



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ

Διπλωματική Εργασία

Η Ποιότητα Ζωής των Χρόνιων Ψυχικά Πασχόντων
σε Δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Κυπρίζογλου Αθανασία

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Λεοντοπούλου Σοφία

Πάτρα, Ιούνιος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του/της φοιτητή/φοιτήτριας («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



Η Ποιότητα Ζωής των Χρόνιων Ψυχικά Πασχόντων σε Δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Αθανασία Κυπρίζογλου

Επιτροπή Επίβλεψης Πτυχιακής / Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Συν-Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Σοφία Λεοντοπούλου

Αναστασία Καδδά

Καθηγήτρια Ψυχολογίας στο ΕΑΠ

Καθηγήτρια Κοινωνιολογίας στο ΕΑΠ

Πάτρα, Ιούνιος 2026

Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ στους ανθρώπους που βρίσκονται στη ζωή μου και με έχουν στηρίξει σε εγχειρήματα, όπως αυτό. Ένα ευχαριστώ που έχουν πιστέψει σε εμένα ακόμη και όταν εγώ δεν το έκανα.

Επίσης, οφείλω ένα τεράστιο ευχαριστώ στην Εταιρεία Προαγωγής Ψυχικής Υγείας Ηπείρου που μου επέτρεψε να εκπονήσω τη διπλωματική μου εργασία βασιζόμενη στους ωφελούμενους των δομών της. Βεβαίως, οφείλω ένα ευχαριστώ στους συμμετέχοντες της έρευνας, στον καθένα ξεχωριστά, που μου έδωσε την δυνατότητα να του μιλήσω και να αποτυπώσω ένα μικρό μέρος από την δική του πραγματικότητα.

Εννοείται πως αυτό το εγχείρημα δεν θα γινόταν ποτέ πραγματικότητα αν δεν είχα την κατάλληλη υποστήριξη από την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, κα. Λεοντοπούλου Σοφία, η οποία ήταν πρόθυμη και κατατοπιστική σε ότι και αν χρειάστηκαν. Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στο ίδιο το ΕΑΠ που μου έδωσε την ευκαιρία να συμμετάσχω σε αυτό το νέο πρόγραμμα και να γνωρίσω τόσο σπουδαίους ανθρώπους, ο καθένας στο τομέα του.

Περίληψη

Η ποιότητα ζωής των ατόμων με χρόνια ψυχική νόσο αποτελεί βασικό δείκτη αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και της επιτυχίας της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των βιωματικών εμπειριών χρονίως ψυχικά νοσούντων, που διαμένουν σε δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβάνονται και αξιολογούν την ποιότητα ζωής τους. Ειδικότερα, εξετάζονται οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων σχετικά με τη σωματική και ψυχική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις, το επίπεδο αυτονομίας, την κοινωνική ένταξη και την υποστήριξη που λαμβάνουν από το περιβάλλον διαβίωσής τους, καθώς και το κοινωνικό στίγμα που αντιμετωπίζουν στη φροντίδα της υγείας εκτός των δομών, αλλά και γενικότερα στην κοινότητα. Η μελέτη ακολουθεί ποιοτική ερευνητική προσέγγιση με τη χρήση ημιδομημένων συνεντεύξεων. Το δείγμα αποτελείται από 12 ενήλικους ενοίκους δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης της Ε.ΠΡΟ.ΨΥ.Η.. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιείται με τη μέθοδο της Ερμηνευτικής Φαινομενολογικής Ανάλυσης (ΕΦΑ), με στόχο μία εκ βαθέων κατανόηση των προσωπικών νοημάτων που αποδίδουν οι συμμετέχοντες στις εμπειρίες τους. Από την έρευνα προκύπτει ότι υπάρχουν υποκειμενικές και αντικειμενικές διαστάσεις στην αντίληψη περί ποιότητας ζωής. Η σωματική και ψυχική υγεία των ωφελούμενων, ως προς τη πλειοψηφία παραμένει σταθερή ή βελτιώνεται κατά την παραμονή τους σε δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Οι κοινωνικές σχέσεις αποτελούν μία από τις σημαντικότερες και πολυδιάστατες ενότητες στη ζωή των ατόμων. Γενικότερα, παρατηρείται θετικό πρόσημο των δομών στην καθημερινή ζωή των ωφελούμενων, τονίζοντας ωστόσο την ανάγκη να ενισχύονται οι ιδιότητες των ίδιων των ατόμων, με στόχο την αυτονομία τους. Οι προσωπικές εμπειρίες των ατόμων στο τομέα της περίθαλψης, εκτός των δομών, βασίζονται στην ισοτιμία. Ενώ οι εμπειρίες των ατόμων με το κοινωνικό στίγμα είναι ανομοιόμορφες. Μέσα από τις προσωπικές εμπειρίες των ατόμων και της αξιολόγησης αυτών, μπορούν να προκύψουν μελλοντικά πολιτικές υγείας που είναι σημαντικές για την κοινοτική ψυχιατρική.

Λέξεις κλειδιά: ποιότητα ζωής, χρόνια ψυχική νόσος, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, δομές ψυχικής υγείας, ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση, κοινοτική ψυχιατρική

Quality of Life of People with Chronic Mental Illness in Psychosocial Rehabilitation Settings

Athanasia Kyprizoglou

Abstract

The quality of life of individuals with chronic mental illness is a key indicator for evaluating the effectiveness of mental health services and the success of psychosocial rehabilitation. The purpose of this study is to investigate the lived experiences of people with chronic mental illness residing in psychosocial rehabilitation facilities and to understand how they perceive and evaluate their quality of life. Specifically, the study examines participants' perceptions regarding physical and mental health, social relationships, level of autonomy, social inclusion, and the support they receive from their living environment, as well as the social stigma they face in community-based healthcare and in the community at large. The study employs a qualitative research approach using semi-structured interviews. The sample consists of 12 adult residents of Psychosocial Rehabilitation facilities operated by Ε.Π.Π.Ο.Ψ.Υ.Η.. Data analysis is conducted using the Interpretive Phenomenological Analysis (IPA) method, with the aim of gaining an in-depth understanding of the personal meanings participants attribute to their experiences. The research indicates that there are subjective and objective dimensions to the perception of quality of life. For the majority of beneficiaries, physical and mental health remains stable or improves during their stay in psychosocial rehabilitation facilities. Social relationships are one of the most important and multifaceted aspects of people's lives. More generally, these facilities have a positive impact on the daily lives of the beneficiaries, while emphasizing the need to strengthen the individuals' own capabilities, with the goal of fostering their autonomy. The individuals' personal experiences in the area of care, outside of these facilities, are based on equality. Meanwhile, the experiences of individuals with social stigma are uneven. Through individuals' personal experiences and the evaluation of these experiences, future health policies that are important for community psychiatry may emerge.

Keywords: quality of life, chronic mental illness, psychosocial rehabilitation, mental health services, interpretive phenomenological analysis, community psychiatry

Περιεχόμενα

Περίληψη	Σελ. 1
Abstract	Σελ. 2
Περιεχόμενα.....	Σελ. 4
Α' Μέρος- Θεωρητικό Πλαίσιο	Σελ. 7
1. Εισαγωγή	Σελ. 8
2. Χρόνιες Ψυχικές Νόσοι	Σελ. 9
2.1. Κατηγορίες Ψυχικών Παθήσεων	Σελ. 9
2.2. Χαρακτηριστικά και Πορεία Χρόνιων Ψυχικά Νόσων	Σελ. 12
2.3. Επιδημιολογικά Δεδομένα	Σελ. 13
2.4. Εννοιολογική Προσέγγιση της Ψυχικής Νόσου και της Χρονιότητας.....	Σελ. 14
2.5. Συμπεράσματα	Σελ. 16
3. Πλαίσιο Διαβίωσης για Χρόνια Ψυχικά Νοσούντες.....	Σελ. 17
3.1. Συγκριτική ανάλυση των δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην Ελλάδα και την Ευρώπη	Σελ. 17
3.2. Πλαίσιο Διαβίωσης για Χρόνια Ψυχικά Νοσούντες στην Ελλάδα Σελ.	19
3.3. Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση 1984-2020	Σελ. 20
3.4. Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα το 2024.....	Σελ. 21
3.5. Πλαίσιο Λειτουργίας Οικοτροφείων	Σελ. 22
3.6. Πλαίσιο Λειτουργίας Ξενώνων	Σελ. 24
3.7. Πλαίσιο Λειτουργίας Προστατευόμενων Διαμερισμάτων	Σελ. 26
3.8. Ποιότητα Ζωής και Επίπεδο Λειτουργικότητας Ενοίκων ανά δομήΣελ.	28
3.9. Συμπεράσματα	Σελ. 29
4. Ποιότητα Ζωής Χρονίως Ψυχικά Νοσούντων.....	Σελ. 31
4.1. Δείκτες Ποιότητας Ζωής Χρόνια Ψυχικά Νοσούντες	Σελ. 32
4.2. Εργαλεία Αξιολόγησης της Ποιότητας Ζωής σε Χρόνια Ψυχικά Νοσούντες.....	Σελ. 34
4.3. Μελέτες στο Εξωτερικό.....	Σελ. 36
4.4. Μελέτες στην Ελλάδα.....	Σελ. 37

