



**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)**

ΟΝΟΜ/ΝΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ:

Δέσποινα Δοντά

ΟΝΟΜ\ΝΟ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ ΚΑΘΗΓΗΤΗ:

Δημήτριος Νιάκας

ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ:

Ιούνιος 2026

Τίτλος διπλωματικής εργασίας:

**Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης της ΕΠΑΨΥ μέσα
από τις Αντιλήψεις Ωφελομένων και Εργαζόμενων**

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
Κεφάλαιο 1ο Ψυχική Υγεία και Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση	13
1.1 Ορισμός της ψυχικής υγείας	13
1.2 Ψυχικές διαταραχές και κοινωνικές επιπτώσεις	14
1.2.1 Λειτουργικές επιπτώσεις στην καθημερινότητα	14
1.2.2 Επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις	15
1.2.3 Κοινωνικός αποκλεισμός και στίγμα	17
1.2.4 Επιπτώσεις στην εκπαίδευση και την εργασία	18
1.2.5 Οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες	19
1.2.6 Η σημασία της έγκαιρης παρέμβασης και της κοινωνικής υποστήριξης ...	21
1.3 Έννοια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης	22
1.4 Στόχοι και αρχές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης	23
1.4.1 Στόχοι της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης	23
1.4.2 Βασικές αρχές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης	24
1.5 Μοντέλα αποκατάστασης	25
1.5.1 Ιατρικό μοντέλο	25
1.5.2 Κοινωνικό μοντέλο	27
1.5.3 Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο	28

Κεφάλαιο 2ο Κοινωνική Ψυχιατρική και Αποασυλοποίηση	30
2.1 Η μετάβαση από το άσυλο στην κοινότητα.....	30
2.2 Η έννοια της αποασυλοποίησης.....	31
2.3 Πλεονεκτήματα κοινωνικών υπηρεσιών.....	33
2.3.1 Διατήρηση της κοινωνικής ένταξης	33
2.3.2 Ενίσχυση της αυτονομίας και της λειτουργικότητας	33
2.3.3 Εξατομικευμένη και συνεχής φροντίδα	34
2.3.4 Μείωση του στίγματος και των διακρίσεων	34
2.3.5 Οικονομική αποδοτικότητα και βιωσιμότητα	35
2.4 Προκλήσεις και περιορισμοί.....	35
2.4.1 Ανεπάρκεια και ανισοκατανομή υπηρεσιών.....	35
2.4.2 Έλλειψη συντονισμού και συνέχειας στη φροντίδα.....	36
2.4.3 Περιορισμένοι πόροι και στελέχωση	37
2.4.4 Δυσκολίες προσαρμογής των ατόμων στην κοινότητα.....	38
2.4.5 Θεσμικοί και οργανωτικοί περιορισμοί	39
2.5 Διεθνείς πρακτικές και πολιτικές	40
Κεφάλαιο 3ο Υπηρεσίες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην Ελλάδα.....	43
3.1 Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα	43
3.2 Το πρόγραμμα «Ψυχαργώς»	44
3.2.1 Ιστορικό πλαίσιο και αναγκαιότητα	44
3.2.2 Στόχοι του προγράμματος	45
3.2.3 Δομές και υπηρεσίες	47
3.2.4 Αποτελέσματα του προγράμματος.....	47
3.3 Δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης	48
3.3.1 Οικοτροφεία.....	48
3.3.2 Προστατευμένα διαμερίσματα.....	49
3.3.3 Ξενώνες.....	50
3.3.4 Κέντρα ημέρας	51
3.3.5 Κινητές μονάδες ψυχικής υγείας.....	52
3.3.6 Κέντρα ψυχικής υγείας	53
3.3.7 Προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης.....	54
3.4 Θεσμικό και νομοθετικό πλαίσιο	55
Κεφάλαιο 4ο Αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας	57

4.1 Δείκτες αποτελεσματικότητας στην ψυχική υγεία.....	57
4.1.1 Κλινικοί δείκτες.....	57
4.1.1.1 Ένταση και συχνότητα συμπτωμάτων.....	57
4.1.1.2 Σταθεροποίηση της ψυχικής κατάστασης.....	58
4.1.1.3 Υποτροπές και επανεμφάνιση συμπτωμάτων.....	58
4.1.1.4 Συμμόρφωση στη θεραπεία	58
4.1.1.5 Διάρκεια και πορεία της νόσου.....	59
4.1.2 Δείκτες λειτουργικότητας.....	59
4.1.2.1 Αυτοφροντίδα και καθημερινές δεξιότητες	59
4.1.2.2 Οργάνωση και διαχείριση καθημερινότητας.....	60
4.1.2.3 Ικανότητα ανεξάρτητης διαβίωσης	60
4.1.2.4 Διαχείριση οικονομικών και πρακτικών ζητημάτων.....	60
4.1.3 Δείκτες κοινωνικής ένταξης.....	61
4.1.3.1 Διαπροσωπικές σχέσεις	61
4.1.3.2 Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες.....	61
4.1.3.3 Ένταξη στην εργασία και την εκπαίδευση.....	62
4.1.3.4 Αίσθηση του ανήκειν	62
4.1.3.5 Μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού και του στίγματος.....	62
4.1.4 Δείκτες ποιότητας ζωής.....	62
4.1.4.1 Υποκειμενική ευημερία	63
4.1.4.2 Ικανοποίηση από την καθημερινή ζωή	63
4.1.4.3 Ψυχολογική κατάσταση και αυτοεκτίμηση	63
4.1.4.4 Κοινωνική ικανοποίηση	64
4.1.4.5 Αντίληψη για την υγεία και το μέλλον	64
4.1.5 Δείκτες χρήσης υπηρεσιών.....	64
4.1.5.1 Συχνότητα νοσηλείων.....	65
4.1.5.2 Διάρκεια νοσηλείας.....	65
4.1.5.3 Επανεισαγωγές	65
4.1.5.4 Χρήση εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών	66
4.1.6 Δείκτες ικανοποίησης των ωφελουμένων	66
4.1.6.1 Αντίληψη για την ποιότητα των υπηρεσιών	66
4.1.6.2 Σχέση με τους επαγγελματίες υγείας	67
4.1.6.3 Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων	67

4.1.6.4 Προσβασιμότητα και ευκολία χρήσης υπηρεσιών.....	67
4.1.6.5 Συνολική εμπειρία φροντίδας	67
Κεφάλαιο 5ο Ποιότητα Ζωής και Λειτουργικότητα	69
5.1 Έννοια ποιότητας ζωής	69
5.2 Ψυχική υγεία και ποιότητας ζωής.....	70
5.4 Εργαλεία μέτρησης.....	71
5.4.1 SF-36	71
5.4.2 EQ-5D.....	71
5.4.3 WHOQOL.....	72
5.4.4 WHODAS	72
5.5 Ρόλος των ωφελούμενων στην αξιολόγηση υπηρεσιών	73
Κεφάλαιο 6ο Η ΕΠΑΨΥ	75
6.1 Ιστορική εξέλιξη	75
6.2 Δομές και υπηρεσίες	76
6.3 Πληθυσμός-στόχος	77
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	79
Κεφάλαιο 7ο Μεθοδολογία	80
7.1 Σκοπός	80
7.2 Ερευνητικός σχεδιασμός.....	81
7.3 Πληθυσμός και δείγμα	81
7.4 Εργαλεία συλλογής δεδομένων	82
7.5 Μεταβλητές της μελέτης	84
7.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	85
7.7 Στατιστική ανάλυση	86
7.8 Ηθικά διλήμματα	87
Κεφάλαιο 8ο Αποτελέσματα	89
8.1 Αξιοπιστία των Ερευνητικών Εργαλείων	89
8.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά	90
8.2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά ωφελούμενων.....	90
8.2.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά εργαζομένων	93
8.3. Περιγραφική ανάλυση ποιότητας ζωής και λειτουργικότητας ωφελούμενων	96
8.4 Περιγραφική ανάλυση επαγγελματικής ικανοποίησης εργαζομένων (JSS)	97
8.5 Συσχετίσεις μεταξύ μεταβλητών	99

8.6 Έλεγχοι ανεξάρτητων δειγμάτων	100
8.7 Συσχετίσεις μεταβλητών στους εργαζόμενους	102
8.8 Έλεγχοι συσχέτισης κατηγορικών μεταβλητών (Chi-square)	104
8.8.1 Έλεγχοι συσχέτισης κατηγορικών μεταβλητών (Chi-square) ωφελούμενων	104
8.8.2 Έλεγχοι Chi-square στους εργαζόμενους	105
Κεφάλαιο 9ο Συζήτηση	107
9.1 Ποιότητα ζωής και λειτουργικότητα ωφελούμενων	107
9.2 Ο ρόλος των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην καθημερινή λειτουργικότητα και κοινωνική ένταξη των ωφελούμενων	110
9.3 Επαγγελματική ικανοποίηση εργαζομένων	113
9.4 Σχέση επαγγελματικής ικανοποίησης και αποτελεσματικότητας δομών	116
9.5 Περιορισμοί της μελέτης	119
Συμπεράσματα	122
Βιβλιογραφία	122
Ελληνική Βιβλιογραφία	144
Ιστοσελίδες	145
Παραρτήματα	146

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή:

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αποτελεί βασικό στοιχείο της κοινοτικής ψυχιατρικής, καθώς στοχεύει στην ενίσχυση της λειτουργικότητας, της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής ένταξης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η αξιολόγηση των σχετικών υπηρεσιών είναι απαραίτητη για την κατανόηση της αποτελεσματικότητάς τους, τόσο από την πλευρά των ωφελούμενων όσο και από την πλευρά των επαγγελματιών που τις παρέχουν. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής, της λειτουργικότητας και της ικανοποίησης των ωφελούμενων από τις υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της ΕΠΑΨΥ, καθώς και η αποτύπωση του επιπέδου επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων στις αντίστοιχες δομές.

Υλικό και Μέθοδος:

Πραγματοποιήθηκε ποσοτική συγχρονική μελέτη σε συνολικό δείγμα 117 ατόμων, το οποίο αποτελούνταν από ωφελούμενους και εργαζόμενους δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της ΕΠΑΨΥ. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση δομημένων ερωτηματολογίων που περιλάμβαναν δημογραφικά στοιχεία, δείκτες ποιότητας ζωής και λειτουργικότητας για τους ωφελούμενους, καθώς και δείκτες επαγγελματικής ικανοποίησης για τους εργαζόμενους. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό SPSS, αξιοποιώντας περιγραφικές και επαγωγικές στατιστικές μεθόδους.

Αποτελέσματα:

Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι ωφελούμενοι αξιολόγησαν θετικά τις υπηρεσίες που λαμβάνουν από τις δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και παρουσίασαν ικανοποιητικά επίπεδα λειτουργικότητας και ποιότητας ζωής. Διαπιστώθηκε επίσης στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ λειτουργικότητας και ποιότητας ζωής,

γεγονός που υποδηλώνει ότι η ενίσχυση της αυτονομίας συνδέεται με καλύτερη συνολική αντίληψη της ευημερίας. Παράλληλα, οι εργαζόμενοι παρουσίασαν ικανοποιητικά επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης, αναδεικνύοντας τη σημασία ενός υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος για τη διατήρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Συμπεράσματα:

Τα αποτελέσματα της μελέτης υποστηρίζουν ότι οι δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της ΕΠΑΨΥ συμβάλλουν ουσιαστικά στη βελτίωση της καθημερινής λειτουργικότητας, της κοινωνικής συμμετοχής και της ποιότητας ζωής των ωφελούμενων. Παράλληλα, η επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη διατήρηση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ενίσχυση τόσο των ωφελούμενων όσο και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη βιωσιμότητα και τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Λέξεις-κλειδιά: ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, ψυχική υγεία, ποιότητα ζωής, λειτουργικότητα, επαγγελματική ικανοποίηση, κοινοτική ψυχιατρική, ωφελούμενοι, εργαζόμενοι.

ABSTRACT

Introduction:

Psychosocial rehabilitation is a fundamental component of community psychiatry, aiming to enhance the functioning, quality of life, and social integration of individuals living with mental disorders. The evaluation of psychosocial rehabilitation services is essential for understanding their effectiveness from both the beneficiaries' and the professionals' perspectives. The aim of the present study was to investigate the quality of life, functionality, and level of satisfaction of beneficiaries receiving services from EPAPSY psychosocial rehabilitation facilities, as well as to assess the level of job satisfaction among employees working in these structures.

Materials and Methods:

A quantitative cross-sectional study was conducted involving a total sample of 117 participants, including both beneficiaries and employees of EPAPSY psychosocial rehabilitation facilities. Data were collected through structured questionnaires that included demographic characteristics, measures of quality of life and functionality for beneficiaries, and indicators of job satisfaction for employees. Statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics, applying both descriptive and inferential statistical methods.

Results:

The findings indicated that beneficiaries evaluated the services provided by the psychosocial rehabilitation facilities positively and reported satisfactory levels of functionality and quality of life. A statistically significant positive association was identified between functionality and quality of life, suggesting that greater autonomy is linked to a more favorable perception of overall well-being. In addition, employees reported satisfactory levels of job satisfaction, highlighting the importance of a

supportive work environment in maintaining the quality and effectiveness of mental health services.

Conclusions:

The findings suggest that EPAPSY psychosocial rehabilitation facilities contribute substantially to improving beneficiaries' daily functioning, social participation, and quality of life. At the same time, employee job satisfaction appears to be an important factor in sustaining the effectiveness and quality of the services provided. Supporting both beneficiaries and mental health professionals is essential for ensuring the sustainability and continuous improvement of psychosocial rehabilitation services.

Keywords: psychosocial rehabilitation, mental health, quality of life, functionality, job satisfaction, community psychiatry, beneficiaries, employees.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχική υγεία αποτελεί βασική διάσταση της συνολικής ευημερίας του ανθρώπου και επηρεάζει καθοριστικά την ικανότητά του να λειτουργεί αυτόνομα και να συμμετέχει ενεργά στην κοινωνική ζωή (World Health Organization, 2022). Οι ψυχικές διαταραχές, ιδιαίτερα όταν παρουσιάζουν χρόνια πορεία, συνδέονται με σημαντικούς περιορισμούς στην καθημερινή λειτουργικότητα και συχνά οδηγούν σε κοινωνική απομόνωση και εξάρτηση από υπηρεσίες φροντίδας. Στο πλαίσιο αυτό, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση έχει αναδειχθεί ως βασικός άξονας της σύγχρονης προσέγγισης στην ψυχική υγεία, δίνοντας έμφαση όχι μόνο στη μείωση των συμπτωμάτων αλλά και στην ενίσχυση της αυτονομίας, της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής ένταξης (Vandoni et al., 2024).

Η ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης συνδέεται με τη σταδιακή μετατόπιση από τα ιδρυματικά μοντέλα φροντίδας προς την κοινοτική ψυχιατρική. Η αποασυλοποίηση και η δημιουργία δομών στην κοινότητα αποτέλεσαν κρίσιμα βήματα για την παροχή πιο ανθρωποκεντρικών και λειτουργικά προσανατολισμένων υπηρεσιών. Στην Ελλάδα, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση οδήγησε στην ανάπτυξη ενός δικτύου δομών που περιλαμβάνει οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα και κέντρα ημέρας, με στόχο τη στήριξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε πραγματικές συνθήκες ζωής και την ενίσχυση της κοινωνικής τους επανένταξης (Koukia, 2023).

Παρά τη θεσμική και οργανωτική εξέλιξη του συστήματος, η συστηματική αξιολόγηση των υπηρεσιών αυτών παραμένει περιορισμένη. Η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων δεν εξαντλείται σε κλινικούς δείκτες, αλλά σχετίζεται με σύνθετες παραμέτρους, όπως η ποιότητα ζωής, η λειτουργικότητα και η υποκειμενική εμπειρία των ωφελούμενων (World Health Organization, 2022).

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα εργασία επικεντρώνεται στη διερεύνηση της εμπειρίας των ωφελούμενων που λαμβάνουν υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στις δομές της ΕΠΑΨΥ. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι

αξιολογούν την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και στη συμβολή τους στην καθημερινή λειτουργικότητα, την αυτονομία και την κοινωνική τους συμμετοχή.

Η μελέτη βασίζεται στις αντιλήψεις και στις εμπειρίες των εργαζόμενων και των ωφελούμενων, αναγνωρίζοντας ότι η αξιολόγηση των υπηρεσιών από τους ίδιους τους λήπτες αποτελεί σημαντική πηγή πληροφόρησης για την κατανόηση της πραγματικής τους επίδρασης. Μέσα από την ανάλυση των δεδομένων επιχειρείται η αποτύπωση του βαθμού ικανοποίησης από τις υπηρεσίες και η διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με την αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητά τους.

Τα ευρήματα της έρευνας φιλοδοξούν να συμβάλουν στην καλύτερη κατανόηση του ρόλου των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στη ζωή των ωφελούμενων και να προσφέρουν χρήσιμα στοιχεία για τον σχεδιασμό και τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα.

Κεφάλαιο 1ο Ψυχική Υγεία και Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

1.1 Ορισμός της ψυχικής υγείας

Η έννοια της ψυχικής υγείας δεν περιορίζεται στην απουσία ψυχικής διαταραχής, αλλά αναφέρεται σε μια δυναμική κατάσταση ισορροπίας που επιτρέπει στο άτομο να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της καθημερινότητας, να αναπτύσσει τις ικανότητές του και να διατηρεί ουσιαστικές σχέσεις με το κοινωνικό του περιβάλλον. Πρόκειται για μια σύνθετη και πολυδιάστατη έννοια, η οποία περιλαμβάνει συναισθηματικές, γνωστικές και κοινωνικές διαστάσεις της ανθρώπινης λειτουργίας (Chernata, 2024). Στη σύγχρονη προσέγγιση, η ψυχική υγεία συνδέεται με την ικανότητα του ατόμου να διαχειρίζεται το άγχος, να προσαρμόζεται σε μεταβαλλόμενες συνθήκες και να συμμετέχει ενεργά στην κοινωνική ζωή. Η λειτουργικότητα, η αυτονομία και η αίσθηση νοήματος αποτελούν βασικά στοιχεία αυτής της κατάστασης, καθώς αντανακλούν τον βαθμό στον οποίο το άτομο μπορεί να οργανώνει τη ζωή του και να επιδιώκει προσωπικούς στόχους (Galderisi, 2024).

Παράλληλα, η ψυχική υγεία επηρεάζεται από ένα ευρύ φάσμα παραγόντων, που εκτείνονται πέρα από το ατομικό επίπεδο. Κοινωνικές συνθήκες, οικονομικοί περιορισμοί, οικογενειακές σχέσεις και πολιτισμικά χαρακτηριστικά διαμορφώνουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο το άτομο αναπτύσσεται και λειτουργεί. Για τον λόγο αυτό, η κατανόηση της ψυχικής υγείας προϋποθέτει μια ολιστική προσέγγιση, η οποία λαμβάνει υπόψη την αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων (Gautam et.al., 2024).

Η σημασία της ψυχικής υγείας αναδεικνύεται τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Σε ατομικό επίπεδο, συνδέεται με την ποιότητα ζωής και την προσωπική ευημερία, ενώ σε κοινωνικό επίπεδο επηρεάζει τη συνοχή, την παραγωγικότητα και τη συνολική λειτουργία των κοινωνικών δομών. Η διατήρηση και προαγωγή της ψυχικής υγείας αποτελεί, επομένως, βασική προϋπόθεση για τη βιώσιμη ανάπτυξη

και τη βελτίωση της δημόσιας υγείας (Galderisi, 2024).

Στο πλαίσιο αυτό, η ψυχική υγεία δεν αντιμετωπίζεται ως σταθερή κατάσταση, αλλά ως μια διαδικασία που διαμορφώνεται διαρκώς μέσα από την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον του. Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει την κατανόηση τόσο των παραγόντων που την ενισχύουν όσο και εκείνων που την αποδυναμώνουν, θέτοντας τις βάσεις για την ανάπτυξη παρεμβάσεων που στοχεύουν όχι μόνο στην αντιμετώπιση των διαταραχών, αλλά και στην ενδυνάμωση της συνολικής ψυχικής ευημερίας (Gautam et.al., 2024).

1.2 Ψυχικές διαταραχές και κοινωνικές επιπτώσεις

Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων που επηρεάζουν τη σκέψη, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά του ατόμου, με συνέπειες που υπερβαίνουν το ατομικό επίπεδο και εκτείνονται στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Η εκδήλωσή τους δεν είναι ομοιόμορφη, καθώς διαφοροποιείται ως προς τη βαρύτητα, τη διάρκεια και την επίδραση στη λειτουργικότητα. Σε πολλές περιπτώσεις, οι διαταραχές αυτές συνοδεύονται από δυσκολίες στην καθημερινή ζωή, οι οποίες δυσχεραίνουν την αυτονομία και τη συμμετοχή στην κοινωνική πραγματικότητα (Defar et.al., 2023).

1.2.1 Λειτουργικές επιπτώσεις στην καθημερινότητα

Οι ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Η επίδραση αυτή δεν περιορίζεται μόνο σε εμφανή συμπτώματα, αλλά εκτείνεται σε βασικές λειτουργίες που σχετίζονται με την αυτοφροντίδα, την οργάνωση και τη διαχείριση του χρόνου. Δραστηριότητες που θεωρούνται αυτονόητες, όπως η τήρηση προσωπικής υγιεινής, η προετοιμασία γευμάτων ή η διαχείριση οικονομικών υποχρεώσεων, μπορεί να καθίστανται ιδιαίτερα δύσκολες ή να εγκαταλείπονται σταδιακά (Defar et.al., 2023).

Ένα από τα πιο συχνά προβλήματα αφορά τη μείωση της συγκέντρωσης και της

ικανότητας λήψης αποφάσεων. Το άτομο μπορεί να δυσκολεύεται να οργανώσει ακόμη και απλές δραστηριότητες, να καθυστερεί την εκτέλεση βασικών υποχρεώσεων ή να αδυνατεί να θέσει προτεραιότητες. Αυτή η αποδιοργάνωση της καθημερινότητας οδηγεί συχνά σε αίσθημα απώλειας ελέγχου και ενισχύει την εξάρτηση από τρίτους (Pandey, & Mishra, 2024).

Παράλληλα, η ενεργητικότητα και το κίνητρο επηρεάζονται σημαντικά. Σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρείται έντονη απάθεια ή έλλειψη ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που προηγουμένως ήταν σημαντικές. Η σταδιακή απομάκρυνση από την καθημερινή ρουτίνα περιορίζει τη συμμετοχή σε κοινωνικές ή παραγωγικές δραστηριότητες και ενισχύει την απομόνωση. Ακόμη και όταν υπάρχει επιθυμία για δραστηριοποίηση, η ψυχική επιβάρυνση λειτουργεί ανασταλτικά, καθιστώντας δύσκολη την έναρξη και τη διατήρηση δράσεων (Desalegn et.al., 2020).

Η λειτουργική έκπτωση εκδηλώνεται επίσης στη δυσκολία διατήρησης σταθερών ρυθμών ζωής. Διαταραχές στον ύπνο, στη διατροφή και στη γενικότερη καθημερινή ρουτίνα επηρεάζουν τη συνολική ισορροπία του ατόμου και επιδεινώνουν τη λειτουργικότητά του. Η έλλειψη σταθερότητας καθιστά δυσχερή την προσαρμογή σε απαιτήσεις όπως η εργασία ή η εκπαίδευση, όπου απαιτείται συνέπεια και οργάνωση (Ou et.al., 2025).

Σε περιπτώσεις πιο σοβαρών διαταραχών, οι δυσκολίες αυτές μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντική απώλεια αυτονομίας. Το άτομο ενδέχεται να χρειάζεται συνεχή υποστήριξη για την κάλυψη βασικών αναγκών, γεγονός που μεταβάλλει τον τρόπο ζωής του και αυξάνει την εξάρτηση από το οικογενειακό ή επαγγελματικό περιβάλλον. Η εξάρτηση αυτή δεν αφορά μόνο πρακτικές ανάγκες, αλλά και τη λήψη αποφάσεων και τη διαχείριση καθημερινών καταστάσεων (Simões de Almeida et.al., 2025).

1.2.2 Επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις

Οι ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν άμεσα τον τρόπο με τον οποίο το άτομο σχετίζεται με τους άλλους, μεταβάλλοντας τόσο την ποιότητα όσο και τη σταθερότητα των διαπροσωπικών του δεσμών. Οι αλλαγές αυτές δεν είναι πάντα εμφανείς από την

αρχή, αλλά συχνά εκδηλώνονται σταδιακά μέσα από δυσκολίες στην επικοινωνία, στη συναισθηματική έκφραση και στην κατανόηση των κοινωνικών σημάτων (Navaneetham, & Kanth 2022).

Ένα από τα βασικά πεδία που επηρεάζονται είναι η επικοινωνία. Το άτομο μπορεί να δυσκολεύεται να εκφράσει με σαφήνεια σκέψεις και συναισθήματα ή να ερμηνεύσει σωστά τις αντιδράσεις των άλλων. Αυτό οδηγεί σε παρεξηγήσεις, εντάσεις και σταδιακή αποδυνάμωση των σχέσεων. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η επικοινωνία γίνεται περιορισμένη ή αποφεύγεται πλήρως, γεγονός που ενισχύει την απομόνωση (Alsarrani et.al., 2022).

Παράλληλα, παρατηρούνται μεταβολές στη συναισθηματική ανταπόκριση. Κάποια άτομα εμφανίζουν μειωμένη εκφραστικότητα ή δυσκολία σύνδεσης με τα συναισθήματα των άλλων, ενώ άλλα ενδέχεται να παρουσιάζουν έντονες και απρόβλεπτες συναισθηματικές αντιδράσεις. Οι μεταβολές αυτές δυσχεραίνουν τη δημιουργία σταθερών και αμοιβαίων σχέσεων, καθώς το περιβάλλον δυσκολεύεται να προβλέψει ή να κατανοήσει τη συμπεριφορά του ατόμου (Menefee et.al., 2022).

Η τάση προς κοινωνική απόσυρση αποτελεί επίσης συχνό φαινόμενο. Το άτομο μπορεί να αποφεύγει κοινωνικές επαφές είτε λόγω έλλειψης ενέργειας είτε λόγω άγχους, φόβου απόρριψης ή χαμηλής αυτοεκτίμησης. Η απομάκρυνση από το κοινωνικό δίκτυο οδηγεί σε περιορισμό των πηγών υποστήριξης, γεγονός που επιβαρύνει περαιτέρω την ψυχική κατάσταση (Sette et.al., 2023).

Ιδιαίτερη σημασία έχει και η επίδραση των ψυχικών διαταραχών στο οικογενειακό περιβάλλον. Τα μέλη της οικογένειας συχνά αναλαμβάνουν ρόλο φροντιστή, γεγονός που μπορεί να δημιουργήσει ένταση, συναισθηματική κόπωση και ανακατανομή ρόλων. Η μακροχρόνια επιβάρυνση χωρίς επαρκή υποστήριξη ενδέχεται να επηρεάσει τη συνοχή της οικογένειας και να οδηγήσει σε συγκρούσεις ή αποστασιοποίηση (Phillips et.al., 2023).

Επιπλέον, η παρουσία ψυχικής διαταραχής μπορεί να επηρεάσει τη δυνατότητα δημιουργίας και διατήρησης στενών σχέσεων, όπως φιλικών ή συντροφικών. Δυσκολίες εμπιστοσύνης, φόβος εγκατάλειψης ή αίσθημα ανασφάλειας λειτουργούν

ανασταλτικά στη σύναψη δεσμών. Σε ορισμένες περιπτώσεις, το άτομο μπορεί να εξαρτάται υπερβολικά από μια σχέση ή, αντίθετα, να αποφεύγει τη συναισθηματική εγγύτητα (Menefee et.al.,2022).

1.2.3 Κοινωνικός αποκλεισμός και στίγμα

Ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελεί μία από τις πιο σύνθετες και επίμονες συνέπειες των ψυχικών διαταραχών, καθώς δεν προκύπτει μόνο από τα ίδια τα συμπτώματα, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο η κοινωνία αντιλαμβάνεται και αντιμετωπίζει την ψυχική νόσο. Το στίγμα, δηλαδή το σύνολο αρνητικών στάσεων, προκαταλήψεων και στερεοτύπων, διαμορφώνει ένα περιβάλλον που δυσχεραίνει την ισότιμη συμμετοχή των ατόμων στην κοινωνική ζωή (Prizeman et.al.,2023).

Σε επίπεδο καθημερινότητας, το στίγμα εκδηλώνεται συχνά μέσα από αποστασιοποίηση, αμφισβήτηση ικανοτήτων ή ακόμα και ανοιχτή απόρριψη. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές ενδέχεται να αντιμετωπίζονται ως λιγότερο αξιόπιστα ή ανίκανα να ανταποκριθούν σε κοινωνικούς και επαγγελματικούς ρόλους. Αυτές οι αντιλήψεις επηρεάζουν την πρόσβαση σε ευκαιρίες, όπως η εργασία, η εκπαίδευση και η κοινωνική ένταξη, δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο αποκλεισμού (Ahad et.al., 2023).

Ιδιαίτερη σημασία έχει η διάκριση μεταξύ εξωτερικού και εσωτερικευμένου στίγματος. Το εξωτερικό στίγμα αφορά τις στάσεις και τις συμπεριφορές των άλλων, ενώ το εσωτερικευμένο σχετίζεται με τον τρόπο που το ίδιο το άτομο υιοθετεί αυτές τις αντιλήψεις. Όταν το άτομο αρχίζει να βλέπει τον εαυτό του μέσα από το πρίσμα των κοινωνικών στερεοτύπων, ενισχύονται αισθήματα ντροπής, μειονεξίας και αναξιοσύνης. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αποφυγή κοινωνικών επαφών και περιορισμό της διεκδίκησης δικαιωμάτων ή ευκαιριών (Suleman et.al.,2024).

Ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν αφορά μόνο την έλλειψη συμμετοχής, αλλά και την αποδυνάμωση της κοινωνικής ταυτότητας. Η απουσία ενεργού ρόλου στην κοινότητα, η ανεργία ή η περιορισμένη κοινωνική δικτύωση επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τη θέση του στην κοινωνία. Η σταδιακή απομάκρυνση από

κοινωνικά πλαίσια ενισχύει την απομόνωση και δυσχεραίνει την επανένταξη (Torales et.al.,2023).

Παράλληλα, το στίγμα επηρεάζει και τη σχέση του ατόμου με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Ο φόβος της κοινωνικής έκθεσης ή της αρνητικής αξιολόγησης μπορεί να λειτουργήσει αποτρεπτικά ως προς την αναζήτηση βοήθειας. Η καθυστέρηση στην πρόσβαση σε υπηρεσίες οδηγεί συχνά σε επιδείνωση της κατάστασης και αυξάνει τη δυσκολία αποκατάστασης (Thornicroft et.al.,2022).

Η αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού προϋποθέτει παρεμβάσεις σε πολλαπλά επίπεδα. Η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας μπορούν να συμβάλουν στη μείωση των στερεοτύπων, ενώ η ενίσχυση των κοινοτικών υπηρεσιών και των ευκαιριών ένταξης δημιουργεί τις προϋποθέσεις για ουσιαστική συμμετοχή. Παράλληλα, η ενδυνάμωση των ίδιων των ατόμων, μέσα από την ανάπτυξη δεξιοτήτων και την υποστήριξη της αυτοεκτίμησης, αποτελεί κρίσιμο στοιχείο για την υπέρβαση των περιορισμών που επιβάλλει το στίγμα (Boardman et.al.,2022).

1.2.4 Επιπτώσεις στην εκπαίδευση και την εργασία

Οι ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν ουσιαστικά την εκπαιδευτική πορεία και την επαγγελματική ένταξη, καθώς συνδέονται με δυσκολίες που αφορούν τόσο τις γνωστικές λειτουργίες όσο και τη σταθερότητα της καθημερινής συμμετοχής. Στο εκπαιδευτικό πλαίσιο, οι επιπτώσεις εμφανίζονται συχνά με τη μορφή μειωμένης συγκέντρωσης, δυσκολίας κατανόησης και επεξεργασίας πληροφοριών, καθώς και περιορισμένης ικανότητας οργάνωσης της μελέτης. Οι δυσκολίες αυτές μπορεί να οδηγήσουν σε χαμηλότερη απόδοση, απουσίες και, σε ορισμένες περιπτώσεις, σε διακοπή της φοίτησης (Kondirulli, & Sunder, 2022).

Η εμπειρία του σχολικού ή ακαδημαϊκού περιβάλλοντος επηρεάζεται επίσης από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Το άγχος, η ανασφάλεια ή ο φόβος αρνητικής αξιολόγησης μπορεί να περιορίσουν τη συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες και να επηρεάσουν τη σχέση με εκπαιδευτικούς και συμφοιτητές. Όταν δεν υπάρχει

επαρκής κατανόηση ή υποστήριξη, το άτομο ενδέχεται να βιώσει απομόνωση ή να απομακρυνθεί σταδιακά από το εκπαιδευτικό πλαίσιο (Jiang et.al.,2020).

Στον εργασιακό χώρο, οι επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών είναι εξίσου σημαντικές. Η δυσκολία διατήρησης σταθερού ρυθμού, η μειωμένη αντοχή στο στρες και τα προβλήματα συγκέντρωσης επηρεάζουν την απόδοση και τη συνέπεια. Η τήρηση ωραρίων, η διαχείριση ευθυνών και η συνεργασία με συναδέλφους μπορεί να καθίστανται απαιτητικές, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα με αυξημένες απαιτήσεις ή περιορισμένη ευελιξία (Pritchard et.al., 2023).

Η αδυναμία προσαρμογής στις απαιτήσεις της εργασίας οδηγεί συχνά σε αστάθεια στην απασχόληση, με συχνές αλλαγές θέσεων ή περιόδους ανεργίας. Η κατάσταση αυτή έχει άμεσες οικονομικές συνέπειες, αλλά επηρεάζει και την αυτοεκτίμηση και την κοινωνική ταυτότητα του ατόμου, καθώς η εργασία συνδέεται στενά με την αίσθηση παραγωγικότητας και συμμετοχής. Η παρατεταμένη απομάκρυνση από την αγορά εργασίας ενισχύει τον κοινωνικό αποκλεισμό και δυσχεραίνει την επανένταξη (Lu et.al.,2022).

Επιπλέον, οι συμπεριφορές εντός του εργασιακού περιβάλλοντος διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο. Η έλλειψη κατανόησης, οι προκαταλήψεις ή η απουσία υποστηρικτικών πρακτικών μπορούν να επιδεινώσουν τις δυσκολίες. Αντίθετα, η ύπαρξη ευέλικτων συνθηκών εργασίας, η προσαρμογή των απαιτήσεων και η υποστηρικτική κουλτούρα συμβάλλουν στη διατήρηση της απασχόλησης και στην ενίσχυση της λειτουργικότητας (Pritchard et.al., 2023).

1.2.5 Οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες

Οι ψυχικές διαταραχές συνδέονται με σημαντικές οικονομικές επιπτώσεις, οι οποίες αφορούν τόσο το ίδιο το άτομο όσο και το ευρύτερο σύστημα υγείας και πρόνοιας. Το οικονομικό βάρος δεν περιορίζεται στις άμεσες δαπάνες για υπηρεσίες υγείας, αλλά επεκτείνεται σε ένα ευρύτερο σύνολο επιπτώσεων που επηρεάζουν την παραγωγικότητα, την απασχόληση και τη λειτουργία της κοινωνίας (Occhipintiet.al., 2024).

Σε ατομικό επίπεδο, οι οικονομικές συνέπειες προκύπτουν κυρίως από τη μειωμένη ικανότητα συμμετοχής στην εργασία. Η δυσκολία διατήρησης σταθερής απασχόλησης ή η πλήρης απομάκρυνση από την αγορά εργασίας οδηγεί σε απώλεια εισοδήματος και αυξημένη οικονομική εξάρτηση από την οικογένεια ή από επιδόματα κοινωνικής πρόνοιας. Παράλληλα, το κόστος που σχετίζεται με τη φροντίδα, όπως ιατρικές επισκέψεις, φαρμακευτική αγωγή και υποστηρικτικές υπηρεσίες, επιβαρύνει περαιτέρω την οικονομική κατάσταση του ατόμου (Knapp, & Wong, 2020).

Σε επίπεδο συστήματος υγείας, οι ψυχικές διαταραχές απαιτούν σημαντικούς πόρους για τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη μακροχρόνια υποστήριξη. Οι δαπάνες αυτές περιλαμβάνουν τόσο υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας όσο και εξειδικευμένες δομές ψυχικής υγείας. Όταν η παρέμβαση δεν είναι έγκαιρη ή επαρκής, το κόστος αυξάνεται λόγω επιδείνωσης της κατάστασης και ανάγκης για πιο εντατικές μορφές φροντίδας (Silva et.al., 2020).

Οι έμμεσες οικονομικές συνέπειες είναι εξίσου σημαντικές. Η απώλεια παραγωγικότητας, είτε λόγω απουσίας από την εργασία είτε λόγω μειωμένης απόδοσης, επηρεάζει συνολικά την οικονομική δραστηριότητα. Επιπλέον, η ανάγκη φροντίδας από μέλη της οικογένειας μπορεί να περιορίσει τη δική τους επαγγελματική δραστηριότητα, δημιουργώντας μια αλυσιδωτή επίδραση στην οικονομική λειτουργία του νοικοκυριού (Doran & Kinchin 2019).

Σε κοινωνικό επίπεδο, οι επιπτώσεις αφορούν τη συνοχή και τη λειτουργία των κοινωνικών δομών. Η αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας ασκεί πίεση στα δημόσια συστήματα, ενώ η περιορισμένη συμμετοχή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην εργασία και στην κοινωνική ζωή ενισχύει τον αποκλεισμό. Η απουσία ενεργού ρόλου στην κοινωνία επηρεάζει όχι μόνο το άτομο, αλλά και τη συλλογική δυναμική, μειώνοντας το επίπεδο κοινωνικής ένταξης και συμμετοχής (Wang, & Geng, 2019).

Παράλληλα, οι οικονομικές δυσκολίες και ο κοινωνικός αποκλεισμός αλληλοενισχύονται. Η έλλειψη οικονομικών πόρων περιορίζει την πρόσβαση σε υπηρεσίες και ευκαιρίες, ενώ ο αποκλεισμός από την εργασία και την εκπαίδευση

επιδεινώνει την οικονομική κατάσταση. Η αλληλεπίδραση αυτή δημιουργεί έναν φαύλο κύκλο που δυσχεραίνει την αποκατάσταση και την επανένταξη (Silva et.al.,2020).

Η κατανόηση των οικονομικών και κοινωνικών συνεπειών των ψυχικών διαταραχών είναι κρίσιμη για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών πολιτικών. Η επένδυση σε υπηρεσίες πρόληψης, έγκαιρης παρέμβασης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης μπορεί να μειώσει το συνολικό κόστος μακροπρόθεσμα, ενισχύοντας παράλληλα τη λειτουργικότητα και την κοινωνική συμμετοχή των ατόμων. Με τον τρόπο αυτό, η αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών δεν αποτελεί μόνο ζήτημα υγείας, αλλά και βασική προϋπόθεση κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης (Knapp, & Wong, 2020).

