

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΝΔΙΑΜΕΣΩΝ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΩΝ  
ΔΟΜΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ  
ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ  
ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

**ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΝΟΙΚΩΝ  
ΣΕ ΔΟΜΕΣ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ Ν. ΛΑΚΙΩΤΗ**

**ΛΑΡΙΣΑ 2011**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ  
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΟΔΥΣΣΕΑΣ ΜΟΥΖΑΣ**

**ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΝΔΙΑΜΕΣΩΝ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΩΝ  
ΔΟΜΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ  
ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ  
ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

**ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΝΟΙΚΩΝ  
ΣΕ ΔΟΜΕΣ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

**ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ Ν. ΛΑΚΙΩΤΗ**

**ΛΑΡΙΣΑ 2011**

## **ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**Αγγελόπουλος Β. Νικηφόρος**, Καθηγητής Ψυχιατρικής και Ιατρικής Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (επιβλέπων)

**Μουζάς Οδυσσέας**, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

**Σκεντέρης Νικόλαος**, Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

## **ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**Αγγελόπουλος Β. Νικηφόρος**, Καθηγητής Ψυχιατρικής και Ιατρικής Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (επιβλέπων)

**Μουζάς Οδυσσέας**, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

**Σκεντέρης Νικόλαος**, Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

**Λειβαδίτης Μιλτιάδης**, Καθηγητής Κοινωνικής Ψυχιατρικής Δ.Π.Θ.

**Μαυρέας Βενετσιάνος**, Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

**Νηματούδης Ιωάννης**, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής Α.Π.Θ.

**Μπονώτης Κωνσταντίνος**, Λέκτορας Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

**«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα»**

(Ν. 5343/32, Άρθρο 202, παρ.2)

**Στους γονείς μου**

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Βαθιά ευχαριστώ τον Καθηγητή μου κ. Νικηφόρο Αγγελόπουλο για την επίβλεψη της διδακτορικής μου διατριβής, την εμπιστοσύνη με την οποία με περιέβαλε από την πρώτη στιγμή της προσπάθειας αυτής, την ευγενική του προσέγγιση, και την ενθάρρυνση και στήριξή του κατά τη διάρκεια εκπόνησης της μελέτης αυτής.

Εκφράζω την ευγνωμοσύνη μου στον πρ. Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Βλάση Τομαρά για τη θεμελιώδη συνεισφορά του σε όλα τα στάδια εκπόνησης της διατριβής μου, την καθοριστική συμβολή του στη διαμόρφωση του κειμένου με τις γόνιμες επισημάνσεις του κατά τη συγγραφή του, και γενικότερα την πολύτιμη ευρύτερη επιστημονική εμπειρία που αποκόμισα από τη συνεργασία αυτή.

Θερμά ευχαριστώ επίσης τους Επίκουρους Καθηγητές κ.κ. Οδυσσέα Μουζά και Νικόλαο Σκεντέρη για τη συμμετοχή τους στη Συμβουλευτική Επιτροπή και την προθυμία για εποικοδομητικές παρατηρήσεις επί του κειμένου.

Τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες εκφράζω στον Καθηγητή κ. Μιλτιάδη Λειβαδίτη, τον Καθηγητή κ. Βενετσιάνο Μαυρέα, τον Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Ιωάννη Νηματούδη και το Λέκτορα κ. Κωνσταντίνο Μπονώτη, για την ιδιαίτερη τιμή της συμμετοχής τους στην Εξεταστική Επιτροπή της παρούσας διατριβής.

Ευχαριστώ, επίσης, όλα τα μέλη του προσωπικού των στεγαστικών δομών της έρευνας για τη συνεργασία τους και τις ευγενικές διευκολύνσεις που μου παρείχαν συμβάλλοντας στην ολοκλήρωση της επιτόπιας έρευνας.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ τους ενοίκους των δομών για τη συμμετοχή τους στην έρευνα.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω σε όλα τα αγαπημένα μου πρόσωπα, και ιδιαίτερα στη μητέρα μου, για την ανεκτίμητη συμπαράσταση, υποστήριξη και κατανόησή τους κατά τη διάρκεια πραγματοποίησης και συγγραφής της διατριβής αυτής.

## ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

1. **Ε.Ν. Λακιώτη, Ν.Β. Αγγελόπουλος, Β. Τομαράς, Ν. Σκεντέρης** (2008). Στάσεις, αντιλήψεις και προσδοκίες ενοίκων-ασθενών και προσωπικού στις στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της Θεσσαλίας, 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημόνων Φροντίδας Χρόνιων Πασχόντων, 18-20 Νοεμβρίου, Λάρισα (προφορική ανακοίνωση)
2. **Ε.Ν. Λακιώτη, Ν.Β. Αγγελόπουλος, Β. Τομαράς** (2008). Στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στη Θεσσαλία: Μια έρευνα αξιολόγησης, 20ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, 14-18 Μαΐου, Χερσόνησος Κρήτη (αναρτημένη ανακοίνωση)
3. **Ε.Ν. Λακιώτη, Ν.Β. Αγγελόπουλος, Β. Τομαράς** (2007). Στεγαστικές δομές αποκατάστασης στη Θεσσαλία: Από την οπτική των ενοίκων και του προσωπικού, Πανελλήνιο Συνέδριο Σχιζοφρένεια, 1-3 Ιουνίου, Αλεξανδρούπολη (προφορική ανακοίνωση)
4. **Ε.Ν. Λακιώτη, Ν.Β. Αγγελόπουλος, Β. Τομαράς** (2006). Στάση του προσωπικού των στεγαστικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της Θεσσαλίας απέναντι στην εργασία και τους ενοίκους-ασθενείς, 19ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, 4-8 Μαΐου, Αθήνα (αναρτημένη ανακοίνωση)
5. **Ε.Ν. Λακιώτη, Ν.Β. Αγγελόπουλος, Β. Τομαράς** (2006). Στάση των ενοίκων-ασθενών των στεγαστικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της Θεσσαλίας απέναντι στο προσωπικό και τις προοπτικές στεγαστικής αποκατάστασης, 19ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, 4-8 Μαΐου, Αθήνα (αναρτημένη ανακοίνωση)
6. **Ε.Ν. Λακιώτη, Ν.Β. Αγγελόπουλος** (2004). Δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στη Θεσσαλία: Λειτουργία και στόχοι του Ξενώνα, 18ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, 14-18 Μαΐου, Κως (αναρτημένη ανακοίνωση)

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Με την εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, η φροντίδα των ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές μεταφέρεται σε προστατευμένους χώρους στέγασης στην κοινότητα (Οικοτροφεία, Ξενώνες, Προστατευμένα Διαμερίσματα), για την περίθαλψη και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών, με τελικό στόχο τον αποϊδρυματισμό και την κοινωνική τους επανένταξη.

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα διατριβή αποσκοπεί στην καταγραφή και την ανάλυση των στάσεων και των αντιλήψεων, αφενός μεν του προσωπικού των στεγαστικών δομών του Προγράμματος «Ψυχαργός» στη Θεσσαλία, αφετέρου δε των ενοίκων-ασθενών των ίδιων δομών, καθώς και στον έλεγχο της υπόθεσης του νεοϊδρυματικού χαρακτήρα των δομών αυτών.

Συγκεκριμένα, η έρευνα συμπεριλαμβάνει τη μελέτη 17 δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του Προγράμματος – η λειτουργία των οποίων είχε ξεκινήσει μέχρι το τέλος του 2004 – και ειδικότερα, 5 Οικοτροφείων, 4 Ξενώνων και 8 Προστατευμένων Διαμερισμάτων, κατανεμημένων στους 4 νομούς της Θεσσαλίας. Συμμετείχε το σύνολο του προσωπικού, δηλαδή 157 άτομα, καθώς και 88 ένοικοι-ασθενείς των εξεταζομένων δομών.

Για την επίτευξη των στόχων της έρευνας πραγματοποιήθηκε επιτόπια συλλογή πρωτογενών στοιχείων, με την κατασκευή των ακολούθων προτύπων ερωτηματολογίων:

- στάσεων προσωπικού
- ικανοποίησης και στάσεων ενοίκων-ασθενών

Επίσης, χρησιμοποιήθηκε και η Κλίμακα Ολικής Εκτίμησης Λειτουργικότητας (ΚΟΕΛ - GAS).

Η υπόθεση του νεοϊδρυματικού χαρακτήρα των στεγαστικών δομών ελέγχθηκε μέσω της καταγραφής σε μεταγενέστερο χρόνο (2 έτη και 10 μήνες αργότερα) τυχόν μετακινήσεων των ίδιων ενοίκων-ασθενών.



Για τους εργαζόμενους, καταγράφηκε θετική στάση ως προς το θεσμό των στεγαστικών δομών, καθώς πιστεύουν ότι οι δομές δημιουργήθηκαν με στόχο την κοινωνική επανένταξη των ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές. Ωστόσο, αρνητική ήταν η εκτίμηση του προσωπικού αναφορικά με την προοπτική πλήρους αποθεραπείας των ενοίκων, ενώ σκεπτικισμό εξέφρασαν ως προς την αποδοχή των ανθρώπων αυτών από την τοπική κοινότητα.

Από την πλευρά τους, οι ένοικοι των δομών που εξετάστηκαν αναπτύσσουν ατομικές και κοινωνικές δεξιότητες, διατηρούν καλές σχέσεις με το προσωπικό και τους συγκατοίκους τους, και παράλληλα αισθάνονται ευχαριστημένοι από τον ίδιο το χώρο κατοικίας τους και τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Γενικότερα, εκδηλώνουν ικανοποίηση από τη διαβίωσή τους στις δομές, γεγονός που μπορεί να θεωρηθεί ιδιαίτερα ενθαρρυντικό για την πορεία των προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα.

Πέραν, όμως, της αναμφισβήτητης βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ενοίκων-ασθενών στις στεγαστικές δομές, γεννάται το ερώτημα του κατά πόσο η μετάβασή τους στις δομές αυτές θα έχει ως τελικό αποτέλεσμα την κοινωνική τους επανένταξη. Από τα ευρήματα της επαναληπτικής καταγραφής, καμία μετακίνηση ενοίκου-ασθενούς δεν σημειώθηκε προς την κοινότητα στο διάστημα 2 ετών και 10 μηνών, παρότι αρκετοί εξ' αυτών εκδήλωσαν σαφή επιθυμία να κατοικήσουν αυτόνομα σε δικό τους προσωπικό χώρο και παράλληλα εξέφρασαν και ανάλογη ετοιμότητα. Όμως, ο αποϊδρυματισμός των ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές δεν εξαντλείται στο κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων και στη μεταφορά των ασθενών σε προστατευμένους χώρους στέγασης στην κοινότητα, αλλά θα έπρεπε να στοχεύει στην ουσιαστική κοινωνική επανένταξη. Παραμένει, επομένως, προβληματισμός σχετικά με το εάν οι στεγαστικές δομές έχουν προσωρινό χαρακτήρα ή αποτελούν μόνιμη και τελική λύση για τους ανθρώπους αυτούς.

# **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ, ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΤΗΤΑ:

ΟΡΙΣΜΟΙ - ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΕΙΣ..... 16

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ**

#### **ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

1.1. ΑΣΥΛΙΑΚΗ – ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ..... 19

1.1.1. ΤΟ ΑΣΥΛΟ..... 20

1.1.2. ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ..... 24

1.2. Η ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ..... 27

1.2.1. ΤΟ ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ..... 29

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ**

#### **ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ**

2.1. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ  
ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΗΠΑ..... 32

2.2. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ..... 36

2.2.1. Ο ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ 815/84 ΤΗΣ Ε.Ο.Κ.  
(ΠΡΩΤΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ)..... 38

2.2.2. ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»  
(ΔΕΥΤΕΡΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ)..... 41

2.3. ΤΟΜΕΟΠΟΙΗΣΗ..... 45

2.4. ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ..... 47

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ**

### **ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

|        |   |    |
|--------|---|----|
| 3.1.   | ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ – ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ.....                                       | 53 |
| 3.2.   | ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ – ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ<br>– ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ..... | 56 |
| 3.2.1. | ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ<br>ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....                      | 57 |
| 3.2.2. | ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ<br>ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....                            | 60 |
| 3.3.   | ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....                                 | 61 |
| 3.4.   | ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ<br>ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....                | 63 |
| 3.4.1. | ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ.....  | 65 |
| 3.4.2. | ΞΕΝΩΝΕΣ.....  | 66 |
| 3.4.3. | ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ.....   | 67 |
| 3.4.4. | ΑΝΑΔΟΧΕΣ (ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΣΕΣ) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ.....                                    | 68 |
| 3.5.   | ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ<br>ΤΩΝ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ.....                 | 69 |
| 3.5.1. | ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ.....                           | 69 |
| 3.5.2. | ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΤΩΝ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ.....                              | 71 |
| 3.6.   | Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ<br>ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ.....     | 72 |
| 3.6.1. | ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ.....                            | 75 |
| 3.7.   | ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΝΟΙΚΩΝ-ΑΣΘΕΝΩΝ.....  | 76 |

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ**

### **ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

|      |  |    |
|------|--|----|
| 4.1. | ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ<br>ΣΕ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ..... | 77 |
| 4.2. | ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ.....   | 79 |
| 4.3. | ΤΟ ΝΕΟ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ.....   | 80 |

# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

|        |  |     |
|--------|--|-----|
| 5.1.   | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....                        | 84  |
| 5.2.   | ΤΟ ΥΛΙΚΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....                                      | 86  |
| 5.3.   | ΟΙ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....                          | 87  |
| 5.3.1. | ΤΑ ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ.....  | 89  |
| 5.3.2. | ΟΙ ΞΕΝΩΝΕΣ.....  | 93  |
| 5.3.3. | ΤΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ.....                             | 97  |
| 5.4.   | ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ.....                                     | 100 |
| 5.4.1. | ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΤΑΣΕΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....                         | 100 |
| 5.4.2. | ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ<br>ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΩΝ ΕΝΟΙΚΩΝ.....        | 101 |
| 5.4.3. | ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΔΟΜΗΣ.....                            | 102 |
| 5.4.4. | ΚΛΙΜΑΚΑ ΟΛΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ<br>ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΚΟΕΛ - GAS)..... | 103 |
| 5.5.   | ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗΣ<br>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....        | 104 |
| 5.6.   | ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....                             | 104 |

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

|      |  |     |
|------|--|-----|
| 6.1. | ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ<br>ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ..... | 106 |
|      | Φύλο.....  | 106 |
|      | Ηλικία.....  | 106 |
|      | Εκπαίδευση.....  | 107 |

|      |   |     |
|------|---|-----|
|      | Ειδικότητες και χώρος εργασίας.....   | 107 |
|      | Εργασία.....  | 109 |
|      | Κατάρτιση.....  | 111 |
|      | Προϋπηρεσία.....  | 111 |
| 6.2. | ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ,<br>ΣΤΟΥΣ ΕΝΟΙΚΟΥΣ-ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΔΟΜΕΣ.....     | 113 |
|      | Βαθμός δυσκολίας στην εργασία στη δομή.....                                       | 113 |
|      | Βαθμός ικανοποίησης από την εργασία στη δομή.....                                 | 119 |
|      | Βαθμός αντοχής στην εργασία.....  | 120 |
|      | Προτιμήσεις για τη συχνότητα αλλαγής εργασιακού χώρου.....                        | 121 |
|      | Στάσεις απέναντι στην αλλαγή εργασιακού χώρου.....                                | 124 |
|      | Αντιμετώπιση ενοίκων-ασθενών.....   | 125 |
|      | Στάσεις απέναντι στα άτομα με ψυχική διαταραχή.....                               | 126 |
|      | Εκτιμήσεις για τη συμπεριφορά των ενοίκων-ασθενών.....                            | 127 |
|      | Εκτιμήσεις για την παρούσα κατάσταση των ενοίκων-ασθενών.....                     | 128 |
|      | Σκοπιμότητα των στεγαστικών δομών.....  | 131 |
| 6.3. | ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑ<br>ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΩΝ ΕΝΟΙΚΩΝ-ΑΣΘΕΝΩΝ..... | 132 |
|      | Αντιλήψεις για την αποθεραπεία των ενοίκων-ασθενών.....                           | 132 |
|      | Αποδοχή των ενοίκων-ασθενών από την τοπική κοινότητα.....                         | 134 |
|      | Στάσεις απέναντι στην αναδοχή ασθενών.....  | 135 |

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ**

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΝΟΙΚΩΝ-ΑΣΘΕΝΩΝ**

|      |  |     |
|------|--|-----|
| 7.1. | ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ<br>ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ..... | 137 |
|      | Φύλο.....  | 137 |
|      | Ηλικία.....  | 137 |
|      | Διάγνωση.....  | 137 |
|      | Λειτουργικότητα.....                                     | 138 |
|      | Διαμονή και χρονιότητα.....                              | 138 |
| 7.2. | ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΟΜΕΣ.....        | 142 |
|      | Βαθμός ικανοποίησης από τον προσωπικό χώρο στη δομή..... | 142 |

|   |            |
|---|------------|
| Σχέσεις με το προσωπικό.....  | 145        |
| Είδος σχέσης με το προσωπικό.....   | 148        |
| Προτιμήσεις για το είδος της σχέσης με το προσωπικό.....  | 151        |
| Αξιολόγηση του ενδιαφέροντος του προσωπικού.....  | 152        |
| Στάσεις απέναντι στο βαθμό εποπτείας από το προσωπικό.....  | 153        |
| Σχέσεις με τους συγκατοίκους.....   | 155        |
| Προτιμήσεις μεταξύ ελεύθερου χρόνου και απασχόλησης στη δομή.....                                     | 157        |
| Βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στη δομή.....                                       | 158        |
| <b>7.3. ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ</b>  |            |
| <b>ΓΙΑ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....</b>   | <b>159</b> |
| Επαφές με την τοπική κοινότητα.....   | 159        |
| Επιθυμία για διαμονή σε Προστατευμένο Διαμέρισμα<br>με συγκατοίκους αντί του Ξενώνα/Οικοτροφείου..... | 162        |
| Βαθμός ετοιμότητας για διαμονή σε Προστατευμένο<br>Διαμέρισμα με συγκατοίκους.....                    | 165        |
| Επιθυμία για φιλοξενία από ανάδοχη οικογένεια.....  | 166        |
| Βαθμός ετοιμότητας για φιλοξενία από ανάδοχη οικογένεια.....  | 168        |
| Επιθυμία για διαμονή με τη δική τους οικογένεια αντί της δομής.....                                   | 169        |
| Βαθμός ετοιμότητας για διαμονή με τη δική τους οικογένεια.....  | 171        |
| Επιθυμία για αυτόνομη διαβίωση.....   | 172        |
| Βαθμός ετοιμότητας για αυτόνομη διαβίωση.....   | 174        |
| <b>7.4. ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΗ ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΕΝΟΙΚΩΝ-ΑΣΘΕΝΩΝ.....</b>  | <b>176</b> |

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ**

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

|                            |     |
|----------------------------|-----|
| 8.1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.....        | 179 |
| 8.2. ΕΝΟΙΚΟΙ-ΑΣΘΕΝΕΙΣ..... | 181 |

## **ΕΠΙΛΟΓΟΣ..... 185**

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... 187**

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

### **ΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

|   |  |     |
|---|--|-----|
| - | Ερωτηματολόγιο στάσεων προσωπικού.....   | 207 |
| - | Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης και στάσεων<br>ενοίκων Ξενώνων/Οικοτροφείων .....        | 210 |
| - | Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης και στάσεων<br>ενοίκων Προστατευμένων Διαμερισμάτων..... | 213 |
| - | Ερωτηματολόγιο εκτίμησης δομής.....  | 216 |
| - | Κλίμακα Ολικής Εκτίμησης Λειτουργικότητας (Κ.Ο.Ε.Λ. - GAS).....                      | 217 |

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### **ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ, ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΤΗΤΑ: ΟΡΙΣΜΟΙ – ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΕΙΣ**

Σε μια μελέτη η οποία πραγματεύεται την ψυχική διαταραχή και τους χρόνιους ψυχικά πάσχοντες, κρίνεται σκόπιμο να γίνει εξ αρχής μια εννοιολογική αποσαφήνιση των σχετικών ορισμών.

Η *ψυχική υγεία*, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (W.H.O., 1946), είναι «η κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας, χάρη στην οποία το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα».

Στον αντίποδα, *ψυχική διαταραχή* θεωρείται ένα κλινικά σημαντικό συμπεριφορικό ή ψυχολογικό σύνδρομο ή χαρακτηριστικά συμπεριφοράς που εμφανίζονται σε ένα άτομο και τα οποία συνδέονται με ψυχοπιεστικές συνθήκες ή ανικανότητα (π.χ. έκπτωση σε μία ή περισσότερες περιοχές της λειτουργικότητας) ή με αξιοσημείωτα αυξημένο κίνδυνο το άτομο αυτό να υποφέρει από πόνο, ανικανότητα, απώλεια της ελευθερίας του ή ακόμα και να απειλείται από επικείμενο θάνατο. Επιπρόσθετα, αυτό το σύνδρομο ή τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς δεν είναι μια αναμενόμενη και πολιτιστικά αποδεκτή αντίδραση σε συγκεκριμένο γεγονός (π.χ. θάνατος αγαπημένου προσώπου). Ανεξάρτητα από την αρχική αιτία, ως ψυχική διαταραχή πρέπει να θεωρείται η εκδήλωση μιας συμπεριφορικής, ψυχολογικής ή βιολογικής δυσλειτουργίας του ατόμου (American Psychiatric Association, 1994).

Για τους *χρόνιους ψυχικά πάσχοντες* έχει δοθεί ένας ορισμός από τους Goldman et al (1981) σύμφωνα με τον οποίο έτσι αποκαλούνται τα άτομα εκείνα που υποφέρουν από συγκεκριμένες ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές, οι οποίες μπορεί να χρονίσουν και να διαταράξουν ή να εμποδίσουν την ανάπτυξη της λειτουργικότητάς τους σε τρία ή περισσότερα πεδία της καθημερινής ζωής, όπως είναι η προσωπική υγιεινή και φροντίδα, η

δημιουργία και διατήρηση διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων, η ικανότητα μάθησης και διασκέδασης, με τελικό αποτέλεσμα την έλλειψη οικονομικής αυτονομίας.

Πώς ορίζουμε όμως τη λειτουργικότητα; Η λειτουργικότητα είναι μια βασική έννοια, που αφορά κυρίως τον ψυχικά άρρωστο και η οποία δηλώνει το βαθμό ικανοποίησης των απαιτήσεων από συγκεκριμένους ρόλους (Μαδιανός, 2005).

Ο Liberman (1988) ορίζει ως *χρόνιο ψυχικά άρρωστο* το άτομο που πληροί δύο κριτήρια: α) *το κριτήριο της διάγνωσης*, δηλαδή ότι νοσεί από σχιζοφρενικές ή συναισθηματικές διαταραχές, οργανικά ψυχοσύνδρομα και εξαρτήσεις, και β) *το κριτήριο της εξάρτησης*, για οικονομική υποστήριξη από την οικογένεια ή την κοινωνική πρόνοια (μειωμένη λειτουργικότητα).

Ο όρος *χρόνιος ασθενής* αναφέρεται σε ένα φάσμα χαρακτηριστικών του ασθενούς που προσδιορίζονται από τρία επίπεδα: τη μακρά διάρκεια της νόσου (συνήθως μεγαλύτερη του ενός έτους), τη σοβαρότητα της νόσου (σχιζοφρένεια, οργανική ψυχική διαταραχή, μείζων συναισθηματική διαταραχή) και την κοινωνική και επαγγελματική δυσλειτουργία του ασθενούς (Κονταξάκης, 2002).

Συνοψίζοντας λοιπόν, τα κριτήρια που συνήθως χρησιμοποιούνται για τον ορισμό της ψυχικής διαταραχής είναι τρία: α) η **διάγνωση**, β) η **ανικανότητα** και γ) η **διάρκεια** (Goldman, 1984· Bachrach, 1988· Liberman, 1988).

*Το κριτήριο της διάγνωσης.* Στις χρόνιες ψυχικές παθήσεις περιλαμβάνονται η σχιζοφρένεια, η παραληρητική διαταραχή, άλλου τύπου ψυχωτικές διαταραχές, οι καταθλιπτικές και διπολικές διαταραχές και άλλες διαταραχές που μπορεί να προκαλέσουν χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως είναι η οριακή διαταραχή προσωπικότητας και διαταραχές που σχετίζονται με ουσίες.

*Το κριτήριο της ανικανότητας.* Η ανικανότητα προσδιορίζεται από την ολική ή μερική έκπτωση απόδοσης ενός ρόλου, κυρίως με πρακτικό

προσανατολισμό (π.χ. επαγγελματικός ρόλος· Minkoff, 1979) ή από τη μειωμένη λειτουργικότητα σε τρία ή και περισσότερα επίπεδα της καθημερινής δραστηριότητας, στα οποία συγκαταλέγονται η προσωπική φροντίδα, η ικανότητα για αυτοπροσδιορισμό, η ικανότητα μάθησης, η δημιουργία και διατήρηση διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων, η ικανότητα αυτόνομης διαβίωσης και η οικονομική αυτονομία.

*Το κριτήριο της χρονιότητας.* Για τη χρονιότητα έχουν διατυπωθεί πολλοί ορισμοί. Παλαιότερα, προϋπόθεση της χρονιότητας ήταν η συνεχής νοσηλεία για διάστημα τουλάχιστον δύο ετών σε ψυχιατρικό νοσοκομείο (Brown, 1960). Αργότερα, το Εθνικό Ινστιτούτο για την Ψυχική Υγεία των ΗΠΑ επισήμανε πως είτε μία μοναδική νοσηλεία διάρκειας έξι μηνών κατά τα τελευταία πέντε χρόνια είτε δύο ή/και περισσότερες νοσηλείες σε διάστημα 12 μηνών αποτελούν κριτήρια χρονιότητας. Οφείλουμε να τονίσουμε πως στην έννοια της χρονιότητας ενυπάρχει και το πολιτιστικό στοιχείο, η λεγόμενη «κουλτούρα της χρονιότητας».

Ανεξάρτητα, όμως, από τους ορισμούς που κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί, σύμφωνα με μια κοινωνιολογική προσέγγιση, η ψυχική ασθένεια θεωρείται μια λειτουργική ατέλεια, η οποία επηρεάζει κυρίως τους ψυχικούς μηχανισμούς και αποκλίνει σαφώς από τις νόρμες συμπεριφοράς που επιβάλλει η κυρίαρχη ιδεολογία κάθε κοινωνίας (Τσαλίκoglou, 1987).

Περίπου 60 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως πάσχουν από σοβαρή ψυχική διαταραχή, η οποία προκαλεί έκπτωση της λειτουργικότητας, ανικανότητα ή αναπηρία (Μαδιανός, 2005).

Τα τελευταία χρόνια, με το σύγχρονο τρόπο ζωής, το άγχος και τα μεγάλα κοινωνικά προβλήματα, όλο και περισσότεροι άνθρωποι αναπτύσσουν ψυχικές διαταραχές, ιδιαίτερα του μη ψυχωτικού φάσματος. Μάλιστα, σύμφωνα με εκτιμήσεις που έχουν γίνει μετά από επιδημιολογικές έρευνες, υπολογίζεται πως περίπου το 25% των ατόμων θα αναπτύξουν, κατά τη διάρκεια της ζωής τους, κάποια ψυχική διαταραχή (Almeida-Filho et al, 1997).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Ο τρόπος αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου, το σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης και, κατά συνέπεια, η διαχείριση των ατόμων που νοσούν από ψυχικές διαταραχές συγκαταλέγονται ανάμεσα στους βασικότερους δείκτες του επιπέδου πολιτισμού ενός τόπου.

Άλλωστε, η εξέλιξη της ψυχιατρικής ακολούθησε, ακολουθεί και θα ακολουθεί πάντοτε την εξέλιξη των στερεοτύπων, των προκαταλήψεων, αλλά και των κοινωνικών αναπαραστάσεων για την «τρέλα» που κυριαρχούν σε κάθε εποχή (Στυλιανίδης και συν, 2007). Αυτό είχε ως συνέπεια το σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης να περάσει από πολλές και διαφορετικές φάσεις, όπως θα δούμε παρακάτω.

### 1.1. ΑΣΥΛΙΑΚΗ – ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Στην αρχαία Ελλάδα, τα θεραπευτικά κέντρα στα οποία κατέφευγαν οι άρρωστοι, ανάμεσά τους και τα άτομα με ψυχικές παθήσεις ή παθήσεις που σχετίζονταν με ψυχολογικούς παράγοντες, ονομάζονταν Ασκληπιεία (Χαρτοκόλλης, 1991).

Στο Μεσαίωνα, ο ψυχικά ασθενής ήταν απομονωμένος από την κοινωνία, θεωρούμενος ως μιάρος. Αυτή η άποψη κυριάρχησε στη Δύση για πολλούς αιώνες και εξαπλώθηκε επίσης σε μεγάλο τμήμα του υπόλοιπου κόσμου. Κατά τη διάρκεια του 18ου αιώνα, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζονταν με τους πιο απάνθρωπους τρόπους. Δένονταν, βασανίζονταν, εγκλείονταν σε μεγάλα ιδρύματα<sup>1</sup> ή ακόμα και φυλακίζονταν.

---

<sup>1</sup> Στην Αγγλία, τη Γαλλία και τη Γερμανία, πύργοι μετατράπηκαν σε φρενοκομεία και εκεί εγκαταλείπονταν οι «τρελοί», όπου ζούσαν σε πραγματικά πρωτόγονες συνθήκες και με το στίγμα της τιμωρίας από το Θεό.

Ο Philippe Pinel<sup>2</sup>, ήταν ο πρώτος που επέφερε επανάσταση στην ψυχιατρική περίθαλψη, όταν έδωσε εντολή για αφαίρεση των αλυσίδων από τους «τρελούς», στις 24 Μαΐου 1798.

Από τις αρχές του 19ου αιώνα, στην Ευρώπη αναπτύχθηκε σταδιακά η ψυχιατρική ως επιστημονικός κλάδος, με αποτέλεσμα η ψυχική νόσος να αποτελέσει αντικείμενο επιστημονικής έρευνας και μελέτης. Η συγκρότηση της ψυχιατρικής ως επιστήμης έγινε στα τέλη του ίδιου αιώνα, χάριν και διαμέσου ενός ιδιόμορφου θεσμού, του ασύλου (Τζανάκης, 2008).

Έκτοτε, η κυρίαρχη θεωρητική και πρακτική προσέγγιση στην Ευρώπη -και στην Ελλάδα- υπήρξε η βιολογική-οργανική προσέγγιση της ψυχικής νόσου.

### 1.1.1. ΤΟ ΑΣΥΛΟ

Από τα τέλη του 19ου αιώνα και για πολλές δεκαετίες, το άσυλο κυριάρχησε στην αντιμετώπιση της ψυχικής πάθησης. Δεν ήταν όμως κάτι καινοφανές: τα πρώτα ψυχιατρικά άσυλα στη Δυτική Ευρώπη δημιουργήθηκαν κατά το 14ο-15ο αιώνα (Βαλένθια Ισπανίας, 1409). Σταδιακά, η πρακτική του ασύλου εξαπλώθηκε σε ολόκληρη την Ευρώπη. Τι είναι όμως το άσυλο και πώς ορίζεται;

Η έννοια του ασύλου προσδιορίζει έναν τόπο διαμονής με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, ο οποίος παρέχει προστασία και ειδική περίθαλψη, έναν τόπο ασφαλή, ιερό και απαραβίαστο (Υφαντής, 2005).

Ο κοινωνιολόγος Goffman (1961) σημειώνει πως «το άσυλο είναι ένα ολοπαγές ίδρυμα [σ.σ. κλειστό – ολοκληρωτικό ίδρυμα] και ορίζεται ως ένας τόπος διαμονής και εργασίας, όπου ένας μεγάλος αριθμός ατόμων που βρίσκονται στην ίδια κατάσταση, αποκομμένα από την ευρύτερη κοινωνία για

---

<sup>2</sup> Ο Philippe Pinel (1745-1826), γιατρός, Καθηγητής της Υγιεινής και Παθολογίας, διετέλεσε Διευθυντής του φρενοκομείου της Salpêtrière από το 1795. Το 1801 δημοσίευσε το κλασικό του σύγγραμμα με τίτλο *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, που αποτελεί το πρώτο κλινικό ψυχιατρικό έργο.

ένα σημαντικό χρονικό διάστημα, διάγουν μαζί μια έγκλειστη, τυπικά διευθυνόμενη καθημερινότητα».

Ο Foucault (1964) αναφέρει πως «το άσυλο είναι ένας χώρος θρησκευτικός, δίχως θρησκεία».

Τα ψυχιατρικά άσυλα, τα οποία λειτουργούσαν σαν κλειστές και απομονωμένες κοινωνίες (Caudill, 1958), βρίσκονταν συνήθως σε μεγάλη απόσταση από τις πόλεις, ενώ ήταν δεδομένη και η ισόβια παραμονή των ασθενών εκεί. Οι τελευταίοι ζούσαν σε άθλιες και απάνθρωπες συνθήκες, χωρίς καμία αξιοπρέπεια και με πλήρη καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους.

Έτσι, για μεγάλο διάστημα του 20ού αιώνα ο μόνος τρόπος αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου ήταν ο εγκλεισμός του ψυχικά πάσχοντος στο άσυλο-ψυχιατρείο, όπου ζούσε αποκομμένος και απομονωμένος από την κοινωνία, αλλά και αποστερημένος ουσιαστικά από κάθε δυνατότητα θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου, αφού η «θεραπεία» συνίστατο απλώς στην κάλυψη των βασικών αναγκών διαβίωσής του. Άλλωστε, η κοινωνία παρουσιάζει πάντα την τάση να αποβάλει από τους κόλπους της οτιδήποτε προκαλεί κοινωνική ενόχληση και την «απειλεί».

Βέβαια, ο όρος «άσυλο» υπονοούσε την προστασία των ασθενών, με τον εγκλεισμό τους σε αυτό, επειδή η ψυχική διαταραχή τους καθιστούσε βαθμιαία ανίκανους να φροντίσουν τον εαυτό τους. Ταυτόχρονα, όμως, γινόταν και η απομάκρυνσή τους από το κοινωνικό σύνολο. Οι προκαταλήψεις για την ψυχική διαταραχή και ο κοινωνικός στιγματισμός του ασθενούς είχαν ως αποτέλεσμα ο τελευταίος να θεωρείται ανεπιθύμητος από το «υγιές» κοινωνικό σύνολο. Στην πραγματικότητα, όμως, το κοινωνικό σύνολο ήταν αυτό που θεωρούσε πως προστατευόταν από τον ασθενή (Λιάκος, 1995).

Τη δεκαετία του 1960 σημειώθηκε μια μεγάλη αντίδραση ενάντια στην ιδρυματική ψυχιατρική, από ψυχιάτρους και επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, οι οποίοι άρχισαν να αμφισβητούν τη λειτουργία των ολοκληρωτικών ιδρυμάτων.

Η μακρά παραμονή και διαβίωση του ασθενούς στο ψυχιατρείο τού στερούσε τις κοινωνικές του δραστηριότητες και τον οδηγούσε σε βαθμιαία απώλεια των κοινωνικών του δεξιοτήτων (Λιάκος, 1995), καθώς επίσης σε απομόνωση και κοινωνική αποξένωση (Sommer & Osmond, 1961). Τα συμπτώματα αυτά ήταν αποτέλεσμα αυτής καθεαυτής της μακράς παραμονής του εκεί και όχι εκδηλώσεις της νόσου όπως, πολλές φορές, θεωρούνταν εσφαλμένα.

Ο μακροχρόνιος εγκλεισμός των ατόμων με ψυχικές διαταραχές έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί το φαινόμενο του ιδρυματισμού. Στη Μεγάλη Βρετανία, ο Barton (1959) ονόμασε ιδρυματική νεύρωση, αλλιώς *ιδρυματισμό*, τις επιπτώσεις της χρόνιας παραμονής στο άσυλο, διαχωρίζοντάς τες έτσι από τα συμπτώματα της ασθένειας. Εξαιτίας του ιδρυματισμού, οι ασθενείς γίνονται απαθείς, παρουσιάζουν έλλειψη πρωτοβουλίας και ενδιαφερόντων (Barton, 1959), αποδέχονται παθητικούς ρόλους (Sommer & Witney, 1961), αλλοτριώνονται (Stanton & Schwartz, 1954· Goffman, 1961), αισθάνονται φόβο ή απειλή και καταλαμβάνονται από αρνητικά συναισθήματα (Naboisek et al, 1957). Οι Wing & Brown (1970) απέδωσαν το φτωχό λόγο και το επίπεδο συναίσθημα των ασθενών στις αδύναμες συνθήκες του ιδρύματος. Αυτά όλα τα συμπτώματα του ιδρυματισμού επιβάρυναν, ως δευτερογενείς αναπηρίες, την ψυχοκοινωνική κατάσταση των ψυχιατρικών ασθενών (Wing, 1962).

Η κριτική που ασκήθηκε στο άσυλο και στις πρακτικές του δεν σταματά όμως εδώ.

Ο Basaglia (1970, 1977) επισήμανε πως η ιδρυματοποίηση εγκαθίσταται ως νέα ασθένεια, η οποία προστίθεται στην προϋπάρχουσα συμπτωματολογία και, πολλές φορές, συγχέεται με αυτήν. Η καινούργια αυτή ασθένεια είναι το αποτέλεσμα της βίας που ασκείται από το θεσμό του ασύλου στον τρόφιμο και η οποία δεν εξαντλείται στη χωροταξική απομόνωση του ψυχιατρείου, αλλά σχετίζεται άμεσα με την στάση των επαγγελματιών που αναλαμβάνουν τη φροντίδα του ασθενούς.

Η αντίφαση του ασύλου, όμως, επισημάνθηκε και από τον Goffman (1961): Επειδή οι ψυχωτικοί άρρωστοι παραμένουν στο άσυλο για μεγάλο

χρονικό διάστημα, προκειμένου να «θεραπευτούν», χάνουν βαθμιαία τη λειτουργικότητά τους – όση τους έχει απομείνει από την εξέλιξη της ασθένειας. Ο ασθενής αρχίζει να μην μπορεί να διακρίνει ανθρώπους, πράγματα και χώρους. Εδώ ακριβώς εντοπίζεται η αντίφαση του ψυχιατρείου-ασύλου, το οποίο υποτίθεται πως είναι θεραπευτικός χώρος αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της ψυχικής νόσου.

Όλη αυτή η αμφισβήτηση του ασύλου και της ιδρυματικής ψυχιατρικής μπορεί να συμπυκνωθεί στα λόγια του Hinshelwood: «Τα ιδρύματα αποδεικνύονται τελικά να είναι η αιτία της ψυχικής νόσου – και όχι οι φορείς για να την εμπεριέχουν» (Hinshelwood & Skogstad, 2000).

Γίνεται, επομένως, αντιληπτό πως το άσυλο όχι μόνο δεν θεραπεύει την ψυχική νόσο, αλλά τη συντηρεί και την αναπαράγει.

Ο Gintis (1970) θεωρεί πως το ψυχιατρείο είναι μια αποτυχημένη προσπάθεια που εμποδίζει κάθε ουσιαστική παρέμβαση. Χαρακτηρίζει το θεσμό του ασύλου «αλόγιστο και τερατώδη», σημειώνοντας πως, «αν νομίζουμε πως το ψυχιατρείο φτιάχτηκε για να θεραπεύει, τότε πέφτουμε τελείως έξω: αυτό είναι απλώς η πρόσοψη, η βιτρίνα, ο κοινωνικός λόγος ύπαρξής του. Στην πραγματικότητα, υπάρχει για να ξεφορτωνόμαστε ανθρώπους με κάποια ενοχλητικά προβλήματα». Πολλοί μελετητές έχουν επισημάνει πως το ψυχιατρείο ευθύνεται για το στιγματισμό των ασθενών, την απόσυρσή τους από τους κοινωνικούς τους ρόλους, τον περιορισμό των κοινωνικών τους προσδοκιών, τη ρήξη των σχέσεων με την οικογένεια και το κοινωνικό δίκτυο υποστήριξής τους, την εξάρτηση και αποπροσωποποίησή τους (Goffman, 1961· Wing, 1962· Rosenhan, 1973· Shepherd et al, 1996).

Παρά τις μεμονωμένες κατά καιρούς προσπάθειες εξανθρωπισμού των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών στα άσυλα, κυρίως από τον Pinel στη Γαλλία και τους Connally και Tuke στην Αγγλία, αναμφισβήτητη παραμένει η αποτυχία των ασύλων-ψυχιατρείων, καθώς οι απαράδεκτες συνθήκες διαβίωσης και η κακομεταχείριση οδηγούσαν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές σε ανικανότητα, κοινωνική απομόνωση, ιδρυματισμό και χρονιότητα, ενώ συγχρόνως καταπατούσαν πλήρως τα ανθρώπινα δικαιώματά τους.



### 1.1.2. ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ

Ο χρόνιος εγκλεισμός και ο ιδρυματισμός έφεραν λοιπόν τα άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές αντιμέτωπα με τον κοινωνικό αποκλεισμό και το στιγματισμό. Οι ψυχικά πάσχοντες αποκτούν δηλαδή μια αρνητική ιδρυματική εικόνα, γεγονός που επιβαρύνει το στίγμα που έχουν ήδη ως πάσχοντες από μια ψυχική διαταραχή (Π.Ο.Υ., 2002).

Ως φαινόμενο, όμως, το στίγμα καταγράφηκε θεωρητικά και εμπειρικά για πρώτη φορά από τον Goffman (1963), ο οποίος έκανε λόγο για σπύλωση της ταυτότητας του ατόμου που φέρει ένα κοινωνικά ανεπιθύμητο χαρακτηριστικό και για απώλεια της κοινωνικής του υπόστασης. Ο ίδιος αναφέρθηκε επίσης στη σχέση του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον, μέσω της οποίας το άτομο με ψυχική διαταραχή διαφοροποιείται από την υπόλοιπη κοινωνία και οδηγείται σχεδόν στην απώλεια της ανθρώπινης ιδιότητάς του, καθώς το ανεπιθύμητο αυτό χαρακτηριστικό καταλήγει να αποτελεί τον κύριο άξονα ορισμού του ως οντότητας.

Το φαινόμενο του στιγματισμού αποτελεί μια σύνθετη έννοια και διαδικασία, που εμπεριέχει την προκατάληψη, την περιθωριοποίηση, τα στερεότυπα και τις διακρίσεις, ορίζοντας τελικά το σύνολο της ταυτότητας του ατόμου (Οικονόμου, 2008). Άρα, το στίγμα συνοδεύει την ψυχική διαταραχή. Τι σημαίνει όμως στίγμα εξαιτίας της ψυχικής νόσου;

Τόσο ο γενικός πληθυσμός όσο και οι επαγγελματίες στο χώρο της ψυχιατρικής φροντίδας παρουσιάζουν την τάση να αναπτύσσουν και να διατηρούν μια στερεότυπη αρνητική εικόνα για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Έρευνες έχουν δείξει πως και οι ίδιοι οι ψυχίατροι στιγματίζουν τους ασθενείς τους (Ucok et al, 2004) και μάλιστα έχουν την πιο αρνητική τοποθέτηση απέναντί τους, σε σχέση με άλλους επαγγελματίες από το χώρο της ψυχικής υγείας (Lauber et al, 2006). Ο Scheff (1966) διατύπωσε τη «θεωρία του χαρακτηρισμού» ή, αλλιώς, «θεωρία της απόδοσης ετικέτας». Σύμφωνα με αυτήν, η στάση του πληθυσμού απέναντι στα άτομα που είναι «διαφορετικά» καθορίζεται από το χαρακτηρισμό (ετικέτα) που τους έχει

αποδοθεί από τον κοινωνικό περίγυρο, ανεξάρτητα από τη δική τους συμπεριφορά.

Ορισμένα στερεότυπα, όπως ο ισχυρισμός ότι «η ψυχική νόσος δεν αντιμετωπίζεται και δεν θεραπεύεται», αφενός μεν έχουν δημιουργήσει τεράστια εμπόδια στην επιτυχή διαχείριση της ψυχικής διαταραχής, αφετέρου δε αναπτύσσουν και διατηρούν την επιφυλακτικότητα της κοινότητας απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Πολύ διαδεδομένη είναι επίσης η στερεότυπη αντίληψη περί «βίαιου και επικίνδυνου ψυχασθενούς», παρότι επιστημονικές έρευνες έχουν αποδείξει ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δεν εμφανίζουν περισσότερες πιθανότητες διάπραξης αξιόποινης πράξης σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Tenety & Kiselica, 2000).

Το στίγμα λοιπόν οδηγεί σε σοβαρές διακρίσεις, οι οποίες με τη σειρά τους έχουν αρνητικές προεκτάσεις τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο.

Σε *ατομικό επίπεδο*, οξύνονται τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές στην αναζήτηση και εξεύρεση εργασίας και στέγης, ενώ συγχρόνως δυσχεραίνονται οι διαπροσωπικές τους σχέσεις και οι κοινωνικές τους συναναστροφές. Οι άνθρωποι που φέρουν το στίγμα αντιμετωπίζονται με απόσταση (Lauber et al, 2004) και επιφυλακτικότητα. Επιπλέον, το στίγμα έχει αρνητική επίδραση στην έκβαση της ασθένειας.

Σε *κοινωνικό επίπεδο*, ένα αρνητικό επακόλουθο είναι η μείωση των πόρων που δαπανώνται για την αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής.

Ο στιγματισμός των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι ένα παγκόσμιο και διαχρονικό φαινόμενο, που παρατηρείται σε όλες τις κοινωνίες και όλους τους πολιτισμούς (Warner, 2000). Έρευνες καταδεικνύουν ότι η πλειονότητα των πολιτών στις ΗΠΑ (Phelan et al, 2000) καθώς και σε πολλά δυτικοευρωπαϊκά κράτη (Bhugra, 1989) στιγματίζει τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Αλλά και στη χώρα μας το κοινωνικό στίγμα εκφράζεται με μεγάλη ένταση προς τα άτομα αυτά και, γενικότερα, οι αρνητικές στάσεις είναι ισχυρές (Koutrelakos & Zarnari, 1983· Madianos et al, 1987· Blue, 1993).

Η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρία (WPA) υλοποιεί ένα διεθνές πρόγραμμα ενάντια στο στίγμα και τις διακρίσεις που σχετίζονται με τη νόσο της σχιζοφρένειας. Στόχοι του προγράμματος είναι η διεύρυνση της γνώσης και της συνειδητοποίησης για τη φύση της σχιζοφρένειας και τις διαθέσιμες θεραπείες, η βελτίωση της αντιμετώπισης όσων έχουν ή είχαν σχιζοφρένεια, καθώς και των οικογενειών τους, και η ανάληψη δράσεων για την καταπολέμηση του στίγματος, των διακρίσεων και της προκατάληψης (Sartorius, 1997, 1998).

Στην Ελλάδα, το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) υλοποιεί, από τον Ιανουάριο του 2000, το Ελληνικό Πρόγραμμα της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας κατά του στίγματος της σχιζοφρένειας. Επίσης, υλοποιείται ένα ευρύτερο επιστημονικό πρόγραμμα στη χώρα μας, το «Πρόγραμμα κατά του Στίγματος των Ψυχικών Διαταραχών», με στόχο την καταπολέμηση του στίγματος που συνοδεύει όλες τις ψυχικές διαταραχές και όχι μόνο τη σχιζοφρένεια. Το πρόγραμμα αυτό δραστηριοποιείται κυρίως στην έρευνα<sup>3</sup>.

Για τον περιορισμό του κοινωνικού στίγματος και την άμβλυνση των αρνητικών στερεοτύπων έναντι των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, οι στρατηγικές που μπορούν να βοηθήσουν είναι:

- η συνεχής ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας, με σκοπό τη μεταστροφή των αρνητικών απόψεων για την ψυχική νόσο και τα άτομα με ψυχικές διαταραχές
- η υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων κατά του στίγματος, για τους εκπαιδευτικούς και όσους παρέχουν φροντίδα υγείας
- η ευαισθητοποίηση και συμμετοχή των ασθενών και των οικογενειών τους στις διαδικασίες αναγνώρισης των διακρίσεων

---

<sup>3</sup> Βλ. σχετικά: i) Economou M., Gramabdani C., Richardson C., Stefanis C. (2005). Public attitudes towards people with schizophrenia in Greece, *World Psychiatry*, 4 (Suppl.1): 40-44 και ii) Οικονόμου Μ., Γραμανδάνη Χ., Ασυκή Ε., Σεργιάννη Χ., Σταλίκας Α. (2006). Εκπαιδευτική παρέμβαση σε μαθητές γυμνασίου για την καταπολέμηση του ψυχιατρικού στίγματος, *Ψυχολογία*, 13: 44-58.

- η ενίσχυση κοινωνικών και νομικών ενεργειών για τον περιορισμό των διακρίσεων.

Επίσης, δεν πρέπει να παραλειφθεί και ο ρόλος των ΜΜΕ, τα οποία συντηρούν και αναπαράγουν εσφαλμένες κοινωνικές αναπαραστάσεις για τους ψυχικά πάσχοντες και την ψυχική νόσο, ενεργοποιώντας μηχανισμούς κοινωνικού αποκλεισμού.

Οι Corrigan και Lundin (2001) υποστηρίζουν πως οι τρεις κύριες στρατηγικές που απαιτούνται είναι η *διαμαρτυρία*, η *εκπαίδευση* και η *επαφή*:

- Διαμαρτυρία προς τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης για τις αρνητικές αναπαραστάσεις της ψυχικής ασθένειας.
- Εκπαίδευση του γενικού πληθυσμού, μέσω της παροχής έγκυρης και επιστημονικής πληροφόρησης ώστε να καταρριφθούν οι σχετικοί μύθοι. Επιστημονικές έρευνες έχουν δείξει πως άτομα με περιορισμένες γνώσεις σε θέματα ψυχικής υγείας τείνουν να έχουν πιο αρνητικές στάσεις απέναντι σε ψυχικά πάσχοντες (Wolff et al, 1996).
- Επαφή των μελών της κοινότητας με άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Η άμεση επαφή των μελών της κοινότητας με άτομα με ψυχικές διαταραχές μπορεί να συμβάλει στην υποχώρηση των αρνητικών στάσεων απέναντί τους (Penn et al, 1994· Crisp et al, 2005).

## **1.2. Η ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Η ιδρυματική περίθαλψη στην Ελλάδα καλύπτει μια χρονική διαδρομή από το 19ο αιώνα έως τις αρχές της δεκαετίας του 1980.

Στη χώρα μας, το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο δημιουργήθηκε το έτος 1838, έναν αιώνα μετά τη θέσπιση της ιδρυματικής ψυχιατρικής στην Ευρώπη. Το νοσοκομείο αυτό ιδρύθηκε στην πόλη της Κέρκυρας από την αγγλική κατοχική διοίκηση, με πρωτοβουλία του Βρετανού διοικητή των Ιονίων Νήσων Sir Edward Douglas, σε έναν εγκαταλελειμμένο στρατώνα του μηχανικού, στο προάστιο του Αγίου Ρόκκου. Πρώτος Διευθυντής του υπήρξε ο Άγγλος στρατιωτικός ιατρός Hadway, ενώ πρώτος Έλληνας Διευθυντής (1842)

ήταν ο Χ. Τσιριγώτης, ένας από τους προοδευτικότερους γιατρούς της εποχής, αφού υπήρξε ο πρώτος Έλληνας ψυχίατρος που εφάρμοσε ανθρωπιστικές θεραπευτικές μεθόδους (εργοθεραπεία, «ηθική» θεραπεία<sup>4</sup>). Ο Χ. Τσιριγώτης υπήρξε αργότερα και ο πρώτος Διευθυντής του Δρομοκαΐτειου Θεραπευτηρίου, το οποίο ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1887 στην περιοχή του Δαφνίου Αττικής και αποτέλεσε το δεύτερο ψυχιατρείο στην Ελλάδα. Την ίδια περίοδο, ρυθμίστηκε και νομοθετικά η μεταχείριση των ψυχικά πασχόντων, με νόμο που στηρίχθηκε (σχεδόν κατά γράμμα) σε αντίστοιχο γαλλικό.

Το 1905, με το κληροδότημα του Δ. Αιγινήτη ιδρύθηκε η πρώτη Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική στην Ελλάδα, το Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Το 1928 ακολούθησε η ίδρυση του Δημόσιου Ψυχιατρείου Αθηνών, απέναντι από τη Μονή Δαφνίου. Το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών ή Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών (ΨΝΑ), όπως ονομάζεται σήμερα, σχεδιάστηκε με πρότυπο την φημισμένη Κλινική Μπουργκχόλζλι (Burghölzli) της Ζυρίχης, ως αγροτικό άσυλο με προοπτική προγράμματος εργασιοθεραπείας. Όμως, η αλματώδης αύξηση των εισαχθέντων, που ήταν άτομα με ψυχικές διαταραχές και τοξικομανείς, ματαίωσε το αρχικό σχέδιο. Μετά το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, εξαιτίας του μεγάλου αριθμού ασθενών με ψυχικές παθήσεις στα γενικά νοσοκομεία, δημιουργήθηκε μια πρώτη αποικία ανιάτων στις εγκαταστάσεις του Λοιμοκαθαρητηρίου Σαλαμίνας «Άγιος Γεώργιος», την οποία ακολούθησε, το 1958, η Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου, στο νοτιοανατολικό Αιγαίο, που πολύ γρήγορα απέκτησε τη φήμη ασύλου για παραμεληθέντες. Δύο μικρότερα ψυχιατρικά νοσοκομεία, ένα στη Θεσσαλονίκη (το οποίο ιδρύθηκε την εποχή του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου) και ένα στη Σούδα Χανίων (1910), άρχισαν να οργανώνονται συστηματικά μετά το 1924. Δημόσια ψυχιατρεία λειτούργησαν επίσης στην Τρίπολη και στην Πέτρα Ολύμπου (Πλουμπίδης, 1981· Μπαϊρακτάρης, 1994).

Στην Ελλάδα, η κυρίαρχη θεωρητική και πρακτική προσέγγιση ήταν ταυτόσημη με εκείνη της Ευρώπης, δηλαδή η βιολογική-οργανική προσέγγιση

---

<sup>4</sup> Πατρική σχέση του ασθενούς με το γιατρό μέσα από το διάλογο.

της ψυχικής διαταραχής. Από το 1910 εφαρμόστηκε ο νόμος περί «ασύλων φρενοβλαβών», ο οποίος αντικαταστάθηκε το 1973 από το Ν. 1523. Στα άσυλα φρενοβλαβών οδηγούνταν από την αστυνομία διάφοροι φρενοπαθείς, αλλά και άστεγοι ή άτομα περιθωριακά και «επικίνδυνα» για τη δημόσια τάξη και ασφάλεια. Οι θεραπείες που εφαρμόζονταν ήταν απαράδεκτες, η μεταχείριση των εγκλείστων απάνθρωπη και οι συνθήκες διαβίωσής τους άθλιες. Η εγκατάλειψη και παραμέλησή τους υπήρξε το βασικό κοινό χαρακτηριστικό των ελληνικών δημόσιων ψυχιατρείων. Η φύλαξη και η διατήρηση της ιδρυματικής τάξης αποτελούσαν τους κύριους «θεραπευτικούς» στόχους.

Το 1979, σε οκτώ δημόσια ελληνικά ψυχιατρεία (Κέρκυρας, Δρομοκαΐτειο, Αθηνών, Λέρου, Θεσσαλονίκης, Χανίων, Τρίπολης και Πέτρας Ολύμπου) καταγράφηκαν 7.276 εγκλειστοί (4.446 άνδρες και 2.830 γυναίκες). Το 50% από αυτούς ήταν άνω των 50 ετών, ενώ σε ποσοστό 75% δεν είχαν καμία έξοδο από το ψυχιατρείο, κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού τους. Από τους 6.797 εγκλειστους, το 18,6% είχε διάρκεια παραμονής σε ψυχιατρεία μέχρι τρία έτη, το 24,4% από τρία έως δέκα έτη, το 27,2% από δέκα έως είκοσι έτη και, τέλος, το 29,7% περισσότερα από είκοσι έτη (Bairaktaris, 1984). Δηλαδή, ποσοστό άνω του 50% των ασθενών είχε διάρκεια παραμονής σε ψυχιατρείο μεγαλύτερη από δέκα έτη.

### **1.2.1. ΤΟ ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΛΕΡΟΥ**

Ακραία έκφραση της ιδρυματικής αθλιότητας στην Ελλάδα αποτέλεσε το ψυχιατρείο της Λέρου. Το Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου, όπως είναι σήμερα η επίσημη ονομασία του, ιδρύθηκε το 1958 με την ονομασία «Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου». Αρχικά, είχε δύναμη 650 κλινών και στεγάστηκε στους ιταλικούς στρατώνες που είχαν απομείνει από την ιταλική κατοχή του νησιού (1912-1947). Το νησί, που είναι απομακρυσμένο από τον ηπειρωτικό κορμό της χώρας, διέθετε αρκετά στρατιωτικά κτίρια, τα οποία μπορούσαν να εξυπηρετήσουν την εγκατάσταση των ασθενών σε αυτά.

Σκοπός της ίδρυσής του ήταν η αποσυμφόρηση των άλλων ελληνικών ψυχιατρείων. Έτσι, άρχισαν οι αλλεπάλληλες διακομιδές ψυχικά ασθενών. Οι μεταφορές γίνονταν με πλοία, στην αρχή σε ομάδες των 50-60 ατόμων, ενώ από το 1965 και μετά σε ομάδες των 250-400 ατόμων. Οι ασθενείς έφταναν στο νησί με μοναδικό αναγνωριστικό στοιχείο τους έναν αριθμό (αρκετοί δεν γνώριζαν καν το όνομά τους). Η επιλογή για τη μεταφορά ενός ασθενούς στη Λέρο δεν γινόταν με ιατρικά ή ψυχιατρικά κριτήρια, αλλά υπαγορευόταν από κοινωνικά χαρακτηριστικά. Για παράδειγμα, κριτήρια αποτελούσαν η διακοπή επικοινωνίας του ασθενούς με την οικογένειά του για ένα-δύο χρόνια και ο χαρακτηρισμός του ως «ανίατου-αζήτητου» (Λουκάς, 2007).

