα Δ', να οργανώνουν και να συντονίζουν ομάδες δραστηριότητας με τους ασθενείς και ταυτόχρονα να καλλιεργούν την αμοιβαιότητα στο σύνολο των ασθενών και των δύο δομών οργανώνοντας μια από κοινού ομάδα συζήτησης μια φορά την εβδομάδα. Το γεγονός αυτό (αναδιοργάνωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα), φαίνεται ότι επέδρασε θετικά στη συμπεριφορά των ασθενών. Ένα παράδειγμα της θετικής επίδρασης της συμπεριφοράς τους, αποτέλεσε το χαρακτηριστικό της δεκτικότητας και της θετικής στάσης των ασθενών στην ιδέα να φιλοξενοούνται κάποιες ημέρες της εβδομάδας, ασθενείς του Κέντρου Ημέρας στον ξενώνα.



### 7.1.3. ΦΑΣΗ Γ'

#### 7.1.3.1. ΞΕΝΩΝΑΣ Α'

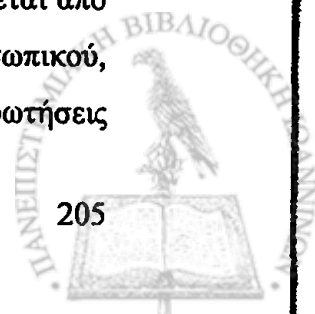
Σύμφωνα με τη διεξαγωγή της ποιοτικής ανάλυσης των δεδομένων, των οποίων η συλλογή έγινε με βάση τη μέθοδο της συμμετοχικής παρατήρησης και των απαραίτητων εργαλείων της συνέντευξης και του ερωτηματολογίου, θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της Γ' φάσης (Δεκέμβριος 2001 – Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2002), σχετικά με το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Α'.

Με βάση την ανάλυση των αποτελεσμάτων, διαπιστώθηκε ότι αυξήθηκε το ποσοστό της συμμετοχής των μελών της θεραπευτικής ομάδας, από τους έξι (6) και επτά (7) (Β' Φάση), στους δέκα (10) επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, συμμετείχαν: η Τ.Ε νοσηλεύτρια, τέσσερις (4) Δ.Ε νοσηλεύτριες, η ψυχολόγος, η τεχνίτρια, ο βοηθός προσωπικού και η κοινωνική λειτουργός και η εργοθεραπεύτρια. Μία Δ.Ε νοσηλεύτρια δε συμμετείχε λόγω γονικής άδειας.

Αξιοσημείωτο ήταν το γεγονός ότι το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Α' χαρακτηρίστηκε σχεδόν με τα ίδια στοιχεία οργάνωσης όπως και στη Β' φάση. Πιο συγκεκριμένα δηλαδή, το νοσηλευτικό προσωπικό επέδειξε μια πολύ μεγάλη ευελιξία ως προς την λήψη αποφάσεων για την οργάνωση του θεραπευτικού τους έργου, καθώς και πάλι διαπιστώθηκε ότι αποτελούσε την πιο συσπειρωμένη υπό - ομάδα στο σύνολο της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα. Με βάση την άριστη συνεργασία των μελών μεταξύ τους, διακρίθηκαν για την ικανότητα τους να αλληλοσυμπληρώνουν ο ένας τον άλλο. Αντίθετα, τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού, χωρίς διακριτά σημεία αλλαγής στην οργάνωσή τους, σε σχέση με την Β' και Α' φάση, παρέμειναν στον ίδιο λιγιστό έως μηδενικό βαθμό συσπείρωσης, εξακολουθώντας να λειτουργούν ως αυτόνομες μονάδες ή δυάδες (π.χ. ψυχολόγος ως μονάδα αυτόνομη – κοινωνική λειτουργός και εργοθεραπεύτρια ως δυάδα).

Παρ' όλο που οι ομάδες προσωπικού λειτουργούσαν κανονικά, στα πλαίσια της εφαρμογής του εβδομαδιαίου προγράμματος εργασίας, εντούτοις διαπιστώθηκαν με βάση τις παρατηρήσεις μας και πάλι στοιχεία δυσκαμψίας, διάσπασης και επιφυλακτικότητας, με έκδηλα συναισθήματα άγχους και έντονου αρνητισμού στις σχέσεις των μελών της θεραπευτικής ομάδας γενικότερα (βλ.ερωτήσεις 9, 11Α, 12Α, πίνακας 9).Στο πλαίσιο αυτής της κατάστασης, διαπιστώθηκε μια διατηρούμενη «διττή» στάση, από πλευράς των μελών του επιστημονικού και του νοσηλευτικού προσωπικού προς τους ασθενείς. Συγκεκριμένα, τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας διατηρούσαν μια θετική στάση αποδοχής προς τους ασθενείς, όπως επίσης και το βοηθητικό προσωπικό (τεχνίτρια – βοηθός) (βλ. αντίστοιχα ερωτήσεις 12Β, 13Γ, πίνακας 9), ενώ τα μέλη της επιστημονικής ομάδας διατηρούσαν πιο τυπικές και απόμακρες στάσεις προς αυτούς (βλ. ερώτηση 11Β, πίνακας 9). Μάλιστα, κυρίως από την αναφερόμενη δυάδα της κοινωνικής λειτουργού και της εργοθεραπεύτριας, η τελευταία έκανε λόγο για «*κακής ποιότητας ασθενείς*» και για «*ανιαρή και χωρίς ενδιαφέρον εργασία*» (βλ. ερώτηση 17, πίνακας 9) Από την άλλη, οι ομάδες θεραπείας και δραστηριοτήτων με τους ασθενείς, λειτουργούσαν πλέον με βάση την πιστή εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος.

Αν και σχεδόν όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας συμφωνούσαν ως προς τον υψηλό βαθμό σημαντικότητας του εργασιακού τους ρόλου (βλ. ερώτηση 17, πίνακας 9) εντούτοις, διαπιστώθηκε και πάλι μια «διττή», στάση σχετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση. Ειδικότερα, η δυάδα του επιστημονικού προσωπικού εξέφρασε κάποιες δυσοίωνες «προφητείες» ως προς την αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού έργου μελλοντικά και διατηρούσε αρνητικές στάσεις και προσδοκίες (βλ. ερώτηση 11Β, πίνακας 9) για την μελλοντική πορεία εξέλιξης των ασθενών, για την πορεία των ξενώνων (π.χ. «*οι ξενώνες θα κλείσουν*») και γενικότερα για το επαγγελματικό τους μέλλον (π.χ. «*θα χάσουμε την εργασία μας*»). Αντίθετα, το νοσηλευτικό προσωπικό διατηρούσε θετικές προσδοκίες ως προς την αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού έργου, επιδεικνύοντας μια σημαντική ικανοποίηση ως προς την απόδοση του ρόλου τους στο θεραπευτικό έργο. Η συγκεκριμένη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη σημαντικότητα του ρόλου τους στο θεραπευτικό έργο, δεν έδειξε να επηρεάζεται από την αντίστοιχη αρνητική στάση των δύο μελών του επιστημονικού προσωπικού, αποδεικνύοντας για άλλη μια φορά το μεγάλο βαθμό συσπείρωσης του (βλ. ερωτήσεις



13B, 27, πίνακας 9).

Εκείνο το σημείο στο οποίο συμφωνούσαν όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα Α', ήταν η διατήρηση μιας κοινής στάσης, μόνο αναφορικά με την αποκέντρωση της δομής, την **αυτονόμησή** της και την «**απεξάρτησή**» της από την διοίκηση του αντίστοιχου νοσοκομείου της περιοχής (βλ. ερώτηση 8, πίνακας 9). Επίσης, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι επιζητούσαν περισσότερο απ' όλα τα επιστημονικά κίνητρα (π.χ. περισσότερη εκπαίδευση), έτσι ώστε να ενισχυθεί η απόδοση του εργασιακού τους ρόλου στο θεραπευτικό έργο, καθώς η εργασία τους χαρακτηριζόταν ως αρκετά δύσκολη (βλ. ερώτηση 19, πίνακας 9). Κλείνοντας τα αποτελέσματα της Γ' φάσης για τον ξενώνα Α', αξίζει να πούμε πως όλοι οι φροντιστές πίστευαν ότι η κοινότητα διατηρούσε μια θετική στάση ως προς το ρόλο και το έργο τους στην αποκατάσταση, ενώ στην Α' και Β' Φάση ήταν αρνητική.

### 7.1.3.2. ΞΕΝΩΝΑΣ Β'

Με βάση την ανάλυση των αποτελεσμάτων, διαπιστώθηκε ότι κατά τη διάρκεια της Γ' φάσης της παρούσας έρευνας, συμμετείχαν όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας (έντεκα (11) επαγγελματίες ψυχικής υγείας) στη διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Ειδικότερα, συμμετείχαν: ο ψυχολόγος, η Τ.Ε νοσηλεύτρια, η κοινωνική λειτουργός, πέντε (5) Δ.Ε νοσηλεύτριες, ο βοηθός προσωπικού και τρεις (3) τεχνίτριες.

Το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Β', κατά την Γ' φάση, χαρακτηρίστηκε από στοιχεία καλής οργάνωσης και ευελιξίας ως προς την απόδοση στο θεραπευτικό έργο. Έτσι, διαπιστώθηκε ένα ευέλικτο θεραπευτικό περιβάλλον με πολλά στοιχεία «ανοιχτής δόμησης», δηλαδή ήταν ελεύθερο στην ανάπτυξη πρωτοβουλιών και καινοτομιών, για το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας επιδεικνύοντας σημαντικά στοιχεία συσπείρωσης και λειτουργώντας ως ένα ενιαίο όλο, διατηρούσαν πολύ καλές σχέσεις μεταξύ τους, καθώς πλέον είχαν κερδίσει σε ένα μεγάλο βαθμό την εμπιστοσύνη που τους ωθούσε στη μεγαλύτερη δυνατή αλληλοϋποστήριξη και συμπληρωματικότητα μεταξύ τους (βλ. ερωτήσεις 9, 11Α, 12Α, 13Α, 13Β, πίνακας 10).

Οι ομάδες προσωπικού που λειτουργούσαν εβδομαδιαία στο χώρο του ξενώνα, καθώς και οι εκπαιδευτικές ομάδες με τον ψυχίατρο (Β' Φάση), φαίνεται πως επέδρασαν θετικά, όχι μόνο στη συσπείρωση των μελών της θεραπευτικής ομάδας, αλλά και σε ένα μεγάλο βαθμό ταύτισης με τον επαγγελματικό ρόλο. Το γεγονός αυτό οδήγησε τα μέλη στη διατήρηση θετικών στάσεων και προσδοκιών ως προς την αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού τους έργου μελλοντικά, και ως προς την πορεία και την εξέλιξη των ασθενών στην αποκατάσταση. Παράλληλα, η γενική άποψη όλων περί «καλών ασθενών», λειτουργούσε ως ανατροφοδότηση των παραπάνω θετικών στάσεων. Οι θετικές στάσεις και προσδοκίες των φροντιστών αναφορικά με την πορεία των ασθενών του ξενώνα στην αποκατάσταση, ώθησαν αυτούς (τους φροντιστές), στην ανάληψη



πρωτοβουλιών για περισσότερη υπευθυνοποίηση των ασθενών τους. Έτσι, από την μια επιδίδονταν σε δραστηριότητες από κοινού (φροντιστές και ασθενείς), όπως π.χ. έξοδοι στην κοινότητα, εκδρομές, περίπατοι για ψώνια κ.λ.π., γεγονός το οποίο βοήθησε στην αποδοχή των ασθενών από την πλευρά της κοινότητας και από την άλλη, ανέθεταν καινοτόμες πρωτοβουλίες και υπευθυνότητες στους ασθενείς, ειδικά τους πιο λειτουργικούς, όπως π.χ. η ανάθεση στον πιο αξιόπιστο και λειτουργικό ασθενή την ευθύνη της καθημερινής χορήγησης φαρμάκων, με την εποπτεία κάποιας νοσηλεύτριας.

Αξιοσημείωτο δε, ήταν το γεγονός ότι όλοι οι φροντιστές του ξενώνα Β', όπως και του αντίστοιχου ξενώνα του Α', πίστευαν πως η κοινότητα διατηρούσε μία θετικότερη στάση ως προς το ρόλο τους και το έργο τους στην αποκατάσταση, κάτι το οποίο δεν συνέβαινε στην Α' και Β' φάση (βλ. ερώτηση 21, πίνακας 10). Επίσης, διαπιστώθηκε η ανάγκη τους για ενίσχυση της απόδοσης του εργασιακού τους ρόλου με επιστημονικά κίνητρα (βλ. ερώτηση 19, πίνακας 10), καθώς η εργασία τους χαρακτηριζόταν ως δύσκολη (βλ. ερώτηση 15, πίνακας 10) και ταυτόχρονα ως πολύ σημαντική (βλ. ερώτηση ,πίνακας 10). Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι όπως και στον ξενώνα Α', έτσι και εδώ τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας αν και διατηρούσαν σχετικά καλές σχέσεις με το αντίστοιχο νοσοκομείο της περιοχής (βλ. ερώτηση 8, πίνακας 10), εντούτοις επεδείκνυαν τάσεις απεξάρτησης και αυτονόμησης του ξενώνα, ως μια φερόμενη αποκεντρωμένη δομή.



### 7.1.3.3. ΞΕΝΩΝΑΣ Γ'

Με βάση την ανάλυση των αποτελεσμάτων, διαπιστώθηκε ότι κατά τη διάρκεια της Γ' φάσης της παρούσας έρευνας, δεκατρείς (13), από το συνολικό αριθμό των δεκαπέντε (15) επαγγελματιών ψυχικής υγείας, συμμετείχαν στη διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Ειδικότερα, συμμετείχαν όλα τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ δεν συμμετείχαν όπως και την Β' φάση, ο ψυχολόγος, ο δάσκαλος ειδικής αγωγής και η βοηθός προσωπικού. Το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα, κατά την Γ' φάση, χαρακτηρίστηκε από στοιχεία πολύ καλής οργάνωσης, κατά τα πρότυπα του ψυχιατρικού νοσοκομείου και ευελιξίας, ως προς την λήψη αποφάσεων για τυχόν αντιμετώπιση δυσκολιών και προβλημάτων και για την υλοποίηση του θεραπευτικού σχεδιασμού των στόχων αποκατάστασης.

Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας επιδεικνύοντας σημαντικά στοιχεία σ'υσπείρωσης και λειτουργώντας ως ένα ενιαίο σύνολο (όλο), διατηρούσαν άρτιες σχέσεις και σχέσεις εμπιστοσύνης μεταξύ τους (βλ. ερωτήσεις 9, 11Α, 12Α, πίνακας 11). Λόγω της μεγάλης και μακροχρόνιας επαγγελματικής τους εμπειρίας στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, ή σε δομές αυτού, είχαν επιτύχει έναν σημαντικό βαθμό ταύτισης με τον επαγγελματικό τους ρόλο. Παρ' όλα αυτά όμως, δεν διαπιστώθηκαν ιδιαίτερα θετικές στάσεις και προσδοκίες για την αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού έργου στην πορεία αποκατάστασης των ασθενών. Αντίθετα, εκδηλώθηκε μια μικρή επιφύλαξη ως προς την πορεία και την εξέλιξη των ασθενών μελλοντικά, γεγονός το οποίο επιβεβαίωνε την ύπαρξη συναισθημάτων ματαιώσης, ως αποτέλεσμα της μακροχρόνιας εμπειρίας τους στο άσυλο, όπως και στη Β' φάση. Έτσι, οι φροντιστές του ξενώνα Γ' και ειδικότερα το νοσηλευτικό προσωπικό, σύμφωνα με τις παρατηρήσεις μας, έδειχναν να μην είναι ικανοποιημένοι ως προς την απόδοση και την αποτελεσματικότητα του επαγγελματικού – θεραπευτικού ρόλου τους, καθώς είχαν επηρεαστεί κατά πολύ από τις συχνές «ματαιώσεις» που ελάμβαναν από τους ίδιους τους ασθενείς στη διαδικασία της αποκατάστασης, κατά την διάρκεια της εργασίας τους στο χώρο του άσυλου ή σε δομές αποκατάστασης αυτού στο παρελθόν, παρ' όλο που απάντησαν διαφορετικά στο



ερωτηματολόγιο.

Παρ' όλα αυτά, οι σχέσεις των φροντιστών με τους ασθενείς χαρακτηρίστηκαν ως πολύ καλές – είχαν ήδη αναπτυχθεί καλές σχέσεις από παλιά – χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Εκείνο όμως που πρέπει να σημειωθεί εδώ είναι ότι, ενώ οι φροντιστές διατηρούσαν πολύ καλές σχέσεις με τους ασθενείς (βλ. ερωτήσεις 11B, 12B, πίνακας 11) εντούτοις εκδήλωναν μια σχετικά απόμακρη στάση ως προς την από κοινού υλοποίηση δραστηριοτήτων με τους τελευταίους, (όπως π.χ. έξοδο στην κοινότητα μαζί, να πηγαίνουν περιπάτους μαζί, να συνοδεύουν τους ασθενείς στα ψώνια κ.λ.π). Όπως υποστήριζαν *«δεν τους είχαν ανάγκη (τους φροντιστές) και μπορούσαν (οι ασθενείς) να τα κάνουν όλα από μόνοι τους»*. Παράλληλα, η θεραπευτική ομάδα του ξενώνα Γ', διατηρώντας εξαρτητικές σχέσεις με την διοίκηση του ψυχιατρικού νοσοκομείου, δεν επιδόθηκε σε καμία πρωτοβουλία χωρίς την έγκριση του ιδρύματος και γι' αυτό το λόγο δεν εκδηλώθηκαν τάσεις αυτονόμησης ή αποκέντρωσης της συγκεκριμένης αποκαταστασιακής δομής (βλ. ερώτηση 8, πίνακας 11).

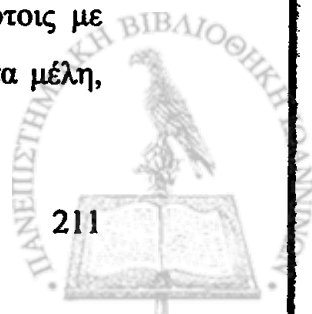
Ολοκληρώνοντας την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της Γ' φάσης, αναφερόμενοι πάντα στο θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Γ', πρέπει να επισημάνουμε δύο σημαντικά στοιχεία. Το πρώτο αφορά την ανάγκη ενίσχυσης της απόδοσης του επαγγελματικού και θεραπευτικού ρόλου με βάση τα επιστημονικά κίνητρα (π.χ. εκπαίδευση) γεγονός το οποίο αποδεικνύει ότι η μακροχρόνια επαγγελματική εμπειρία από μόνη της δεν βοηθά στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού ρόλου και έργου αποκατάστασης (βλ. ερώτηση 19, πίνακας 11) και το δεύτερο αναφέρεται στη στάση της τοπικής κοινωνίας, η οποία χαρακτηρίστηκε ως μέτρια θετική σχετικά με την εργασία των φροντιστών στην αποκατάσταση. Το γεγονός αυτό δηλώνει ότι πιθανόν η εμπειρία της κοινότητας της συγκεκριμένης πόλης όπου βρίσκεται ο ξενώνας Γ', σχετικά με την οργάνωση και υλοποίηση αποκαταστασιακών δομών, δεν φάνηκε να επηρέασε θετικά τη στάση της ως προς την αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών (βλ. ερωτήσεις 20, 21, πίνακας 11).

#### 7.1.3.4. ΞΕΝΩΝΑΣ Δ'

Με βάση την ανάλυση των αποτελεσμάτων, διαπιστώθηκε ότι κατά την διάρκεια της Γ' φάσης της παρούσας μελέτης, τα μέλη που συμμετείχαν στη διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων αριθμούσαν τα επτά (7), στο σύνολο των οκτώ (8) επαγγελματιών ψυχικής υγείας της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα Δ'. Ειδικότερα, συμμετείχαν: η Τ.Ε νοσηλεύτρια, δύο (2) Δ.Ε. νοσηλεύτριες, η κοινωνική λειτουργός, η ψυχολόγος, η εργοθεραπεύτρια και ο δάσκαλος ειδικής αγωγής. Δεν συμμετείχε η επισκέπτρια υγείας.

Το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Δ' χαρακτηρίστηκε από στοιχεία μιας σχετικά μικρής διάσπασης στα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, καθώς υποχρεώθηκαν με βάση τις επιταγές της διοίκησης του ψυχιατρικού νοσοκομείου, να παρέχουν θεραπευτικό έργο στα πλαίσια του «σπαστού ωραρίου» (χρονώρες εργασίας καθημερινά πρωί και απόγευμα αντίστοιχα και στις δομές). Η διάσπαση αυτή αναφερόταν κυρίως στην διαφορετικότητα του περιεχομένου των θεραπευτικών δραστηριοτήτων, στο πρόγραμμα αποκατάστασης του Κέντρου Ημέρας και του ξενώνα Δ' αντιστοίχως. Παρ' όλα αυτά, τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας διατηρούσαν πολύ καλές σχέσεις μεταξύ τους, τόσο λόγω της αρκετά καλής οργάνωσης, συσπείρωσης (βλ. ερώτηση 9, πίνακας 12) και ευελιξίας που είχαν αναπτύξει τα μέλη ως προς το χειρισμό και την αντιμετώπιση τέτοιων ιδιαίτερων δυσκολιών (διάσπαση), όσο και λόγω των ήδη ανεπτυγμένων επαγγελματικών σχέσεων κατά την εργασία τους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, στο παρελθόν.

Αξιοσημείωτο όμως ήταν το γεγονός ότι είχε αρχίσει να διαφαίνεται μια διττή στάση από πλευράς των μελών του επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού, προς τους ασθενείς (βλ. ερωτήσεις 11B, 12, πίνακας 12), η οποία έμμεσα «έφερε» τα στοιχεία διάσπασης που χαρακτήριζαν τη θεραπευτική ομάδα. Παρ' όλο που οι ίδιοι οι φροντιστές και ειδικότερα οι νοσηλεύτριες υποστήριζαν ότι είχαν καταφέρει να χειριστούν αυτή τη κατάσταση της διάσπασης με τάσεις συσπείρωσης, εντούτοις με βάση τις παρατηρήσεις μας και χωρίς να γίνεται πάντα αντιληπτό από τα ίδια τα μέλη,



διατηρούσαν στάσεις επιφύλαξης, τυπικότητας και μερικές φορές και απόρριψης προς τους ασυλικούς ασθενείς του ξενώνα Δ'. Η παρουσία τέτοιων αρνητικών στάσεων διαπιστώθηκε ότι τροφοδοτούνταν από δύο πολύ σημαντικούς παράγοντες:

- i. Την αυτόνομη δραστηριοποίηση και λειτουργικότητα των ασθενών σε καθημερινές δραστηριότητες με βάση το πρόγραμμα λειτουργίας του ξενώνα, όπως ακριβώς είχαν εκπαιδευτεί στα τμήματα αποκατάστασης του ψυχιατρικού νοσοκομείου (π.χ. μαγείρευαν μόνοι τους, φρόντιζαν για την καθαριότητα των χώρων, έβγαιναν συχνά για περίπατο στην πόλη χωρίς συνοδό).
- ii. Την έκδηλη προτίμηση του προσωπικού να εργάζεται στο κέντρο ημέρας, καθώς το περιβάλλον του ξενώνα Δ' έφερε μνήμες από την **ανιαρή** εργασία στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Αντίθετα το επιστημονικό προσωπικό διατηρούσε θετικότερες στάσεις ως προς τους ασθενείς, ίσως επειδή η επικοινωνία μαζί τους δεν πραγματοποιούνταν σε καθημερινή βάση (βλ. ερώτηση 11B, πίνακας 12).

Επίσης, διαπιστώθηκε ότι το θεραπευτικό προσωπικό διατηρούσε άριστες σχέσεις με τη διοίκηση του ψυχιατρικού νοσοκομείου (βλ. ερώτηση 8, πίνακας 12), ακολουθώντας και εφαρμόζοντας πιστά τις παραινέσεις και παρεμβάσεις αυτού, ως προς την υλοποίηση των θεραπευτικών στόχων αποκατάστασης και για τις δύο συστεγασμένες δομές (κέντρο ημέρας – Ξενώνας Δ'). Παρ' όλα αυτά όμως, διαπιστώθηκε η πρωτοβουλία από μέρος των φροντιστών να αποδώσουν μια συγκεκριμένη «ταυτότητα» για κάθε δομή με βάση τους διαφορετικούς θεραπευτικούς στόχους αποκατάστασης. Έτσι, εκδηλώθηκαν τάσεις διαχωρισμού των δύο δομών, με βάση τα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά του θεραπευτικού περιβάλλοντος (όπως π.χ. θεραπευτικοί στόχοι, οργάνωση, ομάδες δραστηριοτήτων των ασθενών κ.λ.π). Στην πρωτοβουλία τους αυτή, φαίνεται ότι συνέτεινε το χαρακτηριστικό της "**έντονης κινητικότητας**", στο θεραπευτικό περιβάλλον του κέντρου ημέρας από την μια και από την άλλη, το χαρακτηριστικό της "**σιωπηρής παρουσίας**" του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα Δ'.

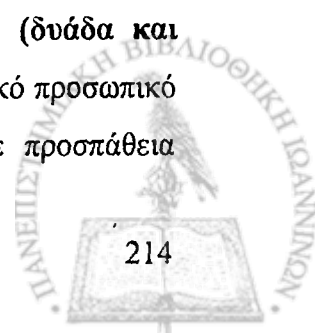
Ολοκληρώνοντας τα αποτελέσματα της Γ' φάσης σχετικά με το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Δ', αξίζει να σημειώσουμε ότι όπως και στον ξενώνα Γ', διαπιστώθηκαν δύο σημαντικά στοιχεία . Το πρώτο αφορά την ανάγκη ενίσχυσης της απόδοσης του επαγγελματικού και θεραπευτικού ρόλου, με βάση τα επιστημονικά κίνητρα αρχικά (π.χ. εκπαίδευση), αλλά και με όλα τα άλλα, όπως π.χ. οικονομικά, κοινωνικοί, γεγονός το οποίο αποδεικνύει ότι η μακροχρόνια επαγγελματική εμπειρία από μόνη της δε βοηθά στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού ρόλου και του έργου αποκατάστασης (βλ. ερωτήσεις 18, 19, πίνακας 12) και το δεύτερο αναφέρεται στη στάση της τοπικής κοινωνίας, η οποία χαρακτηρίστηκε ως μέτρια θετική, σχετικά με το έργο αποκατάστασης. Το γεγονός αυτό δηλώνει ότι πιθανόν η εμπειρία της κοινότητας στην συγκεκριμένη πόλη όπου βρισκόταν ο ξενώνας Δ', σχετικά με την οργάνωση και υλοποίηση αποκαταστασιακών δομών, δε φάνηκε να επηρέασε θετικά τη στάση της ως προς την αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών (βλ. ερωτήσεις 20, 21, πίνακας 12).

## 7.2. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 7.2.1. ΞΕΝΩΝΑΣ Α΄

Στην Α΄ φάση αναφορικά με την ανάπτυξη σχέσεων των μελών της θεραπευτικής ομάδας μεταξύ τους, διαπιστώθηκαν έντονες συγκρούσεις και διαφωνίες, ιδιαιτέρως ανάμεσα στα μέλη του επιστημονικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, με έντονα στοιχεία αντίστασης και δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς από την πλευρά του επιστημονικού προσωπικού. Το γεγονός αυτό οδήγησε στη δύσκαμπτη συνεργασία των μελών των δύο υπο-ομάδων. Στη Β΄ φάση, διαπιστώθηκαν τάσεις διαχωρισμού των μελών του επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού με βάση τον επαγγελματικό τους ρόλο. Έτσι, το «ανήκειν» σε μια συγκεκριμένη υπό – ομάδα (επιστημονικό ή νοσηλευτικό προσωπικό), οδήγησε σε μια μικρή «ενιαιοποίηση» της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα Α΄. Οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας μειώθηκαν σημαντικά, καθώς "μετατέθηκαν" σ' ένα άλλο επίπεδο, το εξωτερικό περιβάλλον και σε ό,τι αφορά τις εξωγενείς παρεμβάσεις στο θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα κατά τη διάρκεια της Γ΄ φάσης. Και στις τρεις φάσεις, διαπιστώθηκε ότι η θεραπευτική ομάδα του ξενώνα Α΄ δεν είχε πετύχει ένα σημαντικό βαθμό συσπείρωσης.

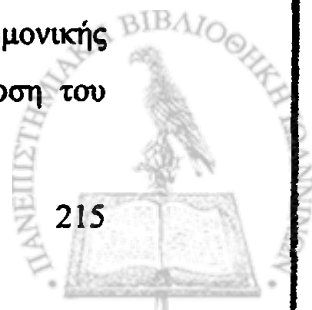
Αναφορικά με τις σχέσεις των μελών στις υπό – ομάδες (επιστημονικό, νοσηλευτικό, βοηθητικό προσωπικό αντίστοιχα), διαπιστώθηκε ότι και στις τρεις φάσεις, τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού είχαν αναπτύξει πολύ καλές σχέσεις συνεργασίας και διατηρούσαν έναν μεγάλο βαθμό συσπείρωσης. Επίσης, χαρακτηρίστηκαν από μια ιδιαίτερη ευελιξία, ως προς τη λήψη αποφάσεων για την οργάνωση του θεραπευτικού έργου και ως προς τον συντονισμό των κινήσεων τους. Αντίθετα, τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού δεν είχαν πετύχει έναν σημαντικό βαθμό συσπείρωσης και χαρακτηρίστηκαν από στοιχεία διάσπασης (δυάδα και μονάδα). Έτσι, και στις τρεις φάσεις της παρούσας έρευνας, το επιστημονικό προσωπικό με έντονα διασπαστικά στοιχεία και με στοιχεία αντίστασης σε κάθε προσπάθεια



διαμόρφωσης της οργάνωσης του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα Α', χαρακτηρίστηκε άμεσα απ' όλους τους φροντιστές ως μια αποκλειόμενη και απομονώσιμη υπό - ομάδα .

Σχετικά με τον καθορισμό του εσωτερικού επόπτη της θεραπευτικής ομάδας, διαπιστώθηκε ότι κατά την Α' φάση, δεν υπήρχαν ιδιαίτερες ενδείξεις για κάτι τέτοιο, παρά μόνο η ιδιαίτερη φροντίδα της Τ.Ε νοσηλεύτριας να διατηρεί τις ισορροπίες στα πλαίσια των σχέσεων της θεραπευτικής ομάδας. Αντίθετα, στο τέλος της Β' φάσης (Γ' Τρίμηνο) της παρούσας μελέτης, ολοκληρώθηκε η διαδικασία ανάδειξης του συντονιστή-επιστημονικού υπεύθυνου της θεραπευτικής ομάδας, που δεν ήταν άλλος από την Τ.Ε νοσηλεύτρια. Η ίδια μάλιστα ακολούθησε μια αυστηρή πολιτική ως προς την οργάνωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα, όπου κάθε κίνηση ή δραστηριότητα «περνούσε» από την δική της κριτική στάση.

Σχετικά με την ταύτιση και τη χρήση των επαγγελματικών ρόλων από την πλευρά όλων των φροντιστών, διαπιστώθηκε ότι στην Α' φάση τα μέλη της επιστημονικής ομάδας είχαν μια ιδιαίτερη αδυναμία χρήσης του ρόλου τους, κατά το θεραπευτικό έργο, ενώ αντίθετα τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας είχαν πετύχει ένα μεγάλο βαθμό ταύτισης με τον επαγγελματικό τους ρόλο. Στο πλαίσιο της δυσκολίας τους να χρησιμοποιήσουν ένα συγκεκριμένο επαγγελματικό ρόλο, η Τ.Ε νοσηλεύτρια οδηγήθηκε στην προσπάθεια επανακαθορισμού και επαναπροσδιορισμού των αρμοδιοτήτων τους. Έτσι, κατά τη Β' Φάση τα μέλη, υπό το καθεστώς μιας αυστηρής οργανωτικής πολιτικής, όπως ασκούσε η Τ.Ε νοσηλεύτρια, διαπιστώθηκε μια σημαντική προσπάθεια χρήσης των επαγγελματικών ρόλων από πλευράς των μελών της θεραπευτικής ομάδας, με στόχο την καλύτερη δυνατή συνεργασία μεταξύ τους, καθώς οι ανάγκες και απαιτήσεις του θεραπευτικού έργου υποχρέωναν κάτι τέτοιο. Όμως, παρ' όλη την προσπάθεια που επιτελέστηκε, διαπιστώθηκε ότι στην Γ' Φάση οι απόψεις των μελών του θεραπευτικού προσωπικού δίσταντο ως προς την χρήση και την απόδοση του επαγγελματικού τους ρόλου στο θεραπευτικό έργο. Ειδικότερα, τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας διατηρούσαν μια θετική στάση / προσδοκία σχετικά με την απόδοση και την αποτελεσματικότητα του ρόλου τους, ενώ τα μέλη της επιστημονικής ομάδας διατηρούσαν μια αρνητική στάση / προσδοκία σχετικά με την απόδοση του



επαγγελματικού ρόλου στο θεραπευτικό έργο.

Αναφορικά με τις σχέσεις των φροντιστών με τους φιλοξενούμενους – ασθενείς του ξενώνα, διαπιστώθηκε ότι και στις τρεις (3) φάσεις της παρούσας μελέτης, τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού διατηρούσαν μια αποστασιοποιημένη (απόμακρη) στάση με πολλά στοιχεία απόρριψης και φοβικής συμπεριφοράς προς τους ασθενείς. Μάλιστα, λόγω της φοβίας τους για την επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών, κάποια από τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού έκαναν λόγο και για την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων (π.χ. δύσπνοια, σφίξιμο στο στομάχι) (B' φάση). Αν και η λειτουργία των ομάδων δραστηριοτήτων και εργαστηρίων, έφερε εκ των πραγμάτων το επιστημονικό προσωπικό πολύ πιο κοντά στους ασθενείς, μειώνοντας κάπως τις αντιστάσεις και την απορριπτική συμπεριφορά των μελών, εντούτοις το γεγονός αυτό δεν οδήγησε στην εξάλειψη αυτών των φαινομένων. Έτσι, στη Γ' φάση και πάλι το επιστημονικό προσωπικό διατηρούσε στον ίδιο βαθμό (όπως και στη B' φάση), μια σχετικά απορριπτική στάση έναντι των ασθενών, με στοιχεία αποστασιοποίησης, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό διατηρούσε μια στάση αποδοχής ως προς τους ασθενείς – φιλοξενούμενους το ίδιο όπως και στην A' και B' φάση.

Αναφορικά με τον τρόπο λειτουργίας του θεραπευτικού προγράμματος κατά την A' φάση της παρούσας μελέτης, διαπιστώθηκε ότι οι ομάδες θεραπείας και οι ομάδες δραστηριοτήτων με τους ασθενείς χαρακτηρίστηκαν από έντονα στοιχεία άναρχης δόμησης όπως π.χ. μη πιστή εφαρμογή του ωραρίου, έλλειψη σαφούς περιεχομένου και στόχων, απρόσωπες χωρίς σταθερό πλαίσιο οριοθετημένης συμπεριφοράς, σταθερό συντονιστή των ασθενών. Αποτέλεσμα ήταν η αβίαστη εμφάνιση έκδηλων στοιχείων ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών (π.χ. βίαιη συμπεριφορά, τριγυρνούσαν άσκοπα στους δρόμους της πόλης κ.α.), γεγονός το οποίο τροφοδοτούσε την εκδήλωση απορριπτικής στάσης των μελών της επιστημονικής ομάδας προς αυτούς. Κατά την διάρκεια της B' και Γ' φάσης, οι ομάδες θεραπείας και οι ομάδες δραστηριοτήτων χαρακτηρίστηκαν από την τυπική παρουσία ενός σχετικά σταθερού συντονιστή (ψυχολόγος), γεγονός το οποίο απέδωσε μία συγκεκριμένη τυπική μορφή στις ομάδες, όμως εξακολουθούσαν να συνυπάρχουν οι



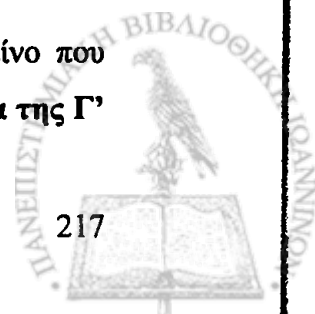
ασαφείς στόχοι και το ασαφές περιεχόμενο αυτών. Παράλληλα, ακόμη δεν υπήρχαν σαφή, σταθερά και προκαθορισμένα κοινά όρια συμπεριφοράς από πλευράς των φροντιστών προς τους ασθενείς.

Σχετικά με τα συναισθήματα που εκδηλώθηκαν κατά την πορεία εξέλιξης του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα Α', αξίζει να σημειώσουμε ότι αρχικά στην Α' φάση τα κυρίαρχα συναισθήματα ήταν αυτά του άγχους, της αμηχανίας και της έντονης ανασφάλειας των φροντιστών, ως προς την πορεία του θεραπευτικού έργου. Στη συνέχεια (Β' φάση), διαπιστώθηκε μια έντονα αρνητική έκφραση συναισθημάτων λεκτικά και έξω - λεκτικά, με κύριους αποδέκτες κυρίως τους ασθενείς. Στα τέλη της Β' φάσης και καθ' όλη την διάρκεια της Γ' φάσης, διαπιστώθηκε μια σχετική ύφεση των αρνητικών συναισθημάτων, ακολουθώντας μια φθίνουσα πορεία, η οποία κατέληξε σε ουδέτερα συναισθήματα .

Αναφορικά με την άποψη / στάση των μελών της ομάδας προσωπικού του ξενώνα Α', ως προς την αναγκαιότητα περισσότερης επιστημονικής και εκπαιδευτικής κατάρτισης, διαπιστώθηκε ότι και στις τρεις φάσεις της παρούσας μελέτης, όλα τα μέλη συμφώνησαν στην ανάγκη ύπαρξης πολλών εκπαιδευτικών προγραμμάτων, με στόχο την ενίσχυση της απόδοσης του εργασιακού και θεραπευτικού τους ρόλου. Παρ' όλα αυτά, όμως, δεν εκδηλώθηκε κάποια προσπάθεια αναζήτησης εκπαιδευτικού προγράμματος, από τον εσωτερικό επόπτη της θεραπευτικής ομάδας (ΤΕ νοσηλεύτρια).

Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι κατά την Α' φάση και σύμφωνα με τις απόψεις των μελών της θεραπευτικής ομάδας ως προς την παρουσία μιας νεοσύστατης και πρωτόγνωρης αποκαταστασιακής δομής (ξενώνας), η στάση της κοινότητας ήταν αρνητική. Αργότερα, (Β' και Γ' φάση) διαπιστώθηκε ότι με το σύντομο και σχετικά μικρό «άνοιγμα» της δομής προς την κοινότητα (π.χ. καλοκαιρινές διακοπές στην ευρύτερη περιοχή της κοινότητας, έξοδοι των ασθενών κ.λ.π), η στάση αυτής (κοινότητας) έγινε πιο θετική.

Ολοκληρώνοντας, είναι αναγκαίο να επισημάνουμε ότι το στοιχείο εκείνο που διαφοροποίησε το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα του Α' κατά τη διάρκεια της Γ'

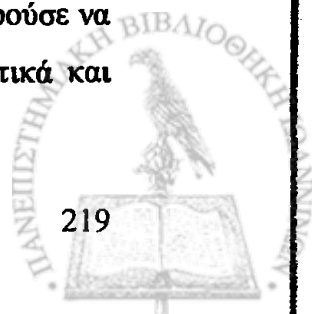


φάσης, σε σχέση με τις Α' και Β', ήταν η από κοινού στάση και διάθεση του θεραπευτικού προσωπικού να από - εξαρτηθεί από τις βοηθητικές και υποστηρικτικές παρεμβάσεις της διοίκησης του αντίστοιχου γενικού νοσοκομείου της περιοχής (αποκέντρωση Δομής).

### 7.2.2. ΞΕΝΩΝΑΣ Β'

Στην Α' φάση της παρούσας μελέτης, αναφορικά με την ανάπτυξη των σχέσεων των φροντιστών της ομάδας προσωπικού του ξενώνα Β', διαπιστώθηκε ότι τα μέλη κατέβαλαν μια αξιοσημείωτη και αποτελεσματική προσπάθεια συσπείρωσης και σύγκλισης μεταξύ τους, τόσο στα πλαίσια των υπό – ομάδων τους (επιστημονικό – νοσηλευτικό – βοηθητικό προσωπικό), όσο και στα πλαίσια της ευρύτερης θεραπευτικής ομάδας γενικά. Το γεγονός αυτό αποτέλεσε ένα διαφοροποιητικό στοιχείο ανάμεσα στον αναφερόμενο ξενώνα και τον ξενώνα του Α'. Παρ' όλο που απ' την αρχή κιόλας της λειτουργίας του ξενώνα, τα μέλη διέθεταν μια ιδιαίτερη ευελιξία ως προς τη συνεργασία τους και μέσα στις υπό – ομάδες όπου άνηκαν και στο σύνολο της θεραπευτικής ομάδας, εντούτοις κατά την διάρκεια της Β' φάσης, διαπιστώθηκαν στοιχεία δυσαρέσκειας από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού, για το λόγο ότι η επιστημονική ομάδα δεν επεδείκνυε την αρμόζουσα εμπιστοσύνη στο πρόσωπο τους. Παράλληλα, διαπιστώθηκαν κάποιες συγκρούσεις και διαφωνίες ανάμεσα στα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού που οδήγησαν στη διατήρηση των τυπικών σχέσεων μεταξύ τους, ενώ ταυτόχρονα προκλήθηκε ανισορροπία στο θεραπευτικό σύστημα – πλαίσιο του ξενώνα. Η διάθεση της Τ.Ε νοσηλεύτριας να αναλάβει την ευθύνη και την πρωτοβουλία της «συμμόρφωσης» των μελών της νοσηλευτικής ομάδας, προκάλεσε εντονότερες συγκρούσεις και μεγαλύτερη διάσπαση αυτών των μελών, καθώς οι λανθασμένοι χειρισμοί και η επίλυση τέτοιων προβλημάτων με «πυροσβεστικό» τρόπο, προκαλούσαν περισσότερη «πίεση» στην ομάδα. Η λύση δόθηκε στα τέλη της Β' και αρχές της Γ' φάσης, από τον ψυχολόγο μετά από αίτημα του προς τον υπεύθυνο ψυχίατρο του ξενώνα να υλοποιήσει ομάδες εκπαίδευσης του προσωπικού. Κατά τη διάρκεια της Γ' φάσης, η θεραπευτική ομάδα επανήλθε στα αρχικά όρια της συσπείρωσης της, λειτουργώντας ως ένα «ενιαίο όλο».

Σχετικά με τον καθορισμό του εσωτερικού επόπτη της θεραπευτικής ομάδας, διαπιστώθηκε ότι, σε αντίθεση με τον ξενώνα του Α', μόνο ο ψυχολόγος θα μπορούσε να κατακτήσει αυτόν τον τίτλο από την Α' κιόλας Φάση, με βάση τα εκπαιδευτικά και



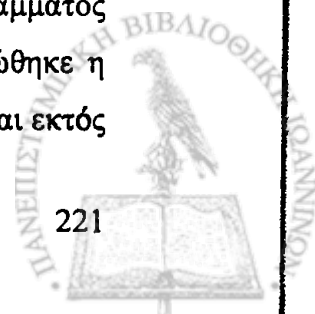
επιστημονικά του προσόντα. Ο ίδιος, ως συντονιστής της θεραπευτικής ομάδας επιδόθηκε σ' έναν ευέλικτο και ορθοθετημένο συντονισμό των κινήσεων στην άμεση διευθέτηση προβλημάτων, με την άμεση και συνετή λήψη αποφάσεων και στην ανάπτυξη πρωτοβουλιών και καινοτομιών (Γ' φάση). Ως ιδιαίτερα επιβλητική παρουσία, κατάφερε να διαμορφώσει και να διατηρήσει ένα αυστηρά οργανωμένο θεραπευτικό περιβάλλον, όπου όλες οι αποφάσεις λαμβάνονταν με την δική του συγκατάθεση.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο που διαφοροποίησε κατά πολύ τον ξενώνα Β' από τον Α', ήταν ο άμεσος αυτό – προσδιορισμός των μελών της θεραπευτικής ομάδας, με βάση τους επαγγελματικούς τους ρόλους. Η «απόσταση» που δημιουργήθηκε ανάμεσα στις δύο βασικές υπό – ομάδες (επιστημονικό – νοσηλευτικό προσωπικό), με βάση τη διευθέτηση και οργάνωση των χώρων εργασίας τους αντίστοιχα (π.χ. επιστημονικό προσωπικό – ισόγειος χώρος / νοσηλευτικό προσωπικό – α' όροφος), κατά τη διάρκεια της Α' φάσης, βοήθησε στην διαμόρφωση και τον προσδιορισμό των επαγγελματικών ορίων στη χρήση των ρόλων τους. Παρ' όλα αυτά, και ενώ μέχρι τότε (Α' φάση), οι τεχνίτριες βοηθούσαν το νοσηλευτικό προσωπικό ως προς την κάλυψη του εβδομαδιαίου προγράμματος του ξενώνα με βάρδιες απογευματινές, εντούτοις στη Β' φάση προκλήθηκε μια σχετική ενόχληση από πλευράς νοσηλευτριών, αναφορικά με την γνώση των επαγγελματικών ορίων από την ομάδα των τεχνιτριών. Οι τελευταίες απευθύνθηκαν στη διοίκηση του αντίστοιχου γενικού νοσοκομείου της πόλης, προκειμένου να τους αποδοθούν σχετικές διευκρινίσεις, περί των επαγγελματικών αρμοδιοτήτων τους, μέσω ενός καθηκοντολογίου. Τελικά, το πρόβλημα λύθηκε τόσο με την άμεση παρέμβαση του νοσοκομείου, όσο και με την διάθεση του ψυχολόγου (εσωτερικός επόπτης), να προκαλέσει περισσότερες συσπειρωτικές τάσεις. Στη Γ' φάση, όλοι σχεδόν οι φροντιστές ήταν ικανοποιημένοι ως προς την χρήση των επαγγελματικών ρόλων μέσα σε συγκεκριμένα όρια – πλαίσια. Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι διατηρούσαν θετικές στάσεις και προσδοκίες ως προς την απόδοση και αποτελεσματικότητα του εργασιακού / θεραπευτικού τους ρόλου στο θεραπευτικό έργο αποκατάστασης των ασθενών.

Αναφορικά με τις σχέσεις που αναπτύχθηκαν ανάμεσα στους φροντιστές και τους ασθενείς – φιλοξενούμενους του ξενώνα, διαπιστώθηκε ότι κατά την Α' φάση το

επιστημονικό προσωπικό διατηρούσε μια σχετικά μεγάλη «απόσταση» (κοινωνική) σε σχέση με τους ασθενείς, ενώ παράλληλα λειτουργούσε μια στάση αποδοχής ως προς αυτούς. Αντίθετα, το νοσηλευτικό προσωπικό διατηρούσε εκ των πραγμάτων μια «μικρή» απόσταση (κοινωνική) σε σχέση με τους ασθενείς, ενώ παράλληλα αναπτύχθηκαν φοβικές τάσεις και μια πιο απόμακρη στάση ως προς αυτούς (τους ασθενείς). Κατά τη διάρκεια της Β' φάσης, διαπιστώθηκε μια φθίνουσα πορεία εξέλιξης ως προς την διατηρούμενη μεγάλη απόσταση των μελών της επιστημονικής ομάδας σε σχέση με τους ασθενείς, ενώ από την άλλη διαπιστώθηκε μια αυξητική πορεία στην εξέλιξη των φοβικών τάσεων και συναισθημάτων, με έντονα στοιχεία δυσκολίας στην επικοινωνία ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό και τους ασθενείς. Κατά τη Γ' φάση, διαπιστώθηκαν εμφανώς κάποια στοιχεία θετικών στάσεων και προσδοκιών, απ' όλα σχεδόν τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, ως προς την πορεία εξέλιξης των ασθενών – φιλοξενουμένων του ξενώνα, στην αποκατάσταση. Παράλληλα, μειώθηκαν στο ελάχιστο οι φοβικές στάσεις των μελών του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς αυξήθηκε σημαντικά ο καθημερινός διαθέσιμος χρόνος εργασίας όχι μόνο των νοσηλευτριών, αλλά και των μελών του επιστημονικού προσωπικού με τους ασθενείς γεγονός το οποίο επεδείκνυε την αρχή της λειτουργίας της συμπληρωματικότητας των ρόλων των φροντιστών του ξενώνα.

Σχετικά με την λειτουργία του θεραπευτικού προγράμματος, αξίζει να σημειωθεί ότι από την Α' φάση, ακολουθήθηκε η πιστή εφαρμογή λειτουργίας ομάδων θεραπείας και ομάδων δραστηριοτήτων με τους ασθενείς. Οι ομάδες ήταν σαφώς στόχο – κατευθυνόμενες, καλά δομημένες, με αυστηρά και συγχρόνως ευέλικτα όρια στην οργάνωση τους και τέλος, με σαφή και σταθερά όρια συμπεριφοράς από πλευράς των φροντιστών. Το γεγονός αυτό, οδήγησε τους ασθενείς στην εκδήλωση κοινωνικά αποδεκτών μορφών συμπεριφοράς που δεν θύμιζαν σε τίποτα τη συμπεριφορά των ασθενών στον ξενώνα Α'. Κατά την διάρκεια της Β' φάσης, διαπιστώθηκε μια σχετική χαλαρότητα ως προς την εφαρμογή του προγράμματος ομάδων με τους ασθενείς, ιδιαίτερος στο Β' Τρίμηνο της εν λόγω φάσης. Όμως, από τα τέλη της Β' φάσης και καθ' όλη την διάρκεια της Γ' φάσης, η λειτουργία του θεραπευτικού προγράμματος επανήλθε στα πιστά πλαίσια – όρια εφαρμογής του και παράλληλα διαπιστώθηκε η διάθεση της από κοινού συμμετοχής σε δραστηριότητες φροντιστών – ασθενών και εκτός



του περιβάλλοντος του ξενώνα (όπως π.χ. από κοινού περίπατος στην πόλη μαζί για τα ψώνια και τις αγορές κ.α.)

Σχετικά με την άποψη / στάση των φροντιστών της ομάδας προσωπικού του ξενώνα Β', ως προς την αναγκαιότητα περισσότερης επιστημονικής και εκπαιδευτικής κατάρτισης, διαπιστώθηκε ότι και στις τρεις φάσεις της παρούσας μελέτης, όπως και τον ξενώνα Α', όλοι οι φροντιστές συμφωνούσαν στην **αναγκαία ύπαρξη πολλών εκπαιδευτικών προγραμμάτων**, με στόχο την ενίσχυση της απόδοσης του εργασιακού και θεραπευτικού τους ρόλου.

Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι κατά την Α' φάση και σύμφωνα με τις απόψεις των μελών της θεραπευτικής ομάδας, η **στάση της κοινότητας** ως προς την παρουσία μιας νεοσύστατης και πρωτόγνωρης αποκαταστασιακής δομής (ξενώνας), ήταν αρνητική. Αργότερα, (Β' και Γ' φάση), διαπιστώθηκε ότι με το **σχετικά μικρό «άνοιγμα» της δομής προς την κοινότητα** (π.χ. καλοκαιρινές διακοπές στην ευρύτερη περιοχή, συχνές εκδρομές, έξοδοι προς την πόλη κ.λ.π), η στάση της έγινε **πιο θετική**.

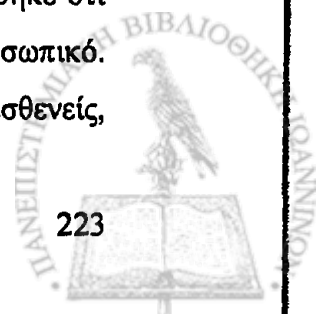
Ολοκληρώνοντας, είναι αναγκαίο να επισημάνουμε ότι όπως και στον ξενώνα Α', κατά την διάρκεια της Γ' φάσης, διαπιστώθηκε **μια κοινή τάση και διάθεση του θεραπευτικού προσωπικού του ξενώνα Β' να «από – εξαρτηθεί» από τις υποστηρικτικές υπηρεσίες της διοίκησης του αντίστοιχου γενικού νοσοκομείου της πόλης**, παρ' όλο που διατηρούσαν καλές σχέσεις μεταξύ τους.

### 7.2.3. ΞΕΝΩΝΑΣ Γ'

Το θεραπευτικό προσωπικό του ξενώνα Γ' διαπιστώθηκε ότι πολύ πιο πριν την έναρξη λειτουργίας του ξενώνα είχε χαρακτηριστεί από πολύ καλές σχέσεις συνεργασίας των μελών του, καθώς αυτά (τα μέλη), αποτελούσαν την κύρια θεραπευτική ομάδα προετοιμασίας των ασθενών για αποκατάσταση (διαβίωση στην κοινότητα), ως εργαζόμενοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο ψυχιατρικό νοσοκομείο. Έτσι, κατά τη διάρκεια της Β' και Γ' Φάσης της παρούσας μελέτης, τα μέλη της ομάδας αποκατάστασης στον αντίστοιχο ξενώνα, χαρακτηρίστηκαν από τη μεγάλη ευχέρεια και ευελιξία στη διαμόρφωση σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ τους και συμπληρωματικότητας των ρόλων τους. Επίσης, διαπιστώθηκε ένα αρκετά οργανωμένο θεραπευτικό περιβάλλον, κατά τα πρότυπα οργάνωσης του ψυχιατρικού νοσοκομείου, όπου το κύριο χαρακτηριστικό στοιχείο ήταν η μεγάλη αποφασιστικότητα των μελών (φροντιστών) και η ελεύθερη ανάληψη πρωτοβουλιών, ως προς την επίλυση τυχόν προβλημάτων.

Οι σχέσεις των μελών μεταξύ των υπό - ομάδων (επιστημονικό - νοσηλευτικό προσωπικό), χαρακτηρίστηκαν ως άριστες, παρ' όλο που δεν είχαν συχνή επαφή και επικοινωνία μεταξύ τους καθημερινά (ο ψυχολόγος και η κοινωνική λειτουργός επισκέπτονταν τον ξενώνα μόνο δύο φορές την εβδομάδα). Η ιεραρχική οργάνωση των μελών της θεραπευτικής ομάδας αναπτύχθηκε και αυτή κατά τα πρότυπα της ιεραρχικής οργάνωσης του ψυχιατρικού νοσοκομείου, με καθορισμένο εσωτερικό επόπτη την Τ.Ε νοσηλεύτρια. Ο καθορισμός του εσωτερικού επόπτη της θεραπευτικής ομάδας και η επιλογή του από την ομάδα του νοσηλευτικού προσωπικού, έγινε κυρίως γιατί η ομάδα των νοσηλευτριών αποτελούσε το κυρίαρχο ανθρώπινο εργασιακό δυναμικό του ξενώνα (ο μεγαλύτερος διαθέσιμος εργάσιμος χρόνος από την πλευρά των νοσηλευτριών).

