



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ: ΑΠΟΨΕΙΣ
ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ-ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ»**



Επιμέλεια: ΤΣΟΥΚΑΛΑ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

ΤΑΣΙΟΥ ΣΤΕΡΓΙΑΝΗ-ΣΠΥΡΙΔΟΥΛΑ

ΦΩΤΕΙΝΟΠΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ

Εισηγητής: ΜΑΡΝΕΡΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

Πάτρα, 2019

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα δημόσιας υγείας στην εποχή μας. Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση, είχε θέσει ως προτεραιότητα την αποασυλοποίηση των χρόνιων ενηλίκων ασθενών και την κατάργηση των ψυχιατρικών Νοσοκομείων με αποτέλεσμα τη δημιουργία ελάχιστων δομών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων.

Σκοπός: σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των στάσεων και απόψεων των φοιτητών νοσηλευτικής απέναντι στις δομές και τις υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υγείας σε συνδυασμό με τη διερεύνηση του ρόλου του εξειδικευμένου νοσηλευτή.

Υλικό-Μέθοδος: Για την διερεύνηση του θέματος της πτυχιακής πραγματοποιήθηκε έρευνα. Αναλυτικότερα, μοιράστηκαν ηλεκτρονικά ερωτηματολόγια στους φοιτητές του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος. Το κύριο σώμα της έρευνας βασίστηκε σε ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία.

Αποτελέσματα: όπως παρατηρήθηκε από τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος είχε επισκεφθεί κάποια δομή ψυχικής υγείας για να προσφέρει εθελοντικά ενώ τα συναισθήματα που το δείγμα βίωσε σε μεγαλύτερο βαθμό μετά την επαφή του με ασθενείς ήταν η περιέργεια. Σχετικά με την επαγγελματική πορεία του δείγματος παρατηρήθηκε πως οι περισσότεροι ερωτηθέντες θεωρούν πως είναι από καθόλου έως λίγο πιθανό να ακολουθήσουν την κατεύθυνση της ψυχικής υγείας επαγγελματικά ενώ αυτοί που θα το έκαναν θα το έκαναν για να προσφέρουν στην κοινωνία.

Λέξεις-Κλειδιά: νοσηλευτής, δομές, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

ABSTRACT

Introduction: Mental disorders are one of the greatest public health problems in our time. Psychiatric Reform had set as a priority the de-institutionalization of chronic adult patients and the abolition of psychiatric hospitals, resulting in the creation of minimal mental health structures for children and adolescents.

Purpose: The purpose of this research is to investigate the attitudes and opinions of nursing students towards psychosocial health structures and services in conjunction with the investigation of the role of the specialized nurse.

Material-Method: An investigation was carried out to investigate the topic of the dissertation. More specifically, electronic questionnaires were distributed to the students of TEI of Western Greece. The main body of the research was based on Greek and foreign-language bibliography.

Results: As observed by the results of the survey conducted most of the sample had visited some mental health structure to volunteer, while the feelings the sample experienced in greater extent after contacting patients was curiosity. With regard to the professional course of the sample, it was observed that most respondents considered that they were far from likely to follow the direction of mental health professionally while those who would do it would do it to offer to society.

Key words: nurse, structures, psychosocial rehabilitation

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ABSTRACT.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	8
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	8
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	8
1.2 ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....	8
1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	9
1.4 ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	10
1.5 ΤΥΠΟΙ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	12
1.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	15
1.7 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	21
Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	21
2.1 ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	21
2.2 ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	26
ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	26
3.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ.....	26
3.2 ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΤΟ ΑΤΟΜΟ	27
3.3 ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	32
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	32

4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ.....	32
4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	33
4.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΞΕΝΩΝΕΣ.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	40
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	40
5.1 ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	40
5.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	40
5.3 ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	41
5.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	42
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	42
6.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	42
6.2 ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ.....	57
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	88
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	91
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	94
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ	94

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αποτελεί σημαντικό παράγοντα στα κοινοτικά υποστηρικτικά προγράμματα για τα άτομα με ψυχική νόσο. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ένα σύνολο παρεμβάσεων που δίνει την ευκαιρία στα άτομα με ψυχικές διαταραχές και σημαντικού βαθμού ανικανότητα να φθάσουν στο καλύτερο δυνατό επίπεδο αυτονομίας στην κοινότητα. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι «η ανάπτυξη των δεξιοτήτων του ατόμου και η δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, με σκοπό να βελτιωθεί η ικανότητα του να λειτουργήσει και να ενταχθεί στην κοινότητα όπου διαμένει». (Lando et al., 2006)

Ένας από τους κυριότερους στόχους των εναλλακτικών μορφών ψυχιατρικής περίθαλψης είναι η ένταξη των χρόνιων ασθενών στην κοινότητα από την οποία προέρχονται. Τα προγράμματα κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης σε χρονίως πάσχοντες είναι μία από τις αναγκαίες προϋποθέσεις για την επιτυχία εναλλακτικών μορφών περίθαλψης έκτος ψυχιατρείου. Βασική ανάγκη αποτελεί η εξασφάλιση άνετης και ασφαλούς στέγας, διατροφής, ιατρικής και ψυχοθεραπευτικής περίθαλψης και κοινωνικής δραστηριοποίησης του ψυχικά ασθενούς. (Lando et al., 2006)

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η ψυχική υγεία αποτελεί σημαντικό μέρος της σωματικής υγείας και προσωπικής ευεξίας. Οι ψυχικές ασθένειες χαρακτηρίζονται από αλλαγές στη σκέψη, τη διάθεση ή τη συμπεριφορά που σχετίζονται με σημαντική δυσφορία και μειωμένη λειτουργία. Η ψυχική ασθένεια μπορεί να πάρει πολλές μορφές. Παραδείγματα περιλαμβάνουν: διαταραχές της διάθεσης, σχιζοφρένεια, διαταραχές άγχους, διαταραχές προσωπικότητας, διατροφικές διαταραχές, προβλήματα τυχερών παιχνιδιών ή εξάρτηση από ουσίες. (Lando et al., 2006)

Η ψυχική υγεία μπορεί να επηρεάσει την καθημερινή ζωή, τις σχέσεις, ακόμα και τη σωματική υγεία. Η ψυχική υγεία περιλαμβάνει επίσης την ικανότητα ενός ατόμου να απολαμβάνει τη ζωή - να επιτυγχάνει μια ισορροπία μεταξύ των δραστηριοτήτων ζωής και των προσπαθειών για την επίτευξη ψυχολογικής ανθεκτικότητας. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας μπορούν να επηρεάσουν οποιονδήποτε σε οποιαδήποτε ηλικία. (Lando et al., 2006)

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας), η ψυχική υγεία είναι: "... μια κατάσταση ευημερίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δικές του ικανότητες, μπορεί να αντεπεξέλθει στις φυσιολογικές πιέσεις της ζωής, να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα και είναι σε θέση να συμβάλει στην κοινότητα του". (Lando et al., 2006)

Η ψυχική υγεία είναι μια κατάσταση επιτυχούς εμφάνισης της ψυχικής λειτουργίας που έχει ως αποτέλεσμα παραγωγικές δραστηριότητες, εκπλήρωση σχέσεων με άλλους ανθρώπους και ικανότητα προσαρμογής στις αλλαγές και αντιμετώπιση των προκλήσεων. Η ψυχική υγεία είναι απαραίτητη για την προσωπική ευημερία, τις οικογενειακές και διαπροσωπικές σχέσεις και την ικανότητα να συμβάλλει στην κοινωνία. (Lando et al., 2006)

1.2 ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Οι ψυχικές διαταραχές είναι καταστάσεις υγείας που χαρακτηρίζονται από αλλοιώσεις στη σκέψη, τη διάθεση και / ή τη συμπεριφορά που σχετίζονται με δυσφορία και / ή μειωμένη λειτουργία. Οι ψυχικές διαταραχές συμβάλλουν σε μια σειρά από προβλήματα που μπορεί να περιλαμβάνουν αναπηρία, πόνο ή θάνατο. Η

ψυχική ασθένεια είναι ο όρος που αναφέρεται συλλογικά σε όλες τις διαγνωστικές ψυχικές διαταραχές.

Οι ψυχικές ασθένειες είναι διαταραχές της λειτουργίας του εγκεφάλου. Έχουν πολλές αιτίες και προκύπτουν από σύνθετες αλληλεπιδράσεις μεταξύ των γονιδίων ενός ατόμου και του περιβάλλοντος τους. Έχοντας μια ψυχική ασθένεια δεν είναι επιλογή ή ηθική αποτυχία. Οι ψυχικές ασθένειες συμβαίνουν σε παρόμοιες τιμές σε όλο τον κόσμο, σε κάθε πολιτισμό και σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες. (National Research Council and Institute of Medicine, 2009).

1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Οι ψυχικές διαταραχές συγκαταλέγονται στις πιο κοινές αιτίες αναπηρίας. Το επακόλουθο ασθένεια της ψυχικής ασθένειας είναι από τις υψηλότερες από όλες τις ασθένειες. Σε κάθε δεδομένο έτος, εκτιμάται ότι 18,1% (43,6 εκατομμύρια) Αμερικανών ενηλίκων ηλικίας 18 ετών και άνω υπέφεραν από ψυχικές ασθένειες και το 4,2% (9,8 εκατομμύρια) υπέστη σοβαρή ψυχική ασθένεια. (CDC, 2014)

Οι νευροψυχιατρικές διαταραχές είναι η κύρια αιτία αναπηρίας στις Ηνωμένες Πολιτείες, αντιπροσωπεύοντας το 18,7% όλων των χρόνων ζωής που χάθηκαν από την αναπηρία και την πρόωρη θνησιμότητα. Επιπλέον, η αυτοκτονία είναι η 10η κύρια αιτία θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες, που αντιπροσωπεύουν το θάνατο περίπου 43.000 Αμερικανούς το 2014. (CDC, 2014)

Η ψυχική υγεία και η σωματική υγεία συνδέονται στενά. Η ψυχική υγεία παίζει σημαντικό ρόλο στην ικανότητα των ανθρώπων να διατηρούν καλή σωματική υγεία. Οι ψυχικές ασθένειες, όπως η κατάθλιψη και το άγχος, επηρεάζουν την ικανότητα των ανθρώπων να συμμετέχουν σε συμπεριφορές που προάγουν την υγεία. Με τη σειρά τους, τα προβλήματα σωματικής υγείας, όπως οι χρόνιες ασθένειες, μπορούν να έχουν σοβαρό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία και να μειώσουν την ικανότητα ενός ατόμου να συμμετέχει στη θεραπεία και την αποκατάσταση. (CDC, 2014)

Οι διαταραχές της ψυχικής υγείας αποδίδονται επίσης σε σημαντικό αριθμό έμμεσων θανάτων μέσω της αυτοκτονίας και της αυτοτραυματισμού. Οι θάνατοι από

αυτοκτονία συνδέονται στενά - αν και δεν οφείλονται πάντοτε σε - διαταραχές της ψυχικής υγείας.

Στις χώρες υψηλού εισοδήματος, οι μετα-αναλύσεις υποδηλώνουν ότι έως και το 90% των θανάτων από αυτοκτονία οφείλεται σε υποκείμενες ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της χρήσης ουσιών. Ωστόσο, στις μεσαίες χώρες με χαμηλότερα εισοδήματα υπάρχουν ενδείξεις ότι ο αριθμός αυτός είναι αισθητά χαμηλότερος. Μια μελέτη από τους Ferrari et al. (2015) προσπάθησε να προσδιορίσει το βάρος της νόσου από την αυτοκτονία που θα μπορούσε να αποδοθεί στις διαταραχές της ψυχικής υγείας ή της χρήσης ουσιών.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), διαταραχές της ψυχικής υγείας είναι μία από τις κύριες αιτίες της αναπηρίας παγκοσμίως. Τρεις από τις δέκα κύριες αιτίες της αναπηρίας σε άτομα ηλικίας μεταξύ 15 και 44 ετών είναι ψυχικές διαταραχές και οι άλλες αιτίες συχνά συνδέονται με ψυχικές διαταραχές. Τόσο η αναδρομική όσο και η μελλοντική έρευνα έχουν δείξει ότι οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές ενηλίκων αρχίζουν στην παιδική και εφηβική ηλικία. Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει τη σημασία της απόκτησης κατανόηση του μεγέθους, τους παράγοντες κινδύνου, καθώς και την εξέλιξη των ψυχικών διαταραχών στη νεολαία. (Murray, Lopez, 2002).

1.4 ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Το υπάρχον μοντέλο για την κατανόηση της ψυχικής υγείας και των ψυχικών διαταραχών τονίζει την αλληλεπίδραση των κοινωνικών, περιβαλλοντικών και γενετικών παραγόντων καθ' όλη τη διάρκεια ζωής τους. Στην υγεία της συμπεριφοράς, οι ερευνητές εντοπίζουν: (National Research Council and Institute of Medicine, 2009)

- Παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι προδιαθέτουν τα άτομα σε ψυχικές ασθένειες
- Προστατευτικοί παράγοντες που τους προστατεύουν από τις αναπτυσσόμενες ψυχικές διαταραχές

Οι ερευνητές γνωρίζουν τώρα ότι η πρόληψη διανοητικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών (ΜΕΒ) είναι εγγενώς διεπιστημονική και βασίζεται σε ποικίλες διαφορετικές στρατηγικές. Τα τελευταία 20 χρόνια έχει προχωρήσει η

έρευνα για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. (National Research Council and Institute of Medicine, 2009).

Η κατανόηση του τρόπου λειτουργίας του εγκεφάλου κάτω από κανονικές συνθήκες και ως απάντηση στους στρεσογόνους παράγοντες, σε συνδυασμό με τη γνώση του πώς αναπτύσσεται ο εγκέφαλος με την πάροδο του χρόνου, ήταν απαραίτητη για την πρόοδο αυτή. Οι κύριοι τομείς της προόδου περιλαμβάνουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι:

- Οι διαταραχές του ΜΕΒ είναι συχνές και αρχίζουν νωρίς στη ζωή
- Η μεγαλύτερη ευκαιρία πρόληψης είναι μεταξύ των νέων
- Υπάρχουν πολυετείς επιπτώσεις πολλαπλών προληπτικών παρεμβάσεων στη μείωση της κατάχρησης ουσιών, της διαταραχής της συμπεριφοράς, της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, της επιθετικότητας και της κακοποίησης παιδιών
- Η συχνότητα της κατάθλιψης μεταξύ των εγκύων και των εφήβων μπορεί να μειωθεί
- Η πρόληψη της βίας σε σχολεία μπορεί να μειώσει το βασικό ποσοστό των επιθετικών προβλημάτων σε ένα μέσο σχολείο κατά 25 έως 33%.
- Υπάρχουν δυνητικά ενδείξεις προληπτικών παρεμβάσεων για τη σχιζοφρένεια
- Η βελτίωση της οικογενειακής λειτουργίας και της θετικής γονικής μέριμνας μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα για την ψυχική υγεία και μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο που συνδέεται με τη φτώχεια
- Οι σχολικές προληπτικές παρεμβάσεις που αποσκοπούν στη βελτίωση των κοινωνικών και συναισθηματικών αποτελεσμάτων μπορούν επίσης να βελτιώσουν τα ακαδημαϊκά αποτελέσματα
- Οι παρεμβάσεις που απευθύνονται σε οικογένειες που αντιμετωπίζουν αντιξοότητες, όπως η γονική κατάθλιψη ή το διαζύγιο, μπορεί να είναι αποτελεσματικές στη μείωση του κινδύνου κατάθλιψης μεταξύ των παιδιών και στην αύξηση της αποτελεσματικής γονικής μέριμνας

- Ορισμένες προληπτικές παρεμβάσεις έχουν οφέλη που υπερβαίνουν το κόστος, με τις διαθέσιμες ενδείξεις να είναι ισχυρότερες για παρεμβάσεις στην παιδική ηλικία

- Η εφαρμογή είναι περίπλοκη και είναι σημαντικό οι παρεμβάσεις να είναι σχετικές με το κοινό-στόχο (National Research Council and Institute of Medicine, 2009).

1.5 ΤΥΠΟΙ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι πιο κοινές μορφές ψυχικής ασθένειας είναι οι διαταραχές άγχους, οι διαταραχές της διάθεσης και οι διαταραχές της σχιζοφρένειας.

Αγχώδεις διαταραχές

Οι διαταραχές άγχους είναι ο πιο κοινός τύπος ψυχικής ασθένειας. Το άτομο έχει ένα σοβαρό φόβο ή άγχος, που συνδέεται με ορισμένα αντικείμενα ή καταστάσεις. Οι περισσότεροι άνθρωποι με διαταραχή άγχους θα προσπαθήσουν να αποφύγουν την έκθεση σε οτιδήποτε προκαλεί το άγχος τους. (Prince et al., 2007)

Παραδείγματα διαταραχών άγχους περιλαμβάνουν:

Διαταραχή πανικού - το άτομο βιώνει ξαφνικά παραλύοντας την τρομοκρατία ή μια αίσθηση επικείμενης καταστροφής.

Φοβίες - αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν απλές φοβίες (δυσανάλογο φόβο αντικειμένων), κοινωνικές φοβίες (φόβος να υποβάλλονται στην κρίση άλλων) και αγοραφοβία (φόβος καταστάσεων όπου η απομάκρυνση ή η κατάργηση μπορεί να είναι δύσκολη). Πραγματικά δεν γνωρίζουμε πόσες φοβίες υπάρχουν - θα μπορούσαν να υπάρχουν χιλιάδες τύποι.

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD) - το άτομο έχει εμμονές και καταναγκασμούς. Με άλλα λόγια, οι συνεχείς αγχωτικές σκέψεις (εμμονές) και μια ισχυρή παρόρμηση να εκτελούν επαναλαμβανόμενες πράξεις, όπως το πλύσιμο των χεριών (καταναγκασμός).

Διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) - αυτό μπορεί να συμβεί μετά από κάποιον που έχει περάσει από ένα τραυματικό γεγονός - κάτι φρικτό ή τρομακτικό

που βίωσαν ή μάρτυρες. Κατά τη διάρκεια αυτού του τύπου εκδήλωσης, το άτομο πιστεύει ότι η ζωή του ή η ζωή άλλων ανθρώπων είναι σε κίνδυνο. Μπορεί να αισθάνονται φοβισμένοι ή να αισθάνονται ότι δεν έχουν κανέναν έλεγχο για το τι συμβαίνει. (Prince et al., 2007)

Διαταραχές διάθεσης

Αυτές είναι επίσης γνωστές ως συναισθηματικές διαταραχές ή καταθλιπτικές διαταραχές. Οι ασθενείς με αυτές τις καταστάσεις έχουν σημαντικές αλλαγές στη διάθεση, οι οποίες γενικά αφορούν είτε τη μανία (ενθουσιασμό) είτε την κατάθλιψη.

Παραδείγματα διαταραχών διάθεσης περιλαμβάνουν:

Μείζων κατάθλιψη - το άτομο δεν ενδιαφέρεται πλέον και δεν απολαμβάνει δραστηριότητες και γεγονότα που του άρεσαν προηγουμένως. Υπάρχουν ακραίες ή παρατεταμένες περιόδους θλίψης.

Διπολική διαταραχή - προηγουμένως γνωστή ως μανιοκαταθλιπτική ασθένεια ή μανιακή κατάθλιψη. Το άτομο μεταβαίνει από επεισόδια ευφορίας (μανία) σε κατάθλιψη (απόγνωση).

Επίμονη καταθλιπτική διαταραχή - προηγουμένως γνωστή ως δυσθυμία, είναι η ήπια χρόνια (μακροπρόθεσμη) κατάθλιψη. Ο ασθενής έχει παρόμοια συμπτώματα με μείζονα κατάθλιψη αλλά σε μικρότερο βαθμό.

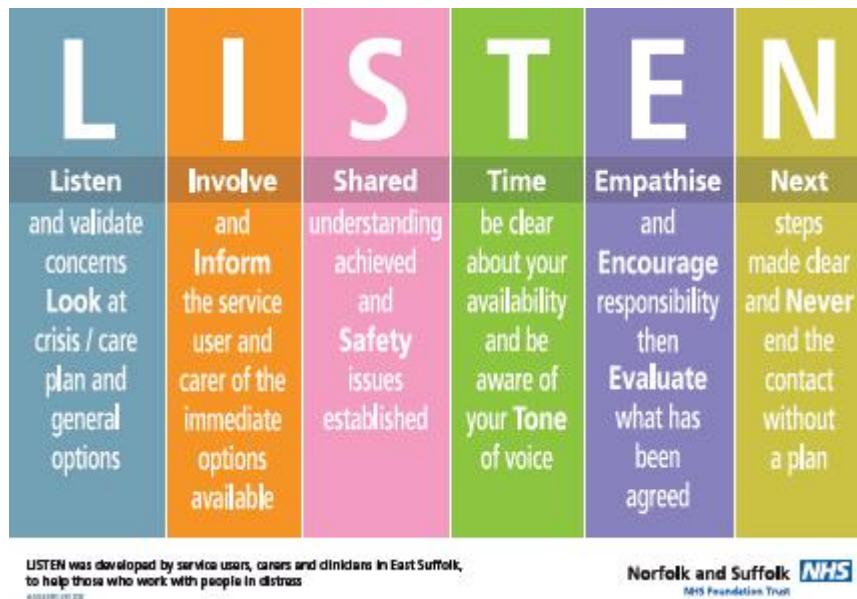
Το SAD (εποχιακή συναισθηματική διαταραχή) - ένας τύπος μείζονος κατάθλιψης που προκαλείται από την έλλειψη φυσικού φωτός. Είναι πιο συνηθισμένο σε χώρες μακριά από τον ισημερινό κατά το τέλος του φθινοπώρου, του χειμώνα και νωρίς την άνοιξη. (Prince et al., 2007)

Διαταραχές σχιζοφρένειας

Είναι μια πολύ περίπλοκη κατάσταση. Η σχιζοφρένεια αρχίζει κανονικά μεταξύ των ηλικιών 15 και 25. Το άτομο έχει σκέψεις που φαίνονται αποσπασματικές. Είναι επίσης δύσκολο να επεξεργαστούν πληροφορίες.

Η σχιζοφρένεια έχει αρνητικά και θετικά συμπτώματα. Τα θετικά συμπτώματα περιλαμβάνουν παραληρητικές ιδέες, διαταραχές σκέψης και ψευδαισθήσεις. Τα

αρνητικά συμπτώματα περιλαμβάνουν την απόσυρση, την έλλειψη κινήτρων και μια επίπεδη ή ακατάλληλη διάθεση. (Walker et al., 2007)



Πηγή:

<http://www.ipswichandeastsuffolkccg.nhs.uk/Yourhealth/Mentalhealthwellbeing.aspx>

1.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Οι καθοριστικοί παράγοντες, η εμφάνιση και η σοβαρότητα των διαταραχών της ψυχικής υγείας είναι πολύπλοκες - σπάνια μπορούν να αποδοθούν σε ένα μόνο παράγοντα. Ο εντοπισμός δυνητικών παραγόντων κινδύνου αποτελεί σημαντικό στοιχείο της έρευνας για την υγεία, την ενδεχόμενη πρόληψη και, σε ορισμένες περιπτώσεις, την κατάλληλη θεραπεία. ωστόσο, πολλοί παράγοντες κινδύνου παραμένουν μόνο συσχετισμοί των παρατηρούμενων προτύπων στην ψυχική υγεία. Επομένως, πρέπει να ερμηνεύονται προσεκτικά. (Prince et al., 2007)

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας συνθέτει τους δυνητικούς συνεισφέροντες στην ψυχική υγεία και ευημερία σε τρεις κατηγορίες:

- ατομικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές: αυτά μπορεί να είναι ιδιαίτεροι γενετικοί παράγοντες ή χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.
- κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες ·
- περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Οι παράγοντες κινδύνου και οι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία διαφέρουν σημαντικά για ένα άτομο καθώς κινούνται μέσω της πορείας ζωής. Τα ακόλουθα είναι αναγνωρισμένοι παράγοντες κινδύνου για ένα δεδομένο στάδιο της ζωής. (Walker et al., 2007)

- Προ-σύλληψη και προγεννητική περίοδο

Η ψυχική υγεία και η ευημερία ενός συγκεκριμένου ατόμου μπορούν να επηρεαστούν από παράγοντες που υπάρχουν πριν από τη σύλληψη ή τη γέννηση. Οι ανεπιθύμητες ή εφηβικές κυήσεις μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα επιβλαβών συμπεριφορών της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και των περιβαλλοντικών ή οικογενειακών συνθηκών της παιδικής ηλικίας. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, επιζήμιες συμπεριφορές συμπεριλαμβανομένων του καπνού, αλκοόλ και χρήση ναρκωτικών μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα αργότερα διαταραχές της ψυχικής υγείας για τα παιδιά? ο υποσιτισμός, το χαμηλό βάρος γέννησης και η έλλειψη μικροθρεπτικών συστατικών (για παράδειγμα, ανεπάρκεια ιωδίου) μπορούν επίσης να επηρεάσουν τα τρωτά σημεία της ψυχικής υγείας. (Zhang et al., 2010)

- Βρεφική και νηπιακή ηλικία

Υπάρχει μια μεγάλη βάση δεδομένων που δείχνει ότι η συναισθηματική προσκόλληση στην πρώιμη παιδική ηλικία έχει σημαντικό αντίκτυπο στην μεταγενέστερη ευπάθεια στην ψυχική υγεία και την ευημερία. Ως αποτέλεσμα, ιδίως παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν διαχωρισμό από το πρωτεύον φροντιστή, σε ορισμένες περιπτώσεις, μεταγεννητική κατάθλιψη σε μητέρες (η οποία μπορεί να οδηγήσει σε υπο-βέλτιστη προσκόλληση), και οι γονείς για τους οποίους επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση είναι προκλητική. Η κακοποίηση και η παραμέληση παιδιών έχει διαπιστωθεί ότι έχουν σημαντικό αντίκτυπο στις ευπάθειες στην ψυχική ευεξία. Οι υποσιτισμοί, η κακή πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες και οι ασθένειες και τα παράσιτα είναι επίσης σημαντικοί παράγοντες. (Zhang et al., 2010)

- Παιδική ηλικία

Οι συνθήκες παιδικής ηλικίας αποτελούν ένα κρίσιμο στοιχείο της υγείας και της ευημερίας αργότερα στη ζωή. Οι αρνητικές εμπειρίες, είτε στο σπίτι είτε έξω από το σπίτι (για παράδειγμα, ο εκφοβισμός στο σχολείο) μπορεί να έχουν δια βίου επιπτώσεις στην ανάπτυξη βασικών γνωστικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων. Οι κακές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες έχουν επίσης σημαντική επίδραση στην ευπάθεια στις διαταραχές της ψυχικής υγείας. Σε μια μελέτη στη Σουηδία, οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι τα παιδιά που γεννήθηκαν σε οικογένειες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο είχαν αυξημένο κίνδυνο ψύχωσης. Οι κακοί οικονομικοί πόροι, όπως αποδεικνύεται από τις κακές συνθήκες στέγασης για παράδειγμα, μπορούν να θεωρηθούν από τα παιδιά ως επαίσχυντες ή υποτιμητικές και επηρεάζουν τις πτυχές της παιδικής μάθησης, της επικοινωνίας και της αλληλεπίδρασης με τους συνομηλίκους.

Τα παιδιά με γονέα που έχει ψυχική ασθένεια ή διαταραχή της χρήσης ουσιών διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ψυχιατρικών προβλημάτων. Αυτή η επίδραση μεταξύ των γενεών μπορεί να συμβεί ως αποτέλεσμα γενετικών, βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων κινδύνου. (Wicks et al., 2010)

- Εφηβική ηλικία

Η εφηβεία είναι συνήθως το στάδιο της ζωής όπου οι ψυχικές διαταραχές τείνουν να γίνουν πιο εμφανείς. Οι παράγοντες κινδύνου και οι συνεισφέροντες στην ευημερία στην παιδική ηλικία ισχύουν εξίσου και για τους εφήβους. Επιπλέον, εμφανίζονται αρκετοί άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν. Είναι στα χρόνια της εφηβείας ότι πρώτα εμφανίζονται οι ουσίες που περιέχουν αλκοόλ και φάρμακα.