4.5. Υγειονομική Φροντίδα- Κρατικοί Μηχανισμοί και Πρόσβαση των ατόμων με Χρόνιες Ψυχικές Νόσους σε Υποδομές	Σελ. 38
4.6. Η Σημαντικότητα του Υποστηρικτικού Δικτύου σε άτομα με Χρόνια Ψυχικά Νοσήματα.....	Σελ. 40
4.7. Συμπεράσματα	Σελ. 42
5. Παρεμβάσεις και Πολιτικές Υγείας στην Ψυχική Υγεία	Σελ. 43
5.1. Ψυχοκοινωνικές Παρεμβάσεις και ο δρόμος για την ανάρρωση ...	Σελ. 44
5.2. Ο Ρόλος των δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	Σελ. 46
5.3. Η Κοινωνική Ψυχιατρική στην Ελλάδα και οι Μελλοντικοί Στόχοι για τους Χρόνια Ψυχικά Νοσούντες	Σελ. 47
5.4. Πολιτικές Προαγωγής Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα	Σελ. 49
5.5. Συμπεράσματα	Σελ. 51
6. Η Παρούσα Έρευνα	Σελ. 52
B' Μέρος_ Ποιοτική Έρευνα.....	Σελ. 54
7. Μεθοδολογία Έρευνας.....	Σελ. 55
7.1. Μεθοδολογική Προσέγγιση	Σελ. 55
7.2. Ερευνητικό Εργαλείο - Συνέντευξη.....	Σελ. 56
7.3. Δείγμα	Σελ. 57
7.4. Ερευνητική Διαδικασία	Σελ. 58
7.5. Δεοντολογία της Έρευνας.....	Σελ. 59
8. Αποτελέσματα.....	Σελ. 60
8.1. Δημογραφικά Στοιχεία.....	Σελ. 60
8.2. Αντιλήψεις περί Ποιότητας Ζωής.....	Σελ. 60
8.3. Αντιλήψεις περί Σωματικής Υγείας.....	Σελ. 62
8.4. Αντιλήψεις περί Ψυχικής Υγείας.....	Σελ. 63
8.5. Αντιλήψεις περί Κοινωνικών Σχέσεων.....	Σελ. 65
8.6. Αντιλήψεις περί Συνθηκών Διαβίωσης	Σελ. 68
8.7. Προσωπικές Εμπειρίες με Φροντίδα Υγείας εκτός Δομών	Σελ. 70
8.8. Προσωπικές Εμπειρίες Κοινωνικού Στίγματος	Σελ. 72
8.9. Προσωπικές Πεποιθήσεις σχετικά με την Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και του Κοινωνικού Στίγματος.....	Σελ. 74

Γ' Μέρος_Συζήτηση	Σελ. 77
9. Συζήτηση.....	Σελ. 78
9.1. Αντίληψη της ποιότητας ζωής και η συμβολή των δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	Σελ. 78
9.2. Σωματική υγεία.....	Σελ. 79
9.3. Ψυχική υγεία.....	Σελ. 79
9.4. Κοινωνικές σχέσεις.....	Σελ. 80
9.5. Εμπειρίες διαβίωσης στις δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	Σελ. 80
9.6. Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας	Σελ. 81
9.7. Κοινωνικό Στίγμα και Στρατηγικές Αντιμετώπισης.....	Σελ. 81
9.8. Ανάγκες, προτάσεις βελτίωσης και μελλοντικές προοπτικές.....	Σελ. 82
9.9. Συνεισφορά και Περιορισμοί της έρευνας. Προτάσεις για Μελλοντικές Έρευνες. Σύνδεση με Πολιτικές Υγείας	Σελ. 82
Βιβλιογραφία	Σελ. 84
Παραρτήματα.....	Σελ. 99
Παράρτημα Ι	Σελ. 99
Παράρτημα ΙΙ.....	Σελ. 101
Παράρτημα ΙΙΙ	Σελ. 102

Α' ΜΕΡΟΣ - Θεωρητικό Πλαίσιο

Η παρούσα μελέτη επιχειρεί να διερευνήσει την ποιότητα ζωής των χρονίως ψυχικά πασχόντων που διαμένουν σε δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, εστιάζοντας παράλληλα στην εμπειρία τους από το σύστημα υγείας και στην ύπαρξη πιθανών διακρίσεων κατά τη φροντίδα για παθολογικά προβλήματα. Έρευνες σε αυτό το πεδίο έχουν πραγματοποιηθεί στο εξωτερικό (π.χ. Evans et al., 2007· Katschnig, 2006), ωστόσο στην ελληνική πραγματικότητα οι μελέτες που εστιάζουν στη βιωματική προσέγγιση των ίδιων των ωφελούμενων είναι περιορισμένες. Η παρούσα έρευνα στοχεύει να αποτυπώσει την υποκειμενική εμπειρία των χρονίως ψυχικά νοσούντων σχετικά με την ποιότητα ζωής και τη φροντίδα υγείας που λαμβάνουν στις δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και εκτός, ενώ παράλληλα θα αποτυπωθεί αν βιώνουν κοινωνικό στίγμα και τον τρόπο που αυτό τους επηρεάζει.

1. Εισαγωγή

Οι χρόνιες ψυχικές διαταραχές συνιστούν ένα σύνθετο και πολυδιάστατο φαινόμενο, το οποίο επηρεάζει ουσιαστικά τη λειτουργικότητα και την καθημερινή ζωή των ατόμων. Η επίδρασή τους δεν περιορίζεται μόνο στο επίπεδο της υγείας, αλλά επεκτείνεται και σε κοινωνικούς και οικονομικούς τομείς, επιβαρύνοντας τόσο το άτομο όσο και τα συστήματα υγείας (World Health Organization [WHO], 2022· Vigo et al., 2016). Στη διεθνή βιβλιογραφία αναγνωρίζονται ως σημαντικός παράγοντας συμβολής στο συνολικό φορτίο νόσου και στην εμφάνιση αναπηρίας (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022· WHO, 2022). Η έννοια της χρονιότητας στις ψυχικές διαταραχές συνδέεται με τη μακροχρόνια πορεία, την πιθανότητα υποτροπών και την ανάγκη συνεχούς θεραπευτικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης (American Psychiatric Association [APA], 2022· Charlson et al., 2018). Οι διαταραχές αυτές εμφανίζουν σημαντική ποικιλομορφία ως προς τα συμπτώματα και την εξέλιξή τους, γεγονός που καθιστά απαραίτητη την εξατομικευμένη προσέγγιση στη φροντίδα (APA, 2022).

Παράλληλα, η συνύπαρξη ψυχικών και σωματικών νοσημάτων αποτελεί συχνό φαινόμενο, επηρεάζοντας αρνητικά την πρόγνωση και τη συνολική έκβαση της υγείας (Walker et al., 2015· Bahrami et al., 2023). Επιπλέον, κοινωνικοί παράγοντες, όπως το στίγμα και οι ανισότητες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, λειτουργούν ανασταλτικά στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των διαταραχών (Corrigan et al., 2014· WHO, 2022). Στο πλαίσιο αυτό, η προσέγγιση της ψυχικής υγείας, ως προς την αντιμετώπιση των χρόνιως ψυχικά νοσούντων, μετατοπίζεται προς ολιστικά μοντέλα, τα οποία λαμβάνουν υπόψη τη δυναμική αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων (Engel, 1977). Η κατανόηση αυτής της πολυπλοκότητας αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων και πολιτικών υγείας. Αυτά τα κενά προσπαθεί να καλύψει η παρούσα μελέτη. Παρακάτω θα αναλυθούν οι χρόνιες ψυχικές νόσοι, τα χαρακτηριστικά αυτών, καθώς και επιδημιολογικά δεδομένα. Παράλληλα θα διευκρινιστεί η έννοια της χρονιότητας και θα αποσαφηνιστεί η εννοιολογική προσέγγιση της ψυχικής νόσου.

2. Χρόνιες Ψυχικές Νόσοι

Οι χρόνιες ψυχικές διαταραχές αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας, καθώς συνδέονται με σημαντική λειτουργική έκπτωση, αυξημένη νοσηρότητα και μειωμένη ποιότητα ζωής (World Health Organization [WHO], 2022· Vigo et al., 2016). Η έννοια της χρονιότητας στις ψυχικές διαταραχές αναφέρεται σε καταστάσεις με παρατεταμένη διάρκεια, συχνές υποτροπές και ανάγκη για μακροχρόνια θεραπευτική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη (American Psychiatric Association [APA], 2022· Charlson et al., 2018). Οι διαταραχές αυτές συμβάλλουν σημαντικά στο παγκόσμιο φορτίο νόσου και συγκαταλέγονται στις κύριες αιτίες αναπηρίας παγκοσμίως (WHO, 2022· GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). Οι χρόνιες ψυχικές διαταραχές καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα διαταραχών που συχνά εμφανίζονται ταυτόχρονα και εξελίσσονται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Διαχρονικά δεδομένα αποκαλύπτουν ότι το 86% των συμμετεχόντων εμφανίζει τουλάχιστον μία διαγνωσμένη διαταραχή μέχρι τη μέση ηλικία, με συσσωρευμένες συνοσηρότητες (85%), υπογραμμίζοντας τη διαδεδομένη φύση της πολυνοσηρότητας και την ύπαρξη ενός γενικού ψυχοπαθολογικού παράγοντα (p-factor) που συνδέει τις πρώιμες νευρογνωστικές ελλείψεις με το μεταγενέστερο ψυχιατρικό βάρος (Caspi et al., 2020).