Αναφορικά με τις σχέσεις των φροντιστών με τους ασθενείς, διαπιστώθηκε ότι είχαν αναπτυχθεί άριτες σχέσεις ανάμεσα τους, ιδιαίτερος το νοσηλευτικό προσωπικό. Αντίθετα, το βοηθητικό προσωπικό διατηρούσε τυπικές σχέσεις με τους ασθενείς,



γεγονός το οποίο διαφοροποιεί το συγκεκριμένο ξενώνα από τους ξενώνες Α' και Β', όπου εκεί το βοηθητικό προσωπικό είχε αναπτύξει πολύ καλές (ζεστές) σχέσεις με τους ασθενείς. Το θεραπευτικό πρόγραμμα των ομάδων θεραπείας και δραστηριοτήτων λειτουργούσε με μεγάλη συνέπεια, ενώ ακολουθούνταν κοινά και πιστά όρια συμπεριφοράς απ' όλους τους φροντιστές ως προς τους ασθενείς τους. Αξιοσημείωτο ήταν το γεγονός όμως ότι ενώ οι σχέσεις μεταξύ φροντιστών και ασθενών χαρακτηρίστηκαν ως πολύ καλές, εντούτοις οι φροντιστές (και κυρίως το νοσηλευτικό προσωπικό), βίωναν συναισθήματα **ματαίωσης** ως προς την αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού έργου αποκατάστασης. Ειδικότερα, τόσο στη Β', όσο και στην Γ' φάση, όλοι οι φροντιστές και ιδιαίτερος οι νοσηλευτές, διατηρούσαν μια μικρή επιφύλαξη ως προς την πορεία των ασθενών στην αποκατάσταση, η οποία πολλές φορές εκφραζόταν με την τήρηση μιας έμμεσα απόμακρης ή και απορριπτικής στάσης που δεν γινόταν άμεσα αντιληπτή από τους ίδιους προς τους ασθενείς (π.χ. «απέφευγαν τις από κοινού δραστηριότητες», «υποστήριζαν ότι οι ασθενείς τα κάνουν όλα μόνοι τους» κ.α.). Το γεγονός της ύπαρξης συναισθημάτων «ματαίωσης», από την πλευρά των φροντιστών, πιθανόν να είχε επηρεάσει αρνητικά και την στάση τους ως προς την απόδοση του εργασιακού θεραπευτικού τους ρόλου. Αν και οι ίδιοι (οι φροντιστές), δήλωναν ότι ήταν ικανοποιημένοι από την χρόνια επαγγελματική τους εμπειρία στο χώρο της αποκατάστασης, εντούτοις αναζητούσαν και αυτοί τα επιστημονικά κίνητρα για την ενίσχυση του εργασιακού τους ρόλου, όπως και αντίστοιχα συνέβαινε στις θεραπευτικές ομάδες των ξενώνων Α' και Β'.

Ολοκληρώνοντας, εκείνο που αξίζει να επισημάνουμε είναι ότι και στη Β' και στη Γ' φάση, διαπιστώθηκε η αρνητική στάση της κοινότητας σχετικά με την ύπαρξη τέτοιων αποκαταστασιακών δομών, με βάση πάντα τις απόψεις των μελών της θεραπευτικής ομάδας. Το γεγονός αυτό δεν φαίνεται να διαφοροποιεί ως προς την συγκεκριμένη παραπάνω άποψη, τον ξενώνα Γ' από τους Α' και Β'. Εκείνο όμως που διαφοροποιεί το θεραπευτικό περιβάλλον του συγκεκριμένου ξενώνα από αυτό των άλλων δύο (Α' και Β'), είναι ότι δεν διαπιστώθηκε καμία τάση ή διάθεση των μελών του θεραπευτικού προσωπικού, για από – εξάρτηση ή αυτονόμηση (αποκέντρωση) της δομής. Αντίθετα, μάλιστα, διαπιστώθηκε μια ιδιαίτερα ανεπτυγμένη εξαρτητική σχέση ανάμεσα στη διοίκηση του ψυχιατρικού νοσοκομείου και του θεραπευτικού

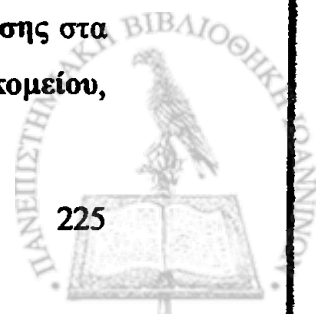


προσωπικού του ξενώνα.

#### 7.2.4. ΞΕΝΩΝΑΣ Δ'

Πριν ξεκινήσουμε την παρουσίαση της πορείας της εξέλιξης του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα Δ', πρέπει να επισημάνουμε δύο βασικά στοιχεία που χαρακτήρισαν τη συγκεκριμένη δομή. Το πρώτο αφορά το ίδιο το θεραπευτικό προσωπικό, το οποίο αποτελούνταν από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, πρώην εργαζόμενους σε τμήμα ή δομή αποκατάστασης του ψυχιατρικού νοσοκομείου και το δεύτερο στοιχείο αναφερόταν στην ιδιαιτερότητα της συγκεκριμένης δομής, η οποία συστεγάζονταν στο ίδιο οίκημα με το Κέντρο Ημέρας Ενηλίκων (Κέντρο Ημέρας – ισόγειος χώρος / ξενώνας Δ' – πρώτος όροφος).

Οι δύο αναφερόμενες αποκαταστασιακές δομές, διαφοροποιούνταν μεταξύ τους ως προς τον πληθυσμό των ασθενών που παρακολουθούσε το θεραπευτικό πρόγραμμα στην αντίστοιχη δομή. Ειδικότερα, το πρόγραμμα του Κέντρου Ημέρας παρακολουθούσαν ημερησίως ασθενείς που διέμεναν στην κοινότητα, ενώ το θεραπευτικό πρόγραμμα του ξενώνα Δ' παρακολουθούσαν ασθενείς που νοσηλεύονταν για πολλά χρόνια στο ψυχιατρικό νοσοκομείο (ασυλικοί ασθενείς). Στο μόνο πράγμα που δεν διαφοροποιούνταν οι δύο δομές μεταξύ τους, ήταν η υποστήριξη τους από την ίδια ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας και από τον ίδιο ορισμένο από το ψυχιατρικό νοσοκομείο επιστημονικό υπεύθυνο (ΤΕ νοσηλεύτρια). Σ' αυτό το σημείο αξίζει να επισημάνουμε ότι προηγήθηκε η ίδρυση και η λειτουργία του Κέντρου Ημέρας, έναντι του ξενώνα Δ', ο οποίος ιδρύθηκε και λειτούργησε αργότερα με την έναρξη της Α' φάσης του προγράμματος αποκατάστασης «Ψυχαργώς». Στα πλαίσια αυτών των εξελίξεων, από τις αρχές της Β' φάσης της παρούσας μελέτης, διαπιστώθηκε ότι η θεραπευτική ομάδα είχε αναπτύξει ιδιαίτερα καλές σχέσεις συνεργασίας και εμπιστοσύνης ανάμεσα στα μέλη της, με σημαντικά στοιχεία συσπείρωσης και καλής οργάνωσης στο σύνολο της. Όμως, η άσκηση της συμμορφωτικής πίεσης στα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, από την διοίκηση του ψυχιατρικού νοσοκομείου,

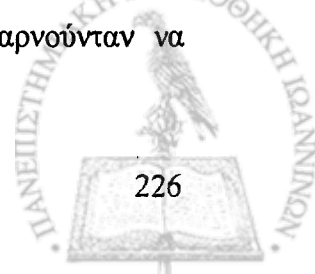


προκειμένου να εργαστούν παράλληλα και στις δύο δομές (Κέντρο Ημέρας και Ξενώνας Δ'), προκάλεσε έντονα στοιχεία διάσπασης της ομάδας. Το γεγονός ότι τα μέλη (ιδιαίτερα η νοσηλευτική ομάδα), υποχρεώθηκαν να παρέχουν θεραπευτικό έργο και στις δύο δομές ταυτόχρονα, προκάλεσε συναισθήματα δυσφορίας και μερικής έκδηλης αποστροφής προς τους ασυλικούς ασθενείς. Αξιοσημείωτη ήταν η έκφραση αδυναμίας της ομάδας να διατηρήσει τις ισορροπίες της και μια καλή οργάνωση, καθώς, όπως έλεγαν, αδυνατούσαν να προσφέρουν διαφορετικού είδους θεραπευτικό έργο παράλληλα σε δυο διαφορετικές δομές αποκατάστασης. Μάλιστα, το νοσηλευτικό προσωπικό αντιδρώντας στην άσκηση πίεσης από το ψυχιατρικό νοσοκομείο, έκανε λόγο διακριτικά για την ανάγκη του να εργαστεί πλέον σ' ένα θεραπευτικό περιβάλλον το οποίο δεν θα θύμιζε σε τίποτε το ψυχιατρείο, υπονοώντας το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Δ' που φιλοξενούσε ασυλικούς ασθενείς (αρνητική στάση προς ασυλικούς ασθενείς).

Στα τέλη της Β' φάσης και με την περισσότερο συμμετοχή και «ανακουφιστική» παρουσία των μελών του επιστημονικού προσωπικού (ψυχολόγος, κοινωνική λειτουργός κ.α.), η θεραπευτική ομάδα επέδειξε μια μεγαλύτερη τάση για συσπείρωση των μελών της σαν μια «άμυνα προς την διάσπαση που προκλήθηκε και ταυτόχρονα «υπέκυψε» στις συμμορφωτικές πιέσεις του ψυχιατρικού νοσοκομείου στα πλαίσια του νέου πλέον εργασιακού καθεστώτος, η νοσηλευτική και η επιστημονική ομάδα κατέβαλαν μια ιδιαίτερη προσπάθεια για αναδιοργάνωση και αναδιαμόρφωση των θεραπευτικών ρόλων και του θεραπευτικού έργου αποκατάστασης.

Επίσης, εκείνο που πρέπει να επισημάνουμε σχετικά με τις σχέσεις των φροντιστών με τους ασθενείς, είναι ότι στα τέλη της Β' φάσης και καθ' όλη την διάρκεια της Γ' φάσης, το νοσηλευτικό προσωπικό διατηρούσε μια μικρή επιφυλακτική στάση έναντι των ασθενών του ξενώνα Δ', με στοιχεία τυπικότητας και μιας σχετικά μικρής αμυντικής συμπεριφοράς. Αντίθετα, το επιστημονικό προσωπικό διατηρούσε θετικότερες στάσεις απέναντι στους ασθενείς.

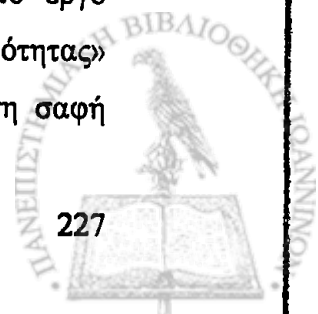
Η παραπάνω «διττή στάση» από την πλευρά του θεραπευτικού προσωπικού, διαπιστώθηκε ότι από την μια προκάλεσε μια έντονη αρνητική συμπεριφορά με στοιχεία μόνωσης από την πλευρά των ασθενών του ξενώνα Δ', οι οποίοι αρνούσαν να



συμμετέχουν σε κάποιες από τις ομάδες δραστηριοτήτων του Κέντρου Ημέρας. Από την άλλη, απέφυγαν οποιαδήποτε σχέση και επικοινωνία με το σύνολο των ασθενών του Κέντρου Ημέρας, διαχωρίζοντας τους εαυτούς τους ως οι «άνω», έναντι των «κάτω» ασθενών. Μόνο προς τα τέλη της Γ' φάσης σημειώθηκε μια μικρή αλλά σημαντική αλλαγή στη στάση των ασθενών του ξενώνα Δ', προς τους ασθενείς του Κέντρου Ημέρας. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε ότι μειώθηκε σημαντικά η «αντίσταση» των ασθενών του ξενώνα Δ', προς κάθε πρωτοβουλία του θεραπευτικού προσωπικού να προωθήσει την αλληλεπίδραση αυτών (των παραπάνω), με τους ασθενείς του Κέντρου Ημέρας (όπως π.χ. συμμετοχή σε κοινές ομάδες δραστηριοτήτων κ.λ.π). Το γεγονός αυτό συνέπεσε με την ταυτόχρονη μείωση των «αντιστάσεων» των φροντιστών σχετικά με την παράλληλη εργασία τους και στις δύο δομές ταυτόχρονα. Δύο ήταν οι λόγοι που οδήγησαν σ' αυτό:

- i. Η πλήρης συμμόρφωση των φροντιστών στις επιταγές του ψυχιατρικού νοσοκομείου.
- ii. Η ανά τακτά χρονικά διαστήματα ανακουφιστική παρουσία (εξωτερική παρέμβαση) του επιστημονικού προσωπικού, προερχόμενου από το ψυχιατρικό νοσοκομείο, με χαρακτήρα αποστολής βοήθειας στο δύσκολο έργο του θεραπευτικού προσωπικού (παρουσίαση θετικής εικόνας του ψυχιατρικού νοσοκομείου παρόλες τις πιέσεις.
- iii. Η ευχέρεια που είχαν αναπτύξει, λόγω επαγγελματικής εμπειρίας να προωθήσουν τη μεγαλύτερη δυνατή συσπείρωση στην ομάδα τους, η οποία μπορούσε να επιτευχθεί πιο εύκολα λόγω του μικρού αριθμού των μελών του προσωπικού.

Ολοκληρώνοντας την παρουσίαση των αποτελεσμάτων, με βάση την πορεία και την εξέλιξη της οργάνωσης του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα Δ', αξίζει να σημειώσουμε ότι κατά την διάρκεια της Γ' φάσης, το θεραπευτικό προσωπικό προσπάθησε να διαφοροποιήσει το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα, από εκείνο του Κέντρου Ημέρας, με βάση την απόδοση του θεραπευτικού τους ρόλου στο έργο αποκατάστασης των ασθενών και των δύο δομών (πρωτοβουλία απόδοσης «ταυτότητας» σε κάθε δομή). Το γεγονός αυτό βοήθησε πολύ στον επανακαθορισμό και τη σαφή



διάκριση της λειτουργίας των θεραπευτικών – εργασιακών ρόλων στο θεραπευτικό έργο αποκατάστασης των ασθενών της αντίστοιχης δομής, με σκοπό την καλύτερη δυνατή απόδοση και αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών τους στόχων. Παράλληλα, οι φροντιστές επιζητούσαν την ενίσχυση του θεραπευτικού τους ρόλου με τα επιστημονικά κίνητρα (περισσότερη εκπαίδευση) περισσότερο, παρά με τα υπόλοιπα όπως οικονομικά, αγωγή – ενημέρωση της κοινότητας . Αξιοσημείωτο επίσης, είναι το γεγονός ότι η ιεραρχική οργάνωση του θεραπευτικού προσωπικού του ξενώνα Δ', ακολούθησε τα πρότυπα οργάνωσης του ψυχιατρικού νοσοκομείου, με τον καθορισμό του εσωτερικού επόπτη της θεραπευτικής ομάδας από την ομάδα του νοσηλευτικού προσωπικού (Τ.Ε νοσηλεύτρια – προϊσταμένη). Οι σχέσεις που διατηρούνταν ανάμεσα στα μέλη της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα Δ' και της διοίκησης του ψυχιατρικού νοσοκομείου, θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως σχέσεις εξαρτητικές, καθώς τα μέλη συμμορφώνονταν πλήρως στις επιταγές του ιδρύματος και όπως ήταν φυσικό δεν επέδειξαν καμιά τάση ή διάθεση για αυτονόμηση ή αποκέντρωση της δομής.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ξεκινώντας από τα κοινά διακριτά σημεία ομοιότητας των ξενώνων Α' και Β' αξίζει να επισημάνουμε ότι και οι δύο (2) ξενώνες αποτελούσαν νεοσύστατες δομές, οι οποίες βρισκόνταν σε πόλεις όπου ποτέ πριν δεν είχαν παρόμοια εμπειρία στην ύπαρξη και διαμόρφωση τέτοιων παρόμοιων ψυχιατρικών εναλλακτικών δομών περίθαλψης και αποκατάστασης ψυχιατρικών ασθενών. Παράλληλα, τα αντίστοιχα γενικά νομαρχιακά νοσοκομεία δεν είχαν ποτέ στο παρελθόν κάποια παρόμοια εμπειρία υλοποίησης προγραμμάτων αποκατάστασης όπως π.χ. πρόγραμμα Leros I, Leros II, ούτε και είχαν αναπτύξει ένα οργανωμένο δίκτυο υπηρεσιών ψυχιατρικής περίθαλψης (π.χ. ψυχιατρική κλινική, Κέντρο ψυχικής υγείας κ.λ.π). Με την ευκαιρία της υλοποίησης του δεκαετούς ευρωπαϊκού προγράμματος αποκατάστασης «Ψυχαργός, 2000 – 2010», τα νοσοκομεία, άρχισαν να αναπτύσσουν για πρώτη φορά δομές αποκατάστασης ψυχιατρικών ασθενών, στα πλαίσια λειτουργίας των αρχών της Κοινοτικής Ψυχιατρικής (π.χ. αρχή της τομεοποίησης) και ενός καλά οργανωμένου σχεδιασμού εναλλακτικής ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα.

Αντίθετα, οι ξενώνες Γ' και Δ', αποτελούσαν μονάδες μιας συνεχιζόμενης εξελικτικής πορείας της υλοποίησης προγραμμάτων αποκατάστασης ψυχιατρικών ασθενών, καθώς το υπάρχον ψυχιατρικό νοσοκομείο είχε ήδη αποκτήσει μια μεγάλη εμπειρία στο σχεδιασμό και την υλοποίηση παρόμοιων προγραμμάτων αποκατάστασης και στη διαμόρφωση ενός δικτύου εναλλακτικών δομών ψυχιατρικής περίθαλψης. Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, τα οποία διαφοροποιούσαν τους μεν ξενώνες Α' και Β' από τους ξενώνες Γ' και Δ', κρίθηκε σκόπιμη η κριτική επεξεργασία των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης, αρχικά για τους ξενώνες Α' και Β' και κατόπιν των Γ' και Δ'.

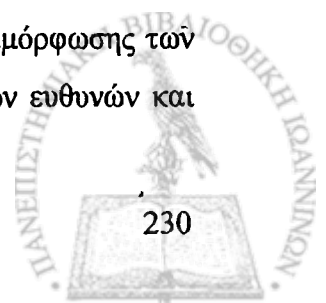
## **8.1. ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ Α' ΚΑΙ Β'**

Ξεκινώντας από τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος στους αντίστοιχους ξενώνες Α' και Β', εκείνο που πρέπει να επισημάνουμε είναι ότι τόσο στον ξενώνα Β', όσο και στον Α', το κυρίαρχο φύλο ανάμεσα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονταν ως φροντιστές των ξενώνων ήταν γυναίκες, ηλικίας από δεκαοχτώ έως πενήντα ετών (18 – 50). Οι περισσότερες απ' αυτές ήταν νοσηλεύτριες. Αντίθετα, ο αριθμός των αντρών που εργάζονταν στις δομές αυτές, αντίστοιχα, ήταν λιγοστός. Ειδικότερα, ένας (1) άντρας – βοηθός προσωπικού, στον ξενώνα του Α' και δύο (2) άντρες: ψυχολόγος – βοηθός προσωπικού, στον ξενώνα Β'.

Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι κανένας από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονταν στους αντίστοιχους ξενώνες, δεν είχε αποκτήσει προηγούμενη επαγγελματική εμπειρία, ούτε καν είχε εξειδικευθεί, αποκτώντας κάποιον μεταπτυχιακό τίτλο. Η μόνη εκπαίδευση η οποία διεύρυνε κατά κάποιον τρόπο τις γνώσεις και τις δεξιότητες τους, ήταν η παρεχόμενη στα πλαίσια του προγράμματος «Ψυχαργώς», ενός μήνα εκπαίδευση στο ψυχιατρικό νοσοκομείο που είχε αναλάβει τη διαχείριση του προγράμματος. Η επιλογή εργασίας στις συγκεκριμένες δομές, έγινε με βάση την προσωπική – ατομική απόφαση (π.χ. ανάγκη για εργασία).

### **8.1.1. Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ Η ΔΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που αφορούν την οργάνωση και τη δόμηση του συστήματος του ξενώνα Α', διαπιστώθηκε όπως είδαμε, ότι χαρακτηρίστηκε από μια δυσλειτουργία, ως προς τη διαμόρφωση ενός λεπτομερούς εργασιακού προγράμματος από τη μια και από την άλλη από μια δυσκαμψία ως προς τον τρόπο διαμόρφωσης των επιμέρους σχέσεων των μελών της θεραπευτικής ομάδας. Το σύνολο των ευθυνών και

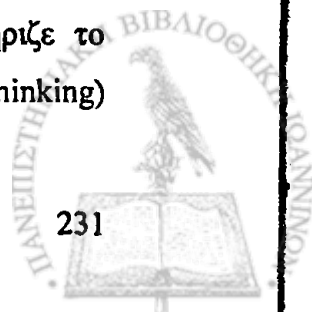


των αρμοδιοτήτων των φροντιστών φάνηκε να μην μορφοποιείται από την αρχή της λειτουργίας του ξενώνα (Α' Φάση), με αποτέλεσμα την δυσκολία χειρισμού και χρήσης των επαγγελματικών ρόλων, ιδιαίτερος από το επιστημονικό προσωπικό και την ανάπτυξη στοιχείων στατικότητας ως προς την περαιτέρω ανάπτυξη θεραπευτικών στόχων.

Αντίθετα, ο ξενώνας Β' διακρίθηκε για τη λειτουργικότητα ως χαρακτηριστικό στοιχείο της οργάνωσής του (Μαδιανός 1994). Ειδικότερα, διαπιστώθηκε η διαμόρφωση ενός λεπτομερούς εργασιακού προγράμματος, από την αρχή της λειτουργίας του ξενώνα, με συγκεκριμένες αναφορές στις ευθύνες και τις αρμοδιότητες των μελών της θεραπευτικής ομάδας. Το συγκεκριμένο θεραπευτικό σύστημα του ξενώνα Β', χαρακτηρίστηκε από μια ευελιξία και μια διαρκή ετοιμότητα στις αλλαγές, γεγονός το οποίο σύμφωνα με τον Μαδιανό (1994) και τον Δαμίγο (2003), προϋποθέτει μια ιδιαίτερη εκπαιδευτική προετοιμασία των φροντιστών, πριν εργαστούν σε μια τέτοια αποκαταστασιακή δομή. Όμως, μια τέτοια εκπαιδευτική προετοιμασία των φροντιστών των αντίστοιχων ξενώνων, στο χώρο του ψυχιατρικού νοσοκομείου, φαίνεται πως δεν βοήθησε στον ίδιο βαθμό τις αντίστοιχες θεραπευτικές ομάδες των ξενώνων Α' και Β', γεγονός το οποίο διαφοροποίησε τον έναν ξενώνα, απ' τον άλλο.

Αν και ο «μηχανιστικός» τύπος διαχείρισης (Μαδιανός, 1994), με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, όπως:

- i. Την ιεραρχημένη εξουσία
- ii. Την επιβαλλόμενη επικοινωνία
- iii. Τους αυστηρά προκαθορισμένους θεραπευτικούς στόχους (αυστηρή οργάνωση θεραπευτικού περιβάλλοντος)
- iv. Την επίλυση των συγκρούσεων
- v. Τον καθορισμό του εσωτερικού επόπτη της θεραπευτικής ομάδας με βάση τα επιστημονικά προσόντα, ήταν αυτός που διαπιστώθηκε ότι χαρακτήριζε το σύστημα του ξενώνα Β' (σύστημα ανάληψης στόχων (purposive system thinking))



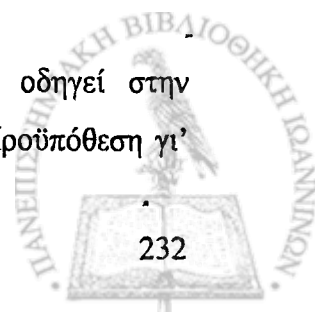
κατά τις Foster και Roberts (1998), εντούτοις δεν εκδηλώθηκε κάποια στατικότητα, ως προς την εξέλιξη του θεραπευτικού περιβάλλοντος. Αντίθετα, στην περίπτωση του ξενώνα Α', δεν εκδηλώθηκε κάποιος συγκεκριμένος τύπος («χαοτική» οργάνωση) διαχείρισης αρχικά, ιδιαιτέρως στην Α' φάση της παρούσας μελέτης, ενώ διαπιστώθηκε ότι υπήρχε η κατεύθυνση οικειοποίησης ενός «μηχανιστικού» τύπου διαχείρισης (σύστημα ανάληψης στόχων), ειδικότερα στην Β' και Γ' φάση της παρούσας μελέτης.

Σύμφωνα με τον Bryant και συν (1976), «η κοινωνική επάρκεια του περιβάλλοντος ενός ξενώνα, αναδεικνύεται από τα συγκεκριμένα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- i. Το άμεσο ενδιαφέρον της θεραπευτικής ομάδας προς τους ασθενείς
- ii. Από την θετική αλληλεπίδραση ανάμεσα στους φροντιστές και τους ασθενείς ή μεταξύ των ίδιων των φροντιστών, με κύρια στοιχεία τον έλεγχο και την ανταμοιβή. Παράλληλα, ο Δαμίγος (2003) προσθέτει και την αναγκαία θεραπευτική επεξεργασία της κλινικής προβληματικής του κάθε ασθενούς από πλευράς των φροντιστών, μέσα από την καθημερινή τους συνύπαρξη (φροντιστές – ασθενείς).

Ο Lamb (1967), οι Ebringer και Brown (1980) και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1986) υποστηρίζουν ότι το κοινωνικό - υποστηρικτικό σύστημα του ξενώνα είναι αποτελεσματικό, όταν η ίδια η διαχείριση εναρμονίζεται με τις κοινωνικές αλλαγές, οι οποίες επηρεάζουν ασθενείς και προσωπικό. Ένα τέτοιο θεραπευτικό περιβάλλον στοχεύει:

- i. Στην αύξηση δραστηριοτήτων των ασθενών, μέσω μιας διεπιστημονικής προσέγγισης τεχνικών και μεθόδων από την θεραπευτική ομάδα και σε μία συνεργασία – σύμπραξη φροντιστών – ασθενών, με βάση την ισοτιμία και τον αμοιβαίο σεβασμό (Δαμίγος 2003)
- ii. Στην απάλειψη απάνθρωπης μεταχείρισης των ασθενών, που οδηγεί στην εκδήλωση ασυλικής συμπεριφοράς, και στη μείωση του άγχους. Προϋπόθεση γι'





αυτό είναι η εγκαθίδρυση μιας σχέσης εμπιστοσύνης που στηρίζεται στην καλή επικοινωνία και την ειλικρίνεια (Δαμίγος 2003)

- iii. Στην από κοινού λήψη αποφάσεων όπου και ο φροντιστής και ο ασθενής μπορούν να συνεισφέρουν (Δαμίγος 2003).
- iv. Στην ολοκλήρωση μιας «οικολογικής» προσέγγισης στην ανάληψη όλων των επιπέδων και πλαισίων όπου εκφράζεται: υποκειμενικό, δι - υποκειμενικό, οικογενειακό, οικιακό, επαγγελματικό και κοινωνικό δίκτυο σχέσεων ( Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 1986).

Με βάση τις παραπάνω θεωρήσεις και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Β', διαπιστώθηκε ότι από την Α' φάση είχε αναπτύξει ένα αποτελεσματικό κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα, όπου τα στοιχεία οργάνωσης και διαχείρισης εναρμονίζονταν με τέτοιου είδους στόχους και πρακτικές, επαληθεύοντας τους παραπάνω θεωρητικούς. Αντίθετα, η δυσκαμψία του συστήματος παροχής υπηρεσιών περίθαλψης στους ασθενείς από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα Α' και ιδιαίτερα της επιστημονικής (ομάδας) αλλά και η δυσκίνητη σχέση (Astrachan, 1970), ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού (επιστημονική - νοσηλευτική ομάδα), καθ' όλη σχεδόν τη διάρκεια του πρώτου χρόνου λειτουργίας του ξενώνα, επιβεβαιώνουν τις απόψεις των Wing και Brown (1970), και των Foster και Roberts (1998) (περιοριστικό σύστημα οργάνωσης - containing system thinking), αναφορικά με την παρουσία στοιχείων αδράνεια, έλλειψης πρωτοβουλιών και παθητικότητας ως αποτέλεσμα των παραπάνω στο θεραπευτικό έργο. Η εμφάνιση τέτοιων στοιχείων οδήγησε τους ασθενείς στην εκδήλωση ασυλικής - ιδρυματικής συμπεριφοράς και σε κοινωνική απομόνωση (Katz και Kirkland 1990), (Curtis και Hodge 1994).

### **8.1.2. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΡΟΛΩΝ**

Η εν λόγω δυσκίνητη σχέση των μελών της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα του Α' με έκδηλα στοιχεία παθητικότητας και έλλειψης πρωτοβουλιών, από πλευράς των μελών του επιστημονικού προσωπικού, διαπιστώθηκε ότι ήταν αποτέλεσμα μιας έντασης που προκλήθηκε μέσα από την προσπάθεια των φροντιστών, να αποκτήσουν έναν κοινωνικό θεραπευτικό ρόλο (Pearlin και Schooler, 1978), (Bachrach 1991), (Olfson 1990).

Η αποτυχημένη προσπάθεια της επιστημονικής ομάδας ως προς την υιοθέτηση δομημένων θεραπευτικών ρόλων, η οποία προκάλεσε έντονα συναισθήματα άγχους και φόβου – αποτυχίας, (Α' φάση), (Mahone και Burnstein 1965), (Menziess 1988), (Carponi 1992), (Δαμίγος 2003) και η αναζήτηση και απαίτηση της πιστής εφαρμογής των διδαγμένων επαγγελματικών ρόλων στο θεραπευτικό έργο, πιθανόν για αμυντικούς λόγους προς την πολυδύναμη λειτουργικότητα τους (Β' φάση) (Κανδύλης και συν. 1993), προκάλεσαν «μερική», αλλά σημαντική «λοξοδρόμηση» της πορείας του έργου αποκατάστασης. Ακόμα και η αυστηρή τήρηση μιας πολιτικής επαναπροσδιορισμού των θεραπευτικών ρόλων του προσωπικού γενικότερα, του ξενώνα Α' από την Τ.Ε νοσηλεύτρια (ως εσωτερικός επόπτης του ξενώνα Α'), δεν κατάφερε να απαλείψει την ένταση που προκλήθηκε για τους παραπάνω λόγους, παρά μόνο μια μείωση αυτής. Αποτέλεσμα ήταν η χρήση των επαγγελματικών ρόλων, μέσα από την τυπική τους διδαγμένη μορφή (Γ' φάση).

Αντίθετα, στον ξενώνα Β', διαπιστώθηκε η επιτυχής ταύτιση του επιστημονικού προσωπικού αρχικά με τον ήδη διδαγμένο επαγγελματικό ρόλο (στενά πλαίσια), ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είχε καταφέρει εξ' αρχής (Α' φάση) κάτι τέτοιο. Δύο ήταν οι κύριοι λόγοι που προκάλεσαν μια τέτοια κατάσταση, σύμφωνα με την εκτίμηση του ψυχολόγου (εσωτερικού επόπτη του ξενώνα) και της ΤΕ νοσηλεύτριας :

- i. Τα χαμηλά επίπεδα εκπαιδευτικών προσόντων των Δ.Ε. νοσηλευτριών και η ηλικία τους (ηλικίες από δεκαοχτώ έως είκοσι πέντε ετών (18 – 25)).
- ii. Ο εξ' αρχής επιβαλλόμενος από τον εσωτερικό επόπτη, σαφής διαχωρισμός των

επαγγελματικών ρόλων, ενώ παράλληλα το κύριο βάρος εργασίας «έπεφτε» μοναδικά στο νοσηλευτικό προσωπικό και τα μέλη του χρειάζονταν το «χρόνο» τους για να καταφέρουν κάτι τέτοιο.

- iii. Οι ολοένα αυξανόμενες ανάγκες των ασθενών του ξενώνα, καθώς το θεραπευτικό έργο αποκατάστασης εξελισσόταν και γι' αυτό το λόγο δεν υπήρχε ο απαραίτητος διαθέσιμος χρόνος για να πετύχουν έναν σημαντικό βαθμό ταύτισης με τον επαγγελματικό τους ρόλο. Όπως ήταν φυσικό, τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού ανέπτυξαν μια αμυντική – φοβική στάση προς τους ασθενείς τους, λόγω της επιβάρυνσης που προκαλούνταν από το μεγάλο φόρτο εργασίας (πολλές ώρες εργασίας στον ξενώνα – συχνή επαφή με τους ψυχωτικούς ασθενείς).
- iv. Η υποστηρικτική παρέμβαση στο ωριαίο καθημερινό πρόγραμμα εργασίας των νοσηλευτριών, από πλευράς των τεχνιτριών (εκπαιδευτικό προσωπικό), γεγονός το οποίο προκάλεσε ένταση ως προς την οριοθέτηση και τον προσδιορισμό του επαγγελματικού τους ρόλου, σε σχέση με το νοσηλευτικό και με το επιστημονικό προσωπικό.

Κατά τη διάρκεια της Β' φάσης, όπως είδαμε από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, η δομημένη δράση του ψυχολόγου, ως συντονιστή (εσωτερικός επόπτης) της θεραπευτικής ομάδας, στα πλαίσια μιας προσπάθειας επανοργάνωσης και επαναπροσδιορισμού της λειτουργίας των θεραπευτικών ρόλων, οδήγησε σε μια αισθητή μείωση της έντασης και του άγχους (Pearlin και Schooler, 1978), που προκλήθηκαν για τους παραπάνω λόγους, με τη βοήθεια υλοποίησης ενός mini – εκπαιδευτικού προγράμματος, από τον υπεύθυνο ψυχίατρο του ξενώνα (Alston 1974), (Rabkin και συν. 1998), (Piat και συν. 2002), (Van Audenhove και Van Humbeek 2003), (Willets και Leff 2003), (Δαμίγος 2003).

Πως όμως η ταύτιση με τον επαγγελματικό – θεραπευτικό ρόλο συνέβαλε στην αλληλεπίδραση των μελών της θεραπευτικής ομάδας των δύο ξενώνων αντίστοιχα;

Καταρχήν, θα πρέπει να επισημάνουμε την πολυδύναμη και πολυδιάστατη λειτουργικότητα του ρόλου των φροντιστών (επαγγελματίες ψυχικής υγείας) στα πλαίσια

της εργασίας τους, σε δομές αποκατάστασης. Δηλαδή, ο επαγγελματικός ρόλος κάθε φροντιστή εμπεριέχει πολλαπλές δραστηριότητες και αποστολές (Κανδύλης και συν. 1993), (Trainor και συν. 1993) (Δαμίγος 2003), και προϋποθέτει περισσότερες από τις ήδη κερκτημένες γνώσεις. Για παράδειγμα, ένας νοσηλευτής μπορεί ταυτόχρονα με το κλινικό του έργο να συμμετέχει και να εμπυχώνει στις δραστηριότητες των ασθενών. Επίσης, μπορεί να συμμετέχει στην εκπαίδευση των ασθενών σε ατομικές και κοινωνικές δραστηριότητες. Τέλος, μπορεί να αξιολογεί τις ικανότητες τους. Ένα τέτοιο γεγονός μπορεί να οδηγήσει τα μέλη ενός θεραπευτικού προσωπικού μιας μονάδας από κατάσταση (π.χ. ξενώνας), είτε σε πολύ καλές συνεργατικές σχέσεις ή να τα «απομακρύνει», προκαλώντας διάσπαση στη συνοχή της ομάδας των φροντιστών (Foster 1998).

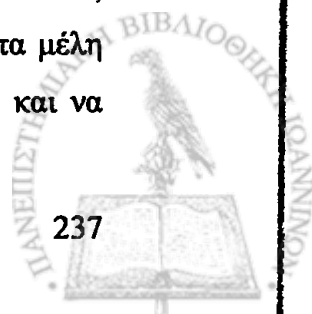
Ας δούμε πρώτα την περίπτωση κατά την οποία η λειτουργία πολυδύναμων θεραπευτικών ρόλων οδηγεί σε πολύ καλές συνεργατικές σχέσεις, ανάμεσα στα μέλη ενός θεραπευτικού προσωπικού.

Σύμφωνα με τον Davis (1974), οι φροντιστές της ομάδας προσωπικού μιας μεταβατικής στεγαστικής δομής, τρέφουν ο καθένας ξεχωριστά υψηλές προσδοκίες ως προς την απόδοση και την αποτελεσματικότητα του ρόλου τους στο θεραπευτικό έργο. Επίσης, κατά τον Feffer (1967) οι προσδοκίες αυτές γεννούν μια θετική ή αρνητική εικόνα για κάθε φροντιστή, ως προς την αντίληψη του εαυτού του. Όμως, όταν καλείται ο φροντιστής να πλαισιωθεί από μια θεραπευτική ομάδα, η οποία λειτουργεί με βάση τους πολυδιάστατους θεραπευτικούς ρόλους, τότε προκαλείται κατά τον Braga (1972), Trainor και συν. (1993), Carroni (1992), μια μικρή ένταση και μια «αμφιβολία» ως προς την λειτουργία του ρόλου (role ambiguity – συσκοτισμένος ρόλος). Χαρακτηριστική ως προς τις παραπάνω απόψεις, ήταν η διαπίστωση της Τ.Ε νοσηλεύτριας του ξενώνα Β', ως εκπροσώπου του νοσηλευτικού προσωπικού, της αντίστοιχης θεραπευτικής ομάδας, σχετικά με την αναγκαία και απαραίτητη πολυδιάστατη λειτουργία του θεραπευτικού ρόλου της νοσηλευτικής ομάδας, γεγονός το οποίο προκάλεσε μια αξιοσημείωτη ένταση στις σχέσεις των μελών μεταξύ τους (επιστημονικό – νοσηλευτικό προσωπικό), γιατί επιζητούσαν μία πιο ουσιαστική βοήθεια από τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού, στο θεραπευτικό έργο αποκατάστασης (π.χ. περισσότερες ώρες επικοινωνίας του

επιστημονικού προσωπικού με τους ασθενείς σε καθημερινή βάση).και σε κάποια μικρή δυσαρέσκεια από πλευράς των νοσηλευτριών, ως προς την αντιμετώπιση του ρόλου τους από το επιστημονικό προσωπικό (Β' φάση).

Παρ' όλα αυτά, οι ήδη προϋπάρχουσες ανεπτυγμένες καλές επικοινωνιακές σχέσεις μεταξύ τους (Foster 1998), η λειτουργία των τυπικών συναντήσεων προσωπικού (ομάδες προσωπικού) (Obholzer 1994) ήδη από την Α' φάση, η χρήση mini - προγραμμάτων εκπαίδευσης, όπως είδαμε παραπάνω, η υποστήριξη και η ετοιμότητα από τον εσωτερικό επόπτη της θεραπευτικής ομάδας, καθώς και ένας οργανωμένος αρχικός σχεδιασμός θεραπευτικού προγράμματος περίθαλψης (Watts και Bennett, 1983), (Schuler, 1975), ήταν σημαντικοί παράγοντες με βάση τους οποίους οι νοσηλεύτριες του ξενώνα Β' πέτυχαν σε ένα μεγάλο βαθμό την ταύτισή τους με τον επαγγελματικό ρόλο και τη λειτουργία της συμπληρωματικότητας των ρόλων όλων των μελών του προσωπικού. Ταυτόχρονα, το γεγονός αυτό «τροφοδότησε» τις σχέσεις του επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού, με μεγαλύτερη εμπιστοσύνη και ευελιξία στις συνεργατικές τους σχέσεις. Εκείνο όμως που αξίζει να σημειωθεί εδώ είναι ότι ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό του ξενώνα Β', οικειοποιήθηκε πολυδιάστατους ρόλους, εντούτοις, το επιστημονικό προσωπικό εξακολούθησε να παραμένει στην υιοθέτηση στενών και τυπικών ορίων, ως προς τη χρήση του ήδη διδαγμένου επαγγελματικού ρόλου (μη πολυδιάστατου). Το γεγονός αυτό δεν προκάλεσε κάποια σημαντικά προβλήματα στις σχέσεις των μελών της θεραπευτικής ομάδας μεταξύ τους, καθώς στα πλαίσια του υψηλού επιπέδου οργάνωσης του συστήματος της συγκεκριμένης δομής, ήταν κοινώς αποδεκτή η χρήση του «γοήτρου» με βάση τα επιστημονικά προσόντα και την ιεραρχική οργάνωση, ως προς την άσκηση των επαγγελματικών ρόλων της επιστημονικής ομάδας.

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα ως προς τη λειτουργία και συμβολή των πολυδύναμων ρόλων μιας θεραπευτικής ομάδας, στη διάσπαση της συνοχής της και στην ανάπτυξη συγκρουσιακών σχέσεων αποτελεί το θεραπευτικό προσωπικό του ξενώνα του Α'. Συγκεκριμένα, η υιοθέτηση πολυδύναμων και πολυδιάστατων ρόλων από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα του Α', επιτεύχθηκε αβιάστα καθώς, βάσει των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης, τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού εξέφρασαν την αδυναμία τους να υιοθετήσουν και να



ακολουθήσουν τον συγκεκριμένο διδαγμένο επαγγελματικό τους ρόλο, διατηρώντας μια αισθητή απόσταση από τα θεραπευτικά δρώμενα. Το γεγονός αυτό, ανάγκασε το νοσηλευτικό προσωπικό να οικειοποιηθεί και ρόλους πέραν του νοσηλευτικού έργου (π.χ. εμπυχωτές – εκπαιδευτές των ασθενών), κάτι το οποίο προκάλεσε συγκρούσεις και διαφωνίες μεταξύ των δύο υπό – ομάδων (νοσηλευτικό – επιστημονικό προσωπικό), και κακές σχέσεις συνεργασίας μεταξύ τους. Έτσι, η άσκηση του πολυδιάστατου θεραπευτικού ρόλου από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού, προκαλούσε μια μεγαλύτερη επιβάρυνση των μελών του ως προς τις ευθύνες και τις πρωτοβουλίες στο θεραπευτικό έργο με τους ασθενείς. Ταυτόχρονα, τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας είχαν την ευκαιρία της «αποκλειστικής» επιβολής τους, ως προς την οργάνωση και το σχεδιασμό του θεραπευτικού έργου. Το γεγονός αυτό οδήγησε στον προσδιορισμό του επιστημονικού υπεύθυνου της θεραπευτικής ομάδας, από την «συντονίστρια» ομάδα των νοσηλευτριών (Β' φάση).

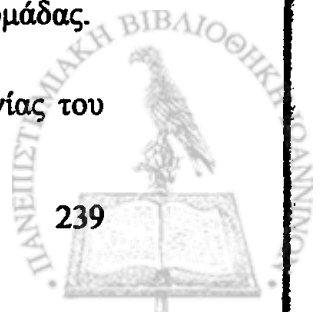
Από την άλλη, καθώς τα επίπεδα οργάνωσης του συστήματος της δομής του αντίστοιχου ξενώνα ήταν χαμηλά («χαοτική» οργάνωση) (περιοριστικό σύστημα οργάνωσης – containing thinking system) σύμφωνα με τις Foster και Roberts (1998), με έντονα στοιχεία διάσπασης από την πλευρά του επιστημονικού προσωπικού (μονάδα: ψυχολόγος / δυάδα: – κοινωνική λειτουργός, εργοθεραπεύτρια), και οι συνεργατικές σχέσεις μεταξύ τους χαρακτηρίζονταν ως άσχημες, οι συγκρούσεις και οι διαφωνίες εντάθηκαν σε μεγάλο βαθμό. Όταν πλέον οι ανάγκες και οι απαιτήσεις της πορείας του θεραπευτικού έργου με τους ασθενείς, πολλαπλασιάστηκαν και καθώς τα μέλη της επιστημονικής ομάδας «εκλήθησαν» να συνεργαστούν και να «πλαισιώνουν» τις ομάδες δραστηριοτήτων με τους ασθενείς (Α' και Β' φάση), τότε προκλήθηκαν κάποιες αντιδράσεις ως προς τη λειτουργία του ρόλου των νοσηλευτριών και μια μικρή αμφισβήτηση προερχόμενη από το επιστημονικό προσωπικό, ως προς την αποτελεσματικότητα του ρόλους τους (των νοσηλευτριών), στο θεραπευτικό έργο.

### **8.1.3. ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

Η προσπάθεια επαναπροσδιορισμού των θεραπευτικών ρόλων του θεραπευτικού προσωπικού του ξενώνα Α', από την πλευρά της Τ.Ε νοσηλεύτριας της θεραπευτικής ομάδας (τέλος Β' φάσης) μέσω της υιοθέτησης μιας αυστηρής πολιτικής, φαίνεται να μείωσε κάπως τις συγκρούσεις μεταξύ των μελών (επιστημονικό προσωπικό), όμως δεν επήλθε περισσότερη συνοχή στη θεραπευτική ομάδα ούτε ως προς τις μεταξύ τους σχέσεις, ούτε ως προς τη θεραπευτική διαδικασία. (House και Rizzo 1972), (Schuler 1975), (Foster 1998).

Η δυσκολία της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα Α' να υιοθετήσει μια κοινή πολιτική ως προς την οργάνωση και την ανάπτυξη της συνοχής της, επιβεβαιώνεται μέσα από:

- i. Το γεγονός της δυσκαμψίας της ως προς την καλλιέργεια και την ανάπτυξη των αμοιβαίων συνεργατικών σχέσεων των μελών και την ικανότητα επίλυσης «συγκρούσεων»
- ii. Την δυσκολία τους να «περάσουν» από το «θυελλώδες» στάδιο των συγκρούσεων και των διαφωνιών, στο επόμενο στάδιο, «κανονιστικό», όπου συμβαίνει ο επανακαθορισμός και ο τελικός προσδιορισμός των ρόλων με στόχο την επίτευξη της συνοχής (Tuckman και Jensen 1977)
- iii. Τη δυσκολία ν' αναπτύξουν τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού, ξεκάθαρους και πολυδύναμους ρόλους, και
- iv. Τις μη σαφείς ή αρνητικές προσδοκίες που τρέφουν τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας μεταξύ τους, ο ένας στον άλλο, ως προς την ανεπιτυχή απόδοση της λειτουργίας των ρόλων (Wilkinson 1973) και η μη συμμετοχή όλων των φροντιστών σε ομαδικές θεραπευτικές δραστηριότητες με τους ασθενείς (Kepp και συν. 1974), οδήγησαν σε πολύ χαμηλά επίπεδα συνοχής της θεραπευτικής ομάδας.
- v. Την έλλειψη τακτών ομαδικών συναντήσεων από την αρχή της λειτουργίας του



ξενώνα Α'.

Αντίθετα, η θεραπευτική ομάδα του ξενώνα Β' υιοθέτησε μια κοινή πολιτική ως προς την οργάνωση και την ανάπτυξη της συνοχής της, η οποία επιβεβαιώνεται μέσα από:

- i. Την καλλιέργεια και την ανάπτυξη αμοιβαιότητας, εμπιστοσύνης και συνεργασίας στις σχέσεις των μελών μεταξύ τους και την ικανότητα επίλυσης των συγκρούσεων (Butterfoss και συν. 1993), (Church 1996).
- ii. Την άμεση επέμβαση του εσωτερικού επόπτη της θεραπευτικής ομάδας (Adair 1983).
- iii. Τη λειτουργία των ομαδικών συναντήσεων του προσωπικού από την αρχή της λειτουργίας του ξενώνα Β'.
- iv. Το εύκολο και αβίαστο πέρασμα από το «θυελλώδες» στάδιο των συγκρούσεων, στο «κανονιστικό» στάδιο, σύμφωνα με το οποίο ο επανακαθορισμός και προσδιορισμός των θεραπευτικών ρόλων, οδήγησε σε μια μεγαλύτερη συνοχή της ομάδας
- v. Τους ξεκάθαρους πολυδύναμους ρόλους
- vi. Τις σαφείς και θετικές προσδοκίες των μελών της ομάδας, ως προς την αποτελεσματικότητα του ρόλου τους στο θεραπευτικό έργο και ως προς την αποτελεσματικότητα των ρόλων των άλλων
- vii. Την συμμετοχή όλων των φροντιστών σε ομαδικές θεραπευτικές δραστηριότητες με τους ασθενείς (Constantine και Nelson 1995)

Ας δούμε όμως πιο συγκεκριμένα, τις ιδιαίτερες συνθήκες που επέβαλαν μια τέτοια διαφοροποίηση ως προς το βαθμό συνοχής των θεραπευτικών ομάδων αντίστοιχα, του ξενώνα Α' και Β'.

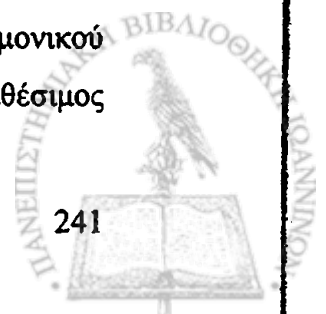
Η τοποθέτηση, θετική ή αρνητική, που συνήθως παίρνει ένας φροντιστής "α" για



την απόδοση και αποτελεσματικότητα του ρόλου ενός άλλου φροντιστή "β", στην ίδια ομάδα προσωπικού, επαληθεύει την αξιοσημείωτη διαδικασία διαμόρφωσης θετικής ή αρνητικής εικόνας του «εαυτού» του, ανάλογα με τις θετικές ή αρνητικές προσδοκίες των άλλων ως προς την αποτελεσματικότητα του ρόλου του τελευταίου (Bower 1978). Αλλιώς αυτή η τροφοδότηση στη διαδικασία της λειτουργίας του ρόλου του κάθε φροντιστή θα λέγαμε πως ενισχύεται από το φαινόμενο της «αυτοεκπληρούμενης προφητείας» (Βοσνιάδου 2001). Δηλαδή, κάθε φροντιστής «εκπληρώνει» θετικά ή αρνητικά τις προσδοκίες που «τρέφουν» οι υπόλοιποι συνεργάτες τους, ως προς την απόδοση του ρόλου του στο θεραπευτικό έργο. Έτσι, ακόμα και αν κάποιος φροντιστής μπορεί να θέλει να αποδώσει στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό με βάση την εξάσκηση του θεραπευτικού του ρόλου στο θεραπευτικό έργο, εάν οι συνεργάτες του δεν «ενισχύουν» το θεραπευτικό του ρόλο με θετικές προσδοκίες, εντούτοις ο ίδιος τελικά μπορεί να «υποκύψει» στις προβλέψεις τους. Πολλοί είναι οι λόγοι για τους οποίους μπορεί να συμβαίνει κάτι τέτοιο, όπως π.χ. η ηλικία, το φύλο, η κοινωνική θέση ιεραρχικά στη θεραπευτική ομάδα, τα εκπαιδευτικά προσόντα κ.α. (Ριάι και συν. 2002).

Ένα τέτοιο χαρακτηριστικό φαινόμενο, που συνήθως συμβαίνει αρκετά συχνά στα πλαίσια των δυναμικών σχέσεων των ομάδων, διαπιστώθηκε στις θεραπευτικές ομάδες, αντίστοιχα των ξενώνων Α' και Β'.

Ειδικότερα, για τον ξενώνα του Α' διαπιστώθηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό «έτρεφε» αρνητικές προσδοκίες ως προς την απόδοση του ρόλου των μελών του επιστημονικού προσωπικού. Τα μέλη δε του επιστημονικού προσωπικού, διατηρούσαν μία κάπως αποστασιοποιημένη στάση απέναντι σε όλη την ομάδα των φροντιστών και την ομάδα των ασθενών. Αμέσως, δεν άργησαν να χαρακτηριστούν ως «κακοί» φροντιστές και το γεγονός αυτό λειτούργησε «ανατροφοδοτικά» στην εικόνα «του εαυτού». Έτσι, η «αποστασιοποίηση» γεννούσε «αντιπάθεια» και η αντιπάθεια, αποστασιοποίηση από φροντιστές και ασθενείς. Εδώ, επαληθεύεται και η θεωρία των Band και Brody (1962), περί της αντίληψης που τρέφουν κάποιοι φροντιστές για την κακή εικόνα των συνεργατών τους, με υψηλά ακαδημαϊκά προσόντα. Ταυτόχρονα, το γεγονός της διατηρούμενης «απόστασης» από την πλευρά των μελών του επιστημονικού προσωπικού του ξενώνα του Α', προς κάθε κατεύθυνση και ο λιγοστός διαθέσιμος



χρόνος των τελευταίων (επιστημονικό προσωπικό) προς τους ασθενείς, ήταν δύο κύριες πηγές γέννησης συναισθημάτων αντιπάθειας στις μεταξύ τους σχέσεις (Kushlick και συν. 1976). Το γεγονός αυτό πιθανόν να υποδηλώνει τα ασυνείδητα συναισθήματα της εισβολής και της κένωσης από την ψυχική νόσο (πηγές μόλυνσης), κατά τη θεραπευτική σχέση με τους ψυχωτικούς ασθενείς, σύμφωνα με τον Hochmann (2003) και τον Searles (2003). Τα χαμηλά επίπεδα συνεργασίας που διαμορφώθηκαν μεταξύ τους προκάλεσαν μια διάσπαση και έναν διαχωρισμό (spliting), της θεραπευτικής ομάδας σε δύο αντιμαχόμενες και ανταγωνιζόμενες υπό – ομάδες (π.χ. επιστημονική υπό – ομάδα – νοσηλευτική υπό – ομάδα), των οποίων τα κύρια χαρακτηριστικά ήταν η λιγοστή ουσιαστική κοινωνική διαντίδραση και η εμφάνιση αρνητικών στάσεων / στερεοτύπων, τόσο μεταξύ τους, όσο και με τους ασθενείς (splitting of illness). Έτσι, εκδηλώθηκαν στοιχεία περιθωριοποίησης (marginalization) της επιστημονικής ομάδας και των ασθενών (Foster 1998). Ο διαχωρισμός (spliting), της θεραπευτικής ομάδας σε δύο υπό – ομάδες, προκάλεσε το φαινόμενο της «πόλωσης», σύμφωνα με τους Myers και Lamm (1976), Nealey και Blood (1968), Nealey και Owen (1970) και Pryer και Distefano (1971), η οποία εκ των πραγμάτων προκάλεσε «αποκλίνουσες» και «φυγόκεντρες» τάσεις, καθώς δεν υπήρχε οριοθέτηση και κατάλληλη πειθαρχία για όλους τους φροντιστές.

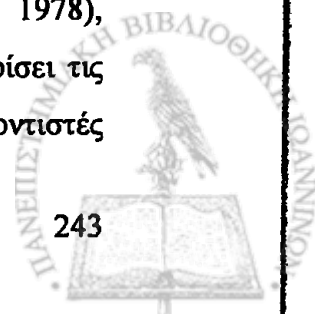
Οι συμμορφωτικές πιέσεις που ασκήθηκαν κατόπιν, από την Τ.Ε νοσηλεύτρια (Β' φάση), είχαν ως στόχο την προσπάθεια αλλαγής συναισθημάτων απόψεων / στάσεων και συμπεριφορών των μελών της θεραπευτικής ομάδας (Moscovici 1985), καθώς το θεραπευτικό έργο με τους ασθενείς γινόταν ολοένα και πιο δύσκολο.

Σύμφωνα με τον Παπαστάμου (1989), η υπακοή των υποκειμένων επιτυγχάνεται σε συνάρτηση:

- i. Με τους δεσμούς που έχουν αναπτύξει τα μέλη της μιας ομάδας ( της θεραπευτικής εδώ) μεταξύ τους (Foster 1988)
- ii. Με τις σχέσεις που έχουν αναπτύξει τα μέλη της ομάδας με τον αρχηγό (εσωτερικό επόπτη της θεραπευτικής ομάδας).

Στην περίπτωση του ξενώνα του Α', οι φροντιστές της ομάδας προσωπικού είχαν αναπτύξει «χαλαρούς» δεσμούς μεταξύ τους, καθώς η ίδια η οργάνωση του συστήματος του ξενώνα ενίσχυε κάτι τέτοιο (χαλαρή οργάνωση) και παράλληλα δεν διατηρούσαν όλοι, ειδικότερα η επιστημονική ομάδα, άρτιες σχέσεις με τη συντονίστρια της θεραπευτικής ομάδας (Τ.Ε νοσηλεύτρια). Ταυτόχρονα, διαπιστώθηκε πως η συμμορφωτική πίεση (άσκηση λειτουργίας του διερευνητικού ρόλου – inquisitional function), σύμφωνα με τους Rushton και Nathan (1996), που ασκήθηκε από την ίδια (Τ.Ε νοσηλεύτρια), δεν οδήγησε στην επικράτηση των θέσεων της πλειοψηφίας, παρά μόνο διατηρήθηκε η ίδια διασπαστική εικόνα με λιγότερο ίσως, βαθμό και ένταση (Γ' φάση). Έτσι, εκείνο που διαπιστώθηκε ήταν ότι η επιστημονική υπό – ομάδα (π.χ. δυάδα κοινωνικής λειτουργού – εργοθεραπεύτριας) διατήρησε μια σχετική σταθερότητα ως προς τη συμπεριφορά των μελών της. Το γεγονός ότι τα μέλη αυτά διατηρούσαν μια σιγουριά, αυτοπεποίθηση και προσήλωση στις απόψεις τους από τη μια, και από την άλλη δεν φαίνονταν να θέλουν να συμβιβαστούν με τις απόψεις, θέσεις και τη συμπεριφορά των υπολοίπων μελών της ομάδας προσωπικού, προκάλεσε περισσότερη «ρωγμή» στους κανόνες οργάνωσης. Ταυτόχρονα, οδήγησε σε μια διφορούμενη (διττή)στάση ως προς την αποτελεσματικότητα των φροντιστών στο θεραπευτικό έργο (γενετικό μοντέλο) (Turner 1991). Τέλος, η «αρνητική κοινωνική ταυτότητα» των μελών της επιστημονικής ομάδας, την οποία είχαν προσλάβει μέσω διοχέτευσης της αρνητικής εικόνας από τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, οδήγησε σε έναν «κοινωνικό ανταγωνισμό» (Tajfel και Turner 1979), δηλαδή έθεσε τον εαυτό της ως μία «χαμηλής θέσης» υπό – ομάδα έναντι των υπολοίπων.