Ο Ευθύμιος Μπακλέζος, μοναδικός ψυχίατρος στο νησί για πολλά χρόνια, διαμαρτυρόταν στο Υπουργείο, χωρίς όμως να καταφέρει τίποτα.

Περίπου 4.000 άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα μεταφέρθηκαν από το 1958 έως το 1981 στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου. Το 1965, η «Αποικία» μετονομάστηκε σε «Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου», ενώ σταδιακά αυξήθηκε και η δυναμικότητα σε κλίνες, από τις 650 αρχικές σε 2.750 το 1981. Οι ασθενείς διαβιούσαν σε τμήματα χωρητικότητας 90-180 ατόμων, στις πλέον ακραίες μορφές ιδρυματικής ζωής και με μοναδική προοπτική τον κοινωνικό θάνατο.

Για πολλά χρόνια δεν υπήρχε κανένα θεραπευτικό πλάνο, αφού η πλειονότητα του προσωπικού προερχόταν από τον ντόπιο πληθυσμό χωρίς οποιαδήποτε επιστημονική κατάρτιση. Έτσι, ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού περιοριζόταν αποκλειστικά σε αρμοδιότητες φύλαξης, καθώς δεν υπήρχε καμία υποστηρικτική ενέργεια για την πλειονότητα των νοσηλευομένων ούτε κάποιο πρόγραμμα εκπαίδευσης για το προσωπικό. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την ενίσχυση του ιδρυματισμού και την αθλιότητα των συνθηκών διαβίωσης.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, οι απάνθρωπες συνθήκες διαβίωσης που επικρατούσαν στο ψυχιατρείο της Λέρου διέφυγαν από τα τείχη του ιδρύματος, αλλά και της χώρας μας, και έκαναν το γύρο του κόσμου. Εικόνες ντροπής από το Περίπτερο 11 «των επικίνδυνων ασθενών», όπου για χρόνια οι

έγκλειστοι ήταν δεμένοι με αλυσίδες, αλλά και από το Περίπτερο 16 «των γυμνών ασθενών», διέσυραν την Ελλάδα παγκοσμίως.

Τότε είδαν το φως της δημοσιότητας και οι πρώτες εγχώριες καταγγελίες, με αποτέλεσμα να σταματήσουν οι μεταφορές ασθενών στη Λέρο, μετά από απόφαση του Υπουργείου Υγείας, το 1982. Για πολλά χρόνια, το όνομα του νησιού ήταν συνδεδεμένο με το ψυχιατρείο και η τοπική οικονομία εξαρτιόταν από τη λειτουργία του ιδρύματος.

Παράλληλα, άρχισε να αναπτύσσεται μεγάλο ενδιαφέρον για παρεμβάσεις. Το 1981 πραγματοποιήθηκε το «Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής» (Lebonici & Σακελλαρόπουλος, 1989, 1990), με αντικείμενο την υποβαθμισμένη πραγματικότητα της ιδρυματικής περίθαλψης, τη συστηματική προσέγγιση των μεταρρυθμιστικών αναγκών και τη δημιουργία νέων εξωνοσοκομειακών ψυχιατρικών δομών.

Ακολούθησαν, το 1983, οι πρώτες επισκέψεις εμπειρογνομόνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ο.Κ. τότε), οι οποίοι διατύπωσαν σχετικές επισημάνσεις. Το 1984 θεσπίστηκε ο Κανονισμός 815/84<sup>5</sup> της Ε.Ο.Κ. για τη χρηματοδότηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, ο οποίος είχε ως κύριο στόχο την επίλυση του προβλήματος της Λέρου και προέβλεπε πολλές δράσεις. Μέχρι τα τέλη της ίδιας δεκαετίας έγιναν μερικές προσπάθειες, οι οποίες όμως δεν κατάφεραν να αλλάξουν την κατάσταση και η διεθνής κατακραυγή για τις συνθήκες στο ίδρυμα αποκορυφώθηκε. Το 1989, μια ομάδα εργαζομένων του ιδρύματος, σε συνεργασία με τη μονάδα επανένταξης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, οργάνωσε πρωτοβουλία μεταρρύθμισης στο πιο δύσκολο και διαβόητο Περίπτερο, το 16ο, «των γυμνών». Τον επόμενο χρόνο ξεκίνησαν, με πολλές δυσκολίες, τα χρηματοδοτούμενα από την Ευρωπαϊκή Ένωση προγράμματα αποκατάστασης.

Αξίζει να σημειωθεί, πάντως, πως η Λέρος δεν αποτέλεσε εξαίρεση στην ελληνική ιδρυματική πραγματικότητα, αφού και στα άλλα ψυχιατρεία κυριαρχούσαν ανάλογες συνθήκες.

---

<sup>5</sup> Για τον Κανονισμό 815/84 θα γίνει λόγος αναλυτικά σε επόμενο κεφάλαιο.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

#### 2.1. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΗΠΑ

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση άρχισε να υλοποιείται στις χώρες της Δύσης από τις αρχές του 1960 και η εφαρμογή της έγινε σε τρεις φάσεις. Σε πρώτη φάση, ξεκίνησε η μεταφορά του πυρήνα της περίθαλψης από το ίδρυμα στην κοινότητα, δηλαδή στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, στις Κινητές Μονάδες και στα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα. Σε δεύτερη φάση, πραγματοποιήθηκε η «αποασυλοποίηση» των ψυχιατρείων, δηλαδή η ριζική αλλαγή της θεραπείας, της διαβίωσης και των δραστηριοτήτων των ασθενών. Τέλος, σε τρίτη φάση, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές μεταφέρθηκαν από τα ψυχιατρεία-άσυλα σε δομές στην κοινότητα.<sup>6</sup>

Στη **Μεγάλη Βρετανία**, η στροφή στην κοινοτική ψυχιατρική πραγματοποιήθηκε με το Νόμο του 1959 για την ψυχική υγεία (Mental Health Act). Ο Νόμος αυτός προέβλεπε τη διαμόρφωση ενός δικτύου ψυχιατρικής φροντίδας μέσα στην κοινότητα, την ανάπτυξη ψυχιατρικών υπηρεσιών στα γενικά νοσοκομεία, το οριστικό κλείσιμο των μεγάλων εξειδικευμένων ψυχιατρικών ιδρυμάτων και την κοινωνική επανένταξη των πρώην νοσηλευομένων. Οι ασθενείς θα περιθάλπονταν σε κοινοτικές δομές, χωρίς ιδιαίτερες νομικές δυσκολίες, με εξαίρεση τους χαρακτηριζόμενους ως «επικίνδυνους» ασθενείς.

Το βρετανικό μοντέλο βασίστηκε σε δύο άξονες: α) στην ελαχιστοποίηση της νοσοκομειακής ψυχιατρικής φροντίδας και β) στην

---

<sup>6</sup> Βλ. σχετικά: Συμπόσιο: «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη, Τρεις ευρωπαϊκές εμπειρίες: Η σημασία μιας παράλληλης πορείας της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και της Αποασυλοποίησης», στο Δ. Δαμίγος (επιμ), *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*, Αθήνα: Παπαζήση 2003.

ανάπτυξη δομών μικρότερου μεγέθους, ενταγμένων στο εσωτερικό του γενικού συστήματος υγείας. Από τα 130 μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία που υπήρχαν έως τότε στη χώρα, ελάχιστα συνεχίζουν την λειτουργία τους. Το κλείσιμο των ψυχιατρικών κλινικών στη Μεγάλη Βρετανία θα μπορούσε να θεωρηθεί η πιο ριζοσπαστική αλλαγή στην εθνική πολιτική για την υγεία (Macpherson et al, 2004).

Παράλληλα, δημιουργήθηκαν περισσότερα από 300 κέντρα ψυχικής υγείας. Κατά τη δεκαετία 1976-1986 σημειώθηκε μείωση του χρόνιου πληθυσμού των ασύλων κατά 18.000. Από αυτά τα άτομα, όμως, μόνο τα 6.000 επέστρεψαν στην κοινότητα, καθώς οι υπόλοιποι 12.000 πέθαναν. Επίσης, πολλές μη κυβερνητικές οργανώσεις ανέπτυξαν προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης για χρόνιους τροφίμους ψυχιατρείων.

Ο Bennett (1990), επιχειρώντας μια συνολική αξιολόγηση για την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Αγγλία, παρατηρεί ότι «το κίνημα της κοινοτικής περίθαλψης δεν μπορεί να ανακοπεί, διότι για την πλειονότητα του πληθυσμού είναι ένα κίνημα απόρριψης της ολοκληρωτικής περίθαλψης, στην κατεύθυνση ανάμειξής της με την αυτόνομη διαβίωση στην οποία κάθε πολίτης έχει δικαίωμα».

Στη **Γαλλία**, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση ταυτίστηκε με την Ψυχιατρική του Τομέα (psychiatrie du secteur), η οποία στόχευε στην κοινωνικοποίηση των ψυχιατρικών υπηρεσιών, διατηρώντας παράλληλα και τη λειτουργία του ασύλου για την αντιμετώπιση οξέων και σοβαρών περιστατικών.

Κάθε νομός της χώρας διαιρέθηκε σε τομείς ευθύνης μιας συγκεκριμένης ιατροκοινωνικής ομάδας, η οποία αναλάμβανε τη θεραπευτική συνέχεια (Σακελλαρόπουλος, 1995). Το 1958 ιδρύθηκε, στο 13ο διαμέρισμα του Παρισιού, ο Πρότυπος Ψυχιατρικός Τομέας, όπου οργανώθηκε ένα ολοκληρωμένο δίκτυο υπηρεσιών κοινοτικού τύπου. Το 1961 αναπτύχθηκαν περισσότεροι από 300 τομείς, καλύπτοντας τη μισή χώρα (Audisio, 1978).

Η ανάπτυξη ψυχιατρικών υπηρεσιών στις γειτονιές και η λειτουργία τους σε μια οριοθετημένη γεωγραφικά περιοχή με συγκεκριμένα κοινωνικά

χαρακτηριστικά αναδεικνύει το συσχετισμό της ψυχικής ασθένειας με το *κοινωνικό* (Μαδιανός, 2000). Η κοινωνική ψυχιατρική στη Γαλλία αναπτύχθηκε αρχικά από μια ομάδα ψυχιάτρων αποτελούμενη από τους Paul Sivadon, Lucien Bonnafé, Hubert Mignot και Georges Daumézou. Βασίστηκε στην ιδέα πως οι ψυχικές διαταραχές είναι συγχρόνως βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές, ενώ υποστήριξε πως ο καταλληλότερος θεραπευτικός προσανατολισμός είναι η δημιουργία ενός περιβάλλοντος που οδηγεί σταδιακά στην κοινωνική επανένταξη των ψυχικά ασθενών (Chanoit, 1996).

Στην **Ισπανία**, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση αποτέλεσε μέρος της γενικότερης μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας. Το γενικό νοσοκομείο αποτελεί τη βασική δομή υποδοχής, ενώ απαγορεύεται με νόμο κάθε νέα εισαγωγή στο ψυχιατρικό νοσοκομείο. Πολλά ψυχιατρικά νοσοκομεία έκλεισαν τη δεκαετία του 1990 και η πλειονότητα των γενικών νοσοκομείων προσφέρει πλέον ψυχιατρικές υπηρεσίες (Μαδιανός, 2000· Τζανάκης, 2008).

Στη **Γερμανία**, η ιστορία της ψυχιατρικής συμβαδίζει με την πολιτική ιστορία της χώρας. Παρά τη διαίρεση της χώρας μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, δεν παρατηρούνται ουσιαστικές διαφοροποιήσεις ως προς το κυρίαρχο ιδρυματικό μοντέλο. Η κυριαρχία του ασύλου οφείλεται στον παραδοσιακό προσανατολισμό του βιοϊατρικού μοντέλου, το οποίο ήταν παγιωμένο ήδη από το 19ο αιώνα. Μόλις πρόσφατα, στα τέλη του 20ού αιώνα, επιχειρήθηκε μια συστηματική προσπάθεια υπέρβασης του μοντέλου αυτού, με τη δημιουργία ενός δικτύου κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών. Παράλληλα, γίνεται μια συστηματική προσπάθεια ανάδειξης του γεγονότος του αφανισμού περίπου 120.000 ατόμων με ψυχικές διαταραχές κατά τη διάρκεια της ναζιστικής διακυβέρνησης (Μπαϊρακτάρης, 1994· Ackerknecht, 1982· Τζανάκης, 2008).

Στην **Ιταλία**, οι Νόμοι 180 και 183 του 1978 προέβλεπαν την επέκταση σε ολόκληρη τη χώρα του μοντέλου που αναπτύχθηκε στην Τεργέστη, την

Περούτζια, την Πάρμα και την Γκορίτσια, στις αρχές της δεκαετίας του 1970. Οι πρωτεργάτες του κινήματος της Δημοκρατικής Ψυχιατρικής θεωρούνται οι βασικοί εμπνευστές και των προγραμμάτων αποϊδρυματοποίησης, τα οποία επηρέασαν σε μεγάλο βαθμό την Ελλάδα (Jervis, 1970· Pirella, 1970· Pirella & Casagrande, 1977).

Στις **ΗΠΑ**, η ιδέα της κοινοτικής ψυχιατρικής έκανε αρκετά νωρίτερα της εμφάνισή της, από τα προπολεμικά κιόλας χρόνια, και, στη συνέχεια, εντάχθηκε στην γενικότερη κοινωνική πολιτική (Rothman, 1971, 1980). Την κριτική της ασυλιακής περίθαλψης ακολούθησε η πολιτική της απονοσοκομειοποίησης (dehospitalization), η οποία βασίστηκε στο δραστικό περιορισμό των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων ή και στην κατάργησή τους σε ορισμένες περιπτώσεις, με την παράλληλη ενίσχυση της ελεύθερης αγοράς υπηρεσιών στον τομέα της ψυχικής υγείας. Η ανάληψη της ψυχιατρικής περίθαλψης έγινε κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα, λόγω της πολιτικής που υιοθετήθηκε, η οποία προέβλεπε μείωση των δημοσίων δαπανών για την ψυχική υγεία. Αρχικά, τη δεκαετία του 1960, το μοντέλο εφαρμόστηκε σε τοπικό επίπεδο στην Καλιφόρνια, ενώ τη δεκαετία του 1980 επεκτάθηκε σε ολόκληρη την Αμερική. Θύματα όμως της εφαρμογής αυτής της πολιτικής υπήρξαν οι φτωχοί και οι χρόνιοι έγκλειστοι, τους οποίους μπορούσε κανείς να συναντήσει αργότερα στο δρόμο εγκαταλελειμμένους και άστεγους (Gounis & Susser, 1990· Lovell, 1996).

## 2.2. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Μέχρι τη δεκαετία του 1980 το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα στηριζόταν αποκλειστικά στην ιδρυματική περίθαλψη. Η άσκηση ψυχιατρικής φροντίδας γινόταν από τα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία και από τον ιδιωτικό τομέα (ιδιωτικές κλινικές).

Ο συγκεντρωτισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η έλλειψη υπηρεσιών κοινοτικής ψυχικής υγείας και ψυχιατρικών τομέων στα γενικά νοσοκομεία, η απουσία της τομεοποίησης, η άνιση γεωγραφική κατανομή ψυχιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία, καθώς και η έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού, ήταν τα κυριότερα χαρακτηριστικά του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας (Μαδιανός, 2005). Αυτά τα χαρακτηριστικά, όπως γίνεται αντιληπτό, αφενός δεν επέτρεπαν ποιοτικές συνθήκες ψυχιατρικής φροντίδας, αφετέρου δεν παρείχαν τη δυνατότητα αποϊδρυματισμού των χρόνιων ψυχικά ασθενών.

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 άρχισαν να ακούγονται ορισμένες φωνές διαμαρτυρίας για την εξαθλίωση της ιδρυματικής ψυχιατρικής. Τότε εμφανίστηκαν και οι πρώτες συστηματικές μελέτες σχετικά με την ιστορία της ψυχιατρικής (Πλουμπίδης, 1989), της ιδρυματικής ψυχιατρικής περίθαλψης και των συνθηκών διαβίωσης των εγκλειστων στα ελληνικά ψυχιατρεία (Bairaktaris, 1984).

Ενώ όμως, όπως προαναφέρθηκε, στην Ευρώπη η ψυχιατρική μεταρρύθμιση πέρασε από τρεις διαδοχικές φάσεις, στην Ελλάδα ακολούθησε ένα λανθασμένο δρόμο, ξεκινώντας απευθείας από την τρίτη φάση, δηλαδή τη μεταφορά των ατόμων με ψυχικές διαταραχές από τα ψυχιατρεία σε στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα.

Η διεθνής κατακραυγή για τις συνθήκες που επικρατούσαν στα ελληνικά ψυχιατρεία, αλλά κυρίως στο ίδρυμα της Λέρου, οδήγησαν στη θέσπιση του Κανονισμού 815/84 της Ε.Ο.Κ., στα Προγράμματα «Λέρος Ι» και «Λέρος ΙΙ», και, μετέπειτα, στην ανάπτυξη του Εθνικού Προγράμματος «Ψυχαργός», με κυρίαρχο στόχο την αποϊδρυματοποίηση και αποκατάσταση των χρόνιων εγκλειστων ασθενών.

Η απαρχή της ελληνικής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης χρονολογείται επισήμως στα μέσα της δεκαετίας του 1980, με την εφαρμογή του Κανονισμού 815/84 της Ε.Ο.Κ. και νοείται ως «το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν στον ψυχικά ασθενή να παραμείνει ενεργός πολίτης μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη, με κεντρικό άξονα την ανάπτυξη των υπηρεσιών στην κοινότητα ώστε ο ασθενής να εξυπηρετείται κοντά στο οικογενειακό του περιβάλλον και να υποστηρίζεται από αυτό, διατηρώντας με όλα τα μέσα την κοινωνική του δραστηριότητα».<sup>7</sup>

Έτσι ξεκίνησε η μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχικής υγείας, η οποία είχε ως κύριους στόχους: α) τον αποϊδρυματισμό των χρόνιων ασθενών (μέσω της σταδιακής κατάργησης των ψυχιατρικών ιδρυμάτων και της μεταφοράς των ασθενών σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην κοινότητα) και β) την παράλληλη ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, ώστε ο ψυχικά ασθενής να παραμένει ενεργός πολίτης στο φυσικό του περιβάλλον.

Σε αυτή τη μεταρρύθμιση μπορούμε να διακρίνουμε δύο περιόδους:

1) **την πρώτη μεταρρυθμιστική περίοδο**, από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 μέχρι την ολοκλήρωση της εφαρμογής του Κανονισμού 815/84, στα τέλη της δεκαετίας του 1990, και

2) **τη δεύτερη μεταρρυθμιστική περίοδο**, που σηματοδοτείται από το πρόγραμμα «Ψυχαργώς», το οποίο ξεκίνησε το 2000 (Τζανάκης, 2008).

---

<sup>7</sup> Βλ. σχετικά: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, «Ψυχαργώς» 2001-2010: Προγράμματα ανάπτυξης δομών και υποδομών στον τομέα της ψυχικής υγείας, Αθήνα, 2001.

### **2.2.1. Ο ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ 815/84 ΤΗΣ Ε.Ο.Κ. (ΠΡΩΤΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ)**

Το 1983, με την ψήφιση του Νόμου 1397, θεσπίστηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Ο νόμος αναφέρεται και στην οργάνωση του συστήματος ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, με το άρθρο 21 οριοθετείται εκ νέου η άσκηση της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης. Η φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές ασκείται από τα εξειδικευμένα ψυχιατρικά νοσοκομεία, από τους ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων, καθώς και από τα κέντρα ψυχικής υγείας. Στο πλαίσιο σχεδιασμού του νεοσύστατου τότε Εθνικού Συστήματος Υγείας κρίθηκε αναγκαία η αλλαγή της δομής και του χαρακτήρα του προϋπάρχοντος συστήματος ψυχικής υγείας και περίθαλψης.

Το 1984 συγκροτήθηκε μια Επιτροπή Ψυχικής Υγείας από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκπόνησε ένα πενταετές σχέδιο για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και το υπέβαλε στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή ζητώντας οικονομική βοήθεια. Πράγματι, τρία χρόνια μετά την ένταξή της στην Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα, η Ελλάδα έλαβε οικονομική και τεχνική υποστήριξη, ύψους 120 εκατομμυρίων ECU, μέσα από τον Κανονισμό 815/1984 για τον εκσυγχρονισμό της παραδοσιακής ψυχιατρικής περίθαλψης.

Με την εκπνοή της δεκαετίας του 1980 άρχισε η μεταφορά των πρώτων ασθενών από το Ψυχιατρείο της Λέρου, ύστερα από πενταετή προετοιμασία, και η μεταστέγασή τους σε αποκαταστασιακές δομές στην κοινότητα, συχνά κοντά στον τόπο καταγωγής τους. Οι νέες αυτές στεγαστικές δομές επρόκειτο να παράσχουν βελτιωμένη ποιότητα ζωής στον ψυχικά ασθενή και αποσκοπούσαν όχι μόνο στη θεραπεία του, αλλά και στην επανασύνδεσή του με την οικογένειά του, στον αποστιγματισμό του και στην κοινωνική του επανένταξη.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας μεταρρυθμίστηκαν σταδιακά. Ένα μέρος τους ενσωματώθηκε στο γενικό σύστημα υγείας (ψυχιατρικές μονάδες στα γενικά νοσοκομεία), ενώ παράλληλα θεσπίστηκαν και λειτούργησαν

κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όπως ήταν τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, οι Κινητές Μονάδες, τα Κέντρα Ημέρας και οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες, Προστατευμένα Διαμερίσματα). Οι νέες αυτές υπηρεσίες που εντάχθηκαν στην κοινότητα είχαν ως στόχο την κάλυψη των αναγκών σε τοπικό επίπεδο, καθιστώντας τα άτομα με ψυχικές διαταραχές ενεργά μέλη της κοινότητας.

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση εμπεριέχει λοιπόν την έννοια της αλλαγής που πραγματοποιήθηκε στο σύστημα των ψυχιατρικών υπηρεσιών, με βασικότερο σκοπό τη μετάβαση της παροχής ψυχιατρικής φροντίδας από το ψυχιατρικό ίδρυμα σε μονάδες μέσα στην κοινότητα και την παράλληλη μετακίνηση ασθενών από τα ψυχιατρεία σε υπηρεσίες φροντίδας στην κοινότητα, με στόχο την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική τους ενσωμάτωση (Tsiantis, 1995· Assimopoulos, 1998· Ασημόπουλος, 2008).

Έτσι, αντικαταστάθηκε σταδιακά το παρωχημένο μοντέλο του πολυετούς εγκλεισμού των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στα ψυχιατρεία, μετά από δημόσια κριτική τόσο για την αναποτελεσματικότητα των ιδρυμάτων αυτών όσο και για την παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών.<sup>8</sup>

Συγχρόνως, όμως, μετασχηματίστηκε και η ελληνική κοινωνία, και ένας από τους καθοριστικούς παράγοντες για την ποιότητα των νέων υπηρεσιών ψυχικής υγείας επρόκειτο να είναι η καλλιέργεια του ανθρωπολογικού τρόπου σκέψης των στελεχών αυτών των κοινοτικών υπηρεσιών (Λειβαδίτης, 2003). Αμφισβητήθηκε ο παραδοσιακός ρόλος του επαγγελματία της ψυχικής υγείας, ο οποίος οφείλει πλέον να υιοθετήσει μια διαφορετική προσέγγιση προς τους ασθενείς. Ο ψυχίατρος θα πρέπει να εστιάζει πλέον στον άνθρωπο και όχι στην ασθένεια και τα συμπτώματά της. Η ψυχιατρική περίθαλψη έγινε πιο ανθρωποκεντρική. Το βάρος της ψυχιατρικής φροντίδας μετατοπίστηκε από το άσυλο στην κοινότητα και τα άτομα με ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζονται πλέον ως ισότιμα μέλη της κοινωνίας με δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη.

---

<sup>8</sup> Βλ. σχετικά: Π.Ο.Υ. (2004). «Mental Health Policy and Service Guidance Package - The Mental Health Context», στην Εισαγωγή της ελληνικής έκδοσης: *Το πλαίσιο της ψυχικής Υγείας*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας.



Αυτή η νέα αντίληψη για την ψυχική διαταραχή και την ψυχιατρική φροντίδα σηματοδότησε τη συνειδητοποίηση της ανάγκης για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε πως ο Κανονισμός 815/84 αποτέλεσε το επίσημο έναυσμα για την εκκίνηση μιας μακράς διαδικασίας μετασχηματισμού της ψυχιατρικής (Τζανάκης, 2008). Η εφαρμογή του επέφερε σημαντικές αλλαγές προς την κατεύθυνση της αποκέντρωσης των ψυχιατρικών υπηρεσιών, του αποϊδρυματισμού και της ανάπτυξης υπηρεσιών στην κοινότητα. Ο ρόλος του ψυχιατρείου περιορίστηκε και αναπτύχθηκαν 260 νέες δομές (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, ψυχιατρικά τμήματα στα γενικά νοσοκομεία, Νοσοκομεία Ημέρας, Εργαστήρια Αποκατάστασης, Ξενώνες, Προστατευμένα Διαμερίσματα, Οικοτροφεία και άλλες υπηρεσίες). Επίσης, ο αριθμός των έγκλειστων ασθενών ελαττώθηκε σημαντικά, καθώς πολλοί από αυτούς μεταφέρθηκαν σε στεγαστικές δομές στην κοινότητα (Μαδιανός, 2002).

Με την ψυχιατρική, λοιπόν, μεταρρύθμιση συντελέστηκε (Μαυρατζιώτου, 2003):

α) Αλλαγή του *τρόπου* με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες. Πρόκειται για αλλαγή των στάσεων και των αντιλήψεων τόσο μεταξύ των επαγγελματιών της ψυχικής υγείας όσο και ευρύτερα στην κοινότητα.

β) Αλλαγή του *τόπου* στον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες. Συνδέεται με τη μετάβαση από την ιδρυματικού τύπου περίθαλψη στην κοινωνική ψυχιατρική (από το ψυχιατρείο στην κοινότητα).

γ) Αλλαγή του *χρόνου* κατά τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες. Η αλλαγή αυτή εκφράζεται με τα στάδια της πρόληψης, της έγκαιρης παρέμβασης και της συνέχειας στη φροντίδα.

## 2.2.2. ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» (ΔΕΥΤΕΡΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ)

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχιση των σημαντικών αυτών πρωτοβουλιών της μεταρρύθμισης και μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ευρωπαϊκή Ένωση, το οποίο είχε οριστεί για τα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ανέλαβε μια μακροπρόθεσμη δέσμευση: τη συνέχιση της μεταρρύθμισης σε ολόκληρη τη χώρα και την περαιτέρω μείωση του αριθμού των έγκλειστων ψυχικά ασθενών. Για το σκοπό αυτόν αναπτύχθηκε ένα Εθνικό Πρόγραμμα με την κωδική ονομασία «Ψυχαργός».

Το πρόγραμμα «Ψυχαργός»<sup>9</sup> είχε ως στόχο τη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, με έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην παράλληλη ανάπτυξη δικτύου στεγαστικών δομών μέσα στον κοινωνικό ιστό, με στόχο την αποασυλοποίηση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, την είσοδό τους στον εργασιακό χώρο και την κοινωνική τους επανένταξη. Αποτέλεσε τον επιχειρησιακό βραχίονα της πολιτικής του ελληνικού κράτους για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, τον αποϊδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τη δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών, κοινοτικά προσανατολισμένων και ενταγμένων σε Τομείς Ψυχικής Υγείας.<sup>10</sup>

Το πρόγραμμα «Ψυχαργός» περιλαμβάνει δύο φάσεις:

### **«Ψυχαργός» Α΄ φάση**

Η Α΄ φάση του Προγράμματος ξεκίνησε με την ανάπτυξη συνεργασίας μεταξύ των ψυχιατρείων και των γενικών περιφερειακών ή νομαρχιακών νοσοκομείων. Τα ψυχιατρεία συμμετείχαν ενεργά στη διαδικασία προετοιμασίας των ασθενών για την έξοδό τους, κυρίως μέσω της διενέργειας προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης για την καταπολέμηση του

<sup>9</sup> Βλ. σχετικά το διαδικτυακό τόπο της Μονάδας Παρακολούθησης & Υποστήριξης Φορέων Υλοποίησης «Ψυχαργός» [www.msu.gr](http://www.msu.gr)

<sup>10</sup> Για τους Τομείς Ψυχικής Υγείας γίνεται λόγος σε επόμενο κεφάλαιο.

αποκλεισμού από την αγορά εργασίας. Οι ομάδες-στόχοι στα ψυχιατρεία ήταν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές και ασθενείς με νοητική υστέρηση που νοσηλεύονταν σε αυτά.

Τα γενικά νοσοκομεία ανέλαβαν, για πρώτη φορά σε τέτοια έκταση, παρεμβάσεις αποασυλοποίησης. Για το σκοπό αυτόν προσέλαβαν πρόσθετο προσωπικό και προχώρησαν στην ενοικίαση κτηρίων και διαμερισμάτων για τη διαμόρφωση Ξενώνων και Προστατευμένων Διαμερισμάτων.

Αυτό ήταν και το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της Α΄ φάσης του Προγράμματος «Ψυχαργός».

### Αποτελέσματα Α΄ Φάσης

Η αξιολόγηση της Α΄ φάσης του Προγράμματος πραγματοποιήθηκε από ομάδα εμπειρογνομόνων από το εξωτερικό. Στην έκθεσή τους, οι εμπειρογνώμονες επισήμαναν πως «ο γενικός αντίκτυπος του προγράμματος «Ψυχαργός» στη διεργασία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης είναι πολύ θετικός<sup>11</sup>».

Στα επιτεύγματα της Α΄ φάσης συγκαταλέγονται:

- Η δημιουργία 55 στεγαστικών δομών σε όλη την Ελλάδα (49 Ξενώνες και 6 Οικοτροφεία)
- Η πρόσληψη και η εκπαίδευση 630 ατόμων, στελεχών των νέων δομών
- Η κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης
- Η μεταφορά και η διαμονή 769 ασθενών σε Ξενώνες και Οικοτροφεία
- Η δημιουργία 71 Εργαστηρίων Επαγγελματικής Κατάρτισης για άτομα με ψυχικές διαταραχές
- Η προκατάρτιση και η κατάρτιση 973 ασθενών, που διέμεναν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία.

---

<sup>11</sup> Grove B., Henderson J., Marturini S. (2002). Τελική έκθεση προς το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής και τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα, σ. 22.

## «Ψυχαργός» Β΄ φάση

Η Β΄ φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» προβλέπει την ανάπτυξη δομών ψυχικής υγείας σε όλη τη χώρα με βάση τις αρχές της *τομεοποίησης*<sup>12</sup> και της *κοινοτικής ψυχιατρικής*<sup>13</sup>, ώστε να εξασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Οι κοινοτικές δομές καλούνται να παρέχουν υπηρεσίες, με σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, την περίθαλψη, τη θεραπεία, αλλά και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Οι νέες αυτές κοινοτικές δομές απευθύνονται σε ενήλικες, παιδιά και εφήβους.

Αναλυτικά, η Β΄ φάση του Προγράμματος στοχεύει:

- Στην αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη 3.500 ασθενών με μακρά παραμονή στα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας, μέσω της μεταφοράς και εγκατάστασής τους στην κοινότητα, και, πιο συγκεκριμένα, σε Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα που δημιουργήθηκαν γι' αυτόν το σκοπό.
- Στην πρωτοβάθμια εξωνοσοκομειακή φροντίδα, με τη δημιουργία Κέντρων Ψυχικής Υγείας για ενήλικες και Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων για παιδιά και εφήβους.
- Στη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του γενικού νοσοκομείου, με ολοκληρωμένα παιδοψυχιατρικά τμήματα και ψυχιατρικά τμήματα ενηλίκων.

Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων ψυχιατρικών τμημάτων στα Γενικά Νοσοκομεία αντικατέστησε βαθμιαία το μοντέλο νοσηλείας στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, ενώ η παράλληλη δράση της αποασυλοποίησης κατέστησε δυνατή τη μείωση του μεγέθους και του ρόλου των ψυχιατρικών νοσοκομείων με στόχο την οριστική κατάργησή τους. Συγχρόνως, διασφαλίζει την εδραίωση

---

<sup>12</sup> Σε επόμενο κεφάλαιο θα γίνει εκτενής αναφορά στην τομεοποίηση και τη σημασία της.

<sup>13</sup> Σε επόμενο κεφάλαιο θα γίνει εκτενής αναφορά στις αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής.

της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας και την παγίωση των μέχρι τώρα αποτελεσμάτων.

Συμπερασματικά, θα πρέπει να επισημανθεί πως με το πρόγραμμα «Ψυχαργώς» επιχειρήθηκε η συρρίκνωση ή η αναστολή λειτουργίας των μεγάλων ψυχιατρείων/ασύλων και η ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών παροχής φροντίδας για τους ασθενείς. Γενικά, η άσκηση της ψυχιατρικής περίθαλψης μεταφέρθηκε στην κοινότητα, η οποία πλέον επωμίζεται τον κύριο όγκο της ευθύνης για παροχή ψυχιατρικής φροντίδας.

Μέχρι τα τέλη του 2004 είχαν αναπτυχθεί 118 Ξενώνες και Οικοτροφεία και 119 Προστατευμένα Διαμερίσματα. Ο αριθμός των πρώην τροφίμων μεγάλων ψυχιατρείων, που διέμενε πλέον σε στεγαστικές δομές στην κοινότητα, ανερχόταν σε 3.057 άτομα.

Το 2009, ο συνολικός αριθμός των επωφελούμενων από το πρόγραμμα που διέμεναν σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ήταν 3.414 άτομα.

Ο Πίνακας 1 που ακολουθεί παρουσιάζει τους επωφελούμενους ανά Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

**Πίνακας 1.** Συνολικός αριθμός επωφελούμενων σε μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

| ΤΥΠΟΣ ΔΟΜΗΣ                                  | ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ |              |              |
|--|--------------|--------------|--------------|
|  | Ν.Π.Δ.Δ.     | Ν.Π.Ι.Δ.     | ΣΥΝΟΛΟ       |
| Ξενώνας                                      | 854          | 172          | 1.026        |
| Οικοτροφείο ατόμων με βαριά νοητική υστέρηση | 12           | 141          | 153          |
| Οικοτροφείο ατόμων με διπλή διάγνωση         | 108          | 541          | 649          |
| Οικοτροφείο με εργαστήριο                    | 36           | 0            | 36           |
| Οικοτροφείο με ψυχικά ασθενείς               | 236          | 196          | 432          |
| Οικοτροφείο με Ψυχογηριατρικούς Ασθενείς     | 144          | 322          | 466          |
| Προστατευμένο Διαμέρισμα                     | 549          | 103          | 652          |
| <b>ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ</b>                         | <b>1.939</b> | <b>1.475</b> | <b>3.414</b> |

Πηγή: Στοιχεία ΥΥΚΑ-Δ/ση Ψυχικής Υγείας, επεξεργασία ΜΥΠ-Οκτώβριος 2009

### 2.3. ΤΟΜΕΟΠΟΙΗΣΗ

Μια πρωταρχικής σημασίας προϋπόθεση για την εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας είναι η *τομεοποίηση* της ψυχιατρικής περίθαλψης. Με τον όρο τομεοποίηση εννοείται η διαίρεση της χώρας σε Υγειονομικές Περιφέρειες, με γεωγραφικά και πληθυσμιακά κριτήρια, καθώς και ο προσδιορισμός του πληθυσμού για τον οποίο σχεδιάζεται το σύστημα παροχής υπηρεσιών (Χριστοδούλου και Σακελλαρόπουλος, 2003).

Η διαίρεση της χώρας σε Τομείς Ψυχικής Υγείας γίνεται ως εξής: κάθε νομός είναι και ένας τομέας, εκτός από κάποιους νομούς με μικρό πληθυσμό, οι οποίοι εντάσσονται στους τομείς γειτονικών τους νομών με μεγαλύτερο πληθυσμό. Εξαίρεση αποτελούν οι Νομοί Αττικής και Θεσσαλονίκης, οι οποίοι διαιρούνται σε περισσότερους τομείς, καθώς και σε τομείς εξειδικευμένους για παιδιά και εφήβους (Ζήση, 2005).

Αυτό ήταν, λοιπόν, το πλαίσιο δημιουργίας του Τομέα Ψυχικής Υγείας (ΤοΨΥ). Στους ΤοΨΥ εντάσσονται οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες στα άτομα με ψυχικές διαταραχές που κατοικούν ή διαμένουν στην περιοχή αρμοδιότητας του Τομέα.

Ο ΤοΨΥ λειτουργεί σύμφωνα με τις γενικές αρχές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και έχει ως σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές. Για να καταστεί αυτό δυνατό, οι Μονάδες του ΤοΨΥ θα πρέπει να λειτουργούν σε δίκτυο. Ο ΤοΨΥ νοείται ως δίκτυο υπηρεσιών, που εξυπηρετεί το συγκεκριμένο πληθυσμό μιας γεωγραφικά οριοθετημένης περιοχής (π.χ. ενός νομού).

Στις υπηρεσίες που παρέχει το δίκτυο των Μονάδων του ΤοΨΥ περιλαμβάνονται οι εξής:

- πρόληψη και πρόωμη παρέμβαση
- διαγνωστική εκτίμηση και εκτίμηση αναγκών
- συμβουλευτική και θεραπευτικές παρεμβάσεις

- ημερήσια φροντίδα και ψυχοκοινωνική στήριξη
- υποστήριξη των οικογενειών των ασθενών
- στεγαστικές δομές στην κοινότητα
- επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση
- ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας με στόχο την καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας.

Η λειτουργία των Μονάδων των ΤοΨΥ σε δίκτυο απαιτεί το συντονισμό του έργου τους, την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και το σχεδιασμό και προγραμματισμό νέων Μονάδων. Υπεύθυνες είναι οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ).

Ο ρόλος των ΤΕΨΥ περιγράφεται στο Ν. 2716/99 και είναι ο ακόλουθος:

1) Εποπτεύουν και συντονίζουν την ενδοτομεακή ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική, επιστημονική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς τους, με κριτήριο την ποιοτική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε άτομα με ψυχικές διαταραχές.

2) Παρακολουθούν και αξιολογούν ετησίως, στην περιοχή αρμοδιότητάς τους, την αποδοτικότητα των δραστηριοτήτων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

3) Γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δράσεις για την πρόληψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

4) Γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την τροποποίηση των Οργανισμών των ψυχιατρικών νοσοκομείων και των γενικών νοσοκομείων ως προς τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

5) Προτείνουν, εισηγούνται ή γνωμοδοτούν, κατά περίπτωση, στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τη σύσταση Μονάδων Ψυχικής Υγείας στο δημόσιο τομέα, καθώς και για την έκδοση της άδειας

ίδρυσης Μονάδων Ψυχικής Υγείας στον ιδιωτικό τομέα, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

6) Διαμορφώνουν προτάσεις προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την ανάπτυξη κατάλληλων Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς τους.

7) Γνωμοδοτούν σε θέματα που αφορούν την πολιτική ψυχικής υγείας.

8) Διαμορφώνουν και προάγουν διατομεακές συνεργασίες με άλλες υπηρεσίες και φορείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, της Πρόνοιας και της Κοινωνικής Προστασίας, σε επίπεδο περιφερειών. Επίσης, διαμορφώνουν και προάγουν συνεργασίες με υπηρεσίες των νομαρχιακών αυτοδιοικήσεων, οι δραστηριότητες των οποίων έχουν επιδράσεις στην ψυχική υγεία του πληθυσμού της περιοχής αρμοδιότητάς τους.

9) Τέλος, υποβάλλουν ετήσιες εκθέσεις για το έργο τους στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Είναι αυτονόητο πως όλες οι υπηρεσίες παρέχονται στην κοινότητα, ενώ έμφαση δίνεται στην καθημερινή φροντίδα, έτσι ώστε τα άτομα με ψυχιατρικές δυσκολίες να μπορέσουν να συνεχίσουν να ζουν ενταγμένα στον κοινωνικό ιστό. Στην περίπτωση που απαιτείται ενδονοσοκομειακή νοσηλεία, αυτή πραγματοποιείται στο γενικό νοσοκομείο. Σε πολλές περιπτώσεις, η λειτουργία κοινοτικών Μονάδων Ψυχικής Υγείας οδηγεί σε μειωμένη διάρκεια της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής σε κοινοτικό επίπεδο.

#### **2.4. ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

Η οριοθέτηση της φροντίδας της ψυχικής υγείας σε κοινοτική βάση σημαίνει πως τα άτομα με ψυχικές διαταραχές που χρειάζονται τη φροντίδα θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να περιθάλπονται σε κοινοτικό επίπεδο (Π.Ο.Υ., 2002).



Ο ρόλος της Κοινοτικής Ψυχιατρικής είναι, λοιπόν, η παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς μέσα στο φυσικό, κοινωνικό τους περιβάλλον και με την ενεργό συμμετοχή της κοινότητας. Ο όρος Κοινοτική Ψυχιατρική περιλαμβάνει την έννοια της κοινότητας και μπορεί να οριστεί ως η επανατοποθέτηση της ψυχιατρικής στο φυσικό χώρο του ατόμου που είναι η κοινότητα (Τομαράς & Στεφανής, 1987).

Η Κοινοτική Ψυχιατρική, όπως έχει τονιστεί, υλοποιείται με τη δημιουργία εναλλακτικών προς το άσυλο μορφών περίθαλψης των ασθενών μιας συγκεκριμένης πληθυσμιακής περιοχής. Η ανάπτυξη γίνεται σύμφωνα με τις αρχές της τομεοποίησης, της συνέχειας της φροντίδας του ασθενούς και της αποτελεσματικής και πλήρους κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού (Λιάκος, 1995).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2002), η φροντίδα στην κοινότητα, ως προσέγγιση, σημαίνει:

- υπηρεσίες κοντά στην κατοικία, συμπεριλαμβανομένης της εισαγωγής σε γενικό νοσοκομείο για επείγουσες καταστάσεις και δυνατότητα μονιμότερης στέγασης στην κοινότητα
- παρέμβαση τόσο στα συμπτώματα όσο και στην προκαλούμενη από αυτά ανικανότητα
- ευρεία ποικιλία υπηρεσιών που υπηρετούν τις ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές
- συντονισμός κοινοτικών υπηρεσιών και επαγγελματιών του κλάδου
- κινητές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων και μονάδων κατ' οίκον θεραπείας
- συνεργασία με τους νοσηλευτές και τους φροντιστές των ασθενών και εξυπηρέτηση των αναγκών των ασθενών
- νομοθεσία υποστηρικτική όλων των παραπάνω.

Οι τρεις βασικές αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής που διατυπώθηκαν από τον Caplan (1964) είναι:

- 1. Η αρχή της ολοκληρωμένης παροχής** με μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα, σε σύντομο χρονικό διάστημα και με το μικρότερο δυνατό κόστος (comprehensiveness)
- 2. Η αρχή της τομεοποίησης** (catchmentation-sectorization), με την παροχή υπηρεσιών σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο
- 3. Η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς** (continuity of care) από τον ίδιο το θεραπευτή σε όλες τις φάσεις της ασθένειας, η οποία για ορισμένες παθήσεις είναι ο καλύτερος τρόπος αποφυγής της υποτροπής και του εγκλεισμού στο άσυλο.

Ο Μαδιανός (1983) συμπληρώνει και διατυπώνει και μια τέταρτη αρχή:

- 4. Η αρχή της ανταποκριτικότητας.** Η προσέλευση του κοινού στο Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής είναι ανάλογη με την ανάπτυξη του δικτύου παραπομπών που γίνεται μέσα από τη συνεργασία του Κέντρου με τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας.

Με την αναθεώρηση και συμπλήρωση των αρχών της Κοινοτικής Ψυχιατρικής διαμορφώνονται δύο ομάδες αρχών (Μαδιανός,1993). Η πρώτη περιλαμβάνει τέσσερις (4) αρχές παρεμβατικού χαρακτήρα και η δεύτερη έξι (6) αρχές διοικητικής υφής:

#### **A) Βασικές αρχές παρεμβατικού χαρακτήρα:**

- 1. Η αρχή της διαλεκτικής αλληλεπίδρασης**, σύμφωνα με την οποία ο θεραπευτής αφομοιώνεται από την κοινότητα και η κοινότητα συνδέεται μαζί του. Αυτό σημαίνει πως κάθε κοινωνικοοικονομική αλλαγή στην κοινότητα επηρεάζει τη δομή και το προσωπικό της κοινοτικής υπηρεσίας.
- 2. Η αρχή της πολιτιστικής συμβατότητας**, που σημαίνει πως κάθε δραστηριότητα ή παρέμβαση η οποία ασκείται πρέπει να είναι συμβατή με το πολιτιστικό περιβάλλον της εκάστοτε κοινότητας.
- 3. Η αρχή της εκλεκτικής θεραπευτικής προσέγγισης**, σύμφωνα με την οποία πρέπει να χρησιμοποιούνται οι έγκυρες, αξιόπιστες και

δοκιμασμένες θεραπευτικές τακτικές, με κριτήριο την αποτελεσματικότητά τους.

- 4. Η αρχή της θεραπευτικής αυτοπεριοριστικότητας**, η οποία προκύπτει από την αντίληψη ότι η εκάστοτε κοινότητα έχει τους δικούς της αυτοθεραπευτικούς-ρυθμιστικούς μηχανισμούς. Ο κοινοτικός θεραπευτής οφείλει να γνωρίζει τα όριά του και τις δυνατότητες των πόρων (resources).

## **B) Βασικές αρχές διοικητικής υφής:**

- 1. Η αρχή της διαρκούς αναπροσαρμογής**, δηλαδή η ανάγκη συνεχούς αναθεώρησης της κοινοτικής ψυχιατρικής υπηρεσίας ως προς τους στόχους και τις τεχνικές παροχής υπηρεσιών.
- 2. Η αρχή της σταδιακής ανάπτυξης** μέσα στην κοινότητα, η οποία πηγάζει από την πραγματικότητα ότι ο επαγγελματίας της ψυχικής υγείας αναγνωρίζει κατά την πρώτη φάση της δουλειάς του ένα μορφοείδωλο της κοινότητας (οργάνωση, συναισθηματικοί δεσμοί).
- 3. Η αρχή της δημιουργικής αξιολόγησης**, σύμφωνα με την οποία κάθε θεραπευτική πράξη ή διαδικασία πρέπει να αξιολογείται με επιστημονική μεθοδολογία, προκειμένου να θεωρηθεί τεκμηριωμένη.
- 4. Η αρχή της αλληλοσυμπλήρωσης**. Μια κοινοτική ψυχιατρική υπηρεσία πρέπει να αλληλοσυμπληρώνεται, ως προς την κάλυψη των αναγκών της, από αντίστοιχες γειτονικές.
- 5. Η αρχή της κυκλικότητας**. Η ομάδα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας οφείλει να συμμετέχει σε αποφάσεις οργάνωσης, στόχων, έρευνας και θεραπευτικών παρεμβάσεων. Η διοίκηση ασκείται μέσα από τη συμφωνία όλων των μελών της θεραπευτικής ομάδας.
- 6. Η αρχή της συλλογικότητας**. Η Κοινοτική Ψυχιατρική πραγματοποιείται μέσα από τη συνεργασία των μελών της ομάδας ψυχικής υγείας. Χάρη στο πνεύμα ομαδικότητας, αποφεύγονται η διάσπαση και η αποξένωση της ομάδας (Μαδιανός, 1994).

Οι Τομαράς και Στεφανής (1987), προσεγγίζοντας την Κοινωνική Ψυχιατρική ως σύστημα υπηρεσιών, διαπραγματεύτηκαν και ανέλυσαν τις ακόλουθες λειτουργικές αρχές της:

- **Θεσμοθέτηση της περιοχής ευθύνης – Τομεοποίηση**

Πλεονεκτήματα της τομεοποίησης είναι η επισήμανση και η γνώση των τοπικών αναγκών, η συνεχής θεραπευτική παρουσία κοντά στα άτομα και στις οικογένειες που τη χρειάζονται, η αξιοποίηση των πηγών και των πόρων της κοινότητας για προγράμματα πρόληψης και αποκατάστασης, καθώς και η παρέμβαση στην κοινωνική ζωή με στόχο την αλλαγή των στάσεων απέναντι στην ψυχική ασθένεια και στα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

- **Θεραπεία κοντά στον ασθενή**

Η κοινωνική υπηρεσία είναι εγκατεστημένη πολύ κοντά στον τόπο κατοικίας του ασθενούς και άρα έχει ευνοϊκότερες προϋποθέσεις για έγκαιρη επισήμανση ψυχικών διαταραχών, για πρώιμη παρέμβαση και για εγκατάσταση και διατήρηση σταθερής θεραπευτικής σχέσης.

- **Παροχή πλήρους φάσματος υπηρεσιών**

Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων υπηρεσιών στην κοινότητα αποσκοπεί στην αντιμετώπιση όλου του φάσματος των προβλημάτων (ψυχιατρικών, ψυχολογικών, ψυχοκοινωνικών) και συνεπάγεται τη χρήση όλων των διαθέσιμων θεραπευτικών προσεγγίσεων.

- **Θεραπευτική συνέχεια**

Η ομάδα ψυχικής υγείας στην κοινότητα μπορεί να εξασφαλίσει το επιδιωκόμενο θεραπευτικό συνεχές.

- **Παρέμβαση και στα τρία επίπεδα πρόληψης (πρωτοβάθμια - δευτεροβάθμια - τριτοβάθμια)**

Παρέμβαση στην Πρωτοβάθμια Πρόληψη: Συνίσταται α) στον εντοπισμό και στην εξάλειψη των παραγόντων που συμβάλλουν στην ψυχική διαταραχή και β) στην προαγωγή της (ψυχικής) υγείας του πληθυσμού.

Παρέμβαση στη Δευτεροβάθμια Πρόληψη: Ορίζεται ως η μείωση της διάρκειας μιας διαταραχής μέσω της έγκαιρης επισήμανσης (διάγνωσης) και παρέμβασης (θεραπείας).

Παρέμβαση στην Τριτοβάθμια Πρόληψη: Συνίσταται στην εξάλειψη των επιπλοκών και υπολειμμάτων μιας διαταραχής και στην πρόληψη των υποτροπών. Εννοιολογικά ταυτίζεται σχεδόν με την αποκατάσταση.

- **Συνάρθρωση σε σύστημα υπηρεσιών**

Σύνδεση της Κοινωνικής Υπηρεσίας Ψυχικής Υγείας με τις υπόλοιπες υπηρεσίες, τόσο της ψυχικής υγείας όσο και της υγείας συνολικά.

- **Ομάδα ψυχικής υγείας**

Οι αποφάσεις και η θεραπευτική ευθύνη ανήκουν στην ομάδα συνολικά και όχι στο θεραπευτή.

- **Συμμετοχή της κοινότητας**

Η κοινότητα δεν είναι παθητικός δέκτης των αποφάσεων, αλλά ενεργός συμμετέχων στις αποφάσεις που την αφορούν.

- **Αξιολόγηση**

Αναφέρεται στα αποτελέσματα της λειτουργίας μιας υπηρεσίας, σε πρόσωπα, σε άλλες υπηρεσίες ή και σε ολόκληρη την περιοχή ευθύνης της.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

#### 3.1. ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ – ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ

Κατά το δεύτερο μισό του 20ού αιώνα άρχισε να αναπτύσσεται το κίνημα του **αποϊδρυματισμού**, το οποίο στηρίχτηκε κυρίως στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και στα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Ο αποϊδρυματισμός δεν συνεπάγεται μόνο αλλαγή στον προσανατολισμό της φροντίδας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (μετάβαση από τον εγκλεισμό σε ψυχιατρικά ιδρύματα στην περίθαλψη μέσα στην κοινότητα σε συνθήκες ισότητας), αλλά είναι και μια διαδικασία κοινωνικής αλλαγής. Πρόκειται, δηλαδή, για μια σύνθετη διεργασία, που οδηγεί στη δημιουργία ενός συμπαγούς δικτύου εναλλακτικών λύσεων σε κοινοτικό επίπεδο.

Ο αποϊδρυματισμός έχει τρεις (3) βασικές διαστάσεις:

- 1) αποφυγή καταχρηστικών εισαγωγών στα ψυχιατρεία, λόγω της ύπαρξης κοινοτικών υπηρεσιών
- 2) επαρκής προετοιμασία και έξοδος χρόνιων ιδρυματοποιημένων ασθενών και ανάληψη της ευθύνης φροντίδας τους από κοινοτικές υπηρεσίες
- 3) ίδρυση και λειτουργία υποστηρικτικών κοινοτικών υπηρεσιών που απευθύνονται σε άτομα με χρόνιες και σοβαρές ψυχιατρικές δυσκολίες (Π.Ο.Υ., 2002· Bachrach, 1977).

Τρεις βασικές παράμετροι έχουν θεωρηθεί ως καθοριστικές στη διαδικασία του αποϊδρυματισμού (Rotelli et al, 1987):

- α) η δημιουργία μιας νέας πολιτικής στην ψυχική υγεία, μέσα στις ιδρυματικές δομές, η οποία θα κινητοποιεί και θα ενισχύει τη συμμετοχή όλων των εμπλεκομένων (ψυχίατροι, πάσχοντες, συγγενείς, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, διοικητικό προσωπικό, τοπική αυτοδιοίκηση και τοπικοί φορείς), αλλάζοντας την οργάνωση και τις σχέσεις
- β) η επικέντρωση της θεραπευτικής εργασίας στη βελτίωση της συνολικής ύπαρξης των ασθενών, έτσι ώστε οι τελευταίοι να γίνουν ενεργητικά υποκείμενα στη σχέση τους με τους θεσμούς
- γ) η δημιουργία εξωτερικών κοινοτικών δομών, οι οποίες θα αντικαταστήσουν ολοκληρωτικά τις εισαγωγές στο ψυχιατρείο.

Ο Μπαϊρακτάρης (1994) τονίζει πως ο ιδρυματισμός δεν περιορίζεται αποκλειστικά στο ψυχιατρείο, στους εργαζόμενους και στους έγκλειστους σε αυτό, αλλά αποτελεί πιθανό φαινόμενο και για τις νέες κοινοτικές δομές, στο βαθμό που αυτές δεν συμφιλώνονται με τη δυναμική της συνεχούς διασύνδεσής τους με τα κοινωνικά δρώμενα. Το κύριο ζητούμενο στη διεργασία του αποϊδρυματισμού δεν είναι η θεραπεία με το κλασικό ιατρικό της περιεχόμενο, αλλά η επιστροφή της δυνατότητας της ζωής του ασθενούς, με την αποκατάσταση όλων εκείνων των αυτονόητων, για τους υπόλοιπους ανθρώπους, δικαιωμάτων και δυνατοτήτων. Με άλλα λόγια, πρέπει να δοθούν οι ευκαιρίες στο άτομο με ψυχική διαταραχή να επανακτήσει εκείνα τα χαρακτηριστικά που θα του επιτρέψουν να επανέλθει σε μια «κανονική» ζωή στο φυσικό του χώρο, μέσα στην κοινωνία.

Σύμφωνα με τον Dell' Acqua (1991), ο αποϊδρυματισμός επιφέρει συγχρόνως και μια πολιτιστική αλλαγή στο προσωπικό του ψυχιατρείου. Οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας οφείλουν να αναθεωρήσουν το ρόλο τους, να αμφισβητήσουν την εξουσία και την ιεραρχία τους και να δουν τον ασθενή ως άτομο δυναμικό. Όμως, η προσπάθεια μεταρρύθμισης του συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας δεν θα πρέπει να εξαντλείται μόνο στη δημιουργία των νέων δομών, αλλά οφείλει να διαπνέεται και από ένα νέο τρόπο προσέγγισης

του ατόμου με ψυχική διαταραχή, που θα λαμβάνει υπόψη τα δικαιώματα, τις ανάγκες και τις φιλοδοξίες του.

Στη βιβλιογραφία συναντάμε συχνά τον όρο **αποασυλοποίηση**. Οι Τομαράς και συν (2006) επισημαίνουν πως οι δύο όροι (αποϊδρυματισμός και αποασυλοποίηση), αν και χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημοι, περιγράφουν διαφορετικά φαινόμενα. Η αποασυλοποίηση αναφέρεται στην έξοδο των τροφίμων-ασθενών από τα ψυχιατρεία και στη μετεγκατάστασή τους στις ενδιάμεσες στεγαστικές δομές (κάτι που έχει ήδη συντελεστεί στη χώρα μας), ενώ ο αποϊδρυματισμός μπορεί να είναι μια διαδικασία που αρχίζει από εκεί όπου τελειώνει η αποασυλοποίηση ή μπορεί να βαίνει παράλληλα προς εκείνη. Με αυτή την έννοια, όπως επισημαίνουν οι προαναφερθέντες ερευνητές, η αποασυλοποίηση μπορεί να συνοδεύεται από νεοϊδρυματισμό.

Ο Σακελλαρόπουλος (2003) αναφέρει πως αποασυλοποίηση δεν είναι μόνο η έξοδος από τα ψυχιατρεία χρόνιων ασθενών και η εγκατάστασή τους σε Οικοτροφεία, Ξενώνες και Προστατευμένα Διαμερίσματα, αλλά συνιστά και μια παράλληλη διαδικασία με έξι (6) βασικούς άξονες:

- την αλλαγή της στάσης του πληθυσμού και την εξοικείωσή του με νέες μορφές ψυχιατρικής περίθαλψης
- την ίδρυση και οργάνωση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης μέσα στην κοινότητα
- την εναρμόνιση της λειτουργίας των υπηρεσιών αυτών μεταξύ τους, ώστε να εξουδετερώνουν την ασυλοποίηση, περιορίζοντας τις εισαγωγές στο ψυχιατρείο
- τη ριζική βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων και της ποιότητας ζωής των ασθενών στα ψυχιατρεία
- τον επαναπροσδιορισμό του κοινωνικού ρόλου των ασθενών με την ένταξή τους σε προγράμματα προεπαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης και στους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.)