2.1. Κατηγορίες Ψυχικών Παθήσεων

Η σύγχρονη ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών βασίζεται κυρίως στα διαγνωστικά συστήματα DSM-5-TR και ICD-11, τα οποία οργανώνουν τις ψυχικές διαταραχές σε διακριτές κατηγορίες με βάση κλινικά και λειτουργικά κριτήρια (APA, 2022· WHO, 2019). Τα συστήματα αυτά χρησιμοποιούνται διεθνώς, τόσο στην κλινική πρακτική, όσο και στην έρευνα για τη διασφάλιση της διαγνωστικής αξιοπιστίας και συγκρισιμότητας των δεδομένων (Reed et al., 2019· First et al., 2021). Συγκεκριμένα, το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, 5η Έκδοση (DSM-5) και η Διεθνής Ταξινόμηση Νοσημάτων, 11η Αναθεώρηση (ICD-11), αποτελούν τα παραδοσιακά «αυθεντικά» πλαίσια τα οποία παραθέτουν διακριτές διαγνωστικές κατηγορίες με βάση ομάδες συμπτωμάτων και αποσκοπούν στην υποστήριξη της κλινικής επικοινωνίας και της έρευνας (van Heugten-van der Kloet & van Heugten, 2015· First et al., 2021). Ωστόσο, αυτά τα συστήματα κατηγοριοποίησης παρουσιάζουν

περιορισμένη αξιοπιστία και συχνά δεν καταφέρνουν να αποτυπώσουν τη συννοσηρότητα, με αποτέλεσμα οι ερευνητές να αναπτύξουν μοντέλα που αντιμετωπίζουν την ψυχοπαθολογία ως συνεχή χαρακτηριστικά. Η Ιεραρχική Ταξινόμηση της Ψυχοπαθολογίας (HiTOP) ομαδοποιεί τα συμπτώματα σε εμπειρικά παραγόμενα φάσματα (π.χ. εσωτερικοποίηση, εξωτερικοποίηση) και προτείνει μια ιεραρχική δομή που μειώνει τα αυθαίρετα όρια των διαταραχών (Kotov et al., 2018).

Το πλαίσιο των Κριτηρίων Ερευνητικού Τομέα (RDoC) αναδιαμορφώνει περαιτέρω την ταξινόμηση γύρω από νευροβιολογικούς και λειτουργικούς τομείς (θετική στάθμη, αρνητική στάθμη, γνωστική λειτουργία κ.λπ.) για την προώθηση της μεταφραστικής έρευνας (Salles et al., 2020). Τα μοντέλα κλινικής σταδιοποίησης προσθέτουν μια χρονική διάσταση, χαρτογραφώντας την εξέλιξη από καταστάσεις κινδύνου, μέσω συμπτωμάτων κάτω από το κατώφλι, έως την πλήρης εκδήλωση της διαταραχής, συνδέοντας έτσι την ταξινόμηση με την πορεία της νόσου (Eaton et al., 2023). Συνολικά, αυτές οι προσεγγίσεις παρέχουν μια πολυεπίπεδη ταξινόμηση που αποσκοπεί στη βελτίωση της διαγνωστικής ακρίβειας, στην καθοδήγηση της θεραπείας και στην ενίσχυση της έρευνας.

Βασικές Κατηγορίες Ψυχικών Παθήσεων:

I. Διαταραχές διάθεσης

Οι διαταραχές διάθεσης περιλαμβάνουν κυρίως τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και τη διπολική διαταραχή, οι οποίες χαρακτηρίζονται από σημαντικές διακυμάνσεις στο συναίσθημα και στη λειτουργικότητα (APA, 2022). Η κατάθλιψη αποτελεί μία από τις κυριότερες αιτίες αναπηρίας παγκοσμίως και σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα και επιβάρυνση της ποιότητας ζωής (WHO, 2022· Ferrari et al., 2013). Η διπολική διαταραχή παρουσιάζει συνήθως χρόνια πορεία με επαναλαμβανόμενα επεισόδια μανίας και κατάθλιψης, οδηγώντας σε σημαντική ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία (Grande et al., 2016).

II. Αγχώδεις διαταραχές

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν την πιο συχνή κατηγορία ψυχικών διαταραχών στον γενικό πληθυσμό (Baxter et al., 2014). Περιλαμβάνουν τη γενικευμένη αγχώδη

διαταραχή, τη διαταραχή πανικού και την κοινωνική αγχώδη διαταραχή, οι οποίες χαρακτηρίζονται από υπερβολικό και επίμονο άγχος (APA, 2022). Οι διαταραχές αυτές σχετίζονται με σημαντική λειτουργική έκπτωση και υψηλή συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές (Craske et al., 2017). Χαρακτηρίζονται από υπερβολικό και επίμονο άγχος, το οποίο επηρεάζει σημαντικά την καθημερινή λειτουργικότητα (Javaid et al., 2023).

III. Ψυχωτικές διαταραχές

Οι ψυχωτικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από διαταραχή της αντίληψης της πραγματικότητας, συμπεριλαμβανομένων ψευδαισθήσεων και παραληρητικών ιδεών (APA, 2022). Η σχιζοφρένεια αποτελεί την πλέον χαρακτηριστική χρόνια ψυχωτική διαταραχή και σχετίζεται με σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα και στην κοινωνική ένταξη (Owen et al., 2016). Η νόσος εμφανίζει συνήθως χρόνια πορεία με υποτροπές και απαιτεί μακροχρόνια φαρμακευτική και ψυχοκοινωνική παρέμβαση (WHO, 2022).

IV. Διαταραχές χρήσης ουσιών

Οι διαταραχές χρήσης ουσιών περιλαμβάνουν την εξάρτηση από αλκοόλ, ναρκωτικές ουσίες και άλλες ψυχοδραστικές ουσίες (APA, 2022). Οι διαταραχές αυτές παρουσιάζουν υψηλή συννοσηρότητα με διαταραχές διάθεσης και αγχώδεις διαταραχές (Volkow, 2020). Η συνύπαρξη διαταραχών, χρήσης ουσιών με άλλες ψυχικές διαταραχές, επιδεινώνουν την πρόγνωση και αυξάνουν τη λειτουργική έκπτωση (Hunt et al., 2018).

V. Διαταραχές προσωπικότητας

Οι διαταραχές προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από σταθερά και διαρκή πρότυπα σκέψης, συναισθήματος και συμπεριφοράς που αποκλίνουν από τις πολιτισμικές προσδοκίες και οδηγούν σε δυσλειτουργία (APA, 2022). Οι διαταραχές αυτές εμφανίζονται συνήθως από την εφηβεία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή και παρουσιάζουν χρόνια πορεία (Tyner et al., 2015). Η παρουσία διαταραχών προσωπικότητας σχετίζεται με αυξημένη ψυχιατρική νοσηρότητα και μειωμένη ποιότητα ζωής (Winsper et al., 2020).

VI. Νευροαναπτυξιακές και γνωστικές διαταραχές

Οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές εμφανίζονται κατά την αναπτυξιακή περίοδο και περιλαμβάνουν διαταραχές όπως ο αυτισμός και η ΔΕΠΥ (ΑΡΑ, 2022). Οι διαταραχές αυτές χαρακτηρίζονται από ελλείμματα στη γνωστική και κοινωνική λειτουργία (Thapar et al., 2017). Αντίστοιχα, οι γνωστικές διαταραχές, όπως η άνοια, χαρακτηρίζονται από έκπτωση γνωστικών λειτουργιών και λειτουργική δυσλειτουργία συμπεριλαμβανομένης της μνήμης, της σκέψης και της εκτελεστικής λειτουργίας (ΑΡΑ, 2022· WHO, 2019).

2.2. Χαρακτηριστικά και Πορεία Χρόνιων Ψυχικά Νόσων

Οι χρόνιες ψυχικές διαταραχές εμφανίζουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την πορεία και την έκβασή τους. Πρωτίστως, χαρακτηρίζονται από χρόνια και υποτροπιάζουσα πορεία, με εναλλαγές περιόδων ύφεσης και επιδείνωσης των συμπτωμάτων, γεγονός που απαιτεί συνεχή θεραπευτική παρακολούθηση (WHO, 2025). Επιπλέον, παρατηρείται υψηλός βαθμός συννοσηρότητας μεταξύ ψυχικών και σωματικών νοσημάτων (Walker et al., 2015), γεγονός που περιπλέκει τη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση (Bahrami et al., 2023). Επιπλέον, τα άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές εμφανίζουν αξιοπρόσεκτη λειτουργική έκπτωση στην καθημερινότητα (Vigo et al., 2016). Βασικό χαρακτηριστικό, το οποίο αφορά την ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, όπως η εργασία, οι κοινωνικές σχέσεις και η αυτοφροντίδα (WHO, 2025).

Η πορεία των χρόνιων ψυχικών διαταραχών είναι πολυπαραγοντική και επηρεάζεται από την αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Η σύγχρονη επιστημονική προσέγγιση βασίζεται στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο οι διαταραχές δεν οφείλονται αποκλειστικά σε έναν παράγοντα, αλλά προκύπτουν από τη δυναμική αλληλεπίδραση πολλαπλών παραγόντων (Engel, 1977). Η γενετική προδιάθεση αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου (Sullivan et al., 2012). Παράλληλα, περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως το στρες και οι τραυματικές εμπειρίες, επηρεάζουν την εμφάνιση των διαταραχών (McLaughlin et al., 2012). Οι κοινωνικοί προσδιοριστές υγείας, όπως η φτώχεια και η ανεργία, επηρεάζουν σημαντικά την εξέλιξη της νόσου (WHO, 2022). Παράλληλα, ο κοινωνικός στιγματισμός εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για την αναζήτηση

βοήθειας και κοινωνικής ένταξης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (Corrigan et al., 2014). Σημαντικό στοιχείο, επίσης, αποτελεί η ηλικία έναρξης, καθώς πολλές ψυχικές διαταραχές εκδηλώνονται κατά την εφηβεία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή, επηρεάζοντας τη μακροχρόνια πορεία του ατόμου (Mar et al., 2023).

2.3. Επιδημιολογικά Δεδομένα

Η επιδημιολογία των ψυχικών διαταραχών, παγκοσμίως, καταδεικνύει τη μεγάλη τους έκταση και τη σημαντική επιβάρυνση που προκαλούν στη δημόσια υγεία. Οι ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν περίπου ένα στα οκτώ άτομα παγκοσμίως (WHO, 2022). Σε παγκόσμιο επίπεδο, εκτιμάται ότι περισσότεροι από ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι ζουν με κάποια ψυχική διαταραχή, ενώ οι διαταραχές αυτές αποτελούν κύρια αιτία αναπηρίας (WHO, 2025).