Η χρήση ουσιών είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη και επιβλαβής για τους εφήβους, επειδή τα άτομα αναπτύσσονται ακόμη τόσο διανοητικά όσο και σωματικά. Η πίεση των ομοτίμων και οι επιρροές των μέσων ενημέρωσης γίνονται επίσης πιο εμφανείς κατά τη διάρκεια αυτών των ετών. Η έκθεση στη χρήση ουσιών δεν είναι μόνο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για άλλες διαταραχές της ψυχικής υγείας, αλλά συνδέεται επίσης με φτωχότερα εκπαιδευτικά αποτελέσματα, πιο επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά και αυξημένη έκθεση σε βία και συγκρούσεις. (Walker et al., 2007)

- Ενηλικιότητα

Οι εμπειρίες και οι συναισθηματικές δυνατότητες που αναπτύσσονται κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία είναι σημαντικοί παράγοντες για την επίδραση που έχουν τα συγκεκριμένα γεγονότα και σενάρια στην ενηλικίωση για τα αποτελέσματα της ψυχικής υγείας.

Ο Π.Ο.Υ. υπογραμμίζει ότι κρίσιμη για την ευημερία κατά την ενηλικίωση είναι η κατανομή και η ισορροπία μεταξύ εργασίας και ελεύθερου χρόνου. Η έκθεση σε υψηλό άγχος και άγχος επηρεάζεται έντονα από το μερίδιο του χρόνου εργασίας, τη φροντίδα για τους άλλους ή το χρόνο που δαπανάται σε ένα ανασφαλές οικονομικό περιβάλλον. Τα άτομα με κακή κοινωνικοοικονομική ασφάλεια, και ιδιαίτερα η ανεργία, διατρέχουν επίσης μεγαλύτερο κίνδυνο για διαταραχές της ψυχικής υγείας. (Wicks et al., 2010)

Αυτοί οι παράγοντες, εξισορροπημένοι με το χρόνο που αφιερώνεται στις δραστηριότητες «κατανάλωσης», συμπεριλαμβανομένου του ελεύθερου χρόνου και των υποστηρικτικών οικογενειών και φίλων, συχνά καθορίζουν την τάση για κακή

ψυχική υγεία και ευημερία. Οι κοινοτικές δομές μπορούν να έχουν σημαντικό θετικό αντίκτυπο σε αυτά τα αποτελέσματα - τα άτομα που έχουν κακή πρόσβαση σε αυτές τις κοινότητες, είτε μέσω του κοινωνικού αποκλεισμού, της βίας / εγκληματικότητας της γειτονιάς ή της έλλειψης ανακούφισης, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο διαταραχών ψυχικής υγείας.

Η σωματική υγεία έχει επίσης σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχική ευεξία. το φυσικό κεφάλαιο ενός ατόμου μπορεί να επηρεάσει την αίσθηση της εκτίμησης και της κοινωνικής ένταξης. Τα άτομα με χρόνια ασθένεια ή αναπηρία βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο κακής ψυχικής υγείας. αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τις συνθήκες με υψηλά ποσοστά στιγματισμού, όπως το HIV / AIDS. (Wicks et al., 2010)

- Μεγαλύτερη ηλικία

Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας έχουν ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο κακής ψυχικής υγείας και ευημερίας. Αυτό συνήθως προκύπτει από αξιολογούμενες αλλαγές στις συνθήκες ζωής (όπως η παύση της απασχόλησης που επηρεάζει τόσο το αίσθημα της συνεισφοράς όσο και την οικονομική ελευθερία), ο υψηλότερος κοινωνικός αποκλεισμός και η μοναξιά. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα όταν ένα άτομο μεγαλύτερης ηλικίας αρχίζει να χάνει στενή οικογένεια και φίλους. Η κάκωση γενικά είναι ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης των ψυχικών διαταραχών όπως η κατάθλιψη.

Η μείωση της σωματικής υγείας μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στις ικανότητες της ζωής επηρεάζοντας την κινητικότητα και την ελευθερία του ατόμου. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας βρίσκονται επίσης σε υψηλότερο κίνδυνο κατάχρησης ή αμέλειας από τους φροντιστές και σε ορισμένες περιπτώσεις από τα μέλη της οικογένειας.(Kieling, et al., 2011).

1.7 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η ψυχική ασθένεια μπορεί να αντιμετωπιστεί. Αυτό σημαίνει ότι πολλοί άνθρωποι που έχουν μια ψυχική ασθένεια και αντιμετωπίζονται, αποκαθιστούν καλά ή ακόμα και εντελώς. Ωστόσο, επειδή υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη κάθε ασθένειας, μπορεί μερικές φορές να είναι δύσκολο

να προβλεφθεί πώς, πότε ή σε ποιο βαθμό κάποιος θα βελτιωθεί. (Kaplan, Sadock, 1998)

Θεραπεία σημαίνει όλους τους διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους κάποιος με ψυχική ασθένεια μπορεί να βοηθήσει να ελαχιστοποιήσει τις επιπτώσεις της ασθένειας και να προωθήσει την αποκατάσταση.

Μπορεί να περιλαμβάνει ψυχολογική θεραπεία, φάρμακα και διάφορες υποστηρίξεις στην κοινότητα, καθώς και άτομα με ψυχικές ασθένειες που βοηθούν τον εαυτό τους.

- **Ψυχολογική θεραπεία**

Ο γιατρός, ο ψυχολόγος ή άλλος επαγγελματίας υγείας μιλάει με το άτομο για τα συμπτώματα και τις ανησυχίες του και συζητά νέους τρόπους σκέψης και διαχείρισης τους. (Kaplan, Sadock, 1998)

- **Φάρμακα**

Μερικοί άνθρωποι βοηθούνται με τη λήψη φαρμάκων για λίγο. Άλλοι μπορεί να χρειαστούν σε συνεχή βάση. Ο γιατρός πρέπει να εξηγήσει τα οφέλη και τις πιθανές παρενέργειες του φαρμάκου προτού συνταγογραφηθεί. Η ιατρική έρευνα δείχνει ότι πολλές ψυχικές ασθένειες συνδέονται με αλλαγές στη χημεία του εγκεφάλου μας. Τα φάρμακα βοηθούν τον εγκέφαλο να αποκαταστήσει τη συνήθη χημική του ισορροπία, έτσι ώστε τα συμπτώματα να μειωθούν ή και να εξαλειφθούν. (Kaplan, Sadock, 1998)

- **Κοινοτικά προγράμματα υποστήριξης**

Τα προγράμματα υποστήριξης είναι ιδιαίτερα σημαντικά για τα άτομα με υποτροπιάζοντα συμπτώματα ή για άτομα με ψυχιατρική αναπηρία. Η υποστήριξη αυτή μπορεί να περιλαμβάνει πληροφορίες, στέγαση, βοήθεια για την εύρεση κατάλληλης εργασίας, κατάρτιση και εκπαίδευση, ψυχοκοινωνικές αποκαταστάσεις και ομάδες αμοιβαίας υποστήριξης. Η κατανόηση και η αποδοχή από την κοινότητα είναι επίσης πολύ σημαντική.

Στη σύγχρονη κοινωνία η κλινική θεραπεία πραγματοποιείται γενικά στην κοινότητα και όχι σε νοσοκομείο. Όποιος έχει διαγνωσθεί με ψυχική ασθένεια που χρειάζεται θεραπεία, θα πρέπει να μπορεί να λαμβάνει μια σειρά κλινικών υπηρεσιών στην κοινότητά του. Εάν είναι απαραίτητο, η συνεχής υποστήριξη μπορεί να παρέχεται από μια κοινοτική κλινική υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπου υπάρχει μια σειρά επαγγελματιών ψυχικής υγείας. (CDC, 2014)



Πηγή: <http://www.pwcgov.org>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1 ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Πρόκειται για δομές που σταδιακά διαμορφώθηκαν στο πλαίσιο του προγράμματος «Ψυχαργώς» για να διασφαλίσουν το δικαίωμα των ασθενών για αξιοπρεπή διαβίωσή τους μέσα στην κοινότητα αποφεύγοντας τον εγκλεισμό τους στα ψυχιατρικά άσυλα.

Στεγαστικές Δομές:

Ξενώνας: σκοπός της φιλοξενίας των ασθενών είναι η επίτευξη «ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα». Σ' έναν ξενώνα φιλοξενούνται άτομα που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή άτομα για τα οποία 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 στην κοινότητα.

Οικοτροφείο: είναι Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας στο οποίο φιλοξενούνται για διαβίωση, υποστήριξη και θεραπεία άτομα με ψυχικές διαταραχές με σκοπό να διασφαλιστεί η παραμονή τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων αυτών των ατόμων με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας.

Προστατευόμενα Διαμερίσματα: χώροι στέγασης - σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες – για ασθενείς που έχουν αυξημένες αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. «Σκοπός τους είναι η επίτευξη της μεγαλύτερης ανεξαρτησίας και αυτονομίας» (ΨΥΧΑΡΓΩΣ, 2017).

Δομές Επαγγελματικής Αποκατάστασης:

Πρόκειται για μονάδες που έχουν ως στόχο στην προετοιμασία ψυχικά ασθενών με μειωμένη λειτουργικότητα για την ένταξή τους στην κοινωνία και ιδιαίτερα στον κόσμο της εργασίας.

Δομές Περίθαλψης:

Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου: είναι ένα σύνολο ψυχιατρικών μονάδων νοσηλείας (ανάλογο της παθολογικής, χειρουργικής, κλπ. κλινικών) που σκοπό έχει την παροχή ενδονοσοκομειακής περίθαλψης σε όσους την έχουν ανάγκη

καθώς και την οργάνωση της μετανοδοκομειακής φροντίδας σε συνεργασία με τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας (ΨΥΧΑΡΓΩΣ, 2017).

Κοινοτικές Δομές:

Κέντρο Ψυχικής Υγείας: ο πυρήνας της κοινοτικής φροντίδας της ψυχικής υγείας. Σκοπός του είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα, η πρόληψη, θεραπεία των ψυχικών διαταραχών και η συμβολή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων.

Συνοπτικά σύμφωνα με την έκθεση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, οι λειτουργίες του θα μπορούσαν να περιγραφούν ως ακολούθως:

- Πρόληψη, πρώιμη διάγνωση και θεραπεία όλων των ψυχικών διαταραχών. Παρέμβαση στην κρίση, συμπεριλαμβανομένων των κατ' οίκον επισκέψεων. Ψυχιατρικές υπηρεσίες για ενήλικες. Εφαρμογή ψυχοθεραπειών.
- Συνεχιζόμενη φροντίδα των ασθενών και εξασφάλιση του συνεχούς της φροντίδας σε στενή συνεργασία με άλλες υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας.
- Ευαισθητοποίηση και Αγωγή της Κοινότητας σε ζητήματα σχετικά με την Ψυχική Υγεία.
- Εκπαιδευτικά προγράμματα για επαγγελματίες ψυχικής υγείας.
- Έρευνα και περιοδική αξιολόγηση της λειτουργίας του (ΨΥΧΑΡΓΩΣ, 2017).

Εξειδικευμένα Κέντρα:

- Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση
- Ολοκληρωμένο Κέντρο Παρέμβασης για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου
- Κέντρο για την αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer
- Κέντρο αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών και αλκοολικών

Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ):

Είναι Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου, με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους και «βασικός τους στόχος είναι η κοινωνικοοικονομική ενσωμάτωση και

επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, συμβάλλοντας στη θεραπεία τους και στην κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια» (ΨΥΧΑΡΓΩΣ, 2017).

2.2 ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

Το πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης με την ονομασία "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" είναι ένα εθνικό σχέδιο για την αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με μετάθεση του κέντρου βάρους από την παροχή ασυλικού τύπου περίθαλψης, που ακολουθείται έως σήμερα, στην κοινοτική φροντίδα. (ΨΥΧΑΡΓΩΣ, 2017)

Το πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ αφορά στην ανάπτυξη δομών και δράσεων σε όλη τη χώρα, με τις οποίες εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, την κοινωνική επανένταξη καθώς και την ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας.



Πηγή: socialpolicy.gr

Στόχος είναι να δημιουργηθούν αποτελεσματικά δίκτυα κοινοτικών δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε κάθε άτομο με προβλήματα ψυχικής υγείας να βρίσκει απαντήσεις στα προβλήματά του στον τόπο που ζει και εργάζεται, μέσα στην κοινότητα, με τις ελάχιστες δυνατές επιπτώσεις στιγματισμού, περιθωριοποίησης και αποκλεισμού. (ΨΥΧΑΡΓΩΣ, 2017)

Με βάση αυτούς του στόχους, το Πρόγραμμα "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" δημιουργεί μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στεγαστικού τύπου (Ξενώνας, Οικοτροφείο, Προστατευμένα Διαμερίσματα) για τον αποϊδρυματισμό των χρόνιων ασυλικών ασθενών που ζούσαν στα Ψυχιατρεία και ταυτόχρονα, αναπτύσσει στα Γενικά Νοσοκομεία Ψυχιατρικά Τμήματα και παράλληλα, κοινοτικές δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Κέντρα Ημέρας, Κινητές Μονάδες, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα).

Η ανάπτυξη δομών και υποδομών έχει σχεδιασθεί με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Δίνεται έμφαση αφενός στην αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη 3.500 ασθενών με μακρά παραμονή στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας και αφετέρου, στην πρωτοβάθμια φροντίδα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου. (ΨΥΧΑΡΓΩΣ, 2017)

Η πρώτη φάση του Προγράμματος τέθηκε σε εφαρμογή κατά την περίοδο 2000-2001, στο πλαίσιο συγχρηματοδότησης από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή μέσω του Υπουργείου Εργασίας με στόχο την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Επικεντρώθηκε στη συνέχιση της διαδικασίας αποϊδρυματισμού των ασθενών που νοσηλεύονται στα μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία της Ελλάδας. (ΨΥΧΑΡΓΩΣ, 2017)

Η δεύτερη φάση του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ ολοκληρώνεται το 2009. Κατά την ολοκλήρωση της Β' φάσης, το 2009, υπογράφηκε **Σύμφωνο μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ελληνικής Κυβέρνησης** προκειμένου να διασφαλιστεί η προσήλωση στη συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και να δοθεί έμφαση σε συγκεκριμένα πεδία παρέμβασης του τομέα ψυχικής υγείας.

Η τρίτη φάση του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ αφορά την περίοδο 2010-2020. Για τη νέα φάση, συστάθηκε ομάδα εργασίας προκειμένου να εκπονήσει Σχέδιο Αναθεωρημένου Προγράμματος «Ψυχαργός 2011-2020». Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός Γ' (2011 – 2020) διαρθρώνεται σε τρεις άξονες δράσης.

- Ο πρώτος άξονας αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα, για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών του τομέα της Ψυχικής Υγείας και διαμορφώνεται σε περιφερειακή βάση, ενώ εξειδικεύεται σε επίπεδο νομού και τομέα.

- Ο δεύτερος άξονας αναφέρεται στο σχεδιασμό των δράσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού και την πρόληψη της κακής ψυχικής υγείας.

- Ο τρίτος άξονας αναφέρεται σε δράσεις που αφορούν την οργάνωση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης (τομεοποίηση, παρακολούθηση, αξιολόγηση) και τις δράσεις έρευνας και επιμόρφωσης του προσωπικού.

Παράλληλα, βρίσκεται σε εξέλιξη αξιολόγηση κατά τη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ. Βασικό στόχο της αξιολόγησης αποτελεί η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων σε σχέση με τους επιλεγέντες στόχους, όπως εξειδικεύονται στη γενικότερη στρατηγική και την εφαρμοζόμενη πολιτική του Υπουργείου Υγείας για την επίτευξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, στα πλαίσια του Ν.2716/99. (ΨΥΧΑΡΓΩΣ, 2017)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

3.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ

Η αντίληψη πως οι ψυχικές ασθένειες οφείλονταν στην επίδραση ανώτερων δυνάμεων, οδηγούσε στον χαρακτηρισμό των ασθενών αυτών ως «μάγων» ή «δαιμονισμένων» και για αυτό τη θεραπεία τους την αναλάμβαναν μάντεις και αργότερα ιερείς». (Mental Health Europe, 2018)

Η ετυμολογία και το νόημα της λέξης "στίγμα" προσδίδει τη σημασιολογική φόρτιση που έχει συσσωρευτεί ανά τους αιώνες: Στην αρχαία Ελλάδα σημάδευαν τους δούλους για να καταστήσουν σαφή την υποδεέστερη θέση τους στην κοινωνική διαστρωμάτωση. Στον Μεσαίωνα στιγματίζαν με πυρακτωμένο σίδηρο τους εγκληματίες, τους "παρεκκλίνοντες" γενικότερα, ως σημάδι διαπόμπευσης, ώστε να καταστεί ευδιάκριτη η "μιαρή" συμπεριφορά τους.

Με το πέρασμα των αιώνων, η σημασία του στίγματος διαφοροποιήθηκε και κατέληξε να είναι συνώνυμη με δυσμενείς διακρίσεις σε ανθρώπους «διαφορετικούς». Ανάμεσα στις αιτίες αυτής της «διαφορετικότητας», εκτός από ειδικές συμπεριφορές και καταστάσεις που μπορεί να χαρακτηρίζουν το άτομο, συγκαταλέγονται και συγκεκριμένες νοσολογικές οντότητες οι οποίες φέρουν ιδιαίτερα αρνητική φόρτιση στις συλλογικές αναπαραστάσεις. Στιγματίζονταν λοιπόν ασθένειες με "ορατά σημάδια", όπως η λέπρα και η σύφιλη στο παρελθόν που έδωσαν αργότερα τη θέση τους σε πιο σύγχρονες μαστιγες, όπως ο καρκίνος και το AIDS. Έτσι τα τελευταία χρόνια, η λέξη "στίγμα" χρησιμοποιείται για να καταδείξει ότι ορισμένες ασθένειες εγείρουν προκαταλήψεις σε βάρος των ατόμων που πάσχουν από αυτές. (Οικονόμου 2008)

Η στροφή στην Κοινωνική Ψυχιατρική και την Κοινοτική φροντίδα αποτελεί μια μεγάλη αλλαγή στην αντίληψη για τη νόσο και τον πάσχοντα. Από αυτή την αντίληψη εμπνέεται η συντελούμενη -στη χώρα μας- ψυχιατρική μεταρρύθμιση, που στοχεύει στην εξάλειψη του ιδρυματισμού, του στίγματος και των προκαταλήψεων για την ψυχική νόσο και στην αντιμετώπιση των πασχόντων εντός της κοινότητας και μέσω της συνεργασίας με την οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον τους. (Mental Health Europe, 2018).

Ωστόσο, μία κοινωνική αντίληψη για την ψυχική υγεία δεν περιορίζεται σε μια κοινωνική αντίληψη για τα αίτια, τις επιπτώσεις και την αντιμετώπιση της νόσου. Αλλωστε, η ψυχική υγεία δεν πρέπει να ορίζεται με αρνητικό τρόπο σε σχέση με τη νόσο. Είναι κατάσταση ποιοτικά ανώτερη από την απουσία της ψυχικής νόσου» (Οικονόμου, 2008).

«Το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική νόσο διαχέεται πέρα από το άτομο που νοσεί και περιλαμβάνει οτιδήποτε κι οποιονδήποτε σχετίζεται με το άτομο αυτό, όπως τη φαρμακευτική αγωγή και τις θεραπείες που χρησιμοποιούνται για να ελεγχθούν τα συμπτώματα, την οικογένεια, τους επαγγελματίες, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία ή τις δομές που παρέχεται φροντίδα και θεραπεία γεγονός που έχει άμεση αντανάκλαση στην ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στους ασθενείς.

Η καταπολέμηση του στίγματος και των προκαταλήψεων προϋποθέτει τη δημιουργία ισχυρών κοινωνικών συμμαχιών και πρέπει να αποτελεί διαρκή μέριμνα της κρατικής πολιτικής για την ψυχική υγεία, καθημερινή υποχρέωση των επαγγελματιών, αλλά και δικαίωμα και απαίτηση των ασθενών και των οικογενειών τους» (Οικονόμου, 2008).

3.2 ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΤΟ ΑΤΟΜΟ

Τα άτομα που είχαν ή έχουν την εμπειρία μιας σοβαρής ψυχικής διαταραχής, εμφανίζουν συμπεριφορά που συχνά είναι απρόβλεπτη, παράδοξη και ενίοτε επιθετική. Η κοινωνική τους συμπεριφορά είναι πολλές φορές περιέργη, με αποτέλεσμα οι φίλοι, οι γείτονες, ακόμη και οι συγγενείς τους να μην μπορούν να εξηγήσουν και να καταλάβουν γιατί φέρονται έτσι. Αυτή η αδυναμία κατανόησης των σκέψεων και της συμπεριφοράς του ασθενούς από μέρος του ευρέως κοινού, σε συνδυασμό με το άγχος που γεννά ακόμα και η ιδέα της ψυχικής ασθένειας, είναι που φέρουν στο προσκήνιο τον στιγματισμό» (Οικονόμου, 2008).

Η τάση για εφαρμογή διακρίσεων, άνιση δηλαδή μεροληπτικής μεταχείρισης εξαιτίας της ψυχικής νόσου, και, κατά συνέπεια, της στέρησης δικαιωμάτων που απολαμβάνει κάθε πολίτης, απαντάται σε καίριους τομείς που σχετίζονται με την κοινωνική υπόσταση του ατόμου: στην αγορά εργασίας, στην εύρεση κατοικίας, ακόμα και στην αντιμετώπιση που δέχεται από τις υπηρεσίες υγείας. Το στίγμα στέκεται εμπόδιο στην όποια προσπάθεια του ψυχικά ασθενούς για μια αξιοπρεπή και

αυτόνομη διαβίωση στην κοινωνία, υποβαθμίζοντας σημαντικά την ποιότητα της ζωής του. (Mental Health Europe, 2018)

Σε κάθε περίπτωση, οι επιπτώσεις αυτές επηρεάζουν άμεσα τη ζωή των ανθρώπων που νοσούν. Η ψυχολογική πίεση και οι δυσχερείς συνθήκες που διαμορφώνουν την καθημερινότητα τους, επιδεινώνουν την ήδη βεβαρημένη ψυχική υγεία τους με αντίκτυπο στην πορεία και την έκβαση της ίδιας της ασθένειας.

Παράλληλα, το βίωμα του στίγματος από τον κοινωνικό τους περίγυρο διαβρώνει την αυτοεικόνα τους, δημιουργώντας αμφιβολίες και ενοχές και οδηγώντας τελικά στον αυτοστιγματισμό τους.

Η στάση του κοινού απέναντι σε άτομα με ψυχικές παθήσεις είναι συχνά τόσο αρνητική που καθίσταται επαίσχυντη. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι το 47% των ατόμων με ψυχικές παθήσεις έχει παρενοχληθεί δημοσίως, το 60% των νέων παραδέχεται ότι έχει κακοποιήσει φραστικά άτομα με ψυχικές παθήσεις. Το 26% έχει αναγκαστεί να μετακομίσει και ένα πρωτοφανές 83% των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας αναφέρει το στίγμα και τις διακρίσεις του ως ένα από κύρια εμπόδια στη θεραπεία τους.

Το στίγμα που συνοδεύει τις ψυχικές διαταραχές επεκτείνεται πέρα από το άτομο που νοσεί και περιλαμβάνει οτιδήποτε σχετίζεται με:

- Τη φαρμακευτική αγωγή και τις άλλες θεραπείες που χρησιμοποιούνται για να ελεγχθούν τα συμπτώματα
- Τη βία από μέλη της οικογένειας
- Άλλους ανθρώπους που παρέχουν φροντίδα
- Τους επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν όσους πάσχουν από ψυχικές διαταραχές
- Τα νοσοκομεία ή άλλες δομές, μέσα στις οποίες αντιμετωπίζονται άτομα με ψυχικές διαταραχές (Mental Health Europe, 2018).

3.3 ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η ψυχική υγεία/ψυχική ασθένεια ενός ατόμου είναι συναρτημένη με την οικογένεια της οποίας είναι μέλος, είτε ως παιδί είτε ως γονέας. Οι συνέπειες του στίγματος, είτε με τη μορφή της κοινωνικής απόρριψης, είτε με τη μορφή του αυτοστιγματισμού,

επεκτείνονται και ..στα άτομα του στενού περιβάλλοντος του ασθενούς, στην οικογένεια του. Η οικογένεια είναι αυτή που σηκώνει ένα δυσβάστακτο φορτίο, συναισθηματικό αλλά και πρακτικό, λόγω των λειτουργικών συνεπειών της νόσου στην οικογενειακή ζωή, των επαναλαμβανόμενων, σε αρκετές περιπτώσεις, υποτροπών και νοσηλειών, αλλά και της οικονομικής επιβάρυνσης που συνεπάγεται η χρονιότητα της νόσου. Αυτό το φορτίο η οικογένεια αναγκάζεται να το σηκώσει μόνη της, χωρίς βοήθεια και υποστήριξη, χωρίς ενημέρωση, προσπαθώντας να κρύψει το πρόβλημα από τον κοινωνικό περίγυρο γεμάτη ενοχές και οδύνη. Γίνεται έτσι η οικογένεια ένας «παράλληλος ασθενής», που υποφέρει από την κοινωνική παθολογία του Μίγματος. (Mental Health Europe, 2018)

Η οικογένεια αποτελεί πηγή βοήθειας σε επείγουσες καταστάσεις και περιόδους κρίσεων, παρέχει καταφύγιο στα μέλη της. Ειδικά στην ασθένεια, αποτελεί το βασικό υποστηρικτικό σύστημα για τον ασθενή, γεγονός που γίνεται εμφανές στη σοβαρή και χρόνια νόσο. Η ύπαρξη μιας υποστηρικτικής οικογένειας είναι ένας σημαντικός προστατευτικός παράγοντας για την ομαλή μετάβαση στην ωρίμανση και την ενήλικη ζωή και επομένως την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, ενώ δυσμενείς φαίνεται να είναι οι επιπτώσεις διαταραγμένων σχέσεων μέσα στην οικογένεια στην ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού. Η ελλιπής αμοιβαιότητα στις σχέσεις και η διαταραγμένη επικοινωνία, τόσο ανάμεσα στο ζευγάρι όσο και στον κάθε γονέα χωριστά και το παιδί, έχει καταδειχτεί ότι σχετίζεται με κάποιες μορφές ψυχοπαθολογία και προβληματική συμπεριφορά στο παιδί. (Mental Health Europe, 2018)

3.4 ΑΥΤΟΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ

Η ψυχική ασθένεια που διαταράσσει την ομοιόσταση του οργανισμού επιδεινώνεται από την υποκειμενική εμπειρία της νόσου. Αυτό δρα ως στρεσογόνος παράγων, καθώς προκαλεί αλλαγές στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Η υποκειμενική εμπειρία της ασθένειας ως ψυχοτραυματικός και ψυχοπρεστικός παράγοντας επιβαρύνεται αρνητικά και από τις κοινωνικές αντιδράσεις -προκαταλήψεις, κοινωνικό αποκλεισμό κ.λπ. και από τον ίδιο τον αυτο-στιγματισμό του ασθενούς. Ως εκ τούτου, το ψυχιατρικό στίγμα διέπεται από δύο διαστάσεις: τις συμπεριφορές που αφορούν στον γενικό πληθυσμό και αυτές που αφορούν στους ίδιους τους ψυχωσικούς ασθενείς. Οι αρνητικές κοινωνικές στάσεις επιδρούν αρνητικά στην κοινωνική αποδοχή του ψυχικά ασθενούς με ποικίλους ρεαλιστικούς τρόπους. (Health Scotland 2008).

Οι αρνητικές επιδράσεις των απόψεων του κοινού, με τη σειρά τους, μειώνουν την αυτοπεποίθηση του ψυχικά αρρώστου και για τον λόγο αυτόν το στίγμα έχει θεωρηθεί μια σημαντική απειλή στη θεραπεία της ψυχιατρικής αποκατάστασης, με τη μορφή της μείωσης της ικανότητας να αντλήσει ικανοποίηση από τη ζωή. Επιδρώντας στην ποιότητα ζωής και αυξάνοντας τις εκφράσεις χρόνιας κατάθλιψης με το πέρασμα του χρόνου. Πολλές έρευνες σημειώνουν επίσης, ότι το στίγμα μειώνει την αυτοπεποίθηση και την κοινωνικότητα του αρρώστου και έχει σαν αποτέλεσμα ακατάλληλες και παθολογικές στάσεις και συμπεριφορές. (Health Scotland 2008)

Για τον ασθενή, η αποδοχή της ασθένειας θα αποτελούσε ένα αξιοσημείωτο θεραπευτικό βήμα, μόνο αν συμπεριλαμβανόταν στην θεραπευτική αντιμετώπιση τα αποτελέσματα των επιπτώσεων της αποδοχής της ασθένειας στην αυτοπεποίθηση του.