1.2.6 Η σημασία της έγκαιρης παρέμβασης και της κοινωνικής υποστήριξης

Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την πορεία και την έκβασή τους. Όταν η παρέμβαση πραγματοποιείται σε αρχικά στάδια, αυξάνονται οι πιθανότητες σταθεροποίησης της κατάστασης και περιορίζεται ο κίνδυνος επιδείνωσης και χρονιότητας. Αντίθετα, η καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας συχνά οδηγεί σε συσσώρευση δυσκολιών, οι οποίες επηρεάζουν όχι μόνο την ψυχική κατάσταση, αλλά και τη λειτουργικότητα και την κοινωνική συμμετοχή του ατόμου (Espe-Sherwindt, & Serrano, 2020).

Η έγκαιρη παρέμβαση δεν αφορά αποκλειστικά τη φαρμακευτική ή ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση, αλλά περιλαμβάνει ένα ευρύτερο πλαίσιο υποστήριξης που λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες του ατόμου στο σύνολό τους. Η παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών, που συνδυάζουν θεραπευτικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, συμβάλλει στη διατήρηση της αυτονομίας και στη βελτίωση της καθημερινής λειτουργικότητας. Παράλληλα, η συνεχής παρακολούθηση και η προσαρμογή των παρεμβάσεων στις μεταβαλλόμενες ανάγκες αποτελούν βασικά στοιχεία για τη σταθερότητα της κατάστασης (McGorry et.al., 2018).

Η κοινωνική υποστήριξη διαδραματίζει εξίσου σημαντικό ρόλο. Το οικογενειακό περιβάλλον, οι φίλοι και τα ευρύτερα κοινωνικά δίκτυα μπορούν να λειτουργήσουν ως πηγή ενίσχυσης, προσφέροντας συναισθηματική στήριξη, πρακτική βοήθεια και αίσθημα ασφάλειας. Η ύπαρξη υποστηρικτικών σχέσεων μειώνει την απομόνωση και ενισχύει την αυτοεκτίμηση, διευκολύνοντας την προσαρμογή στις δυσκολίες που προκύπτουν (Acoba, 2024).

Εξίσου σημαντική είναι η συμβολή των οργανωμένων υπηρεσιών στην κοινότητα. Οι δομές ψυχικής υγείας που λειτουργούν εκτός ιδρυμάτων, όπως τα κέντρα ημέρας, τα προστατευμένα διαμερίσματα και οι κινητές μονάδες, προσφέρουν ένα πλαίσιο συνεχούς υποστήριξης που ενισχύει τη σύνδεση του ατόμου με την κοινωνία. Μέσα από αυτές τις υπηρεσίες, παρέχεται η δυνατότητα ανάπτυξης δεξιοτήτων, ενίσχυσης της λειτουργικότητας και σταδιακής επανένταξης σε κοινωνικούς και επαγγελματικούς ρόλους (Espe-Sherwindt, & Serrano, 2020).

1.3 Έννοια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αναφέρεται στο σύνολο των παρεμβάσεων που αποσκοπούν στην ενίσχυση της λειτουργικότητας και της κοινωνικής ένταξης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Δεν περιορίζεται στη θεραπεία των συμπτωμάτων, αλλά επικεντρώνεται στην αποκατάσταση της καθημερινής ζωής, δίνοντας έμφαση στην αυτονομία, στη διατήρηση ρόλων και στη συμμετοχή στην κοινότητα (Onishchenko et.al.,2023).

Στον πυρήνα της έννοιας βρίσκεται η αντίληψη ότι το άτομο μπορεί να αναπτύξει ή να ανακτήσει δεξιότητες που του επιτρέπουν να ζει με μεγαλύτερη ανεξαρτησία, ακόμη και όταν η ψυχική διαταραχή παραμένει. Η προσέγγιση αυτή μετατοπίζει το ενδιαφέρον από την πλήρη ίαση προς τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της καθημερινής λειτουργικότητας. Η αποκατάσταση δεν θεωρείται γραμμική διαδικασία, αλλά εξελίσσεται σταδιακά και προσαρμόζεται στις ανάγκες και τις δυνατότητες κάθε ατόμου (Sundaram, & Kumar 2018).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση βασίζεται σε μια ολιστική θεώρηση της ψυχικής υγείας, όπου λαμβάνονται υπόψη βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες. Οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν την εκπαίδευση σε δεξιότητες καθημερινής ζωής, την υποστήριξη στην εργασία ή στην εκπαίδευση, την ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων και τη διασύνδεση με υπηρεσίες της κοινότητας. Παράλληλα, δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην ενεργή συμμετοχή του ίδιου του ατόμου στον σχεδιασμό και στην υλοποίηση των παρεμβάσεων που το αφορούν (Penk et.al., 2019).

Ένα βασικό χαρακτηριστικό της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι η λειτουργία της μέσα στο φυσικό περιβάλλον του ατόμου. Οι υπηρεσίες παρέχονται κατά κύριο λόγο στην κοινότητα, με στόχο τη διατήρηση της επαφής με την καθημερινή πραγματικότητα και την αποφυγή της απομόνωσης. Η προσέγγιση αυτή ενισχύει τη δυνατότητα του ατόμου να διατηρεί κοινωνικούς ρόλους και να συμμετέχει ενεργά σε δραστηριότητες που έχουν νόημα για το ίδιο (McKay et.al., 2018).

Παράλληλα, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση δίνει έμφαση στη συνεργασία μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών και υπηρεσιών. Η διεπιστημονική προσέγγιση επιτρέπει την ολοκληρωμένη κάλυψη των αναγκών, ενώ η εμπλοκή της οικογένειας και του κοινωνικού δικτύου συμβάλλει στη δημιουργία ενός υποστηρικτικού πλαισίου. Η συνεχής αξιολόγηση και η προσαρμογή των παρεμβάσεων αποτελούν βασικά στοιχεία για τη διατήρηση της αποτελεσματικότητας (Sundaram, & Kumar 2018).

1.4 Στόχοι και αρχές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση διαμορφώνεται γύρω από συγκεκριμένους στόχους και αρχές που καθοδηγούν τον σχεδιασμό και την εφαρμογή των παρεμβάσεων. Η προσέγγιση αυτή δίνει προτεραιότητα στην ενίσχυση της λειτουργικότητας και στη διασφάλιση ουσιαστικής συμμετοχής του ατόμου στην κοινωνική ζωή, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες και δυνατότητές του (Valaas et.al., 2022).

1.4.1 Στόχοι της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Βασικός στόχος είναι η ενίσχυση της αυτονομίας του ατόμου στην καθημερινή ζωή.

Αυτό περιλαμβάνει την ανάπτυξη δεξιοτήτων που επιτρέπουν τη διαχείριση προσωπικών αναγκών, τη λήψη αποφάσεων και την οργάνωση της καθημερινότητας με μεγαλύτερη ανεξαρτησία (Valaas et.al., 2022).

Παράλληλα, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη βελτίωση της λειτουργικότητας. Η αποκατάσταση στοχεύει στη διατήρηση ή στην επαναφορά ικανοτήτων που σχετίζονται με την εργασία, την εκπαίδευση και τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες. Η λειτουργικότητα δεν αντιμετωπίζεται αποσπασματικά, αλλά ως βασική προϋπόθεση για μια σταθερή και ενεργή παρουσία στην κοινότητα (Berdalet.al., 2018).

Ένας ακόμη σημαντικός στόχος αφορά την κοινωνική ένταξη. Η δυνατότητα δημιουργίας και διατήρησης κοινωνικών σχέσεων, καθώς και η συμμετοχή σε συλλογικές δραστηριότητες, ενισχύουν το αίσθημα του ανήκειν και συμβάλλουν στη μείωση της απομόνωσης. Η ένταξη αυτή δεν περιορίζεται στην απλή παρουσία σε κοινωνικά πλαίσια, αλλά προϋποθέτει ενεργό ρόλο και ουσιαστική συμμετοχή (Hamnes et.al., 2021).

Η βελτίωση της ποιότητας ζωής αποτελεί επίσης κεντρικό ζητούμενο. Η αποκατάσταση επιδιώκει να ενισχύσει την υποκειμενική αίσθηση ευημερίας, λαμβάνοντας υπόψη τις προσωπικές επιθυμίες και προτεραιότητες του ατόμου. Η ποιότητα ζωής συνδέεται με την ικανοποίηση από την καθημερινότητα, τη σταθερότητα και τη δυνατότητα επίτευξης προσωπικών στόχων (Berdal et.al., 2018).

1.4.2 Βασικές αρχές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση βασίζεται στην αρχή της εξατομίκευσης. Οι παρεμβάσεις σχεδιάζονται με βάση τις ιδιαίτερες ανάγκες, τις ικανότητες και τις προτιμήσεις κάθε ατόμου, αποφεύγοντας γενικευμένες προσεγγίσεις. Η ενεργή συμμετοχή του ίδιου του ατόμου στον σχεδιασμό της φροντίδας αποτελεί βασικό στοιχείο αυτής της αρχής (Andrews et.al., 2026).

Η προσέγγιση είναι ολιστική, λαμβάνοντας υπόψη τη συνολική κατάσταση του ατόμου και όχι μόνο τη διάγνωση. Οι βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες

αντιμετωπίζονται ως αλληλένδετοι, γεγονός που επιτρέπει μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση των αναγκών (Mitus, & Levine, 2021).

Ιδιαίτερη σημασία έχει η αρχή της κοινοτικής ένταξης. Οι υπηρεσίες οργανώνονται με τρόπο που διατηρεί το άτομο στο φυσικό του περιβάλλον, ενισχύοντας τη σύνδεσή του με την κοινότητα και αποφεύγοντας την απομόνωση σε ιδρυματικά πλαίσια. Η καθημερινή ζωή στην κοινότητα αποτελεί βασικό πεδίο εφαρμογής των παρεμβάσεων (Bentley et.al., 2019).

Η διεπιστημονική συνεργασία αποτελεί επίσης βασική αρχή. Η συμμετοχή διαφορετικών επαγγελματιών επιτρέπει την κάλυψη ποικίλων αναγκών και συμβάλλει στη συνοχή των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παράλληλα, η συνεργασία με την οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο ενισχύει τη σταθερότητα της υποστήριξης (Farkas et.al., 2023).

Τέλος, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στηρίζεται στην αρχή της ενδυνάμωσης. Το άτομο αντιμετωπίζεται ως ενεργός φορέας αλλαγής και όχι ως παθητικός αποδέκτης υπηρεσιών. Η ενίσχυση της αυτοπεποίθησης, της υπευθυνότητας και της ικανότητας λήψης αποφάσεων συμβάλλει στη διαμόρφωση μιας πιο ενεργητικής στάσης απέναντι στη ζωή (Mitus, & Levine, 2021).

1.5 Μοντέλα αποκατάστασης

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση έχει διαμορφωθεί μέσα από διαφορετικά θεωρητικά μοντέλα, τα οποία αποτυπώνουν τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η ψυχική διαταραχή και καθορίζουν την κατεύθυνση των παρεμβάσεων. Τα κυριότερα από αυτά είναι το ιατρικό, το κοινωνικό και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, τα οποία, αν και διαφέρουν ως προς την έμφαση που δίνουν σε επιμέρους παράγοντες, συμβάλλουν στη διαμόρφωση της σύγχρονης πρακτικής.

1.5.1 Ιατρικό μοντέλο

Το ιατρικό μοντέλο αποτέλεσε για μεγάλο χρονικό διάστημα το κυρίαρχο πλαίσιο

κατανόησης και αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών. Βασίζεται στην αντίληψη ότι οι διαταραχές αυτές έχουν βιολογική ή νευροχημική βάση και, ως εκ τούτου, μπορούν να προσεγγιστούν με τρόπο ανάλογο των σωματικών νοσημάτων. Στο πλαίσιο αυτό, η έμφαση δίνεται στη διάγνωση, στην ταξινόμηση των συμπτωμάτων και στην εφαρμογή θεραπευτικών παρεμβάσεων που στοχεύουν στη μείωσή τους (Carret.al., 2023).

Κεντρικό στοιχείο του μοντέλου είναι η διαδικασία της διαγνωστικής αξιολόγησης. Η αναγνώριση συγκεκριμένων συμπτωμάτων και η ένταξή τους σε διαγνωστικές κατηγορίες επιτρέπει την επιλογή κατάλληλης θεραπείας και τη συστηματική παρακολούθηση της πορείας της διαταραχής. Η προσέγγιση αυτή συνέβαλε καθοριστικά στην ανάπτυξη της ψυχιατρικής ως επιστημονικού κλάδου, παρέχοντας ένα κοινό πλαίσιο αναφοράς για την κατανόηση των ψυχικών φαινομένων (Carr, 2024). Η θεραπευτική αντιμετώπιση στο ιατρικό μοντέλο βασίζεται κυρίως στη φαρμακευτική αγωγή, η οποία στοχεύει στη ρύθμιση των βιολογικών μηχανισμών που σχετίζονται με τη διαταραχή. Σε πολλές περιπτώσεις, η φαρμακοθεραπεία συνδυάζεται με άλλες μορφές παρέμβασης, όπως η ψυχοθεραπεία, ωστόσο η κύρια έμφαση παραμένει στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Η σταθεροποίηση της κλινικής εικόνας θεωρείται βασική προϋπόθεση για οποιαδήποτε περαιτέρω παρέμβαση (Tripathi, 2025).

Ένα ακόμη χαρακτηριστικό του ιατρικού μοντέλου είναι η προσέγγιση της φροντίδας μέσα από εξειδικευμένες δομές, όπως νοσοκομεία και ψυχιατρικές κλινικές. Η παροχή υπηρεσιών σε ελεγχόμενο περιβάλλον επιτρέπει την εντατική παρακολούθηση και τη διαχείριση οξέων καταστάσεων. Ωστόσο, η παρατεταμένη παραμονή σε τέτοιου είδους πλαίσια μπορεί να απομακρύνει το άτομο από την καθημερινή ζωή και να περιορίσει τις ευκαιρίες για ανάπτυξη δεξιοτήτων (Carr et.al., 2023).

Παρά τη σημαντική συμβολή του στην κατανόηση και στη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, το ιατρικό μοντέλο έχει δεχθεί κριτική για τον περιορισμένο τρόπο με τον οποίο προσεγγίζει την αποκατάσταση. Η εστίαση στη νόσο και στα συμπτώματα

συχνά δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες που σχετίζονται με τη λειτουργικότητα και την κοινωνική ένταξη. Παράγοντες όπως το περιβάλλον, οι κοινωνικές σχέσεις και οι συνθήκες ζωής δεν εντάσσονται πάντα επαρκώς στο θεραπευτικό σχεδιασμό (Tripathi, 2025).

1.5.2 Κοινωνικό μοντέλο

Το κοινωνικό μοντέλο αναπτύχθηκε ως μια διαφορετική οπτική απέναντι στην ψυχική υγεία, μετατοπίζοντας το ενδιαφέρον από το άτομο στο περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει και δρα. Σε αντίθεση με το ιατρικό μοντέλο, που εστιάζει κυρίως στα συμπτώματα και στη βιολογική διάσταση της διαταραχής, το κοινωνικό μοντέλο αναδεικνύει τον ρόλο των κοινωνικών συνθηκών, των δομών και των στάσεων της κοινωνίας στη διαμόρφωση της εμπειρίας της ψυχικής νόσου (Houngbedji et.al., 2025).

Στο πλαίσιο αυτό, οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει το άτομο δεν αποδίδονται αποκλειστικά στη διαταραχή, αλλά και στα εμπόδια που θέτει το κοινωνικό περιβάλλον. Παράγοντες όπως το στίγμα, οι διακρίσεις, η έλλειψη ευκαιριών και η περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες συμβάλλουν στην ενίσχυση του αποκλεισμού και στη μείωση της λειτουργικότητας. Το άτομο, επομένως, δεν αντιμετωπίζεται ως παθητικός αποδέκτης μιας κατάστασης, αλλά ως φορέας δικαιωμάτων που επηρεάζεται από το κοινωνικό πλαίσιο (Dell et.al., 2021).

Η αποκατάσταση, μέσα από το κοινωνικό μοντέλο, επικεντρώνεται στη δημιουργία συνθηκών που διευκολύνουν την ισότιμη συμμετοχή. Αυτό περιλαμβάνει την ανάπτυξη υπηρεσιών στην κοινότητα, την προώθηση πολιτικών ένταξης και την ενίσχυση των κοινωνικών δικτύων. Η πρόσβαση στην εκπαίδευση, στην εργασία και σε δραστηριότητες της κοινότητας θεωρείται βασικό στοιχείο για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Winsper et.al., 2020).

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην αντιμετώπιση του στίγματος. Η αλλαγή των κοινωνικών αντιλήψεων και η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για τη μείωση των διακρίσεων. Παράλληλα, η ενίσχυση της φωνής των ίδιων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές συμβάλλει στην αναγνώριση των αναγκών

τους και στη διαμόρφωση πιο συμπεριληπτικών πολιτικών (Killaspy, 2023).

Ένα ακόμη σημαντικό στοιχείο του κοινωνικού μοντέλου είναι η έμφαση στην ανεξάρτητη διαβίωση. Η υποστήριξη του ατόμου ώστε να ζει στο φυσικό του περιβάλλον, με πρόσβαση σε κατάλληλες υπηρεσίες, αποτελεί βασική επιδίωξη. Η αποφυγή της ιδρυματοποίησης και η ενίσχυση της παρουσίας στην κοινότητα θεωρούνται καθοριστικές για τη διατήρηση της κοινωνικής ταυτότητας. (Van Der Meer & Wunderink, 2019).

1.5.3 Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο διαμορφώθηκε ως μια συνθετική προσέγγιση που επιχειρεί να υπερβεί τους περιορισμούς των μονοδιάστατων ερμηνειών της ψυχικής υγείας. Βασίζεται στην παραδοχή ότι οι ψυχικές διαταραχές δεν μπορούν να εξηγηθούν επαρκώς ούτε αποκλειστικά από βιολογικούς μηχανισμούς ούτε μόνο από κοινωνικούς παράγοντες, αλλά προκύπτουν από τη συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών διαστάσεων (Bolton, 2023).

Στο επίπεδο της βιολογίας περιλαμβάνονται παράγοντες όπως η γενετική προδιάθεση, η νευροχημεία και η σωματική υγεία, οι οποίοι επηρεάζουν την εμφάνιση και την πορεία των διαταραχών. Η ψυχολογική διάσταση αφορά τον τρόπο σκέψης, τη συναισθηματική επεξεργασία και τις στρατηγικές αντιμετώπισης που αναπτύσσει το άτομο. Παράλληλα, οι κοινωνικοί παράγοντες, όπως το οικογενειακό περιβάλλον, οι συνθήκες διαβίωσης και οι κοινωνικές σχέσεις, διαμορφώνουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο εκδηλώνεται και εξελίσσεται η ψυχική κατάσταση (Lugg, 2022).

Η αποκατάσταση, στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου, βασίζεται σε μια πολυεπίπεδη προσέγγιση. Οι παρεμβάσεις δεν περιορίζονται στη θεραπεία των συμπτωμάτων, αλλά επεκτείνονται στην ενίσχυση των δεξιοτήτων, στη βελτίωση της λειτουργικότητας και στη δημιουργία υποστηρικτικών συνθηκών ζωής. Η φαρμακευτική αγωγή, η ψυχοθεραπεία και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις συνδυάζονται με τρόπο που ανταποκρίνεται στις ανάγκες κάθε ατόμου (Frazier, 2020). Κεντρική θέση κατέχει η έννοια της εξατομίκευσης. Η κατανόηση της ιδιαίτερης

κατάστασης του κάθε ατόμου επιτρέπει τον σχεδιασμό παρεμβάσεων που λαμβάνουν υπόψη όχι μόνο τη διάγνωση, αλλά και τις προσωπικές εμπειρίες, τις δυνατότητες και το κοινωνικό πλαίσιο. Η ενεργή συμμετοχή του ίδιου του ατόμου στη λήψη αποφάσεων αποτελεί βασικό στοιχείο της προσέγγισης, ενισχύοντας την αίσθηση ελέγχου και υπευθυνότητας. (Bolton & Gillett 2019).

Η διεπιστημονική συνεργασία αποτελεί επίσης βασικό χαρακτηριστικό του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου. Επαγγελματίες από διαφορετικούς τομείς, όπως ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και άλλοι ειδικοί, συνεργάζονται για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας. Η συντονισμένη αυτή προσέγγιση επιτρέπει την κάλυψη ποικίλων αναγκών και ενισχύει τη συνέχεια στη φροντίδα (Bolton, 2023).

Σε αντίθεση με προσεγγίσεις που επικεντρώνονται σε έναν μόνο παράγοντα, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο δίνει έμφαση στη συνολική λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής. Η επιτυχία της αποκατάστασης δεν αξιολογείται μόνο με βάση τη μείωση των συμπτωμάτων, αλλά και με βάση την ικανότητα του ατόμου να συμμετέχει ενεργά στην καθημερινή ζωή και να διατηρεί κοινωνικούς ρόλους (Frazier, 2020).

Κεφάλαιο 2ο Κοινωνική Ψυχιατρική και Αποασυλοποίηση

2.1 Η μετάβαση από το άσυλο στην κοινότητα

Για μεγάλο μέρος του 20ού αιώνα, η φροντίδα των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές βασίστηκε στο ιδρυματικό μοντέλο. Τα ψυχιατρικά άσυλα λειτουργούσαν ως χώροι μακροχρόνιας παραμονής, με κύριο στόχο την απομάκρυνση των ασθενών από την κοινωνία και τη διαχείριση των συμπτωμάτων σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον. Παρότι το μοντέλο αυτό κάλυψε σε μια πρώτη φάση την ανάγκη οργανωμένης φροντίδας, σταδιακά ανέδειξε σημαντικούς περιορισμούς, καθώς συνδέθηκε με απομόνωση, απώλεια δεξιοτήτων και περιορισμό της προσωπικής αυτονομίας (Cutler et.al., 2022).

Η κριτική προς το ιδρυματικό σύστημα εντάθηκε ιδιαίτερα από τα μέσα του 20ού αιώνα, όταν άρχισε να γίνεται σαφές ότι η μακροχρόνια παραμονή σε κλειστά πλαίσια δεν οδηγούσε σε ουσιαστική βελτίωση της κατάστασης των ασθενών. Αντίθετα, ενίσχυε την εξάρτηση από το σύστημα φροντίδας και απομάκρυνε τα άτομα από την κοινωνική πραγματικότητα. Παράλληλα, οι συνθήκες διαβίωσης σε πολλά ιδρύματα, σε συνδυασμό με τον υπερπληθυσμό και την έλλειψη εξατομικευμένης φροντίδας, οδήγησαν σε αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητας και της ηθικής βάσης του μοντέλου (Doroshwet.al., 2019).

Η μετάβαση προς την κοινωνική ψυχιατρική αποτέλεσε απάντηση σε αυτές τις αδυναμίες. Η νέα προσέγγιση βασίστηκε στην ιδέα ότι η φροντίδα πρέπει να παρέχεται όσο το δυνατόν πιο κοντά στο φυσικό περιβάλλον του ατόμου, με στόχο τη διατήρηση της κοινωνικής του ένταξης και την ενίσχυση της λειτουργικότητάς του. Η κοινότητα δεν αντιμετωπίζεται πλέον ως χώρος κινδύνου ή αποσταθεροποίησης, αλλά ως πεδίο όπου το άτομο μπορεί να αναπτύξει δεξιότητες, να διατηρήσει σχέσεις και να συμμετέχει ενεργά (Freeman, 2022).

Σημαντικό ρόλο σε αυτή τη μετάβαση διαδραμάτισε η ανάπτυξη νέων θεραπευτικών

μέσων, όπως η φαρμακοθεραπεία, η οποία επέτρεψε την καλύτερη διαχείριση των συμπτωμάτων εκτός ιδρυματικού πλαισίου. Παράλληλα, η ενίσχυση των δικαιωμάτων των ασθενών και η αλλαγή των κοινωνικών αντιλήψεων συνέβαλαν στη σταδιακή αποδοχή της ιδέας ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές μπορούν να ζουν στην κοινότητα με κατάλληλη υποστήριξη (Doroshov et.al., 2019).

Η κοινοτική ψυχιατρική δεν περιορίζεται στη μεταφορά της φροντίδας από το άσυλο στην κοινότητα, αλλά συνεπάγεται μια συνολική αλλαγή στη φιλοσοφία των υπηρεσιών. Δίνεται έμφαση στη συνέχεια της φροντίδας, στην πρόληψη των υποτροπών και στην ανάπτυξη δικτύων υποστήριξης που καλύπτουν ποικίλες ανάγκες. Οι υπηρεσίες οργανώνονται με τρόπο που επιτρέπει την προσβασιμότητα και την ευελιξία, προσαρμοζόμενες στις ιδιαιτερότητες κάθε περιοχής και πληθυσμού (Dorothea, 2023).

2.2 Η έννοια της αποασυλοποίησης

Η αποασυλοποίηση αποτελεί μια θεμελιώδη μεταρρύθμιση στον χώρο της ψυχικής υγείας, η οποία σηματοδοτεί τη μετάβαση από το ιδρυματικό μοντέλο φροντίδας προς την παροχή υπηρεσιών στην κοινότητα. Δεν πρόκειται απλώς για τη μείωση των νοσηλειών ή το κλείσιμο ψυχιατρικών ιδρυμάτων, αλλά για μια βαθύτερη αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η ψυχική νόσος και η φροντίδα των ατόμων που την αντιμετωπίζουν (Montenegro et.al., 2023).

Στον πυρήνα της αποασυλοποίησης βρίσκεται η αναγνώριση του δικαιώματος των ατόμων με ψυχικές διαταραχές να ζουν σε συνθήκες που προάγουν την αξιοπρέπεια, την αυτονομία και τη συμμετοχή στην κοινωνία. Η ιδρυματοποίηση, όπως εφαρμόστηκε για δεκαετίες, συνδέθηκε με απομόνωση από το κοινωνικό περιβάλλον, περιορισμό της προσωπικής ελευθερίας και απώλεια βασικών δεξιοτήτων καθημερινής ζωής. Η αποασυλοποίηση επιδιώκει την ανατροπή αυτής της λογικής, προωθώντας την ένταξη και τη διατήρηση του ατόμου στο φυσικό του περιβάλλον (Patel et.al., 2023).

Η διαδικασία της αποασυλοποίησης περιλαμβάνει τρεις βασικές διαστάσεις. Η πρώτη αφορά τη σταδιακή μείωση της εξάρτησης από μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα και την αντικατάστασή τους από μικρότερες, περισσότερο ευέλικτες δομές. Η δεύτερη σχετίζεται με την ανάπτυξη ενός δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών που καλύπτουν τις ανάγκες θεραπείας, αποκατάστασης και κοινωνικής υποστήριξης. Η τρίτη διάσταση αφορά την αλλαγή των κοινωνικών στάσεων, με στόχο τη μείωση του στίγματος και την ενίσχυση της αποδοχής (Salime et.al., 2022).

Η επιτυχία της αποασυλοποίησης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη διαθεσιμότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών στην κοινότητα. Δομές όπως τα κέντρα ημέρας, τα προστατευμένα διαμερίσματα και οι κινητές μονάδες αποτελούν βασικά εργαλεία για τη στήριξη των ατόμων εκτός ιδρυματικού πλαισίου. Μέσα από αυτές τις υπηρεσίες παρέχεται συνεχής φροντίδα, ανάπτυξη δεξιοτήτων και υποστήριξη στην καθημερινή ζωή, στοιχεία που είναι απαραίτητα για τη διατήρηση της λειτουργικότητας (Sá-Fernandes et.al., 2025).

Παράλληλα, η αποασυλοποίηση συνδέεται με την ενίσχυση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η προσέγγιση αυτή προωθεί την ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες, την προστασία της προσωπικής ελευθερίας και τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων που αφορούν τη ζωή τους. Η μετατόπιση αυτή από ένα πατερναλιστικό μοντέλο φροντίδας προς μια πιο συμμετοχική προσέγγιση αποτελεί σημαντική αλλαγή στη φιλοσοφία της ψυχικής υγείας (Segeren et.al., 2022).

Ωστόσο, η αποασυλοποίηση δεν αποτελεί μια απλή ή γραμμική διαδικασία. Σε αρκετές περιπτώσεις, η εφαρμογή της συνάντησε δυσκολίες, κυρίως λόγω της ανεπαρκούς ανάπτυξης κοινοτικών υπηρεσιών ή της έλλειψης συντονισμού μεταξύ των φορέων. Η απουσία επαρκούς υποστήριξης μπορεί να οδηγήσει σε φαινόμενα εγκατάλειψης, με αποτέλεσμα τα άτομα να βρίσκονται χωρίς την αναγκαία φροντίδα. Επιπλέον, οι κοινωνικές αντιλήψεις και το στίγμα εξακολουθούν να αποτελούν εμπόδια για την πλήρη ένταξη (Tanase et.al., 2025).

2.3 Πλεονεκτήματα κοινοτικών υπηρεσιών

Η ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελεί βασικό στοιχείο της σύγχρονης προσέγγισης στη φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Σε αντίθεση με τα ιδρυματικά μοντέλα, οι υπηρεσίες αυτές λειτουργούν μέσα στο φυσικό περιβάλλον του ατόμου και επιδιώκουν τη διατήρηση της σύνδεσής του με την καθημερινή ζωή. Τα πλεονεκτήματα που προκύπτουν από αυτή τη μετατόπιση είναι πολλαπλά και αφορούν τόσο την ποιότητα της φροντίδας όσο και τη συνολική λειτουργικότητα των ατόμων (Bonadio, & Tompsett, 2018).

2.3.1 Διατήρηση της κοινωνικής ένταξης

Ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα των κοινοτικών υπηρεσιών είναι η ενίσχυση της κοινωνικής ένταξης. Η παραμονή του ατόμου στο οικείο του περιβάλλον επιτρέπει τη διατήρηση κοινωνικών ρόλων και σχέσεων, περιορίζοντας την απομόνωση που συχνά συνοδεύει την ιδρυματοποίηση. Το άτομο συνεχίζει να συμμετέχει σε δραστηριότητες της κοινότητας, γεγονός που συμβάλλει στην ενίσχυση της κοινωνικής του ταυτότητας (Horvat Golob et.al., 2025).

Η καθημερινή επαφή με το κοινωνικό περιβάλλον λειτουργεί ως παράγοντας ενδυνάμωσης, καθώς προσφέρει ευκαιρίες για αλληλεπίδραση, ανάπτυξη δεξιοτήτων και διατήρηση της αίσθησης του ανήκειν. Η ένταξη δεν περιορίζεται στην απλή παρουσία, αλλά συνδέεται με ενεργό συμμετοχή και ουσιαστική εμπλοκή στην κοινωνική ζωή (Bonadio, & Tompsett, 2018).

2.3.2 Ενίσχυση της αυτονομίας και της λειτουργικότητας

Οι κοινοτικές υπηρεσίες δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην ενίσχυση της αυτονομίας. Μέσα από την καθημερινή εμπλοκή σε δραστηριότητες, το άτομο έχει τη δυνατότητα να αναπτύξει ή να επανακτήσει δεξιότητες που σχετίζονται με την αυτοφροντίδα, την οργάνωση και τη διαχείριση της ζωής του. Η υποστήριξη παρέχεται με τρόπο που

ενθαρρύνει την ενεργή συμμετοχή και όχι την εξάρτηση (Wong et.al, 2022).

Η λειτουργικότητα αντιμετωπίζεται ως βασικός στόχος της φροντίδας. Η σταδιακή ανάληψη ευθυνών και η συμμετοχή σε πραγματικές συνθήκες ζωής συμβάλλουν στη διατήρηση της ανεξαρτησίας. Σε αντίθεση με τα ιδρυματικά πλαίσια, όπου πολλές δραστηριότητες είναι προκαθορισμένες, η κοινοτική προσέγγιση επιτρέπει μεγαλύτερη ευελιξία και προσαρμογή στις ανάγκες του ατόμου.

2.3.3 Εξατομικευμένη και συνεχής φροντίδα

Οι κοινοτικές υπηρεσίες παρέχουν τη δυνατότητα για πιο εξατομικευμένη προσέγγιση. Η φροντίδα προσαρμόζεται στις ιδιαίτερες ανάγκες και συνθήκες ζωής του κάθε ατόμου, λαμβάνοντας υπόψη το κοινωνικό του περιβάλλον, τις δυνατότητες και τις προτεραιότητές του. Η στενότερη επαφή μεταξύ επαγγελματιών και ωφελομένων διευκολύνει την κατανόηση των αναγκών και την έγκαιρη παρέμβαση.

Παράλληλα, διασφαλίζεται η συνέχεια της φροντίδας. Η υποστήριξη δεν περιορίζεται σε περιόδους κρίσης, αλλά παρέχεται σε σταθερή βάση, γεγονός που συμβάλλει στην πρόληψη υποτροπών και στη διατήρηση της σταθερότητας. Η δυνατότητα παρακολούθησης στο φυσικό περιβάλλον επιτρέπει την καλύτερη αξιολόγηση της πορείας και την προσαρμογή των παρεμβάσεων.(Beezholdet,al, 2020).

2.3.4 Μείωση του στίγματος και των διακρίσεων

Η λειτουργία των υπηρεσιών στην κοινότητα συμβάλλει στη σταδιακή μείωση του στίγματος. Η ορατότητα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε καθημερινά κοινωνικά πλαίσια βοηθά στην αποδόμηση στερεοτύπων και ενισχύει την αποδοχή. Η αλληλεπίδραση με το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο δημιουργεί προϋποθέσεις για πιο ρεαλιστική κατανόηση της ψυχικής νόσου.

Παράλληλα, η πρόσβαση σε υπηρεσίες χωρίς απομάκρυνση από το κοινωνικό περιβάλλον μειώνει την αίσθηση περιθωριοποίησης. Το άτομο δεν ταυτίζεται αποκλειστικά με τον ρόλο του ασθενή, αλλά διατηρεί πολλαπλές κοινωνικές

ταυτότητες (Vandoni et.al., 2024).

2.3.5 Οικονομική αποδοτικότητα και βιωσιμότητα

Οι κοινοτικές υπηρεσίες συχνά συνδέονται με πιο αποδοτική αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Η αποφυγή μακροχρόνιων νοσηλειών και η έμφαση στην πρόληψη των υποτροπών μειώνουν το συνολικό κόστος φροντίδας. Η υποστήριξη στο περιβάλλον του ατόμου επιτρέπει την έγκαιρη αντιμετώπιση δυσκολιών, περιορίζοντας την ανάγκη για πιο δαπανηρές παρεμβάσεις.

Επιπλέον, η ενίσχυση της λειτουργικότητας και της συμμετοχής στην εργασία ή στην εκπαίδευση συμβάλλει έμμεσα στη μείωση των οικονομικών επιπτώσεων, τόσο για το άτομο όσο και για το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας (Segeren et.al., 2022).

2.4 Προκλήσεις και περιορισμοί

Η μετάβαση προς τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας συνοδεύεται από σημαντικά οφέλη, δεν στερείται όμως δυσκολιών. Η εφαρμογή της κοινοτικής ψυχιατρικής προϋποθέτει επαρκή σχεδιασμό, συντονισμό και διαθεσιμότητα πόρων, στοιχεία που δεν εξασφαλίζονται πάντα στον ίδιο βαθμό. Οι προκλήσεις που ανακύπτουν αφορούν τόσο τη λειτουργία των υπηρεσιών όσο και το ευρύτερο κοινωνικό και θεσμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αυτές εντάσσονται.

2.4.1 Ανεπάρκεια και ανισοκατανομή υπηρεσιών

Η αποτελεσματική λειτουργία της κοινοτικής ψυχιατρικής προϋποθέτει την ύπαρξη ενός επαρκούς και καλά οργανωμένου δικτύου υπηρεσιών. Στην πράξη, όμως, παρατηρούνται σημαντικές ελλείψεις τόσο σε αριθμό δομών όσο και σε εύρος παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ανεπάρκεια αυτή δεν αφορά μόνο τη συνολική διαθεσιμότητα, αλλά και τη δυνατότητα κάλυψης διαφορετικών αναγκών, όπως η έγκαιρη παρέμβαση, η αποκατάσταση και η μακροχρόνια υποστήριξη (McGINTY,

2023).

Ένα βασικό ζήτημα είναι η γεωγραφική ανισοκατανομή των υπηρεσιών. Οι περισσότερες δομές συγκεντρώνονται σε μεγάλα αστικά κέντρα, ενώ σε περιφερειακές ή απομακρυσμένες περιοχές η πρόσβαση είναι περιορισμένη. Το γεγονός αυτό δημιουργεί ανισότητες, καθώς τα άτομα που ζουν εκτός αστικών περιοχών δυσκολεύονται να λάβουν έγκαιρη και συνεχή φροντίδα. Οι μετακινήσεις προς άλλες περιοχές συχνά δεν είναι εφικτές, ιδιαίτερα για άτομα με περιορισμένους οικονομικούς ή κοινωνικούς πόρους (Acuña-Rodríguez et.al., 2025)

Παράλληλα, η ανεπάρκεια δεν αφορά μόνο την παρουσία δομών, αλλά και τη λειτουργικότητά τους. Σε αρκετές περιπτώσεις, οι υπηρεσίες δεν διαθέτουν το απαραίτητο προσωπικό ή τις υποδομές για να ανταποκριθούν στον αριθμό των ωφελούμενων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα καθυστερήσεις στην εξυπηρέτηση, περιορισμένη διάρκεια ή ένταση παρεμβάσεων και δυσκολία στη διατήρηση σταθερής παρακολούθησης (Evans et.al., 2024).

Η ανισοκατανομή επηρεάζει και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ορισμένες δομές επικεντρώνονται κυρίως στη θεραπευτική αντιμετώπιση, ενώ άλλες παρέχουν κυρίως υποστηρικτικές ή αποκαταστασιακές υπηρεσίες, χωρίς να υπάρχει πάντα ισορροπία. Η έλλειψη ολοκληρωμένων υπηρεσιών σε ένα ενιαίο πλαίσιο δυσχεραίνει την κάλυψη των σύνθετων αναγκών των ατόμων και οδηγεί σε κατακερματισμό της φροντίδας (Sambrook et.al., 2024).

Επιπλέον, η άνιση κατανομή των πόρων ενισχύει τις διαφοροποιήσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών. Δομές με καλύτερη χρηματοδότηση και στελέχωση μπορούν να προσφέρουν πιο ολοκληρωμένη φροντίδα, ενώ άλλες λειτουργούν με περιορισμένες δυνατότητες. Η κατάσταση αυτή δημιουργεί ένα περιβάλλον στο οποίο η πρόσβαση και η ποιότητα της φροντίδας εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τον τόπο κατοικίας (Takamine et.al., 2025).

2.4.2 Έλλειψη συντονισμού και συνέχειας στη φροντίδα

Η αποτελεσματική φροντίδα στον χώρο της ψυχικής υγείας προϋποθέτει τη

συνεργασία πολλαπλών υπηρεσιών και επαγγελματιών. Στην πράξη, όμως, η έλλειψη συντονισμού αποτελεί ένα από τα βασικά εμπόδια στη λειτουργία της κοινοτικής ψυχιατρικής. Οι υπηρεσίες συχνά λειτουργούν παράλληλα, χωρίς επαρκή επικοινωνία και κοινό σχεδιασμό, γεγονός που οδηγεί σε αποσπασματική αντιμετώπιση των αναγκών (McIntyre et.al., 2022).