Οι αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές αποτελούν τις συχνότερες μορφές (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). Οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους (Seedat et al., 2009). Ενώ, οι άνδρες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά διαταραχών χρήσης ουσιών (WHO, 2022). Ιδιαίτερη ανησυχία προκαλούν τα δεδομένα για τα παιδιά και τους εφήβους, καθώς πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό εμφανίζει ψυχικές διαταραχές ήδη από νεαρή ηλικία, γεγονός που επηρεάζει την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και την ενήλικη ζωή (Tatsiopoulou et al., 2025). Συγκεκριμένα, πολλές ψυχικές διαταραχές εμφανίζονται πριν την ηλικία των 25 ετών (Kessler et al., 2007). Παράλληλα, πρόσφατες μελέτες καταδεικνύουν αυξητικές τάσεις στην εμφάνιση κοινών ψυχικών διαταραχών, ιδιαίτερα μετά την πανδημία COVID-19 (Ten Have et al., 2023). Στην μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, αναλύσεις βάσει μητρώων στη Δανία εντόπισαν τέσσερις διακριτές δεκαετείς πορείες (σύντομη επαφή, παρατεταμένη αρχική επαφή, μεταγενέστερη επαφή και επίμονη επαφή), καθεμία από τις οποίες συνδέεται με συγκεκριμένους δείκτες κινδύνου, όπως το γυναικείο φύλο, η σοβαρότητα του δείκτη επεισοδίου και το ψυχιατρικό ιστορικό των γονέων (Musliner et al., 2016). Παρόμοια ετερογένεια παρατηρείται στις ψυχωτικές διαταραχές, όπου έρευνα αναφέρει ότι κατά την πρώτη εισαγωγή, κατέγραψε αποκλίνουσες πορείες σε έξι διαστάσεις συμπτωμάτων (παραμόρφωση της πραγματικότητας, αποδιοργάνωση, έλλειψη εκφραστικότητας, απάθεια, κατάθλιψη, μανία), υπογραμμίζοντας ότι η χρονιότητα δεν

είναι ομοιόμορφη σε όλους τους τομείς συμπτωμάτων (Kotov et al., 2017). Επιπλέον, μεγάλης κλίμακας κοόρτες πρωτοβάθμιας φροντίδας στο Ηνωμένο Βασίλειο καταδεικνύουν ότι τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα σωματικής συννοσηρότητας (π.χ. άσθμα, υπέρταση, διαβήτης) κατά τη στιγμή της ψυχιατρικής διάγνωσης, και οι παθήσεις αυτές πολλαπλασιάζονται σε διάστημα πέντε ετών, υπογραμμίζοντας το αλληλένδετο βάρος της σωματικής και ψυχικής υγείας (Launders et al., 2022).

Συνολικά, αυτές οι μελέτες καταδεικνύουν ότι η χρόνια ψυχική ασθένεια χαρακτηρίζεται από ποικίλες διαγνωστικές κατηγορίες, μεταβλητά πρότυπα εξέλιξης και σημαντική επιδημιολογική συχνότητα, γεγονός που απαιτεί ολοκληρωμένες προσεγγίσεις έρευνας και θεραπείας.

2.4. Εννοιολογική Προσέγγιση της Ψυχικής Νόσου και της Χρονιότητας

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία η ψυχική νόσος ορίζεται ως ένα σύνολο γνωστικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών που προκαλούν σημαντική δυσλειτουργία σε βασικούς τομείς της ζωής, όπως η εργασία, οι κοινωνικές σχέσεις και η αυτοφροντίδα (Alemu et al., 2024). Οι ψυχικές διαταραχές δεν περιορίζονται μόνο στη συμπτωματολογία, αλλά συνδέονται με μακροχρόνιες επιπτώσεις στη λειτουργικότητα και την κοινωνική συμμετοχή (de Medina-Moragas et al., 2024). Η έννοια της σοβαρής ή χρόνιας ψυχικής νόσου χρησιμοποιείται για να περιγράψει διαταραχές μεγάλης διάρκειας που συνοδεύονται από σημαντικό βαθμό λειτουργικής έκπτωσης και ανάγκη συνεχούς φροντίδας. Τέτοιες διαταραχές περιλαμβάνουν κυρίως τη σχιζοφρένεια, τη διπολική διαταραχή, τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και άλλες ψυχωτικές ή σοβαρές ψυχικές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από επίμονη συμπτωματολογία και κοινωνική δυσλειτουργία (Carswell et al., 2023· Genkel et al., 2024). Οι διαταραχές αυτές επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής και συχνά συνοδεύονται από γνωστικές δυσκολίες, κοινωνική απόσυρση και μειωμένη αυτονομία.

Η έννοια της χρονιότητας στην ψυχική νόσο δεν αφορά αποκλειστικά τη διάρκεια της διαταραχής αλλά και την ένταση των επιπτώσεων στη λειτουργικότητα. Στη βιβλιογραφία χρησιμοποιούνται όροι όπως «σοβαρή ψυχική νόσος», «επίμονη ψυχική νόσος» και «χρόνια ψυχική νόσος», οι οποίοι διαφοροποιούνται ως προς τη διάγνωση,

τη διάρκεια και τον βαθμό αναπηρίας (Zumstein & Riese, 2020). Η χρονιότητα συνδέεται με την ανάγκη μακροχρόνιας θεραπείας, συνεχιζόμενης υποστήριξης και συντονισμού υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας (Perkes, 2023). Η σύγχρονη εννοιολογική προσέγγιση της χρόνιας ψυχικής νόσου βασίζεται στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο η πορεία της νόσου επηρεάζεται από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Η χρονιότητα σχετίζεται με την αλληλεπίδραση συμπτωμάτων, λειτουργικής έκπτωσης και κοινωνικών παραγόντων, όπως η ανεργία, το στίγμα και η κοινωνική απομόνωση. Επιπλέον, τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές εμφανίζουν συχνά πολυνοσηρότητα και αυξημένη ανάγκη για μακροχρόνια φροντίδα, γεγονός που ενισχύει τον χρόνιο χαρακτήρα της νόσου (Halstead et al., 2024).

Ιστορικά, οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές θεωρούνταν προοδευτικά επιδεινούμενες και μη αναστρέψιμες καταστάσεις. Ωστόσο, η σύγχρονη προσέγγιση αναγνωρίζει ότι η χρονιότητα, δεν συνεπάγεται απαραίτητα με συνεχή επιδείνωση, αλλά μπορεί να συνυπάρχει με περιόδους σταθερότητας, βελτίωσης και λειτουργικής αποκατάστασης. Το μοντέλο ανάρρωσης (recovery model) υποστηρίζει ότι τα άτομα με χρόνια ψυχική νόσο μπορούν να επιτύχουν μια ικανοποιητική και λειτουργική ζωή παρά την ύπαρξη συμπτωμάτων, δίνοντας έμφαση στην αυτονομία, την κοινωνική ένταξη και την προσωπική ανάπτυξη (Anthony, 1993· Valencia Gonzalez & Mora Rios, 2024). Επιπλέον, η χρονιότητα της ψυχικής νόσου συνδέεται με σημαντικές επιπτώσεις στην καθημερινή λειτουργικότητα. Τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές παρουσιάζουν δυσκολίες στην εργασία, στις κοινωνικές σχέσεις και στην αυτοεξυπηρέτηση, γεγονός που οδηγεί σε αυξημένες ανάγκες υποστήριξης και μακροχρόνιας φροντίδας (de Medina-Moragas et al., 2024). Η λειτουργική έκπτωση αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της χρόνιας ψυχικής νόσου και χρησιμοποιείται συχνά ως κριτήριο διάκρισης μεταξύ οξείας και χρόνιας πορείας της διαταραχής.

Συνολικά, η ψυχική νόσος και ιδιαίτερα η χρόνια μορφή της αποτελούν σύνθετες καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από μακροχρόνια πορεία, λειτουργική έκπτωση και ανάγκη συνεχούς φροντίδας. Η σύγχρονη εννοιολογική προσέγγιση μετατοπίζεται από το στενό ιατρικό μοντέλο σε μια ολιστική θεώρηση, η οποία περιλαμβάνει τη λειτουργικότητα, την κοινωνική ένταξη, την ποιότητα ζωής και τη διαδικασία ανάρρωσης.

2.5. Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας, η σύγχρονη βιβλιογραφία για τις χρόνιες ψυχικές διαταραχές αναδεικνύει τη σημαντική πολυπλοκότητα και ετερογένεια του φαινομένου, τόσο ως προς την αιτιολογία όσο και ως προς την πορεία και την έκβασή τους. (Bahrami et al., 2023· WHO, 2025). Ένα από τα βασικά ζητήματα που αναδεικνύονται στη βιβλιογραφία αφορά την αύξηση του επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών τις τελευταίες δεκαετίες. Ωστόσο, η ερμηνεία αυτής της αύξησης παραμένει αντικείμενο επιστημονικής διαμάχης, καθώς ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι αντανακλά πραγματική αύξηση της νοσηρότητας, ενώ άλλοι την αποδίδουν σε βελτιωμένες διαγνωστικές πρακτικές και μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση του πληθυσμού (Frances, 2013).

Για βέλτιστη ανάλυση του επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών, της συννοσηρότητας και της ποιότητας ζωής των χρόνια ψυχικά νοσούντων, ακολουθεί ανάλυση του πλαισίου διαβίωσης των ατόμων αυτών.