Η μειωμένη αυτοεκτίμηση, η μείωση των κοινωνικών συναλλαγών και η φτώχεια αποτελούν παράγοντες που αυξάνουν το άγχος και θέτουν τον ασθενή σε μεγαλύτερο κίνδυνο συντελώντας στη διατήρηση της χρόνιας συμπτωματολογίας» (Health Scotland 2008). Το στίγμα και ο αυτο-στιγματισμός είναι μεταξύ των βασικών παραγόντων που συμβάλλουν στον κοινωνικό αποκλεισμό των ανθρώπων που βιώνουν τα προβλήματα ψυχικής υγείας.

Το στίγμα, ο Κοινωνικός Αποκλεισμός και η Διάκριση συνδέονται, και δεν μπορούν να χωριστούν εύκολα. Οι άνθρωποι που έχουν στιγματισμένες απόψεις θα κάνουν συχνά διακρίσεις εις βάρος των ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας και αυτή η διάκριση μπορεί έπειτα να οδηγήσει στην περιθωριοποίηση. Ο Κοινωνικός Αποκλεισμός μπορεί επίσης να εντείνει το στίγμα: παραδείγματος χάριν, ένα άτομο με ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας που βρίσκεται άστεγο μπορεί να βιώσει πιο έντονα το στίγμα (Health Scotland 2008).

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι που το στίγμα, ο Κοινωνικός Αποκλεισμός και η Διάκριση, λειτουργούν. Οι περισσότεροι από αυτούς διακρίνονται ανάμεσα στη στάση και τη συμπεριφορά των ανθρώπων απέναντι σε αυτούς με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Αυτές προκαλούνται από τρεις κύριους παράγοντες:

- Αγνοια: Το πρόβλημα της γνώσης. Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν γνωρίζουν πάρα πολλά για τα προβλήματα ψυχικής υγείας, και ένα μεγάλο μέρος αυτών που ξέρουν -ή νομίζουν ότι ξέρουν- είναι ανακριβείς.
- Προκατάληψη: Το πρόβλημα των αρνητικών συμπεριφορών. Οι άνθρωποι

φοβούνται και αποφεύγουν άλλους ανθρώπους με προβλήματα ψυχικής υγείας. Οι άνθρωποι με προβλήματα ψυχικής υγείας προβλέπουν τον φόβο και αποφεύγουν άλλους ανθρώπους.

- Συμπεριφορά: Το πρόβλημα της διάκρισης. Οι άνθρωποι ενεργούν προς τους ανθρώπους με προβλήματα ψυχικής υγείας με τρόπους που είναι άδικοι (Health Scotland 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ

Μέσα από τη νοσηλευτική παρατήρηση του ασθενούς στο Νοσοκομείο Ημέρας διαπιστώνονται ως έναν σημαντικό βαθμό οι δυνατότητες και οι θεραπευτικές του ανάγκες (Συλλογικό έργο, 2016).

Πιο συγκεκριμένα:

- Η αλλαγή των συμπτωμάτων (υποχώρηση ή επιδείνωση).
- Η παρατήρηση και η παρακολούθηση για τη σωστή λήψη φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και ο έλεγχος για τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες από την αγωγή.
- Η παρακολούθηση για την ποσότητα και ποιότητα του ύπνου του, που συνήθως είναι κριτήριο για τη βελτίωση της κατάστασης του ψυχικά ασθενούς.
- Οι πρακτικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.
- Οι κοινωνικές δραστηριότητες και οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους γονείς, τα αδέρφια, τους φίλους, τους συγγενείς κ.ά.

Ο νοσηλευτής συμβάλλει στην οργάνωση του ελεύθερου χρόνου του ασθενούς ώστε να περάσει ευχάριστα και δημιουργικά τα απογεύματα, τα Σαββατοκύριακα ή τις αργίες (δηλαδή, τον παροτρύνει να πάει με κάποιο συνθεραπευόμενό του, φίλο του, ή μέλος της οικογένειάς του, για καφέ, μια εκδρομή, κινηματογράφο ή θέατρο κ.ά.). (Συλλογικό έργο, 2016)

Συγχρόνως ο νοσηλευτής ως μέλος της ομάδας επαγγελματιών ψυχικής υγείας μέσα στα πλαίσια της κοινωνικοποίησης των ασθενών, οργανώνει εκδρομές ή περιπάτους, όπως μια επίσκεψη σε ένα μουσείο ή στη θάλασσα για μπάνιο κ.ά. Ακόμη, διάφορες γιορτές και «πάρτι», εκδηλώσεις (Χριστουγέννων, Πάσχα, Αποκριές). Μέσα από αυτή την οργάνωση, ο ασθενής οδηγείται στον εντοπισμό των ενδιαφερόντων του και την ανακάλυψη τρόπων ικανοποίησης του, κινητοποιείται να αναζητήσει τη συμμετοχή του σε διάφορες πολιτιστικές και ψυχαγωγικές εκδηλώσεις (θέατρο, κινηματογράφο, αθλητικές δραστηριότητες κ.ά.), εκτιμώντας έτσι τις δυνατότητες του.

Συμβάλλει στη σωστή ενημέρωση του ασθενούς ότι θα λαμβάνει τη φαρμακευτική αγωγή όπως αυτή έχει οριστεί από τον θεράποντα ψυχίατρο. Γιατί η λανθασμένη

λήψη, οι τυχόν παρενέργειες, ή η μείωση, ή η διακοπή της λήψης των ψυχοφαρμάκων μπορεί να οδηγήσουν τον ασθενή σε υποτροπή. Επομένως, μόνο με συνεχή εκπαίδευση παρακολούθηση, ενθάρρυνση και υποστήριξη κυρίως από τον νοσηλευτή, είναι δυνατόν να επιτευχθεί η σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και κατά συνέπεια η εξασφάλιση μελλοντικής μείωσης ή αποφυγής εμφανώς πιθανών συμπτωμάτων ή νοσηλειών του ασθενούς. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας συνεργάζεται με τον ασθενή για την αποκατάσταση του ως προς τη λει-τουργικότητα του και την υποστήριξη που τυχόν έχει από το περιβάλλον του, είναι κατάλ-ληλος για την εργασία που έχει επιλέξει, κ.λπ. (Συλλογικό έργο, 2016)

Για την ψυχιατρική και κοινωνική αποκατάσταση, οι ψυχικά ασθενείς χρειάζονται εκπαίδευση στις πρακτικές και εφαρμογή δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (όπως υγιεινή διατροφή, σωματική καθαριότητα, υγιεινή στοματικής κοιλότητας, εξωτερική εμφάνιση, φροντίδα δωματίου-σπιτιού, εκπαίδευση στη χορήγηση φαρμάκων, χρησιμοποίηση των μέσων μεταφοράς, διαχείριση χρημάτων, κ.λπ.). Τα θέματα που θεωρούνται για τους ψυχικά υγιείς αυτονόητα, για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και ιδιαίτερα τους νοσηλευτές που ασχολούνται με τους ψυχικά ασθενείς είναι οι «βάσεις» της αποκατάστασης των ασθενών αυτών.

Η εκπαίδευση των ασθενών μπορεί να παραλληλισθεί με την εκπαίδευση κυρίως των μικρών παιδιών, με τη σημαντική διαφορά ότι τα παιδιά μαθαίνουν εύκολα και γρήγορα, ενώ οι Ψυχικά ασθενείς χρειάζονται χρόνο, επιμονή, υπομονή και ενίσχυση. (Συλλογικό έργο, 2016)

4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Αγωγή Υγείας ξεκίνησε από τη διαπίστωση πως τα περισσότερα από τα συχνότερα νοσήματα, κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες, όπως καρδιαγγειακά, νεοπλάσματα κ.ά. οφείλονται στη μακροχρόνια επίδραση κάποιων βλαπτικών παραγόντων. Παραγόντων, που το άτομο θα μπορούσε να αποφύγει με την υιοθέτηση μιας υγιεινής συμπεριφοράς. (Κούκια, 2015)

Εξάλλου, η υιοθέτηση της υγιεινής συμπεριφοράς, από τον πληθυσμό κατά το παρελθόν, οδήγησε στη μείωση της νοσηρότητας από τα λοιμώδη νοσήματα.

Για τους λόγους αυτούς, η αγωγή υγείας κατέχει μια σημαντική θέση στον χώρο της

πρόληψης και ειδικότερα στην πρωτοβάθμια.

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, όπως και όλοι οι επαγγελματίες που εμπλέκονται σε οποιοδήποτε βαθμό με την αγωγή υγείας, και εν προκειμένω με την αγωγή ψυχικής υγείας, στοχεύουν στη βελτίωση της ψυχικής υγείας γενικότερα, στην ευημερία, στη λειτουργικότητα και τη ποιότητα ζωής των ατόμων και ιδιαίτερα των πασχόντων από σοβαρά ψυ-χικά νοσήματα. (Κούκια, 2015)

Για τούτο, εκτός των άλλων, συμβάλλουν:

- Στην εκτίμηση των αναγκών του πληθυσμού στην ψυχική υγεία
- Στη συλλογή στοιχείων
- Στη διαβούλευση, διαπραγμάτευση και ανταλλαγή πληροφόρησης
- Στην προαγωγή της ψυχικής υγείας μέσω κοινωνικών και εκπαιδευτικών υπηρεσιών
- Στην ύπαρξη της διατομεακής συνεργασίας και σύνδεσης με την κοινοτική ανάπτυξη
- Για την ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στη γενική υγεία
- Στη συστηματική φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και ιδιαίτερα σε επίπεδο κοινότητας
- Στην ενθάρρυνση ομάδων εθελοντισμού-αλληλοβοήθειας και συνηγορίας
- Για την ίση δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας των κατοίκων του τομέα
- Στην επιλογή των κατάλληλων προγραμματικών παρεμβάσεων
- Στη μετάβαση, από τους στόχους της ψυχικής υγείας στην ανάληψη δράσης, σε διάφορα επίπεδα
- Με την εξοικονόμηση ανθρώπινων και τεχνολογικών πηγών
- Στην ουσιαστική αξιοποίηση των πληροφοριακών συστημάτων
- Στην αξιολόγηση και τον επαναπροσδιορισμό των προληπτικών προγραμμάτων.

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας ή οι επισκέπτες ψυχικής υγείας έχουν στην ευθύνη τους την προαγωγή της υγείας των ατόμων, και ιδιαίτερα των νέων, και συμβάλλουν σε αυτό με καινοτόμες προσεγγίσεις, νέες τεχνικές και θετική χρήση των μέσων ενημέρωσης. (Κούκια, 2015)

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, με τις γνώσεις και τις δεξιότητες τους, με την πρόληψη των ασθενειών, την προαγωγή της υγείας, την κοινωνική προάσπιση των

ατόμων, μέσω της συμβουλευτικής, της συνεργασίας με τους κατοίκους της κοινότητας και ιδιαίτερα με τους νέους, καθώς και τη δραστηριοποίηση των ατόμων σε θέματα υγείας, επενδύουν μετά βεβαιότητας σε ένα υγιές μέλλον για την κοινωνία. (Κούκια, 2015)

4.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΞΕΝΩΝΕΣ

Το αντικείμενο εργασίας του νοσηλευτή στους ξενώνες είναι κατά κύριο λόγο η κοινωνική νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Όμως, λόγω της 24ωρης παρουσίας του στη στεγαστική δομή αποτελεί το κύριο πρόσωπο αναφοράς για τον ένοικο. Είναι ο σύνδεσμος ανάμεσα στον ένοικο και τις υπόλοιπες δομές του νοσοκομείου, καθώς και με τις υπηρεσίες της κοινότητας με τις οποίες συναλλάσσεται καθημερινά ο ένοικος. (Γυφτάκη, Κακογιάννη, 2005)

Ο νοσηλευτής ως βασικό μέλος της θεραπευτικής ομάδας παρατηρεί, αξιολογεί και μετα-φέρει την ακριβή εικόνα του ενοίκου (τις δυνατότητες και τις δυσκολίες του), στην ομάδα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που έχει ως κύριο στόχο την αποκατάσταση και επανένταξη των ενοίκων στην κοινότητα.

Εξαιτίας της χρονιότητας της νόσου και των δυσκολιών που υπάρχουν και ενδιάμεσα προκύπτουν από αυτή, η πλειοψηφία των ενοίκων είτε έχουν χάσει τις βασικές δεξιότητες της καθημερινής τους ζωής ή μέρος αυτών, είτε δεν τις ολοκλήρωσαν ποτέ. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να βοηθήσει τον ένοικο μέσα από την καθημερινή εκπαίδευση να αποκτήσει ή να επανακτήσει τις δεξιότητες αυτές. (Γυφτάκη, Κακογιάννη, 2005)

Για να υπάρξει αποτέλεσμα σ' όλη αυτή τη διαδικασία θα πρέπει η νοσηλευτική ομάδα να αξιολογεί τα προβλήματα του κάθε ενοίκου, να τα ιεραρχεί, να εξετάζει τρόπους λύσεων και εφαρμογής αυτών, και στον ανάλογο χρόνο να αξιολογεί τα αποτελέσματα. (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2005)

Φυσικά σε όλη αυτή τη διαδικασία απαιτείται, η συνεργασία με όλη την ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αλλά και η συνεργασία του ενοίκου.

Πιο συγκεκριμένα οι δράσεις του νοσηλευτή, συνίστανται:

Ο νοσηλευτής οφείλει να μάθει ή να εκπαιδεύσει τον ένοικο για την αξία της συνεχούς και με συνέπεια εφαρμογής της φαρμακευτικής αγωγής, ώστε να αναγνωρίσει ο ένοικος την αναγκαιότητα λήψης των φαρμάκων και το θεραπευτικό

όφελος που θα έχει. Παράλληλα, ο νοσηλευτής να δύναται να γνωρίζει και να αναγνωρίζει τις παρενέργειες των φαρμάκων, όπως: υπόταση, ξηροστομία, παρκινσονισμό κ.ά. και να μπορεί να εκπαιδεύσει τον ένοικο στην αναγνώριση αυτών και εάν είναι δυνατόν τους τρόπους αποφυγής των παρενεργειών π.χ. να προσθέτει περισσότερο αλάτι στο φαγητό του (όταν το επιτρέπει η σωματική του υγεία), για αποφυγή της ορθοστατικής υπότασης που είναι και η συνηθέστερη παρενέργειών των αντιψυχωσικών φαρμάκων. (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2005)

Επίσης ο νοσηλευτής παροτρύνει τον ένοικο να τηρεί τις συναντήσεις-επισκέψεις του με το θεράποντα ψυχίατρο, να του εκφράζει τα προβλήματα του και κάθε τι που ο ίδιος νομίζει ότι έχει αλλάξει προς το καλύτερο ή προς το χειρότερο, όσον αφορά στην ψυχική του υγεία. Αλλά και ο ίδιος ο νοσηλευτής επικοινωνεί με τον θεράποντα ψυχίατρο του ενοίκου, όταν χρειάζεται και του μεταφέρει τις παρατηρήσεις του ή τις εκτιμήσεις/παρα-τηρήσεις όλης της θεραπευτικής ομάδας.

Ένας άλλος σημαντικός τομέας νοσηλευτικής παρέμβασης είναι η ατομική υγιεινή του ενοίκου. Πολλοί ένοικοι παρουσιάζουν εξαιτίας της νόσου, μείωση ή και έλλειψη αυτόν φροντίδας. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να διακρίνει πού οφείλεται η έλλειψη αυτή, καθώς και στην «παραίτηση» του ενοίκου από τη ζωή, σε φόβους που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία του, ή ήταν τρόπος ζωής του κ.ά. Η βελτίωση της ποιότητας ζωής είναι ο καλύτερος τρόπος για να αυξηθεί : η αυτοεκτίμησή του και βοηθά επίσης στην αποδοχή του από τους άλλους. (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2005)

Ένα ακόμη πεδίο στο οποίο δραστηριοποιείται ο νοσηλευτής του ξενώνα είναι η διαχείριση των οικονομικών του ενοίκου από τον ίδιο τον ένοικο. Οι πιο πολλοί ένοικοι συντηρούν, νται με τα επιδόματα της πρόνοιας ή τις συντάξεις τους. Ο νοσηλευτής μαζί με τον ένοικο «καταστρώνουν» το σχέδιο με το οποίο ο δεύτερος θα μπορεί να καλύψει τις ανάγκες του κι αν είναι δυνατόν να αποταμιεύει χρήματα για τις μελλοντικές του ανάγκες. Σε περιπτώσεις που χρειάζεται, ο νοσηλευτής μπορεί να εκπαιδεύσει τον ένοικο για την αξία των χρημάτων ή και την έννοια της αγοράς απαραίτητων ή χρήσιμων προϊόντων και όχι να σπαταλάει χρήματα σε άσκοπες ή περιττές αγορές. (Κούκια, 2015)

Όπως είναι γνωστό τις πιο πολλές φορές οι ένοικοι έχουν ένα «έλλειμμα» στις κοινωνικές επαφές τους. Ο νοσηλευτής παροτρύνει τους ενοίκους να αναπτύξουν δεσμούς μεταξύ τους κι αυτό επιτυγχάνεται και με την διοργάνωση διαφόρων εκδηλώσεων, εξόδων, ημερήσιων εκδρομών κ.ά. Στο στόχο αυτό επίσης συμβάλλει

και η κοινωνική λέσχη του ξενώνα. Η κοινωνική λέσχη γίνεται σε εβδομαδιαία βάση και σε σταθερή ημέρα και ώρα. Περιλαμβάνει συζητήσεις, εξόδους σε θέατρα, κινηματογράφους, συναυλίες, κ.λπ. Οι ένοικοι συμμετέχουν οικονομικά με κάποια συμβολική μηνιαία συνδρομή, γιατί έτσι επιτυγχάνεται η ουσιαστική συμμετοχή τους. Στις συζητήσεις που γίνονται, πολύ συχνά αναφέρονται και θέματα που αφορούν στην ομαλή συμβίωση τους και την επίλυση τυχόν διαφορών τους. Ο νοσηλευτής παροτρύνει τους ενοίκους να συζητούν μεταξύ τους τα προβλήματά τους και να προσπαθούν μέσα από τον διάλογο να βρίσκουν λύσεις με σεβασμό ο ένας προς τον άλλο. (Συλλογικό έργο, 2016)

Άλλη ενότητα νοσηλευτικής παρέμβασης είναι η διατροφή. Ο νοσηλευτής εκπαιδεύει τους ενοίκους στους υγιείς τρόπους διατροφής που περιλαμβάνει: την ποσότητα του φαγητού, την ποιότητα, την ανάγκη ύπαρξης ποικιλίας στη διατροφή, αλλά και στην τήρηση του ωραρίου για το φαγητό. Ο νοσηλευτής συμμετέχει από κοινού με τους ενοίκους στην παρασκευή του φαγητού και παράλληλα εκπαιδεύει τους ενοίκους στη χρήση των σκευών της κουζίνας. (Συλλογικό έργο, 2016)

Ο νοσηλευτής του ξενώνα δεν «ασχολείται» μόνο με τον ένοικο αλλά και με την οικογένεια του ενοίκου. Μερικές φορές η οικογένεια έχει άγνοια ή γνωρίζει ελάχιστα για την νόσο και τη συμπτωματολογία της, καθώς και τον τρόπο αντιμετώπισης του ασθενούς. Ο νοσηλευτής, σε συνεργασία με τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας ή και μόνος του ενημερώνει την οικογένεια για όλα αυτά και συμβάλλει στην κατανόηση των προβλημάτων και διερευνούν από κοινού για λύσεις ή τρόπους ώστε να βοηθηθεί ο ένοικος αλλά και η οικογένεια. Ακόμη ο νοσηλευτής παροτρύνει τους ενοίκους να επικοινωνούν με τους οικείους τους και να πηγαίνουν στο σπίτι τους τα Σαββατοκύριακα όταν αυτό είναι εφικτό. (Κούκια, 2015)

Απώτερος θεραπευτικός σκοπός της ομάδας επαγγελματιών ψυχικής υγείας αλλά και των νοσηλευτών είναι η μετάβαση των ενοίκων στην κοινότητα, αφού αξιολογήσουν τις δυνατότητες που υπάρχουν' προτείνονται λύσεις όπως: η μετάβαση του σε δικό του σπίτι, ή σε κάποιο προστατευόμενο ή εποπτευόμενο διαμέρισμα, ή ακόμα και σε ανάδοχες οικογένειες. (Κούκια, 2015)

Ο ένοικος όμως έρχεται και σε επαφή και με την κοινότητα. Εκεί ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας μπορεί να παρέμβει με ποικίλους τρόπους: διευκολύνει τον ένοικο στις συναλλαγές του με την κοινότητα συνοδεύοντας τον, π.χ. στην πρόνοια, στην εφορία, στην τράπεζα και γενικά στις υπηρεσίες, έτσι ώστε να μάθει ο ένοικος πως μπορεί να τις χρησιμοποιεί προς όφελος του. (Κούκια, 2015)

Να εκπαιδεύει τον ένοικο στην χρησιμοποίηση των μέσων μαζικής μεταφοράς για τη δι-ευκόλυνση του στις μετακινήσεις του και να παρεμβαίνει στη γειτονιά, όταν κρίνει ότι αυτό είναι αναγκαίο. Για παράδειγμα, γειτονικό ζαχαροπλαστείο σε ξενώνα, θέλοντας να προσφέρει μερικά γλυκίσματα στους ενοίκους έδινε και σε ένοικο ο οποίος έπασχε και από σακχαρώδη διαβήτη. Ενώ στον ξενώνα ο ένοικος βρισκόταν υπό παρακολούθηση για τις τιμές του σακχάρου του αίματος του και παράλληλα ετηρείτο δίαιτα σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή, οι εξετάσεις του ενοίκου έδειχναν υψηλά επίπεδα σακχάρου στο αίμα. (Γυφτάκη, Κακογιάννη, 2005)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

5.1 ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αναφορικά με το στόχο της παρούσας έρευνας πρέπει να αναφερθεί πως ήταν η διερεύνηση των στάσεων και απόψεων των φοιτητών νοσηλευτικής απέναντι στις δομές και τις υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υγείας σε συνδυασμό με τη διερεύνηση του ρόλου του εξειδικευμένου νοσηλευτή. Όπως είναι λογικό πραγματοποιήθηκε μέσω ερωτήσεων η διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων τα οποία έγκειται:

- Στις γνώσεις των ερωτηθέντων για τις δομές ψυχικής αποκατάστασης
- Στην διερεύνηση των απόψεων τους για τα άτομα που επισκέπτονται αυτές τις δομές
- Στις γνώσεις τους γύρω από τις παρεχόμενες πληροφορίες γύρω από τις δομές
- Ενώ διερευνήθηκαν και οι στάσεις και απόψεις τους γύρω από τις δομές ως οντότητες

5.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ωστε να συλλεχθούν τα δεδομένα προς μελέτη έγινε χρήση ενός ερωτηματολογίου ως ερευνητικό εργαλείο το οποίο κρίθηκε πως θα βοηθούσε σε μεγαλύτερο βαθμό στη συλλογή δεδομένων έναντι των λοιπών εργαλείων. Για αν δημιουργηθεί το ερωτηματολόγιο πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σε εγχώριες και έρευνες του εξωτερικού ενώ έπειτα από τροποποίηση των ερωτημάτων πραγματοποιήθηκε σύνθεση του ερωτηματολογίου της παρούσας έρευνας. Το ερωτηματολόγιο χωριζόταν σε δύο μέρη το πρώτο διερευνούσε με τη χρήση 12 ερωτήσεων τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, ενώ το δεύτερο με τη χρήση 25 ερωτήσεων το μελετώμενο θέμα της έρευνας., έχοντας συνολικά 37 ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο είχε ηλεκτρονική μορφή ενώ καλούσε το συμμετέχοντα στην έρευνα να απαντήσει την πρώτη σελίδα (δημογραφικά) ώστε να συνεχίσει στη δεύτερη.

Το ερωτηματολόγιο (βλ. παράρτημα) διαμοιράστηκε μέσω του (link) <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd8ehiWLz->

NoSobMocAmEBCjTRsDZtMWdnZ5de7NiXAXOV1Og/formResponse ώστε να συλλεχθούν απαντήσεις ενώ αυτή η διαμοίραση πραγματοποιήθηκε σε ιστότοπους φοιτητών διαφόρων τμημάτων του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας με έμφαση στο τμήμα της νοσηλευτικής.

5.3 ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το δείγμα της έρευνα αποτελείται από 112 νέους οι οποίοι διαχωρίζονται σε 13 άνδρες (11,6%) και 99 γυναίκες (88,4%).

5.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Από τη στιγμή που ολοκληρώθηκε η συλλογή απαντήσεων, πραγματοποιήθηκε λήψη και επεξεργασία του αρχείου που δίνεται ως έξοδος από το Google docs το οποίο φιλοξενούσε το ερωτηματολόγιο. Έπειτα ηλεκτρονική πλατφόρμα συλλογής απαντήσεων έκλεισε έτσι ώστε πλέον να μην μπορούν οι εκάστοτε πιθανοί συμμετέχοντες να απαντήσουν στην έρευνα. Στο αρχείο εξόδου πραγματοποιήθηκε επεξεργασία των δεδομένων, και πιο συγκεκριμένα δημιουργήθηκαν πολλαπλές μεταβλητές (4), πραγματοποιήθηκε ομαδοποίηση των ανοικτών απαντήσεων ενώ γενικότερα πραγματοποιήθηκαν όλες οι ενέργειες ώστε τα δεδομένα να είναι εύκολα επεξεργάσιμα στη συνέχεια. Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το IBM SPSS v22. ενώ τα δεδομένα αναλύθηκαν μέσω της μεθόδου των συχνοτήτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

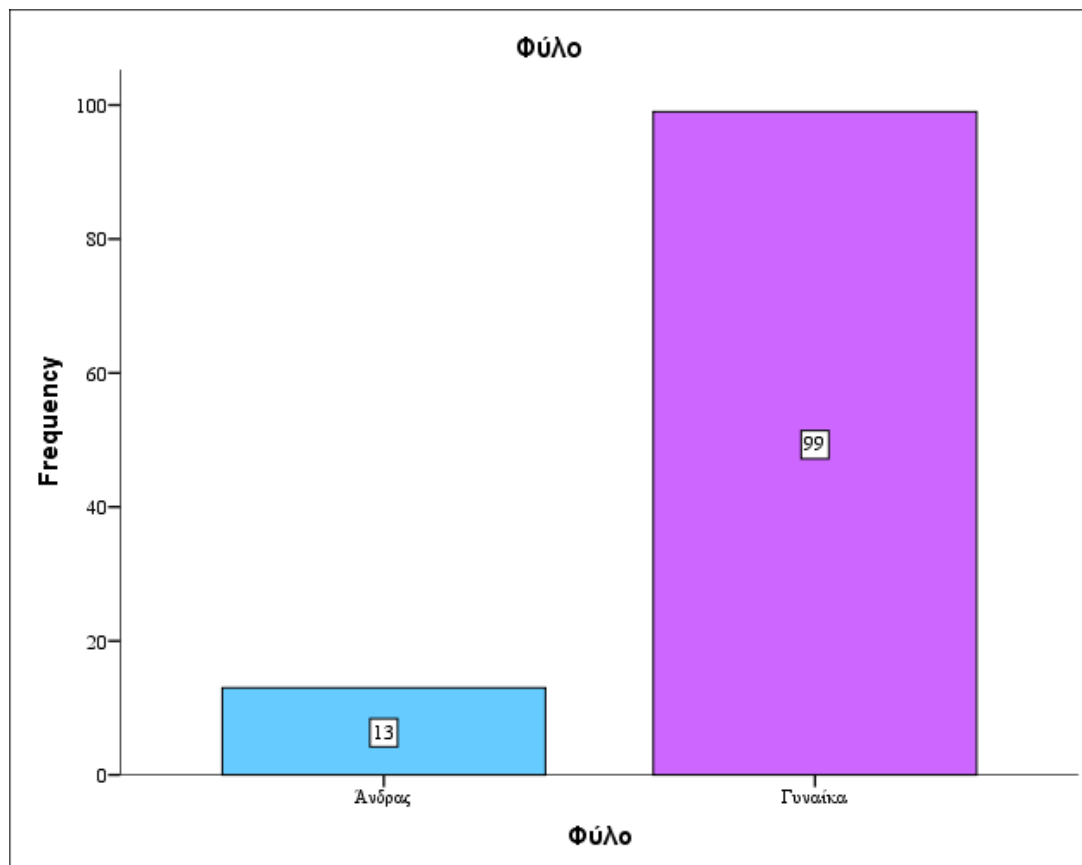
6.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ερώτηση 1: Φύλο

Όσον αφορά το φύλο του δείγματος παρατηρήθηκε πως τα 112 άτομα που πήραν μέρος στην έρευνα διαχωρίζονται σε 13 άνδρες (11,6%) και 99 γυναίκες (88,4%).