Ένα από τα κύρια προβλήματα αφορά τη μεταβίβαση της φροντίδας από ένα πλαίσιο σε άλλο. Η μετάβαση από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην κοινότητα δεν είναι πάντα οργανωμένη, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται κενά υποστήριξης. Σε αρκετές περιπτώσεις, το άτομο εξέρχεται από το νοσοκομείο χωρίς σαφές σχέδιο συνέχισης της φροντίδας, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο υποτροπής και επανεισαγωγής (de Crupré et.al., 2023).

Η έλλειψη κοινών πρωτοκόλλων και μηχανισμών παρακολούθησης δυσχεραίνει περαιτέρω τη συνέχεια της φροντίδας. Οι πληροφορίες δεν μεταφέρονται πάντα αποτελεσματικά μεταξύ των υπηρεσιών, με αποτέλεσμα να χάνεται σημαντικό μέρος του ιστορικού ή της πορείας του ατόμου. Αυτό οδηγεί σε επαναλαμβανόμενες αξιολογήσεις, καθυστερήσεις στις παρεμβάσεις και μειωμένη αποτελεσματικότητα (van Genk et.al., 2023).

Παράλληλα, η απουσία ενός σταθερού επαγγελματία αναφοράς μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη σχέση εμπιστοσύνης. Όταν το άτομο έρχεται σε επαφή με διαφορετικούς επαγγελματίες χωρίς συνέχεια, δυσκολεύεται να αναπτύξει σταθερή θεραπευτική σχέση, γεγονός που περιορίζει τη συμμόρφωση και τη συμμετοχή στις παρεμβάσεις. Η ασυνέχεια στη φροντίδα δεν αφορά μόνο τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αλλά και τη διασύνδεση με άλλους τομείς, όπως η κοινωνική πρόνοια, η εκπαίδευση και η απασχόληση. Η έλλειψη συνεργασίας μεταξύ αυτών των φορέων περιορίζει τη δυνατότητα ολοκληρωμένης υποστήριξης και δυσχεραίνει την κάλυψη των σύνθετων αναγκών των ατόμων (Maoz et.al., 2024).

2.4.3 Περιορισμένοι πόροι και στελέχωση

Η επάρκεια των πόρων και η κατάλληλη στελέχωση αποτελούν βασικές

προϋποθέσεις για την αποτελεσματική λειτουργία των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Στην πράξη, ωστόσο, οι υπηρεσίες αυτές συχνά καλούνται να λειτουργήσουν με περιορισμένα οικονομικά μέσα και ανεπαρκές προσωπικό, γεγονός που επηρεάζει άμεσα την ποιότητα και τη συνέχεια της φροντίδας (Ballout, 2025).

Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών δεν είναι πάντα σταθερή ή επαρκής για την κάλυψη των αναγκών. Οι περιορισμένοι πόροι επηρεάζουν την ανάπτυξη νέων δομών, τη συντήρηση των υπαρχουσών και την παροχή εξειδικευμένων παρεμβάσεων. Σε περιόδους οικονομικών πιέσεων, η ψυχική υγεία συχνά δεν αποτελεί προτεραιότητα, με αποτέλεσμα να μειώνονται οι διαθέσιμοι πόροι και να περιορίζεται το εύρος των υπηρεσιών (Frias et.al., 2025).

Η στελέχωση αποτελεί εξίσου κρίσιμο ζήτημα. Οι υπηρεσίες λειτουργούν συχνά με μικρότερο αριθμό επαγγελματιών από τον απαιτούμενο, γεγονός που αυξάνει τον φόρτο εργασίας και περιορίζει τη δυνατότητα εξατομικευμένης φροντίδας. Οι επαγγελματίες καλούνται να ανταποκριθούν σε πολλαπλούς ρόλους, κάτι που μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα των παρεμβάσεων και να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση (Sharma, & Mc Nicholas, 2025).

2.4.4 Δυσκολίες προσαρμογής των ατόμων στην κοινότητα

Η μετάβαση από το ιδρυματικό πλαίσιο στην κοινότητα δεν αποτελεί μια απλή διαδικασία, αλλά μια σύνθετη αλλαγή που απαιτεί χρόνο, υποστήριξη και σταδιακή προσαρμογή. Για πολλά άτομα, ιδιαίτερα εκείνα που έχουν βιώσει μακροχρόνια ιδρυματοποίηση, η καθημερινή ζωή εκτός δομών συνοδεύεται από προκλήσεις που σχετίζονται με την απώλεια δεξιοτήτων, την ανασφάλεια και την ανάγκη ανάληψης νέων ρόλων (Montenegro et.al., 2023).

Ένα από τα βασικά ζητήματα αφορά την περιορισμένη εμπειρία διαχείρισης της καθημερινότητας. Σε ένα προστατευμένο περιβάλλον, πολλές δραστηριότητες είναι οργανωμένες και προβλέψιμες, ενώ στην κοινότητα απαιτείται ενεργή συμμετοχή και λήψη πρωτοβουλιών. Η διαχείριση οικονομικών υποχρεώσεων, η οργάνωση του χρόνου και η φροντίδα του εαυτού μπορεί να αποτελούν πεδία δυσκολίας, ιδιαίτερα

όταν δεν υπάρχει επαρκής υποστήριξη (Mezzina, 2025).

Παράλληλα, οι κοινωνικές δεξιότητες δεν είναι πάντα ανεπτυγμένες σε βαθμό που να επιτρέπει την εύκολη ένταξη. Η επικοινωνία, η δημιουργία σχέσεων και η διαχείριση κοινωνικών καταστάσεων μπορεί να προκαλούν άγχος ή αμηχανία. Η απουσία σταθερού κοινωνικού δικτύου εντείνει το αίσθημα απομόνωσης και δυσχεραίνει την ανάπτυξη νέων δεσμών (Horvat Golob et.al., 2025).

Η ψυχολογική διάσταση της προσαρμογής είναι εξίσου σημαντική. Η μετάβαση συνοδεύεται συχνά από αβεβαιότητα και φόβο αποτυχίας, καθώς το άτομο καλείται να λειτουργήσει σε ένα περιβάλλον με λιγότερους περιορισμούς αλλά και λιγότερη άμεση καθοδήγηση. Η αυξημένη ευθύνη μπορεί να προκαλέσει άγχος, ενώ η έλλειψη εμπιστοσύνης στις προσωπικές ικανότητες λειτουργεί ανασταλτικά στην ανάληψη πρωτοβουλιών (Fulone et.al., 2021).

2.4.5 Θεσμικοί και οργανωτικοί περιορισμοί

Η λειτουργία των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από το θεσμικό και οργανωτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εντάσσονται. Οι κανονισμοί, οι διοικητικές διαδικασίες και ο τρόπος οργάνωσης των υπηρεσιών καθορίζουν όχι μόνο τη διαθεσιμότητα, αλλά και την ποιότητα της φροντίδας. Όταν το πλαίσιο αυτό δεν είναι επαρκώς ευέλικτο ή συντονισμένο, δημιουργούνται εμπόδια που περιορίζουν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων (Brantnell et.al., 2023). Ένα βασικό ζήτημα αφορά την πολυπλοκότητα των διοικητικών διαδικασιών. Η γραφειοκρατία μπορεί να καθυστερεί την πρόσβαση σε υπηρεσίες, να δυσχεραίνει την έναρξη παρεμβάσεων και να επιβαρύνει τόσο τους επαγγελματίες όσο και τους ωφελούμενους. Διαδικασίες που απαιτούν πολλαπλά στάδια έγκρισης ή εμπλοκή διαφορετικών φορέων συχνά οδηγούν σε καθυστερήσεις, οι οποίες είναι ιδιαίτερα κρίσιμες στον χώρο της ψυχικής υγείας, όπου η έγκαιρη παρέμβαση είναι καθοριστική (Guerrero et.al., 2025).

Παράλληλα, η κατανομή αρμοδιοτήτων μεταξύ διαφορετικών υπηρεσιών δεν είναι πάντα σαφής. Η εμπλοκή πολλών φορέων χωρίς ξεκάθαρο καθορισμό ρόλων μπορεί

να δημιουργήσει επικαλύψεις ή, αντίθετα, κενά στη φροντίδα. Η έλλειψη ενιαίου συντονισμού δυσχεραίνει τη συνεργασία και περιορίζει τη δυνατότητα παροχής ολοκληρωμένων υπηρεσιών (Sampson et.al.,2023).

Ένα ακόμη σημαντικό στοιχείο είναι η περιορισμένη ευελιξία των δομών. Οι κοινοτικές υπηρεσίες καλούνται να ανταποκριθούν σε διαφορετικές και μεταβαλλόμενες ανάγκες, ωστόσο οι οργανωτικοί περιορισμοί συχνά δεν επιτρέπουν την προσαρμογή των παρεμβάσεων. Σταθερά ωράρια, προκαθορισμένες διαδικασίες και περιορισμοί στη χρήση πόρων δυσχεραίνουν την εξατομίκευση της φροντίδας (Parker et.al., 2023).

Η απουσία συστηματικών μηχανισμών αξιολόγησης αποτελεί επίσης σημαντικό περιορισμό. Χωρίς αξιόπιστα δεδομένα για την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών, είναι δύσκολο να εντοπιστούν αδυναμίες και να σχεδιαστούν παρεμβάσεις βελτίωσης. Η έλλειψη αξιολόγησης επηρεάζει και τη λήψη αποφάσεων σε επίπεδο πολιτικής, καθώς δεν υπάρχει σαφής εικόνα των αναγκών και των αποτελεσμάτων (Siddiqui et.al.,2022).

2.5 Διεθνείς πρακτικές και πολιτικές

Η ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχιατρικής έχει ακολουθήσει διαφορετικές πορείες σε διεθνές επίπεδο, ανάλογα με το ιστορικό, κοινωνικό και οικονομικό πλαίσιο κάθε χώρας. Παρά τις διαφοροποιήσεις, κοινός άξονας αποτελεί η σταδιακή απομάκρυνση από το ιδρυματικό μοντέλο και η ενίσχυση υπηρεσιών που λειτουργούν μέσα στην κοινότητα, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την κοινωνική ένταξη των ατόμων (Furst et.al., 2021).

Ένα από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελεί η Ιταλία, όπου η ψυχιατρική μεταρρύθμιση ξεκίνησε με τη νομοθετική πρωτοβουλία του Franco Basaglia τη δεκαετία του 1970. Με την ψήφιση του Νόμου 180, τα ψυχιατρικά άσυλα καταργήθηκαν σταδιακά και αντικαταστάθηκαν από κοινοτικές υπηρεσίες. Η προσέγγιση αυτή έδωσε έμφαση στην ελευθερία, στα δικαιώματα των ασθενών και

στη φροντίδα μέσα στο κοινωνικό περιβάλλον. Το ιταλικό μοντέλο θεωρείται από τα πιο ριζοσπαστικά παραδείγματα αποασυλοποίησης, αν και η εφαρμογή του παρουσίασε διαφοροποιήσεις μεταξύ περιοχών (Ventriglio et.al., 2025).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχιατρικής πραγματοποιήθηκε πιο σταδιακά, μέσα από πολιτικές που ενίσχυσαν τη φροντίδα στην κοινότητα ήδη από τη δεκαετία του 1980. Το σύστημα βασίζεται στη διασύνδεση υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την πρωτοβάθμια φροντίδα και στην ανάπτυξη εξειδικευμένων ομάδων στην κοινότητα. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στη συνέχεια της φροντίδας και στην ύπαρξη επαγγελματία αναφοράς, που συντονίζει τις παρεμβάσεις για κάθε άτομο (Bilir, 2018).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η αποασυλοποίηση ξεκίνησε νωρίτερα, ήδη από τη δεκαετία του 1960, με στόχο τη μείωση των νοσηλειών και την ανάπτυξη κοινοτικών κέντρων ψυχικής υγείας. Ωστόσο, η εφαρμογή της πολιτικής αυτής δεν συνοδεύτηκε πάντα από επαρκή χρηματοδότηση και ανάπτυξη υποστηρικτικών δομών. Ως αποτέλεσμα, σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρήθηκαν κενά φροντίδας, που οδήγησαν σε κοινωνικά προβλήματα, όπως η αύξηση των αστέγων ανάμεσα σε άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές (Gillard, 2019).

Αντίθετα, στις σκανδιναβικές χώρες, όπως η Σουηδία και η Νορβηγία, η ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχιατρικής βασίστηκε σε ισχυρά συστήματα κοινωνικής πρόνοιας. Οι υπηρεσίες είναι καλά οργανωμένες, με έμφαση στην πρόληψη, στην έγκαιρη παρέμβαση και στη συνεργασία μεταξύ διαφορετικών φορέων. Η ύπαρξη σταθερής χρηματοδότησης και ολοκληρωμένων πολιτικών επιτρέπει την παροχή συνεχούς και εξατομικευμένης φροντίδας (Mahdanian et.al., 2023).

Στην Αυστραλία, η προσέγγιση συνδυάζει την κοινοτική φροντίδα με την ενσωμάτωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο γενικό σύστημα υγείας. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη υπηρεσιών στην κοινότητα, αλλά και στη συμμετοχή των ωφελούμενων στον σχεδιασμό των πολιτικών. Η ενδυνάμωση των χρηστών υπηρεσιών αποτελεί βασική αρχή, ενώ η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων είναι συστηματική (Bilir, 2018).

Κεφάλαιο 3ο Υπηρεσίες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην Ελλάδα

3.1 Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα αποτέλεσε μια σταδιακή και σύνθετη διαδικασία, η οποία σηματοδότησε τη μετάβαση από ένα ιδρυματικό σύστημα φροντίδας σε ένα πιο αποκεντρωμένο και κοινοτικά προσανατολισμένο μοντέλο. Η ανάγκη για αλλαγή προέκυψε τόσο από τις αδυναμίες του υπάρχοντος συστήματος όσο και από τις διεθνείς εξελίξεις στον χώρο της ψυχικής υγείας, που ανέδειξαν τη σημασία της αποασυλοποίησης και της κοινωνικής ένταξης (Anargyros et.al., 2021). Μέχρι τα τέλη του 20ού αιώνα, η φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στη χώρα βασιζόταν κυρίως σε μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα. Τα ιδρύματα αυτά λειτουργούσαν ως βασικός πυλώνας παροχής υπηρεσιών, ωστόσο συνδέθηκαν με προβλήματα όπως ο υπερπληθυσμός, οι περιορισμένες δυνατότητες εξατομικευμένης φροντίδας και η απομάκρυνση των ασθενών από το κοινωνικό τους περιβάλλον. Οι συνθήκες αυτές ανέδειξαν την ανάγκη για αναδιάρθρωση του συστήματος και την υιοθέτηση νέων προσεγγίσεων.(Christodoulou, & Kollias,2019). Η έναρξη της μεταρρύθμισης τοποθετείται ουσιαστικά στη δεκαετία του 1980, με την εισαγωγή θεσμικών αλλαγών που στόχευαν στον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σημαντικό βήμα αποτέλεσε η υιοθέτηση νομοθετικού πλαισίου που προέβλεπε την ανάπτυξη υπηρεσιών στην κοινότητα και την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Η μεταρρύθμιση δεν περιορίστηκε σε διοικητικές αλλαγές, αλλά επιδίωξε να μετασχηματίσει τη φιλοσοφία της φροντίδας (WHO, 2025). Καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη της διαδικασίας διαδραμάτισε η υλοποίηση του προγράμματος «Ψυχαργώς», το οποίο στόχευσε στην αποασυλοποίηση και στην ανάπτυξη ενός δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών. Μέσα από το πρόγραμμα αυτό δημιουργήθηκαν νέες δομές, όπως οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα και κέντρα ημέρας, που παρείχαν υποστήριξη σε άτομα με ψυχικές διαταραχές εκτός

ιδρυματικού πλαισίου. Η ανάπτυξη των δομών αυτών συνέβαλε στη σταδιακή αποσυμφόρηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων και στη βελτίωση των συνθηκών φροντίδας (Peritogiannis et.al., 2022).

Η μεταρρύθμιση έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στην κοινοτική ψυχιατρική, προωθώντας την παροχή υπηρεσιών κοντά στον τόπο κατοικίας των ωφελούμενων. Η προσέγγιση αυτή βασίστηκε στην ιδέα ότι η διατήρηση του ατόμου στο φυσικό του περιβάλλον ενισχύει τη λειτουργικότητα και τη δυνατότητα κοινωνικής ένταξης. Παράλληλα, ενισχύθηκε η διεπιστημονική συνεργασία και η ανάπτυξη υπηρεσιών που καλύπτουν διαφορετικές ανάγκες, από τη θεραπεία έως την αποκατάσταση (Kotsis et.al., 2025). Ωστόσο, η πορεία της μεταρρύθμισης δεν ήταν ομοιόμορφη ούτε χωρίς δυσκολίες. Η ανάπτυξη των υπηρεσιών παρουσίασε διαφοροποιήσεις μεταξύ περιοχών, ενώ η έλλειψη πόρων και ο περιορισμένος συντονισμός επηρέασαν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η αποασυλοποίηση δεν συνοδεύτηκε από επαρκή ανάπτυξη κοινοτικών δομών, με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν κενά στη φροντίδα (Tsikou et.al., 2025).

3.2 Το πρόγραμμα «Ψυχαργώς»

3.2.1 Ιστορικό πλαίσιο και αναγκαιότητα

Η διαμόρφωση του προγράμματος «Ψυχαργώς» συνδέεται άμεσα με τις συνθήκες που επικρατούσαν στο ελληνικό σύστημα ψυχικής υγείας κατά τις τελευταίες δεκαετίες του 20ού αιώνα. Για μεγάλο χρονικό διάστημα, η φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές βασιζόταν σχεδόν αποκλειστικά σε μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα, τα οποία λειτουργούσαν με λογική μακροχρόνιας παραμονής. Το μοντέλο αυτό, αν και αρχικά θεωρήθηκε απαραίτητο για την οργάνωση της φροντίδας, σταδιακά ανέδειξε σοβαρούς περιορισμούς, τόσο ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο και ως προς τον σεβασμό των δικαιωμάτων των ασθενών (Douki, & Kelesi-Stavropoulou, 2022)

Οι συνθήκες διαβίωσης σε αρκετά ιδρύματα χαρακτηρίζονταν από υπερπληθυσμό,

περιορισμένη εξατομίκευση της φροντίδας και απομάκρυνση των ατόμων από το κοινωνικό τους περιβάλλον. Η μακροχρόνια παραμονή σε αυτά τα πλαίσια οδηγούσε συχνά σε απώλεια κοινωνικών και λειτουργικών δεξιοτήτων, ενισχύοντας την εξάρτηση από το σύστημα φροντίδας και δυσχεραίνοντας την επιστροφή στην κοινότητα. Παράλληλα, η απομόνωση συνέβαλε στην ενίσχυση του στίγματος, καθώς τα άτομα με ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζονταν ως αποκομμένα από την κοινωνική πραγματικότητα(Κουλιεράκης και συν., 2025).

Η ανάγκη για αλλαγή ενισχύθηκε τόσο από εσωτερικούς όσο και από εξωτερικούς παράγοντες. Σε διεθνές επίπεδο, η αποασυλοποίηση και η ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχιατρικής είχαν ήδη αναδείξει τα πλεονεκτήματα της φροντίδας στην κοινότητα. Οι νέες αυτές προσεγγίσεις έδιναν έμφαση στην κοινωνική ένταξη, στην αυτονομία και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, μετατοπίζοντας το ενδιαφέρον από την απλή διαχείριση των συμπτωμάτων στην ολοκληρωμένη αποκατάσταση.(Depastas, & Pierrakos, 2015).

Στο ελληνικό πλαίσιο, η ανάγκη μεταρρύθμισης έγινε ιδιαίτερα εμφανής μέσα από την κριτική που ασκήθηκε στις συνθήκες λειτουργίας των ψυχιατρικών ιδρυμάτων. Οι αδυναμίες του συστήματος ανέδειξαν την ανάγκη για αναδιοργάνωση των υπηρεσιών και για υιοθέτηση ενός μοντέλου που θα ανταποκρίνεται καλύτερα στις σύγχρονες αντιλήψεις για την ψυχική υγεία. Παράλληλα, η ενίσχυση των δικαιωμάτων των ασθενών και η ανάγκη συμμόρφωσης με ευρωπαϊκά πρότυπα αποτέλεσαν σημαντικούς παράγοντες που ώθησαν προς την κατεύθυνση της μεταρρύθμισης(Χαράλαμπος, 2018).

3.2.2 Στόχοι του προγράμματος

Οι στόχοι του προγράμματος «Ψυχαργώς» διαμορφώθηκαν με βάση την ανάγκη συνολικής αναδιοργάνωσης του συστήματος ψυχικής υγείας και τη μετάβαση σε ένα μοντέλο που δίνει έμφαση στην κοινότητα και στην αποκατάσταση. Η στοχοθεσία δεν περιορίστηκε σε επιμέρους παρεμβάσεις, αλλά αφορούσε μια ευρύτερη αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο οργανώνεται και παρέχεται η φροντίδα(Καλύβα και συν., 2025).

Κεντρικός στόχος υπήρξε η αποασυλοποίηση των ατόμων που διέμεναν σε ψυχιατρικά ιδρύματα. Η απομάκρυνση από τα ιδρύματα δεν αντιμετωπίστηκε ως απλή μετακίνηση, αλλά ως διαδικασία επανένταξης, που απαιτεί την ανάπτυξη δεξιοτήτων και τη δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Στο πλαίσιο αυτό, δόθηκε έμφαση στη σταδιακή μετάβαση και στην παροχή κατάλληλων συνθηκών διαβίωσης στην κοινότητα (Giannakopoulos, & Anagnostopoulos, 2016).

Παράλληλα, σημαντικός στόχος ήταν η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες αυτές σχεδιάστηκαν ώστε να καλύπτουν διαφορετικά επίπεδα αναγκών, από την πρόληψη και τη θεραπεία έως την αποκατάσταση και τη μακροχρόνια υποστήριξη. Η δημιουργία δομών κοντά στον τόπο κατοικίας των ωφελούμενων αποσκοπούσε στη διευκόλυνση της πρόσβασης και στη διασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα (Douki et.al., 2021).

Η ενίσχυση της αυτονομίας των ατόμων αποτέλεσε επίσης βασικό στόχο. Το πρόγραμμα επιδίωξε να περιορίσει την εξάρτηση από το σύστημα φροντίδας και να ενθαρρύνει την ενεργή συμμετοχή των ωφελούμενων στην καθημερινή ζωή. Η ανάπτυξη δεξιοτήτων που σχετίζονται με την αυτοφροντίδα, την κοινωνική αλληλεπίδραση και την ανάληψη ευθυνών θεωρήθηκε απαραίτητη για τη διατήρηση της λειτουργικότητας (Marchionatti et.al., 2024).

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η φροντίδα δεν περιορίστηκε στη διαχείριση των συμπτωμάτων, αλλά επεκτάθηκε στη δημιουργία συνθηκών που επιτρέπουν στο άτομο να ζει με αξιοπρέπεια και να συμμετέχει σε δραστηριότητες με νόημα. Η έννοια της ποιότητας ζωής συνδέθηκε με την ικανοποίηση από την καθημερινότητα, τη σταθερότητα και την αίσθηση του ανήκειν (Douki et.al., 2021).

Ένας ακόμη σημαντικός στόχος ήταν η προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Το πρόγραμμα ενσωμάτωσε αρχές που σχετίζονται με τον σεβασμό της προσωπικότητας, την ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες και τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων. Η μετατόπιση αυτή από ένα πατερναλιστικό μοντέλο σε μια πιο συμμετοχική προσέγγιση αποτέλεσε βασικό στοιχείο της

μεταρρύθμισης (Giannakopoulos, & Anagnostopoulos, 2016).

Επιπλέον, το πρόγραμμα στόχευσε στην αποσυμφόρηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων και στον επαναπροσδιορισμό του ρόλου τους. Η νοσοκομειακή φροντίδα περιορίστηκε κυρίως στην αντιμετώπιση οξέων περιστατικών, ενώ η μακροχρόνια υποστήριξη μεταφέρθηκε στην κοινότητα. Με τον τρόπο αυτό, επιδιώχθηκε η πιο ορθολογική κατανομή των πόρων και η βελτίωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος (Marchionatti et.al., 2024).

3.2.3 Δομές και υπηρεσίες

Στο πλαίσιο του «Ψυχαργώς» δημιουργήθηκε ένα ευρύ δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Οι βασικές κατηγορίες δομών περιλαμβάνουν:

- Στεγαστικές δομές (οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα)
- Κέντρα ημέρας
- Κινητές μονάδες ψυχικής υγείας
- Εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες

Οι δομές αυτές σχεδιάστηκαν ώστε να καλύπτουν διαφορετικά επίπεδα αναγκών, από την καθημερινή υποστήριξη έως την κοινωνική επανένταξη. Η λειτουργία τους βασίζεται στην αρχή της παραμονής του ατόμου στο φυσικό του περιβάλλον (Gousiou et.al, 2026).

3.2.4 Αποτελέσματα του προγράμματος

Η εφαρμογή του προγράμματος «Ψυχαργώς» οδήγησε σε ουσιαστικές αλλαγές στη δομή και στη λειτουργία του συστήματος ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Τα αποτελέσματα δεν περιορίζονται μόνο σε οργανωτικό επίπεδο, αλλά επεκτείνονται στη βελτίωση των συνθηκών ζωής των ατόμων και στην αναδιαμόρφωση της συνολικής προσέγγισης της φροντίδας (Alexiou, & Fradelos, 2025).

Ένα από τα σημαντικότερα επιτεύγματα ήταν η σταδιακή αποσυμφόρηση των

ψυχιατρικών νοσοκομείων. Ο αριθμός των ατόμων που διέμεναν μακροχρόνια σε ιδρυματικές δομές μειώθηκε, καθώς πολλοί μετακινήθηκαν σε εναλλακτικές μορφές διαβίωσης στην κοινότητα. Η αλλαγή αυτή συνέβαλε στη μείωση της ιδρυματοποίησης και στη βελτίωση των συνθηκών φροντίδας για όσους εξακολουθούν να χρειάζονται νοσοκομειακή υποστήριξη (Madianos, 2020).

Παράλληλα, η ανάπτυξη ενός εκτεταμένου δικτύου κοινοτικών δομών αποτέλεσε καθοριστική εξέλιξη. Οι νέες υπηρεσίες, όπως οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα και κέντρα ημέρας, δημιούργησαν ένα πλαίσιο υποστήριξης που επιτρέπει την παραμονή των ατόμων στο φυσικό τους περιβάλλον. Η ύπαρξη διαφορετικών τύπων δομών επέτρεψε την κάλυψη ποικίλων αναγκών και τη σταδιακή μετάβαση προς μεγαλύτερη αυτονομία. (Christodoulou, & Kollias, 2019).

3.3 Δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Οι δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αποτελούν τον βασικό πυλώνα της κοινοτικής ψυχιατρικής, καθώς παρέχουν υποστήριξη σε άτομα με ψυχικές διαταραχές με στόχο τη διατήρηση της λειτουργικότητας και την ενίσχυση της κοινωνικής ένταξης. Η ανάπτυξή τους βασίζεται στην ανάγκη κάλυψης διαφορετικών επιπέδων φροντίδας, από την προστατευμένη διαβίωση έως την πλήρη ένταξη στην κοινότητα (Penk et.al., 2019).

3.3.1 Οικοτροφεία

Τα οικοτροφεία αποτελούν βασικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που απευθύνονται κυρίως σε άτομα με σοβαρές και χρόνιες ψυχικές διαταραχές, τα οποία δεν είναι σε θέση να ζήσουν πλήρως αυτόνομα, αλλά δεν απαιτούν συνεχή νοσοκομειακή φροντίδα. Λειτουργούν ως ενδιάμεση μορφή διαβίωσης μεταξύ του ιδρύματος και της ανεξάρτητης κατοικίας, προσφέροντας ένα σταθερό και υποστηρικτικό πλαίσιο (McKay et.al., 2018),

Η καθημερινή λειτουργία των οικοτροφείων βασίζεται στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος που προσομοιάζει όσο το δυνατόν περισσότερο σε μια οικιακή συνθήκη. Οι ωφελούμενοι ζουν σε μικρές ομάδες, γεγονός που διευκολύνει την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων και την καλλιέργεια δεξιοτήτων κοινωνικής συμβίωσης. Η δομή δεν περιορίζεται στην παροχή στέγασης, αλλά περιλαμβάνει ολοκληρωμένη υποστήριξη που αφορά την καθημερινή ζωή (Silva et.al., 2018).

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ενίσχυση της αυτονομίας. Οι ένοικοι ενθαρρύνονται να συμμετέχουν ενεργά σε δραστηριότητες όπως η προσωπική φροντίδα, η οργάνωση του χώρου, η προετοιμασία γευμάτων και η διαχείριση απλών υποχρεώσεων. Η συμμετοχή αυτή δεν έχει μόνο πρακτικό χαρακτήρα, αλλά συμβάλλει στην ενίσχυση της υπευθυνότητας και της αυτοπεποίθησης (Chen et.al., 2020).

3.3.2 Προστατευμένα διαμερίσματα

Τα προστατευμένα διαμερίσματα αποτελούν μορφή υποστηριζόμενης κατοικίας που απευθύνεται σε άτομα με ψυχικές διαταραχές τα οποία έχουν κατακτήσει έναν βασικό βαθμό αυτονομίας, αλλά εξακολουθούν να χρειάζονται περιοδική υποστήριξη. Σε αντίθεση με τα οικοτροφεία, όπου η παρουσία προσωπικού είναι συνεχής, στα προστατευμένα διαμερίσματα η υποστήριξη παρέχεται πιο ευέλικτα, με στόχο την ενίσχυση της ανεξάρτητης διαβίωσης (Roos et.al., 2016).

Η βασική αρχή λειτουργίας τους είναι η όσο το δυνατόν πιο φυσιολογική ένταξη του ατόμου στο κοινωνικό περιβάλλον. Οι ωφελούμενοι ζουν σε κανονικά διαμερίσματα μέσα στον αστικό ιστό, είτε μόνοι είτε με συγκατοίκους, γεγονός που διευκολύνει την καθημερινή αλληλεπίδραση με την κοινότητα. Το πλαίσιο αυτό ενισχύει την αίσθηση κανονικότητας και μειώνει τον κίνδυνο απομόνωσης (Huang et.al., 2023).

Η υποστήριξη που παρέχεται είναι στοχευμένη και προσαρμοσμένη στις ανάγκες κάθε ατόμου. Οι επαγγελματίες επισκέπτονται τα διαμερίσματα σε τακτά χρονικά διαστήματα, παρέχοντας καθοδήγηση σε ζητήματα που σχετίζονται με την καθημερινή ζωή, όπως η διαχείριση του σπιτιού, η οργάνωση του χρόνου και η τήρηση υποχρεώσεων. Η παρέμβαση δεν είναι συνεχής, αλλά λειτουργεί ενισχυτικά,

δίνοντας χώρο στο άτομο να αναλάβει πρωτοβουλίες (Padgett, 2024).

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ανάπτυξη δεξιοτήτων που συνδέονται με την ανεξαρτησία. Οι ένοικοι ενθαρρύνονται να διαχειρίζονται οικονομικά θέματα, να οργανώνουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες και να λαμβάνουν αποφάσεις που αφορούν τη ζωή τους. Η διαδικασία αυτή συμβάλλει στην ενίσχυση της υπευθυνότητας και της αυτοπεποίθησης (Grachev et.al., 2026).

3.3.3 Ξενώνες

Οι ξενώνες αποτελούν δομές φιλοξενίας που λειτουργούν κυρίως σε μεταβατικό πλαίσιο, καλύπτοντας ανάγκες βραχυχρόνιας ή μέσης διάρκειας υποστήριξης. Απευθύνονται σε άτομα με ψυχικές διαταραχές που είτε εξέρχονται από νοσοκομειακή νοσηλεία είτε βρίσκονται σε φάση αποσταθεροποίησης και χρειάζονται ένα προστατευμένο περιβάλλον πριν επιστρέψουν στην κοινότητα ή μετακινηθούν σε πιο αυτόνομες μορφές διαβίωσης (Montagnini et.al., 2020).

Ο ρόλος των ξενώνων είναι διττός: αφενός προσφέρουν ασφάλεια και σταθερότητα σε περιόδους αυξημένης ευαλωτότητας, αφετέρου λειτουργούν ως πλαίσιο προετοιμασίας για την επανένταξη. Η παραμονή σε αυτούς δεν έχει μόνιμο χαρακτήρα, αλλά στοχεύει στη σταδιακή ενίσχυση της λειτουργικότητας και στη μετάβαση σε επόμενο στάδιο αποκατάστασης (Block, 2025).

Η καθημερινή λειτουργία των ξενώνων οργανώνεται με τρόπο που συνδυάζει φροντίδα και ενεργή συμμετοχή. Οι ωφελούμενοι ενθαρρύνονται να εμπλέκονται σε δραστηριότητες που σχετίζονται με την προσωπική φροντίδα, την οργάνωση της καθημερινότητας και την κοινωνική αλληλεπίδραση. Η συμμετοχή αυτή συμβάλλει στην αποκατάσταση δεξιοτήτων που ενδέχεται να έχουν επηρεαστεί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ή της απομόνωσης (Marmershteyn et.al., 2025).

Η παρουσία εξειδικευμένου προσωπικού είναι συνεχής και προσανατολισμένη τόσο στην υποστήριξη όσο και στην παρακολούθηση της κατάστασης. Οι επαγγελματίες παρέχουν καθοδήγηση, συμβουλευτική και θεραπευτική υποστήριξη, ενώ παράλληλα αξιολογούν την πρόοδο του ατόμου και την ετοιμότητά του για μετάβαση

σε επόμενο επίπεδο φροντίδας. Η συνεργασία με άλλες υπηρεσίες είναι συχνή, ώστε να διασφαλίζεται η συνέχεια της φροντίδας (Coleman et.al., 2023).

Ιδιαίτερη σημασία έχει η λειτουργία των ξενώνων ως γέφυρα μεταξύ νοσοκομείου και κοινότητας. Η μετάβαση από ένα δομημένο και προστατευμένο περιβάλλον, όπως το νοσοκομείο, σε συνθήκες μεγαλύτερης ελευθερίας μπορεί να είναι απαιτητική. Οι ξενώνες προσφέρουν ένα ενδιάμεσο πλαίσιο, όπου το άτομο μπορεί να προσαρμοστεί σταδιακά, χωρίς να εκτεθεί απότομα σε απαιτήσεις που ενδέχεται να το αποσταθεροποιήσουν (Westermair et.al.,2022).

Παράλληλα, οι ξενώνες συμβάλλουν στην πρόληψη επανεισαγωγών, παρέχοντας υποστήριξη σε κρίσιμες περιόδους. Η έγκαιρη παρέμβαση και η σταθεροποίηση της κατάστασης μειώνουν τον κίνδυνο επιδείνωσης και περιορίζουν την ανάγκη για νέα νοσηλεία. Με τον τρόπο αυτό, ενισχύεται η αποτελεσματικότητα του συνολικού συστήματος φροντίδας (Marmershteyn et.al., 2025).

3.3.4 Κέντρα ημέρας

Τα κέντρα ημέρας αποτελούν βασικές εξωνοσοκομειακές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που παρέχουν υποστήριξη σε άτομα με ψυχικές διαταραχές χωρίς να απαιτείται διαμονή. Η λειτουργία τους οργανώνεται σε ημερήσια βάση και απευθύνεται κυρίως σε άτομα που ζουν στην κοινότητα, αλλά χρειάζονται ένα σταθερό πλαίσιο ενίσχυσης της λειτουργικότητας και της κοινωνικής τους συμμετοχής (Heekeren et.al.,2020).

Κεντρικός στόχος των κέντρων ημέρας είναι η διατήρηση και η βελτίωση των δεξιοτήτων που σχετίζονται με την καθημερινή ζωή. Οι ωφελούμενοι συμμετέχουν σε οργανωμένες δραστηριότητες που περιλαμβάνουν ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα, δημιουργικές και κοινωνικές δράσεις, καθώς και παρεμβάσεις που ενισχύουν την αυτοφροντίδα και την οργάνωση της καθημερινότητας. Η συμμετοχή αυτή δεν έχει μόνο θεραπευτικό χαρακτήρα, αλλά συμβάλλει και στη διαμόρφωση μιας σταθερής καθημερινής ρουτίνας (Dubreucq et.al.,2020).

Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων. Τα κέντρα ημέρας

λειτουργούν ως χώρος συνάντησης και αλληλεπίδρασης, όπου τα άτομα έχουν τη δυνατότητα να επικοινωνούν, να συνεργάζονται και να δημιουργούν σχέσεις. Η κοινωνική αυτή διάσταση μειώνει την απομόνωση και ενισχύει την αίσθηση του ανήκειν, στοιχεία που είναι καθοριστικά για την ψυχική ευημερία(Mendoncaet.al., 2017).

Παράλληλα, τα κέντρα ημέρας παρέχουν υποστήριξη σε θέματα που σχετίζονται με την εκπαίδευση και την εργασία. Μέσα από εξειδικευμένες δράσεις, οι ωφελούμενοι ενθαρρύνονται να αναπτύξουν δεξιότητες που διευκολύνουν την επαγγελματική ένταξη ή την επιστροφή σε εκπαιδευτικά πλαίσια. Η σύνδεση με την αγορά εργασίας και άλλες κοινωνικές δομές αποτελεί σημαντικό στοιχείο της λειτουργίας τους (Duarte et.al., 2019).

Η παρουσία διεπιστημονικής ομάδας επιτρέπει την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών. Οι επαγγελματίες συνεργάζονται για την αξιολόγηση των αναγκών και τον σχεδιασμό παρεμβάσεων που ανταποκρίνονται στις ιδιαιτερότητες κάθε ατόμου. Η προσέγγιση είναι εξατομικευμένη, ενώ δίνεται έμφαση στη συμμετοχή του ίδιου του ωφελούμενου στη διαμόρφωση των στόχων (Laird et.al., 2017).

3.3.5 Κινητές μονάδες ψυχικής υγείας

Οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας αποτελούν ευέλικτες υπηρεσίες που μεταφέρουν τη φροντίδα στο φυσικό περιβάλλον του ατόμου, καλύπτοντας ιδιαίτερα ανάγκες σε περιοχές με περιορισμένη πρόσβαση σε σταθερές δομές. Η λειτουργία τους βασίζεται στην αρχή ότι η υποστήριξη μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική όταν παρέχεται εκεί όπου ζει και δρα το άτομο, χωρίς την ανάγκη μετακίνησης σε εξειδικευμένα κέντρα (Samakouriet.al., 2022).

Βασικός ρόλος των κινητών μονάδων είναι η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας στην κοινότητα. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν αξιολόγηση της ψυχικής κατάστασης, παρακολούθηση της πορείας, συμβουλευτική υποστήριξη και παρεμβάσεις που σχετίζονται με τη διαχείριση της καθημερινότητας. Η προσέγγιση είναι εξατομικευμένη και προσαρμόζεται στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε

ωφελούμενου(Peritogiannis et.al., 2022).

Ιδιαίτερη σημασία έχει η δυνατότητα έγκαιρης παρέμβασης. Οι κινητές μονάδες μπορούν να εντοπίσουν δυσκολίες σε αρχικό στάδιο και να παρέμβουν πριν αυτές οδηγήσουν σε επιδείνωση της κατάστασης. Με τον τρόπο αυτό συμβάλλουν στην πρόληψη κρίσεων και μειώνουν την ανάγκη για νοσηλεία. Η παρουσία τους στην κοινότητα επιτρέπει τη συνεχή παρακολούθηση και την άμεση ανταπόκριση σε μεταβαλλόμενες ανάγκες (Peritogiannis, & Samakouri, 2023).