3. Πλαίσιο Διαβίωσης για Χρόνια Ψυχικά Νοσούντες

3.1. Συγκριτική Ανάλυση των Δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην Ελλάδα και την Ευρώπη

Η ανάπτυξη των δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην Ευρώπη αποτελεί κεντρικό άξονα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, με στόχο τη μετάβαση από την ιδρυματική φροντίδα σε κοινοτικά προσανατολισμένα μοντέλα. Παρά την κοινή αυτή κατεύθυνση, οι εθνικές εφαρμογές διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς την οργάνωση, την επάρκεια και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών (Loukidou et al., 2013).

Η Ελλάδα εντάσσεται σε αυτό το ευρωπαϊκό πλαίσιο μέσω της μεταρρύθμισης «Ψυχαργώς», ωστόσο παρουσιάζει ιδιαιτερότητες σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, τόσο ως προς την ανάπτυξη των δομών όσο και ως προς τη λειτουργική τους αποτελεσματικότητα. Σε επίπεδο αρχών, τόσο η Ελλάδα όσο και οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες υιοθετούν το μοντέλο της κοινοτικής ψυχικής υγείας, το οποίο βασίζεται στην από-ιδρυματοποίηση, στην ανάπτυξη υπηρεσιών στην κοινότητα και στη συνολική βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η μετάβαση αυτή παρατηρείται σε όλη την Ευρώπη από τη δεκαετία του 1980 και έπειτα, με τη δημιουργία δομών όπως οικοτροφεία, ξενώνες και υποστηριζόμενη στέγαση (supported accommodation) (McPherson et al., 2018). Αντίστοιχα, στην Ελλάδα αναπτύχθηκε ένα εκτεταμένο δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών μέσω του προγράμματος «Ψυχαργώς», το οποίο περιλαμβάνει δομές στέγασης, κέντρα ψυχικής υγείας και υπηρεσίες αποκατάστασης (Anargyros et al., 2021)

Η Ευρωπαϊκή εμπειρία χαρακτηρίζεται από υψηλότερο επίπεδο ανάπτυξης κοινοτικών υπηρεσιών σε χώρες της Δυτικής και Βόρειας Ευρώπης. Ταυτόχρονα εμφανίζουν μεγαλύτερη ποικιλομορφία μοντέλων στέγασης και ισχυρότερη διασύνδεση μεταξύ υπηρεσιών. Ωστόσο, η ανάπτυξη δεν είναι ομοιογενής. Υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ χωρών, με ορισμένα συστήματα να παραμένουν περισσότερο νοσοκομειοκεντρικά (Johnson et al., 2018). Επιπλέον, η βιβλιογραφία δείχνει ότι υπάρχει χάσμα μεταξύ Δυτικής και Νοτιοανατολικής Ευρώπης, με τις δεύτερες να παρουσιάζουν καθυστερήσεις λόγω περιορισμένων πόρων και θεσμικών αδυναμιών (Sakellaropoulos et al., 2023)

Η Ελλάδα έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο μέσω της από-ϊδρυματοποίησης και της ανάπτυξης κοινοτικών δομών, με τη μείωση των ψυχιατρικών νοσοκομείων, τη δημιουργία εκατοντάδων δομών στέγασης και την ενίσχυση της κοινοτικής φροντίδας (Chondros et al., 2017). Ωστόσο, το ελληνικό σύστημα χαρακτηρίζεται από αποσπασματική ανάπτυξη υπηρεσιών, άνιση γεωγραφική κατανομή και ελλείψεις στον συντονισμό και την αξιολόγηση. Σε αντίθεση με πιο ανεπτυγμένα ευρωπαϊκά συστήματα, η Ελλάδα παρουσιάζει περιορισμένη συνέχεια φροντίδας και λιγότερο ολοκληρωμένα δίκτυα υπηρεσιών (Gianopoulos & Anagnostopoulos, 2016). Στην Ευρώπη, τα μοντέλα στέγασης έχουν εξελιχθεί προς πιο ευέλικτες μορφές υποστηριζόμενης διαβίωσης με έμφαση στην ανεξαρτησία και την κοινωνική ένταξη, που προσφέρουν εξατομικευμένες υπηρεσίες. Η έρευνα δείχνει ότι τα μοντέλα υποστηριζόμενης στέγασης (supported housing) σχετίζονται με βελτίωση της σταθερότητας στέγασης, τη μείωση των νοσηλείων και τη βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας (McPherson et al., 2018).

Παράλληλα, νεότερες μελέτες δείχνουν ότι τα αποτελέσματα μεταξύ διαφορετικών μοντέλων (π.χ. προστατευόμενα διαμερίσματα έναντι ιδρυματικών δομών) δεν διαφέρουν πάντα σημαντικά ως προς την κλινική πορεία, αλλά διαφοροποιούνται ως προς την αυτονομία και την ικανοποίηση των χρηστών (Dehn et al., 2022). Στην Ελλάδα, οι δομές στέγασης (οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα) ακολουθούν θεωρητικά το ίδιο μοντέλο κλιμακωτής φροντίδας. Ωστόσο, στην πράξη παρατηρούνται περιορισμένες δυνατότητες μετάβασης μεταξύ δομών και μεγαλύτερη εξάρτηση από δομές υψηλής υποστήριξης και μικρότερη ανάπτυξη προστατευόμενων διαμερισμάτων (Gianopoulos & Anagnostopoulos, 2016). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μερική απόκλιση από το ευρωπαϊκό πρότυπο της ανεξάρτητης διαβίωσης. Η διεθνής βιβλιογραφία δείχνει ότι οι κοινοτικές δομές, ανεξαρτήτως χώρας, συμβάλλουν στη μείωση των επανεισαγωγών, στη βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας και στη σταθεροποίηση της ψυχικής κατάστασης (McPherson et al., 2018). Επιπλέον, η μετάβαση από ιδρυματική σε κοινοτική φροντίδα συνδέεται με βελτιωμένη ποιότητα ζωής και κοινωνική ένταξη σε ευρωπαϊκό επίπεδο (Caldas de Almeida et al., 2016). Ωστόσο, στην Ελλάδα τα αποτελέσματα είναι συχνά λιγότερο σταθερά και παρατηρούνται ελλείψεις σε υποστηρικτικές υπηρεσίες. Με αποτέλεσμα η κοινωνική ένταξη να παραμένει περιορισμένη (Gianopoulos & Anagnostopoulos, 2016).

Συμπερασματικά, στην Ευρώπη παρατηρείται διαφοροποίηση μεταξύ χωρών και υπάρχει ανάγκη για καλύτερη αξιολόγηση υπηρεσιών. Θετικό χαρακτηριστικό αποτελεί η αυξανόμενη έμφαση σε μοντέλα ανάρρωσης. Σε αντίθεση με την Ελλάδα όπου κυριαρχεί η υποχρηματοδότηση υπηρεσιών, η έλλειψη προσωπικού, η περιορισμένη διασύνδεση υπηρεσιών και οι γεωγραφικές ανισότητες (Sakelaropoulos et al., 2023). Η συγκριτική ανάλυση δείχνει ότι, παρά τη σύγκλιση σε επίπεδο θεωρητικών αρχών, η Ελλάδα παρουσιάζει υστέρηση σε σχέση με πιο ανεπτυγμένα ευρωπαϊκά συστήματα ως προς την ολοκληρωμένη ανάπτυξη των δομών, τη συνέπεια στη φροντίδα και την προώθηση της ανεξάρτητης διαβίωσης. Η ενίσχυση των κοινοτικών υπηρεσιών, η ανάπτυξη προστατευόμενων διαμερισμάτων και η βελτίωση της διασύνδεσης μεταξύ δομών αποτελούν κρίσιμες προϋποθέσεις για τη σύγκλιση με τα ευρωπαϊκά πρότυπα.

3.2. Πλαίσιο Διαβίωσης για Χρόνια Ψυχικά Νοσούντες στην Ελλάδα

Κατά τη δεκαετία του 1980, η δημοσιοποίηση των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών στο ψυχιατρείο της Λέρου αποτέλεσε καθοριστικό παράγοντα για την αναθεώρηση της πολιτικής ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Υπό την παράλληλη πίεση της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.), ιδίως ενόψει της ένταξης της χώρας σε αυτή, η Ελλάδα οδηγήθηκε στην επανεκτίμηση του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Κούκια, 2024). Στο πλαίσιο αυτό, το 1984 θεσπίστηκε το πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης (Κούκια, 2024· Καλαμάρη, 2023). Συνολικά, η ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση, καθώς και το εθνικό πρόγραμμα «Ψυχαργός», συνέβαλαν ουσιαστικά στην από-ϊδρυματοποίηση των ασθενών που διέμεναν σε ψυχιατρικά ιδρύματα, ενώ παράλληλα ενίσχυσαν την ανάπτυξη ενός ευρύτερου πλέγματος κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Πρόκειται για ένα συγκροτημένο εθνικό σχέδιο, το οποίο χρηματοδοτήθηκε σε μεγάλο βαθμό από την Ε.Ε., με βασικό προσανατολισμό την ενίσχυση της κοινοτικής φροντίδας, παρά τις επιμέρους αδυναμίες που καταγράφηκαν, γεγονός που αναδεικνύει τη σημασία του (Καλαμάρη, 2023). Ωστόσο, η μεταρρυθμιστική αυτή διαδικασία παραμένει έως σήμερα ανολοκλήρωτη, καθώς δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς οι κατάλληλες πολιτικές πρωτοβάθμιας φροντίδας, ο αναγκαίος συντονισμός, ούτε και οι εξειδικευμένες υπηρεσίες, κυρίως λόγω γραφειοκρατικών δυσκολιών και των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης (Giannakopoulos & Anagnostopoulos, 2016).