		Φύλο	
		Frequency	Percent
Valid	Ανδρας	13	11,6
	Γυναίκα	99	88,4
Total		112	100,0

Πίνακας 1: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του φύλου του δείγματος.



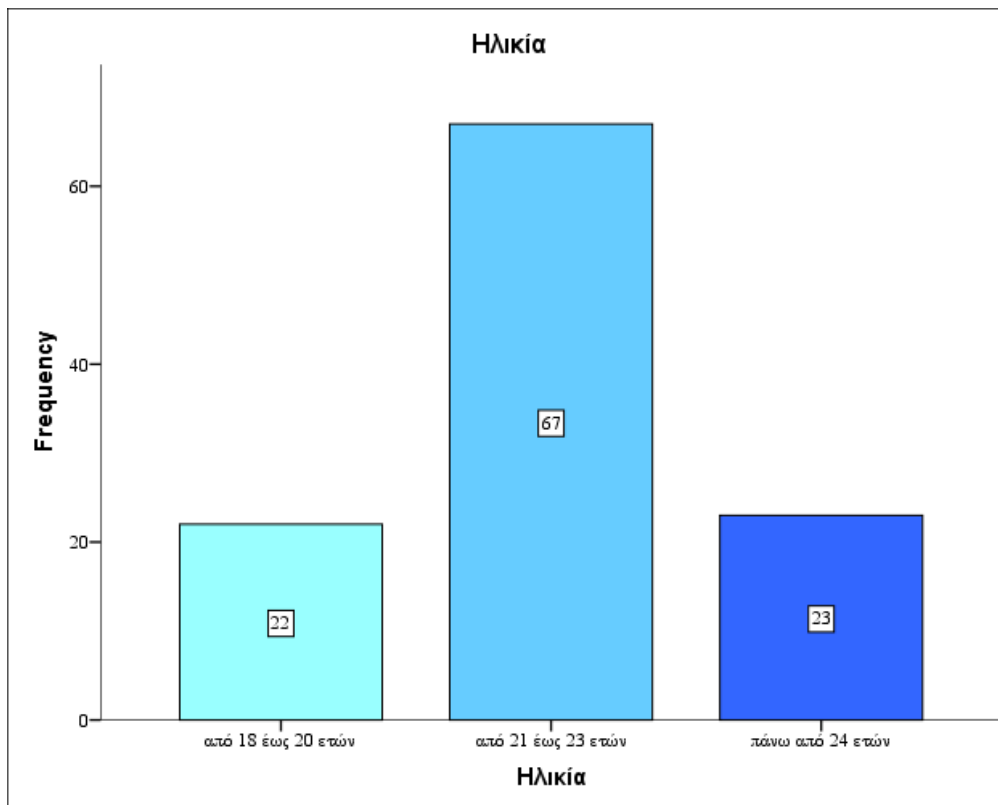
Γράφημα Ράβδων 1: Παρουσίαση της συχνότητας του φύλου του δείγματος.

Ερώτηση 2: Ηλικία

Όσον αφορά την ηλικία του δείγματος παρατηρήθηκε πως στην έρευνα πήραν μέρος 22 άτομα από 18 έως 20 ετών (19,6%), 67 άτομα από 21 έως 23 ετών (59,8%) και 23 άτομα άνω των 24 ετών (20,5%).

		Ηλικία	Frequency	Percent
Valid	από 18 έως 20 ετών		22	19,6
	από 21 έως 23 ετών		67	59,8
	πάνω από 24 ετών		23	20,5
Total			112	100,0

Πίνακας 2: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας της ηλικίας του δείγματος.



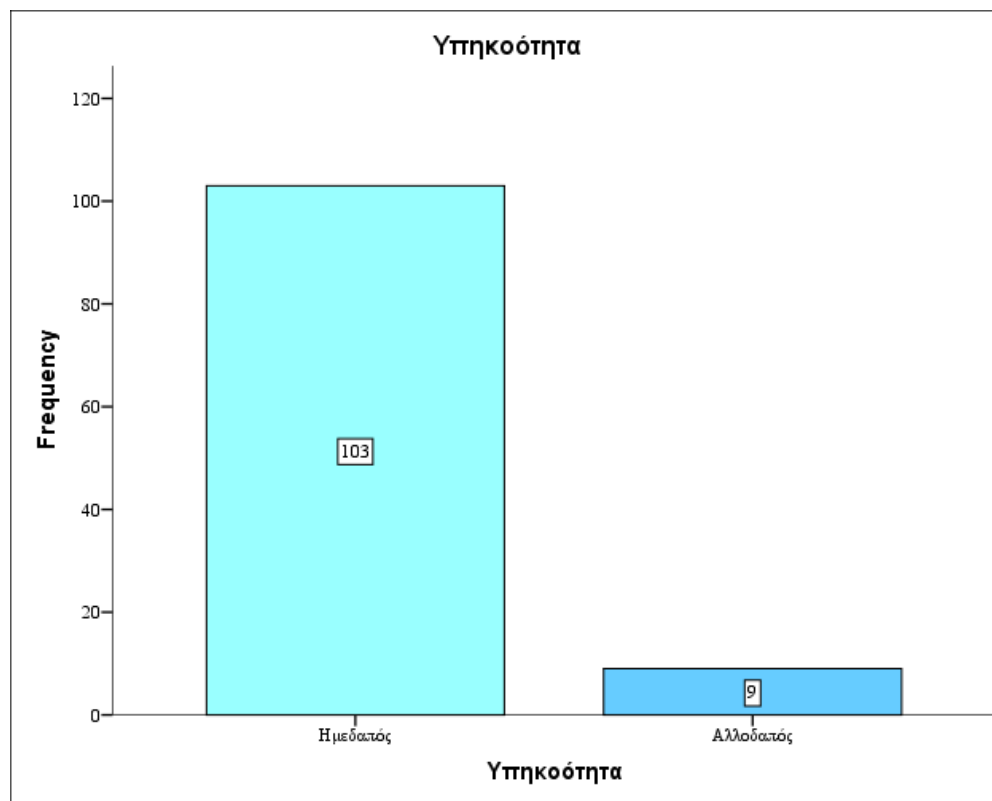
Γράφημα Ράβδων 2: Παρουσίαση της συχνότητας της ηλικίας του δείγματος.

Ερώτηση 3: Υπηκοότητα

Όσον αφορά την υπηκοότητα του δείγματος παρατηρήθηκε πως στην έρευνα πήραν μέρος 103 ημεδαπά άτομα (92%) και 9 αλλοδαπά άτομα (8%).

		Frequency	Percent
Valid	Ημεδαπός	103	92,0
	Αλλοδαπός	9	8,0
Total		112	100,0

Πίνακας 3: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας της υπηκοότητας του δείγματος.



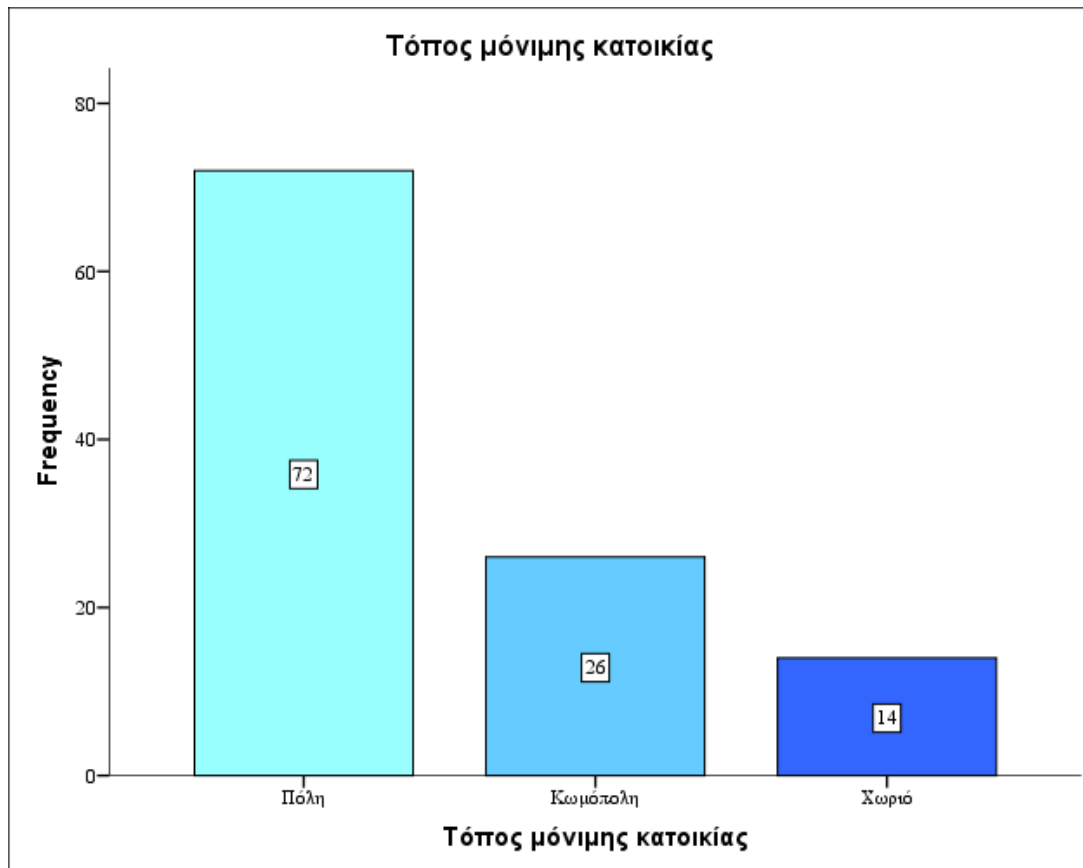
Γράφημα Ράβδων 3: Παρουσίαση της συχνότητας της υπηκοότητας του δείγματος.

Ερώτηση 4: Τόπος μόνιμης κατοικίας

Όσον αφορά τον τόπο μόνιμης κατοικίας του δείγματος παρατηρήθηκε πως στην έρευνα πήραν μέρος 72 άτομα που διαμένουν σε πόλη (64,3%), 26 άτομα που κατοικούν σε κωμόπολη (23,2%) και 14 άτομα που διαμένουν σε χωριό (12,5%).

Τόπος μόνιμης κατοικίας		Frequency	Percent
Valid	Πόλη	72	64,3
	Κωμόπολη	26	23,2
	Χωριό	14	12,5
Total		112	100,0

Πίνακας 4: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του τόπου μόνιμης κατοικίας του δείγματος.



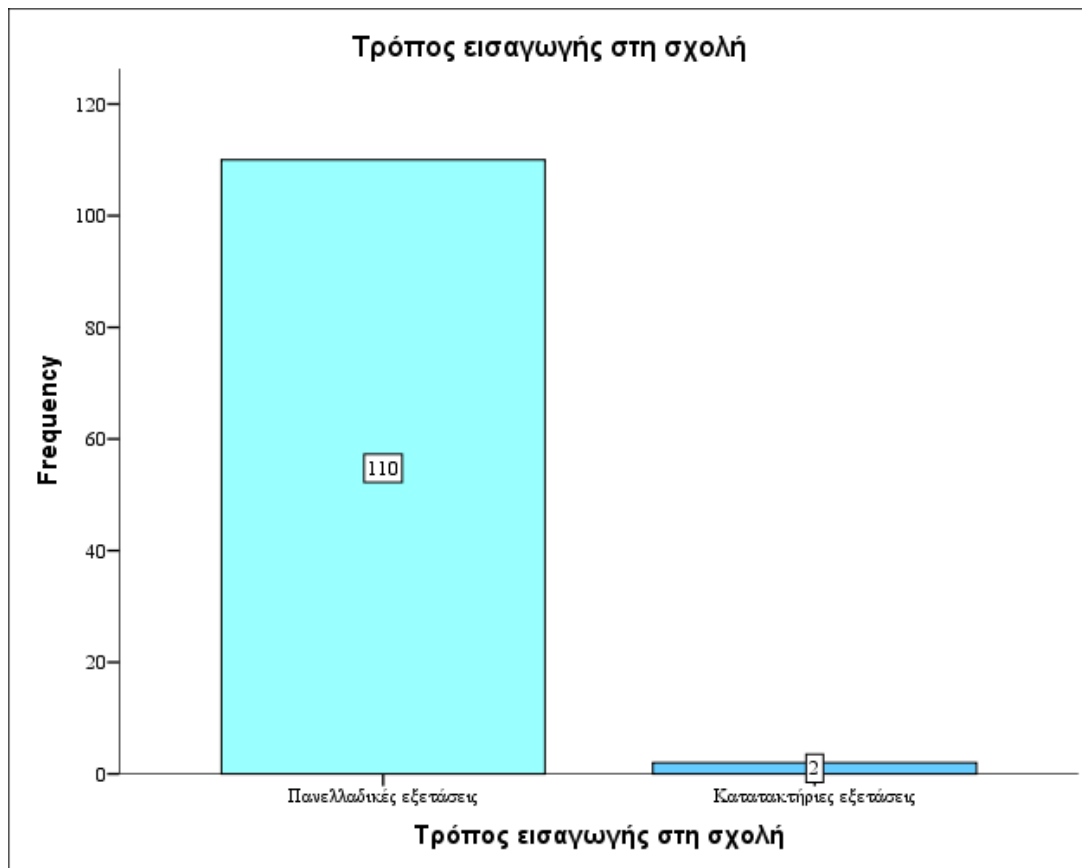
Γράφημα Ράβδων 4: Παρουσίαση της συχνότητας του τόπου μόνιμης κατοικίας του δείγματος.

Ερώτηση 5: Τρόπος εισαγωγής στη σχολή

Σε σχέση με τον τρόπο εισαγωγής του δείγματος στην εκάστοτε σχολή φοίτησής του παρατηρήθηκε πως στην έρευνα έλαβαν μέρος 110 άτομα που εισήχθησαν στην εκάστοτε σχολή μέσω Πανελλαδικών εξετάσεων (98,2%) και 2 άτομα που εισήχθησαν στη σχολή φοίτησής τους μέσω κατατακτηρίων εξετάσεων (1,8%).

Τρόπος εισαγωγής στη σχολή		Frequency	Percent
Valid	Πανελλαδικές εξετάσεις	110	98,2
	Κατατακτήριες εξετάσεις	2	1,8
	Total	112	100,0

Πίνακας 5: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του τρόπου εισαγωγής του δείγματος στην εκάστοτε σχολή φοίτησής του.



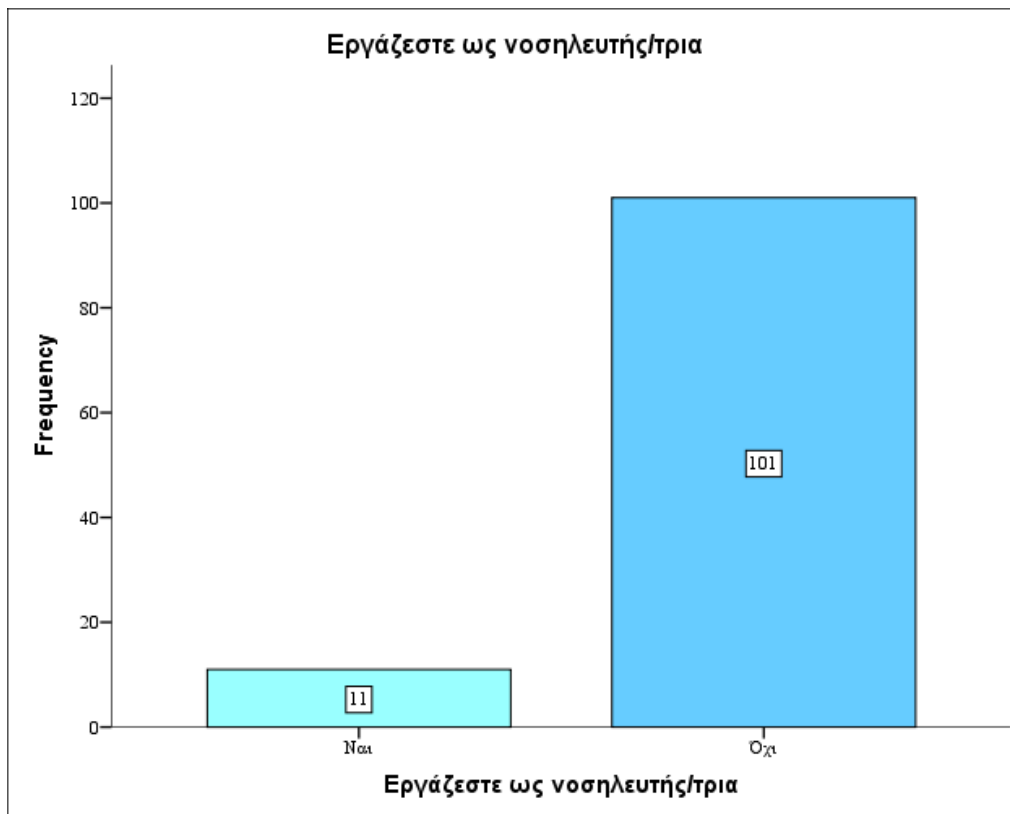
Γράφημα Ράβδων 5: Παρουσίαση της συχνότητας του τρόπου εισαγωγής του δείγματος στην εκάστοτε σχολή φοίτησής του.

Ερώτηση 6: Εργάζεστε ως νοσηλεύτης/τρια

Όσον αφορά το εάν το δείγμα διαθέτει την ιδιότητα του νοσηλευτή ή της νοσηλεύτριας παρατηρήθηκε πως στην έρευνα έλαβαν μέρος 11 άτομα που εργάζονταν ως νοσηλευτές/τριες (9,8%) και 101 άτομα που δεν εργάζονταν ως νοσηλευτικό προσωπικό (12,5%).

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	11	9,8
	Όχι	101	90,2
Total		112	100,0

Πίνακας 6: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του εάν το δείγμα διαθέτει την ιδιότητα του νοσηλευτή-τριας.



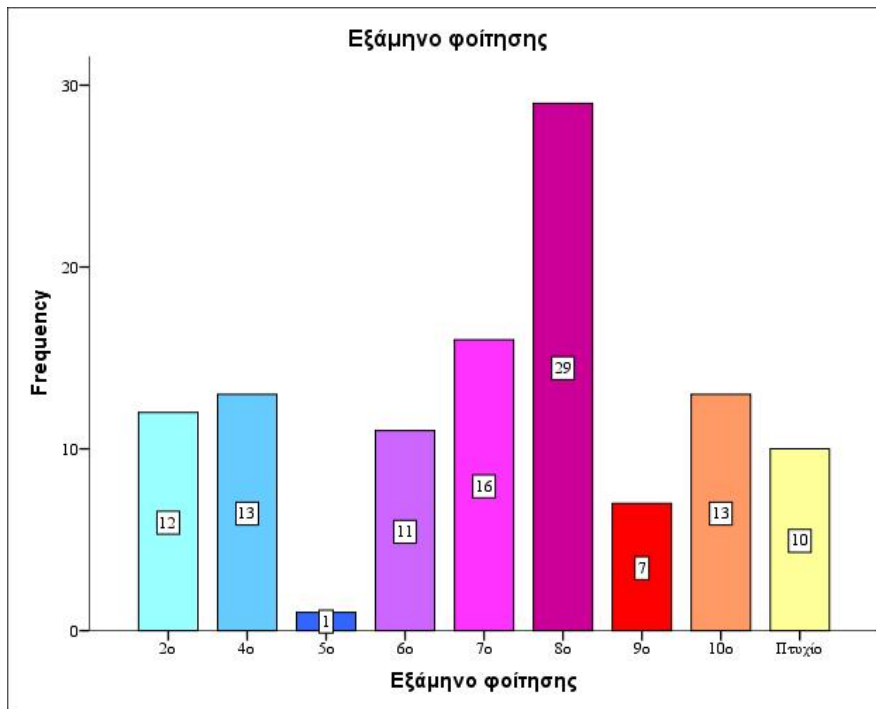
Γράφημα Ράβδων 6: Παρουσίαση της συχνότητας του εάν το δείγμα διαθέτει την ιδιότητα του νοσηλευτή-τριας.

Ερώτηση 7: Εξάμηνο φοίτησης

Όσον αφορά το εξάμηνο φοίτησης του δείγματος παρατηρήθηκε πως στην έρευνα έλαβαν μέρος 12 άτομα που φοιτούν στο 2^ο εξάμηνο της σχολής τους (10,7%), 13 άτομα που φοιτούν στο 4^ο εξάμηνο της σχολής τους (11,6%), ενώ 1 άτομο φοιτούσε στο 5^ο εξάμηνο της σχολής του (0,9%). Ταυτόχρονα 11 άτομα απάντησαν πως φοιτούν στο 6^ο εξάμηνο της σχολής τους (9,8%), 16 άτομα φοιτούσαν στο 7^ο εξάμηνο της σχολής τους ενώ 29 άτομα απάντησαν πως φοιτούσαν στο 8^ο εξάμηνο της σχολής τους (25,9%). Στο 9^ο εξάμηνο της σχολής τους φοιτούσαν 7 άτομα (6,3%), 8 άτομα φοιτούσαν στο 10^ο εξάμηνο (11,6%) ενώ 10 άτομα είχαν λάβει πτυχίο (8,9%).

		Εξάμηνο φοίτησης	
		Frequency	Percent
Valid	2ο	12	10,7
	4ο	13	11,6
	5ο	1	,9
	6ο	11	9,8
	7ο	16	14,3
	8ο	29	25,9
	9ο	7	6,3
	10ο	13	11,6
	Πτυχίο	10	8,9
	Total	112	100,0

Πίνακας 7: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του εξάμηνου φοίτησης του δείγματος.



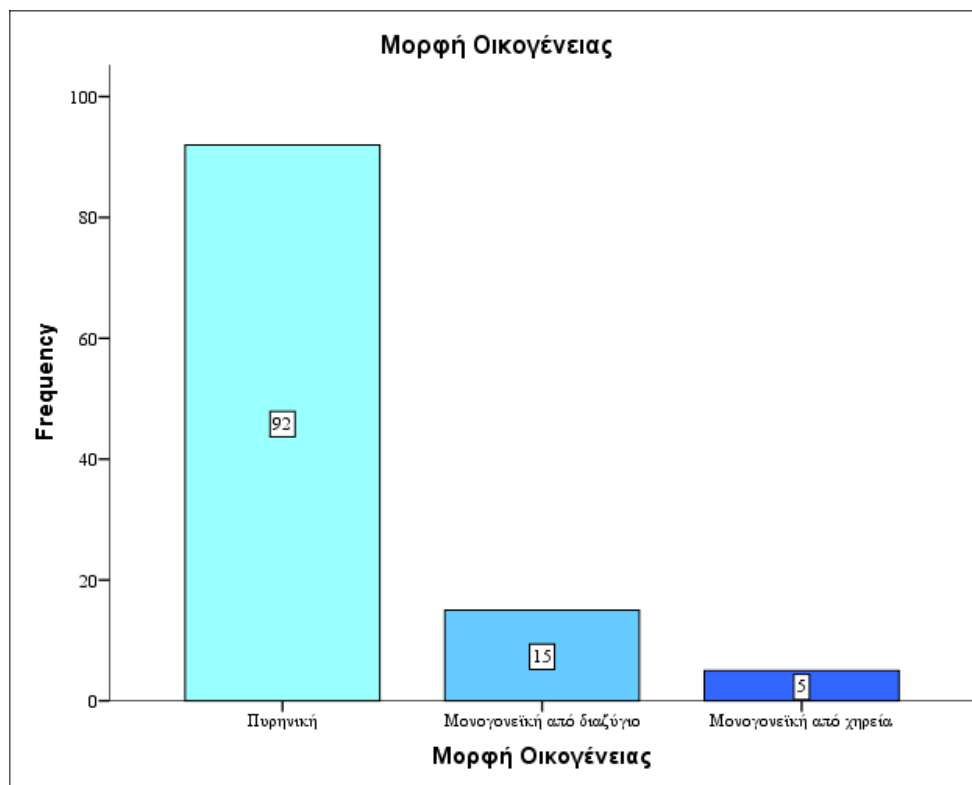
Γράφημα Ράβδων 7: Παρουσίαση της συχνότητας του εξάμηνου φοίτησης του δείγματος.

Ερώτηση 8: Μορφή Οικογένειας

Όσον αφορά τη μορφή της οικογένειας του δείγματος παρατηρήθηκε πως στην έρευνα έλαβαν μέρος 92 μέλη πυρηνικών οικογενειών (82,1%), 13 άτομα μονογονεϊκής οικογένειας από διαζύγιο (13,4%) και 5 μέλη μονογονεϊκών οικογενειών από χηρεία (4,5%).

Μορφή Οικογένειας		Frequency	Percent
Valid	Πυρηνική	92	82,1
	Μονογονεϊκή από διαζύγιο	15	13,4
	Μονογονεϊκή από χηρεία	5	4,5
	Total	112	100,0

Πίνακας 8: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας της μορφής της οικογένειας του δείγματος.



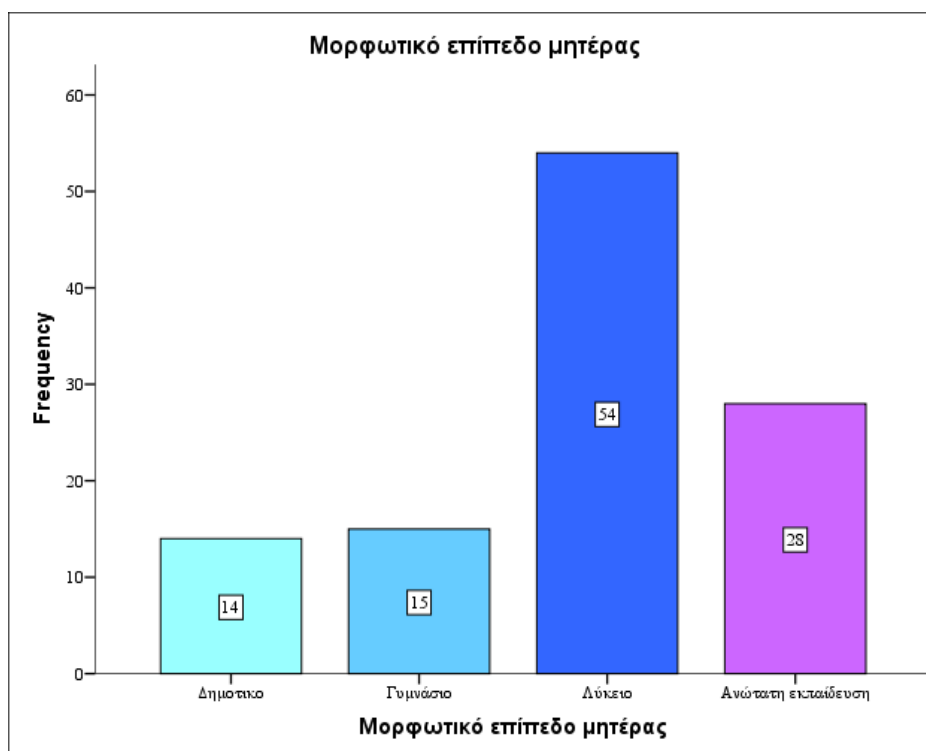
Γράφημα Ράβδων 8: Παρουσίαση της συχνότητας της μορφής της οικογένειας του δείγματος.

Ερώτηση 9: Μορφωτικό επίπεδο μητέρας

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων του δείγματος παρατηρήθηκε πως στην έρευνα έλαβαν μέρος 14 άτομα εκ των οποίων οι μητέρες είχαν ολοκληρώσει το δημοτικό (12,6%), 15 άτομα απάντησαν πως οι μητέρες τους έχουν τελειώσει το γυμνάσιο (13,5%), επιπλέον 54 άτομα απάντησαν πως οι μητέρες τους ήταν απόφοιτες λυκείου (48,6%) και 28 άτομα απάντησαν πως οι μητέρες τους είχαν λάβει ανώτατη εκπαίδευση (25,2%).

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Δημοτικό	14	12,5	12,6
	Γυμνάσιο	15	13,4	13,5
	Λύκειο	54	48,2	48,6
	Ανώτατη εκπαίδευση	28	25,0	25,2
	Total	111	99,1	100,0
Missing	System	1	,9	
Total		112	100,0	

Πίνακας 9: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του μορφωτικού επιπέδου των μητέρων του δείγματος.