Η λειτουργία τους είναι ιδιαίτερα σημαντική σε απομακρυσμένες ή αγροτικές περιοχές, όπου οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι περιορισμένες. Μέσα από την τακτική παρουσία τους, οι κινητές μονάδες εξασφαλίζουν πρόσβαση σε φροντίδα για άτομα που διαφορετικά θα παρέμεναν χωρίς υποστήριξη. Η κάλυψη γεωγραφικά διάσπαρτων πληθυσμών αποτελεί βασικό πλεονέκτημα της προσέγγισης αυτής.(Paschalidouet.al., 2022).

3.3.6 Κέντρα ψυχικής υγείας

Τα κέντρα ψυχικής υγείας αποτελούν βασικές δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας και λειτουργούν ως σημείο πρώτης επαφής του πληθυσμού με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η παρουσία τους στην κοινότητα επιτρέπει την έγκαιρη αναγνώριση των προβλημάτων, τη διάγνωση και την παροχή συνεχούς υποστήριξης, χωρίς την ανάγκη προσφυγής σε νοσοκομειακές δομές (Sharifi et.al., 2021).

Η λειτουργία τους στηρίζεται σε μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που συνδυάζει θεραπευτικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν αξιολόγηση της ψυχικής κατάστασης, συμβουλευτική υποστήριξη, ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις και παρακολούθηση της πορείας. Η προσέγγιση δεν περιορίζεται στη διαχείριση των συμπτωμάτων, αλλά επεκτείνεται στην ενίσχυση της λειτουργικότητας και της καθημερινής ζωής(Wishon, & Brown, 2023).

Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην πρόληψη και στην έγκαιρη παρέμβαση. Τα κέντρα ψυχικής υγείας έχουν τη δυνατότητα να εντοπίζουν δυσκολίες σε αρχικό στάδιο και να παρεμβαίνουν πριν αυτές εξελιχθούν σε σοβαρότερες καταστάσεις. Η συνεχής

παρακολούθηση συμβάλλει στη σταθερότητα και μειώνει την πιθανότητα υποτροπών ή ανάγκης νοσηλείας (Wciórka et.al., 2022).

3.3.7 Προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης

Τα προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης αποτελούν κρίσιμο στοιχείο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, καθώς συνδέουν τη φροντίδα με την ενεργό συμμετοχή στην παραγωγική ζωή. Η εργασία δεν αντιμετωπίζεται μόνο ως μέσο εξασφάλισης εισοδήματος, αλλά ως βασικός παράγοντας ενίσχυσης της αυτονομίας, της αυτοεκτίμησης και της κοινωνικής ένταξης (Yildiz, 2021).

Η φιλοσοφία των προγραμμάτων αυτών βασίζεται στην υπόθεση ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές μπορούν να ενταχθούν στην αγορά εργασίας, εφόσον υπάρχει κατάλληλη υποστήριξη. Η προσέγγιση δεν περιορίζεται στην απλή εύρεση εργασίας, αλλά περιλαμβάνει μια ολοκληρωμένη διαδικασία προετοιμασίας, ένταξης και διατήρησης της απασχόλησης (Rocamora-Montenegro et.al., 2021).

Ένα βασικό στάδιο αφορά την ανάπτυξη επαγγελματικών δεξιοτήτων. Οι ωφελούμενοι συμμετέχουν σε εκπαιδευτικές και πρακτικές δραστηριότητες που στοχεύουν στη βελτίωση ικανοτήτων, όπως η οργάνωση, η συνεργασία και η τήρηση υποχρεώσεων. Η εκπαίδευση αυτή προσαρμόζεται στις δυνατότητες και στα ενδιαφέροντα του κάθε ατόμου, ενισχύοντας τη σταδιακή προσαρμογή στις απαιτήσεις της εργασίας (Iorfino et.al., 2022).

Παράλληλα, παρέχεται υποστήριξη στη διαδικασία αναζήτησης εργασίας. Η καθοδήγηση περιλαμβάνει την ανάπτυξη στρατηγικών για την εύρεση θέσεων, την προετοιμασία για συνεντεύξεις και την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης. Η διαδικασία αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς πολλά άτομα αντιμετωπίζουν δυσκολίες λόγω προηγούμενων αρνητικών εμπειριών ή έλλειψης επαγγελματικής εμπειρίας (Iorfino et.al., 2018).

Ιδιαίτερη σημασία έχει και η υποστήριξη μετά την ένταξη στην εργασία. Η διατήρηση μιας θέσης εργασίας μπορεί να είναι απαιτητική, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν δυσκολίες διαχείρισης του άγχους ή προσαρμογής στο εργασιακό περιβάλλον. Τα προγράμματα

παρέχουν συνεχή παρακολούθηση και καθοδήγηση, ώστε να αντιμετωπίζονται έγκαιρα οι δυσκολίες και να διασφαλίζεται η σταθερότητα (Liu et.al.,2023)

Εκτός από την ένταξη στην ανοιχτή αγορά εργασίας, τα προγράμματα περιλαμβάνουν και εναλλακτικές μορφές απασχόλησης. Οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί και οι προστατευμένες θέσεις εργασίας προσφέρουν ένα πιο υποστηρικτικό πλαίσιο, όπου τα άτομα μπορούν να αναπτύξουν δεξιότητες σε περιβάλλον με μειωμένες απαιτήσεις. Οι μορφές αυτές λειτουργούν συχνά ως ενδιάμεσο στάδιο πριν από την πλήρη ένταξη. Η επαγγελματική αποκατάσταση συνδέεται άμεσα με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η εργασία προσφέρει δομή στην καθημερινότητα, ενισχύει την κοινωνική αλληλεπίδραση και συμβάλλει στη διαμόρφωση θετικής αυτοεικόνας. Παράλληλα, μειώνει την οικονομική εξάρτηση και ενισχύει την αίσθηση ανεξαρτησίας (Barea et.al., 2025).

3.4 Θεσμικό και νομοθετικό πλαίσιο

Το θεσμικό και νομοθετικό πλαίσιο της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα διαμορφώθηκε σταδιακά, αντανakλώντας τη μετάβαση από το ιδρυματικό μοντέλο σε ένα σύστημα κοινοτικής φροντίδας. Οι βασικές νομοθετικές παρεμβάσεις καθόρισαν την οργάνωση των υπηρεσιών, την ανάπτυξη δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (Giannakopoulos, & Anagnostopoulos, 2016).

Καθοριστική τομή αποτέλεσε ο Νόμος 1397/1983, με τον οποίο ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Μέσα από αυτόν τέθηκαν οι βάσεις για την ένταξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε ένα ενιαίο δημόσιο σύστημα, με στόχο την καθολική πρόσβαση και την ισότιμη παροχή φροντίδας.

Η ουσιαστική κατεύθυνση προς την ψυχιατρική μεταρρύθμιση ενισχύθηκε με τον Νόμο 2071/1992, ο οποίος εισήγαγε την τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ρύθμισε ζητήματα όπως η ακούσια νοσηλεία. Με τον νόμο αυτό τέθηκαν οι βάσεις για την ανάπτυξη υπηρεσιών στην κοινότητα και τη σταδιακή απομάκρυνση από το

ιδρυματικό μοντέλο.

Ιδιαίτερα σημαντικός υπήρξε ο Νόμος 2716/1999, ο οποίος εξειδίκευσε το πλαίσιο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Με τον νόμο αυτό θεσμοθετήθηκαν οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, όπως οικοτροφεία, ξενώνες και προστατευμένα διαμερίσματα, καθώς και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης. Οι ρυθμίσεις αυτές ενίσχυσαν τη δυνατότητα κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Στο πλαίσιο της εφαρμογής των παραπάνω νομοθετικών ρυθμίσεων εντάσσεται το πρόγραμμα «Ψυχαργώς», το οποίο αποτέλεσε το βασικό εργαλείο υλοποίησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Το πρόγραμμα ξεκίνησε στα τέλη της δεκαετίας του 1990 και αναπτύχθηκε σε διαδοχικές φάσεις, με στόχο την αποασυλοποίηση και τη δημιουργία ενός εκτεταμένου δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών. Μέσα από το «Ψυχαργώς» δημιουργήθηκαν δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σε όλη τη χώρα, συμβάλλοντας ουσιαστικά στην αλλαγή του μοντέλου φροντίδας (Paraskevaïdou, & Katsaliaki, 2015).

Παράλληλα, το θεσμικό πλαίσιο περιλαμβάνει ρυθμίσεις για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η νομοθεσία προβλέπει την κατοχύρωση της αξιοπρέπειας, της ιδιωτικότητας και της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες. Ιδιαίτερη σημασία έχει η ρύθμιση της ακούσιας νοσηλείας, η οποία συνοδεύεται από διαδικαστικές εγγυήσεις για την προστασία των δικαιωμάτων του ατόμου (Κουρέτα και συν., 2024).

Κεφάλαιο 4ο Αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας

4.1 Δείκτες αποτελεσματικότητας στην ψυχική υγεία

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελεί βασικό στοιχείο για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποδοτικότητας της φροντίδας. Σε αντίθεση με άλλους τομείς της υγείας, όπου τα αποτελέσματα μπορούν να μετρηθούν με πιο αντικειμενικούς δείκτες, στην ψυχική υγεία η αποτίμηση είναι πιο σύνθετη, καθώς περιλαμβάνει ψυχολογικές, κοινωνικές και λειτουργικές διαστάσεις. Οι δείκτες αποτελεσματικότητας επιτρέπουν την αξιολόγηση των παρεμβάσεων, τη σύγκριση διαφορετικών υπηρεσιών και τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων. Η επιλογή των κατάλληλων δεικτών εξαρτάται από τους στόχους της παρέμβασης και από τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού. (Abu Sabra, & Hamdan-Mansour, 2022).

4.1.1 Κλινικοί δείκτες

Οι κλινικοί δείκτες αποτελούν έναν από τους βασικούς τρόπους αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων στην ψυχική υγεία, καθώς εστιάζουν άμεσα στη μεταβολή της ψυχικής κατάστασης του ατόμου. Μέσα από αυτούς επιχειρείται η αποτύπωση της πορείας της διαταραχής, της ανταπόκρισης στη θεραπεία και της σταθερότητας που επιτυγχάνεται με την πάροδο του χρόνου (Krijnen-de Bruin et.al., 2022).

Η χρήση τους είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς παρέχουν πιο αντικειμενικά στοιχεία σε σχέση με άλλες διαστάσεις της αξιολόγησης. Ωστόσο, η ερμηνεία τους απαιτεί προσοχή, καθώς η βελτίωση των συμπτωμάτων δεν συνεπάγεται απαραίτητα και πλήρη αποκατάσταση σε λειτουργικό ή κοινωνικό επίπεδο (Ormel et.al., 2022).

4.1.1.1 Ένταση και συχνότητα συμπτωμάτων

Ένας βασικός κλινικός δείκτης αφορά την ένταση και τη συχνότητα των συμπτωμάτων. Η αξιολόγηση επικεντρώνεται στο κατά πόσο μειώνονται τα συμπτώματα που

σχετίζονται με τη διαταραχή, καθώς και στη συχνότητα εμφάνισής τους.

Η μείωση της έντασης και της συχνότητας αποτελεί ένδειξη θετικής ανταπόκρισης στη θεραπεία. Η παρακολούθηση αυτής της μεταβολής επιτρέπει την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων και την προσαρμογή τους όταν αυτό είναι απαραίτητο (Leichsenring et.al., 2024).

4.1.1.2 Σταθεροποίηση της ψυχικής κατάστασης

Η σταθεροποίηση αποτελεί βασικό στόχο στη θεραπεία πολλών ψυχικών διαταραχών. Αναφέρεται στη διατήρηση μιας σταθερής ψυχικής κατάστασης χωρίς σημαντικές διακυμάνσεις ή επιδείνωση.

Η επίτευξη σταθερότητας μειώνει τον κίνδυνο κρίσεων και υποτροπών, ενώ επιτρέπει στο άτομο να λειτουργεί με μεγαλύτερη ασφάλεια στην καθημερινότητά του. Η σταθεροποίηση δεν συνεπάγεται απαραίτητα πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων, αλλά μια κατάσταση διαχειρίσιμη και ελεγχόμενη (Spong et.al., 2021).

4.1.1.3 Υποτροπές και επανεμφάνιση συμπτωμάτων

Η συχνότητα των υποτροπών αποτελεί σημαντικό δείκτη της πορείας της διαταραχής.

Η μείωση των υποτροπών υποδηλώνει αποτελεσματική παρέμβαση και επαρκή υποστήριξη.

Η παρακολούθηση των υποτροπών επιτρέπει τον εντοπισμό παραγόντων που συμβάλλουν στην επιδείνωση, όπως η διακοπή της θεραπείας ή οι συνθήκες ζωής. Η κατανόηση αυτών των παραγόντων είναι απαραίτητη για την πρόληψη μελλοντικών επεισοδίων (Solmi et.al., 2023).

4.1.1.4 Συμμόρφωση στη θεραπεία

Η συμμόρφωση ή προσήλωση στη θεραπεία αποτελεί σημαντικό κλινικό δείκτη, καθώς επηρεάζει άμεσα την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο το άτομο ακολουθεί τις θεραπευτικές οδηγίες, όπως η φαρμακευτική αγωγή ή η συμμετοχή σε θεραπευτικά προγράμματα.

Η υψηλή συμμόρφωση συνδέεται με καλύτερα αποτελέσματα, ενώ η χαμηλή συμμόρφωση αυξάνει τον κίνδυνο υποτροπών. Η ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ επαγγελματιών και ωφελούμενων αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη βελτίωση αυτού του δείκτη (Sorokin et.al., 2021).

4.1.1.5 Διάρκεια και πορεία της νόσου

Η αξιολόγηση της πορείας της νόσου περιλαμβάνει τη διάρκεια των επεισοδίων, τη χρονική απόσταση μεταξύ υποτροπών και τη συνολική εξέλιξη της κατάστασης. Οι δείκτες αυτοί παρέχουν μια πιο μακροπρόθεσμη εικόνα της αποτελεσματικότητας της φροντίδας.

Η μείωση της διάρκειας των επεισοδίων και η αύξηση των περιόδων σταθερότητας αποτελούν ενδείξεις βελτίωσης. Η μακροχρόνια παρακολούθηση είναι απαραίτητη για την κατανόηση της συνολικής πορείας (Ten Have et.al., 2021).

4.1.2 Δείκτες λειτουργικότητας

Οι δείκτες λειτουργικότητας αποτυπώνουν τον βαθμό στον οποίο το άτομο μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Σε αντίθεση με τους κλινικούς δείκτες, που επικεντρώνονται κυρίως στα συμπτώματα, οι δείκτες αυτοί εξετάζουν πώς η ψυχική κατάσταση επηρεάζει την πρακτική λειτουργία, την αυτονομία και την ικανότητα συμμετοχής σε δραστηριότητες (Defar et.al., 2023).

Η αξιολόγηση της λειτουργικότητας αποτελεί βασικό στοιχείο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, καθώς συνδέεται άμεσα με την ανεξαρτησία και την ποιότητα ζωής. Η βελτίωση σε αυτό το επίπεδο θεωρείται ουσιαστικός στόχος, ακόμη και όταν τα συμπτώματα δεν έχουν εξαλειφθεί πλήρως.

4.1.2.1 Αυτοφροντίδα και καθημερινές δεξιότητες

Ένας από τους βασικούς δείκτες λειτουργικότητας αφορά την ικανότητα του ατόμου να φροντίζει τον εαυτό του και να ανταποκρίνεται σε βασικές καθημερινές ανάγκες.

Περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως η προσωπική υγιεινή, η ένδυση, η διατροφή και η φροντίδα του χώρου διαβίωσης.

Η ενίσχυση αυτών των δεξιοτήτων αποτελεί βασικό στόχο των υπηρεσιών αποκατάστασης, καθώς συμβάλλει στη μείωση της εξάρτησης και στην αύξηση της αυτονομίας (Chen et.al., 2022).

4.1.2.2 Οργάνωση και διαχείριση καθημερινότητας

Η ικανότητα οργάνωσης της καθημερινής ζωής αποτελεί σημαντικό δείκτη λειτουργικότητας. Αφορά τη διαχείριση του χρόνου, την τήρηση υποχρεώσεων και την ικανότητα προγραμματισμού δραστηριοτήτων.

Δυσκολίες σε αυτό το επίπεδο μπορεί να επηρεάζουν την αποτελεσματική λειτουργία στην εργασία, στην εκπαίδευση ή στην κοινωνική ζωή. Η βελτίωση της οργάνωσης συνδέεται με μεγαλύτερη σταθερότητα και καλύτερη προσαρμογή στις απαιτήσεις της καθημερινότητας.(Sariet.al., 2025)

4.1.2.3 Ικανότητα ανεξάρτητης διαβίωσης

Η ανεξάρτητη διαβίωση αποτελεί κεντρικό στόχο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Ο δείκτης αυτός αξιολογεί κατά πόσο το άτομο μπορεί να ζει μόνο του ή με περιορισμένη υποστήριξη, διαχειριζόμενο τις βασικές του ανάγκες.

Η σταδιακή μετάβαση από προστατευμένα περιβάλλοντα σε πιο αυτόνομες μορφές διαβίωσης αποτελεί ένδειξη βελτίωσης της λειτουργικότητας και επιτυχίας των παρεμβάσεων (Ramadhani & Rismawan, 2026).

4.1.2.4 Διαχείριση οικονομικών και πρακτικών ζητημάτων

Η ικανότητα διαχείρισης οικονομικών υποχρεώσεων και πρακτικών ζητημάτων αποτελεί σημαντικό στοιχείο της λειτουργικότητας. Περιλαμβάνει την ορθή χρήση χρημάτων, την πληρωμή λογαριασμών και τη διαχείριση βασικών υποχρεώσεων.

Η ανάπτυξη αυτών των δεξιοτήτων ενισχύει την ανεξαρτησία και μειώνει την ανάγκη για συνεχή υποστήριξη από τρίτους(Bai, 2023).

4.1.3 Δείκτες κοινωνικής ένταξης

Οι δείκτες κοινωνικής ένταξης αποτυπώνουν τον βαθμό στον οποίο το άτομο συμμετέχει ενεργά στην κοινωνική ζωή και διατηρεί ουσιαστικούς δεσμούς με το περιβάλλον του. Η ένταξη δεν αφορά μόνο τη φυσική παρουσία στην κοινότητα, αλλά τη δυνατότητα συμμετοχής σε ρόλους και δραστηριότητες με νόημα, που ενισχύουν την αίσθηση του ανήκειν (Pahwa, & Kriegel, 2018).

Η αξιολόγηση της κοινωνικής ένταξης αποτελεί βασική διάσταση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, καθώς συνδέεται άμεσα με τη μείωση του αποκλεισμού και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η ανάπτυξη και διατήρηση κοινωνικών σχέσεων θεωρείται εξίσου σημαντική με τη βελτίωση της κλινικής εικόνας.

4.1.3.1 Διαπροσωπικές σχέσεις

Ένας από τους βασικούς δείκτες αφορά την ικανότητα δημιουργίας και διατήρησης διαπροσωπικών σχέσεων. Περιλαμβάνει τις σχέσεις με την οικογένεια, τους φίλους και το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο.

Η ύπαρξη σταθερών και υποστηρικτικών σχέσεων ενισχύει την ψυχική ευημερία και λειτουργεί προστατευτικά απέναντι σε υποτροπές. Αντίθετα, η απομόνωση και η δυσκολία επικοινωνίας αποτελούν ενδείξεις περιορισμένης κοινωνικής ένταξης (Huxley et.al., 2016).

4.1.3.2 Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες

Η συμμετοχή σε δραστηριότητες της κοινότητας αποτελεί σημαντικό δείκτη ένταξης. Περιλαμβάνει την εμπλοκή σε κοινωνικές εκδηλώσεις, πολιτιστικές δραστηριότητες, ομάδες ή συλλογικές δράσεις.

Η ενεργή συμμετοχή ενισχύει την κοινωνική αλληλεπίδραση και συμβάλλει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας. Παράλληλα, δημιουργεί ευκαιρίες για την ανάπτυξη νέων σχέσεων και την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης (Montgomery et.al., 2019).

4.1.3.3 Ένταξη στην εργασία και την εκπαίδευση

Η συμμετοχή στην εργασία ή στην εκπαίδευση αποτελεί βασικό στοιχείο κοινωνικής ένταξης. Η εργασία προσφέρει δομή στην καθημερινότητα, ενισχύει την οικονομική ανεξαρτησία και συμβάλλει στη διαμόρφωση κοινωνικής ταυτότητας.

Η δυνατότητα ένταξης και παραμονής σε εργασιακό ή εκπαιδευτικό περιβάλλον αποτελεί ένδειξη καλής προσαρμογής και λειτουργικότητας. Οι δυσκολίες σε αυτό το επίπεδο συνδέονται συχνά με αυξημένο κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού (Litwiller et.al., 2017).

4.1.3.4 Αίσθηση του ανήκειν

Η υποκειμενική αίσθηση ότι το άτομο αποτελεί μέρος μιας κοινότητας αποτελεί σημαντική διάσταση της κοινωνικής ένταξης. Δεν αφορά μόνο την εξωτερική συμμετοχή, αλλά και το πώς το ίδιο το άτομο αντιλαμβάνεται τη θέση του στο κοινωνικό σύνολο.

Η ενίσχυση της αίσθησης του ανήκειν συνδέεται με την αποδοχή, την αναγνώριση και τη δυνατότητα συμμετοχής σε κοινωνικούς ρόλους. Η απουσία αυτής της αίσθησης μπορεί να οδηγήσει σε αποξένωση και απομόνωση (Ohlhoff et.al., 2026).

4.1.3.5 Μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού και του στίγματος

Ένας ακόμη σημαντικός δείκτης αφορά τη μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού και του στίγματος. Η αποδοχή από την κοινότητα και η απουσία διακρίσεων αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την ένταξη.

Η μείωση του στίγματος διευκολύνει τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες και την πρόσβαση σε ευκαιρίες, όπως η εργασία και η εκπαίδευση. Παράλληλα, ενισχύει την αυτοεκτίμηση και τη διάθεση για ενεργή συμμετοχή (Richter, & Hoffmann, 2019).

4.1.4 Δείκτες ποιότητας ζωής

Οι δείκτες ποιότητας ζωής αποτυπώνουν την υποκειμενική εμπειρία του ατόμου και

τον τρόπο με τον οποίο αξιολογεί τη συνολική του κατάσταση. Σε αντίθεση με άλλες κατηγορίες δεικτών, που βασίζονται σε πιο αντικειμενικά δεδομένα, εδώ το επίκεντρο είναι η προσωπική αντίληψη για την ευημερία, την ικανοποίηση και το νόημα της καθημερινότητας (Chuang et.al., 2023).

Η έννοια της ποιότητας ζωής είναι πολυδιάστατη και περιλαμβάνει ψυχολογικές, κοινωνικές και λειτουργικές πτυχές. Η αξιολόγησή της είναι ιδιαίτερα σημαντική στην ψυχική υγεία, καθώς η βελτίωση των συμπτωμάτων δεν συνεπάγεται απαραίτητα και θετική εμπειρία ζωής. Για τον λόγο αυτό, οι δείκτες αυτοί συμπληρώνουν την εικόνα που προκύπτει από τους κλινικούς και λειτουργικούς δείκτες.

4.1.4.1 Υποκειμενική ευημερία

Η υποκειμενική ευημερία αφορά το πώς το άτομο αισθάνεται σε σχέση με τη ζωή του συνολικά. Περιλαμβάνει την παρουσία θετικών συναισθημάτων, όπως η ικανοποίηση και η ηρεμία, καθώς και τη μείωση αρνητικών εμπειριών, όπως το άγχος ή η δυσφορία. Η αξιολόγηση αυτής της διάστασης βασίζεται κυρίως στην προσωπική αναφορά του ατόμου και αποτελεί βασικό δείκτη για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων (McGuire et.al., 2022).

4.1.4.2 Ικανοποίηση από την καθημερινή ζωή

Η ικανοποίηση από την καθημερινότητα σχετίζεται με το κατά πόσο το άτομο αισθάνεται ότι η ζωή του ανταποκρίνεται στις ανάγκες και στις προσδοκίες του. Περιλαμβάνει την αξιολόγηση τομέων όπως η διαμονή, οι δραστηριότητες, οι σχέσεις και η εργασία.

Η βελτίωση σε αυτό το επίπεδο υποδηλώνει ότι οι παρεμβάσεις δεν περιορίζονται στη θεραπεία, αλλά επηρεάζουν ουσιαστικά την εμπειρία ζωής (Meule, & Voderholzer, 2020).

4.1.4.3 Ψυχολογική κατάσταση και αυτοεκτίμηση

Η ψυχολογική κατάσταση αποτελεί σημαντικό στοιχείο της ποιότητας ζωής.

Περιλαμβάνει την αίσθηση σταθερότητας, την ικανότητα διαχείρισης των συναισθημάτων και την αυτοεκτίμηση.

Η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης συνδέεται με τη θετική αντίληψη για τον εαυτό και την ικανότητα αντιμετώπισης δυσκολιών. Η βελτίωση αυτής της διάστασης αποτελεί σημαντική ένδειξη προόδου στην αποκατάσταση (Barbalat et.al., 2022).

4.1.4.4 Κοινωνική ικανοποίηση

Η ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων και η ικανοποίηση από αυτές αποτελούν βασική πτυχή της συνολικής ποιότητας ζωής. Η ύπαρξη υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου συμβάλλει στη μείωση της απομόνωσης και ενισχύει την αίσθηση ασφάλειας.

Η αξιολόγηση της κοινωνικής ικανοποίησης περιλαμβάνει τόσο την ποσότητα όσο και την ποιότητα των σχέσεων (Lombardo et.al., 2018).

4.1.4.5 Αντίληψη για την υγεία και το μέλλον

Ένας ακόμη σημαντικός δείκτης αφορά τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται την υγεία του και τις προοπτικές του μέλλοντος. Η θετική αντίληψη συνδέεται με αισιοδοξία, ελπίδα και διάθεση για συμμετοχή σε δραστηριότητες.

Η ύπαρξη προοπτικής και στόχων συμβάλλει στην ενεργή εμπλοκή του ατόμου στη διαδικασία αποκατάστασης και ενισχύει τη συνολική ευημερία (Weinstein et.al., 2018).

4.1.5 Δείκτες χρήσης υπηρεσιών

Οι δείκτες χρήσης υπηρεσιών αποτυπώνουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αξιοποιούν τις διαθέσιμες δομές και παρεμβάσεις του συστήματος ψυχικής υγείας. Αποτελούν βασικό εργαλείο για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών, καθώς συνδέονται τόσο με την πρόσβαση όσο και με τη συνέχεια της φροντίδας (Lima et.al., 2021).

Η ανάλυση της χρήσης υπηρεσιών επιτρέπει την κατανόηση του κατά πόσο οι

παρεμβάσεις ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ωφελούμενων και συμβάλλουν στη σταθεροποίηση της κατάστασης. Παράλληλα, παρέχει πληροφορίες για την οργάνωση του συστήματος και την κατανομή των πόρων.

4.1.5.1 Συχνότητα νοσηλειών

Η συχνότητα των νοσηλειών αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς δείκτες χρήσης υπηρεσιών. Η μείωση των εισαγωγών σε ψυχιατρικά νοσοκομεία θεωρείται ένδειξη αποτελεσματικής κοινοτικής φροντίδας και επαρκούς υποστήριξης στην κοινότητα. Αντίθετα, η συχνή ανάγκη για νοσηλεία μπορεί να υποδηλώνει ανεπαρκή παρακολούθηση, δυσκολίες στη συμμόρφωση ή έλλειψη υποστηρικτικών δομών (Gentil et.al., 2021).

4.1.5.2 Διάρκεια νοσηλείας

Η διάρκεια παραμονής σε νοσοκομειακές δομές αποτελεί επίσης σημαντικό δείκτη. Η μείωση του χρόνου νοσηλείας συνδέεται με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και με την ύπαρξη εναλλακτικών μορφών φροντίδας στην κοινότητα. Ωστόσο, η πολύ σύντομη νοσηλεία χωρίς επαρκή προετοιμασία μπορεί να οδηγήσει σε υποτροπές, γεγονός που καθιστά απαραίτητη την ισορροπία μεταξύ διάρκειας και ποιότητας φροντίδας (Gentil et.al., 2022).

4.1.5.3 Επανεισαγωγές

Οι επανεισαγωγές αποτελούν βασικό δείκτη αξιολόγησης της συνέχειας και της αποτελεσματικότητας της φροντίδας. Η υψηλή συχνότητα επανεισαγωγών υποδηλώνει ότι η υποστήριξη μετά την έξοδο δεν είναι επαρκής ή ότι οι ανάγκες του ατόμου δεν καλύπτονται πλήρως.

Η μείωση των επανεισαγωγών αποτελεί στόχο των κοινοτικών υπηρεσιών και συνδέεται με την καλύτερη παρακολούθηση και υποστήριξη (Samartzis, & Talias, 2020).

4.1.5.4 Χρήση εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών

Η αξιοποίηση υπηρεσιών όπως τα κέντρα ψυχικής υγείας, τα κέντρα ημέρας και οι κινητές μονάδες αποτελεί σημαντικό δείκτη λειτουργίας του συστήματος. Η αυξημένη χρήση εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υποδηλώνει ενίσχυση της κοινοτικής φροντίδας και καλύτερη προσβασιμότητα.

Η μετατόπιση από τη νοσοκομειακή προς την κοινοτική φροντίδα αποτελεί βασική επιδίωξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και αποτυπώνεται μέσα από αυτούς τους δείκτες (Germack et.al.,2020).

4.1.6 Δείκτες ικανοποίησης των ωφελούμενων

Οι δείκτες ικανοποίησης των ωφελούμενων αποτυπώνουν την εμπειρία των ατόμων από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τον βαθμό στον οποίο αυτές ανταποκρίνονται στις ανάγκες και στις προσδοκίες τους. Σε αντίθεση με πιο αντικειμενικούς δείκτες, η ικανοποίηση βασίζεται στην προσωπική αξιολόγηση και παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για την ποιότητα της φροντίδας από τη σκοπιά του χρήστη.

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης θεωρείται κρίσιμη, καθώς σχετίζεται με τη συνέχιση της χρήσης των υπηρεσιών, τη συμμόρφωση στη θεραπεία και τη συνολική αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Ένα σύστημα που ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ωφελούμενων είναι πιο πιθανό να επιτύχει σταθερά και μακροχρόνια αποτελέσματα (Fortin et.al., 2018).

4.1.6.1 Αντίληψη για την ποιότητα των υπηρεσιών

Ένας βασικός δείκτης αφορά τον τρόπο με τον οποίο οι ωφελούμενοι αξιολογούν την ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν. Η αξιολόγηση αυτή περιλαμβάνει στοιχεία όπως η οργάνωση, η συνέπεια, η διαθεσιμότητα και η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων.

Η θετική αντίληψη για την ποιότητα ενισχύει την εμπιστοσύνη προς το σύστημα και διευκολύνει τη διατήρηση της συνεργασίας (Ratner et.al., 2028)

4.1.6.2 Σχέση με τους επαγγελματίες υγείας

Η ποιότητα της σχέσης μεταξύ ωφελούμενου και επαγγελματιών αποτελεί καθοριστικό παράγοντα ικανοποίησης. Η αίσθηση σεβασμού, κατανόησης και αποδοχής επηρεάζει άμεσα την εμπειρία της φροντίδας.

Η ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης διευκολύνει την επικοινωνία και ενισχύει τη συμμετοχή του ατόμου στη θεραπευτική διαδικασία.(Stamboglis, & Jacobs, 2020).

4.1.6.3 Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων

Η δυνατότητα συμμετοχής του ωφελούμενου στη λήψη αποφάσεων που αφορούν τη φροντίδα του αποτελεί σημαντικό δείκτη. Η ενεργή εμπλοκή ενισχύει την αίσθηση ελέγχου και συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση και αποδοχή των παρεμβάσεων.

Η συμμετοχική προσέγγιση συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης και καλύτερη συμμόρφωση.(Ruhnkeet.al., 2020).

4.1.6.4 Προσβασιμότητα και ευκολία χρήσης υπηρεσιών

Η ευκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες επηρεάζει σημαντικά την ικανοποίηση. Παράγοντες όπως η γεωγραφική εγγύτητα, οι χρόνοι αναμονής και η ευελιξία των υπηρεσιών διαμορφώνουν την εμπειρία του χρήστη.

Η ύπαρξη εμποδίων στην πρόσβαση μπορεί να μειώσει την ικανοποίηση και να περιορίσει τη χρήση των υπηρεσιών.(Fiavor, & Selorm, 2025).

4.1.6.5 Συνολική εμπειρία φροντίδας

Η συνολική εμπειρία περιλαμβάνει την εντύπωση που διαμορφώνει το άτομο από τη διαδικασία φροντίδας στο σύνολό της. Συνδυάζει επιμέρους στοιχεία, όπως η ποιότητα των υπηρεσιών, η σχέση με τους επαγγελματίες και τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων.

Η θετική συνολική εμπειρία αποτελεί ένδειξη ενός συστήματος που λειτουργεί με επίκεντρο τον άνθρωπο και ενισχύει τη συνέχιση της φροντίδας (Skar-Fröding

et.al.,2021).

Κεφάλαιο 5ο Ποιότητα Ζωής και Λειτουργικότητα

5.1 Έννοια ποιότητας ζωής

Η έννοια της ποιότητας ζωής αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται και αξιολογεί τη ζωή του στο σύνολό της. Δεν περιορίζεται σε αντικειμενικούς δείκτες, όπως οι συνθήκες διαβίωσης ή η υγεία, αλλά περιλαμβάνει και την προσωπική εμπειρία, τις προσδοκίες και τις αξίες του κάθε ανθρώπου. Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια σύνθετη έννοια, που συνδυάζει υλικές, ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις (Defar et.al.,2023).

Στον χώρο της υγείας, η ποιότητα ζωής χρησιμοποιείται ως βασικός δείκτης για την αξιολόγηση της επίδρασης των παρεμβάσεων. Η σημασία της είναι ιδιαίτερα έντονη στην ψυχική υγεία, όπου η βελτίωση της κατάστασης δεν εξαντλείται στη μείωση των συμπτωμάτων, αλλά συνδέεται με τη δυνατότητα του ατόμου να ζει μια ζωή με νόημα και ικανοποίηση (Desalegn et.al., 2020)

Η έννοια περιλαμβάνει διάφορες διαστάσεις, όπως η σωματική και ψυχική ευεξία, η λειτουργικότητα, οι κοινωνικές σχέσεις και η συμμετοχή στην καθημερινή ζωή. Η αλληλεπίδραση αυτών των παραγόντων καθορίζει το συνολικό επίπεδο ποιότητας ζωής. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να έχει περιορισμένα συμπτώματα, αλλά να βιώνει χαμηλή ποιότητα ζωής λόγω κοινωνικής απομόνωσης ή έλλειψης δραστηριοτήτων (Lysaker et., 2018).

Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της ποιότητας ζωής είναι η υποκειμενικότητά της. Δύο άτομα με παρόμοιες συνθήκες μπορεί να αξιολογούν διαφορετικά τη ζωή τους, ανάλογα με τις προσδοκίες, τις εμπειρίες και τις προτεραιότητές τους. Για τον λόγο αυτό, η αξιολόγηση βασίζεται συχνά στην προσωπική αναφορά και στην αντίληψη του ίδιου του ατόμου (Desalegn et.al., 2020)

Στην ψυχική υγεία, η έννοια της ποιότητας ζωής συνδέεται στενά με την αποκατάσταση. Η ενίσχυση της αυτονομίας, η ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων και η συμμετοχή σε δραστηριότητες αποτελούν βασικούς παράγοντες που συμβάλλουν στη βελτίωσή της. Η προσέγγιση αυτή μετατοπίζει το ενδιαφέρον από τη θεραπεία

της νόσου στη συνολική εμπειρία ζωής (Lysaker et., 2018).

5.2 Ψυχική υγεία και ποιότητας ζωής

Η ψυχική υγεία και η ποιότητα ζωής συνδέονται στενά, καθώς η μία επηρεάζει άμεσα την άλλη. Η ψυχική κατάσταση ενός ατόμου διαμορφώνει τον τρόπο με τον οποίο βιώνει την καθημερινότητα, ενώ ταυτόχρονα οι συνθήκες ζωής και το επίπεδο ευημερίας επηρεάζουν την ψυχική ισορροπία. Η σχέση αυτή είναι δυναμική και αμφίδρομη (Van Krugten et.al., 2022).

Η παρουσία ψυχικών διαταραχών μπορεί να επηρεάσει πολλαπλές πτυχές της ζωής. Τα συμπτώματα, όπως η έντονη συναισθηματική επιβάρυνση ή η δυσκολία συγκέντρωσης, επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της καθημερινότητας. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε περιορισμό δραστηριοτήτων, μείωση της κοινωνικής συμμετοχής και δυσκολίες στη διατήρηση σχέσεων.

Παράλληλα, η επίδραση της ψυχικής υγείας δεν περιορίζεται σε λειτουργικό επίπεδο, αλλά επεκτείνεται και στην υποκειμενική εμπειρία. Τα άτομα μπορεί να βιώνουν χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή, μειωμένη αυτοεκτίμηση και αίσθηση απομόνωσης. Η επιβάρυνση αυτή επηρεάζει τη συνολική αντίληψη για την ποιότητα ζωής, ακόμη και όταν οι αντικειμενικές συνθήκες δεν έχουν μεταβληθεί σημαντικά.

Αντίστροφα, η ποιότητα ζωής μπορεί να επηρεάσει την πορεία της ψυχικής υγείας. Παράγοντες όπως η σταθερή διαβίωση, η ύπαρξη υποστηρικτικών σχέσεων και η συμμετοχή σε δραστηριότητες με νόημα συμβάλλουν στη διατήρηση της ψυχικής ισορροπίας. Η έλλειψη αυτών των στοιχείων μπορεί να ενισχύσει την ευαλωτότητα και να επιδεινώσει την κατάσταση.

Η σχέση αυτή αναδεικνύει τη σημασία μιας ολιστικής προσέγγισης στην ψυχική υγεία. Η φροντίδα δεν περιορίζεται στη διαχείριση των συμπτωμάτων, αλλά περιλαμβάνει την ενίσχυση της καθημερινής ζωής και της κοινωνικής συμμετοχής. Η βελτίωση της ποιότητας ζωής αποτελεί βασικό στόχο των παρεμβάσεων, καθώς συνδέεται με πιο

σταθερά και μακροχρόνια αποτελέσματα.

Ιδιαίτερη σημασία έχει και η έννοια της λειτουργικότητας, η οποία λειτουργεί ως συνδετικός κρίκος μεταξύ ψυχικής υγείας και ποιότητας ζωής. Η ικανότητα του ατόμου να διαχειρίζεται την καθημερινότητα και να συμμετέχει σε κοινωνικούς ρόλους επηρεάζει τόσο την ψυχική κατάσταση όσο και την αντίληψη για τη ζωή του.

5.4 Εργαλεία μέτρησης

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της λειτουργικότητας στην ψυχική υγεία βασίζεται στη χρήση τυποποιημένων εργαλείων, τα οποία επιτρέπουν τη συστηματική καταγραφή της κατάστασης του ατόμου. Τα εργαλεία αυτά χρησιμοποιούνται τόσο στην κλινική πράξη όσο και στην έρευνα, συμβάλλοντας στη σύγκριση αποτελεσμάτων και στην αξιολόγηση παρεμβάσεων.