- και, τέλος, την οριστική έξοδο των ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές από το ψυχιατρείο και την εγκατάστασή τους σε ενδιάμεσες δομές.

### **3.2. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ – ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ – ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (W.H.O., 1981), η «αποκατάσταση είναι μια δυναμική διαδικασία μέσα από τη συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών και επαγγελματικών μέτρων, που στοχεύει να υποβοηθήσει το ανάπηρο άτομο να φτάσει στο μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία».

Η ψυχιατρική αποκατάσταση έχει ως στόχο να ενισχύσει με επιτυχία τη λειτουργικότητα του ατόμου στο στεγαστικό, επαγγελματικό ή εκπαιδευτικό χώρο της επιλογής του, με τη μικρότερη δυνατή παρέμβαση από τους ειδικούς (Anthony et al, 1983, 1988).

Τα τελευταία χρόνια, έχει καθιερωθεί ο όρος ψυχοκοινωνική αποκατάσταση (psychosocial rehabilitation), που αφορά οτιδήποτε ασκείται για την αποκατάσταση ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα (Μαδιανός, 1994).

Πολλοί ορισμοί έχουν δοθεί τα τελευταία χρόνια για το περιεχόμενο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Lieberman, 1987· Anthony et al, 1990· Ekdawi & Conning, 1994). Οι περισσότεροι από αυτούς συμφωνούν πως ο βασικότερος άξονάς της εντοπίζεται στη βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου με χρόνιες ψυχικές διαταραχές (Ζήση, 2001).

Σύμφωνα με τη Συναινετική Διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρείας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση, «η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία η οποία διευκολύνει τις ευκαιρίες για άτομα με έκπτωση λειτουργικότητας, ανάκανα ή ανάπηρα από μια ψυχική διαταραχή, να πετύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο

ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση συνεπάγεται τόσο τη βελτίωση των ικανοτήτων των ατόμων όσο και την εισαγωγή περιβαλλοντικών αλλαγών, ώστε να δημιουργήσει μια ζωή όσο το δυνατόν περισσότερο ποιοτική για ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχονοητική διαταραχή ή που έχουν μια έκπτωση της ψυχονοητικής τους ικανότητας τέτοια που να έχει παράγει ένα ορισμένο επίπεδο αναπηρίας» (W.H.O.-W.A.P.R., 1996).

Γίνεται, λοιπόν, αντιληπτό πως η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ένα πολυσύνθετο σύνολο ενεργειών. Πρόκειται, δηλαδή, για μια διαδικασία με την οποία παρέχονται οι δυνατότητες στα άτομα με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα.

Οι στρατηγικές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ποικίλλουν ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών, το περιβάλλον στο οποίο γίνεται η αποκατάσταση και τις πολιτισμικές και κοινωνικοοικονομικές συνθήκες της χώρας.

### **3.2.1. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

Ο Zussman (1975) ήταν ο πρώτος που διατύπωσε οκτώ βασικές αρχές που διέπουν την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση:

1. Η ψυχική διαταραχή δεν επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της συμπεριφοράς.
2. Η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι δυνατόν να προσαρμοστεί σταδιακά σε εντελώς νέες απαιτήσεις.
3. Η ανθρώπινη συμπεριφορά επηρεάζεται από την παρουσία ή την απουσία ειδικών παραγόντων στο περιβάλλον και στην κοινότητα.
4. Η κοινωνική πίεση μεταφέρεται αυτούσια ή τροποποιημένη στο άτομο, μέσα από τις προσδοκίες της ομάδας για το άτομο αυτό.

5. Η επιδίωξη της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ως διαδικασίας για την κοινωνική επανένταξη, είναι να προσφέρει συνθήκες στο άτομο όμοιες με εκείνες που θα συναντήσει στην καθημερινή ζωή, ώστε να εξοικειωθεί με αυτές.
6. Η κοινωνική πίεση γίνεται αισθητή στο άτομο μέσα από την αλληλεπίδρασή του με τα άλλα μέλη της ομάδας.
7. Η στάση και οι κοινωνικές δυνάμεις μέσα στην ομάδα αποτελούν σημαντικούς παράγοντες, οι οποίοι καθορίζουν τη συμπεριφορά των μελών της ομάδας.
8. Η πρακτική της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ακολουθεί πάντα μια ιεραρχημένη διαδικασία σε τρεις βασικούς τομείς (εργασία, στέγαση και κοινωνικές δραστηριότητες).

Αργότερα, οι Anthony, Cohen και Farkas (1999) επισήμαναν πως οι πολιτικοί σχεδιασμοί για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στη νέα χιλιετία θα πρέπει να στοχεύουν:

1. Σε ένα σύστημα ψυχικής υγείας, όπου τα άτομα με ψυχικές διαταραχές θα προσεγγίζονται με έναν τρόπο ολιστικό, που θα αναγνωρίζει όχι μόνο τις ψυχικές τους μειονεξίες, αλλά και τα θετικά τους χαρακτηριστικά, έτσι ώστε να αντιμετωπίζονται ανάλογα.
2. Σε ένα σύστημα ψυχικής υγείας, το οποίο δεσμεύεται για τη βελτίωση του στεγαστικού, του επαγγελματικού, του εκπαιδευτικού και του κοινωνικού επιπέδου του κάθε ατόμου με ψυχικές διαταραχές.
3. Σε ένα σύστημα ψυχικής υγείας, στο οποίο τα ίδια τα άτομα με ψυχικές διαταραχές θα μπορούν να παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στο σχεδιασμό, αλλά και στην παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
4. Σε ένα σύστημα ψυχικής υγείας, το οποίο αναγνωρίζει τη σημασία της εξειδίκευσης των επαγγελματιών αποκατάστασης σε

τεχνογνωσίες απαραίτητες για την επίτευξη των στόχων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

5. Σε ένα σύστημα ψυχικής υγείας, το οποίο πιστεύει στην ανάρρωση του ατόμου με ψυχική διαταραχή.

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό πως τα άτομα με ψυχικές διαταραχές θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως άνθρωποι με συγκεκριμένες ανάγκες αλλά και θετικά χαρακτηριστικά, οι οποίοι μπορούν να αναρρώσουν από την ψυχική νόσο, αλλά και να συμβάλουν με ενεργητικό τρόπο στο σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Η ενεργητική συμβολή του ίδιου του ατόμου με ψυχική διαταραχή στο σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας τονίζεται επίσης και από την Chamberlin<sup>14</sup>: Οι άνθρωποι που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας θεωρούνται παραδοσιακά από τις υπηρεσίες ως παθητικοί αποδέκτες, ανίκανοι να εκφράσουν τις ανάγκες ή τις επιθυμίες τους, οι οποίοι υφίστανται περίθαλψη και θεραπεία σχεδιασμένες και αποφασισμένες από άλλους. Τα τελευταία χρόνια, όμως, έχουν αρχίσει να εκφράζουν το όραμά τους για τις υπηρεσίες. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν σε συζητήσεις για την πολιτική της ψυχικής υγείας μαζί με τους επαγγελματίες, τις οικογένειες, τους νομοθετούντες και τους διαμορφωτές της κοινής γνώμης. Πίσω από τις διαγνώσεις και τις ετικέτες υπάρχουν άνθρωποι που έχουν ιδέες, σκέψεις, γνώμες και φιλοδοξίες. Δεν διαφέρουν από τους υπόλοιπους υγιείς ανθρώπους, διότι έχουν ανάγκη από τα ίδια βασικά πράγματα στη ζωή: επαρκές εισόδημα, αξιοπρεπή κατοικία, επαγγελματική εκπαίδευση (η οποία θα τους βοηθήσει να ασκήσουν μια εργασία που θα τους προσφέρει ικανοποίηση), συμμετοχή στην κοινότητα, φίλους, κοινωνικές σχέσεις και αγάπη στις προσωπικές τους σχέσεις.

---

<sup>14</sup> Συνεισφορά της Judi Chamberlin ([madPride@aol.com](mailto:madPride@aol.com)), National Empowerment Center, Lawrence, MA, USA (<http://www.power2u.org>). στο Π.Ο.Υ. (2002). *Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001, Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, σελ. 59.

Οι βασικές, λοιπόν, πλευρές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι:

- **Στέγαση.** Αποτελεί ένα από τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα. Κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα στην αξιοπρεπή στέγη. Η εμπειρία πολλών χωρών έχει δείξει ότι για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές που δεν βρίσκονται στη οξεία φάση της νόσου, αλλά στην ανάρρωση ή σε χρόνιο στάδιο της ψυχικής διαταραχής, οι στεγαστικές δομές στην κοινότητα αποτελούν καταλληλότερη στέγη συγκριτικά με τα άσυλα.
- **Επαγγελματική αποκατάσταση.** Από άτομα με ψυχικές διαταραχές έχουν οργανωθεί εργατικοί συνεταιρισμοί και μέσω αυτών αποκτάται επαγγελματική εκπαίδευση.
- **Απασχόληση**
- **Δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης.**

Οι κυριότεροι στόχοι μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

- ενίσχυση των πασχόντων
- καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων
- βελτίωση της ατομικής/κοινωνικής επάρκειας
- δημιουργία ενός μόνιμου συστήματος κοινωνικής στήριξης.

### **3.2.2. ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

Η ιδρυματική πραγματικότητα, έτσι όπως βιώνεται στα ψυχιατρεία και στις παραδοσιακές ψυχιατρικές υπηρεσίες, έχει διαπιστωθεί πως οδηγεί στη δημιουργία χρόνιων ασθενών. Η διαδικασία της αποκατάστασης συμβάλλει στην αντιμετώπιση του προβλήματος της ιδρυματικής χρονιότητας.

Το έργο της αποκατάστασης είναι σύνθετο. Πρόκειται για μια συνεχή διαδικασία κατανόησης της εσωτερικής και της εξωτερικής πραγματικότητας του ασθενούς. Η διαδικασία της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στοχεύει στην επανασύνδεση και στην επικοινωνία των δύο αυτών επιπέδων που η ύπαρξη της ψυχικής νόσου και ο ιδρυματισμός έχουν αποκόψει (Δαμίγος, 2003).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ένα από τα συστατικά της ολοκληρωμένης φροντίδας για την ψυχική υγεία στην κοινότητα και δίνει τη δυνατότητα στα άτομα με ψυχικές διαταραχές να αποκτήσουν ή να ανακτήσουν, τις πρακτικές δεξιότητες που απαιτούνται ώστε να ζουν και να κινούνται μέσα στην κοινότητα. Επιπλέον, τους διδάσκει πώς να αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους, τους παρέχει βοήθεια ώστε να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες, καθώς επίσης ενδιαφέροντα και δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο τους. Διδάσκει, επίσης, ατομικές δεξιότητες, όπως την προσωπική υγιεινή, τη μαγειρική, τα ψώνια και τη χρήση μεταφορικών μέσων (Π.Ο.Υ., 2002). Επιχειρείται, ακόμη, η ανάπτυξη και η δημιουργία διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Αυτή η νέα μορφή της ψυχιατρικής φροντίδας αναπτύσσεται, λοιπόν, στο εσωτερικό διαφοροποιημένων δομών, οι οποίες βρίσκονται στο κέντρο της πόλης, προκειμένου το πάσχον άτομο να παραμείνει στο εσωτερικό του «κοινωνικού ιστού» (Στυλιανίδης, 1993).

### **3.3. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

Η μετάβαση του νοσηλευόμενου από το νοσοκομείο στην κοινότητα περνά, σε αρκετές περιπτώσεις, μέσα από προγράμματα ημερήσιας φροντίδας. Τα ημερήσια αυτά σχήματα είναι:

**Νοσοκομείο Ημέρας:** Απευθύνεται σε ψυχιατρικούς ασθενείς με σχετικά υψηλό βαθμό προσδοκιών. Εφαρμόζονται ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, εργοθεραπεία, κοινωνιοθεραπεία και άλλες θεραπευτικές διεργασίες.

**Κέντρο Ημέρας:** Είναι μια υπηρεσία που απευθύνεται σε χρόνιους ψυχιατρικούς ασθενείς, οι οποίοι έχουν ανάγκη από συμμετοχή σε προγράμματα που αποσκοπούν στη βελτίωση των δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης και κοινωνικότητας. Επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων

συγκροτούν τη διεπιστημονική ομάδα και μέσα από ένα δομημένο πρόγραμμα δραστηριοτήτων βοηθούν το άτομο να αντιμετωπίσει πολλές από τις δυσκολίες της καθημερινής ζωής. Εφαρμόζονται κυρίως εργοθεραπευτικές δραστηριότητες, που εστιάζουν στην αυτοφροντίδα, στην κοινωνικοποίηση και στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων, καθώς και στην προετοιμασία για συμμετοχή σε εργασιακού χαρακτήρα δραστηριότητες.

**Κοινωνική Λέσχη:** Στοχεύει στην κοινωνικοποίηση-επανάταξη των μελών της μέσα από ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων ομαδικού χαρακτήρα με ψυχαγωγικό και θεραπευτικό προσανατολισμό (π.χ. θεραπεία με μουσική, ζωγραφική ή χορό, ομαδική ψυχοθεραπεία ή ομαδικές συζητήσεις).

**Κέντρο Προεπαγγελματικής Κατάρτισης:** Βασικός στόχος είναι η προσαρμογή του ατόμου σε συνθήκες εργασίας (ωράριο, αμοιβή, παραγωγική εργασία). Κυριότερα κριτήρια για την επιλογή ενός ατόμου σε πρόγραμμα επαγγελματικής εκπαίδευσης αποτελούν η ηλικία του (να μην υπερβαίνει τα 40 χρόνια), η ύφεση των συμπτωμάτων και το επίπεδο λειτουργικότητάς του (να μπορεί να αυτοεξυπηρετείται και να έχει ανεξαρτησία).

**Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης:** Εκεί παραπέμπονται άτομα που έχουν παρακολουθήσει πρόγραμμα προεπαγγελματικής εκπαίδευσης, αλλά δεν είναι ικανά να απορροφηθούν από την ελεύθερη αγορά εργασίας.

**Προστατευμένα Παραγωγικά Εργαστήρια:** Προσφέρουν τη δυνατότητα για επαγγελματική απασχόληση σε άτομα που εμφανίζουν σοβαρά μειονεκτήματα στην αποδοτικότητά τους. Σε ορισμένες περιπτώσεις, το εργαστήριο παίρνει τη μορφή συνεργατικής επιχείρησης με ανεξάρτητο χαρακτήρα.

**Υποστηριζόμενη Εργασία:** Πρόκειται για εργασία που επιχορηγείται. Η αμοιβή του εργαζόμενου είναι ανάλογη της παραγωγής του.

**Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.):** Οι Κοι.Σ.Π.Ε. είναι Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου με περιορισμένη ευθύνη και αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας. Αποβλέπουν στην κοινωνικοοικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και συμβάλλουν στη θεραπεία τους και στην, κατά το δυνατόν, οικονομική τους αυτάρκεια. Μπορούν να είναι ταυτόχρονα παραγωγικές, καταναλωτικές, εμπορικές, πιστωτικές, αναπτυξιακές, κοινωνικές, εκπαιδευτικές και πολιτιστικές μονάδες και να αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα. Μπορούν να ιδρύουν και να διατηρούν καταστήματα και υποκαταστήματα πώλησης.

Μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. μπορούν να είναι άτομα με ψυχικές διαταραχές (σε ποσοστό 35%), επαγγελματίες ψυχικής υγείας (σε ποσοστό 45%), δήμοι, κοινότητες ή άλλα φυσικά ή Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου (σε ποσοστό όχι υψηλότερο του 20%).

#### **3.4. ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

Όπως έχει ήδη τονιστεί, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία με την οποία παρέχονται οι δυνατότητες στα άτομα με ψυχικές διαταραχές, ή με νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, να επιτύχουν ένα, όσο το δυνατόν, καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας στην κοινότητα.

Κύριο εργαλείο για την εφαρμογή της είναι οι στεγαστικές δομές στην κοινότητα, οι οποίες αποτελούν και τον πυρήνα της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης του ασθενούς.

Έχει παρατηρηθεί ότι προγράμματα αποκατάστασης που υλοποιήθηκαν χωρίς να προβλεφθεί η στεγαστική κάλυψη των ασθενών οδήγησαν σε σημαντικά κοινωνικά προβλήματα, όπως, για παράδειγμα, αύξηση των



παραμελημένων-αστέγων ασθενών και ένταση στα προβλήματα διαταραχών συμπεριφοράς των ασθενών (Κονταξάκης, 2002).

Η διοικητική και οικονομική διαχείριση κάθε στεγαστικής δομής είναι αυτοτελής και αυτόνομη.

Οι στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης λειτουργούν μέσα στην κοινότητα και έχουν ως σκοπό τη στέγαση ατόμων με σοβαρή ψυχική νόσο, για παροχή ολοκληρωμένης ψυχιατρικής φροντίδας, με στόχο τη διαχείριση της ψυχικής νόσου και την αποφυγή υποτροπών και απώτερο σκοπό την αποϊδρυματοποίησή τους, την κοινωνικοποίησή τους και την επανένταξή τους στην κοινότητα με πλήρη κοινωνική, οικονομική και στεγαστική ανεξαρτησία.

Η παραμονή των ασθενών σε αυτές δεν έχει μόνιμο χαρακτήρα, αλλά αποτελεί μέρος μιας μεταβατικής διαδικασίας, με απώτερο στόχο την αυτόνομη διαβίωση.

Οι στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης:

α) βρίσκονται μέσα στα αστικά κέντρα, έτσι ώστε οι ένοικοι να έχουν άμεση και εύκολη πρόσβαση σε κοινοτικές δραστηριότητες, κάτι που διευκολύνει τη διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης,

β) οφείλουν να αναπτύσσουν δραστηριότητες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, με τη συμμετοχή των ενοίκων σε κοινωνικές, πολιτιστικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες, ώστε να επιτευχθεί η μεγαλύτερη δυνατή ανεξαρτησία τους,

γ) στοχεύουν στη βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών, στην ελαχιστοποίηση των μειονεξιών τους και στη καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων εις βάρος τους.

Τέλος, βασική τους επιδίωξη είναι η επίτευξη, όσο το δυνατόν, υψηλότερου βαθμού ανεξαρτησίας και αυτονομίας των ασθενών, έτσι ώστε οι τελευταίοι να καταφέρουν να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία.

Οι στεγαστικές δομές, ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες των ατόμων που φιλοξενούνται σε αυτές, διακρίνονται σε *Οικοτροφεία*, *Ξενώνες* και *Προστατευμένα Διαμερίσματα*.

### **3.4.1. ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ**

Τα *Οικοτροφεία* είναι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας και εποπτείας, στις οποίες φιλοξενούνται για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη άτομα με ψυχικές διαταραχές, ενώ σκοπός τους είναι να διασφαλιστεί η παραμονή αυτών των ατόμων στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεών τους με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας. Καλύπτουν ανάγκες ψυχιατρικών ασθενών που έχουν μικρές ή ανύπαρκτες πιθανότητες επαγγελματικής αποκατάστασης και χρειάζονται αρκετή επίβλεψη για την κοινωνική τους διαβίωση (Λιάκος, 1995). Ο αριθμός των ασθενών που φιλοξενούνται σε ένα Οικοτροφείο δεν μπορεί να ξεπερνά τα 25 άτομα, ενώ δεν υπάρχει περιορισμός στο χρόνο παραμονής τους. Στα Οικοτροφεία διαμένουν άτομα που είτε χρειάζονται ψυχογηριατρική φροντίδα, είτε έχουν νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, είτε, τέλος, μπορούν να ζουν στην κοινότητα, αλλά επειδή διαθέτουν χαμηλό βαθμό αυτοδυναμίας, έχουν ανάγκη από μια στεγαστική δομή υψηλής εποπτείας.

Το προσωπικό του Οικοτροφείου ποικίλλει ανάλογα με τις εξειδικευμένες ανάγκες των ατόμων που διαμένουν σε αυτό. Το προσωπικό που καλύπτει την 24ωρη λειτουργία του Οικοτροφείου περιλαμβάνει ενδεικτικά τις εξής ειδικότητες: ψυχίατρος, ψυχολόγος, οικονόμος, νοσηλευτές, κοινωνικός λειτουργός, εργοθεραπευτής, διοικητικός υπάλληλος, βοηθητικό προσωπικό και ειδικός παιδαγωγός. Μπορεί να υπάρχουν και επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων, όπως λογοθεραπευτές, γυμναστές, φυσιοθεραπευτές, οι οποίοι όμως απασχολούνται κάθε φορά που αναπτύσσεται ένα αντίστοιχο πρόγραμμα και μόνο για όσο διάστημα αυτό διαρκεί.

### 3.4.2. ΞΕΝΩΝΕΣ

Οι Ξενώνες είναι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που φιλοξενούν άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη, με σκοπό την κατάκτηση ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Σε έναν Ξενώνα φιλοξενούνται άτομα που είτε δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον, είτε κρίνεται θεραπευτική η προσωρινή απομάκρυνσή τους από το περιβάλλον της οικογένειάς τους, είτε χρειάζονται περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για τη ζωή στην κοινότητα. Πρόκειται, δηλαδή, για ασθενείς που αυτοεξυπηρετούνται και έχουν κάποιες ελπίδες για επαγγελματική αποκατάσταση (Λιάκος, 1995). Ο Ξενώνας έχει περιγραφεί και από τον Wechsler (1960) ως κατάλληλη δομή για την περίθαλψη ατόμων τα οποία δεν έχουν το υποστηρικτικό δίκτυο για να ζήσουν στην κοινότητα, ενώ συγχρόνως η σοβαρότητα των διαταραχών τους δεν τους επιτρέπει εντελώς ανεξάρτητη διαβίωση, αν και δεν απαιτεί κλειστή νοσηλεία.

Η λειτουργία του Ξενώνα είναι ανοιχτή στην κοινωνία και προσομοιάζει σε οικογενειακό περιβάλλον. Η δυναμικότητα ενός Ξενώνα δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 15 άτομα.

Οι Ξενώνες βρίσκονται μέσα στην κοινότητα και, ανάλογα με το χρόνο παραμονής των ενοίκων, το βαθμό υποστήριξής τους και την παρουσία του προσωπικού, διακρίνονται σε:

α) *βραχείας διάρκειας παραμονής*, όπου παρέχεται φιλοξενία για διάστημα μέχρι οκτώ (8) μηνών και εφαρμόζεται πρόγραμμα υψηλού βαθμού υποστήριξης με εικοσιτετράωρη παρουσία προσωπικού

β) *μέσης διάρκειας παραμονής*, όπου παρέχεται φιλοξενία για διάστημα μέχρι είκοσι (20) μηνών, εφαρμόζεται πρόγραμμα υψηλού έως μέσου βαθμού υποστήριξης και η παρουσία του προσωπικού είναι κάτω του εικοσιτετράωρου

γ) *μακράς διάρκειας παραμονής*, όπου παρέχεται φιλοξενία για διάστημα τριάντα έξι (36) μηνών και εφαρμόζεται πρόγραμμα μέσου έως χαμηλού βαθμού υποστήριξης, ενώ η παρουσία του προσωπικού για την παρακολούθηση και υποστήριξη των ενοίκων είναι περιοδική.

Ο αριθμός και η σύνθεση του προσωπικού στον Ξενώνα ποικίλλουν ανάλογα με τις εξειδικευμένες ανάγκες των ενοίκων, το βαθμό υποστήριξης του Ξενώνα, καθώς και τον αριθμό των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων που υλοποιεί. Οι ειδικότητες των εργαζομένων που καλύπτουν την εικοσιτετράωρη λειτουργία του είναι ενδεικτικά: ψυχίατρος, ψυχολόγος, οικονόμος, νοσηλεύτης/-τρια, κοινωνικός λειτουργός, εργοθεραπευτής/-τρια, διοικητικός υπάλληλος, βοηθητικό προσωπικό και ειδικός παιδαγωγός. Άλλες ειδικότητες –ενδεικτικά, λογοθεραπευτές, γυμναστές, φυσιοθεραπευτές– απασχολούνται στον Ξενώνα μόνο όταν αναπτύσσεται αντίστοιχο πρόγραμμα και για όσο χρόνο αυτό διαρκεί.

### **3.4.3. ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ**

Τα *Προστατευμένα Διαμερίσματα* είναι χώροι στέγασης, σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες, για άτομα με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, τα οποία έχουν αυξημένες αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Στο Προστατευμένο Διαμέρισμα δεν μπορεί να διαμένουν πάνω από έξι άτομα. Η ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητας των ατόμων αυτών, ώστε να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία και με απώτερο στόχο την πλήρη στεγαστική τους αυτονόμηση.

Την ευθύνη για την καλή λειτουργία του προγράμματος των Προστατευμένων Διαμερισμάτων έχει η θεραπευτική ομάδα του αντίστοιχου Ξενώνα που υλοποιεί το Πρόγραμμα και στην οποία ανατίθεται η φροντίδα των ενοίκων. Αυτή η ομάδα στελεχώνεται, ενδεικτικά, από ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, εργοθεραπευτή, επισκέπτη υγείας, διοικητικό υπάλληλο και άλλους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας.

Ο αριθμός των εργαζομένων που αναλαμβάνουν την υλοποίηση του προγράμματος καθορίζεται με βάση τον αριθμό των Προστατευμένων Διαμερισμάτων και το βαθμό αυτονομίας των ατόμων που διαμένουν σε αυτά,

έπειτα από εισήγηση του επιστημονικού υπευθύνου στη διοίκηση του φορέα όπου ανήκει η μονάδα. Η σύνθεση της θεραπευτικής ομάδας περιλαμβάνει από 5 μέχρι 10 μέλη, τα οποία παρέχουν πλήρη ψυχοκοινωνική υποστήριξη (σύμφωνα με το πρόγραμμα που έχει συντάξει ο επιστημονικός υπεύθυνος) σε 50 ενοίκους –κατ’ ανώτατο όριο– με ψυχικές διαταραχές.

#### **3.4.4. ΑΝΑΔΟΧΕΣ (ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΣΕΣ) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ**

Ο θεσμός της ανάδοχης οικογένειας χρονολογείται από το 16ο αιώνα. Στις ανάδοχες ή φιλοξενούσες οικογένειες ανατίθεται η φροντίδα ατόμων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Οι οικογένειες αυτές μπορεί να ανήκουν στο φιλικό ή συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς, υπό την προϋπόθεση ότι δεν σχετίζονται μαζί του με πρώτο βαθμό συγγένειας.

Στη χώρα μας, το πρώτο Πρόγραμμα Ανάδοχων Οικογενειών για ψυχιατρικούς ασθενείς υλοποιείται από το 1989 από το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (Ε.ΚΕ.Ψ.Υ.Ε.). Αναπτύχθηκε σε τρεις φάσεις: σε πρώτη φάση τοποθετήθηκαν 10 ασθενείς σε ανάδοχες οικογένειες και μετά από περίπου ένα έτος εντάχθηκε και μια δεύτερη ομάδα 10 ασθενών. Η πλειονότητα των παραπάνω ασθενών προέρχονταν από τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αττικής. Το 1991, στο πλαίσιο αποϊδρυματοποίησης του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου, εντάχθηκαν άλλοι 8 ασθενείς. Το Πρόγραμμα έχει σκοπό να βοηθήσει τους ασθενείς, οι οποίοι για οποιονδήποτε λόγο στερούνται τη φυσική τους οικογένεια, να ζήσουν σε ένα περιβάλλον πιο υγιές και κατάλληλο θεραπευτικά.

Αργότερα, το 1998, ακολούθησε η Μονάδα Ανάδοχων Οικογενειών (ΜΑΟ) της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Ο σχεδιασμός προέβλεπε τη σταδιακή ένταξη 10 ασθενών στο Πρόγραμμα και την αξιολόγηση του αποτελέσματος μετά από διετή παραμονή τους σε αναδοχή. Τα κριτήρια για την επιλογή των ασθενών ήταν: να μην είναι άνω των 50 ετών, να τελούν υπό σταθερή ιατροφαρμακευτική κάλυψη και η κλινική τους εικόνα να είναι σταθεροποιημένη το τελευταίο εξάμηνο. Από την άλλη, το κριτήριο

επιλογής των ανάδοχων οικογενειών ήταν να μην υπάρχει συγγενική σχέση πρώτου βαθμού με τον ασθενή. Βασικό κίνητρο όλων των αναδόχων πρέπει να είναι το ενδιαφέρον για την καλύτερη διαβίωση και την ψυχική υγεία του ασθενούς (Τομαράς και συν, 2005).

### **3.5. ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ**

Με Υπουργική Απόφαση<sup>15</sup> της 16ης Μαΐου 2000 καθορίστηκε ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

Σύμφωνα με την απόφαση αυτή, απαραίτητες προϋποθέσεις για τη λειτουργία τους είναι:

- η σύστασή τους
- η σύσταση των θέσεων του προσωπικού
- η εξασφάλιση της κτηριακής υποδομής και του απαραίτητου εξοπλισμού
- ο ορισμός ενός επιστημονικού υπευθύνου
- ο διορισμός του προσωπικού ή η εξασφάλιση της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας από το προσωπικό που ήδη υπηρετεί στο φορέα για τον οποίο συστήνεται ο Ξενώνας ή το Οικοτροφείο ή εγκρίνεται το πρόγραμμα Προστατευμένων Διαμερισμάτων
- η λειτουργική διασύνδεση των στεγαστικών δομών με άλλες υπηρεσίες του Τομέα.

#### **3.5.1. ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ**

Η λειτουργία των στεγαστικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης καθορίζεται από τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας. Αυτός προβλέπει τις

---

<sup>15</sup> Υπουργική Απόφαση (2000) «Καθορισμός του τρόπου λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2716/99».

υπηρεσίες που παρέχονται στη διαδικασία της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ενοίκων και οι οποίες είναι:

- φαρμακευτική αγωγή
- εκπαίδευση των ψυχικά ασθενών σε δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης και σε κοινωνικές δεξιότητες
- ψυχολογική στήριξη στους ενοίκους και στις οικογένειές τους
- επαγγελματική εκπαίδευση και απασχόληση των ενοίκων (εφόσον το επιτρέπει η ηλικία τους)
- συμμετοχή σε δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης
- συμμετοχή σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου
- πρόγραμμα εκπαίδευσης για το προσωπικό
- συνεχής αξιολόγηση των δραστηριοτήτων και ανάλογες ερευνητικές δραστηριότητες
- ανάπτυξη γραπτών προτύπων και δεικτών για τη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας ψυχικής υγείας
- προγράμματα ενημέρωσης της κοινότητας για την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος και των προκαταλήψεων που σχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές.

Οι αποκαταστασιακοί στόχοι των στεγαστικών δομών (Ξενώνων, Οικοτροφείων και Προστατευμένων Διαμερισμάτων) υλοποιούνται μόνο με τη συνεχή και σταθερή εφαρμογή προγραμμάτων που ωθούν τον ασθενή στην απόκτηση του μέγιστου δυνατού επιπέδου λειτουργικότητάς του. Βασική προϋπόθεση αποτελεί επίσης η ανάπτυξη προγραμμάτων που παρέχουν δυνατότητες για εκπαίδευση στους ενοίκους-ασθενείς και ενθαρρύνουν δραστηριότητες οι οποίες προωθούν και βοηθούν τους φιλοξενούμενους να αποκτήσουν δυνατότητες κριτικής και αξιολόγησης των δράσεων και των υπηρεσιών που τους παρέχονται. Εξάλλου, απαραίτητες κρίνονται επίσης οι δράσεις που σχετίζονται με την ανάπτυξη και τη συνεργασία με εθελοντές και συλλόγους, τα προγράμματα ενθάρρυνσης της συμμετοχής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στα κοινά, καθώς και τα προγράμματα ευαισθητοποίησης

και ενημέρωσης της κοινότητας για την καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής νόσου και πληροφόρησης για τις εξωϊδρυματικές μορφές φροντίδας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και την αναγνώριση των δικαιωμάτων τους. Τέλος, σημαντικές είναι και οι δράσεις που βοηθούν το άτομο στη διεκδίκηση και άσκηση των νομικών, πολιτικών και κοινωνικών του δικαιωμάτων.

### **3.5.2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΤΩΝ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ**

Οι Ξενώνες και τα Οικοτροφεία είναι απαραίτητο να διαθέτουν:

- Μπάνιο με WC ανά πέντε (5) άτομα
- Ευρύχωρη κουζίνα, τουλάχιστον 10-12 τ.μ. ανά δέκα (10) άτομα, ώστε να μπορούν οι ένοικοι να εκπαιδεύονται στην μαγειρική
- Υπνοδωμάτια των δύο (2) ατόμων. Κατ' εξαίρεση και εφόσον το επιτρέπει ο χώρος, το υπνοδωμάτιο μπορεί να είναι τριών (3) ατόμων
- Κοινόχρηστους χώρους: α) καθιστικό, το οποίο να μπορεί να εξυπηρετεί τουλάχιστον τα 2/3 των ενοίκων ταυτοχρόνως, β) τραπεζαρία για σίτιση, η οποία να εξυπηρετεί τουλάχιστον το 1/3 των ενοίκων ταυτοχρόνως και γ) αίθουσα πολλαπλών χρήσεων, όπου αυτό είναι εφικτό
- Γραφείο προσωπικού, το οποίο να χρησιμοποιείται για τις ειδικές ανάγκες στις ημέρες εφημερίας.

Κάθε κατοικία που εντάσσεται στο Πρόγραμμα Προστατευμένων Διαμερισμάτων πρέπει να διαθέτει:

- Μπάνιο με WC ανά πέντε (5) άτομα
- Ευρύχωρη κουζίνα, τουλάχιστον 9 τ.μ.
- Υπνοδωμάτια δύο (2) ατόμων το μέγιστο
- Ευρύχωρο καθιστικό, που να εξυπηρετεί το σύνολο των ενοίκων ταυτοχρόνως.



### **3.6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ**

Το σύνολο των εργαζομένων στις κοινοτικές στεγαστικές δομές αποτελεί την πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα. Η σύνθεση του προσωπικού, όπως προαναφέρθηκε, περιλαμβάνει –ενδεικτικά– ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη/-τρια, επισκέπτη υγείας, εργοθεραπευτή/-τρια και διοικητικό υπάλληλο. Πολλές φορές, μπορεί να υπάρχουν και άλλες ειδικότητες στη θεραπευτική ομάδα, έργο της οποίας είναι ο σχεδιασμός και η υλοποίηση όλων των ενεργειών για την επίτευξη των στόχων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στις νέες δομές είναι να βοηθήσουν τον ασθενή να προσαρμοστεί στη μετάβαση από το άσυλο στην κοινότητα και να τον ενθαρρύνουν να γίνει μέλος του καινούργιου περιβάλλοντός του. Απαιτείται η κατάλληλη υποστήριξη τους, ώστε να μπορέσουν να προσαρμοστούν στο καινούργιο και αβέβαιο περιβάλλον της κοινότητας. Η υποστήριξη θα πρέπει να εξασφαλίσει την είσοδο σε νέους ρόλους και νέες σχέσεις, διότι το να ζει ένα άτομο στην κοινότητα δεν σημαίνει ότι αποτελεί και μέρος αυτής (Moore, 2003). Εξάλλου, στις νέες μονάδες, όπου απαιτείται ένα πλήθος ειδικοτήτων στη σύνθεση του προσωπικού, θα πρέπει να κυριαρχεί μια ανθρωποκεντρική αντίληψη εκ μέρους των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τον ψυχικά ασθενή (Γκιωνάκης & Χονδρός, 2005) και για την ψυχική νόσο.

Σε κάθε μονάδα ορίζεται ένας επιστημονικός υπεύθυνος, με κριτήρια τη γνώση και την εμπειρία του, μετά από απόφαση του διοικούντος οργάνου του φορέα στον οποίο ανήκει η συγκεκριμένη δομή. Ο επιστημονικός υπεύθυνος και η θεραπευτική ομάδα οφείλουν να συντονίζουν τις δραστηριότητες και τις λειτουργίες που αναπτύσσονται στις στεγαστικές δομές, ώστε αυτές να προσαρμόζονται στις ανάγκες των ατόμων που φιλοξενούν και να εγκαθιδρύουν σχέσεις οικειότητας μεταξύ των ενοίκων και της κοινότητας.

Αναλυτικά:

Ο **επιστημονικός υπεύθυνος** έχει τη διοικητική ευθύνη για το συντονισμό και την υλοποίηση του έργου της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας, καθώς και την επιστημονική ευθύνη για τη λειτουργία της δομής και τη διασύνδεσή της με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του Τομέα στον οποίο ανήκει η στεγαστική δομή. Καθορίζει τον εβδομαδιαίο χρόνο απασχόλησης κάθε μέλους του προσωπικού, την κατανομή του χρόνου του μέσα στο εικοσιτετράωρο, καθώς και τον αριθμό των εργαζομένων στη Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή στο πρόγραμμα των Προστατευμένων Διαμερισμάτων, ανάλογα με: α) τη χρονική φάση της λειτουργίας τους, β) το βαθμό υποστήριξης της δομής και γ) το βαθμό λειτουργικότητας των ενοίκων. Τέλος, διασφαλίζει ότι οι ρόλοι των εργαζομένων, εκτός των καθηκόντων που απορρέουν από την ειδικότητά τους, συνδυάζονται και προσαρμόζονται στους αποκαταστασιακούς στόχους, καθώς και στο χρόνο απασχόλησης (πλήρης ή μερική) στη στεγαστική δομή.

Ο **ψυχίατρος** έχει την ευθύνη της ψυχιατρικής αξιολόγησης του συνόλου των ενοίκων-ασθενών. Ενημερώνεται από τον επιστημονικό υπεύθυνο για την κλινική κατάσταση του κάθε ενοίκου και προτείνει τη φαρμακευτική αγωγή ή την τροποποίησή της. Επίσης, αξιολογεί τη γενική υγεία των ενοίκων-ασθενών και αποφασίζει για την παραπομπή, όταν κάποιος από αυτούς χρειάζεται εξειδικευμένη θεραπεία. Ως μέλος της θεραπευτικής ομάδας μπορεί να συμμετέχει στις ομαδικές συναντήσεις και να αναλαμβάνει, σε συνεννόηση με τον επιστημονικό υπεύθυνο, θεραπευτικές δραστηριότητες. Η συνεργασία του με τη στεγαστική δομή μπορεί να έχει μορφή μερικής απασχόλησης (Δαμίγος, 2003).

Ο **ψυχολόγος** επεξεργάζεται το κλινικό υλικό, έτσι ώστε ο σχεδιασμός και η υλοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών να προάγουν όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά –και ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες των ενοίκων– τους στόχους της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Επίσης, η εργασία του αφορά: 1) την ψυχολογική υποστήριξη των ενοίκων-ασθενών και

των οικογενειών τους, 2) τη διαμόρφωση και την αξιολόγηση του θεραπευτικού σχεδιασμού, 3) τη συμμετοχή του σε δραστηριότητες αγωγής κοινότητας (προγράμματα πρόληψης και ευαισθητοποίησης), 4) την προώθηση και ανάπτυξη ιδεών και δράσεων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, 5) την ανάληψη πρωτοβουλιών για τη διοργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, 6) την ανάπτυξη νέων τάσεων και ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων που θα φέρουν καλύτερα αποτελέσματα στο έργο αποκατάστασης ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές (Linehan et al, 1991· Μαδιανός, 1994· Dixon & Lehman, 1995· Bellack et al, 1997· Δαμίγος, 2003).

**Ο κοινωνικός λειτουργός** οργανώνει τις υπηρεσίες του, έτσι ώστε όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας να έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες που αφορούν τους ενοίκους-ασθενείς. Επίσης, εργάζεται με την οικογένεια του ασθενούς, παρεμβαίνοντας και επηρεάζοντάς την θετικά, ιδίως εάν επικρατούν αρνητικές και απορριπτικές στάσεις. Επιπλέον, έρχεται σε επαφή με τις υπηρεσίες κοινωνικής πολιτικής (ασφαλιστικούς φορείς, ιδρύματα κοινωνικής πρόνοιας), για την επίλυση διαφόρων θεμάτων (Μαδιανός, 1994· Δαμίγος, 2003).

**Ο νοσηλευτής ή επισκέπτης υγείας** εστιάζει στους ακόλουθους τομείς: 1) στην κλινική/θεραπευτική αγωγή του ασθενούς και στην παρακολούθησή του ως προς την κανονική λήψη των φαρμάκων και τις τυχόν παρενέργειές τους, 2) στη γενικότερη κλινική παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας του ασθενούς, 3) στη διασύνδεση της στεγαστικής δομής με τις υγειονομικές υπηρεσίες της περιοχής. Βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα της εργασίας του αποτελεί η ικανότητά του να συνεργάζεται με τη θεραπευτική ομάδα (Μαδιανός, 1994· Δαμίγος, 2003).

**Ο εργοθεραπευτής** αναλαμβάνει την οργάνωση δραστηριοτήτων με στόχο την ανάπτυξη δεξιοτήτων στους ενοίκους-ασθενείς. Οργανώνει εξατομικευμένα θεραπευτικά προγράμματα με βάση τις δυνατότητες και τις ανάγκες του κάθε

ενοίκου. Οι υπηρεσίες του, με άλλα λόγια, στοχεύουν στην επίτευξη ενός επιπέδου ατομικής ανεξαρτητοποίησης (ο ασθενής να μπορεί να φροντίζει τον εαυτό του και να αυτοεξυπηρετείται). Συνοδεύει και στηρίζει τους ενοίκους-ασθενείς στις εκτός δομής δραστηριότητές τους με στόχο την κοινωνικοποίησή τους. Τέλος, συμβάλλει στην εκπόνηση προγραμμάτων με στόχο την προεπαγγελματική τους εκπαίδευση (Μαδιανός, 1994· Δαμίγος, 2003).

Το **βοηθητικό προσωπικό** έχει την ευθύνη για τη φροντίδα και την καθαριότητα του χώρου και τις οικιακές εργασίες της στεγαστικής δομής. Συμβάλλει στην κινητοποίηση των φιλοξενούμενων για ανάληψη πρωτοβουλιών, στη φροντίδα του προσωπικού και των κοινόχρηστων χώρων (Δαμίγος, 2003).

### **3.6.1. ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ**

Οι βασικοί στόχοι, βάσει των οποίων οφείλουν να δραστηριοποιούνται οι εργαζόμενοι στις στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ορίζονται από την Υπουργική Απόφαση και είναι:

- η εξασφάλιση ενός συνεχούς υποστηρικτικού πλαισίου παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας, σύμφωνα με τις ατομικές ανάγκες κάθε ασθενούς ξεχωριστά
- η ενίσχυση της κοινωνικότητας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, μέσω της καλλιέργειας των ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων τους και της απασχόλησης
- η διαρκής βελτίωση της λειτουργικότητας των ενοίκων και η ελαχιστοποίηση των ανικανοτήτων και μειονεξιών τους
- η διασφάλιση της ποιότητας ζωής και της αυτόνομης διαβίωσης των ασθενών στην κοινότητα
- η καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος και των διακρίσεων
- η διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές

- η επαφή με την κοινότητα και τους συγγενείς, για παράδειγμα με τη διοργάνωση κοινωνικών εκδηλώσεων, εξόδων, εκδρομών κλπ.
- η ψυχολογική στήριξη των ενοίκων και των οικογενειών τους
- η έγκαιρη πρόγνωση και ο εντοπισμός καταστάσεων που προδιαθέτουν στην υποτροπή της νόσου και στις διαταραχές συμπεριφοράς, με τον προγραμματισμό των αναγκαίων παρεμβάσεων
- η ενθάρρυνση των ατομικών ικανοτήτων των ενοίκων (προσωπική φροντίδα, μαγειρική, ψώνια)
- η ενίσχυση της ανεξαρτησίας και της αυτονομίας των ενοίκων
- η συμμετοχή όσο το δυνατόν περισσότερων ασθενών στην παραγωγική εργασία των εργαστηρίων· η χρηματική αμοιβή από την πώληση διαφόρων αντικειμένων αποτελεί κίνητρο για εργασία.

### **3.7. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΝΟΙΚΩΝ-ΑΣΘΕΝΩΝ**

Οι υποχρεώσεις των ενοίκων-ασθενών είναι:

- η καθημερινή ατομική φροντίδα και η φροντίδα της εξωτερικής τους εμφάνισης
- η συμμετοχή στην αυτοδιαχείριση του Οικοτροφείου, του Ξενώνα ή του Προστατευμένου Διαμερίσματος (καθημερινά ψώνια, προετοιμασία γευμάτων κλπ)
- η συνέπεια στη συστηματική λήψη των φαρμάκων
- η συμμετοχή στις προγραμματισμένες δραστηριότητες εντός και εκτός του Ξενώνα ή του Οικοτροφείου, καθώς και σε εργασιακές δραστηριότητες.

Η παραμονή των ενοίκων στις δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης συνεπάγεται την ψυχιατρική παρακολούθηση, τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, την καθημερινή διατροφή και την παραμονή σε ένα χώρο που προσομοιάζει σε οικογενειακό περιβάλλον.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### **ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

#### **4.1. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**

Η κατοικία αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα και θεμελιώδη ανθρώπινη ανάγκη. Οι ψυχικά πάσχοντες έχουν τις ίδιες ανάγκες στέγασης με το γενικό πληθυσμό, επιθυμούν δηλαδή μια αξιοπρεπή κατοικία με σχετικά μόνιμο χαρακτήρα. Ο Μεγαλοοικονόμου (1998) αναφέρει ότι η στέγαση, κυρίως για τα άτομα με ψυχική διαταραχή, αποτελεί βασικό όρο για την κοινωνική τους ύπαρξη και για την οικοδόμηση της προσωπικής και κοινωνικής τους ταυτότητας· αποτελεί δηλαδή ένα βασικό κόμβο για την οργάνωση της ζωής τους.

Η φιλοσοφία στην οποία στηρίχθηκε η δημιουργία των στεγαστικών δομών είναι ότι αυτές θα έπρεπε να προσομοιάζουν όσο το δυνατόν περισσότερο σε ένα «κανονικό» σπίτι, δηλαδή να αποτελούν περιβάλλοντα που να ενθαρρύνουν την αυτονομία και την ανάληψη πρωτοβουλιών, αλλά και να βασίζονται σε δημοκρατικές διαδικασίες, σε αντίθεση με τα ψυχιατρικά ιδρύματα, τα οποία καταργούν τον προσωπικό χώρο και την προσωπική επιλογή, καθιστώντας τον έγκλειστο απαθή και εξαρτημένο από το ίδρυμα (Goffman, 1961· Wing, 1962). Συνεπώς, η στεγαστική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών στοχεύει στην εξασφάλιση ενός περιβάλλοντος, το οποίο αντανακλά ή προσεγγίζει, όσο το δυνατόν περισσότερο, τις επιθυμίες και τις προσωπικές επιλογές του ίδιου του ψυχικά πάσχοντος (Ζήση, 2001). Οι Wykes και Zing (1982) αναφέρουν πως η διαβίωση στις στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης προσομοιάζει αρκετά στα πρότυπα της οικογενειακής ζωής.

Αρκετές έρευνες, μάλιστα, μελέτησαν τις συνθήκες περίθαλψης και διαβίωσης των ασθενών στις κοινοτικές στεγαστικές δομές σε σύγκριση με τις αντίστοιχες των ψυχιατρικών νοσοκομείων.

Συγκεκριμένα, από τη μελέτη των Crosby et al (1995), η οποία πραγματοποιήθηκε στην Ουαλία, προέκυψε πως οι κοινοτικές στεγαστικές δομές χαρακτηρίζονταν από οικιακή ατμόσφαιρα, ενώ αντίθετα οι συνθήκες διαβίωσης στα ψυχιατρικά νοσοκομεία κρίθηκαν ιδρυματικές και ήταν χαμηλού επιπέδου. Επίσης, οι ένοικοι των κοινοτικών στεγαστικών δομών ανέφεραν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις συνθήκες στέγασής τους και τα επίπεδα λειτουργικότητάς τους σημείωσαν σημαντική βελτίωση.

Παρόμοια είναι τα ευρήματα από τη μελέτη των Okin et al (1995). Το επίπεδο λειτουργικότητας των ενοίκων στις κοινοτικές στεγαστικές δομές παρουσίασε σημαντική βελτίωση, ενώ και οι ίδιοι εξέφρασαν στην συντριπτική τους πλειοψηφία την προτίμησή τους για διαβίωση στην κοινότητα.

Αλλά και από τη μελέτη των Shepherd et al<sup>16</sup> (1996) προκύπτει πως το περιβάλλον στις στεγαστικές δομές είναι καθαρότερο, πιο ευχάριστο και προσομοιάζει σε ένα «κανονικό» σπίτι. Υπάρχει προσωπικός χώρος για τον κάθε ένοικο, σε αντίθεση με τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, όπου παρατηρείται έλλειψη προσωπικού χώρου και υποδεέστερες συνθήκες περίθαλψης. Τα επίπεδα λειτουργικότητας και ικανοποίησης των ενοίκων των στεγαστικών δομών είναι σαφώς ανώτερα. Τέλος, οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ προσωπικού και ενοίκων στις στεγαστικές δομές είναι καλύτερες απ' ό,τι μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και νοσηλευομένων στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Στη μελέτη της Zissi (1997), η οποία αξιολογεί τη μετάβαση χρόνιων ψυχιατρικών νοσηλευομένων από το άσυλο της Λέρου σε κοινοτικούς Ξενώνες, παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση στις συνθήκες διαβίωσης των ασθενών στους Ξενώνες, με έμφαση στα θέματα του προσωπικού χώρου, της ανεξαρτησίας και της δυνατότητας πρόσβασης στην κοινότητα. Οι πρώην

---

<sup>16</sup> Η συγκεκριμένη μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ένα προάστιο του Λονδίνου με ένα τυχαίο δείγμα αποτελούμενο από 20 κοινοτικές στεγαστικές δομές και 5 τμήματα αποκατάστασης ψυχιατρικών ιδρυμάτων.

νοσηλευόμενοι του ψυχιατρείου της Λέρου αξιολόγησαν τη μετάβασή τους στους Ξενώνες ως θετική αλλαγή, αναφέροντας υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από τις νέες συνθήκες διαβίωσής τους.

Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα αμερικάνικων ερευνών (Lehman et al, 1986, 1991).

Αλλά και άλλες επιστημονικές μελέτες επισήμαναν τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών που διαβιούν σε στεγαστικές δομές στην κοινότητα (Okin et al, 1983· Gibbons & Butter, 1987· Okin & Pearsall, 1993· Donnelly et al, 1994· Barry & Crosby, 1995, 1996· Zissi & Barry, 1997· Trieman, 1997· Hobbs et al, 2001· Χαϊδεμένος και συν, 2004· Παξινός, 2005).

Από τα παραπάνω, προκύπτει πως οι συνθήκες περίθαλψης και διαβίωσης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στις κοινοτικές στεγαστικές δομές είναι σαφώς καλύτερες, συγκριτικά με τις αντίστοιχες στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

#### **4.2. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

Οι βασικές αρχές του σχεδιασμού στεγαστικής πολιτικής για άτομα με χρόνιες και σοβαρές ψυχικές διαταραχές διατυπώθηκαν από την Bachrach (1994):

- *Η διασφάλιση ενός ευρέος φάσματος στεγαστικών επιλογών*

Λόγω της ετερογένειας που παρουσιάζει ο πληθυσμός των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, ως προς τη νόσο, το ψυχιατρικό ιστορικό, τα επίπεδα λειτουργικότητας, αλλά και τις προσωπικές προτιμήσεις, υπάρχουν διαφορετικές ανάγκες. Για την κάλυψη αυτών των διαφορετικών αναγκών, βασική προϋπόθεση αποτελεί η δημιουργία στεγαστικών δομών διαφορετικής χρονικής διάρκειας (βραχείας, μακράς), αλλά και διαφορετικών επιπέδων εποπτείας (24ωρη, 12ωρη ή και μηδενική).

- *Η ευελιξία στη χρονική διάρκεια παραμονής στις στεγαστικές δομές*

Ο χρόνος παραμονής σε στεγαστική δομή θα πρέπει να εξαρτάται από τις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ίδιων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.



- *Η σύνδεση, αλλά όχι ταύτιση, ανάμεσα στο στεγαστικό και στο θεραπευτικό σχεδιασμό*

Η στεγαστική αποκατάσταση χρειάζεται να συνοδεύεται από θεραπευτικές παρεμβάσεις (συμβουλευτική, ψυχοθεραπεία, επαγγελματική κατάρτιση, εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες). Η μετάβαση σε μια εναλλακτική στεγαστική δομή δεν επιφέρει από μόνη της ανάκτηση της χαμένης ταυτότητας του ασθενούς, ιδίως για όσους έχουν μακρύ ιστορικό ψυχιατρικού εγκλεισμού.

- *Η ανάδειξη των στεγαστικών προτιμήσεων των ίδιων των ψυχικά πασχόντων*

Η έκφραση των στεγαστικών προτιμήσεων από τα ίδια τα άτομα με ψυχικές διαταραχές θα πρέπει να αποτελεί βασικό γνώμονα για το στεγαστικό σχεδιασμό.

### **4.3. ΤΟ ΝΕΟ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ**

Το κυρίαρχο μοντέλο στεγαστικής αποκατάστασης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, που υποστηρίζει τη σταδιακή προετοιμασία τους στις στεγαστικές δομές για την αυτόνομη διαβίωση, τίθεται σε αμφισβήτηση, διότι αφενός μεν συγχέει την αυτονόητη ανάγκη ενός ατόμου για στέγαση με την ανάγκη για θεραπευτική παρέμβαση, αφετέρου δε θεωρεί δεδομένη την ανάγκη για σταδιακή προετοιμασία. Επιπλέον, οι ενδιάμεσες στεγαστικές δομές έχουν περιορισμένη θεραπευτική αξία, καθώς είναι προσωρινές και προϋποθέτουν ομαδικές διαδικασίες και συμβίωση με άλλα άτομα που αντιμετωπίζουν τα ίδια ή πιο σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα.

Σε ό,τι αφορά την παροχή κατάλληλης στέγασης, πολλοί ερευνητές έχουν επισημάνει την ανάγκη μιας συνολικής προσέγγισης, με σκοπό τη δημιουργία ενός καλά συντονισμένου και αποδοτικού συστήματος με σαφή στόχευση (Shepherd et al, 1997· Franklin, 1998).

Οι βασικότερες αρχές του νέου στεγαστικού μοντέλου διατυπώθηκαν από τους Hogan και Carling (1992) και συνοψίζονται στα εξής:

**A) Προσωπική επιλογή:** Τα ίδια τα άτομα με ψυχικές διαταραχές θα πρέπει να επιλέγουν το στεγαστικό τους περιβάλλον, με κριτήριο τι αντιπροσωπεύει καλύτερα τις ανάγκες και τις προτιμήσεις τους. Η δυνατότητα άσκησης προσωπικής επιλογής ενθαρρύνει την αυτονομία και ενισχύει την προσωπική ταυτότητα, χωρίς να ακυρώνει την ανάγκη για υποστήριξη.

**B) Κεντρική χωροταξική θέση:** Οι κατοικίες τους θα πρέπει να βρίσκονται σε γειτονίες με εύκολη πρόσβαση στην κοινότητα, αυξάνοντας έτσι τις δυνατότητες για κοινωνική επανένταξη.

**Γ) Περιορισμένος αριθμός ενοίκων με ψυχιατρικό ιστορικό:** Η αναλογία των ενοίκων με ψυχιατρικό ιστορικό προς το συνολικό αριθμό των ενοίκων σε ένα οικιστικό συγκρότημα είναι πολύ σημαντική. Οι ψυχικά ασθενείς δεν θα πρέπει να ξεπερνούν το 25% του συνόλου των ενοίκων, διότι τότε το οίκημα κινδυνεύει να μετατραπεί σε ψυχιατρική υπηρεσία ή θεραπευτικό πρόγραμμα.

**Δ) «Φυσική» αρχιτεκτονική και φιλική εσωτερική διακόσμηση:** Τόσο τα εξωτερικά αρχιτεκτονικά χαρακτηριστικά όσο και η εσωτερική διακόσμηση δεν θα πρέπει να θυμίζουν ψυχιατρικές υπηρεσίες, αλλά όσο το δυνατόν περισσότερο «φυσικό» σπίτι. Για παράδειγμα, η ύπαρξη γραφείων για το προσωπικό ή μεγάλων κοινόχρηστων χώρων για ομαδικές συναντήσεις θα πρέπει να αποφεύγονται.

Η νέα προσέγγιση αναγνωρίζει λοιπόν την ανάγκη για ένα μόνιμο σπίτι, μια σταθερή κατοικία που θα σέβεται τις επιλογές και τις προτιμήσεις των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, εξασφαλίζοντάς τους παράλληλα και ένα υποστηρικτικό πλαίσιο υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες αυτές θα μπορούσαν να είναι: ομάδες υποστήριξης και αυτοβοήθειας, κέντρα παρεμβάσεων για την

αντιμετώπιση υποτροπών και κρίσεων, κέντρα ψυχαγωγίας και δημιουργικής αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου (Ζήση, 2002).

Η εξασφάλιση ενός ευέλικτου υποστηρικτικού συστήματος προϋποθέτει τόσο θεραπευτικές παρεμβάσεις (παρακολούθηση λήψης φαρμακευτικής αγωγής, συμβουλευτική, ψυχοθεραπεία) όσο και αντίστοιχες αποκαταστασιακές (εκπαίδευση σε δεξιότητες, επαγγελματική κατάρτιση).

Συμπερασματικά, οι νέες κατευθύνσεις στη στεγαστική αποκατάσταση καθιστούν σαφή την ανάγκη αναθεώρησης του παραδοσιακού μοντέλου των στεγαστικών δομών, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην εξασφάλιση μιας μόνιμης κατοικίας που δεν θα αποτελεί στεγαστική θεραπευτική δομή, στην ενίσχυση της αυτονομίας και της έκφρασης των προσωπικών επιλογών και προτιμήσεων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, στην άσκηση ελέγχου από τους ίδιους τους ασθενείς, και όχι από το προσωπικό, καθώς και στην παροχή ευέλικτων υποστηρικτικών συστημάτων που θα είναι προσανατολισμένα στην καλλιέργεια δεξιοτήτων και στην υποστήριξη μέσα από ομάδες αυτοβοήθειας (Ζήση, 2002).