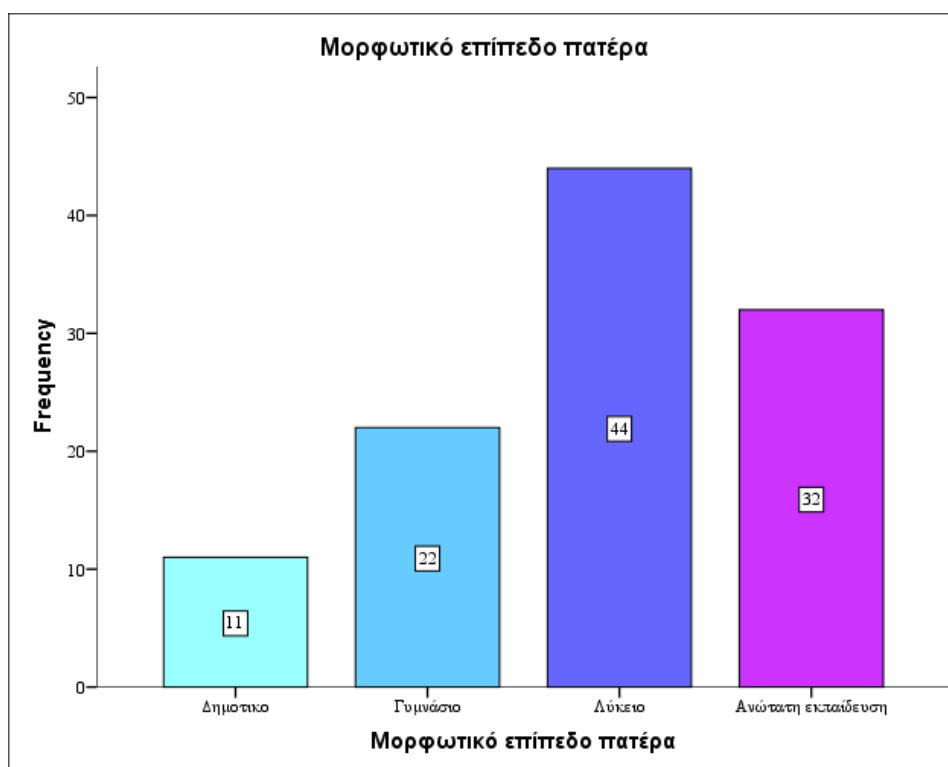
Γράφημα Ράβδων 9: Παρουσίαση της συχνότητας του μορφωτικού επιπέδου των μητέρων του δείγματος.

Ερώτηση 10: Μορφωτικό επίπεδο πατέρα

Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο των πατέρων του δείγματος παρατηρήθηκε πως στην έρευνα έλαβαν μέρος 11 άτομα εκ των οποίων οι πατέρες είχαν ολοκληρώσει το δημοτικό (10,1%), 22 άτομα απάντησαν πως οι πατέρες τους έχουν τελειώσει το γυμνάσιο (20,2%), επιπλέον 44 άτομα απάντησαν πως οι πατέρες τους ήταν απόφοιτες λυκείου (40,4%) και τέλος 32 άτομα απάντησαν πως οι πατέρες τους είχαν λάβει ανώτατη εκπαίδευση (29,4%).

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Δημοτικό	11	9,8	10,1
	Γυμνάσιο	22	19,6	20,2
	Λύκειο	44	39,3	40,4
	Ανώτατη εκπαίδευση	32	28,6	29,4
	Total	109	97,3	100,0
Missing	System	3	2,7	
Total		112	100,0	

Πίνακας 10: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του μορφωτικού επιπέδου των πατέρων του δείγματος.



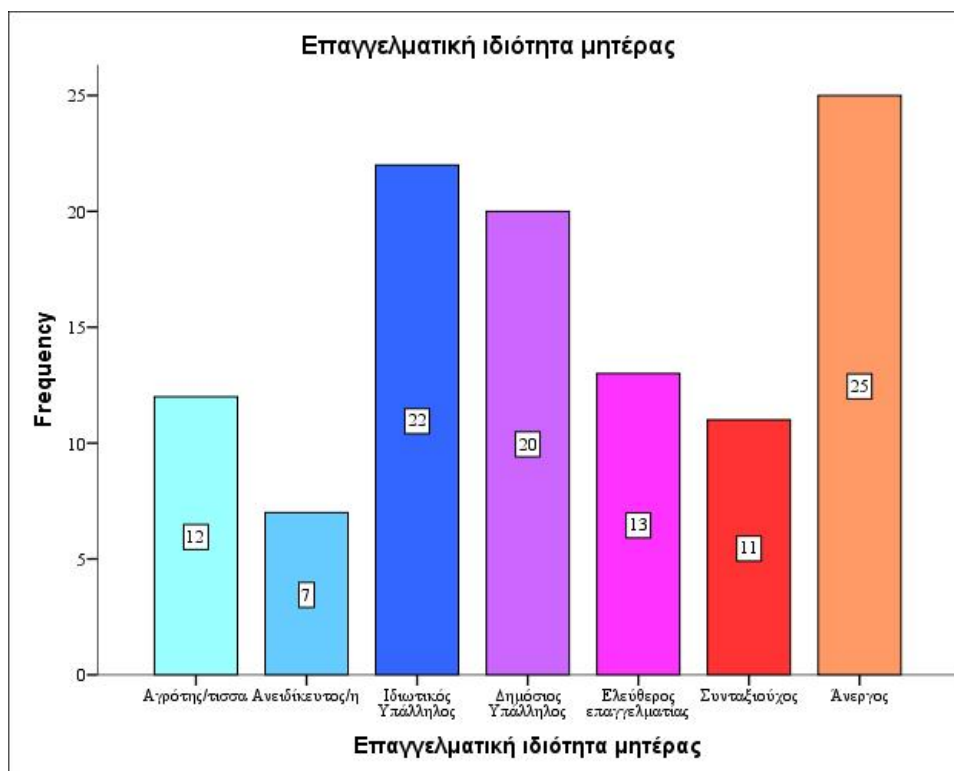
Γράφημα Ράβδων 10: Παρουσίαση της συχνότητας του μορφωτικού επιπέδου των πατέρων του δείγματος.

Ερώτηση 11: Επαγγελματική ιδιότητα μητέρας

Αναφορικά με την επαγγελματική ιδιότητα των μητέρων των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα παρατηρήθηκε πως 12 άτομα απάντησαν πως οι μητέρες τους ήταν αγρότισσες (10,9%), 7 άτομα απάντησαν πως οι μητέρες τους είναι ανειδίκευτες (6,4%), επιπλέον 22 άτομα απάντησαν πως οι μητέρες τους ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι (20%). Ταυτόχρονα 20 άτομα απάντησαν πως οι μητέρες τους εργάζονται στο δημόσιο τομέα (18,2%), ενώ 13 άτομα απάντησαν πως οι μητέρες τους εργάζονται ως ελεύθεροι επαγγελματίες (11,8%), ενώ 11 άτομα είχαν μητέρες συνταξιούχους (10%) τέλος 25 άτομα απάντησαν πως οι μητέρες τους ήταν άνεργες (22,7%).

		Επαγγελματική ιδιότητα μητέρας		
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Αγρότισσα	12	10,7	10,9
	Ανειδίκευτος/η	7	6,3	6,4
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	22	19,6	20,0
	Δημόσιος Υπάλληλος	20	17,9	18,2
	Ελεύθερος επαγγελματίας	13	11,6	11,8
	Συνταξιούχος	11	9,8	10,0
	Άνεργος	25	22,3	22,7
	Total	110	98,2	100,0
Missing	System	2	1,8	
Total		112	100,0	

Πίνακας 11: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας της επαγγελματικής ιδιότητας των μητέρων του δείγματος.



Γράφημα Ράβδων 11: Παρουσίαση της συχνότητας της επαγγελματικής ιδιότητας των μητέρων του δείγματος.

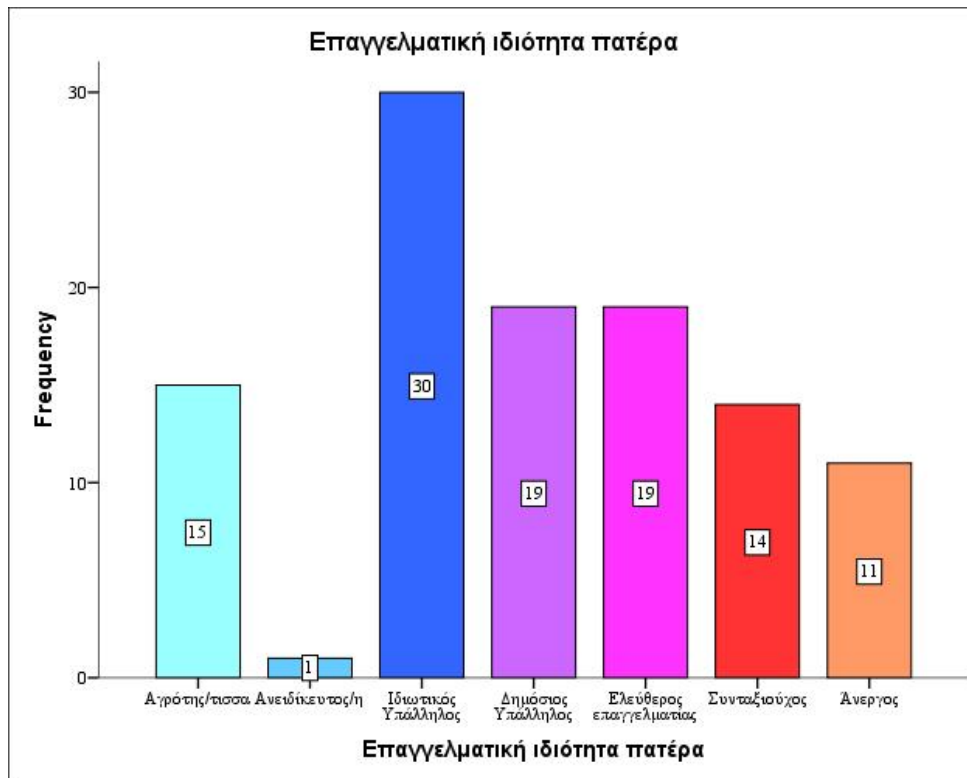
Ερώτηση 12: Επαγγελματική ιδιότητα πατέρα

Αναφορικά με την επαγγελματική ιδιότητα των πατέρων των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα παρατηρήθηκε πως 15 άτομα απάντησαν πως οι πατέρες τους ήταν αγρότες (13,8%), 1 άτομο απάντησε πως ο πατέρας τους είναι ανειδίκευτος (0,9%), επιπλέον 30 άτομα απάντησαν πως οι πατέρες τους ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι (27,5%). Ταυτόχρονα 19 άτομα απάντησαν πως οι πατέρες τους εργάζονται στο δημόσιο τομέα (17,4%), ενώ ισάριθμα άτομα απάντησαν πως οι πατέρες τους εργάζονται ως ελεύθεροι επαγγελματίες, την ίδια στιγμή 14 άτομα είχαν πατέρες συνταξιούχους (12,8%) και τέλος 11 άτομα απάντησαν πως οι πατέρες τους ήταν άνεργοι (10,1%).

Επαγγελματική ιδιότητα πατέρα

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Αγρότης	15	13,4	13,8
	Ανειδίκευτος/η	1	,9	,9
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	30	26,8	27,5
	Δημόσιος Υπάλληλος	19	17,0	17,4
	Ελεύθερος επαγγελματίας	19	17,0	17,4
	Συνταξιούχος	14	12,5	12,8
	Άνεργος	11	9,8	10,1
	Total	109	97,3	100,0
Missing	System	3	2,7	
	Total	112	100,0	

Πίνακας 12: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας της επαγγελματικής ιδιότητας των πατέρων του δείγματος.



Γράφημα Ράβδων 12: Παρουσίαση της συχνότητας της επαγγελματικής ιδιότητας των πατέρων του δείγματος.

6.2 ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Ερώτηση 13: Ποιες δομές ψυχικής υγείας της χώρας μας γνωρίζετε;

Αναφορικά με την ελληνική δομή που γνωρίζει το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος παρατηρήθηκε πως οι περισσότεροι συμμετέχοντες γνώριζαν τις Κινητές μονάδες ψυχικής υγείας (76,1%), ενώ ακολούθησε το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (69,7%). Τρίτη πιο γνωστή δομή ήταν η Ψυχιατρική Κλινική Ρίου (40,4%), ενώ ακολούθησαν το Κέντρο ψυχικής υγείας Πάτρας “Ο Άγιος Ανδρέας” (31,2%), το κέντρο ημέρας (27,5%) και ο Σύλλογος για την Ψυχική Υγεία (24,8%). Λιγότερο διαδεδομένοι ήταν ο Κοινωνικός συνεταιρισμός (12,8%) και ο Ψύχαργος (3,7%) εδώ πρέπει να σημειωθεί πως το 11,9% των συμμετεχόντων δεν γνώριζε καμία δομή ψυχικής υγείας.

Ποιες δομές ψυχικής υγείας της χώρας μας γνωρίζετε;

		Responses		
		N	Percent	Percent of Cases
ena ^a	Δεν γνωρίζω καμία από αυτές	13	4,0%	11,9%
	Κέντρο ημέρας	30	9,2%	27,5%
	Ψυχιατρική Κλινική Ρίου	44	13,5%	40,4%
	Ψύχαργος	4	1,2%	3,7%
	Κοινωνικός Συνεταιρισμός	14	4,3%	12,8%
	Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.)			
	Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (Ε.Κ.Ε.Ψ.Υ.Ε.)	76	23,4%	69,7%
	Σύλλογος για την Ψυχική Υγεία (ΣΟΨΥ)	27	8,3%	24,8%
	Κέντρο ψυχικής υγείας Πάτρας “Ο Άγιος Ανδρέας”	34	10,5%	31,2%
	Κινητές μονάδες ψυχικής υγείας	83	25,5%	76,1%
Total		325	100,0%	298,2%

Πίνακας 13: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας των απαντήσεων του δείγματος για τις δομές ψυχικής υγείας που γνωρίζουν.

Ερώτηση 14: Από πού έχετε ενημερωθεί για αυτές τις δομές;;

Αναφορικά με τον φορέα που έκανε γνωστές τις εκάστοτε δομές στο δείγμα, παρατηρήθηκε πως το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος έμαθε για τις δομές ψυχικής υγείας από φίλους τους (81,1%), ενώ ακολούθησε η σχολή ή και το σχολείο των συμμετεχόντων (36%). Ο τρίτος πιο διαδεδομένος φορέας ενημέρωσης ήταν οι γονείς (23,4%), ακολούθησαν τα ΜΜΕ (19,8%) και τέλος το διαδίκτυο (10,8%).

Από πού έχετε ενημερωθεί για αυτές τις δομές;

		Responses		Percent of
		N	Percent	Cases
διο ^a	Φίλους	90	47,4%	81,1%
	Σχολείο/Σχολή	40	21,1%	36,0%
	ΜΜΕ	22	11,6%	19,8%
	Διαδίκτυο	12	6,3%	10,8%
	Γονείς	26	13,7%	23,4%
	Total	190	100,0%	171,2%

Πίνακας 14: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας των απαντήσεων του δείγματος για το φορέα που έμαθαν για τις δομές ψυχικής υγείας που γνωρίζουν.

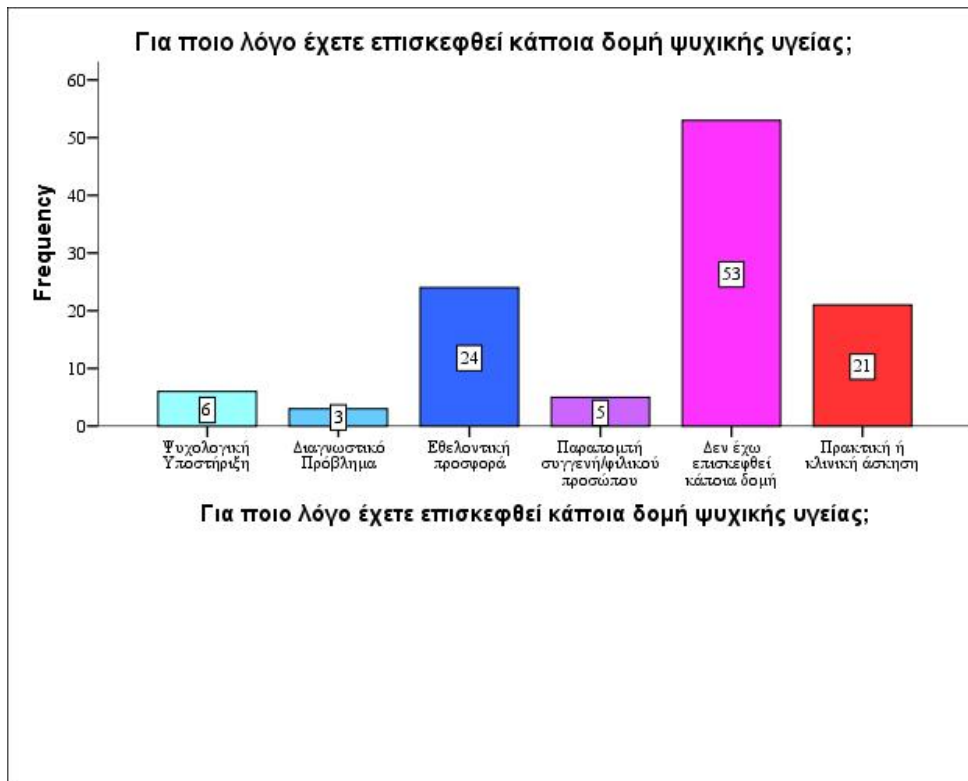
Ερώτηση 15: Για ποιο λόγο έχετε επισκεφθεί κάποια δομή ψυχικής υγείας;

Αναφορικά με το λόγο που το δείγμα έχει επισκεφθεί κάποια δομή ψυχικής υγείας, παρατηρήθηκε πως 6 άτομα απάντησαν πως πραγματοποίησαν επίσκεψη σε δομή ψυχικής υγείας για να λάβουν ψυχιατρική υποστήριξη (5,4%), ενώ 3 άτομα απάντησαν πως επισκέφθηκαν κάποια δομή για διαγνωστικό πρόβλημα (2,7%). Ταυτόχρονα 24 άτομα απάντησαν πως επισκέφθηκαν κάποια δομή ψυχικής υγείας για να προσφέρουν ως εθελοντές (21,4%), ενώ 5 άτομα επισκέφθηκαν κάποια δομή λόγω της παραπομπής κάποιου οικείου τους προσώπου (4,5%). Επιπλέον 53 άτομα απάντησαν πως δεν έχουν επισκεφθεί κάποια δομή ψυχικής υγείας (47,3%), και τέλος 21 άτομα απάντησαν πως επισκέφθηκαν κάποια δομή για τις ανάγκες της πρακτικής ή κλινικής τους άσκησης (18,8%).

Για ποιο λόγο έχετε επισκεφθεί κάποια δομή ψυχικής υγείας;

		Frequency	Percent
Valid	Ψυχολογική Υποστήριξη	6	5,4
	Διαγνωστικό Πρόβλημα	3	2,7
	Εθελοντική προσφορά	24	21,4
	Παραπομπή συγγενή/φιλικού προσώπου	5	4,5
	Δεν έχω επισκεφθεί κάποια δομή	53	47,3
	Πρακτική ή κλινική άσκηση	21	18,8
	Total	112	100,0

Πίνακας 15: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας των λόγων που το δείγμα έχει επισκεφθεί κάποια δομή ψυχικής υγείας.



Γράφημα Ράβδων 13: Παρουσίαση της συχνότητας των λόγων που το δείγμα έχει επισκεφθεί κάποια δομή ψυχικής υγείας.

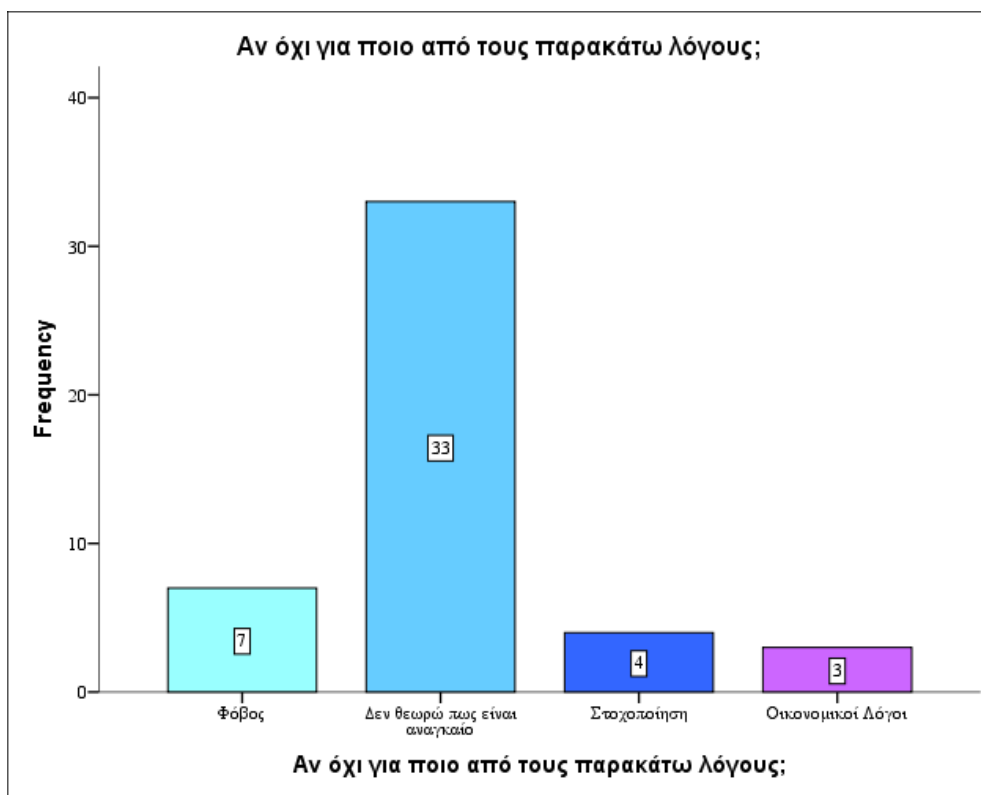
Ερώτηση 16: Αν όχι για ποιο από τους παρακάτω λόγους;

Αναφορικά με το λόγο που το δείγμα δεν έχει επισκεφθεί κάποια δομή ψυχικής υγείας, παρατηρήθηκε πως 7 άτομα απάντησαν πως δεν πραγματοποίησαν επίσκεψη σε δομή ψυχικής υγείας λόγο του φόβου (14,9%), ενώ 33 άτομα απάντησαν πως δεν έχουν επισκεφθεί κάποια δομή λόγο του γεγονότος ότι δεν το θεωρούν αναγκαίο (70,2%). Ταυτόχρονα 4 άτομα απάντησαν πως δεν επισκέφθηκαν κάποια δομή ψυχικής υγείας λόγο της στοχοποίησης που θα δέχονταν (8,5%), ενώ 3 άτομα απάντησαν πως δεν επισκέφθηκαν κάποια δομή λόγο των οικονομικών λόγων (6,4%).

Αν όχι για ποιο από τους παρακάτω λόγους;

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Φόβος	7	6,3	14,9
	Δεν θεωρώ πως είναι αναγκαίο	33	29,5	70,2
	Στοχοποίηση	4	3,6	8,5
	Οικονομικοί Λόγοι	3	2,7	6,4
	Total	47	42,0	100,0
	Missing	System	65	58,0
Total		112	100,0	

Πίνακας 16: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας των λόγων που το δείγμα δεν έχει επισκεφθεί κάποια δομή ψυχικής υγείας.



Γράφημα Ράβδων 14: Παρουσίαση της συχνότητας των λόγων που το δείγμα δεν έχει επισκεφθεί κάποια δομή ψυχικής υγείας.

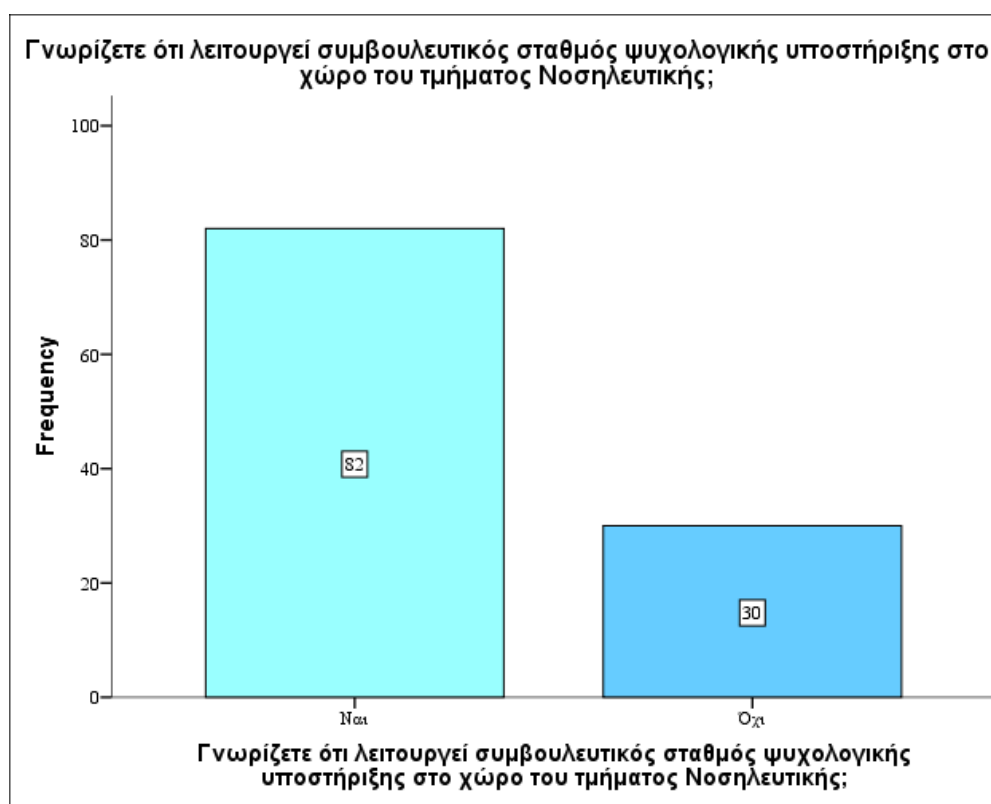
Ερώτηση 17: Γνωρίζετε ότι λειτουργεί συμβουλευτικός σταθμός ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο του τμήματος Νοσηλευτικής;

Αναφορικά με το εάν το δείγμα γνωρίζει ότι λειτουργεί συμβουλευτικός σταθμός ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο του τμήματος Νοσηλευτικής στην Πάτρα, παρατηρήθηκε πως 82 άτομα απάντησαν πως όντως γνώριζαν ότι λειτουργεί συμβουλευτικός σταθμός ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο του τμήματος Νοσηλευτικής στην Πάτρα (73,2%), ενώ 30 άτομα απάντησαν πως δεν το γνώριζαν (26,8%).

Γνωρίζετε ότι λειτουργεί συμβουλευτικός σταθμός ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο του τμήματος Νοσηλευτικής;

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	82	73,2
	Όχι	30	26,8
	Total	112	100,0

Πίνακας 17: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του εάν το δείγμα γνωρίζει ότι λειτουργεί συμβουλευτικός σταθμός ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο του τμήματος Νοσηλευτικής στην Πάτρα.



Γράφημα Ράβδων 15: Παρουσίαση της συχνότητας του εάν το δείγμα γνωρίζει ότι λειτουργεί συμβουλευτικός σταθμός ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο του τμήματος Νοσηλευτικής στην Πάτρα.