Κάθε εργαλείο επικεντρώνεται σε διαφορετικές διαστάσεις της υγείας και της καθημερινής ζωής, προσφέροντας μια πολυδιάστατη εικόνα της κατάστασης του ατόμου.

5.4.1 SF-36

Το SF-36 αποτελεί ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής. Περιλαμβάνει ερωτήσεις που καλύπτουν διάφορες διαστάσεις, όπως η σωματική λειτουργικότητα, η ψυχική υγεία, η κοινωνική δραστηριότητα και η αντίληψη της γενικής υγείας.

Το εργαλείο αυτό επιτρέπει την αξιολόγηση τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής διάστασης της υγείας, προσφέροντας μια συνολική εικόνα της ευεξίας. Η χρήση του είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη, καθώς παρέχει αξιόπιστα και συγκρίσιμα αποτελέσματα.

5.4.2 EQ-5D

Το EQ-5D αποτελεί ένα απλό και σύντομο εργαλείο που χρησιμοποιείται για την

εκτίμηση της κατάστασης υγείας. Εστιάζει σε βασικές διαστάσεις, όπως η κινητικότητα, η αυτοφροντίδα, οι καθημερινές δραστηριότητες, ο πόνος και η ψυχική κατάσταση.

Ένα από τα βασικά πλεονεκτήματα του εργαλείου είναι η δυνατότητα μετατροπής των αποτελεσμάτων σε δείκτη που χρησιμοποιείται σε οικονομικές αξιολογήσεις, όπως η ανάλυση κόστους-χρησιμότητας. Για τον λόγο αυτό χρησιμοποιείται ευρέως σε μελέτες που συνδέουν την ποιότητα ζωής με την οικονομική αποδοτικότητα.

5.4.3 WHOQOL

Το WHOQOL αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και αποσκοπεί στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής με βάση την αντίληψη του ίδιου του ατόμου. Περιλαμβάνει διαστάσεις όπως η σωματική υγεία, η ψυχολογική κατάσταση, οι κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον.

Η προσέγγιση του εργαλείου δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην υποκειμενική εμπειρία και στις πολιτισμικές διαφορές, καθιστώντας το κατάλληλο για χρήση σε διαφορετικά κοινωνικά και πολιτισμικά πλαίσια.

5.4.4 WHODAS

Το WHODAS αποτελεί εργαλείο που εστιάζει κυρίως στη λειτουργικότητα και στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το άτομο στην καθημερινή ζωή. Αξιολογεί τομείς όπως η κατανόηση και επικοινωνία, η κινητικότητα, η αυτοφροντίδα, οι διαπροσωπικές σχέσεις και η συμμετοχή στην κοινωνία.

Η χρήση του είναι ιδιαίτερα σημαντική στην ψυχική υγεία, καθώς επιτρέπει την εκτίμηση της επίδρασης των διαταραχών στη λειτουργικότητα. Τα αποτελέσματα συμβάλλουν στον σχεδιασμό παρεμβάσεων που στοχεύουν στη βελτίωση της καθημερινής ζωής.

5.5 Ρόλος των ωφελούμενων στην αξιολόγηση υπηρεσιών

Η συμμετοχή των ωφελούμενων στην αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελεί βασικό στοιχείο για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της φροντίδας. Οι ίδιοι οι χρήστες των υπηρεσιών έχουν άμεση εμπειρία από τη λειτουργία τους και μπορούν να αναδείξουν πτυχές που δεν αποτυπώνονται εύκολα μέσα από αντικειμενικούς δείκτες.

Η συμβολή τους δεν περιορίζεται στην απλή καταγραφή της ικανοποίησης, αλλά επεκτείνεται στην κατανόηση του κατά πόσο οι υπηρεσίες ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες. Οι ωφελούμενοι μπορούν να εντοπίσουν δυσκολίες στην πρόσβαση, ελλείψεις στη φροντίδα ή προβλήματα στη συνέχεια των υπηρεσιών, προσφέροντας πολύτιμες πληροφορίες για τη βελτίωση του συστήματος.

Η ενεργή συμμετοχή ενισχύει επίσης τη διαφάνεια και τη λογοδοσία των υπηρεσιών. Όταν οι χρήστες έχουν τη δυνατότητα να εκφράζουν τη γνώμη τους και να συμβάλλουν στη διαδικασία αξιολόγησης, δημιουργείται ένα πιο ανοιχτό και υπεύθυνο πλαίσιο λειτουργίας. Η διαδικασία αυτή συμβάλλει στην ανάπτυξη υπηρεσιών που είναι περισσότερο προσανατολισμένες στον άνθρωπο.

Παράλληλα, η εμπλοκή των ωφελούμενων ενισχύει τη συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών και χρηστών. Η ανταλλαγή απόψεων και εμπειριών συμβάλλει στη διαμόρφωση κοινής κατανόησης και διευκολύνει την ανάπτυξη παρεμβάσεων που λαμβάνουν υπόψη τις προτιμήσεις και τις ανάγκες του ατόμου. Η συνεργατική αυτή προσέγγιση συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης και καλύτερα αποτελέσματα.

Η συμμετοχή μπορεί να λάβει διάφορες μορφές, όπως η συμπλήρωση ερωτηματολογίων, η συμμετοχή σε συνεντεύξεις ή ομάδες συζήτησης και η εμπλοκή σε διαδικασίες σχεδιασμού και αξιολόγησης υπηρεσιών. Οι διαφορετικές αυτές μορφές επιτρέπουν τη συλλογή ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων, προσφέροντας μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα.

Η αξιοποίηση της συμβολής των ωφελούμενων απαιτεί κατάλληλες συνθήκες. Είναι απαραίτητο να διασφαλίζεται ότι οι απόψεις τους λαμβάνονται υπόψη και ότι η

συμμετοχή τους είναι ουσιαστική και όχι τυπική. Παράλληλα, πρέπει να δημιουργείται ένα περιβάλλον εμπιστοσύνης, όπου οι χρήστες αισθάνονται ελεύθεροι να εκφράσουν τις εμπειρίες τους χωρίς φόβο ή περιορισμούς.

Κεφάλαιο 6ο Η ΕΠΑΨΥ

6.1 Ιστορική εξέλιξη

Η Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ) αποτελεί έναν από τους σημαντικούς φορείς παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, με ενεργό ρόλο στην ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχιατρικής και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η ίδρυσή της συνδέεται με τη γενικότερη προσπάθεια μετασχηματισμού του συστήματος ψυχικής υγείας και την ανάγκη δημιουργίας εναλλακτικών μορφών φροντίδας πέρα από το παραδοσιακό ιδρυματικό μοντέλο (Giannakopoulos & Anagnostopoulos, 2016).

Η εξέλιξη της ΕΠΑΨΥ εντάσσεται στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που ξεκίνησε στην Ελλάδα από τη δεκαετία του 1980 και ενισχύθηκε τα επόμενα χρόνια. Η ανάγκη αποασυλοποίησης και η ανάπτυξη υπηρεσιών στην κοινότητα δημιούργησαν το υπόβαθρο για τη δημιουργία φορέων που θα μπορούσαν να υποστηρίξουν αυτή τη μετάβαση. Σε αυτό το πλαίσιο, η ΕΠΑΨΥ ανέλαβε πρωτοβουλίες για την ανάπτυξη και λειτουργία δομών που ανταποκρίνονται στις αρχές της κοινοτικής φροντίδας (Erapsy, 2022).

Κατά τα πρώτα στάδια της λειτουργίας της, η δράση της επικεντρώθηκε στη δημιουργία υπηρεσιών που στόχευαν στην αποσυμφόρηση των ψυχιατρικών ιδρυμάτων και στην υποστήριξη των ατόμων που μετακινούνταν από αυτά στην κοινότητα. Η ανάπτυξη στεγαστικών δομών, όπως οικοτροφεία και προστατευμένα διαμερίσματα, αποτέλεσε βασικό άξονα της δραστηριότητάς της (Doukiet.al., 2021).

Στη συνέχεια, η ΕΠΑΨΥ διεύρυνε το πεδίο των παρεμβάσεών της, ενσωματώνοντας υπηρεσίες που καλύπτουν ένα ευρύτερο φάσμα αναγκών. Η λειτουργία κέντρων ημέρας, η παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και η ανάπτυξη προγραμμάτων επαγγελματικής αποκατάστασης συνέβαλαν στη διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου πλαισίου φροντίδας. Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στην ενίσχυση της αυτονομίας και στη διευκόλυνση της κοινωνικής ένταξης (Erapsy, 2022).

Η πορεία της ΕΠΑΨΥ συνδέεται στενά με την υλοποίηση του προγράμματος

«Ψυχαργώς», το οποίο αποτέλεσε βασικό εργαλείο για την ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα. Μέσα από τη συμμετοχή της στο πρόγραμμα, η ΕΠΑΨΥ συνέβαλε στην επέκταση του δικτύου δομών και στην ενίσχυση της αποασυλοποίησης (Madianos, 2020).

Με την πάροδο του χρόνου, η οργάνωση προσαρμόστηκε στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του πληθυσμού, αναπτύσσοντας νέες υπηρεσίες και ενισχύοντας τη συνεργασία με άλλους φορείς. Η εμπειρία που αποκτήθηκε μέσα από τη λειτουργία των δομών επέτρεψε τη βελτίωση των πρακτικών και την ενίσχυση της ποιότητας των υπηρεσιών (Κογεβίνας και συν., 2025).

6.2 Δομές και υπηρεσίες

Η Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ) αναπτύσσει ένα ολοκληρωμένο δίκτυο δομών και υπηρεσιών με σκοπό την κάλυψη των ποικίλων αναγκών των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Η λειτουργία των υπηρεσιών της βασίζεται στις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της προαγωγής της αυτονομίας των ωφελούμενων, δίνοντας έμφαση στη συνέχεια της φροντίδας και στην κοινωνική ένταξη.

Κεντρική θέση στο έργο της ΕΠΑΨΥ κατέχουν οι στεγαστικές δομές, όπως τα οικοτροφεία, οι ξενώνες και τα προστατευμένα διαμερίσματα. Οι δομές αυτές παρέχουν διαφορετικά επίπεδα υποστήριξης σε άτομα που χρειάζονται ένα ασφαλές και οργανωμένο περιβάλλον διαβίωσης, με στόχο την ανάπτυξη προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, την ενίσχυση της ανεξαρτησίας τους και τη σταδιακή μετάβασή τους σε πιο αυτόνομους τρόπους ζωής. Μέσα από την καθημερινή φροντίδα και υποστήριξη, οι φιλοξενούμενοι ενθαρρύνονται να συμμετέχουν ενεργά στη διαχείριση της ζωής τους και να ενδυναμώνουν τις δυνατότητές τους (Erapsy, 2024).

Παράλληλα, η ΕΠΑΨΥ λειτουργεί υπηρεσίες ημέρας, οι οποίες απευθύνονται σε άτομα που δεν χρειάζονται διαμονή αλλά έχουν ανάγκη από συστηματική υποστήριξη.

Στις δομές αυτές παρέχονται δραστηριότητες και παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση της λειτουργικότητας, στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και στη διατήρηση της ψυχικής σταθερότητας. Οι υπηρεσίες ημέρας αποτελούν σημαντικό συνδετικό κρίκο μεταξύ του ατόμου και της κοινότητας, καθώς προσφέρουν ένα σταθερό πλαίσιο συμμετοχής, κοινωνικοποίησης και ενδυνάμωσης.

Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται επίσης στις κοινοτικές υπηρεσίες και στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Μέσω συμβουλευτικής, ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και παρεμβάσεων στο φυσικό περιβάλλον του ατόμου, επιδιώκεται η διατήρηση της λειτουργικότητας και η πρόληψη της υποτροπής. Η προσέγγιση αυτή διευκολύνει την παραμονή των ατόμων στο οικείο κοινωνικό τους περιβάλλον, ενώ παράλληλα περιορίζει την ανάγκη για μακροχρόνιες νοσηλείες (Μουζάκη και συν., 2023).

Σημαντικό τμήμα των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτελούν τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, τα οποία επικεντρώνονται στην ανάπτυξη δεξιοτήτων απαραίτητων για την καθημερινή ζωή και την ενεργό κοινωνική συμμετοχή. Μέσα από εκπαιδευτικές, δημιουργικές και υποστηρικτικές δραστηριότητες, οι συμμετέχοντες ενισχύουν την αυτονομία τους, βελτιώνουν την κοινωνική τους λειτουργικότητα και προετοιμάζονται για την επαγγελματική και κοινωνική τους επανένταξη (Erapsy, 2024).

Παράλληλα, η ΕΠΑΨΥ αναγνωρίζει τον καθοριστικό ρόλο της οικογένειας στην πορεία αποκατάστασης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Για τον λόγο αυτό παρέχει υπηρεσίες ενημέρωσης, συμβουλευτικής και καθοδήγησης προς τους φροντιστές και τα μέλη της οικογένειας, ενισχύοντας την κατανόηση των αναγκών των ωφελούμενων και τη δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Η στενή συνεργασία με την οικογένεια συμβάλλει στη σταθερότητα της θεραπευτικής πορείας και στη διατήρηση των θετικών αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων (Erapsy, 2024).

6.3 Πληθυσμός-στόχος

Η Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ) απευθύνεται σε

έναν ετερογενή πληθυσμό, ο οποίος χαρακτηρίζεται από διαφορετικά επίπεδα αναγκών και βαθμούς λειτουργικότητας. Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών της λαμβάνει υπόψη την ποικιλία των περιστατικών, με στόχο την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας που ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες συνθήκες κάθε ατόμου.

Βασική ομάδα-στόχος αποτελούν τα άτομα με σοβαρές και χρόνιες ψυχικές διαταραχές, τα οποία παρουσιάζουν δυσκολίες στη λειτουργικότητα και στην κοινωνική ένταξη. Τα άτομα αυτά συχνά έχουν βιώσει μακροχρόνια νοσηλεία ή διακοπές στη συνέχεια της φροντίδας, γεγονός που καθιστά αναγκαία την ύπαρξη σταθερού υποστηρικτικού πλαισίου (Erapsy, 2022).

Σημαντική κατηγορία αποτελούν επίσης άτομα που βρίσκονται σε μεταβατικό στάδιο, όπως εκείνα που εξέρχονται από ψυχιατρικά νοσοκομεία ή άλλες κλειστές δομές. Για τον πληθυσμό αυτό, οι υπηρεσίες της ΕΠΑΨΥ λειτουργούν ως γέφυρα προς την κοινότητα, διευκολύνοντας την προσαρμογή και μειώνοντας τον κίνδυνο υποτροπών. Παράλληλα, οι υπηρεσίες απευθύνονται σε άτομα που διαμένουν στην κοινότητα αλλά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη διατήρηση της σταθερότητας. Η συνεχής υποστήριξη και παρακολούθηση συμβάλλουν στη διαχείριση των προβλημάτων και στην αποφυγή επιδείνωσης της κατάστασης (Κουλιεράκης και συν., 2025).

Η ΕΠΑΨΥ καλύπτει επίσης ανάγκες που σχετίζονται με την κοινωνική ευαλωτότητα. Άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα στέγασης, ανεργίας ή περιορισμένης κοινωνικής υποστήριξης εντάσσονται στις υπηρεσίες, καθώς οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν άμεσα την ψυχική υγεία και τη δυνατότητα αποκατάστασης.

Επιπλέον, ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην υποστήριξη των οικογενειών και των φροντιστών. Αν και δεν αποτελούν άμεσα ωφελούμενους, η ενίσχυση του ρόλου τους συμβάλλει ουσιαστικά στη σταθερότητα και στην πορεία των ατόμων που λαμβάνουν υπηρεσίες (Κουρέτα και συν., 2024).

Η επιλογή και ένταξη των ωφελούμενων βασίζεται σε συγκεκριμένα κριτήρια, τα οποία σχετίζονται με τη διάγνωση, το επίπεδο λειτουργικότητας και τις ανάγκες υποστήριξης. Η διαδικασία αυτή επιτρέπει την καλύτερη κατανομή των πόρων και τη διασφάλιση της καταλληλότητας των παρεμβάσεων.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 7ο Μεθοδολογία

7.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της ΕΠΑΨΥ μέσω της διερεύνησης δεικτών που αφορούν τόσο τους ωφελούμενους όσο και τους εργαζόμενους των δομών. Ειδικότερα, εξετάστηκαν η ποιότητα ζωής, η λειτουργικότητα και η ικανοποίηση των ωφελούμενων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, καθώς και η επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων. Παράλληλα, διερευνήθηκαν οι σχέσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και βασικών μεταβλητών της μελέτης, με στόχο την πληρέστερη κατανόηση παραγόντων που συνδέονται με την αποτελεσματικότητα των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της ΕΠΑΨΥ.

Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία και τους στόχους της έρευνας, διατυπώθηκαν οι ακόλουθες ερευνητικές υποθέσεις:

- Οι ωφελούμενοι των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης παρουσιάζουν ικανοποιητικά επίπεδα ποιότητας ζωής και λειτουργικότητας.
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ωφελούμενων.
- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ωφελούμενων σχετίζονται με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, της λειτουργικότητας και της ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες.
- Οι εργαζόμενοι στις δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης παρουσιάζουν ικανοποιητικό επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης.
- Τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων σχετίζονται με το επίπεδο επαγγελματικής τους ικανοποίησης.
- Η θετική αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ωφελούμενους και τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων αποτελούν ενδείξεις αποτελεσματικής λειτουργίας των δομών

ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

7.2 Ερευνητικός σχεδιασμός

Η παρούσα μελέτη υιοθετεί ποσοτικό ερευνητικό σχεδιασμό διατομεακού τύπου, με στόχο τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του κόστους λειτουργίας των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η έρευνα είναι μη παρεμβατική και βασίζεται στη συλλογή πρωτογενών δεδομένων σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο, χωρίς να επιχειρείται τροποποίηση των υφιστάμενων συνθηκών λειτουργίας.

Ο σχεδιασμός συνδυάζει περιγραφικά και συσχετιστικά στοιχεία. Σε πρώτο επίπεδο αποτυπώνονται βασικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και των δομών, ενώ σε δεύτερο επίπεδο εξετάζονται οι σχέσεις μεταξύ μεταβλητών που σχετίζονται με το κόστος, την ποιότητα ζωής, τη λειτουργικότητα και την αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών.

Η επιλογή του συγκεκριμένου σχεδιασμού κρίνεται κατάλληλη, καθώς επιτρέπει την ταυτόχρονη αποτύπωση πολλαπλών διαστάσεων της λειτουργίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τη διερεύνηση της μεταξύ τους αλληλεπίδρασης σε πραγματικές συνθήκες.

7.3 Πληθυσμός και δείγμα

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που λειτουργούν υπό την ευθύνη της ΕΠΑΨΥ. Οι δομές αυτές περιλαμβάνουν οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα και κέντρα ημέρας, παρέχοντας υπηρεσίες σε άτομα με ψυχικές διαταραχές σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές της χώρας. Η επιλογή των συγκεκριμένων δομών κρίθηκε κατάλληλη, καθώς επέτρεψε τη διερεύνηση των εμπειριών και των αντιλήψεων των ωφελούμενων σε διαφορετικά πλαίσια παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν οι εργαζόμενοι και οι ωφελούμενοι που λάμβαναν

υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στις επιλεγμένες δομές της ΕΠΑΨΥ κατά τη χρονική περίοδο διεξαγωγής της έρευνας. Η μελέτη επικεντρώθηκε αποκλειστικά στην οπτική των ωφελούμενων, με στόχο την καταγραφή των εμπειριών τους και την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσα από τη δική τους οπτική.

Το δείγμα συγκροτήθηκε με βάση τη διαθεσιμότητα και την προθυμία συμμετοχής των ωφελούμενων, ακολουθώντας τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling). Η επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου θεωρήθηκε κατάλληλη λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του πληθυσμού και των πρακτικών περιορισμών που σχετίζονται με τη συμμετοχή ατόμων που λαμβάνουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν όσοι ωφελούμενοι πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής και ήταν σε θέση να κατανοήσουν το περιεχόμενο και τον σκοπό της έρευνας.

Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και βασίστηκε στην ενημερωμένη συγκατάθεση των συμμετεχόντων. Πριν από τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, οι ωφελούμενοι ενημερώνονταν αναλυτικά για τους στόχους της μελέτης, τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων και το δικαίωμά τους να αποχωρήσουν από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια. Παράλληλα, διασφαλίστηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των στοιχείων που συλλέχθηκαν.

Σε περιπτώσεις όπου οι συμμετέχοντες αντιμετώπιζαν δυσκολίες κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, προβλέφθηκε η παροχή υποστήριξης από το ερευνητικό προσωπικό, χωρίς να επηρεάζεται το περιεχόμενο των απαντήσεων. Με τον τρόπο αυτό επιδιώχθηκε η εξασφάλιση της εγκυρότητας και της πληρότητας των δεδομένων, καθώς και η διευκόλυνση της συμμετοχής όλων των ωφελούμενων που επιθυμούσαν να λάβουν μέρος στην έρευνα.

7.4 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο σχεδιάστηκε ειδικά για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας. Η ανάπτυξή του βασίστηκε σε θεωρητικές διαστάσεις και δείκτες που έχουν χρησιμοποιηθεί εκτενώς

στη διεθνή βιβλιογραφία για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, της κατάστασης υγείας, της λειτουργικότητας και της εμπειρίας των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Κατά τη διαμόρφωση του ερωτηματολογίου αξιοποιήθηκαν στοιχεία και θεματικές ενότητες που απαντώνται σε διεθνώς αναγνωρισμένα εργαλεία, όπως το Short Form Health Survey (SF-36) και το EuroQol Five-Dimension Questionnaire (EQ-5D), προσαρμοσμένα όμως στους στόχους και στο πλαίσιο της συγκεκριμένης μελέτης.

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε τέσσερις βασικές ενότητες. Η πρώτη αφορούσε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και στοιχεία σχετικά με τη συμμετοχή τους στις δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η δεύτερη εστίαζε στην αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, διερευνώντας τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ωφελούμενων και συμβάλλουν στην καθημερινή τους υποστήριξη. Η τρίτη ενότητα αφορούσε την αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών ως προς τη βελτίωση της λειτουργικότητας, της αυτονομίας και της κοινωνικής συμμετοχής των ωφελούμενων. Τέλος, η τέταρτη ενότητα αξιολογούσε τη συνολική ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες που λαμβάνουν.

Οι περισσότερες ερωτήσεις διατυπώθηκαν με τη μορφή πενταβάθμιας κλίμακας Likert, επιτρέποντας στους συμμετέχοντες να εκφράσουν τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας τους με συγκεκριμένες δηλώσεις. Η επιλογή αυτής της μορφής απαντήσεων διευκόλυνε τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων και την ποσοτική αποτύπωση των εμπειριών και των αντιλήψεων των ωφελούμενων.

Η χρήση ενός προσαρμοσμένου ερωτηματολογίου επέτρεψε τη διερεύνηση πολλαπλών διαστάσεων που σχετίζονται με την ποιότητα των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, τη λειτουργικότητα και την καθημερινή εμπειρία των ωφελούμενων, παρέχοντας μια ολοκληρωμένη εικόνα της αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

7.5 Μεταβλητές της μελέτης

Οι μεταβλητές της παρούσας μελέτης αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ωφελούμενων, τα χαρακτηριστικά συμμετοχής τους στις δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και τις αντιλήψεις τους σχετικά με την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και τη συνολική αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Οι δημογραφικές μεταβλητές περιλαμβάνουν την ηλικία και το φύλο των συμμετεχόντων. Οι μεταβλητές αυτές χρησιμοποιούνται για την περιγραφή του δείγματος και για τη διερεύνηση πιθανών διαφοροποιήσεων στις απόψεις και τις εμπειρίες των ωφελούμενων.

Στα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη συμμετοχή στις δομές περιλαμβάνονται τα έτη παραμονής στη δομή, ο τύπος της δομής στην οποία φιλοξενείται ή εξυπηρετείται ο ωφελούμενος και το επίπεδο λειτουργικότητας, όπως αυτό αποτιμάται από τους ίδιους τους συμμετέχοντες. Οι μεταβλητές αυτές επιτρέπουν την κατανόηση του πλαισίου μέσα στο οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες και τη διερεύνηση της σχέσης τους με την αξιολόγηση των παρεμβάσεων.

Η αντίληψη των ωφελούμενων για την ποιότητα των υπηρεσιών αξιολογήθηκε μέσω έξι επιμέρους ερωτημάτων που αφορούν την κάλυψη των αναγκών τους, τη συνέχεια και συνέπεια της υποστήριξης, την επάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών, τη συμβολή τους στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, την ενίσχυση της κοινωνικής επανένταξης και την επίτευξη των στόχων του ατομικού προγράμματος αποκατάστασης. Οι απαντήσεις καταγράφηκαν σε πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert, από τη διαφωνία έως την απόλυτη συμφωνία.

Η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών διερευνήθηκε μέσω τεσσάρων ερωτημάτων που εξετάζουν τη βελτίωση της ψυχικής υγείας, την ανάπτυξη μεγαλύτερης αυτονομίας, τη συμμετοχή στην κοινωνική ζωή και τον μακροπρόθεσμο θετικό αντίκτυπο των υπηρεσιών στην καθημερινότητα των ωφελούμενων.

Η συνολική ικανοποίηση από τις υπηρεσίες αποτιμήθηκε μέσω τριών ερωτημάτων που αφορούν τη γενική ικανοποίηση από τη δομή, την πρόθεση σύστασής της σε άλλα

άτομα που χρειάζονται υποστήριξη και την αντιλαμβανόμενη συμβολή της στην προσωπική πορεία των συμμετεχόντων.

Επιπλέον, συλλέχθηκαν ποιοτικά δεδομένα μέσω ανοικτής ερώτησης, στην οποία οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να διατυπώσουν προτάσεις, παρατηρήσεις ή σημεία που θεωρούν ότι χρήζουν βελτίωσης. Οι απαντήσεις αυτές αξιοποιήθηκαν συμπληρωματικά για την ερμηνεία των ποσοτικών ευρημάτων και την πληρέστερη κατανόηση των εμπειριών των ωφελούμενων.

Στο πλαίσιο της ανάλυσης, ως εξαρτημένες μεταβλητές θεωρήθηκαν οι δείκτες ποιότητας υπηρεσιών, αποτελεσματικότητας και συνολικής ικανοποίησης, ενώ ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά συμμετοχής των ωφελούμενων στις δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

7.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε εντός των δομών της ΕΠΑΨΥ, σε συνεργασία με τους υπεύθυνους λειτουργίας, προκειμένου να διασφαλιστεί η ομαλή διεξαγωγή της διαδικασίας και η πρόσβαση στους συμμετέχοντες. Πριν από τη συμμετοχή τους, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν αναλυτικά για τον σκοπό της έρευνας, τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων και τον τρόπο αξιοποίησής τους. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και προϋπέθετε την παροχή συγκατάθεσης, η οποία δόθηκε αφού είχε προηγηθεί επαρκής κατανόηση του περιεχομένου της έρευνας.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν ανώνυμα, χωρίς τη συλλογή στοιχείων που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην ταυτοποίηση των συμμετεχόντων. Η ανωνυμία της διαδικασίας συνέβαλε στην ενίσχυση της ειλικρίνειας των απαντήσεων και στη μείωση της πιθανότητας κοινωνικά επιθυμητών αποκρίσεων. Παράλληλα, δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην προστασία των προσωπικών δεδομένων, σύμφωνα με τις αρχές της εμπιστευτικότητας και της δεοντολογίας της έρευνας.

7.7 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού IBM SPSS Statistics. Πριν από την ανάλυση, πραγματοποιήθηκε έλεγχος των δεδομένων για τυχόν σφάλματα καταχώρησης, ελλιπείς τιμές και ακραίες παρατηρήσεις, προκειμένου να διασφαλιστεί η ποιότητα και η αξιοπιστία του τελικού συνόλου δεδομένων.

Αρχικά εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική για την παρουσίαση των βασικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Για τις ποσοτικές μεταβλητές υπολογίστηκαν ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή, ενώ για τις κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάστηκαν απόλυτες και σχετικές συχνότητες (ποσοστά). Η διαδικασία αυτή επέτρεψε τη συνοπτική περιγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και των βασικών μεταβλητών της μελέτης.

Η αξιοπιστία των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών, της αντιλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας και της συνολικής ικανοποίησης εξετάστηκε μέσω του συντελεστή εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha. Τιμές μεγαλύτερες από 0,70 θεωρήθηκαν ενδεικτικές ικανοποιητικής αξιοπιστίας.

Προκειμένου να διερευνηθούν πιθανές σχέσεις μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκαν αναλύσεις συσχέτισης. Όταν πληρούνταν οι προϋποθέσεις κανονικότητας εφαρμόστηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson, ενώ σε περιπτώσεις απόκλισης από την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Spearman. Μέσω των αναλύσεων αυτών εξετάστηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ της ποιότητας των υπηρεσιών, της αντιλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας και της συνολικής ικανοποίησης των ωφελούμενων.

Για τη διερεύνηση διαφορών μεταξύ ομάδων χρησιμοποιήθηκαν κατάλληλες συγκριτικές δοκιμασίες. Ειδικότερα, για τη σύγκριση δύο ανεξάρτητων ομάδων εφαρμόστηκε ο έλεγχος t-test για ανεξάρτητα δείγματα, ενώ για συγκρίσεις μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης μιας κατεύθυνσης (One-Way ANOVA). Σε περιπτώσεις όπου δεν πληρούνταν οι

προϋποθέσεις εφαρμογής των παραμετρικών ελέγχων χρησιμοποιήθηκαν οι αντίστοιχες μη παραμετρικές δοκιμασίες Mann–Whitney U και Kruskal–Wallis.

Επιπρόσθετα, πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις παλινδρόμησης για τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τη συνολική ικανοποίηση και την αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών. Ως ανεξάρτητες μεταβλητές συμπεριλήφθηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, τα έτη παραμονής στη δομή, ο τύπος της δομής και οι επιμέρους δείκτες ποιότητας των υπηρεσιών. Οι εξαρτημένες μεταβλητές αφορούσαν τη συνολική αξιολόγηση των υπηρεσιών και την αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητά τους.

Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0,05$. Τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν με τη μορφή πινάκων και γραφημάτων, ώστε να διευκολύνεται η κατανόηση και η ερμηνεία των ευρημάτων.

7.8 Ηθικά διλήμματα

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη στον χώρο της ψυχικής υγείας, έναν τομέα που απαιτεί αυξημένη προσοχή ως προς την τήρηση των αρχών της ερευνητικής δεοντολογίας. Η προστασία των συμμετεχόντων, ο σεβασμός της προσωπικότητάς τους, η διασφάλιση της ιδιωτικότητας και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων αποτέλεσαν βασικές προϋποθέσεις για την ορθή υλοποίηση της μελέτης. Σε όλα τα στάδια της ερευνητικής διαδικασίας τηρήθηκαν οι προβλεπόμενες ηθικές και επιστημονικές αρχές που διέπουν την έρευνα σε ανθρώπινους πληθυσμούς.

Η συμμετοχή ήταν απολύτως εθελοντική και βασίστηκε στην αρχή της ενημερωμένης συγκατάθεσης. Πριν από τη συλλογή των δεδομένων, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν αναλυτικά για τον σκοπό της έρευνας, τη διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, τη χρήση των δεδομένων και το δικαίωμά τους να αποχωρήσουν από τη μελέτη οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία επίπτωση. Ιδιαίτερη μέριμνα λήφθηκε ώστε οι πληροφορίες να παρέχονται με σαφή και κατανοητό τρόπο, προσαρμοσμένο στις ανάγκες και τις δυνατότητες των συμμετεχόντων.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε ανώνυμα, χωρίς την καταγραφή προσωπικών στοιχείων που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην ταυτοποίηση των συμμετεχόντων. Τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Επιπλέον, η παρουσίαση των αποτελεσμάτων έγινε σε συγκεντρωτική μορφή, διασφαλίζοντας ότι δεν ήταν δυνατή η αναγνώριση μεμονωμένων ατόμων ή συγκεκριμένων δομών.

Δεδομένου ότι οι ωφελούμενοι υπηρεσιών ψυχικής υγείας ενδέχεται να αποτελούν ευάλωτο πληθυσμό, δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην προστασία των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειάς τους. Η συμμετοχή τους δεν συνδέθηκε με οποιοδήποτε όφελος ή επιβάρυνση σε σχέση με τις υπηρεσίες που λάμβαναν, ενώ καταβλήθηκε κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε να διασφαλιστεί η ελεύθερη και ανεπηρέαστη λήψη απόφασης για συμμετοχή στην έρευνα.

Παράλληλα, λήφθηκαν μέτρα για τον περιορισμό πιθανών πηγών μεροληψίας κατά τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε σε συνθήκες που ευνοούσαν την ειλικρινή έκφραση των απόψεων και των εμπειριών των συμμετεχόντων, χωρίς παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τις απαντήσεις τους. Με τον τρόπο αυτό επιδιώχθηκε η ενίσχυση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας των ευρημάτων.

Τέλος, τα δεδομένα της έρευνας αξιοποιήθηκαν αποκλειστικά για επιστημονικούς σκοπούς και η παρουσίαση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με αντικειμενικότητα και ακρίβεια. Η ανάλυση και η ερμηνεία των ευρημάτων βασίστηκαν στα πραγματικά δεδομένα της μελέτης, ακολουθώντας τις αρχές της επιστημονικής δεοντολογίας και της ερευνητικής ακεραιότητας.

Κεφάλαιο 8ο Αποτελέσματα

8.1 Αξιοπιστία των Ερευνητικών Εργαλείων

Πριν από τη διεξαγωγή των κύριων στατιστικών αναλύσεων, εξετάστηκε η αξιοπιστία των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της αντιλαμβανόμενης ποιότητας των υπηρεσιών, της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων και της συνολικής ικανοποίησης των ωφελούμενων. Η αξιολόγηση της εσωτερικής συνοχής πραγματοποιήθηκε με τον συντελεστή Cronbach's alpha, ο οποίος αποτελεί έναν από τους συχνότερα χρησιμοποιούμενους δείκτες αξιοπιστίας στις κοινωνικές και επιστήμες υγείας.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, τιμές του Cronbach's alpha μεγαλύτερες από 0,70 θεωρούνται αποδεκτές, τιμές άνω του 0,80 υποδηλώνουν υψηλή αξιοπιστία, ενώ τιμές που υπερβαίνουν το 0,90 θεωρούνται εξαιρετικές. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε ξεχωριστά για κάθε επιμέρους κλίμακα του ερωτηματολογίου.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κλίμακα αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών παρουσίασε υψηλό βαθμό εσωτερικής συνοχής (Cronbach's $\alpha = 0,891$). Αντίστοιχα, η κλίμακα που αφορούσε την αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών εμφάνισε επίσης υψηλή αξιοπιστία (Cronbach's $\alpha = 0,884$). Η υψηλότερη τιμή καταγράφηκε στην κλίμακα συνολικής ικανοποίησης, η οποία παρουσίασε εξαιρετική εσωτερική συνοχή (Cronbach's $\alpha = 0,902$).

Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι τα επιμέρους ερωτήματα κάθε κλίμακας μετρούν με συνέπεια την ίδια θεωρητική έννοια και επιβεβαιώνουν την καταλληλότητα των εργαλείων για τη διερεύνηση των αντιλήψεων των ωφελούμενων σχετικά με τις υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Ως εκ τούτου, οι κλίμακες κρίθηκαν επαρκώς αξιόπιστες και χρησιμοποιήθηκαν στις επόμενες αναλύσεις της μελέτης. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται αναλυτικά οι δείκτες αξιοπιστίας Cronbach's alpha

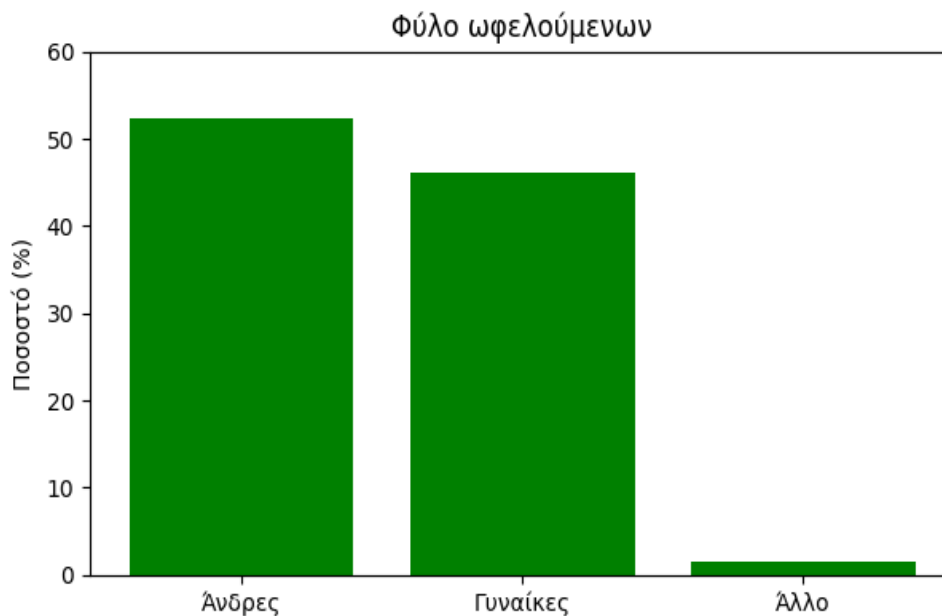
Πίνακας 1. Αξιοπιστία των κλιμάκων του ερωτηματολογίου

Κλίμακα	Αριθμός ερωτήσεων	Cronbach's α
Ποιότητα υπηρεσιών	6	0,891
Αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα	4	0,884
Συνολική ικανοποίηση	3	0,902

8.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

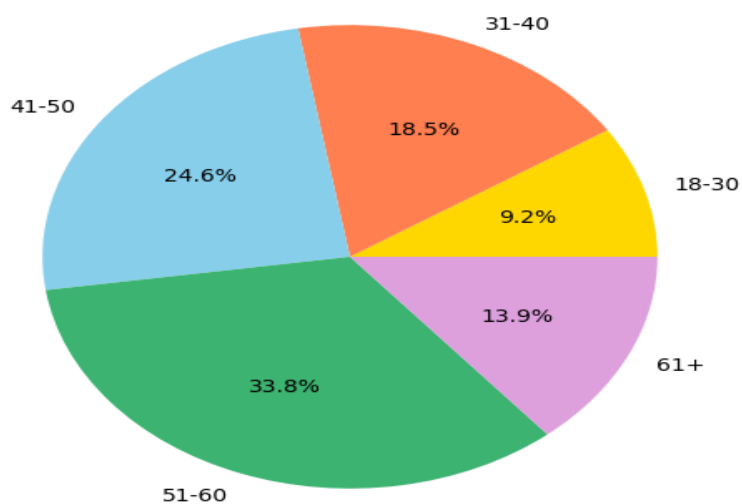
8.2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά ωφελούμενων

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά N=65 ωφελούμενοι των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της ΕΠΑΨΥ. Από αυτούς, οι άνδρες αποτελούσαν το 52,3% (n=34), οι γυναίκες το 46,2% (n=30), ενώ ένα άτομο (1,5%, n=1) δήλωσε διαφορετικό φύλο, γεγονός που δείχνει σχετικά ισορροπημένη κατανομή φύλου στο δείγμα.