# **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 5.1. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση μετέφερε το βάρος της ψυχιατρικής φροντίδας από το άσυλο στην κοινότητα. Διεθνώς, αλλά και στην Ελλάδα, εφαρμόζεται, όπως επισημάνθηκε στο Γενικό Μέρος, το πρόγραμμα των στεγαστικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα, με τη λειτουργία Οικοτροφείων, Ξενώνων και Προστατευμένων Διαμερισμάτων, για τον αποϊδρυματισμό ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές, με στόχο την κοινωνικοποίησή τους και την επανένταξή τους στην κοινωνική ζωή.

Έπειτα από 25 και πλέον έτη εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας, αποκτά σημαντικό ενδιαφέρον η εξέταση της πορείας του θεσμού αυτού, μέσα από τη μελέτη των στάσεων που επιδεικνύουν τόσο το προσωπικό που στελεχώνει τις στεγαστικές δομές όσο και οι φιλοξενούμενοι ψυχιατρικοί ασθενείς σε αυτές.

Η βασική **υπόθεση εργασίας** είναι πως η έξοδος των ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές από τα ψυχιατρεία της χώρας και η εγκατάστασή τους σε στεγαστικές δομές στην κοινότητα έγινε εσπευσμένα. Δεν υιοθετήθηκε το μοντέλο της προσωρινής παραμονής στις στεγαστικές δομές, αλλά της μόνιμης διαβίωσης σε αυτές, με αποτέλεσμα να παρατηρείται στασιμότητα και δημιουργία «νεοχρόνιων» ασθενών μέσα στην κοινότητα. Το ερώτημα που ανακύπτει λοιπόν είναι το εξής: Υπάρχει προοπτική εξόδου των ενοίκων-ασθενών από τις στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης;

Η παρούσα εργασία μελετά τις στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που έχουν αναπτυχθεί στην Περιφέρεια της Θεσσαλίας για άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές, **με αντικείμενο** τις στάσεις και τις αντιλήψεις τόσο του προσωπικού που τις στελεχώνει όσο και των ενοίκων-ασθενών. Ελέγχεται η υπόθεση του νεοϊδρυματικού χαρακτήρα που ενδεχομένως έχουν οι στεγαστικές δομές, μέσω επαναληπτικής καταγραφής στις ίδιες δομές.

Πιο συγκεκριμένα, **οι στόχοι της έρευνας** είναι:

1. Η διερεύνηση των στάσεων του προσωπικού απέναντι στις στεγαστικές δομές, στα άτομα με ψυχικές διαταραχές και στην ψυχική διαταραχή, καθώς και των αντιλήψεών τους για την προοπτική αποθεραπείας και κοινωνικής επανένταξης των ενοίκων.
2. Η διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων των ενοίκων-ασθενών για τις στεγαστικές δομές, καθώς και των προσδοκιών τους για στεγαστική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη.
3. Η καταγραφή όλων των μετακινήσεων των ενοίκων-ασθενών που έλαβαν χώρα κατά το διάστημα των 2 ετών και 10 μηνών που μεσολάβησαν μέχρι την επαναληπτική καταγραφή.

Η καταγραφή και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μπορεί να έχει συνεισφορά σε μια αποτίμηση της πορείας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, καθώς και της προοπτικής του θεσμού των στεγαστικών δομών και, κατ' επέκταση, να συμβάλει στη βελτιστοποίηση του σχεδιασμού της οργάνωσης και της λειτουργίας του συστήματος στεγαστικών δομών στην κοινότητα για τα άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές στη χώρα μας.

## 5.2. ΤΟ ΥΛΙΚΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### Στεγαστικές δομές

Η παρούσα έρευνα μελετά στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που λειτουργούν στη Θεσσαλία στο πλαίσιο του προγράμματος «Ψυχαργός» και οι οποίες είχαν ξεκινήσει τη λειτουργία τους μέχρι το τέλος του 2004. Οι δομές αυτές ανέρχονται σε 17. Συγκεκριμένα πρόκειται για 5 Οικοτροφεία, 4 Ξενώνες και 8 Προστατευμένα Διαμερίσματα. Ο Πίνακας 2 που ακολουθεί παρουσιάζει την κατανομή αυτών των στεγαστικών δομών ανά νομό.

**Πίνακας 2.** Κατανομή δομών ανά νομό

| <b>ΝΟΜΟΣ</b>  | <b>ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ</b> | <b>ΞΕΝΩΝΕΣ</b> | <b>ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ<br/>ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ</b> |
|---------------|--------------------|----------------|---------------------------------------|
| ΛΑΡΙΣΑΣ       | 2                  | 1              | 2                                     |
| ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ     | -                  | 1              | 2                                     |
| ΤΡΙΚΑΛΩΝ      | 2                  | 1              | 2                                     |
| ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ     | 1                  | 1              | 2                                     |
| <b>ΣΥΝΟΛΟ</b> | <b>5</b>           | <b>4</b>       | <b>8</b>                              |

### Προσωπικό

Στην έρευνα συμμετείχε το σύνολο του προσωπικού το οποίο στελεχώνει τις στεγαστικές δομές που εξετάζουμε. Πρόκειται συνολικά για 158 άτομα. Ένας εργαζόμενος αρνήθηκε να συνεργαστεί και να συμμετάσχει στην έρευνα και, έτσι, οι τελικές εγγραφές μας είναι 157 (N=157). Επιπλέον, ορισμένα μέλη του προσωπικού δεν συμπλήρωσαν όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, με αποτέλεσμα το σύνολο των απαντήσεων να διαφέρει σε κάποιες ερωτήσεις (N<157).

### Ένοικοι-ασθενείς

Στην έρευνα συμμετείχαν οι ένοικοι-ασθενείς των Ξενώνων, των Προστατευμένων Διαμερισμάτων και των τριών από τα πέντε Οικοτροφεία (Οικοτροφείο Φαρσάλων της ΘΕΨΥΠΑ, Οικοτροφείο Τρικάλων της ΘΕΨΥΠΑ και Οικοτροφείο Τρικάλων της ΕΠΑΨΥ). Οι ένοικοι-ασθενείς αυτών των δομών ήταν 88 άτομα. Όλοι δέχτηκαν να συμπληρώσουν το

ερωτηματολόγιο (N=88). Υπήρξαν, όμως, κάποιες ερωτήσεις οι οποίες δεν συμπληρώθηκαν από όλους τους ενοίκους, με αποτέλεσμα το σύνολο των απαντήσεων να διαφέρει σε κάποιες ερωτήσεις (N<88).

Στα Οικοτροφεία Τυρνάβου και Καρδίτσας της ΘΕΨΥΠΙΑ διαμένουν ασθενείς με βαριά νοητική υστέρηση. Συμφωνήθηκε να μη διανεμηθεί το ερωτηματολόγιο, διότι οι φιλοξενούμενοι δεν ήταν σε θέση να κατανοήσουν τις ερωτήσεις.

Τέλος, επί του συνόλου των ασθενών (N=88), το 44,6% δέχθηκε μεγάλη βοήθεια για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, το 32,3% είχε μικρότερη βοήθεια, ενώ μόλις σε ποσοστό 23,1% οι ένοικοι-ασθενείς συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο εντελώς μόνοι τους χωρίς να λάβουν καμία απολύτως βοήθεια.

### **5.3. ΟΙ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Οι Ξενώνες και τα Προστατευμένα Διαμερίσματα είναι στεγαστικές δομές του δημοσίου τομέα οι οποίες υπάγονται στα Γενικά Νομαρχιακά Νοσοκομεία, τα οποία με τον τρόπο αυτό συνέβαλαν ουσιαστικά στην αναστολή λειτουργίας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου. Τα Οικοτροφεία της έρευνας είναι στεγαστικές δομές του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα και ανήκουν σε ιδιωτικές εταιρείες, οι οποίες δραστηριοποιούνται στη Θεσσαλία και αναπτύσσουν στεγαστικές δομές και προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα. Πρόκειται για τη Θεσσαλική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας, Περίθαλψης – Αποκατάστασης (ΘΕΨΥΠΙΑ) και την Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης & Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ).

Ο βαθμός κοινωνικής και προνοιακής μέριμνας στους Ξενώνες και τα Οικοτροφεία είναι υψηλός, με 24ωρη παρουσία και εποπτεία από το προσωπικό. Στα Προστατευμένα Διαμερίσματα δεν υπάρχει παρουσία προσωπικού. Το προσωπικό των Ξενώνων φροντίζει για την κάλυψη των διαφόρων αναγκών των ενοίκων στα Προστατευμένα Διαμερίσματα. Στις



δομές λειτουργούν εργαστήρια, μέσω των οποίων παρέχονται υπηρεσίες για την απόκτηση επαγγελματικών δεξιοτήτων, με σκοπό την τοποθέτηση των ενοίκων στην προστατευμένη ή ελεύθερη αγορά εργασίας ή σε Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης.

Στις δομές που εξετάζουμε φιλοξενούνται κυρίως άτομα με χρόνια ψυχικά προβλήματα ή με νοητική υστέρηση και ψυχικές διαταραχές, τα οποία επί μακρά σειρά ετών νοσηλεύονταν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου, που έχει οριστικά διακόψει τη λειτουργία του.

Οι ένοικοι των Προστατευμένων Διαμερισμάτων έχουν μεταφερθεί εκεί από τους Ξενώνες όπου διαβιούσαν πριν. Η επιλογή των ενοίκων για μεταφορά στα Προστατευμένα Διαμερίσματα έγινε με τα ακόλουθα κριτήρια:

1. τη λειτουργικότητά τους
2. την απουσία σοβαρών προβλημάτων συμπεριφοράς
3. την επιθυμία των ιδίων για μετεγκατάσταση.

Στην καθημερινή ζωή των ενοίκων των Προστατευμένων Διαμερισμάτων περιλαμβάνονται η φαρμακευτική αγωγή, η υποστηρικτική θεραπεία, η εξοικείωση με τη γειτονιά, η ενασχόληση με τις καθημερινές ανάγκες λειτουργίας του διαμερίσματος (ψώνια, μαγείρεμα, καθαριότητα κλπ.), η επίλυση προβλημάτων συνύπαρξης, η ανάπτυξη ικανότητας πρόσβασης σε διάφορα κοινωνικά αγαθά, καθώς και η συμμετοχή τους στα εργαστήρια.

Οι στόχοι που έχει θέσει η θεραπευτική ομάδα των δομών είναι:

1. Ανάπτυξη ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων των ενοίκων, με πρώτο μέλημα την ατομική υγιεινή
2. Εξατομικευμένα θεραπευτικά πλάνα
3. Προσπάθεια αυτονόμησης των ενοίκων (αυτοεξυπηρέτηση, αυτοσυντήρηση)
4. Ψυχολογική υποστήριξη των ενοίκων και των οικογενειών τους
5. Σύσφιγξη σχέσεων με την οικογένεια
6. Διασφάλιση της ποιότητας διαβίωσης

7. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, κοινωνικοποίηση και κοινωνική επανένταξη των ενοίκων
8. Εργασιακή αποκατάσταση μέσω της παρακολούθησης εργαστηρίων που λειτουργούν στις δομές
9. Ευαισθητοποίηση και αγωγή της κοινότητας για εξάλειψη του στίγματος και των προκαταλήψεων απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες και την ψυχική νόσο.

Η καθημερινότητα των ενοίκων στις στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης περιλαμβάνει:

1. Την ατομική υγιεινή (καθαριότητα – φροντίδα)
2. Την υγιεινή του προσωπικού τους χώρου
3. Τη συμμετοχή τους στα εργαστήρια και τις δραστηριότητες της δομής
4. Εξόδους και επαφή με την τοπική κοινότητα (π.χ. καφές, ψώνια, σινεμά)
5. Συμμετοχή σε προγράμματα φυσικής άσκησης – φυσικοθεραπείας
6. Αντιμέτωπιση καθημερινών προβλημάτων
7. Ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων
8. Τήρηση των κανονισμών της δομής
9. Οικονομική διαχείριση.

### **5.3.1. ΤΑ ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ**

- **ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ ΦΑΡΣΑΛΩΝ «ΕΣΤΙΑ» (ΘΕΨΥΠΑ)**

Το Οικοτροφείο *Εστία* εδρεύει στα Φάρσαλα και λειτουργεί από το Μάιο του 2003 από τη Θεσσαλική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας, Περίθαλψης – Αποκατάστασης (ΘΕΨΥΠΑ). Είναι ψυχογηριατρικό οικοτροφείο και, την εποχή της συλλογής των δεδομένων, στέγαζε 11 ηλικιωμένα άτομα (7 άνδρες και 4 γυναίκες), ηλικίας 54-79 ετών. Το Οικοτροφείο βρίσκεται στο κέντρο της πόλης των Φαρσάλων και, ως εκ τούτου, οι ένοικοι έχουν εύκολη πρόσβαση

στα διάφορα καταστήματα. Η συνολική του επιφάνεια είναι 610 τ.μ. και οι εσωτερικοί του χώροι περιλαμβάνουν δωμάτια ασθενών, σαλόνι, καθιστικό, αίθουσα απασχολησιοθεραπείας, αίθουσα φυσιοθεραπείας, κουζίνα, WC και γραφεία προσωπικού. Το Οικοτροφείο έχει 24ωρη εποπτεία από το προσωπικό.

#### ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ

Το προσωπικό του Οικοτροφείου αποτελούσαν 21 άτομα, ηλικίας 22-48 ετών, με τις ακόλουθες ειδικότητες:

- 1 Ψυχίατρος
- 1 Παθολόγος
- 1 Ψυχολόγος
- 1 Κοινωνική Λειτουργός
- 1 Φυσιοθεραπεύτρια ΤΕ
- 6 Νοσηλευτές/-τριες ΔΕ
- 10 Γενικών Καθηκόντων.

- **ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ ΤΥΡΝΑΒΟΥ «ΑΝΤΙΦΩΝ» (ΘΕΨΥΠΑ)**

Το Οικοτροφείο *Αντιφών* λειτουργεί από τον Απρίλιο του 2003 από τη Θεσσαλική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας, Περίθαλψης – Αποκατάστασης (ΘΕΨΥΠΑ). Βρίσκεται στον Τύρναβο, σε απόσταση 500 μέτρων από το κέντρο της πόλης και έχει συνολική επιφάνεια 500 τ.μ. Αποτελείται από δωμάτια ασθενών, σαλόνι, καθιστικό, αίθουσα φυσιοθεραπείας, αίθουσα απασχολησιοθεραπείας, κουζίνα, WC και γραφεία προσωπικού. Φιλοξενεί 15 ασθενείς με βαριά νοητική υστέρηση. Στο Οικοτροφείο υπάρχει 24ωρη παρουσία προσωπικού.

#### ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ

Οι εργαζόμενοι του Οικοτροφείου ανέρχονται συνολικά σε 24 άτομα<sup>17</sup>, ηλικίας 22-48 ετών, με τις ακόλουθες ειδικότητες:

- 1 Ψυχίατρος

---

<sup>17</sup> Το επιστημονικό προσωπικό (ψυχίατρος, παθολόγος, ψυχολόγος, κοινωνική λειτουργός, φυσιοθεραπεύτρια) απασχολείται τόσο στο Οικοτροφείο Φαρσάλων *Εστία* όσο και στο Οικοτροφείο Τυρνάβου *Αντιφών*.

- 1 Παθολόγος
- 1 Ψυχολόγος
- 1 Κοινωνική Λειτουργός
- 1 Φυσιοθεραπεύτρια ΤΕ
- 5 Νοσηλευτές/-τριες
- 13 Γενικών Καθηκόντων<sup>18</sup>
- 1 Καθαρίστρια.

- **ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ «ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ» (ΘΕΨΥΠΑ)**

Το Οικοτροφείο *Ασκληπιός* λειτουργεί από τον Αύγουστο του 2003 από τη Θεσσαλική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας, Περίθαλψης – Αποκατάστασης (ΘΕΨΥΠΑ). Βρίσκεται στο Μεγαλοχώρι Τρικάλων, περίπου 1.000 μέτρα από το κέντρο του χωριού. Η συνολική του επιφάνεια είναι 1.045 τ.μ. και οι χώροι του περιλαμβάνουν δωμάτια ασθενών, σαλόνι, καθιστικό, αίθουσα φυσιοθεραπείας, αίθουσα απασχολησιοθεραπείας, κουζίνα, WC και γραφεία προσωπικού. Το Οικοτροφείο, τη στιγμή της επιτόπιας επίσκεψης, φιλοξενούσε 12 ψυχογηριατρικούς ασθενείς (10 άνδρες και 2 γυναίκες), ηλικίας 48-80 ετών.

#### ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ

Στο Οικοτροφείο εργάζονταν 22 άτομα, ηλικίας 22-62 ετών, με τις ακόλουθες ειδικότητες:

- 1 Νευρολόγος - Ψυχίατρος
- 1 Παθολόγος
- 1 Κοινωνική Λειτουργός
- 1 Εργοθεραπεύτρια
- 1 Φυσιοθεραπεύτρια
- 7 Νοσηλευτές/-τριες
- 10 Γενικών Καθηκόντων.

---

<sup>18</sup> Ένα άτομο έχει ειδικότητα ΤΕ Επισκεπτών Υγείας, αλλά στο Οικοτροφείο εργάζεται σε θέση γενικών καθηκόντων.

- **ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ «ΓΑΛΗΝΟΣ» (ΘΕΨΥΠΑ)**

Το Οικοτροφείο *Γαληνός* λειτουργεί από τον Ιούνιο του 2003 στο χωριό Ρούσσο Καρδίτσας από τη Θεσσαλική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας, Περίθαλψης – Αποκατάστασης (ΘΕΨΥΠΑ). Στο Οικοτροφείο, τη στιγμή της επίσκεψης, διέμεναν 15 ασθενείς με βαριά νοητική υστέρηση. Το Οικοτροφείο, με συνολικό εμβαδόν 640 τ.μ., απέχει περίπου 200 μέτρα από το κέντρο του χωριού και αποτελείται από δωμάτια ασθενών, σαλόνι, καθιστικό, αίθουσα φυσιοθεραπείας, αίθουσα απασχολησιοθεραπείας, κουζίνα, WC και γραφεία προσωπικού. Στο Οικοτροφείο υπάρχει 24ωρη παρουσία προσωπικού.

#### ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ

Το προσωπικό αριθμεί 27 άτομα, ηλικίας 22 έως 62 ετών, με τις παρακάτω ειδικότητες:

1 Ψυχίατρος

1 Παθολόγος

1 Ψυχολόγος

6 Νοσηλευτές/-ριες

17 Γενικών Καθηκόντων

1 Οδηγός.

- **ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ «ΔΙΟΓΕΝΕΙΟ» (ΕΠΑΨΥ)**

Το *Διογένειο* Οικοτροφείο λειτουργεί από το Σεπτέμβριο του 2003 από την Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης & Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ), η οποία είναι Αστική Εταιρεία Μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα. Τη στιγμή της επιτόπιας επίσκεψης στέγαζε 13 ψυχογηριατρικούς ασθενείς (9 άνδρες και 4 γυναίκες), ηλικίας 49-83 ετών<sup>19</sup>. Βρίσκεται στο κέντρο της πόλης των Τρικάλων και, ως εκ τούτου, οι ένοικοι-ασθενείς που διαμένουν σε αυτό έχουν εύκολη πρόσβαση στην αγορά, σε φορείς και διάφορες υπηρεσίες. Στεγάζεται σε μια τριώροφη οικοδομή, συνολικής επιφάνειας 900 τ.μ. Αποτελείται από

---

<sup>19</sup> Ένας από τους ενοίκους δεν δήλωσε ηλικία.

επτά δωμάτια ασθενών και έχει συνολικά 15 κλίνες. Επιπλέον, υπάρχουν χώροι δραστηριοτήτων και γραφεία προσωπικού.

#### ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ

Το Οικοτροφείο στελεχώνεται από 19 άτομα, ηλικίας 24-49 ετών<sup>20</sup>, με τις ακόλουθες ειδικότητες:

- 1 Ψυχίατρος
- 1 Ψυχολόγος
- 1 Κοινωνική Λειτουργός
- 1 Διοικητικός Υπάλληλος
- 1 Φυσιοθεραπευτής
- 1 Γυμνάστρια Ειδικής Φυσικής Αγωγής
- 5 Νοσηλευτές/-τριες
- 4 Φροντίστριες
- 1 Μαγείρισσα – Φροντίστρια
- 1 Φροντίστρια – Καθαρίστρια
- 1 Μαγείρισσα
- 1 Οικονόμος – Επιστάτης.

#### 5.3.2. ΟΙ ΞΕΝΩΝΕΣ

- **ΞΕΝΩΝΑΣ ΛΑΡΙΣΑΣ «ΑΡΓΙΣΣΑ»**

Ο Ξενώνας *Αργισσα* της Λάρισας αρχίζει να λειτουργεί τον Ιούνιο του 2000, αλλά υποδέχτηκε τους πρώτους ασθενείς τρεις μήνες αργότερα, το Σεπτέμβριο του 2000. Λειτουργεί στο πλαίσιο του Προγράμματος «Ψυχαργός» Α΄ Φάση από το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Λάρισας. Η δυναμικότητά του είναι 12 κλίνες και, σύμφωνα με στοιχεία που συλλέχθηκαν τον Ιανουάριο του 2004, οι φιλοξενούμενοι σε αυτόν ανέρχονταν σε 11 άτομα (7 άνδρες και 4 γυναίκες), ηλικίας 36-74 ετών. Ο Ξενώνας στεγάζεται σε μια τριώροφη

---

<sup>20</sup> Ένας από τους εργαζόμενους δεν δήλωσε ηλικία.

οικοδομή στο κέντρο της πόλης. Στο ισόγειο βρίσκονται τα γραφεία της Νοσηλευτικής και Κοινωνικής Υπηρεσίας, το γραφείο της ψυχολόγου καθώς και ένα δωμάτιο κρίσης, το οποίο χρησιμοποιείται για τη διαμονή ασθενούς σε περίπτωση υποτροπής. Στο δεύτερο και τον τρίτο όροφο βρίσκονται τα δωμάτια των ενοίκων-ασθενών. Κάθε όροφος περιλαμβάνει τρία υπνοδωμάτια, σαλόνι, κουζίνα και μπάνιο. Οι ένοικοι έχουν εύκολη πρόσβαση στα καταστήματα διατροφής και τα καφέ. Ο Ξενώνας είναι υψηλής προστασίας και εποπτείας, με 24ωρη επίβλεψη από το προσωπικό. Στον Ξενώνα λειτουργεί εργαστήριο κηπουρικής.

#### ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ

Το προσωπικό αριθμούσε 12 άτομα, ηλικίας 26-50 ετών, με τις ακόλουθες ειδικότητες:

- 1 Ψυχίατρος (Εξωτερικός Συνεργάτης)
- 1 Ψυχολόγος (Επιστημονική Υπεύθυνη)
- 1 Κοινωνική Λειτουργός (Διοικητική Υπεύθυνη)
- 1 Νοσηλεύτρια ΤΕ (Προϊσταμένη)
- 5 Νοσηλευτές/-τριες ΔΕ
- 1 Αδελφή Νοσοκόμος
- 1 Γενικών Καθηκόντων
- 1 Εκπαιδευτής (Κηπουρός).

- **ΞΕΝΩΝΑΣ ΒΟΛΟΥ «ΦΙΛΥΡΑ»**

Ο Ξενώνας *Φιλύρα* του Βόλου λειτουργεί από τον Ιούνιο του 2000, στο πλαίσιο του Προγράμματος «Ψυχαργός» Α΄ Φάση από το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Βόλου. Τη στιγμή της επιτόπιας επίσκεψης φιλοξενούσε 7 άνδρες, ηλικίας 32-60 ετών. Στεγάζεται στο κέντρο της πόλης του Βόλου, ακριβώς απέναντι από το Γενικό Νοσοκομείο, σε πενταόροφη οικοδομή. Στο υπόγειο βρίσκονται τα πλυντήρια και οι αποθηκευτικοί χώροι, ενώ στο ισόγειο διαμορφώθηκαν ο χώρος υποδοχής και τα γραφεία των ψυχολόγων του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου. Στον πρώτο όροφο φιλοξενούνται τα

εργαστήρια υποδηματοποιίας και δερμάτινων ειδών, στο δεύτερο και τον τρίτο όροφο τα υπνοδωμάτια των ενοίκων, στον τέταρτο όροφο τα γραφεία του προσωπικού, η τραπεζαρία, η κουζίνα και το καθιστικό, ενώ στον πέμπτο όροφο έχει διαμορφωθεί μια αίθουσα εκδηλώσεων. Ο Ξενώνας είναι υψηλής προστασίας και εποπτείας, με 24ωρη επίβλεψη από το προσωπικό. Στον Ξενώνα λειτουργεί εργαστήριο κατασκευής υποδημάτων και δερμάτινων ειδών.

#### ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ

Ο Ξενώνας είχε στελεχωθεί από 13 άτομα, ηλικίας 30-51 ετών, με τις ακόλουθες ειδικότητες:

- 1 Ψυχίατρος
- 1 Ψυχολόγος
- 1 Κοινωνική Λειτουργός
- 2 Νοσηλεύτριες ΤΕ
- 4 Νοσηλεύτριες ΔΕ
- 1 Εργοθεραπεύτρια ΤΕ
- 1 Γενικών Καθηκόντων
- 1 Τεχνίτρια ΔΕ (υποδηματοποιός)
- 1 Καθαρίστρια.

- **ΞΕΝΩΝΑΣ ΤΡΙΚΑΛΩΝ «ΠΥΞΙΔΑ»**

Ο Ξενώνας *Πυξίδα* των Τρικάλων λειτουργεί από τον Αύγουστο του 2000, στο πλαίσιο του Προγράμματος «Ψυχαγωγός» Α΄ Φάση από το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Τρικάλων. Βρίσκεται έξω από την πόλη, στο χωριό Μ. Κεφαλόβρυσο Τρικάλων και στεγάζεται σε ένα κτίσμα 458 τ.μ., στον προαύλιο χώρο του Θεραπευτηρίου Χρόνιων Παθήσεων Τρικάλων. Αυτό έχει ως συνέπεια οι ένοικοι να βρίσκονται μακριά από βασικές υπηρεσίες και καταστήματα. Στο εσωτερικού του κτηρίου υπάρχουν δεκαπέντε υπνοδωμάτια, σαλόνι, κουζίνα, μπάνιο και γραφεία. Τη στιγμή της επιτόπιας επίσκεψης



διέμεναν συνολικά 10 άτομα (6 γυναίκες και 4 άνδρες), ηλικίας 30-67 ετών. Στον Ξενώνα λειτουργεί εργαστήριο αγγειοπλαστικής.

#### ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ

Ο Ξενώνας ήταν στελεχωμένος από 12 άτομα, ηλικίας 22-50 ετών, με τις ακόλουθες ειδικότητες:

- 1 Ψυχίατρος
- 1 Ψυχολόγος
- 1 Κοινωνική Λειτουργός
- 2 Νοσηλεύτριες ΤΕ
- 5 Νοσηλεύτριες ΔΕ
- 1 Γενικών Καθηκόντων
- 1 Τεχνίτρια ΔΕ (αγγειοπλάστρια).

- **ΞΕΝΩΝΑΣ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ «ΖΕΦΥΡΟΣ»**

Ο Ξενώνας *Ζέφυρος* της Καρδίτσας λειτουργεί από τον Αύγουστο του 2000, στο πλαίσιο του Προγράμματος «Ψυχαργός» Α΄ Φάση από το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο της Καρδίτσας. Η δυναμικότητά του είναι 11 κλίνες και, σύμφωνα με στοιχεία που συλλέχθηκαν τον Ιανουάριο του 2004, οι ένοικοι-ασθενείς ήταν 10 (8 άνδρες και 2 γυναίκες), ηλικίας 40-57 ετών. Ο Ξενώνας άρχισε να λειτουργεί στην περιοχή Κόκκινη Εκκλησία της Καρδίτσας, ενώ το Νοέμβριο του 2002 μεταστεγάστηκε στο κέντρο της πόλης. Πρόκειται για δομή υψηλής προστασίας και εποπτείας με 24ωρη παρουσία προσωπικού. Στον Ξενώνα λειτουργεί εργαστήριο αρτοποιίας – ζαχαροπλαστικής.

#### ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ

Το προσωπικό του Ξενώνα αποτελούσαν 12 άτομα, ηλικίας 27-49 ετών<sup>21</sup>, με τις ακόλουθες ειδικότητες:

- 1 Ψυχίατρος
- 1 Ψυχολόγος

---

<sup>21</sup> Ένα άτομο δεν δήλωσε την ηλικία του.

- 1 Επιστημονική και Διοικητική Υπεύθυνη (ειδικότητα Κοινωνική Λειτουργός)
- 1 Κοινωνικός Λειτουργός
- 1 Εργοθεραπεύτρια
- 2 Νοσηλευτές/-τριες ΤΕ
- 3 Νοσηλεύτριες ΔΕ
- 1 Τεχνίτης (αρτοποιός-ζαχαροπλάστης)
- 1 Γενικών Καθηκόντων.

### **5.3.3. ΤΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ**

- **ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ ΛΑΡΙΣΑΣ**

Το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Λάρισας, στο πλαίσιο της δραστηριοποίησής του σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, έχει αναλάβει τη λειτουργία δύο Προστατευμένων Διαμερισμάτων, τα οποία λειτουργούν στο πλαίσιο του Προγράμματος «Ψυχαργός» Β΄ Φάση.

Το 1<sup>ο</sup> Προστατευμένο Διαμέρισμα βρίσκεται στο κέντρο της πόλης και έχει εμβαδόν 145 τ.μ. Αποτελείται από δύο υπνοδωμάτια, σαλόνι, καθιστικό, κουζίνα και μπάνιο. Φιλοξενεί ένα παντρεμένο ζευγάρι. Μία νοσηλεύτρια και η ψυχολόγος του Ξενώνα επισκέπτονται το διαμέρισμα μία έως δύο φορές την εβδομάδα.

Το 2<sup>ο</sup> Προστατευμένο Διαμέρισμα έχει εμβαδόν 136 τ.μ. και τη στιγμή της επίσκεψης φιλοξενούσε 3 άνδρες. Αποτελείται από τα δωμάτια των ασθενών, σαλόνι, καθιστικό, κουζίνα και μπάνιο. Το προσωπικό που επισκέπτεται το διαμέρισμα απασχολείται στον Ξενώνα της Λάρισας.

- **ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ ΒΟΛΟΥ**

Το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Βόλου, στο πλαίσιο της δραστηριοποίησής του σε στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, έχει αναλάβει τη λειτουργία δύο Προστατευμένων Διαμερισμάτων, τα οποία δημιουργήθηκαν στα πλαίσια του Προγράμματος «Ψυχαργός» Β΄ Φάση.

Το 1<sup>ο</sup> Προστατευμένο Διαμέρισμα βρίσκεται στη Νέα Ιωνία Βόλου. Πρόκειται για μια μονοκατοικία 100 τ.μ. που φιλοξενεί 3 άνδρες και αποτελείται από δύο υπνοδωμάτια, σαλόνι, καθιστικό, κουζίνα και μπάνιο. Οι διάφορες υπηρεσίες βρίσκονται αρκετά μακριά από το σπίτι, αλλά οι ένοικοι έχουν πρόσβαση σε αυτές με τακτική συγκοινωνία. Μια νοσηλεύτρια του Ξενώνα επισκέπτεται καθημερινά το διαμέρισμα και είναι υπεύθυνη για την παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής των ενοίκων.

Το 2<sup>ο</sup> Προστατευμένο Διαμέρισμα στεγάζεται στο δεύτερο όροφο μιας πολυκατοικίας στο κέντρο της πόλης, κοντά στη θάλασσα. Έχει συνολική επιφάνεια 70 τ.μ. και αποτελείται από υπνοδωμάτια, σαλόνι, τραπεζαρία, κουζίνα, μπάνιο και χωλ. Εκεί φιλοξενούνται 3 άνδρες, οι οποίοι έχουν εύκολη πρόσβαση σε ό,τι χρειαστούν, λόγω της κεντρικής θέσης του διαμερίσματος. Το προσωπικό που επισκέπτεται το διαμέρισμα εργάζεται στον Ξενώνα του Βόλου.

- **ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ ΤΡΙΚΑΛΩΝ**

Το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Τρικάλων, στο πλαίσιο της δραστηριοποίησής του σε στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, έχει αναλάβει τη λειτουργία δύο Προστατευμένων Διαμερισμάτων, τα οποία δημιουργήθηκαν στο πλαίσιο του Προγράμματος «Ψυχαργός» Β΄ Φάση.

Το 1<sup>ο</sup> Προστατευμένο Διαμέρισμα βρίσκεται κοντά στο κέντρο της πόλης, στη συνοικία Σαράγια. Στεγάζεται σε μια μονοκατοικία 110 τ.μ., αποτελούμενη από δύο υπνοδωμάτια, σαλόνι, κουζίνα, χωλ και μπάνιο. Φιλοξενεί δύο άτομα, έναν άνδρα και μια γυναίκα.

Το 2<sup>ο</sup> Προστατευμένο Διαμέρισμα βρίσκεται επίσης στο κέντρο της πόλης. Πρόκειται για ένα διαμέρισμα 120 τ.μ., με τρία υπνοδωμάτια, κουζίνα, χωλ και δύο WC. Διαμένουν τρεις άνδρες.

Οι φιλοξενούμενοι είναι πρώην ένοικοι του Ξενώνα, ενώ η θεραπευτική ομάδα που εποπτεύει τα Προστατευμένα Διαμερίσματα προέρχεται από τον Ξενώνα και συγκροτείται από τον ψυχίατρο, τον ψυχολόγο, την κοινωνική λειτουργό, μία νοσηλεύτρια και ένα άτομο γενικών καθηκόντων.

- **ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ**

Το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Καρδίτσας, στο πλαίσιο της δραστηριοποίησής του σε στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, έχει αναλάβει τη λειτουργία δύο Προστατευμένων Διαμερισμάτων, τα οποία δημιουργήθηκαν στο πλαίσιο του Προγράμματος «Ψυχαργός» Β΄ Φάση.

Το 1<sup>ο</sup> Προστατευμένο Διαμέρισμα βρίσκεται στο κέντρο της πόλης, πολύ κοντά στον Ξενώνα. Έχει εμβαδόν 121 τ.μ. και φιλοξενεί δύο άτομα. Αποτελείται από τρία υπνοδωμάτια, σαλόνι, κουζίνα και ένα μπάνιο.

Το 2<sup>ο</sup> Προστατευμένο Διαμέρισμα, με δύο ενοίκους, βρίσκεται επίσης στο κέντρο της πόλης και απέχει μόλις δεκαπέντε λεπτά από τον Ξενώνα. Έχει συνολική επιφάνεια 126 τ.μ. και αποτελείται από τρία υπνοδωμάτια, σαλονοτραπεζαρία, κουζίνα και δύο WC.

Το προσωπικό του Ξενώνα φροντίζει για την εξυπηρέτηση και την κάλυψη διαφόρων αναγκών των ενοίκων στα δύο Προστατευμένα Διαμερίσματα.

## **5.4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ**

Η επίτευξη των στόχων της έρευνας προϋποθέτει τη συλλογή και επεξεργασία πρωτογενών στοιχείων.

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή αυτών των πρωτογενών στοιχείων είναι:

- Το ερωτηματολόγιο στάσεων προσωπικού
- Τα ερωτηματολόγια ικανοποίησης και στάσεων ενοίκων
- Το ερωτηματολόγιο εκτίμησης δομής
- Η Κλίμακα Ολικής Εκτίμησης Λειτουργικότητας (ΚΟΕΛ – GAS) των Endicott et al.

### **5.4.1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΤΑΣΕΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

Το *ερωτηματολόγιο στάσεων προσωπικού* απαρτίζεται από συνολικά είκοσι (20) ερωτήσεις κλειστού τύπου. Διανεμήθηκε και συμπληρώθηκε από το σύνολο του προσωπικού των δομών που εξετάζουμε, συμπεριλαμβανομένου και του προσωπικού των δύο Οικοτροφείων όπου διαμένουν ασθενείς με νοητική υστέρηση, οι οποίοι δεν συμμετείχαν στην έρευνα.

Περιλαμβάνει τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων (φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, ειδικότητα), στοιχεία που αφορούν το είδος της δομής στην οποία εργάζεται (δημοσίου ή ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα), το είδος της απασχόλησης (πλήρης ή μερική), το συνολικό χρόνο εργασίας στη συγκεκριμένη δομή, την προϋπηρεσία σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, καθώς και το εάν έχει προηγηθεί η παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων πριν από την εργασία στη στεγαστική δομή.

Επίσης, διερευνώνται ζητήματα που σχετίζονται με την εργασία (βαθμός δυσκολίας, βαθμός ικανοποίησης, πιθανή εξουθένωση) και αναζητούνται οι στάσεις απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές, η στάση απέναντι στη φιλοσοφία των στεγαστικών δομών και οι εξηγήσεις των εργαζομένων για τη συμπεριφορά των ενοίκων-ασθενών.

Τέλος, καταγράφονται οι αντιλήψεις του προσωπικού για τις προοπτικές κοινωνικής επανένταξης των ενοίκων-ασθενών μέσα από ερωτήματα που σχετίζονται με την αναδοχή, τη δυνατότητα αποθεραπείας των ενοίκων-ασθενών και την πιθανότητα αποδοχής τους από την τοπική κοινότητα.

#### **5.4.2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΩΝ ΕΝΟΙΚΩΝ**

Το *ερωτηματολόγιο ικανοποίησης και στάσεων ενοίκων Ξενώνων/Οικοτροφείων* αποτελείται από είκοσι τέσσερις (24) ερωτήσεις κλειστού τύπου. Διανεμήθηκε και συμπληρώθηκε από τους ενοίκους-ασθενείς των Ξενώνων, των Προστατευμένων Διαμερισμάτων και των Οικοτροφείων Φαρσάλων και Τρικάλων. Περιλαμβάνει ερωτήματα δημογραφικού ενδιαφέροντος (φύλο, ηλικία, διάγνωση, πιθανή συννοσηρότητα, πληροφορίες για το είδος της δομής στην οποία διαμένει ο ασθενής (δημοσίου ή ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα), για το χρονικό διάστημα παραμονής στη συγκεκριμένη δομή, αλλά και για το συνολικό χρόνο διαμονής σε ψυχιατρικό ίδρυμα πριν από τη μετακίνησή του στη δομή.

Επίσης, διερευνά τις αντιλήψεις των ενοίκων-ασθενών για το προσωπικό και τους συγκατοίκους (την ποιότητα των σχέσεων, το είδος της σχέσης με το προσωπικό –φιλική ή επαγγελματική–, εκτιμήσεις για το βαθμό ενδιαφέροντος από το προσωπικό), αλλά και τις στάσεις τους σε ζητήματα που αφορούν τη διαβίωσή τους στη δομή (βαθμός ικανοποίησης από τον προσωπικό τους χώρο, βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, από την εποπτεία, από τον ελεύθερο χρόνο και τις δραστηριότητες).

Τέλος, καταγράφει τις αντιλήψεις και τις προσδοκίες των ενοίκων-ασθενών για κοινωνική επανένταξη, μέσα από ερωτήματα που αποσκοπούν στο να εκμαιεύσουν το πώς αισθάνονται όταν έρχονται σε επαφή με την τοπική κοινότητα, την επιθυμία και το βαθμό ετοιμότητας για μετακίνηση (διαβίωση σε Προστατευμένο Διαμέρισμα, φιλοξενία από ανάδοχη οικογένεια, διαβίωση

με τη δική τους οικογένεια, εφόσον υπάρχει, αυτόνομη διαβίωση σε δικό τους προσωπικό χώρο).

Το ερωτηματολόγιο *ικανοποίησης και στάσεων ενοίκων Προστατευμένων Διαμερισμάτων* περιείχε επιπλέον ερωτήματα, μέσω των οποίων καταγράφονται:

- α) η συχνότητα επισκέψεών τους στον Ξενώνα
- β) οι προτιμήσεις διαμονής τους, μεταξύ Προστατευμένου Διαμερίσματος και Ξενώνα
- γ) τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της διαβίωσης σε Προστατευμένο Διαμέρισμα έναντι του Ξενώνα.

#### **5.4.3. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΔΟΜΗΣ**

Το ερωτηματολόγιο *εκτίμησης δομής* συμπληρώθηκε από το σύνολο του προσωπικού των δομών. Απαρτίζεται από ερωτήματα που αφορούν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά λειτουργίας των δομών. Συγκεκριμένα, καταγράφονται ο βαθμός υποστήριξης των ενοίκων, οι στόχοι που έχουν τεθεί από τη θεραπευτική ομάδα, ο βαθμός συμμετοχής των ενοίκων σε δραστηριότητες και στα εργαστήρια των δομών, ο βαθμός προνοιακής και κοινωνικής μέριμνας των ενοίκων, ο χρόνος παρουσίας και εποπτείας του προσωπικού, ο βαθμός υποστήριξης των ενοίκων-ασθενών, καθώς και τα χαρακτηριστικά της καθημερινής ζωής των ενοίκων στις δομές. Τέλος, διερευνάται εάν και κατά πόσον ενθαρρύνονται οι επιμέρους ικανότητες του κάθε ενοίκου από το προσωπικό.

#### 5.4.4. ΚΛΙΜΑΚΑ ΟΛΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΚΟΕΛ – GAS)

Η *Κλίμακα Ολικής Εκτίμησης Λειτουργικότητας* (ΚΟΕΛ) αποτελεί την ελληνική μετάφραση της Κλίμακας Global Assessment Schedule (GAS) των Endicott et al (1976), η οποία μεταφράστηκε και σταθμίστηκε στον ελληνικό πληθυσμό από τον Μαδιανό (1987).

Η Κλίμακα εκτιμά σφαιρικά τη λειτουργικότητα του ατόμου, σε συνάρτηση με την ψυχοπαθολογική του κατάσταση. Η ψυχομετρική φιλοσοφία της Κλίμακας είναι ότι κάθε άτομο λειτουργεί μέσα σ' ένα συνεχές (continuum) υγείας-αρρώστιας. Οι δημιουργοί της προσπάθησαν να συνδυάσουν την ανίχνευση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων με την παράλληλη επίδρασή τους στη λειτουργικότητα του ασθενούς (Μαδιανός, 2005). Η Κλίμακα στηρίζεται σε μια διαβάθμιση της λειτουργικότητας από το μηδέν (απόλυτη αναπηρία) μέχρι το εκατό (απόλυτη υγεία). Στην έρευνά μας, η Κλίμακα συμπληρώθηκε από τον ψυχίατρο ή τον υπεύθυνο της δομής και κατέγραψε τα επίπεδα λειτουργικότητας των ενοίκων-ασθενών. Ο Πίνακας 3 που ακολουθεί παρουσιάζει συνοπτικά το περιεχόμενο της Κλίμακας.

#### Πίνακας 3. Συνοπτική παρουσίαση του περιεχομένου της Κλίμακας

|               |  |
|---------------|--|
| <b>100-91</b> | Καθόλου συμπτώματα. Καλή λειτουργικότητα.                                    |
| <b>90-81</b>  | Παροδικά συμπτώματα. Καλή λειτουργικότητα.                                   |
| <b>80-71</b>  | Ελάχιστα συμπτώματα. Ελάχιστη μείωση λειτουργικότητας.                       |
| <b>70-61</b>  | Μέτριου βαθμού συμπτώματα. Μείωση λειτουργικότητας ορισμένων δραστηριοτήτων. |
| <b>60-51</b>  | Σημαντικού βαθμού συμπτώματα. Δυσκολίες στη λειτουργικότητα γενικά.          |
| <b>50-41</b>  | Σοβαρού βαθμού συμπτώματα. Σοβαρή έκπτωση λειτουργικότητας.                  |
| <b>40-31</b>  | Μεγάλη εκπτώτικότητα σε διάφορους τομείς της λειτουργικότητας.               |
| <b>30-21</b>  | Ο άρρωστος δεν μπορεί να λειτουργήσει μόνος του.                             |
| <b>20-11</b>  | Χρειάζεται κάποια επίβλεψη.  |
| <b>10-1</b>   | Χρειάζεται συνεχή επίβλεψη.  |

Πηγή: Μαδιανός (1987)



## **5.5. ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ**

Η επεξεργασία του παραπάνω πρωτογενούς υλικού πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου για κοινωνικές έρευνες (S.P.S.S. 16.0).

Δημιουργήθηκαν δύο ανεξάρτητες βάσεις δεδομένων. Η πρώτη περιλαμβάνει τα δεδομένα που αφορούν το προσωπικό και η δεύτερη τα δεδομένα των ενοίκων-ασθενών.

Για το *προσωπικό* των δομών μελετήθηκαν οι κατανομές συχνοτήτων των εξεταζόμενων μεταβλητών και, στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε έλεγχος συνάφειας ( $\chi^2$ ) μεταξύ των μεταβλητών ενδιαφέροντος και των ανεξάρτητων μεταβλητών (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, ειδικότητα, είδος δομής, χρόνος προϋπηρεσίας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας), με στόχο να διαπιστωθεί πιθανή επίδραση της κάθε ανεξάρτητης μεταβλητής στις εξαρτημένες και να ερμηνευθούν πιθανές αιτιατές σχέσεις. Ο έλεγχος συνάφειας υπολογίστηκε σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $\alpha=0.05$ .

Για τους *ενοίκους-ασθενείς* των δομών μελετήθηκαν οι κατανομές συχνοτήτων του συνόλου των μεταβλητών και, στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε έλεγχος συνάφειας ( $\chi^2$ ) μεταξύ των μεταβλητών ενδιαφέροντος και των ανεξάρτητων μεταβλητών (φύλο, ηλικία, βαθμός λειτουργικότητας, είδος δομής, χρόνος παραμονής στη δομή, χρόνος παραμονής σε ψυχιατρικά ιδρύματα), με στόχο να διαπιστωθεί πιθανή επίδραση της κάθε ανεξάρτητης μεταβλητής στις εξαρτημένες και να ερμηνευθούν πιθανές αιτιατές σχέσεις. Ο έλεγχος συνάφειας υπολογίστηκε σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $\alpha=0.05$ .

## **5.6. ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η περίοδος διεξαγωγής της βασικής έρευνας ήταν 6 μήνες (Οκτώβριος 2004 – Μάρτιος 2005). Η επαναληπτική επίσκεψη για την καταγραφή των μετακινήσεων των ενοίκων πραγματοποιήθηκε 2 έτη και 10 μήνες αργότερα, τον Οκτώβριο του 2007.

# **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

#### 6.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

##### Φύλο

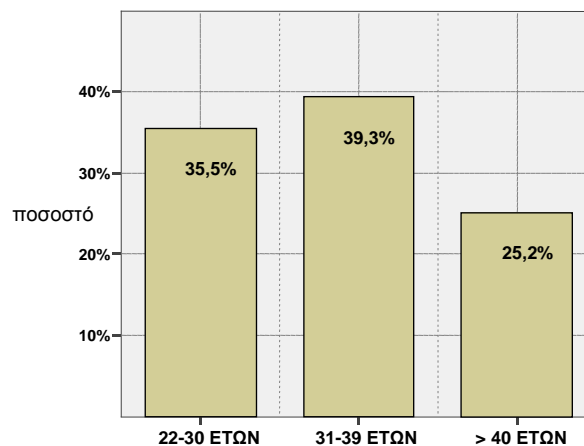
Στο σύνολο του δείγματος, οι άνδρες είναι 33 (21%) και οι γυναίκες 124 (79%). Παρατηρούμε, δηλαδή, πως οι γυναίκες είναι σχεδόν τετραπλάσιες από τους άνδρες.

##### Ηλικία

Το προσωπικό απαρτίζεται κυρίως από νεαρά άτομα, αφού η μέση ηλικία τους είναι 34,9 έτη, με τυπική απόκλιση 8,1 και εύρος 22-62 έτη. Η κατανομή του δείγματος ανά ηλικιακές δεκαετίες φαίνεται στο Γράφημα 1. Περίπου τα 3/4 των ατόμων του δείγματος είναι ηλικίας κάτω των 40 ετών.

ΓΡΑΦΗΜΑ 1 (N=156)

##### Ηλικία προσωπικού

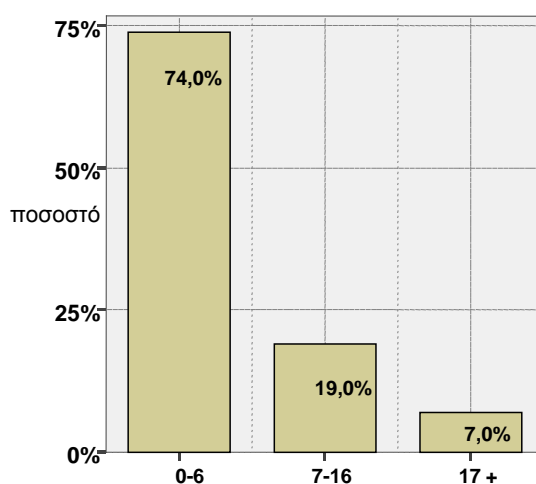


## Εκπαίδευση

Το μορφωτικό επίπεδο των εργαζομένων στις στεγαστικές δομές είναι αρκετά χαμηλό, όπως απεικονίζεται στο Γράφημα 2, αφού το 73,9% έχει μέχρι έξι έτη σπουδών (απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης), το 19,1% από επτά έως δεκαέξι έτη σπουδών (απόφοιτοι δευτεροβάθμιας ή/και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης), ενώ μόνο το 7% έχει περισσότερα από δεκαεπτά έτη σπουδών (κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού).

ΓΡΑΦΗΜΑ 2 (N=156)

### Έτη σπουδών Προσωπικού



## Ειδικότητες και χώρος εργασίας

Οι στεγαστικές δομές στελεχώνονται από άτομα με τις ακόλουθες ειδικότητες: ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές, άτομα γενικών καθηκόντων, εκπαιδευτές εργαστηρίων διαφόρων ειδικοτήτων, γυμναστές, ιατροί παθολόγοι, φροντιστές, μαγείρισσες, οδηγοί και επιστάτες.

Οι κατανομές συχνοτήτων ανά ειδικότητα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 4 που ακολουθεί:

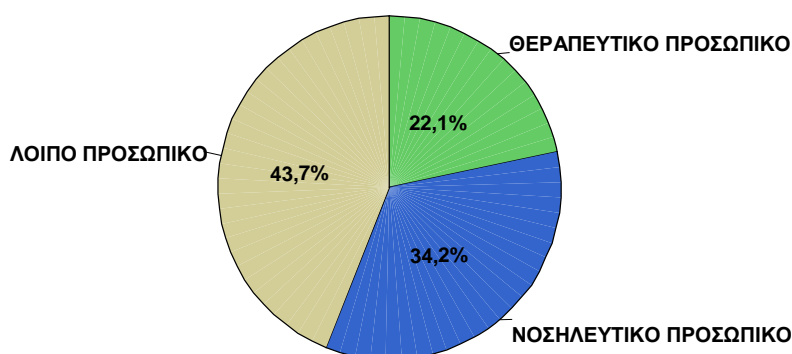
**Πίνακας 4.** Κατανομή ειδικοτήτων προσωπικού (N=158)

| <b>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ</b>       | <b>N</b>   | <b>%</b>     |
|-------------------------------------|------------|--------------|
| ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ                           | 9          | 5,8          |
| ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ                           | 7          | 4,4          |
| ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ               | 8          | 5,1          |
| Τ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ                     | 7          | 4,4          |
| Δ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ Ή ΑΔΕΛΦΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ | 47         | 29,8         |
| ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ                      | 3          | 1,9          |
| ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ                     | 3          | 1,9          |
| ΓΕΝΙΚΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ                  | 54         | 34,2         |
| ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ    | 4          | 2,5          |
| ΚΑΘΑΡΙΣΤΡΙΕΣ                        | 3          | 1,9          |
| ΠΑΘΟΛΟΓΟΙ                           | 3          | 1,9          |
| ΟΔΗΓΟΣ                              | 1          | 0,6          |
| ΟΙΚΟΝΟΜΟΣ-ΕΠΙΣΤΑΤΗΣ                 | 1          | 0,6          |
| ΜΑΓΕΙΡΙΣΣΕΣ                         | 2          | 1,3          |
| ΓΥΜΝΑΣΤΡΙΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ   | 1          | 0,6          |
| ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ                          | 4          | 2,5          |
| ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ               | 1          | 0,6          |
| <b>ΣΥΝΟΛΟ</b>                       | <b>158</b> | <b>100,0</b> |

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων δημιουργήσαμε τρεις ομάδες ειδικοτήτων: το θεραπευτικό προσωπικό, το νοσηλευτικό προσωπικό και το λοιπό-βοηθητικό προσωπικό. Η αντιπροσώπευση των τριών ομάδων στο συνολικό δείγμα παρουσιάζεται στο Γράφημα 3.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 3 (N=158)**

**Κατηγορία Προσωπικού**



Η κατανομή του προσωπικού ανά στεγαστική δομή παρουσιάζεται στον Πίνακα 5:

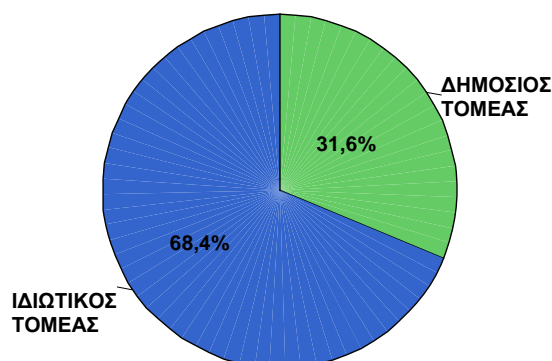
**Πίνακας 5.** Κατανομή προσωπικού ανά στεγαστική δομή (N=158)

| ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ            | N          |
|------------------------------|------------|
| ΞΕΝΩΝΑΣ ΛΑΡΙΣΑΣ              | 12         |
| ΞΕΝΩΝΑΣ ΒΟΛΟΥ                | 13         |
| ΞΕΝΩΝΑΣ ΤΡΙΚΑΛΩΝ             | 12         |
| ΞΕΝΩΝΑΣ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ            | 13         |
| ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ ΦΑΡΣΑΛΩΝ ΘΕΨΥΠΑ  | 16 (+5)*   |
| ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ ΤΥΡΝΑΒΟΥ ΘΕΨΥΠΑ  | 19 (+5)*   |
| ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ ΘΕΨΥΠΑ  | 22         |
| ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΘΕΨΥΠΑ | 27         |
| ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ ΕΠΑΨΥ   | 19         |
| <b>ΣΥΝΟΛΟ</b>                | <b>158</b> |

Το 68,4% του προσωπικού εργάζεται σε στεγαστικές δομές του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα (Οικοτροφεία), ενώ το υπόλοιπο 31,6% εργάζεται σε δομές του δημοσίου τομέα (Ξενώνες και Προστατευμένα Διαμερίσματα) (Γράφημα 4).

**ΓΡΑΦΗΜΑ 4 (N=158)**

#### Είδος δομής



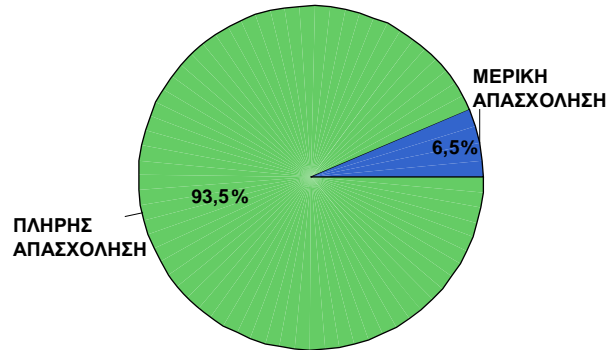
### Εργασία

Πρόκειται κυρίως για εργαζόμενους με πλήρη απασχόληση στις στεγαστικές δομές (93,5%). Μόνο το 6,5% εργάζεται με καθεστώς μερικής απασχόλησης (Γράφημα 5).

\* Οι (5) εργαζόμενοι απασχολούνται παράλληλα σε δύο Οικοτροφεία (Φαρσάλων και Τυρνάβου).

**ΓΡΑΦΗΜΑ 5 (N=154)**

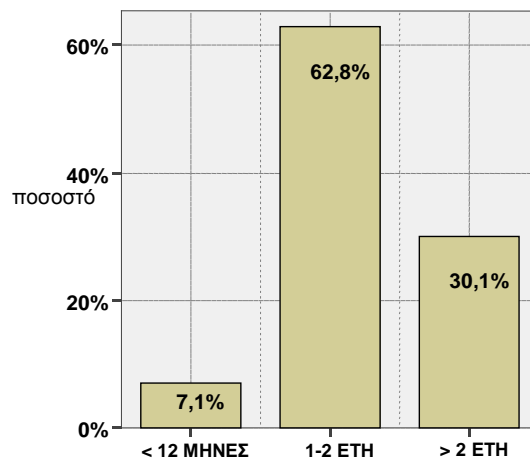
**Απασχόληση στη Δομή**



Η πλειονότητα των εργαζομένων δεν έχει μακρά εμπειρία εργασίας στις στεγαστικές δομές: Το 7,1% εργάζεται εκεί για λιγότερο από ένα έτος, το 62,8% από ένα μέχρι δύο έτη, ενώ το 30,1% επί δύο και πλέον έτη (Γράφημα 6).

**ΓΡΑΦΗΜΑ 6 (N=156)**

**Διάρκεια εργασίας στη Δομή**

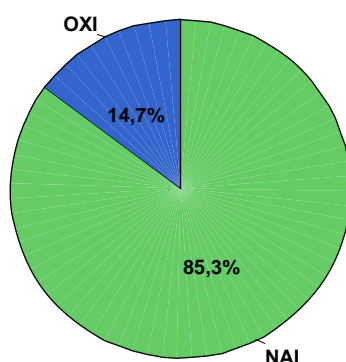


## Κατάρτιση

Η μεγάλη πλειονότητα (85,3%) των εργαζομένων στις στεγαστικές δομές έχει παρακολουθήσει προηγουμένως ειδικό πρόγραμμα εκπαίδευσης, προκειμένου να εργαστεί εκεί<sup>22</sup> (Γράφημα 7).