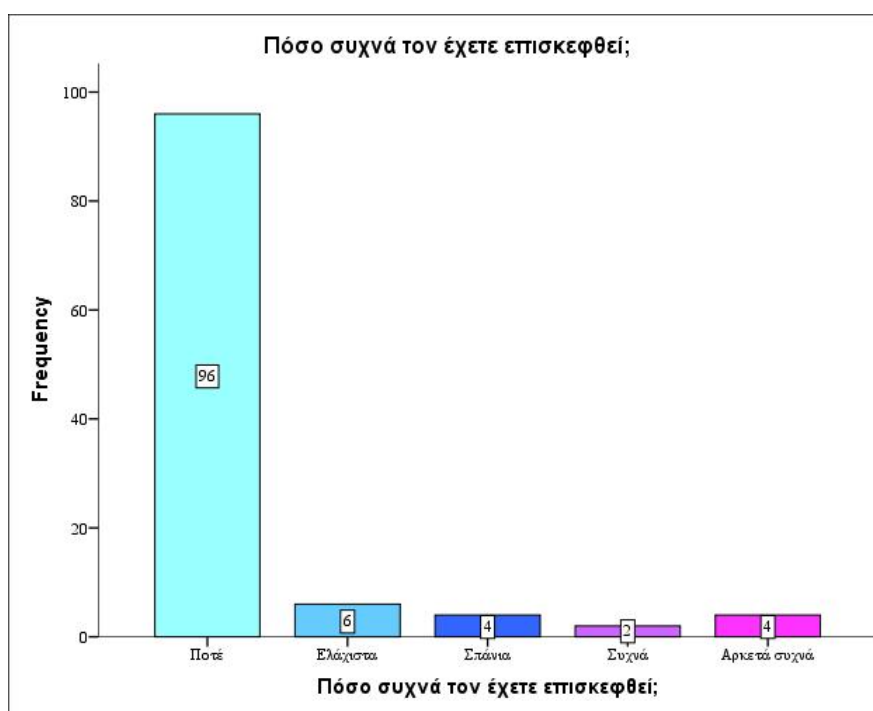
Ερώτηση 18: Ποσό συχνά επισκέπτεστε το συμβουλευτικό σταθμό ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο του τμήματος Νοσηλευτικής;

Αναφορικά με τη συχνότητα που το δείγμα επισκέπτεται τον συμβουλευτικό σταθμό ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο του τμήματος Νοσηλευτικής, παρατηρήθηκε πως 96 άτομα απάντησαν πως δεν επισκέπτονται ποτέ τον συμβουλευτικό σταθμό ψυχολογικής υποστήριξης του τμήματος Νοσηλευτικής (85,7%). Την ίδια στιγμή από ελάχιστα έως σπάνια επισκέπτονται το σταθμό 10 άτομα (9%) ενώ από συχνά έως αρκετά συχνά 6 άτομα (5,4%).

Πόσο συχνά τον έχετε επισκεφθεί;

		Frequency	Percent
Valid	Ποτέ	96	85,7
	Ελάχιστα	6	5,4
	Σπάνια	4	3,6
	Συχνά	2	1,8
	Αρκετά συχνά	4	3,6
	Total	112	100,0

Πίνακας 18: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας της συχνότητας που το δείγμα επισκέπτεται τον συμβουλευτικό σταθμό ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο του τμήματος Νοσηλευτικής.



Γράφημα Ράβδων 16: Παρουσίαση της συχνότητας της συχνότητας που το δείγμα επισκέπτεται τον συμβουλευτικό σταθμό ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο του τμήματος Νοσηλευτικής.

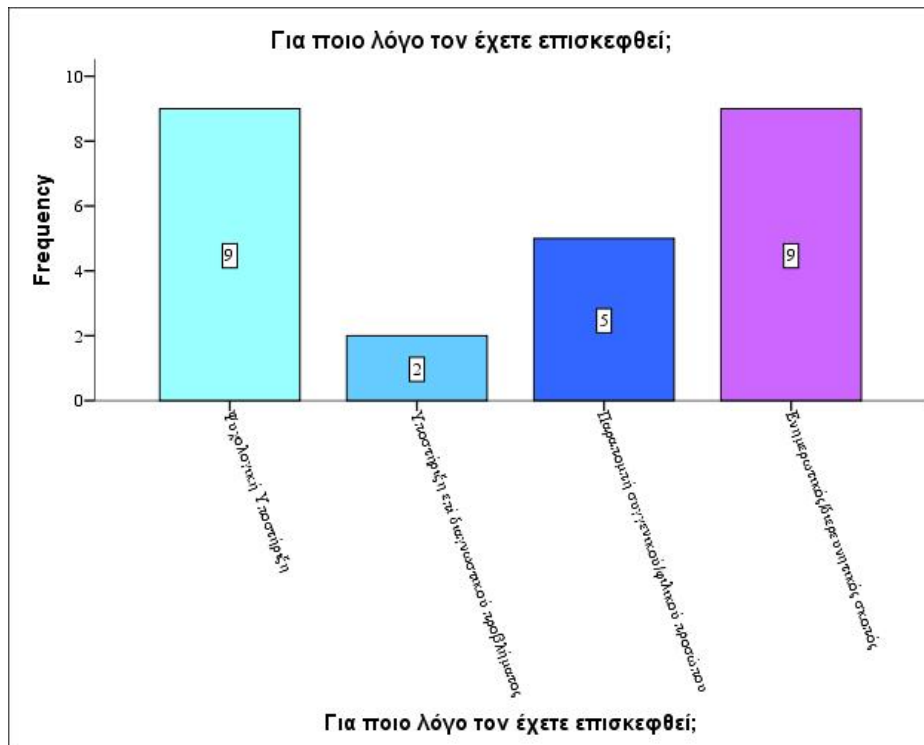
Ερώτηση 19: Για ποιο λόγο έχετε επισκεφθεί το συμβουλευτικό σταθμό ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο του τμήματος Νοσηλευτικής;

Σε σχέση με το λόγο που το δείγμα έχει επισκεφθεί τον συμβουλευτικό σταθμό ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο του τμήματος Νοσηλευτικής, παρατηρήθηκε πως 9 άτομα απάντησαν πως έχουν επισκεφθεί τον συμβουλευτικό σταθμό ψυχολογική υποστήριξης του τμήματος Νοσηλευτικής για λόγους ψυχολογικής υποστήριξης (36%), ενώ ισάριθμα άτομα για ενημερωτικό ή και διερευνητικό σκοπό. Την ίδια στιγμή 2 άτομα απάντησαν πως επισκέφθηκαν το σταθμό για υποστήριξη επί διαγνωστικού τους προβλήματος (20%) ενώ 5 άτομα επισκέφθηκαν το σταθμό μετά από παραπομπή οικείου τους ατόμου (5,4%).

Για ποιο λόγο τον έχετε επισκεφθεί;

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ψυχολογική Υποστήριξη	9	8,0	36,0
	Υποστήριξη επί διαγνωστικού προβλήματος	2	1,8	8,0
	Παραπομπή συγγενικού/φιλικού προσώπου	5	4,5	20,0
	Ενημερωτικός/διερευνητικός σκοπός	9	8,0	36,0
	Total	25	22,3	100,0
Missing	System	87	77,7	
Total		112	100,0	

Πίνακας 19: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του λόγου που το δείγμα έχει επισκεφθεί τον συμβουλευτικό σταθμό ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο του τμήματος Νοσηλευτικής.



Γράφημα Ράβδων 17: Παρουσίαση της συχνότητας του λόγου που το δείγμα έχει επισκεφθεί τον συμβουλευτικό σταθμό ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο του τμήματος Νοσηλευτικής.

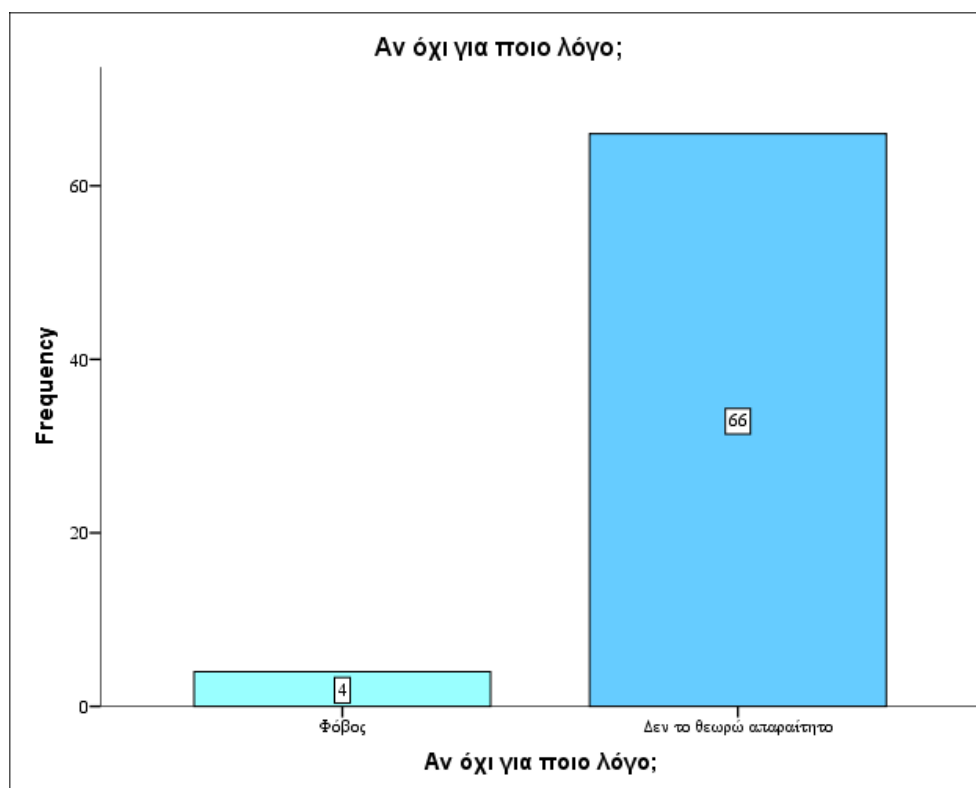
Ερώτηση 20: Για ποιο λόγο δεν έχετε επισκεφθεί το συμβουλευτικό σταθμό ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο του τμήματος Νοσηλευτικής;

Σε σχέση με το λόγο που το δείγμα δεν έχει επισκεφθεί τον συμβουλευτικό σταθμό ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο του τμήματος Νοσηλευτικής, παρατηρήθηκε πως 66 άτομα απάντησαν πως δεν έχουν επισκεφθεί τον συμβουλευτικό σταθμό ψυχολογική υποστήριξης του τμήματος Νοσηλευτικής για λόγους ψυχολογικής υποστήριξης επειδή δεν το κρίνουν απαραίτητο (94,3%), ενώ 4 άτομα δεν κάνουν κάτι τέτοιο επειδή φοβούνται (5,7%).

Αν όχι για ποιο λόγο;

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Φόβος	4	3,6	5,7
	Δεν το θεωρώ απαραίτητο	66	58,9	94,3
	Total	70	62,5	100,0
Missing	System	42	37,5	
Total		112	100,0	

Πίνακας 20: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του λόγου που το δείγμα δεν έχει επισκεφθεί τον συμβουλευτικό σταθμό ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο του τμήματος Νοσηλευτικής.



Γράφημα Ράβδων 18: Παρουσίαση της συχνότητας του λόγου που το δείγμα δεν έχει επισκεφθεί τον συμβουλευτικό σταθμό ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο του τμήματος Νοσηλευτικής.

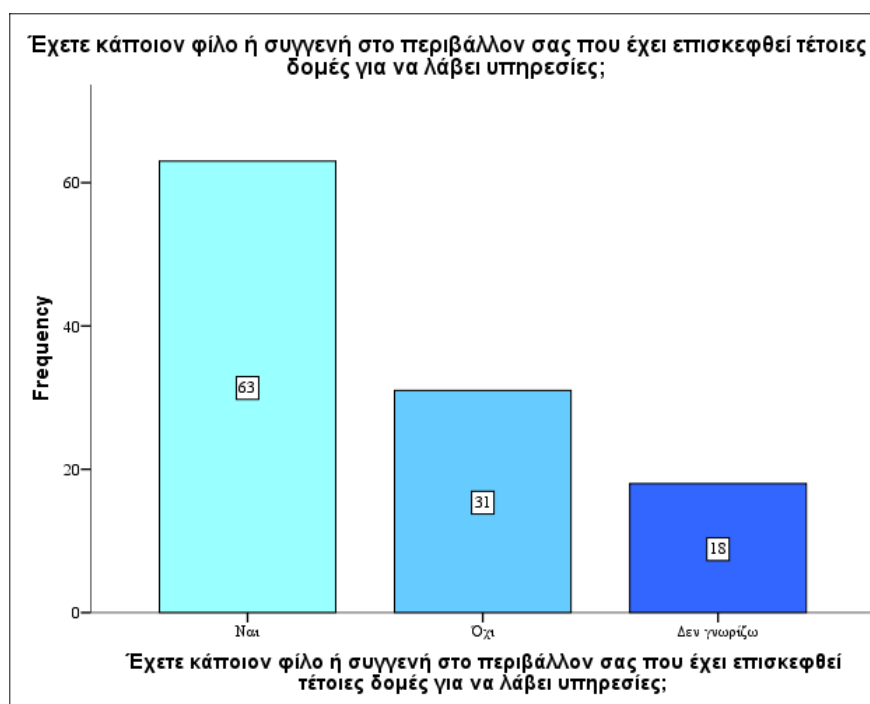
Ερώτηση 21: Έχετε κάποιον φίλο ή συγγενή στο περιβάλλον σας που έχει επισκεφθεί τέτοιες δομές για να λάβει υπηρεσίες;

Σε σχέση με το εάν το δείγμα έχει κάποιον φίλο ή συγγενή που έχει επισκεφθεί κάποια δομή για να λάβει υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης, παρατηρήθηκε πως 63 άτομα απάντησαν πως όντως κάποιον οικείο τους άτομο έχει επισκεφθεί κάποια δομή για να λάβει υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης (56,3%), ενώ 31 άτομα διαφώνησαν (27,7%). Την ίδια στιγμή 18 άτομα απάντησαν πως δεν γνωρίζουν εάν έχει συμβεί κάτι τέτοιο (5,4%).

Έχετε κάποιον φίλο ή συγγενή στο περιβάλλον σας που έχει επισκεφθεί τέτοιες δομές για να λάβει υπηρεσίες;

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	63	56,3
	Όχι	31	27,7
	Δεν γνωρίζω	18	16,1
	Total	112	100,0

Πίνακας 21: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του εάν το δείγμα έχει κάποιον φίλο ή συγγενή που έχει επισκεφθεί κάποια δομή για να λάβει υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης.



Γράφημα Ράβδων 19: Παρουσίαση της συχνότητας του εάν το δείγμα έχει κάποιον φίλο ή συγγενή που έχει επισκεφθεί κάποια δομή για να λάβει υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης.

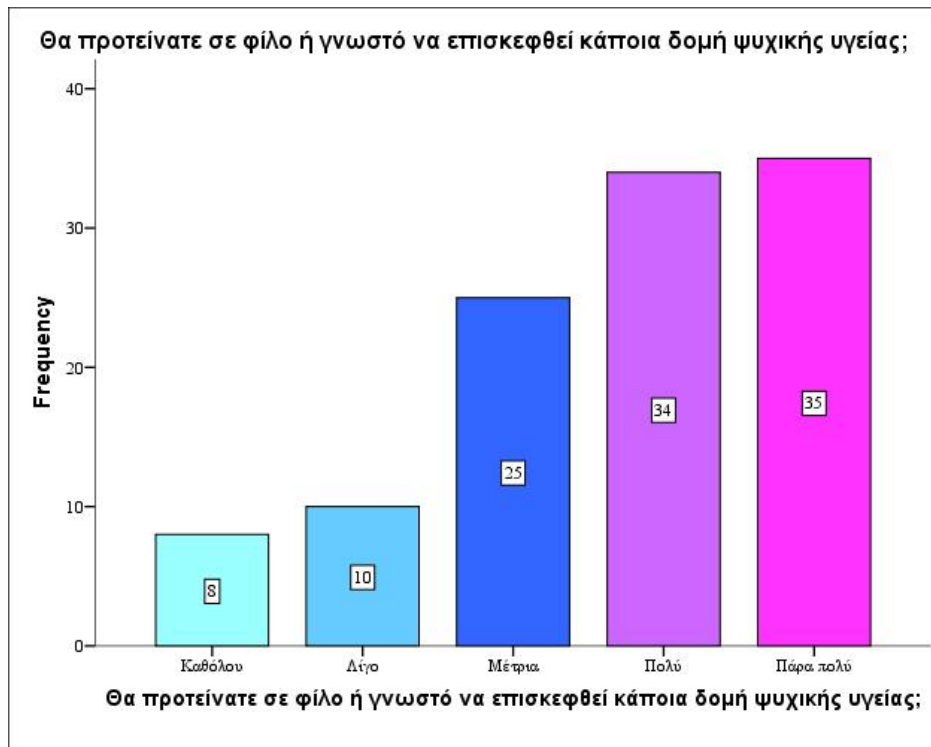
Ερώτηση 22: Θα προτείνατε σε φίλο ή γνωστό να επισκεφθεί κάποια δομή ψυχικής υγείας;

Όσον αφορά το βαθμό που οι συμμετέχοντες στην έρευνα θα προτείναν σε φίλο ή γνωστό τους να επισκεφθεί κάποια δομή ψυχικής υγείας, παρατηρήθηκε πως 69 άτομα απάντησαν πως θα προτείναν σε φίλο ή γνωστό να επισκεφθεί κάποια δομή ψυχικής υγείας από πολύ έως πάρα πολύ (61,7%). Την ίδια στιγμή 8 άτομα απάντησαν πως δεν θα έκανα κάτι τέτοιο (7,1%) και 35 άτομα θα το έκαναν από λίγο έως μέτρια (31,2%).

Θα προτείνατε σε φίλο ή γνωστό να επισκεφθεί κάποια δομή ψυχικής υγείας;

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Καθόλου	8	7,1	7,1
	Λίγο	10	8,9	8,9
	Μέτρια	25	22,3	22,3
	Πολύ	34	30,4	30,4
	Πάρα πολύ	35	31,3	31,3
	Total	112	100,0	100,0

Πίνακας 22: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του κατά πόσο το δείγμα θα πρότεινε σε φίλο ή γνωστό να επισκεφθεί κάποια δομή ψυχικής υγείας.



Γράφημα Ράβδων 20: Παρουσίαση της συχνότητας του κατά πόσο το δείγμα θα πρότεινε σε φίλο ή γνωστό να επισκεφθεί κάποια δομή ψυχικής υγείας.

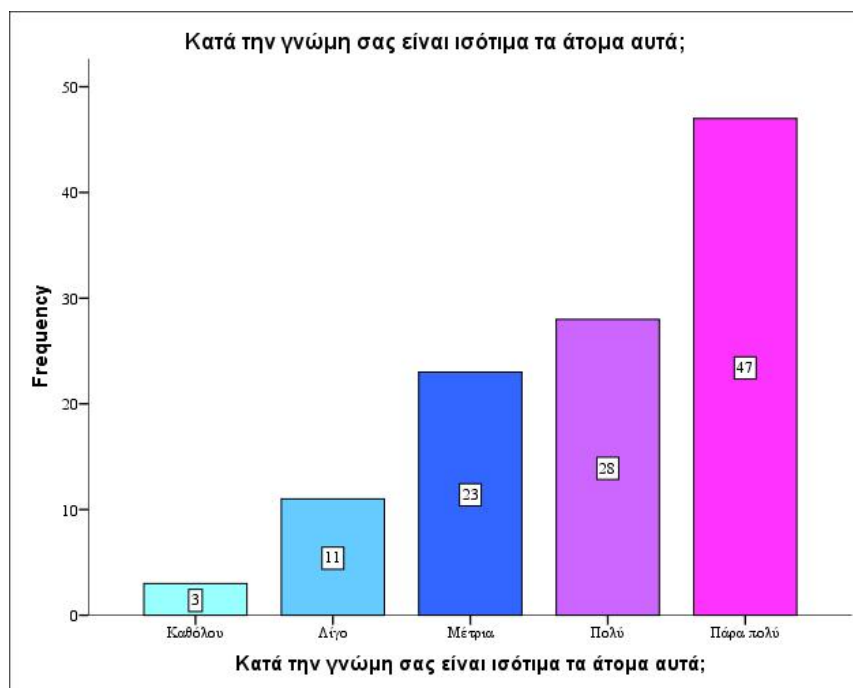
Ερώτηση 23: Κατά την γνώμη σας τα άτομα που επισκέπτονται τις δομές ψυχικής υγείας είναι ισότιμα με τους υπόλοιπους;

Όσον αφορά το κατά πόσο οι συμμετέχοντες στην έρευνα θεωρούν τα άτομα που επισκέπτονται τις δομές ψυχικής υγείας ισότιμα με τους υπόλοιπους πολίτες, παρατηρήθηκε πως 75 άτομα απάντησαν πως θεωρούν τα άτομα που επισκέπτονται τις δομές ψυχικής υγείας από πολύ έως πάρα πολύ ισότιμα με τους υπολοίπους πολίτες (67%). Την ίδια στιγμή 3 άτομα απάντησαν πως διαφωνούν (2,7%) και 34 άτομα τα θεωρούν από λίγο έως μέτρια ισότιμα (30,3%).

Κατά την γνώμη σας είναι ισότιμα τα άτομα αυτά;

		Frequency	Percent
Valid	Καθόλου	3	2,7
	Λίγο	11	9,8
	Μέτρια	23	20,5
	Πολύ	28	25,0
	Πάρα πολύ	47	42,0
Total		112	100,0

Πίνακας 23: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του κατά πόσο το δείγμα θεωρεί τα άτομα που επισκέπτονται τις δομές ψυχικής υγείας είναι ισότιμα με τους υπόλοιπους.



Γράφημα Ράβδων 21: Παρουσίαση της συχνότητας του κατά πόσο το δείγμα θεωρεί τα άτομα που επισκέπτονται τις δομές ψυχικής υγείας είναι ισότιμα με τους υπόλοιπους.

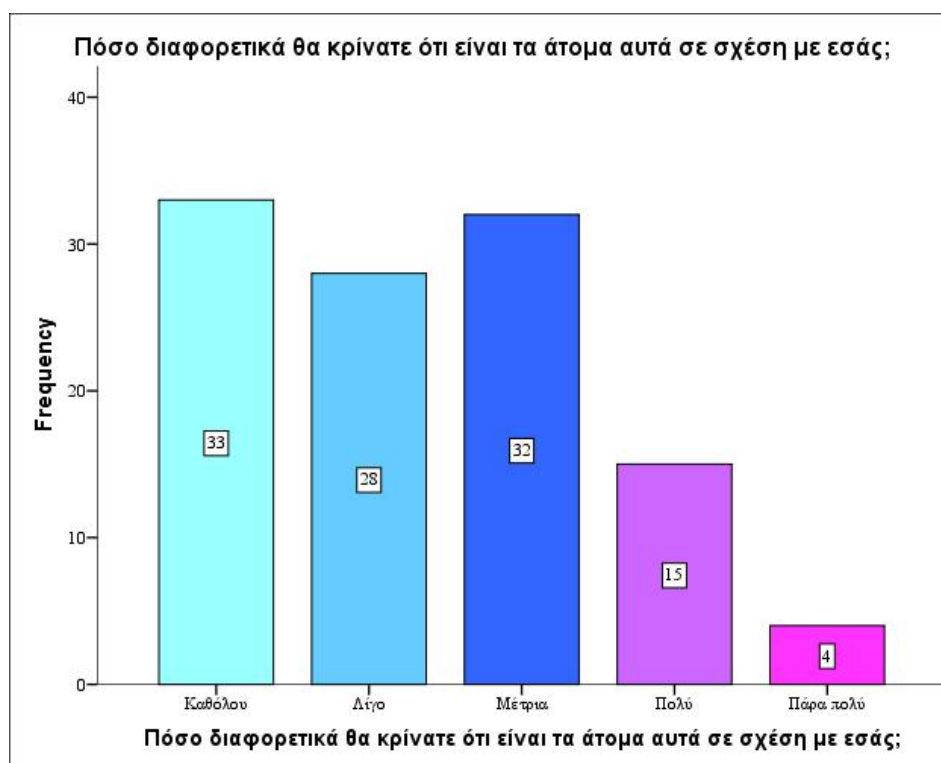
Ερώτηση 24: Πόσο διαφορετικά θα κρίνατε ότι είναι τα άτομα που επισκέπτονται τις δομές ψυχικής υγείας σε σχέση με εσάς;

Όσον αφορά το κατά πόσο οι συμμετέχοντες στην έρευνα θα έκριναν διαφορετικά τα άτομα που επισκέπτονται τις δομές ψυχικής υγείας σε σχέση με τους ίδιους, παρατηρήθηκε πως 61 άτομα απάντησαν πως θα έκριναν τα άτομα που επισκέπτονται τις δομές ψυχικής υγείας σε σχέση με τους ίδιους από καθόλου έως λίγο διαφορετικά (54,5%). Την ίδια στιγμή 32 άτομα απάντησαν πως τα κρίνουν μετρίως διαφορετικά (28,6%) και 19 άτομα από πολύ έως πάρα πολύ διαφορετικά (30,3%).

Πόσο διαφορετικά θα κρίνατε ότι είναι τα άτομα αυτά σε σχέση με εσάς;

		Frequency	Percent
Valid	Καθόλου	33	29,5
	Λίγο	28	25,0
	Μέτρια	32	28,6
	Πολύ	15	13,4
	Πάρα πολύ	4	3,6
	Total	112	100,0

Πίνακας 24: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του κατά πόσο το δείγμα θεωρεί διαφορετικά τα άτομα που επισκέπτονται τις δομές ψυχικής υγείας σε σχέση με το ίδιο.



Γράφημα Ράβδων 22: Παρουσίαση της συχνότητας του κατά πόσο το δείγμα θεωρεί διαφορετικά τα άτομα που επισκέπτονται τις δομές ψυχικής υγείας σε σχέση με το ίδιο.

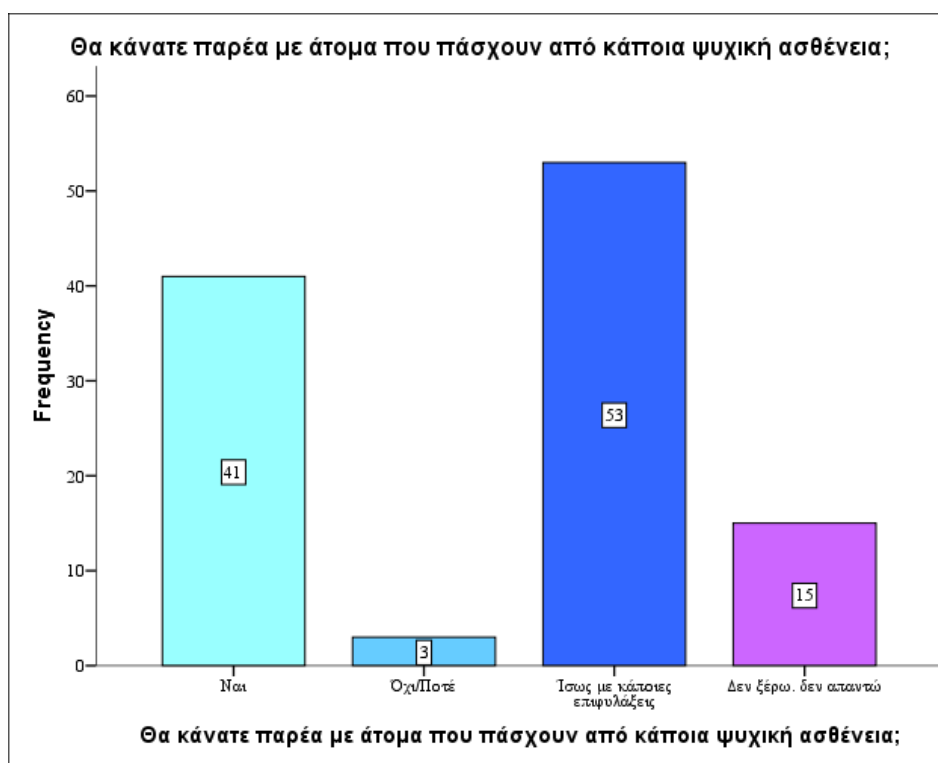
Ερώτηση 25: Θα κάνατε παρέα με άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια;

Όσον αφορά το εάν το δείγμα θα έκανε παρέα με άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια, παρατηρήθηκε πως 53 άτομα απάντησαν πως ίσως θα έκαναν παρέα με άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια αλλά με κάποιες επιφυλάξεις (47,3%). Την ίδια στιγμή 41 άτομα απάντησαν πως θα έκαναν παρέα με πάσχοντες από κάποια ψυχιατρική ασθένεια (36,6%), 3 άτομα διαφώνησαν απόλυτα ενώ 15 άτομα δεν είχαν κατασταλάξει ή δεν επιθυμούσαν να απαντήσουν (13,4%).

Θα κάνατε παρέα με άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια;

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	41	36,6
	Όχι/Ποτέ	3	2,7
	Ίσως με κάποιες επιφυλάξεις	53	47,3
	Δεν ξέρω. Δεν απαντώ	15	13,4
	Total	112	100,0

Πίνακας 25: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του εάν το δείγμα θα έκανε παρέα με άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια.



Γράφημα Ράβδων 23: Παρουσίαση της συχνότητας του εάν το δείγμα θα έκανε παρέα με άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια.