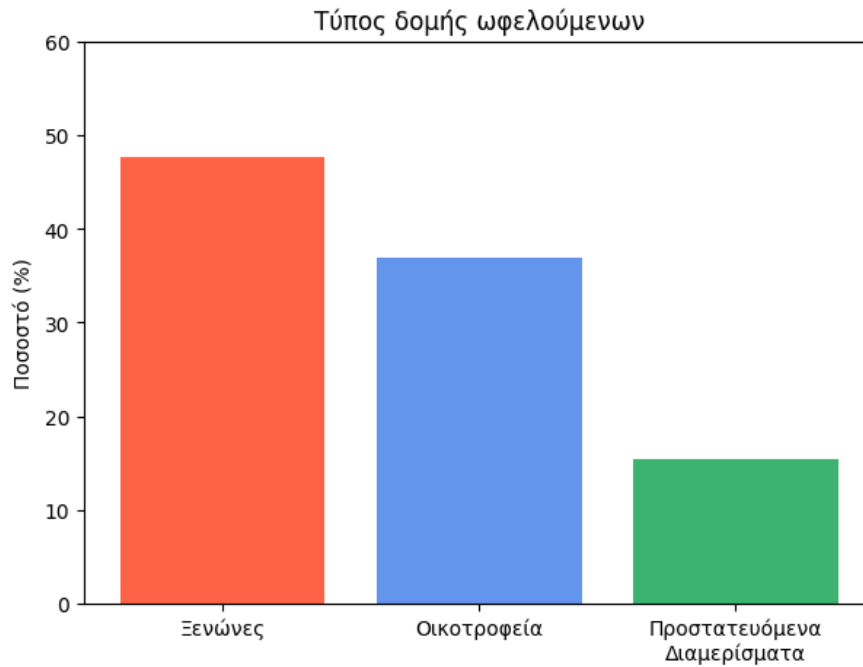


Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαινόταν από 23 έως 100 έτη, με μέση ηλικία τα 51,35 έτη (SD=13,40) και διάμεση ηλικία τα 55 έτη, γεγονός που υποδηλώνει ότι η πλειονότητα των ωφελούμενων ανήκε σε μεσαίες και μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες.

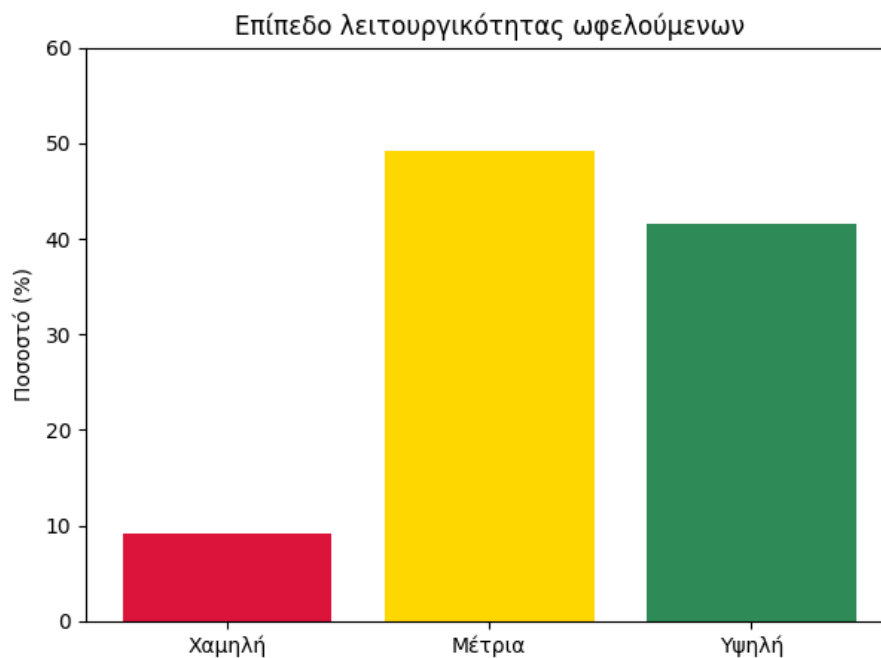
Ηλικιακή κατανομή ωφελούμενων



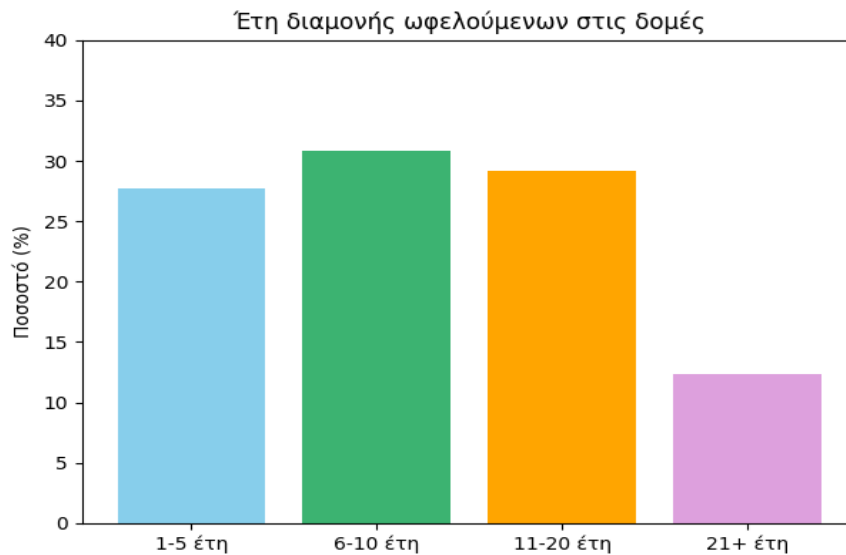
Ως προς τον τύπο δομής, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων προερχόταν από ξενώνες (47,7%, $n=31$), ενώ το 36,9% ($n=24$) διέμενε σε οικοτροφεία και το 15,4% ($n=10$) σε προστατευόμενα διαμερίσματα. Η κατανομή αυτή επιτρέπει τη συγκριτική αποτύπωση εμπειριών από διαφορετικά πλαίσια ψυχοκοινωνικής φροντίδας.



Αναφορικά με το επίπεδο λειτουργικότητας, το 49,2% (n=32) αξιολόγησε τη λειτουργικότητά του ως μέτρια, το 41,5% (n=27) ως υψηλή και το 9,2% (n=6) ως χαμηλή, γεγονός που δείχνει ότι οι περισσότεροι ωφελούμενοι αντιλαμβάνονται σχετικά ικανοποιητικό επίπεδο καθημερινής λειτουργικότητας.

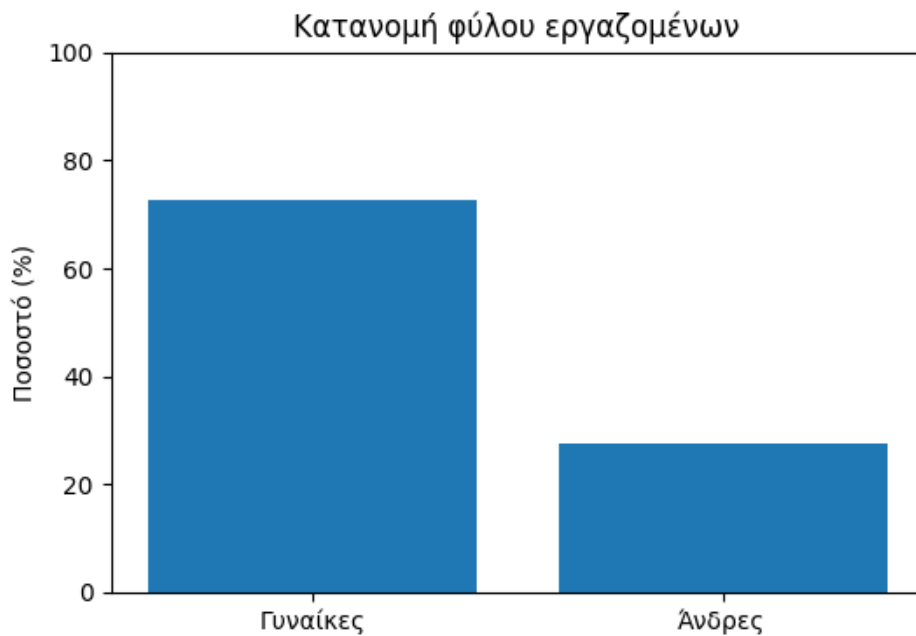


Τέλος, τα έτη παραμονής στις δομές κυμαίνονταν από 1 έως 35 έτη, με μέσο όρο παραμονής τα 11,8 έτη ($SD=8,4$). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι στο δείγμα συμπεριλήφθηκαν τόσο νεοεισερχόμενοι όσο και μακροχρόνια ωφελούμενοι των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, γεγονός που ενισχύει την αντιπροσωπευτικότητα των αποτελεσμάτων της μελέτης.

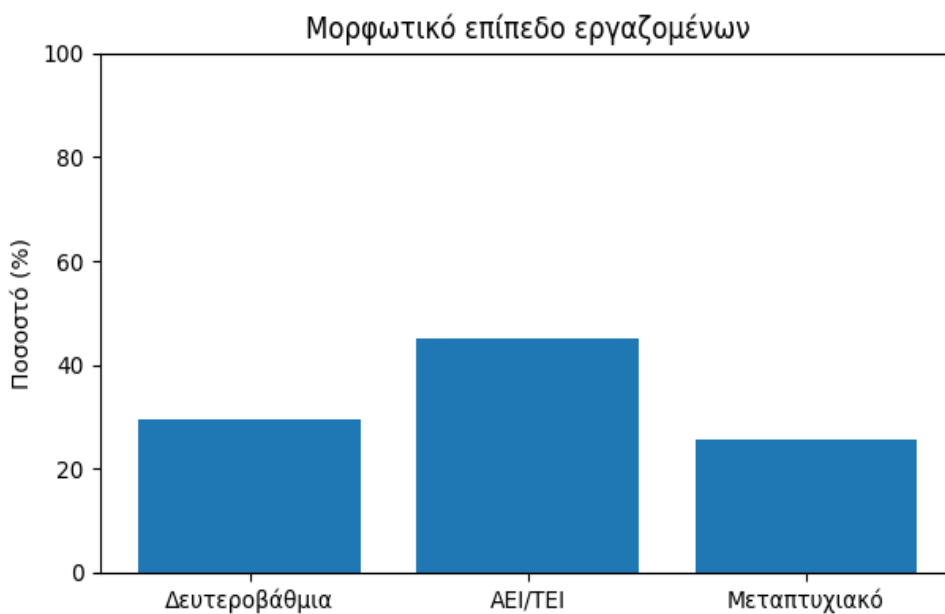


8.2.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά εργαζομένων

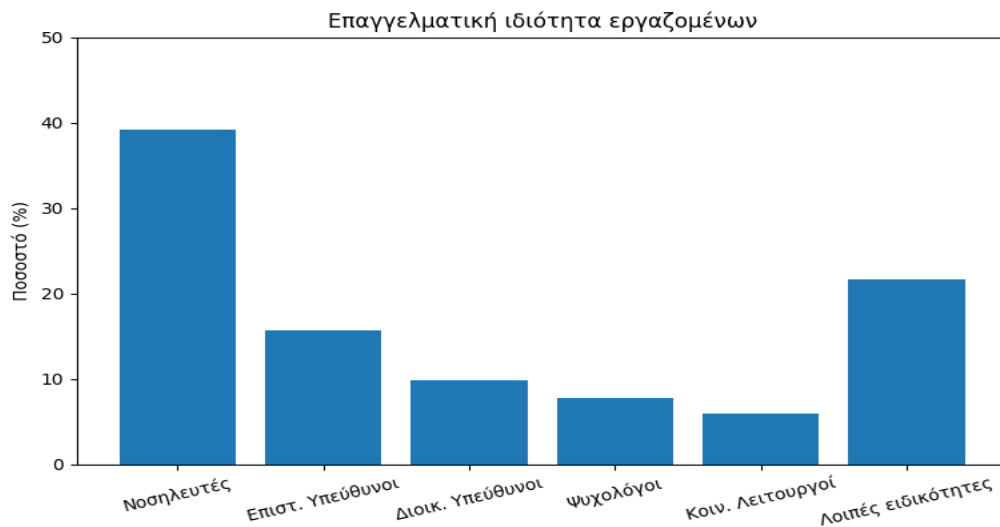
Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά $N=51$ εργαζόμενοι των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της ΕΠΑΨΥ. Από αυτούς, το 72,5% ήταν γυναίκες και το 27,5% άνδρες, γεγονός που επιβεβαιώνει την αυξημένη παρουσία γυναικών στα επαγγέλματα ψυχικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας.



Ως προς το μορφωτικό επίπεδο, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων διαθέτει ανώτατη εκπαίδευση (ΤΕΙ/ΑΕΙ) σε ποσοστό 45,1%, ενώ το 25,5% κατείχε μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Τα αποτελέσματα αυτά αναδεικνύουν το υψηλό επιστημονικό επίπεδο του προσωπικού που στελεχώνει τις δομές.

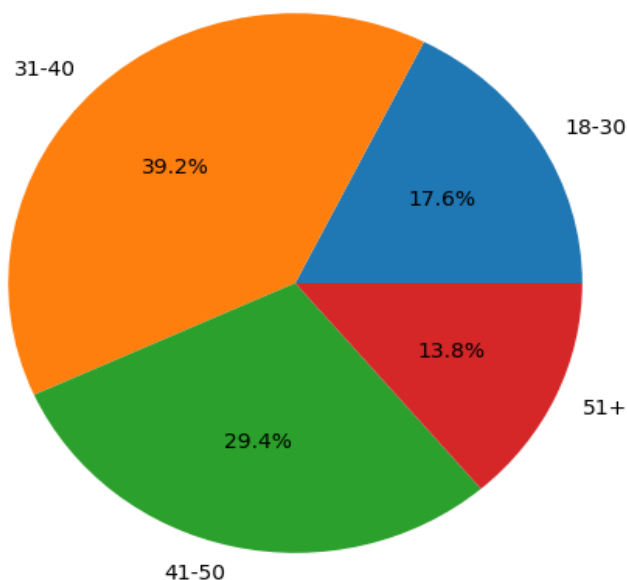


Αναφορικά με την επαγγελματική ειδικότητα, η μεγαλύτερη ομάδα ήταν οι νοσηλευτές (39,2%), ακολουθούμενοι από τους επιστημονικά υπεύθυνους (15,7%) και τους διοικητικά υπεύθυνους (9,8%). Οι ψυχολόγοι αποτέλεσαν το 7,8% του δείγματος, ενώ μικρότερα ποσοστά αντιστοιχούσαν σε κοινωνικούς λειτουργούς, προσωπικό γενικών καθηκόντων και λοιπές ειδικότητες.



Η ηλικία των εργαζομένων κυμαινόταν από 25 έως 66 έτη, με την πλειονότητα να συγκεντρώνεται στις ηλικίες 30–50 ετών, γεγονός που υποδηλώνει σημαντική επαγγελματική εμπειρία και ενεργή παρουσία στον χώρο της ψυχικής υγείας.

Ηλικιακή κατανομή εργαζομένων



8.3. Περιγραφική ανάλυση ποιότητας ζωής και λειτουργικότητας ωφελούμενων

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης πραγματοποιήθηκε μέσα από τις απαντήσεις των ωφελούμενων σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την αποτελεσματικότητά τους και τη συνολική ικανοποίηση από τη συμμετοχή τους στις δομές. Οι απαντήσεις καταγράφηκαν σε πενταβάθμια κλίμακα Likert, όπου οι υψηλότερες τιμές αντιστοιχούσαν σε θετικότερη αξιολόγηση. Ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών, οι συμμετέχοντες διατύπωσαν συνολικά θετικές απόψεις. Η μέση βαθμολογία της σχετικής κλίμακας διαμορφώθηκε σε 4,05 (T.A. = 0,67), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι περισσότεροι ωφελούμενοι θεωρούν πως οι παρεχόμενες υπηρεσίες ανταποκρίνονται σε σημαντικό βαθμό στις ανάγκες τους. Οι απαντήσεις έδειξαν ότι η υποστήριξη που λαμβάνουν χαρακτηρίζεται από συνέπεια και συνέχεια, ενώ παράλληλα αναγνωρίζεται η συμβολή των δομών στη

βελτίωση της καθημερινής ζωής και της κοινωνικής τους συμμετοχής.

Αναφορικά με την αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών, η μέση βαθμολογία ανήλθε σε 3,98 (Τ.Α. = 0,78). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι οι ωφελούμενοι εκτιμούν πως η συμμετοχή τους στις δομές έχει συμβάλει θετικά στη βελτίωση της ψυχικής τους κατάστασης, στην ενίσχυση της αυτονομίας τους και στη δυνατότητα ενεργότερης συμμετοχής στην κοινωνική ζωή. Παράλληλα, αρκετοί συμμετέχοντες αναγνώρισαν έναν σταθερό και διαχρονικό θετικό αντίκτυπο των παρεχόμενων υπηρεσιών στην καθημερινότητά τους.

Η υψηλότερη μέση τιμή καταγράφηκε στην κλίμακα της συνολικής ικανοποίησης, η οποία διαμορφώθηκε σε 4,09 (Τ.Α. = 0,76). Το αποτέλεσμα αυτό υποδηλώνει ότι η πλειονότητα των ωφελούμενων είναι ικανοποιημένη από τις υπηρεσίες που λαμβάνει και θεωρεί ότι η συμβολή των δομών είναι ουσιαστική για την προσωπική της πορεία. Επιπλέον, οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι θα πρότειναν τη δομή σε άλλα άτομα που ενδέχεται να χρειάζονται αντίστοιχη υποστήριξη.

Πίνακας 2. Μέσες τιμές των βασικών κλιμάκων αξιολόγησης

Κλίμακα	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Ποιότητα υπηρεσιών	4,05	0,67
Αποτελεσματικότητα υπηρεσιών	3,98	0,78
Συνολική ικανοποίηση	4,09	0,76

8.4 Περιγραφική ανάλυση επαγγελματικής ικανοποίησης εργαζομένων (JSS)

Η επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων αξιολογήθηκε μέσω του ερωτηματολογίου JobSatisfactionSurvey (JSS), το οποίο διερευνά διαφορετικές διαστάσεις της εργασιακής εμπειρίας στις δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι οι εργαζόμενοι παρουσίασαν συνολικά μέτρια προς υψηλά επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης. Οι υψηλότερες βαθμολογίες καταγράφηκαν στις υποκλίμακες που σχετίζονται με τη φύση της εργασίας, τις σχέσεις με τους συναδέλφους και την εποπτεία, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται θετικά τόσο το αντικείμενο εργασίας τους όσο και το κλίμα συνεργασίας μέσα στις δομές.

Ειδικότερα, η υποκλίμακα «Φύση εργασίας» παρουσίασε τον υψηλότερο μέσο όρο ($M=4,18$, $SD=0,71$), στοιχείο που δείχνει ότι οι εργαζόμενοι θεωρούν το επαγγελματικό τους έργο ουσιαστικό και κοινωνικά σημαντικό. Αντίστοιχα, θετικές αξιολογήσεις καταγράφηκαν και στην υποκλίμακα «Συνάδελφοι» ($M=4,02$, $SD=0,76$), γεγονός που αναδεικνύει την ύπαρξη υποστηρικτικού και συνεργατικού εργασιακού περιβάλλοντος.

Ικανοποιητικά επίπεδα παρατηρήθηκαν επίσης στις διαστάσεις της εποπτείας και της επικοινωνίας, υποδηλώνοντας ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι θεωρούν επαρκή τη συνεργασία με τη διοίκηση και τη ροή πληροφόρησης εντός των δομών.

Αντίθετα, χαμηλότερες βαθμολογίες καταγράφηκαν στις υποκλίμακες που αφορούν τις αποδοχές ($M=2,61$, $SD=0,93$) και τις παροχές ($M=2,74$, $SD=0,88$). Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι σημαντικό μέρος των εργαζομένων εμφανίζεται λιγότερο ικανοποιημένο από τις οικονομικές απολαβές και τις δυνατότητες υλικής υποστήριξης που προσφέρει το εργασιακό περιβάλλον.

Η συνολική βαθμολογία επαγγελματικής ικανοποίησης διαμορφώθηκε σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα ($M=3,67$, $SD=0,64$), γεγονός που υποδηλώνει ότι, παρά τις οργανωτικές και οικονομικές δυσκολίες που καταγράφονται σε ορισμένους τομείς, οι εργαζόμενοι διατηρούν θετική στάση απέναντι στον ρόλο και την αποστολή των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Στον Πίνακα.2 παρουσιάζονται αναλυτικά οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των επιμέρους διαστάσεων του ερωτηματολογίου JSS.

Πίνακας.2 Περιγραφική ανάλυση επαγγελματικής ικανοποίησης εργαζομένων (JSS)

Υποκλίμακα JSS	Μέσος Όρος (M)	Τυπική Απόκλιση (SD)	Ερμηνεία
Αμοιβές	2,61	0,93	Χαμηλή ικανοποίηση
Προαγωγές	2,88	0,85	Μέτρια προς χαμηλή ικανοποίηση
Εποπτεία	3,95	0,72	Υψηλή ικανοποίηση
Παροχές	2,74	0,88	Μέτρια προς χαμηλή ικανοποίηση
Αναγνώριση	3,42	0,79	Μέτρια ικανοποίηση
Συνθήκες εργασίας	3,31	0,81	Μέτρια ικανοποίηση
Συνάδελφοι	4,02	0,76	Υψηλή ικανοποίηση
Φύση εργασίας	4,18	0,71	Πολύ υψηλή ικανοποίηση
Επικοινωνία	3,56	0,74	Μέτρια προς υψηλή ικανοποίηση
Συνολική επαγγελματική ικανοποίηση	3,67	0,64	Μέτρια προς υψηλή ικανοποίηση

8.5 Συσχετίσεις μεταξύ μεταβλητών

Για τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των βασικών μεταβλητών της μελέτης πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις συσχέτισης. Ειδικότερα, εξετάστηκαν οι σχέσεις μεταξύ της αντιλαμβανόμενης ποιότητας των υπηρεσιών, της αντιλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων και της συνολικής ικανοποίησης των ωφελούμενων από τις δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ της αντιλαμβανόμενης

ποιότητας των υπηρεσιών και της συνολικής ικανοποίησης των ωφελούμενων ($r = 0,834$). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι όσο θετικότερα αξιολογούν οι συμμετέχοντες την ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν, τόσο υψηλότερα επίπεδα συνολικής ικανοποίησης αναφέρουν.

Παράλληλα, παρατηρήθηκε ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ της αντιλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών και της συνολικής ικανοποίησης ($r = 0,771$). Οι ωφελούμενοι που θεωρούν ότι οι υπηρεσίες συμβάλλουν ουσιαστικά στη βελτίωση της καθημερινής τους ζωής, της αυτονομίας και της κοινωνικής τους συμμετοχής τείνουν να εκφράζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη συνολική λειτουργία της δομής.

Επιπλέον, καταγράφηκε ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών ($r = 0,727$). Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι οι συμμετέχοντες που αξιολογούν θετικά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας είναι πιθανότερο να θεωρούν ότι οι υπηρεσίες έχουν ουσιαστικό και θετικό αντίκτυπο στην προσωπική τους πορεία.

Πίνακας 3 Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των βασικών μεταβλητών της μελέτης

Μεταβλητές	r
Ποιότητα υπηρεσιών – Αποτελεσματικότητα υπηρεσιών	0,727
Ποιότητα υπηρεσιών – Συνολική ικανοποίηση	0,834
Αποτελεσματικότητα υπηρεσιών – Συνολική ικανοποίηση	0,771

8.6 Έλεγχοι ανεξάρτητων δειγμάτων

Για τη διερεύνηση πιθανών διαφορών στις αξιολογήσεις των ωφελούμενων πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις διακύμανσης μιας κατεύθυνσης (One-Way ANOVA), με κριτήριο το αυτοαναφερόμενο επίπεδο λειτουργικότητας των συμμετεχόντων (χαμηλό, μέτριο και υψηλό). Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντικές

διαφορές ως προς την αντίληψη για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, $F(2,62)=7,01$, $p=0,002$.

Οι συμμετέχοντες που δήλωσαν υψηλό επίπεδο λειτουργικότητας κατέγραψαν την υψηλότερη μέση βαθμολογία ($M=4,20$), ενώ οι ωφελούμενοι με χαμηλή λειτουργικότητα παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερη αξιολόγηση ($M=3,17$). Οι συμμετέχοντες με μέτρια λειτουργικότητα εμφάνισαν ενδιάμεση βαθμολογία ($M=4,09$).Ανάλογη εικόνα προέκυψε και για την αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών. Η ανάλυση έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων λειτουργικότητας, $F(2,62)=4,74$, $p=0,012$.

Οι ωφελούμενοι με υψηλή λειτουργικότητα αξιολόγησαν θετικότερα την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων ($M=4,19$), ακολουθούμενοι από εκείνους με μέτρια λειτουργικότητα ($M=3,97$), ενώ οι συμμετέχοντες με χαμηλή λειτουργικότητα κατέγραψαν τη χαμηλότερη μέση τιμή ($M=3,17$).Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν επίσης ως προς τη συνολική ικανοποίηση από τις υπηρεσίες, $F(2,62)=3,47$, $p=0,037$.

Οι συμμετέχοντες που χαρακτήρισαν τη λειτουργικότητά τους ως υψηλή εμφάνισαν την υψηλότερη μέση βαθμολογία ικανοποίησης ($M=4,26$), ενώ οι ωφελούμενοι με χαμηλή λειτουργικότητα παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης ($M=3,39$). Η ομάδα με μέτρια λειτουργικότητα κατέγραψε μέση τιμή 4,08.

Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι το επίπεδο λειτουργικότητας συνδέεται με τον τρόπο με τον οποίο οι ωφελούμενοι αξιολογούν τις υπηρεσίες που λαμβάνουν. Όσο υψηλότερη είναι η αντιλαμβανόμενη λειτουργικότητα των συμμετεχόντων, τόσο θετικότερη είναι η αξιολόγηση της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και της συνολικής συμβολής των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Πίνακας 4 Διαφορές στις αξιολογήσεις των υπηρεσιών ανά επίπεδο λειτουργικότητας

Μεταβλητή	Χαμηλή λειτουργικότητα	Μέτρια λειτουργικότητα	Υψηλή λειτουργικότητα	F	p
Ποιότητα υπηρεσιών	3,17	4,09	4,20	7,01	0,002

Αποτελεσματικότητα υπηρεσιών	3,17	3,97	4,19	4,74	0,012
Συνολική ικανοποίηση	3,39	4,08	4,26	3,47	0,037

Στατιστικά σημαντικές διαφορές για $p < 0,05$.

8.7 Συσχετίσεις μεταβλητών στους εργαζόμενους

Για τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των επιμέρους διαστάσεων της επαγγελματικής ικανοποίησης πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι συσχέτισης Pearson. Η ανάλυση ανέδειξε πολλαπλές στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών του Job Satisfaction Survey (JSS), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι διαφορετικές πτυχές της εργασιακής εμπειρίας των εργαζομένων αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και επηρεάζουν τη συνολική αντίληψη για τη λειτουργία των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Η ισχυρότερη θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της εποπτείας και της επικοινωνίας ($r=0,68$, $p<0,001$). Το εύρημα αυτό δείχνει ότι οι εργαζόμενοι που αξιολογούν θετικά τη συνεργασία με τη διοίκηση και τους προϊσταμένους τείνουν να αναφέρουν και καλύτερη ποιότητα επικοινωνίας εντός της δομής. Η συγκεκριμένη σχέση αναδεικνύει τον σημαντικό ρόλο της διοικητικής οργάνωσης και της σαφούς επικοινωνίας στη διαμόρφωση θετικού εργασιακού κλίματος.

Παράλληλα, καταγράφηκε υψηλή θετική συσχέτιση μεταξύ των συνθηκών εργασίας και της συνολικής επαγγελματικής ικανοποίησης ($r=0,64$, $p<0,001$). Οι εργαζόμενοι που θεωρούσαν επαρκές το εργασιακό περιβάλλον, τη στελέχωση και την καθημερινή οργάνωση των δομών εμφάνιζαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα συνολικής ικανοποίησης από την εργασία τους. Το αποτέλεσμα αυτό υποδηλώνει ότι οι οργανωτικοί παράγοντες αποτελούν βασικό στοιχείο της επαγγελματικής εμπειρίας στον χώρο της ψυχικής υγείας.

Σημαντική θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε επίσης μεταξύ της αναγνώρισης και της

φύσης της εργασίας ($r=0,57$, $p<0,01$). Οι εργαζόμενοι που αισθάνονταν ότι αναγνωρίζεται η προσφορά και η προσπάθειά τους ανέφεραν μεγαλύτερη ικανοποίηση από το ίδιο το αντικείμενο εργασίας τους. Η σχέση αυτή φαίνεται να σχετίζεται με την ανάγκη επαγγελματικής επιβεβαίωσης και ενίσχυσης του θεραπευτικού ρόλου των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Αντίστοιχα, η συνολική επαγγελματική ικανοποίηση εμφάνισε θετική συσχέτιση με την αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα των δομών ($r=0,52$, $p<0,001$). Οι εργαζόμενοι που παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από το εργασιακό τους περιβάλλον αξιολογούσαν θετικότερα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ωφελούμενους. Το εύρημα αυτό ενισχύει την άποψη ότι η επαγγελματική ευημερία του προσωπικού συνδέεται άμεσα με τη λειτουργικότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Μέτρια θετική συσχέτιση καταγράφηκε μεταξύ των σχέσεων με τους συναδέλφους και της επικοινωνίας ($r=0,49$, $p<0,01$), γεγονός που υποδηλώνει ότι η ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων εντός της ομάδας εργασίας επηρεάζει σημαντικά τη συνολική συνεργασία και την καθημερινή λειτουργία των δομών.

Αντίθετα, οι οικονομικές μεταβλητές, όπως οι αποδοχές και οι παροχές, παρουσίασαν ασθενέστερες συσχετίσεις με τη συνολική επαγγελματική ικανοποίηση. Ειδικότερα, οι αποδοχές εμφάνισαν χαμηλή αλλά στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη συνολική ικανοποίηση ($r=0,31$, $p<0,05$), γεγονός που δείχνει ότι, αν και οι οικονομικοί παράγοντες επηρεάζουν την εργασιακή εμπειρία, φαίνεται να έχουν μικρότερη βαρύτητα σε σύγκριση με τις οργανωτικές και διαπροσωπικές διαστάσεις της εργασίας.

Επιπλέον, τα έτη επαγγελματικής προϋπηρεσίας εμφάνισαν ήπια θετική συσχέτιση με τη συνολική επαγγελματική ικανοποίηση ($r=0,28$, $p<0,05$). Το αποτέλεσμα αυτό ενδέχεται να υποδηλώνει ότι οι πιο έμπειροι εργαζόμενοι εμφανίζουν μεγαλύτερη προσαρμογή στις απαιτήσεις των δομών και αυξημένη επαγγελματική σταθερότητα.

Πίνακας 5 Συσχετίσεις μεταβλητών στους εργαζόμενους

Μεταβλητές	Συντελεστής συσχέτισης (r)	p- value	Ερμηνεία σχέσης
Εποπτεία – Επικοινωνία	0,68	<0,001	Ισχυρή θετική συσχέτιση
Συνθήκες εργασίας – Συνολική επαγγελματική ικανοποίηση	0,64	<0,001	Ισχυρή θετική συσχέτιση
Αναγνώριση – Φύση εργασίας	0,57	<0,01	Μέτρια προς ισχυρή θετική συσχέτιση
Συνολική επαγγελματική ικανοποίηση – Αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα δομών	0,52	<0,001	Μέτρια θετική συσχέτιση
Συνάδελφοι – Επικοινωνία	0,49	<0,01	Μέτρια θετική συσχέτιση
Αποδοχές – Συνολική επαγγελματική ικανοποίηση	0,31	<0,05	Ασθενής θετική συσχέτιση
Έτη προϋπηρεσίας – Συνολική επαγγελματική ικανοποίηση	0,28	<0,05	Ασθενής θετική συσχέτιση

8.8 Έλεγχοι συσχέτισης κατηγορικών μεταβλητών (Chi-square)

8.8.1 Έλεγχοι συσχέτισης κατηγορικών μεταβλητών (Chi-square) ωφελούμενων

Για τη διερεύνηση πιθανών σχέσεων μεταξύ κατηγορικών μεταβλητών πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι ανεξαρτησίας χ^2 (Chi-square). Ειδικότερα, εξετάστηκαν οι σχέσεις μεταξύ του φύλου, του τύπου δομής και του επιπέδου λειτουργικότητας των ωφελούμενων.

Αρχικά εξετάστηκε η σχέση μεταξύ φύλου και επιπέδου λειτουργικότητας. Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, $\chi^2(4)=10,99$, $p=0,027$. Ειδικότερα, οι άνδρες εμφάνισαν συχνότερα υψηλό επίπεδο λειτουργικότητας (47,1%) σε σύγκριση με τις γυναίκες (36,7%), ενώ οι γυναίκες καταγράφηκαν συχνότερα στην κατηγορία της μέτριας λειτουργικότητας. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι το επίπεδο λειτουργικότητας διαφοροποιείται σε κάποιο βαθμό ανάλογα με το φύλο των συμμετεχόντων.

Στη συνέχεια εξετάστηκε η σχέση μεταξύ τύπου δομής και επιπέδου λειτουργικότητας. Η ανάλυση δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, $\chi^2(4)=6,55$, $p=0,162$. Παρότι οι ωφελούμενοι που διέμεναν σε προστατευόμενα διαμερίσματα εμφάνισαν αναλογικά υψηλότερα ποσοστά υψηλής λειτουργικότητας σε σύγκριση με τους υπόλοιπους τύπους δομών, η διαφορά αυτή δεν ήταν αρκετά μεγάλη ώστε να θεωρηθεί στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 5 Έλεγχοι χ^2 μεταξύ κατηγορικών μεταβλητών

Μεταβλητές	χ^2	df	p
Φύλο × Επίπεδο λειτουργικότητας	10,99	4	0,027
Τύπος δομής × Επίπεδο λειτουργικότητας	6,55	4	0,162

Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας: $p < 0,05$.

8.8.2 Έλεγχοι Chi-square στους εργαζόμενους

Αρχικά εξετάστηκε η σχέση μεταξύ φύλου και επιπέδου συνολικής επαγγελματικής ικανοποίησης. Τα αποτελέσματα δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών ($\chi^2=3,14$, $df=2$, $p=0,208$). Παρότι οι γυναίκες εμφάνισαν συχνότερα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης, η διαφοροποίηση αυτή δεν ήταν επαρκής ώστε να θεωρηθεί στατιστικά σημαντική.

Αντίθετα, στατιστικά σημαντική σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ επαγγελματικής

ειδικότητας και επιπέδου επαγγελματικής ικανοποίησης ($\chi^2=12,47$, $df=6$, $p<0,05$). Οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί εμφάνισαν συχνότερα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης συγκριτικά με το νοσηλευτικό προσωπικό και το προσωπικό γενικών καθηκόντων.

Παράλληλα, σημαντική σχέση καταγράφηκε μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας και της θετικής αξιολόγησης της εποπτείας ($\chi^2=8,92$, $df=2$, $p<0,05$). Οι εργαζόμενοι με περισσότερα από 10 έτη εμπειρίας δήλωσαν συχνότερα υψηλή ικανοποίηση από την εποπτεία και την οργανωτική υποστήριξη που λαμβάνουν εντός των δομών.

Αντίστοιχα, παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας επικοινωνίας και της συνολικής αξιολόγησης της λειτουργίας των δομών ($\chi^2=10,16$, $df=2$, $p<0,01$). Οι εργαζόμενοι που αξιολόγησαν θετικά την επικοινωνία και τη συνεργασία στο εργασιακό περιβάλλον εμφάνισαν συχνότερα υψηλή συνολική επαγγελματική ικανοποίηση και θετικότερη αντίληψη για την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών.

Πίνακας Αποτελέσματα ελέγχων PearsonChi-square (χ^2) στους εργαζόμενους

Μεταβλητές	χ^2	df	p-value	Ερμηνεία
Φύλο εργαζομένων – Επαγγελματική ικανοποίηση	3,14	2	0,208	Μη στατιστικά σημαντική σχέση
Επαγγελματική ειδικότητα – Επαγγελματική ικανοποίηση	12,47	6	<0,05	Στατιστικά σημαντική σχέση
Έτη προϋπηρεσίας – Ικανοποίηση από εποπτεία	8,92	2	<0,05	Στατιστικά σημαντική σχέση
Επικοινωνία – Αξιολόγηση λειτουργίας δομών	10,16	2	<0,01	Στατιστικά σημαντική σχέση
Συνθήκες εργασίας – Συνολική επαγγελματική ικανοποίηση	11,38	4	<0,05	Στατιστικά σημαντική σχέση
Επαγγελματική ειδικότητα – Αντίληψη αποτελεσματικότητας δομών	9,74	4	<0,05	Στατιστικά σημαντική σχέση

Κεφάλαιο 9ο Συζήτηση

9.1 Ποιότητα ζωής και λειτουργικότητα ωφελούμενων

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι οι ωφελούμενοι των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης παρουσίασαν συνολικά μέτρια επίπεδα ποιότητας ζωής και λειτουργικότητας, με σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των επιμέρους διαστάσεων της καθημερινής λειτουργίας. Οι υψηλότερες βαθμολογίες καταγράφηκαν στην κοινωνική λειτουργικότητα και στις διαστάσεις που σχετίζονται με τη διατήρηση κοινωνικών σχέσεων και τη συμμετοχή στην καθημερινή ζωή, ενώ χαμηλότερες βαθμολογίες παρατηρήθηκαν στη σωματική λειτουργικότητα και στην ενεργητικότητα. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τη διεθνή βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές εμφανίζουν συχνά μεγαλύτερη έκπτωση στη σωματική και λειτουργική διάσταση της ποιότητας ζωής σε σύγκριση με την κοινωνική προσαρμογή (Santini et al., 2020).

Η σχετικά καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα που καταγράφηκε στην παρούσα έρευνα πιθανόν να σχετίζεται με τον κοινοτικό χαρακτήρα των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και με τη συστηματική ενίσχυση της κοινωνικής συμμετοχής των ωφελούμενων μέσω θεραπευτικών και υποστηρικτικών παρεμβάσεων. Οι Farkas et al. (2021) υποστηρίζουν ότι τα recovery-oriented μοντέλα ψυχικής υγείας που προάγουν την κοινωνική ένταξη και τη συμμετοχή στην κοινότητα συμβάλλουν ουσιαστικά στη βελτίωση της καθημερινής λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Παράλληλα, οι χαμηλότερες βαθμολογίες στη σωματική λειτουργικότητα και στην ενεργητικότητα φαίνεται να συνδέονται με τη χρονιότητα των ψυχικών διαταραχών, τη μακροχρόνια φαρμακευτική αγωγή και τη συχνή παρουσία σωματικών νοσημάτων. Οι Vancampfort et al. (2021) αναφέρουν ότι τα άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο εμφανίζουν αυξημένη σωματική νοσηρότητα, χαμηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και σημαντικούς περιορισμούς στη φυσική λειτουργικότητα, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά τη συνολική ποιότητα ζωής.

Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η θετική συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής λειτουργικότητας και ψυχικής υγείας. Οι ωφελούμενοι που εμφάνιζαν καλύτερη κοινωνική προσαρμογή και μεγαλύτερη συμμετοχή στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής παρουσίασαν και υψηλότερες βαθμολογίες στην ψυχική υγεία και στη συνολική ποιότητα ζωής. Το αποτέλεσμα αυτό είναι συμβατό με τα ευρήματα των Davidson et al. (2022), οι οποίοι υποστήριξαν ότι η κοινωνική ένταξη, η διατήρηση ουσιαστικών διαπροσωπικών σχέσεων και η αίσθηση συμμετοχής στην κοινότητα αποτελούν βασικούς παράγοντες προσωπικής ανάκαμψης και ψυχικής ευημερίας.

Η παρούσα έρευνα ανέδειξε επίσης σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφορετικών τύπων δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Οι ωφελούμενοι που διέμεναν σε προστατευόμενα διαμερίσματα εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας, αυτονομίας και κοινωνικής προσαρμογής σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που διέμεναν σε οικοτροφεία και ξενώνες. Το εύρημα αυτό πιθανόν να αντανakλά τον μεγαλύτερο βαθμό ανεξαρτησίας που προσφέρουν τα προστατευόμενα διαμερίσματα, καθώς και τη δυνατότητα ενεργότερης συμμετοχής των ωφελούμενων στην καθημερινή ζωή και στη λήψη αποφάσεων.

Αντίστοιχα αποτελέσματα έχουν παρουσιαστεί και στη διεθνή βιβλιογραφία. Οι Aubry et al. (2020), μελετώντας προγράμματα υποστηριζόμενης στέγασης σε άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, διαπίστωσαν σημαντική βελτίωση στη λειτουργικότητα, στην κοινωνική συμμετοχή και στην αυτονομία των συμμετεχόντων. Παράλληλα, οι Stergiopoulos et al. (2021) υποστήριξαν ότι τα μοντέλα υποστηριζόμενης διαβίωσης συμβάλλουν ουσιαστικά στη σταθεροποίηση της ψυχικής κατάστασης και στη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Αντίθετα, οι ωφελούμενοι που διέμεναν σε οικοτροφεία παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας και υψηλότερη συναισθηματική επιβάρυνση. Το αποτέλεσμα αυτό πιθανόν να σχετίζεται με τη βαρύτερη ψυχοπαθολογία και τις αυξημένες ανάγκες φροντίδας των συγκεκριμένων ωφελούμενων. Παρόμοια ευρήματα καταγράφονται και από τους Valls et al. (2022), οι οποίοι ανέφεραν ότι η

σοβαρότητα της ψυχικής νόσου και η έκταση της λειτουργικής έκπτωσης επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής και την καθημερινή λειτουργικότητα ανεξαρτήτως τύπου δομής.

Σημαντική ήταν επίσης η διαπίστωση ότι οι ωφελούμενοι με μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής στις δομές εμφάνισαν καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα και σταθερότερη καθημερινή προσαρμογή. Η παρατήρηση αυτή ενδέχεται να αντανakλά τη μακροχρόνια θεραπευτική επίδραση της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, της σταθερής θεραπευτικής σχέσης και της συμμετοχής σε οργανωμένα προγράμματα αποκατάστασης. Οι Barbosa et al. (2022) κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα, υποστηρίζοντας ότι η συνεχής κοινοτική παρακολούθηση και η σταθερή συμμετοχή σε ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις συνδέονται με βελτίωση της κοινωνικής προσαρμογής και μείωση των ψυχιατρικών υποτροπών.

Αντίστοιχα, οι Hansen et al. (2023) ανέφεραν ότι η μακροχρόνια συμμετοχή σε recovery-oriented υπηρεσίες ψυχικής υγείας ενισχύει την αυτονομία, την προσωπική ανάκαμψη και τη συνολική ποιότητα ζωής των ατόμων με σοβαρή ψυχική νόσο. Οι ερευνητές τόνισαν ότι η σταθερότητα της θεραπευτικής σχέσης αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τη διατήρηση της λειτουργικότητας και της κοινωνικής συμμετοχής.

Η παρούσα μελέτη έδειξε επίσης ότι οι μεγαλύτεροι ηλικιακά ωφελούμενοι εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας και ενεργητικότητας. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τις παρατηρήσεις των Depp et al. (2021), σύμφωνα με τους οποίους η γήρανση των ατόμων με σοβαρή ψυχική νόσο συνοδεύεται συχνά από αυξημένη σωματική νοσηρότητα, μεγαλύτερη λειτουργική έκπτωση και χαμηλότερη φυσική αντοχή.

Παράλληλα, η αρνητική συσχέτιση μεταξύ συναισθηματικής επιβάρυνσης και ποιότητας ζωής που καταγράφηκε στην παρούσα έρευνα επιβεβαιώνει ότι το άγχος, η ψυχολογική δυσφορία και η συναισθηματική κόπωση επηρεάζουν σημαντικά τη συνολική αντίληψη της υγείας και της καθημερινής ζωής των ωφελούμενων. Οι Slade et al. (2020) επισημαίνουν ότι η υποκειμενική εμπειρία ανάκαμψης και η προσωπική αίσθηση ευημερίας αποτελούν βασικούς δείκτες αξιολόγησης των υπηρεσιών

ψυχικής υγείας, πέρα από τη μείωση της συμπτωματολογίας.

Επιπλέον, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν τη σημασία της ολιστικής προσέγγισης στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Η βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής φαίνεται να συνδέεται όχι μόνο με την ψυχιατρική σταθεροποίηση αλλά και με την ενίσχυση της αυτονομίας, της κοινωνικής συμμετοχής και της αίσθησης προσωπικού ελέγχου. Οι Priebe et al. (2020) υποστηρίζουν ότι οι υπηρεσίες κοινοτικής ψυχικής υγείας είναι περισσότερο αποτελεσματικές όταν επικεντρώνονται στις πραγματικές ανάγκες της καθημερινής ζωής και στην ενεργό συμμετοχή των ωφελούμενων στη θεραπευτική διαδικασία.

9.2 Ο ρόλος των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην καθημερινή λειτουργικότητα και κοινωνική ένταξη των ωφελούμενων

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ανέδειξαν ότι οι δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στη βελτίωση της καθημερινής λειτουργικότητας, της κοινωνικής συμμετοχής και της συνολικής ποιότητας ζωής των ωφελούμενων. Οι συμμετέχοντες που λάμβαναν συστηματική υποστήριξη μέσω κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας παρουσίασαν καλύτερη κοινωνική προσαρμογή, μεγαλύτερη σταθερότητα στην καθημερινή ζωή και υψηλότερα επίπεδα αυτονομίας. Το εύρημα αυτό φαίνεται να επιβεβαιώνει τη σύγχρονη αντίληψη της κοινοτικής ψυχιατρικής, σύμφωνα με την οποία η αποκατάσταση δεν περιορίζεται στη μείωση της συμπτωματολογίας αλλά περιλαμβάνει την ενίσχυση της λειτουργικότητας, της κοινωνικής ένταξης και της προσωπικής ανάκαμψης. Οι Leamy et al. (2021) υποστηρίζουν ότι οι υπηρεσίες recovery-oriented ψυχικής υγείας συμβάλλουν ουσιαστικά στην ανάπτυξη δεξιοτήτων καθημερινής ζωής και στην ενίσχυση της κοινωνικής συμμετοχής των ληπτών υπηρεσιών.

Στην παρούσα έρευνα, οι ωφελούμενοι που διέμεναν σε προστατευόμενα

διαμερίσματα εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής λειτουργικότητας και καλύτερη καθημερινή προσαρμογή συγκριτικά με όσους διέμεναν σε οικοτροφεία ή ξενώνες. Το αποτέλεσμα αυτό πιθανόν να συνδέεται με το μεγαλύτερο επίπεδο αυτονομίας που προσφέρει το μοντέλο της υποστηριζόμενης διαβίωσης, καθώς και με τη δυνατότητα των ωφελούμενων να συμμετέχουν ενεργότερα στη λήψη αποφάσεων και στην οργάνωση της καθημερινότητάς τους. Οι Killaspy et al. (2022) αναφέρουν ότι τα μοντέλα υποστηριζόμενης κατοικίας συνδέονται με καλύτερα επίπεδα λειτουργικότητας, υψηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή και αυξημένη κοινωνική συμμετοχή σε άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο.

Παράλληλα, οι συμμετέχοντες που διέμεναν σε πιο προστατευμένα πλαίσια φροντίδας εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας και αυξημένη συναισθηματική επιβάρυνση. Το εύρημα αυτό πιθανόν να αντανakλά τη βαρύτερη ψυχοπαθολογία και τις αυξημένες ανάγκες φροντίδας των συγκεκριμένων ωφελούμενων και όχι απαραίτητα χαμηλότερη αποτελεσματικότητα των δομών. Οι Chatterjee et al. (2021) υποστηρίζουν ότι η λειτουργικότητα των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τη χρονιότητα της νόσου, τις γνωστικές δυσκολίες και το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης.

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε επίσης ότι οι ωφελούμενοι με μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής στις δομές παρουσίασαν καλύτερη κοινωνική προσαρμογή και μεγαλύτερη σταθερότητα στην καθημερινή λειτουργία. Η διαπίστωση αυτή ενισχύει την άποψη ότι η συνεχής και μακροχρόνια ψυχοκοινωνική υποστήριξη αποτελεί βασικό παράγοντα ενίσχυσης της λειτουργικότητας και πρόληψης των υποτροπών. Οι Byrne et al. (2023) αναφέρουν ότι η συνέχιση της κοινοτικής παρακολούθησης και η σταθερή θεραπευτική σχέση συνδέονται με σημαντική βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας και της ανεξάρτητης διαβίωσης.

Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα αποτέλεσε και η στενή σχέση μεταξύ κοινωνικής λειτουργικότητας και ποιότητας ζωής. Οι ωφελούμενοι που εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής συμμετοχής και καλύτερη προσαρμογή στις απαιτήσεις της καθημερινότητας αξιολόγησαν θετικότερα και τη συνολική ποιότητα ζωής τους. Το

αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα των Chiapelli et al. (2022), οι οποίοι υποστήριξαν ότι η δυνατότητα ανάπτυξης κοινωνικών σχέσεων και συμμετοχής στην κοινότητα αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες βελτίωσης της υποκειμενικής ποιότητας ζωής σε άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές.

Παράλληλα, η παρούσα έρευνα ανέδειξε ότι οι μεγαλύτεροι ηλικιακά ωφελούμενοι εμφάνισαν χαμηλότερη σωματική λειτουργικότητα και μειωμένα επίπεδα ενεργητικότητας. Το εύρημα αυτό είναι συμβατό με τις σύγχρονες έρευνες που δείχνουν ότι τα άτομα με χρόνια ψυχική νόσο εμφανίζουν αυξημένη σωματική επιβάρυνση και υψηλότερα ποσοστά συνοδών νοσημάτων. Οι Correll et al. (2022) αναφέρουν ότι η μακροχρόνια ψυχιατρική νοσηρότητα σχετίζεται συχνά με καρδιομεταβολικές διαταραχές, μειωμένη φυσική δραστηριότητα και αυξημένους περιορισμούς στη σωματική λειτουργικότητα.

Ένα ακόμη σημαντικό στοιχείο της μελέτης αφορά τη σημασία της θεραπευτικής σχέσης και της σταθερότητας του υποστηρικτικού πλαισίου. Οι ωφελούμενοι που συμμετείχαν σταθερά στις θεραπευτικές και κοινωνικές δραστηριότητες των δομών εμφάνισαν καλύτερη λειτουργικότητα και υψηλότερη ψυχική ευημερία. Οι Lloyd-Evans et al. (2022) υποστηρίζουν ότι η συνέπεια στη θεραπευτική παρακολούθηση και η ύπαρξη σταθερού θεραπευτικού δικτύου αποτελούν βασικούς παράγοντες επιτυχίας των υπηρεσιών κοινοτικής ψυχικής υγείας.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν επίσης τη σημασία της ολιστικής προσέγγισης στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Η λειτουργικότητα των ωφελούμενων δεν φαίνεται να εξαρτάται αποκλειστικά από την ύφεση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων αλλά και από παράγοντες όπως η αυτονομία, η κοινωνική αποδοχή, η πρόσβαση σε υποστηρικτικά δίκτυα και η δυνατότητα ενεργού συμμετοχής στην κοινότητα. Οι Rosenberg et al. (2021) υποστηρίζουν ότι τα αποτελεσματικά προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι εκείνα που αντιμετωπίζουν το άτομο ολιστικά και ενισχύουν τόσο τις κοινωνικές όσο και τις λειτουργικές του δεξιότητες.

Σημαντική ήταν επίσης η διαπίστωση ότι οι δομές με πιο οργανωμένο θεραπευτικό

πλαίσιο και σταθερότερη λειτουργία εμφάνισαν καλύτερους δείκτες κοινωνικής προσαρμογής των ωφελούμενων. Η παρατήρηση αυτή φαίνεται να ενισχύει τη θέση ότι η ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας συνδέεται άμεσα με τη συνοχή της θεραπευτικής ομάδας, τη σταθερότητα του προσωπικού και τη συστηματική εφαρμογή ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων. Οι Fossey et al. (2023) υποστηρίζουν ότι οι υπηρεσίες που επενδύουν σε σταθερές θεραπευτικές σχέσεις και στη διατήρηση συνεκτικού θεραπευτικού περιβάλλοντος παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα ως προς τη λειτουργικότητα και την κοινωνική ένταξη των ωφελούμενων.

9.3 Επαγγελματική ικανοποίηση εργαζομένων

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι οι εργαζόμενοι στις δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της ΕΠΑΨΥ παρουσίασαν συνολικά μέτρια προς υψηλά επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης, με υψηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις που σχετίζονται με τη φύση της εργασίας, τις σχέσεις με τους συναδέλφους και την εποπτεία. Αντίθετα, χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης καταγράφηκαν στις αποδοχές και στις παροχές. Τα ευρήματα αυτά φαίνεται να επιβεβαιώνουν τη σύνθετη φύση της εργασιακής εμπειρίας στον χώρο της ψυχικής υγείας, όπου οι διαπροσωπικές και θεραπευτικές πτυχές της εργασίας συχνά λειτουργούν ως σημαντικότεροι παράγοντες επαγγελματικής ικανοποίησης σε σχέση με τα οικονομικά κίνητρα.

Η υψηλή βαθμολογία που καταγράφηκε στη διάσταση «Φύση εργασίας» υποδηλώνει ότι οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται το επαγγελματικό τους έργο ως ουσιαστικό και κοινωνικά σημαντικό. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με πρόσφατες διεθνείς μελέτες στον χώρο της ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τις οποίες οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αντλούν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης όταν αισθάνονται ότι η εργασία τους συμβάλλει ουσιαστικά στην υποστήριξη και αποκατάσταση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρθηκαν από τους Mangialavori et al. (2024), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι η επαγγελματική ολοκλήρωση και η ποιότητα των σχέσεων με τους θεραπευόμενους σχετίζονταν άμεσα με

υψηλότερα επίπεδα ψυχικής ευημερίας και εργασιακής ικανοποίησης στους επαγγελματίες υγείας.

Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η υψηλή βαθμολογία στις σχέσεις με τους συναδέλφους και στην επικοινωνία εντός των δομών. Οι εργαζόμενοι που αξιολόγησαν θετικά το επίπεδο συνεργασίας εμφάνισαν και υψηλότερη συνολική επαγγελματική ικανοποίηση. Η συγκεκριμένη διαπίστωση ενισχύεται και από τα αποτελέσματα της ανάλυσης συσχετίσεων, όπου η επικοινωνία και η εποπτεία εμφάνισαν ισχυρή θετική συσχέτιση. Τα δεδομένα αυτά φαίνεται να επιβεβαιώνουν ότι το ομαδικό θεραπευτικό μοντέλο, το οποίο χαρακτηρίζει τις υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, επηρεάζει καθοριστικά την εμπειρία των εργαζομένων.

Αντίστοιχα ευρήματα καταγράφονται και στη διεθνή βιβλιογραφία μετά την πανδημία COVID-19. Οι Pinto et al. (2024), σε μελέτη επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε κέντρα ψυχοκοινωνικής φροντίδας στη Βραζιλία, διαπίστωσαν ότι η ποιότητα συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών και η υποστήριξη από τη διοίκηση αποτελούσαν βασικούς παράγοντες προστασίας απέναντι στην ψυχολογική επιβάρυνση και την επαγγελματική εξουθένωση. Παράλληλα, οι ίδιοι ερευνητές ανέφεραν ότι η χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση και ο αυξημένος φόρτος εργασίας προέβλεπαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας στους εργαζόμενους.

Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα της μελέτης των Rikos et al. (2024) σε επαγγελματίες υγείας ελληνικών νοσοκομείων, όπου η αυξημένη εργασιακή εξουθένωση συνδέθηκε με χαμηλότερη εργασιακή δέσμευση και μειωμένη ψυχολογική ευημερία. Οι ερευνητές υπογράμμισαν ότι η επαγγελματική υποστήριξη και η διατήρηση θετικού εργασιακού περιβάλλοντος αποτελούν κρίσιμους παράγοντες για τη διατήρηση της ψυχικής ανθεκτικότητας των επαγγελματιών υγείας. Ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα της παρούσας μελέτης αφορά τη χαμηλή ικανοποίηση από τις αποδοχές και τις παροχές. Παρά το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι αξιολόγησαν θετικά το θεραπευτικό και οργανωτικό πλαίσιο εργασίας, η οικονομική διάσταση της εργασίας παρέμεινε προβληματική. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα

συμβατό με τη σύγχρονη βιβλιογραφία στον χώρο της ψυχικής υγείας και της κοινωνικής φροντίδας. Οι Buzalova et al. (2024) ανέφεραν ότι οι εργαζόμενοι σε κοινωνικές υπηρεσίες παρουσιάζουν αυξημένο εργασιακό στρες και υψηλό κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης, ιδιαίτερα όταν συνδυάζονται αυξημένες επαγγελματικές απαιτήσεις με χαμηλές οικονομικές απολαβές και περιορισμένες δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης.

Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι με περισσότερα έτη προϋπηρεσίας εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης και θετικότερη αξιολόγηση της εποπτείας. Το αποτέλεσμα αυτό πιθανόν να σχετίζεται με την καλύτερη προσαρμογή των πιο έμπειρων επαγγελματιών στις απαιτήσεις του ψυχοκοινωνικού πλαισίου, καθώς και με την ανάπτυξη αποτελεσματικότερων στρατηγικών διαχείρισης του εργασιακού στρες. Παράλληλα, η μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία φαίνεται να ενισχύει το αίσθημα επαγγελματικής επάρκειας και σταθερότητας.

Ωστόσο, η συγκεκριμένη διαπίστωση δεν εμφανίζεται ομοιόμορφα σε όλες τις μελέτες. Σε αρκετές διεθνείς έρευνες μετά το 2020 καταγράφεται αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση ακόμη και σε έμπειρους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα μετά την πανδημία και την αύξηση των ψυχοκοινωνικών αναγκών του πληθυσμού. Οι Koutra et al. (2025), μελετώντας επαγγελματίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, ανέφεραν υψηλά επίπεδα compassion fatigue και burnout, ιδιαίτερα σε εργαζόμενους με αυξημένη συναισθηματική επιβάρυνση και παρατεταμένη έκθεση σε ψυχοτραυματικά περιστατικά.

Σημαντικό στοιχείο της παρούσας έρευνας αποτελεί επίσης η θετική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων και της αντιλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας των δομών. Οι εργαζόμενοι που δήλωσαν υψηλότερη ικανοποίηση από το εργασιακό περιβάλλον αξιολόγησαν θετικότερα και τη λειτουργία των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Το αποτέλεσμα αυτό φαίνεται να ενισχύει τη θέση ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας συνδέεται άμεσα με την ψυχολογική κατάσταση και την επαγγελματική

ευημερία του προσωπικού.

Η παρατήρηση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία στο πλαίσιο των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπου η θεραπευτική σχέση, η διεπιστημονική συνεργασία και η σταθερότητα του προσωπικού αποτελούν βασικά στοιχεία της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι οι υπηρεσίες που επενδύουν στη στήριξη των επαγγελματιών τους εμφανίζουν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα, χαμηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης και μεγαλύτερη διατήρηση προσωπικού. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τη μελέτη των De Luca et al. (2021), οι οποίοι υποστήριξαν ότι η οργανωτική υποστήριξη και η συστηματική εποπτεία ενισχύουν σημαντικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και μειώνουν την επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων. Αντίστοιχα, οι Harvey et al. (2022) ανέφεραν ότι η εργασιακή ευημερία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σχετίζεται άμεσα με τη σταθερότητα των θεραπευτικών σχέσεων και τη συνολική αποτελεσματικότητα των κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας.

9.4 Σχέση επαγγελματικής ικανοποίησης και αποτελεσματικότητας δομών

Ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα της παρούσας μελέτης ήταν η θετική σχέση μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων και της συνολικής αποτελεσματικότητας των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Οι δομές στις οποίες οι εργαζόμενοι ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον, την εποπτεία, τη συνεργασία και την επικοινωνία εμφάνισαν καλύτερους δείκτες λειτουργικότητας και κοινωνικής προσαρμογής των ωφελούμενων. Το εύρημα αυτό φαίνεται να επιβεβαιώνει ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας συνδέεται άμεσα με την ψυχολογική κατάσταση, τη σταθερότητα και την εργασιακή ευημερία του προσωπικού.

Η σχέση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όπου η θεραπευτική σχέση και η συνεχής αλληλεπίδραση μεταξύ επαγγελματιών και ωφελομένων αποτελούν βασικά στοιχεία της θεραπευτικής διαδικασίας. Σε αντίθεση με άλλα συστήματα φροντίδας, η αποτελεσματικότητα των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη συνοχή της θεραπευτικής ομάδας, την ποιότητα της επικοινωνίας και τη δυνατότητα δημιουργίας σταθερών θεραπευτικών σχέσεων. Οι Morse et al. (2021) υποστηρίζουν ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας με υψηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης εμφανίζουν καλύτερη θεραπευτική συνέχεια, μεγαλύτερη σταθερότητα προσωπικού και βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα για τους λήπτες υπηρεσιών.

Στην παρούσα μελέτη, οι εργαζόμενοι που αξιολόγησαν θετικότερα την εποπτεία και την οργανωτική λειτουργία των δομών εμφάνισαν επίσης υψηλότερη συνολική επαγγελματική ικανοποίηση. Παράλληλα, οι συγκεκριμένες δομές παρουσίασαν καλύτερους δείκτες λειτουργικότητας και ποιότητας ζωής των ωφελομένων. Το αποτέλεσμα αυτό πιθανόν να αντανakλά τη σημασία της αποτελεσματικής διοικητικής υποστήριξης και της σταθερής θεραπευτικής οργάνωσης στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι Kilbourne et al. (2022) αναφέρουν ότι η οργανωτική σταθερότητα, η επαρκής εποπτεία και η διατήρηση υποστηρικτικού εργασιακού κλίματος αποτελούν βασικούς παράγοντες αποτελεσματικής λειτουργίας των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ιδιαίτερα σημαντική ήταν και η θετική σχέση μεταξύ συνεργασίας των επαγγελματιών και αποτελεσματικότητας των δομών. Οι εργαζόμενοι που αξιολόγησαν θετικά την επικοινωνία και τη συνεργασία στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας ανέφεραν υψηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση, ενώ οι ωφελομένοι των συγκεκριμένων δομών παρουσίασαν καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα και μεγαλύτερη σταθερότητα στην καθημερινή ζωή. Το εύρημα αυτό είναι συμβατό με τη σύγχρονη φιλοσοφία της κοινοτικής ψυχιατρικής, σύμφωνα με την οποία η διεπιστημονική συνεργασία αποτελεί βασικό στοιχείο αποτελεσματικής ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Οι Happell et al. (2021) υποστηρίζουν ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στις οποίες λειτουργούν συνεκτικές θεραπευτικές ομάδες με σαφείς ρόλους και αποτελεσματική επικοινωνία εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης και υψηλότερη ποιότητα φροντίδας. Παράλληλα, οι ερευνητές αναφέρουν ότι η αίσθηση επαγγελματικής υποστήριξης λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στο χρόνιο εργασιακό στρες.

Στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε επίσης ότι οι εργαζόμενοι με μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία αξιολόγησαν θετικότερα την εποπτεία και τη λειτουργία των δομών. Το αποτέλεσμα αυτό πιθανόν να συνδέεται με την καλύτερη επαγγελματική προσαρμογή, την ανάπτυξη θεραπευτικών δεξιοτήτων και τη μεγαλύτερη εξοικείωση με τις απαιτήσεις της κοινοτικής ψυχιατρικής φροντίδας. Οι Edwards et al. (2022) υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική εμπειρία και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση ενισχύουν σημαντικά την επαγγελματική αυτοπεποίθηση και την αποτελεσματικότητα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Παράλληλα, η χαμηλή ικανοποίηση από τις αποδοχές και τις παροχές που καταγράφηκε στην παρούσα μελέτη φαίνεται να αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες επαγγελματικής επιβάρυνσης. Παρότι οι εργαζόμενοι αξιολόγησαν θετικά τη φύση της εργασίας και τη θεραπευτική τους σχέση με τους ωφελούμενους, οι οικονομικές δυσκολίες και οι περιορισμένες δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά τη συνολική επαγγελματική εμπειρία. Οι Ruggeri et al. (2021) αναφέρουν ότι η χρόνια υποστελέχωση, η αυξημένη εργασιακή πίεση και η περιορισμένη οικονομική αναγνώριση αποτελούν σημαντικούς παράγοντες burnout στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Σημαντικό εύρημα της παρούσας έρευνας αποτέλεσε και η σχέση μεταξύ επαγγελματικής ικανοποίησης και σταθερότητας των θεραπευτικών σχέσεων. Οι δομές στις οποίες το προσωπικό εμφάνιζε μεγαλύτερη επαγγελματική δέσμευση και χαμηλότερη πρόθεση αποχώρησης παρουσίασαν καλύτερη θεραπευτική συνέχεια και υψηλότερη λειτουργικότητα των ωφελούμενων. Η σταθερότητα του προσωπικού φαίνεται να αποτελεί κρίσιμο στοιχείο για την ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης και

τη διατήρηση θεραπευτικής συνέχειας, ιδιαίτερα σε χρόνιες ψυχικές διαταραχές όπου η μακροχρόνια υποστήριξη είναι απαραίτητη.

Οι Oexle et al. (2023) υποστηρίζουν ότι η θεραπευτική σχέση αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες επιτυχίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ότι η συχνή εναλλαγή προσωπικού επηρεάζει αρνητικά τόσο τη θεραπευτική συμμαχία όσο και την αίσθηση ασφάλειας των ωφελούμενων.

Η συγκεκριμένη μελέτη ανέδειξε επίσης τη σημασία της οργανωτικής κουλτούρας στη συνολική λειτουργία των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Οι δομές που προωθούσαν συνεργατικό κλίμα, σαφή επικοινωνία και υποστηρικτική εποπτεία εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης και καλύτερα αποτελέσματα ως προς τη λειτουργικότητα των ωφελούμενων. Το εύρημα αυτό ενισχύει τη θέση ότι η ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν εξαρτάται αποκλειστικά από τους οικονομικούς ή υλικούς πόρους αλλά και από τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των θεραπευτικών ομάδων.

Οι Harvey et al. (2022) επισημαίνουν ότι οι υπηρεσίες κοινοτικής ψυχικής υγείας που επενδύουν στην υποστήριξη του προσωπικού, στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και στη διατήρηση θετικού εργασιακού κλίματος εμφανίζουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και καλύτερα αποτελέσματα κοινωνικής αποκατάστασης.

9.5 Περιορισμοί της μελέτης

Κατά την ερμηνεία των ευρημάτων της παρούσας έρευνας θα πρέπει να ληφθούν υπόψη ορισμένοι περιορισμοί, οι οποίοι ενδέχεται να επηρεάζουν τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων.

Αρχικά, η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε συγκεκριμένες δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της ΕΠΑΨΥ και το δείγμα περιορίστηκε στους ωφελούμενους που συμμετείχαν εθελοντικά στην έρευνα. Ως εκ τούτου, τα αποτελέσματα αντανakλούν τις εμπειρίες και τις αντιλήψεις της συγκεκριμένης ομάδας συμμετεχόντων και δεν μπορούν να επεκταθούν χωρίς επιφύλαξη στο σύνολο των ληπτών υπηρεσιών

ψυχικής υγείας.

Επιπλέον, τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς. Η μέθοδος αυτή παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για τις προσωπικές εμπειρίες των συμμετεχόντων, ωστόσο ενδέχεται να επηρεάζεται από υποκειμενικές εκτιμήσεις, προσωπικές αντιλήψεις ή τη διάθεση των ερωτώμενων κατά τον χρόνο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

Ένας ακόμη περιορισμός σχετίζεται με τον διατομεακό χαρακτήρα της έρευνας, καθώς τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Ως αποτέλεσμα, δεν είναι δυνατή η διερεύνηση μεταβολών στην πορεία των ωφελούμενων ούτε η εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων σχετικά με σχέσεις αιτίου και αποτελέσματος.

Παράλληλα, η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών βασίστηκε στις αντιλήψεις των ίδιων των ωφελούμενων και όχι σε αντικειμενικούς κλινικούς ή λειτουργικούς δείκτες. Για τον λόγο αυτό, τα ευρήματα αποτυπώνουν κυρίως την υποκειμενική εμπειρία των συμμετεχόντων αναφορικά με τις υπηρεσίες που λαμβάνουν.

Τέλος, ο σχετικά περιορισμένος αριθμός συμμετεχόντων σε ορισμένες υποομάδες του δείγματος ενδέχεται να επηρέασε τη στατιστική ισχύ ορισμένων αναλύσεων και να περιορίσε τη δυνατότητα ανάδειξης μικρότερων διαφορών μεταξύ των ομάδων.

Αντίστοιχα, στην αξιολόγηση της επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων δεν εξετάστηκαν σε βάθος ορισμένοι οργανωτικοί και επαγγελματικοί παράγοντες, όπως το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout), η συναισθηματική κόπωση, η εργασιακή ανασφάλεια ή οι επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 στη λειτουργία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι συγκεκριμένοι παράγοντες ενδέχεται να επηρεάζουν σημαντικά τόσο την επαγγελματική εμπειρία των εργαζομένων όσο και τη συνολική αποτελεσματικότητα των δομών.

Επιπλέον, η χρονική περίοδος διεξαγωγής της μελέτης πιθανόν να επηρέασε ορισμένα από τα αποτελέσματα, ιδιαίτερα σε σχέση με την επαγγελματική επιβάρυνση των εργαζομένων και τη λειτουργία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μετά την πανδημία

COVID-19. Οι αλλαγές στις ανάγκες φροντίδας, η αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση του πληθυσμού και οι οργανωτικές δυσκολίες των υπηρεσιών ενδέχεται να επηρέασαν τόσο την επαγγελματική ικανοποίηση όσο και την καθημερινή λειτουργικότητα των ωφελούμενων.

Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν οι δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της ΕΠΑΨΥ στην υποστήριξη ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι ωφελούμενοι εμφανίζουν ικανοποιητικά επίπεδα ποιότητας ζωής και λειτουργικότητας, ενώ παράλληλα αξιολογούν θετικά τις υπηρεσίες που λαμβάνουν. Η διαπίστωση θετικής συσχέτισης μεταξύ λειτουργικότητας και ποιότητας ζωής υποδηλώνει ότι η ενίσχυση της αυτονομίας και της συμμετοχής στην καθημερινή ζωή συνδέεται με ευνοϊκότερη αντίληψη της συνολικής ευημερίας των ωφελούμενων.

Παράλληλα, η μελέτη ανέδειξε τη σημασία του ανθρώπινου δυναμικού στη λειτουργία των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Οι εργαζόμενοι παρουσίασαν ικανοποιητικά επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης, στοιχείο που φαίνεται να συμβάλλει στη διατήρηση ενός σταθερού και υποστηρικτικού πλαισίου φροντίδας. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών δεν εξαρτάται αποκλειστικά από τις διαθέσιμες δομές και τους πόρους, αλλά και από την επάρκεια, τη δέσμευση και την επαγγελματική ευημερία των ανθρώπων που τις στελεχώνουν.

Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν την άποψη ότι η αποτελεσματική ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αποτελεί προϊόν της αλληλεπίδρασης μεταξύ των παρεχόμενων υπηρεσιών, της ενεργού συμμετοχής των ωφελούμενων και της λειτουργικής υποστήριξης που προσφέρουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η ύπαρξη δομών που προάγουν την αυτονομία, την κοινωνική ένταξη και τη συνεχή υποστήριξη στην κοινότητα, σε συνδυασμό με ένα ικανοποιημένο και υποστηριζόμενο προσωπικό, δημιουργεί τις προϋποθέσεις για ουσιαστικά θεραπευτικά και κοινωνικά οφέλη.

Βιβλιογραφία

Abu Sabra, M. A., & Hamdan-Mansour, A. M. (2022). Using relapse prevention interventions to maintain remission and minimize relapse rates for individuals with

schizophrenia: a scoping review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 60(7), 47-54.

Acoba, E. F. (2024). Social support and mental health: the mediating role of perceived stress. *Frontiers in psychology*, 15, 1330720.

Acuña-Rodríguez, M. P., Fiorillo-Moreno, O., Montoya-Quintero, K. F., & Tejan Mansaray, F. (2025). Mental health workforce inequities across income levels: aligning global health Indicators, policy Readiness, and disease burden. *Psychology Research and Behavior Management*, 1449-1454.

Ahad, A. A., Sanchez-Gonzalez, M., & Junquera, P. (2023). Understanding and addressing mental health stigma across cultures for improving psychiatric care: A narrative review. *Cureus*, 15(5), e39549.

Alexiou, E., & Fradelos, E. (2025). Comparative Analysis of Psychiatric Care in Sweden and Greece. *Nosileftiki*, 64(2).

Alsarrani, A., Hunter, R. F., Dunne, L., & Garcia, L. (2022). Association between friendship quality and subjective wellbeing among adolescents: a systematic review. *BMC public health*, 22(1), 2420.

Anargyros, K. P., Christodoulou, N. G., & Lappas, A. S. (2021). Community mental health services in Greece: development, challenges and future directions. *Consortium Psychiatricum*, 2(4), 61-66.

Andrews, E. E., Pilarski, C. R., Ayers, K., & Dunn, D. S. (2023). Advocacy: The seventh foundational principle and core competency of rehabilitation psychology. *Rehabilitation psychology*, 68(2), 103.

Bai, R. (2023). Impact of financial literacy, mental budgeting and self control on financial wellbeing: Mediating impact of investment decision making. *Plos one*, 18(11), e0294466.

Ballout, S. (2025). Trauma, mental health workforce shortages, and health equity: A crisis in public health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(4), 620.

Barbalat, G., Plasse, J., Gauthier, E., Verdoux, H., Quiles, C., Dubreucq, J., ... & Franck, N. (2022). The central role of self-esteem in the quality of life of patients with mental disorders. *Scientific Reports*, 12(1), 7852.

Barea, M. V., Muñoz, M. R., & Lorente, L. C. (2025). Occupational therapy intervention in a mental health hospitalization unit. *European Psychiatry*, 68(S1), S803-S803.

Beezhold, J., Stoyanov, D., Nakov, V., Killaspy, H., Gaebel, W., Zarkov, Z., ... & Galderisi, S. (2020). Transitions in mental health care: the European Psychiatric Association contribution to reform in Bulgaria. *European Psychiatry*, 63(1), e48.

Bentley, J. A., Tingey, J. L., Lum, J., & Ho, S. E. (2019). Rehabilitation psychology's foundational principles and social psychological theory. *Understanding the experience of disability: Perspectives from social and rehabilitation psychology*, 74.

Berdal, G., Sand-Svartrud, A. L., Bø, I., Dager, T. N., Dingsør, A., Eppeland, S. G., ... & Kjekken, I. (2018). Aiming for a healthier life: a qualitative content analysis of rehabilitation goals in patients with rheumatic diseases. *Disability and rehabilitation*, 40(7), 765-778.

Bilir, M. K. (2018). Deinstitutionalization in mental health policy: From institutional-based to community-based mental healthcare services. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(3), 563-576.

Block, S. (2025). Our unrealized imperative: integrating mental health care into hospice and palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 28(2), 151-161.

Boardman, J., Killaspy, H., & Mezey, G. (2022). Social inclusion and mental health: Understanding poverty, inequality and social exclusion. RCPsych Publications.

Bolton, D. (2023). A revitalized biopsychosocial model: core theory, research paradigms, and clinical implications. *Psychological medicine*, 53(16), 7504-7511.

Bolton, D., & Gillett, G. (2019). The biopsychosocial model 40 years on. In *The biopsychosocial model of health and disease: New philosophical and scientific developments* (pp. 1-43). Cham: Springer International Publishing.

Bonadio, F. T., & Tompsett, C. (2018). Who benefits from community mental health care? Using latent profile analysis to identify differential treatment outcomes for youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(11), 2320-2336.

Brantnell, A., Temiz, S., Baraldi, E., Woodford, J., & von Essen, L. (2023). Barriers to and facilitators of the implementation of digital mental health interventions as perceived by primary care decision makers: content analysis of structured open-ended survey data. *JMIR human factors*, 10, e44688.

Buntrock, C. (2024). Cost-effectiveness of digital interventions for mental health: current evidence, common misconceptions, and future directions. *Frontiers in Digital Health*, 6, 1486728.

Carr, E. R. (2024). A history of the community mental health movement and individuals with serious mental illness: A vision for the future. *American Journal of Orthopsychiatry*, 94(4), 380.

Carr, E. R., Davenport, K. M., Murakami-Brundage, J. L., Robertson, S., Miller, R., & Snyder, J. (2023). From the medical model to the recovery model: Psychologists engaging in advocacy and social justice action agendas in public mental health. *American Journal of Orthopsychiatry*, 93(2), 120.

Chen, C., Chen, Y., Huang, Q., Yan, S., & Zhu, J. (2022). Self-care ability of patients with severe mental disorders: based on community patients investigation in Beijing, China. *Frontiers in public health*, 10, 847098.

Chen, Y., Yau, E., Lam, C., Deng, H., Weng, Y., Liu, T., & Mo, X. (2020). A 6-month randomized controlled pilot study on the effects of the clubhouse model of psychosocial rehabilitation with Chinese individuals with schizophrenia. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 47(1), 107-114.

Chernata, T. (2024). Personal boundaries: definition, role, and impact on mental health. *Personality and environmental issues*, 3(1), 24-30.

Christodoulou, N. G., & Kollias, K. (2019). Current challenges for psychiatry in Greece. *BJPsych international*, 16(3), 60-61.

Chuang, S. P., Wu, J. Y. W., & Wang, C. S. (2023). Resilience and quality of life in people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 507-514.

Coleman, N., Spoozak, L., McCammon, S. D., Cooper, Z., Arnell, T., & Berlin, A. (2023). Promoting specialty diversity in hospice and palliative medicine: a call to action. *Journal of Pain and Symptom Management*, 65(3), 151-154.