ΓΡΑΦΗΜΑ 7 (N=156)

### Προηγούμενη ειδική κατάρτιση



## Προϋπηρεσία

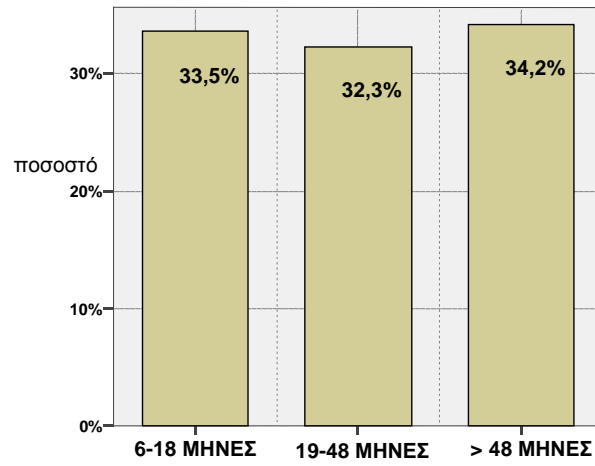
Όλοι οι εργαζόμενοι έχουν υπηρετήσει σε χώρους ψυχικής υγείας έστω και για λίγο. Ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας του προσωπικού σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι 47,2 μήνες, με εύρος από 6 έως 360 μήνες. Συγκεκριμένα, το 33,5% έχει προϋπηρεσία από 6 έως 18 μήνες, το 32,3% από 19 έως 48 μήνες, ενώ οι εργαζόμενοι με προϋπηρεσία πάνω από 4 έτη αποτελούν το 34,2% του συνόλου των εργαζομένων (Γράφημα 8).

<sup>22</sup> Έχει επισημανθεί πως η κατάλληλη εκπαίδευση και επιστημονική κατάρτιση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας διευκολύνει τον προσδιορισμό και τη γνωριμία με την ψυχική νόσο (Phillips, 1967-Rabkin, 1974). Οι Butler και Rosenthal (1976) προτείνουν ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα το οποίο θα πρέπει να στοχεύει όχι μόνο στην απόκτηση δεξιοτήτων και γνώσεων, αλλά και στη διαμόρφωση θετικών στάσεων ως προς τη χρόνια ψυχική νόσο. Σύμφωνα μάλιστα με τους Raynes et al (1979), η εκπαίδευση αυτή πρέπει να είναι συνεχής, διότι μέσω αυτής το προσωπικό λαμβάνει την κατάλληλη υποστήριξη, ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί στο δύσκολο έργο της αποκατάστασης που έχει αναλάβει. Αλλά και οι Holloway και Lavender (1988) επισημαίνουν τη σπουδαιότητα της συνεχιζόμενης (διαρκούς) εκπαίδευσης του προσωπικού, ως βασικού παράγοντα στη διαμόρφωση μιας σωστής θεραπευτικής σχέσης.



ΓΡΑΦΗΜΑ 8 (N=155)

Προϋπηρεσία Προσωπικού



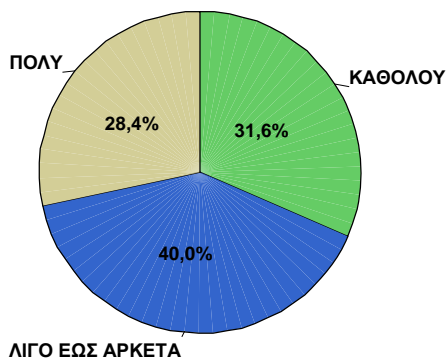
## 6.2. ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ, ΣΤΟΥΣ ΕΝΟΙΚΟΥΣ-ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΔΟΜΕΣ

### Βαθμός δυσκολίας στην εργασία στη δομή (Ερ. 8)

Το 28,4% του προσωπικού βιώνει πολύ μεγαλύτερο βαθμό δυσκολίας στο συγκεκριμένο χώρο εργασίας του (στεγαστική δομή) σε σχέση με άλλους ψυχιατρικούς χώρους (Νοσοκομείο ή Κέντρο Ψυχικής Υγείας). Μικρότερη δυσκολία αισθάνεται το 40%, ενώ το 31,6% δεν δυσκολεύεται περισσότερο απ' ό,τι εάν εργαζόταν σε άλλον ψυχιατρικό χώρο (Γράφημα 9).

ΓΡΑΦΗΜΑ 9 (N=156)

Πόσο πιο δύσκολο είναι να δουλεύετε σε στεγαστική δομή απ' ό,τι σε άλλους χώρους ψυχικής υγείας;



Η στατιστική ανάλυση ανέδειξε πως ο βαθμός δυσκολίας του προσωπικού στο συγκεκριμένο χώρο εργασίας, σε σχέση με άλλους χώρους ψυχικής υγείας, επηρεάζεται από τους εξής παράγοντες: το είδος της δομής, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την ειδικότητα και το χρόνο προϋπηρεσίας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Ανάλογα λοιπόν με το είδος της δομής στην οποία εργάζεται κάποιος επαγγελματίας ψυχικής υγείας, παρατηρούμε σημαντικές διαφορές ως προς το βαθμό δυσκολίας που βιώνει στην εργασία του.

Οι εργαζόμενοι στις δομές του δημοσίου τομέα βιώνουν σημαντικά υψηλότερο βαθμό δυσκολίας στην εργασία τους συγκριτικά με όσους εργάζονται σε δομές του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα. Στατιστικά, η διαφορά αυτή είναι εξαιρετικά σημαντική ( $p=0,000$ ) (Πίνακας 6).

Η πιθανότερη εξήγηση είναι πως στο δημόσιο τομέα τα μέλη του προσωπικού είναι αριθμητικά λιγότερα και έτσι οι εργαζόμενοι εκεί επωμίζονται περισσότερες ευθύνες, με αποτέλεσμα να βιώνουν μεγαλύτερη κόπωση.

**Πίνακας 6.** Βαθμός δυσκολίας στην εργασία ανά είδος δομής (N=155)

| Πόσο πιο δύσκολη είναι η εργασία στη δομή απ' ό,τι σε άλλους ψυχιατρικούς χώρους; | Δημόσιος Τομέας |       | Ιδιωτικός Τομέας |       |
|---|-----------------|-------|------------------|-------|
|   | N               | %     | N                | %     |
| Καθόλου   | 8               | 16,7  | 41               | 38,3  |
| Λίγο έως αρκετά   | 14              | 29,1  | 48               | 44,9  |
| Πολύ  | 26              | 54,2  | 18               | 16,8  |
| ΣΥΝΟΛΟ  | 48              | 100,0 | 107              | 100,0 |

$p=0,000$   $\chi^2=23,232$  β.ε.=2

Στατιστικά σημαντικές διαφορές στο βαθμό δυσκολίας σημειώνονται και ανάλογα με την ηλικία του προσωπικού.

Μεγαλύτερες δυσκολίες βιώνουν τα άτομα της μέσης ηλικιακής ομάδας (31-39 ετών). Αυτό προκύπτει από τα δεδομένα του Πίνακα 7, όπου παρατηρούμε πως οι εργαζόμενοι της μέσης ηλικιακής ομάδας δηλώνουν πως δυσκολεύονται πολύ, σε ποσοστό 39,3%. Στις άλλες ηλικιακές ομάδες τα αντίστοιχα ποσοστά είναι για τους μεν νεότερους (22-30 ετών) 27,3%, για τους δε μεγαλύτερους (άνω των 40 ετών) μόλις 13,2%. Το εύρημα αυτό μπορεί να αποδοθεί στο ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας εργαζόμενοι έχουν αυξημένη πείρα, την οποία αξιοποιούν στο χώρο εργασίας, με αποτέλεσμα να ανταποκρίνονται στα καθήκοντά τους με λιγότερο κόπο.

**Πίνακας 7.** Βαθμός δυσκολίας στην εργασία ανά ηλικία προσωπικού (N=154)

| Πόσο πιο δύσκολη είναι η εργασία στη δομή απ' ό,τι σε άλλους ψυχιατρικούς χώρους; | 22-30 ετών |       | 31-39 ετών |       | > 40 ετών |       |
|---|------------|-------|------------|-------|-----------|-------|
|   | N          | %     | N          | %     | N         | %     |
| Καθόλου   | 16         | 29,1  | 14         | 23,0  | 19        | 50,0  |
| Λίγο έως αρκετά   | 24         | 43,6  | 23         | 37,7  | 14        | 36,8  |
| Πολύ  | 15         | 27,3  | 24         | 39,3  | 5         | 13,2  |
| ΣΥΝΟΛΟ  | 55         | 100,0 | 61         | 100,0 | 38        | 100,0 |

$p=0,021$   $\chi^2=11,609$  β.ε.=4

Αλλά και το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει σημαντικά το βαθμό δυσκολίας. Μεγαλύτερη δυσκολία βιώνει το προσωπικό χαμηλού μορφωτικού επιπέδου (Πίνακας 8). Συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι που έχουν μέχρι 6 έτη σπουδών εκφράζουν, σε ποσοστό 31,3%, υψηλό βαθμό δυσκολίας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των εργαζομένων με 7-16 έτη σπουδών είναι 26,7%. Από τους εργαζόμενους με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο (περισσότερα από 17 έτη σπουδών), κανείς δεν δηλώνει υψηλό βαθμό δυσκολίας.

Μια πιθανή εξήγηση σε αυτό το εύρημα είναι πως το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ίσως να δυσχεραίνει την κατανόηση των συμπεριφορών των ενοίκων και, συνακόλουθα, να κάνει την εργασία δυσκολότερη. Η εκπαίδευση παρέχει στον εργαζόμενο τα απαραίτητα εφόδια ώστε να κατανοεί καλύτερα τις συμπεριφορές των ενοίκων-ασθενών και να αναπτύσσει καλύτερη επικοινωνία μαζί τους. Οι Van Humbeeck et al (2001) τονίζουν πως το προσωπικό φροντίδας χρειάζεται εκπαίδευση ώστε να είναι σε θέση να κατανοήσει καλύτερα τα συγκεκριμένα προβλήματα και τις ανάγκες των ενοίκων-ασθενών.

**Πίνακας 8.** Βαθμός δυσκολίας στην εργασία ανά έτη σπουδών προσωπικού (N=155)

| Πόσο πιο δύσκολη είναι η εργασία στη δομή απ' ό,τι σε άλλους ψυχιατρικούς χώρους; | 0-6 έτη |       | 7-16 έτη |       | 17 + έτη |       |
|---|---------|-------|----------|-------|----------|-------|
|   | N       | %     | N        | %     | N        | %     |
| Καθόλου   | 35      | 30,4  | 6        | 20,0  | 8        | 80,0  |
| Λίγο έως αρκετά   | 44      | 38,3  | 16       | 53,3  | 2        | 20,0  |
| Πολύ  | 36      | 31,3  | 8        | 26,7  | 0        | 0,0   |
| ΣΥΝΟΛΟ  | 115     | 100,0 | 30       | 100,0 | 10       | 100,0 |

p=0,006  $\chi^2=14,372$  β.ε.=4

Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρούνται, όμως, ανάλογα και με την ειδικότητα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στις στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Το νοσηλευτικό προσωπικό εμφανίζεται να δυσκολεύεται περισσότερο απ' ό,τι το θεραπευτικό και το βοηθητικό. Αυτό καταδεικνύουν τα στοιχεία του Πίνακα 9, στον οποίο παρατηρούμε πως μεγαλύτερη δυσκολία στη συγκεκριμένη εργασία του βιώνει το 46,3% του νοσηλευτικού προσωπικού, έναντι 23,5% του βοηθητικού και 9,1% του θεραπευτικού προσωπικού.

Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός πως τα άτομα του νοσηλευτικού προσωπικού περνούν περισσότερες ώρες με τους ενοίκους-ασθενείς και αισθάνονται μεγαλύτερη κόπωση, αφού επωμίζονται το κύριο βάρος της φροντίδας τους.

**Πίνακας 9.** Βαθμός δυσκολίας στην εργασία ανά κατηγορία προσωπικού (N=155)

| Πόσο πιο δύσκολη είναι η εργασία στη δομή απ' ό,τι σε άλλους ψυχιατρικούς χώρους; | Θεραπευτικό προσωπικό |              | Νοσηλευτικό προσωπικό |              | Βοηθητικό-Λοιπό προσωπικό |              |
|---|-----------------------|--------------|-----------------------|--------------|---------------------------|--------------|
|   | N                     | %            | N                     | %            | N                         | %            |
| Καθόλου   | 14                    | 42,4         | 10                    | 18,5         | 25                        | 36,8         |
| Λίγο έως αρκετά   | 16                    | 48,5         | 19                    | 35,2         | 27                        | 39,7         |
| Πολύ  | 3                     | 9,1          | 25                    | 46,3         | 16                        | 23,5         |
| <b>ΣΥΝΟΛΟ</b>   | <b>33</b>             | <b>100,0</b> | <b>54</b>             | <b>100,0</b> | <b>68</b>                 | <b>100,0</b> |

$p=0,002$   $\chi^2=16,623$  β.ε.=4

Τέλος, ένας επιπλέον παράγοντας που συσχετίζεται με το βαθμό δυσκολίας είναι αυτός του χρόνου προϋπηρεσίας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Οι εργαζόμενοι με μεγαλύτερη προϋπηρεσία σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας εμφανίζουν αναλογικά αυξημένη δυσκολία στην εργασία τους. Συγκεκριμένα, μεγάλη δυσκολία αισθάνεται το 50,9% των εργαζομένων με τετραετή και άνω προϋπηρεσία σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, το 20,4% των εργαζομένων με προϋπηρεσία από 19 έως 48 μήνες και μόλις το 13,5% όσων έχουν μικρότερη προϋπηρεσία (6 έως 18 μήνες) (Πίνακας 10). Η πιθανότερη εξήγηση είναι η επαγγελματική εξουθένωση (burnout)<sup>23</sup>, η οποία παρατηρείται συχνά σε επαγγελματίες που εργάζονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και εκδηλώνεται με μια αίσθηση ψυχικής κόπωσης του εργαζόμενου, ο οποίος δεν διαθέτει πλέον την απαιτούμενη ενέργεια για να επενδύσει στη δουλειά του (Maslach & Jackson, 1986). Η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται

<sup>23</sup> Ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση» (professional burnout) εμφανίστηκε για πρώτη φορά στη διεθνή βιβλιογραφία το 1974, όταν ο Herbert Freudenberger περιέγραψε ένα σύνολο συμπτωμάτων εξουθένωσης που παρατήρησε σε εθελοντές και επαγγελματίες οι οποίοι παρείχαν υπηρεσίες στο χώρο της ψυχικής υγείας. Βλ. σχετικά: Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. (1999). «Επαγγελματική εξουθένωση», στο Δ. Παπαδάτου, Φ. Αναγνωστόπουλος, *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999, σσ. 242-262.

Η ψυχολόγος Christine Maslach (1982) όρισε ως επαγγελματική εξουθένωση την «απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης. [Η επαγγελματική εξουθένωση] χαρακτηρίζεται επίσης από συναισθηματική εξάντληση, όπου ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς». Βλ. σχετικά: Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης Ψυχαργώς – Β' Φάση (ΜΥΠ, 2005). *Το σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης: Παρεμβάσεις σε ατομικό και οργανωσιακό επίπεδο.*

ξαφνικά ούτε οφείλεται σε κάποιο μεμονωμένο γεγονός που προκαλεί υπερβολική ένταση. Αντίθετα, θεωρείται το αποτέλεσμα χρόνιου, συσσωρευμένου στρες που κατακλύζει τον επαγγελματία ψυχικής υγείας και τον οδηγεί να αισθάνεται ότι τα ψυχικά του αποθέματα δεν επαρκούν για να αντεπεξέλθει στην πίεση που προκαλείται από τον εργασιακό του χώρο (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999).

**Πίνακας 10.** Βαθμός δυσκολίας στην εργασία ανά προϋπηρεσία προσωπικού (N=154)

| Πόσο πιο δύσκολη είναι η εργασία στη δομή απ' ό,τι σε άλλους ψυχιατρικούς χώρους; | 6-18 μήνες |       | 19-48 μήνες |       | > 48 μήνες |       |
|---|------------|-------|-------------|-------|------------|-------|
|   | N          | %     | N           | %     | N          | %     |
| Καθόλου   | 17         | 32,7  | 21          | 42,9  | 10         | 18,9  |
| Λίγο έως αρκετά   | 28         | 53,8  | 18          | 36,7  | 16         | 30,2  |
| Πολύ  | 7          | 13,5  | 10          | 20,4  | 27         | 50,9  |
| ΣΥΝΟΛΟ  | 52         | 100,0 | 49          | 100,0 | 53         | 100,0 |

p=0,000  $\chi^2=23,212$  β.ε.=4

Δεδομένου ότι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα μέλη του προσωπικού στην παρούσα εργασία τους εξαρτώνται από τους πέντε προαναφερόμενους παράγοντες, πραγματοποιήθηκε μια προσπάθεια ανίχνευσης του παράγοντα ή των παραγόντων με την πιο βαρύνουσα σημασία.

Εφαρμόστηκε λοιπόν η μέθοδος της λογαριθμικής παλινδρόμησης, με σκοπό να εκτιμηθεί η πιθανότητα έκφρασης μεγαλύτερης δυσκολίας λόγω του συγκεκριμένου χώρου εργασίας (στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης) σε σχέση με άλλους ψυχιατρικούς χώρους (νοσοκομείο ή κέντρο ψυχικής υγείας), σύμφωνα πάντα με την γνώμη του προσωπικού που εργάζεται εκεί. Για την εκτίμηση αυτής της πιθανότητας έγινε χρήση ενός υποδείγματος λογαριθμικής παλινδρόμησης **με τη μέθοδο Forward**, με εξαρτημένη μεταβλητή τη δυσκολία από την παρούσα εργασία. Ανεξάρτητες μεταβλητές θεωρήθηκαν το φύλο του ερωτώμενου, η ηλικία του, το μορφωτικό του επίπεδο, η ειδικότητά του καθώς και ο χρόνος προϋπηρεσίας του σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Με βάση λοιπόν το κριτήριο του Wald, σημαντική διαμόρφωση στις τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής που εξετάζουμε **έχει η μεταβλητή της ειδικότητας (sig.=0.01)**.

Σύμφωνα με τους εκτιμώμενους συντελεστές, στην περίπτωση των ατόμων του νοσηλευτικού προσωπικού, η σχετική πιθανότητα να θεωρούν την εργασία τους στις στεγαστικές δομές πιο δύσκολη σε σχέση με άλλους ψυχιατρικούς χώρους είναι αυξημένη κατά 19,5%, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, το χρόνο προϋπηρεσίας και το συνολικό χρόνο της εκπαίδευσής τους.

Η μεταβλητή της ειδικότητας παρουσιάζει, λοιπόν, την πιο ισχυρή συσχέτιση, με το νοσηλευτικό προσωπικό να εκφράζει τον υψηλότερο βαθμό δυσκολίας.

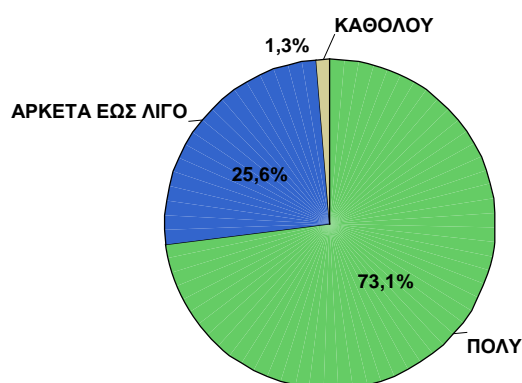
## **Βαθμός ικανοποίησης από την εργασία στη δομή (Ερ. 9)**

Το προσωπικό των στεγαστικών δομών αισθάνεται υψηλή ικανοποίηση από την εργασία του στις στεγαστικές δομές.

Συγκεκριμένα, ο βαθμός ικανοποίησης του προσωπικού απεικονίζεται στο Γράφημα 10. Παρατηρούμε πως οι εργαζόμενοι σε υψηλό ποσοστό (73,1%), εκφράζουν πολύ μεγάλη ικανοποίηση από την εργασία τους στη δομή. Το 25,6% αισθάνεται αρκετά ικανοποιημένο, ενώ μόνο το 1,3% του προσωπικού δεν αισθάνεται καμία ικανοποίηση.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 10 (N=156)**

**Πόσο σας αρέσει που δουλεύετε σε τέτοια δομή;**



Αντίθετα, σε έρευνα των Mirabi et al (1985), καταγράφηκε σε ποσοστό 83% έντονη απογοήτευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας από την εργασία τους με χρόνιους ψυχιατρικούς ασθενείς και επαγγελματική εξουθένωση.



## **Βαθμός αντοχής στην εργασία (Ερ. 18)**

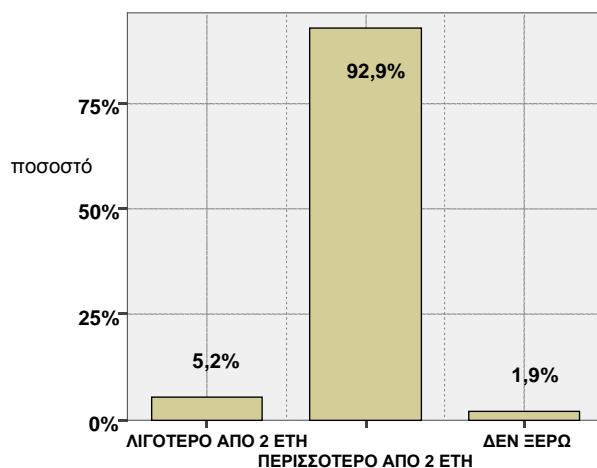
Όπως προκύπτει από τα δεδομένα της έρευνας, το 92,9% εκτιμά πως θα άντεχε να συνεχίσει να εργάζεται στη συγκεκριμένη δομή για περισσότερο από δύο έτη ακόμη. Ένα ελάχιστο ποσοστό (5,2%) φαίνεται πως δεν θα άντεχε να παραμείνει στον ίδιο χώρο εργασίας για δύο ακόμη έτη. Το 1,9% δεν εξέφρασε καμιά άποψη (Γράφημα 11).

Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με διεθνείς μελέτες, σύμφωνα με τις οποίες οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας εγκαταλείπουν την εργασία τους σε δομές αποκατάστασης σε λιγότερο από 12 μήνες (Oliver & Kuipers, 1996).

Υποθέτουμε πως για το προσωπικό στις δομές υπάρχει ικανοποιητικό περιβάλλον εργασίας και το αντικείμενο της εργασίας δεν είναι πιεστικό.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 11 (N=154)**

**Πόσο καιρό θα αντέχατε να δουλεύετε σε τέτοια δομή;**

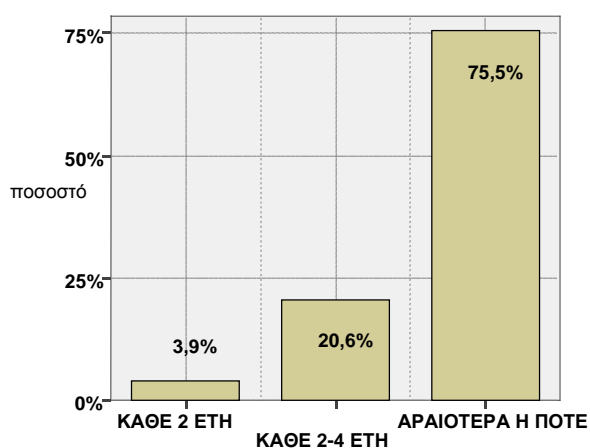


## Προτιμήσεις για τη συχνότητα αλλαγής εργασιακού χώρου (Ερ. 19)

Από το Γράφημα 12 γίνεται φανερό πως το 75,5% του προσωπικού πιστεύει πως δεν πρέπει να αλλάζει συχνά χώρο εργασίας (αραιότερα των 4 ετών) ή ακόμη και να μην αλλάζει ποτέ. Το 20,6% εκτιμά πως θα πρέπει να αλλάζει χώρο εργασίας κάθε 2-4 έτη, ενώ μόλις το 3,9% των εργαζομένων θεωρεί πως η αλλαγή χώρου εργασίας θα πρέπει να γίνεται κάθε 2 έτη. Τα αποτελέσματα του Γραφήματος αυτού βρίσκονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα του προηγούμενου Γραφήματος.

ΓΡΑΦΗΜΑ 12 (N=155)

**Κάθε πότε πρέπει να αλλάξετε εργασιακό χώρο;**



Οι προτιμήσεις των ατόμων του προσωπικού διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με το είδος της δομής στην οποία εργάζονται.

Το προσωπικό του δημοσίου τομέα εμφανίζεται από την έρευνα να προτιμά τακτικότερες αλλαγές εργασιακού χώρου. Πιο συγκεκριμένα, το 62,5% των εργαζομένων του δημοσίου τομέα επιθυμεί να αλλάζει χώρο δουλειάς το πολύ κάθε 4 έτη, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα είναι 7,5% (Πίνακας 11). Το εύρημα αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός πως οι εργαζόμενοι του δημοσίου τομέα έχουν

το προνόμιο της μετακίνησης σε άλλες δομές και υπηρεσίες του συστήματος υγείας, κάτι που δεν ισχύει για τους εργαζόμενους του ιδιωτικού τομέα.

**Πίνακας 11.** Προτιμήσεις για τη συχνότητα αλλαγής εργασιακού χώρου ανά είδος δομής (N=155)

| Κάθε πότε πιστεύετε πως πρέπει να αλλάζετε εργασιακό χώρο; | Δημόσιος Τομέας |       | Ιδιωτικός Τομέας |       |
|--|-----------------|-------|------------------|-------|
|  | N               | %     | N                | %     |
| Το πολύ κάθε 4 έτη   | 30              | 62,5  | 8                | 7,5   |
| Αραιότερα ή ποτέ   | 18              | 37,5  | 99               | 92,5  |
| ΣΥΝΟΛΟ   | 48              | 100,0 | 107              | 100,0 |

$p=0,000$   $\chi^2=54,210$  β.ε.=1

Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τη στάση σε αυτό το ερώτημα διαπιστώνονται, όμως, ανάλογα και με το μορφωτικό επίπεδο του προσωπικού.

Σύμφωνα με τον πίνακα 12, οι εργαζόμενοι χαμηλής εκπαίδευσης, καθώς και οι εργαζόμενοι πολύ υψηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, εκφράζουν προτίμηση για αλλαγή εργασιακού χώρου το πολύ κάθε 4 έτη σε ποσοστό 17,4% και 10% αντίστοιχα. Αντιθέτως, το αντίστοιχο ποσοστό των εργαζομένων με 7-16 έτη σπουδών είναι 56,7%. Η στατιστική διαφορά που σημειώνεται είναι εξαιρετικά σημαντική ( $p=0,000$ ).

**Πίνακας 12.** Προτιμήσεις για τη συχνότητα αλλαγής εργασιακού χώρου ανά έτη σπουδών προσωπικού (N=155)

| Κάθε πότε πιστεύετε πως πρέπει να αλλάζετε εργασιακό χώρο; | 0-6 έτη |       | 7-16 έτη |       | 17 + έτη |       |
|--|---------|-------|----------|-------|----------|-------|
|  | N       | %     | N        | %     | N        | %     |
| Το πολύ κάθε 4 έτη   | 20      | 17,4  | 17       | 56,7  | 1        | 10    |
| Αραιότερα ή ποτέ   | 95      | 82,6  | 13       | 43,3  | 9        | 90    |
| ΣΥΝΟΛΟ   | 115     | 100,0 | 30       | 100,0 | 10       | 100,0 |

$p=0,000$   $\chi^2=21,050$  β.ε.=2

Επιπλέον, και η μεταβλητή της ειδικότητας διαμορφώνει σημαντικά διαφορετικές προτιμήσεις.

Γενικότερα, η πλειονότητα του προσωπικού δεν επιθυμεί μεταβολές στον εργασιακό χώρο. Ειδικότερα, όμως, στην περίπτωση του βοηθητικού προσωπικού, η συντριπτική πλειονότητα (92,6%) εμφανίζεται αρνητική σε ένα τέτοιο ενδεχόμενο. Τόσο το θεραπευτικό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό εκφράζει παρόμοια επιθυμία, αλλά σε χαμηλότερα ποσοστά (60,6% και 63% αντίστοιχα). Η διαφορά που προκύπτει είναι εξαιρετικά σημαντική (Πίνακας 13,  $p=0,000$ ).

Μια πιθανή εξήγηση στο παραπάνω εύρημα είναι πως το θεραπευτικό και το νοσηλευτικό προσωπικό έχουν τη δυνατότητα θετικής μεταβολής του πλαισίου εργασίας με την αλλαγή χώρου, καθώς και την ευκαιρία άρσης της μονοτονίας που, ενδεχομένως, αισθάνονται στο ίδιο περιβάλλον δουλειάς.

**Πίνακας 13.** Προτιμήσεις για τη συχνότητα αλλαγής εργασιακού χώρου ανά κατηγορία προσωπικού (N=155)

| Κάθε πότε πιστεύετε πως πρέπει να αλλάζετε εργασιακό χώρο; | Θεραπευτικό προσωπικό |       | Νοσηλευτικό προσωπικό |       | Βοηθητικό-Λοιπό προσωπικό |       |
|--|-----------------------|-------|-----------------------|-------|---------------------------|-------|
|  | N                     | %     | N                     | %     | N                         | %     |
| Το πολύ κάθε 4 έτη   | 13                    | 39,4  | 20                    | 37,0  | 5                         | 7,4   |
| Αραιότερα ή ποτέ   | 20                    | 60,6  | 34                    | 63,0  | 63                        | 92,6  |
| ΣΥΝΟΛΟ   | 33                    | 100,0 | 54                    | 100,0 | 68                        | 100,0 |

$p=0,000$   $\chi^2=19,346$  β.ε.=2

Τέλος, ο παράγοντας του χρόνου προϋπηρεσίας σε ψυχιατρικές υπηρεσίες συσχετίζεται με τις προτιμήσεις του προσωπικού σχετικά με τη συχνότητα αλλαγής χώρου εργασίας. Εργαζόμενοι με μακρά προϋπηρεσία σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας (άνω των 4 ετών) επιθυμούν αλλαγή εργασιακού χώρου το πολύ κάθε 4 έτη σε ποσοστό 50,9%. Το αντίστοιχο ποσοστό στο προσωπικό με μικρότερη προϋπηρεσία είναι σαφώς χαμηλότερο (Πίνακας 14). Η διαφορά που ανακύπτει είναι εξαιρετικά σημαντική ( $p=0,000$ ). Συνάγεται, λοιπόν, ότι οι εργαζόμενοι με πολλά έτη προϋπηρεσίας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας ίσως να βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση. Όσο μεγαλύτερη προϋπηρεσία έχουν οι εργαζόμενοι τόσο αυξάνει και η πιθανότητα να εκδηλωθεί επαγγελματική εξουθένωση.

**Πίνακας 14.** Προτιμήσεις για τη συχνότητα αλλαγής εργασιακού χώρου ανά προϋπηρεσία προσωπικού (N=154)

| Κάθε πότε πιστεύετε πως πρέπει να αλλάζετε εργασιακό χώρο; | 6-18 μήνες |       | 19-48 μήνες |       | > 48 μήνες |       |
|--|------------|-------|-------------|-------|------------|-------|
|  | N          | %     | N           | %     | N          | %     |
| Το πολύ κάθε 4 έτη   | 2          | 3,8   | 8           | 16,3  | 27         | 50,9  |
| Αραιότερα ή ποτέ   | 50         | 96,2  | 41          | 83,7  | 26         | 49,1  |
| ΣΥΝΟΛΟ   | 52         | 100,0 | 49          | 100,0 | 53         | 100,0 |

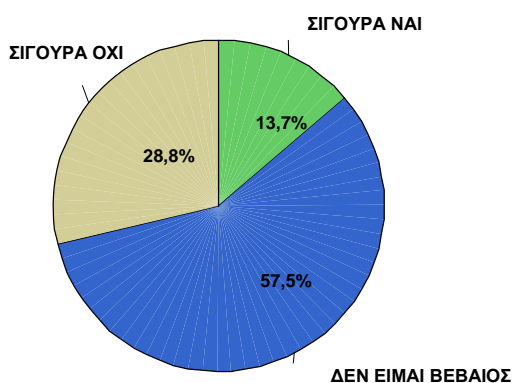
$p=0,000$   $\chi^2=34,230$  β.ε.=2

## Στάσεις απέναντι στην αλλαγή εργασιακού χώρου (Ερ. 20)

Οι εργαζόμενοι των δομών αντιμετωπίζουν με σκεπτικισμό το ενδεχόμενο να διακόψουν την εργασία τους στη δομή για να εργαστούν σε κάποιον άλλο ψυχιατρικό χώρο (ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου ή κέντρο ψυχικής υγείας). Στο Γράφημα 13 υποδεικνύεται πως μόλις το 13,7% του προσωπικού θα επέλεγε οπωσδήποτε να φύγει από τη δομή εάν του δινόταν αυτή η δυνατότητα. Αντίθετα, ξεκάθαρα αρνητική στάση απέναντι σε αυτή την προοπτική λαμβάνει το 28,8% των ερωτώμενων. Ωστόσο, το μεγαλύτερο ποσοστό (57,5%) εκφράζει αβεβαιότητα και σκεπτικισμό. Η συγκεκριμένη στάση του προσωπικού ίσως να υποκρύπτει φόβο. Κάποιοι εργαζόμενοι ενδεχομένως να επιθυμούν να αλλάξουν εργασιακό χώρο, αλλά φοβούνται να το εκφράσουν λόγω της εργασιακής ανασφάλειας. Σημειώνεται ότι σε έρευνα των Mirabi et al (1985) βρέθηκε πως το 55% των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέφυγε την εργασία με χρόνιους ψυχιατρικούς ασθενείς.

ΓΡΑΦΗΜΑ 13 (N=153)

**Θα φεύγατε από αυτή τη δομή για να εργαστείτε σε ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου ή σε Κ.Ψ.Υ.;**



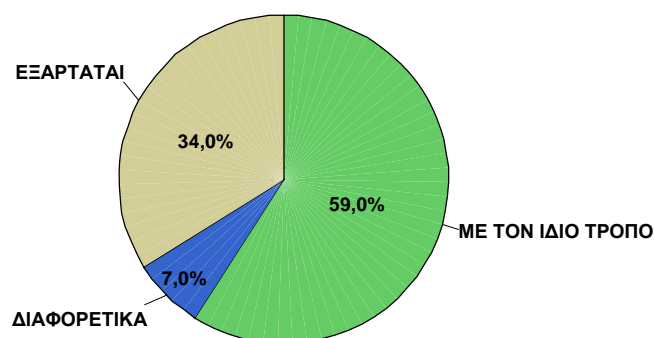
Η στατιστική ανάλυση με τις ανεξάρτητες μεταβλητές (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, ειδικότητα, είδος δομής, χρόνος εργασίας στη συγκεκριμένη δομή και χρόνος προϋπηρεσίας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας) δεν ανέδειξε σημαντικές διαφορές.

## Αντιμετώπιση ενοίκων-ασθενών (Ερ. 10)

Οι εργαζόμενοι των δομών, σε ποσοστό 59% (Γράφημα 14), συμπεριφέρονται αδιακρίτως προς τους ενοίκους-ασθενείς και τους αντιμετωπίζουν με τον ίδιο τρόπο. Μόνο το 7% του προσωπικού τους αντιμετωπίζει διαφορετικά (εξατομικευμένα). Περίπου το 1/3 (34%) δηλώνει ότι η συμπεριφορά του εξαρτάται από παράγοντες, οι οποίοι είναι:

ΓΡΑΦΗΜΑ 14 (N=156)

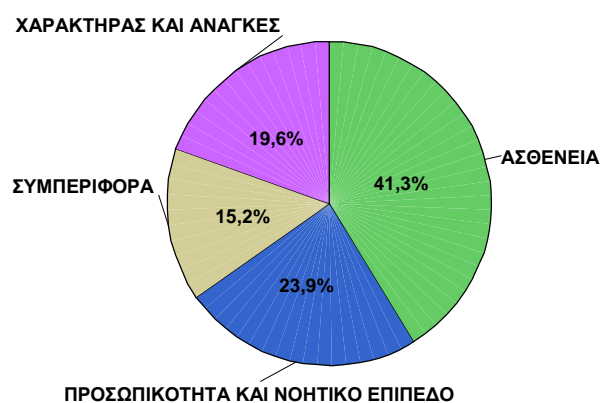
Πώς αντιμετωπίζετε τους ενοίκους-ασθενείς;



Η ασθένεια (41,3%), η προσωπικότητα και το νοητικό επίπεδο του ενοίκου (23,9%), ο χαρακτήρας και οι ανάγκες του (19,6%) και, τέλος, η συμπεριφορά του (15,2%) (Γράφημα 15).

ΓΡΑΦΗΜΑ 15 (N=46)

Από τι εξαρτάται η αντιμετώπισή τους;

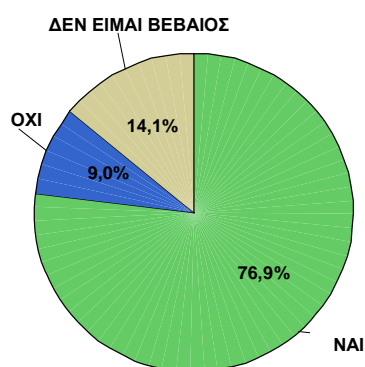


## Στάσεις απέναντι στα άτομα με ψυχική διαταραχή (Ερ. 12)

Η πλειονότητα των εργαζομένων (76,9%) στις στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης έχει θετική στάση απέναντι στα άτομα με ψυχική διαταραχή, πιστεύοντας πως οι ένοικοι είναι ισότιμα μέλη στην κοινωνία. Ένα μικρό μόνο ποσοστό (9%) πιστεύει το αντίθετο. Το 14,1% εκφράζει αβεβαιότητα (Γράφημα 16).

ΓΡΑΦΗΜΑ 16 (N=156)

**Αυτά τα άτομα είναι ισότιμα μέλη στην κοινωνία;**



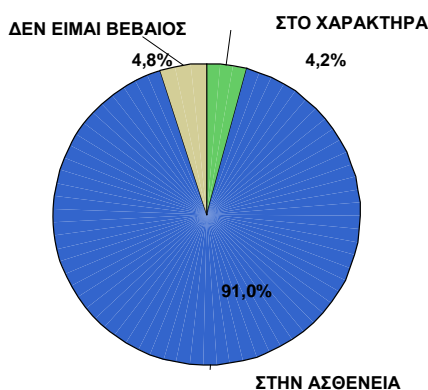
Η συσχέτιση της στάσης απέναντι στα άτομα με ψυχική διαταραχή με τις ανεξάρτητες μεταβλητές (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, ειδικότητα, είδος δομής, χρόνος εργασίας στη συγκεκριμένη δομή και χρόνος προϋπηρεσίας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας) δεν υπήρξε για καμία από αυτές στατιστικά σημαντική.

### Εκτιμήσεις για τη συμπεριφορά των ενοίκων-ασθενών (Ερ. 13)

Στη συντριπτική πλειονότητά τους (91%), οι εργαζόμενοι των δομών θεωρούν πως η διαφορετική συμπεριφορά που εκδηλώνουν οι ένοικοι-ασθενείς οφείλεται στην ασθένειά τους, ενώ μόλις το 4,2% πιστεύει πως αυτό οφείλεται στο χαρακτήρα τους. Αβεβαιότητα εκφράζει το 4,8% (Γράφημα 17). Είναι φανερό πως οι εργαζόμενοι θεωρούν ότι η αιτία για την αποκλίνουσα συμπεριφορά των ενοίκων-ασθενών είναι η ψυχική διαταραχή.

ΓΡΑΦΗΜΑ 17 (N=155)

Η διαφορετική συμπεριφορά οφείλεται στο χαρακτήρα ή στην ασθένεια;



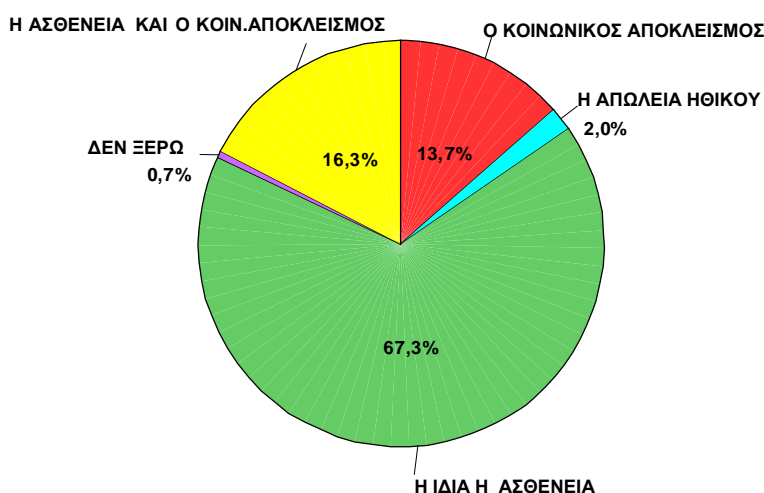


## Εκτιμήσεις για την παρούσα κατάσταση των ενοίκων-ασθενών (Ερ. 17)

Το 67,3% των εργαζομένων προσδιορίζει την ασθένεια ως αίτιο της παρούσας κατάστασης των ενοίκων· το 13,7% εκτιμά πως ευθύνεται ο κοινωνικός αποκλεισμός, ενώ το 16,3% πιστεύει πως αυτή είναι αποτέλεσμα συνδυασμού των παραγόντων της ασθένειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Τέλος, ένα ελάχιστο ποσοστό του προσωπικού (2%) θεωρεί πως για την κατάσταση αυτή ευθύνεται το γεγονός πως οι ένοικοι-ασθενείς έχουν χάσει το ηθικό τους και την ελπίδα τους για ζωή (Γράφημα 18).

**ΓΡΑΦΗΜΑ 18 (N=153)**

**Τι ευθύνεται για την κατάσταση των ενοίκων-ασθενών;**



Οι εργαζόμενοι στις δομές, ανάλογα με την ειδικότητά τους, ενοχοποιούν διαφορετικούς παράγοντες.

Το βοηθητικό προσωπικό ενοχοποιεί αποκλειστικά την ασθένεια για την παρούσα κατάσταση των ενοίκων και μάλιστα σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό (78,8%). Το αντίστοιχο ποσοστό για το νοσηλευτικό προσωπικό είναι 61,1% και για το θεραπευτικό 58,1% (Πίνακας 15).

**Πίνακας 15.** Εξήγηση της παρούσας κατάστασης των ενοίκων-ασθενών ανά κατηγορία προσωπικού (N=151)

| Τι ευθύνεται για την κατάστασή τους;               | Θεραπευτικό προσωπικό |       | Νοσηλευτικό προσωπικό |       | Βοηθητικό-Λοιπό προσωπικό |       |
|--|-----------------------|-------|-----------------------|-------|---------------------------|-------|
|  | N                     | %     | N                     | %     | N                         | %     |
| Κοινωνικός αποκλεισμός + απώλεια ηθικού + ασθένεια | 13                    | 41,9  | 21                    | 38,9  | 14                        | 21,2  |
| Η ίδια η ασθένεια                                  | 18                    | 58,1  | 33                    | 61,1  | 52                        | 78,8  |
| ΣΥΝΟΛΟ   | 31                    | 100,0 | 54                    | 100,0 | 66                        | 100,0 |

$p=0,047$   $\chi^2=6,132$  β.ε.=2

Σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των εργαζομένων διαπιστώνονται πάντως και ανάλογα με το *χρόνο προϋπηρεσίας* σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Εργαζόμενοι με μικρή προϋπηρεσία σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας ενοχοποιούν μόνο την ασθένεια σε ποσοστό σημαντικά υψηλότερο σε σχέση με τους εργαζόμενους με μεγαλύτερη προϋπηρεσία, οι οποίοι πιστεύουν πως ευθύνεται ένα σύνολο παραγόντων, όπως ο κοινωνικός αποκλεισμός, το γεγονός πως οι ένοικοι-ασθενείς έχουν χάσει το ηθικό τους και την ελπίδα τους για ζωή, αλλά και η ασθένεια. Αυτό επαληθεύεται από τα δεδομένα του Πίνακα 16. Εργαζόμενοι με 6 έως 18 μήνες προϋπηρεσίας ενοχοποιούν μόνο την ασθένεια σε ποσοστό 82,7%, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 56,5% για όσους έχουν προϋπηρεσία από 19 έως 48 μήνες και 63,5% για όσους έχουν μεγαλύτερη προϋπηρεσία (άνω των 49 μηνών) σε υπηρεσίες με ψυχιατρικούς αρρώστους. Αντίθετα, συνολικές ευθύνες στον κοινωνικό αποκλεισμό, στην απώλεια ηθικού των ασθενών και στην ασθένεια επιρρίπτει το 36,5% των εργαζομένων με προϋπηρεσία μεγαλύτερη των 4 ετών, το 43,5% με προϋπηρεσία από 19 έως 49 μήνες και μόλις το 17,3% με 6 έως 18 μήνες προϋπηρεσίας.

**Πίνακας 16.** Εξήγηση της παρούσας κατάστασης των ενοίκων-ασθενών ανά προϋπηρεσία προσωπικού (N=150)

| Τι ευθύνεται για την κατάστασή τους;               | 6-18 μήνες |       | 19-48 μήνες |       | > 48 μήνες |       |
|--|------------|-------|-------------|-------|------------|-------|
|  | N          | %     | N           | %     | N          | %     |
| Κοινωνικός αποκλεισμός + απώλεια ηθικού + ασθένεια | 9          | 17,3  | 20          | 43,5  | 19         | 36,5  |
| Η ίδια η ασθένεια                                  | 43         | 82,7  | 26          | 56,5  | 33         | 63,5  |
| ΣΥΝΟΛΟ   | 52         | 100,0 | 46          | 100,0 | 52         | 100,0 |

$p=0,015$   $\chi^2=8,436$  β.ε.=2

Από τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει πως ο χρόνος προϋπηρεσίας των εργαζομένων σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαφοροποιεί σημαντικά τη στάση που υιοθετούν απέναντι στις επιπτώσεις της ασθένειας από τη μια και του κοινωνικού αποκλεισμού από την άλλη. Δεδομένου ότι οι ένοικοι που

εξετάζουμε διαβιούσαν για πολλά χρόνια σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, παρουσιάζουν απώλεια των κοινωνικών δεξιοτήτων τους καθώς και άλλα συμπτώματα ιδρυματισμού. Πιθανώς, οι εργαζόμενοι με μικρότερη προϋπηρεσία σε ψυχιατρικούς χώρους δεν είναι σε θέση να διακρίνουν τους λόγους της κοινωνικής έκπτωσης των ενοίκων-ασθενών. Θεωρούν, δηλαδή, σε βαθμό σημαντικά μεγαλύτερο απ' ό,τι οι εμπειρότεροι συνάδελφοί τους ότι η εν λόγω κοινωνική έκπτωση είναι προϊόν της ίδιας της διαταραχής (βιολογική εξήγηση) και όχι και του κοινωνικού αποκλεισμού και του ψυχολογικού παράγοντα της αποθάρρυνσης που διακατέχει τα άτομα με χρόνια ψυχική διαταραχή (κοινωνική-ψυχολογική εξήγηση).

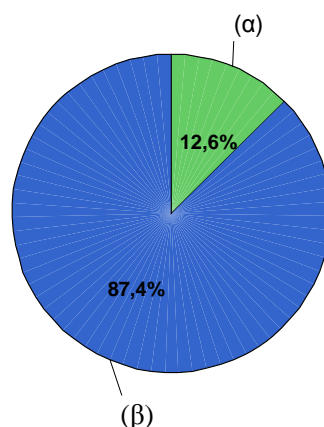
Οι μεταβλητές του φύλου, της ηλικίας, του μορφωτικού επίπεδου, του είδους της δομής και του χρόνου εργασίας στη δομή δεν επηρεάζουν σημαντικά τις εκτιμήσεις των ερωτηθέντων.

## Σκοπιμότητα των στεγαστικών δομών (Ερ. 11)

Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό (87,4%) από τους εργαζόμενους στις δομές πιστεύει ότι οι στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης δημιουργήθηκαν με στόχο την κοινωνική επανένταξη των ενοίκων-ασθενών, ενώ μόνο το 12,6% θεωρεί πως οι στεγαστικές δομές έγιναν απλώς και μόνο για να αδειάσουν τα ψυχιατρεία (Γράφημα 19).

ΓΡΑΦΗΜΑ 19 (N=151)

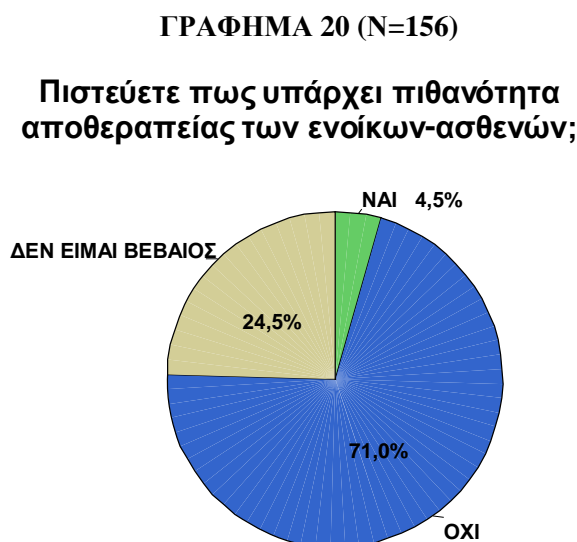
**Πιστεύετε πως οι δομές δημιουργήθηκαν: (α) για να αδειάσουν τα ψυχιατρεία ή (β) για κοινωνική επανένταξη των ασθενών;**



### 6.3. ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΩΝ ΕΝΟΙΚΩΝ-ΑΣΘΕΝΩΝ

#### Αντιλήψεις για την αποθεραπεία των ενοίκων-ασθενών (Ερ. 14)

Το 71% του προσωπικού δεν πιστεύει στην πλήρη αποκατάσταση των ενοίκων-ασθενών. Αβεβαιότητα εκφράζει το 24,5%, ενώ μόνο το 4,5% έχει θετική γνώμη, εκτιμώντας πως οι ένοικοι-ασθενείς θα αποθεραπευτούν πλήρως κάποια στιγμή (Γράφημα 20).



Η χρονιότητα της βαριάς ψυχικής διαταραχής και τα ελλείμματα που τη συνοδεύουν τρομάζουν τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και προκαλούν συναισθήματα απογοήτευσης, ωθώντας τους να πιστεύουν πως η προοπτική για αποκατάσταση και πλήρη θεραπεία των ατόμων με χρόνια ψυχική διαταραχή είναι περιορισμένη (Minkoff, 1987). Η απαισιόδοξη αυτή άποψη αναμένεται ότι θα επηρεάσει δυσμενώς και περιοριστικά το έργο αποκατάστασης των χρόνιων ασθενών, καθώς επιστημονικές έρευνες αναφέρουν ότι οι περιορισμένες προσδοκίες του προσωπικού που στελεχώνει

τις στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης επηρεάζουν αρνητικά τους ίδιους τους ασθενείς και οδηγούν τη θεραπευτική διαδικασία σε αποτυχία (Zipple et al, 1987· Δαμίγος, 2003).

Αντίθετα, όταν οι προσδοκίες των εργαζομένων είναι υψηλές και οι στάσεις τους θετικές, αυτές επηρεάζουν θετικά την πρόοδο των ασθενών στην αποκατάσταση και στην εξέλιξη της ψυχικής διαταραχής (Brooks, 1988· Unger et al, 1987).

Από τον έλεγχο συνάφειας που πραγματοποιήθηκε, καμία από τις ανεξάρτητες μεταβλητές δεν φάνηκε να επηρεάζει σημαντικά τις αντιλήψεις των εργαζομένων.

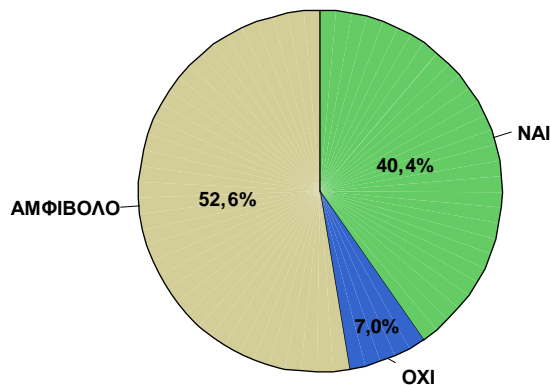
## Αποδοχή των ενοίκων-ασθενών από την τοπική κοινότητα (Ερ. 15)

Όπως διαπιστώθηκε σε προηγούμενο ερώτημα, το προσωπικό έχει θετική αντίληψη για τη δημιουργία των στεγαστικών δομών, εκτιμώντας πως αυτές στοχεύουν στην κοινωνική επανένταξη των ενοίκων-ασθενών. Παρ' όλα αυτά, όπως διαπιστώνεται από το Γράφημα 21, το 52,6% των εργαζομένων εκφράζει σκεπτικισμό και επιφυλακτικότητα για την αποδοχή τους από την κοινότητα. Αισιόδοξο είναι το 40,4% των ερωτώμενων, που εκτιμά ότι η τοπική κοινωνία θα αποδεχτεί τους ενοίκους. Σαφώς αρνητικά απέναντι σε αυτή την προοπτική τοποθετείται το 7% του προσωπικού.

Γίνεται φανερό πως η πλειονότητα του προσωπικού δεν προσδοκά, τουλάχιστον με βεβαιότητα, την κοινωνική επανένταξη των ασθενών, η μια πλευρά της οποίας είναι η αποδοχή των επανεκτασόμενων από την κοινότητα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 21 (N=156)

### **Μπορεί η τοπική κοινωνία να αποδεχτεί αυτά τα άτομα;**



Επιστημονικές έρευνες έχουν δείξει πως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι απαισιόδοξοι ως προς την επιτυχή έκβαση της προσπάθειας των ασθενών να μείνουν στην κοινότητα για μεγάλο χρονικό διάστημα (Jorm et al, 1999).

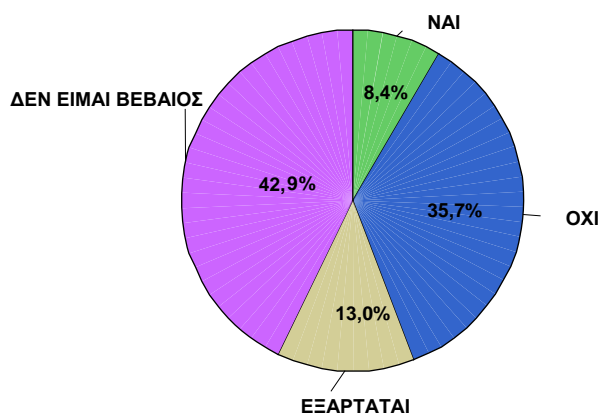
Το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο μόρφωσης, η ειδικότητα, το είδος της δομής, καθώς και ο χρόνος προϋπηρεσίας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν διαφοροποιούν σημαντικά τις εκτιμήσεις του προσωπικού.

## Στάσεις απέναντι στην αναδοχή ασθενών (Ερ. 16)

Στο ερώτημα αν θα αναλάμβαναν την αναδοχή ενός ατόμου με ψυχικές διαταραχές, το 42,9% του δείγματος απάντησε με σκεπτικισμό, ενώ το 35,7% ήταν σαφώς αρνητικό· οι τελευταίοι δήλωσαν πως σε καμία περίπτωση δεν θα γίνονταν ανάδοχοι ενός ασθενούς. Για το 13% η απόφαση ήταν συνάρτηση διαφόρων παραγόντων. Τέλος, ένα πολύ μικρό ποσοστό (8,4%) του προσωπικού υιοθέτησε θετική στάση, δήλωσαν δηλαδή πως θα γίνονταν ανεπιφύλακτα ανάδοχοι ενός ασθενούς (Γράφημα 22). Αυτή η σχετικά χαμηλή ανταπόκριση απέναντι στην αναδοχή ασθενών υποκρύπτει μια επιφυλακτικότητα, η οποία ίσως να σχετίζεται με κάποια χαρακτηριστικά της σύγχρονης αστικής ελληνικής οικογένειας (Τομαράς και συν, 2005) ή είναι πιθανόν να υποδηλώνει και φόβο απέναντι στους ψυχιατρικούς ασθενείς.

ΓΡΑΦΗΜΑ 22 (N=154)

**Θα γινόσασταν ανάδοχος ενός ασθενούς;**



Ανιχνεύοντας τους παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται μια τέτοια απόφαση (N=18), διαπιστώσαμε πως δέκα εργαζόμενοι εστιάζουν σε οικονομικούς και οικογενειακούς παράγοντες καθώς και στο χρόνο παραμονής του ασθενούς ως φιλοξενούμενου, ενώ πέντε εργαζόμενοι εστιάζουν στην πορεία της ασθένειας και στο υποστηρικτικό δίκτυο. Τέλος, τρεις εργαζόμενοι



δήλωσαν πως θα δέχονταν να φιλοξενήσουν έναν ασθενή εάν είχαν βαθμό συγγένειας μαζί του ή/και εάν είχαν ελεύθερο χρόνο.

Η φιλοξενία ατόμων με ψυχικές διαταραχές έχει μακρά παράδοση στην Ευρώπη, χρονολογείται δε τουλάχιστον από το Μεσαίωνα.

Η ανάδοχη οικογένεια (η οποία συνήθως αναλαμβάνει την παροχή στέγης και τροφής, καθώς και την εποπτεία για τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής) παρέχει στον ασθενή τα πλεονεκτήματα της οικογενειακής ζωής και κατέχει ενδιάμεση θέση μεταξύ των δομών στέγασης και της αυτόνομης διαβίωσης. Κατάλληλοι υποψήφιοι ανάδοχοι θεωρούνται, ασφαλώς, τα άτομα που έχουν εργαστεί ή εργάζονται –επαγγελματικά ή εθελοντικά– στο χώρο της ψυχικής υγείας (Τομαράς και συν, 2005). Παρότι υπάρχει Υπουργική Απόφαση με ευνοϊκούς όρους, το στεγαστικό αυτό σχήμα δεν έχει υλοποιηθεί στη χώρα μας, παρά μόνο σε ελάχιστες περιπτώσεις.