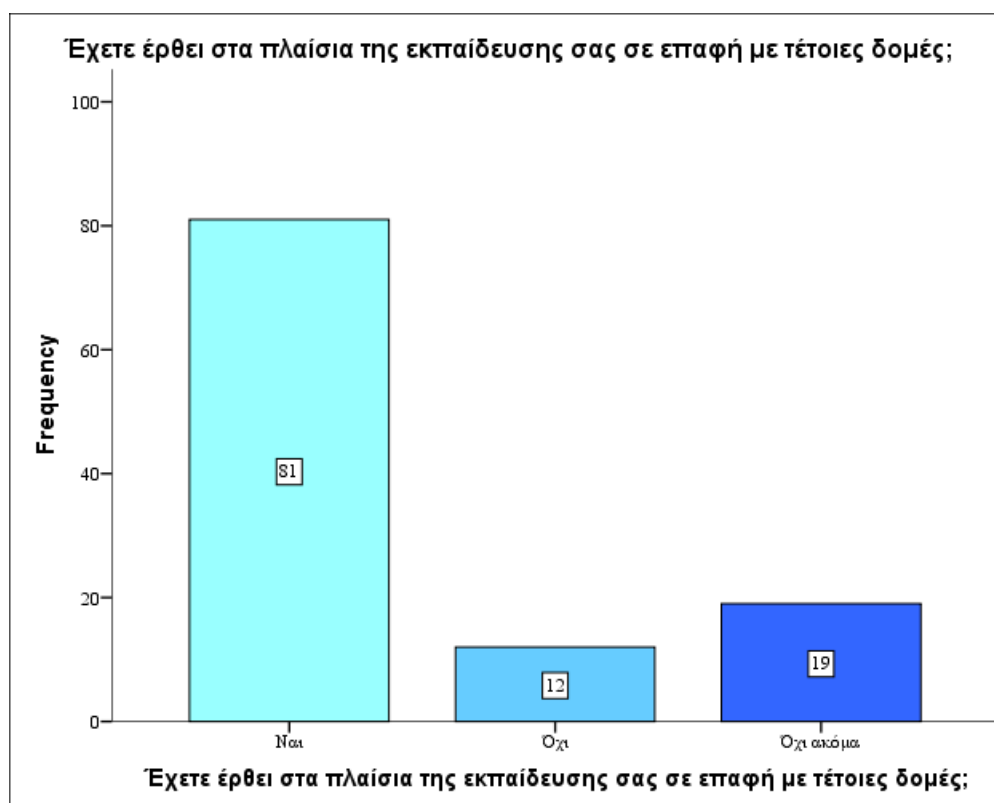
Ερώτηση 26: Έχετε έρθει στα πλαίσια της εκπαίδευσης σας σε επαφή με τέτοιες δομές;

Όσον αφορά το εάν το δείγμα έχει έρθει στα πλαίσια της εκπαίδευσης του σε επαφή με τέτοιες δομές, παρατηρήθηκε πως 81 άτομα απάντησαν πως έχουν έρθει στα πλαίσια της εκπαίδευσης τους σε επαφή με δομές ψυχικής υγείας (72,3%). Την ίδια στιγμή 12 άτομα απάντησαν πως δεν έχει συμβεί κάτι τέτοιο (10,7%) ενώ 19 άτομα απάντησαν πως κάτι τέτοιο δεν έχει γίνει ακόμα (17%).

Έχετε έρθει στα πλαίσια της εκπαίδευσης σας σε επαφή με τέτοιες δομές;

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	81	72,3
	Όχι	12	10,7
	Όχι ακόμα	19	17,0
	Total	112	100,0

Πίνακας 26: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του εάν το δείγμα έχει έρθει στα πλαίσια της εκπαίδευσης του σε επαφή με τέτοιες δομές.



Γράφημα Ράβδων 24: Παρουσίαση της συχνότητας του εάν το δείγμα έχει έρθει στα πλαίσια της εκπαίδευσης του σε επαφή με τέτοιες δομές.

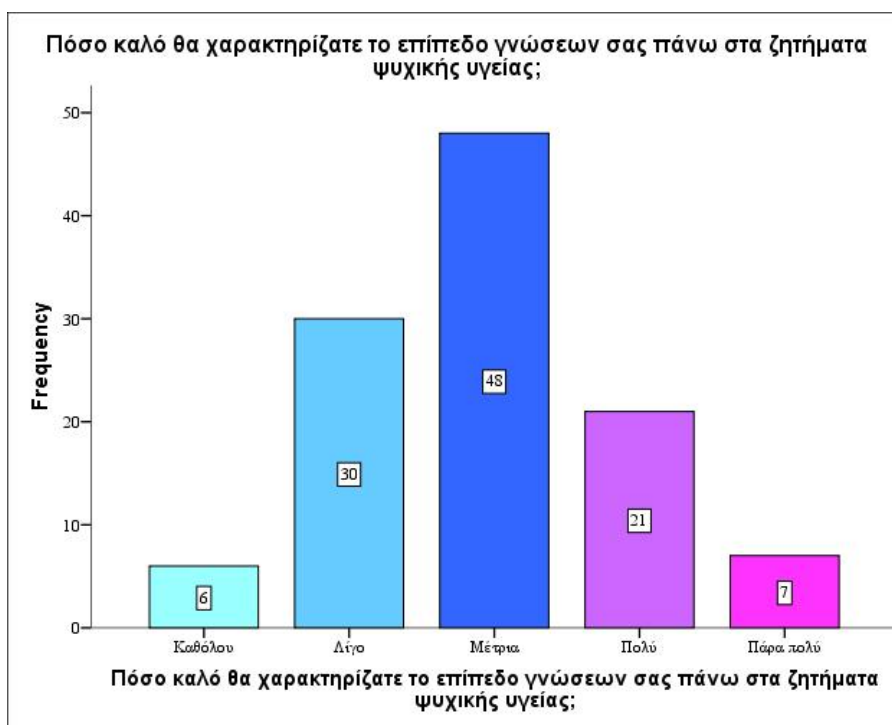
Ερώτηση 27: Πόσο καλό θα χαρακτηρίζατε το επίπεδο γνώσεων σας πάνω στα ζητήματα ψυχικής υγείας;

Όσον αφορά το πώς θα χαρακτήριζε το δείγμα το επίπεδο γνώσεων του πάνω στα ζητήματα ψυχικής υγείας, παρατηρήθηκε πως 36 άτομα απάντησαν πως το επίπεδο γνώσεων τους πάνω στα ζητήματα ψυχικής υγείας είναι μετρίως καλό (42,9%). Την ίδια στιγμή 48 άτομα απάντησαν πως θεωρούν το επίπεδο γνώσης τους από λίγο έως καθόλου καλό (32,2%) ενώ 28 άτομα απάντησαν πως θεωρούν από πολύ έως πάρα πολύ καλό το επίπεδο των γνώσεων τους (17%).

Πόσο καλό θα χαρακτηρίζατε το επίπεδο γνώσεων σας πάνω στα ζητήματα ψυχικής υγείας;

		Frequency	Percent
Valid	Καθόλου	6	5,4
	Λίγο	30	26,8
	Μέτρια	48	42,9
	Πολύ	21	18,8
	Πάρα πολύ	7	6,3
	Total	112	100,0

Πίνακας 27: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του πως θα χαρακτήριζε το δείγμα το επίπεδο γνώσεων του πάνω στα ζητήματα ψυχικής υγείας.



Γράφημα Ράβδων 25: Παρουσίαση της συχνότητας του πως θα χαρακτήριζε το δείγμα το επίπεδο γνώσεων του πάνω στα ζητήματα ψυχικής υγείας.

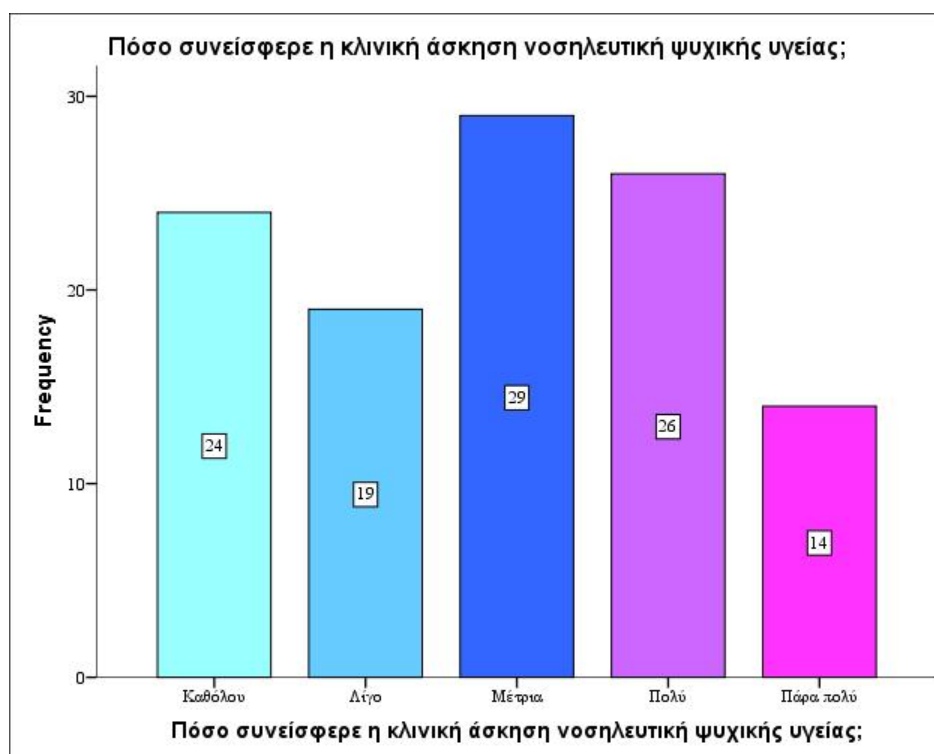
Ερώτηση 28: Πόσο συνείσφερε η κλινική άσκηση νοσηλευτική ψυχικής υγείας στη βελτίωση των γνώσεων γύρω από τα ζητήματα ψυχικής υγείας;

Όσον αφορά το πόσο θεωρεί το δείγμα ότι συνείσφερε η κλινική του άσκηση στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας στη βελτίωση των γνώσεων γύρω από τα ζητήματα ψυχικής υγείας, παρατηρήθηκε πως 43 άτομα απάντησαν πως η κλινική τους άσκηση στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας συνείσφερε από λίγο έως καθόλου στη βελτίωση των γνώσεων γύρω από τα ζητήματα ψυχικής υγείας (38,4%). Την ίδια στιγμή 29 άτομα απάντησαν πως συνείσφερε μέτρια (25,9%) ενώ 40 άτομα απάντησαν πως συνείσφερε από πολύ έως πάρα πολύ (35,7%).

Πόσο συνείσφερε η κλινική άσκηση νοσηλευτική ψυχικής υγείας;

		Frequency	Percent
Valid	Καθόλου	24	21,4
	Λίγο	19	17,0
	Μέτρια	29	25,9
	Πολύ	26	23,2
	Πάρα πολύ	14	12,5
	Total	112	100,0

Πίνακας 28: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του πόσο συνείσφερε η κλινική άσκηση νοσηλευτική ψυχικής υγείας στη βελτίωση των γνώσεων του δείγματος γύρω από τα ζητήματα ψυχικής υγείας.



Γράφημα Ράβδων 26: Παρουσίαση της συχνότητας του πόσο συνείσφερε η κλινική άσκηση νοσηλευτική ψυχικής υγείας στη βελτίωση των γνώσεων του δείγματος γύρω από τα ζητήματα ψυχικής υγείας.

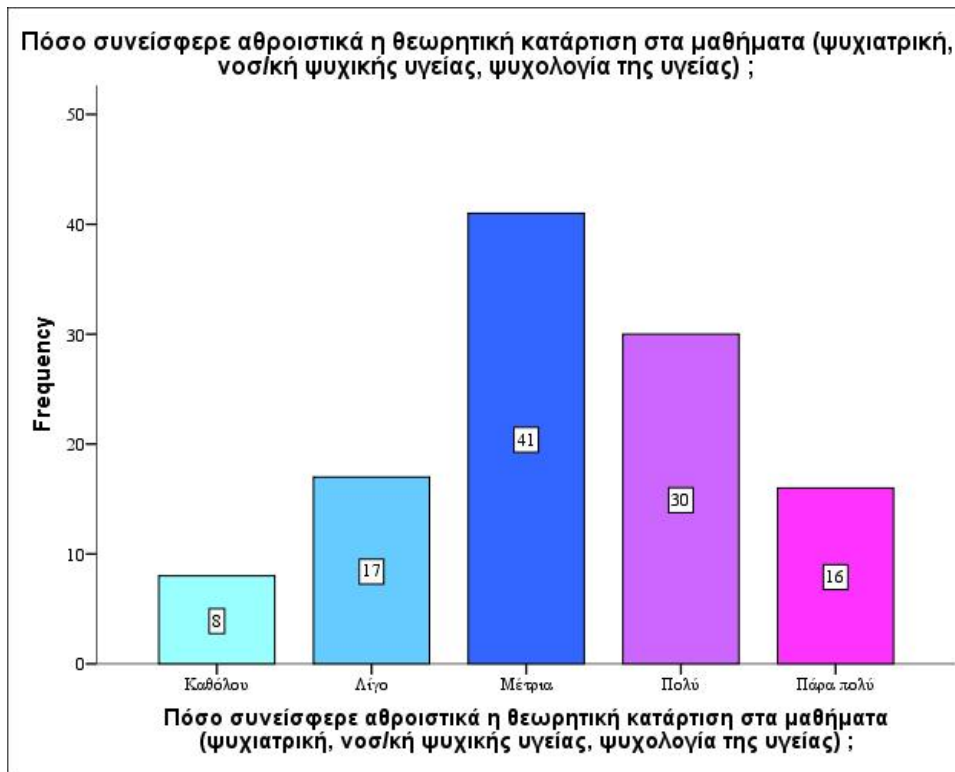
Ερώτηση 29: Πόσο συνείσφερε αθροιστικά η θεωρητική κατάρτιση στα μαθήματα στη βελτίωση των γνώσεων γύρω από τα ζητήματα ψυχικής υγείας;

Όσον αφορά το πόσο θεωρεί το δείγμα ότι συνείσφερε αθροιστικά η θεωρητική κατάρτιση στα μαθήματα στη βελτίωση των γνώσεων γύρω από τα ζητήματα ψυχικής υγείας, παρατηρήθηκε πως 46 άτομα απάντησαν πως αθροιστικά η θεωρητική κατάρτιση στα μαθήματα συνείσφερε από πολύ έως πάρα πολύ στη βελτίωση των γνώσεων γύρω από τα ζητήματα ψυχικής υγείας (41,1%). Την ίδια στιγμή 41 άτομα απάντησαν πως συνείσφερε μέτρια (36,6%) ενώ 25 άτομα απάντησαν πως συνείσφερε από καθόλου έως λίγο (22,3%).

Πόσο συνείσφερε αθροιστικά η θεωρητική κατάρτιση στα μαθήματα (ψυχιατρική, νοσ/κή ψυχικής υγείας, ψυχολογία της υγείας) ;

		Frequency	Percent
Valid	Καθόλου	8	7,1
	Λίγο	17	15,2
	Μέτρια	41	36,6
	Πολύ	30	26,8
	Πάρα πολύ	16	14,3
	Total		112

Πίνακας 29: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του πόσο συνείσφερε αθροιστικά η θεωρητική κατάρτιση στα μαθήματα στη βελτίωση των γνώσεων του δείγματος γύρω από τα ζητήματα ψυχικής υγείας.



Γράφημα Ράβδων 27: Παρουσίαση της συχνότητας του πόσο συνείσφερε αθροιστικά η θεωρητική κατάρτιση στα μαθήματα στη βελτίωση των γνώσεων του δείγματος γύρω από τα ζητήματα ψυχικής υγείας.

Ερώτηση 30: Ποια ήταν τα συναισθήματα σας ως προς τους ασθενείς με τους οποίους ήρθατε σε επαφή;

Αναφορικά με τα συναισθήματα που το δείγμα βίωσε σε μεγαλύτερο βαθμό μετά την επαφή του με ασθενείς παρατηρήθηκε πως οι περισσότεροι συμμετέχοντες ένιωσαν περιέργεια (50,5%), ενώ ακολούθησαν αυτοί/ες που ένιωσαν συμπόνια (45,9%). Τρίτο πιο διαδεδομένο συναίσθημα ήταν ο φόβος (15,6%), ενώ ακολούθησαν η ευχαρίστηση (13,8%), η χαρά (9,2%) και ο οίκτος (5,5%). Το 24,8% του δείγματος δεν ήρθε σε επαφή με κάποιο ασθενή.

Ποια ήταν τα συναισθήματα σας ως προς τους ασθενείς με τους οποίους ήρθατε σε επαφή;

		Responses		
		N	Percent	Percent of Cases
\$tria ^a	Οίκτος	6	3,3%	5,5%
	Φόβος	17	9,4%	15,6%
	Περιέργεια	55	30,6%	50,5%
	Χαρά	10	5,6%	9,2%
	Ευχαρίστηση	15	8,3%	13,8%
	Συμπόνια	50	27,8%	45,9%
	Δεν έχω έρθει σε επαφή με τέτοιους ασθενείς	27	15,0%	24,8%
Total		180	100,0%	165,1%

Πίνακας 30: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας των απαντήσεων του δείγματος για τα συναισθήματα τους ως προς τους ασθενείς με τους οποίους ήρθαν σε επαφή.

Ερώτηση 31: Ποιες είναι οι παρατηρήσεις σας ως προς τις δομές που έχετε επισκεφθεί;

Αναφορικά με τις παρατηρήσεις του δείγματος ως προς τις δομές που έχουν επισκεφθεί, παρατηρήθηκε πως οι περισσότεροι συμμετέχοντες παρατήρησαν ευδιάθετο το προσωπικό των δομών (53,4%), ενώ ακολούθησαν αυτοί/ες που παρατήρησαν καθαρούς χώρους (37%). Στη συνέχεια παρατηρήθηκαν μισογκρεμισμένα κτήρια (26%), ενώ ακολούθησαν το βρώμικο περιβάλλον (24,7%), η αναίδεια του προσωπικού των δομών (9,2%) και οι καινούργιες εγκαταστάσεις (9,6%).

Ποιες είναι οι παρατηρήσεις σας ως προς τις δομές που έχετε επισκεφθεί;

		Responses		Percent of
		N	Percent	Cases
\$tesa ^a	Καινούργιες εγκαταστάσεις	7	5,8%	9,6%
	Καθαροί χώροι	27	22,5%	37,0%
	Ευδιάθετο προσωπικό	39	32,5%	53,4%
	Βρώμικο περιβάλλον	18	15,0%	24,7%
	Μισογκρεμισμένα κτήρια	19	15,8%	26,0%
	Αναιδέστατοι νοσηλευτές και γιατροί	10	8,3%	13,7%
Total		120	100,0%	164,4%

Πίνακας 31: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας των απαντήσεων του δείγματος για τις παρατηρήσεις του ως προς τις δομές που έχουν επισκεφθεί.

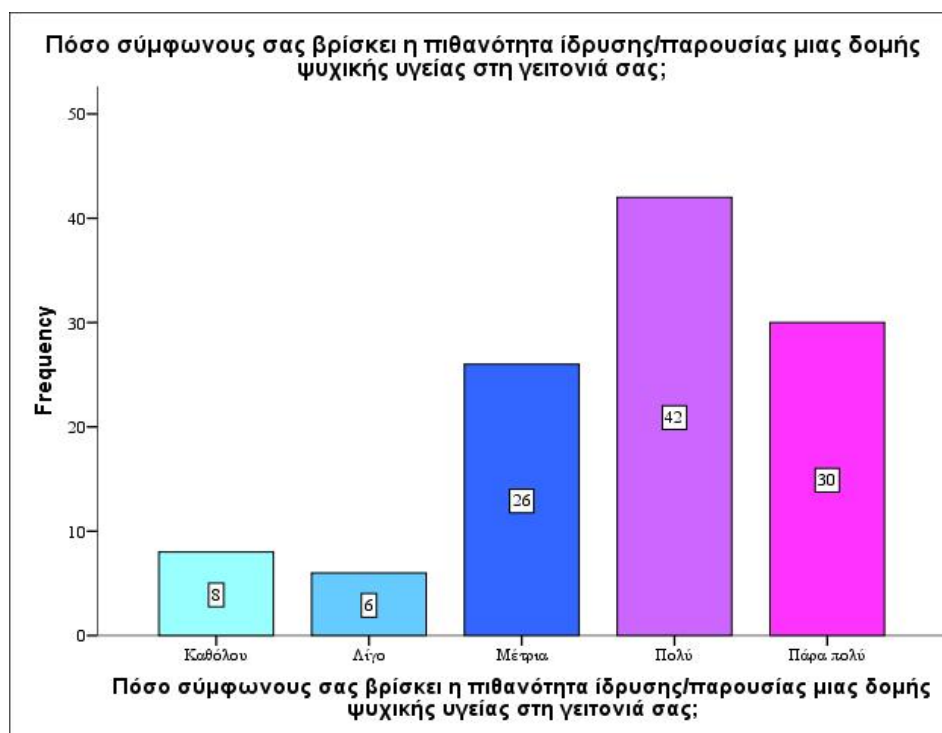
Ερώτηση 32: Πόσο σύμφωνους σας βρίσκει η πιθανότητα ίδρυσης/παρουσίας μιας δομής ψυχικής υγείας στη γειτονιά σας;

Όσον αφορά το πόσο σύμφωνο είναι το δείγμα με την πιθανότητα ίδρυσης/παρουσίας μιας δομής ψυχικής υγείας στη γειτονιά του, παρατηρήθηκε πως 72 άτομα απάντησαν πως συμφωνούν από πολύ έως πάρα πολύ στο να ιδρυθεί ή να υπάρχει δομή ψυχικής υγείας στη γειτονιά τους (64,3%). Την ίδια στιγμή 26 άτομα απάντησαν πως συμφωνούν σε μέτριο βαθμό (23,2%) ενώ 14 άτομα απάντησαν πως είτε διαφωνούν είτε συμφωνούν κατά λίγο (12,5%).

Πόσο σύμφωνους σας βρίσκει η πιθανότητα ίδρυσης/παρουσίας μιας δομής ψυχικής υγείας στη γειτονιά σας;

		Frequency	Percent
Valid	Καθόλου	8	7,1
	Λίγο	6	5,4
	Μέτρια	26	23,2
	Πολύ	42	37,5
	Πάρα πολύ	30	26,8
	Total	112	100,0

Πίνακας 32: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του πόσο σύμφωνο είναι το δείγμα με την πιθανότητα ίδρυσης/παρουσίας μιας δομής ψυχικής υγείας στη γειτονιά του.



Γράφημα Ράβδων 28: Παρουσίαση της συχνότητας του πόσο σύμφωνο είναι το δείγμα με την πιθανότητα ίδρυσης/παρουσίας μιας δομής ψυχικής υγείας στη γειτονιά του.

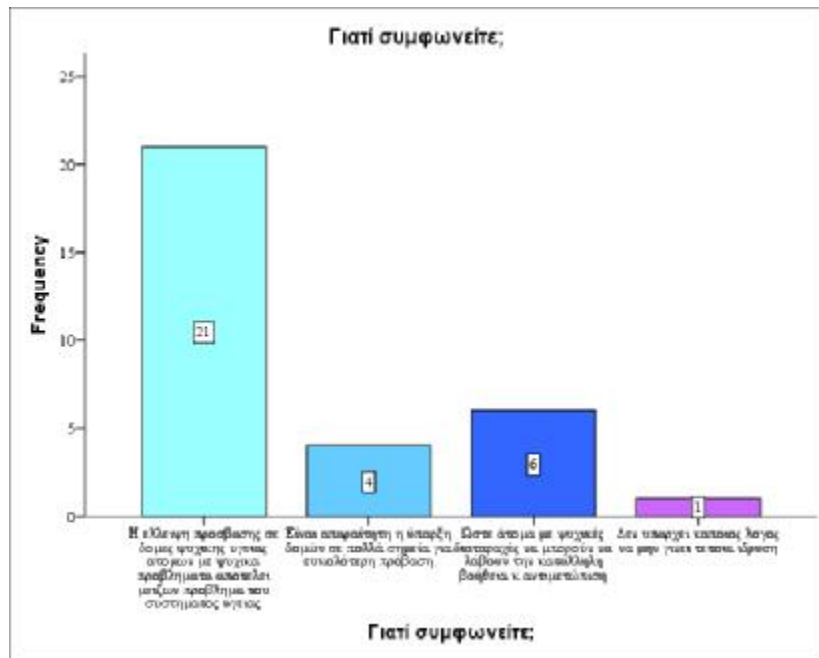
Ερώτηση 33: Γιατί συμφωνείτε με την πιθανότητα ίδρυσης/παρουσίας μιας δομής ψυχικής υγείας στη γειτονιά σας;

Όσον αφορά το λόγο που το δείγμα είναι σύμφωνο με την πιθανότητα ίδρυσης/παρουσίας μιας δομής ψυχικής υγείας στη γειτονιά του, παρατηρήθηκε πως 21 άτομα απάντησαν πως θεωρούν πως η ίδρυση μιας δομής ψυχικής υγείας πρέπει να πραγματοποιηθεί λόγω του ότι η έλλειψη της πρόσβασης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα, σε τέτοιες δομές αποτελεί μείζων πρόβλημα του συστήματος υγείας (65,6%). Την ίδια στιγμή 4 άτομα απάντησαν πως θεωρούν ότι είναι απαραίτητη η ύπαρξη δομών σε πολλά σημεία για ευκολότερη πρόσβαση (12,5%) ενώ 6 άτομα απάντησαν πως πρέπει να γίνει κάτι τέτοιο ώστε τα άτομα με ψυχικές διαταραχές να μπορούν να λάβουν την κατάλληλη βοήθεια κ αντιμετώπιση (18,8%). Τέλος 1 άτομο απάντησε πως δεν υπάρχει λόγος να μην ιδρυθεί μια τέτοια μονάδα (3,1%).

Γιατί συμφωνείτε;

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Η έλλειψη της πρόσβασης σε δομές ψυχικής υγείας των ατόμων με ψυχικά προβλήματα αποτελεί μείζων πρόβλημα του συστήματος υγείας	21	18,8	65,6
	Είναι απαραίτητη η ύπαρξη δομών σε πολλά σημεία για ευκολότερη πρόσβαση	4	3,6	12,5
	Ωστε άτομα με ψυχικές διαταραχές να μπορούν να λάβουν την κατάλληλη βοήθεια κ αντιμετώπιση	6	5,4	18,8
	Δεν υπάρχει κάποιος λόγος να μην γίνει τέτοια ίδρυση	1	,9	3,1
	Total	32	28,6	100,0
Missing	System	80	71,4	
Total		112	100,0	

Πίνακας 33: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του λόγο που το δείγμα είναι σύμφωνο με την πιθανότητα ίδρυσης/παρουσίας μιας δομής ψυχικής υγείας στη γειτονιά του.



Γράφημα Ράβδων 29: Παρουσίαση της συχνότητας του λόγο που το δείγμα είναι σύμφωνο με την πιθανότητα ίδρυσης/παρουσίας μιας δομής ψυχικής υγείας στη γειτονιά του.

Ερώτηση 34: Γιατί διαφωνείτε με την πιθανότητα ίδρυσης/παρουσίας μιας δομής ψυχικής υγείας στη γειτονιά σας;

Όπως κατέστη εμφανές κανένας συμμετέχοντας στην έρευνα δεν όρισε κάποιο λόγο ο οποίος τον εναντιώνει με την πιθανότητα ίδρυσης μια δομής ψυχικής υγείας στη γειτονιά του.

Γιατί διαφωνείτε;		Frequency	Percent
Missing	System	112	100,0

Πίνακας 34: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του λόγο που διαφωνεί το δείγμα με την πιθανότητα ίδρυσης/παρουσίας μιας δομής ψυχικής υγείας στη γειτονιά του.