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, συμπεριλαμβανομένου και του Ηνωμένου Βασιλείου, εδώ και περισσότερο από έξι δεκαετίες καταβάλλεται συστηματική προσπάθεια μετασχηματισμού των ψυχιατρικών υπηρεσιών, με στόχο τη μετάβαση από το ασυλικό μοντέλο σε ένα κοινοτικά προσανατολισμένο σύστημα φροντίδας, στο πλαίσιο του κινήματος της από-ϊδρυματοποίησης (Salime et al., 2022). Ειδικότερα, κατά την περίοδο από τη δεκαετία του 1930 έως τα μέσα της δεκαετίας του 1950, δύο βασικοί παράγοντες συνέβαλαν στην ενίσχυση αυτής της μετάβασης. Πρώτον, η αύξηση των εισαγωγών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, η οποία συνδέθηκε με τη βαθύτερη κατανόηση των ψυχικών διαταραχών και τη μεγαλύτερη αποδοχή της θεραπευτικής τους αντιμετώπισης. Δεύτερον, οι ευρύτερες κοινωνικές μεταβολές που επηρέασαν τη δομή της οικογένειας, όπως οι συνέπειες των πολέμων, η εσωτερική μετανάστευση και η εκβιομηχάνιση, οδήγησαν στην ανάγκη παροχής επαγγελματικής φροντίδας στους ασθενείς και στη σταδιακή απομάκρυνση από το παραδοσιακό μοντέλο οικογενειακής φροντίδας (Benett & Morris, 1982).

3.3. Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση 1984-2020

Η έναρξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα τοποθετείται στο 1984, με την εφαρμογή του κανονισμού 815/84 και τη χρηματοδοτική στήριξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στο πλαίσιο αυτό ενεργοποιήθηκε η Α' Φάση ενός πενταετούς προγράμματος (1984-1989), το οποίο είχε ως κύριες επιδιώξεις την αποκέντρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, την ανάπτυξη κοινοτικών δομών, την από-ασυλοποίηση των χρονίως ψυχικά ασθενών από τα ψυχιατρικά ιδρύματα, καθώς και την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Κατά τη Β' Φάση (1989-1995), το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στο ψυχιατρικό νοσοκομείο της Λέρου, με βασικό στόχο τη μεταφορά και αποσυμφόρηση των ασθενών. Στη διάρκεια αυτής της περιόδου ιδρύθηκαν σημαντικές δομές, όπως κέντρα ψυχικής υγείας, ψυχιατρικές μονάδες σε δημόσια νοσοκομεία, ξενώνες φιλοξενίας, εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης και προεργασίας, κοινωνικοί συνεταιρισμοί περιορισμένης ευθύνης, μονάδες παρέμβασης σε κρίση, κέντρα παιδικής καθοδήγησης και υπηρεσίες για εφήβους, καθώς και κινητές μονάδες για την εξυπηρέτηση απομακρυσμένων περιοχών (Κούκια, 2024).

Μετά την περάτωση του κανονισμού 815/84, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας προχώρησε στη θέσπιση του δεκαετούς προγράμματος «Ψυχαργός», προκειμένου να

διασφαλιστεί η συνέχεια της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας. Κατά την Α' Φάση (1997-2001), δόθηκε προτεραιότητα στην από-ασυλοποίηση, με αποτέλεσμα τη δημιουργία 92 ξενώνων αποκατάστασης, 13 οικοτροφείων, 94 προστατευόμενων διαμερισμάτων και 3 ενδονοσοκομειακών ξενώνων. Στη Β' Φάση (2001-2010), καταργήθηκαν τα 4 από τα 5 εναπομείναντα ψυχιατρικά άσυλα, ενώ το πρόγραμμα επεκτάθηκε για ακόμη μία δεκαετία με στόχο την αντιμετώπιση υφιστάμενων αδυναμιών. Η Γ' Φάση (2011-2020) επικεντρώθηκε στην ενίσχυση του κοινοτικού δικτύου ψυχικής υγείας, στον σχεδιασμό δράσεων πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας, καθώς και στη συνολική αναδιοργάνωση του συστήματος. Κατά τη διάρκεια αυτών των φάσεων, αναπτύχθηκαν συνολικά 648 δομές, τόσο νοσοκομειακές όσο και κοινοτικές, σε ολόκληρη τη χώρα (Κούκια, 2024).

3.4. Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα το 2024

Η πιο πρόσφατη αναθεώρηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης πραγματοποιήθηκε με τον Νόμο υπ' αριθμό 5129 (2024), ο οποίος αποσκοπεί στη βελτίωση και προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Ειδικότερα, επιδιώκεται η καθολική πρόσβαση των πολιτών σε αναγκαίες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ανεξαρτήτως οικονομικής, κοινωνικής, επαγγελματικής ή ασφαλιστικής κατάστασης και τόπου διαμονής. Παράλληλα, ο νόμος στοχεύει στη μείωση των ανισοτήτων και των διακρίσεων, στην ολοκλήρωση της από-ασυλοποίησης, με έμφαση στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη, στην αντιμετώπιση του κοινωνικού στίγματος, καθώς και στον περιορισμό των χρόνων αναμονής και των ακούσιων νοσηλείων. Κεντρικός πυλώνας αποτελεί η ριζική αναδιοργάνωση του συστήματος διοίκησης και λειτουργίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με έμφαση στην αποκέντρωση και τη συγκρότηση ενός διασυνδεδεμένου δικτύου δομών και υπηρεσιών, το οποίο θέτει στο επίκεντρο τον ωφελούμενο.

Σύμφωνα με σχετική έρευνα, οι δομές αποκατάστασης αξιολογούνται ως ιδιαίτερα αποτελεσματικές και προτιμώνται έναντι των παραδοσιακών ψυχιατρικών ιδρυμάτων. Ωστόσο, η ενημέρωση αποδεικνύεται ανεπαρκής σχετικά με θεσμούς όπως η συνηγορία, η τομεοποίηση και η ενεργή συμμετοχή των ψυχικά νοσούντων στη λήψη αποφάσεων, γεγονός που δημιουργεί ελλείμματα στην κοινωνικοοικονομική επανένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές· πρόκειται για κενό που προσδοκά να

καλυφθεί από τη μελλοντική εξέλιξη της μεταρρύθμισης (Paraskevaidou & Katsaliaki, 2015). Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ) στο πλαίσιο του προγράμματος «Ψυχαργός» έχουν επηρεαστεί αρνητικά από την κοινωνικοοικονομική κρίση, σε μια περίοδο όπου παρατηρείται αύξηση της επίπτωσης των ψυχικών διαταραχών και ταυτόχρονη ενίσχυση της ζήτησης για υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Δεπάστας & Πιερράκος, 2015). Παρά τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, το σύστημα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα το 2024 εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται από κατακερματισμό υπηρεσιών και ανεπαρκή οργάνωση της παροχής φροντίδας. Παρατηρούνται ελλείψεις σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, άνιση γεωγραφική κατανομή τόσο των επιδημιολογικών δεδομένων όσο και των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και ανεπάρκεια εκπαιδευμένου προσωπικού στον τομέα της κοινοτικής ψυχιατρικής. Επιπλέον, εντοπίζεται περιορισμένος συντονισμός και συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων, απουσία συστηματικών μηχανισμών αξιολόγησης, καθώς και έλλειψη διαθέσιμων κλινών για οξέα περιστατικά. Τέλος, η Ελλάδα εξακολουθεί να εμφανίζει ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά ακούσιων νοσηλείων, γεγονός που εγείρει ζητήματα προς περαιτέρω διερεύνηση, ιδίως σε σχέση με την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών (Stylianidis, 2024).

3.5. Πλαίσιο Λειτουργίας Οικοτροφείων

Τα οικοτροφεία αποτελούν βασικό πυλώνα αυτής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, καθώς παρέχουν δομημένο περιβάλλον διαβίωσης και υποστήριξης σε άτομα με σοβαρές και χρόνιες ψυχικές διαταραχές. Η ανάπτυξη των ψυχιατρικών οικοτροφείων βασίστηκε στις αρχές της από-ϊδρυματοποίησης, της κοινωνικής επανένταξης και της διασφάλισης της συνέχειας της φροντίδας (continuity of care), σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα (Thornicroft & Tansella, 2004). Το θεσμικό πλαίσιο για τη λειτουργία των οικοτροφείων καθορίζεται κυρίως από τον Ν. 2716/1999, ο οποίος εισήγαγε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας βασισμένο στην κοινοτική φροντίδα. Σύμφωνα με τον νόμο αυτό, τα οικοτροφεία εντάσσονται στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και έχουν ως βασικό στόχο την υποστήριξη της αυτόνομης ή ημιαυτόνομης διαβίωσης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (Ελληνική Δημοκρατία, 1999).

Συμπληρωματικά, μεταγενέστερες κανονιστικές πράξεις, όπως η Υπουργική Απόφαση του 2017 για την ίδρυση και λειτουργία Μονάδων Ψυχικής Υγείας, εξειδικεύουν τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των δομών, τις προδιαγραφές στελέχωσης, τις κτιριακές απαιτήσεις και τις διαδικασίες αδειοδότησης και ελέγχου. Παράλληλα, ο Ν. 4486/2017 ενίσχυσε το πλαίσιο κοινοτικής φροντίδας, εισάγοντας πρόσθετες ρυθμίσεις για την πρόσβαση και τη φιλοξενία σε δομές ψυχικής υγείας (Ελληνική Δημοκρατία, 2017).