Σχετικά με την παρουσία και τη λειτουργία του ρόλου του εσωτερικού επόπτη της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα Α' πρέπει να σημειωθεί ότι δεν είχε οριστεί από το φορέα υλοποίησης και γ'αυτό δε μπορούμε να κάνουμε λόγο για την ύπαρξη εσωτερικής εποπτείας στο συγκεκριμένο ξενώνα. Εκείνο όμως που διαπιστώθηκε είναι ότι η ΤΕ νοσηλεύτρια έχοντας μία πιο δυναμική προσωπικότητα σε σχέση με τους υπόλοιπους φροντιστές, προσπάθησε να οδηγήσει την θεραπευτική ομάδα στην επίλυση των αναπόφευκτων συγκρούσεων και διαφωνιών των μελών μεταξύ τους (Rice 1978), (Hinsheiwold 1989), (Δαμίγος 2003). Παρ' όλα αυτά δεν κατάφερε να περιορίσει τις συγκρούσεις αυτές και το «χάσμα» που δημιουργήθηκε ανάμεσα στους φροντιστές



εξαιτίας της προσωπικής αρνητικής εκτίμησης που έτρεφε για τα μέλη της επιστημονικής ομάδας (House 1976), (Heifetz 1994). Από την άλλη, επέδειξε ιδιαίτερο ενδιαφέρον και επιμονή στην προώθηση του θεραπευτικού έργου και την υπενθύμιση των συγκεκριμένων θεραπευτικών στόχων της αποκατάστασης σ' όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας (Hinshelwood 1989).

Αναφορικά με τον ξενώνα Β' και αντίθετα με τον ξενώνα Α', ο φορέας υλοποίησης είχε καθορίσει τον εσωτερικό επόπτη του ξενώνα (ψυχολόγος), ο οποίος ανέπτυξε με ιδιαίτερη ευχέρεια τα ηγετικά του προσόντα και προσπάθησε να διατηρήσει σχέσεις αμοιβαιότητας, συνεργασίας και εμπιστοσύνης μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας. Υπό την αυστηρή πολιτική της οργάνωσης του συστήματος του ξενώνα, ο ορισμένος εσωτερικός επόπτης όχι μόνο επέβλεπε και αποφάσιζε για το «σωστό» και για το «λάθος» αλλά συνέβαλε ουσιαστικά στην διατήρηση αυτών των αμοιβαίων και καλών διαπροσωπικών σχέσεων, με κύριο στόχο την αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού έργου (Kerr και συν. 1974), (Adair 1983), (Hinshelwood 1989), (Rushton και Nathan 1996), (Δαμίγος 2003). Ταυτόχρονα, προσπαθούσε να επιλύει τις συγκρούσεις και διαφωνίες των φροντιστών. Όμως, η τάση του να μην αφήνει περιθώρια για μια περισσότερη συμμετοχή των φροντιστών και ιδιαιτέρως του νοσηλευτικού προσωπικού στη λήψη αποφάσεων για το θεραπευτικό έργο (πατερναλισμός – masculinization) (Hearn 1982), (Hugman 1991), παρ' όλο που τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας διέθεταν το μεγαλύτερο ποσοστό ωρών επικοινωνίας με τους ασθενείς σε σχέση με τους υπόλοιπους φροντιστές, και το γεγονός ότι δεν έδειχνε εμπιστοσύνη στο θεραπευτικό έργο των νοσηλευτριών, αυτό προκάλεσε κάποια δυσαρέσκεια στις τελευταίες.

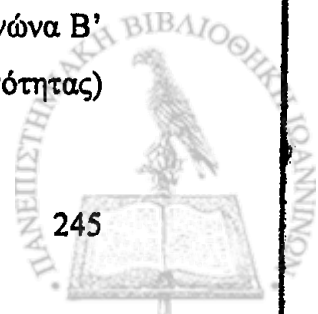
Η προσωπική εκτίμηση / άποψη του εσωτερικού επόπτη της επιστημονικής ομάδας του ξενώνα Β', σχετικά με την πιθανώς αναμενόμενη αποτυχημένη προσπάθεια απόδοσης και αποτελεσματικότητας του θεραπευτικού ρόλου των νοσηλευτριών στο έργο αποκατάστασης, ήταν η αφορμή για την διατήρηση μιας επιφυλακτικής στάσης του προς το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο κυριότερος λόγος στον οποίο βασίστηκε για να εκφράσει την «πρόβλεψη» του για μια πιθανή αδυναμία του νοσηλευτικού προσωπικού στο μέλλον, ως προς την αποτελεσματικότητα άσκησης του θεραπευτικού ρόλου των

νοσηλευτριών, ήταν το χαμηλό ακαδημαϊκό επίπεδο και η ηλικία τους (προσωπικό – ατομικό υπόβαθρο). Καθώς οι νοσηλεύτριες τροφοδοτήθηκαν με αρνητικά κριτικά σχόλια, δεν άργησαν να επιβεβαιώσουν τις «προβλέψεις» του (φαινόμενο της αυτοεκπληρούμενης προφητείας) επιδεικνύοντας από τη μια, τη δυσκολία τους στην επικοινωνία με τους ασθενείς (θεραπευτικό έργο) και από την άλλη, προκαλώντας μια ανισορροπία στο θεραπευτικό σύστημα του ξενώνα (Β' φάση) (Foster 1998).

Η εσπευσμένη προσπάθεια της Τ.Ε νοσηλεύτριας, ως εκπροσώπου του νοσηλευτικού προσωπικού να μειώσει την παραπάνω ανισορροπία, πιθανώς φοβούμενη για την πρόκληση συγκρούσεων μεταξύ των δύο υπό – ομάδων (επιστημονικό – νοσηλευτικό προσωπικό) της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα, επέτεινε τον αρχικό «λειτουργικό» για την οργάνωση του περιβάλλοντος του ξενώνα διαχωρισμό (split) των δύο υπό – ομάδων, με αποτέλεσμα να προκληθούν υπολανθάνουσες συγκρούσεις και μια κατάσταση απειθαρχίας στα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού. Όμως, η ευελιξία του εσωτερικού επόπτη της θεραπευτικής ομάδας, δεν άφησε περιθώρια για την εμφάνιση τού φαινομένου της «πόλωσης» και της παρανοειδούς – σχιζοειδούς λειτουργίας των μελών της (paranoid – schizoid function) (Foster 1998). Έτσι προώθησε τη λειτουργία ενός mini – εκπαιδευτικού προγράμματος και των τακτών συναντήσεων της ομάδας προσωπικού, προκειμένου να μειωθεί η ένταση των συγκρούσεων (Obholzer 1994), (Sainsbury Centre for Mental Health 1997) (Δαμίγος 2003).

Έτσι, η ευέλικτη στάση του εσωτερικού επόπτη του ξενώνα Β' ως προς την επίλυση διαφωνιών και συγκρούσεων (Gerard 1953) και τον περιορισμό του «χάσματος» που ήδη είχε αρχίσει να δημιουργείται ανάμεσα στα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, οδήγησαν :

- i. Στην προώθηση και διαμόρφωση υψηλών προσδοκιών των μελών για το θεραπευτικό έργο.
- ii. Στην προώθηση του θεραπευτικού έργου (House 1976).
- iii. Στην δημιουργία της «αυτό – εικόνας τους» ως ομάδας φροντιστών του ξενώνα Β' και στην αίσθηση του «ανήκειν» στην ομάδα (θεωρία κοινωνικής ταυτότητας)



(Βοσνιάδου 2001).

Στο πλαίσιο αυτών των δημιουργικών ζυμώσεων, το νοσηλευτικό προσωπικό ακολούθησε τη στρατηγική της κοινωνικής δημιουργικότητας (Tajfel και Turner 1979).

#### **8.1.4. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΣΤΟ ΕΡΓΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

Ο Barton (1966) και ο Freudenberg (1967) υποστήριξαν ότι η καλή οργάνωση του θεραπευτικού σχεδιασμού και του προγράμματος περίθαλψης των ασθενών προϋποθέτει όχι μόνο την πολυεπίπεδη επικοινωνία των μελών μιας θεραπευτικής ομάδας μεταξύ τους αλλά και το υψηλό ηθικό της ομάδας. Παράλληλα, ο Mack (1994) προσθέτει ότι για να ξεκινήσει μια θεραπευτική σχέση, θα πρέπει να έχει αρχικά διαμορφωθεί ένας καλά οργανωμένος θεραπευτικός σχεδιασμός με κύρια χαρακτηριστικά:

- i. Την ύπαρξη εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας του θεραπευτικού συστήματος του ξενώνα (Δαμίγος 2003)
- ii. Την λειτουργία πρακτικών διαχείρισης
- iii. Τη σωστή λειτουργία της εσωτερικής και εξωτερικής εποπτείας και τον ευέλικτο συντονισμό του θεραπευτικού προσωπικού από τον εσωτερικό επόπτη (Δαμίγος 2003).

Παράλληλα, ο Hazelton (1999), το Sainsbury Centre for Mental Health (1997) και ο Δαμίγος (2003) συμπληρώνουν στα παραπάνω:

- i. Τη γνώση των αναγκών των ασθενών ξεχωριστά και τη δυνατή ιεράρχησή τους κατά προτεραιότητα.
- ii. Την κατοχή γνώσεων και δεξιοτήτων παρέμβασης στην κρίση από τους

φροντιστές.

- iii. Την ικανότητα αξιολόγησης και άμεσης παρέμβασης για την πρόληψη τυχόν βίαιων ή αυτοκαταστροφικών μορφών συμπεριφοράς
- iv. Τις ικανότητες και δεξιότητες για την δημιουργία μιας αποτελεσματικής διαπροσωπικής επικοινωνίας με τους ασθενείς
- v. Τις γνώσεις των εκάστοτε κοινωνικών, πολιτιστικών και ψυχολογικών αναγκών των ασθενών ξεχωριστά
- vi. Τις γνώσεις πρακτικών και μεθόδων από – στιγματισμού των ψυχικά ασθενών.

Το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Β', διέθετε έναν καλά οργανωμένο θεραπευτικό σχεδιασμό, με κυριότερα χαρακτηριστικά όπως:

- i. Την πιστή εφαρμογή του καθημερινού προγράμματος
- ii. Την προσπάθεια εξατομίκευσης της θεραπευτικής παρέμβασης με βάση τις ανάγκες των ασθενών (Curtis και Hodge 1994),(Δαμίγος 2003).
- iii. Την ενθάρρυνση των ενοίκων – ασθενών να κατέχουν τον προσωπικό τους χώρο και τα προσωπικά τους αντικείμενα, αναγνωρίζοντας τις ιδιαίτερες ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες τους.
- iv. Την ενθάρρυνση των ενοίκων – ασθενών για αυτονομία και για προσωπική επιλογή (Raynes και συν. 1979), (Δαμίγος 2003) στο πλαίσιο της διαρκούς συνοχής της θεραπευτικής ομάδας, της διατήρησης της ισορροπίας του συστήματος από τον εσωτερικό επόπτη και της καλλιέργειας των θετικών ρεαλιστικών προσδοκιών για το θεραπευτικό αποτέλεσμα (Lavender 1985),(Shepherd 1984).

Το «ατομοκεντρικό» σύστημα (Garety και Morris, 1984), (Mc Carthy και Nelson 1991), (Piat και συν. 2002), (Constantine και Nelson 1995), το οποίο αναπτύχθηκε στα πλαίσια του θεραπευτικού σχεδιασμού του ξενώνα Β' και το οποίο αφορούσε:

- i. Την προώθηση της αυτονόμησης και της πρωτοβουλίας των ενοίκων – ασθενών (Segal & Moyles, 1979), (Hall & Nelson 1996), (Nelson και συν. 1998), (Crosby & Barry 1995).
- ii. Το μοίρασμα των καθημερινών δραστηριοτήτων και υπευθυνοτήτων
- iii. Την διατήρηση μιας κατάλληλης «απόστασης» των φροντιστών από τους ασθενείς, οδήγησε σ' έναν σημαντικό βαθμό ποιότητας της αλληλεπίδρασης, ανάμεσα στο θεραπευτικό προσωπικό και τους ενοίκους ασθενείς, όπου το κυρίαρχο στοιχείο ήταν η «αποδοχή» (Shepherd και συν. 1996).

Η λειτουργία της «απόστασης» στο θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Β', φαίνεται ότι έπαιξε σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη στάσεων του θεραπευτικού προσωπικού προς τους ασθενείς. Ειδικότερα, η «απόσταση» που δημιουργήθηκε ανάμεσα στο επιστημονικό προσωπικό του ξενώνα και τους ασθενείς είχε δύο λειτουργίες, οι οποίες επιδρούσαν η μια στην άλλη:

- i. Η μια ήταν η «φυσική» απόσταση που αναπτύχθηκε λόγω της μη εύκολης προσέγγισης των ασθενών προς την επιστημονική ομάδα (γραφεία επιστημονικής ομάδας στον ισόγειο χώρο, χώροι των ασθενών στον α' όροφο)
- ii. Η δεύτερη η ψυχολογική – κοινωνική απόσταση, που δημιουργήθηκε εντός φυσιολογικών ορίων ανάμεσα στην επιστημονική ομάδα και τους ασθενείς.

Εκείνο που διαπιστώθηκε ήταν ότι αν και η «φυσική» απόσταση μεταξύ επιστημονικού προσωπικού και ασθενών ήταν μεγάλη, εντούτοις αυτή λειτούργησε θετικά στην ανάπτυξη μιας κατάλληλης «κοινωνικής» απόστασης ανάμεσα τους, με χαρακτηριστικά στοιχεία την από μέρους του επιστημονικού προσωπικού αποδοχή και θετική στάση έναντι των ασθενών (Garety και Morris 1984),(Goffmann 1981),(Kruzich 1985), (Hull και Thompson 1981). Οι λόγοι για τους οποίους φαίνεται να λειτούργησε καλά η διατήρηση της φυσικής και κοινωνικής απόστασης των φροντιστών έναντι των ασθενών στη θεραπευτική σχέση έχουν πιθανόν σχέση με τα εξής παρακάτω:



- i. Τον αρχικό επιβαλλόμενο διαχωρισμό των επαγγελματικών ρόλων της θεραπευτικής ομάδας από τον εσωτερικό επόπτη (ψυχολόγο). Έτσι με τον σαφή διαχωρισμό τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού ακολουθώντας πιστά τον διδαγμένο επαγγελματικό τους ρόλο δε φαίνεται να είχαν συχνή επαφή και επικοινωνία με τους ασθενείς αρχικά, κάτι το οποίο βέβαια δεν συνέβαινε με τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού. Το νοσηλευτικό προσωπικό αντίθετα, προσπαθώντας να ακολουθήσει πιστά αυτόν τον επιβαλλόμενο διαχωρισμό των επαγγελματικών ρόλων και γι' αυτό το λόγο είχε πολύ συχνή επαφή και επικοινωνία σε ώρες με τους ασθενείς καθημερινά, επέδειξε εντελώς διαφορετικές στάσεις (φοβικές στάσεις) προς τους τελευταίους.
- ii. Την ανύπαρκτη, τουλάχιστον για τους πρώτους μήνες λειτουργίας (Α' φάση), προσπάθεια για συμπληρωματικότητα των ρόλων των φροντιστών.

Αντίθετα, η «απόσταση» ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό και τους ασθενείς, λειτούργησε διαφορετικά. Συγκεκριμένα, η «φυσική» απόσταση που αναπτύχθηκε μεταξύ τους από τη μια διευκόλυνε την άμεση προσέγγιση των ασθενών προς το νοσηλευτικό προσωπικό (συχνή επαφή και επικοινωνία με ασθενείς) (π.χ. γραφεία νοσηλευτικής υπηρεσίας στον α' όροφο, κοντά στους χώρους των ασθενών), ενώ από την άλλη η «κοινωνική» απόσταση που αναπτύχθηκε προκάλεσε έντονα στοιχεία φοβικής στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού προς τους ασθενείς. Δηλαδή, η κοντινή φυσική απόσταση που δημιουργήθηκε ανάμεσα τους προκάλεσε μια πιο απόμακρη κοινωνική απόσταση. Οι λόγοι που πιθανώς συνέτειναν στην παραπάνω διαπίστωση ήταν οι εξής παρακάτω:

- i. Η ανεπαρκής κλινική εξάσκηση και απειρία του νοσηλευτικού προσωπικού.
- ii. Ο αρχικός επιβαλλόμενος διαχωρισμός των επαγγελματικών ρόλων του νοσηλευτικού προσωπικού χωρίς ίχνος προσπάθειας για συμπληρωματικότητα των ρόλων από τους φροντιστές .
- iii. Τα χαμηλά ακαδημαϊκά προσόντα (έλλειψη ουσιαστικής εκπαίδευσης από τις ΔΕ νοσηλεύτριες) (Lamb 1982), (Merwin και Ochberg 1983), (Mowbray και



Freddolino 1986), (Rabkin και συν. 1998), (Holloway και Lavender 1988).

- iv. Και η πιθανή βίωση συναισθημάτων " προσβολής από την ψυχική νόσο" από τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού, τα οποία συνήθως εκδηλώνονται σε επαγγελματικά άπειρους επαγγελματίες ψυχικής υγείας κατά τον Searles (2003), και η πιθανή γένεση συναισθημάτων εισβολής και κένωσης (φοβικά συναισθήματα) ( Hochmann 2003).

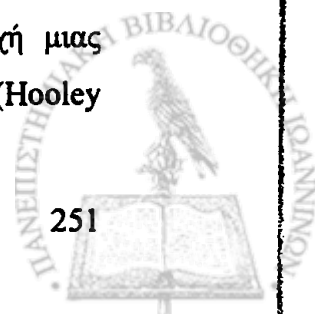
Όμως η προσπάθεια του εσωτερικού επόπτη της θεραπευτικής ομάδας να ενισχύσει και να τονώσει το αυτοσυναίσθημα και την αυτοπεποίθηση του νοσηλευτικού προσωπικού, μέσω ενός mini εκπαιδευτικού προγράμματος(Lavender 1985), οδήγησαν στη διαμόρφωση ενός ποιοτικά θετικού θεραπευτικού περιβάλλοντος στον ξενώνα Β' με κυρίαρχα στοιχεία :

- i. Τη διαμόρφωση θετικότερων στάσεων των φροντιστών προς τους ασθενείς(αποδοχή ασθενών).
- ii. Τη μείωση της έντασης των άρνητικών συναισθημάτων των φροντιστών .
- iii. Την τοποθέτηση κοινών ορίων συμπεριφοράς από τους φροντιστές προς τους ασθενείς.
- iv. Την προσπάθεια του εσωτερικού επόπτη για τόνωση του αυτοσυναίσθηματος των φροντιστών.
- v. Τις καλές συνεργατικές σχέσεις των μελών του θεραπευτικού προσωπικού.
- vi. Τις καλές σχέσεις του θεραπευτικού προσωπικού με τους ασθενείς (έναρξη λειτουργίας του «εμπεριέχοντος» στη θεραπευτική σχέση κατά τον Bion)(Δαμίγος 2003) .
- vii. Την προσπάθεια ελέγχου της παρορμητικής συμπεριφοράς των ασθενών.
- viii. Την κινητοποίηση των ασθενών (καμία εκδήλωση στοιχείων ιδρυματικής συμπεριφοράς).

ix. Την εμφάνιση θετικών ρεαλιστικών προσδοκιών του προσωπικού ως προς το θεραπευτικό αποτέλεσμα (Betz 1969), (Mc Carthy και Nelson 1991), (Van Humbeek και συν. 2001), (Kuzich 1985), (Hull και Thompson 1981). Η ανάπτυξη ενός θετικού ποιοτικά θεραπευτικού περιβάλλοντος, όπως είναι φυσικό αποτέλεσε σημαντικός παράγοντας ικανοποίησης του θεραπευτικού προσωπικού του ξενώνα Β' για την εργασία στην αποκατάσταση.

Η ανάπτυξη θετικής αυτοεκτίμησης, οι θετικές προσδοκίες ως προς την απόδοση του θεραπευτικού ρόλου στο θεραπευτικό έργο, η λειτουργία της ενσυναίσθησης (empathy) των φροντιστών προς τους ασθενείς και η διάθεση συμμετοχής όλων στις θεραπευτικές ομαδικές δραστηριότητες, οδήγησαν το θεραπευτικό προσωπικό του ξενώνα Β' στην παραγωγή ενός «αθροιστικού» θεραπευτικού ομαδικού προϊόντος (το ομαδικό θεραπευτικό έργο προκύπτει από το άθροισμα των ατομικών συνεισφορών και ονομάζεται «έργο βελτιστοποίησης»)(Βοσνιάδου 2001).

Οι παραπάνω διαπιστώσεις όμως για την ποιότητα ενός θετικού θεραπευτικού περιβάλλοντος, όπως αυτού του ξενώνα Β', δεν αποτελούν εγγύηση για την διατήρηση τέτοιων θετικά ποιοτικών χαρακτηριστικών και στο μέλλον. Τα εμπόδια – προβλήματα που αναπόφευκτα δημιουργούνται κατά την διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας στο δύσκολο έργο της αποκατάστασης των χρόνιων ασυλικών ασθενών, καθώς και τα συναισθήματα ανεπάρκειας και απελπισίας (Stokes 1994) (Δαμίγος 2003) που αναπόφευκτα γεννιούνται από τους φροντιστές, κάθε φορά που «ματαιώνονται» από την απρόβλεπτη τροπή της συμπεριφοράς των ασθενών τους, είναι γεγονότα που μπορούν να επιλυθούν με τη βοήθεια της εκπαίδευσης του θεραπευτικού προσωπικού (Minkoff 1987), (Sainsbury Centre for Mental Health 1997), (Van Audenhove και Van Humbeek 2003), (Willets και Leff 2003) και τη σωστή λειτουργία ενός ικανού εξωτερικού επόπτη (Δαμίγος 2003). Τα μέλη του θεραπευτικού προσωπικού του ξενώνα Β', επισημαίνοντας τόσο την ελλιπή εκπαίδευση που έλαβαν και κατά την διάρκεια των σπουδών τους (Mirabi και συν. 1985) και κατά την προετοιμασία τους (εκπαίδευση στο ψυχιατρικό νοσοκομείο) να εργαστούν όσο και την αδυναμία τους να αντιμετωπίζουν μια επικείμενη κρίση (υποτροπή) ενός ασθενούς, συμφώνησαν ότι είναι αναγκαία η παροχή μιας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης (Minkoff και Stern 1985), (Moore και συν. 1992), (Hooley



και συν. 1987),(Δαμίγος 2003), σε αντίθεση με το θεραπευτικό προσωπικό του ξενώνα της Λάρισας, σύμφωνα με έρευνα του Κανδύλη και συν. (1993).

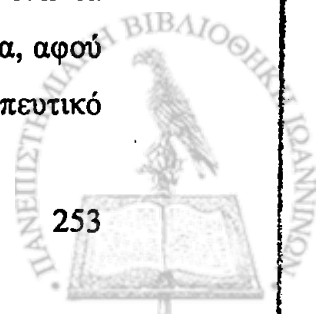
Το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Α' αντίθετα με εκείνο του ξενώνα Β', χαρακτηρίστηκε από τα εξής παρακάτω στοιχεία:

- i. Χαμηλά – «χαλαρά» επίπεδα οργάνωσης.
- ii. Προβλήματα στις εργασιακές σχέσεις, ανάμεσα στο επιστημονικό και το νοσηλευτικό προσωπικό.
- iii. Απουσία συλλογικής προσπάθειας και απουσία ενός συλλογικού θεραπευτικού σχεδιασμού.
- iv. Μη πιστή εφαρμογή των θεραπευτικών δραστηριοτήτων, το περιεχόμενο των οποίων φαινόταν αδιάφορο από τους ασθενείς (Κανδύλης και συν. 1993) (Watson, Dally και Zimmerman 1980).
- v. Τήρηση μη κοινών ορίων συμπεριφοράς των φροντιστών προς τους ασθενείς.
- vi. Θεραπευτικές στάσεις με στοιχεία τυπικότητας και εξουσίας, ιδιαίτερος από το επιστημονικό προσωπικό (Moos και Schwartz 1972), (Butzlaff και Hooley 1998), (Wearden και συν. 2000), (Van Humbeek και συν. 2001).
- vii. Τήρηση από τους φροντιστές (επιστημονικό προσωπικό), μη ρεαλιστικών προσδοκιών ως προς το θεραπευτικό αποτέλεσμα .
- viii. Σύγχυση στους θεραπευτικούς ρόλους, χωρίς προσπάθεια για ταύτιση με τον επαγγελματικό ρόλο κυρίως από την πλευρά του επιστημονικού προσωπικού και για συμπλήρωση των ρόλων (Katz και Kirkland 1990). Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι τόσο η ταύτιση με τον επαγγελματικό ρόλο όσο και η συμπληρωματικότητα των ρόλων των φροντιστών ήταν αποτέλεσμα μιας σειράς γεγονότων που συνέβησαν στο θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Α'.
- ix. Εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού,

ιδιαιτέρως από τα μέλη της επιστημονικής ομάδας (Ball και συν. 1992), (Van Humbeek και Van Audenhove 2003).

- x. Εμφάνιση αρνητικής συμπεριφοράς από πλευράς των φροντιστών (μέλη επιστημονικού προσωπικού) προς τους ασθενείς (όπως π.χ. κριτικά σχόλια, λανθασμένες αυθαίρετες εκτιμήσεις για τους ασθενείς, αμυντική συμπεριφορά – αντίσταση κ.λ.π) (Snyder και συν. 1994), (Moore και συν. 1992), (Oliver και Kuiper 1996), (Finemma και συν. 1996), (Van Humbeek και συν. 2002).
- xi. Παρουσία μη αποδεκτής συμπεριφοράς από την πλευρά των ασθενών (ασυλική – βίαιη – επιθετική συμπεριφορά) (Barrowclough και συν. 2001), (Tattan και Tarrier 2000), (Weigel και Collins 2000).
- xii. Τήρηση μίας "μεγάλης" απόστασης από πλευράς επιστημονικής ομάδας προς τους ασθενείς (Cottle και συν. 1995),(Herzog 1998),( Stark και συν. 1992), (Kuipers και Moore 1995).

Ειδικότερα, η διατήρηση μιας διαφορετικού είδους «απόστασης» προς τους ασθενείς, η οποία εκδηλώθηκε από τα μέλη του επιστημονικού και του νοσηλευτικού προσωπικού αντίστοιχα, αιτιολογείται με βάση τα ανεπτυγμένα δυναμικά πεδία των σχέσεων που δημιουργήθηκαν ανάμεσα τόσο στα ίδια τα μέλη του θεραπευτικού προσωπικού όσο και μεταξύ αυτών με τους ασθενείς. Δηλαδή οι κακές σχέσεις συνεργασίας των μελών της θεραπευτικής ομάδας, ειδικότερα που επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού, προκάλεσαν μια αρκετά απόμακρη στάση (μεγάλη «απόσταση»), μεταξύ τους, γεγονός το οποίο οδήγησε στην υιοθέτηση ενός τέτοιου είδους απόστασης, από πλευράς του επιστημονικού προσωπικού και προς τους ασθενείς, καθώς οι τελευταίοι διατηρούσαν τις καλύτερες επικοινωνιακές σχέσεις μόνο με τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού. Το νοσηλευτικό προσωπικό, διατηρώντας θετικές ευνοϊκές σχέσεις προς τους ασθενείς, έλαβαν όλο το βάρος της ευθύνης της οργάνωσης και υλοποίησης του θεραπευτικού προγράμματος, καθώς γνώριζαν πολύ καλά τον επαγγελματικό τους ρόλο, παίρνοντας κυριολεκτικά με το μέρος τους ασθενείς, ενώ τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού χαρακτηρίστηκαν ως «αποκλειόμενη» ομάδα, αφού αποστασιοποιούνταν βαθμιαία και συστηματικά, από το συλλογικό θεραπευτικό



σχεδιασμό και την οργάνωση του θεραπευτικού έργου (Warden και συν. 2000), (Butzlaff και Hooley 1998). Έτσι, στο πλαίσιο μιας τέτοιας «διττής στάσης» του θεραπευτικού προσωπικού του ξενώνα Α' με στοιχεία «διπλής» έκφρασης μηνυμάτων προς τους ασθενείς, τα μεν μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν οι «καλοί» φροντιστές για τους ασθενείς, ενώ τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού χαρακτηρίστηκαν ως «κακοί» φροντιστές.

Η δράση του «καλού» και του «κακού» ταυτόχρονα μέσα στο θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα δεν άργησε να οδηγήσει στην εκδήλωση έντονα αρνητικών συναισθημάτων κυρίως από την πλευρά της επιστημονικής ομάδας με άμεσους αποδέκτες τους ασθενείς και στην ανάπτυξη κριτικών σχολίων και λανθασμένων εκτιμήσεων ως προς την ιδιαιτερότητα της νόσου τους (Watts και Bennett 1978), (Cottle και συν. 1995), (Barrowclough και συν. 2001). Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι παρόλο που η ΤΕ νοσηλεύτρια προσπάθησε να επαναπροσδιορίσει τη λειτουργία των επαγγελματικών ρόλων και να προωθήσει τη συμπληρωματικότητα των ρόλων των φροντιστών, εντούτοις το επιστημονικό προσωπικό διατηρούσε μία αμυντική – φοβική στάση προς τους ασθενείς, παρόλο που είχαν μία πιο συχνή επαφή μαζί τους καθημερινά λόγω του θεραπευτικού προγράμματος. Τα κριτικά σχόλια των μελών της επιστημονικής ομάδας με έντονα στοιχεία εχθρικής και αμυντικής συμπεριφοράς προς τους ασθενείς, προκαλούσαν την αρνητική συμπτωματολογία και την εμφάνιση μη αποδεκτής συμπεριφοράς στους τελευταίους (Gamble και συν. 1994), (Lam και συν. 1993), (Moore και Kuipers 1999). Το γεγονός αυτό όμως, ανατροφοδοτούσε με τη σειρά του την έκφραση ολοένα και περισσότερων αρνητικών στάσεων και κριτικών σχολίων προς τους ασθενείς (Snyder και συν. 1994) (Moore και συν. 1992) (Oliver και Kuiper 1996).

Η «αντίσταση» που προέβαλαν τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού, ως προς την συμμετοχή τους στην υλοποίηση και διαδικασία του θεραπευτικού έργου διατηρώντας μια αποστασιοποιημένη, απορριπτική στάση προς τους ασθενείς, καθώς και οι μικρές λιγοστές προσδοκίες που «έτρεφαν» για την επιτυχία του θεραπευτικού έργου της αποκατάστασης των ασθενών, επειδή "δεν ήταν λειτουργικοί", οδήγησαν σε μια μικρότερη απόδοση του θεραπευτικού έργου της ομάδας των φροντιστών του ξενώνα του Α' καθώς το θεραπευτικό έργο ήταν προϊόν του μέσου όρου των ατομικών

συνεισφορών των φροντιστών (αντισταθμιστικό έργο) (Βοσνιάδου 2001), (δυναμική απόδοση έργου) (Steiner 1976).

Τα χαρακτηριστικά του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα Α', όπως:

- i. Οι διαφορετικές στάσεις που εκδήλωσαν τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας
- ii. Οι διαφορετικές προσδοκίες ως προς την απόδοση του θεραπευτικού ρόλου
- iii. Οι διαφορετικές προσδοκίες των μελών ως προς την επιτυχία του θεραπευτικού έργου οδήγησαν στην περαιτέρω διάσπαση της συνοχής της ομάδας και στην αίσθηση του κάθε φροντιστή ότι μάλλον προσφέρει λιγότερα από αυτά που θέλει να προσφέρει (νοσηλεύτριες) ή ότι, ό,τι και αν προσφέρει, δεν περιμένει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα..

Έτσι, η θεραπευτική ομάδα και πολύ περισσότερο τα μέλη που ήδη είχαν επιδείξει αρνητικές συμπεριφορές κατά τη δράση τους στο θεραπευτικό έργο οδηγήθηκαν στα εξής παρακάτω:

- i. Στην εκδήλωση αντιστάσεων από τα μέλη του θεραπευτικού προσωπικού. Το γεγονός αυτό μπορεί να σχετίζεται με την πιθανή βίωση συναισθημάτων εισβολής και κένωσης από τη συχνή επαφή με την ψυχική νόσο (Hochmann 2003), (Searles 2003).
- ii. Στην αρνητική αυτοεκτίμηση των μελών της θεραπευτικής ομάδας λόγω της μη σαφούς ταύτισης με τους επαγγελματικούς ρόλους και της δυσκολίας για την ανάπτυξη της συμπληρωματικότητας αυτών.
- iii. Στην εμφάνιση αρνητικών στάσεων των φροντιστών προς τους ασθενείς, η ύπαρξη των οποίων πιθανώς να αναστέλουν τη λειτουργία του «εμπεριέχοντος» στη θεραπευτική σχέση, κατά τον Bion (2003) .
- iv. Στη μείωση της ενσυναίσθησης (empathy) των φροντιστών προς τους ασθενείς (Κανδύλης και συν. 1993), (Αγγελίδης και συν. 1993).

Όπως συνέβη και στον ξενώνα Β' έτσι και στον ξενώνα Α', τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας υποστήριζαν ότι η εκπαίδευση που έλαβαν κατά την διάρκεια της προετοιμασίας τους (εκπαιδευτικό πρόγραμμα παρακολούθησης στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, στα πλαίσια του προγράμματος αποκατάστασης – Ψυχαργός), για να εργασθούν ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας στον αντίστοιχο ξενώνα, δεν ήταν επαρκής (Mirabi και συν. 1985) Neilsen και συν. 1985). Οι φροντιστές του ξενώνα Α', ως «γνώστες» της αδυναμίας τους να διαμορφώσουν κοινές θεραπευτικές πρακτικές με βάση συγκεκριμένους θεραπευτικούς και πολυδύναμους ρόλους, πίστευαν ότι η παροχή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης αποτελεί «πανάκεια» για να τα καταφέρουν στο δύσκολο έργο της αποκατάστασης (αντίθετα με το θεραπευτικό προσωπικό άλλων ξενώνων, όπως το θεραπευτικό προσωπικό του ξενώνα της Λάρισας (Κανδύλης και συν. 1993). Παρ' όλα αυτά, χαρακτηρίστηκαν περισσότερο ως «παρατηρητές» των δυσκολιών τους και της «φθίνουσας» εξελικτικής πορείας του θεραπευτικού έργου παρά ως «αποφασιστικοί μαχητές» με την ανάληψη πρωτοβουλιών για την αντιμετώπιση τέτοιων δυσκολιών (όπως π.χ.η ανάληψη της πρωτοβουλίας για τη λειτουργία ενός εκπαιδευτικού προγράμματος. Το γεγονός αυτό φαίνεται να είναι συνυφασμένο με την ικανότητα ενός εσωτερικού επόπτη, ο οποίος να μπορεί να δραστηριοποιείται έγκαιρα για την αντιμετώπιση τέτοιων φαινομένων (Δαμίγος 2003).

## **8.2. ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ Γ' ΚΑΙ Δ'**

Αναφορικά με τους ξενώνες Γ' και Δ', οι δομές αυτές αποτελούσαν μια συνέχεια της μακρόχρονης πορείας υλοποίησης προγραμμάτων αποκατάστασης με κύριο φορέα το ψυχιατρικό νοσοκομείο. Στο πλαίσιο της διαμόρφωσης και ανάπτυξης ενός δικτύου υπηρεσιών παροχής εναλλακτικής ψυχιατρικής περίθαλψης και για την μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της υλοποίησης των θεραπευτικών στόχων αποκατάστασης, το ψυχιατρικό νοσοκομείο της περιοχής έκρινε σκόπιμη την επάνδρωση των δύο μεταβατικών στεγαστικών δομών (ξενώνες) με επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι ήταν εργαζόμενοι σε αντίστοιχες δομές στο παρελθόν και είχαν αποκτήσει ανάλογη

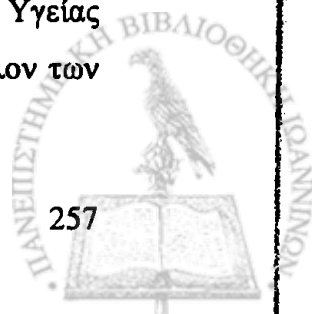


επαγγελματική εμπειρία.

Συγκεκριμένα, ο ξενώνας Γ' απέκτησε δεκαπέντε (15) επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι αποτελούσαν το θεραπευτικό προσωπικό του ξενώνα. Από αυτούς, μόνο δύο (2) φρόντιστές (ο ψυχολόγος και ο ειδικός δάσκαλος) ήταν εργαζόμενοι για πρώτη φορά σε μια τέτοια μη ψυχιατρική, στεγαστική δομή και γι' αυτό το λόγο είχαν εκπαιδευτεί στους χώρους του ψυχιατρικού νοσοκομείου, στα πλαίσια του προγράμματος «Ψυχαργός». Στο σύνολο των δεκαπέντε (15) επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ως θεραπευτική ομάδα του ξενώνα Γ', τον μεγαλύτερο αριθμό δώδεκα (12) αποτελούσαν γυναίκες, με ειδικότητα στη νοσηλευτική και με μεγάλη επαγγελματική εμπειρία σε αντίστοιχες δομές. Οι ηλικίες όλων κυμαίνονταν από είκοσι πέντε (25) έως τριάντα πέντε (35) ετών.

Στον ξενώνα Δ', τα μέλη του θεραπευτικού προσωπικού αριθμούσαν στο σύνολο τους οκτώ (8), επτά (7) γυναίκες και ένας (1) άντρας. Απ' αυτούς, μόνο δύο, ο δάσκαλος ειδικής αγωγής, (το ίδιο πρόσωπο όπως και στον ξενώνα Γ') και μια Δ.Ε νοσηλεύτρια ήταν εργαζόμενοι για πρώτη φορά σε δομή αποκατάστασης χρονίων ψυχικά ασθενών, ενώ τα υπόλοιπα μέλη είχαν ήδη μεγάλη επαγγελματική εμπειρία σε αντίστοιχες δομές του ψυχιατρικού νοσοκομείου. Οι ηλικίες όλων κυμαίνονταν από είκοσι πέντε (25) έως τριάντα πέντε (35) ετών.

Εκείνο το χαρακτηριστικό που αποτελεί ιδιαιτερότητα και το οποίο διακρίνει τον ξενώνα Δ', σε σχέση με τον ξενώνα Γ' και με τους υπόλοιπους αντίστοιχα ξενώνες Α' και Β', είναι το γεγονός της συστέγασης του με μια άλλη δομή αποκατάστασης το (Κέντρο Ημέρας). Το γεγονός αυτό επηρέασε σε σημαντικό βαθμό τις εξελίξεις στη διαμόρφωση και την οργάνωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος της συγκεκριμένης δομής. Παρ' όλο που κοινή ήταν η πεποίθηση όλων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και των δύο ξενώνων Γ' και Δ', σχετικά με την ανάπτυξη ενός παρεχόμενου κοινωνικού περιβάλλοντος (milieu therapy ή social therapy), ως τρόπου θεραπείας των ασυλικών ασθενών, γεγονός το οποίο θα οδηγούσε αυτούς (ασθενείς) από το παθολογικό στο φυσιολογικό, (Barton 1966), (Bennett και Morris 1983), (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας 1996), εντούτοις δε διαφοροποιήθηκαν κατά πολύ από το θεραπευτικό περιβάλλον των



ξενώνων Α' και Β' τόσο ως προς την απόδοση των θεραπευτικών ρόλων στο έργο αποκατάστασης όσο και ως προς την επιτυχή αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών στόχων.

### **8.2.1. Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ Η ΔΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ**

Οι ξενώνες Γ' και Δ' διοικούνταν και εποπτεύονταν από το ψυχιατρικό νοσοκομείο της περιοχής (παραδοσιακή μορφή διοίκησης) (Μαδιανός 1994). Οι εξαρτητικές σχέσεις που υπήρχαν ανάμεσα στους ξενώνες και το φορέα, δεν φαίνεται να εμπόδισαν την ανάπτυξη διαφοροποιήσεων ως προς την οργάνωση και τη διαχείριση του θεραπευτικού περιβάλλοντος των δύο δομών, αντίστοιχα. (Ξενώνας Γ' : οργανικός τύπος διαχείρισης ή σύστημα ανάληψης στόχων, Ξενώνας Δ' : μηχανιστικός τύπος ή περιοριστικό σύστημα) (Μαδιανός 1994), (Foster και Roberts 1998). Η «λειτουργικότητα» του αντίστοιχου θεραπευτικού συστήματος των δύο ξενώνων βασιζόταν σε ένα λεπτομερές εργασιακό πρόγραμμα, το οποίο δεν διέφερε κατά πολύ από τα πρότυπα του ψυχιατρείου. Η «ανοιχτού τύπου» οργάνωση, ως κοινό χαρακτηριστικό του θεραπευτικού περιβάλλοντος των ξενώνων, δεν ανταποκρινόταν μόνο στην επίτευξη των θεραπευτικών στόχων αλλά υπόκειτο σε αλλαγές σύμφωνα με τις εξωτερικές πιέσεις του ψυχιατρείου, καθώς το επέτρεπε η ίδια η ευελιξία των αντίστοιχων θεραπευτικών ομάδων λόγω της μακρόχρονης επαγγελματικής τους εμπειρίας (Truax και Carkhuff 1967), (Riger 1993), (Mc Gillivray και συν. 1998). Η προσπάθεια της διοίκησης του ψυχιατρείου να προσφέρει περισσότερη υποστήριξη στην οργάνωση ενός λειτουργικού κοινωνικού περιβάλλοντος, ήταν αρκετά βοηθητική για το περιβάλλον του ξενώνα Γ', ενώ στον ξενώνα Δ' προκάλεσε μία δυσκαμψία καθώς τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας αντίστοιχα λειτουργούσαν μέσα από μια δυσκίνητη σχέση με τις υπηρεσίες του ψυχιατρείου και ταυτόχρονα αισθάνονταν ως «μετέωροι», σαν να μην αποτελούσαν μέρος του συστήματος του ξενώνα Δ' (Astrachan και συν.

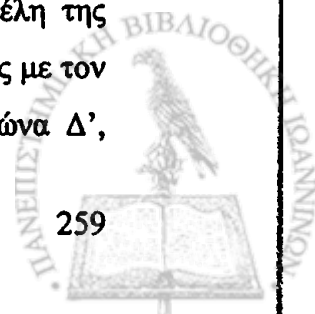
1970), (Bennett και Morris 1983).

Το κοινωνικό περιβάλλον του Ξενώνα Γ' χαρακτηρίστηκε από:

- i. Το άμεσο ενδιαφέρον της θεραπευτικής ομάδας προς τους ασθενείς.
- ii. Τη θετική αλληλεπίδραση φροντιστών – ασθενών (Bryant και συν. 1976)
- iii. Τη δραστηριοποίηση των ασθενών με βάση κοινές θεραπευτικές τεχνικές και μεθόδους που τέθηκαν από τη θεραπευτική ομάδα
- iv. Την προσπάθεια μείωσης του κοινωνικού άγχους των ασθενών (Lamb 1967), (Ebringer και Brown 1980).
- v. Την διάχυση της εξουσίας, με έμφαση του θεραπευτικού προσωπικού στη συνεργασία των μελών (Μαδιανός 1994), (Bachrach 1991), (Στυλιανίδης και συν. 2000).

Παράλληλα, χαρακτηρίστηκε από όρια ευέλικτα στις σχέσεις του με το ψυχιατρείο και την κοινότητα και την ολοένα προοδευτική μετακίνηση των ασθενών προς αυτήν.

Αντίθετα, το κοινωνικό περιβάλλον του ξενώνα Δ' χαρακτηρίστηκε από στοιχεία δυσκαμψίας που αναπτύχθηκαν στις σχέσεις με το φορέα υλοποίησης (ψυχιατρείο) και από στοιχεία αδράνειας, παθητικότητας και έλλειψης πρωτοβουλιών των μελών της θεραπευτικής ομάδας, με τους ασθενείς – ενοίκους ως κοινωνικά απομονωμένους. Παρ' όλο που το κοινωνικό περιβάλλον του ξενώνα Δ', διαφοροποιούνταν κατά πολύ από το αντίστοιχο του ξενώνα Γ', εντούτοις η αντίστοιχη θεραπευτική ομάδα (όπως εκείνη του ξενώνα Δ'), διατηρούσε πολύ καλές συνεργατικές σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της, τα οποία χαρακτηρίστηκαν από μια αρκετά μεγάλη ικανότητα επίλυσης των προβλημάτων τους (Jannis και Mann 1977), (Riger 1993). Ταυτόχρονα, η μακρόχρονη επαγγελματική εμπειρία σε παρόμοιες δομές του ψυχιατρείου, είχε οδηγήσει ήδη στην ανάπτυξη των εκάστοτε θεραπευτικών ρόλων των μελών του θεραπευτικού προσωπικού του Ξενώνα Δ', όπως και αντίστοιχα στον ξενώνα Γ'. Όμως, διαπιστώθηκε ότι ενώ τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα Γ', αξιοποίησαν τους θεραπευτικούς τους ρόλους με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, αντίθετα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα Δ',



δυσκολεύτηκαν πολύ να καταφέρουν και να πετύχουν κάτι τέτοιο. Το ερώτημα που γεννιέται εδώ είναι: *γιατί συνέβη αυτή η αξιοσημείωτη διαφοροποίηση;*

Οι πιθανοί λόγοι, οι οποίοι συνέβαλαν στην παραπάνω διαφοροποίηση της λειτουργίας του θεραπευτικού προσωπικού των δύο ξενώνων Γ' και Δ' είναι οι εξής παρακάτω:

- i. Η αναγκαστική και επιβαλλόμενη από το ψυχιατρικό νοσοκομείο παρουσία του θεραπευτικού προσωπικού του ξενώνα Δ', ταυτόχρονα και στις δύο δομές (ξενώνας Δ' και Κέντρο Ημέρας).
- ii. Η προτίμηση των μελών του θεραπευτικού προσωπικού του ξενώνα Δ' να εργαστούν μόνο σε μία δομή( Κέντρο Ημέρας), τα οποία, έχοντας μια χρόνια επαγγελματική εμπειρία με τους ψυχωτικούς ασθενείς του ασύλου, αρνούνταν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους στον ξενώνα Δ'. Μία τέτοια αρνητική συμπεριφορά πιθανόν να εκφράζει κάποια βιωμένα στο παρελθόν, συναισθήματα εισβολής και κένωσης, προκαλούμενα από τη συχνή επαφή των φροντιστών με τους χρόνιους ασυλικούς ασθενείς (Searles 2003) (Hochmann 2003).

### **8.2.2. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΡΟΛΩΝ**

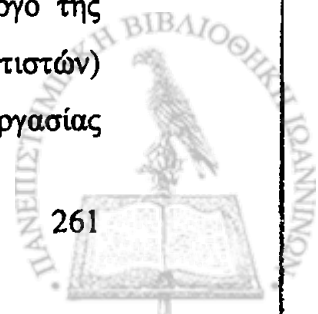
Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, ο ξενώνας Δ' συστεγάζονταν με το Κέντρο Ημέρας. Το Κέντρο Ημέρας λειτούργησε πολύ πιο νωρίς από την έναρξη λειτουργίας του ξενώνα Δ' και «επανδρώθηκε» από έμπειρους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι αργότερα αποτέλεσαν τη θεραπευτική ομάδα του ξενώνα Δ' μετά από απόφαση της διοίκησης του ψυχιατρείου. Έτσι αρχικά η λειτουργία των θεραπευτικών ρόλων του προσωπικού του Κέντρου Ημέρας, είχε συγκεκριμενοποιηθεί και εφαρμοστεί στο πλαίσιο της λειτουργίας καθημερινών θεραπευτικών δραστηριοτήτων με τους ασθενείς, οι οποίες (δραστηριότητες) χαρακτηρίζονταν περισσότερο ως ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις παρά ως δραστηριότητες εκμάθησης δεξιοτήτων. Η μη αναμενόμενη

απόφαση του ψυχιατρείου να ζητήσει τη θεραπευτική υποστήριξη του ξενώνα Δ' από το ήδη υπάρχον θεραπευτικό προσωπικό του Κέντρου Ημέρας, αποτέλεσε ως ανασταλτικός παράγοντας για τη λειτουργία και την απόδοση των θεραπευτικών ρόλων των μελών του προσωπικού του Κέντρου Ημέρας, καθώς προκλήθηκε μια σχετική ένταση στους κόλπους της θεραπευτικής ομάδας. Η «κρίση» που εκδηλώθηκε ως προς τη λειτουργία των θεραπευτικών ρόλων των μελών του προσωπικού, οδήγησε σε μια εσωτερική αναταραχή και μια μερική απορρύθμιση των διεργασιών του θεραπευτικού περιβάλλοντος του Κέντρου Ημέρας (Kaes 1979). Η αστάθεια και η αβεβαιότητα για την πορεία και την διαδικασία της λειτουργίας των θεραπευτικών ρόλων ταυτόχρονα σε δύο δομές, «ενεργοποίησε» τις «αναγεννησιακές» δυνάμεις των μελών του θεραπευτικού προσωπικού, με στόχο την μείωση της έντασης. Έτσι, η «κρίση» έπρεπε να ξεπεραστεί με την προσπάθεια επανοργάνωσης και επαναπροσδιορισμού των θεραπευτικών ρόλων, για να μειωθεί το άγχος που προκάλεσε η ένταση (Pearlin και Schooler 1978).

Ας δούμε όμως τα «στάδια» από τα οποία πέρασε το θεραπευτικό προσωπικό, προκειμένου να μειώσει την ένταση που προκλήθηκε.

Η εργασία στο Κέντρο Ημέρας απαιτούσε τη λειτουργία σαφών και προκαθορισμένων θεραπευτικών ρόλων (σύμφωνα με το διδαγμένο επαγγελματικό ρόλο), με βάση ένα θεραπευτικό πρόγραμμα δραστηριοτήτων, όπως: εργοθεραπεία, νοσηλευτική υποστήριξη, ομαδικές – ατομικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις κ.α.), (ακτιβισμός του Hochmann) (Hochmann 2003). Αντίθετα, η εργασία στον ξενώνα Δ' επέβαλλε την πολυδύναμη λειτουργικότητα των θεραπευτικών ρόλων, δηλαδή πολλαπλές δραστηριότητες του ρόλου, (πολυδιάστατοι ρόλοι) όπως π.χ.: οι νοσηλεύτριες έπρεπε να εμπυχώνουν, να εκπαιδεύουν και να αξιολογούν τους ασθενείς – ενοίκους) (Κανδύλης και συν. 1993), (Στυλιανίδης και συν. 2002), (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 1996).

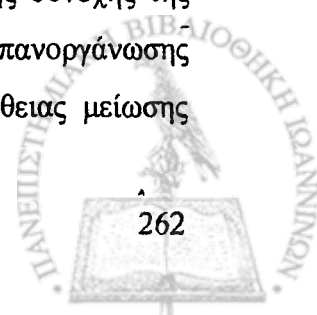
Κατά την εργασία στον ξενώνα Δ' διαπιστώθηκε, ότι τα μέλη του θεραπευτικού προσωπικού και ιδιαιτέρως οι νοσηλεύτριες παρείχαν τις υπηρεσίες τους με βάση τους διδαγμένους επαγγελματικούς ρόλους και όχι τους πολυδύναμους, εκδηλώνοντας έτσι μια συμπεριφορά με στοιχεία αντίστασης και άμυνας ως προς το δύσκολο έργο της αποκατάστασης. Ενώ, οι σχέσεις των μελών μεταξύ τους (μικρή ομάδα φροντιστών) εξακολουθούσαν να χαρακτηρίζονται καλές, στο επίπεδο μιας αμοιβαίας συνεργασίας



για την επίλυση τέτοιων προβλημάτων με βάση τις προγραμματισμένες «ομάδες συζήτησης προσωπικού» (χρόνια επαγγελματική εμπειρία) (Watts και Bennett 1983), (Obholzer 1994), εντούτοις εξακολουθούσαν να υφίστανται μια συγχυτική εικόνα του ρόλου τους (Braga 1972).

Η ένταση και το άγχος που προκλήθηκε από την δυσκολία καθορισμού και οριοθέτησης των ρόλων τους στην απόδοση θεραπευτικού έργου και στις δύο δομές αντίστοιχα, οδήγησε στα εξής παρακάτω:

- i. Στην έμμεση σύγκρουση – ρήξη με τις αποφάσεις της διοίκησης του ψυχιατρείου. Η ρήξη αυτή δεν ήταν άμεσα εμφανής (στάδιο κατακερματισμού του προβλήματος) (Menzies 1988). Το μοναδικό στοιχείο που επιβεβαίωνε την σύγκρουση ήταν ένας μικρός βαθμός αντίστασης στο πλαίσιο των «διαπραγματεύσεων», ανάμεσα στα μέλη της ομάδας και τη διοίκηση του ψυχιατρικού νοσοκομείου, με στόχο την επίτευξη μιας πιθανής ανάκλησης της απόφασης του τελευταίου (στάδιο δομημένης δράσης και διαπραγμάτευσης του προβλήματος) (Pearlin και Schooler 1978).
- ii. Στην αναστολή της οργάνωσης της θεραπευτικής ομάδας (House και Rizzo 1972), (Foster 1998), (Schuler 1975). (χαμηλά επίπεδα οργάνωσης), καθώς καλούνταν να προσφέρουν θεραπευτικό έργο με την «διττή» λειτουργία του θεραπευτικού ρόλου (προκαθορισμένοι επαγγελματικοί ρόλοι στο Κέντρο Ημέρας και πολυδύναμοι ρόλοι στον ξενώνα) και στην ταυτόχρονη προσπάθεια για επαναπροσδιορισμό του θεραπευτικού ρόλου (στάδιο επανοργάνωσης – αναδιοργάνωσης του συστήματος αξιών) (Pearlin και Schooler 1978).
- iii. Στη δυσκολία σαφούς καθορισμού των υπευθυνοτήτων των φροντιστών (Shepherd και Richardson 1979), καθώς από τη μία η διοίκηση του ψυχιατρείου εξακολουθούσε να ασκεί συμμορφωτικές πιέσεις και από την άλλη, οι ίδιοι δυσκολεύονταν να ελέγξουν την κρίση που δημιουργήθηκε στους κόλπους της ομάδας. Έτσι, για να αντιμετωπίσουν την επικείμενη διάσπαση της συνοχής της ομάδας τους, οδηγήθηκαν σε δραστηριότητες και πρωτοβουλίες επανοργάνωσης και επανασυγκρότησης της θεραπευτικής ομάδας, (στάδιο προσπάθειας μείωσης

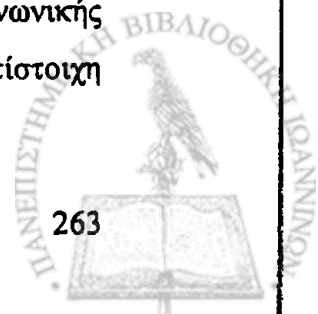


του άγχους) (Pearlin και Schooler 1978) - (στάδιο συνειδητής αναζήτησης λύσης του προβλήματος) (Menzies 1988). Παράλληλα, η «ανακουφιστική» παρουσία του επιστημονικού προσωπικού από το ψυχιατρικό νοσοκομείο στη θεραπευτική ομάδα του ξενώνα Δ' συνέβαλε στη μείωση των εντάσεων.

Αντίθετα, το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Γ' παρουσίαζε μία διαφορετική εικόνα. Εκεί, τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, στο πλαίσιο ενός αρχικού σχεδιασμού περίθαλψης και μιας κοινής στρατηγικής ως προς το συντονισμό του κλινικού έργου (Wilkinson 1973), (Ellsworth 1973), (Piat και συν. 2002), ανέπτυξαν ένα υψηλό επίπεδο κοινωνικής διαντίδρασης με καλές και γόνιμες επικοινωνιακές σχέσεις. Οι καλές επικοινωνιακές σχέσεις και η ευχέρεια χρήσης πολυδύναμων θεραπευτικών ρόλων οδήγησαν τους φροντιστές του ξενώνα Γ', στην υιοθέτηση μιας θετικής αυτο-εικόνας ως ομάδας προσωπικού συνολικά (Feffer 1967) και θετικές ατομικές προσδοκίες ως προς την απόδοση των ρόλων τους (Rabkin και συν. 1998), (Van Humbeek και Van Audenhove 2003).