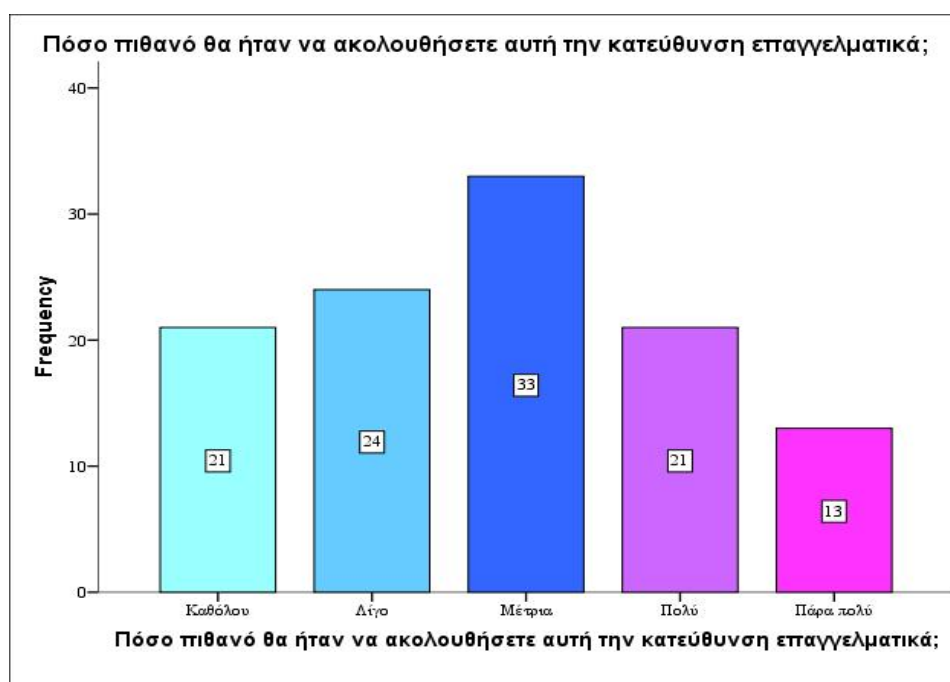
Ερώτηση 35: Πόσο πιθανό θα ήταν να ακολουθήσετε αυτή την κατεύθυνση επαγγελματικά;

Όσον αφορά το πόσο πιθανό κρίνει το δείγμα ότι είναι να ακολουθήσει την κατεύθυνση της ψυχικής υγείας επαγγελματικά, παρατηρήθηκε πως 45 άτομα απάντησαν πως θεωρούν πως είναι από καθόλου έως λίγο πιθανό να ακολουθήσουν την κατεύθυνση της ψυχικής υγείας επαγγελματικά (40,2%). Την ίδια στιγμή 33 άτομα απάντησαν πως είναι μέτρια πιθανό να κάνουν κάτι τέτοιο (29,5%) ενώ 34 άτομα απάντησαν πως κρίνουν από πολύ έως πάρα πολύ μια τέτοια επαγγελματική τους κλίση (3,1%).

Πόσο πιθανό θα ήταν να ακολουθήσετε αυτή την κατεύθυνση επαγγελματικά;

		Frequency	Percent
Valid	Καθόλου	21	18,8
	Λίγο	24	21,4
	Μέτρια	33	29,5
	Πολύ	21	18,8
	Πάρα πολύ	13	11,6
	Total		112

Πίνακας 35: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του πόσο πιθανό θεωρεί το δείγμα να ακολουθήσει την κατεύθυνση της ψυχικής υγείας επαγγελματικά.



Γράφημα Ράβδων 30: Παρουσίαση της συχνότητας του πόσο πιθανό θεωρεί το δείγμα να ακολουθήσει την κατεύθυνση της ψυχικής υγείας επαγγελματικά.

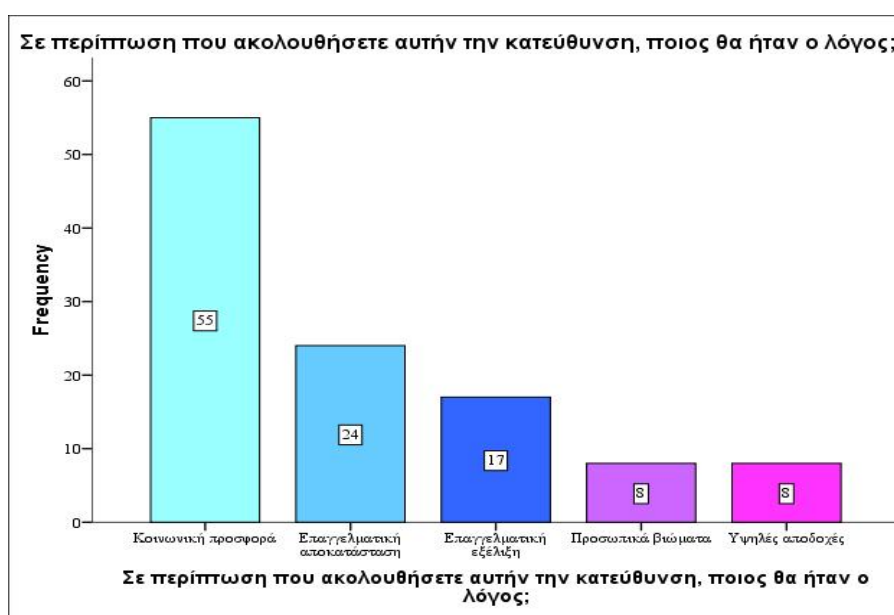
Ερώτηση 36: Σε περίπτωση που ακολουθήσετε αυτήν την κατεύθυνση, ποιος θα ήταν ο λόγος;

Όσον αφορά το λόγο που το δείγμα θα ακολουθούσε την κατεύθυνση της ψυχικής υγείας επαγγελματικά, παρατηρήθηκε πως 55 άτομα απάντησαν πως θα έκαναν κάτι τέτοιο λόγω του ότι θέλουν να προσφέρουν στην κοινωνία (49,1%). Την ίδια στιγμή 24 άτομα απάντησαν πως θα ακολουθούσαν την κατεύθυνση της ψυχικής υγείας για την επαγγελματική αποκατάσταση που τους προσφέρει (21,4%) ενώ 17 άτομα απάντησαν πως θα έκαναν κάτι τέτοιο ώστε να εξελιχθούν επαγγελματικά (15,2%). Τέλος από 8 άτομα απάντησαν πως θα επέλεγαν την κατεύθυνση της ψυχικής υγείας λόγω προσωπικών βιωμάτων και λόγω των υψηλών αποδοχών (7,1% σε κάθε περίπτωση)

Σε περίπτωση που ακολουθήσετε αυτήν την κατεύθυνση, ποιος θα ήταν ο λόγος;

		Frequency	Percent
Valid	Κοινωνική προσφορά	55	49,1
	Επαγγελματική αποκατάσταση	24	21,4
	Επαγγελματική εξέλιξη	17	15,2
	Προσωπικά βιώματα	8	7,1
	Υψηλές αποδοχές	8	7,1
	Total	112	100,0

Πίνακας 36: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του λόγο που το δείγμα θεωρεί ότι θα ακολουθούσε την κατεύθυνση της ψυχικής υγείας επαγγελματικά.



Γράφημα Ράβδων 31: Παρουσίαση της συχνότητας του λόγο που το δείγμα θεωρεί ότι θα ακολουθούσε την κατεύθυνση της ψυχικής υγείας επαγγελματικά.

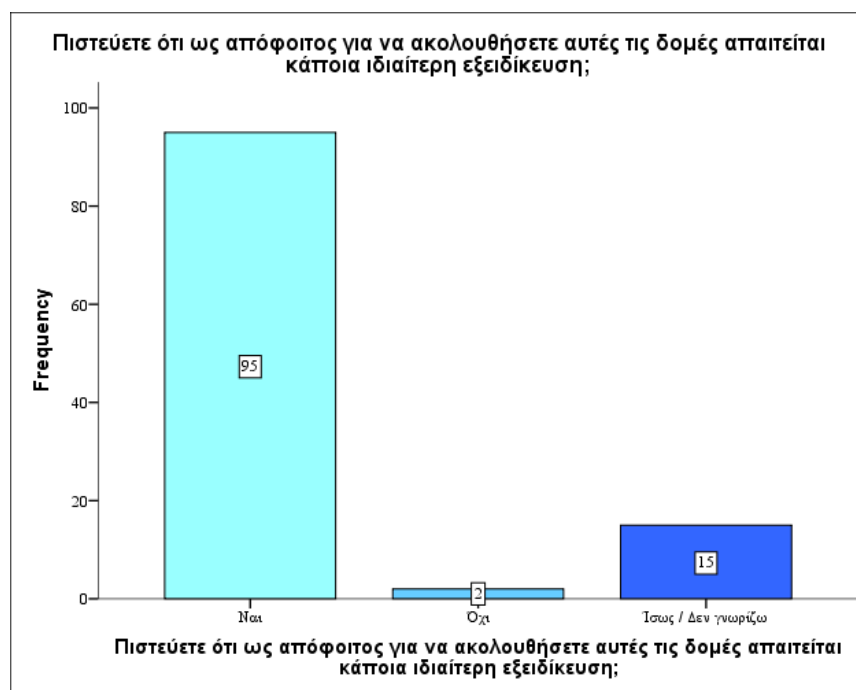
Ερώτηση 37: Πιστεύετε ότι ως απόφοιτος για να ακολουθήσετε αυτές τις δομές απαιτείται κάποια ιδιαίτερη εξειδίκευση;

Όσον αφορά το εάν το δείγμα θεωρεί ότι ως απόφοιτοι για να ακολουθήσουν αυτές τις δομές απαιτείται κάποια ιδιαίτερη εξειδίκευση, παρατηρήθηκε πως 95 άτομα απάντησαν πως κατά τη γνώμη τους θεωρούν πως χρειάζονται κάποια επιπρόσθετη εξειδίκευση για να ακολουθήσουν αυτές τις δομές (84,8%). Την ίδια στιγμή 2 άτομα απάντησαν πως διαφωνών (1,8%) ενώ 15 άτομα απάντησαν πως δεν γνωρίζουν ή ότι ίσως χρειάζονται εξειδίκευση (13,4%).

Πιστεύετε ότι ως απόφοιτος για να ακολουθήσετε αυτές τις δομές απαιτείται κάποια ιδιαίτερη εξειδίκευση;

		Frequency	Percent
Valid	Ναι	95	84,8
	Όχι	2	1,8
	Ίσως / Δεν γνωρίζω	15	13,4
	Total	112	100,0

Πίνακας 37: Παρουσίαση της συχνότητας και της εκατοστιαίας συχνότητας του εάν το δείγμα θεωρεί ότι ως απόφοιτοι για να ακολουθήσουν αυτές τις δομές απαιτείται κάποια ιδιαίτερη εξειδίκευση.



Γράφημα Ράβδων 32: Παρουσίαση της συχνότητας του εάν το δείγμα θεωρεί ότι ως απόφοιτοι για να ακολουθήσουν αυτές τις δομές απαιτείται κάποια ιδιαίτερη εξειδίκευση.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αφότου παρατηρήθηκαν όλες οι απαντήσεις που έδωσε το δείγμα κατέστη εμφανές πως η γνωστότερη ελληνική δομή ήταν οι Κινητές μονάδες ψυχικής υγείας (76,1%), ενώ ακολούθησε το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (69,7%) και η Ψυχιατρική Κλινική Ρίου (40,4%). Λιγότερο γνωστές δομές ήταν το Κέντρο ψυχικής υγείας Πάτρας ‘‘Ο Άγιος Ανδρέας’’ (31,2%), το κέντρο ημέρας (27,5%), ο Σύλλογος για την Ψυχική Υγεία (24,8%), ο Κοινωνικός συνεταιρισμός (12,8%) και ο Ψύχαργωσ (3,7%)/ Άξιο αναφοράς είναι πως το 11,9% των συμμετεχόντων δεν γνώριζε καμία δομή ψυχικής υγείας. Διερευνώντας το φορέα που έκανε γνωστές τις εκάστοτε δομές στο δείγμα, παρατηρήθηκε πως ο φορέας που το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος τους γνωστοποίησε δεδομένα για τις δομές ψυχικής υγείας ήταν οι φίλοι (81,1%), ενώ ακολούθησε η σχολή ή και το σχολείο των συμμετεχόντων (36%). Ο τρίτος πιο διαδεδομένος φορέας ενημέρωσης ήταν οι γονείς (23,4%), ακολούθησαν τα ΜΜΕ (19,8%) και τέλος το διαδίκτυο (10,8%).

Ταυτόχρονα παρατηρήθηκε πως το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος είχε επισκεφθεί κάποια δομή ψυχικής υγείας για να προσφέρει εθελοντικά (21,4%), ή για τις ανάγκες της πρακτικής ή κλινικής τους άσκησης (18,8%), εδώ πρέπει να σημειωθεί πως σχεδόν το μισό δείγμα δεν έχει επισκεφθεί κάποια δομή ψυχικής υγείας (47,3%). Σχετικά με το λόγο που το δείγμα δεν έχει επισκεφθεί κάποια δομή κατά κύριο λόγο παρατηρήθηκε πως οι ερωτηθέντες δεν έχουν επισκεφθεί κάποια δομή λόγω του γεγονότος ότι δεν το θεωρούν αναγκαίο (70,2%).

Την ίδια στιγμή παρατηρήθηκε και ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος απάντησε πως γνώριζε ότι λειτουργεί συμβουλευτικός σταθμός ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο του τμήματος Νοσηλευτικής στην Πάτρα (73,2%), παρόλα ταύτα κατέστη εμφανές πως οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν πως δεν επισκέπτονται ποτέ αυτόν τον συμβουλευτικό σταθμό (85,7%). Οι περισσότεροι από αυτούς που επισκέπτονται τον προαναφερθέντα σταθμό το κάνουν για λόγους ψυχολογικής υποστήριξης, ή για ενημερωτικό ή και διερευνητικό σκοπό(36%), ενώ τα άτομα που δεν τον επισκέπτονται κατά κύριο λόγο το κάνουν επειδή δεν το κρίνουν απαραίτητο (94,3%). Την ίδια στιγμή η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε πως κάποιο οικείο τους άτομο έχει επισκεφθεί κάποια δομή για να λάβει υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης (56,3%), ενώ οι περισσότεροι συμμετέχοντες θα προτείναν

από πολύ έως πάρα πολύ σε κάποιο φίλο ή γνωστό να επισκεφθεί κάποια δομή ψυχικής υγείας (61,7%).

Επιπροσθέτως παρατηρήθηκε πως το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος θεωρεί τα άτομα που επισκέπτονται τις δομές ψυχικής υγείας από πολύ έως πάρα πολύ ισότιμα με τους υπολοίπους πολίτες (67%), ενώ σε σχέση με τους ίδιους θα έκριναν τα άτομα που επισκέπτονται τις δομές ψυχικής υγείας από καθόλου έως λίγο διαφορετικά (54,5%). Ταυτόχρονα το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος απάντησε πως ίσως θα έκαναν παρέα με άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια αλλά με κάποιες επιφυλάξεις (47,3%).

Άξιο αναφορά είναι πως σχεδόν τα $\frac{3}{4}$ του δείγματος έχει έρθει στα πλαίσια της εκπαίδευσης τους σε επαφή με δομές ψυχικής υγείας (72,3%), ενώ το δείγμα κατά κύριο λόγο κρίνει το επίπεδο γνώσεων του πάνω στα ζητήματα ψυχικής υγείας ως μετρίως καλό (42,9%). Την ίδια στιγμή οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν πως η κλινική τους άσκηση στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας συνείσφερε από λίγο έως καθόλου στη βελτίωση των γνώσεων γύρω από τα ζητήματα ψυχικής υγείας (38,4%), ενώ αθροιστικά η θεωρητική κατάρτιση στα μαθήματα συνείσφερε από πολύ έως πάρα πολύ στη βελτίωση των γνώσεων γύρω από τα ζητήματα ψυχικής υγείας (41,1%).

Αναφορικά με τα συναισθήματα που το δείγμα βίωσε σε μεγαλύτερο βαθμό μετά την επαφή του με ασθενείς παρατηρήθηκε πως οι περισσότεροι συμμετέχοντες ένιωσαν περιέργεια (50,5%), ενώ ακολούθησαν αυτοί/ες που ένιωσαν συμπόνια (45,9%). Σημαντικό είναι πως στη συνέχεια αρκετά άτομα ένιωσαν φόβο (15,6%), ευχαρίστηση (13,8%), χαρά (9,2%) και οίκτο (5,5%). Το 24,8% του δείγματος δεν ήρθε ποτέ σε επαφή με κάποιο ασθενή. Αναφορικά με τις δομές οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν πως όταν τις επισκέφθηκαν αντίκρισαν ευδιάθετο το προσωπικό των δομών (53,4%), ενώ ακολούθησαν αυτοί/ες που αντίκρισαν καθαρούς χώρους (37%). Στη συνέχεια αρκετοί ερωτηθέντες ήρθαν αντιμέτωποι με μισογκρεμισμένα κτήρια (26%), βρώμικο περιβάλλον (24,7%), αναιδείς γιατρούς και προσωπικό (9,2%) ενώ υπήρξαν και αρκετές καινούργιες εγκαταστάσεις (9,6%).

Όσον αφορά την ίδρυση κάποιας δομής στη γειτονιά του δείγματος οι περισσότεροι συμμετέχοντες απάντησαν πως συμφωνούν από πολύ έως πάρα πολύ σε αυτό

(64,3%). Οι πιο σημαντικοί λόγοι που έκαναν το δείγμα να ενστερνιστεί κάτι τέτοιο είναι ότι η έλλειψη της πρόσβασης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα, σε τέτοιες δομές αποτελεί μείζων πρόβλημα του συστήματος υγείας (65,6%), ότι είναι απαραίτητη η ύπαρξη δομών σε πολλά σημεία για ευκολότερη πρόσβαση (12,5%) ενώ ορισμένα άτομα απάντησαν πως πρέπει να γίνει κάτι τέτοιο ώστε τα άτομα με ψυχικές διαταραχές να μπορούν να λάβουν την κατάλληλη βοήθεια κ αντιμετώπιση (18,8%). Τέλος 1 άτομο απάντησε πως δεν υπάρχει λόγος να μην ιδρυθεί μια τέτοια μονάδα (3,1%). Κανένας συμμετέχοντας δεν έδωσε κάποιο τεκμηριωμένο λόγο για τη μη ίδρυσης μια δομής ψυχικής υγείας στη γειτονιά του.

Σχετικά με την επαγγελματική πορεία του δείγματος παρατηρήθηκε πως οι περισσότεροι ερωτηθέντες θεωρούν πως είναι από καθόλου έως λίγο πιθανό να ακολουθήσουν την κατεύθυνση της ψυχικής υγείας επαγγελματικά (40,2%), ενώ από αυτούς που θα το έκαναν οι περισσότεροι θα έκαναν κάτι τέτοιο λόγω του ότι θέλουν να προσφέρουν στην κοινωνία (49,1%). Τέλος οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν πως κατά τη γνώμη τους χρειάζονται κάποια επιπρόσθετη εξειδίκευση για να ακολουθήσουν αυτές τις δομές (84,8%).

Η έννοια της κοινωνικής επανένταξης εμπεριέχει την κατάλυση του στιγματισμού κοινωνική επανένταξη θεωρείται η εισαγωγή του ατόμου σε όλους τους τομείς της δημόσιας ζωής και η συμμετοχή του σε δραστηριότητες που μπορούν να ενεργοποιήσουν την προσωπικότητα του. Η συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής επανένταξης αξιοπρέπειας και ψυχικής υγείας φαίνεται ότι σχετίζεται άμεσα με τον κοινωνικό στιγματισμό.

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας εργάζονται με άτομα, οικογένειες, ομάδες και κοινότητες, αξιολογώντας τις ανάγκες ψυχικής υγείας τους. Αναπτύσσουν μια σχέδια φροντίδας, εφαρμόζουν τη νοσηλευτική διαδικασία και αξιολογούν την αποτελεσματικότητά τους. Συμβάλλουν επίσης στην ανάπτυξη πολιτικής, στη βελτίωση της ποιότητας, στην αξιολόγηση των πρακτικών και στη μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας ως εξειδικευμένο προσωπικό θεωρούνται προηγμένη ειδικότητα στο νοσηλευτικό ίδρυμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2014). National Center for Injury Prevention and Control (NCIP). Web-based injury statistics query and reporting system (WISQARS) [Internet]. Atlanta: CDC

Lando J, Marshall Williams S, Sturgis S, et al. (2006). A logic model for the integration of mental health into chronic disease prevention and health promotion. *Prev Chronic Dis*. April;3(2):A61.

National Research Council and Institute of Medicine. (2009). Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities [Internet]. O'Connell ME, Boat T, Warner KE, editors. Washington: National Academies Press;. p. 18.

Ferrari et al. (2015). The Burden Attributable to Mental and Substance Use Disorders as Risk Factors for Suicide: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLOS ONE*.

Murray C., Lopez A. (2002). *World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I. et al. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515-1525.

Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370: 859-877.

Walker S, Wachs TD, Meeks Gardner J, Lozoff B, Wasserman GA, Pollitt E, Careter JA and the International Child Development Steering Group (2007). Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The Lancet*, 369: 145-157.

Wicks, S., Hjern, A., & Dalman, C. (2010). Social risk or genetic liability for psychosis? A study of children born in Sweden and reared by adoptive parents. *American Journal of Psychiatry*, 167(10), 1240-1246.

Zhang, J., Xiao, S., & Zhou, L. (2010). Mental disorders and suicide among young rural Chinese: a case-control psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 773-781.

Kaplan, H.I., and Sadock B. J.. (1998).Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences–Clinical Psychiatry. Eighth edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Οικονόμου Μ. (2008). Ψυχική ασθένεια και κοινωνικό στίγμα: Διαχρονικές και σύγχρονες προκλήσεις. Τετράδια Ψυχιατρικής., 102:19-34

Συλλογικό έργο. (2016). Η συμβολή της νοσηλευτικής στην ψυχιατρική θεραπευτική. Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.

Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, Α. (2005). Κοινωνική - κοινοτική νοσηλευτική ψυχικής υγείας / Αλεξάνδρα Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου. Αθήνα : Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Κούκια, Ε. (2015). Ψυχιατρική νοσηλευτική, νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Αθήνα:Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις,.

Γυφτάκη Ε., Κακογιάννη Μ. (2005). Η ματιά του ενοίκου-ασθενή σε ό,τι για αυτόν σημαίνει αποκατάσταση, Τετράδια Ψυχιατρικής, 89: 31-38

ΨΥΧΑΡΓΩΣ. (2017)

<http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/Ypostirixi%20Forewn/Periodiko.pdf>

Health Scotland. Stigma: A Guidebook for Action, 2008 Διαθέσιμο στο http://www.healthscotland.com/uploads/documents/12425-Stigma_Guidebook_for_Action%202635.pdf

Health Scotland. Stigma: A Guidebook for Action, 2008 Διαθέσιμο στο Διάδίκτυο:
www.healthscotland.com/uploads/documents/6421-Stigma_Guidebook_for_Action%202635.pdf

Mental Health Europe. (2018). From Exclusion to Inclusion - The Way forward to Promoting Social Inclusion of People with Mental Health Problems in Europe. Διαθέσιμο στο <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

«Στάσεις και απόψεις των νέων απέναντι στις δομές και υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υγείας – Ο ρόλος του εξειδικευμένου νοσηλευτή.»

* **Απαιτείται**

Ειδικές Ερωτήσεις

1) Ποιες δομές ψυχικής υγείας της χώρας μας γνωρίζετε; *

Κέντρο ψυχικής υγείας Πάτρας “Ο Άγιος Ανδρέας”

Κινητές μονάδες ψυχικής υγείας

Σύλλογος για την Ψυχική Υγεία (ΣΟΨΥ)

Κέντρο ημέρας

Ψυχιατρική Κλινική Ρίου

Κοινωνικός Συναιτερισμός Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.)

Δεν γνωρίζω καμία από αυτές

Ψυχαργώς

Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (Ε.Κ.Ε.Ψ.Υ.Ε.)

2) Από πού έχετε ενημερωθεί για αυτές τις δομές; *

Σχολείο/Σχολή

Διαδύκτιο

ΜΜΕ

Φίλους

Γονείς

Άλλο:

3.1) Για ποιο λόγο έχετε επισκεφθεί κάποια δομή ψυχικής υγείας; *

Ψυχολογική Υποστήριξη

Διαγνωστικό Πρόβλημα

Εθελοντική προσφορά

Παραπομπή συγγενή/φιλικού προσώπου

Δεν έχω επισκεφθεί κάποια δομή

Άλλο:

3.2) Αν όχι για ποιο από τους παρακάτω λόγους;

Φόβος

Δεν θεωρώ πως είναι αναγκαίο

Στοχοποίηση

Οικονομικοί Λόγοι

Άλλο:

4.1) Γνωρίζετε ότι λειτουργεί συμβουλευτικός σταθμός ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο του τμήματος Νοσηλευτικής; *

Ναι

Όχι

4.2) Πόσο συχνά τον έχετε επισκεφθεί; *

Ποτέ

1

2

3

4

5

Αρκετά συχνά

4.3) Για ποιο λόγο τον έχετε επισκεφθεί;

Ψυχολογική Υποστήριξη

Υποστήριξη επί διαγνωστικού προβλήματος

Παραπομπή συγγενικού/φιλικού προσώπου

Εθελοντική Προσφορά

Ενημερωτικός/διερευνητικός σκοπός

Άλλο:

4.4) Αν όχι για ποιο λόγο;

Στοχοποίηση

Φόβος

Δεν το θεωρώ απαραίτητο

Άλλο:

5) Έχετε κάποιον φίλο ή συγγενή στο περιβάλλον σας που έχει επισκεφθεί τέτοιες δομές για να λάβει υπηρεσίες; *

Ναι

Όχι

Δεν γνωρίζω

Δεν απαντώ

6) Θα προτείνατε σε φίλο ή γνωστό να επισκεφθεί κάποια δομή ψυχικής υγείας; *

Καθόλου

1

2

3

4

5

Πάρα πολύ

7) Κατά την γνώμη σας είναι ισότιμα τα άτομα αυτά; *

Καθόλου

1

2

3

4

5

Πάρα πολύ

8) Πόσο διαφορετικά θα κρίνατε ότι είναι τα άτομα αυτά σε σχέση με εσάς; *

Καθόλου

1

2

3

4

5

Πάρα πολύ

9) Θα κάνατε παρέα με άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια; *

Ναι

Όχι/Ποτέ

Ίσως με κάποιες επιφυλάξεις

Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

10) Έχετε έρθει στα πλαίσια της εκπαίδευσης σας σε επαφή με τέτοιες δομές; *

Ναι

Όχι

Όχι ακόμα

11) Πόσο καλό θα χαρακτηρίζατε το επίπεδο γνώσεων σας πάνω στα ζητήματα ψυχικής υγείας; *

Καθόλου

1

2

3

4

5

Πάρα πολύ

12) Πόσο συνείσφερε η κλινική άσκηση νοσηλευτική ψυχικής υγείας; *

Καθόλου

1

2

3

4

5

Πάρα πολύ

13) Πόσο συνείσφερε αθροιστικά η θεωρητική κατάρτιση στα μαθήματα (ψυχιατρική, νοσ/κή ψυχικής υγείας, ψυχολογία της υγείας) ; *

Καθόλου

1

2

3

4

5

Πάρα πολύ

14.1) Ποια ήταν τα συναισθήματα σας ως προς τους ασθενείς με τους οποίους ήρθατε σε επαφή; *

Αδιαφορία

Οίκτος

Φόβος

Περιέργεια

Χαρά

Ευχαρίστηση

Συμπόνια

Δεν έχω έρθει σε επαφή με τέτοιους ασθενείς

Άλλο:

14.2) Ποιες είναι οι παρατηρήσεις σας ως προς τις δομές που έχετε επισκεφθεί; *

Καινούργιες εγκαταστάσεις

Καθαροί χώροι

Ευδιάθετο προσωπικό

Βρώμικο περιβάλλον

Μισογκρεμισμένα κτήρια

Αναιδέστατοι νοσηλευτές και γιατροί

Δεν έχω άποψη/γνώμη

Άλλο:

15.1) Πόσο σύμφωνους σας βρίσκει η πιθανότητα ίδρυσης/παρουσίας μιας δομής ψυχικής υγείας στη γειτονιά σας; *

Καθόλου

1

2

3

4

5

Πάρα πολύ

15.2) Γιατί συμφωνείτε;

Η απάντησή σας

15.3) Γιατί διαφωνείτε;

Η απάντησή σας

16) Πόσο πιθανό θα ήταν να ακολουθήσετε αυτή την κατεύθυνση επαγγελματικά; *

Καθόλου

1

2

3

4

5

Πάρα πολύ

17) Σε περίπτωση που ακολουθήσετε αυτήν την κατεύθυνση, ποιος θα ήταν ο λόγος; *

Κοινωνική προσφορά

Επαγγελματική αποκατάσταση

Επαγγελματική εξέλιξη

Προσωπικά βιώματα

Υψηλές αποδοχές

Άλλο:

18) Πιστεύετε ότι ως απόφοιτος για να ακολουθήσετε αυτές τις δομές απαιτείται κάποια ιδιαίτερη εξειδίκευση; *

Ναι

Όχι

Ίσως / Δεν Γνωρίζω