Καμία ανεξάρτητη μεταβλητή δεν φαίνεται να διαφοροποιεί σημαντικά τη στάση των εργαζομένων στις στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης απέναντι στην αναδοχή ασθενών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΝΟΙΚΩΝ-ΑΣΘΕΝΩΝ

#### 7.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

##### Φύλο

Οι ένοικοι-ασθενείς στο σύνολο του δείγματος είναι 88, από τους οποίους 64 είναι άνδρες (72,7%) και 24 γυναίκες (27,3%).

##### Ηλικία

Η μέση ηλικία των ενοίκων-ασθενών στις υπό μελέτη στεγαστικές δομές είναι αρκετά υψηλή (56,4 έτη) (N=87), με τυπική απόκλιση 13,6 και εύρος 27 έως 83 έτη.

##### Διάγνωση

Στο 78,5% έχει τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας. Στο υπόλοιπο 21,5% έχει τεθεί ένα ψυχωτικό φάσμα διαταραχών: παραληρητική διαταραχή (1,1%), σχιζοσυναισθηματική διαταραχή (3,4%), αλκοολική ψύχωση (4,6%), νοητική υστέρηση με ψυχωσικά στοιχεία (7,9%), νοητική υστέρηση (3,4%) και κατάθλιψη επί εδάφους μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας (1,1%). Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται αναλυτικά όλες οι διαγνώσεις των ενοίκων-ασθενών, καθώς και οι υπότυποι της διαταραχής της σχιζοφρένειας.

**Πίνακας 17.** Κατανομή διαγνώσεων ενοίκων-ασθενών (N=88)

| <b>ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΝΟΙΚΩΝ-ΑΣΘΕΝΩΝ</b>                              | <b>N</b>  | <b>%</b>   |
|--|-----------|------------|
| ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ (Γενικώς)                                       | 26        | 29,6       |
| ΥΠΟΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ                                   | 24        | 27,3       |
| ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ                                     | 15        | 17,1       |
| ΑΠΛΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ  | 2         | 2,3        |
| ΑΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ                                  | 1         | 1,1        |
| ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ                                 | 1         | 1,1        |
| ΠΑΡΑΛΛΗΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ                                      | 1         | 1,1        |
| ΣΧΙΖΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ                                | 3         | 3,4        |
| ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΨΥΧΩΣΗ   | 4         | 4,6        |
| ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ ΜΕ ΨΥΧΩΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ                        | 7         | 7,9        |
| ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ   | 3         | 3,4        |
| ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ | 1         | 1,1        |
| <b>ΣΥΝΟΛΟ</b>  | <b>88</b> | <b>100</b> |

### Λειτουργικότητα

Η λειτουργικότητα των ενοίκων μετρήθηκε με την κλίμακα GAS. Η μέση τιμή ήταν 47,34 και η τυπική απόκλιση 16,2 (N=88).

### Διαμονή και χρονιότητα

Οι ένοικοι διαβιούν σε συνολικά 11 δομές (3 Οικοτροφεία, 4 Ξενώνες και 4 Προστατευμένα Διαμερίσματα). Η κατανομή των ενοίκων ανά στεγαστική δομή παρουσιάζεται στον Πίνακα 18:

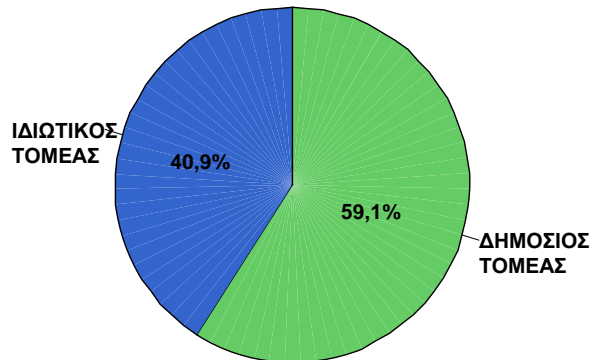
**Πίνακας 18.** Κατανομή ενοίκων-ασθενών ανά στεγαστική δομή (N=88)

| <b>ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ</b>             | <b>N</b>  | <b>%</b>   |
|--------------------------------------|-----------|------------|
| ΞΕΝΩΝΑΣ ΛΑΡΙΣΑΣ                      | 11        | 12,5       |
| ΞΕΝΩΝΑΣ ΒΟΛΟΥ                        | 5         | 5,7        |
| ΞΕΝΩΝΑΣ ΤΡΙΚΑΛΩΝ                     | 10        | 11,4       |
| ΞΕΝΩΝΑΣ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ                    | 6         | 6,8        |
| ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ ΛΑΡΙΣΑΣ   | 5         | 5,7        |
| ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ ΒΟΛΟΥ     | 6         | 6,8        |
| ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ ΤΡΙΚΑΛΩΝ  | 5         | 5,7        |
| ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ | 4         | 4,5        |
| ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ ΦΑΡΣΑΛΩΝ ΘΕΨΥΠΑ          | 11        | 12,5       |
| ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ ΘΕΨΥΠΑ          | 12        | 13,6       |
| ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ ΕΠΑΨΥ           | 13        | 14,8       |
| <b>ΣΥΝΟΛΟ</b>                        | <b>88</b> | <b>100</b> |

Η πλειονότητα των ενοίκων διαμένει σε δομές του δημοσίου τομέα (59,1%), ενώ οι υπόλοιποι (40,9%) σε δομές του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα (Γράφημα 23).

ΓΡΑΦΗΜΑ 23 (N=88)

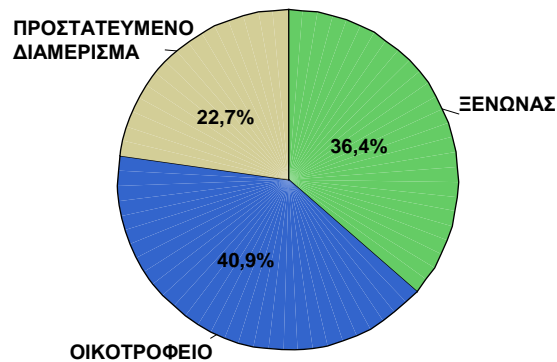
### Είδος δομής ενοίκων



Αναλυτικότερα, η κατανομή των ενοίκων ανά κατηγορία δομής παρουσιάζει την παρακάτω διαμόρφωση: 36 ένοικοι (40,9%) διαβιούν σε Οικοτροφεία, 32 (36,4%) σε Ξενώνες και 20 (22,7%) διαμένουν σε Προστατευμένα Διαμερίσματα<sup>24</sup> (Γράφημα 24).

ΓΡΑΦΗΜΑ 24 (N=88)

### Κατηγορία δομής ενοίκων



<sup>24</sup> Οι ένοικοι των Προστατευμένων Διαμερισμάτων διαβιούσαν προηγουμένως σε Ξενώνες.

**Πίνακας 19.** Μέση βαθμολογία GAS για το διάστημα του τελευταίου μήνα ανά κατηγορία δομής (N=88)

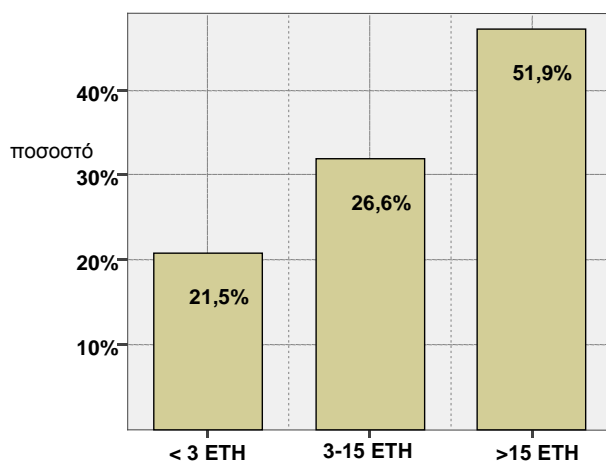
| ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ          | Μέση GAS | min | max |
|----------------------------|----------|-----|-----|
| ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ                | 46,9     | 13  | 74  |
| ΞΕΝΩΝΕΣ                    | 42,8     | 18  | 75  |
| ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ | 55,1     | 35  | 88  |

Οι ένοικοι-ασθενείς προέρχονται στην πλειονότητά τους από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Πέτρας Ολύμπου το οποίο έκλεισε οριστικά τον Ιανουάριο του 2004. Πρόκειται κυρίως για χρόνιους ιδρυματοποιημένους ασθενείς, καθώς ο μέσος χρόνος παραμονής τους σε ψυχιατρικά ιδρύματα πριν από τη μετακίνησή τους στις στεγαστικές δομές ήταν 18,2 έτη.

Πιο συγκεκριμένα, το 51,9% των ενοίκων είχε παραμείνει σε ψυχιατρικά ιδρύματα για περισσότερα από 15 έτη, το 26,6% από 3 έως 15 έτη, ενώ μόνο το 21,5% των ενοίκων είχε ψυχιατρική νοσηλεία μικρότερη από 3 έτη (Γράφημα 25).

**ΓΡΑΦΗΜΑ 25 (N=79)**

### Χρόνος παραμονής σε ψυχιατρικό ίδρυμα



Ο μέσος χρόνος παραμονής των ενοίκων στις στεγαστικές δομές, από την εγκατάστασή τους σε αυτές μέχρι την ημέρα συλλογής των στοιχείων, ήταν ο εξής: στους Ξενώνες 30,7 μήνες με εύρος 2-60 μήνες, στα Οικοτροφεία

19,7 μήνες με εύρος 6-24 μήνες και, τέλος, στα Προστατευμένα Διαμερίσματα 8,7 μήνες με εύρος 1-18 μήνες (Πίνακας 20).

**Πίνακας 20.** Μέσος χρόνος παραμονής (σε μήνες) ενοίκων-ασθενών στις στεγαστικές δομές ανά κατηγορία δομής (N=87)

| <b>ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ</b>   | <b>Μέσος χρόνος</b> | <b>Min</b> | <b>max</b> |
|----------------------------|---------------------|------------|------------|
| ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ                | 19,7                | 6          | 24         |
| ΞΕΝΩΝΕΣ                    | 30,7                | 2          | 60         |
| ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ | 8,7                 | 1          | 18         |

Ο μέσος χρόνος παραμονής των ενοίκων των Προστατευμένων Διαμερισμάτων στους Ξενώνες πριν από τη μετακίνησή τους σε αυτά ήταν 33 μήνες.

Τέλος, από τους συνολικά είκοσι ενοίκους των Προστατευμένων Διαμερισμάτων, οι έντεκα δήλωσαν πως επισκέπτονται καθημερινά τον Ξενώνα και οι έξι πως τον επισκέπτονται συχνά (τέσσερις φορές την εβδομάδα).

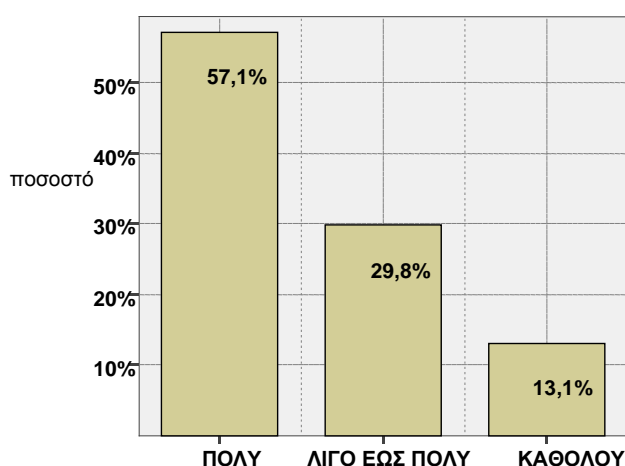
## 7.2. ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΟΜΕΣ

### Βαθμός ικανοποίησης από τον προσωπικό χώρο στη δομή (Ερ. 5)

Το 57,1% των ενοίκων-ασθενών εκφράζει υψηλή ικανοποίηση από τον προσωπικό του χώρο μέσα στη δομή. Το 29,8% δηλώνει λιγότερο ικανοποιημένο, ενώ μόλις το 13,1% των ενοίκων δεν αισθάνεται καθόλου ικανοποιημένο από αυτόν (Γράφημα 26).

ΓΡΑΦΗΜΑ 26 (N=84)

**Πόσο σας αρέσει ο δικός σας χώρος μέσα στη δομή;**



Ο βαθμός ικανοποίησης διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με την ηλικία των ενοίκων. Οι μεγαλύτερης ηλικίας ένοικοι εκφράζουν σαφώς υψηλότερη ικανοποίηση από τον προσωπικό τους χώρο στη δομή στην οποία κατοικούν. Αυτό διαπιστώνεται στον Πίνακα 21: πολύ ικανοποιημένο δηλώνει το 67,4% των ενοίκων-ασθενών άνω των 55 ετών έναντι 45% των νεότερων. Οι τελευταίοι εκφράζουν μικρότερη ή και καθόλου ικανοποίηση σε ποσοστό 55% έναντι 32,6% των πιο ηλικιωμένων.

Οι νεότερης ηλικίας ένοικοι φαίνεται πως προσαρμόζονται δυσκολότερα στον καινούργιο χώρο κατοικίας τους. Η πιθανή εξήγηση του

ευρήματος είναι ότι οι νεότεροι έχουν μεγαλύτερες προσδοκίες, τουλάχιστον στο στεγαστικό θέμα.

**Πίνακας 21.** Ικανοποίηση από τον προσωπικό χώρο μέσα στη δομή ανά ηλικία (N=83)

| Σας αρέσει ο δικός σας χώρος μέσα στη δομή; | Έως 55 ετών |       | 56 ετών και άνω |       |
|---|-------------|-------|-----------------|-------|
|   | N           | %     | N               | %     |
| Πολύ  | 18          | 45,0  | 29              | 67,4  |
| Λίγο έως πολύ + Καθόλου                     | 22          | 55,0  | 14              | 32,6  |
| ΣΥΝΟΛΟ                                      | 40          | 100,0 | 43              | 100,0 |

$p=0,039$   $\chi^2=4,249$  β.ε.=1

Σημαντικά υψηλή συσχέτιση σημειώνεται και μεταξύ του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τον προσωπικό τους χώρο και του χρόνου παραμονής τους σε ψυχιατρικά ιδρύματα. Οι ένοικοι που έχουν νοσηλευτεί για μικρότερο χρονικό διάστημα σε ψυχιατρικά ιδρύματα αισθάνονται σημαντικά πιο ικανοποιημένοι. Αυτό προκύπτει από τα στοιχεία του Πίνακα 22, στον οποίο παρατηρούμε ότι το 73,3% των ενοίκων-ασθενών που έχουν παραμείνει σε ψυχιατρικά ιδρύματα μέχρι 3 έτη δηλώνει πολύ ικανοποιημένο από τον προσωπικό του χώρο στη δομή. Το αντίστοιχο ποσοστό για όσους είχαν παραμονή σε ψυχιατρικά ιδρύματα από 3 έως 15 έτη είναι 34,8%, ενώ στους ενοίκους με παρατεταμένη παραμονή (μεγαλύτερη των 15 ετών) το ποσοστό ανέρχεται σε 66,7%.

Φαίνεται, λοιπόν, πως η μικρή διάρκεια παραμονής των ασθενών σε ψυχιατρικά ιδρύματα είναι αποφασιστικός παράγοντας για να αισθανθούν καλύτερα στο νέο χώρο διαβίωσής τους και να προσαρμοστούν ταχύτερα στο νέο στεγαστικό τους περιβάλλον.

Διεθνείς έρευνες έχουν επισημάνει πως τα επίπεδα ικανοποίησης των ενοίκων στις κοινοτικές στεγαστικές δομές είναι υψηλότερα απ' ό,τι των νοσηλευομένων σε ψυχιατρικά ιδρύματα, με πιο έντονες τις διαφορές στα ζητήματα των στεγαστικών συνθηκών (Crosby et al, 1995· Shepherd et al, 1996). Άλλωστε, η ιδρυματική περίθαλψη χαρακτηρίζεται από την έλλειψη προσωπικού χώρου για τους ασθενείς.



**Πίνακας 22.** Ικανοποίηση από τον προσωπικό χώρο μέσα στη δομή ανά έτη παραμονής σε ψυχιατρικά ιδρύματα (N=71)

| Σας αρέσει ο δικός σας χώρος μέσα στη δομή; | Έως 3 έτη |              | 3-15 έτη  |              | 16 έτη και άνω |              |
|---|-----------|--------------|-----------|--------------|----------------|--------------|
|   | N         | %            | N         | %            | N              | %            |
| Πολύ  | 11        | 73,3         | 8         | 34,8         | 22             | 66,7         |
| Λίγο έως πολύ + Καθόλου                     | 4         | 26,7         | 15        | 65,2         | 11             | 33,3         |
| <b>ΣΥΝΟΛΟ</b>                               | <b>15</b> | <b>100,0</b> | <b>23</b> | <b>100,0</b> | <b>33</b>      | <b>100,0</b> |

p=0,023     $\chi^2=7,541$     β.ε.=2

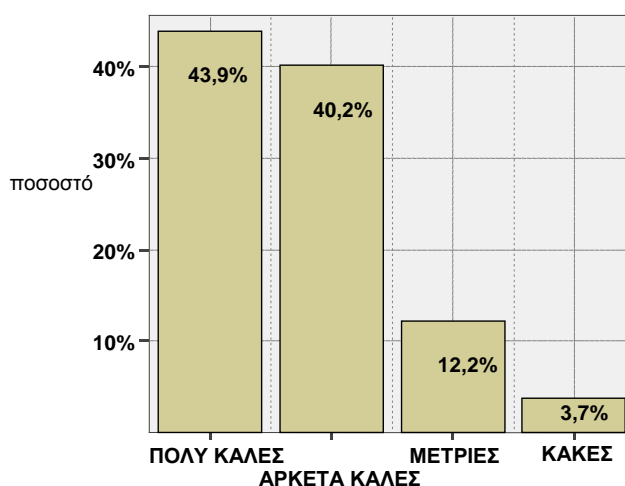
Οι μεταβλητές του φύλου, του είδους της δομής στην οποία διαμένει ο ένοικος, του χρόνου παραμονής του σε αυτήν και του επιπέδου λειτουργικότητάς του δεν επηρέασαν στατιστικά σημαντικά το βαθμό ικανοποίησης των ενοίκων από τον προσωπικό τους χώρο στις στεγαστικές δομές.

## Σχέσεις με το προσωπικό (Ερ. 6)

Οι απαντήσεις των ενοίκων-ασθενών αποκαλύπτουν πως το 43,9% από αυτούς διατηρεί πολύ καλές σχέσεις με το προσωπικό, το 40,2% έχει αρκετά καλές σχέσεις, ένα 12,2% διατηρεί μέτριες σχέσεις και μόλις το 3,7% έχει κακές σχέσεις μαζί του (Γράφημα 27).

ΓΡΑΦΗΜΑ 27 (N=82)

**Πως είναι οι σχέσεις σας με το προσωπικό;**



Το *είδος της δομής* στην οποία διαμένει ο ασθενής, δηλαδή αν πρόκειται για δομή Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ., αποδεικνύεται πως διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των σχέσεων μεταξύ ενοίκων και προσωπικού, καθώς οι ένοικοι των δομών του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα έχουν σημαντικά καλύτερες σχέσεις με το προσωπικό απ' ό,τι οι ένοικοι δομών του δημοσίου τομέα.

Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 23, το 67,7% των ενοίκων δομών του ιδιωτικού τομέα δηλώνει πως έχει πολύ καλές σχέσεις με το προσωπικό, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ενοίκων δομών του δημοσίου τομέα είναι μόλις 29,4%.

Μια πιθανή εξήγηση είναι πως, επειδή στον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα ο αριθμός των εργαζομένων είναι μεγαλύτερος συγκριτικά με αυτόν του

δημοσίου, το βάρος της φροντίδας μοιράζεται σε περισσότερα άτομα και, έτσι, αυτά αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στους ενοίκους, με αποτέλεσμα να αναπτύσσονται στενότερες και φιλικότερες σχέσεις.

**Πίνακας 23.** Σχέσεις με το προσωπικό ανά είδος δομής (N=82)

| Πώς είναι οι σχέσεις σας με το προσωπικό; | Δημόσιος Τομέας |       | Ιδιωτικός Τομέας |       |
|---|-----------------|-------|------------------|-------|
|   | N               | %     | N                | %     |
| Πολύ καλές                                | 15              | 29,4  | 21               | 67,7  |
| Από αρκετά καλές έως κακές                | 36              | 70,6  | 10               | 32,3  |
| ΣΥΝΟΛΟ                                    | 51              | 100,0 | 31               | 100,0 |

$p=0,001$   $\chi^2=11,502$  β.ε.=1

Αλλά και ο παράγοντας του φύλου επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα των σχέσεων των ενοίκων με το προσωπικό. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 24, οι γυναίκες ένοικοι αναπτύσσουν καλύτερες σχέσεις με το προσωπικό απ' ό,τι οι άνδρες. Πολύ καλές σχέσεις με το προσωπικό αναπτύσσει το 62,5% των γυναικών, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες είναι 36,2%.

Το παραπάνω εύρημα ίσως να οφείλεται στο γεγονός πως το προσωπικό απαρτίζεται κυρίως από γυναίκες (79%), με συνέπεια οι ομόφυλες ένοικοι να ταυτίζονται ευκολότερα μαζί τους.

**Πίνακας 24.** Σχέσεις με το προσωπικό ανά φύλο (N=82)

| Πώς είναι οι σχέσεις σας με το προσωπικό; | Ανδρες |       | Γυναίκες |       |
|---|--------|-------|----------|-------|
|   | N      | %     | N        | %     |
| Πολύ καλές                                | 21     | 36,2  | 15       | 62,5  |
| Από αρκετά καλές έως κακές                | 37     | 63,8  | 9        | 37,5  |
| ΣΥΝΟΛΟ                                    | 58     | 100,0 | 24       | 100,0 |

$p=0,029$   $\chi^2=4,765$  β.ε.=1

Στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ποιότητα των σχέσεων με το προσωπικό παρουσιάζονται και ανάλογα με την ηλικία των ενοίκων, καθώς οι γηραιότεροι αναπτύσσουν πολύ καλύτερες σχέσεις με το προσωπικό σε σχέση με τους νεότερους. Αυτό γίνεται αντιληπτό από τον Πίνακα 25, σύμφωνα με τον οποίο το ποσοστό των ενοίκων που είναι άνω των 55 ετών και διατηρεί πολύ καλές σχέσεις με το προσωπικό ανέρχεται σε 57,1%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους νεότερους (έως 55 ετών) φτάνει μόλις το 28,2%.

**Πίνακας 25.** Σχέσεις με το προσωπικό ανά ηλικία (N=81)

| Πώς είναι οι σχέσεις σας με το προσωπικό; | Έως 55 ετών |       | 56 ετών και άνω |       |
|---|-------------|-------|-----------------|-------|
|   | N           | %     | N               | %     |
| Πολύ καλές                                | 11          | 28,2  | 24              | 57,1  |
| Από αρκετά καλές έως κακές                | 28          | 71,8  | 18              | 42,9  |
| ΣΥΝΟΛΟ                                    | 39          | 100,0 | 42              | 100,0 |

p=0,009  $\chi^2=6,901$  β.ε.=1

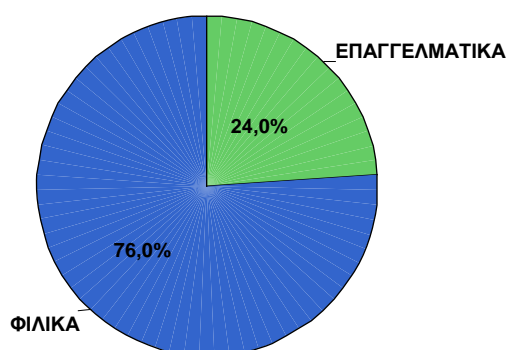
Οι μεταβλητές του χρόνου παραμονής των ενοίκων στις δομές, του χρόνου παραμονής τους σε ψυχιατρικά ιδρύματα και του επιπέδου λειτουργικότητάς τους δεν φαίνεται να επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα των σχέσεων που αναπτύσσουν οι ένοικοι με το προσωπικό.

## Είδος σχέσης με το προσωπικό (Ερ. 19)

Στην ερώτηση «πώς βλέπετε το προσωπικό, επαγγελματικά ή φιλικά», οι ένοικοι, σε μεγάλο ποσοστό (76%), απαντούν πως αισθάνονται αυτή τη σχέση ως φιλική, ενώ μόλις το 24% την αντιλαμβάνεται ως επαγγελματική (Γράφημα 28).

ΓΡΑΦΗΜΑ 28 (N=75)

Πως βλέπετε το προσωπικό του Ξενώνα-Οικοτροφείου;



Η στατιστική ανάλυση έδειξε πως το είδος της δομής στην οποία διαμένει ο ασθενής, το φύλο και η λειτουργικότητά του επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά την αντίληψη αυτής της σχέσης ως επαγγελματικής ή φιλικής.

Ως προς το είδος της δομής, σχεδόν το σύνολο των ενοίκων-ασθενών δομών του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα (96,6%) έχει φιλική σχέση με το προσωπικό. Το αντίστοιχο ποσοστό στις δομές του δημοσίου τομέα ανέρχεται σε 63% (Πίνακας 26).

Διαπιστώνουμε, λοιπόν, πως οι ασθενείς δομών του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα αναπτύσσουν σημαντικά φιλικότερη σχέση με το προσωπικό έναντι των ενοίκων σε δομές του δημοσίου τομέα.

**Πίνακας 26.** Είδος σχέσης με το προσωπικό ανά είδος δομής (N=75)

| Πώς βλέπετε το προσωπικό του Ξενώνα/Οικοτροφείου; | Δημόσιος Τομέας |       | Ιδιωτικός Τομέας |       |
|---|-----------------|-------|------------------|-------|
|   | N               | %     | N                | %     |
| Επαγγελματικά                                     | 17              | 37,0  | 1                | 3,4   |
| Φιλικά  | 29              | 63,0  | 28               | 96,6  |
| ΣΥΝΟΛΟ  | 46              | 100,0 | 29               | 100,0 |

p=0,001  $\chi^2=10,949$  β.ε.=1

Στις δομές του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα, το βάρος της φροντίδας μοιράζεται σε περισσότερα άτομα, δεδομένου ότι, όπως έχει προαναφερθεί, ο αριθμός των εργαζομένων είναι μεγαλύτερος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να διατίθεται περισσότερος χρόνος από το προσωπικό προς τους ασθενείς, γεγονός που, με τη σειρά του, επιτρέπει την καλλιέργεια φιλικών σχέσεων. Αυτό ίσως να αποτελεί μια πιθανή εξήγηση του παραπάνω ευρήματος.

Ως προς το φύλο, οι γυναίκες αναπτύσσουν, σε συντριπτικό ποσοστό, φιλική σχέση με το προσωπικό (91,7%), ενώ για τους άνδρες το αντίστοιχο ποσοστό είναι 68,6% (Πίνακας 27). Διαπιστώνεται, λοιπόν, πως ο παράγοντας του φύλου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για τη φιλική σχέση με το προσωπικό.

Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός πως, επειδή το προσωπικό, όπως έχει ήδη επισημανθεί, απαρτίζεται κυρίως από γυναίκες, οι ομόφυλες ένοικοι αναπτύσσουν ευκολότερα φιλική σχέση μαζί τους.

**Πίνακας 27.** Είδος σχέσης με το προσωπικό ανά φύλο (N=75)

| Πώς βλέπετε το προσωπικό του Ξενώνα/Οικοτροφείου; | Άνδρες    |              | Γυναίκες  |              |
|---|-----------|--------------|-----------|--------------|
|   | N         | %            | N         | %            |
| Επαγγελματικά                                     | 16        | 31,4         | 2         | 8,3          |
| Φιλικά  | 35        | 68,6         | 22        | 91,7         |
| <b>ΣΥΝΟΛΟ</b>                                     | <b>51</b> | <b>100,0</b> | <b>24</b> | <b>100,0</b> |

p=0,029  $\chi^2=4,749$  β.ε.=1

Τέλος, ο βαθμός λειτουργικότητας φαίνεται πως επηρεάζει σημαντικά τη διαμόρφωση αυτής της σχέσης. Το 87,2% των ενοίκων με βαθμό λειτουργικότητας 48 και άνω στην κλίμακα GAS βλέπει τη σχέση ως φιλική έναντι ποσοστού 63,9% των ενοίκων με βαθμό λειτουργικότητας μέχρι 47 στην ίδια κλίμακα. Αντίθετα, επαγγελματική σχέση με το προσωπικό δηλώνει πως έχει το 12,8% των ασθενών με βαθμό λειτουργικότητας 48 και άνω, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους ενοίκους με χαμηλότερη λειτουργικότητα (βαθμολογία έως 47) ανέρχεται σε 36,1% (Πίνακας 28).

Διαπιστώνεται, λοιπόν, πως οι πιο λειτουργικοί ένοικοι αναπτύσσουν με το προσωπικό φιλικότερη σχέση συγκριτικά με τους λιγότερο λειτουργικούς

ασθενείς. Οι ένοικοι μεγαλύτερης λειτουργικότητας μπορούν να εκφράσουν συναισθήματα, έχουν δεξιότητες επικοινωνίας και άρα μπορούν να αναπτύξουν καλύτερη σχέση με το προσωπικό. Εξάλλου, το προσωπικό αποφεύγει όσους δεν έχουν υψηλή λειτουργικότητα, διότι δεν αντλεί ικανοποίηση.

**Πίνακας 28.** Είδος σχέσης με το προσωπικό ανά βαθμολογία κλίμακας GAS (N=75)

| Πώς βλέπετε το προσωπικό του Ξενώνα/Οικοτροφείου; | Έως 47    |              | 48 και άνω |              |
|---|-----------|--------------|------------|--------------|
|   | N         | %            | N          | %            |
| Επαγγελματικά                                     | 13        | 36,1         | 5          | 12,8         |
| Φίλικα  | 23        | 63,9         | 34         | 87,2         |
| <b>ΣΥΝΟΛΟ</b>                                     | <b>36</b> | <b>100,0</b> | <b>39</b>  | <b>100,0</b> |

p=0,018  $\chi^2=5,567$  β.ε.=1

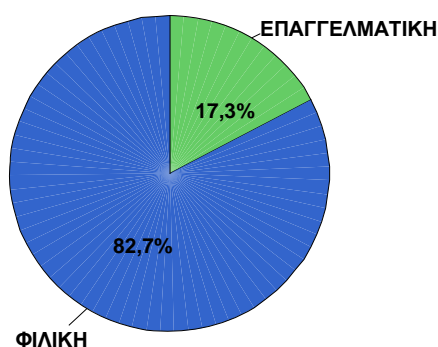
Ο έλεγχος της παραπάνω εξαρτημένης μεταβλητής ως προς τις μεταβλητές της ηλικίας, του χρόνου παραμονής των ενοίκων στη δομή, καθώς και του χρόνου παραμονής τους σε ψυχιατρικά ιδρύματα δεν ανέδειξε σημαντικές συσχετίσεις.

## Προτιμήσεις για το είδος της σχέσης με το προσωπικό (Ερ. 20)

Η έρευνα διερευνά εάν οι ένοικοι επιθυμούν φιλικές σχέσεις με το προσωπικό ή προτιμούν να έχουν επαγγελματικές σχέσεις μαζί του. Από τις απαντήσεις προκύπτει πως οι ένοικοι που επιθυμούν φιλική σχέση με το προσωπικό αποτελούν το 82,7% του συνόλου, ενώ το 17,3% δηλώνει πως προτιμά μια επαγγελματική σχέση (Γράφημα 29).

ΓΡΑΦΗΜΑ 29 (N=75)

Προτιμάτε επαγγελματική ή φιλική σχέση με το προσωπικό;





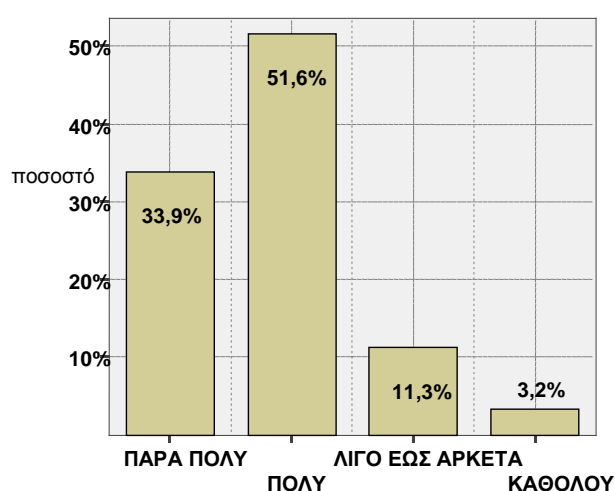
## Αξιολόγηση του ενδιαφέροντος του προσωπικού (Ερ. 23)

Από τα στοιχεία της έρευνας προκύπτει πως οι ένοικοι αποτιμούν θετικά τις προθέσεις του προσωπικού απέναντί τους.

Το 85,5% των ενοίκων πιστεύει πως το προσωπικό ενδιαφέρεται πραγματικά γι' αυτούς (Γράφημα 30). Εκείνοι που αποτιμούν μικρότερο αυτό το ενδιαφέρον (λίγο έως αρκετά) αποτελούν το 11,3% των ερωτηθέντων. Ελάχιστο (μόλις 3,2%) είναι το ποσοστό των ενοίκων που πιστεύουν πως το προσωπικό δεν δείχνει κανένα ενδιαφέρον γι' αυτούς.

ΓΡΑΦΗΜΑ 30 (N=62)<sup>25</sup>

**Πιστεύετε ότι το προσωπικό ενδιαφέρεται για σας;**



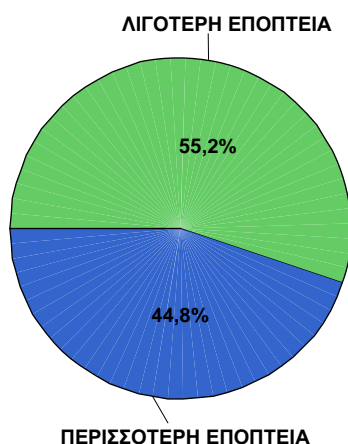
<sup>25</sup> Η ερώτηση δεν τέθηκε στους ενοίκους των Προστατευμένων Διαμερισμάτων.

## Στάσεις απέναντι στο βαθμό εποπτείας από το προσωπικό (Ερ. 21)

Διερευνήθηκε επίσης η στάση των ενοίκων των Οικοτροφείων και των Ξενώνων απέναντι στο βαθμό εποπτείας. Οι φιλοξενούμενοι ερωτήθηκαν εάν θα προτιμούσαν περισσότερη ή λιγότερη εποπτεία από το προσωπικό. Λιγότερη εποπτεία επιθυμεί το 55,2%, έναντι 44,8% που θα ήθελε περισσότερη εποπτεία (Γράφημα 31).

ΓΡΑΦΗΜΑ 31 (N=58)<sup>26</sup>

Θα θέλατε περισσότερη ή λιγότερη εποπτεία από το προσωπικό;



Το εύρημά μας συμφωνεί με το αντίστοιχο αυστραλιανής έρευνας (Owen et al, 1996), στην οποία ζητήθηκε από 70 ψυχικά πάσχοντες να ιεραρχήσουν σε βαθμό σημαντικότητας διάφορα στεγαστικά χαρακτηριστικά, μεταξύ αυτών και τα επίπεδα εποπτείας. Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε πως η ύπαρξη εσωτερικών κανονισμών και εποπτείας από το προσωπικό αξιολογήθηκαν ως τα λιγότερο επιθυμητά στεγαστικά χαρακτηριστικά.

Ελέγχοντας τις μεταβλητές του φύλου, της ηλικίας, του είδους της δομής, της λειτουργικότητας, του χρόνου παραμονής στη δομή και του χρόνου παραμονής σε ψυχιατρικά ιδρύματα, δεν καταγράφηκε κάποια σημαντική συσχέτιση.

<sup>26</sup> Η ερώτηση δεν τέθηκε στους ενοίκους των Προστατευμένων Διαμερισμάτων.

Για τη στάση των ενοίκων στεγαστικών δομών απέναντι στο βαθμό εποπτείας, η βιβλιογραφία αναφέρει πως το επίπεδο λειτουργικότητας των ενοίκων μπορεί να επηρεάσει το επίπεδο εποπτείας. Αυτό σημαίνει πως ασθενείς με σχετικά καλό επίπεδο λειτουργικότητας μπορούν να διαμένουν σε αυτόνομες στεγαστικές δομές, σε αντίθεση με ασθενείς χαμηλής λειτουργικότητας οι οποίοι διαμένουν σε δομές με υψηλή εποπτεία (Goldberg et al, 1991· Arns & Linney, 1995· Shepherd et al, 1995).

Έτσι, θα ανέμενε κανείς πως οι πιο λειτουργικοί ασθενείς της έρευνάς μας θα αναζητούσαν λιγότερη εποπτεία από το προσωπικό. Κάτι τέτοιο όμως δεν επιβεβαιώνεται από τα ευρήματα αυτής της μελέτης.

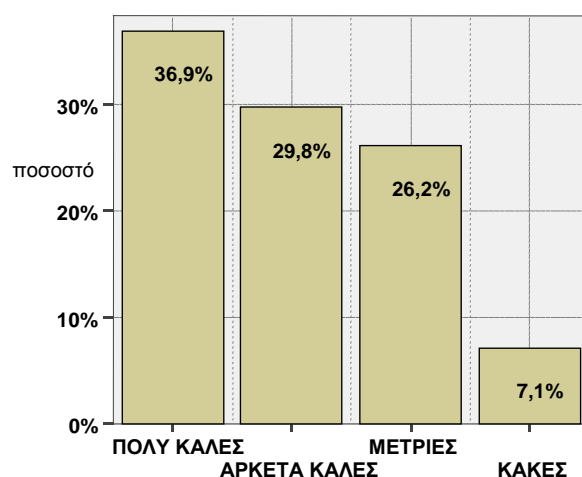
## Σχέσεις με τους συγκατοίκους (Ερ. 7)

Η ποιότητα των σχέσεων των ενοίκων μεταξύ τους αποτελεί έναν από τους σημαντικούς δείκτες για την αξιολόγηση της καθημερινότητας στις στεγαστικές δομές.

Τα στοιχεία της έρευνας δείχνουν πως οι ένοικοι σε ποσοστό 36,9% συνάπτουν πολύ καλές σχέσεις με τους συγκατοίκους τους. Το 29,8% διατηρεί αρκετά καλές σχέσεις, ενώ μέτριες σχέσεις φαίνεται να έχει το 26,2% και κακές το 7,1% (Γράφημα 32).

ΓΡΑΦΗΜΑ 32 (N=84)

**Πως είναι οι σχέσεις σας με τους συγκατοίκους;**



Το είδος της δομής στην οποία κατοικεί ο ασθενής επηρεάζει σημαντικά τη διαμόρφωση των σχέσεών του με τους συγκατοίκους του. Οι διαπροσωπικές σχέσεις των ενοίκων σε δομές του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα είναι πολύ καλύτερες από τις αντίστοιχες σε δομές του δημοσίου τομέα. Αυτό αποτυπώνεται στον Πίνακα 29, σύμφωνα με τον οποίο οι ένοικοι σε δομές του ιδιωτικού τομέα διατηρούν, σε ποσοστό 81,3%, πολύ ή αρκετά καλές σχέσεις με τους συγκατοίκους τους, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους ενοίκους των δομών του δημοσίου τομέα ανέρχεται σε 57,7%.

**Πίνακας 29.** Σχέσεις με τους συγκατοίκους ανά είδος δομής (N=84)

| Πώς είναι οι σχέσεις σας με τους συγκατοίκους σας; | Δημόσιος Τομέας |       | Ιδιωτικός Τομέας |       |
|--|-----------------|-------|------------------|-------|
|  | N               | %     | N                | %     |
| Πολύ καλές + Αρκετά καλές                          | 30              | 57,7  | 26               | 81,3  |
| Μέτριες έως κακές                                  | 22              | 42,3  | 6                | 18,8  |
| ΣΥΝΟΛΟ   | 52              | 100,0 | 32               | 100,0 |

$p=0,026$   $\chi^2=4,947$  β.ε.=1

Η ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων φαίνεται επίσης πως διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα και με το *βαθμό λειτουργικότητας*. Οι ένοικοι με μεγαλύτερη λειτουργικότητα συνάπτουν καλύτερες σχέσεις με τους συγκατοίκους τους (Πίνακας 30). Πιο συγκεκριμένα, οι ένοικοι με βαθμό λειτουργικότητας 48 και άνω στην κλίμακα GAS έχουν πολύ ή αρκετά καλές σχέσεις με τους συγκατοίκους τους, σε ποσοστό 81,8%. Το αντίστοιχο ποσοστό για τους ενοίκους με βαθμολογία μέχρι 47 στην ίδια κλίμακα είναι χαμηλότερο (50%).

**Πίνακας 30.** Σχέσεις με τους συγκατοίκους ανά βαθμολογία κλίμακας GAS (N=84)

| Πώς είναι οι σχέσεις σας με τους συγκατοίκους σας; | Έως 47 |       | 48 και άνω |       |
|--|--------|-------|------------|-------|
|  | N      | %     | N          | %     |
| Πολύ καλές + Αρκετά καλές                          | 20     | 50,0  | 36         | 81,8  |
| Μέτριες έως κακές                                  | 20     | 50,0  | 8          | 18,2  |
| ΣΥΝΟΛΟ   | 40     | 100,0 | 44         | 100,0 |

$p=0,002$   $\chi^2=9,545$  β.ε.=1

Διαπιστώνουμε πως η υψηλή λειτουργικότητα βοηθά τους ενοίκους να αναπτύξουν ικανοποιητικότερες διαπροσωπικές σχέσεις μέσα στο νέο χώρο διαβίωσής τους.

Έχει επισημανθεί πως η ύπαρξη ικανοποιητικών διαπροσωπικών σχέσεων είναι προστατευτική της υγείας, ενώ η κοινωνική απομόνωση είναι απειλητική τόσο για τη σωματική όσο και για την ψυχική υγεία (Marmot & Wilkinson, 1999).

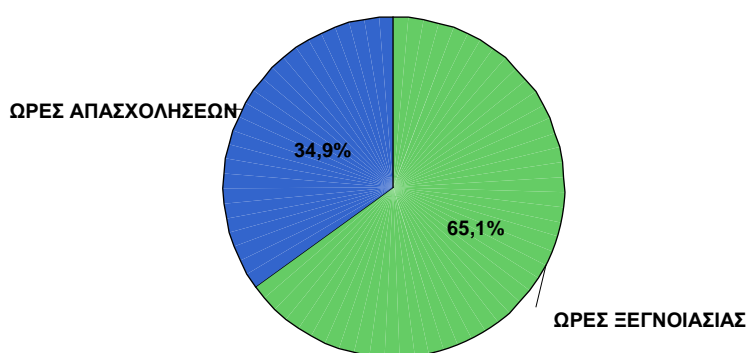
Το φύλο, η ηλικία, ο χρόνος παραμονής των ενοίκων στη δομή, καθώς και ο χρόνος παραμονής τους σε ψυχιατρικά ιδρύματα δεν επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων των ενοίκων.

## Προτιμήσεις μεταξύ ελεύθερου χρόνου και απασχόλησης στη δομή (Ερ. 22)

Στο ερώτημα «προτιμάτε περισσότερες ώρες ξεγνοιασιάς ή απασχολήσεων» που τέθηκε στους ενοίκους Οικοτροφείων και Ξενώνων, το 65,1% δήλωσε ότι επιθυμεί περισσότερο ελεύθερο χρόνο, ενώ το 34,9% δήλωσε ότι προτιμά περισσότερες ώρες δραστηριότητας και απασχολήσεων στις δομές (Γράφημα 33).

ΓΡΑΦΗΜΑ 33 (N=63)<sup>27</sup>

Θα θέλατε περισσότερες ώρες ξεγνοιασιάς ή απασχολήσεων;



Η συσχέτιση με τους παράγοντες του φύλου, της ηλικίας, του είδους της δομής, του χρόνου παραμονής στη δομή, του χρόνου παραμονής σε ψυχιατρικά ιδρύματα και του επιπέδου λειτουργικότητας του ασθενούς έδειξε ότι κανένας από αυτούς δεν επηρεάζει σημαντικά τις προτιμήσεις των ενοίκων-ασθενών.

<sup>27</sup> Η ερώτηση δεν τέθηκε στους ενοίκους των Προστατευμένων Διαμερισμάτων.

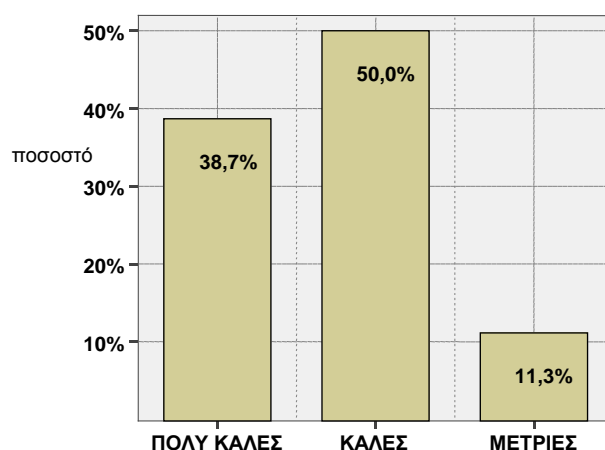
## Βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στη δομή (Ερ. 24)

Οι ένοικοι των Οικοτροφείων και των Ξενώνων εκφράζουν υψηλό βαθμό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται μέσα στη δομή.

Η συντριπτική πλειονότητα των ενοίκων (88,7%) εκτιμά πως οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι «πολύ καλές» ή «καλές». Ένα μικρό ποσοστό (11,3%) θεωρεί πως οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι μέτριες, ενώ εντύπωση προκαλεί το γεγονός πως κανένας ένοικος δεν τις αξιολογεί αρνητικά (μηδενικό ποσοστό) (Γράφημα 34).

ΓΡΑΦΗΜΑ 34 (N=62)<sup>28</sup>

**Πως σας φαίνονται οι υπηρεσίες που σας παρέχονται;**



Το εύρημα αυτό είναι συμβατό με αντίστοιχο των Tansella & Thornicroft (2001), οι οποίοι αναφέρουν πως η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες είναι πολύ υψηλότερη στην κοινότητα απ' ό,τι στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.

<sup>28</sup> Το συγκεκριμένο ερώτημα δεν τέθηκε στους ενοίκους των Προστατευμένων Διαμερισμάτων.

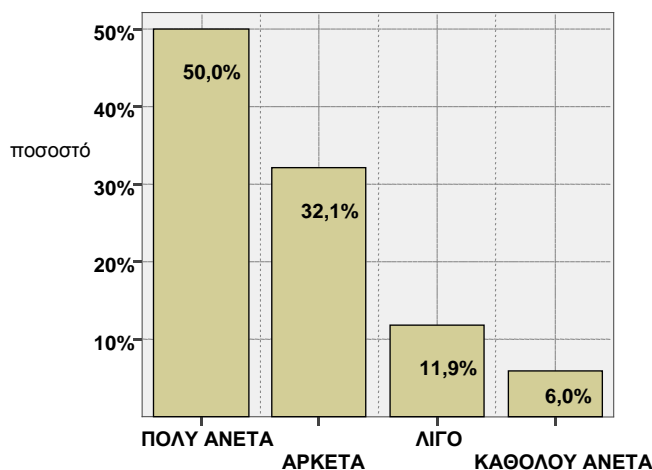
### 7.3. ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΓΙΑ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

#### Επαφές με την τοπική κοινότητα (Ερ. 8, 9, 10)

Οι ένοικοι έρχονται σε επαφή με την τοπική κοινότητα σχεδόν καθημερινά. Ορισμένοι από αυτούς μάλιστα πηγαίνουν στο σούπερ μάρκετ και στο καφενείο. Η έρευνα προσπάθησε να διερευνήσει πόσο άνετα αισθάνονται όταν έρχονται σε επαφή με την τοπική κοινότητα. Σύμφωνα με τα στοιχεία που προέκυψαν από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, οι μισοί από τους ενοίκους-ασθενείς (50%) χαρακτηρίζουν την επαφή τους με την τοπική κοινότητα πολύ άνετη, αρκετά άνετη τη χαρακτηρίζει το 32,1%, ενώ λίγο άνετα αισθάνεται το 11,9%. Τέλος, καθόλου άνετα απάντησε μόνο το 6% (Γράφημα 35).

ΓΡΑΦΗΜΑ 35 (N=84)

#### Πόσο άνετα αισθάνεστε όταν βγαίνετε έξω;



Σημαντικές διαφοροποιήσεις παρατηρήθηκαν ανάλογα με τα επίπεδα λειτουργικότητας των ενοίκων-ασθενών. Το λειτουργικό προφίλ του ενοίκου καθορίζει σημαντικά το πώς αισθάνεται όταν έρχεται σε επαφή με την τοπική κοινότητα. Όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός λειτουργικότητας του ενοίκου,



τόσο πιο εύκολη και άνετη χαρακτηρίζεται η επαφή του με την τοπική κοινότητα.

Συγκεκριμένα οι ένοικοι με υψηλή λειτουργικότητα (βαθμολογία 48 και άνω στην κλίμακα GAS) αισθάνονται πολύ άνετα όταν βγαίνουν έξω σε ποσοστό 60,5%, ενώ για τους ενοίκους με χαμηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας το αντίστοιχο ποσοστό είναι μόλις 39% (Πίνακας 31).

**Πίνακας 31.** Επαφή με την τοπική κοινότητα ανά βαθμολογία κλίμακας GAS (N=84)

| Πόσο άνετα αισθάνεστε όταν βγαίνετε από τη δομή; | Έως 47 |       | 48 και άνω |       |
|--|--------|-------|------------|-------|
|  | N      | %     | N          | %     |
| Πολύ άνετα                                       | 16     | 39,0  | 26         | 60,5  |
| Αρκετά + Λίγο + Καθόλου άνετα                    | 25     | 61,0  | 17         | 39,5  |
| ΣΥΝΟΛΟ   | 41     | 100,0 | 43         | 100,0 |

$p=0,049$   $\chi^2=3,859$  β.ε.=1

Οι παράγοντες του φύλου, της ηλικίας, του χρόνου παραμονής σε ψυχιατρικά ιδρύματα, αλλά και του είδους της δομής δεν διαφοροποιούν σημαντικά τις απαντήσεις των ερωτηθέντων.

Εδώ πρέπει να επισημανθεί πως η μεταβλητή που εξετάζουμε παρουσιάζει μια **τάση** εξάρτησης από τον παράγοντα του *χρόνου παραμονής στη δομή*. Όσοι από τους ενοίκους έχουν χρόνο παραμονής στις στεγαστικές δομές από 24 μήνες και άνω τείνουν να εκφράζουν λιγότερες δυσκολίες στην επαφή τους με την τοπική κοινότητα (ποσοστό 65,4% έναντι 40,5% των ενοίκων με μικρότερη παραμονή) ( $p=0,052$ ,  $\chi^2=3,771$ , β.ε.=1).

Μια πιθανή εξήγηση των παραπάνω ευρημάτων είναι πως, μέσω των προγραμμάτων καλλιέργειας προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων που αναπτύσσουν οι στεγαστικές δομές, οι ένοικοι βελτιώνουν τα επίπεδα λειτουργικότητάς τους και σημειώνουν πρόοδο στην εξοικείωσή τους με την τοπική κοινότητα.

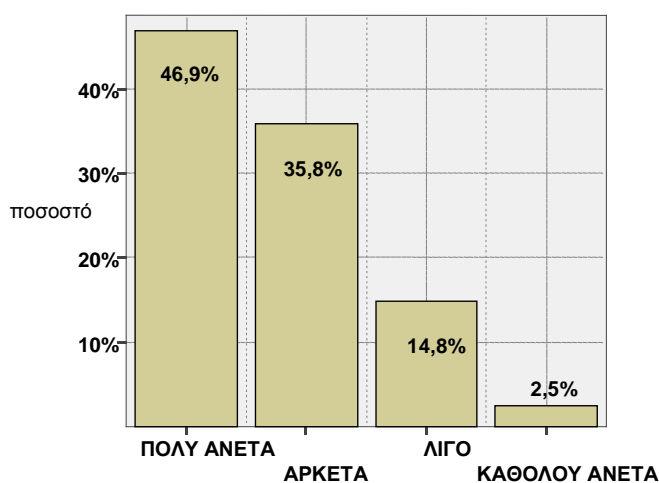
Αυτό επιβεβαιώνεται και από τη διαχρονική μελέτη των Crosby et al (1995), σύμφωνα με την οποία οι ασθενείς που κατοικούσαν σε ανάλογες κοινοτικές δομές είχαν σημαντική βελτίωση στα επίπεδα λειτουργικότητάς τους. Αλλά και σε άλλες έρευνες παρουσιάστηκαν παρόμοια αποτελέσματα

(Salokangas, 1994· Crosby & Barry, 1995· Leff, 1997· Stylianidis et al, 2008). Οι στεγαστικές δομές οφείλουν να έχουν στόχο τη συνεχή βελτίωση της λειτουργικότητας των ενοίκων τους.

Ανάλογα είναι και τα στοιχεία που προκύπτουν από τα ερωτήματα: α) «πόσο άνετα αισθάνεστε όταν πηγαίνετε στο τοπικό καφενείο» (Γράφημα 36) και β) «πόσο άνετα αισθάνεστε όταν πηγαίνετε στο σούπερ μάρκετ» (Γράφημα 37).

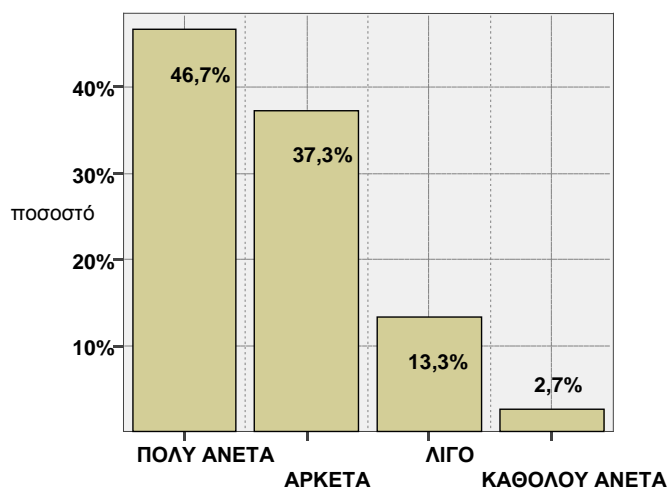
**ΓΡΑΦΗΜΑ 36 (N=81)**

**Πόσο άνετα αισθάνεστε όταν πηγαίνετε στο τοπικό καφενείο;**



**ΓΡΑΦΗΜΑ 37 (N=75)**

**Πόσο άνετα αισθάνεστε όταν πηγαίνετε στο σούπερ μάρκετ;**



## Επιθυμία για διαμονή σε Προστατευμένο Διαμέρισμα με συγκατοίκους αντί του Ξενώνα/Οικοτροφείου (Ερ. 11)

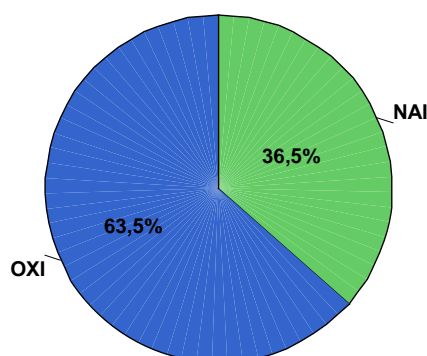
Η παρούσα μελέτη, μέσα από 8 ερωτήματα που έθεσε στους ενοίκους-ασθενείς, επιχείρησε να διερευνήσει τις στεγαστικές τους προτιμήσεις, όπως αυτές εκφράστηκαν μέσα από την επιθυμία τους, αλλά και το βαθμό ετοιμότητάς τους για μετακίνηση σε λιγότερο προστατευμένες μορφές διαμονής.

Συγκεκριμένα, στο ερώτημα<sup>29</sup> «θα θέλατε να ζήσετε σε Προστατευμένο Διαμέρισμα με συγκατοίκους αντί του Ξενώνα ή του Οικοτροφείου;», από τις κατανομές συχνοτήτων προκύπτει πως η πλειονότητα των ερωτηθέντων (63,5%) δεν επιθυμούσε να μετακινηθεί σε Προστατευμένο Διαμέρισμα. Αντίθετα, επιθυμία εκφράζει μόλις το 36,5% των ασθενών (Γράφημα 38).

Η στατιστική ανάλυση δεν ανέδειξε καμία μεταβλητή η οποία να επηρεάζει σημαντικά τις απαντήσεις των ενοίκων.

ΓΡΑΦΗΜΑ 38 (N=63)

**Θα θέλατε να ζήσετε σε διαμέρισμα με συγκατοίκους  
αντί του Ξενώνα/Οικοτροφείου;**



Από την άλλη πλευρά, οι ένοικοι των Προστατευμένων Διαμερισμάτων, οι οποίοι παλαιότερα είχαν διαμείνει σε Ξενώνα, εξέφρασαν την ξεκάθαρη προτίμησή τους για διαμονή στη νέα δομή. Συγκεκριμένα, από τους συνολικά

<sup>29</sup> Το συγκεκριμένο ερώτημα δεν τέθηκε στους ενοίκους των Προστατευμένων Διαμερισμάτων.

είκοσι ενοίκους, οι δεκαεννέα δήλωσαν πως αισθάνονται καλύτερα στο Προστατευμένο Διαμέρισμα παρά στην προηγούμενη διαβίωσή τους στον Ξενώνα. Ένας μόνο ένοικος δήλωσε προτίμηση στον Ξενώνα.

Επιπλέον, προσδιόρισαν τι είναι αυτό που τους αρέσει περισσότερο στο Διαμέρισμα. Δώδεκα ένοικοι ανέφεραν στα πλεονεκτήματά του την ελευθερία και την ησυχία, ενώ δύο ένοικοι τόνισαν την καλύτερη αισθητική του χώρου και άλλοι δύο δήλωσαν: «Ζούμε όπως όλοι οι άνθρωποι, μέσα στην κοινωνία». Ανάμεσα στα μειονεκτήματα του Διαμερίσματος που αναφέρθηκαν ήταν η αίσθηση μοναξιάς, που δήλωσε ένας ένοικος, καθώς και το ότι είναι αναγκασμένοι να μαγειρεύουν μόνοι τους (ένας ένοικος).