### **8.2.3. ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

Τα μέλη του θεραπευτικού προσωπικού αντίστοιχα των ξενώνων Γ' και Δ', δε διήλθαν από τα δύο πρώτα στάδια διαμόρφωσης της ομάδας («στάδιο διαμόρφωσης» - «θυελλώδες στάδιο») (Tuckman και Jensen 1977). Αντίθετα, τα στάδια από τα οποία πέρασαν οι θεραπευτικές ομάδες, αφορούσαν το τρίτο και τέταρτο στάδιο συνοχής των ομάδων. Συγκεκριμένα : i) Το κανονιστικό στάδιο, με έκδηλα τα στοιχεία της αναπροσαρμογής (ξενώνας Δ') και ii) Το στάδιο αποδοχής, όπου εκεί εκδηλώθηκαν τάσεις επίτευξης των στόχων. Κατά τον Festinger (1954), το «ανήκειν» σε μια ομάδα οδηγεί τα μέλη της στην απόκτηση μιας θετικής κοινωνικής ταυτότητας. Στην περίπτωση του ξενώνα Γ', οι έκδηλες διαθέσεις και τάσεις «αποδοχής» των φροντιστών από τη διοίκηση του ψυχιατρείου, οδήγησε τους ίδιους στην απόκτηση μιας θετικής κοινωνικής ταυτότητας, η οποία με την σειρά της «γέννησε» περισσότερη συνοχή στην αντίστοιχη



ομάδα. Στο πλαίσιο της επιτυχημένης συνοχής των φροντιστών στο σύνολο τους αναπτύχθηκαν στοιχεία καλής οργάνωσης ως προς το μοίρασμα των υπευθυνοτήτων στο θεραπευτικό έργο και εκδηλώθηκαν στοιχεία αμοιβαιότητας, συνεργασίας και αποδοχής μεταξύ τους, γεγονός το οποίο βοήθησε στην ικανότητα επίλυσης προβλημάτων. Έτσι, η «θετική κοινωνική ταυτότητα», η οποία ήταν αποτέλεσμα της αποδοχής των μελών της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα Γ' από το ψυχιατρείο, οδήγησε αυτήν στη διατήρηση της θετικής αυτό – εικόνας της και του υψηλού ηθικού των μελών. Γι' αυτό το λόγο η συνοχή των μελών ήταν επιτυχής.(Barton 1966),(Frendenberg 1967).

Αντίθετα, τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα Δ' οδηγήθηκαν σε μία αρνητική κοινωνική ταυτότητα και αρνητική αυτο-εικόνα, καθώς από τη μια προκλήθηκε η έμμεση «ρήξη – σύγκρουση» ανάμεσα στα μέλη και το ψυχιατρείο, σχετικά με την απόφαση του τελευταίου να επιβάλλει την παράλληλη εργασία τους στο Κέντρο Ημέρας και στον ξενώνα Δ' και από την άλλη, συνέβη μία μικρή διάσπαση και ανισορροπία στους κόλπους της ομάδας λόγω της δυσκολίας τους και της αδυναμίας τους να επιτελέσουν «διπλό» θεραπευτικό έργο. Όμως, η επαγγελματική εμπειρία των μελών ήταν αρκετά βοηθητική για την ανάδειξη μιας ιδιαίτερης ευχέρειας να διατηρήσουν σ' ένα πολύ καλό επίπεδο τις σχέσεις συνεργασίας και αμοιβαιότητας μεταξύ τους.

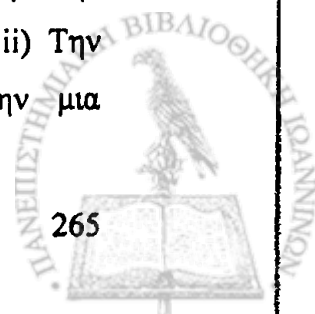


## **8.2.4. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΣΤΟ ΕΡΓΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

### **8.2.4.1. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ**

Η έμμεση προσπάθεια αλλαγής των στάσεων των φροντιστών για τους ασυλικούς ασθενείς από την πλευρά του ψυχιατρείου, καθώς οι φροντιστές δεν επιθυμούσαν να εργάζονται στον ξενώνα αλλά στο Κέντρο Ημέρας, όπου οι ασθενείς δεν ήταν ασυλικοί (Foster 1998) από την μια και από την άλλη, η έκδηλη «κούραση», την οποία βίωσαν μέσα από τη μακρόχρονη εμπειρία τους ως φροντιστές σε ασθενείς του ασύλου, οδήγησαν τη θεραπευτική ομάδα στη συσπείρωσή της, εκδηλώνοντας τα μέλη μια ομόφωνη αντίσταση προς την προσπάθεια του ψυχιατρείου να αλλάξει τις αρνητικές αυτές στάσεις (Mc Guire 1964: Ιατρικό μοντέλο αντίστασης στην αλλαγή των στάσεων). Το γεγονός της απόλυτης υποστήριξης του ξενώνα Δ', στον οποίο διέμεναν πρώην ασυλικοί ασθενείς του ψυχιατρείου, είναι πιθανό να οδήγησε στη λειτουργία ενός ασυνείδητου μηχανισμού άμυνας σύμφωνα με τον Freud , την ταύτιση. Δηλαδή, η θεραπευτική ομάδα πιθανώς να είχε ταυτίσει το περιβάλλον του ξενώνα Δ' με εκείνο του ψυχιατρείου!.

Καθώς το ψυχιατρείο ασκούσε περισσότερες συμμορφωτικές πιέσεις στα μέλη της θεραπευτικής ομάδας (καταναγκαστική – επιβαλλόμενη επιρροή), το γεγονός αυτό τροφοδοτούσε την εμφάνιση μεγαλύτερης «αντίστασης» από πλευράς των φροντιστών (Nealey και Blood 1968), (Nealey και Owen 1970), (Pryer και Distefano 1971), με αποτέλεσμα : i) Την αναγκαστική υποχώρηση της θεραπευτικής ομάδας στις πιέσεις του ψυχιατρείου και την υιοθέτηση μιας αποφασιστικής από κοινού αναδιοργάνωσης των θεραπευτικών ρόλων και των θεραπευτικών στόχων, στα πλαίσια της εργασίας των μελών και στις δύο δομές (Κέντρο Ημέρας και ξενώνας Δ'), η οποία συνέπεσε με την «ανακουφιστική» συμβολή και βοήθεια του επιστημονικού προσωπικού και ii) Την υιοθέτηση μιας «διττής» εικόνας της ομάδας των φροντιστών. Από την μια



χαρακτηρίστηκαν ως «καλοί» φροντιστές ως προς την παροχή θεραπευτικού έργου στο Κέντρο Ημέρας και ταυτόχρονα ως «κακοί» φροντιστές ως προς την εργασία τους στον ξενώνα Δ' (split). (Kushlick και συν. 1973).

Με βάση τις παραπάνω διαπιστώσεις, το ψυχιατρείο ως φορέας υλοποίησης και διοίκησης των συγκεκριμένων δομών αποκατάστασης (ξενώνας Γ' και ξενώνας Δ') επέδρασε σε μεγάλο βαθμό ως προς την οργάνωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος αυτών. Ταυτόχρονα, συνέβαλε ακόμα και στην ιεραρχική οργάνωση των μελών της θεραπευτικής ομάδας. Ο καθορισμός και η επιλογή του εσωτερικού επόπτη των θεραπευτικών ομάδων αντίστοιχα στον ξενώνα Γ' και τον ξενώνα Δ', από το νοσηλευτικό προσωπικό (Τ.Ε. νοσηλεύτριες), αναδεικνυε : i) την πυραμιδωτή οργάνωση ιεραρχίας των ξενώνων, που επέβαλε το ίδιο το ψυχιατρείο (παραδοσιακή μορφή οργάνωσης), (Μαδιανός 1994) και ii) τον χαρακτηριστικό τύπο διαχείρισης των ξενώνων Γ' και Δ', καθώς εμφανίζονταν ως υπό – συστήματα του συστήματος του ψυχιατρείου, όπου οι Τ.Ε νοσηλεύτριες αποτελούσαν τους «διαμεσολαβητές» και «διακπεραιωτές» των αποφάσεων της διοίκησης αυτού.

Στο πλαίσιο μιας τέτοιας κατάστασης, τα μέλη των θεραπευτικών ομάδων των ξενώνων Γ' και Δ' αντίστοιχα δεν εκδήλωσαν κάποιες τάσεις για την αυτονόμηση των δομών κάτι το οποίο συνέβη στους ξενώνες Α' και Β'. Εδώ αξίζει να επισημάνουμε ότι η προσπάθεια για την αυτονόμηση των ξενώνων Α' και Β' ήταν το αποτέλεσμα της αναγνώρισης από πλευράς των φροντιστών της ανάγκης για μια καλύτερη οργάνωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος και την ύπαρξη ενός σταθερού θεραπευτικού πλαισίου. Αντίθετα για τους ξενώνες Γ' και Δ' τα πράγματα ήταν εντελώς διαφορετικά. Ειδικότερα, η διατήρηση εξαρτητικών σχέσεων με το ψυχιατρείο σχετικά με τον ξενώνα Γ', λειτούργησε «βολικά» για το θεραπευτικό προσωπικό, καθώς όλες οι δραστηριότητες των μελών αλλά και των ασθενών, καλύπτονταν από την «προστατευτική ομπρέλα» του ψυχιατρείου. Έτσι, οι φροντιστές θεωρώντας πως οι ασθενείς τους ήταν ήδη έτοιμοι και καλά προετοιμασμένοι να λειτουργούν ως ανεξάρτητοι και αυτόνομοι (π.χ. περίπατος στην πόλη χωρίς όμως τη συνοδεία των φροντιστών) φαίνεται να «βόλευε» την ανάγκη των έμπειρων φροντιστών να αποστασιοποιηθούν από το θεραπευτικό έργο της αποκατάστασης. Μία τέτοια

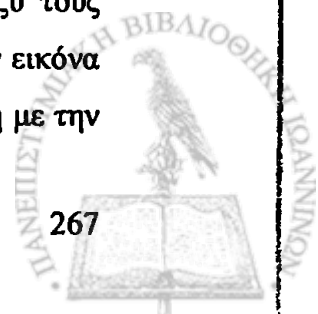


- συμπεριφορά ήταν πιθανόν να εκφράζει μία άμυνα του προσωπικού προς την επαναβίωση συναισθημάτων εισβολής και κένωσης από την ψυχική νόσο (Hochmann 2003),( Searles 2003). Το προσωπικό του ξενώνα Δ' όμως, επιδεικνύοντας πιο άμεσα την αρνητική συμπεριφορά προς τους ασυλικούς ασθενείς με την πιθανή ύπαρξη άγχους και φόβου επαναβίωσης τέτοιων οδυνηρών συναισθημάτων, προκάλεσε την επιβλητική παρουσία του ψυχιατρείου, το οποίο, καθώς ασκούσε ισχυρές συμμορφωτικές πιέσεις στα μέλη να εργαστούν για την αποκατάσταση των ασθενών του ξενώνα, συνέβαλε στην
- ανάπτυξη εξαρτητικών σχέσεων του προσωπικού με αυτό.

Καθώς το ψυχιατρείο παρενέβαινε συστηματικά στην πορεία και την εξέλιξη του έργου αποκατάστασης των συγκεκριμένων δομών, ασκούσε ιδιαίτερη επιρροή στα μέλη των θεραπευτικών ομάδων ως προς:

- i. Την υπενθύμιση των θεραπευτικών στόχων
- ii. Την προώθηση του θεραπευτικού έργου
- iii. Την διαμόρφωση και ανάπτυξη υψηλών προσδοκιών των μελών για την αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού έργου αποκατάστασης (House 1976)
- iv. Τον περιορισμό του «χάσματος» ανάμεσα στις δύο αλληλοεπιδρούσες δομές (ξενώνας Δ' και Κέντρο Ημέρας).

Οι παρεμβάσεις του ψυχιατρείου φαίνεται ότι είχαν θετική ανταπόκριση από την ομάδα φροντιστών του ξενώνα Γ', καθώς η απόκτηση μιας θετικής κοινωνικής ταυτότητας της ομάδας οδήγησε στη θετική αυτό – εικόνα και σε μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση αυτής, ως προς το αποτέλεσμα του θεραπευτικού έργου αποκατάστασης. Αντίθετα, η «ενδοτικότητα» της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα Δ' (Kelman 1958), (Βοσνιάδου 2001), υπό την επιβαλλόμενη διοχέτευση αξιών, στάσεων, στοιχείων θεραπευτικού σχεδιασμού κ.λ.π από το ψυχιατρείο, οδήγησε στην ακούσια ή εκούσια εσωτερίκευση των παραπάνω. Τόσο η επιβεβλημένη ενδοτικότητα της ομάδας του ξενώνα Δ' όσο και οι αναπόφευκτες τάσεις σύγκρισης των δύο δομών μεταξύ τους (ξενώνας Γ' και ξενώνας Δ'), το θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Δ' έδινε την εικόνα της «κακής δομής» του ψυχιατρείου(αρνητική κοινωνική ταυτότητα), σε αντίθεση με την

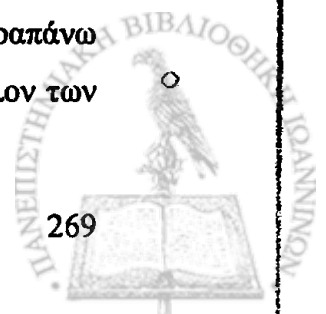


εικόνα της «καλής δομής» που χαρακτήριζε το περιβάλλον του ξενώνα Γ' (θετική κοινωνική ταυτότητα). Η θετική αυτό - εικόνα της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα Γ', καθώς και η παρουσία υψηλών προσδοκιών των μελών ως προς την λειτουργικότητα και απόδοση των ρόλων στο θεραπευτικό έργο αποκατάστασης, προσδιόρισαν τα υψηλά επίπεδα συνοχής και του ηθικού της συγκεκριμένης ομάδας (Barton 1966), (Freudenberg 1967), (Sainsbury Centre for Mental Health 1997).

#### **8.2.4.2. ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Όταν μία θεραπευτική ομάδα έχει θετική αυτοεικόνα, τότε, σύμφωνα με τους Otto και Orford (1978) και τον Raynes και συν. (1979) αυξάνεται ο διαθέσιμος χρόνος των φροντιστών και ιδιαίτερα των νοσηλευτών με τους ασθενείς. Στην περίπτωση του ξενώνα Γ' όμως συνέβη ακριβώς το αντίθετο! Δηλαδή, οι νοσηλεύτριες δεν διέθεταν περισσότερο χρόνο με τους ασθενείς – ενοίκους του ξενώνα στο καθημερινό ωράριο εργασίας, παρά μόνο όσο τους επέβαλε το ημερήσιο πρόγραμμα δραστηριοτήτων. Έτσι, λειτουργώντας μέσα σε συγκεκριμένα χρονικά όρια, σύμφωνα με το καθορισμένο πρόγραμμα δραστηριοτήτων των ασθενών του ξενώνα (π.χ. οι νοσηλεύτριες συμμετείχαν σε προγραμματισμένες ομάδες δραστηριοτήτων με ασθενείς όπως η ομάδα μαγειρικής, συζήτησης κ.λ.π) δε συμμετείχαν σε δραστηριότητες με ασθενείς εκτός του περιβάλλοντος χώρου του ξενώνα (π.χ. περίπατος στην πόλη). Το γεγονός αυτό είναι πιθανό να υποδηλώνει μία αμυντική στάση του έμπειρου θεραπευτικού προσωπικού του ξενώνα Γ' ως προς την επαναβίωση συναισθημάτων εισβολής – κένωσης και προσβολής από την ψυχική νόσο κατά τον Searles (2003) και τον Hochmann (2003), τα οποία μάλλον «καλύπτονται» μέσα από τη θετική αυτοεικόνα της ομάδας. Βέβαια αυτά τα οδυνηρά συναισθήματα τα οποία βιώνουν όλοι σχεδόν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, δεν κατέστη δυνατό να τα διαπιστώσουμε και να τα ερμηνεύσουμε με βάση τις παρατηρήσεις μας κατά τη διάρκεια της παρούσας μελέτης. Γι' αυτό το λόγο κρίνεται κρίνεται σκόπιμο να περιοριστούμε στο επίπεδο μιας πιθανής μόνο διαπίστωσης αυτών.

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις μας, τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα Γ' και ειδικότερα το νοσηλευτικό προσωπικό πιθανώς βίωσε το συναίσθημα της «ματαίωσης» από την μακρόχρονη επαφή με τους συγκεκριμένους ασθενείς, κατά την διάρκεια της εργασίας στο ψυχιατρικό νοσοκομείο. Η ακούσια και κάποιες φορές εκούσια προσπάθεια να «καλύψουν» αυτή την πιθανή οδυνηρή αίσθηση της αποδυνάμωσης και της «ματαίωσης» (Mack 1994), (Stokes 1994), οδήγησε τα μέλη να κάνουν λόγο για την «προώθηση της αυτονομίας των ασθενών», αφήνοντας αυτούς ελεύθερους να ενεργούν αυτόβουλα, χωρίς την ενεργό συμμετοχή του προσωπικού τις περισσότερες φορές. Την ίδια στάση διατήρησαν και τα μέλη του θεραπευτικού προσωπικού και ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό του ξενώνα Δ', τα οποία, βιώνοντας την αρνητική αυτό - εικόνα της ομάδας τους και έχοντας χαμηλές προσδοκίες ως προς την απόδοση των ρόλων στο θεραπευτικό έργο και ως προς την επίτευξη θεραπευτικών στόχων, διέθεταν λιγότερο χρόνο διαθέσιμο με τους ενοίκους του ξενώνα, ενώ αντίθετα ο διαθέσιμος χρόνος με τους ασθενείς του Κέντρου Ημέρας ήταν πολύ μεγαλύτερος. Είναι γνωστό άλλωστε το γεγονός ότι οι έμπειροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ακριβώς για να αποφύγουν την επαναβίωση συναισθημάτων οδυνηρών από τη θεραπευτική σχέση με ψυχωσικούς ασυλικούς ασθενείς, επιθυμούν να εργάζονται σε δομές που προωθούνται κυρίως ψυχοθεραπευτικές ή κοινωνιολογικές προσεγγίσεις (ο ακτιβισμός του Hochmann) (Hochmann 2003). Τόσο η άσκηση της συμμορφωτικής πίεσης του ψυχιατρείου να επιβάλλει στα μέλη της ομάδας την προώθηση του θεραπευτικού έργου αποκατάστασης στον ξενώνα Δ', όσο και η πιθανή οδυνηρή εμπειρία της «ματαίωσης» και της «αποδυνάμωσης» που βίωσαν από παλιά, ήταν δύο βασικοί λόγοι για την «αποστασιοποιημένη» στάση των φροντιστών του ξενώνα Δ' (Minkoff και Stern 1985), (White και Bennett 1981), (Moorhead 1993), (Mirabi και συν. 1985), (Minkoff 1987), (Snyders και συν. 1994), (Goffman 1981). Έτσι, η εναντίωση - αντίσταση των φροντιστών του ξενώνα Δ' για τους παραπάνω λόγους, οδήγησε αυτούς στην άμεση εκδήλωση στάσεων απόρριψης και μη αποδοχής προς τους ασθενείς (Hastings και συν. 1995), (Morgan και Hastings 1998). Αντίθετα, η θεραπευτική ομάδα του ξενώνα Γ', καθώς δεν προέβη σε καμία εκδήλωση εναντίωσης προς το ψυχιατρικό νοσοκομείο, δεν εκδήλωσε άμεσα αρνητικές στάσεις προς αυτούς. Η παραπάνω διαπίστωση αποτέλεσε μια σημαντική διαφορά ως προς το θεραπευτικό περιβάλλον των



ξενώνων Γ' και Δ', αντίστοιχα.

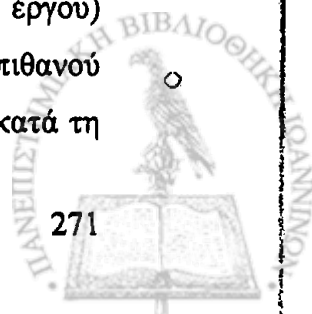
Στο πλαίσιο ενός καλά οργανωμένου θεραπευτικού σχεδιασμού στο θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Γ', με κύρια χαρακτηριστικά : i) την εξατομικευμένη θεραπευτική παρέμβαση, ii) την πιστή εφαρμογή του καθημερινού προγράμματος και iii) την ενθάρρυνση των ενοίκων για προσωπικό χρόνο και για αυτονόμηση (ποιοτικά θεραπευτικό περιβάλλον)(Raynes και συν. 1979),(Curtis και Hodge 1994),(Hall και Nelson 1996),(Nelson και συν. 1998), το επιστημονικό προσωπικό διατηρούσε θετικές στάσεις με τους ενοίκους – ασθενείς και με εμφανή στοιχεία αποδοχής προς αυτούς, αντίθετα με το νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο διατηρούσε λιγότερο θετικές στάσεις(απόμακρες στάσεις). Τρεις ήταν οι λόγοι που φαίνεται να διαφοροποιούσαν τις στάσεις ανάμεσα στις δύο βασικές υπό – ομάδες (νοσηλευτικό – επιστημονικό προσωπικό). Ο πρώτος λόγος, ο οποίος αφορούσε το επιστημονικό προσωπικό (ψυχολόγος – δάσκαλος ειδικής αγωγής), αναφέρεται στην επαγγελματική εμπειρία, καθώς τα μέλη εργαζόνταν για πρώτη φορά σε στεγαστικές δομές με χρόνιους ασυλικούς ασθενείς και δεν είχαν ποτέ βιώσει την εμπειρία της «ματαιώσης» και άλλων πιθανών οδυνηρών συναισθημάτων, τα οποία προκαλούνται κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής σχέσης. Ο δεύτερος αφορά το πρόγραμμα εργασίας των συγκεκριμένων φροντιστών, οι οποίοι επισκέπτονταν τον ξενώνα Γ' μόνο δύο φορές την εβδομάδα. Η μη συχνή επαφή και επικοινωνία με τους ασυλικούς ασθενείς, φαίνεται πως δεν «κούραζε» τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού, κάτι το οποίο συνέβη στα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο τρίτος λόγος αφορούσε, σύμφωνα με ευρήματα μελετών των Garety και Morris (1984), την πιθανή σχέση ανάμεσα στην ανώτερη βαθμίδα εκπαιδευτικών προσόντων των μελών του επιστημονικού προσωπικού και την ανάπτυξη των στάσεων αποδοχής αυτών προς τους ασθενείς. Για τους ίδιους παραπάνω λόγους, διαπιστώθηκε το ίδιο φαινόμενο ως προς τις στάσεις των μελών του επιστημονικού προσωπικού στο ξενώνα Δ'.

Στον ξενώνα Δ' τα χαρακτηριστικά στοιχεία του θεραπευτικού περιβάλλοντος ήταν περισσότερο αρνητικά παρά θετικά. Ειδικότερα, οι αρνητικές προσδοκίες των μελών κι ιδιαίτερα των νοσηλευτριών σχετικά με την αποτελεσματικότητα του ρόλου τους στο παράλληλο θεραπευτικό έργο αποκατάστασης, οι έντονα έκδηλες αρνητικές



στάσεις, με στοιχεία «απομάκρυνσης» και μη αποδοχής προς τους ασθενείς, η έκφραση κριτικών σχολίων και τέλος η έκφραση αρνητικών συναισθημάτων (Butzlaff και Hooney 1998), (Wearden και συν. 2000). (Mirabi 1985), (Van Humbeek και συν. 2001), (Walter 1998), προκάλεσαν ιδιαίτερα εμπόδια στην ανάπτυξη γόνιμων θεραπευτικών σχέσεων με τους ασθενείς, με αποτέλεσμα την εκδήλωση στοιχείων αρνητικής συμπεριφοράς των ασθενών (όπως π.χ. απομόνωση, μη δεκτική συμπεριφορά, υποτροπές κ.λ.π) (Barrowclough και συν. 2001), (Ball και συν. 1992), (Moore και συν. 1992), (Oliver και Kuiper 1996), (Finnema και συν. 1996), (Van Humbeek και συν. 2002). Η ανατροφοδοτική διαδικασία που εκδηλώθηκε ανάμεσα στην κριτική – απορριπτική στάση των φροντιστών (νοσηλεύτριες) προς τους ασθενείς και την αρνητική συμπεριφορά των τελευταίων, με έντονα στοιχεία απομόνωσης (Snyder και συν 1994), (Moore και συν. 1992), (Oliver και Kuiper 1996), (Weiner 1980,1993), προκάλεσε την αύξηση της «κοινωνικής απόστασης» ανάμεσα τους (Van Humbeek και συν. 2001), και παράλληλα την λειτουργία στάσεων και συναισθημάτων μη αντοχής και αντίστασης από πλευράς των φροντιστών (Lamb 1982), (Mirabi και συν. 1985).

Αντίθετα στον ξενώνα Γ', η λειτουργία της «απόστασης» ανάμεσα σε φροντιστές (νοσηλεύτριες) και ασθενείς είχε μια διαφορετική σημασία και διαφορετική πορεία ως προς την ανάπτυξη θεραπευτικών σχέσεων με τους ασθενείς. Η πιθανή διάθεση «προφύλαξης» των φροντιστών (νοσηλεύτριες) του προσωπικού του ξενώνα Γ', από το «βάρος» της συναισθηματικής και διανοητικής σύνδεσης με τους ασυλικούς ασθενείς (Minkoff και Stern 1985), (Nichols 1985), (Jackson και συν. 1996), (Lavender 1985), (Hochmann 2003), τους οδήγησε στη διατήρηση μιας «απόστασης» από αυτούς. Μ' αυτόν τον τρόπο οι φροντιστές του ξενώνα Γ', πέτυχαν σε ικανοποιητικό βαθμό να ελέγχουν τα αρνητικά συναισθήματα προς τους ασθενείς τους, καθώς και την παρορμητική συμπεριφορά των τελευταίων (Kruzich 1985), (Hull και Thompson 1981), (Bebbington και Kuipers 1994), (Butzlaff και Hooley 1998), (Kavanagh 1992), (Van Audenhove και Van Humbeek 2003). Με βάση τα παραπάνω χαρακτηριστικά του θεραπευτικού περιβάλλοντος του ξενώνα Γ', το παρεχόμενο θεραπευτικό έργο της ομάδας προσωπικού χαρακτηρίστηκε ως έργο βελτιστοποίησης (ποιότητα έργου) (Βοσνιάδου 2001), παρά την παρουσία δύο σημαντικών παραγόντων : i) του πιθανού φόβου των φροντιστών για μια εκ νέου πρόκληση συναισθημάτων «ματαιώσης κατά τη



θεραπευτική σχέση με τους ενοίκους – ασθενείς του ξενώνα (Moorhead 1993),(Nichols 1985),(Jackson και συν. 1996),(Searles 2003) και ii) της επιβεβλημένης τοποθέτησης των φροντιστών στο περιβάλλον του ξενώνα, προκειμένου να εργαστούν μετά από απόφαση του ψυχιατρικού νοσοκομείου.

Η παρέμβαση και η επιρροή του ψυχιατρικού νοσοκομείου ως προς την επιλογή και την τοποθέτηση των φροντιστών στους χώρους εργασίας του Κέντρου Ημέρας και του ξενώνα Δ' και η έμμεση σύγκρουση ανάμεσα στο θεραπευτικό προσωπικό και το ψυχιατρικό νοσοκομείο, οδήγησαν το θεραπευτικό έργο της ομάδας να γίνει πιο πολύπλοκο και δύσκολο να επιτευχθεί στην πράξη. Το παρεχόμενο έργο της θεραπευτικής ομάδας του ξενώνα Δ' χαρακτηρίστηκε ως έργο μεγιστοποίησης και περιορίστηκε μοναδικά στην ποσότητα του διαθέσιμου χρόνου των φροντιστών με τους ασθενείς του ξενώνα (Steiner 1976). Παράλληλα, η αρνητική αυτό – εικόνα της θεραπευτικής ομάδας, οι αρνητικές επαγγελματικές στάσεις, η αποφυγή εμπλοκής του προσωπικού σε ομάδες με τους ασθενείς του ξενώνα, η πιθανή αποφυγή επανάληψης βιωμένων συναισθημάτων ματαίωσης από τη θεραπευτική σχέση, και πιθανώς η μη λειτουργία του "εμπεριέχοντος" στη θεραπευτική σχέση σύμφωνα με τον Bion (2003), οδήγησαν στην εκδήλωση συναισθημάτων μη αντοχής και μη ικανοποίησης ως προς την διεξαγωγή της θεραπευτικής διαδικασίας με τους ασυλικούς ασθενείς του ξενώνα Δ' (Αγγελίδης και συν. 1993), (Κανδύλης και συν. 1993),(Snyder και συν. 1994),(Jorm και συν. 1999),(Jackson και συν. 1996),(Lavender 1985),(Searles 2003). Παρ' όλο που διαπιστώθηκε μια σημαντική διαφοροποίηση των θεραπευτικών ομάδων αντίστοιχα στους ξενώνες Γ' και Δ', σχετικά με την απόδοση του θεραπευτικού έργου και την ακόλουθη ικανοποίηση από αυτό, (ικανοποιημένοι ως προς την εργασία οι φροντιστές του ξενώνα Γ', μη ικανοποιημένοι ως προς την εργασία οι φροντιστές του ξενώνα Δ'), εντούτοις διαπιστώθηκε μια σύγκλιση απόψεων σχετικά με την ανεπάρκεια της εκπαίδευσης τους στο αντικείμενο της αποκατάστασης (σε επίπεδο σπουδών) από τη μια και από την άλλη, ως προς την παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Η παροχή μιας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, χαρακτηρίστηκε περισσότερο ως παράγοντας εμπνέωσης και στήριξης των μελών, προκειμένου να επιτευχθεί ένας «ωριμότερος» προσδιορισμός στάσεων και συμπεριφορών προς τους ασυλικούς ασθενείς, παρά ως παράγοντας παροχής γνώσεων και δεξιοτήτων (Minkoff 1987),(Κανδύλης και συν. 1993),(Neilson



και συν. 1985),(Rabkin και συν. 1998),(Piat και συν. 2002),(Van Audenhove και Van Humbeek 2003).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>

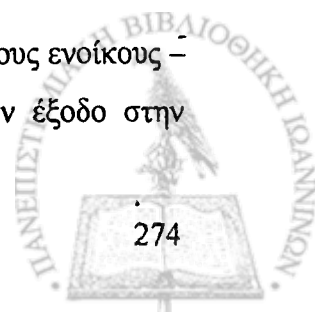
### ΣΥΝΟΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν, με βάση την ποιοτική ανάλυση και την ερμηνεία τους, θα προσπαθήσουμε να συνάγουμε κάποια συμπεράσματα, για τα οποία οφείλουμε να διατυπώσουμε κάποιες παρατηρήσεις. Α) Σε καμία περίπτωση δεν οδηγούμαστε σε μια γενίκευση των αποτελεσμάτων μας ως προς το θεραπευτικό περιβάλλον, το σύστημα και την λειτουργία των ξενώνων, όπως διαμορφώθηκαν γενικότερα, σ' όλη τη χώρα, με βάση το πρόγραμμα αποκατάστασης «Ψυχαργός», Α' φάση. Β) Τα συμπεράσματά μας φαίνεται να ανταποκρίνονται στις μέχρι σήμερα διαπιστωμένες, επιστημονικές θεωρήσεις Ελλήνων και ξένων ερευνητών, σχετικά με τη διαμόρφωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος των μεταβατικών στεγαστικών δομών (ξενώνων) ψυχιατρικών ασθενών, κατά το πρώτο χρόνο λειτουργίας τους.

Στα πλαίσια μιας σφαιρικής προσέγγισης, μπορούμε να διατυπώσουμε μία σειρά διαπιστώσεων που φαίνεται να έπαιξαν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος των ξενώνων Α', Β', Γ' και Δ', αντίστοιχα, κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου λειτουργίας τους, σύμφωνα με τις αρχές και τους στόχους του Ευρωπαϊκού προγράμματος αποκατάστασης «Ψυχαργός», Α' φάση.

Το πλαίσιο στο οποίο διενεργήθηκε η παρούσα μελέτη και το οποίο πρέπει να ληφθεί υπόψη, συνοψίζεται ως ακολούθως:

- i. Οι ξενώνες Α' και Β', αντίστοιχα, στελεχώθηκαν από επαγγελματίες, ψυχικής υγείας, μη έμπειρους επαγγελματικά, ενώ οι ξενώνες Γ' και Δ', στελεχώθηκαν από επαγγελματίες υγείας, πρώην εργαζόμενους σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, με μεγάλη επαγγελματική εμπειρία.
- ii. Το θεραπευτικό προσωπικό των ξενώνων Γ' και Δ', γνώριζαν ήδη τους ενοίκους – ασθενείς, καθώς είχαν συμβάλει στην προετοιμασία τους για την έξοδο στην



κοινότητα.

- iii. Οι ξενώνες Α' και Β' αντίστοιχα, αποτελούσαν αποκεντρωμένες δομές (μεγάλη φυσική απόσταση) από το φορέα υλοποίησης (ψυχιατρικό νοσοκομείο) του προγράμματος αποκατάστασης «Ψυχαργός» Α' φάση, ενώ οι ξενώνες Γ' και Δ' αντίστοιχα, είχαν μικρή φυσική απόσταση από το φορέα υλοποίησης (ψυχιατρικό νοσοκομείο).
- iv. Η κοινότητα των πόλεων που φιλοξενούσε τους ξενώνες Α' και Β' αντίστοιχα, δεν είχε ποτέ εμπειρία στην υλοποίηση προγραμμάτων αποκατάστασης στο παρελθόν, με την ανάπτυξη κυρίως τέτοιων στεγαστικών μεταβατικών δομών για ασυλικούς ασθενείς. Αντίθετα, η κοινότητα των ξενώνων Γ' και Δ' είχε αποκτήσει παρόμοιες εμπειρίες στο παρελθόν.
- v. Η ιδιομορφία ενός (ξενώνας Δ'), από τους τέσσερις (4) ξενώνες που μελετήθηκαν η οποία αφορούσε τη συστέγαση του ξενώνα αποκατάστασης ασυλικών ασθενών (μονάδα κλειστής περίθαλψης) με το Κέντρο Ημέρας (μονάδα ανοιχτής περίθαλψης) και τη στελέχωση τους από το ίδιο προσωπικό.

## 9.1. Η ΔΟΜΗΣΗ ΚΑΙ Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Αναφορικά με την οργάνωση και τη δόμηση μιας ομάδας προσωπικού, όπου τα μέλη δεν κατέχουν επαγγελματική εμπειρία και η μεταβατική στεγαστική δομή (ξενώνας), στην οποία εργάζονται είναι μια νεοσύστατη και πρωτόγνωρη για την κοινότητα, δομή, (ξενώνες Α' και Β') διαπιστώθηκε ότι:

- i. Η αυστηρή πολιτική της οργάνωσης του περιβάλλοντος της δομής,
- ii. Η άμεση αποκέντρωση της δομής από το φορέα υλοποίησης του προγράμματος αποκατάστασης (ψυχιατρικό νοσοκομείο),
- iii. Η διατήρηση μιας μεγάλης «φυσικής» ή κοινωνικής «απόστασης» απ' αυτόν τον



φορέα, συνήθως οδηγούν σε μια επιτυχή συνοχή της ομάδας προσωπικού ( ξενώνας Β').

Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι: i η ουσιαστική λειτουργία της εξωτερικής εποπτείας , ii ο έγκαιρος καθορισμός του εσωτερικού επόπτη της θεραπευτικής ομάδας και iii η λειτουργία των ομαδικών συναντήσεων του προσωπικού, από την αρχή λειτουργίας του ξενώνα, χωρίς όμως να έχει επιτευχθεί ένας σημαντικός βαθμός συμπληρωματικότητας των ρόλων ( ξενώνας Β'), μπορούν να συμβάλλουν στη θετική προσαρμογή των ασθενών στο νέο θεραπευτικό περιβάλλον. Αντίθετα, σε δομές όπου υπάρχουν χαμηλά επίπεδα οργάνωσης, χωρίς τη σαφή παρουσία ενός εσωτερικού επόπτη και όταν η θεραπευτική ομάδα δεν είναι συσπειρωμένη ούτε υπάρχει μία σαφής ταύτιση με τον επαγγελματικό ρόλο και σαφής λειτουργία της συμπληρωματικότητας των ρόλων των φροντιστών (ξενώνας Α'), τότε αυτή αδυνατεί να αντεπεξέλθει στις υποχρεώσεις της, καθώς παρουσιάζει στοιχεία ιδρυματικής λειτουργίας , η οποία συντηρεί την ιδρυματική συμπεριφορά των ασθενών.

Σε δομές (ξενώνες) όπου τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας διαθέτουν μια κοινή επαγγελματική πορεία ( προσωπικό ξενώνων Γ' και Δ'), και οι στεγαστικές δομές που διαμορφώθηκαν αποτελούν συνέχεια στο έργο της αποκατάστασης των ασυλικών ασθενών στην κοινότητα, η οργάνωση και η δόμηση της ομάδας των φροντιστών εξαρτάται συνήθως από:

- i. Την ουσιαστική παρουσία του εσωτερικού επόπτη.
- ii. Την ουσιαστική λειτουργία της εξωτερικής εποπτείας.
- iii. Την καλή λειτουργία των πολυδύναμων ρόλων των φροντιστών (π.χ. νοσηλεύτριες ξενώνων Γ' και Δ') (συμπληρωματικότητα ρόλων).
- iv. Την λειτουργία σαφώς προκαθορισμένων ρόλων των μελών του επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού
- v. Την ευελιξία στις σχέσεις συνεργασίας των φροντιστών μεταξύ τους.
- vi. Την καθορισμένη επαφή και επικοινωνία των μελών του επιστημονικού και

νοσηλευτικού προσωπικού, σε σχέση με την προώθηση του θεραπευτικού έργου αποκατάστασης ( ξενώνες Γ' και Δ'),

- vii. Τη διατήρηση υψηλών προσδοκιών ως προς τη λειτουργία και απόδοση των ρόλων των φροντιστών ( ξενώνας Γ'), όταν υπάρχει κατάλληλη εσωτερική εποπτεία . Πρέπει να σημειωθεί ότι σε όλους τους ξενώνες ήταν ανύπαρκτη η εξωτερική εποπτεία, η οποία όταν δεν λειτουργεί εμβόλιμα, αποτελεί αποφασιστικό παράγοντα στην οργάνωση της ομάδας .

### **9.1.1. ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ**

Στις στεγαστικές δομές με έμπειρο θεραπευτικό προσωπικό (ξενώνες Γ' και Δ'), διαπιστώθηκε ότι όσο μειωμένος ήταν ο αριθμός των υπό – ομάδων (π.χ. επιστημονικό – νοσηλευτικό προσωπικό) των φροντιστών, που εμπλέκονταν στη θεραπευτική διαδικασία, τόσο πιο εύκολα αυξάνονταν τα επίπεδα της συνοχής της θεραπευτικής ομάδας. Το ίδιο διαπιστώθηκε και σε στεγαστικές δομές με μη έμπειρο θεραπευτικό προσωπικό, όπου όσο μεγαλύτερος ήταν ο αριθμός των υπό – ομάδων των φροντιστών που εμπλέκονταν στη θεραπευτική διαδικασία (π.χ. επιστημονικό - νοσηλευτικό – βοηθητικό – εκπαιδευτικό προσωπικό), τόσο πιο πολύ μειωνόταν ο βαθμός της συνοχής της θεραπευτικής ομάδας και αυξάνονταν οι συγκρούσεις (ξενώνες Α' και Β').

Όσον αφορά τις σχέσεις των μελών μιας θεραπευτικής ομάδας με καμία επαγγελματική εμπειρία, διαπιστώθηκε ότι όλοι οι φροντιστές έχουν την τάση να ανήκουν σε μια υπό – ομάδα, με στόχο τον αυτό – προσδιορισμό τους ως προς το ρόλο τους και τα καθήκοντα τους και παράλληλα προκειμένου να νιώθουν τη σχετική «ασφάλεια» που διαθέτει ο αντίστοιχο σύστημα της υπό – ομάδας. Αξιοσημείωτο είναι ότι, κατά την φάση συγκρότησης της ομάδας των άπειρων επαγγελματικά φροντιστών, η ύπαρξη φιλικών σχέσεων ανάμεσα σε κάποια μέλη, δεν αφήνει περιθώρια για τη γρήγορη εξέλιξη στην επίτευξη σημαντικού βαθμού συνοχής και οργάνωσης της εκάστοτε θεραπευτικής ομάδας (ξενώνας Α'). Αντίθετα, σε στεγαστικές δομές με έμπειρο επαγγελματικά θεραπευτικό προσωπικό, όσο πιο πολύ γνωρίζονται τα μέλη



μεταξύ τους (λόγω συνεργασίας τους από παλιά και κοινής επαγγελματικής εμπειρίας), τόσο πιο καλές αναπτύσσονται οι μεταξύ τους σχέσεις, κατά τη διάρκεια οργάνωσης του περιβάλλοντος της αντίστοιχης στεγαστικής δομής (ξενώνες Γ' και Δ').

**Μια κοινή διαπίστωση που φαίνεται πως υπάρχει τόσο σε ξενώνες με έμπειρο επαγγελματικά θεραπευτικό προσωπικό, όσο και σε ξενώνες με μη έμπειρο προσωπικό, είναι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί μια πιο οργανωμένη υπό – ομάδα στο σύνολο της και πιο ευέλικτη ως προς τη συνεργασία των μελών της. Βασικοί παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν σ' αυτό είναι:**

- i. Η εικόνα της νοσηλευτικής ομάδας ως πολυμελούς υπό – ομάδας, στο σύνολο του θεραπευτικού προσωπικού ενός ξενώνα
- ii. Τα ίδια σχεδόν εκπαιδευτικά προσόντα των μελών
- iii. Ο μεγάλος διαθέσιμος χρόνος με τους ασθενείς, στο καθημερινό ωράριο εργασίας. Αυτό αναγκάζει τα ίδια τα μέλη (νοσηλεύτες) να οργανωθούν πιο εύκολα και γρήγορα ως προς το παρεχόμενο θεραπευτικό έργο, χαρακτηριζόμενο ως αθροιστικό (Βοσνιάδου, 2001).
- iv. Οι σαφώς προκαθορισμένοι ρόλοι των νοσηλευτών, οι οποίοι εύκολα και ακούσια μετατρέπονται σε πολυδύναμους ρόλους, λόγω του μεγάλου ποσοστού διαθέσιμου χρόνου με τους ασθενείς.

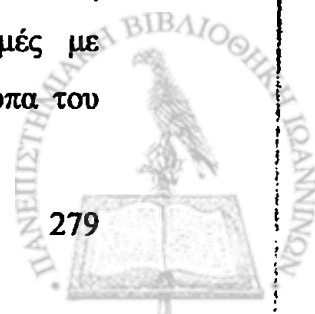
Αναφορικά με τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού χωρίς επαγγελματική εμπειρία, φαίνεται ότι αντιμετωπίζουν δυσκολία ως προς την ανάπτυξη των πολυδύναμων ρόλων (σύγχυση ρόλων), για τους παρακάτω πιθανούς λόγους:

- i. Της ταύτισης του επαγγελματικού ρόλου με τα υψηλά ακαδημαϊκά προσόντα (π.χ. απόφοιτοι Παν/μιου κ.λ.π)
- ii. Του γεγονότος ότι αποτελούν μια ανώτερη ιεραρχικά υπό – ομάδα στα «μάτια» των υπολοίπων φροντιστών, με βάση τα παραπάνω προσόντα.
- iii. Της έλλειψης ή της μη σαφώς προσδιορισμένης κατάλληλης εσωτερικής

εποπτείας που να επιλύει τέτοιου είδους προβλήματα, αλλά και της απουσίας εξωτερικής εποπτείας, που προωθεί σε συγκεκριμένες δραστηριότητες, όπως την πρωτοβουλία για υλοποίηση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος.

Επιπλέον, όπου οι φροντιστές μιας μεταβατικής στεγαστικής δομής δεν έχουν επαγγελματική εμπειρία, διαπιστώθηκε ότι συνήθως ο τρόπος με τον οποίον τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού αντιμετωπίζουν τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού και αντίστροφα, αντικατοπτρίζει τις προσδοκίες που τρέφουν οι μεν για τους δε, αναφορικά με τη λειτουργία και την απόδοση του θεραπευτικού ρόλου. Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι συνήθως τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού δυσκολεύονται να αναπτύξουν σχέσεις εμπιστοσύνης με τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού, ως προς το παρεχόμενο θεραπευτικό έργο των τελευταίων, καθώς, όπως φαίνεται, κύριος παράγοντας διάκρισης ανάμεσα τους είναι τα ακαδημαϊκά προσόντα. Έτσι, το επιστημονικό προσωπικό φαίνεται να διατηρεί χαμηλές προσδοκίες και επιφυλάξεις ως προς τη λειτουργία και απόδοση του ρόλου των μελών του νοσηλευτικού προσωπικού (ξενώνας Β'). Ο παράγοντας της ηλικίας επίσης, φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση επιφυλακτικής στάσης του επιστημονικού προσωπικού να εμπιστευτεί τα μικρότερης ηλικίας μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού (ξενώνας Β').

Σύμφωνα με μια άλλη διαπίστωση που κάναμε, τα μέλη του βοηθητικού προσωπικού, πάντα στα πλαίσια μιας νεοσύστατης δομής, φαίνεται ότι «καλύπτονταν» από την ομπρέλα προστασίας των ιεραρχικά ανώτερων υπο-ομάδων, είτε του νοσηλευτικού προσωπικού, είτε του επιστημονικού προσωπικού (ξενώνας Α' και Β'). Μάλιστα, τα βοηθητικά μέλη φαίνεται ότι αναπτύσσουν σχέσεις με τους ασθενείς, με μεγαλύτερη ευκολία απ' ό,τι οι υπόλοιπες υπό - ομάδες, ιδιαιτέρως όταν δίνουν πολλές ώρες εργασίας στον ξενώνα. Αυτό φέρει αβίαστα το βοηθητικό προσωπικό κοντά στους ασθενείς, λόγω της ιδιαιτερότητας της εργασίας τους (εύκολη προσβασιμότητα στους χώρους των ασθενών, οικιακές εργασίες από κοινού με τους ασθενείς κ.α.) εφόσον δεν επιφορτίζονται με την ευθύνη της πλήρους ταύτισης με έναν διδαγμένο επαγγελματικό ρόλο, όπως οι άλλοι φροντιστές, ούτε αναγκάζονται να βρουν τα όρια τους μέσα από τη λειτουργία της συμπληρωματικότητας των ρόλων τους. Αντίθετα, σε δομές με επαγγελματικά έμπειρο προσωπικό και με ιεραρχική οργάνωση κατά τα πρότυπα του



ψυχιατρικού νοσοκομείου, φαίνεται ότι τόσο το νοσηλευτικό προσωπικό, όσο και το επιστημονικό προσωπικό, διατηρούν τυπικές σχέσεις με τα βοηθητικά μέλη. Ταυτόχρονα, οι τελευταίοι δεν φαίνεται να αναπτύσσουν σχέσεις με τους ασθενείς.

### **9.1.2. Η ΗΓΕΣΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ**

Σχετικά με τον καθορισμό του εσωτερικού επόπτη-επιστημονικού υπεύθυνου μιας θεραπευτικής ομάδας, της οποίας τα μέλη δεν έχουν επαγγελματική εμπειρία (π.χ. ξενώνας Α' και Β'), τα ακαδημαϊκά προσόντα φαίνεται να αποτελούν το σημείο αναφοράς για τον προσδιορισμό του. Παράλληλα, ο προσδιορισμός του επιστημονικού υπεύθυνου επιτυγχάνεται με βάση τους παρακάτω παράγοντες:

- i. Τα εκπαιδευτικά – ακαδημαϊκά προσόντα (ξενώνας Β')
- ii. Τις ηγετικές και οργανωτικές τάσεις (ξενώνας Β' και Α')
- iii. Τις θετικές προσδοκίες ως προς τη λειτουργία του ρόλου του
- iv. Την προσωπικότητα (ιδιοσυγκρασιακά στοιχεία) (π.χ. θετική αυτοεκτίμηση).

Μάλιστα, εκείνο που διαπιστώθηκε ήταν ότι στις δομές με μη έμπειρο θεραπευτικό προσωπικό, ο εσωτερικός επόπτης του ξενώνα Α' προσδιορίστηκε με βάση τα δυναμικά πεδία που διαμορφώθηκαν στη θεραπευτική ομάδα ενώ στον ξενώνα Β' καθορίστηκε απότο φορέα υλοποίησης. Η μόνη διαφοροποίηση που χαρακτήρισε τις παραπάνω δομές (ξενώνας Α' και Β') ήταν ότι στον ξενώνα Β' ο εσωτερικός επόπτης λειτούργησε μ' έναν πιο ουσιαστικό και ξεκάθαρο ρόλο, στα πλαίσια της αντίστοιχης θεραπευτικής ομάδας, σε σχέση με το ρόλο του επόπτη του ξενώνα Α'. Έτσι, ο ουσιαστικός και ξεκάθαρος ρόλος της εσωτερικής εποπτείας του ξενώνα Β' ήταν ένας σημαντικός παράγοντας για την επιτυχή οργάνωση της θεραπευτικής ομάδας και για τον σαφή καθορισμό των θεραπευτικών στόχων, γεγονός το οποίο δεν διαπιστώθηκε να ισχύει στο θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Α'.



Αντίθετα, στις στεγαστικές δομές με έμπειρο θεραπευτικό προσωπικό (ξενώνας Γ' και Δ), και με την άμεση επιρροή του ψυχιατρείου ως φορέα υλοποίησης, ο καθορισμός του εσωτερικού επόπτη, συνέβη σύμφωνα με τα πρότυπα της διοικητικής οργάνωσης του ψυχιατρείου (π.χ. η προϊσταμένη - νοσηλεύτρια ως επιστημονική υπεύθυνη των ξενώνων Γ' και Δ'). Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι τόσο στον ξενώνα Γ', όσο και στον ξενώνα Δ', ο αντίστοιχος εσωτερικός επόπτης δε φαίνεται να λειτουργούσε με βάση έναν ουσιαστικό και ξεκάθαρο ρόλο, γεγονός το οποίο οδήγησε στην εμφάνιση αρκετών προβλημάτων και δυσκολιών ως προς την οργάνωση της θεραπευτικής ομάδας (ξενώνας Δ') και τον καθορισμό συγκεκριμένων θεραπευτικών στόχων (ξενώνας Γ' και Δ'). Τέλος, διαπιστώθηκε ένας συσχετισμός ανάμεσα στην σχετικά μικρή διατηρούμενη «απόσταση» μιας στεγαστικής δομής με το ψυχιατρείο (φορέας υλοποίησης) με τις επιδράσεις του, όχι μόνο στην ιεραρχική οργάνωση της δομής, αλλά και στη διαμόρφωση του θεραπευτικού της περιβάλλοντος .

### **9.1.3. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΡΟΛΩΝ ΣΤΟ ΕΡΓΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

Η ταύτιση με τον επαγγελματικό (θεραπευτικό) ρόλο, τόσο για το θεραπευτικό προσωπικό με επαγγελματική εμπειρία, όσο και για το μη έμπειρο προσωπικό, φαίνεται ότι βρίσκεται σε σχέση με:

- i. Την οργάνωση της δομής (αυστηρή πολιτική οργάνωσης).
- ii. Την επιβλητική και σαφώς προσδιορισμένη παρουσία του επιστημονικού υπεύθυνου της θεραπευτικής ομάδας. Δηλαδή όσο πιο πολύ επιβλητικός είναι ο εσωτερικός επόπτης, τόσο πιο εύκολα συμμορφώνονται τα μέλη με τον επαγγελματικό θεραπευτικό ρόλο (ξενώνας Β'). Μάλιστα, ο ουσιαστικός και ξεκάθαρος ρόλος του φαίνεται να βοηθά τους φροντιστές στην υιοθέτηση σαφών επαγγελματικών ρόλων

- iii. Τη θετική αυτό – εικόνα της θεραπευτικής ομάδας
- iv. Την επαγγελματική εμπειρία των μελών (ξενώνας Γ' και Δ')
- v. Τη λειτουργία του «κύρους» που απορρέει από τον ρόλο. Δηλαδή ανάλογα με τις προσδοκίες που διατηρεί κάθε φροντιστής για την απόδοση του ρόλου του, τόσο πιο υψηλό το «κύρος» του ρόλου του
- vi. Την ηλικία όταν πρόκειται για μη έμπειρους φροντιστές (ξενώνας Β')
- vii. Την παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων ειδικά για τους μη έμπειρους φροντιστές (ξενώνας Β')

Δεν βρέθηκε καμία σχέση όμως ανάμεσα στο φύλο και τα εκπαιδευτικά – ακαδημαϊκά προσόντα των φροντιστών.

**Αντίθετα, δεν επιτυγχάνεται ταύτιση με τον επαγγελματικό ρόλο, όταν υπάρχουν οι παρακάτω παράγοντες:**

- i. Η απουσία ενός ξεκάθαρου και ουσιαστικού ρόλου του επιστημονικού υπεύθυνου (ξενώνας Α')
- ii. Κακή οργάνωση και δυσκαμψία στη συνοχή της ομάδας (ξενώνας Α')
- iii. Δυσκολία - δυσκαμψία στην επικοινωνία και τη συνεργασία των φροντιστών (ξενώνας Α'), ειδικά για τους μη έμπειρους φροντιστές. Τέτοιου είδους επικοινωνιακά προβλήματα μπορεί να απορρέουν από την δυσκολία της θεραπευτικής ομάδας να μορφοποιηθεί με λόγο, την καθημερινή επαφή με τους ψυχωτικούς ασθενείς και να κατανοήσει την θεραπευτική σχέση με τον ψυχωτικό ασθενή.
- iv. Παρουσία αρνητικών και φοβικών στάσεων και τάσεων απόρριψης προς τους ασυλικούς ασθενείς και την ψυχική νόσο, ειδικά στους μη έμπειρους φροντιστές (ξενώνας Α' και Β').

**Η λειτουργία των πολυδύναμων ρόλων επιτυγχάνεται συνήθως όταν υπάρχει:**

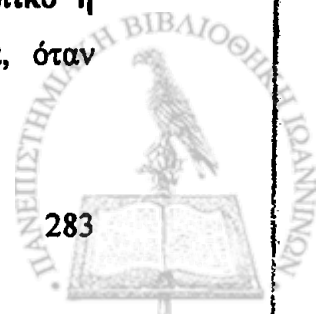
- i. Καλή οργάνωση και συνοχή της ομάδας (ξενώνες Γ', Δ' και Β')
- ii. Καλή και ουσιαστική λειτουργία του ρόλου του επιστημονικού υπεύθυνου με την προώθηση τακτών ομαδικών συναντήσεων
- iii. Οι επικοινωνιακές «ζυμώσεις» στις σχέσεις των υπό – ομάδων ενός ξενώνα (ξενώνες Α' και Β').
- iv. Ο παράγοντας της επαγγελματικής εμπειρίας (ξενώνες Γ' και Δ')
- v. Η κατανόηση της ψύχωσης από πλευράς των φροντιστών και η μορφοποίηση της θεραπευτικής σχέσης σε λόγο και πράξη.

Μάλιστα, όσο πιο καλές είναι οι σχέσεις μεταξύ τους, στην οργάνωση και συνοχή της ομάδας, τόσο πιο εύκολα αναδεικνύονται και αναπτύσσονται οι πολυδύναμοι ρόλοι. Στην αντίθετη περίπτωση, διαπιστώνεται συνήθως αδυναμία λειτουργίας της ομάδας με βάση τους πολυδύναμους ρόλους (ξενώνας Α').