Τα ψυχιατρικά οικοτροφεία αποτελούν δομές υψηλού βαθμού υποστήριξης, οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες διαμονής, φροντίδας και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης σε άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, τα οποία δεν μπορούν να διαβιώσουν αυτόνομα ή στερούνται υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος. Στα βασικά χαρακτηριστικά των οικοτροφείων περιλαμβάνεται η παροχή 24ωρης φροντίδας, η ύπαρξη πολυεπιστημονικής ομάδας, η δημιουργία εξατομικευμένων θεραπευτικών προγραμμάτων με στόχο την αποκατάσταση και η προώθηση καθημερινών δεξιοτήτων. Η δυναμικότητα των οικοτροφείων είναι περιορισμένη (συνήθως έως 25 άτομα), ώστε να διασφαλίζεται η ποιότητα φροντίδας και η εξατομίκευση των υπηρεσιών (Ελληνική Δημοκρατία, 2000).

Ο βασικός σκοπός των οικοτροφείων είναι η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Αυτό περιλαμβάνει τη διατήρηση της ψυχικής σταθερότητας και τη μείωση των υποτροπών και των εισαγωγών σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Παράλληλα εστιάζουν στην ανάπτυξη κοινωνικών και λειτουργικών δεξιοτήτων καθώς και στην ενίσχυση της κοινωνικής ένταξης. Στο πλαίσιο αυτό, τα οικοτροφεία λειτουργούν ως ενδιάμεσος κρίκος μεταξύ νοσοκομειακής φροντίδας και πλήρους κοινωνικής επανένταξης (WHO, 2007). Η λειτουργία των οικοτροφείων υπόκειται σε πολυεπίπεδο σύστημα διοίκησης και εποπτείας. Κεντρικό ρόλο διαδραματίζουν το Υπουργείο Υγείας, το οποίο καθορίζει την εθνική πολιτική ψυχικής υγείας. Σε τοπικό επίπεδο, οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ), που εποπτεύουν τη λειτουργία των δομών. Τέλος, ο επιστημονικά υπεύθυνος κάθε μονάδας, ο οποίος διασφαλίζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ιεράρχηση αυτή στοχεύει στη διασφάλιση της ποιότητας, της λογοδοσίας και της συνέχειας της φροντίδας (Thornicroft et al., 2011).

Τα οικοτροφεία διαφοροποιούνται ανάλογα με τις ανάγκες των ωφελούμενων. Οι βασικές κατηγορίες περιλαμβάνουν:

- οικοτροφεία για ενηλίκους με χρόνιες ψυχικές διαταραχές
- οικοτροφεία για ηλικιωμένους (ψυχογηριατρικά)
- οικοτροφεία για άτομα με αναπτυξιακές διαταραχές

Η κατηγοριοποίηση αυτή επιτρέπει την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών και την καλύτερη ανταπόκριση στις ανάγκες των φιλοξενούμενων (Ελληνική Δημοκρατία, 2000).

Η από-ιδρυματοποίηση αποτελεί κεντρική αρχή της σύγχρονης ψυχιατρικής φροντίδας και αναφέρεται στη μεταφορά των ασθενών από μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα σε κοινοτικές δομές. Τα οικοτροφεία διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία, καθώς μειώνουν την εξάρτηση από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, περιορίζουν τον ιδρυματισμό και ενισχύουν την κοινωνική συμμετοχή. Ωστόσο, η διεθνής βιβλιογραφία επισημαίνει ότι η επιτυχία της από-ιδρυματοποίησης εξαρτάται από την επάρκεια των κοινοτικών υπηρεσιών και τη διασύνδεσή τους με το σύστημα υγείας (Knapp et al., 2007). Παρά τη σημαντική πρόοδο, το σύστημα οικοτροφείων στην Ελλάδα αντιμετωπίζει προκλήσεις, όπως η άνιση γεωγραφική κατανομή δομών, η υποστελέχωση και η περιορισμένη διασύνδεση με υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Επιπλέον, υπάρχει κίνδυνος «μετα-ιδρυματοποίησης», όταν οι δομές λειτουργούν με τρόπο που αναπαράγει ιδρυματικές πρακτικές, αντί να προάγει την αυτονομία των φιλοξενούμενων (European Commission, 2019).

3.6. Πλαίσιο Λειτουργίας Ξενώνων

Οι ψυχιατρικοί ξενώνες εντάσσονται στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, η οποία στοχεύει στη μετάβαση από την ιδρυματική φροντίδα σε υπηρεσίες βασισμένες στην κοινότητα. Η ανάπτυξη των δομών αυτών συνδέεται άμεσα με τις αρχές της από-ιδρυματοποίησης, της κοινωνικής επανένταξης και της προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (Thornicroft & Tansella, 2004).

Σε αντίθεση με τα οικοτροφεία, οι ξενώνες απευθύνονται κυρίως σε άτομα με μικρότερο βαθμό εξάρτησης, παρέχοντας ένα πιο ευέλικτο και μεταβατικό πλαίσιο φιλοξενίας. Οι ψυχιατρικοί ξενώνες θεσμοθετήθηκαν στο πλαίσιο του Ν. 2716/1999, ο οποίος ορίζει τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και καθιερώνει την κοινοτική προσέγγιση στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Ελληνική Δημοκρατία, 1999). Σύμφωνα με το νομοθετικό πλαίσιο οι ξενώνες αποτελούν δομές διαμονής περιορισμένης ή μέσης υποστήριξης και λειτουργούν ως μεταβατικές δομές μεταξύ νοσοκομειακής φροντίδας και αυτόνομης διαβίωσης. Εντάσσονται σε ένα δίκτυο υπηρεσιών που περιλαμβάνει οικοτροφεία και προστατευμένα διαμερίσματα. Επιπλέον, η Υπουργική Απόφαση του 2017, καθορίζει τις προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας, τις προδιαγραφές στελέχωσης και τα ποιοτικά κριτήρια λειτουργίας (Ελληνική Δημοκρατία, 2017).

Ο βασικός σκοπός των ξενώνων είναι η προώθηση της αυτόνομης διαβίωσης και της κοινωνικής επανένταξης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Ειδικότερα, οι στόχοι περιλαμβάνουν την ανάπτυξη δεξιοτήτων με στόχο την βελτίωση της καθημερινότητάς τους (π.χ. διαχείριση οικονομικών, αυτοφροντίδα) και την ενίσχυση της κοινωνικής συμμετοχής. Δυνητικά την υποστήριξη στην εύρεση εργασίας ή εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων και τη σταδιακή μετάβαση σε πλήρως ανεξάρτητη διαβίωση. Αντιλαμβανόμαστε έτσι ότι, οι ξενώνες λειτουργούν ως «ενδιάμεσο στάδιο» στην πορεία αποκατάστασης, συμβάλλοντας στη μείωση της υποτροπής και της επανεισαγωγής σε ψυχιατρικά νοσοκομεία (WHO, 2007). Η διοίκηση και εποπτεία των ξενώνων ακολουθεί το ίδιο πολυεπίπεδο μοντέλο που ισχύει για όλες τις δομές ψυχικής υγείας στην Ελλάδα (Ελληνική Δημοκρατία, 2000).

Οι ξενώνες διαφοροποιούνται ανάλογα με το επίπεδο υποστήριξης (χαμηλής ή μέσης έντασης), την ηλικιακή ομάδα και τα κλινικά χαρακτηριστικά των φιλοξενούμενων. Απευθύνονται κυρίως σε άτομα με σταθεροποιημένες ψυχικές διαταραχές, άτομα που εξέρχονται από ψυχιατρικά νοσοκομεία και άτομα που μπορούν να αναπτύξουν δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης. Η διαφοροποίηση αυτή επιτρέπει την προσαρμογή των υπηρεσιών στις ανάγκες των ωφελούμενων (Ελληνική Δημοκρατία, 2000). Διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην από-ϊδρυματοποίηση, καθώς λειτουργούν ως μεταβατικές δομές που γεφυρώνουν το χάσμα μεταξύ νοσοκομειακής και κοινοτικής φροντίδας. Συμβάλλουν στη σταδιακή επανένταξη των ατόμων στην κοινότητα, στη

μείωση του χρόνου νοσηλείας και στην πρόληψη του ιδρυματισμού. Η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι η ύπαρξη τέτοιων δομών είναι κρίσιμη για την επιτυχία των πολιτικών κοινοτικής ψυχικής υγείας (Knapp et al., 2007).

Παρά τη σημαντική συμβολή τους, οι ξενώνες στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν προκλήσεις, όπως περιορισμένη διαθεσιμότητα θέσεων, ανισοκατανομή μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών και έλλειψη σε εξειδικευμένο προσωπικό. Επιπλέον, η αποτελεσματικότητα των ξενώνων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη διασύνδεσή τους με άλλες υπηρεσίες (π.χ. κέντρα ψυχικής υγείας, υπηρεσίες απασχόλησης), γεγονός που δεν είναι πάντα επαρκώς ανεπτυγμένο στην ελληνική πραγματικότητα (European Commission, 2019).

3.7. Πλαίσιο Λειτουργίας Προστατευόμενων Διαμερισμάτων

Τα προστατευόμενα διαμερίσματα αποτελούν την πλέον εξελιγμένη μορφή κοινοτικής φροντίδας στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Εντάσσονται στη λογική της πλήρους από-ιδρυματοποίησης και αποσκοπούν στην ενίσχυση της αυτόνομης διαβίωσης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, μέσω της παροχής περιορισμένης αλλά στοχευμένης υποστήριξης. Η ανάπτυξή τους βασίζεται στις αρχές της αποκατάστασης (recovery-oriented care), της κοινωνικής ένταξης και της ενδυνάμωσης των ωφελούμενων, όπως αυτές προτείνονται στη διεθνή βιβλιογραφία (Thornicroft & Tansella, 2004).