Παρατηρούμε λοιπόν πως, παρότι οι ένοικοι των Οικοτροφείων και των Ξενώνων δεν επιθυμούν να μετακινηθούν σε Προστατευμένα Διαμερίσματα, οι ένοικοι των Προστατευμένων Διαμερισμάτων εκφράζουν σαφή προτίμηση και ικανοποίηση από τη διαμονή τους σε αυτά. Έχει επισημανθεί εξάλλου πως όσοι διαμένουν σε Προστατευμένα Διαμερίσματα είναι πολύ ικανοποιημένοι από τη διαβίωσή τους εκεί (Andrews et al, 1990· Παπαδάκη, 2005) και δεν εκφράζουν αισθήματα ανασφάλειας και απειλής (Τζούμα και συν, 1995). Από την άλλη, και οι ένοικοι-ασθενείς των Οικοτροφείων είναι ικανοποιημένοι από τη διαβίωσή τους και δεν επιθυμούν να αλλάξουν την κατοικία τους (Piat et al, 2006).

Τα τελευταία χρόνια, ο χώρος στέγασης ατόμων με ψυχικές διαταραχές έχει αναδειχθεί σε ένα καίριο θέμα προβληματισμού και δημόσιας επιστημονικής συζήτησης. Οι Shepherd & Murray (2001) αναφέρουν ότι το ζήτημα της στέγασης θα πρέπει να αποκτήσει κεντρική θέση στο πλαίσιο της κοινοτικής ψυχιατρικής. Το ισχύον μοντέλο στεγαστικής αποκατάστασης, το οποίο βασίζεται στην ιδέα της σταδιακής προετοιμασίας για αυτόνομη διαβίωση μέσα από την παραμονή για μεγάλα χρονικά διαστήματα στις δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, έχει δεχθεί κριτική (Carling, 1990· Ridgway & Zippel, 1991· Hogan & Carling, 1992· Carling, 1993).

Συγκεκριμένα, ο Carling (1993) αναφέρει τα εξής επιχειρήματα:

- *Η λειτουργία στεγαστικών δομών αποκλειστικά για άτομα με ψυχικές διαταραχές προκαλεί ενίοτε έντονες κοινωνικές αντιδράσεις, δυσκολεύοντας έτσι τη διαδικασία κοινωνικής επανένταξης αυτών των ατόμων.*

Το φαινόμενο της αντίστασης των τοπικών κοινωνιών να αποδεχθούν την παρουσία ατόμων με ψυχικές διαταραχές στις γειτονιές τους έχει παρατηρηθεί τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες χώρες που πραγματοποίησαν διαδικασίες αποϊδρυματισμού (Ασημόπουλος και συν, 2007). Μελέτες έδειξαν ότι οι υπηρεσίες στέγασης ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της λειτουργίας τους δέχθηκαν αρνητικές κοινωνικές αντιδράσεις σε ποσοστό που κυμαινόταν από 20% έως 50% (Wenocur & Belcher, 1990). Το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται και στη χώρα μας. Ειδικότερα, οι αντιδράσεις αυτές σε πολλές περιπτώσεις είχαν ως αποτέλεσμα ακόμη και την αναστολή λειτουργίας στεγαστικών δομών σε συγκεκριμένες κοινότητες και τη μεταφορά τους σε άλλες περιοχές (Ασημόπουλος, 2006).

- *Επειδή τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι ευάλωτα στις αλλαγές, η μετάβασή τους σε διαφορετικές στεγαστικές δομές ενδέχεται να τους προκαλέσει έντονη πίεση.*
- *Η λειτουργία των στεγαστικών δομών ίσως αποβεί πολύ δαπανηρή, ενώ παράλληλα δεν εγγυάται τη συνολική κάλυψη των στεγαστικών αναγκών.*

Οι Chisholm & Hallam (2001) επισημαίνουν πως το κόστος της κοινοτικής περίθαλψης είναι πιο υψηλό από εκείνο των παλιών ιδρυμάτων.

- *Τέλος, λαμβάνεται υπόψη και η προτίμηση των ίδιων των ασθενών για μια μόνιμη κατοικία αντί των στεγαστικών δομών αποκατάστασης.*

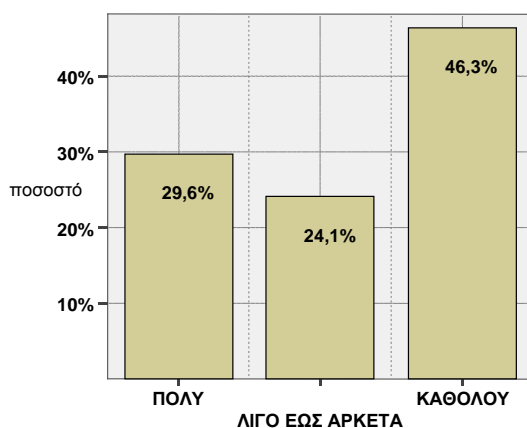
Σε πρόσφατες έρευνες, ένοικοι-ασθενείς αφενός μεν εξέφρασαν δυσαρέσκεια επειδή μοιράζονταν το «σπίτι τους» με άλλους, αφετέρου δε διατύπωσαν παράπονα για «γκετοποίηση» και κοινωνικό στιγματισμό (Abrahamson et al, 1995).

## Βαθμός ετοιμότητας για διαμονή σε Προστατευμένο Διαμέρισμα με συγκατοίκους (Ερ. 12)

Στο ερώτημα «πόσο έτοιμοι αισθάνεστε για να ζήσετε σε Προστατευμένο Διαμέρισμα με συγκατοίκους αντί του Ξενώνα/Οικοτροφείου» το 29,6% εκφράζει υψηλή ετοιμότητα, το 24,1% αισθάνεται μικρότερο βαθμό ετοιμότητας, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των ενοίκων (46,3%) δεν φαίνεται να είναι «καθόλου» έτοιμο για τέτοιου είδους μετακίνηση (Γράφημα 39).

ΓΡΑΦΗΜΑ 39 (N=54)

**Πόσο έτοιμος νιώθετε να ζήσετε σε διαμέρισμα με συγκατοίκους αντί του Ξενώνα/Οικοτροφείου;**



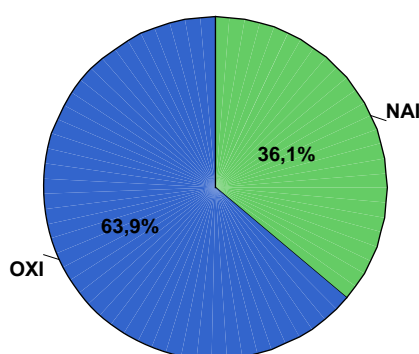
Από τον έλεγχο συνάφειας που πραγματοποιήθηκε, καμία από τις ανεξάρτητες μεταβλητές δεν φάνηκε να επηρεάζει σημαντικά το βαθμό ετοιμότητας των ενοίκων-ασθενών. Η ηλικία, το φύλο, το είδος της δομής, ο χρόνος παραμονής των ενοίκων στη δομή, καθώς και ο χρόνος παραμονής τους σε ψυχιατρικά ιδρύματα δεν διαφοροποιούν σημαντικά τις απαντήσεις των φιλοξενούμενων. Καταγράφηκε όμως ισχυρή **τάση** εξάρτησης από τη λειτουργικότητα. Οι λειτουργικότεροι ένοικοι τείνουν να εκφράζουν υψηλότερο βαθμό ετοιμότητας συγκριτικά με τους λιγότερο λειτουργικούς (ένοικοι με βαθμολογία 48 και άνω στην κλίμακα GAS εκφράζουν ετοιμότητα γι' αυτού του είδους τη μετακίνηση σε ποσοστό 68%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους ενοίκους με μειωμένη λειτουργικότητα είναι 41,4%) ( $p=0,050$ ,  $\chi^2=3,827$ , β.ε.=1).

### Επιθυμία για φιλοξενία από ανάδοχη οικογένεια (Ερ. 13)

Η έρευνα αποκαλύπτει επίσης πως οι ένοικοι δεν επιθυμούν να μετακινηθούν από τις στεγαστικές δομές για να φιλοξενηθούν από ανάδοχη οικογένεια. Το 63,9% των ενοίκων δεν επιθυμεί να μετακινηθεί από τη δομή που ήδη κατοικεί και να φιλοξενηθεί από οικογένεια, ενώ μόλις 36,1% των ασθενών εκφράζει θετική στάση σε αυτό το ενδεχόμενο (Γράφημα 40).

ΓΡΑΦΗΜΑ 40 (N=83)

Θα θέλατε να ζήσετε αντί της δομής με οικογένεια που θα σας φιλοξενήσει;



Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι η μεταβλητή του *χρόνου παραμονής στη δομή* συσχετίζεται θετικά με την επιθυμία των ενοίκων να μετακινηθούν και να φιλοξενηθούν από ανάδοχη οικογένεια. Αυτό καταγράφεται στον Πίνακα 32, σύμφωνα με τα στοιχεία του οποίου σημαντικά πιο θετικά εκφράζονται οι ένοικοι που κατοικούν στη δομή για περισσότερο από 23 μήνες (ποσοστό 51,9%) απ' ό,τι αυτοί με μικρότερο χρόνο παραμονής (ποσοστό 22,9%).

**Πίνακας 32.** Επιθυμία για φιλοξενία από οικογένεια ανά μήνες παραμονής στη δομή (N=62)

| Θα θέλατε να ζήσετε, αντί της δομής, με οικογένεια που θα σας φιλοξενήσει; | Έως 23 μήνες |       | 24 μήνες και άνω |       |
|--|--------------|-------|------------------|-------|
|  | N            | %     | N                | %     |
| Ναι  | 8            | 22,9  | 14               | 51,9  |
| Όχι  | 27           | 77,1  | 13               | 48,1  |
| ΣΥΝΟΛΟ   | 35           | 100,0 | 27               | 100,0 |

p=0,018  $\chi^2=5,597$  β.ε.=1

Η ανάπτυξη και καλλιέργεια κοινωνικών δεξιοτήτων και επικοινωνίας είναι πιθανό να επηρεάζει την προτίμηση των ενοίκων για μια πιο αυτόνομη μορφή στέγασης.

Η εξέταση πιθανών συσχετίσεων με τις υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις.

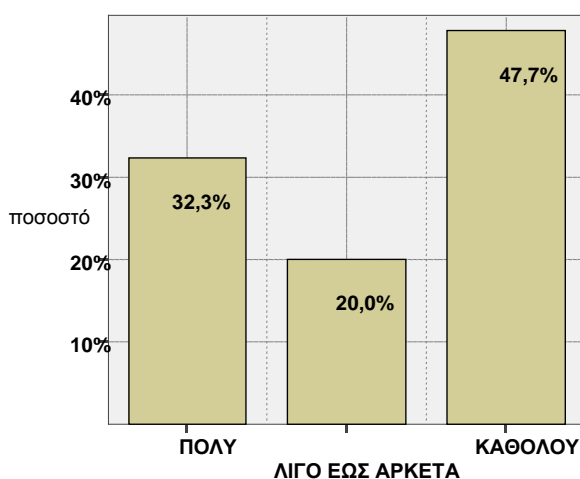


## Βαθμός ετοιμότητας για φιλοξενία από ανάδοχη οικογένεια (Ερ. 14)

Ως προς τον εκφραζόμενο βαθμό ετοιμότητας των ενοίκων-ασθενών στην προοπτική φιλοξενίας τους από ανάδοχη οικογένεια παρατηρούμε πως το 47,7% από αυτούς δεν αισθάνεται καθόλου έτοιμο, ένα ποσοστό 20% δηλώνει λίγο έως αρκετά έτοιμο, ενώ το 32,3% εκφράζει πολύ μεγάλη ετοιμότητα (Γράφημα 41).

ΓΡΑΦΗΜΑ 41 (N=65)

Πόσο έτοιμος νιώθετε να ζήσετε αντί της δομής με οικογένεια που θα σας φιλοξενήσει;



Η στατιστική ανάλυση των ανεξάρτητων μεταβλητών δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

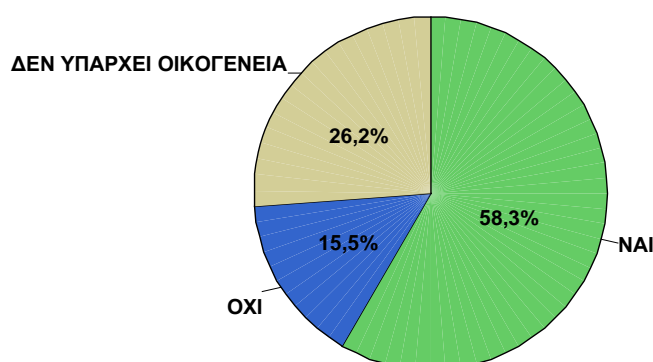
Οφείλουμε να επισημάνουμε εδώ πως ο βαθμός ετοιμότητας των ενοίκων για φιλοξενία από οικογένεια παρουσίασε υψηλή **τάση** εξάρτησης από τη μεταβλητή του χρόνου παραμονής τους στη δομή. Ένοικοι με μακρύτερη παραμονή στη δομή τείνουν να εκφράσουν μεγαλύτερη ετοιμότητα στην προοπτική φιλοξενίας τους από οικογένεια (63,6% έναντι 36,7%) ( $p=0,054$ ,  $\chi^2=3,698$ , β.ε.=1).

## Επιθυμία για διαμονή με τη δική τους οικογένεια αντί της δομής (Ερ. 15)

Στην προοπτική διαμονής με την οικογένειά τους οι ένοικοι υιοθετούν σαφώς πιο θετική στάση συγκριτικά με τις προτεινόμενες μορφές διαβίωσης που προαναφέρθηκαν. Ένα αρκετά υψηλό ποσοστό, της τάξης του 58,3%, δηλώνει πως επιθυμεί να μετακινηθεί αν πρόκειται να κατοικήσει με τη δική του οικογένεια. Αρνητική στάση ως προς αυτό το ενδεχόμενο επιδεικνύει το 15,5%, ενώ το 26,2% δεν έχει δική του οικογένεια (Γράφημα 42).

ΓΡΑΦΗΜΑ 42 (N=84)

**Θα θέλατε να ζήσετε αντί της δομής με τη δική σας οικογένεια;**



Από το σύνολο των ενοίκων που έχουν οικογένεια (N=62) παρατηρούμε πως οι περισσότεροι (79%) επιθυμούν να ζήσουν με αυτήν και μόνο ένα μικρό ποσοστό, της τάξεως του 21%, τοποθετείται αρνητικά.

Γίνεται, λοιπόν, αντιληπτό πως οι περισσότεροι ένοικοι-ασθενείς, ενώ δεν επιθυμούν να αλλάξουν τόπο διαμονής (ανεξάρτητα αν πρόκειται να μετακινηθούν σε Προστατευμένο Διαμέρισμα με συγκατοίκους ή να φιλοξενηθούν από ανάδοχη οικογένεια), εκφράζουν ωστόσο την επιθυμία να κατοικήσουν με τη δική τους οικογένεια. Τα ποσοστά δηλαδή αυξάνονται σε

αξιοσημείωτο βαθμό όταν η προοπτική είναι η διαμονή με τη δική τους οικογένεια.

Στην κατανομή ανά φύλο, δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις, καθώς τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες εμφανίζονται θετικά διακείμενοι στην προοπτική διαμονής με τη δική τους οικογένεια. Αλλά και οι μεταβλητές του είδους της δομής, της ηλικίας του ενοίκου, του χρόνου παραμονής του στη δομή, του χρόνου παραμονής του σε ψυχιατρικά ιδρύματα και του βαθμού λειτουργικότητάς του επίσης δεν διαφοροποίησαν σημαντικά αυτή την επιθυμία, η οποία σε κάθε περίπτωση είναι έντονη.

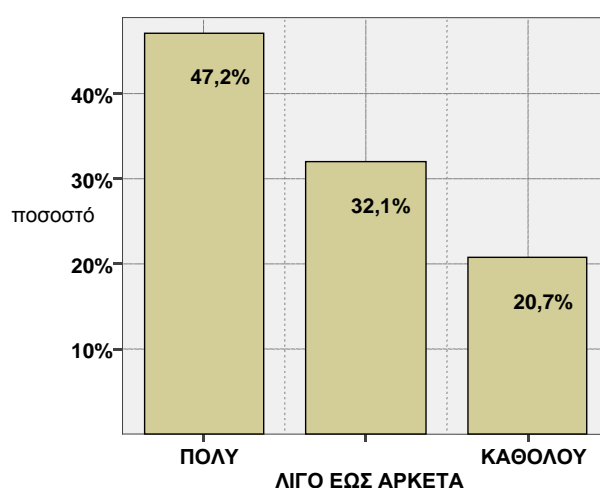
## **Βαθμός ετοιμότητας για διαμονή με τη δική τους οικογένεια (Ερ. 16)**

Οι ένοικοι εξέφρασαν ετοιμότητα για διαμονή με την οικογένειά τους. Συγκεκριμένα, και όπως απεικονίζεται στο Γράφημα 43, υψηλό βαθμό ετοιμότητας εκφράζει το 47,2%, μικρότερη ετοιμότητα αναφέρει το 32,1% και μόνο 20,7% των ενοίκων-ασθενών εμφανίζεται ανέτοιμο.<sup>30</sup>

Παρατηρούμε πως το ποσοστό όσων δεν επιθυμούν να ζήσουν με την οικογένειά τους (21%) σχεδόν ταυτίζεται με το ποσοστό όσων αναφέρουν πως δεν αισθάνονται καθόλου έτοιμοι να κατοικήσουν μαζί της (20,7%).

**ΓΡΑΦΗΜΑ 43 (N=53)**

**Πόσο έτοιμος νιώθετε να ζήσετε αντί της δομής με τη δική σας οικογένεια;**



Ο βαθμός ετοιμότητας των ενοίκων-ασθενών για διαμονή με τη δική τους οικογένεια δεν φάνηκε να επηρεάζεται σημαντικά από το φύλο, την ηλικία, το είδος της δομής, το χρόνο παραμονής στη δομή, το χρόνο παραμονής σε ψυχιατρικά ιδρύματα και το επίπεδο λειτουργικότητας.

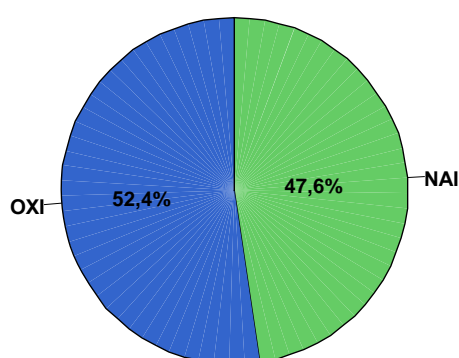
<sup>30</sup> Οι ένοικοι χωρίς οικογένεια δεν έχουν ληφθεί υπόψη στις απαντήσεις.

## Επιθυμία για αυτόνομη διαβίωση (Ερ. 17)

Η έρευνα εξέτασε την επιθυμία των ενοίκων για αυτόνομη διαβίωση σε δικό τους προσωπικό χώρο στην κοινότητα. Από το σύνολο των απαντήσεων προκύπτει πως οι ένοικοι που επιθυμούν να κατοικήσουν μόνοι τους αποτελούν το 47,6%, ενώ αρνητικά τοποθετήθηκε το 52,4% (Γράφημα 44).

ΓΡΑΦΗΜΑ 44 (N=84)

**Θα θέλατε αντί της δομής να κατοικήσετε μόνοι σας σε δικό σας χώρο;**



Ο παράγοντας του φύλου επιφέρει σημαντικές διαφοροποιήσεις στην εκφραζόμενη επιθυμία των ενοίκων για αυτόνομη διαβίωση. Στον Πίνακα 33 διαφαίνεται η σαφώς μεγαλύτερη επιθυμία των ανδρών (55%) για αυτόνομη διαβίωση έναντι της αντίστοιχης των γυναικών (29,2%).

**Πίνακας 33.** Επιθυμία για αυτόνομη διαβίωση ανά φύλο (N=84)

| Θα θέλατε, αντί της δομής να κατοικήσετε μόνοι σας σε δικό σας χώρο; | Άνδρες |       | Γυναίκες |       |
|--|--------|-------|----------|-------|
|  | N      | %     | N        | %     |
| Ναι  | 33     | 55,0  | 7        | 29,2  |
| Όχι  | 27     | 45,0  | 17       | 70,8  |
| ΣΥΝΟΛΟ   | 60     | 100,0 | 24       | 100,0 |

$p=0,032$   $\chi^2=4,587$  β.ε.=1

Αλλά και η λειτουργικότητα επηρεάζει σημαντικά την επιθυμία που εκφράζουν οι ένοικοι. Όσο μεγαλύτερη είναι η λειτουργικότητα του ενοίκου τόσο πιο έντονη είναι και η επιθυμία του για αυτόνομη διαβίωση. Αυτό προκύπτει από τα στοιχεία του Πίνακα 34, όπου οι ένοικοι με υψηλότερη

λειτουργικότητα δηλώνουν πως επιθυμούν να κατοικήσουν μόνοι τους σε δικό τους χώρο σε ποσοστό 61,4%, ενώ ανάλογη επιθυμία εκφράζει το 32,5% των ενοίκων χαμηλότερης λειτουργικότητας.

**Πίνακας 34.** Επιθυμία για αυτόνομη διαβίωση ανά βαθμολογία κλίμακας GAS (N=84)

| Θα θέλατε, αντί της δομής να κατοικήσετε<br>μόνος σας σε δικό σας χώρο; | Έως 47 |       | 48 και άνω |       |
|---|--------|-------|------------|-------|
|   | N      | %     | N          | %     |
| Ναι   | 13     | 32,5  | 27         | 61,4  |
| Όχι   | 27     | 67,5  | 17         | 38,6  |
| ΣΥΝΟΛΟ  | 40     | 100,0 | 44         | 100,0 |

$p=0,008$   $\chi^2=6,998$  β.ε.=1

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την επιθυμία των ενοίκων ανάλογα με το είδος της δομής στην οποία κατοικούν, την ηλικία τους, το χρόνο παραμονής τους στις δομές, καθώς και το χρόνο παραμονής τους σε ψυχιατρικά ιδρύματα.

Από ευρήματα διεθνών ερευνών (Tanzman, 1993<sup>31</sup>) προκύπτει πως η πιο δημοφιλής στεγαστική προτίμηση είναι η αυτόνομη διαβίωση, ενώ δεύτερη σε σειρά προτίμησης είναι η διαμονή με την οικογένεια. Λιγότερο δημοφιλείς είναι οι στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, όπως οι Ξενώνες και τα Προστατευμένα Διαμερίσματα. Επιπλέον, οι ένοικοι εκφράζουν με σαφήνεια την άρνησή τους για παραμονή με άλλους ψυχικά πάσχοντες και δηλώνουν την προτίμησή τους για συγκατοίκηση με ερωτικό σύντροφο ή φίλο, εκφράζοντας έτσι την επιθυμία τους για κοινωνική επανένταξη. Αλλά και στην έρευνα των Tanzman & Yoe (1989), οι ασθενείς αναφέρουν πως προτιμούν να μένουν σε δικό τους σπίτι, μόνοι ή με συγκατοίκους που έχουν επιλέξει οι ίδιοι και όχι με άλλους ψυχικά ασθενείς. Τέλος, και στην έρευνα των Warren & Bell (2000), οι ασθενείς απορρίπτουν την ομαδική στέγαση, επειδή έτσι η ευρύτερη κοινότητα τους αναγνωρίζει ευκολότερα ως πρώην ψυχιατρικούς ασθενείς. Οι απόψεις τους υποδεικνύουν τη σαφή επιθυμία τους να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή.

<sup>31</sup> Η Tanzman (1993) ανασκόπησε 43 μελέτες που σχετίζονταν με τις στεγαστικές προτιμήσεις των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

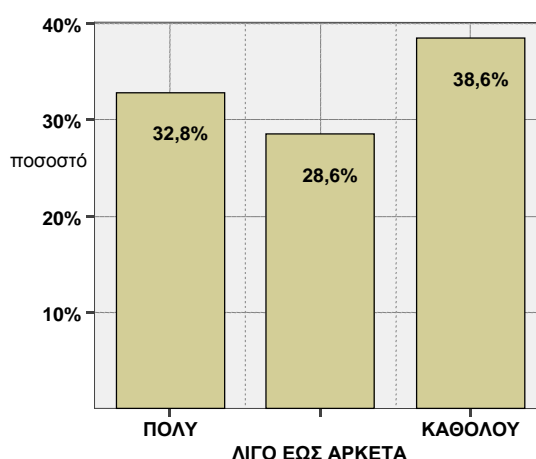
## **Βαθμός ετοιμότητας για αυτόνομη διαβίωση (Ερ. 18)**

Η πλειονότητα των ενοίκων-ασθενών (61,4%) της έρευνάς μας εκφράζει από υψηλή έως μέτρια ετοιμότητα για ανεξάρτητη διαβίωση στην κοινότητα.

Συγκεκριμένα, παρατηρούμε πως το 32,8% των ενοίκων εκφράζει υψηλό βαθμό ετοιμότητας για αυτόνομη διαβίωση σε δικό τους προσωπικό χώρο, το 28,6% παρουσιάζει μικρότερο βαθμό ετοιμότητας, ενώ το 38,6% δηλώνει πως δεν είναι «καθόλου» έτοιμο (Γράφημα 45).

**ΓΡΑΦΗΜΑ 45 (N=70)**

**Πόσο έτοιμος νιώθετε αντί της δομής να κατοικήσετε μόνος σας σε δικό σας χώρο;**



Ο βαθμός ετοιμότητας διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και τη λειτουργικότητα του ενοίκου.

Στη κατανομή ανά φύλο, παρατηρούμε πως οι άνδρες εμφανίζονται σαφώς πιο έτοιμοι να κατοικήσουν μόνι τους (69,2%) σε σχέση με τις γυναίκες (38,9%) (Πίνακας 35).

**Πίνακας 35. Βαθμός ετοιμότητας για αυτόνομη διαβίωση ανά φύλο (N=70)**

| Πόσο έτοιμος νιώθετε για να κατοικήσετε μόνος σας σε δικό σας χώρο; | Άνδρες |       | Γυναίκες |       |
|---|--------|-------|----------|-------|
|   | N      | %     | N        | %     |
| Πολύ + Λίγο έως αρκετά  | 36     | 69,2  | 7        | 38,9  |
| Καθόλου   | 16     | 30,8  | 11       | 61,1  |
| ΣΥΝΟΛΟ  | 52     | 100,0 | 18       | 100,0 |

$p=0,023$   $\chi^2=5,195$  β.ε.=1

Σε ό,τι αφορά την κατανομή ανά ηλικία, παρατηρούμε πως όσο μικρότερη είναι η ηλικία του ενοίκου τόσο μεγαλύτερη ετοιμότητα εκφράζει για αυτόνομη διαβίωση. Τα στοιχεία του Πίνακα 36 δείχνουν πως οι ένοικοι ηλικίας έως 55 ετών εκφράζουν, σε ποσοστό 78,8%, υψηλότερη ετοιμότητα έναντι 47,2% των μεγαλύτερων. Οι νεότεροι ένοικοι-ασθενείς ίσως να έχουν υψηλότερες προσδοκίες.

**Πίνακας 36.** Βαθμός ετοιμότητας για αυτόνομη διαβίωση ανά ηλικία (N=69)

| Πόσο έτοιμος νιώθετε για να κατοικήσετε μόνος σας σε δικό σας χώρο; | Έως 55 ετών |       | 56 ετών και άνω |       |
|---|-------------|-------|-----------------|-------|
|   | N           | %     | N               | %     |
| Πολύ + Λίγο έως αρκετά  | 26          | 78,8  | 17              | 47,2  |
| Καθόλου   | 7           | 21,2  | 19              | 52,8  |
| ΣΥΝΟΛΟ  | 33          | 100,0 | 36              | 100,0 |

$p=0,007$   $\chi^2=7,306$  β.ε.=1

Τέλος, και ο βαθμός λειτουργικότητας του ενοίκου συσχετίζεται θετικά με τον βαθμό ετοιμότητάς του για αυτόνομη διαβίωση. Όσο υψηλότερη είναι η λειτουργικότητα του ενοίκου-ασθενούς τόσο μεγαλύτερη εμφανίζεται και η ετοιμότητα που εκφράζει. Αυτό προκύπτει από τον Πίνακα 37, σύμφωνα με τον οποίο ένοικοι με υψηλότερο βαθμό λειτουργικότητας αισθάνονται «πολύ» ή «λίγο έως αρκετά» έτοιμοι σε ποσοστό 78,9%, έναντι 40,6% των λιγότερο λειτουργικών ασθενών.

**Πίνακας 37.** Βαθμός ετοιμότητας για αυτόνομη διαβίωση ανά βαθμολογία κλίμακας GAS (N=70)

| Πόσο έτοιμος νιώθετε για να κατοικήσετε μόνος σας σε δικό σας χώρο; | Έως 47 |       | 48 και άνω |       |
|---|--------|-------|------------|-------|
|   | N      | %     | N          | %     |
| Πολύ + Λίγο έως αρκετά  | 13     | 40,6  | 30         | 78,9  |
| Καθόλου   | 19     | 59,4  | 8          | 21,1  |
| ΣΥΝΟΛΟ  | 32     | 100,0 | 38         | 100,0 |

$p=0,001$   $\chi^2=10,767$  β.ε.=1

Οι παράγοντες του χρόνου παραμονής στη δομή, του χρόνου παραμονής σε ψυχιατρικά ιδρύματα και του είδους της δομής δεν επιφέρουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τον εκφραζόμενο βαθμό ετοιμότητας.



## 7.4. ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΗ ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΕΝΟΙΚΩΝ-ΑΣΘΕΝΩΝ

Δύο έτη και δέκα μήνες μετά την αρχική καταγραφή, επιστρέψαμε στις ίδιες δομές που είχαμε μελετήσει, για να διαπιστώσουμε την πορεία που ακολούθησαν οι συγκεκριμένοι ένοικοι μέσω της καταγραφής των μετακινήσεων που σημειώθηκαν. Δεδομένου πως οι δομές αυτές δεν έχουν μόνιμο χαρακτήρα και δεν αποτελούν μόνιμη κατοικία αλλά παρέχουν προσωρινή στέγαση σε άτομα με ψυχικές διαταραχές, με στόχο την πλήρη στεγαστική αυτονομήσή τους και την κοινωνική τους επανένταξη, αναζητήσαμε τυχόν μετακινήσεις που σημειώθηκαν και το είδος αυτών των μετακινήσεων. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 38 που ακολουθεί:

**Πίνακας 38.** Μετακινήσεις ενοίκων-ασθενών

| <b>ΠΟΡΕΙΑ ΕΝΟΙΚΩΝ-ΑΣΘΕΝΩΝ</b>       | <b>N</b>  | <b>%</b>     |
|-------------------------------------|-----------|--------------|
| Καμία μετακίνηση                    | 63        | 71,6         |
| Μετακίνηση σε ομοειδή δομή          | 4         | 4,5          |
| Μετακίνηση από Διαμέρισμα σε Ξενώνα | 7         | 8,0          |
| Θάνατοι                             | 10        | 11,4         |
| Μετακίνηση από Ξενώνα σε Διαμέρισμα | 4         | 4,5          |
| Μετακίνηση προς την κοινότητα       | 0         | 0,0          |
| <b>ΣΥΝΟΛΟ</b>                       | <b>88</b> | <b>100,0</b> |

Παρατηρούμε, λοιπόν, πως για 63 ενοίκους (71,6%) δεν σημειώθηκε καμία απολύτως μετακίνηση, 4 ένοικοι (4,5%) σημείωσαν μετακίνηση σε ομοειδή δομή (π.χ. από έναν Ξενώνα σε άλλον), 7 ένοικοι (8%) μετακινήθηκαν από τα Προστατευμένα Διαμερίσματα όπου διέμεναν σε Ξενώνες, 10 άτομα (11,4%) απεβίωσαν, 4 φιλοξενούμενοι (4,5%) μετακινήθηκαν από Ξενώνες σε Προστατευμένα Διαμερίσματα, αλλά κανείς δεν μετακινήθηκε προς την κοινότητα.

Η μελέτη έδειξε πως μόλις 4 ένοικοι μετακινήθηκαν προς πιο αυτόνομες στεγαστικές δομές, ενώ 7 άτομα σημείωσαν αρνητική μετακίνηση (από Προστατευμένο Διαμέρισμα σε Ξενώνα). Καμία μετακίνηση, πάντως, δεν σημειώθηκε προς την κοινότητα.

Από τα παραπάνω στοιχεία για τους ενοίκους-ασθενείς, διαπιστώνεται στασιμότητα ως προς τον τελικό στόχο και ανακύπτουν τα παρακάτω

ερωτήματα: Πώς προδιαγράφεται το μέλλον αυτών των ανθρώπων; Θα υπάρξει γι' αυτούς ζωή έξω από τις δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ή οι ένοικοι-ασθενείς θα συνεχίσουν εσαεί να διαβιούν σε αυτές, χωρίς καμία ελπίδα κοινωνικής επανένταξης; Μήπως, τελικά, πρόκειται για μια απλή μεταστέγαση των ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές από το ψυχιατρείο σε κοινοτικού τύπου ψυχιατρικές μονάδες; Μήπως οδηγούμαστε στη δημιουργία νεοχρόνιων ασθενών μέσα στην κοινότητα;

Οι στεγαστικές δομές έχουν ενοχοποιηθεί για τη δημιουργία νέων μορφών χρονιότητας.<sup>32</sup> Η ανάπτυξη του φαινομένου της χρονιότητας στις νέες δομές έχει ευρύτερα επισημανθεί στη βιβλιογραφία.

Οι Μεγαλοοικονόμου και Λουκάς (1999) σημειώνουν πως «το μέλλον αυτών των ατόμων σαν πολίτες, είναι μπλοκαρισμένο από την ανάπτυξη του νεοϊδρυματισμού». Οι νέες δομές έχουν μέσα τους ένα δυναμικό χρονιοποίησης των ασθενών τους (Αμπατζόγλου, 1995). Ο Λουκάς (2007) αναφέρει χαρακτηριστικά πως «δημιουργήθηκαν στεγαστικές δομές στην κοινότητα, των οποίων η σημαντικότητα αφορά την κτηριακή τους και μόνο υποδομή και οι οποίες κατοικούνται από ανθρώπους που βρίσκονται έξω από την κοινότητα. Τις είδαμε σαν το τέλος της διαδρομής, ενώ θα έπρεπε να είναι το πέρασμα προς την κοινωνική τους επανένταξη», ενώ επισημαίνει πως οι πρακτικές στις νέες δομές είναι οι ίδιες με εκείνες του ασύλου και πως κυριαρχεί το ιδρυματικό μοντέλο.

Και άλλοι ερευνητές (Τομαράς και συν, 2006) σημειώνουν πως η διαδικασία της αποασυλοποίησης μπορεί να συνοδεύεται από νεοϊδρυματισμό, αν το προσωπικό των στεγαστικών δομών διακατέχεται από ιδρυματική νοοτροπία, αν θεωρεί αυτές τις δομές απλώς ενδιάμεσες και όχι μεταβατικές, αν αναπτύξει σε αυτές μόνο λειτουργίες στέγασης και όχι κατοικίας και αν αυτές οι δομές μείνουν αποκομμένες από την κοινότητα και από τις αντίστοιχες υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας.

---

<sup>32</sup> Βλ σχετικά: Université Paris-Nord (1984-1985). "Les nouvelles formes de chronicité en psychiatrie", Cahier No 29, 1984/185, (UER Exp. de Bobigny).

Η Μεταξά (2005) ισχυρίζεται πως ο προβληματισμός για τις ενδιάμεσες στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (είτε πρόκειται για Οικοτροφεία, είτε για Ξενώνες, είτε για Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων) ξεκινά από την ίδια τη φύση τους.

- Πρόκειται για ενδιάμεσες δομές, καταλαμβάνουν δηλαδή ένα χώρο μεταξύ κοινότητας και ψυχιατρείου. Αν και ανήκουν στο «φυσικό χώρο» της κοινότητας, πολλές φορές η τελευταία αρνείται να τις δεχθεί στους κόλπους της, προβάλλοντας αντίσταση.<sup>33</sup> Οι ένοικοι, παρότι διαβιούν στην κοινότητα, δεν έχουν πάρει εξιτήριο από το ψυχιατρείο. Πολλοί συχνά, εξάλλου, διερωτώνται σχετικά με τον προσωρινό ή μόνιμο χαρακτήρα της διαμονής τους σε αυτές, θίγοντας με τον τρόπο αυτό τόσο το ασαφές πλαίσιο των στεγαστικών δομών όσο και την αίσθηση ετεροκαθορισμού της ζωής τους (Γυφτάκη και Κακογιάννη, 2005).
- Η μετακίνηση από το ψυχιατρείο στην κοινότητα συνιστά μετάβαση από μια κατάσταση πλήρους εξάρτησης (ψυχιατρείο) σε μια άλλη σχετικής εξάρτησης (στεγαστική δομή). Η θεραπευτική σχέση είναι σχέση εξάρτησης, που στοχεύει όμως στην οικοδόμηση της ανεξαρτησίας.
- Οι στεγαστικές δομές είναι ταυτόχρονα και ψυχιατρικές δομές· κάθε ψυχιατρική δομή, όσο ελαφριά και αν είναι, όσο ήπιο χαρακτήρα και αν έχει, δεν είναι απαλλαγμένη από τον κίνδυνο της χρονιότητας (Κούριας, 1990). Καθώς επιτελούν παράλληλα διπλό ρόλο (στεγαστικό και θεραπευτικό), το δικαίωμα στη στέγη συγχέεται με την παροχή ψυχιατρικής φροντίδας.

Γίνεται, επομένως, εμφανές ότι πραγματοποιείται μια ευρεία επιστημονική συζήτηση σχετικά με το χαρακτήρα των στεγαστικών δομών, το ρόλο που επιτελούν και τη θέση που λαμβάνουν στην κοινότητα.

---

<sup>33</sup> Είναι γνωστές οι αντιδράσεις της κοινότητας στην εγκατάσταση του κοινοτικού σπιτιού «Θέτις» (Ζαχαριάς και συν, 1994), αλλά και στην περίπτωση του Οικοτροφείου της Αίγινας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

#### 8.1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Από την παρούσα έρευνα, καταγράφηκε υψηλή ικανοποίηση των εργαζομένων στις στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της Θεσσαλίας από την εργασία τους. Εντούτοις, ένα σημαντικό ποσοστό (68,4%) αισθάνεται ότι δυσκολεύεται περισσότερο στην εργασία του στη δομή απ' ό,τι αν δούλευε σε άλλους ψυχιατρικούς χώρους (π.χ. σε νοσοκομείο ή σε κέντρο ψυχικής υγείας). Ο βαθμός της εκφραζόμενης δυσκολίας επηρεάζεται από ένα σύνολο παραγόντων, όπως είναι το είδος της δομής στην οποία εργάζονται, η ηλικία, το μορφωτικό τους επίπεδο, η ειδικότητά τους και ο χρόνος προϋπηρεσίας τους σε ψυχιατρικές υπηρεσίες. Σημαντικά υψηλότερος βαθμός δυσκολίας καταγράφηκε για το νοσηλευτικό προσωπικό, για τους εργαζομένους σε δομές του δημοσίου τομέα, για τις ηλικίες από 31 έως 39 ετών, σε εργαζόμενους χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και με μακρά προϋπηρεσία σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Πιο επιβαρυντικός παράγοντας αναδείχθηκε, όμως, η ειδικότητα, με το νοσηλευτικό προσωπικό να βιώνει τις μεγαλύτερες δυσκολίες.

Παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν όμως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι ίδιοι εκτιμούν πως έχουν τις αντοχές να συνεχίσουν να εργάζονται σε τέτοιου είδους δομές τουλάχιστον για ακόμη δύο έτη, ενώ θα πρέπει να σημειωθεί πως κατά την περίοδο διενέργειας της έρευνας, ο μέσος χρόνος εργασίας τους σε αυτές τις δομές ήταν ήδη περίπου δύο έτη. Φαίνεται πως οι εργαζόμενοι επιθυμούν ένα σταθερό εργασιακό περιβάλλον, χωρίς συχνές μεταβολές, καθώς επισημαίνουν πως η όποια αλλαγή θα πρέπει να πραγματοποιείται αφού συμπληρωθεί τουλάχιστον μία τετραετία στον ίδιο χώρο εργασίας. Ωστόσο, εάν τους δινόταν η δυνατότητα να αλλάξουν χώρο εργασίας, πάνω από το 50% του προσωπικού εκφράζει σκεπτικισμό, καθώς δεν

θα απέκλειε το ενδεχόμενο να αφήσει την παρούσα εργασία του. Σημαντικές διαφοροποιήσεις, ως προς τη συχνότητα αλλαγής χώρου εργασίας, παρατηρήθηκαν ανάλογα με το είδος της δομής, το μορφωτικό επίπεδο, το χρόνο προϋπηρεσίας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και την ειδικότητα. Τακτικότερες αλλαγές εργασιακού περιβάλλοντος προσδοκά το προσωπικό των δομών του δημοσίου τομέα, οι εργαζόμενοι με εκπαίδευση από επτά έως δεκάξι έτη σπουδών, καθώς και όσοι έχουν μεγάλη προϋπηρεσία σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αντίθετα, το βοηθητικό προσωπικό στη συντριπτική του πλειοψηφία (92,6%), δεν επιθυμεί αλλαγή εργασιακού χώρου.

Η στάση των εργαζομένων απέναντι στα άτομα με ψυχικές διαταραχές κρίνεται θετική, καθώς οι περισσότεροι (76,9%) θεωρούν τους ενοίκους-ασθενείς ισότιμα μέλη στην κοινωνία. Περισσότεροι από τους μισούς εργαζομένους που έχουν αναλάβει τη φροντίδα και την αποκατάσταση των ενοίκων-ασθενών συμπεριφέρονται και αντιμετωπίζουν το σύνολο των ενοίκων με τον ίδιο τρόπο, ενθαρρύνοντας όμως πάντοτε τις επιμέρους ικανότητες και δεξιότητες του καθενός. Όσοι υιοθετούν μια εξατομικευμένη προσέγγιση, το κάνουν με κριτήριο την ασθένεια (41,3%), την προσωπικότητα και το νοητικό επίπεδο του ασθενούς (23,9%), το χαρακτήρα και τις ανάγκες του (19,6%) και, τέλος, τη συμπεριφορά του (15,2%).

Το προσωπικό, σχεδόν στο σύνολό του (91%), εκτιμά πως η διαφορετική συμπεριφορά που υιοθετούν οι ένοικοι οφείλεται στην ασθένειά τους. Αλλά και για τη σημερινή κατάσταση που εμφανίζουν οι ένοικοι-ασθενείς, οι εργαζόμενοι των δομών ενοχοποιούν την ίδια τη διαταραχή (67,3%). Ωστόσο σε μικρότερο αλλά αξιοσημείωτο ποσοστό (περίπου ο ένας στους τρεις), εκφράζουν την άποψη ότι η κατάσταση αυτή είναι αποτέλεσμα είτε συνδυασμού των παραγόντων της ασθένειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, είτε αποκλειστικά του κοινωνικού αποκλεισμού που βιώνει ο ασθενής. Οι παράγοντες της ειδικότητας και του χρόνου προϋπηρεσίας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαφοροποιούν σημαντικά τις εκτιμήσεις των εργαζομένων. Το βοηθητικό προσωπικό και οι εργαζόμενοι με τη μικρότερη

προϋπηρεσία σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας (μέχρι ενάμιση έτος), επιρρίπτουν την ευθύνη αποκλειστικά στην ασθένεια σε σημαντικά υψηλότερα ποσοστά.

Διαπιστώθηκε, επίσης, ότι το προσωπικό αντιμετωπίζει με θετικό τρόπο το θεσμό των στεγαστικών δομών, θεωρώντας πως αυτές δημιουργήθηκαν με στόχο την κοινωνική επανένταξη των ενοίκων. Ωστόσο, ένα μικρό ποσοστό (12,6%) θεωρεί πως οι δομές αυτές δημιουργήθηκαν απλώς και μόνο για να κλείσουν τα ψυχιατρεία. Παρά τη θετική στάση τους στη δημιουργία των δομών, ένα σημαντικά υψηλό ποσοστό τους (71%) τοποθετείται αρνητικά στην προοπτική πλήρους αποθεραπείας των ενοίκων και πάνω από το 50% διατηρεί αμφιβολίες ως προς την κοινωνική τους επανένταξη και την αποδοχή τους από την τοπική κοινότητα.

Τέλος, σε ό,τι αφορά τη στάση του προσωπικού απέναντι στην αναδοχή ασθενών, αυτή είναι μάλλον αρνητική, εάν μάλιστα λάβουμε υπόψη ότι τα άτομα που εργάζονται επαγγελματικά στο χώρο της ψυχικής υγείας αναμένεται να είναι και οι καταλληλότεροι υποψήφιοι ανάδοχοι. Στην έρευνά μας, το 91,6% των ερωτηθέντων εξέφρασε αβεβαιότητα, σκεπτικισμό και άρνηση, ενώ μόνο το 8,4% επέδειξε θετική στάση, δήλωσαν δηλαδή πως θα δέχονταν να γίνουν ανάδοχοι κάποιου ασθενούς.

## **8.2. ΕΝΟΙΚΟΙ-ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Από την πλευρά των ενοίκων-ασθενών καταγράφηκε υψηλός βαθμός ικανοποίησης από τον προσωπικό τους χώρο στη δομή. Ο βαθμός ικανοποίησης επηρεάζεται όμως από τους παράγοντες του χρόνου παραμονής σε ψυχιατρικά ιδρύματα και της ηλικίας. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με σύντομη περίοδο νοσηλείας σε ψυχιατρικά ιδρύματα, καθώς και οι γηραιότεροι ένοικοι, εξέφρασαν σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης από τον προσωπικό τους χώρο στις δομές.

Παράλληλα, στην πλειονότητά τους, προσλαμβάνουν θετικά τις σχέσεις τους με τα μέλη του προσωπικού και αισθάνονται τη σχέση αυτή περισσότερο φιλική παρά επαγγελματική. Άλλωστε, και οι ίδιοι εξέφρασαν την προτίμηση

φιλικών παρά επαγγελματικών σχέσεων με τα μέλη του προσωπικού. Ωστόσο, ανάλογα με το είδος της δομής στην οποία διαβιούν, το φύλο και την ηλικία τους, διαφοροποιείται σημαντικά η ποιότητα των σχέσεών τους με το προσωπικό. Συγκεκριμένα, συνάγεται πως όσοι κατοικούν σε δομές του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα, οι γυναίκες και οι πιο ηλικιωμένοι ένοικοι αναπτύσσουν σημαντικά καλύτερες σχέσεις με το προσωπικό. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι σημαντικά φιλικότερες σχέσεις αναπτύσσουν οι γυναίκες, οι πιο λειτουργικοί ένοικοι και όσοι διαμένουν σε δομές του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα.

Θετικές είναι οι αντιλήψεις τους για τις προθέσεις του προσωπικού απέναντί τους, καθώς πιστεύουν πως ενδιαφέρεται πραγματικά για τα προβλήματα και τις ανάγκες τους, ενώ θετικά επίσης αξιολογούν και τις υπηρεσίες που τους παρέχονται μέσα στη δομή. Ως προς το χρόνο υποστήριξης και εποπτείας από το προσωπικό, μια οριακή πλειοψηφία (55,2%) επισημαίνει ότι επιθυμεί λιγότερη εποπτεία. Το 65,1% δηλώνει ότι προτιμά περισσότερο ελεύθερο χρόνο παρά απασχόληση και δραστηριότητες στις δομές.

Οι ένοικοι διατηρούν καλές σχέσεις και με τους συγκατοίκους τους. Το είδος της δομής και ο βαθμός λειτουργικότητας επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα των μεταξύ τους σχέσεων. Σημαντικά καλύτερες σχέσεις αναπτύσσουν οι ένοικοι που διαβιούν σε δομές του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα, ενώ παράλληλα όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο λειτουργικότητας του ενοίκου τόσο καλύτερες είναι και οι σχέσεις που καλλιεργεί με τους συγκατοίκους του.

Σύμφωνα με την έρευνα, όταν οι ένοικοι έρχονται σε επαφή με την τοπική κοινότητα, αισθάνονται πολύ ή αρκετά άνετα. Το υψηλό επίπεδο λειτουργικότητας διευκολύνει την επαφή με την τοπική κοινότητα, καθώς οι λειτουργικότεροι ένοικοι έχουν σημαντικά μεγαλύτερη άνεση.

Η παρούσα μελέτη επιχείρησε να διερευνήσει και τις στεγαστικές προτιμήσεις των ενοίκων στην προοπτική μετακίνησής τους σε λιγότερο προστατευμένες μορφές διαμονής. Παρατηρούμε λοιπόν πως στην πλειονότητά τους οι ένοικοι των Ξενώνων και των Οικοτροφείων δεν επιθυμούν να

μετακινηθούν σε Προστατευμένα Διαμερίσματα, αν και όσοι ήδη κατοικούν σε αυτά δηλώνουν σαφή προτίμηση έναντι των Ξενώνων, επισημαίνοντας πως είναι πιο ελεύθεροι, έχουν περισσότερη ησυχία και αισθάνονται πως ζουν κανονικά στην κοινωνία όπως όλοι οι άνθρωποι. Παρά την αρνητική στάση που εκφράζουν απέναντι σε μια τέτοια προοπτική μετακίνησης, το 53,7% των ενοίκων εκφράζει κάποιο βαθμό ετοιμότητας για τη μετεγκατάσταση αυτή. Μεγαλύτερη ετοιμότητα τείνουν να επιδεικνύουν όσοι διαθέτουν υψηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας.

Ως προς την προοπτική φιλοξενίας από ανάδοχη οικογένεια, η πλειονότητα των ενοίκων διάκειται επίσης αρνητικά. Ωστόσο, το 52,3% από αυτούς εκφράζει ένα σχετικό βαθμό ετοιμότητας. Ο παράγοντας του χρόνου παραμονής στη δομή συσχετίζεται θετικά με την επιθυμία τους να φιλοξενηθούν από ανάδοχη οικογένεια και φαίνεται πως τείνει να επηρεάζει επίσης θετικά την ετοιμότητά τους ως προς αυτή την προοπτική. Οι ένοικοι με μεγαλύτερη παραμονή στις δομές εκφράζουν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό την επιθυμία να μετακινηθούν από τη δομή και να φιλοξενηθούν από ανάδοχη οικογένεια.

Σε αντίθεση με την αρνητική στάση που επιδεικνύουν απέναντι σε μια ενδεχόμενη φιλοξενία από ανάδοχη οικογένεια, διαπιστώνουμε πως, από το σύνολο των ενοίκων που διαθέτουν δική τους οικογένεια, σε ποσοστό 79% επιθυμούν να κατοικήσουν με αυτήν. Ανάλογο είναι και το ποσοστό όσων δηλώνουν ετοιμότητα. Είναι, λοιπόν, αξιοσημείωτο ότι, ενώ στην πλειονότητά τους οι ένοικοι δεν επιθυμούν να μετακινηθούν σε Προστατευμένο Διαμέρισμα ή να φιλοξενηθούν από ανάδοχη οικογένεια, υιοθετούν σαφέστατα ευνοϊκότερη στάση στην προοπτική διαβίωσης με τη δική τους οικογένεια. Αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι ένοικοι-ασθενείς τρέφουν θετικά συναισθήματα για την οικογένειά τους. Το παραπάνω εύρημα κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό για τη σχέση ασθενούς και οικογένειας και θα πρέπει να αξιοποιηθεί κατάλληλα από όλους τους εμπλεκόμενους με την ψυχιατρική φροντίδα και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές.



Ως προς την προοπτική της αυτόνομης διαβίωσης σε προσωπικό χώρο, επιθυμία εκφράζει το 47,6% των ενοίκων έναντι του 52,4% που τοποθετείται αρνητικά. Ανάλογα με το φύλο και το βαθμό λειτουργικότητας του ενοίκου οι απαντήσεις διαφοροποιούνται σημαντικά. Συγκεκριμένα, οι άνδρες και οι ένοικοι με υψηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας επιθυμούν περισσότερο να κατοικήσουν αυτόνομα. Το 61,4% των ενοίκων εκφράζει ετοιμότητα για αυτόνομη διαβίωση στην κοινότητα. Ωστόσο, ο βαθμός ετοιμότητας διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και τη λειτουργικότητα του ενοίκου. Συγκεκριμένα, υψηλότερος βαθμός ετοιμότητας καταγράφηκε για τους άνδρες, για τους νεότερους ηλικιακά και για τους λειτουργικότερους ενοίκους.

Τέλος, ελέγχθηκε η υπόθεση του νεοϊδρυματικού χαρακτήρα των εξεταζόμενων στεγαστικών δομών μέσω της καταγραφής των μετακινήσεων των ενοίκων. Παρατηρήθηκε στασιμότητα, καθώς έπειτα από επτά έτη συνεχιζόμενης παραμονής των ενοίκων-ασθενών στις δομές, μόλις 4 ένοικοι μετακινήθηκαν προς πιο αυτόνομες στεγαστικές δομές, ενώ καμία μετακίνηση δεν σημειώθηκε προς την κοινότητα, διαπίστωση η οποία οδηγεί στο συμπέρασμα περιορισμένων προοπτικών κοινωνικής επανένταξης των ενοίκων.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο δημόσιος διάλογος για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση έχει ανοίξει πάνω από μια εικοσιπενταετία στην Ελλάδα. Με την εφαρμογή της, παράλληλα με την ανάπτυξη ενός πολύπλευρου δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, επιχειρείται η έξοδος χρόνιων ασθενών από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας με τελικό στόχο τον αποϊδρυματισμό και την κοινωνική τους επανένταξη. Η συρρίκνωση των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων έχει σε μεγάλο βαθμό επιτευχθεί και μάλιστα σε κάποιες περιπτώσεις έχουμε και την οριστική κατάργησή τους. Οι ασθενείς έχουν μεταφερθεί και διαβιούν πλέον σε προστατευμένους χώρους στέγασης στην κοινότητα.

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα μελέτη αποτέλεσε ένα εγχείρημα καταγραφής και ανάλυσης των στάσεων και των αντιλήψεων αφενός μεν του προσωπικού των κοινοτικών στεγαστικών δομών του Προγράμματος «Ψυχαργός» στη Θεσσαλία, αφετέρου δε των ενοίκων-ασθενών των ίδιων δομών. Η υπόθεση του νεοϊδρυματικού χαρακτήρα των δομών αυτών ελέγχθηκε μέσω της καταγραφής των μετακινήσεων των ενοίκων.

Ιδιαίτερα ενθαρρυντική για την πορεία των προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης μπορεί να θεωρηθεί η ικανοποίηση που αισθάνονται οι ένοικοι από τη διαβίωσή τους στις εξεταζόμενες δομές. Οι ένοικοι έχουν αναπτύξει ατομικές και κοινωνικές δεξιότητες, διατηρούν καλές σχέσεις με το προσωπικό και τους συγκατοίκους τους, έχουν πρόσβαση στην τοπική κοινότητα και, παράλληλα, εκφράζουν ικανοποίηση από τον ίδιο το χώρο κατοικίας τους και τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Η διαβίωση, όμως, του ασθενούς στην κοινότητα δεν συνεπάγεται αυτόματα και την κοινωνική του επανένταξη. Πέραν, λοιπόν, της αναμφισβήτητης βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ενοίκων στις στεγαστικές δομές, παραμένει κρίσιμο το ερώτημα κατά πόσο η μετάβασή τους από τα κλειστά ψυχιατρικά ιδρύματα σε προστατευμένους χώρους στέγασης στην

κοινότητα θα έχει ως τελικό αποτέλεσμα την κοινωνική τους επανένταξη. Στο θέμα αυτό, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας δεν είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά, καθώς καμία μετακίνηση δεν σημειώθηκε προς την κοινότητα έως την ολοκλήρωση της έρευνας, παρότι αρκετοί ένοικοι εκδήλωσαν σαφή επιθυμία να κατοικήσουν αυτόνομα σε δικό τους προσωπικό χώρο και εξέφρασαν και ανάλογη ετοιμότητα. Αρνητική, άλλωστε, ήταν και η εκτίμηση των εργαζομένων στις δομές αναφορικά με την προοπτική πλήρους αποθεραπείας των ενοίκων, ενώ ακόμη εξέφρασαν και σκεπτικισμό ως προς την αποδοχή των ατόμων αυτών από την τοπική κοινότητα, παρά τη θετική τους στάση ως προς τη δημιουργία του θεσμού για πλήρη κοινωνική επανένταξη των ασθενών. Εγείρεται, επομένως, προβληματισμός για το εάν οι στεγαστικές δομές έχουν προσωρινό χαρακτήρα ή αποτελούν μόνιμη και τελική λύση για τους ανθρώπους αυτούς.

Ο αποϊδρυματισμός των ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές δεν εξαντλείται στο κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων και στη μεταφορά των ασθενών σε προστατευμένους χώρους στέγασης στην κοινότητα, αλλά θα έπρεπε να στοχεύει στην ουσιαστική κοινωνική επανένταξη, η οποία μέχρι σήμερα δεν έχει πλήρως επιτευχθεί. Οι στεγαστικές δομές κινδυνεύουν να μετατραπούν σε μικρά ιδρύματα, αναπαράγοντας νέες μορφές ιδρυματικής περίθαλψης και με ορατή κατάληξη τη δημιουργία νεοχρόνιων ασθενών μέσα στην κοινότητα, με περιορισμένες δυνατότητες κοινωνικής επανένταξης.