Αν κάνουμε μια σύγκριση ανάμεσα στις στεγαστικές δομές με μη έμπειρο θεραπευτικό προσωπικό (ξενώνες Α' και Β'), με εκείνες που λειτουργούν με έμπειρο θεραπευτικό προσωπικό (ξενώνες Γ' και Δ'), θα διαπιστώσουμε ότι η λειτουργία των πολυδύναμων ρόλων διαφοροποιείται εάν λάβουμε υπόψη μας τρεις βασικές παραμέτρους:

- i. Την επαγγελματική εμπειρία του θεραπευτικού προσωπικού
- ii. Τα στοιχεία οργάνωσης της δομής ή τη σαφώς προσδιορισμένη εσωτερική εποπτεία της θεραπευτικής ομάδας
- iii. Την ηλικία των φροντιστών

Έτσι, στις στεγαστικές δομές με μη έμπειρο θεραπευτικό προσωπικό η λειτουργία των πολυδύναμων ρόλων επιτυγχάνεται μάλλον με δυσκολία, όταν επικρατούν οι παρακάτω συνθήκες:

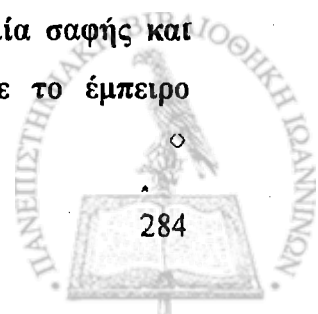


- i. Η μικρή συνοχή, εάν δεν επιβάλλεται μια αυστηρή πολιτική οργάνωσης (ξενώνας Α')
- ii. Η δυσκολία προσδιορισμού ενός ηγετικού προσώπου ή του εσωτερικού επόπτη της θεραπευτικής ομάδας (ασαφής, μη ξεκάθαρος ρόλος του επιστημονικού υπεύθυνου)
- iii. Η ελλιπής ή ανεπαρκής παρουσία της εξωτερικής εποπτείας
- iv. Η δυσκολία στον σαφή καθορισμό των επαγγελματικών ρόλων
- v. Η αρνητική αυτό – εικόνα της θεραπευτικής ομάδας, όταν δεν επιτυγχάνεται αυτή η οργάνωση και η ομάδα αδυνατεί να κατανοήσει την ψύχωση και τη σχέση με τον ψυχωτικό ασθενή.
- vi. Η βίωση συναισθημάτων εισβολής και κένωσης των φροντιστών από την επαφή τους με τους ψυχωτικούς ασθενείς.
- vii. Η μικρή επαγγελματική εμπειρία
- viii. Η ηλικία, εάν οι φροντιστές είναι μικρής ηλικίας (ξενώνας Β')

Αντίθετα, στις στεγαστικές δομές με έμπειρο θεραπευτικό προσωπικό, η λειτουργία των πολυδύναμων ρόλων φαίνεται ότι επιτυγχάνεται με βάση:

- i. Την σαφώς προσδιορισμένη και ουσιαστική λειτουργία της εσωτερικής εποπτείας της ομάδας καθώς και του ουσιαστικού ρόλου του εξωτερικού επόπτη της δομής.
- ii. Την επαγγελματική εμπειρία
- iii. Την ήδη υπάρχουσα συνοχή της ομάδας εάν υπήρχε ένας σημαντικός βαθμός συνεργασίας και συσπείρωσης σε άλλου είδους τμήματα ή αποκαταστασιακές δομές (ξενώνες Γ' και Δ').

Στο σημείο αυτό αξίζει να επισημάνουμε ότι εάν δεν υπάρχει μία σαφής και ουσιαστική λειτουργία του ρόλου του εσωτερικού επόπτη, τότε το έμπειρο



θεραπευτικό προσωπικό της δομής δυσκολεύεται να λειτουργήσει με βάση τους πολυδύναμους ρόλους ( ξενώνας Δ'). Δεν διαπιστώθηκε όμως καμία σχέση ανάμεσα στην άσκηση αυστηρής πολιτικής από μέρους του εσωτερικού επόπτη προς τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας και την ουσιαστική λειτουργία των πολυδύναμων ρόλων .

Σύμφωνα με τις διαπιστώσεις μας, το νοσηλευτικό προσωπικό είτε είναι έμπειρο, είτε είναι μη έμπειρο, φαίνεται ότι αναπτύσσει πιο εύκολα πολυδύναμους ρόλους (π.χ. εμπυχωτές) σε σχέση με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας (π.χ. επιστημονικό προσωπικό). Αυτό συμβαίνει πιθανά γιατί, από την μια λειτουργεί με έναν σαφή προκαθορισμένο ρόλο (κλινικό έργο, ταύτιση με τον επαγγελματικό ρόλο) και από την άλλη, η συχνή επαφή και επικοινωνία με τους ασθενείς, λόγω μεγάλου διαθέσιμου χρόνου μαζί τους, φέρει αβίαστα και ακούσια τους νοσηλευτές σε μια αμιγώς θεραπευτική σχέση μαζί τους. Επίσης το γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι μία αρκετά μεγάλη σε μέγεθος υπο-ομάδα στο σύνολο των μελών της θεραπευτικής ομάδας, κάτι το οποίο συμβάλλει στον εύκολο επιμερισμό ευθυνών και υποχρεώσεων, καθώς και η διαρκής προσπάθεια για συμπληρωματικότητα των ρόλων μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας, είναι σημαντικά στοιχεία για την πιθανή εκδήλωση θετικών στάσεων των νοσηλευτών προς τους ασθενείς ( ξενώνας Α', Β', Γ'). Αν όμως απουσιάζει η συμπληρωματικότητα των ρόλων, στο σύνολο των μελών της θεραπευτικής ομάδας και το νοσηλευτικό προσωπικό έχει μικρό αριθμό μελών, τότε μπορεί να εμφανίσει συναισθήματα εισβολής – κένωσης από την επαφή με την ψυχική νόσο και γι' αυτό εκδηλώνονται αρνητικές στάσεις προς τους ασθενείς (ξενώνας Δ'). Αντίθετα, το επιστημονικό προσωπικό δεν αναπτύσσει εύκολα πολυδύναμους ρόλους καθώς προτιμούν να εφαρμόζουν πιστά τον ήδη διδαγμένο θεραπευτικό επαγγελματικό ρόλο, ο οποίος επικεντρώνεται περισσότερο σε ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις (π.χ. ομαδικές – ατομικές ψυχοθεραπείες). Ταυτόχρονα, η επικοινωνία με τους ασθενείς δεν ξεπερνά τα όρια των ατομικών ή ομαδικών συναντήσεων.

## **9.2. Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ**

### **9.2.1. Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

Η διαμόρφωση και λειτουργία του θεραπευτικού προγράμματος, τόσο σε στεγαστικές δομές με έμπειρο προσωπικό, όσο και σε δομές με μη έμπειρο προσωπικό, φαίνεται ότι βρίσκεται σε άμεση σχέση με:

- i. Την σαφώς προσδιορισμένη και σωστή λειτουργία της εσωτερικής και εξωτερικής εποπτείας της θεραπευτικής ομάδας
- ii. Την καλή δόμηση και οργάνωση της θεραπευτικής ομάδας
- iii. Τον υψηλό βαθμό συνοχής (καλές συνεργατικές σχέσεις)
- iv. Την επιτυχή λειτουργία των πολυδύναμων ρόλων.

Μια θεραπευτική ομάδα εφαρμόζει πιστά το θεραπευτικό πρόγραμμα, όταν συντρέχουν οι παρακάτω παράγοντες:

- i. Η σαφής λειτουργία του ρόλου του εσωτερικού επόπτη και η σωστή λειτουργία της εξωτερικής εποπτείας της ομάδας
- ii. Η καλή οργάνωση και ο σημαντικός βαθμός συνοχής της ομάδας
- iii. Η ευκολία της θεραπευτικής ομάδας να λειτουργεί με βάση τόσο τους καθορισμένους ρόλους όσο και τους πολυδύναμους ρόλους (ξενώνες Γ' και Δ')
- iv. Η ανάπτυξη θετικών στάσεων των φροντιστών προς τους ψυχικά ασθενείς (π.χ. οι θετικές στάσεις προσωπικού για τους ασθενείς, οδηγούν τα μέλη στην πιστή εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος ( ξενώνας Β' και Γ' ) , ενώ οι αρνητικές στάσεις του προσωπικού φέρουν τελείως το αντίθετο αποτέλεσμα ( ξενώνας Α' ).

- v. Η επαγγελματική εμπειρία των μελών (ξενώνας Γ' και Δ')
- vi. Οι πιέσεις που μπορεί να δέχεται το θεραπευτικό προσωπικό από εξωτερικούς παράγοντες, όπως το ψυχιατρικό νοσοκομείο (ξενώνας Γ' και Δ'), το οποίο μπορεί να λειτουργεί ως φορέας διαχείρισης της δομής.

Τέλος, εκείνο που αξίζει να σημειωθεί εδώ είναι ότι υπάρχει μία σχέση ανάμεσα στην μη προσωπική επιλογή της εργασίας των μελών στη στεγαστική δομή και τις πιέσεις που δέχονται από το εξωτερικό περιβάλλον, και την μη πιστή εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος από μέρος του θεραπευτικού προσωπικού ( ξενώνας Δ').

## **9.2.2. ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

### **9.2.2.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ "ΑΠΟΣΤΑΣΗΣ" ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ**

Σχετικά με την διατηρούμενη «απόσταση» των φροντιστών προς τους ασθενείς, στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης, διαπιστώθηκε ότι , η πολύ «μεγάλη» και η πολύ «μικρή» διατηρούμενη απόσταση προκαλεί προβλήματα στη θεραπευτική σχέση .

Όσον αφορά την ομάδα των νοσηλευτών γενικά, η εκ μέρους τους διατήρηση μιας «μικρής» απόστασης έναντι των ασθενών, βρίσκεται σε σχέση με:

- i. Την παρουσία ενός ικανού εσωτερικού επόπτη της θεραπευτικής ομάδας .
- ii. Την καλή λειτουργία του πολυδύναμου ρόλου.
- iii. Την πιστή εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος .
- iv. Τη μη εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων των μελών προς τους ασθενείς .

v. Τον υψηλό βαθμό διαθέσιμου χρόνου με τους ασθενείς .

Ειδικότερα, τα μέλη του μη έμπειρου νοσηλευτικού προσωπικού διαπιστώθηκε ότι, όταν διατηρούν μικρή απόσταση από τους ασθενείς, τότε αυτό μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση φοβικών τάσεων ή τάσεων αποστασιοποίησης από αυτούς . Δύο είναι οι λόγοι που μπορεί να προκαλούν μία τέτοια συμπεριφορά: i) η απειρία των νοσηλευτών, και ii) η δυσκολία τους να λειτουργήσουν, με βάση τη συμπληρωματικότητα των ρόλων (ξενώνες Α' και Β') .

Αντίθετα, τα μέλη του έμπειρου νοσηλευτικού προσωπικού (ξενώνες Γ' και Δ'), διαπιστώθηκε ότι συνήθως διατηρούν μάλλον μία σχετικά «μεγαλύτερη» απόσταση σε σχέση με τους ασθενείς τους . Το γεγονός αυτό βρίσκεται πιθανά σε σχέση με:

- i. Τις πιθανές προϋπάρχουσες ανεπτυγμένες σχέσεις με τους ασθενείς (ξενώνες Γ' και Δ') .
- ii. Τις βιωμένες εμπειρίες των συναισθημάτων της ματαίωσης και αποδυνάμωσης κατά τη θεραπευτική διαδικασία με τους ψυχωτικούς ασθενείς .
- iii. Την λανθασμένη εντύπωση των νοσηλευτών ότι το θεραπευτικό τους έργο έχει ολοκληρωθεί εδώ και καιρό, ειδικά για ασθενείς που τους γνωρίζουν από άλλες δομές στο παρελθόν.

Αναφορικά με τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού διαπιστώθηκε ότι η διατηρούμενη μεγάλη " απόσταση" βρίσκεται πιθανά σε σχέση με:

- i. Τη λειτουργία ενός σαφώς καθορισμένου και διδαγμένου θεραπευτικού ρόλου και όχι ενός πολυδύναμου.
- ii. Το λιγοστό διαθέσιμο χρόνο με τους ασθενείς, καθώς τα μέλη περιορίζονται στην επικοινωνία μαζί τους, μόνο στα πλαίσια ατομικών και ομαδικών συναντήσεων .
- iii. Την ανάπτυξη φοβικών στάσεων και αρνητικών συναισθημάτων προς τους ασθενείς (ξενώνες Α' και Β') .



- iv. Την άποφυγή επαναβίωσης συναισθημάτων ματαιώσης από την ψυχική νόσο, ειδικότερα για το έμπειρο θεραπευτικό προσωπικό. (ξενώνας Γ' και Δ')
- v. Την λειτουργία του κύρους του ρόλου που απορρέει από τα υψηλά ακαδημαϊκά προσόντα. Δεν βρέθηκε όμως κάποια σχέση ανάμεσα στην μεγάλη απόσταση των μελών του επιστημονικού προσωπικού και στην δυσκολία ανάπτυξης θεραπευτικών σχέσεων. Αντίθετα μάλιστα, διαπιστώθηκε ότι υπήρχε σχέση ανάμεσα στη μεγάλη απόσταση μεταξύ του επιστημονικού προσωπικού και των ασθενών και την διευκόλυνση της ανάπτυξης θεραπευτικών σχέσεων.

#### 9.2.2.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

Το έμπειρο επιστημονικό προσωπικό που διαθέτει χαμηλά ποσοστά διαθέσιμου χρόνου για τους ασθενείς του ( ξενώνας Γ' και Δ') δε φαίνεται να αναπτύσσει αρνητικά συναισθήματα και αρνητικές στάσεις προς αυτούς, ακόμα και αν τα συγκεκριμένα μέλη έχουν ήδη αναπτύξει σχέσεις με τους ασθενείς, στο παρελθόν.

Αντίθετα, το μη έμπειρο επιστημονικό προσωπικό που διαθέτει χαμηλά ποσοστά διαθέσιμου χρόνου με τους ασθενείς, φαίνεται να αναπτύσσει πιο εύκολα αρνητικές στάσεις προς αυτούς. Οι παράγοντες που συντελούν στην εκδήλωση μιας τέτοιας συμπεριφοράς είναι οι εξής παρακάτω:

- i. Η κακή λειτουργία ή η απουσία του ρόλου του εσωτερικού επόπτη (ξενώνας Α').
- ii. Η κακή οργάνωση και τα χαμηλά επίπεδα συνοχής της θεραπευτικής ομάδας (ξενώνας Α').
- iii. Οι κακές συνεργατικές σχέσεις των μελών (ξενώνας Α').
- iv. Η δυσκολία ανάπτυξης πολυδύναμων ρόλων (ξενώνας Α').
- v. Η διάθεση απόδοσης αρνητικών χαρακτηριστικών εις βάρος των ασθενών για την



πορεία της νόσου τους, γεγονός το οποίο προκαταλαμβάνει τη θεραπευτική σχέση και δημιουργεί αρνητικές προσδοκίες ως προς το θεραπευτικό αποτέλεσμα (ξενώνας Α').

- vi. Η έντονα αρνητική συναισθηματική φόρτιση των μελών (ξενώνας Α').
- vii. Η απειρία των φροντιστών (ξενώνας Α').
- viii. Η απουσία εκπαιδευτικού προγράμματος (ξενώνας Α').

Το επαγγελματικά έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο, εκ των πραγμάτων, διαθέτει υψηλά επίπεδα διαθέσιμου χρόνου με τους ασθενείς, διαπιστώθηκε ότι μπορεί να αναπτύξει αρνητικές στάσεις προς αυτούς, ακόμα και αν τα μέλη έχουν συμβάλλει από παλιά στην προετοιμασία των ασθενών για την έξοδό τους στην κοινότητα (ξενώνας Γ' και Δ').

Οι βασικές παράμετροι που παίζουν πιθανώς ρόλο στην ανάπτυξη αρνητικών στάσεων είναι:

- i) Η κακή λειτουργία ή ο μη σαφής ρόλος ή η απουσία ενός επιστημονικού υπεύθυνου
- ii) Τα βιωμένα συναισθήματα ματαίωσης και ο φόβος επαναβίωσής τους (π.χ. το συναίσθημα της εισβολής-κένωσης)
- iii) Η έντονα αρνητική συναισθηματική φόρτιση
- iv) Ο παράγοντας της μη προσωπικής επιλογής για εργασία στη στεγαστική δομή αποκατάστασης
- v) Η μεγάλη ηλικία των νοσηλευτών, η οποία βρίσκεται σε συνάρτηση με την επαγγελματική εμπειρία, όσο και με τα βιωμένα συναισθήματα ματαίωσης και αποδυνάμωσης
- vi) Οι πιέσεις που τυχόν δέχονται από εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. ψυχιατρικό νοσοκομείο)

vii) Η απουσία εκπαιδευτικών προγραμμάτων

Οι παραπάνω παράγοντες καθώς και η μικρή ηλικία των νοσηλευτών, φαίνεται να ισχύουν και στην περίπτωση του μη έμπειρου νοσηλευτικού προσωπικού, όπου τα υψηλά επίπεδα διαθέσιμου χρόνου με τους ασθενείς μπορούν να προκαλέσουν αρνητικά συναισθήματα και αρνητικές στάσεις στους τελευταίους ( ξενώνες Α' και Β' ).

Αναφορικά με τα συναισθήματα ματαιώσης και απελπισίας που βιώνουν οι φροντιστές, διαπιστώθηκε ότι :

- i. η απουσία μίας σαφώς καθορισμένης εσωτερικής εποπτείας της θεραπευτικής ομάδας από έναν επιστημονικό υπεύθυνο, ο οποίος να μπορεί να αντιμετωπίζει τέτοιου είδους αρνητικά συναισθήματα, είτε με την τήρηση τακτών ομαδικών συναντήσεων των μελών, είτε με την προώθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων, ύστερα από συνεννόηση με τον εξωτερικό επόπτη της δομής ,
- ii. η στιγματισμένη θεραπευτική σχέση με τον ψυχικά άρρωστο (συνήθως από το έμπειρο θεραπευτικό προσωπικό). Η ματαιωτική εμπειρία του έμπειρου επαγγελματία ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας, που στιγματίζει αρνητικά την θεραπευτική σχέση , καθώς και η αδυναμία της θεραπευτικής ομάδας να κατανοεί την ψυχική ασθένεια και να την μορφοποιεί σε λόγο και πράξη (ξενώνες Γ' και Δ' ) ,
- iii. οι εμπειρίες ματαιώσης στο παρελθόν και ο φόβος επαναβίωσης τους, ειδικότερα από τους φροντιστές μεγαλύτερης ηλικίας και με μεγάλη επαγγελματική εμπειρία σε παρόμοιες δομές αποκατάστασης, στο παρελθόν (ξενώνες Γ' και Δ' ) ,
- iv. η αυθαίρετη απόδοση αρνητικών χαρακτηριστικών ως προς την πορεία της νόσου των ασθενών και την αποκατάστασή τους (κυρίως από άπειρους και νέους σε ηλικία φροντιστές) (ξενώνες Α' και Β' ) ,
- v. τα μεγάλα ποσοστά διαθέσιμου χρόνου των επαγγελματικά άπειρων φροντιστών, ειδικότερα των νοσηλευτών (ξενώνες Α' και Β' ) ,
- vi. και η διατήρηση υψηλών μη ρεαλιστικών προσδοκιών, ως προς τη λειτουργία και



απόδοση των θεραπευτικών ρόλων στο έργο της αποκατάστασης, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την ανάπτυξη αυτών των συναισθημάτων .

Τέλος, εκείνο που αξίζει να σημειωθεί εδώ είναι ότι για τους ξενώνες Α' και Β' (μη έμπειρο θεραπευτικό προσωπικό) και ειδικότερα στον ξενώνα Α', διαπιστώθηκε ένας σημαντικός βαθμός αδυναμίας του αντίστοιχου θεραπευτικού προσωπικού να εντάξει στις κύριες δραστηριότητές του, τόσο την κλινική – διαγνωστική δουλειά (π.χ. καταγραφή αναγκών των ασθενών του ξενώνα, ανεύρεση θεραπευτικών στόχων), όσο και την εκπαιδευτική (π.χ. άμεση λειτουργία εργαστηρίων εξειδίκευσης των ασθενών). Το γεγονός αυτό έχει να κάνει με την απουσία ενός σαφώς προσδιορισμένου επιστημονικού υπεύθυνου της θεραπευτικής ομάδας. Αντίθετα, στον ξενώνα Β', λειτούργησαν καλύτερα οι αρμοδιότητες των μελών της θεραπευτικής ομάδας κυρίως ως προς την κλινική - διαγνωστική δουλειά, επειδή υπήρχε ένας πιο σαφής, ξεκάθαρος και ουσιαστικός προσδιορισμός του ρόλου του επιστημονικού υπεύθυνου της ομάδας.

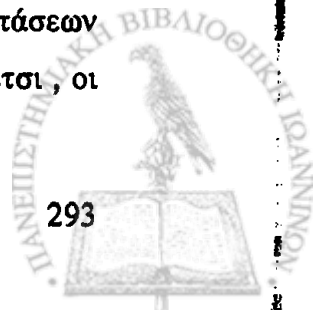
Αναφορικά με τους ξενώνες Γ' και Δ' (έμπειρο θεραπευτικό προσωπικό) διαπιστώθηκε ότι στον ξενώνα Γ' υπήρχε μία πιο ομαλή λειτουργία των δραστηριοτήτων της θεραπευτικής ομάδας, καθώς το κλινικό – διαγνωστικό μέρος είχε ήδη προηγηθεί από την εμπειρία της αποκατάστασης των ασθενών στο Ψυχιατρείο και έτσι η εκπαίδευση των τελευταίων στα εργαστήρια είχε ξεκινήσει από την αρχή της λειτουργίας του ξενώνα (Γ'). Αντίθετα, στον ξενώνα Δ', τόσο η αρνητική διάθεση των μελών της θεραπευτικής ομάδας να εργαστούν στον ξενώνα (φόβος επαναβίωσης συναισθημάτων εισβολής – κένωσης – ματαίωσης από την ψυχική νόσο) και η επιβαλλόμενη παρουσία του ψυχιατρείου, που ανάγκαζε τα μέλη να εργαστούν ταυτόχρονα σε δύο δομές (Κέντρο Ημέρας – ξενώνας Δ'), όσο και ο μη ουσιαστικός ρόλος του επιστημονικού υπεύθυνου της θεραπευτικής ομάδας ήταν οι βασικοί παράγοντες που οδήγησαν το θεραπευτικό προσωπικό να μη λειτουργήσει με βάση το κλινικό – διαγνωστικό μέρος της εργασίας του, ούτε να συμβάλει στην ένταξη των ασθενών σε κάποιο προστατευόμενο εργαστήριο εξειδίκευσης.

### 9.2.3. ΕΚΦΡΑΖΟΜΕΝΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

Αναφορικά με την έκφραση αρνητικών συναισθημάτων των φροντιστών γενικά, διαπιστώθηκε ότι έχει σχέση με παράγοντες όπως:

- i. Την κακή λειτουργία (απουσία ή ανεπάρκεια) της εποπτείας (εσωτερικής και εξωτερικής) (ξενώνας Α' και Δ').
- ii. Τα χαμηλά επίπεδα συνοχής της θεραπευτικής ομάδας και τις κακές συνεργατικές σχέσεις (ξενώνας Α').
- iii. Ο φόβος και το άγχος που προκαλούνται από την διαρκή επαφή με την ψυχική νόσο στους νέους και μη έμπειρους φροντιστές (ξενώνας Α' και Β').
- iv. Η απουσία προσωπικής επιλογής των φροντιστών να εργαστούν σε μια τέτοια δομή (ξενώνας Δ').
- v. Οι πιέσεις που τυχόν δέχονται οι φροντιστές από εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. ψυχιατρικό νοσοκομείο) (ξενώνας Γ' και Δ').
- vi. Η απουσία εκπαιδευτικών προγραμμάτων, τα οποία συμβάλλουν στην μείωση της συναισθηματικής φόρτισης της ομάδας. Αντίθετα, δε διαπιστώθηκε να υπάρχει σημαντική σχέση στην έκφραση αρνητικών συναισθημάτων και: i) την επαγγελματική εμπειρία ii) τη μεγάλη ηλικία των φροντιστών, iii) το φύλο, iv) τα ακαδημαϊκά προσόντα.

Επίσης, βρέθηκε ότι η έντονα αρνητική συναισθηματική φόρτιση τροφοδοτεί τη δυσκαμψία των φροντιστών, ως προς την αποδοτικότητα του θεραπευτικού ρόλου, και οδηγεί στην παρουσία αρνητικών στάσεων των φροντιστών προς τους ασθενείς. Οι αρνητικές στάσεις των φροντιστών με τη σειρά τους, τροφοδοτούν την εκδήλωση της ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών και του μη ελεγχόμενου συναισθήματος αυτών (παρορμητικότητα), γεγονός το οποίο ανατροφοδοτεί την εκδήλωση αρνητικών στάσεων εκ μέρους των και την έντονη συναισθηματική φόρτιση (ξενώνας Α' και Δ'). Έτσι, οι



φροντιστές παρουσιάζουν τα παρακάτω:

- i. Δυσλειτουργία των θεραπευτικών τους ρόλων.
- ii. Τάσεις απομάκρυνσης – αποστασιοποίησης από τους ασθενείς .
- iii. Χαμηλές προσδοκίες, ως προς την πορεία των ασθενών στην αποκατάσταση .
- iv. Μη ικανοποίηση από την εργασία (επιστημονικό προσωπικό ξενώνα Α' και νοσηλευτικό προσωπικό ξενώνα Δ').

Η εκδήλωση ασυλικής συμπεριφοράς των ασθενών σε στεγαστική δομή, όπου εργάζεται μη έμπειρο θεραπευτικό προσωπικό, φαίνεται ότι εξαρτάται από:

- i. Την κακή ή την μη σαφώς προσδιορισμένη λειτουργία της εσωτερικής εποπτείας (επιστημονικός υπεύθυνος), που δεν προωθεί την λειτουργία τακτών ομαδικών συναντήσεων (ξενώνας Α').
- ii. Τα χαμηλά επίπεδα συνοχής της ομάδας (ξενώνας Α').
- iii. Τη δυσκολία στη λειτουργία σαφώς προκαθορισμένων ρόλων των φροντιστών (ξενώνας Α').
- iv. Τη δυσκαμψία του προσωπικού να ακολουθήσει τους πολυδύναμους ρόλους (ξενώνας Α').
- v. Τις κακές σχέσεις συνεργασίας των μελών (ξενώνας Α').
- vi. Την έλλειψη εκπαιδευτικών προγραμμάτων (ξενώνας Α').

Αντίθετα, η εκδήλωση ασυλικής συμπεριφοράς ασθενών που διαμένουν σε στεγαστική δομή, όπου το θεραπευτικό προσωπικό είναι επαγγελματικά έμπειρο, φαίνεται ότι σχετίζεται με τους παρακάτω παράγοντες, όπως:

- i. Την κακή ή τη μη σαφώς προσδιορισμένη λειτουργία της εσωτερικής εποπτείας (μη ουσιαστικός ρόλος του επιστημονικού υπεύθυνου).

- ii. Το φόβο επαναβίωσης εμπειριών της ματαίωσης κατά τη θεραπευτική σχέση με τον ψυχωτικό ασθενή . Ο φόβος αυτός οδηγεί στην αποστασιοποίηση των φροντιστών από τους ασθενείς (αποφυγή να επενδύσουν συναισθηματικά) (ξενώνας Δ').
- iii. Το μη ελεγχόμενο αρνητικό συναίσθημα των φροντιστών προς τους ασθενείς, οι οποίοι θεωρούνται ως υπαίτιοι πιθανού κατακερματισμού της προσωπικότητας των φροντιστών (ξενώνας Δ').
- iv. Τις πιέσεις και επιρροές από εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. ψυχιατρικό νοσοκομείο) (ξενώνας Γ' και Δ').
- v. Το πρόβλημα της μη προσωπικής επιλογής της εργασίας των φροντιστών στη στεγαστική δομή (ξενώνας Γ' και Δ').
- vi. Την απουσία εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

#### **9.2.4. ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ**

Αναφορικά με τη διαμόρφωση ενός θετικά ποιοτικού θεραπευτικού περιβάλλοντος, σε νεοσύστατους ξενώνας αποκατάστασης, είτε με έμπειρο προσωπικό είτε με μη έμπειρο, αυτή βρίσκεται πιθανόν σε σχέση με τους παρακάτω παράγοντες:

- i. Την καλή και σαφώς προσδιορισμένη λειτουργία της εσωτερικής εποπτείας (ουσιαστικός ρόλος του επιστημονικού υπεύθυνου) (ξενώνας Β'), καθώς και τη σωστή λειτουργία της εξωτερικής εποπτείας .
- ii. Την αποφασιστικότητα και πρωτοβουλία του επιστημονικού υπεύθυνου της θεραπευτικής ομάδας (ξενώνας Β').
- iii. Την αυστηρή πολιτική της οργάνωση της δομής (ξενώνας Β').

- iv. Τις καλές διαπροσωπικές – συνεργατικές σχέσεις των μελών ( ξενώνας Β' και Γ'').
- v. Τη λειτουργία σαφώς προκαθορισμένων ρόλων των μελών της θεραπευτικής ομάδας (ξενώνας Β' και Γ'').
- vi. Τη διαρκή προσπάθεια λειτουργίας πολυδύναμων ρόλων (λειτουργία συμπληρωματικότητας των ρόλων) (ξενώνας Β' και Γ'').
- vii. Τις θετικές προσδοκίες των ρόλων (ξενώνας Β' και Γ'').
- viii. Την ύπαρξη θετικών στάσεων ως προς την ψυχική νόσο και ως προς την αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού έργου αποκατάστασης και τη μη εμφάνιση φοβικών τάσεων των φροντιστών, για επικείμενη «προσβολή» από την ψυχική νόσο . Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι , η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η λειτουργία της καλής εσωτερικής εποπτείας (ουσιαστικός ρόλος του επιστημονικά υπεύθυνου), ως προς την αναγνώριση και συνειδητοποίηση τέτοιων προβλημάτων της θεραπευτικής ομάδας, φαίνεται να βοηθούν στην αποφυγή των προβλημάτων αυτών .(π.χ. τακτές ομαδικές συναντήσεις προσωπικού) (ξενώνας Β').
- ix. Την ουσιαστική λειτουργία της εξωτερικής εποπτείας (ξενώνας Β').
- x. Την συνεχιζόμενη εκπαίδευση των μελών (ξενώνας Β').
- xi. Τη διατήρηση μιας μεγάλης (φυσικής) απόστασης από τον φορέα υλοποίησης (ψυχιατρικό νοσοκομείο), γεγονός που βοηθά στην σταδιακή αποκέντρωση της δομής και οδηγεί στην ανάπτυξη αυτόνομης πρωτοβουλίας των φροντιστών ως προς την οργάνωση του θεραπευτικού έργου. Άλλωστε, η κάθε θεραπευτική ομάδα χρειάζεται το «χρόνο» της για να αναγνωρίσει τους στόχους της και να θέσει το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα κινηθεί για να αναπτύξει το θεραπευτικό της έργο.(ξενώνας Α' και Β')

Αντίθετα , ένα θεραπευτικό περιβάλλον χαρακτηρίζεται ποιοτικά αρνητικό, όταν συμβαίνουν οι παρακάτω παράγοντες:

- i) Η μικρή «φυσική» απόσταση ανάμεσα σε δομές και το φορέα υλοποίησης (



ψυχιατρικό νοσοκομείο) πιθανόν λόγω των συχνών παρεμβάσεων και πιέσεων του φορέα προς τα μέλη μιας θεραπευτικής ομάδας, γεγονός το οποίο δυσκολεύει την επίτευξη ενός ικανοποιητικού βαθμού αυτονόμησης και αποκέντρωσης των δομών ( ξενώνες Γ' και Δ').

- ii) Η καλλιέργεια εξαρτητικών σχέσεων των δομών με τον εκάστοτε φορέα υλοποίησης (μη ουσιαστικός ο ρόλος της εξωτερικής εποπτείας από το ψυχιατρικό νοσοκομείο) (ξενώνες Γ' και Δ').
- iii) Η ακούσια τοποθέτηση του θεραπευτικού προσωπικού σ' ένα χώρο εργασίας, με απόφαση του φορέα (ξενώνες Γ' και Δ').
- iv) Η επιβεβλημένη απόδοση και λειτουργία των θεραπευτικών ρόλων ταυτόχρονα σε δύο δομές (π.χ. Κέντρο Ημέρας και ξενώνας Δ'), γεγονός το οποίο αποτελεί μια ματαιωτική διαδικασία προκαλούμενη από τον ίδιο τον φορέα, καθώς αναστέλει την αναγκαία «εναλλαγή» (rotation) των φροντιστών του ασύλου σε άλλου είδους δομές, π.χ. Κέντρο Ημέρας (ξενώνας Δ').
- v) Η μη σαφώς προσδιορισμένη ή η απουσία ουσιαστικής λειτουργίας του επιστημονικού υπεύθυνου της θεραπευτικής ομάδας (ξενώνες Α' και Δ').
- vi) Τα χαμηλά επίπεδα οργάνωσης της δομής (ξενώνες Α' και Δ').
- vii) Οι κακές διαπροσωπικές και συνεργατικές σχέσεις των μελών (ξενώνας Α').
- viii) Οι αρνητικές προσδοκίες των ρόλων των φροντιστών, ως προς το θεραπευτικό αποτέλεσμα (ξενώνες Α' και Δ').
- ix) Η δυσκολία υιοθέτησης συγκεκριμένων επαγγελματικών ρόλων και η δυσλειτουργία των μελών να εργαστούν με βάση τους πολυδύναμους ρόλους (ξενώνας Α').
- x) Η εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων των φροντιστών ως αποτέλεσμα της θεραπευτικής σχέσης με τους ασυλικούς ασθενείς (ξενώνες Α' και Δ').

- xi) Οι τάσεις αποστασιοποίησης και αποφυγής συναισθηματικών επενδύσεων στους ασθενείς ως αποτέλεσμα των αρνητικών συναισθημάτων και στάσεων (ξενώνες Α', Γ' και Δ').
- xii) Η έλλειψη εκπαιδευτικών προγραμμάτων (ξενώνες Α', Γ' και Δ').

Αναφορικά με την αναγκαιότητα παροχής εκπαιδευτικών προγραμμάτων, διαπιστώθηκε ότι μάλλον αυτό δεν εξαρτάται ούτε από το επίπεδο των σπουδών των φροντιστών, ούτε βρίσκεται σε συνάρτηση με την επαγγελματική εμπειρία. Αντίθετα, η παροχή περισσότερης εκπαίδευσης στο δύσκολο έργο της αποκατάστασης φαίνεται να είναι σημαντική τόσο για τους έμπειρους όσο και για τους μη έμπειρους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Άλλωστε, ο στόχος της ύπαρξης εκπαιδευτικών προγραμμάτων αφορά περισσότερο στην αναγνώριση και συνειδητοποίηση των δυσκολιών του θεραπευτικού έργου αποκατάστασης και την ενδυνάμωση των θεραπευτικών ομάδων ως προς τη θεραπευτική αντίληψη για την αποκατάσταση των ασυλικών ασθενών, με κύρια χαρακτηριστικά: i) το θεραπευτικό συνεχές και ii) την ανάγκη της επένδυσης συναισθημάτων και από τις δύο πλευρές (φροντιστές – ασθενείς) (Η ανάγκη του εμπειρίχοντος στη θεραπευτική σχέση από πλευράς του ασθενούς προς τον φροντιστή) (Hochmann 2003). Αυτό που διαφοροποιεί τους έμπειρους φροντιστές από τους μη έμπειρους, είναι ότι οι τελευταίοι μάλλον βλέπουν την παροχή περισσότερης εκπαίδευσης ως μέσο ενίσχυσης των γνώσεων και των δεξιοτήτων, ενώ οι πρώτοι ως μέσο ενίσχυσης του θεραπευτικού ρόλου και θετικότερων στάσεων και συναισθημάτων για τους ασυλικούς ασθενείς.

Σχετικά με την αντιμετώπιση της κοινότητας, ως προς την υλοποίηση θεραπευτικών προγραμμάτων αποκατάστασης και την ανάπτυξη νέων στυγαστικών δομών για ασυλικούς ασθενείς, διαπιστώθηκε ότι, τόσο για την κοινότητα που φιλοξενούσε στο παρελθόν παρόμοιες δομές (ξενώνες Γ' και Δ'), όσο και για εκείνη που δεν είχε παρόμοια εμπειρία στο παρελθόν (ξενώνες Α' και Β'), εκδηλώθηκαν ή διατηρήθηκαν οι ίδιες αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές για την ψυχική νόσο. Σ' αυτό το σημείο πρέπει να επισημάνουμε ότι η μακροχρόνη παρουσία του ψυχιατρείου στους κόλπους

μιας κοινότητας πιθανόν να λειτουργεί ως "ασπίδα προστασίας από την τρέλα". Επομένως, ίσως είναι δύσκολο για αυτή την κοινότητα να διαφοροποιήσει τη στάση της (θετικότερη στάση) ως προς τον «στιγματισμένο» επικίνδυνο ασυλικό ασθενή, ακόμα και αν το ίδιο το ψυχιατρείο αποτελεί για πολλά χρόνια φορέας υλοποίησης θεραπευτικών προγραμμάτων αποκατάστασης! Μία διαπίστωση όμως που πρέπει να αναφέρουμε είναι ότι η κοινότητα αποκτά θετικότερες στάσεις για την ψυχική νόσο, όταν αρχίζει να «γνωρίζεται» με τους ασθενείς (π.χ. κοινωνικές εκδηλώσεις).

Είναι κοινή η διαπίστωση ότι το νέο ευρωπαϊκό θεραπευτικό πρόγραμμα αποκατάστασης ασυλικών ασθενών (Ψυχαργός: Α' φάση) άρχισε να οργανώνεται και να υλοποιείται με βάση την αρχή της τομεοποίησης, κάτι το οποίο δεν είχε επιτευχθεί σε μεγάλο βαθμό, κατά τη διάρκεια υλοποίησης παλαιότερων αποκαταστασιακών προγραμμάτων όπως: Leros I, Leros II. Οι μονάδες αποκατάστασης (ξενώνες) που δημιουργήθηκαν, σε πόλεις – κοινότητες που είχαν εμπειρία από άλλα θεραπευτικά προγράμματα, και σε πόλεις που για πρώτη φορά φιλοξενούσαν τέτοιες δομές, στήριζονταν ως προς την υλοποίηση και τη διαχείρισή τους από συγκεκριμένους φορείς, όπως τα ψυχιατρεία, γενικά νομαρχιακά νοσοκομεία. Παρόλο που η πλέον θεσμοθετημένη παρουσία των φορέων διαχείρισης ήταν περισσότερο αισθητή από ποτέ άλλοτε, ειδικότερα στο αρχικό στάδιο της υλοποίησης των δομών (π.χ. mini εκπαιδευτικό πρόγραμμα επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ανεύρεση οικημάτων για τη φιλοξενία ασυλικών ασθενών), εντούτοις φαίνεται ότι παρέμειναν μερικοί απ' αυτούς σ' αυτό το πρώτο στάδιο, ενώ άλλοι φορείς περιορίστηκαν μόνο στην υλικοτεχνική και διοικητική υποστήριξη αυτών των δομών. Με δεδομένο το γεγονός της αναγκαίας και απαραίτητης συμβολής των φορέων διαχείρισης στις ήδη υπάρχουσες δομές και για να μην επαναληφθούν τα λάθη του παρελθόντος (δημιουργία μικρών ασύλων), η αξιοποίηση και άλλων δυνατοτήτων των φορέων διαχείρισης, πέραν της υλικοτεχνικής και διοικητικής υποστήριξης, όπως ο καθορισμός μιας ουσιαστικής εξωτερικής εποπτείας των θεραπευτικών ομάδων, φαίνεται να είναι αναγκαία προϋπόθεση για την καλή οργάνωση και λειτουργία τέτοιων δομών.

Ειδικότερα, η παρουσία ενός εξωτερικού επόπτη φαίνεται να είναι αναγκαία και επιβεβλημένη, καθώς είναι γνωστό ότι η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών στόχων



και η ποιότητα του θεραπευτικού περιβάλλοντος ενός ξενώνα, δεν έχει να κάνει τόσο με την επαγγελματική εμπειρία των φροντιστών, όσο με τον τρόπο που οργανώνουν τον θεραπευτικό σχεδιασμό, κάνουν χρήση κατάλληλων θεραπευτικών χειρισμών και τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν τον ψυχωτικό ασθενή.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο που πρέπει να επισημάνουμε είναι η **χρήση της εναλλαγής (rotation)** του έμπειρου θεραπευτικού προσωπικού σε πολλαπλές δομές αποκατάστασης, από τους φορείς διαχείρισης. Είναι γνωστή η χρησιμότητα αυτής της μεθόδου στήριξης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αλλά και η αποτελεσματικότητά της, τόσο στην εξέλιξη του θεραπευτικού έργου για την ψυχική νόσο, όσο και στην απομάκρυνση ή αποφυγή πιθανών οδυνηρών βιωμένων συναισθημάτων εισβολής – κένωσης και ματαιώσης που προκαλεί η επαφή με τον ψυχικά ασθενή. Με βάση τις διαπιστώσεις μας, το ερώτημα που γεννιέται είναι εάν θα έπρεπε να υπάρχει ένας πιο σαφής και κατάλληλος προγραμματισμός και προσδιορισμός των στόχων από το φορέα διαχείρισης, όταν αυτός θέλει να εφαρμόσει μια τέτοια μέθοδο. Μήπως η χρήση της μεθόδου του rotation κάποιες φορές γίνεται χωρίς ουσιαστικούς στόχους και κατάλληλο προγραμματισμό παρά μόνο για την κάλυψη κάποιων πιθανών αναγκών των φορέων, που πρέπει να υλοποιηθούν άμεσα και με πυροσβεστικό τρόπο, αγνοώντας τόσο τις ανάγκες των ασθενών, όσο και εκείνες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας; Για παράδειγμα, θα μπορούσε μία ομάδα έμπειρων επαγγελματιών ψυχικής υγείας (εμπειρία στο ψυχιατρείο), μικρή στον αριθμό των μελών, να παρέχει θεραπευτικό έργο ταυτόχρονα σε δύο δομές;

Αναφορικά με την **αυτονόμηση των ξενώνων που λειτουργούν με μη έμπειρο θεραπευτικό προσωπικό**, είναι σημαντικό να επισημάνουμε την αναγκαία συμβολή μιας ουσιαστικής εξωτερικής εποπτείας, από τον ίδιο τον φορέα διαχείρισης, η οποία θα πρέπει να βοηθά διακριτικά, τόσο στο θεραπευτικό έργο του προσωπικού όσο και στη σταδιακή αυτονόμηση της δομής. Η έγκαιρη αναγνώριση από τα μέλη του μη έμπειρου προσωπικού, του βαθμού δυσκολίας του θεραπευτικού έργου, η ανάπτυξη ουσιαστικών σχέσεων μεταξύ τους και με τους ασθενείς, η οργάνωση του θεραπευτικού περιβάλλοντος και η συνεχής αναδόμησή του είναι σημαντικά στοιχεία που επιτυγχάνονται με τη διακριτική παρουσία της εξωτερικής εποπτείας, η οποία σταδιακά βοηθά στην αυτονόμηση της δομής.

Το ίδιο όμως δε θα μπορούσε να συμβεί και σε ξενώνες με έμπειρο θεραπευτικό προσωπικό, καθώς η λειτουργία της εξωτερικής εποπτείας σε συνεργασία με την εσωτερική-εποπτεία αντίστοιχα, θα βοηθούσε στην «απεξάρτηση» και απομάκρυνση του προσωπικού από στοιχεία οργάνωσης του θεραπευτικού περιβάλλοντος που ενεργοποιούν ασυλικής μορφής θεραπευτικά περιβάλλοντα ;

Αναφορικά με τη διαμόρφωση ενός θετικού ή αρνητικού θεραπευτικού περιβάλλοντος των ξενώνων αποκατάστασης, αυτή εξαρτάται από συγκεκριμένους παράγοντες, οι οποίοι φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην καλή ή κακή λειτουργία της δομής, αντίστοιχα .Το ερώτημα που γεννιέται εδώ, και σύμφωνα με τις διαπιστώσεις μας, είναι εάν θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη και άλλες παράμετροι που ενισχύουν τη θετική ή αρνητική εικόνα ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος, όπως π.χ.τα προσωπικά κίνητρα εργασίας των φροντιστών, τα στοιχεία της προσωπικότητάς τους ( αυτοεκτίμηση, αυτοσυναίσθημα κ.λ.π.).

• Όσον αφορά τα εκπαιδευτικά προγράμματα που παρέχονται από τα εκάστοτε ευρωπαϊκά προγράμματα αποκατάστασης σε έμπειρους και μη έμπειρους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τα οποία αποτελούν απαραίτητη προ'υπόθεση για τη στελέχωση νέων στεγαστικών δομών, διατηρούνται κάποιες επιφυλάξεις ως προς τη γνωστική επάρκεια που διαθέτουν σε επίπεδο θεωρητικό και πρακτικό. Ίσως, θα πρέπει η στελέχωση των δομών να γίνεται με βάση το κριτήριο της επιστημονικής κατάρτισης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε θέματα αποασυλοποίησης και αποκατάστασης ασυλικών ασθενών και να μην περιορίζεται σε μία " στείρα" και ελλιπή εκπαίδευση αυτών για ένα τόσο σημαντικό γνωστικό πεδίο. Παράλληλα, η λειτουργία της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης φαίνεται να είναι πολύ σημαντική, τόσο για το έμπειρο όσο και για το μη έμπειρο θεραπευτικό προσωπικό. Η συμβολή της είναι σημαντική, ειδικότερα για το μη έμπειρο προσωπικό, καθώς βοηθά στην πρόληψη ή την αποφυγή των οδυνηρών συναισθημάτων της εισβολής, κένωσης και ματαίωσης από την ψυχική νόσο και την αποφυγή της επαγγελματικής εξουθένωσης ( burn out ).

Επίσης, συμβάλλει στην αποφόρτιση του έμπειρου θεραπευτικού προσωπικού από τις ματαιωτικές εμπειρίες του παρελθόντος, στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης με

τους ψυχωτικούς ασθενείς και βοηθά στην αποφυγή τόσο του μηχανιστικού τρόπου διαχείρισης της ψυχικής νόσου όσο και της εμφάνισης στοιχείων στιγματισμού του ψυχωτικού ασθενή. Άλλωστε, σύμφωνα με τις διαπιστώσεις μας, φαίνεται να είναι πιο εύκολος ο στιγματισμός του ψυχωτικού ασθενή από έναν έμπειρο επαγγελματία ψυχικής υγείας, μετά από μία μακρά εμπειρία βίωσης των οδυνηρών συναισθημάτων εισβολής, κενώσης και ματαίωσης, παρά από έναν μη έμπειρο.

Η αναγνώριση, η συνειδητοποίηση και η προσπάθεια για μείωση ή απαλλαγή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας από συγκεκριμένες προκαταλήψεις και αρνητικά στερεότυπα για την ψυχική νόσο είναι ένα υψίστης σημασίας θέμα, καθώς το θεραπευτικό έργο της αποκατάστασης των ψυχωτικών ασθενών εκτυλίσσεται μέσα στα πλαίσια της κοινότητας. Η κοινότητα μπορεί να συνεισφέρει στην ομαλή ένταξη (ψυχοκοινωνική και επαγγελματική) των ψυχωτικών ασθενών, μόνο όταν εμείς ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας, έχουμε στόχους να τής προτείνουμε. Μόνο όταν τής αποδεικνύουμε τον προσωπικό μας αγώνα για απαλλαγή από αρνητικές στάσεις και προκαταλήψεις, υπερβαίνοντας ακόμα κάποιες φορές και τους ίδιους μας τους εαυτούς, τότε η ίδια κοινότητα αισθάνεται ότι μπορεί να συμβάλει, να προσφέρει, να βοηθήσει τον ψυχικά άρρωστο.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Βασικός στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διεξοδική παρουσίαση και ανάλυση των εξελικτικών φάσεων οργάνωσης του θεραπευτικού περιβάλλοντος τεσσάρων (4) μεταβατικών στεγαστικών δομών αποκατάστασης (ξενώνων), κατά την διάρκεια του πρώτου χρόνου λειτουργίας τους, στα πλαίσια υλοποίησης του δεκαετούς Ευρωπαϊκού προγράμματος αποκατάστασης: Ψυχαργός, Α' φάση (2000 – 2010).

Το δείγμα αποτελούσαν σαράντα έξι (46) επαγγελματίες ψυχικής υγείας, διαφόρων ειδικοτήτων, όπως π.χ ψυχολόγοι, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί κ.α. Αξίζει να σημειωθεί ότι το θεραπευτικό προσωπικό του δύο (2) από τους τέσσερις (4) ξενώνες (ξενώνες Γ' και Δ' αντίστοιχα), αποτελούσαν έμπειροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι ήταν πρώην εργαζόμενοι σε ψυχιατρικό νοσοκομείο και είχαν επαγγελματική εμπειρία σε θεραπευτικό περιβάλλοντα μεταβατικών στεγαστικών δομών (ξενώνων). Επίσης, ήταν ήδη συγκροτημένοι σε θεραπευτικές ομάδες και είχαν αναπτύξει το αίσθημα της αμοιβαιότητας και συνεργατικότητας, με βάση τις ήδη υπάρχουσες επαγγελματικές τους σχέσεις, ενώ ταυτόχρονα γνώριζαν ήδη τους ενοίκους – ασθενείς, οι οποίοι φιλοξενούνταν στις αντίστοιχες δομές. Παράλληλα, οι συγκεκριμένοι ξενώνες οργανώθηκαν αρκετά κοντά στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, το οποίο αποτελούσε τον φορέα υλοποίησης του προγράμματος λειτουργίας μεταβατικών στεγαστικών δομών.

Αντίθετα, οι δύο (2) άλλοι ξενώνες (Α' και Β' αντίστοιχα), οι οποίοι και αυτοί ήταν υπό την εποπτεία του ψυχιατρικού νοσοκομείου, οργανώθηκαν σε πόλεις οι οποίες είχαν ελάχιστη έως μηδενική εμπειρία σε θεραπευτικά προγράμματα αποκατάστασης χρονίων ασυλικών ασθενών. Παράλληλα, οι αντίστοιχες θεραπευτικές ομάδες αποτελούνταν από μη έμπειρους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι δεν κατείχαν παρόμοια επαγγελματική εμπειρία σε προγράμματα αποκατάστασης.

Ακολουθώντας την εθνογραφική μέθοδο ως κύρια μέθοδο διερεύνησης ανάλογων γνωστικών πεδίων, όπως π.χ. το αξιακό σύστημα μιας ομάδας ή οι δυναμικές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις των μελών μιας ομάδας κ.α. και με τη βοήθεια των μέσων της

συμμετοχικής παρατήρησης, της μη δομημένης συνέντευξης και των ερωτηματολογίων, μελετήθηκαν τα παρακάτω ποιοτικά χαρακτηριστικά του θεραπευτικού περιβάλλοντος των τεσσάρων (4) προαναφερομένων ξενώνων αντίστοιχα:

- i. Η δυναμική των σχέσεων των μελών της κάθε θεραπευτικής ομάδας μεταξύ τους και η δυναμική των σχέσεων των μελών της θεραπευτικής ομάδας με τους ασθενείς.
- ii. Η συμβολή των εκφραζόμενων συναισθημάτων, τόσο στις σχέσεις των φροντιστών μεταξύ τους, όσο και μεταξύ αυτών και των ασθενών
- iii. Η ιεραρχική οργάνωση, η διαχείριση και η διοίκηση του συστήματος του κάθε ξενώνα ξεχωριστά
- iv. Η ανάδειξη του προσώπου αναφοράς της θεραπευτικής ομάδας.
- v. Η λειτουργία των επαγγελματικών στάσεων και των θεραπευτικών ή πολυδύναμων ρόλων και η συμβολή τους στη θεραπευτική σχέση.

Η ερευνητική διαδικασία χωρίστηκε σε τρεις (3) Φάσεις: Α' φάση (α' τρίμηνο), Β' φάση (β' & γ' τρίμηνο), Γ' φάση (δ' τρίμηνο), από το Μάρτιο 2001 έως τον Φεβρουάριο 2002.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων, αναφορικά με τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του θεραπευτικού περιβάλλοντος του κάθε ξενώνα ξεχωριστά, έγινε με βάση την ποιοτική μεθοδολογία. Τα αποτελέσματα αυτά αναφέρονταν περισσότερο σε ενδεικτικά σημεία αναφοράς της πορείας εξέλιξης του θεραπευτικού περιβάλλοντος των ξενώνων σε μια δεδομένη χρονική περίοδο (Μάρτιος 2001 – Φεβρουάριος 2002) και δεν προσφέρονται προς γενίκευση. Ειδικότερα, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης στο θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Α', έδειξαν τα παρακάτω σημαντικά χαρακτηριστικά, όπως:

- i. Χαμηλά επίπεδα οργάνωσης.
- ii. Έντονες συγκρούσεις στις σχέσεις των μελών του επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού.



- iii. Απουσία συλλογικής προσπάθειας .
- iv. Μη πιστή εφαρμογή των θεραπευτικών δραστηριοτήτων .
- v. Μη ρεαλιστικές προσδοκίες του προσωπικού ως προς τη λειτουργία των πολυδύναμων, θεραπευτικών ρόλων και δυσκολία ανάπτυξης αυτών .
- vi. Έντονα αρνητικά συναισθήματα του προσωπικού, ειδικά του επιστημονικού, προς τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας και τους ασθενείς .
- vii. Εκδηλώσεις αρνητικής συμπεριφοράς (έκφραση κριτικών σχολίων, αρνητικές στάσεις) προς τους ασθενείς .
- viii. Ανάγκη για εκπαίδευση του προσωπικού .
- ix. Σημεία αυτονόμησης και αποκέντρωσης της δομής από το φορέα υλοποίησης (ψυχιατρικό νοσοκομείο).

Αντίθετα, τα αποτελέσματα του ξενώνα Β' έδειξαν ότι υπήρχαν στοιχεία ενός καλά οργανωμένου θεραπευτικού σχεδιασμού με πιστή εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος, στα πλαίσια μιας αυστηρής πολιτικής οργάνωσης της δομής. Επίσης, διαπιστώθηκαν χαρακτηριστικά όπως:

- i. Καλές συνεργατικές σχέσεις των μελών του προσωπικού
- ii. Καλές σχέσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας και των ασθενών
- iii. Λειτουργία των πολυδύναμων ρόλων και ρεαλιστικές, θετικές προσδοκίες, ως προς το θεραπευτικό αποτέλεσμα
- iv. Ανάπτυξη του «ατομοκεντρικού» συστήματος θεραπευτικής παρέμβασης στους ασθενείς (π.χ. ενθάρρυνση ασθενών για αυτονόμηση, ελευθερία επιλογών και κατοχή προσωπικού χώρου – προσωπικών αντικειμένων).

Τέλος, διαπιστώθηκαν ενδείξεις αυτονόμησης και αποκέντρωσης της συγκεκριμένης δομής απ' τον φορέα υλοποίησης και ανάγκη για περαιτέρω εκπαίδευση

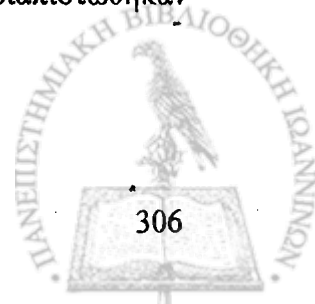
του προσωπικού.

Αναφορικά με το θεραπευτικό περιβάλλον των ξενώνων Γ' και Δ' αντίστοιχα, οι οποίοι διαφοροποιούνται από τους άλλους δύο (2) (ξενώνες Α' και Β'), (π.χ. έμπειρο θεραπευτικό προσωπικό, άμεση σχέση με το φορέα υλοποίησης (ψυχιατρικό νοσοκομείο), ήδη υπάρχουσες σχέσεις φροντιστών με ασθενείς κ.α.), αξίζει να επισημάνουμε τα εξής παρακάτω βασικά χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα, για τον ξενώνα Γ' διαπιστώθηκε μια σημαντική επίδραση του φορέα υλοποίησης (ψυχιατρείο), ως προς την οργάνωση της συγκεκριμένης δομής (εξαρτητική σχέση από το ψυχιατρείο). Παράλληλα, υπήρχαν χαρακτηριστικά όπως:

- i. Η παραδοσιακή μορφή διοίκησης και οργάνωσης της δομής
- ii. Η διάχυση εξουσίας, με έμφαση στη συνεργασία των μελών του θεραπευτικού προσωπικού
- iii. Καλές συνεργατικές σχέσεις των μελών
- iv. Πιστή εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος
- v. Εξατομικευμένη θεραπευτική παρέμβαση (ατομοκεντρικό σύστημα)
- vi. Η λειτουργία των πολυδύναμων ρόλων
- vii. Εμφάνιση «κοινωνικής απόστασης» των φροντιστών από τους ασθενείς, αλλά και τάσεις διατήρησης θετικών στάσεων
- viii. Ενθάρρυνση των ασθενών για αυτονόμηση και πρωτοβουλία.