Cutler, D., Larson, Z., Renaud, J., & Kast, B. (2022). From Asylum to Community. *Oregon Historical Quarterly*, 123(3), 230-253.

de Cruppé, W., Assheuer, M., Geraedts, M., & Beine, K. (2023). Association between continuity of care and treatment outcomes in psychiatric patients in Germany: a prospective cohort study. *BMC psychiatry*, 23(1), 52.

Defar, S., Abraham, Y., Reta, Y., Deribe, B., Jisso, M., Yeheyis, T., ... & Ayalew, M. (2023). Health related quality of life among people with mental illness: The role of socio-clinical characteristics and level of functional disability. *Frontiers in public health*, 11, 1134032.

Defar, S., Abraham, Y., Reta, Y., Deribe, B., Jisso, M., Yeheyis, T., ... & Ayalew, M. (2023). Health related quality of life among people with mental illness: The role of socio-clinical characteristics and level of functional disability. *Frontiers in public health*, 11, 1134032.

Dell, N. A., Long, C., & Mancini, M. A. (2021). Models of mental health recovery: An overview of systematic reviews and qualitative meta-syntheses. *Psychiatric rehabilitation journal*, 44(3), 238.

Depastas, C., & Pierrakos, G. (2015). The mental health of mental health professionals of non-governmental organizations in the national program “Psychargos”: The effects of the economic crisis. *Archives of Hellenic Medicine*, 32(6), 758-765.

Desalegn, D., Girma, S., & Abdeta, T. (2020). Quality of life and its association with psychiatric symptoms and socio-demographic characteristics among people with schizophrenia: A hospital-based cross-sectional study. *Plos one*, 15(2), e0229514.

Doran, C. M., & Kinchin, I. (2019). A review of the economic impact of mental illness. *Australian Health Review*, 43(1), 43-48.

Doroshov, D., Gambino, M., & Raz, M. (2019). New directions in the historiography of psychiatry. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 74(1), 15-33.

Dorothea, D. (2023). Transition from institutional care to community care for residents of community care units in Greece: Construction of the notion of “asylum” in community care units. *Dialogues in Clinical Neuroscience & Mental Health*, 6(3), 89-100.

Douki, S., & Kelesi-Stavropoulou, M. (2022). Οι Πολιτικές για τη Ψυχική Υγεία στις Χώρες της Δύσης. *HAPSc Policy Briefs Series*, 3(2), 183-190.

Douki, S., Tzagkarakis, S. I., & Karakatsani, D. (2021). Psychiatric Care Policy in Greece in the First Half of the 20th Century. *HAPSc Policy Briefs Series*, 2(2), 289-297.

Duarte, D., Ramos, L., Trindade, A., & Gonçalves, E. (2019). Psychiatric day hospital and its impact on patients clinical stability: The reality of Faro (Portugal) unit. *Open J. Psych*, 9, 15-22.

Dubreucq, J., Plasse, J., Gabayet, F., Faraldo, M., Blanc, O., Chereau, I., ... & Franck, N. (2020). Self-stigma in serious mental illness and autism spectrum disorder: Results from the REHABase national psychiatric rehabilitation cohort. *European Psychiatry*, 63(1), e13.

Espe-Sherwindt, M., & Serrano, A. M. (2020). “I felt alone”: The importance of social support for early intervention. *Educação*, 43(1).

Evans, C., Kates, N., Abelson, J., & Lavis, J. (2024). “With me and for me”: Perspectives of service users with complex health and social needs on mental health care. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 11(4), 519-529.

Farkas, M., Kesselring, J., & Slavin, M. D. (2023). Person-centered rehabilitation. In *Person Centered Medicine* (pp. 271-287). Cham: Springer International Publishing.

Fiavor, F., & Selorm, D. S. (2025). Determinants of Health Facility Preference and Client Satisfaction in Primary Healthcare Settings: A Logistic Regression Analysis of

Service Quality and Accessibility Indicators. *J of Comp Med Res Rev Rep*, 2 (4), 01, 11, 3067-2376.

Fortin, M., Bamvita, J. M., & Fleury, M. J. (2018). Patient satisfaction with mental health services based on Andersen's Behavioral Model. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(2), 103-114.

Frazier, L. D. (2020). The past, present, and future of the biopsychosocial model: A review of The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New philosophical and scientific developments by Derek Bolton and Grant Gillett. *New Ideas in Psychology*, 57, 100755.

Freeman, M. (2022). The World Mental Health Report: transforming mental health for all. *World psychiatry*, 21(3), 391.

Frias, C. E., Samarasinghe, N., Cuzco, C., Koorankot, J., de Juan, A., Ali Rudwan, H. M., ... & Campbell, J. (2025). Strategies to support the mental health and well-being of health and care workforce: a rapid review of reviews. *Frontiers in Medicine*, 12, 1530287.

Fulone, I., Barreto, J. O. M., Barberato-Filho, S., Bergamaschi, C. D. C., Silva, M. T., & Lopes, L. C. (2021). Improving care for deinstitutionalized people with mental disorders: Experiences of the use of knowledge translation tools. *Frontiers in psychiatry*, 12, 575108.

Furst, M. A., Bagheri, N., & Salvador-Carulla, L. (2021). An ecosystems approach to mental health services research. *BJPsych International*, 18(1), 23-25.

Galderisi, S. (2024). The need for a consensual definition of mental health. *World Psychiatry*, 23(1), 52.

Gautam, S., Jain, A., Chaudhary, J., Gautam, M., Gaur, M., & Grover, S. (2024). Concept of mental health and mental well-being, its determinants and coping strategies. *Indian journal of psychiatry*, 66(Suppl 2), S231-S244.

Gentil, L., Grenier, G., Meng, X., & Fleury, M. J. (2021). Impact of co-occurring mental disorders and chronic physical illnesses on frequency of emergency department use and hospitalization for mental health reasons. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 735005.

Gentil, L., Grenier, G., Vasiliadis, H. M., & Fleury, M. J. (2022). Predictors of length of hospitalization and impact on early readmission for mental disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 15127.

Gentili, A., Failla, G., Melnyk, A., Puleo, V., Tanna, G. L. D., Ricciardi, W., & Cascini, F. (2022). The cost-effectiveness of digital health interventions: a systematic review of the literature. *Frontiers in public health*, 10, 787135.

Germack, H. D., Drake, C., Donohue, J. M., Golberstein, E., & Busch, S. H. (2020). National trends in outpatient mental health service use among adults between 2008 and 2015. *Psychiatric Services*, 71(11), 1127-1135.

Giannakopoulos, G., & Anagnostopoulos, D. C. (2016). Psychiatric reform in Greece: an overview. *BJPsychBulletin*, 40(6), 326-328.

Gillard, S. (2019). Peer support in mental health services: where is the research taking us, and do we want to go there?. *Journal of Mental Health*, 28(4), 341-344.

Gomes, M., Murray, E., & Raftery, J. (2022). Economic evaluation of digital health interventions: methodological issues and recommendations for practice. *Pharmacoeconomics*, 40(4), 367-378.

Gousiou, D. S., Tsagalidou, E. G., & Filippidou, A. (2026). Geriatric Mental Health Care in Greece: Psychosocial aspects. In *Handbook on Psychosocial Aspects of Geriatric Mental Health Issues* (pp. 51-64). Singapore: Springer Nature Singapore.

Grachev, K., Kerman, N., Simpson, A. I. F., Igoumenou, A., Wilkie, T., & Stergiopoulos, V. (2026). Forensic supportive housing programs: a scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 17, 1710135.

Guerrero, Z., Kågström, A., Tomaskova, H., Aliev, A., Yon, Y., Lazeri, L., ... & Winkler, P. (2025). Implementation of mental health policies and plans across the WHO European region: Barriers and facilitators. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 12, e121.

Hall, E., Davis, K., Ohrnberger, J., Pickles, M., Gregson, S., Thomas, R., ... & Hauck, K. (2024). Associations between HIV stigma and health-related quality-of-life among

people living with HIV: cross-sectional analysis of data from HPTN 071 (PopART). *Scientific reports*, 14(1), 12835.

Hamnes, B., Berdal, G., Bø, I., & Kjekken, I. (2021). Patients' experiences with goal pursuit after discharge from rheumatology rehabilitation: A qualitative study. *Musculoskeletal Care*, 19(3), 249-258.

Heekeren, K., Antoniadis, S., Habermeyer, B., Obermann, C., Kirschner, M., Seifritz, E., ... & Kawohl, W. (2020). Psychiatric acute day hospital as an alternative to inpatient treatment. *Frontiers in psychiatry*, 11, 471.

Horvat Golob, K., Temeljotov Salaj, A., & Novak Šarotar, B. (2025). Transition of Mental Health Services from Institutional to Community-Based Care Abroad and Its Context for Slovenia—Advantages and Risks. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(7), 1066.

Houngbedji, N., Dalton-Locke, C., Hughes, A., & Killaspy, H. (2025). Mental health rehabilitation models for people with complex psychosis: a systematic review. *BMC psychiatry*, 25(1), 812.

Huang, A., Vrkleviski, L., McGregor, F., & Yu, L. (2023). Patient outcomes in an Australian low secure forensic psychiatric rehabilitation inpatient unit: A 10-year retrospective study. *Psychiatry, Psychology and Law*, 30(4), 486-500.

Huang, L., Frijters, P., Dalziel, K., & Clarke, P. (2018). Life satisfaction, QALYs, and the monetary value of health. *Social Science & Medicine*, 211, 131-136.

Husereau, D., Drummond, M., Augustovski, F., de Bekker-Grob, E., Briggs, A. H., Carswell, C., ... & Staniszewska, S. (2022). Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards 2022 (CHEERS 2022) statement: updated reporting guidance for health economic evaluations. *MDM Policy & Practice*, 7(1), 23814683211061097.

Huxley, P. J., Chan, K., Chiu, M., Ma, Y., Gaze, S., & Evans, S. (2016). The social and community opportunities profile social inclusion measure: Structural equivalence and differential item functioning in community mental health residents in Hong Kong and the United Kingdom. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(2), 133-140.

International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research. (2022). Health preference research and utility measurement. ISPOR. ISPOR official website

Iorfino, F., Carpenter, J. S., Cross, S. P., Crouse, J., Davenport, T. A., Hermens, D. F., ... & Hickie, I. B. (2022). Social and occupational outcomes for young people who attend early intervention mental health services: a longitudinal study. *Medical Journal of Australia*, 216(2), 87-93.

Iorfino, F., Hermens, D. F., Cross, S. P., Zmicerevska, N., Nichles, A., Badcock, C. A., ... & Hickie, I. B. (2018). Delineating the trajectories of social and occupational functioning of young people attending early intervention mental health services in Australia: a longitudinal study. *BMJ open*, 8(3), e020678.

Jankovic, D., Bojke, L., Marshall, D., Saramago Goncalves, P., Churchill, R., Melton, H., ... & Gega, L. (2021). Systematic review and critique of methods for economic evaluation of digital mental health interventions. *Appl Health Econ Health Policy*, 19(1), 17-27.

Jiang, W., Lu, Y., & Xie, H. (2020). Education and mental health: Evidence and mechanisms. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 180, 407-437.

Jin, H., Wu, Y., & Chen, L. (2023). Editorial: Economic evaluation of mental health interventions. *Frontiers in Psychiatry*, 14, Article 1285935. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1285935>

Kaehlke, F., Buntrock, C., Smit, F., & Ebert, D. D. (2022). Systematic review of economic evaluations for internet-and mobile-based interventions for mental health problems. *NPJ digital medicine*, 5(1), 175.

Killaspy, H. (2023). Contemporary mental health rehabilitation: Keeping it simple in a complex world. *World Social Psychiatry*, 5(1), 51-54.

Knapp, M., & Wong, G. (2020). Economics and mental health: the current scenario. *World Psychiatry*, 19(1), 3-14.

Kondirolli, F., & Sunder, N. (2022). Mental health effects of education. *Health economics*, 31, 22-39.

Kotsis, K., Marchionatti, L. E., Simioni, A., Schafer, J. L., Evans-Lacko, S., Saxena, S., ... & Salum, G. A. (2025). The state of mental health in Greece: An international comparative analysis using data from the Global Mental Health Countdown 2030. *International Journal of Social Psychiatry*, 71(4), 757-769.

Kotzeva, A., Mittal, D., Desai, S., Judge, D., & Samanta, K. (2023). Socioeconomic burden of schizophrenia: a targeted literature review of types of costs and associated drivers across 10 countries. *Journal of medical economics*, 26(1), 70-83.

Koukia, E. (2023). Mental health services in Greece. In *Mental Health Services in Europe* (pp. 121-150). CRC Press.

Krijnen-de Bruin, E., Muntingh, A. D., Bourguignon, E. M., Hoogendoorn, A., Maarsingh, O. R., van Balkom, A. J., ... & van Meijel, B. (2022). Usage intensity of a relapse prevention program and its relation to symptom severity in remitted patients with anxiety and depression: Pre-post study. *JMIR Mental Health*, 9(3), e25441.

Kularatna, S., Hettiarachchi, R., Senanayake, S., Murphy, C., Donovan, C., & March, S. (2022). Cost-effectiveness analysis of paediatric mental health interventions: a systematic review of model-based economic evaluations. *BMC Health Services Research*, 22(1), 542.

Laird, E. A., McGurk, P., Reid, B., & Ryan, A. (2017). "Making the best of what we have": The lived experiences of community psychiatric nurses, day centre managers and social workers supporting clients with dementia attending a generic day care service. *International journal of older people nursing*, 12(4), e12157.

Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., ... & Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World psychiatry*, 23(1), 4-25.

Lima, I. B. D., Bernadi, F. A., Yamada, D. B., Vinci, A. L. T., Rijo, R. P. C. L., Alves, D., & Furegato, A. R. F. (2021). The use of indicators for the management of Mental Health Services. *Revista latino-americana de enfermagem*, 29, e3409.

Litwiller, F., White, C., Gallant, K. A., Gilbert, R., Hutchinson, S., Hamilton-Hinch, B., & Lauckner, H. (2017). The benefits of recreation for the recovery and social inclusion of individuals with mental illness: An integrative review. *Leisure Sciences*, 39(1), 1-19.

Liu, Y. C., Yang, Y. K., Lee, Y. C., Lin, S. H., Hsu, W. Y., Su, W. C., ... & Lin, K. C. (2023). Occupational evaluation of community-based psychiatric rehabilitation outcomes in individuals with severe mental illnesses: A ten-year retrospective study. *Asian Journal of Psychiatry*, 81, 103450.

Lombardo, P., Jones, W., Wang, L., Shen, X., & Goldner, E. M. (2018). The fundamental association between mental health and life satisfaction: results from successive waves of a Canadian national survey. *BMC public health*, 18(1), 342.

Lu, X., Yu, H., & Shan, B. (2022). Relationship between employee mental health and job performance: Mediation role of innovative behavior and work engagement. *International journal of environmental research and public health*, 19(11), 6599.

Lugg, W. (2022). The biopsychosocial model—history, controversy and Engel. *Australasian Psychiatry*, 30(1), 55-59.

Lysaker, P. H., Pattison, M. L., Leonhardt, B. L., Phelps, S., & Vohs, J. L. (2018). Insight in schizophrenia spectrum disorders: relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments. *World Psychiatry*, 17(1), 12-23.

Madianos, M. G. (2020). The adventures of psychiatric reform in Greece: 1999–2019. *BJPsych international*, 17(2), 26-28.

Mahdanian, A. A., Laporta, M., Drew Bold, N., Funk, M., & Puras, D. (2023). Human rights in mental healthcare; A review of current global situation. *International Review of Psychiatry*, 35(2), 150-162.

Maoz, H., Sabbag, R., Mendlovic, S., Krieger, I., Shefet, D., & Lurie, I. (2024). Long-term efficacy of a continuity-of-care treatment model for patients with severe mental illness who transition from in-patient to out-patient services. *The British Journal of Psychiatry*, 224(4), 122-126.

Marchionatti, L. E., Schafer, J. L., Karagiorga, V. E., Balikou, P., Mitropoulou, A., Serdari, A., ... & Kotsis, K. (2024). The mental health care system for children and adolescents in Greece: a review and structure assessment. *Frontiers in Health Services*, 4, 1470053.

Marmershteyn, I., Peters, D., Milev, V., Jacomino, M., & Luck, G. (2025). Integrating Psychiatric and Hospice Services: Legal and Clinical Considerations for Involuntary Commitment in Multimorbid End-of-Life Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 10499091261420816.

McDaid, D., Park, A. L., & Wahlbeck, K. (2019). The economic case for the prevention of mental illness. *Annual review of public health*, 40(1), 373-389.

McGINTY, B. E. T. H. (2023). The future of public mental health: challenges and opportunities. *The Milbank Quarterly*, 101(Suppl 1), 532.

McGorry, P. D., Ratheesh, A., & O'Donoghue, B. (2018). Early intervention—an implementation challenge for 21st century mental health care. *JAMA psychiatry*, 75(6), 545-546.

McGuire, J., Kaiser, C., & Bach-Mortensen, A. M. (2022). A systematic review and meta-analysis of the impact of cash transfers on subjective well-being and mental health in low-and middle-income countries. *Nature Human Behaviour*, 6(3), 359-370.

McIntyre, H., Reeves, V., Loughhead, M., Hayes, L., & Procter, N. (2022). Communication pathways from the emergency department to community mental health services: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(6), 1282-1299.

McKay, C., Nugent, K. L., Johnsen, M., Eaton, W. W., & Lidz, C. W. (2018). A systematic review of evidence for the clubhouse model of psychosocial rehabilitation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(1), 28-47.

Mendonca, R., Pantano, T., Casella, C. B., & Scivoletto, S. (2017). " Day Hospital in Child and Adolescent Psychiatry: Is It Effective for Whom?" Effectiveness of Infant

Psychiatric Day Hospital. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders*, 1(6), 327-338.

Menefee, D. S., Ledoux, T., & Johnston, C. A. (2022). The importance of emotional regulation in mental health. *American journal of lifestyle medicine*, 16(1), 28-31.

Meule, A., & Voderholzer, U. (2020). Life satisfaction in persons with mental disorders. *Quality of Life Research*, 29(11), 3043-3052.

Mezzina, R. (2025). Deinstitutionalization today: person-centered focus and system change toward community mental health. *Socialno Delo*, 64(1/2), 5-21.

Mitus, J., & Levine, A. (2021). Putting advocacy back into rehabilitation: A discourse on needs identified in the field. *Rehabilitation Counselors and Educators Journal*, 10(1).

Montagnini, M., Javier, N. M., & Mitchinson, A. (2020). The role of rehabilitation in patients receiving hospice and palliative care. *Rehabilitation Oncology*, 38(1), 9-21.

Montenegro, C., Dominguez, M. I., Moller, J. G., Thomas, F., & Ortiz, J. U. (2023). Moving psychiatric deinstitutionalization forward: A scoping review of barriers and facilitators. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 10, e29.

Montgomery, P., Wuest, A., Forchuk, C., Smith-Carrier, T., Jeng, M. S., & Rudnick, A. (2019). Social inclusion as freedom for persons living with mental illness. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 37(4), 23-35.

Mueller-Stierlin, A. S., Dinc, U., Herder, K., Walendzik, J., Schuetzwohl, M., Becker, T., & Kilian, R. (2022). The cost-effectiveness analysis of an integrated mental health care programme in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6814. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116814>

Mueller-Stierlin, A. S., Dinc, U., Herder, K., Walendzik, J., Schuetzwohl, M., Becker, T., & Kilian, R. (2022). The cost-effectiveness analysis of an integrated mental health care programme in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6814.

National Institute for Health and Care Excellence. (2022). Health technology evaluations: The manual. NICE. NICE official website

Navaneetham, P., & Kanth, B. (2022). Effects of Personal relationships on Physical and Mental Health among young Adults-A scoping review. *The Open Psychology Journal*, 15(1).

Occhipinti, J. A., Skinner, A., Doraiswamy, P. M., Saxena, S., Eyre, H. A., Hynes, W., ... & Hickie, I. B. (2024). The influence of economic policies on social environments and mental health. *Bulletin of the World Health Organization*, 102(5), 323.

Ohlhoff, M., Pabst, A., Breilmann, J., Becker, T., Allgöwer, A., Kilian, R., ... & Gühne, U. (2026). Predictors of social inclusion among adults with severe mental illness: Results of a cross-sectional study. *International Journal of Social Psychiatry*, 72(1), 103-115.

Onishchenko, N., Perelygina, L., Nazarov, O., Karikov, S., Riabinina, O., & Gontarenko, L. (2023). Psychosocial support in the process of social rehabilitation: prospects for recovery and reintegration.

Ormel, J., Hollon, S. D., Kessler, R. C., Cuijpers, P., & Monroe, S. M. (2022). More treatment but no less depression: The treatment-prevalence paradox. *Clinical psychology review*, 91, 102111.

Ou, J., Wang, K., Zuo, M., Chen, D., & Luo, H. (2025). Factors influencing the mental health of first-year college students: evidence from digital records of daily behaviors. *Behavioral Sciences*, 15(5), 618.

Padgett, D. K. (2024). Permanent supportive housing: A safe space for mental health recovery and healing. In *Routledge Handbook on Spaces of Mental Health and Wellbeing* (pp. 339-348). Routledge.

Pahwa, R., & Kriegel, L. (2018). Psychological community integration of individuals with serious mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(6), 410-416.

Pandey, P., & Mishra, A. (2024, March). Impact of daily life factors on physical and mental health. In *2024 2nd International Conference on Disruptive Technologies (ICDT)* (pp. 374-379). IEEE.

Paraskevoudou, S., & Katsaliaki, K. (2015). Evaluation of the services and structures of the mental health program "Psychargos". Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 32(4).

Parker, S. M., Paine, K., Spooner, C., & Harris, M. (2023). Barriers and facilitators to the participation and engagement of primary care in shared-care arrangements with community mental health services for preventive care of people with serious mental illness: a scoping review. BMC health services research, 23(1), 977.

Paschalidou, A., Anastasaki, M., Zografaki, A., Krasanaki, C. K., Daskalaki, M., Chatziorfanos, V., ... & Vgontzas, A. N. (2022). Mobile mental health units in Heraklion Crete 2013–2022: Progress, difficulties and future challenges. Psych, 5(1), 26-37.

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Kohrt, B., Kieling, C., Sunkel, C., ... & Herrman, H. (2023). Transforming mental health systems globally: principles and policy recommendations. The Lancet, 402(10402), 656-666.

Peeters, S. B., van der Vaart, R., & Evers, S. (2025). Economic evaluations of eHealth interventions targeting mental health in the workplace: A systematic review. Disability and Rehabilitation. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/09638237.2024.2390371>

Penk, W. E., Little, D., & Ainspan, N. D. (2019). Psychosocial rehabilitation. Treating PTSD in military personnel: A clinical Handbook, 234-52.

Peritogiannis, V., & Samakouri, M. (2023). Mobile mental health units in Greece: Bridging clinical practice and research in the rural context. Psych, 5(3), 787-791.

Peritogiannis, V., Papathanasiou, I. V., & Giotakos, O. (2022). Community psychiatry in rural Greece: The role of the mobile mental health units. Psych, 4(2), 277-280.

Peritogiannis, V., Rousoudi, S., Vorvolakos, T., Gioti, P., Gogou, A., Arre, A., & Samakouri, M. (2022). A comparative study of two Mobile Mental Health Units in different catchment rural areas in Greece. International Journal of Social Psychiatry, 68(2), 324-333.

Phillips, R., Durkin, M., Engward, H., Cable, G., & Iancu, M. (2023). The impact of caring for family members with mental illnesses on the caregiver: a scoping review. *Health promotion international*, 38(3), daac049.

Pritchard, E., Van Vreden, C., Xia, T., Newnam, S., Collie, A., Lubman, D. I., ... & Iles, R. (2023). Impact of work and coping factors on mental health: Australian truck drivers' perspective. *BMC public health*, 23(1), 1090.

Prizeman, K., Weinstein, N., & McCabe, C. (2023). Effects of mental health stigma on loneliness, social isolation, and relationships in young people with depression symptoms. *BMC psychiatry*, 23(1), 527.

Ramadhani, F. A., & Rismawan, W. (2026). Implementation of Independent Personal Hygiene Practices to Address Self-Care Deficits in Patients with Schizophrenia. *Jurnal Penelitian Kesehatan "SUARA FORIKES" (Journal of Health Research "Forikes Voice")*, 17(1), 61-64.

Ratner, Y., Zendjidian, X. Y., Mendyk, N., Timinsky, I., & Ritsner, M. S. (2018). Patients' satisfaction with hospital health care: Identifying indicators for people with severe mental disorder. *Psychiatry research*, 270, 503-509.

Richter, D., & Hoffmann, H. (2019). Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland: Results from the Swiss Health Survey. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(4), 427-435.

Rocamora-Montenegro, M., Compañ-Gabucio, L. M., & Garcia de la Hera, M. (2021). Occupational therapy interventions for adults with severe mental illness: a scoping review. *BMJ open*, 11(10), e047467.

Rodriguez-Monguio, R., Brand, E., & Volberg, R. (2018). The economic burden of pathological gambling and co-occurring mental health and substance use disorders. *Journal of Addiction Medicine*, 12(1), 53-60.

Roos, E., Bjerkeset, O., Søndena, E., Antonsen, D. Ø., & Steinsbekk, A. (2016). A qualitative study of how people with severe mental illness experience living in sheltered housing with a private fully equipped apartment. *BMC psychiatry*, 16(1), 186.

Ruhnke, G. W., Tak, H. J., & Meltzer, D. O. (2020). Association of preferences for participation in decision-making with care satisfaction among hospitalized patients. *JAMA Network Open*, 3(10), e2018766.

Sá-Fernandes, L., Sacchetto, B., Pires, J., Ornelas, J. H., & Vargas-Moniz, M. J. (2025). Putting mental health deinstitutionalisation back on track: a scoping review of what empirically hinders and drives deinstitutionalisation of adults who experience mental illness. *BMC Public Health*, 25(1), 4152.

Salime, S., Clesse, C., Jeffredo, A., & Batt, M. (2022). Process of deinstitutionalization of aging individuals with severe and disabling mental disorders: a review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 813338.

Samakouri, M., Evagorou, O., & Frangouli-Sakellaropoulou, A. (2022). The contribution of mobile mental health units to community psychiatric care in Greece. *Psych*, 4(1), 100-104.

Samartzis, L., & Talias, M. A. (2020). Assessing and improving the quality in mental health services. *International journal of environmental research and public health*, 17(1), 249.

Sambrook, L., Balmer, A., Roks, H., Tait, J., Ashley-Mudie, P., McIntyre, J. C., ... & Saini, P. (2024). The journey of service users with complex mental health needs: a qualitative study. *Health psychology and behavioral medicine*, 12(1), 2365226.

Sampson, L., Kubzansky, L. D., & Koenen, K. C. (2023). The missing piece: A population health perspective to address the US mental health crisis. *Daedalus*, 152(4), 24-44.

Sari, M. K., Fatmawati, A., & Prastya, A. (2025). Impact of Daily Self-Care Schedule Intervention on Improving Self-Care Ability in Patients with Schizophrenia. *Jurnal Ilmiah Ners Indonesia*, 6(2), 82-92.

Scholz, U., Bierbauer, W., & Lüscher, J. (2023). Social stigma, mental health, stress, and health-related quality of life in people with long COVID. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 3927.

Segeren, M., Lauriks, S., Kikkert, M., Heering, J., Lommerse, N., van Husen, G., & Verhoeff, A. (2022). Deinstitutionalization from the perspective of community-dwelling adults with a severe mental illness in Amsterdam: a cohort study protocol. *BMC public health*, 22(1), 950.

Sette, S., Pecora, G., Laghi, F., & Coplan, R. J. (2023). Motivations for social withdrawal, mental health, and Well-Being in emerging adulthood: A Person-Oriented approach. *Behavioral Sciences*, 13(12), 977.

Sharifi, V., Hajebi, A., Damari, B., & Mohammadjafari, A. (2021). Specialized outpatient services: community mental health centers (CMHCs). *Iranian journal of psychiatry*, 16(1), 87.

Sharma, S., & Mc Nicholas, F. (2025). Burnout Among Mental Health Staff in Ireland: A Summary of Recent Evidence. *Medical Research Archives*, 13(5).

Siddiqui, S., Morris, A., Ikeda, D. J., Balsari, S., Blanke, L., Pearsall, M., ... & Naslund, J. A. (2022). Scaling up community-delivered mental health support and care: A landscape analysis. *Frontiers in Public Health*, 10, 992222.

Silva, E. V. D., Ribeiro, M. C., & Souza, M. C. S. D. (2018). The performance of health professionals in a custody and psychiatric treatment hospital: the perspective of the psychosocial rehabilitation. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26, 315-327.

Silva, M., Resurrección, D. M., Antunes, A., Frاسquilho, D., & Cardoso, G. (2020). Impact of economic crises on mental health care: a systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e7.

Simões de Almeida, R., Rodrigues, A., Tavares, S., Barreto, J. F., Marques, A., & Trigueiro, M. J. (2025). Mental Health and Lifestyle Factors Among Higher Education Students: A Cross-Sectional Study. *Behavioral Sciences*, 15(3), 253.

Skar-Fröding, R., Clausen, H. K., Šaltytė Benth, J., Ruud, T., Slade, M., & Sverdvik Heiervang, K. (2021). Relationship between satisfaction with mental health services, personal recovery and quality of life among service users with psychosis: a cross-sectional study. *BMC health services research*, 21(1), 439.

Solmi, M., Cortese, S., Vita, G., De Prisco, M., Radua, J., Dragioti, E., ... & Correll, C. U. (2023). An umbrella review of candidate predictors of response, remission, recovery, and relapse across mental disorders. *Molecular Psychiatry*, 28(9), 3671-3687.

Sorokin, M. Y., Neznanov, N. G., Lutova, N. B., & Wied, V. D. (2021). Revisiting drug compliance: the Need for a holistic approach in the treatment of severe mental disorders. *Consortium Psychiatricum*, 2(3), 17-25.

Spong, A. J., Clare, I. C. H., Galante, J., Crawford, M. J., & Jones, P. B. (2021). Brief psychological interventions for borderline personality disorder. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical psychology review*, 83, 101937.

Stamboglis, N., & Jacobs, R. (2020). Factors associated with patient satisfaction of community mental health services: a multilevel approach. *Community mental health journal*, 56(1), 50-64.

Stelmach, R., Kocher, E. L., Kataria, I., Jackson-Morris, A. M., Saxena, S., & Nugent, R. (2022). The global return on investment from preventing and treating adolescent mental disorders and suicide: a modelling study. *BMJ global health*, 7(6).

Suleman, D., Kashif, A., Gul, S., Hamid, S., & Yunus, A. (2024). Navigating shadows: the impact of social stigma on the mental health of the transgender community in South Asia. *Migration Letters*, 21(1), 167-181.

Sun, L., Peng, X., Li, S., & Huang, Z. (2023). Cost-effectiveness thresholds or decision-making threshold: a novel perspective. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 21(1), 72.

Sundaram, S. K., & Kumar, S. (2018). Tracing the development of psychosocial rehabilitation from its origin to the current with emphasis on the Indian context. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(Suppl 2), S253-S257.

Takamine, L. H., Hall, J. D., Cohen, D. J., Danna, M. N., Hoeft, T. J., Solberg, L. I., ... & Fortney, J. C. (2025). "Not just another client": Benefits provided by care managers to patients with mental health disorders in underserved areas. *Families, Systems, & Health*, 43(1), 74.

Tanase, E., Laitin, S. M. D., Ilie, A. C., Ion, R., Surducan, D. A., Bucur, A., ... & Ursoniu, S. (2025, July). Assessing the Impact of Psychiatric Deinstitutionalization and Substance Use on Patient Outcomes: A Multi-Faceted Analysis. In *Healthcare* (Vol. 13, No. 14, p. 1700). MDPI.

Ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., Kleinjan, M., Penninx, B. W., Batelaan, N. M., & de Graaf, R. (2021). Duration of anxiety disorder and its associated risk indicators: Results of a longitudinal study of the general population. *Depression and Anxiety*, 38(3), 328-336.

Thornicroft, G., Sunkel, C., Aliev, A. A., Baker, S., Brohan, E., El Chammay, R., ... & Winkler, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, 400(10361), 1438-1480.

Țîbîrnă, A., Manea, M. C., Petrescu, C., Ciobanu, A. M., & Manea, M. (2026). Economic implications of mental health disorders: a literature review of hospitalization costs, interventions, and outcomes. *Journal of Medicine and Life*, 19(1), 10.

Torales, J., Aveiro-Róbaló, T. R., Ríos-González, C., Barrios, I., Almirón-Santacruz, J., González-Urbieto, I., ... & Ventriglio, A. (2023). Discrimination, stigma and mental health: what's next?. *International Review of Psychiatry*, 35(3-4), 242-250.

Tripathi, R. L. (2025). A Multidisciplinary Approach to Psychosocial Rehabilitation in Low-and Middle-Income Countries: Encouraging Mental Health Recovery. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 12(1), 93-101.

Tsikou, K., Nikolaidi, S., Trivellas, D., Vasilopoulos, F., Galanis, D., Mavreas, V., ... & Konstantakopoulos, G. (2025). Assertive community-based treatment program in a day care center in Athens, Greece: Results from a retrospective cohort study. *International Journal of Social Psychiatry*, 71(7), 1292-1304.

Valaas, H. L., Klokkeud, M., Hildeskår, J., Hagland, A. S., Kjønl, E., Mjøsund, K., ... & Kjekken, I. (2022). Rehabilitation goals described by patients with rheumatic and musculoskeletal diseases: content and attainment during the first year after rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 44(25), 7947-7957.

Van Der Meer, L., & Wunderink, C. (2019). Contemporary approaches in mental health rehabilitation. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(1), 9-14.

van Genk, C., Roeg, D., van Vugt, M., van Weeghel, J., & Van Regenmortel, T. (2023). Current insights of community mental healthcare for people with severe mental illness: A scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1156235.

Van Krugten, F. C. W., Busschbach, J. J. V., Versteegh, M. M., Hakkaart-van Roijen, L., & Brouwer, W. B. F. (2022). The Mental Health Quality of Life Questionnaire (MHQoL): development and first psychometric evaluation of a new measure to assess quality of life in people with mental health problems. *Quality of Life Research*, 31(2), 633-643.

Vandoni, M., D'Avanzo, B., & Barbato, A. (2024). The transition towards community-based mental health care in the European Union: Current realities and prospects. *Health Policy*, 144, 105081.

Ventriglio, A., Torales, J., Caycho-Rodríguez, T., Hualparuca-Olivera, L., Ricci, F., Giallanella, D., ... & Castaldelli-Maia, J. M. (2025). Basaglia's psychiatric reform: A bridge between Italy and Latin America. *Industrial Psychiatry Journal*, 34(3), 528-532.

Wang, J., & Geng, L. (2019). Effects of socioeconomic status on physical and psychological health: lifestyle as a mediator. *International journal of environmental research and public health*, 16(2), 281.

Wciórka, J., Ciuńczyk, I., & Galińska-Skok, B. (2022). Mental Health Centers. Preliminary evaluation of the pilot program implementation process. *Psychiatr. Pol.*, 56(2), 205-216.

Weinstein, A. G., Henrich, C. C., Armstrong, G. T., Stratton, K. L., King, T. Z., Leisenring, W. M., & Krull, K. R. (2018). Roles of positive psychological outcomes in future health perception and mental health problems: A report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Psycho - Oncology*, 27(12), 2754-2760.

Westermair, A. L., Buchman, D. Z., Levitt, S., Perrar, K. M., & Trachsel, M. (2022). Palliative psychiatry in a narrow and in a broad sense: A concept clarification. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(12), 1535-1541.

Winsper, C., Crawford-Docherty, A., Weich, S., Fenton, S. J., & Singh, S. P. (2020). How do recovery-oriented interventions contribute to personal mental health recovery? A systematic review and logic model. *Clinical psychology review*, 76, 101815.

Wishon, A. A., & Brown, J. D. (2023). Differences in services offered by certified community behavioral health clinics and community mental health centers. *Psychiatric services*, 74(4), 411-414.

Wong, B. H. C., Chkonia, E., Panteleeva, L., Pinchuk, I., Stevanovic, D., Tufan, A. E., ... & Ougrin, D. (2022). Transitioning to community-based mental healthcare: Reform experiences of five countries. *BJPsych International*, 19(1), 18-21.

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization.

World Health Organization. (2024). *State of long-term care in Greece* (No. WHO/EURO: 2024-10369-50141-75518 (PDF)). World Health Organization. Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2025). *Rapid assessment of the quality of mental health care in Greece* (No. WHO/EURO: 2025-12137-51909-79578 (PDF)). World Health Organization. Regional Office for Europe.

Yildiz, M. (2021). Psychosocial rehabilitation interventions in the treatment of schizophrenia and bipolar disorder. *Archives of Neuropsychiatry*, 58(Suppl 1), S77.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Καλύβα, Δ., Χαραλάμπους, Γ., & Γελαστοπούλου, Ε. (2025). Η Αποτύπωση της Μεταπολεμικής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. *NursingCare&Research/NosileiakaiEreuna*, (72).

Κογεβίνας, Μ., Τουλούμη, Γ., Βασιλάκου, Τ., Παναγιωτόπουλος, Τ., Παπαμιχαήλ, Δ., Τσουγένη, Κ., ... & Διαμαντόπουλος, Β. (2025). Εκτίμηση αναγκών υγείας στην Ελλάδα. *ArchivesofHellenicMedicine/ArheiaEllenikesIatrikes*, 42(3).

Κουλιεράκης, Γ., Μαλλιώρα, Μ., Μαυρέας, Β., Κλίτσα, Δ., Λιονής, Χ., Νομίδου, Α., ... & Τζεφεράκος, Γ. (2025). Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία Ψυχική υγεία, εξαρτήσεις, ευεξία. ArchivesofHellenicMedicine/ArheiaEllenikeslatrikes, 42(3).

Κουρέτα, Α., Λεούση, Α., Ξυδιά, Σ., Γρηγοριάδου, Μ., & Χατζημιχαηλίδη, Α. (2024). Σύγχρονες αντιλήψεις και πρακτικές στην ψυχιατρική φροντίδα Αρχές οργάνωσης και αξιολόγησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. ArchivesofHellenicMedicine/ArheiaEllenikeslatrikes, 41(6).

Μουζάκη, Μ., Δημόπουλος, Χ. Ν., Κασσαβέτης, Δ. Ν., & Σουλιώτης, Κ. (2023). Από το ασυλιακό περιβάλλον στην κοινότητα: Οι ΚοιΣΠΕ ως μηχανισμός κοινωνικής επανένταξης. Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών, 21(78), 3-27.

Υπουργείο Υγείας. (2023). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία. Ανακτήθηκε από OpenGovGreece

Χαράλαμπος, Δ. (2018). Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Rostrum of Asclepius/Vima tou Asklipiou, 17(2).

Ιστοσελίδες

<https://www.epapsy.gr/%ce%b7-%ce%b5-%cf%80-%ce%b1-%cf%88-%cf%85/%cf%83%cf%87%ce%b5%cf%84%ce%b9%ce%ba%ce%b1-%ce%bc%ce%b5-%cf%84%ce%b7%ce%bd-%ce%b5%cf%80%ce%b1%cf%88%cf%85/>

<https://www.epapsy.gr/%cf%85%cf%80%ce%b7%cf%81%ce%b5%cf%83%ce%af%ce%b5%cf%82/%cf%83%cf%84%ce%b5%ce%b3%ce%b1%cf%83%cf%84%ce%b9%ce%ba%ce%b5%cf%83-%ce%bc%ce%bf%ce%bd%ce%b1%ce%b4%ce%b5%cf%83//>

Παραρτήματα