Συνεπώς, καθίσταται αναγκαίος ο επανασχεδιασμός των προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, με έμφαση στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση και με γνώμονα ότι η επιστροφή των ασθενών στην κοινότητα είναι τελικά εφικτή.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Abrahamson D., Leitner N., Sasan S.** (1995). Readmissions from registered care homes, *Psychiatric Bulletin*, 19: 734-736
2. **Ackerknecht E.H.** (1982). *A short History of Medicine*. Ελληνική έκδοση: *Ιστορία της ιατρικής*, Αθήνα: Μαραθιάς 1998, σσ. 287-288
3. **Almeida-Filho N., Mari J. de, Coutinho E., Franca J.F., Fernandes J., Andreoli S.B., Busnello E.D.** (1997). Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity, Methodological features and prevalence estimates, *British Journal of Psychiatry*, 171: 524-529
4. **American Psychiatric Association** (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*, Washington DC: American Psychiatric Association
5. **Andrews G., Teesson M., Steward G., Houtt J.** (1990). Follow-up community placement of the chronic mentally ill in New South Wales, *Hospital and Community Psychiatry*, 41: 184-188
6. **Anthony W.A., Cohen M., Cohen B.** (1983). The philosophy, treatment process and principles of the psychiatric rehabilitation approach, *New Directions in Mental Health*, 17: 67-69
7. **Anthony W.A., Cohen M., Farkas M.** (1988). Professional pre-service training for working with the long-term mentally ill, *Community Mental Health Journal*, 24: 258-269
8. **Anthony W.A., Cohen M.R., Farkas M.D.** (1990). *Psychiatric Rehabilitation*, Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University
9. **Anthony W.A., Cohen M., Farkas M.** (1999). The future of psychiatric rehabilitation, *International Journal of Mental Health*, 28: 48-68
10. **Arns P.G., Linney J.A.** (1995). Relating functional skills of severely mentally ill clients to subjective and societal benefits, *Psychiatric Services*, 46: 260-265

11. **Assimopoulos C.** (1998). "Reform", developments and prevailing trends in mental health care in Greece, *Social Work in Europe*, 5 (1): 41-48
12. **Audisio M.** (1978). *La psychiatrie de secteur*, Toulouse: Privat
13. **Bachrach L.** (1977). *Deinstitutionalization: An analytical review and sociological perspective*, Rockville, MD: National Institute of Mental Health, Division of Biometry and Epidemiology
14. **Bachrach L.** (1988). Defining chronic mental illness: A concept paper, *Hospital and Community Psychiatry*, 39: 1257-1258
15. **Bachrach L.** (1994). Residential planning: Concepts and themes, *Hospital and Community Psychiatry*, 45: 202-203
16. **Bairaktaris K.** (1984). *Anstaltspsychiatrie in Griechenland*, Münster: Lit Verlag, pp. 200
17. **Barry M.M., Crosby C.** (1995). Assessing the impact of community placement on quality of life, In C. Crosby, M.M. Barry (eds), *Community Care: Evaluation of the Provision of Mental Health Services*, Aldershot, UK: Avebury Press, pp. 137-168
18. **Barry M.M., Crosby C.** (1996). Quality of life as a evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders, *British Journal of Psychiatry*, 168: 210-216
19. **Barton R.** (1959). *Institutional Neurosis*, Bristol: Wright
20. **Basaglia F.** (ed) (1970). *L'institution en négation*, Paris: Seuil
21. **Basaglia F.** (ed) (1977). *Qu'est-ce que la psychiatrie?*, Paris: P.U.F.
22. **Bellack A.S., Mueser K.E., Gingerich S.G., Agresta J.** (1997). *Social skills training for schizophrenia*, New York: Guilford Press
23. **Bennett D.H.** (1990). Grossbritannien: Psychiatrie im Wandel, In A. Thom, E. Wulff, *Psychiatrie im Wandel*, Bonn: Psychiatrie-Verlag
24. **Bhugra D.** (1989). Attitudes toward mental illness: A review of the literature, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80: 1-12
25. **Bleu A.V.** (1993). Greek psychiatry's transition from the hospital to the community, *Medical Anthropology Quarterly*, 7: 301-308

26. **Brooks G.** (1988). Reflections on the Vermont story or foresight, insight and hindsight, *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 13: 21-24
27. **Brown G.W.** (1960). Length of hospital stay and schizophrenia: A review of statistical studies, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 35: 414-430
28. **Butler R.J., Rosenthal G.** (1976). Behaviour and rehabilitation: Development of an in-service training course, *Nursing Times*, 5 February, 191-193
29. **Caplan G.** (1964). *Principles of preventive Psychiatry*, New York: Basic Books
30. **Carling, P.J.** (1990). Supported housing: An evaluation agenda, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13: 95-104
31. **Carling, P.J.** (1993). Housing and supports for persons with mental illness: Emerging approaches to research and practice, *Hospital and Community Psychiatry*, 44 (5): 439-449
32. **Caudill W.A.** (1958). *The Psychiatric Hospital as a Small Society*, Cambridge, MA: Harvard University Press
33. **Chanoit P.G.** (1996). L'avenir de la psychiatrie sociale, In P.G. Chanoit & J. de Verbizier (eds), *Les nouvelles inadaptations*, Toulouse: Erès, pp. 237-245
34. **Chisholm D., Hallam A.** (2001). Changes to the hospital-community balance of mental health care: Economic evidence from two UK studies, In H. Brenner & W. Boeher (eds), *The Treatment of Schizophrenia – Status and Emerging Trends*, Kirkland: Hogrefe & Huber, pp. 210-224
35. **Corrigan P.W., Lundin R.K.** (2001). *Don't Call me Nuts! Coping with the Stigma of Mental Illness*, Illinois: Abana Press
36. **Crisp A.H., Gelder, M.G., Goddard E., Meltzer H.I.** (2005). Stigmatisation of people with mental illnesses: A follow-up study within the Changing Mind campaign of the Royal College of Psychiatrists, *World Psychiatry*, 4 (2): 106-113
37. **Crosby C., Barry M.M.** (1995). *Community Care: Evaluation of the Provision of Mental Health Services*, Aldershot: Avebury Press

38. **Crosby C., Carter M.F., Barry M.M.** (1995). The care process: Care environments, care management and staff attitudes, In C. Crosby & M.M. Barry (eds), *Community Care: Evaluation of the Provision of Mental Health Services*, Aldershot: Avebury Press
39. **Dell' Acqua G.** (1991). Without Mental Hospital. The criteria for deinstitutionalization: The Trieste experiment, In *Changing Mental Health Care in the Cities of Europe*, Amsterdam: W.H.O. Conference
40. **Dixon L., Lehman A.F.** (1995). Family interventions for schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 21: 631-643
41. **Donnelly M., McGilloy S., Mays N., Perry S., Knapp M., Kavanagh S., Beecham J., Fenyo A., Astin J.** (1994). *Opening New Doors: An evaluation of community care for people discharged from psychiatric and mental handicap hospitals*, London: HMSO
42. **Economou M., Gramandani C., Richardson C., Stefanis C.** (2005). Public attitudes towards people with schizophrenia in Greece, *World Psychiatry*, 4 (Suppl.1): 40-44.
43. **Ekdawi M., Conning A.** (1994). *Psychiatric rehabilitation: A practical Guide*, London: Chapman & Hall
44. **Endicott J., Spitzer R., Fleiss J., Cohen J.** (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatry disturbance, *Archives of General Psychiatry*, 33 (6): 766-771
45. **Foucault M.** (1964). *Histoire de la folie, à l'âge classique*, Editions Gallimard. Ελληνική έκδοση: *Ιστορία της τρέλας*, Αθήνα: Ηριδανός 2004
46. **Franklin B.J.** (1998). Forms and functions: assessing housing need in the community care context, *Health and Social Care in the Community*, 6: 420-428
47. **Freudenberger H.J.** (1974). Staff burnout, *Journal of Social Issues*, 30: 159-165
48. **Gentis R.** (1970). *Les murs de l'asile*. Ελληνική έκδοση: *Πίσω από τα τείχη του ασύλου*, Δίοδος, Αθήνα 1983

49. **Gibbons J.S., Butter J.P.** (1987). Quality of life for 'new' long stay psychiatric in-patients: The effects of moving to a hostel, *British Journal of Psychiatry*, 151: 347-354
50. **Goffman E.** (1961). *Asylums*, London: Anchor Books Doubleday. Ελληνική έκδοση: *Ασυλα*, Αθήνα: Ευρύαλος 1994
51. **Goffman E.** (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, London: Penguin Books. Ελληνική έκδοση: *Στίγμα: Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας*, Αθήνα: Αλεξάνδρεια 2001
52. **Goldberg M.A., Searight H.R., Katz B.M., Jacobi K.A., Austrin H., D'Andrea J.** (1991). A competency-based measure to aid residential placement decisions: The Community Competence Scale-Short Form, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15: 81-85
53. **Goldman H.H., Gatozzi A.A., Taube C.A.** (1981). Defining and counting the chronically mentally ill, *Hospital and Community Psychiatry*, 32: 21-27
54. **Goldman H.H.** (1984). The chronically mentally ill: Who are they? Where are they? In M. Mirabi (ed), *The Chronically Mentally Ill: Research and Services*, New York: Spectrum Publications, pp. 33-34
55. **Gounis K., Susser E.** (1990). Shelterization and its implications for mental health services, In N. Cohen (ed), *Psychiatry takes to the streets*, New York: Guilford
56. **Grove B., Henderson J., Marturini S.** (2002). *Τελική έκθεση προς το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής και τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας*, Αθήνα
57. **Hinshelwood R.D., Skogstad W.** (2000). *Observing Organizations: Anxiety, Defense and Culture in Health Care*, London: Routledge
58. **Hobbs C., Newton L., Tennant C., Rosen A., Tribe K.** (2001). Deinstitutionalization for long-term mental illness: a 6-year evaluation, *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 36: 60-66
59. **Hogan, M.F., Carling, P.J.** (1992). Normal housing: A key element of a supported housing approach for people with psychiatric disabilities. *Community Mental Health Journal*, 28 (3): 215-226



60. **Holloway F., Lavender A.** (1988). "Conclusion", In A. Lavender & F. Holloway (eds), *Community Care in Practice*, New York: Wiley
61. **Jervis G.** (1970). Crise de la psychiatrie et contradictions institutionnelles  
In F. Basaglia (ed), *L'institution en négation*, Paris: Seuil, pp. 227-246
62. **Jorm A.F., Korten A.E., Jacomb P.A., Christensen H., Henderson S.** (1999). Attitudes towards people with a mental disorder: A survey of the Australian public and health professionals, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33: 77-83
63. **Koutrelakos J., Zarnari O.** (1983). Opinions about mental illness: A comparison of American and Greek social work students in 1969 and 1979, *Psychological Reports*, 53: 71-80
64. **Lauber C., Nordt C., Falcato L., Rossler W.** (2004). Factors influencing social distance toward people with mental illness, *Community Mental Health Journal*, 40: 265-274
65. **Lauber C., Nordt C., Braunschweig C., Rossler W.** (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients?, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (Suppl.429): 51-59
66. **Lebovici, S., Σακελλαρόπουλος Π.** (επιμ) (1989). *Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Α' Τόμος*, Αθήνα: Καστανιώτης
67. **Lebovici, S., Σακελλαρόπουλος Π.** (επιμ) (1990). *Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Β' Τόμος*, Αθήνα: Καστανιώτης
68. **Leff J.** (1997). *Care in the community: Illusion or Reality?*, London: John Wiley & Sons
69. **Lehman A.F., Possidente S., Hawker, F.** (1986). The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences, *Hospital and community Psychiatry*, 37: 901-907
70. **Lehman A.F., Slaughter J.G., Myers C.P.** (1991). Quality of life in alternative residential setting, *Psychiatric Quarterly*, 62: 35-49
71. **Liberman R.P.** (1988). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*, New York: Academic Psychiatric Press

72. **Linehan M.M., Armstrong H.E., Smarez A., Allmon D., Heard H.L.** (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients, *Archives of General Psychiatry*, 48: 1060-1064
73. **Lovell A.** (1996). Mobilité des cadres et psychiatrie “hors de mur”, In I. Joseph, & J. Proust (eds), *La folie dans la place*, σειρά Raisons Pratiques (7), Paris: *Editions des Hautes Etudes en Sciences Humaines*, pp. 55-81
74. **Macpherson R., Shepherd G., Edwards T.** (2004). Supported accommodation for people with severe mental illness: a review, *Advances in Psychiatric Treatment*, 10: 180-188
75. **Madianos M., Madianou D., Vlachonicolis J., Stefanis C.N.** (1987). Attitudes toward mental illness in the Athens area: Implications for community mental health intervention, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75: 158-165
76. **Marmot M., Wilkinson R.G.** (1999). *Social Determinants of Health*, London: Oxford University Press
77. **Maslach C.** (1982). *Burnout: The Cost of Caring*, New Jersey: Prentice Hall Inc
78. **Maslach C., Jackson S.E.** (1986). *Maslach Burnout Inventory (manual)*, 2nd Edition, Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press
79. **Minkoff K.** (1979). A map of chronic mental patients, In J.A. Talbott (ed), *The Chronic mental patients*, Washington, DC: American Psychiatric Association, pp.17-37
80. **Minkoff K.** (1987). Resistance of mental health professional to working with people with serious mental illness, *New Directions for Mental Health Services*, 33: 334-337
81. **Mirabi M., Weinman M.L., Magnetti S.M., Keppler K.N.** (1985). Professional attitudes toward the chronic mentally ill, *Hospital and Community Psychiatry*, 36: 404-405
82. **Moore G.** (2003). Η δημιουργία και η λειτουργία των οικοτροφείων και των προστατευμένων διαμερισμάτων στην Αγγλία, στο Δ. Δαμίγος (επιμ),

*Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη*, Αθήνα: Παπαζήσης

83. **Naboisek H., Simmons O.G., Mathews D.M., Gath S.H.** (1957). Hospital image and post-hospital experience, In M. Greenblatt, D.J. Levinson, R.H. Williams (eds), *The patient and the mental hospital*, Glencoe, Illinois: The Free Press
84. **Okin R.L., Dolnich J.A., Pearsall D.T.** (1983). Patient's perceptions on community alternatives to hospitalization: A follow-up study, *American Journal of Psychiatry*, 140: 1460-1464
85. **Okin R.L., Pearsall D.** (1993). Patients' perceptions of their quality life 11 years after discharge from a state hospital, *Hospital and Community Psychiatry*, 44: 236-240
86. **Okin R.L., Borus J.F., Baer L., Jones A.L.** (1995). Long-term outcome of state hospital discharged into structured community residential settings, *Psychiatric Services*, 46: 73-78
87. **Oliver N., Kuipers E.** (1996). Stress and its relationship to expressed emotion in community mental health workers, *International Journal of Social Psychiatry*, 42: 150-159
88. **Owen C., Rutherford V., Jones M., Wright C., Tennant C., Smallman A.** (1996). Housing accommodation preferences of people with psychiatric disabilities, *Psychiatric Services*, 47: 628-632
89. **Penn D.L., Guynan K., Daily T., Spaulding W.D., Garbin C.P., Sullivan M.** (1994). Dispelling the stigma of schizophrenia: What sort of information is best?, *Schizophrenia Bulletin*, 20: 567-578
90. **Phelan J., Link B., Stueve A., Pescosolido B.** (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: what is mental illness and is it to be feared?, *Journal of Health and Social Behavior*, 41: 188-207
91. **Phillips D.L.** (1967). Identification of mental illness: Its consequences for rejection, *Community Mental Health Journal*, 3: 262-266

92. **Piat M., Ricard N., Lesage A.** (2006). Evaluating life in foster homes for persons with serious mental illness: Resident and caregiver perspectives, *Journal of Mental Health*, 15 (2): 227-242
93. **Pirella A.** (1970). La négation de l'hôpital psychiatrique traditionnel In F. Basaglia (ed), *L'institution en négation*, Paris: Seuil, pp. 211-245
94. **Pirella A., Casagrande D.** (1977). John Conolly, de la philanthropie à la psychiatrie sociale, In F. Basaglia (ed), *Qu'est-ce que la psychiatrie?*, Paris: P.U.F., pp. 173-192
95. **Rabkin J.** (1974). Public attitudes towards mental illness. A review of the literature, *Schizophrenia Bulletin*, 10: 9-33
96. **Raynes N.V., Pratt M.W., Roses S.** (1979). *Organizational structure and the care of the mentally retarded*, London: Groom Helm
97. **Ridgway, P., Zipple A.M.** (1991). The paradigm shift in residential services: From the linear continuum to supported housing approaches, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13: 11-31
98. **Rosenhan D.L.** (1973). On being sane in insane place, *Science*, 179: 250-258
99. **Rotelli F., De Leonardis O., Mauri D.** (1987). Desinstitutionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los "países avanzados"), *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiátrica*, Vol.VII, 21
100. **Rothman D.** (1971). *The Discovery of the Asylum*, Boston, MA: Little Brown
101. **Rothman D.** (1980). *Conscience and convenience: The Asylums and its Alternatives in Progressive America*, Boston, MA: Little Brown
102. **Salokangas R.** (1994). Community care and need for treatment of schizophrenic patients in Finland, *British Journal of Psychiatry*, 164 (suppl. 23): 115-120
103. **Sartorius N.** (1997). Fighting Schizophrenia and its stigma: A new World Psychiatric Association education programme, *British Journal of Psychiatry*, 170: pp. 297

- 104. Sartorius N.** (1998). Stigma: what can psychiatrists do about it?, *The Lancet*, 352, (9133): 1058-1059
- 105. Scheff T.J.** (1966). *Being mentally ill: A Sociological Theory*, Chicago, IL: Aldine
- 106. Shepherd G., King C., Tilbury J., Fowler D.** (1995). Implementing the Care Programme Approach, *Journal of Mental Health*, 4: 261-274
- 107. Shepherd G., Muijen M., Dean R., Cooney M.** (1996). Residential care in hospital and in the community – Quality of care and quality of life, *British Journal of Psychiatry*, 168: 448-456
- 108. Shepherd G., Beadsmoore A., Moore C., Hardy P., Muijen M.** (1997). Relation between bed use, social deprivation, and overall bed availability in acute psychiatric units, and alternative residential options: A cross sectional survey, one-day census data, and staff interviews, *British Medical Journal*, 314: 262-266
- 109. Shepherd G., Murray A.** (2001). Residential care, In G. Thornicroft & G. Szmukler (eds), *Textbook of Community Psychiatry*, Oxford: Oxford University Press, pp. 309-320
- 110. Sommer R., Osmond H.** (1961). Symptoms of institutional care, *Social Problems*, 8 (3): 254-263
- 111. Sommer R., Witney G.** (1961). The chain of chronicity, *American Journal of Psychiatry*, 118: 111-117
- 112. Stanton A.H., Schwartz M.S.** (1954). *The Mental Hospital*, New York: Basic Books
- 113. Stylianidis S.F., Panteliadou S.M., Chondros P.C.** (2008). Evaluation of the rehabilitation process in Greek Community: Residential homes resettlement from Greek Psychiatric Hospital, *The International Journal of Social Rehabilitation*, 13 (1): 31-38
- 114. Tansella M., Thornicroft G.** (2001). *Mental Health Outcome Measures*, 2nd Edition, Glasgow: Gaskell
- 115. Tansman B.H., Yoe J.T.** (1989). *Report of the Vermont Division of Mental Health on the Consumer Housing and Supports Preference Survey*,

Burlington, VT: Center of Community Change Through Housing and Support

116. **Tanzman B.** (1993). An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services, *Hospital and Community Psychiatry*, 44: 450-455
117. **Tenety M., Kiselica M.S.**, (2000). Working with mental health advocacy groups, In J. Lewis & L. Bradley (eds), *Advocacy in Counselling: Counsellors, clients, & community*, Greensboro, NC: CAPS Publications, pp. 139-145
118. **Trieman N.** (1997). Residential care for the mentally ill in the community, In J. Leff (ed), *Care in the Community: Illusion or Reality?*, London: John Wiley & Sons
119. **Tsiantis J.** (1995). The children of Leros PIKPA, *British Journal of Psychiatry*, 168 (Suppl. 28)
120. **Ucok A., Polat A., Sartorius N., Erkok S., Atakli C.** (2004). Attitudes of psychiatrists toward patients with schizophrenia, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58: 89-91
121. **Unger K., Danley K., Kohn L., Hutchinson D.** (1987). Rehabilitation through education: A university based continuing education program for young adults with psychiatric disabilities on a university campus, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 10 (3): 35-49
122. **Université Paris-Nord** (1984-1985). Les nouvelles formes de chronicité en psychiatrie, Cahier No 29, 1984/185, (UER Exp. de Bobigny)
123. **Van Humbeeck G., Van Audenhove C., Pieters G., De Hert M., Storms G., Vertommen H., Peuskens J., Heyrman J.** (2001). Expressed emotion in staff-patient relationships: The professionals' and residents' perspectives, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36: 486-492
124. **Warner R.** (2000). *The Environment of Schizophrenia: Innovations in Practice, Policy and Communications*, Philadelphia, PA: Brunner-Routledge. Ελληνική έκδοση: *Το περιβάλλον της σχιζοφρένειας:*

*Καινοτομίες στην πρακτική, την πολιτική και την επικοινωνία*, Αθήνα: Καστανιώτης 2005

125. **Warren R., Bell P.** (2000). An exploratory investigation into the housing preferences of consumers of mental health services, *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 9: 195-202
126. **Wenocur S., Belcher J.R.** (1990). Strategies for overcoming barriers to community – based housing for the chronically mentally ill, *Community Mental Health Journal*, 26 (4): 319-333
127. **Wechsler H.** (1960). Walf-way houses for mental patients: A survey, *Journal of Social Issues*, 16: 21-22
128. **W.H.O.** (1946). “Preamble to the Constitution of the World Health Organization”, όπως υιοθετήθηκε από το International Health Conference, Νέα Υόρκη, 19-22 Ιουνίου 1946, και υπογράφηκε στις 22 Ιουλίου 1946 από αντιπροσώπους 61 κρατών (*Official Records of the World Health Organization*, no. 2, pp. 100) και τέθηκε σε ισχύ στις 7 Απριλίου 1948
129. **W.H.O.** (1981). Disability Prevention and Rehabilitation Report of the W.H.O., Expert Committee, *Technical report series*, 668, Geneva: W.H.O.
130. **W.H.O. – W.A.P.R.** (1996). *Psychosocial Rehabilitation, A consensus Statement*, Geneva: WHO/MNH/MND/92.2. Ελληνική έκδοση: *Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση, Μια συναινετική διακήρυξη*, Γενεύη
131. **Wing J.K.** (1962). Institutionalism in mental hospitals, *British Journal of Social Clinic Psychology*, 1: 38-51
132. **Wing J.K., Brown G.W.** (1970). *Institutionalism and Schizophrenia: A comparative study of tree mental hospital 1960-1968*, London: Cambridge University Press
133. **Wolff G., Pathare S., Craig T., Leff J.** (1996). Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people, *British Journal of Psychiatry*, 168: 191-198
134. **Wykes T., Zing J.K.** (1982). A ward in a house: Accommodation for «new» long-stay patients, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 65: 315-330

135. **Zipple A., Carling P., McDonald J.** (1987). A rehabilitation response to the call for asylum, *Schizophrenia Bulletin*, 13: 539-550
136. **Zissi A.** (1997). From Leros asylum to community-based hostels: Quality of life, levels of functioning and the care process among psychiatric residents in Greece, Ph.D. Thesis to the Faculty of Science, University of Birmingham, UK
137. **Zissi A., Barry M.M.** (1997). From Leros asylum to community-based facilities: Levels of functioning and quality of life among hostel residents in Greece, *International Journal of Social Psychiatry*, 43: 104-115
138. **Zussman J.** (1975). Tertiary prevention, In A. Freedman, H Kaplan, B. Sadock (eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry II*, Baltimore, MD: Williams and Wilkins, Τόμος 2
139. **Αμπατζόγλου Γ.** (1995). Οικοτροφεία Αποασυλοποίησης: Κριτική παρουσίαση και προτάσεις, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 51: 51-53
140. **Ασημόπουλος Χ.** (2006). Από την προκατάληψη στον κοινωνικό αποκλεισμό: Οι αντιδράσεις των τοπικών κοινωνιών στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση, *Κοινωνική Εργασία*, 84: 225-240
141. **Ασημόπουλος Χ.** (2008). *Η καθημερινή ζωή στο Ψυχιατρείο: Μορφές ιδρυματισμού και ιδρυματικής κακοποίησης*, Αθήνα: Καστανιώτης
142. **Ασημόπουλος Χ., Αποστολοπούλου Α., Βασιλακόπουλος Α., Βαρβαρέσου Ξ., Τσαλαμανιός Ε., Φλίδος Α., Τσιάντης Ι.** (2007). Οι στάσεις των εφήβων προς τους ψυχικά ασθενείς και την ψυχιατρική μεταρρύθμιση: Ένα πρόγραμμα έρευνας-παρέμβασης σε μαθητές Λυκείου, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 99: 13-30
143. **Γκιωνάκης Ν., Χονδρός Δ.** (2005). Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και η πρόσφατη πορεία της (Πρόγραμμα «Ψυχαργός»), στο Α. Ζήση, Ν. Πολεμικός, Μ. Καΐλα (επιμ), *Ψυχική Υγεία*, Ατραπός
144. **Γυφτάκη Ε., Κακογιάννη Μ.** (2005). Η ματιά του ενοίκου-ασθενή σε ό,τι για αυτόν σημαίνει αποκατάσταση, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 89: 31-38
145. **Δαμίγος Δ.** (επιμ) (2003). Η ιστορία ενός Συμποσίου: Αποασυλοποίηση, Συμπόσιο: 16-18/5/2002 «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την



Πρωτοβάθμια Περίθαλψη, Τρεις ευρωπαϊκές εμπειρίες: Η σημασία μιας παράλληλης πορείας της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και της Αποασυλοποίησης», στο *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη*, Αθήνα: Παπαζήσης, σσ. 116-123

- 146. Δαμίγος Δ.** (2003). Ο εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας Ξενώνων ατόμων με ειδικές ανάγκες: Τυπική υποχρέωση ή πυξίδα για την επίτευξη στόχων; στο Δ. Δαμίγος (επιμ), *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη*, Αθήνα: Παπαζήσης, σσ. 371-400
- 147. Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων** (1983). Έκθεση ομάδας μελέτης της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα
- 148. Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων** (2005). *Πράσινο Βιβλίο: Βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Προς μια στρατηγική σχετικά με την ψυχική υγεία για την Ευρωπαϊκή Ένωση*, Βρυξέλλες: 14.10.2005 COM (2005) 484 τελικό
- 149. Ζαχαριάς Β., Χρόνη Α., Χριστογιώργος Σ.** (1994). Κοινοτικό σπίτι “Η Θέτις”. Πρώτος χρόνος λειτουργίας. Σκέψεις και παρατηρήσεις, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 48: 32-43
- 150. Ζήση Α.** (2001). Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ατόμων με χρόνιες ψυχιατρικές δυσκολίες: Ερευνητικές εξελίξεις και νέες προοπτικές, *Εγκέφαλος*, 38: 53-71
- 151. Ζήση Α.** (2002). *Επανένταξη Χρόνιων Ψυχικά Πασχόντων: Εμπειρικά Ευρήματα, Νέες Προσεγγίσεις και Προοπτικές*, Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός
- 152. Ζήση Α.** (2005). Πολιτικές Ψυχικής Υγείας: Η ελληνική εμπειρία και μελλοντικές κατευθύνσεις, στο Α. Ζήση, Ν. Πολεμικός, Μ. Καΐλα (επιμ), *Ψυχική Υγεία*, Ατραπός
- 153. Κονταξάκης Β.** (2002). Βασικές αρχές της ψυχιατρικής αποκατάστασης, στο Γ. Χριστοδούλου, Β. Τομαράς, Μ. Οικονόμου (επιμ), *Από το Ψυχιατρείο στην κοινότητα: Το πρόγραμμα της ψυχιατρικής κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών για την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την*

αγορά εργασίας, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα, σσ. 3-6

- 154. Κούριας Γ.** (1990). Ξενώνας μέσα στην πόλη, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 30: 20-28
- 155. Λειβαδίτης Δ.Μ.** (2003). *Πολιτισμός και Ψυχιατρική: Ανθρωπολογικές και κοινωνικές διαστάσεις των ψυχοπαθολογικών φαινομένων*, Αθήνα: Παπαζήσης
- 156. Λιάκος Α.** (1995). Κοινωνική και Κοινοτική Ψυχιατρική, στο Τ. Lemprière, Α. Féline και συν, *Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων: Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα*, Αθήνα: Παπαζήσης, Β' τόμος, σσ. 389-402
- 157. Λουκάς Ι.** (2007). Λέρος και Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση: Από τον ιδρυματισμό στο νεοϊδρυματισμό, *Κοινωνία & Ψυχική Υγεία*, 3: 26-36
- 158. Μαδιανός Μ.** (1983). *Κοινωνική κοινοτική ψυχιατρική στην Αθήνα (1979-1983)*, Κ.Κ.Ψ.Υ.-Ψ.Κ.Π.Α., Αθήνα
- 159. Μαδιανός Μ.** (1987). Κλίμακα Ολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας (GAS). Η αξιοπιστία και η εγκυρότητά της στον ελληνικό χώρο, *Εγκέφαλος*, 24: 97-100
- 160. Μαδιανός Μ.** (1993). Οι βασικές αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής αναθεωρημένες: Από τη θεωρία στην πράξη και από την πράξη στη θεωρία, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 44: 8-13
- 161. Μαδιανός Μ.** (1994). *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της: Από τη θεωρία στην πράξη*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- 162. Μαδιανός Μ.** (1994). *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση: Από το άσυλο στην κοινότητα*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- 163. Μαδιανός Μ.** (2000). *Κοινοτική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή*, Αθήνα: Καστανιώτης
- 164. Μαδιανός Μ.** (2002). Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα του 21ου αιώνα, *Ψυχιατρική*, 13: 297-300
- 165. Μαδιανός Μ.** (2005). *Ψυχιατρική και αποκατάσταση*, Αθήνα: Καστανιώτης

- 166. Μαυρατζιώτου Κ.** (2003). Σχεδιασμός και ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στο Δ. Δαμίγος (επιμ), *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη*, Αθήνα: Παπαζήσης
- 167. Μεγαλοικονόμου Θ.** (1998). Κατοικία και αποϊδρυματοποίηση, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 61: 16-20
- 168. Μεγαλοικονόμου Θ., Λουκάς Γ.** (1999). Η αποϊδρυματοποίηση σαν ανοιχτή, θεραπευτική και πολιτική διαδικασία: Η περίπτωση της Λέρου, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 67: 45-53
- 169. Μεταξά Μ.** (2005). Ενδιάμεσες δομές, προβληματισμοί και προοπτικές, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 89: 39-42
- 170. Μπαϊρακτάρης Κ.** (1994). *Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση: Εμπειρίες, συστήματα, πολιτικές*, Εναλλακτικές Εκδόσεις
- 171. ΜΥΠ** (Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργός» Β΄ Φάση) (2004). *Από το άσυλο στην κοινότητα: Νέες μονάδες ψυχικής υγείας*
- 172. ΜΥΠ** (Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργός» Β΄ Φάση) (2004). *Μεθοδολογία κοινωνικής ευαισθητοποίησης & καταπολέμησης των προκαταλήψεων για την ψυχική νόσο*
- 173. ΜΥΠ** (Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργός» Β΄ Φάση) (2005). *Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης: Παρεμβάσεις σε ατομικό και οργανωσιακό επίπεδο*
- 174. Οικονόμου Μ., Γραμανδάνη Χ., Ασυκή Ε., Σεργιάννη Χ., Σταλίκας Α.** (2006). Εκπαιδευτική παρέμβαση σε μαθητές γυμνασίου για την καταπολέμηση του ψυχιατρικού στίγματος, *Ψυχολογία*, 13: 44-58.
- 175. Οικονόμου Μ.** (2008). Ψυχική ασθένεια και κοινωνικό στίγμα: Διαχρονικές και σύγχρονες προκλήσεις, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 102: 19-26
- 176. Παξινός Ι.** (2005). Οι αντιλήψεις ποιότητας ζωής των ενοίκων των εξωνοσοκομειακών δομών του Κ. Θ. Λέρου, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 90: 47-54
- 177. Παπαδάκη Κ.** (2005). Αξιολόγηση λειτουργικότητας και ποιότητας ζωής ψυχιατρικών ασθενών ένα χρόνο μετά τη μετάβαση από το ψυχιατρικό

νοσοκομείο σε οικοτροφείο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 91: 47-49

- 178. Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ.** (1999). Επαγγελματική Εξουθένωση, στο Δ. Παπαδάτου, Φ. Αναγνωστόπουλος, *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σσ. 242-262
- 179. Πλουμπίδης Ν.Α.** (1981). Συμβολή στη μελέτη της ιστορίας της ψυχιατρικής στην Ελλάδα. Η παραδοσιακή συμπεριφορά απέναντι τους ψυχοπαθείς και τα ψυχιατρικά ιδρύματα του 19ου αιώνα, Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα
- 180. Πλουμπίδης Ν.Α.** (1989). *Ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα: Θεσμοί, ιδρύματα και κοινωνικό πλαίσιο (1850-1920)*, Θεσσαλονίκη: Σύγχρονα Θέματα
- 181. Π.Ο.Υ.** (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) (2002). *Εκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001, Ψυχική Υγεία: Νέα αντίληψη, νέα ελπίδα*, Γενεύη. Επιμέλεια έκδοσης στα ελληνικά: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, Αθήνα
- 182. Π.Ο.Υ.** (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) (2004). *Mental Health Policy and Service Guidance Package-The Mental Health Context*, αναφέρεται στην εισαγωγή της ελληνικής έκδοσης *Το πλαίσιο της ψυχικής υγείας*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, Αθήνα
- 183. Σακελλαρόπουλος Π.** (1995). Εισαγωγή, στο T. Lemprière, A. Féline και συν, *Εγχειρίδιο ψυχιατρικής Ενήλικων: Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα*, Παπαζήσης, σσ. 27- 48
- 184. Σακελλαρόπουλος Π.** (2003). Πρόλογος έκδοσης, στο Δ. Δαμίγος (επιμ), *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια περίθαλψη*, Παπαζήσης, σσ. 33-39
- 185. Στυλιανίδης Σ.** (1993). Η μεταβαλλόμενη πραγματικότητα της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ευρώπη, *Τετράδια ψυχιατρικής*, 43: 117-123
- 186. Στυλιανίδης Σ., Θεοχαράκης Ν., Χονδρός Π.Χ.** (2007). Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα: Μια διαχρονική προσέγγιση και επίκαιρα ερωτήματα, *Αρχαιολογία & Τέχνες* 105: 45-59

- 187. Τζανάκης Μ.** (2008). *Πέραν του ασύλου: Η κοινοτική ψυχιατρική και το ζήτημα του υποκειμένου*, Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών & Επιστημών του Ανθρώπου
- 188. Τζούμα Χ., Ζέλα Π., Γκαϊτατζή Χ., Μπρισίμη Γ., Καπανίδης Κ., Αγγελίδης Γ.** (1995). Διαβίωση χρόνιων ψυχιατρικών αρρώστων σε προστατευμένο χώρο στην κοινότητα: Εκτίμηση της ποιότητας ζωής τους, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 49: 90-95
- 189. Τομαράς Β., Στεφανής Κ.** (1987). Κοινοτική ψυχιατρική. Οι αρχές και οι εφαρμογές της, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 4: 146-154
- 190. Τομαράς Β., Παπαγεωργίου Α., Σολδατου Μ., Γουρνέλλης Ρ., Χριστουδούλου Γ.Ν.** (2005). Προς την επανένταξη του χρόνιου ψυχικά αρρώστου: Ένα πιλοτικό πρόγραμμα αναδοχής, *Ψυχιατρική*, 16: 217-225
- 191. Τομαράς Β., Γουρνέλλης Ρ., Καραμούζη Γ., Αρμενιάκου Α., Παναγιωτοπούλου Α., Ευθυμιόπουλος Ε., Κονδύλης Κ., Ουλής Π.** (2006). Αντι-ιδρυματικά στεγαστικά σχήματα στην αποκατάσταση: Το παράδειγμα ενός μεταβατικού, εποπτευόμενου διαμερίσματος, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 94: 73-80
- 192. Τσαλίκογλου Φ.** (1987). *Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή*, Αθήνα: Παπαζήσης
- 193. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας** (2001). *Ψυχαργώς 2001-2010: Προγράμματα ανάπτυξης δομών & υποδομών στον τομέα της ψυχικής υγείας*, Αθήνα
- 194. Υπουργική Απόφαση** (2000). Καθορισμός του τρόπου λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν 2716/99
- 195. Υφαντής Θ.** (2005). “Από-ασυλοποίηση”, “από-ιδρυματοποίηση” και ετερότητα, *Αρχαία ελληνικής ιατρικής*, 22 (6): 525-527
- 196. Χαϊδεμένος Α., Αβραμίδης Γ., Μαυροπούλου Ε.** (2004). Το οικοτροφείο είναι εξωνοσοκομειακή δομή που βοηθάει στη βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας των φιλοξενουμένων, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 85: 104-109

- 197. Χαρτοκόλλης Π.** (1991). *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*, Θεμέλιο
- 198. Χριστοδούλου Χρ., Σακελλαρόπουλος Π.** (2003). Διόρθωση πορείας και ανακατάταξη προτεραιοτήτων στο πρόγραμμα Ψυχαργός II, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 84: 101-107

# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

## **ΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΤΑΣΕΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

A/A.....

1. **Είστε:**
  - α) Άνδρας
  - β) Γυναίκα
2. **Ποια είναι η ηλικία σας; .....**
3. **Ειδικότητα .....**
4. **Έχετε πλήρη ή μερική απασχόληση στη συγκεκριμένη δομή;**
  - α) πλήρη απασχόληση
  - β) μερική απασχόληση
5. **Έτη προϋπηρεσίας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας: .....**
6. **Πόσο καιρό δουλεύετε σ' αυτή τη δομή;**
  - α) λιγότερο από 1 χρόνο
  - β) 1 - 2 χρόνια
  - γ) περισσότερο από 2 χρόνια
7. **Προηγήθηκε κάποια εκπαίδευση (π.χ. παρακολούθηση σεμιναρίων, κ.α.) προκειμένου να απασχοληθείτε σ' αυτή τη δομή;**
  - α) ναι
  - β) όχι
8. **Πόσο πιο δύσκολο είναι να δουλεύετε σε τέτοια δομή απ' ό,τι στο νοσοκομείο ή σε κέντρο ψυχικής υγείας;**
  - α) καθόλου
  - β) λίγο έως αρκετά
  - γ) πολύ
9. **Πόσο σας αρέσει που δουλεύετε σε τέτοια δομή;**
  - α) πολύ
  - β) αρκετά έως λίγο
  - γ) καθόλου



10. **Αντιμετωπίζετε όλους τους ενοίκους με τον ίδιο τρόπο ή ξεχωρίζετε κάποιους από αυτούς;**
- α) με τον ίδιο τρόπο
  - β) όχι με τον ίδιο τρόπο
  - γ) εξαρτάται: Αναφέρετε από τι.....  
.....
11. **Πιστεύετε πως οι δομές έγιναν για να αδειάσουν τα ψυχιατρεία ή για να επανενταχθούν αυτά τα άτομα στην κοινότητα;**
- α) για να αδειάσουν τα ψυχιατρεία
  - β) για να επανενταχθούν αυτά τα άτομα στην κοινότητα
  - γ) δεν ξέρω
12. **Πιστεύετε πως άτομα όπως οι ένοικοι, είναι ισότιμα μέλη στην κοινωνία;**
- α) ναι
  - β) όχι
  - γ) δεν είμαι βέβαιος
13. **Πιστεύετε πως η διαφορετική συμπεριφορά αυτών των ατόμων οφείλεται στο χαρακτήρα τους ή στην ασθένειά τους;**
- α) στο χαρακτήρα τους
  - β) στην ασθένειά τους
  - γ) δεν είμαι βέβαιος
14. **Πιστεύετε πως υπάρχει πιθανότητα αυτά τα άτομα να αποθεραπευτούν πλήρως κάποια στιγμή;**
- α) ναι
  - β) όχι
  - γ) δεν είμαι βέβαιος
15. **Πιστεύετε πως η τοπική κοινότητα μπορεί να αποδεχθεί τέτοια άτομα;**
- α) ναι
  - β) όχι
  - γ) αμφίβολο
16. **Εσείς θα γινόσασταν ανάδοχος ενός τέτοιου ατόμου;**
- α) ναι
  - β) όχι
  - γ) εξαρτάται: Αναφέρετε από τι.....  
.....
  - δ) δεν είμαι βέβαιος

- 17. Τι πιστεύετε πως ευθύνεται για την κατάσταση αυτών των ατόμων;**
- α) ο κοινωνικός αποκλεισμός
  - β) ότι οι ίδιοι έχουν χάσει το ηθικό και την ελπίδα για ζωή
  - γ) η ίδια η αρρώστια τους
  - δ) δεν ξέρω
- 18. Πόσο χρόνο νιώθετε πως θα αντέξετε να δουλεύετε σε τέτοια δομή;**
- α) λιγότερο από 1 χρόνο
  - β) λιγότερο από 2 χρόνια
  - γ) περισσότερο από 2 χρόνια
- 19. Κάθε πότε πιστεύετε πως πρέπει να αλλάζετε εργασιακό χώρο;**
- α) κάθε 2 χρόνια
  - β) κάθε 2 - 4 χρόνια
  - γ) αραιότερα ή ποτέ
- 20. Αν σας δινόταν η δυνατότητα να φύγετε από μια τέτοια δομή και να απασχοληθείτε σε κάποιο ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου ή ψυχιατρικό νοσοκομείο ή κέντρο ψυχικής υγείας, θα φεύγατε;**
- α) σίγουρα ναι
  - β) δεν είμαι βέβαιος
  - γ) σίγουρα όχι

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΩΝ ΕΝΟΙΚΩΝ  
ΞΕΝΩΝΩΝ/ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΩΝ**

A/A.....

**1. Είστε:**

- α) Άνδρας
- β) Γυναίκα

**2. Ποια είναι η ηλικία σας; .....**

**3. Πόσο καιρό διαμένετε εδώ; .....**

**4. Πόσο καιρό διαμένετε πριν σε ψυχιατρικό ίδρυμα; .....**

**5. Σας αρέσει ο δικός σας χώρος μέσα στον Ξενώνα/Οικοτροφείο;**

- α) πολύ
- β) λίγο έως πολύ
- γ) καθόλου

**6. Πώς είναι οι σχέσεις σας με το προσωπικό του Ξενώνα/Οικοτροφείου;**

- α) πολύ καλές
- β) αρκετά καλές
- γ) μέτριες
- δ) κακές

**7. Πώς είναι οι σχέσεις σας με τους συγκατοίκους;**

- α) πολύ καλές
- β) αρκετά καλές
- γ) μέτριες
- δ) κακές

**8. Πόσο άνετα αισθάνεστε όταν βγαίνετε από τον Ξενώνα/Οικοτροφείο;**

- α) πολύ άνετα
- β) αρκετά
- γ) λίγο
- δ) καθόλου άνετα

**9. Πόσο άνετα αισθάνεστε όταν πηγαίνετε στο τοπικό καφενείο;**

- α) πολύ άνετα
- β) αρκετά
- γ) λίγο
- δ) καθόλου άνετα

- 10. Πόσο άνετα αισθάνεστε όταν πηγαίνετε στο σούπερ μάρκετ;**
- α) πολύ άνετα
  - β) αρκετά
  - γ) λίγο
  - δ) καθόλου άνετα
- 11. Θα θέλατε να ζήσετε, αντί του Ξενώνα/Οικοτροφείου, σε Διαμέρισμα με 2 έως 4 συγκατοίκους;**
- α) ναι
  - β) όχι
- 12. Πόσο είστε έτοιμος/-η για αυτό;**
- α) πολύ
  - β) λίγο έως αρκετά
  - γ) καθόλου
- 13. Θα θέλατε να ζήσετε, αντί του Ξενώνα/Οικοτροφείου, με οικογένεια που θα σας φιλοξενήσει;**
- α) ναι
  - β) όχι
- 14. Πόσο είστε έτοιμος/-η για αυτό;**
- α) πολύ
  - β) λίγο έως αρκετά
  - γ) καθόλου
- 15. Θα θέλατε να ζήσετε, αντί του Ξενώνα/Οικοτροφείου, με τη δική σας οικογένεια;**
- α) ναι
  - β) όχι
  - γ) δεν υπάρχει οικογένεια
- 16. Πόσο είστε έτοιμος/-η για αυτό;**
- α) πολύ
  - β) λίγο έως αρκετά
  - γ) καθόλου
  - δ) δεν υπάρχει οικογένεια
- 17. Θα θέλατε, αντί του Ξενώνα/Οικοτροφείου, να κατοικήσετε μόνος σας σε δικό σας χώρο;**
- α) ναι
  - β) όχι

18. **Πόσο είστε έτοιμος/-η για αυτό;**
- α) πολύ
  - β) λίγο έως αρκετά
  - γ) καθόλου
19. **Πώς βλέπετε το προσωπικό του Ξενώνα/Οικοτροφείου;**
- α) επαγγελματικά
  - β) φιλικά
20. **Προτιμάτε μια επαγγελματική σχέση ή αντίθετα μια φιλική σχέση με το προσωπικό του Ξενώνα/Οικοτροφείου;**
- α) επαγγελματική
  - β) φιλική
21. **Θα θέλατε λιγότερη ή περισσότερη εποπτεία από το προσωπικό;**
- α) λιγότερη
  - β) περισσότερη
22. **Θέλετε περισσότερες ώρες ξεγνοιασιάς ή απασχολήσεων;**
- α) ξεγνοιασιάς
  - β) απασχολήσεων
23. **Πιστεύετε ότι το προσωπικό του Ξενώνα/Οικοτροφείου ενδιαφέρεται για σας;**
- α) πάρα πολύ
  - β) πολύ
  - γ) λίγο έως αρκετά
  - δ) καθόλου
24. **Πώς σας φαίνονται οι υπηρεσίες που σας παρέχονται;**
- α) πολύ καλές
  - β) καλές
  - γ) μέτριες
  - δ) κακές

---

**ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΨΥΧΙΑΤΡΟ**

- **Διάγνωση (ICD-10)**.....
- **Συννοσηρότητα (αναφέρετε):**.....
- **Βαθμολογία GAS (για το διάστημα του τελευταίου μήνα)** .....

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΩΝ ΕΝΟΙΚΩΝ  
ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΩΝ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΩΝ**

A/A.....

**1. Είστε:**

- α) Άνδρας
- β) Γυναίκα

**2. Ποια είναι η ηλικία σας; .....**

**3. Πόσο καιρό διαμένετε στο Διαμέρισμα; .....**

**4. Πόσο καιρό διαμένετε πριν στον Ξενώνα; .....**

**5. Πόσο καιρό διαμένετε πριν σε ψυχιατρικό ίδρυμα; .....**

**6. Σας αρέσει ο δικός σας χώρος μέσα στο Διαμέρισμα;**

- α) πολύ
- β) λίγο έως πολύ
- γ) καθόλου

**7. Πώς είναι οι σχέσεις σας με το προσωπικό του Ξενώνα;**

- α) πολύ καλές
- β) αρκετά καλές
- γ) μέτριες
- δ) κακές

**8. Πώς είναι οι σχέσεις σας με τους συγκατοίκους;**

- α) πολύ καλές
- β) αρκετά καλές
- γ) μέτριες
- δ) κακές

**9. Πόσο άνετα αισθάνεστε όταν βγαίνετε από το Διαμέρισμα;**

- α) πολύ άνετα
- β) αρκετά
- γ) λίγο
- δ) καθόλου άνετα

- 10. Πόσο άνετα αισθάνεστε όταν πηγαίνετε στο τοπικό καφενείο;**
- α) πολύ άνετα
  - β) αρκετά
  - γ) λίγο
  - δ) καθόλου άνετα
- 11. Πόσο άνετα αισθάνεστε όταν πηγαίνετε στο σούπερ μάρκετ;**
- α) πολύ άνετα
  - β) αρκετά
  - γ) λίγο
  - δ) καθόλου άνετα
- 12. Αισθάνεστε καλύτερα τώρα που διαμένετε στο Διαμέρισμα ή νιώθατε καλύτερα πριν που διαμένατε στον Ξενώνα;**
- α) τώρα στο Διαμέρισμα
  - β) πριν στον Ξενώνα
- 13. Θα θέλατε να ζήσετε, αντί του Διαμερίσματος, με οικογένεια που θα σας φιλοξενήσει;**
- α) ναι
  - β) όχι
- 14. Πόσο είστε έτοιμος/-η για αυτό;**
- α) πολύ
  - β) λίγο έως αρκετά
  - γ) καθόλου
- 15. Θα θέλατε να ζήσετε, αντί του Διαμερίσματος, με τη δική σας οικογένεια;**
- α) ναι
  - β) όχι
  - γ) δεν υπάρχει οικογένεια
- 16. Πόσο είστε έτοιμος/-η για αυτό;**
- α) πολύ
  - β) λίγο έως αρκετά
  - γ) καθόλου
  - δ) δεν υπάρχει οικογένεια
- 17. Θα θέλατε, αντί του Διαμερίσματος, να κατοικήσετε μόνος σας σε δικό σας χώρο;**
- α) ναι
  - β) όχι

- 18. Πόσο είστε έτοιμος/-η για αυτό;**
- α) πολύ  
β) λίγο έως αρκετά  
γ) καθόλου
- 19. Πώς βλέπετε το προσωπικό του Ξενώνα;**
- α) επαγγελματικά  
β) φιλικά
- 20. Προτιμάτε μια επαγγελματική σχέση ή αντίθετα μια φιλική σχέση με το προσωπικό;**
- α) επαγγελματική  
β) φιλική
- 21. Πόσο συχνά επισκέπτεστε τον Ξενώνα;.....**
- 22. Σας αρέσει περισσότερο τώρα που διαμένετε στο Διαμέρισμα ή πριν που διαμένετε στον Ξενώνα;**
- α) τώρα που διαμένω στο Διαμέρισμα  
β) πριν που διέμενα στον Ξενώνα
- 23. Υπάρχει κάτι που σας αρέσει περισσότερο στο Διαμέρισμα συγκριτικά με τον Ξενώνα;**
- α) ναι. Αναφέρετε τι .....
- β) όχι
- 24. Υπάρχει κάτι που σας αρέσει λιγότερο στο Διαμέρισμα συγκριτικά με τον Ξενώνα;**
- α) ναι. Αναφέρετε τι .....
- β) όχι

---

**ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΨΥΧΙΑΤΡΟ**

- Διάγνωση (ICD-10).....
- Συννοσηρότητα (αναφέρετε):.....
- Βαθμολογία GAS (για το διάστημα του τελευταίου μήνα) .....



## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΔΟΜΗΣ

A/A.....

1. Η ειδικότητά σας .....
2. Πώς θα χαρακτηρίζατε το βαθμό υποστήριξης των ενοίκων του Ξενώνα/Οικοτροφείου;  
α) πολύ υψηλός  
β) υψηλός  
γ) μέτριος  
δ) χαμηλός  
ε) πολύ χαμηλός
3. Ποιοι είναι οι στόχοι που έχει θέσει η θεραπευτική ομάδα του Ξενώνα/Οικοτροφείου;  
1.....  
2.....  
3.....  
4.....  
5.....  
6.....  
7.....
4. Ποια είναι η συμμετοχή των ενοίκων σε δραστηριότητες και σε εργαστήρια του Ξενώνα/Οικοτροφείου;  

|  |  |
|--|--|
| <b>Σε Δραστηριότητες:</b> α) πολύ υψηλή<br>β) υψηλή<br>γ) μέτρια<br>δ) χαμηλή<br>ε) πολύ χαμηλή<br>στ) άλλο τι;..... | <b>Σε εργαστήρια:</b> α) πολύ υψηλή<br>β) υψηλή<br>γ) μέτρια<br>δ) χαμηλή<br>ε) πολύ χαμηλή<br>στ) άλλο τι;..... |
|--|--|
5. Πώς θα χαρακτηρίζατε τον βαθμό προνοιακής και κοινωνικής μέριμνας των ενοίκων του Ξενώνα/Οικοτροφείου;  

|  |  |
|--|--|
| <b>Προνοιακή Μέριμνα:</b> α) πολύ υψηλός<br>β) υψηλός<br>γ) μέτριος<br>δ) χαμηλός<br>ε) πολύ χαμηλός | <b>Κοινωνική Μέριμνα:</b> α) πολύ υψηλός<br>β) υψηλός<br>γ) μέτριος<br>δ) χαμηλός<br>ε) πολύ χαμηλός |
|--|--|
6. Γίνεται ενθάρρυνση των επιμέρους ικανοτήτων των ενοίκων του Ξενώνα/Οικοτροφείου;  
α) πάντοτε  
β) κάποιες φορές  
γ) σπάνια  
δ) όχι καθόλου
7. Τι περιλαμβάνεται στην καθημερινή ζωή των ενοίκων;  
1) .....  
2) .....  
3) .....  
4) .....  
5) .....  
6) .....
8. Πόσες ώρες την ημέρα έχουν οι ένοικοι υποστήριξη;  
ΩΡΕΣ=

Όνοματεπώνυμο: ..... Ημερομηνία: .....

Βαθμολογία:

- 100  
↑  
91 Χωρίς συμπτώματα, ανωτέρου βαθμού λειτουργικότητα με ένα ευρύ πεδίο δραστηριοτήτων. Καταφέρνει να επιλύει τα προβλήματά του. Πάντοτε τον προσέχουν οι άλλοι άνθρωποι για την ζεστασιά της επαφής του και την ολοκληρωμένη του προσωπικότητα.
- 90  
↑  
81 Παροδικά συμπτώματα ίσως εμφανίζονται αλλά λειτουργεί καλά σε όλους τους τομείς, ενδιαφέρεται και ασχολείται σε ένα ευρύ πεδίο δραστηριοτήτων, είναι αποδοτικός κοινωνικά και είναι γενικά ικανοποιημένος από τη ζωή. Ίσως μόνο καθημερινά ανησυχεί ότι μερικές φορές δεν επιλύει τα προβλήματά του.
- 80  
↑  
71 Παρουσιάζει ίσως ελάχιστα συμπτώματα αλλά, τίποτά περισσότερο από μικρά, ελαφρά, έκπτωση της λειτουργικότητας και εμφανίζει ποικίλους βαθμούς, καθημερινής ανησυχίας και προβλήματα τα οποία μερικές φορές δεν μπορεί να χειριστεί.
- 70  
↑  
61 Εμφανίζει μερικά ελαφρά συμπτώματα (π.χ. καταθλιπτική διάθεση και μικρού βαθμού απηνία), ή κάποια δυσκολία να λειτουργήσει σε διάφορους τομείς, αλλά γενικά λειτουργεί αρκετά καλά, έχει κάποιες σημαντικές γι' αυτόν διαπροσωπικές σχέσεις και οι περισσότεροι μη ειδικοί δεν θα τον θεωρούσαν "άρρωστο ψυχικά".
- 60  
↑  
51 Εμφανίζει μετρίου βαθμού συμπτώματα, ή γενικά λειτουργεί με κάποια δυσκολία (π.χ. έχει λίγους φίλους και επιπεδωμένο συναίσθημα, ή καταθλιπτική διάθεση και παθολογική έλλειψη αυτοπεποίθησης, ή ευφορικό συναίσθημα και λογόρροια, ή μετρίου βαθμού αντικοινωνική συμπεριφορά).
- 50  
↑  
41 Εμφανίζει σοβαρή συμπτωματολογία ή λειτουργική έκπτωση για την οποία οι περισσότεροι ειδικοί γιατροί θα έκριναν ότι χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και θεραπεία (ιδεασμός ή απόπειρα αυτοκαταστροφής, ή σημαντικού βαθμού ψυχαναγκαστικές τελεουργίες, συχνές κρίσεις άγχους, ή έντονη αντικοινωνική συμπεριφορά, ή επαναλαμβανόμενη κατάχρηση οινοπνευματωδών).
- 40  
↑  
31 Εμφανίζει μεγαλύτερου βαθμού έκπτωση σε διάφορους τομείς όπως στην εργασία, στις οικογενειακές σχέσεις, στην ικανότητα κρίσης, στην σκέψη ή στη διάθεση (π.χ. μιά καταθλιπτική γυναίκα αποφεύγει τους φίλους, απορρίπτει την οικογένεια, δεν μπορεί να εργαστεί στο νοικοκυριό της), ή εμφανίζει κάποια διαταραχή στον έλεγχο της πραγματικότητας ή στην επικοινωνία (π.χ. ο λόγος είναι μερικές φορές ακατανόητος, παράλογος ή άσχετος) ή έκανε σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας.
- 30  
↑  
21 Δεν μπορεί να λειτουργήσει σε κανένα σχεδόν τομέα (π.χ. παραμένει στο κρεβάτι όλη την ημέρα) ή η συμπεριφορά του είναι σημαντικά επηρεασμένη είτε από παραληρητικές ιδέες είτε από ψευδαισθήσεις, ή εμφανίζει σοβαρή έκπτωση στην επικοινωνία (π.χ. είναι μερικές φορές ασυνάρτητος ή δεν απαντά σε ερωτήσεις), ή στην ικανότητα να κρίνει σωστά (π.χ. αντιδρά με μεγάλη απροσφορότητα).
- 20  
↑  
11 Χρειάζεται κάποια παρακολούθηση, έλεγχο για προληπτικούς λόγους δηλ. να μη αυτοκτονήσει ή να μη κτυπήσει άλλους ή για τη στοιχειώδη προσωπική του καθαριότητα (π.χ. έχει ιστορικό επαναλαμβανόμενων αποπειρών αυτοκτονίας, είναι συχνά βίαιος ή παρουσιάζει μανιακή κρίση ή έχει μυρωδιά σωματικών ακαθαρσιών), ή παρουσιάζει πολύ μεγάλη αδυναμία στην επικοινωνία (π.χ. τελείως ασυνάρτητος ή σιωπηλός).
- 10  
↑  
1 Χρειάζεται συνεχή παρακολούθηση, έλεγχο για αρκετές ημέρες ώστε να μη αυτοκτονήσει ή να κτυπήσει άλλους ή γιατί δεν μπορεί να φροντίσει την στοιχειώδη προσωπική του καθαριότητα (π.χ. χρειάζεται να εισαχθεί σε κλειστό τμήμα με εντολή να παρατηρείται συνεχώς από το προσωπικό).