Τέλος, δεν εκδηλώθηκαν τάσεις αυτονόμησης και αποκέντρωσης της δομής, ενώ η παροχή περισσότερης εκπαίδευσης στο θεραπευτικό προσωπικό θεωρήθηκε ως αναγκαία (όπως ξενώνες Α' και Β').

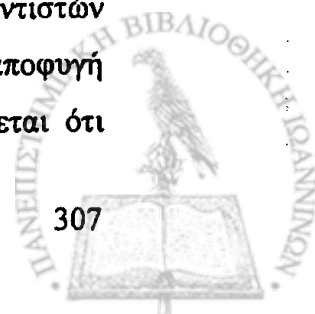
Αντίθετα, στο θεραπευτικό περιβάλλον του ξενώνα Δ', διαπιστώθηκαν χαρακτηριστικά όπως:



- i. i.Περισσότερο επιβλητική η παρουσία του ψυχιατρείου ως προς την οργάνωση της δομής (π.χ. αποφάσεις για την εργασία των μελών του προσωπικού, τα ωράρια κ.λ.π).
- ii. Χαμηλά επίπεδα οργάνωσης .
- iii. Αρνητικές στάσεις προς τους ασθενείς και διατήρηση κοινωνικής απόστασης των μελών της θεραπευτικής ομάδας από αυτούς.
- iv. Έκφραση αρνητικών συναισθημάτων των φροντιστών προς τους ασθενείς.
- v. Καλές συνεργατικές σχέσεις .
- vi. Καμία πρωτοβουλία για αυτονόμηση – αποκέντρωση της δομής (εξαρτητική σχέση με το ψυχιατρείο) .
- vii. Συνοχή της θεραπευτικής ομάδας με τάσεις επανοργάνωσης και επανασυγκρότησης.

Συμπερασματικά, αξίζει να επισημάνουμε ότι η οργάνωση ενός θετικά ποιοτικού θεραπευτικού περιβάλλοντος σε νεοσύστατους ξενώνες με μη έμπειρο προσωπικό, βρίσκεται σε συνάρτηση με την αυστηρή πολιτική της οργάνωσης της δομής, την καλή ηγεσία και τις καλές διαπροσωπικές σχέσεις των μελών του προσωπικού. Παράλληλα, η λειτουργία σαφώς προκαθορισμένων θεραπευτικών ρόλων και πολυδύναμων ρόλων, η θετική στάση για την ψυχική νόσο, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των φροντιστών και η μεγάλη (φυσική) απόσταση από το φορέα υλοποίησης (π.χ. ψυχιατρείο), φαίνεται ότι αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την ανάπτυξη ενός θετικού θεραπευτικού περιβάλλοντος μιας μεταβατικής δομής.

Αντίθετα, σε ξενώνες με έμπειρο θεραπευτικό προσωπικό, διαπιστώθηκε ότι η μικρή (φυσική) απόσταση από το φορέα υλοποίησης (ψυχιατρείο), η ακούσια και επιβεβλημένη τοποθέτηση του προσωπικού στο χώρο εργασίας, η επιβεβλημένη απόδοση θεραπευτικών ρόλων, τα βιωμένα συναισθήματα «ματαιώσης» των φροντιστών (π.χ. επαγγελματική εμπειρία φροντιστών στο ψυχιατρείο) και η αποφυγή συναισθηματικών επενδύσεων των φροντιστών στη θεραπευτική σχέση, φαίνεται ότι



αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την ανάπτυξη ενός αρνητικά ποιοτικού θεραπευτικού περιβάλλοντος.

Τέλος, διαπιστώθηκε ότι, τόσο για ξενώνες με έμπειρο θεραπευτικό προσωπικό, όσο και για εκείνους με άπειρο προσωπικό, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των μελών κρίθηκε ως αναγκαία και απαραίτητη προϋπόθεση. Για το έμπειρο προσωπικό, η εκπαίδευση θεωρείται ως μέσο ενίσχυσης το θεραπευτικού ρόλου και ανάδειξης θετικότερων στάσεων για την ψυχική νόσο, ενώ για το άπειρο προσωπικό, ως μέσο απόκτησης γνώσεων και δεξιοτήτων θεραπευτικής παρέμβασης. Επίσης, δεν διαπιστώθηκαν διαφοροποιήσεις σχετικά με την πιστή εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος, καθώς, τόσο για το έμπειρο, όσο και για το άπειρο προσωπικό η καλή οργάνωση της θεραπευτικής ομάδας, ο υψηλός βαθμός συνοχής, η επιτυχής λειτουργία των πολυδύναμων ρόλων και οι θετικές στάσεις για την ψυχική νόσο, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες και για τις δύο παραπάνω περιπτώσεις (έμπειρο – άπειρο προσωπικό).

Παράλληλα, οι αντιδράσεις της κοινότητας φαίνεται πως δεν διαφοροποιήθηκαν κατά πολύ, ούτε για τους νεοσύστατους ξενώνες με άπειρο προσωπικό, ούτε και για εκείνους με έμπειρο προσωπικό και με παλαιότερη εμπειρία στην υλοποίηση αντίστοιχων θεραπευτικών προγραμμάτων αποκατάστασης.

## SUMMARY IN ENGLISH

The main purpose of this study was the detailed presentation and analysis of the development phases for the organization of the therapeutic environment of four (4) transitional rehabilitation services (shelters) during the first year of their operation in the framework of the ten-year European rehabilitation programme: Psyhargos, Phase A (2000-2010).

The sample consisted of forty-six (46) mental health professionals of different specialties, like psychologists, nurses, ergo-therapists, social workers, etc. It is worth noting that the carers of two (2) out of the four (4) shelters (shelters C and D) were mental health professionals who used to work in a psychiatric hospital and had professional experience in therapeutic environments of transitional rehabilitation services (shelters). They also composed therapeutic groups and had developed a feeling of mutualism and collaboration based on their existing professional relationships, while they were already familiar with the patients, who were guests at the corresponding shelters. At the same time, the particular shelters were organized close to the psychiatric hospital, which was the materialization body of the programme for the operation of the transitional services. On the other hand, the other two (2) shelters (Shelters A and B), which were also under supervision by the psychiatric hospital, were organized in cities which had little to no experience in therapeutic rehabilitation programmes for the long-term mentally ill. At the same time, the corresponding carers were inexperienced mental health professionals, who had no similar professional experience in rehabilitation programmes.

Following the ethnographic method as the main method of research, like for example the value system of a group or the potential relationships and interactions of the members of a group, etc., and with the assistance of the means of participial observation, semi-structured interviews and questionnaires, the following quality aspects of the therapeutic environment of the four above mentioned shelters were studied:

- i. The potential of relationships among the members of each therapeutic group and the potential of relationships between the members of the therapeutic group and the patients.

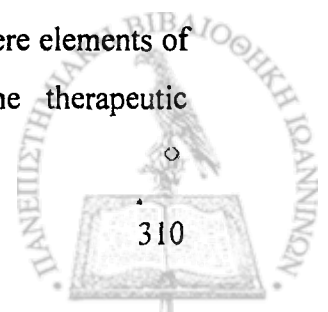
- ii. The contribution of expressed emotions in the relationships among the carers, as well as between them and the patients.
- iii. The hierarchical organization, management and administration of each shelter's system.
- iv. The appointment of a reference person in the therapeutic group.
- v. The function of professional attitudes and of the therapeutic or multi-potential roles and their contribution to the therapeutic relationship.

The research procedure was divided into three (3) phases: Phase A (1<sup>st</sup> trimester), Phase B (2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> trimesters) and Phase C (4<sup>th</sup> trimester), from March 2001 to February 2002. The results' conducting, in regards to the quality characteristics of each shelter's therapeutic environment, was based on the quality analysis of the facts which were collected during the three phases of this study. These results refer mostly to indicative points of the development course of the therapeutic environment at a certain period of time (March 2001-February 2002) .

In particular, the results of this study at the therapeutic environment of Shelter A point out the following important characteristics:

- i. low organization levels
- ii. intense conflicts in the relationships of the members of scientific and nursing staff
- iii. lack of collaborative labour
- iv. inaccurate application of therapeutic activities
- v. unrealistic expectations of the staff regarding the operation of the multi-potential therapeutic roles and difficulty in developing them
- vi. negative expressed emotions, especially from the scientific staff to all the staff members and to the patients
- vii. display of negative behaviour (i.e. expressing negative comments, negative attitudes) towards the patients
- viii. need for staff training and
- ix. attempt of self-administration and decentralization of the shelter from the materialization body (psychiatric hospital).

On the contrary, the results from Shelter B pointed out that there were elements of a well-organized therapeutic plan, with accurate application of the therapeutic



programme, in the framework of a strict organization policy of the shelter. In addition, characteristics like the following were pointed out:

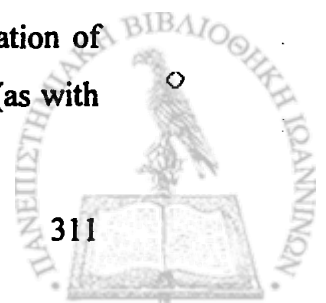
- i. good collaborative relationships among the members of the staff
- ii. good relationships between the carers and the patients
- iii. function of the multi-potential roles and realistic, positive expectations regarding the therapeutic result and
- iv. development of the "self-oriented" therapeutic intervention system (i.e. encouraging the patients towards autonomy, freedom of choice and possession of personal space and personal items). Finally, there were indications of self-administration and decentralization of the shelter from the materialization body (psychiatric hospital) and the need for staff training.

In regards to the therapeutic environment of Shelters C and D, which were different from the other two (2) shelters (A and B), (i.e. experienced carers, immediate relationship with the materialization body/psychiatric hospital, already existing relationships between the carers and the patients, etc), it is worth pointing out the following key characteristics.

In particular for Shelter C, there was an important influence of the materialization body (mental hospital) on the organizing of the shelter (dependent relationship with the mental hospital). At the same time, there were characteristics like:

- i. the traditional form of administration and organization of the shelter
- ii. the authority appointment, with emphasis on the collaboration of the members of the staff
- iii. good collaborative relationships of the members
- iv. accurate application of the therapeutic programme
- v. individual therapeutic intervention (self-oriented system)
- vi. function of the multi-potential roles
- vii. "social distance" of the carers from the patients but at the same time maintenance of positive attitudes
- viii. encouragement of patients for autonomy and initiative.

Finally, there were no inclinations for self-administration and decentralization of the shelter, while supplying more training to the staff was considered necessary (as with



Shelters A and B).

On the contrary, in the therapeutic environment of Shelter D, characteristics like the following were noted:

- i. the more stately appearance of the mental hospital in the organizing of the shelter (i.e. decisions on the work of the staff, the working hours, etc.)
- ii. low organization levels
- iii. negative attitudes towards the patients and maintenance of a social distance by the members of the therapeutic group
- iv. negative expressed emotions from the carers to the patients
- v. good collaborative relationships
- vi. no initiative for self-administration and decentralization of the shelter and
- vii. consistency of the therapeutic group with inclinations for re-organization and reformation.

Conclusively, it is worth noting that the organization of a positively qualitative therapeutic environment into newly established shelters with inexperienced staff is connected to the strict interpersonal relationships among the members of the staff. At the same time, the operation of specifically predefined therapeutic roles and multi-potential roles, the positive attitude towards the mental illness, the continuous training of the carers and the long (physical) distance from the materialization body (mental hospital) seem to be important factors for the development of a positive therapeutic environment of a transitional service.

On the contrary, in shelters with experienced therapeutic staff, the short (physical) distance from the materialization body (mental hospital), the involuntary and compulsory positioning of the staff in the working area, the compulsory appointment of therapeutic roles, the experienced feelings of “cancellation” of the carers (i.e. professional experience of carers in the mental hospital) and the avoidance of emotional investment of the carers into the therapeutic relationship seemed to be important factors for the development of a negative therapeutic environment.

Finally, it was noted that, for shelters with experienced therapeutic staff as well as for those with inexperienced staff, the continuous training of the members of the staff was considered necessary and an essential requirement. For the experienced staff training



is regarded as a means of reinforcement of the therapeutic role and a means of achieving more positive attitudes towards the mental illness, while for the inexperienced staff it is regarded as a means of knowledge and skills acquisition. In addition, there were no differences about the accurate application of the therapeutic programme, as, for both the experienced and the inexperienced staff, the good organization of the therapeutic group, the high degree of consistency, the successful function of the multi-potential roles and the positive attitudes towards the mental illness are important factors.

At the same time, the reactions of the community seemed to be not very different, neither for the newly established shelters with inexperienced staff, nor for those with experienced staff and with experience in materialization of similar therapeutic rehabilitation programmes.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

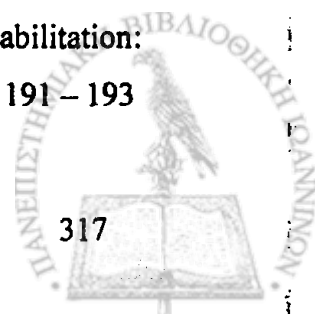
- 1) **ADAIR J. (1983):** “Effective Leadership”, London, Sydney and Auckland: Pan Books.
- 2) **ALSTON P.P (1974):** “Multidiscipline group facilitation training: an aid to the team approach”. Rehabilitation counseling, Bulletin, 18, 21 – 25.
- 3) **ANDERSON D. (2003):** «Βασικοί κανόνες λειτουργίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» / : Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη» Δ. Δαμίγος, σελ. 297 – 303, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2003
- 4) **ANTHONY W.A COHEN M, COHEN B (1983):** “The philosophy treatment process and principles of the psychiatric rehabilitation approach. New directions in mental health”. p.p. 67 – 69.
- 5) **ANTHONY W.A COHEN RM, CANNON JR (1980):** “The skills of community service coordination” University Path Press Baltimore..
- 6) **ASTRACHAN B. M. FLYNN H. R, GELLER, J.D. AND HARVEY H.H. (1970) :** « Systems approach to day hospitalization. Archives of general psychiatry”. p.p 22, 550 – 559
- 7) **BACK K.W (1951):** “Influence through group communication”. Journal of abnormal and social psychology, 46, 9 – 23.
- 8) **BALL, R.A., MOORE E. & KUIPERS L. (1992):** “Expressed emotion in community care staff: A comparison of patient outcome in a nine month follow – up of two hostels”. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 27, 35 – 39.

- 9) **BAND R.I. and BRODY G.B. (1962):** "Archives of general psychiatry", 6, 307 – 314
- 10) **BARON, R.S (1986):** Distraction – Conflict Theory: Progress and problems. Στο L. BERKOWITZ (επιμ), Advances in Experimental Social Psychology (τ. 19, 1 – 40), New York: Academic Press.
- 11) **BARROWCLOUGH C., HADDOCK G., LOWENS I., CONNOR A., PIDLISWYI J., TRACEY N. (2001):** "Staff expressed emotion and casual attributions for client problems on a low security unit: An exploratory study". Schizophrenia bulletin, 27 (3): 517 – 526
- 12) **BARTON (1966): BARTION R. (1966):** "Institutional Neurosis. John Wright Bristol.
- 13) **BARTON R. (1966):** "Developing a service for elderly demented patients". Chap 26, psychiatric hospital care. London: Bailliere, Tindall and Gassel
- 14) **BASS B.M. and VALENZI E. (1974):** "Contingent aspects of effective management styles". In J.G. Hunt and L.L. Larson eds, Contingency approaches to leadership behaviour Illinois University Press, Garbondale
- 15) **BEBBINGTON P & KUIPERS L. (1994):** "The Predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analycis". Psychol Med. 24: 707 – 718
- 16) **BELLACK A. S., MUESER K. E., GINGERICH S. G. & AGRESTA J. (1997):** "Social skills training for schizophrenia". New York: Guilford Press.
- 17) **BENHAM P. (1988):** "Attitudes of occupational therapy personnel toward persons with disabilities". American journal of occupational therapy, 42, 305 – 311.

- 18) **BENNETT D. (1983):** “The historical development of Rehabilitation Services: In Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation”. 15 – 16
- 19) **BENNETT D. H (1978):** “Community psychiatry “ British Journal of Psychiatry, 132, 209 – 220
- 20) **BENTLEY M.E., STALLINGS R.Y and GETTELSON J. (1990):** “Guidelines for the use of structured observations in health behaviour intervention studies”. Baltimore: Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health. Unpublished document.
- 21) **BERNARD H.R (1988):** „Research methods in cultural anthropology“. Newbury Park C.A.: Sage
- 22) **BETZ, E (1969):** “Need – reinforcer correspondence as a predictor of job satisfaction”. Personnel and guidance journal, 47, 818 – 833
- 23) **BIERER J. EVANS (1969):** Innovations in Social Psychiatry. London (Avenue Publi)
- 24) **BION, W.R. (2003):** «Ο Ψυχονοητικός Θεσμός: ο ρόλος της θεωρίας για την ψυχική φροντίδα στα πλαίσια της αποϊδρυματοποίησης» J. Hochmann (2003) / η: «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη» Δ. Δαμίγος, σελ. 462 – 473, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2003
- 25) **BIRNEY R.C, BURDICK H and TEEVAN R.C. (1969):** “Fear of failure”. Van Nostran, New York.
- 26) **BOCHOVEN J.S (1963):** “Moral treatment in American Psychiatry”. Springer, New York



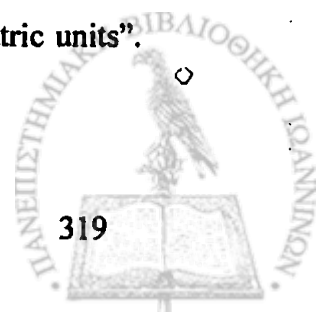
- 27) **BOOT M.T and CAIRNCROSS S. (1993):** "Actions speak: The study of hygiene behaviour in water and sanitation projects". The Hague: International Water and Sanitation Centre
- 28) **BOUDREAU F. (1991):** "Stakeholders as partners: The challenges of partnership in Quebec mental health policy". Canadian Journal of community health, 10 (1) 7 – 28.
- 29) **BOWER G. (1978):** "Contacts of cognitive psychology with social learning theory". Cognitive therapy and research, 2 123 – 146.
- 30) **BRAGA J.L. (1972):** "Role theory cognitive dissonance theory and the interdisciplinary theory and the interdisciplinary team". Interchange 3, 69 – 78.
- 31) **BREHM S.S. (1976):** "The application of social psychology to clinical practise". John Willey, New York.
- 32) **BRIEF S.P. and ALDAG R.J. (1976):** "Correlates of role indices". Journal of applied psychology, 61, 468 – 472.
- 33) **BROOKS G (1988):** "Reflections on the Vermont story or foresight, insight and hindsight". Psychiatric Journal of the University of Ottawa, 13, 21 – 24.
- 34) **BRYANT, B, TROWER P, YARDLEY K, URBIETA H and LETEMENDIA F.J.J (1976):** "A survey of social inadequacy among psychiatric outpatients". Psychological Medicine 6, 101 – 112
- 35) **BRYMAN A., (1992):** "Quantity and quality in social research". London: Roulledge.
- 36) **BUTLER R.J. & ROSENTHAL G. (1976):** "Behavior and rehabilitation: development of an in service training course". Nursing times, 5 February, 191 – 193



- 37) **BUTTERFOSS F. D., GOODMAN R. M. & WANDERSMAN A. (1993):** "Community coalitions for prevention and health promotion". Health education research 8, 315 – 330.
- 38) **BUTZLAFF R.L., HOOLEY J.M. (1998):** "Expressed emotion and psychiatric relapse. A meta – analysis". Arch Gen Psychiatry S.S.: 547 – 552
- 39) **BUTZLAFF R.L., HOOLEY J.M. (1998):** "Expressed emotion and psychiatric relapse. A meta – analysis". Arch Gen psychiatry 55: 547 – 552.
- 40) **CAMPO P., WALCOTT P., MIZZ, BROTMAN A (1997):** "Approaches to psychosocial rehabilitation". Harvard review of psychiatry, 4 (6): 328 – 333.
- 41) **CAPPONI P. (1992):** "Upstairs in the crazy house: The life of a psychiatric survivor". Toronto: Viking
- 42) **CHARLES G. WATSON, WILLIAM K. DALY & ALICE ZIMMERMAN (1980):** "STAFF attitudes and treatment effectiveness". Journal of clinical psychology, 36, No 2: 601 – 605
- 43) **CHUBON R (1982):** "An analysis of research dealing with attituder of professionals toward disability". Journal of rehabilitation, 48 (1), 25 – 30.
- 44) **CHURCH K. (1996):** "Beyond bad manners: The power of consumer participation in Ontario community mental health system". Canadian Journal of Community Mental Health 15, 27 – 44.
- 45) **COFFMAN E. (1961):** "Essays on the social situation of mental patients and other innates". New York: (Doubleday)



- 46) **COFFMAN E. (1981):** "Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates". New York: Anchor Books
- 47) **CONSTANTINO V. & NELSON G. (1995):** "Changing relationships between self – help groups and mental health professionals: Shifting ideology and power". Canadian Journal of community mental health 14 (2), 55 - 70
- 48) **COOPER F.J. (1972):** "An investigation of self – esteem in psychiatric patients". Unpublished. MPhil dissertation. University of London
- 49) **CORBIN, J & STRAUSS, A.L (1990):** Grounded theory research: Procedures, canons and evaluative criteria. Qualitative Sociology, 13 (1), 3 – 21.
- 50) **Cottle M., Kuipers L., Murphy G., Oakes P (1995):** "Expressed emotion, attribution and coping in staff who have been victims of violent incidents". Ment. Handicap Res 8: 168 – 183
- 51) **CROSBY C, CARTER, M.F & BARRY M.M., (1995):** "The care process: care environment, care management and staff attitudes". In: C.Crosby and M.M. Barry (eds), Community Care: Evaluation of the provision of mental health services (p.p. 59 – 86) Aldershot: Avebury Press.
- 52) **CROSBY, R.L. (1987):** "Community care of the chronically mentally ill". Journal of psychosocial nursing 25, 33 – 37.
- 53) **CURTIS L. C. & HODGE M. (1994):** "Old standards, New dilemmas: Ethics and boundaries in community support services". Psychosocial rehabilitation Journal, 18 (2), 13 – 33.
- 54) **DAVIS M.K. (1974):** "Intrarole conflict and job satisfaction on psychiatric units". Nursing research, 23, 482 – 488.



- 55) **DAWSON S., MANDERSON L., and TALLO V.L. (1993):** "A manual for the use of focus groups". Boston: International nutrition foundation for developing countries.
- 56) **DEL AQUA (1991) :** Without Mental Hospital. The criteria for deinstitutionalization: The Trieste experiment. In: Changing mental health care in the cities of Europe". Amsterdam W.H.O Conference.
- 57) **DEPOY E. & MERILL S. (1988):** "Value acquisition in an occupational therapy". Curriculum occupational therapy journal of research, 8, 259 – 274
- 58) **DIXON L. B., & LEHMAN A. F. (1995):** "Family interventions for schizophrenia". Schizophrenia Bulletin, 21, 631 – 643.
- 59) **DOUGLAS BENNETT & ISOBEL MPRRIS (1983):** "Support and rehabilitation: In theory and practice of psychiatric rehabilitation". D.H Bennett – Watts F. N: John Wiley and Sons L.t.d. Κεφ. 10, p. 100.
- 60) **EBRINGER L. and CHRISTIE – BROWN J.W.R. (1980):** "Social deprivation among short – stay psychiatric patients". British Journal of psychiatry, 136, 22 – 46.
- 61) **ELLSWORTH R, MAHONEY R, KLETT W, GORDON H, GUNN R (1971):** "Milieu characteristics of succesfull psychiatric treatment programs". American Journal of Orthopsychiatry, 41, 427 – 441.
- 62) **Ellsworth R., MARONEY R., KLETTW GORDON, H. & GUNN R (1971):** "Milieu characteristics of successful psychiatric treatment programs". American Journal of Orthopsychiatry 1971, 41, 427 – 441.
- 63) **ELLSWORTH R.B. (1973):** "Feedback: asset or liability in improving treatment effectiveness". Journal of consulting and clinical psychology, 40, 383 – 393.



- 64) **ESTES J., DEYER C., HANSEN R., RUSSELL J. (1991)**: « Influence of occupational therapy curricula on students' attitudes toward persons with disabilities ». *American journal of occupational therapy*, 45, 156 – 159
- 65) **ETZIONI A. (1960)**: “Interpersonal and structural factors in thw study of mental hospitals”. *Psychiatry* 23, 13 – 22.
- 66) **FEFFER M. (1967)**: “Symptom expression as a form of primitive decentering”. *Psychological Review*, 74, 16 – 28.
- 67) **FESTINGER, L (1954)**: A theory of social comparison process. *Human Relations*, 7, σελ. 117 – 140
- 68) **FIELDING N.G & FIELDING J.L (1987)**: “Linking data”. Newbury Park C.A: Sage
- 69) **FINK D.J. (1975)**: “Problems of providing community psychiatry training to residents”. *Hospital and community psychiatry*, 26, 292 – 295
- 70) **Finnema E.J., Louwerens J.W., Sloof C.J., Van de Bosh R.J. (1996)**: “Expressed emotion on long – stay wards”. *J. Adv Nurs* 24: 473 – 478.
- 71) **FINNEMA EJ., LOUWERENS J.W., SLOFF CJ., VAN DEN BOSH R.J. (1996)**: “Expressed emotion on long – stay wards”. *J. Adv. Nurs* 24: 473 – 478.
- 72) **FLEISHMAN E.A. and HARRIS E.F. (1962)**: “Patterns of leadership behaviour related to employee grievancer and turnover”. *Personal psychology*, 15, 43 – 46.
- 73) **FOSTER A. (1998)**: “Psychotic processes and community care: The difficulty in finding the third position”, in Angela Foster and Vega Zagier Roberts (eds) *Managing Mental Health in the Community*, London: Routledge.

- 74) **FRASER WATTS and DOUGLAS BENNETT (1983):** "Introduction: The concept of rehabilitation in theory and practice of psychiatric rehabilitation: John Wiley and Sons: Ltd.
- 75) **FRASER WATTS and DOUGLAS BENNETT (1983):** "Management of the staff – team in theory and practise of psychiatric rehabilitation". John Wiley and Souz L.t.d. p. 313 – 326
- 76) **FREEMAN H.E and SIMMONS O.G (1963):** "The mental patient comes home". John Wiley. New York
- 77) **FREUDENBERG R.K. (1967):** "Theory and practise of the rehabilitation of the psychiatrically – disabled". Psychiat. Quart. 415 – 698.
- 78) **GAMBLE C., MIDENCE K., LEFF J. (1994):** The effect of family work training on mental health nurses' attitude to and knowledge of schizophrenia: a replication." J. Adv. Nurs 19: 893 – 896.
- 79) **G. VAN HUMBEEK, CH VAN AUDENHOVE, G. Pieters, M. de Hert., G. Storms (2001):** "Expressed emotion in staff – patient relationships: The professionals' and residents' perspective". Social psychiatry. Psychiatr. Epidemial 36 : 486 – 492.
- 80) **GARETY P.A. & MORRIS I. (1984):** "A new unit for long – stay psychiatric patients: Organization attitudes and quality of care". Psychological medicine, 14, 183 – 192.
- 81) **GARETY P.A. & MORRIS I. (1984):** "A new unit for long – story psychiatric patients: organization attitudes and quality of care". Psychological medicine, 14: 183 – 192.



- 82) **GARETY, P.A. and MORRIS I. (1984):** "A new unit for long – stay psychiatric patients. Organization attitudes and quality of care". *Psychological medicine*, 14, 183v– 192.
- 83) **GERARD H.B. (1953):** "The effect of different dimensions of disagreement on the communication process in small groups. *Human Relations*, 6, 249 – 271.
- 84) **GLADWIN, C.H (1989).** *Ethnographic decision tree modeling*. Newbury Park, C.A.: Sage In Patricia M. Hudelson (1994): *Qualitative Research for health programmes: DIVISION OF MENTAL HEALTH, WHO GENEVA 1994.*
- 85) **GLADWIN, C.H (1989):** "Ethnographic decision tree modeling". Newbury Park, CA: Sage.
- 86) **GOLDSTEIN J.M, COHEN P, LEWIS S.A & STRUENING E.L. (1988) :** « Community treatment environments patients VS staff evaluations ». *The Journal of nervous and mental disease*. William and Wilkins Co (1988) 176: 4, 227 – 233
- 87) **GORDON E., MINNES D. & HOLDEN R. (1990):** "The structure of attitudes toward persons with a disability when specific disability and context are considered". *Rehabilitation psychology*, 37, 79 – 90
- 88) **GRIGALIUNAS b & WEINER K. (1974):** "How the research challenge to motivation – hygiene theory been conclusive? An analysis of critical studies". *Human relations* 27, 839 – 871
- 89) **HALL G. B., NELSON G. (1996):** "Social networks, social support, personal empowerment and the adaptation of psychiatric consumers / survivors: Path analytic models". *Social science and medicine* 49: 1743 – 1754.

- 90) **HALL J.N. (1990):** "Towards a psychology of caring". Br. J. Clin Psychol. 29 : 129 – 144.
- 91) **HALL J.N. (1990):** "Towards a psychology of caring". Br. J. Clin. Psychol. 29 : 129 – 144.
- 92) **HASTINGS R.P, REMINGTON B, & HOPPER G.M. (1995):** "Experienced and inexperienced health". Journal of intellectual disability research, 39, 474 – 483 (1995).
- 93) **HAZELTON M. (1999):** "Mental health nursing. In deakin human services. Education and training partnerships in mental health services (Final Report). Canberra: Commonwealth department of health and aged care: National mental health strategy.
- 94) **HEARN, J. (1982):** "Notes on patriarchy professionalization and the semi-professions", Sociology 16: 184 – 202.
- 95) **HEATH, T., NICHOLSON G. (1999):** "Outreach care: A sensitive approach" Nursing times, Feb. 3, vol. 95, No 5.
- 96) **HEIFETZ, R (1994):** Leadership without easy answers, Cambridge, MA and London: The Bellknow Press of the Harvard University Press.
- 97) **HERON A. (1954):** "Satisfaction and satisfactoriness: complementary aspects of occupational adjustment". Occupational psychology, 28, 140 – 153
- 98) **HERZBERG F. MAUSNER B & Snyderman B. (1959):** "The motivation to work". John Wiley, New York



- 99) **HERZOG T. (1988):** "Nurses, patients and relatives: A study of family patterns on psychiatric wards". In Cazullo C.L., Invenizzi G (eds) Family intervention in schizophrenia. ARS, MILAN.
- 100) **HINDE R.A. (1976):** "On describing relationships". Journal of child psychology and psychiatry, 17, 1 – 19.
- 101) **HINSHELWOOD R. D. (1998):** "Creatures of each other" in Angela Foster and Vega Zagier Roberts (eds) Mapping Mental Health in the Community, London: Routledge.
- 102) **HOCHMANN J. (2003):** «Ο Ψυχονοητικός θεσμός: Ο ρόλος της θεωρίας για την ψυχική φροντίδα στα πλαίσια της αποϊδρυματοποίησης» / η: «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη» Δ. Δαμίγος, σελ. 462 – 473, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2003
- 103) **HOLLOWAY F, LAVENDER A (1988):** "Conclusion". In: Lavender A, HOLLOWAY F (eds). Community care in practice. Wiley. New York.
- 104) **HOOLEY J. M., RICHTERS J. E., WEINTRAUB S. & NEALE J. M. (1987):** "Psychopathology and marital distress: the positive side of positive symptoms". Journal of Abnormal psychology 96, 27 – 33.
- 105) **HOUSE R.J. (1976):** "A 1976 theory of charismatic leadership". In J.G Hunt and L.L.Larson, eds Leadership: The cutting edge. Southern Illinois University Press, Carbondale
- 106) **HOUSE R.J. (1976):** "A 1976 theory of charismatic leadership". In: Hunt J.G Larson L.L. (eds) Leadership: the cutting edge. Southern Illinois University Press. Carbondale.



- 107) **HOUSE R.J. and RIZZO J.R (1972):** "Role conflict and ambiguity as critical variables in a model of organizational behaviour". *Organizational behaviour and human performance*, 7, 467 – 505.
- 108) **HUDELSON M.P (1994):** "Qualitative research for health programmes". Division of mental health W.H.O GENEVA.
- 109) **HUGMAN, R. (1991):** Organization and professionalism: the social work agenda in the 1990s" *British J. Social Work* 26: 357 – 373.
- 110) **HUGO M. (2001):** "Mental health professionals attitudes towards people who have experienced a mental health disorder". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8 (5), 419 - 425
- 111) **HULL J.T & THOMPSON J.C (1981):** "Predicting adaptive functioning among mentally ill persons in community settings". *American Journal of community psychology*, 9, 247 – 268.
- 112) **HULL J.T & THOMPSON J.C. (1981):** "Factors which contribute to normalization in residential facilities for the mentally ill". *Community mental health Journal*, 107 – 113.
- 113) **ISAACS A.D. & BEBBINGTON P.E. (1991):** "Strategies for the management of severe psychiatric illness in the community". *Int. Rev psychiatry* 3: 71 – 82.
- 114) **JACKSON S.E, SCHWAB R.L. and SCHULER R.S (1986):** "Toward an understanding of the burnout phenomenon". *Journal of applied psychology*, 71, 630 – 640.



- 115) **JANIS I.L. and MANN L. (1977):** "Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment". Free Press, New York. p.p. 129 – 133
- 116) **JAQUELINE PARRISH (1988):** « The long journey home : Accomplishing the mission of the community support movement ». Psychosocial rehabilitation Journal 1988, 12 (3), 107 – 124.
- 117) **JORM A.F, KORTEN A.E, JACOMB P.A, CHRISTENSEN H & HENDERSON S. (1999):** "Attitudes towards people with a mental disorder: A survey of the Australian public and health professionals". Australian and New Zealand Journal of psychiatry, 33, 77 – 83.
- 118) **KAES (1979):** Introduction a l' analyse transitionelle. In KAES R., ANZIEU P., GUILLAMMIN J., BLEGER J., Crise, rupture et depassement. Paris, Dunod (Στις σημειώσεις ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΔΑΜΙΓΟΣ, ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 1997).
- 119) **KAHN R.L. and QUINN R.P. (1970):** "Role stress: A framework for analysis". In A. McLean ed Mental Health and Work Organizations Rand McNally, Chicago.
- 120) **KATZ P, & KIRKLAND F.R (1990):** "Violence and social structure on mental hospital wards". Psychiatry 53: 262 – 277.
- 121) **KAVANAGH D.J. (1992):** "Recent developments in expressed emotion and schizophrenia". Br. J. Psychiatry 160: 601 – 620
- 122) **KAZDIN A.E. and BRYAN J. H. (1971):** "Competence and volunteering". Journal of experimental social psychology, 7, 87 – 97.



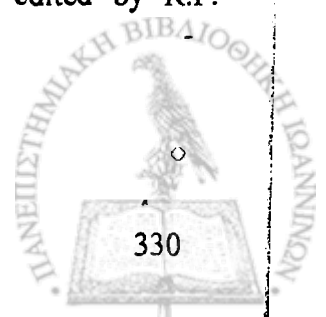
- 123) **KELLY B., RAPHAEL B. & BYRNE G. (1991):** "The evaluation of teaching in undergraduate psychiatric education: Student's attitudes to psychiatry and the evaluation of clinical psychiatry". *Medical teacher*, 13, (1) 77 – 87
- 124) **KELVIN P. (1970):** "The bases of social behaviour: An approach in terms of order and value". Holt, Rinehart and Winston, London, p. 142.
- 125) **KENNETH MINKOFF (1987):** "Resistance of mental health professionals to working with people with serious mental illness". *New directions for mental health services* 1987, 33. p.p 336
- 126) **KENNETH MINKOFF (1987):** "Resistance of mental health professionals to working with people with serious mental illness". *New Directions for mental health services*, 1987, 33, 334 – 347
- 127) **KENNETH MINKOFF (1987):** "Resistance of mental health professionals to working with people with serious mental illness". *New directions for mental health services*, 1987, 33, SPRING 3 – 20.
- 128) **KERR, S. SCHREISHEIM C.A. MURPHY C.J and STODGILL R. M. (1974):** "Toward a contingency theory of leadership based upon the consideration and initiating structure literature". *Organisational behaviour and human performance*, 12, 62 – 82.
- 129) **KING R, RAYNES, N. and TIZARD J. (1971):** "Patterns of residential care". Routledge & Kegan Paul, London
- 130) **KINGSLEY S. & TOWELL D. (1988):** "Planning for high quality local services". *British Journal of Clinical Psychology* 22, 257 – 264.





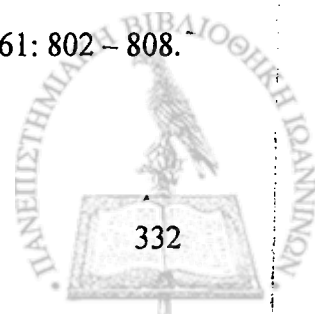
- 131) **KRUEGER R.A. (1988):** „Focus groups: A practical guide for applied research“. Newbury Park C.A.: Sage
- 132) **KRUZICH J.M. & KRUZICH S.J (1985):** “Milieu factors influencing patients integration into community residential facilities”. *Hospitals and community psychiatry*, 36, 378 – 382.
- 133) **KUIPERS E., MOORE E. (1995):** “Expressed emotion and staff – client relationships. Implications for community care of the severely mentally ill”. *Int J. Mental health* 24: 13 – 26
- 134) **KUSHLICH A, FELCE D. PALMER J. and SMITH J. (1976):** “Evidence to the committee of enquiry into mental handicap. Nursing round health care. Evaluation Research Project, Winchester.
- 135) **LABONTE R. (1993):** “Community development and partnerships”. *Canadian Journal of Public Health*, 84, 237 – 240.
- 136) **LAM D.H., KUIPERS L., LEFF J.P. (1993):** «Family work with patients suffering from schizophrenia: the impact of training on psychiatric nurses attitude and knowledge”. *J. Adv. Nurs.* 18: 233 - 237
- 137) **LAMB H. R. (1967):** “Chronic psychiatric patients in the day hospital”. *Archives of general psychiatry*, 17, 615 – 621
- 138) **LAMB H.R. (1982):** “Treating the long – term mentally ill”. San Francisco, Jossey – Bass, 1982.
- 139) **LAMB H.R. (1982):** “Treating the long – term mentally ill”. San Francisco: Jossey – Bass – 1982.

- 140) **LAMB, H.R. (1982):** "Treating the long term mentally ill". San Francisco: Jossey – Bass.
- 141) **LANCEE J. WILLIAM & GALLOP RUTH N. (1995):** "Factors contributing to nurses' difficulty in treating patients in short – stay psychiatric settings". *Psychiatric services* 46: 724 – 726.
- 142) **LANG, A.M. και συν. (1999):** "Clinician s' and clients' perspectives on the impact of assertive community treatment". *Psychiatric services*, Oct. 1999, vol. So No 10.
- 143) **LAVENDER A (1985):** "Quality of care and staff practices in long – stay settings". In: WATTS F.N ed *New Developments in clinical psychology* British psychological society Leicester Chichester, England: Wiley, 1985.
- 144) **LAVENDER A (1985):** "Quality of care and staff practices in long – stay settings" In: WATTS F.N. (ed) *New Developments in clinical psychology*. Wiley. New York.
- 145) **LAVENDER A. & SPERLINGER A. (1998):** "Staff training.". In: Lavender A, Holloway F, (eds) *Community care in practice* Wiley: New York.
- 146) **LIBERMAN R.P. (1971):** "Behavioral group therapy: a contralle replication". *British Journal of psychiatry*, 119, 534 – 544.
- 147) **LIBERMAN R.P. (1988):** "Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients." Washington D.C, American Psychiatric Press.
- 148) **LIBERMAN R.P. (1988):** "Coping with chronic mental disorders: A framework for hope. In *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients* edited by R.P. Liberman p.p. 1 – 28 Washington: APA.



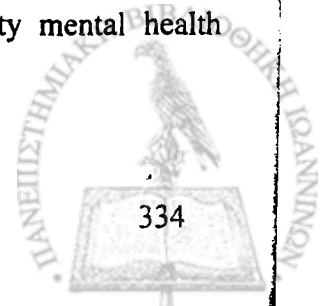
- 149) **LINEHAN M. M., ARMSTRONG H. E., SMAREZ A., ALLMON D. & HEARD H. L. (1991):** "Cognitive – behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients". Archives of general psychiatry, 48, 1060 – 1064.
- 150) **LINK P., KIRKPATRICK H., WHELTON C., (1994):** "Psychosocial rehabilitation and the role of the psychiatrist". Psychosocial rehabilitation Journal, 18 (1): 121 – 130.
- 151) **LINK B. F., STRUENING E. L., RAHAV M., PHELAN J. C., NUTTBROCK L. (1997):** "On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnosis of mental illness and substance abuse". Journal of Health and Social Behaviour 38, 177 - 190
- 152) **LOFQUIST L.H & DAVIS R.V. (1975):** "Vocational needs work reinforcers and job satisfaction". Vocational Guidance quarterly, 24, 132 – 139
- 153) **MACGILLIVARY H., NELSON G. & PRILLELTENSKY J. (1998):** "Partnerships for solidarity with disadvantaged people:" Values, stakeholders, contexts, processes and outcomes.
- 154) **MACK J. (1994):** "Psychotherapy and society: Power, powerlessness and empowerment in psychotherapy". Psychiatry, 57, MAX 178 – 198.
- 155) **MAGER R.L (1972):** "Goal analysis". Lear Siegler, Belmont, Pennsylvania
- 156) **MARCOS and MURRAY (1976):** Strategies and risks in psychotherapy with dilynqual patients. The phenomenic of Language independence". A.m.J Psychiat 133: 1275 – 1278.
- 157) **MEEHL P.E (1973):** "Why I do not attend case conferences in psychodiagnosis: Selected papers". University of Minnesota, Press Menneapolis.

- 158) **MEGGAN MOORHEAD (1993):** "Speaking out: Why pick up the racket. Notes from the hospital". Psychosocial rehabilitation journal 16 (3), 133 – 139
- 159) **MENZIES LYTH, I. (1988):** A psychoanalytic perspective on social institutions“, in E. Bott Spillius (ed). Melanie Klein Today, Vol 2: Mainly Practice, London: Routledge.
- 160) **MERWIN M. & OCHBERG F. (1983):** "The long voyage: Policies for progress in mental health“. Health affairs, 2, 96 – 127.
- 161) **MINKOFF K. & STERN R. (1985):** "Paradoxes faced by residents being trained in the psychosocial treatment of people with chronic schizophrenia“. Hospital and community psychiatry, 36, 859 – 864
- 162) **MINKOFF K. and STERN R. (1985):** "Paradoxes faced by residents being trained in the psychosocial treatment of people with chronic schizophrenia“. Hospital and community psymhiatry, 36, 859 – 864.
- 163) **MIRABI M, WEINMAN M.L. et al (1985):** "Professional attitudes toward the chronic mentally ill“. Hospital and community psychiatry, 36, 404 – 405.
- 164) **MIRABI M., WEINMAN M.L. et al (1985):** "Professional attitudes toward the chronic mentally ill“. Hospital and community psychiatry, 36, 404 – 405
- 165) **MOORE E. & KUIPERS E. (1999):** "The measurement of expressed emotion in relationships between staff and service users. The use of short speech samples“. British Journal of clinical psychology, 38: 345 – 356.
- 166) **MOORE E., BALL R.A., KUIPERS L. (1992):** "Expressed emotion in staff working with the long – term adult mentally ill“. Br. J. psychiatry 161: 802 – 808.



- 167) **MOORE E., BALL R.A., KUIPERS L. (1992):** "Expressed emotion in staff working with long – term adult mentally ill". *British Journal of psychiatry*, 161: 802 – 808
- 168) **MOORE E., KUIPERS L. & BALL R. (1992):** " Staff – patient relationships in the care of the long – term adult mentally ill". *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 27, 28 – 34.
- 169) **MOORE E., KUIPERS L. (1992):** "Behavioural correlates of expressed emotion in staff – patient interactions". *Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemial* 1992. Nov 27 (6) : 298 – 303
- 170) **MOORE E., BALL RA., KUIPERS L. (1992):** "Expressed emotion in staff working with the long – term adult mentally ill". *Br J. Psychiatry* 161: 802 – 808.
- 171) **MOOS R & SCHWARTZJ. (1972):** "Treatment environment and treatment outcome". *Journal of nervous and mental disease*, 1972, 154, 264 – 275.
- 172) **MOOS, R.H (1988):** "Community – oriented programs environment scale: Manual". Consulting psychologists press Inc.
- 173) **MORGAN G.M. & HASTINGS R.P. (1998):** "Special educators understanding of challenging behaviours in children with learning disabilities: Sensitivity to information about behavioral function". *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 26: 43 – 52 (1998).
- 174) **MOSCOVICI, S. (1985),** Social influence and conformity. Στο G. LINDZEY & E. ARONSON (επιμ), *Handbook of Social Psychology* (3<sup>η</sup> έκδοση, τ. 2, σελ. 347 – 412). New York: Random House.

- 175) **MOWBRAY C. & FREDDOLINO (1986):** "Consulting to implement nontraditional community programs for the long – term mentally disabled". Administration in mental health, 14, 122 – 134
- 176) **MUNETZ, M.R., BIRNBAUM, A., WYZIK, P.F (1993):** "An integrative ideology to guide community – based multidisciplinary care of severely mentally ill patients". Hospital and Community Psychiatry, 44 (6): 551 - 555
- 177) **MYERS D.G. and LAMM h. (1976):** "The group polarization phenomenon". Psychological bulletin, 83, 602 – 627
- 178) **McCARTHY, J. & NELSON G. (1991):** "An evaluation of supportive housing for current and former psychiatric patients". Hospital and community psychiatry, 42, 1254 – 1256
- 179) **NEALEY S.M. and BLOOD M.R. (1968):** "Leadership performance of nursing supervisors at two organizational levels". Journal of applied psychology, 52, 414 – 422.
- 180) **NEALEY S.M. and OWEN T.W. (1970):** "A multitrait – multimethod analysis of predictors and criteria of nursing performance". Organizational behaviour and human performance, 5, 348 – 365.
- 181) **NEILSEN A.C., STEIN L.I., TALBOTT J.A. et al (1985):** "Encouraging psychiatrists to work with chronic patients. Opportunities and limitations of residency education". Hospital and community psychiatry, 32, 767 – 775
- 182) **NELSON G., HALL GB., WALSH – BOWERS R. (1998):** "The relationship between housing characteristics, emotional well – being and the personal empowerment of psychiatric consumer / survivors". Community mental health Journal 34: 57 – 69.



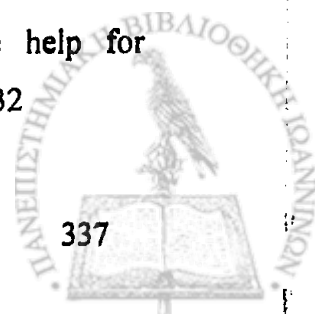
- 183) **NICHOLS K.A. (1985):** "Psychological care by nurses, paramedical and medical staff: Essential developments for the general hospitals". *British Journal of medical psychology*, 58, 231 – 240.
- 184) **OBHOLZER, A. (1994):** "Managing social anxieties in public sector organizations in the unconscious at work: Individual and organizational stress in human services", London: Routledge
- 185) **OLFSON M. (1990):** "Assertive community treatment: An evaluation of the experimental evidence". *Hospital and community psychiatry*, 41, 634 – 641.
- 186) **OLIVER N., KUIPERS E. (1996):** "Stress and its relationship to expressed emotion in community mental health workers". *Int. J. Social psychiatry* 42: 150 – 159.
- 187) **OLIVER N., KUIPERS E. (1996):** "Stress and its relationship to expressed emotion in community mental health workers". *Intern J. Soc. Psychiatry* 42: 150 – 159.
- 188) **OTTO S, & ORFORD J. (1978):** "Not quite like home – Small hostels for Alcoholics and others". John Wiley & Sons: Chichester.
- 189) **OTTO S. and ORFORD J. (1978):** "Not quite like home: Small hostels for Alcoholics and Others". John Wiley, Chichester
- 190) **PEARLIN L.I. and SCHOOLER C. (1978):** "The structure of coping". *Journal of Health and social behaviour*, 19, 2 – 21.
- 191) **PELTO and PELTO (1979):** "Anthropological research: The structure of inquiry". Cambridge: Cambridge university press.

- 192) **PHILLIPS D.L. (1967):** "Identification of mental illness: Its consequences for rejection". Community mental health journal, 3, 262 – 266.
- 193) **PIAT M., WALLAGE T., WOHL S., MINC R., HATTON L. (2002):** "Developing housing for persons with severe mental illness: an innovative community foster home". International Journal of Psychosocial Rehabilitation 7, 43 – 51.
- 194) **PINES A. & MASLACH C. (1978):** "Characteristics of staff burn out in mental health settings". Hospital and community psychiatry 29, 233 – 237
- 195) **PRYER M.W. and DISTEFANO M.K. (1971):** "Perceptions of leadership behaviour, job satisfactions and internal – external control across three nursing levels". Nursing research, 200, 534 – 537.
- 196) **RABKIN J. (1974):** "Public attitudes towards mental illness. A review of the literature". Schizophrenia bulletin, 10, 9 – 33.
- 197) **RASKIN A., MGHIR R., PESZKLE M. και συν. (1998):** "A psychoeducational program for caregivers of the chronic mentally ill residing in community residencies". Community mental health Journal 34: 393 - 402
- 198) **RAYNES N., PRATT M. & ROSES S, (1979) :** "Organizational structure and the care of the mentally handicapped". Groom helm: London.
- 199) **RAYNES N.V, PRATT M.W and ROSES S. (1979):** "Organisational structure and the care of the mentally retarded". Groom Helm, London.
- 200) **RICE R.W. (1978):** "Construct validity of the least preferred co – worker score". Psychological bulletin, 85, 1199 – 1237.





- 201) **RICHARDSON A (1977):** "Organization and interaction in psychiatric day centers". Unpublished M. PHIL dissertation: University of London.
- 202) **RIESSMAN F. (1990):** "Restructuring help: A human services paradigm for the 1990s. American Journal of community psychology 18, 221 - 230
- 203) **RIGER S. (1993):** "What is wrong with empowerment". American Journal of community Psychology, 21, 279 - 292
- 204) **ROBERTS V.Z. (1994):** "The self – assigned impossible task" in A. Obholzer and V.Z. Roberts (eds). The Unconscious at Work: Individual and organizational stress in the human services, London: Routledge.
- 205) **ROSENBERG M. (1965):** "Society and the adolescent self – image". Princeton University Press, Princeton N.J.
- 206) **ROUSH S. (1986):** "Health professionals as contributors to attitudes toward persons with disabilities". A special communication, Psychical Therapy 66, 1551 – 1554.
- 207) **RUSHTON, A. και NATHAN, J. (1996):** "The supervision of child protection work", British J. Social Work 26: 357 – 373.
- 208) **SABIN J. and SHARFSTEIN S.S (1975):** "Integrating community psychiatry into residency training". Hospital and community psychiatry, 26, 289 – 292.
- 209) **SARACENO, B. (1995):** "La fine dell intrattenimento", Milano, Etas Libri.
- 210) **SCHRODER D and EHRLICH D. (1968):** "Rejection by mental health professionals: A possible consequence of not seeking appropriate help for emotional disorders". Journal of Health and Social Behaviour, 9, 222 – 232



- 211) **SCHULER R.S (1975):** “Role perceptions satisfaction and performance: A partial reconciliation“. Uournal of applied psychology, 60, 683 – 687.
- 212) **SCOTT A.(1990):** “A review reflections and recommendations: Specialtry preference of mental health in occupational therapy. Occupational therapy in mental health 10 (1) 128
- 213) **SEARLES H. (2003):** «Η προσπάθεια να τρελάνεις τον άλλο» στο άρθρο: Μία κλινική θεώρηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης» Δαμίγος Δ., Μαυρέας Β. (2003), / η: «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη» Δ. Δαμίγος, σελ. 474 – 483, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2003
- 214) **SECORD P.F. and BACKMAN C.W. (1964):** “Social Psychology”. Mc Graw – Hill. New York.
- 215) **SEGAL S.P. & MOYLES E.W (1979):** “Management style and institutional dependency in sheltered care”. Social psychiatry 14, 159 – 165.
- 216) **SEGALL S.P. & AVIRAM U. (1978):** “The mentally ill in community based sheltered care”. New York: Wiley.
- 217) **SENN V., KENDAL R., WILLETS L., TRIEMAN N. (1997):** Training level and training needs of staff”. In: Leff J. editor. Care in the community. Illusion or reality. Chichester: John Wiley and Sons p.p. 137 – 144.
- 218) **SHEPHERD G and RICHARDSON A (1979):** “Organization and interaction in psychiatric day centers”. Psychological Medicine, 9, 573 – 579
- 219) **SHEPHERD G and RICHARDSON A. (1979):** “Organization and interaction in psychiatric day centers”. Psychological medicine, 9, 573 – 579.

- 220) **SHEPHERD G. & RICHARDSON A. (1979):** "Organization and interaction in psychiatric day centers". *Psychological medicine* 9, 573 – 579.
- 221) **SHEPHERD G. (1984):** "Institutional care and rehabilitation". Longman, London, New York.
- 222) **SHEPHERD G. MUIJEN M. DEAN R, & COONEY M. (1996):** "Residential care in hospital and in the community – Quality of care and quality of life". *British Journal of psychiatry* 168, 448 – 456.
- 223) **SINCLAIR I & SNOW D. (1971):** "After – care hostels receiving a home office grant". In *Explorations in after care. Home office research studies No 9.* HMSO: London.
- 224) **SIOL T., & STARK F.M. (1995):** "Therapists and parents interacting with schizophrenic patients". *International Journal of mental health*, 24: 3 – 12.
- 225) **SMITH D.C., KENDALL L.M. & HULLIN C.L. (1969):** "The measurement of satisfaction in work and retirement". RANT MC NALLY, CHICAGO
- 226) **SNYDER K.S, WALLAGE C.L, MOE K. & LIBERMAN R.P (1994):** "E E by residential care operators' and residents' symptoms and quality of life". *Hospital and Community psychiatry*, 45: 1141 – 1143, 1994.
- 227) **SNYDER K.S., WALLACE C.J., MOE K., & LIBERMAN R.P. (1994):** "EE by residential care operators' and residents' symptoms and quality of life". *Hospital and community psychiatry*, 45: 1141 – 1143.



- 228) **SPANIOL SUSAN and CATTANEO MARIAGNESE:** “The power of language in the helping relationship: In art therapy”. Journal of the American art therapy association 11, (4) 266 – 270. (The Use of Language in psychiatric rehabilitation, p. 479).
- 229) **SPRADLEY J.P. 1980):** “Participant observation”. New york: Holt, Rinehart and Winston.
- 230) **STARK F – M., LEWANDOWSKI L., BUCHKREMER G. (1992):** “Therapists relationship as predictor of the course of schizophrenia”. Eur psychiatry 7: 161 – 169
- 231) **STEIN, L.I. and TEST, M.A. (1980):** “Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model treatment program and clinical evaluation”. Archives of General psychiatry, 37: 4, 392 - 397
- 232) **STEINER, I.D. (1976),** Task – Performing Groups. Στο J.W. TWIBAUT & J.T. SPENCE (επιμ), Contemporary Topics in Social Psychology (σελ. 393 – 422). Morristown, N.J.: General Learning Press.
- 233) **STERN R. & MINKOFF K. (1979):** “Paradoxes in programming for chronic patients in a community clinic“. Hospital and community psychiatry, 30, 613 – 617
- 234) **STOKES, J. (1994):** “The unconscious at work in groups and teams: contributions from the work of Wilfred Bion”, in A. Obholzer and V.Z. Roberts (eds). The unconscious at work, London: Routledge.
- 235) **STRAUSS A.L., CORBIN, J. (1994):** Grounded theory methodology: An overview In N.K. DENZIN & Y.S. Lincoln, Eds, Handbook of qualitative research, Thousand Oaks, C.A.: Sage.



- 236) **STRAUSS J.S and CARPENTER E.T (1977):** "Prediction of outcome in schizophrenia archives of general psychiatry", 43, 159 – 163.
- 237) **TATTAN T, & TARRIER, N (2000):** "The expressed emotion of case managers of the seriously mentally ill: The influence of expressed emotion on clinical outcomes". Psychological, Medicine, 30 (1): 195 – 204.
- 238) **TATTAN T. & TARRIER N. (2000):** "The expressed emotion of case managers of the seriously mentally ill: The influence of expressed emotion on clinical outcomes". Psychological medicine, 30 (1): 195 – 204
- 239) **TAYLOR S.J., and BOGDAN R. (1984):** "Introduction to qualitative research methods: The search for meaning". New York: John Wiley and Sons.
- 240) **THE SAINSBURY CENTRE FOR MENTAL HEALTH (1997):** "Pulling together: The future roles and training of mental health staff". United Kingdom: The Sainsbury center for mental health.
- 241) **THORNICROFT G. (1991):** "The concept of case management for long term mental illness". Int. Rev. psychiatry 3: 125 – 132.
- 242) **TRAINOR J. N., MORRELL – BELLAIT. L., BALLANTYNE R., & BOYDELL K. M. (1993):** "Housing for people with mental illness: A comparison of models and an examination of the growth of alternative housing in Canada". Canadian Journal of Psychiatry, 38, 494 - 501
- 243) **TRUAX C.B and CARKHUFF R.R. (1967):** "Toward effective counseling and psychotherapy". ALDINE. CHICAGO
- 244) **TUCKMAN, B.W & JENSEN, M.A.C (1977),** Stages of small group development revisited. Group and Organizational studies, 2, σελ. 419 – 427



- 245) **TURNER, J.C. (1991)**, Social influence. Buchingham: Open University Press.
- 246) **UNGAR V, BUSCH DE AHUMADA L (2001)**: “Supervision: A container – contained approach”. Int J Psychoanal, 82: 71 - 81
- 247) **UNGER K, DANLEY K, KOHN L, & HUTCHINSON D (1987)**: “Rehabilitation through education: A university based continuing education program for young adults with psychiatric disabilities on a university campus. Psychosocial rehabilitation Journal 10 (3), 35 – 49.
- 248) **VAN AUDENHOVE CH. and VAN HUMBEEK G. (2003)**: “Expressed emotion in professional relationships” Opin Psychiatry 16: 431 – 435 Lipincott Williams & Wilkins.
- 249) **VAN HUMBEEK G., VAN AUDENHOVE CH., PIETERS G., και συν (2001)**: “Expressed emotion in staff – client relationships: The professionals’ and residents’ perspectives”. Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol 36: 486 – 492.
- 250) **VAN HUMBEEK G., VAN AUDENHOVE CH., PIETERS G., και συν (2002)**: “Expressed emotion in the client – professional caregiver dyad: are symptoms coping strategies and personality related?”. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol 37: 364 – 371.
- 251) **VAN PUTTEN T & MAY P.R.A (1976)**: “Milieu therapy of thw schizophrenias. In L.J. West and D.E. Flinn, eds Treatment of schizophrenia: Progress and prospects”. Grune and Straton, New York
- 252) **WALTER G. (1998)**: “The attitude of health professionals towards carers and individuals with mental illness”. Australasian Psychiatry 6, 70 – 72.

- 253) **WATTS F.N. and BENNETT D.H (1978):** "Social evidence en a day hospital". Psychosocial medicine, 132, 455 – 462.
- 254) **WATTS N. FRASER, DOUGLAS H. BENNETT (1983):** "Introduction: the concept of rehabilitation: In theory and practise of psychiatric rehabilitation". p.p. 9 – 10.
- 255) **WATTS S.A. (1988):** "Descriptive investigation of the incidence of high EE in staff working with schizophrenic patients in hospital setting". Unpublished dirsertation, British psychological society, 1988.
- 256) **WEARDEN A.J., TARRIER N., BARROWCLOUGH C., ZASTOWNY T.R., RAHILL A. (2000):** "A review of expressed emotion research care". Clin psychol Rev. 20 : 633 – 666.
- 257) **WEIGEL L., COLLINS L. (2000):** "Staff attributions and expressed emotion about a client with challenging behaviour". J. Intell Disabil Res 44: 515.
- 258) **WEINER B. (1980) :** « A cognitive (attribution) – emotion – action – model of motivated behavior : An analysis of judgments of help giving ». Journal of personality and social psychology, 39: 186 – 200
- 259) **WEINER B. (1993):** "On sin and sickness: A theory of perceived responsibility and social motivation". American psychologist, 48: 957 – 965
- 260) **WELLER S.C. and ROMNEY K.A. (1988):** "Systematic data collection". Newbury Park C.A.: Sage.
- 261) **WHITE H.S and BENNETT M.B. (1981):** "Training psychiatric residents in chronic care". Hospital and community psychiatry, 32, 339 – 343.



- 262) **WHITE H.S, BENNETT M.B (1981):** "Training psychiatric residents in chronic care". Hospital and community psychiatry 32: 339 - 343
- 263) **WHO – WAPR (1996):** Psychosocial Rehabilitation, A consensus statement, WHO.MNH/MND/96.2, GENEVA.
- 264) **WILKINSOSN G. S (1973):** "Interaction patterns and staff response to psychiatric innovatious". Journal of health and social behaviour, 14, 323 – 329.
- 265) **WILLETS L.E. & LEFF J. (1997):** "Expressed emotion and schizophrenia: The efficacy of a staff training programme". Journal of advanced nursing, 26: 1125 – 1133.
- 266) **WILLETS LE., LEFF J. (1997):** "Expressed emotion and schizophrenia: the efficacy of a staff training programme". J. Adv. Nurs. 28: 1125 – 1133.
- 267) **WILLETS LE., LEFF J. (2003):** "Improving the knowledge and skills of psychiatric nurses: efficacy of staff training programme". Issues and innovations in nursing education Journal of Advanced Nursing, Vol. 42, Issue 3, 237 – 243..
- 268) **WING J.K. & BROWN G.W (1970):** "A comparative study of three Mental Hospitals (1960 – 1978) In institutionalism and schizophrenia". Cambridge University Press p. 7 – 12, 13 – 16, 27 – 37, 107 – 111, 177 – 194.
- 269) **WING J.K. & FURLONG R. (1986):** "A haven for the severelyly disabled within the context of a comprehensive psychiatric community service". Br. J. psychiatry 149: 449 – 457.
- 270) **WING J.K. and BROWN G.W. (1970):** "Institutionalism and schizophrenia: A comparative study of three mental hospitals (1960 – 1968)" Iceu 7: Changes in the three hospitals: 118 – 129.





- 271) **WING L., WING J.K., STEVENS B. and GRIFFITHS D. (1972):** "An epidemiological and experimental evaluation of industrial rehabilitation of chronic psychotic patients in the community". In J.K. WING and A.M. HARLEY, eds "Evaluating a community Psychiatric service". The Camperwell register 1964 – 1971, Oxford University Press, London.
- 272) **WYKES, T. (1995):** The toxicity of community care", in P. Typer and F. Creed (eds). Community Psychiatry in action: Analysis and prospects Cambridge: Cambridge University Press.
- 273) **ZIPPLE A, CARLING P & MCDONALD J. (1987):** "A rehabilitation response to the call for asylum". Schizophrenia bulletin, 13, 539 – 550.
- 274) **ZISSI, A. (1997):** "From LEROS asylum to community – based hostels: Quality of life, levels of functioning and the care progress among psychiatric residents in Greece". Ph. D. Thesis to the faculty of science. University of Birmingham, U.K.
- 275) **ΑΓΓΕΛΙΔΗΣ Γ., ΑΖΟΡΙΔΟΥ Δ., ΜΠΡΙΣΙΜΗ Γ., ΓΚΑΙΤΑΤΖΗ Χ., ΖΕΛΑ Π., ΤΑΤΣΗ Σ., ΤΖΟΥΜΑ Χ., ΚΑΠΑΝΙΔΗΣ Κ (1993):** «Ψυχιατρική φροντίδα σε προστατευόμενο χώρο διαβίωσης στην Κοινότητα: Εμπειρίες από τους πρώτους 18 μήνες λειτουργίας της Β' Ομάδας Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Αστικού Τύπου του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης,. Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 44, σελ. 34 – 45. Δεκέμβριος 1993
- 276) **ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ Δ. (2003):** «Σχεδιασμός και οργάνωση των Παιδοψυχιατρικών Υπηρεσιών. Πρακτικές και εκπαίδευση των ειδικών ψυχικής υγείας στον Παιδοψυχιατρικό Τομέα», / η: «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια περίθαλψη» Δ. Δαμίγος, σελ. 577 – 588, Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα 2003

- 277) ΔΑΜΙΓΟΣ Δ. (2003): «Εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας ξενώνων ατόμων με ειδικές ανάγκες. Τυπική υποχρέωση ή πυξίδα για την επίτευξη στόχων» Ιν: «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη» Δ. Δαμίγος, σελ. 371 – 400, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2003
- 278) ΔΑΜΙΓΟΣ Δ., ΜΑΥΡΕΑΣ Β. (2003): «Μία κλινική θεώρηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης», Ιν : Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη» Δ. Δαμίγος, σελ. 474 - 483
- 279) Ε.Π.Ι.Ψ.Υ = ΜΥΠΕΠ. ΨΥΧΑΡΓΩΣ Α' ΦΑΣΗ: «Σχεδιασμός οργάνωσης Ελληνικού δικτύου «Ψυχαργώς»». Σεπτέμβριος 2000. Σελ. 5 – 7
- 280) ΚΑΝΔΥΛΗΣ Δ., ΓΚΑΡΟ ΕΣΑΓΙΑΝ, DR. LUIGI LEONDRI, PAULUS BRUN, ΙΩΑΚΕΙΜ Α., ΦΛΩΡΑ Α. (1993): «Σκέψεις γύρω από το έργο του μη ψυχιατρικού προσωπικού ενός μεταβατικού ξενώνα». Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 44, Δεκέμβριος 1993, σελ. 24 – 33
- 281) ΚΑΝΔΥΛΗΣ Δ., ΓΚΑΡΟ ΕΣΑΓΙΑΝ, LUIGI LEONDRI, PAULUS BRUN, ΙΩΑΚΕΙΜ Α., ΦΛΩΡΑ Α. (1993): «Σκέψεις γύρω από το έργο του μη ψυχιατρικού προσωπικού ενός μεταβατικού ξενώνα». Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 44. Δεκέμβριος 1993, σελ. 24 – 33.
- 282) MILLER J.G (1965): "Living systems: Basic concepts". p.p. 193 – 237
- 283) ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ. (1994): «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της: από τη θεωρία στην πράξη». Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα Σελ. 169,179,184 – 185, 223 – 224, 244 – 245.
- 284) ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ. (1994): «Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα». Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα. Σελ. 232.

- 285) **ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Σ., ΖΙΩΜΑΣ Δ., ΖΗΣΗ Α., (2000):** " Εισαγωγή".Στο βιβλίο: «Οδηγός καινοτόμων δράσεων πρακτικών στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνικο – οικονομική ενσωμάτωση των ψυχικά πασχόντων». ΕΠΨΥ-ΜΥΠΕΠ, Δεκέμβριος 2000 (σελ11- 17.).
- 287) **ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Σ., ΓΚΙΩΝΑΚΗΣ Ν., ΜΠΑΓΟΥΡΔΗ Ε. ( 2000):** " Διατομεακή δράση και εταιρικότητα". Στο βιβλίο: "Οδηγός καινοτόμων δράσεων πρακτικών στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνικο - οικονομική ενσωμάτωση των ψυχικά πασχόντων". ΕΠΨΥ - ΜΥΠΕΠ, Δεκέμβριος 2000 (σελ. 75-80)
- 288) **ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Σ. (2000):** " Άξονες καινοτομίας στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση : Το Ενεργητικό Υποστηρικτικό Ολοκληρωμένο Κοινωνικό Πρόγραμμα Φροντίδας". Στο βιβλίο: " Οδηγός καινοτόμων δράσεων πρακτικών στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνικο-οικονομική ενσωμάτωση των ψυχικά πασχόντων". ΕΠΨΥ- ΜΥΠΕΠ, Δεκέμβριος 2000 ( σελ.37-39)
- 289) **ΤΣΟΥΡΟΣ Α. (2001):** «Η σύγχρονη πολιτική στρατηγική γλώσσα για την ψυχική υγεία». Ειδικό τεύχος ΜΥΠΕΠ (Ψυχαργώς Α' Φάση). Πηγή Ε.Π.Ι.Ψ.Υ ΜΥΠΕΠ (Μάιος 2001)

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 1



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2**  
**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 2**



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3**

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΑΝΑ ΦΑΣΗ ΚΑΙ**

**ΞΕΝΩΝΑ**

(Οι πίνακες που ακολουθούν, παρουσιάζουν τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων ανά φάση και ξενώνα. Σε κάθε κελί του πίνακα παρουσιάζονται οι επικρατούσες απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας)



## ΞΕΝΩΝΑΣ Α'

## Β' ΦΑΣΗ - Β' ΤΡΙΜΗΝΟ

	ΕΡ. 6α	ΕΡ. 6β	ΕΡ. 7	ΕΡ. 8	ΕΡ. 9	ΕΡ. 10	ΕΡ. 11	ΕΡ. 12
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΟΜΗ	ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΟΜΗ	ΛΟΓΟΙ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΕΠΙΛΟΓΗ ΧΩΡΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΥΠΑΡΞΗ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Ε.Π. ΠΡΟΣ Ν.Π.	ΣΧΕΣΕΙΣ Ν.Π. ΠΡΟΣ Ε.Π.
Ψυχολόγος	-	-	-	-	-	-	-	-
Κοινωνική Λειτουργός	-	-	-	-	-	-	-	-
Εργοθεραπεύτρια	-	-	-	-	-	-	-	-
Τεχνίτρια	Όχι	-	Ανάγκη για εργασία Ανάγκη κοινωνικής προβολής	Δεν γνωρίζω	Όχι	Καθόλου συνεργάσιμη	Τυπικές	Τυπικές
Βοηθός Προσωπικού	Όχι	-	Ανάγκη για εργασία	-	Όχι	Καθόλου συνεργάσιμη	Τυπικές	Τυπικές
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Όχι	-	Ανάγκη για εργασία	-	Ναι	Μέτρια συνεργάσιμη	Τυπικές	Τυπικές
Δ.Ε. Νοσηλεύτριες	Όχι	-	Ανάγκη για εργασία	Δεν γνωρίζω (2)	Ναι	Μέτρια συνεργάσιμη (2)	Τυπικές	Τυπικές

Ε.Π. = επιστημονικό προσωπικό  
 Ν.Π. = νοσηλευτικό προσωπικό  
 Β.Π. = βοηθητικό προσωπικό  
 Δ.Εν = Δ.Ε. νοσηλεύτριες  
 Τ.Εν = Τ.Ε. νοσηλεύτρια

## ΞΕΝΩΝΑΣ Α΄

## Β΄ ΦΑΣΗ – Β΄ ΤΡΙΜΗΝΟ

	ΕΡ. 13	ΕΡ. 14	ΕΡ. 15	ΕΡ. 16	ΕΡ. 17	ΕΡ. 18	ΕΡ. 19	ΕΡ. 20
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Β.Π. ΠΡΟΣ Ν.Π. & Ε.Π	ΛΟΓΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΒΑΘΜΟΣ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΒΑΘΜΟΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ	ΚΙΝΗΤΡΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ	ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ	Ε.Π – ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ
Ψυχολόγος	-	-	-	-	-	-	-	-
Κοινωνική Λειτουργός	-	-	-	-	-	-	-	-
Εργοθεραπεύτρια	-	-	-	-	-	-	-	-
Τεχνίτρια	Τυπικές	Οικονομικοί Κοινωνικοί	Πολύ δύσκολη	-	Επιστημονικά Πολιτιστικά Οικονομικά	-	-	Ψυχολόγος
Βοηθός Προσωπικού	Τυπικές	-	Πολύ δύσκολη	Μέτρια σημαντικός	Επιστημονικά Οικονομικά	Πολύ συμπαθητικός	Περισσότερο σημαντική από άλλες	Ψυχολόγος
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Τυπικές	Κοινωνικοί	Πολύ δύσκολη	Πολύ σημαντικός	-	Πολύ συμπαθητικός	Το ίδιο σημαντική με άλλες	Ψυχολόγος
Δ.Ε. Νοσηλεύτριες	Τυπικές	Κοινωνικοί (1)	Πολύ δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά	Μέτρια συμπαθητικός	Το ίδιο σημαντική με άλλες	Ψυχολόγος





## ΞΕΝΩΝΑΣ Α΄

## Β΄ ΦΑΣΗ – Γ΄ ΤΡΙΜΗΝΟ

	ΕΡ. 6α	ΕΡ. 6β	ΕΡ. 7	ΕΡ. 8	ΕΡ. 9	ΕΡ. 10	ΕΡ. 11	ΕΡ. 12
<b>ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ</b>	ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΟΜΗ	ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΟΜΗ	ΛΟΓΟΙ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΕΠΙΛΟΓΗ ΧΩΡΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΥΠΑΡΞΗ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Ε.Π. ΠΡΟΣ Ν.Π.	ΣΧΕΣΕΙΣ Ν.Π. ΠΡΟΣ Ε.Π.
Ψυχολόγος	Όχι	-	Ανάγκη για εργασία	Πρόσβαση ασθενών	Ναι	Μέτρια συνεργάσιμη	Τυπικές	Τυπικές
Κοινωνική Λειτουργός	-	-	-	-	-	-	-	-
Εργοθεραπεύτρια	-	-	-	-	-	-	-	-
Τεχνίτρια	Όχι	-	Ανάγκη για εργασία	-	Ναι	Μέτρια συνεργάσιμη	Τυπικές	Τυπικές
Βοηθός Προσωπικού	Όχι	-	Ανάγκη για εργασία	-	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη	Τυπικές	Τυπικές
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Όχι	-	Ανάγκη για εργασία	Πρόσβαση ασθενών	Ναι	Μέτρια συνεργάσιμη	Τυπικές	Τυπικές
Δ.Ε. Νοσηλεύτριες	Όχι	-	Ανάγκη για εργασία	Δεν γνωρίζω τους λόγους (4)	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη	Τυπικές	Τυπικές

Ε.Π. = επιστημονικό προσωπικό  
 Ν.Π. = νοσηλευτικό προσωπικό  
 Β.Π. = βοηθητικό προσωπικό  
 Δ.Εν = Δ.Ε. νοσηλεύτριες  
 Τ.Εν = Τ.Ε. νοσηλεύτρια,

## ΞΕΝΩΝΑΣ Α΄

## Β΄ ΦΑΣΗ - Γ΄ ΤΡΙΜΗΝΟ

	ΕΡ. 13	ΕΡ. 14	ΕΡ. 15	ΕΡ. 16	ΕΡ. 17	ΕΡ. 18	ΕΡ. 19	ΕΡ. 20
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Β.Π. ΠΡΟΣ Ν.Π. & Ε.Π	ΛΟΓΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΒΑΘΜΟΣ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΒΑΘΜΟΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ	ΚΙΝΗΤΡΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ	ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΆΛΛΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ	Ε.Π - ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ
Ψυχολόγος	Τυπικές	Οικονομικοί Κοινωνικοί	Μέτρια δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά Πολιτιστικά Κοινωνικά	Πολύ συμπαθητικός	Περισσότερο σημαντική από άλλες	Ψυχολόγος
Κοινωνική Λειτουργός	-	-	-	-	-	-	-	-
Εργοθεραπεύτρια	-	-	-	-	-	-	-	-
Τεχνίτρια	Τυπικές	Οικονομικοί Κοινωνικοί	Πολύ δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά Πολιτιστικά Κοινωνικά	Μέτρια συmpαθητικός	Το ίδιο σημαντική με άλλες	Όλα τα μέλη ΕΠ
Βοηθός Προσωπικού	Εμπιστοσύνης	-	Πολύ δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά	Πολύ συμπαθητικός	Το ίδιο σημαντική με άλλες	Ψυχολόγος
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Εμπιστοσύνης	Οικονομικοί Κοινωνικοί	Μέτρια δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά Πολιτιστικά Κοινωνικά	Πολύ συμπαθητικός	Περισσότερο σημαντική από άλλες	Ψυχολόγος
Δ.Ε. Νοσηλεύτριες	Εμπιστοσύνης (3)	Οικονομικοί	Πολύ δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά Οικονομικά	Πολύ συμπαθητικός	Περισσότερο σημαντ. (3)	Ψυχολόγος
	Τυπικές (1)						Το ίδιο σημαντ. (1)	

## ΞΕΝΩΝΑΣ Α'

## Β' ΦΑΣΗ - Γ' ΤΡΙΜΗΝΟ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΕΡ. 21	ΕΡ. 22	ΕΡ. 23						
	Ν.Π - ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ	Β.Π - ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ	10Ψ	10ΤΕν	10ΔΕν	9ΕΡΓ	9ΚΛ	10ΒΠ	10Τ
Ψυχολόγος	Όλα τα μέλη Ν.Π	Όλα τα μέλη Β.Π	10Ψ	10ΤΕν	10ΔΕν	9ΕΡΓ	9ΚΛ	10ΒΠ	10Τ
Κοινωνική Λειτουργός	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Εργοθεραπεύτρια	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Τεχνίτρια	Τ.Ε. νοσηλεύτρια	Όλα τα μέλη Β.Π	10Ψ	10ΤΕν	9ΕΡΓ	10ΒΠ	10Τ	10ΔΕν	9ΚΛ
Βοηθός Προσωπικού	Τ.Ε. νοσηλεύτρια	Όλα τα μέλη Β.Π	10Ψ	10ΤΕν	10ΔΕν	9ΕΡΓ	9ΚΛ	10Τ	10ΒΠ
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Τ.Ε. νοσηλεύτρια	Βοηθός Προσωπικού	10Ψ	10ΤΕν	0ΕΡΓ	0ΚΛ	10ΔΕν	10ΒΠ	9Τ
Δ.Ε. Νοσηλεύτριες	Όλα τα μέλη Ν.Π	Όλα τα μέλη Β.Π	10Ψ	10ΤΕν	0ΕΡΓ	0ΚΛ	10ΔΕν	10ΒΠ	9Τ



ΞΕΝΩΝΑΣ Β'

Β' ΦΑΣΗ - Β' ΤΡΙΜΗΝΟ

	ΕΡ. 6α	ΕΡ. 6β	ΕΡ. 7	ΕΡ. 8	ΕΡ. 9	ΕΡ. 10	ΕΡ. 11	ΕΡ. 12
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΟΜΗ	ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΟΜΗ	ΛΟΓΟΙ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΕΠΙΛΟΓΗ ΧΩΡΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΥΠΑΡΕΧ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Ε.Π. * ΠΡΟΣ Ν.Π	ΣΧΕΣΕΙΣ Ν.Π. ΠΡΟΣ Ε.Π
Ψυχολόγος	Όχι	-	Ανάγκη εργασία για	Προσβασιμότητα των ασθενών Διαρρύθμιση χώρων	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη	Εμπιστοσύνης	Εμπιστοσύνης
Κοινωνική Λειτουργός	-	-	-	-	-	-	-	-
Τεχνίτριες (3)	-	-	-	-	-	-	-	-
Βοηθός Προσωπικού	-	-	-	-	-	-	-	-
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Όχι	-	Ανάγκη εργασία για	Προσβασιμότητα των ασθενών Διαρρύθμιση χώρων	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη	Εμπιστοσύνης	Εμπιστοσύνης
Δ.Ε Νοσηλεύτριες (5)	Όχι	-	Ανάγκη εργασία για	Προσβασιμότητα των ασθενών Διαρρύθμιση χώρων	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη	Τυπικές (3) Εμπιστοσύνης (2)	Εμπιστοσύνης

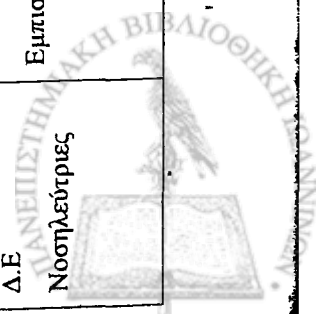
Ε.Π. = επιστημονικό προσωπικό  
 Ν.Π = νοσηλευτικό προσωπικό  
 Β.Π. = βοηθητικό προσωπικό  
 Δ.Εν = Δ.Ε. νοσηλεύτριες  
 Τ.Εν = Τ.Ε. νοσηλεύτρια



ΞΕΝΩΝΑΣ Β'

Β' ΦΑΣΗ - Β' ΤΡΙΜΗΝΟ

	ΕΡ. 13	ΕΡ. 14	ΕΡ. 15	ΕΡ. 16	ΕΡ. 17	ΕΡ. 18	ΕΡ. 19	ΕΡ. 20
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Β.Π. ΠΡΟΣ Ν.Π. & Ε.Π	ΛΟΓΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΒΑΘΜΟΣ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΒΑΘΜΟΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ	ΚΙΝΗΤΡΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ	ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ	Ε.Π - ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ
Ψυχολόγος	Τυπικές	Επιστημονικοί Οικονομικοί	Μέτρια δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά	Μέτρια συμπαθητικός	Περισσότερο σημαντική	Ψυχολόγος
Κοινωνική Λειτουργός	-	-	-	-	-	-	-	-
Τεχνίτρια	-	-	-	-	-	-	-	-
Βοηθός Προσωπικού	-	-	-	-	-	-	-	-
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Τυπικές	Επιστημονικοί Οικονομικοί	Πολύ δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά	Μέτρια συμπαθητικός	Περισσότερο σημαντική	Ψυχολόγος
Δ.Ε Νοσηλεύτριες	Εμπιστοσύνης	Οικονομικοί Κοινωνικοί	Πολύ δύσκολη (4) Μέτρια δύσκολη (1)	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά Οικονομικά	Μέτρια συμπαθητικός (2) Συμπαθητικός (3)	Το ίδιο σημαντική με άλλες	Ψυχολόγος (3) Ψυχολόγος Κοινωνικός Λειτουργός (2)



## Β' ΦΑΣΗ - Β' ΤΡΙΜΗΝΟ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΕΡ. 21	ΕΡ. 22	ΕΡ. 23					
	Ν.Π - ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ	Β.Π - ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ	9ΤΕν	8ΔΕν	8ΒΠ	7ΚΛ	5Τ	
Ψυχολόγος	Τ.Ε. νοσηλεύτρια	Βοηθός Προσωπικού	10Ψ	-	-	-	-	-
Κοινωνική Λειτουργός	-	-	-	-	-	-	-	-
Τεχνίτρια	-	-	-	-	-	-	-	-
Βοηθός Προσωπικού	-	-	-	-	-	-	-	-
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Τ.Ε. νοσηλεύτρια	Βοηθός Προσωπικού	10Ψ	9ΔΕν	8ΒΠ	7ΚΛ	5Τ	
Δ.Ε. Νοσηλεύτριες	Τ.Ε. νοσηλεύτρια (3)	Βοηθός Προσωπικού	10Ψ	10ΔΕν	9ΒΠ	7ΚΛ	5Τ	
	Όλο το Ν.Π. (2)							

## ΞΕΝΩΝΑΣ Β'

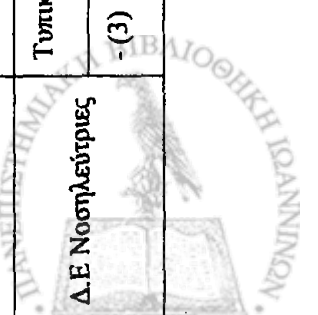
## Β' ΦΑΣΗ - Γ' ΤΡΙΜΗΝΟ

	ΕΡ. 6α	ΕΡ. 6β	ΕΡ. 7	ΕΡ. 8	ΕΡ. 9	ΕΡ. 10	ΕΡ. 11	ΕΡ. 12
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΟΜΗ	ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΟΜΗ	ΛΟΓΟΙ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΕΠΙΛΟΓΗ ΧΩΡΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΥΠΑΡΞΗ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Ε.Π. ΠΡΟΣ Ν.Π	ΣΧΕΣΕΙΣ Ν.Π. ΠΡΟΣ Ε.Π
Ψυχολόγος	Όχι	-	Ανάγκη για εργασία για κοινωνική προβολή	Προσβασιμότητα των ασθενών Διαρρύθμιση χώρων	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη	Εμπιστοσύνης	Εμπιστοσύνης
Κοινωνική Λειτουργός	Όχι	-	Ανάγκη για εργασία	Προσβασιμότητα των ασθενών Διαρρύθμιση χώρων	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη	Εμπιστοσύνης	Εμπιστοσύνης
Τεχνίτριες (3) Δύο (2) απάντησαν	Όχι	-	Ανάγκη για εργασία	Προσβασιμότητα των ασθενών Διαρρύθμιση χώρων	Ναι	Μέτρια συνεργάσιμη	Τυπικές	Τυπικές
Βοηθός Προσωπικού	Όχι	-	Ανάγκη για εργασία	Προσβασιμότητα των ασθενών Διαρρύθμιση χώρων	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη	Εμπιστοσύνης	Εμπιστοσύνης
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Όχι	-	Ανάγκη για εργασία	Προσβασιμότητα των ασθενών Διαρρύθμιση χώρων	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη	-	Εμπιστοσύνης
Δ.Ε. Νοσηλεύτριες (5)	Όχι	-	Ανάγκη για εργασία	Διαρρύθμιση χώρων	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη (4) Μέτρια συνεργάσιμη (1)	Τυπικές (1) Εμπιστοσύνης (4)	Εμπιστοσύνης



**ΞΕΝΩΝΑΣ Β'**  
**Β' ΦΑΣΗ - Γ' ΤΡΙΜΗΝΟ**

	ΕΡ. 13	ΕΡ. 14	ΕΡ. 15	ΕΡ. 16	ΕΡ. 17	ΕΡ. 18	ΕΡ. 19	ΕΡ. 20
<b>ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ</b>	ΣΧΕΣΕΙΣ Β.Π. ΠΡΟΣ Ν.Π. & Ε.Π	ΛΟΓΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΒΑΘΜΟΣ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΒΑΘΜΟΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ	ΚΙΝΗΤΡΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ	ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΆΛΛΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ	Ε.Π - ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ
<b>Ψυχολόγος</b>	Εμπιστοσύνης	Επιστημονικοί	Μέτρια δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά	Συμπαθητικός	Περισσότερο σημαντική	Ψυχολόγος Κοινωνική Λειτουργός
<b>Κοινωνική Λειτουργός</b>	Εμπιστοσύνης	Οικονομικοί Κοινωνικοί	Μέτρια δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά Πολιτιστικά	Μέτρια συμπαθητικός	Το ίδιο σημαντική με άλλες	Ψυχολόγος Κοινωνική Λειτουργός
<b>Τεχνίτρια δύο (2)</b>	Τυπικές	Οικονομικοί Κοινωνικοί Ι	Πολύ δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά Πολιτιστικά	Πολύ συμπαθητικός (1) Μέτρια συμπαθητικός (1)	Το ίδιο σημαντική με άλλες	Ψυχολόγος Κοινωνική Λειτουργός
<b>Βοηθός Προσωπικού</b>	Εμπιστοσύνης	Οικονομικοί Κοινωνικοί	Πολύ δύσκολη	Πολύ σημαντικός	-	Μέτρια συμπαθητικός	Το ίδιο σημαντική με άλλες	Ψυχολόγος Κοινωνική Λειτουργός
<b>Τ.Ε. Νοσηλεύτρια</b>	Εμπιστοσύνης	Επιστημονικοί	Μέτρια δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά	Συμπαθητικός	Περισσότερο σημαντική	Ψυχολόγος Κοινωνική Λειτουργός
<b>Δ.Ε. Νοσηλεύτριες</b>	Τυπικές (2) -(3)	Οικονομικοί Κοινωνικοί	Πολύ δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά Οικονομικά	Πολύ συμπαθητικός	Το ίδιο σημαντική με άλλες	Ψυχολόγος Κοινωνική Λειτουργός



Συνολικό δείγμα: δώδεκα (12) - Ν = 12

Απάντησαν: έντεκα (11)

Απάντησαν δύο (2) τεχνίτριες από τις τρεις (3)

## ΕΞΕΛΩΝΑΣ Β'

## Β' ΦΑΣΗ – Γ' ΤΡΙΜΗΝΟ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΕΡ. 21	ΕΡ. 22	ΕΡ. 23	ΒΑΘΜΟΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΜΕΛΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ				
	Ν.Π – ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ	Β.Π – ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ	10Ψ	9ΤΕν	8ΔΕν	7ΚΛ	6ΒΠ	5Τ
Ψυχολόγος	Τ.Ε. νοσηλεύτρια	Βοηθός Προσωπικού	10Ψ	9ΤΕν	8ΔΕν	7ΚΛ	6ΒΠ	5Τ
Κοινωνική Λειτουργός	Τ.Ε. νοσηλεύτρια	Βοηθός Προσωπικού	10Ψ	10ΤΕν	9ΔΕν	10ΚΛ	7ΒΠ	5Τ
Τεχνίτρια	Τ.Ε. νοσηλεύτρια Δ.Ε. νοσηλεύτριες	Βοηθός Προσωπικού	10Ψ	10ΤΕν	8ΔΕν	10ΚΛ	7ΒΠ	10Τ
Βοηθός Προσωπικού	Τ.Ε. νοσηλεύτρια	Βοηθός Προσωπικού	10Ψ	10ΤΕν	10ΔΕν	10ΚΛ	10ΒΠ	10Τ
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Τ.Ε. νοσηλεύτρια Δ.Ε. νοσηλεύτριες	Βοηθός Προσωπικού	10Ψ	10ΤΕν	9ΔΕν	8ΚΛ	8ΒΠ	5Τ
Δ.Ε. Νοσηλεύτριες	Τ.Ε. νοσηλεύτρια (4) Όλο το Ν.Π. (1)	Βοηθός Προσωπικού	10Ψ	10ΤΕν	10ΔΕω	9ΚΛ	10ΒΠ	3Τ

Ε.Π. = επιστημονικό προσωπικό

Ν.Π = νοσηλευτικό προσωπικό

Β.Π. = βοηθητικό προσωπικό

ΔΕν = Δ.Ε. νοσηλεύτριες

ΤΕν = Τ.Ε. νοσηλεύτρια



ΞΕΝΩΝΑΣ Γ'

Β' ΦΑΣΗ - Β' ΤΡΙΜΗΝΟ

	ΕΡ. 6α	ΕΡ. 6β	ΕΡ. 7	ΕΡ. 8	ΕΡ. 9	ΕΡ. 10	ΕΡ. 11	ΕΡ. 12
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΟΜΗ	ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΟΜΗ	ΛΟΓΟΙ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΕΠΙΛΟΓΗ ΧΩΡΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΥΠΑΡΕΧ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Ε.Π. ΠΡΟΣ Ν.Π	ΣΧΕΣΕΙΣ Ν.Π. ΠΡΟΣ Ε.Π
Ψυχολόγος	-	-	-	-	-	-	-	-
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Ναι	Ψυχιατρείο Ξενώνας Προστατευμένα διαμερίσματα	Προηγούμενη εμπειρία σε αντίστοιχη δομή Απόφαση διοίκησης νοσοκομείου	Προσβασιμότητα των ασθενών	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη	Εμπιστοσύνης	Εμπιστοσύνης
Δ.Ε. Νοσηλεύτριες (12)	Ναι	Ψυχιατρείο Ξενώνας	Απόφαση διοίκησης νοσοκομείου	Προσβασιμότητα των ασθενών (7) Δεν γνωρίζω του λόγους (5)	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη	Εμπιστοσύνης	Εμπιστοσύνης
Βοηθός Προσωπικού	Ναι	Ψυχιατρείο	Απόφαση διοίκησης νοσοκομείου	Δεν γνωρίζω του λόγους	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη	Εμπιστοσύνης	Εμπιστοσύνης

Ε.Π. = επιστημονικό προσωπικό  
 Ν.Π = νοσηλευτικό προσωπικό  
 Β.Π. = βοηθητικό προσωπικό  
 ΔΕν = Δ.Ε. νοσηλεύτριες  
 ΤΕν = Τ.Ε. νοσηλεύτρια



## ΞΕΝΩΝΑΣ Γ΄

## Β΄ ΦΑΣΗ – Β΄ ΤΡΙΜΗΝΟ

	ΕΡ. 13	ΕΡ. 14	ΕΡ. 15	ΕΡ. 16	ΕΡ. 17	ΕΡ. 18	ΕΡ. 19	ΕΡ. 20
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Β.Π. ΠΡΟΣ Ν.Π. & Ε.Π	ΛΟΓΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΒΑΘΜΟΣ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΒΑΘΜΟΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ	ΚΙΝΗΤΡΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ	ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ	Ε.Π – ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ
Ψυχολόγος	-	-	-	-	-	-	-	-
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Τυπικές	Επιστημονικοί	Πολύ δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά Πολιτιστικά	Μέτρια συμπαθητικός	Περισσότερο σημαντική από άλλες	Ψυχολόγος
Δ.Ε. Νοσηλεύτριες	Τυπικές	Οικονομικοί (10) Επιστημονικοί (2)	Πολύ δύσκολη (10) Μέτρια δύσκολη (2)	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά Οικονομικά	Μέτρια συμπαθητικός (7) Συμπαθητικός (5)	Το ίδιο σημαντική με άλλες (2) Περισσότερο σημαντική από άλλες (10)	Ψυχολόγος
Βοηθός Προσωπικού	Τυπικές	Οικονομικοί	Δύσκολη	Σημαντικός	Οικονομικά	Καθόλου συμπαθητικός	-	Ψυχολόγος



ΕΞΕΤΑΣΤΗΡΙΟ

Β' ΦΑΣΗ - Β' ΤΡΙΜΗΝΟ

	ΕΡ. 21	ΕΡ. 22	ΕΡ. 23	
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	Ν.Π - ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ	Β.Π - ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ	ΒΑΘΜΟΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΜΕΛΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ	
Ψυχολόγος				
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Όλο το Ν.Π.	Κανένας	10ΤΕν	8Ψ 0ΒΠ
Δ.Ε. Νοσηλεύτριες	Όλο το Ν.Π.	Κανένας	10ΤΕν	7Ψ 0ΒΠ
Βοηθός Προσωπικού	Όλο το Ν.Π.	Κανένας	10ΤΕν	8Ψ 8ΒΠ



Συνολικό δείγμα: δεκαπέντε (15) - Ν = 15  
Απάντησαν: δεκατέσσερις (14) – δεν απάντησε ο ψυχολόγος

## ΞΕΝΩΝΑΣ Γ'

## Β' ΦΑΣΗ – Γ' ΤΡΙΜΗΝΟ

	ΕΡ. 6α	ΕΡ. 6β	ΕΡ. 7	ΕΡ. 8	ΕΡ. 9	ΕΡ. 10	ΕΡ. 11	ΕΡ. 12
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΟΜΗ	ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΟΜΗ	ΛΟΓΟΙ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΕΠΙΛΟΓΗ ΧΩΡΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΥΠΑΡΞΗ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Ε.Π. ΠΡΟΣ Ν.Π	ΣΧΕΣΕΙΣ Ν.Π. ΠΡΟΣ Ε.Π
Ψυχολόγος	-	-	-	-	-	-	-	-
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Ναι	Ψυχιατρείο Ξενώνας Προστατευμένα διαμερίσματα	Προηγούμενη εμπειρία σε αντίστοιχη δομή Απόφαση διοίκησης νοσοκομείου	Προσβασιμότητα των ασθενών	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη	Εμπιστοσύνης	Εμπιστοσύνης
Δ.Ε. Νοσηλεύτριες (12)	Ναι	Ψυχιατρείο Ξενώνας	Απόφαση διοίκησης νοσοκομείου	Προσβασιμότητα των ασθενών (7) Δεν γνωρίζω του λόγους (5)	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη	Εμπιστοσύνης	Εμπιστοσύνης
Βοηθός Προσωπικού	Ναι	Ψυχιατρείο	Απόφαση διοίκησης νοσοκομείου	Δεν γνωρίζω του λόγους	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη	Εμπιστοσύνης	Εμπιστοσύνης

Ε.Π. = επιστημονικό προσωπικό  
Ν.Π = νοσηλευτικό προσωπικό  
Β.Π. = βοηθητικό προσωπικό  
ΔΕν = Δ.Ε. νοσηλεύτριες  
ΤΕν = Τ.Ε. νοσηλεύτρια



ΕΞΕΤΑΣΗ Γ'

Β' ΦΑΣΗ - Γ' ΤΡΙΜΗΝΟ

	ΕΡ. 13	ΕΡ. 14	ΕΡ. 15	ΕΡ. 16	ΕΡ. 17	ΕΡ. 18	ΕΡ. 19	ΕΡ. 20
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Β.Π. ΠΡΟΣ Ν.Π. & Ε.Π	ΛΟΓΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΒΑΘΜΟΣ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΒΑΘΜΟΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ	ΚΙΝΗΤΡΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ	ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΆΛΛΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ	Ε.Π - ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ
Ψυχολόγος	-	-	-	-	-	-	-	-
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Τυπικές	Επιστημονικοί	Πολύ δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά Οικονομικά	Μέτρια συμπαθητικός	Περισσότερο σημαντική από άλλες	Ψυχολόγος
Δ.Ε. Νοσηλεύτριες	Τυπικές	Οικονομικοί Επιστημονικοί	Πολύ δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά Οικονομικά	Μέτρια συμπαθητικός	Περισσότερο σημαντική από άλλες	Ψυχολόγος
Βοηθός Προσωπικού	Τυπικές	Οικονομικοί	Πολύ δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά Οικονομικά	Μέτρια συμπαθητικός	Το ίδιο σημαντική με άλλες	Ψυχολόγος



Συνολικό δείγμα: δεκαπέντε (15) - Ν = 15  
 Απάντησαν: δεκατέσσερις (14) – δεν απάντησε ο ψυχολόγος

## ΕΞΕΛΩΝΑΣ Γ'

## Β' ΦΑΣΗ – Γ' ΤΡΙΜΗΝΟ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΕΡ. 21	ΕΡ. 22	ΕΡ. 23	ΒΑΘΜΟΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΜΕΛΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ
	Ν.Π – ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ	Β.Π – ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ		
Ψυχολόγος	-	-	-	-
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Όλο το Ν.Π.	Κανένας	10ΤΕν	10ΔΕν 8Ψ 0ΒΠ
Δ.Ε. Νοσηλεύτριες	Όλο το Ν.Π.	Κανένας	10ΤΕν	10ΔΕν 7Ψ 0ΒΠ
Βοηθός Προσωπικού	Όλο το Ν.Π.	Κανένας	10ΤΕν	10ΔΕν 8Ψ 8ΒΠ





## ΞΕΝΩΝΑΣ Δ'

## Β' ΦΑΣΗ - Β' ΤΡΙΜΗΝΟ

	ΕΡ. 6α	ΕΡ. 6β	ΕΡ. 7	ΕΡ. 8	ΕΡ. 9	ΕΡ. 10	ΕΡ. 11	ΕΡ. 12
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΟΜΗ	ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΟΜΗ	ΛΟΓΟΙ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΕΠΙΛΟΓΗ ΧΩΡΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΥΠΑΡΞΗ ΠΡΟΣΩΠΙΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Ε.Π. ΠΡΟΣ Ν.Π	ΣΧΕΣΕΙΣ Ν.Π. ΠΡΟΣ Ε.Π
Ψυχολόγος	-	-	-	-	-	-	-	-
Κοινωνική Λειτουργός	Ναι	Ψυχιατρείο Ξενόνας	Προηγούμενη εμπειρία Απόφαση νοσοκομείου	Διαρρύθμιση οικήματος	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη	Εμπιστοσύνης	Εμπιστοσύνης
Εργοθεραπεύτρια	-	-	-	-	-	-	-	-
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Ναι	Ψυχιατρείο Προστατευμένα διαμερίσματα	Προηγούμενη εμπειρία Απόφαση νοσοκομείου	Διαρρύθμιση οικήματος	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη	Εμπιστοσύνης	Εμπιστοσύνης
Δ.Ε. Νοσηλεύτριες	Ναι	Ψυχιατρείο	Προηγούμενη εμπειρία Απόφαση νοσοκομείου	Διαρρύθμιση οικήματος	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη	Τυπικές	Εμπιστοσύνης
Επισκέπτρια Υγείας	-	-	-	-	-	-	-	-
Ειδικός Παίδων	Όχι	-	Απόφαση νοσοκομείου Εξειδίκευση	Διαρρύθμιση οικήματος	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη	Εμπιστοσύνης	Εμπιστοσύνης

Ε.Π. = επιστημονικό προσωπικό  
 Ν.Π = νοσηλευτικό προσωπικό  
 Β.Π. = βοηθητικό προσωπικό  
 Δ.Εν = Δ.Ε. νοσηλεύτριες  
 Τ.Εν = Τ.Ε. νοσηλεύτρια  
 Ε.Υ. = επισκέπτρια υγείας



## ΞΕΝΩΝΑΣ Α'

## Β' ΦΑΣΗ – Β' ΤΡΙΜΗΝΟ

	ΕΡ. 13	ΕΡ. 14	ΕΡ. 15	ΕΡ. 16	ΕΡ. 17	ΕΡ. 18	ΕΡ. 19	ΕΡ. 20
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Β.Π. ΠΡΟΣ Ν.Π. & Ε.Π	ΛΟΓΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΒΑΘΜΟΣ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΒΑΘΜΟΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ	ΚΙΝΗΤΡΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ	ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ	Ε.Π – ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ
Ψυχολόγος	-	-	-	-	-	-	-	-
Κοινωνική Λειτουργός	Τυπικές	Επιστημονικοί	Πολύ δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά Πολιτιστικά Οικονομικά	Πολύ συμπαθητικός	Το ίδιο σημαντική με άλλες	Ψυχολόγος Κοινωνική Λειτουργός Ειδικός Παιδαγωγός
Εργοθεραπεύτρια	-	-	-	-	-	-	-	-
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Τυπικές	Επιστημονικοί	Πολύ δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά Πολιτιστικά Οικονομικά	Πολύ συμπαθητικός	Περισσότερο σημαντική από άλλες	Κανένας
Δ.Ε. Νοσηλεύτριες	Τυπικές	Οικονομικοί Κοινωνικοί	Πολύ δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά οικονομικά	Πολύ συμπαθητικός	Το ίδιο σημαντική με άλλες	Κανένας
Επισκέπτρια Υγείας	-	-	-	-	-	-	-	-
Ειδικός Παιδαγωγός	Τυπικές	Επιστημονικοί	Πολύ δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά Πολιτιστικά Οικονομικά	Πολύ συμπαθητικός	Περισσότερο σημαντική από άλλες	Ψυχολόγος Κοινωνική Λειτουργός Ειδικός Παιδ.

## ΞΕΝΩΝΑΣ Α'

## Β' ΦΑΣΗ - Β' ΤΡΙΜΗΝΟ

	ΕΡ. 21	ΕΡ. 22	ΕΡ. 23	ΒΑΘΜΟΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΜΕΛΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ						
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	Ν.Π - ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ	Β.Π - ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ								
Ψυχολόγος	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Κοινωνική Λειτουργός	Όλο το Ν.Π	Κανένας	10ΤΕν	10ΔΕν	10Εδ.Παιδ.	10ΚΛ	10Ψ	9ΕΡΓ	6ΕΥγ.	
Εργοθεραπεύτρια	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Όλο το Ν.Π	Κανένας	10ΤΕν	10ΔΕν	10Εδ.Παιδ.	7ΚΛ	7Ψ	7ΕΡΓ	6ΕΥγ.	
Δ.Ε Νοσηλεύτριες	Όλο το Ν.Π	Κανένας	10ΤΕν	10ΔΕν	10Εδ.Παιδ.	6ΚΛ	6Ψ	6ΕΡΓ	5ΕΥγ.	
Επισκέπτρια Υγείας	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ειδικός Παιδαγωγός	Όλο το Ν.Π	Κανένας	10ΤΕν	10ΔΕν	10Εδ.Παιδ.	10ΚΛ	9Ψ	9ΕΡΓ	6ΕΥγ.	

ΞΕΝΩΝΑΣ Δ'  
Β' ΦΑΣΗ - Γ' ΤΡΙΜΗΝΟ

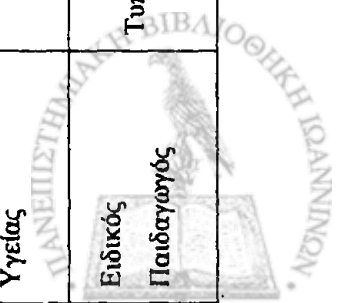
	ΕΡ. 6α	ΕΡ. 6β	ΕΡ. 7	ΕΡ. 8	ΕΡ. 9	ΕΡ. 10	ΕΡ. 11	ΕΡ. 12
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΟΜΗ	ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΟΜΗ	ΛΟΓΟΙ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΕΠΙΛΟΓΗ ΧΩΡΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΥΠΑΡΞΗ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Ε.Π. ΠΡΟΣ Ν.Π. Ε.Π	ΣΧΕΣΕΙΣ Ν.Π. ΠΡΟΣ Ε.Π
Ψυχολόγος	Ναι	Ψυχίατρο Ξενώνας	Προηγούμενη εμπειρία Απόφαση νοσοκομείου	Διαρρύθμιση οικήματος	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη	Εμπιστοσύνης	Εμπιστοσύνης
Κοινωνική Λειτουργός	Ναι	Ψυχίατρο Ξενώνας	Προηγούμενη εμπειρία Απόφαση νοσοκομείου	Διαρρύθμιση οικήματος	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη	Εμπιστοσύνης	Εμπιστοσύνης
Εργοθεραπεύτρια	Ναι	Ψυχίατρο Ξενώνας	Προηγούμενη εμπειρία Απόφαση νοσοκομείου	Διαρρύθμιση οικήματος	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη	Εμπιστοσύνης	Εμπιστοσύνης
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Ναι	Ψυχίατρο Προστατευμένα διαμερίσματα	Προηγούμενη εμπειρία Απόφαση νοσοκομείου	Διαρρύθμιση οικήματος	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη	Εμπιστοσύνης	Εμπιστοσύνης
Δ.Ε. Νοσηλεύτριες Δύο (2)	Όχι (1) Ναι (1)	Ψυχίατρο Ναι	Απόφαση νοσοκομείου (1) Προηγούμενη εμπειρία Απόφαση νοσοκομείου (1)	Διαρρύθμιση οικήματος	Ναι	Συνεργάσιμη	Εμπιστοσύνης	Εμπιστοσύνης
Επισκέπτρια Υγείας	Ναι	Ψυχίατρο	Απόφαση νοσοκομείου	Διαρρύθμιση οικήματος	Ναι	Συνεργάσιμη	Εμπιστοσύνης	Εμπιστοσύνης
Ειδικός Παιδαγωγός	Όχι	-	Απόφαση νοσοκομείου Εξειδίκευση	Διαρρύθμιση οικήματος	Ναι	Πολύ συνεργάσιμη	Εμπιστοσύνης	Εμπιστοσύνης

Ε.Π. = επισημονικό προσωπικό  
Ν.Π. = νοσηλευτικό προσωπικό  
Β.Π. = βοηθητικό προσωπικό  
Κ.Α. = κοινωνική λειτουργός

Δ.Ε. = Δ.Ε. νοσηλεύτριες  
Τ.Ε. = Τ.Ε. νοσηλεύτρια  
Ε.Υ. = επισκέπτρια υγείας  
Εδ. Παιδ. = ειδικός παιδαγωγός

ΞΕΝΩΝΑΣ Α'  
Β' ΦΑΣΗ - Γ' ΤΡΙΜΗΝΟ

	ΕΡ. 13	ΕΡ. 14	ΕΡ. 15	ΕΡ. 16	ΕΡ. 17	ΕΡ. 18	ΕΡ. 19	ΕΡ. 20
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Β.Π. ΠΡΟΣ Ν.Π. & Ε.Π	ΛΟΓΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΒΑΘΜΟΣ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΒΑΘΜΟΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ	ΚΙΝΗΤΡΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ	ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΆΛΛΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ	Ε.Π - ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ
Ψυχολόγος	Τυπικές	Επιστημονικοί	Πολύ δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά Πολιτιστικά Οικονομικά	Συμπαθητικός	Το ίδιο σημαντική με άλλες	Ψυχολόγος, Κ.Α, Εδ.Παιδ.
Κοινωνική Λειτουργός	Τυπικές	Επιστημονικοί	Πολύ δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά Πολιτιστικά Οικονομικά	Συμπαθητικός	Το ίδιο σημαντική με άλλες	Ψυχολόγος, Κ.Α, Εδ.Παιδ
Εργοθεραπεύτρια	Τυπικές	Επιστημονικοί	Πολύ δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά Πολιτιστικά Οικονομικά	Συμπαθητικός	Το ίδιο σημαντική με άλλες	Ψυχολόγος, Κ.Α, Εδ.Παιδ Εργοθεραπεύτρια
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Τυπικές	Επιστημονικοί	Πολύ δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά Πολιτιστικά Οικονομικά	Συμπαθητικός	Το ίδιο σημαντική με άλλες	Ψυχολόγος Κ.Α, Εδ.Παιδ.
Δ.Ε Νοσηλεύτριες	Τυπικές	Οικονομικοί	Πολύ δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά οικονομικά	Συμπαθητικός	Το ίδιο σημαντική με άλλες	Κανέναν
Επισκέπτρια Υγείας	Τυπικές	Επιστημονικοί	Πολύ δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά οικονομικά	Συμπαθητικός	Το ίδιο σημαντική με άλλες	Ψυχολόγος, Κ.Α Εδ.Παιδ, Επισκέπτρια Υγείας
Ειδικός Παιδαγωγός	Τυπικές	Επιστημονικοί	Πολύ δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Επιστημονικά Πολιτιστικά Οικονομικά	Συμπαθητικός	Το ίδιο σημαντική με άλλες	Ψυχολόγος, Κ.Α, Εδ.Παιδ



ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ Α΄

Β΄ ΦΑΣΗ – Γ΄ ΤΡΙΜΗΝΟ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΕΡ. 21	ΕΡ. 22	ΕΡ. 23						
	Ν.Π – ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ	Β.Π – ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ	ΒΑΘΜΟΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΜΕΛΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ						
Ψυχολόγος	Όλο το Ν.Π	Κανένας	10Ψ	10ΤΕν	10ΚΛ	9ΔΕν	9ΕΡΓ	10ΕδΠαιδ	5ΕΥγ
Κοινωνική Λειτουργός	Όλο το Ν.Π	Κανένας	10Ψ	10ΤΕν	10ΚΛ	8ΔΕν	8ΕΡΓ	10ΕδΠαιδ	3ΕΥγ
Εργοθεραπεύτρια	Όλο το Ν.Π	Κανένας	10Ψ	10ΤΕν	10ΚΛ	9ΔΕν	10ΕΡΓ	10ΕδΠαιδ	5ΕΥγ
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Όλο το Ν.Π	Κανένας	10ΤΕν	8Ψ	9ΚΛ	7ΕΡΓ	10ΔΕν	2ΕΥγ	10ΕδΠαιδ
Δ.Ε Νοσηλεύτριες	Όλο το Ν.Π	Κανένας	10ΔΕν	10ΤΕν	1ΚΛ	1Ψ	1ΕΡΓ	0ΕΥγ	1ΕδΠαιδ
Επισκέπτρια Υγείας	Όλο το Ν.Π	Κανένας	10ΤΕν	10ΔΕν	10ΕδΠαιδ	10ΕδΠαιδ	10ΕΡΓ	10ΚΛ	10Ψ
Ειδικός Παedαγωγός	Όλο το Ν.Π	Κανένας	10Ψ	10ΚΛ	10ΕΡΓ	10ΤΕν	10ΔΕν	3ΕΥγ	10ΕδΠαιδ



## ΞΕΝΩΝΑΣ Α΄

## Γ΄ ΦΑΣΗ

	ΕΡ. 7	ΕΡ. 8	ΕΡ. 9	ΕΡ. 10	ΕΡ. 11α	ΕΡ. 11β	ΕΡ. 12α	ΕΡ. 12β
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΛΟΓΟΙ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΣΧΕΣΕΙΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΣΧΕΣΕΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	ΥΠΑΡΞΗ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Ε.Π. ΜΕ Ν.Π.	ΣΧΕΣΕΙΣ Ε.Π. ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Ν.Π. ΜΕ Ε.Π	ΣΧΕΣΕΙΣ Ν.Π. ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Ψυχολόγος	Ανάγκη για εργασία	Μέτρια συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Ναι	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες
Κοινωνική Λειτουργός	Ανάγκη για εργασία	Μέτρια συνεργάσιμες	Μέτρια συνεργάσιμες	Όχι	Μέτρια συνεργάσιμες	Μέτρια συνεργάσιμες	Μέτρια συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες
Εργοθεραπευτής/τρια	Ανάγκη για εργασία	Μέτρια συνεργάσιμες	Καθόλου συνεργάσιμες	Όχι	Καθόλου συνεργάσιμες	Μέτρια συνεργάσιμες	Καθόλου συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Ανάγκη για εργασία	Μέτρια συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Ναι	Μέτρια συνεργάσιμες	Καθόλου συνεργάσιμες	Μέτρια συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες
Δ.Ε. Νοσηλεύτές/τριες	Ανάγκη για εργασία	Μέτρια συνεργάσιμες	Μέτρια συνεργάσιμες	Ναι	Μέτρια συνεργάσιμες	Καθόλου συνεργάσιμες	Μέτρια συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες
Βοηθητικό Προσωπικό	Ανάγκη για εργασία	Μέτρια συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Ναι	Συνεργάσιμες	Καθόλου συνεργάσιμες	Μέτρια συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες
Τεχνίτρια	Ανάγκη για εργασία	Μέτρια συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Ναι	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες

Ε.Π. = επιστημονικό προσωπικό

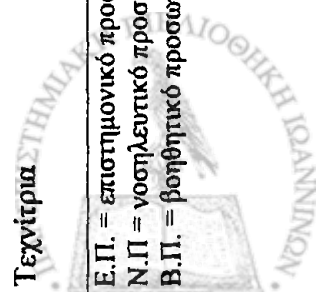
Ν.Π. = νοσηλευτικό προσωπικό

Β.Π. = βοηθητικό προσωπικό

Δ.Εν = Δ.Ε. νοσηλεύτριες

Τ.Εν = Τ.Ε. νοσηλεύτρια

Κ.Λ. = κοινωνική λειτουργός



## ΞΕΝΩΝΑΣ Α΄

## Γ΄ ΦΑΣΗ

	ΕΡ. 13α	ΕΡ. 13β	ΕΡ. 13γ	ΕΡ. 14	ΕΡ. 15	ΕΡ. 16	ΕΡ. 17
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Β.Π. ΜΕ Ν.Π.	ΣΧΕΣΕΙΣ Β.Π. ΜΕ Ε.Π.	ΣΧΕΣΕΙΣ Β.Π. ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ - ΑΡΧΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ - (ΠΡΙΝ)	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ - ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ - (ΤΩΡΑ)	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ (ΠΡΙΝ)	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ (ΤΩΡΑ)
Ψυχολόγος	Πολύ συνεργάσιμες	Μέτρια συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ δύσκολη	Δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Πολύ σημαντικός
Κοινωνική Λειτουργός	Συνεργάσιμες	Μέτρια συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Πολύ δύσκολη	Δύσκολη	Σημαντικός	Σημαντικός
Εργοθεραπευτής/τρια	Συνεργάσιμες	Μέτρια συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Πολύ δύσκολη	Δύσκολη	Μέτρια σημαντικός	Μέτρια σημαντικός
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Πολύ συνεργάσιμες	Μέτρια συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ δύσκολη	Δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Πολύ σημαντικός
Δ.Ε. Νοσηλεύτρες/τριες	Πολύ συνεργάσιμες	Μέτρια συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ δύσκολη	Δύσκολη	Σημαντικός	Πολύ σημαντικός
Βοηθητικό Προσωπικό	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ δύσκολη	Δύσκολη	Σημαντικός	Σημαντικός
Τεχνίτρια	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ δύσκολη	Δύσκολη	Σημαντικός	Σημαντικός



## ΕΞΕΛΟΓΑΣ Α΄

## Γ΄ ΦΑΣΗ

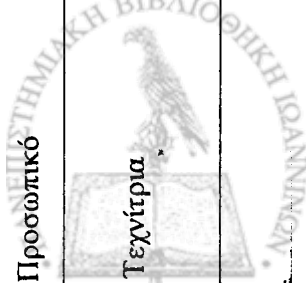
	ΕΡ. 18	ΕΡ. 19	ΕΡ. 20	ΕΡ. 21	ΕΡ. 22	ΕΡ. 23	ΕΡ. 24	ΕΡ. 25
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΑΡΧΙΚΑ ΚΙΝΗΤΡΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ (ΠΡΙΝ)	ΚΙΝΗΤΡΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ (ΤΩΡΑ)	ΣΤΑΣΗ ΤΟΠΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ - ΠΡΩΤΟΙ ΜΗΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ (ΠΡΙΝ)	ΣΤΑΣΗ ΤΟΠΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ - ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΙ ΜΗΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ (ΤΩΡΑ)	ΣΚΕΨΗ ΓΙΑ ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟ ΑΠΟ ΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΠΡΙΝ)	ΣΚΕΨΗ ΓΙΑ ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟ ΑΠΟ ΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΤΩΡΑ)	ΑΝΑΓΚΗ ΑΠΟΥΣΙΑΣ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΑΝΑΓΚΗ ΑΠΟΥΣΙΑΣ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑ
Ψυχολόγος	Επιστημονικά	Επιστημονικά	Θετική	Θετική	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι
Κοινωνική Λειτουργός	Επιστημονικά Οικονομικά	Επιστημονικά	Μέτρια αρνητική	Θετική	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι
Εργοθεραπευτής/τρια	Επιστημονικά Οικονομικά	Επιστημονικά	Μέτρια αρνητική	Θετική	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Επιστημονικά	Επιστημονικά	Θετική	Θετική	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι
Δ.Ε. Νοσηλεύτές/τριες	Επιστημονικά Οικονομικά	Επιστημονικά	Θετική	Θετική	Δύο (2): Όχι Δύο (2): Ναι	Δύο (2): Όχι Δύο (2): Ναι	Όχι	Όχι
Βοηθητικό Προσωπικό	Επιστημονικά	Επιστημονικά	Θετική	Θετική	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι
Τεχνίτρια	Επιστημονικά	Επιστημονικά	Θετική	Θετική	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι



## ΞΕΝΩΝΑΣ Α΄

## Γ΄ ΦΑΣΗ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΕΡ. 26	ΕΡ. 27	ΕΡ. 28	ΕΡ. 29	ΒΑΘΜΟΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΜΕΛΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ					
					10Ψ	10ΤΕν	6ΚΛ	4ΕΡΓ	10ΔΕν	10ΒΠ
Ψυχολόγος	Ψυχολόγος Κοινωνική Λειτουργός	Όλο το νοσηλευτικό προσωπικό	Όλο το βοηθητικό προσωπικό	10Ψ	10ΤΕν	6ΚΛ	4ΕΡΓ	10ΔΕν	10ΒΠ	10Τ
Κοινωνική Λειτουργός	Ψυχολόγος Κοινωνική Λειτουργός Εργοθεραπεύτρια	Όλο το νοσηλευτικό προσωπικό	Βοηθός Προσωπικού	10Ψ	10ΚΛ	9ΕΡΓ	10ΤΕν	9ΔΕν	10ΒΠ	10Τ
Εργοθεραπεύτρια	Ψυχολόγος Κοινωνική Λειτουργός Εργοθεραπεύτρια	Όλο το νοσηλευτικό προσωπικό	Όλο το βοηθητικό προσωπικό	10Ψ	10ΚΛ	10ΕΡΓ	10ΤΕν	8ΔΕν	10ΒΠ	10Τ
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Ψυχολόγος	Όλο το νοσηλευτικό προσωπικό	Βοηθός Προσωπικού	10ΤΕν	9Ψ	5ΚΛ	5ΕΡΓ	9ΔΕν	10ΒΠ	10Τ
Δ.Ε. Νοσηλεύτρες/τριες	Ψυχολόγος	Όλο το νοσηλευτικό προσωπικό	Βοηθός Προσωπικού	10ΤΕν	9Ψ	3ΚΛ	3ΕΡΓ	10ΔΕν	10ΒΠ	10Τ
Βοηθητικό Προσωπικό	Ψυχολόγος Κοινωνική Λειτουργός	Όλο το νοσηλευτικό προσωπικό	Βοηθός Προσωπικού	10ΤΕν	10Ψ	5ΚΛ	5ΕΡΓ	9ΔΕν	10ΒΠ	10Τ
Τεχνίτρια	Ψυχολόγος Κοινωνική Λειτουργός Εργοθεραπεύτρια	Όλο το νοσηλευτικό προσωπικό	Όλο το βοηθητικό προσωπικό	10ΤΕν	9Ψ	9ΚΛ	9ΕΡΓ	9ΔΕν	10ΒΠ	10Τ



## Γ' ΦΑΣΗ

	ΕΡ. 7	ΕΡ. 8	ΕΡ. 9	ΕΡ. 10	ΕΡ. 11α	ΕΡ. 11β	ΕΡ. 12α	ΕΡ. 12β
<b>ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ</b>	ΛΟΓΟΙ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΣΧΕΣΕΙΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΣΧΕΣΕΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	ΥΠΑΡΕΧ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Ε.Π. ΜΕ Ν.Π.	ΣΧΕΣΕΙΣ Ε.Π. ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Ν.Π. ΜΕ Ε.Π	ΣΧΕΣΕΙΣ Ν.Π. ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Ψυχολόγος	Ανάγκη για εργασία	Συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Ναι	Συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες
<b>Κοινωνική Λειτουργός</b>	Ανάγκη για εργασία	Συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Ναι	Συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες
<b>Τεχνίτριες</b>	Ανάγκη για εργασία	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Ναι	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες
<b>Τ.Ε. Νοσηλεύτρια</b>	Ανάγκη για εργασία	Συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Ναι	Συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες
<b>Δ.Ε. Νοσηλεύτρες/τριες</b>	Ανάγκη για εργασία	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Ναι	Συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες
<b>Βοηθητικό Προσωπικό</b>	Ανάγκη για εργασία	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Ναι	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες

Ε.Π. = επιστημονικό προσωπικό

Ν.Π. = νοσηλευτικό προσωπικό

Β.Π. = βοηθητικό προσωπικό

Δ.Εν = Δ.Ε. νοσηλεύτριες

Τ.Εν = Τ.Ε. νοσηλεύτρια

Κ.Α. = κοινωνική λειτουργός



## ΞΕΝΩΝΑΣ Β'

## Γ' ΦΑΣΗ

	ΕΡ. 13α	ΕΡ. 13β	ΕΡ. 13γ	ΕΡ. 14	ΕΡ. 15	ΕΡ. 16	ΕΡ. 17
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Β.Π. ΜΕ Ν.Π.	ΣΧΕΣΕΙΣ Β.Π. ΜΕ Ε.Π.	ΣΧΕΣΕΙΣ Β.Π. ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ - ΑΡΧΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ - (ΠΡΙΝ)	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ - ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ - (ΤΩΡΑ)	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ (ΠΡΙΝ)	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ (ΤΩΡΑ)
Ψυχολόγος	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Πολύ δύσκολη	Δύσκολη	Πολύ σημαντικός	Πολύ σημαντικός
Κοινωνική Λειτουργός	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Πολύ δύσκολη	Δύσκολη	Σημαντικός	Πολύ σημαντικός
Τεχνίτρια	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Πολύ δύσκολη	Δύσκολη	Σημαντικός	Σημαντικός
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Πολύ δύσκολη	Δύσκολη	Σημαντικός	Πολύ σημαντικός
Δ.Ε. Νοσηλεύτρες/τριες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Πολύ δύσκολη	Δύσκολη	Σημαντικός	Σημαντικός
Βοηθητικό Προσωπικό	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Πολύ δύσκολη	Δύσκολη	Σημαντικός	Σημαντικός



## Γ' ΦΑΣΗ

	ΕΡ. 18	ΕΡ. 19	ΕΡ. 20	ΕΡ. 21	ΕΡ. 22	ΕΡ. 23	ΕΡ. 24	ΕΡ. 25
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΑΡΧΙΚΑ ΚΙΝΗΤΡΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ (ΠΡΙΝ)	ΚΙΝΗΤΡΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ (ΤΩΡΑ)	ΣΤΑΣΗ ΤΟΠΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ - ΠΡΩΤΟΙ ΜΗΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ (ΠΡΙΝ)	ΣΤΑΣΗ ΤΟΠΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ - ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΙ ΜΗΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ (ΤΩΡΑ)	ΣΚΕΨΗ ΓΙΑ ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟ ΑΠΟ ΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΠΡΙΝ)	ΣΚΕΨΗ ΓΙΑ' ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟ ΑΠΟ ΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΤΩΡΑ)	ΑΝΑΓΚΗ ΑΠΟΥΣΙΑΣ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑ (ΠΡΙΝ)	ΑΝΑΓΚΗ ΑΠΟΥΣΙΑΣ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑ (ΤΩΡΑ)
Ψυχολόγος	Επιστημονικά Οικονομικά Κοινωνικά	Επιστημονικά	Μέτρια αρνητική	Θετική	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι
Κοινωνική Λειτουργός	Επιστημονικά Οικονομικά Κοινωνικά	Επιστημονικά	Μέτρια αρνητική	Θετική	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι
Τεχνίτριες	Επιστημονικά Οικονομικά Κοινωνικά	Επιστημονικά	Μέτρια αρνητική	Θετική	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Επιστημονικά	Επιστημονικά	Μέτρια αρνητική	Θετική	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι
Δ.Ε. Νοσηλεύτές/τριες	Επιστημονικά Οικονομικά	Επιστημονικά	Μέτρια αρνητική	Θετική	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι
Βοηθητικό Προσωπικό	Επιστημονικά Οικονομικά Κοινωνικά	Επιστημονικά Οικονομικά Κοινωνικά	Μέτρια αρνητική	Θετική	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι

## ΞΕΝΩΝΑΣ Β'

## Γ' ΦΑΣΗ

	ΕΡ. 26	ΕΡ. 27	ΕΡ. 28	ΕΡ. 29	ΒΑΘΜΟΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΜΕΛΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ								
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΘΕΡΑΠ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ Ε.Π - ΑΣΘΕΝΩΝ	ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΘΕΡΑΠ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ Ν.Π - ΑΣΘΕΝΩΝ	ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΘΕΡΑΠ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ Β.Π - ΑΣΘΕΝΩΝ	ΕΡ. 29									
Ψυχολόγος	Ψυχολόγος	Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Όλο το βοηθητικό προσωπικό	10Ψ	9ΤΕν	8ΔΕν	8ΚΛ	7ΒΠ	7Τ				
Κοινωνική Λειτουργός	Ψυχολόγος Κοινωνική Λειτουργός	Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Όλο το βοηθητικό προσωπικό	10Ψ	9ΤΕν	9ΚΛ	7ΔΕν	7ΒΠ	7Τ				
Τεχνίτριες	Ψυχολόγος Κοινωνική Λειτουργός	Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Όλο το βοηθητικό προσωπικό	10Ψ	9ΤΕν	9ΚΛ	6ΔΕν	6ΒΠ	10Τ				
Τ.Ε. Νοσηλεύτές/τριες	Ψυχολόγος Κοινωνική Λειτουργός	Όλο το νοσηλευτικό προσωπικό	Βοηθός προσωπικού	10Ψ	9ΤΕν	9ΚΛ	9ΔΕν	8ΒΠ	7Τ				
Δ.Ε. Νοσηλεύτές/τριες	Ψυχολόγος Κοινωνική Λειτουργός	Όλο το νοσηλευτικό προσωπικό	Βοηθός προσωπικού	10Ψ	9ΤΕν	10ΔΕν	9ΚΛ	8ΒΠ	6Τ				
Βοηθητικό Προσωπικό	Ψυχολόγος Κοινωνική Λειτουργός	Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Βοηθός προσωπικού	10Ψ	9ΤΕν	9ΔΕν	9ΚΛ	10ΒΠ	8Τ				



**ΞΕΝΩΝΑΣ Γ'**

**Γ' ΦΑΣΗ**

	ΕΡ. 7	ΕΡ. 8	ΕΡ. 9	ΕΡ. 10	ΕΡ. 11α	ΕΡ. 11β	ΕΡ. 12α	ΕΡ. 12β
<b>ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ</b>	ΛΟΓΟΙ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΣΧΕΣΕΙΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΣΧΕΣΕΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	ΥΠΑΡΞΗ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Ε.Π. ΜΕ Ν.Π.	ΣΧΕΣΕΙΣ Ε.Π. ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Ν.Π. ΜΕ Ε.Π	ΣΧΕΣΕΙΣ Ν.Π. ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Ψυχολόγος	-	-	-	-	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	-	-
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Απόφαση του νοσοκομείου	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Ναι	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες
Δ.Ε. Νοσηλεύτριες (12)	Απόφαση του νοσοκομείου	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Ναι	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες
Βοηθητικό Προσωπικό	-	-	-	-	-	-	-	-

Ε.Π. = επιστημονικό προσωπικό  
 Ν.Π. = νοσηλευτικό προσωπικό  
 Β.Π. = βοηθητικό προσωπικό

Δ.Εν = Δ.Ε. νοσηλεύτριες  
 Τ.Εν = Τ.Ε. νοσηλεύτρια  
 Κ.Α. = κοινωνική λειτουργός



## ΞΕΝΩΝΑΣ Γ΄

## Γ΄ ΦΑΣΗ

	ΕΡ. 13α	ΕΡ. 13β	ΕΡ. 13γ	ΕΡ. 14	ΕΡ. 15	ΕΡ. 16	ΕΡ. 17
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Β.Π. ΜΕ Ν.Π.	ΣΧΕΣΕΙΣ Β.Π. ΜΕ Ε.Π.	ΣΧΕΣΕΙΣ Β.Π. ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ - ΑΡΧΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ - (ΠΡΙΝ)	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ - ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ - (ΤΩΡΑ)	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ (ΠΡΙΝ)	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ (ΤΩΡΑ)
Ψυχολόγος	-	-	-	-	-	-	-
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Συνεργάσιμες Άλλο: Τυπικές	Άλλο: τυπικές	Συνεργάσιμες	Δύσκολη	Εύκολη	Σημαντικός	Σημαντικός
Δ.Ε. Νοσηλεύτριες (12)	Συνεργάσιμες	Άλλο: τυπικές	Συνεργάσιμες	Δύσκολη	Εύκολη	Σημαντικός	Σημαντικός
Βοηθητικό Προσωπικό	-	-	-	-	-	-	-





ΞΕΝΩΝΑΣ Γ'

Γ' ΦΑΣΗ

	ΕΡ. 18	ΕΡ. 19	ΕΡ. 20	ΕΡ. 21	ΕΡ. 22	ΕΡ. 23	ΕΡ. 24	ΕΡ. 25
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΑΡΧΙΚΑ ΚΙΝΗΤΡΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ (ΠΡΙΝ)	ΚΙΝΗΤΡΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ (ΤΩΡΑ)	ΣΤΑΣΗ ΤΟΠΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ - ΠΡΩΤΟΙ ΜΗΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ (ΠΡΙΝ)	ΣΤΑΣΗ ΤΟΠΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ - ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΙ ΜΗΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ (ΤΩΡΑ)	ΣΚΕΨΗ ΓΙΑ ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟ ΑΠΟ ΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΠΡΙΝ)	ΣΚΕΨΗ ΓΙΑ ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟ ΑΠΟ ΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΤΩΡΑ)	ΑΝΑΓΚΗ ΑΠΟΥΣΙΑΣ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑ (ΠΡΙΝ)	ΑΝΑΓΚΗ ΑΠΟΥΣΙΑΣ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑ (ΤΩΡΑ)
Ψυχολόγος	-	-	-	-	-	-	-	-
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Επιστημονικά Οικονομικά	Επιστημονικά	Αρνητική	Μέτρια θετική	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι
Δ.Ε Νοσηλεύτριες (12)	Επιστημονικά Οικονομικά	Επιστημονικά	Αρνητική	Μέτρια θετική	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι
Βοηθητικό Προσωπικό	-	-	-	-	-	-	-	-



## ΞΕΝΩΝΑΣ Γ

## Γ' ΦΑΣΗ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΕΡ. 26	ΕΡ. 27	ΕΡ. 28	ΕΡ. 29	ΒΑΘΜΟΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΜΕΛΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ
	ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΘΕΡΑΠ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ Ε.Π - ΑΣΘΕΝΩΝ	ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΘΕΡΑΠ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ Ν.Π - ΑΣΘΕΝΩΝ	ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΘΕΡΑΠ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ Β.Π - ΑΣΘΕΝΩΝ	ΕΡ. 29	
Ψυχολόγος	-	-	-	--	-
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια	Ψυχολόγος	Όλο το νοσηλευτικό προσωπικό	Κανένας	10 ΤΕν	9 ΔΕν 8Ψ 1ΒΠ
Δ.Ε. Νοσηλεύτριες (12)	Ψυχολόγος	Όλο το νοσηλευτικό προσωπικό	Κανένας	10 ΤΕν	10 ΔΕν 7Ψ 1ΒΠ
Βοηθητικό Προσωπικό	-	-	-	--	-



## ΞΕΝΩΝΑΣ Δ'

## Γ' ΦΑΣΗ

	ΕΡ. 7	ΕΡ. 8	ΕΡ. 9	ΕΡ. 10	ΕΡ. 11α	ΕΡ. 11β	ΕΡ. 12α	ΕΡ. 12β
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΛΟΓΟΙ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΣΧΕΣΕΙΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΣΧΕΣΕΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	ΥΠΑΡΞΗ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Ε.Π. ΜΕ Ν.Π.	ΣΧΕΣΕΙΣ Ε.Π. ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Ν.Π. ΜΕ Ε.Π	ΣΧΕΣΕΙΣ Ν.Π. ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Ψυχολόγος	Απόφαση του νοσοκομείου	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Ναι	Πολύ συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες
Κοινωνική Λειτουργός	Απόφαση του νοσοκομείου	Πολύ συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Ναι	Πολύ συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες
Εργοθεραπευτή/τρια	Απόφαση του νοσοκομείου	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Ναι	Πολύ συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες
Τ.Ε. Νοσηλεύτές/τριες	Απόφαση του νοσοκομείου	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Ναι	Πολύ συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Μέτρια συνεργάσιμες
Δ.Ε. Νοσηλεύτές/τριες	Απόφαση του νοσοκομείου	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Ναι	Πολύ συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Μέτρια συνεργάσιμες
Ειδικός Παιδαγωγός	Απόφαση του νοσοκομείου	Πολύ συνεργάσιμες	Πολύ συνεργάσιμες	Ναι	Πολύ συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες
Επισκέπτρια Υγείας	-	-	-	-	-	-	-	-

Ε.Π. = επιστημονικό προσωπικό

Ν.Π. = νοσηλευτικό προσωπικό

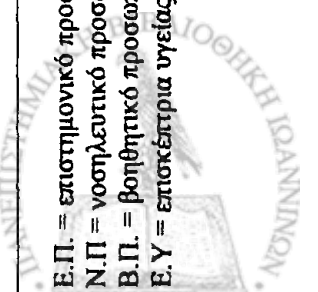
Β.Π. = βοηθητικό προσωπικό

Ε.Υ. = επισκέπτρια υγείας

Δ.Εν = Δ.Ε. νοσηλεύτριες

Τ.Εν = Τ.Ε. νοσηλεύτρια

Κ.Α. = κοινωνική λειτουργός



## ΞΕΝΩΝΑΣ Δ'

## Γ' ΦΑΣΗ

	ΕΡ. 13α	ΕΡ. 13β	ΕΡ. 13γ	ΕΡ. 14	ΕΡ. 15	ΕΡ. 16	ΕΡ. 17
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ Β.Π. ΜΕ Ν.Π.	ΣΧΕΣΕΙΣ Β.Π. ΜΕ Ε.Π.	ΣΧΕΣΕΙΣ Β.Π. ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ - ΑΡΧΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ - (ΠΡΠΝ)	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ - ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ - (ΤΩΡΑ)	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ (ΠΡΠΝ)	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ (ΤΩΡΑ)
Ψυχολόγος	Συνεργάσιμες Άλλο: Τυπικές	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Δύσκολη	Δύσκολη	Σημαντικός	Σημαντικός
Κοινωνική Λειτουργός	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Δύσκολη	Δύσκολη	Σημαντικός	Σημαντικός
Εργοθεραπευτής/τρια	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Δύσκολη	Δύσκολη	Σημαντικός	Σημαντικός
Τ.Ε. Νοσηλευτές/τριες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Πολύ δύσκολη	Δύσκολη	Σημαντικός	Πολύ σημαντικός
Δ.Ε Νοσηλευτές/τριες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Δύσκολη	Δύσκολη	Σημαντικός	Πολύ σημαντικός
Ειδικός Παιδαγωγός	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Συνεργάσιμες	Δύσκολη	Δύσκολη	Σημαντικός	Σημαντικός
Επισκέπτρια Υγείας	-	-	-	-	-	-	-

## ΞΕΝΩΝΑΣ Δ'

## Γ' ΦΑΣΗ

	ΕΡ. 18	ΕΡ. 19	ΕΡ. 20	ΕΡ. 21	ΕΡ. 22	ΕΡ. 23	ΕΡ. 24	ΕΡ. 25
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ - ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΑΡΧΙΚΑ ΚΙΝΗΤΡΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ (ΠΡΙΝ)	ΚΙΝΗΤΡΑ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΡΟΛΟΥ (ΤΩΡΑ)	ΣΤΑΣΗ ΤΟΠΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ - ΠΡΩΤΟΙ ΜΗΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ (ΠΡΙΝ)	ΣΤΑΣΗ ΤΟΠΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ - ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΙΟΙ ΜΗΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ (ΤΩΡΑ)	ΣΚΕΨΗ ΓΙΑ ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟ ΑΠΟ ΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΠΡΙΝ)	ΣΚΕΨΗ ΓΙΑ ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟ ΑΠΟ ΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΤΩΡΑ)	ΑΝΑΓΚΗ ΑΠΟΥΣΙΑΣ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑ (ΠΡΙΝ)	ΑΝΑΓΚΗ ΑΠΟΥΣΙΑΣ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΙΑ (ΤΩΡΑ)
Ψυχολόγος	Επιστημονικά	Επιστημονικά	Μέτρια αρνητική	Θετική	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι
Κοινωνική Λειτουργός	Επιστημονικά	Επιστημονικά	Μέτρια αρνητική	Θετική	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι
Εργοθεραπευτής/τρια	Επιστημονικά	Επιστημονικά	Μέτρια αρνητική	Θετική	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι
Τ.Ε. Νοσηλεύτές/τριες	Επιστημονικά Οικονομικά	Επιστημονικά Οικονομικά Κοινωνικά	Αρνητική	Μέτρια θετική	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι
Δ.Ε. Νοσηλεύτές/τριες	Επιστημονικά	Επιστημονικά Οικονομικά Κοινωνικά	Μέτρια αρνητική	Θετική	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι
Ειδικός Παιδαγωγός	Επιστημονικά	Επιστημονικά	Μέτρια αρνητική	Θετική	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι
Επισκέπτρια Υγείας	-	-	-	-	-	-	-	-



**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

**Β' ΦΑΣΗ**

Το ερωτηματολόγιο αυτό διαμορφώθηκε στα πλαίσια ερευνητικής διαδικασίας άμεσα απευθυνόμενης σε τέσσερις (4) ξενώνες «Ψυχαργός», από την κα. Δέσποινα Σικελιανού, Ψυχολόγο, με εποπτεύοντα τον κο. Βενετσάνο Μαυρέα, Καθηγητή Ψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

**1. Φύλο**

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Άνδρας

Γυναίκα

**2. Ηλικία**

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

18 – 25 ετών

25 – 35 ετών

35 – 50 ετών

< 50 ετών



## 3. Οικογενειακή κατάσταση

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Έγγαμος με παιδιά

Άγαμος με παιδιά

Έγγαμος χωρίς παιδιά

Άγαμος χωρίς παιδιά

Σε διάσταση

Χήρος / α

Διαζευγμένος / η

## 4. Ειδικότητα

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Ψυχολόγος

**Κοινωνικός Λειτουργός**  
Εργοθεραπευτής / τρια

Ειδικός Παιδαγωγός

Νοσηλεύτης / τρια Τ.Ε (τεχνολογικής εκπαίδευσης)

Νοσηλεύτης / τρια Δ.Ε (διετούς φοίτησης κ.λ.π)

Γενικών Καθηκόντων (βοηθός προσωπικού)

Τεχνίτης / τρια

Επισκέπτης / τρια Υγείας





5. Μεταπτυχιακές σπουδές

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Μεταπτυχιακός τίτλος:

Ναι

Όχι


Διδακτορικός τίτλος:

Ναι

Όχι


6. α) Έχετε εργαστεί ξανά σε ψυχιατρική δομή;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Ναι

--

Όχι

--

6. β) Αν ναι, σε ποια από τις παρακάτω;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Ψυχιατρείο

--

Ψυχ. Κλινική Γενικού Νοσοκομείου

--

Ξενώνας

--

Οικοτροφείο

--

Προστατευόμενα Διαμερίσματα

--

Νοσοκομείο / Κέντρο Ημέρας

--

Θεραπευτικοί Συνεταιρισμοί

--



7. Ποιοι από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι σας οδήγησαν ως προς την απόφαση σας να εργασθείτε σε μια εξωνοσοκομειακή δομή ψυχιατρικής περίθαλψης (ξενώνας);

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Η προηγούμενη εμπειρία σας σε Ψυχιατρική μονάδα περίθαλψης

Η εξειδίκευση σας (αν υπάρχει master – διδακτορικό) στον τομέα της ψυχικής υγείας

Η απόφαση της Διοικήσεως του Νοσοκομείου της περιοχής σας

Η ανάγκη σας να εργασθείτε

Η ανάγκη της κοινωνικής προβολής και αυτοπραγμάτωσης

Δ.Α.

Άλλο (Προσδιορίστε)



---



---



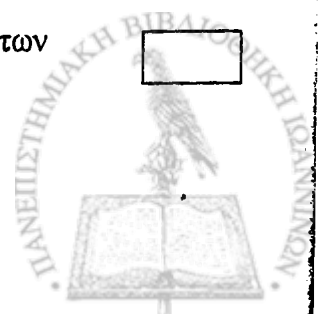
---

8. Η επιλογή των χώρων εργασίας (γραφεία) του επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού έγινε κατά τη γνώμη σας με βάση:

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Την διαρρύθμιση των χώρων του οικήματος, όπου στεγάζεται ο ξενώνας

Την άνετη και εύκολη πρόσβαση των ασθενών στα γραφεία των αντίστοιχων υπό – ομάδων προσωπικού



Την ενεργό συμμετοχή και ομόφωνη απόφαση όλων των μελών

του προσωπικού του ξενώνα

Καμιά συμμετοχή των μελών του προσωπικού στη διαδικασία

επιλογής των χώρων

Δεν γνωρίζω τους λόγους

Δ.Α.

Άλλο (Προσδιορίστε)

---



---



---

9. Η ομάδα προσωπικού του ξενώνα της περιοχής σας, με τη σύσταση που έχει έως σήμερα, έχει αναδείξει πρόσωπο / α αναφοράς;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Ναι

Όχι

10. Την ομάδα προσωπικού του ξενώνα (επιστημονικό προσωπικό, νοσηλευτικό προσωπικό, βοηθητικό προσωπικό, τεχνίτες) με τη σύσταση που έχει έως σήμερα, πως θα τη χαρακτηρίζατε;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Πολύ συνεργάσιμη



- Συνεργάσιμη
- Μέτρια συνεργάσιμη
- Καθόλου συνεργάσιμη
- Άλλο (Προσδιορίστε)

---

---

---

11. Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις του επιστημονικού προσωπικού προς το νοσηλευτικό προσωπικό;  
(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

- Σχέσεις εμπιστοσύνης
- Φιλικές σχέσεις
- Τυπικές σχέσεις
- Εχθρικές σχέσεις
- Απόμακρες σχέσεις
- Δ.Α.
- Άλλο (Προσδιορίστε)

---

---

---



12. Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις του νοσηλευτικού προσωπικού προς το επιστημονικό προσωπικό;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

- Σχέσεις εμπιστοσύνης
- Φιλικές σχέσεις
- Τυπικές σχέσεις
- Εχθρικές σχέσεις
- Απόμακρες σχέσεις
- Δ.Α.
- Άλλο (Προσδιορίστε)

---



---



---

13. Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις του βοηθητικού προσωπικού και των τεχνιτών προς το επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό αντίστοιχα;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Σχέσεις εμπιστοσύνης

Φιλικές σχέσεις



Τυπικές σχέσεις

Εχθρικές σχέσεις

Απόμακρες σχέσεις

Δ.Α.

Άλλο (Προσδιορίστε)



---



---



---

14. Ποιος / ποιοι από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι σας οδήγησαν στην απόφαση σας να εργασθείτε σε μια εξωνοσοκομειακή / μεταβατική ψυχιατρική δομή (ξενώνας);  
(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Επιστημονικοί λόγοι (εκπαιδευτικά προσόντα, εξειδίκευση κ.λ.π)

Οικονομικοί λόγοι (οικονομική αποκατάσταση κ.λ.π)

Κοινωνικοί λόγοι (κοινωνική αναγνώριση / προβολή κ.λ.π)

Όλα τα παραπάνω

Κανένα από τα παραπάνω

Δ.Α.

Άλλο (Προσδιορίστε)



---

---

---

15. Πως θα χαρακτηρίζατε την εργασία σας από την στιγμή της πρόσληψης σας στο συγκεκριμένο χώρο εργασίας (ξενώνας) έως σήμερα;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Πολύ δύσκολη

Δύσκολη

Μέτρια δύσκολη

Εύκολη

Πολύ εύκολη

Δ.Α.

16. Πως θα χαρακτηρίζατε τον εργασιακό σας ρόλο στη δομή (ξενώνας) όπου εργάζεστε;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Πολύ σημαντικός



Σημαντικός

Μέτρια σημαντικός

Καθόλου σημαντικός

Δ.Α.

17. Ποια πιστεύετε πως είναι τα κίνητρα εκείνα που θα βοηθούσαν στην ενίσχυση του εργασιακού σας ρόλου στη δομή (ξενώνας) όπου εργάζεστε;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Επιστημονικά κίνητρα (σεμινάρια, συνέδρια, εκπαίδευση, ενημέρωση κ.λ.π)

Οικονομικά κίνητρα

Πολιτιστικά κίνητρα (αγωγή κοινότητας, ενημέρωση κοινότητας κ.λ.π)

Όλα τα παραπάνω

Κανένα από τα παραπάνω

Δ.Α.

Άλλο (Προσδιορίστε)



---



---



---





18. Πως πιστεύετε ότι χαρακτηρίζεται ο εργασιακός ρόλος από την τοπική κοινωνία στην οποία εργάζεστε;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

- |                      |                          |
|----------------------|--------------------------|
| Πολύ συμπαθητικός    | <input type="checkbox"/> |
| Συμπαθητικός         | <input type="checkbox"/> |
| Μέτρια συμπαθητικός  | <input type="checkbox"/> |
| Καθόλου συμπαθητικός | <input type="checkbox"/> |
| Δ.Α.                 | <input type="checkbox"/> |
| Άλλο (Προσδιορίστε)  | <input type="checkbox"/> |

---



---



---

19. Πιστεύετε πως η εργασιακή σας θέση στην τοπική κοινωνία όπου εργάζεστε είναι:

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Περισσότερο αξιοσημείωτη / σημαντική από τις άλλες | <input type="checkbox"/> |
| Το ίδιο αξιοσημείωτη με τις άλλες / σημαντική      | <input type="checkbox"/> |
| Λιγότερο αξιοσημείωτη / σημαντική από τις άλλες    | <input type="checkbox"/> |
| Καθόλου σημαντική                                  | <input type="checkbox"/> |



Δ.Α.

Άλλο (Προσδιορίστε)

---



---



---

20. Ποιο / ποια από τα παρακάτω μέλη του επιστημονικού προσωπικού πιστεύετε ότι έχουν μια πιο άμεση και ουσιαστική σχέση με τους ασθενείς της δομής (ξενώνας) όπου εργάζεστε;  
(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Ο / η Ψυχολόγος

Ο / η Εργοθεραπευτής / τρια

Ο / η Κοινωνικός Λειτουργός

Ο / η Ειδικός Παιδαγωγός

Όλοι οι παραπάνω

Κανένας από τους παραπάνω

Δ.Α.

Άλλο (Προσδιορίστε)

---



---



---



21. Ποιο / ποια μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού πιστεύετε ότι έχουν μια πιο άμεση και ουσιαστική σχέση με τους ασθενείς της δομής (ξενώνας) όπου εργάζεστε;

(Σημειώστε Χ στο αντίστοιχο κουτάκι)

Ο / η Νοσηλευτής / τρια Τ.Ε. (τεχνολογικής εκπαίδευσης)

Οι Νοσηλευτές / τριες Δ.Ε. (διετούς φοίτησης)

Όλοι οι παραπάνω

Κανένας από τους παραπάνω

Δ.Α.:

22. Ποιο / ποια μέλη του βοηθητικού προσωπικού πιστεύετε ότι έχουν μια πιο άμεση και ουσιαστική σχέση με τους ασθενείς της δομής (ξενώνας) όπου εργάζεστε;

(Σημειώστε Χ στο αντίστοιχο κουτάκι)

1. Ο / οι γενικών καθηκόντων (βοηθός προσωπικού)

2. Οι τεχνίτες / τριες

3. Όλοι οι παραπάνω:

4. Κανένας από τους παραπάνω:

5. Δ.Α.:



23. Παρακαλούμε να τοποθετήσετε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό της κλίμακας (1 – 10) ο οποίος κατά τη γνώμη σας χαρακτηρίζει το βαθμό μιας επιτυχημένης ουσιαστικής σχέσης των παρακάτω μελών του προσωπικού του ξενώνα όπου εργάζεστε με τους φιλοξενούμενους ασθενείς

Ψυχολόγος	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Κοινωνικός / ή Λειτουργός	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Εργοθεραπευτή ς / τρια	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ειδικός Παιδαγωγός	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Τ.Ε Νοσηλευτές / τριες	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Δ.Ε Νοσηλευτές / τριες	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Επισκέπτης / τρια υγείας	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

# ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Γενικών

Καθηκόντων

(Β.Π)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Τεχνίτες / τριες

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΓ' ΦΑΣΗ

Το ερωτηματολόγιο αυτό διαμορφώθηκε στα πλαίσια ερευνητικής διαδικασίας άμεσα απευθυνόμενης σε τέσσερις (4) ξενώνες «Ψυχαργός», από την κα. Δέσποινα Σικελιανού, Ψυχολόγο, με εποπτεύοντα τον κο. Βενετσάνο Μαυρέα, Καθηγητή Ψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

## 1. Φύλο

(Σημειώστε Χ στο αντίστοιχο κουτάκι)

Ανδρας

Γυναίκα

## 2. Ηλικία

(Σημειώστε Χ στο αντίστοιχο κουτάκι)

18 – 25 ετών

25 – 35 ετών

35 – 50 ετών

&lt; 50 ετών



3. Οικογενειακή κατάσταση

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

- Έγγαμος με παιδιά
- Άγαμος με παιδιά
- Έγγαμος χωρίς παιδιά
- Άγαμος χωρίς παιδιά
- Σε διάσταση
- Χήρος / α
- Διαζευμένος / η

4. Ειδικότητα

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

- Ψυχολόγος
- Κοινωνικός Λειτουργός
- Εργοθεραπευτής
- Ειδικός Παιδαγωγός
- Νοσηλεύτης / τρια Τ.Ε (τεχνολογικής εκπαίδευσης)
- Νοσηλεύτης / τρια Δ.Ε (διετούς φοίτησης κ.λ.π)
- Γενικών Καθηκόντων (βοηθός προσωπικού)
- Τεχνίτης / τρια
- Επισκέπτης / τρια Υγείας



5. Μεταπτυχιακές σπουδές

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Μεταπτυχιακός τίτλος:                      Ναι

Όχι


Διδακτορικός τίτλος:                      Ναι

Όχι


6. α) Έχετε εργαστεί ξανά σε ψυχιατρική δομή;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Ναι

--

Όχι

--

6. β) Αν ναι, σε ποια από τις παρακάτω;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Ψυχιατρείο

--

Ψυχ. Κλινική Γενικού Νοσοκομείου

--

Ξενώνας

--

Οικοτροφείο

--

Προστατευόμενα Διαμερίσματα

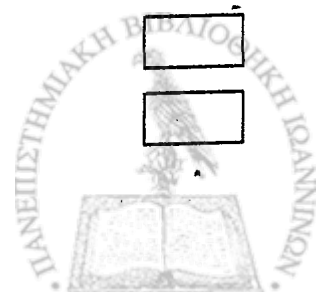
--

Νοσοκομείο / Κέντρο Ημέρας

--

Θεραπευτικοί Συνεταιρισμοί

--





7. Ποιοι από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι σας οδήγησαν ως προς την απόφαση σας να εργασθείτε σε μια εξωνοσοκομειακή δομή ψυχιατρικής περίθαλψης (ξενώνας);

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Η προηγούμενη εμπειρία σας σε Ψυχιατρική μονάδα περίθαλψης

Η εξειδίκευση σας (αν υπάρχει master – διδακτορικό) στον τομέα της ψυχικής υγείας

Η απόφαση της Διοικήσεως του Νοσοκομείου της περιοχής σας

Η ανάγκη σας να εργασθείτε

Η ανάγκη της κοινωνικής προβολής και αυτοπραγμάτωσης

Δ.Α.

Άλλο (Προσδιορίστε)



---



---



---

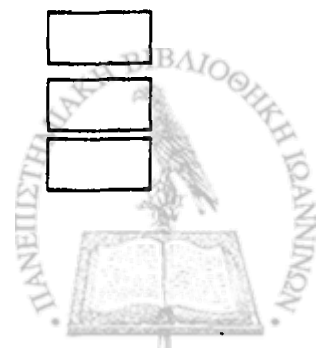
8. Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις σας, ως ομάδα προσωπικού του ξενώνα, με την διοίκηση του αντίστοιχου νοσοκομείου της περιοχής σας;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Πολύ συνεργάσιμες

Συνεργάσιμες

Μέτρια συνεργάσιμες



Καθόλου συνεργάσιμες:

Δ.Α.

Άλλο, προσδιορίστε

---

---

---

9. Την ομάδα προσωπικού του ξενώνα της περιοχής σας με την σύσταση που έχει έως σήμερα, πως θα την χαρακτηρίζατε;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Πολύ συνεργάσιμη

Συνεργάσιμη

Μέτρια συνεργάσιμη

Καθόλου συνεργάσιμη

Δ.Α.

Άλλο (Προσδιορίστε)

---

---

---



10. Η ομάδα προσωπικού του ξενώνα της περιοχής σας, με τη σύσταση που έχει έως σήμερα, έχει αναδείξει πρόσωπο / α αναφοράς;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Ναι  Όχι

11. Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις του επιστημονικού προσωπικού προς:

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

**A) Το νοσηλευτικό προσωπικό**

Πολύ συνεργάσιμες	<input type="checkbox"/>
Συνεργάσιμες	<input type="checkbox"/>
Μέτρια συνεργάσιμες	<input type="checkbox"/>
Καθόλου συνεργάσιμες	<input type="checkbox"/>
Δ.Α.	<input type="checkbox"/>
Άλλο (Προσδιορίστε)	<input type="checkbox"/>

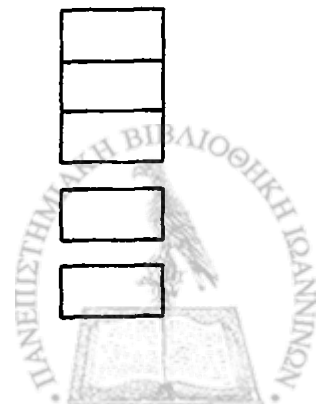
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B) Τους φιλοξενούμενους στο ξενώνα**

Πολύ συνεργάσιμες	<input type="checkbox"/>
Συνεργάσιμες	<input type="checkbox"/>
Μέτρια συνεργάσιμες	<input type="checkbox"/>
Καθόλου συνεργάσιμες	<input type="checkbox"/>
Δ.Α.	<input type="checkbox"/>



Άλλο (Προσδιορίστε)



---



---



---

12. Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις του νοσηλευτικού προσωπικού προς:

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

A) Το επιστημονικό προσωπικό

Πολύ συνεργάσιμες

Συνεργάσιμες

Μέτρια συνεργάσιμες

Καθόλου συνεργάσιμες

Δ.Α.

Άλλο (Προσδιορίστε)


---



---



---

B) Τους φιλοξενούμενους στο ξενώνα

Πολύ συνεργάσιμες

Συνεργάσιμες

Μέτρια συνεργάσιμες

Καθόλου συνεργάσιμες

Δ.Α.




Άλλο (Προσδιορίστε)

---

---

---

13. Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις του βοηθητικού προσωπικού  
(βοηθός προσωπικού – τεχνίτες κ.λ.π.) προς:

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

## Α) Το νοσηλευτικό προσωπικό

Πολύ συνεργάσιμες

Συνεργάσιμες

Μέτρια συνεργάσιμες

Καθόλου συνεργάσιμες

Δ.Α.

Άλλο (Προσδιορίστε)

---

---

---

## Β) Το επιστημονικό προσωπικό

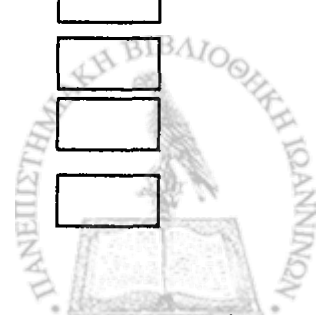
Πολύ συνεργάσιμες

Συνεργάσιμες

Μέτρια συνεργάσιμες

Καθόλου συνεργάσιμες

Δ.Α.



Άλλο (Προσδιορίστε)

---

---

---

Γ) Τους φιλοξενούμενους στο ξενώνα

Πολύ συνεργάσιμες

Συνεργάσιμες

Μέτρια συνεργάσιμες

Καθόλου συνεργάσιμες

Δ.Α.

Άλλο (Προσδιορίστε)

---

---

---

14. Πως θα χαρακτηρίζατε την εργασία σας στην αρχή της λειτουργίας του ξενώνα της περιοχής σας;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

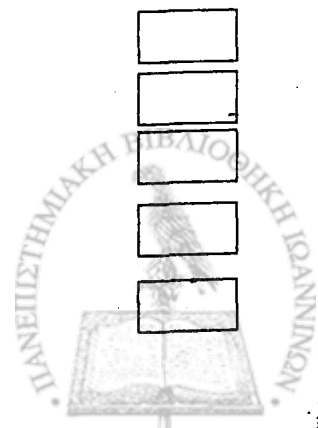
Πολύ δύσκολη

Δύσκολη

Μέτρια δύσκολη

Έυκολη

Μέτρια εύκολη



Πολύ εύκολη

Δ.Α.

15. Πως θα χαρακτηρίζατε την εργασία σας πλέον κατά την διάρκεια λειτουργίας του ξενώνα της περιοχής σας;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Πολύ δύσκολη

Δύσκολη

Μέτρια δύσκολη

Ευκολη

Μέτρια εύκολη

Πολύ εύκολη

Δ.Α.

16. Πως θα χαρακτηρίζατε τον εργασιακό σας ρόλο στην αρχή λειτουργίας του ξενώνα της περιοχής σας όπου εργάζεστε;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

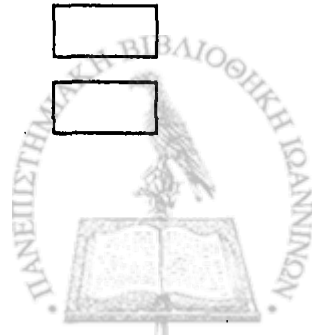
Πολύ σημαντικός

Σημαντικός

Μέτρια σημαντικός

Καθόλου σημαντικός

Δ.Α.



17. Πως θα χαρακτηρίζατε πλέον τον εργασιακό σας ρόλο στη δομή όπου εργάζεστε (ξενώνας της περιοχής σας);

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

- |                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| Πολύ σημαντικός    | <input type="checkbox"/> |
| Σημαντικός         | <input type="checkbox"/> |
| Μέτρια σημαντικός  | <input type="checkbox"/> |
| Καθόλου σημαντικός | <input type="checkbox"/> |
| Δ.Α.               | <input type="checkbox"/> |

18. Ποια πιστεύετε ότι ήταν τα κίνητρα εκείνα που βοήθησαν αρχικά στην ενίσχυση του εργασιακού σας ρόλου;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Επιστημονικού περιεχομένου (σπουδές, εκπαίδευση, σεμινάρια, συνέδρια κ.λ.π) | <input type="checkbox"/> |
| Οικονομικού περιεχομένου (οικονομική ενίσχυση, αμοιβή κ.λ.π)                | <input type="checkbox"/> |
| Κοινωνικού περιεχομένου (ηθική ικανοποίηση, κοινωνική επιβράβευση κ.λ.π)    | <input type="checkbox"/> |
| Όλα τα παραπάνω   | <input type="checkbox"/> |
| Κανένα από τα παραπάνω  | <input type="checkbox"/> |
| Δ.Α   | <input type="checkbox"/> |
| Άλλο (Προσδιορίστε)   | <input type="checkbox"/> |

---



---



---





19. Ποια πιστεύετε ότι είναι τα κίνητρα που πλέον θα βοηθήσουν στην ενίσχυση του εργασιακού σας ρόλου;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

- •
- Επιστημονικού περιεχομένου (σπουδές, εκπαίδευση, σεμινάρια, συνέδρια κ.λ.π)
- Οικονομικού περιεχομένου (οικονομική ενίσχυση, αμοιβή κ.λ.π)
- Κοινωνικού περιεχομένου (ηθική ικανοποίηση, κοινωνική επιβράβευση κ.λ.π)
- Όλα τα παραπάνω
- Κανένα από τα παραπάνω
- Δ.Α
- Άλλο (Προσδιορίστε)

---



---



---

20. Ποια πιστεύετε πως ήταν η στάση της τοπικής κοινωνίας κατά τις πρώτες εβδομάδες / μήνες λειτουργίας του ξενώνα της περιοχής σας;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

- Πολύ θετική
- Θετική
- Μέτρια θετική
- Αρνητική
- Μέτρια αρνητική
- Πολύ αρνητική
- Αδιάφορη



Δ.Α.

Άλλο (Προσδιορίστε)

21. Ποια πιστεύετε πως είναι πλέον η στάση της τοπικής κοινωνίας κατά τις τελευταίες εβδομάδες / μήνες λειτουργίας του ξεώνα της περιοχής σας;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Πολύ θετική

Θετική

Μέτρια θετική

Αρνητική

Μέτρια αρνητική

Πολύ αρνητική

Αδιάφορη

Δ.Α.

Άλλο (Προσδιορίστε)



22. α) Κατά τις πρώτες εβδομάδες/ πρώτους μήνες λειτουργίας του ξενώνα της περιοχής σας, υπήρχαν στιγμές που σκεφτήκατε να αποχωριστείτε το χώρο εργασίας σας, προκειμένου να εργαστείτε σε άλλη δομή / υπηρεσία;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Ναι

Όχι

Δ.Α.

22. β) Αν ναι, περιγράψτε με λίγα λόγια την απάντησή σας.

---

---

---

---

---

23. α) Κατά τους τελευταίους μήνες/ εβδομάδες λειτουργίας που διανύει ο ξενώνας της περιοχής σας, έχετε σκεφτεί να αποχωριστείτε τον χώρο εργασίας σας, προκειμένου να εργαστείτε σε άλλη δομή / υπηρεσία;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Ναι

Όχι

Δ.Α.



23. β) Αν ναι, περιγράψτε με λίγα λόγια την απάντησή σας.

---



---



---



---



---

24. α) Κατά την διάρκεια των πρώτων εβδομάδων / μηνών λειτουργίας του ξενώνα όπου εργάζεστε, χρειάστηκε να απουσιάσετε από την εργασία σας για λόγους υγείας;

(Σημειώστε Χ στο αντίστοιχο κουτάκι)

Ναι  Όχι  Δ.Α.

24. β) Αν ναι, πόσες φορές;

(Σημειώστε Χ στο αντίστοιχο κουτάκι)

Πολλές φορές

Μερικές φορές

Μια φορά

Καμία φορά

Δ.Α

Άλλο (Προσδιορίστε)



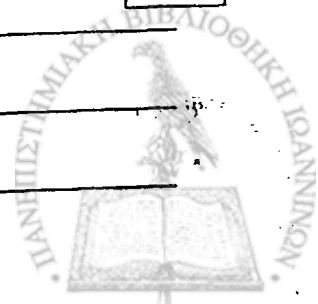
---



---



---



25. α) Κατά την διάρκεια των τελευταίων εβδομάδων / μηνών λειτουργίας του ξενώνα όπου εργάζεστε, χρειάστηκε να απουσιάσετε από την εργασία σας για λόγους υγείας;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Ναι

Όχι

Δ.Α.

25. β) Αν ναι, πόσες φορές;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Πολλές φορές

Μερικές φορές

Μια φορά

Καμία φορά

Δ.Α

Άλλο (Προσδιορίστε)



---



---



---

26. Ποιο / ποια από τα μέλη του επιστημονικού προσωπικού πιστεύετε ότι έχουν μια ποιο άμεση και ουσιαστική σχέση με τους ασθενείς της δομής αυτής;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

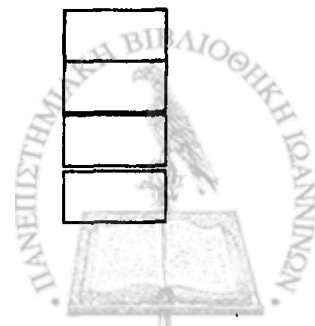
Ο /η Ψυχολόγος

Ο /η Κοινωνικός Λειτουργός

Ο /η Εργοθεραπευτής / τρια

Ο /η Ειδικός Παιδαγωγός



Όλοι οι παραπάνω

Κανένας από τους παραπάνω

Δ.Α.

27. Ποια από τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού πιστεύετε ότι έχουν μια πιο άμεση και ουσιαστική σχέση με τους ασθενείς της δομής αυτής;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Ο / η Τ.Ε. νοσηλεύτης / τρια

Οι Δ.Ε. νοσηλευτές / τριες

Όλοι οι παραπάνω

Κανένας από τους παραπάνω

Δ.Α.

28. Ποια από τα μέλη του βοηθητικού προσωπικού πιστεύετε ότι έχουν μια πιο άμεση και ουσιαστική σχέση με τους ασθενείς της δομής αυτής;

(Σημειώστε X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Ο / η γενικών καθηκόντων (βοηθός προσωπικού)

Οι τεχνίτες / τριες

Όλοι οι παραπάνω

Κανένας από τους παραπάνω

Δ.Α.



29. Παρακαλούμε να τοποθετήσετε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό της κλίμακας (1 – 10) ο οποίος κατά τη γνώμη σας, χαρακτηρίζει το βαθμό μιας επιτυχημένης – ουσιαστικής σχέσης των παρακάτω μελών του προσωπικού του ξενώνα όπου εργάζεστε, με τους φιλοξενούμενους ασθενείς.

Ψυχολόγος

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Κοινωνικός / ή  
Λειτουργός

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Εργοθεραπευτής  
/ τρια

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ειδικός  
Παιδαγωγός

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Τ.Ε Νοσηλεύτη/  
τρια

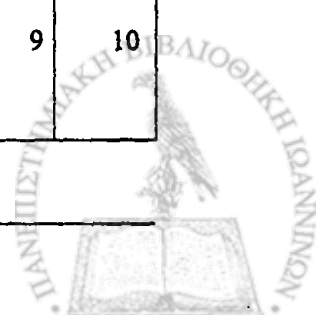
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Δ.Ε Νοσηλεύτες  
/ τριες

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Επισκέπτης / τρις  
Υγείας

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Γενικών

Καθηκόντων

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Τεχνίτες / τριες

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