Τα προστατευόμενα διαμερίσματα θεσμοθετήθηκαν στο πλαίσιο του Ν. 2716/1999, ως Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που προάγουν την ανεξάρτητη διαβίωση (Ελληνική Δημοκρατία, 1999). Το κανονιστικό πλαίσιο συμπληρώνεται από κανονιστικές πράξεις του 2000 για τη λειτουργία ΜΨΑ και την Υπουργική Απόφαση του 2017 για τις προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας (Ελληνική Δημοκρατία, 2000· Ελληνική Δημοκρατία, 2017). Σύμφωνα με το θεσμικό πλαίσιο τα διαμερίσματα λειτουργούν εντός της κοινότητας (όχι ως ιδρυματικές δομές), φιλοξενούν μικρό αριθμό ατόμων και εντάσσονται σε δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Γενικότερα, τα προστατευόμενα διαμερίσματα ορίζονται ως δομές διαβίωσης μικρής κλίμακας, στις οποίες άτομα με ψυχικές διαταραχές ζουν με υψηλό βαθμό αυτονομίας, λαμβάνοντας περιορισμένη υποστήριξη από επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Ελληνική Δημοκρατία, 2000· Ελληνική Δημοκρατία, 2017).

Στα βασικά χαρακτηριστικά συγκαταλέγεται ο μικρός αριθμός ενοίκων (συνήθως 2–4 άτομα) και η πλήρης ή σχεδόν πλήρης αυτοδιαχείριση της καθημερινότητας με περιοδική παρακολούθηση από διεπιστημονική ομάδα, δηλαδή υπάρχει απουσία συνεχούς παρουσίας προσωπικού. Η φιλοσοφία λειτουργίας τους βασίζεται στην ένταξη των ατόμων στο φυσιολογικό κοινωνικό περιβάλλον, αποφεύγοντας τη δημιουργία «ιδρυματικού μικρόκοσμου» (WHO, 2007). Ο βασικός σκοπός των προστατευόμενων διαμερισμάτων είναι η επίτευξη της πλήρους ή σχεδόν πλήρους ανεξαρτησίας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Οι επιμέρους στόχοι περιλαμβάνουν την ενίσχυση της αυτονομίας και της αυτοδιαχείρισης, την κοινωνική και επαγγελματική ένταξη καθώς και τη διατήρηση της ψυχικής σταθερότητας και τη μείωση της εξάρτησης από υπηρεσίες φροντίδας. Τα προστατευόμενα διαμερίσματα αποτελούν το τελικό στάδιο της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, πριν την πλήρη ανεξάρτητη διαβίωση (Knapp et al., 2007).

Η διοίκηση και εποπτεία των προστατευόμενων διαμερισμάτων εντάσσεται στο ίδιο θεσμικό πλαίσιο με τις λοιπές δομές ψυχικής υγείας. Ειδοποιός διαφορά ότι η επιστημονική ομάδα παρακολουθεί την πορεία των ενοίκων και δεν εστιάζει στην εντατική φροντίδα, γεγονός που διαφοροποιεί τα διαμερίσματα από τις άλλες δομές (Thornicroft et al., 2011).

Τα προστατευόμενα διαμερίσματα απευθύνονται σε άτομα με σταθεροποιημένες ψυχικές διαταραχές και υψηλό επίπεδο λειτουργικότητας. Μπορεί να έχουν ήδη περάσει από άλλες δομές (π.χ. οικοτροφεία ή ξενώνες) και η επιλογή των ενοίκων βασίζεται στην ικανότητά τους να ανταποκριθούν σε συνθήκες αυτόνομης διαβίωσης (Ελληνική Δημοκρατία, 2000). Αποτελούν την κορύφωση της διαδικασίας από-ϊδρυματοποίησης, καθώς ενσωματώνουν πλήρως τα άτομα στην κοινότητα, μειώνουν στο ελάχιστο την εξάρτηση από υπηρεσίες και προάγουν την κοινωνική συμμετοχή και την αυτοδιάθεση. Η διεθνής βιβλιογραφία τα αναγνωρίζει ως κρίσιμο στοιχείο των υπηρεσιών που στοχεύουν στην ανάρρωση (WHO, 2007).

Παρά τη σημασία τους, τα προστατευόμενα διαμερίσματα στην Ελλάδα παρουσιάζουν περιορισμένη ανάπτυξη. Μεταξύ των βασικών προκλήσεων είναι ο μικρός αριθμός διαθέσιμων δομών, η δυσκολία στη μετάβαση από πιο προστατευμένα πλαίσια και η ανεπαρκής υποστήριξη στην κοινότητα (π.χ. εργασία, κοινωνικές υπηρεσίες).

Επιπλέον, η επιτυχία τους εξαρτάται από την ύπαρξη ολοκληρωμένου δικτύου υπηρεσιών, κάτι που δεν είναι πάντα επαρκώς ανεπτυγμένο (European Commission, 2019).

3.8. Ποιότητα Ζωής και Επίπεδο Λειτουργικότητας Ενοίκων ανά δομή

Η ποιότητα ζωής των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές αποτελεί βασικό δείκτη αξιολόγησης των σύγχρονων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, υπερβαίνοντας την παραδοσιακή εστίαση στη συμπτωματολογία. Η σύγχρονη προσέγγιση εστιάζει στην υποκειμενική ευημερία, τη λειτουργικότητα και τη δυνατότητα συμμετοχής στην κοινωνική ζωή και στο πλαίσιο της φροντίδας με στόχο την ανάρρωση (WHO, 2021). Είναι μία πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει τόσο αντικειμενικούς όσο και υποκειμενικούς δείκτες, όπως η υγεία, η στέγαση, οι κοινωνικές σχέσεις και η προσωπική ικανοποίηση (WHO, 2021). Σύγχρονες μελέτες δείχνουν ότι η ποιότητα ζωής των ατόμων με σοβαρή ψυχική νόσο επηρεάζεται σημαντικά από παράγοντες όπως η κοινωνική υποστήριξη, η απασχόληση και η κλινική σταθερότητα (O'Connell et al., 2022). Δεδομένου ότι, οι δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης διαφοροποιούνται ως προς το επίπεδο υποστήριξης και αυτονομίας, έχουν ως αποτέλεσμα να επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο την ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα των ενοίκων (Harrison et al., 2020). Παράλληλα, η λειτουργικότητα αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής και να συμμετέχει ενεργά στην κοινωνία (Thornicroft et al., 2011).

Οι ένοικοι δομών υψηλής υποστήριξης χαρακτηρίζονται από χαμηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας και αυξημένες ανάγκες φροντίδας. Η παροχή εντατικής υποστήριξης συμβάλλει στη σταθεροποίηση της ψυχικής κατάστασης και στη μείωση των υποτροπών (Harrison et al., 2020). Ωστόσο, η βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι τα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή σε τέτοιες δομές είναι συχνά χαμηλότερα, κυρίως λόγω περιορισμών στην αυτονομία και τη δυνατότητα λήψης αποφάσεων (Harrison et al., 2020). Επιπλέον, η μακροχρόνια παραμονή ενδέχεται να ενισχύσει την εξάρτηση από τις υπηρεσίες και να περιορίσει την ανάπτυξη δεξιοτήτων ανεξάρτητης διαβίωσης (European Commission, 2019). Οι δομές μέσης υποστήριξης προσφέρουν ένα πιο ισορροπημένο πλαίσιο μεταξύ φροντίδας και αυτονομίας. Τα άτομα που διαμένουν σε

αυτές παρουσιάζουν καλύτερα επίπεδα κοινωνικής λειτουργικότητας και μεγαλύτερη συμμετοχή σε καθημερινές δραστηριότητες (Harrison et al., 2020).

Η ποιότητα ζωής σε αυτές τις δομές βελτιώνεται μέσω της ενίσχυσης της αυτονομίας και της ενεργούς συμμετοχής των ενοίκων, αν και παραμένει εξαρτώμενη από εξωγενείς παράγοντες, όπως η πρόσβαση σε εργασία και κοινωνικά δίκτυα (O'Connell et al., 2022). Τα προστατευόμενα διαμερίσματα συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα αυτονομίας και υποκειμενικής ευημερίας. Τα άτομα που διαμένουν σε τέτοιες δομές αναφέρουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή και αυξημένο αίσθημα ελέγχου (Harrison et al., 2020). Επιπλέον, έρευνα δείχνει ότι η ανεξάρτητη διαβίωση ενισχύει την αυτοεκτίμηση και την κοινωνική ένταξη, ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται από κατάλληλη υποστήριξη (Roos et al., 2016). Ωστόσο, η περιορισμένη εποπτεία μπορεί να αποτελέσει πρόκληση για άτομα με ανεπαρκείς δεξιότητες, γεγονός που αναδεικνύει τη σημασία της κατάλληλης επιλογής των ωφελούμενων (WHO, 2021).

Η σύγχρονη βιβλιογραφία αναδεικνύει μια σαφή διαβάθμιση μεταξύ των δομών ως προς την ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα. Οι δομές υψηλής υποστήριξης προσφέρουν ασφάλεια αλλά περιορίζουν την αυτονομία, ενώ οι δομές χαμηλής υποστήριξης ενισχύουν την ανεξαρτησία και την υποκειμενική ευημερία (Harrison et al., 2020). Ωστόσο, τα επίπεδα συνολικής ευημερίας δεν διαφέρουν πάντα σημαντικά μεταξύ των δομών, γεγονός που υποδηλώνει ότι η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από πολλαπλούς παράγοντες πέραν της στέγασης (O'Connell et al., 2022). Η ποιότητα ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές καθορίζεται από ένα σύνολο αλληλοεπιδρώντων παραγόντων, όπως η ψυχιατρική σταθερότητα, η κοινωνική υποστήριξη, η οικονομική κατάσταση, η πρόσβαση σε εργασία και η ποιότητα των υπηρεσιών. Η διεθνής βιβλιογραφία υπογραμμίζει ότι οι κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν μεγαλύτερη επίδραση από τη μορφή στέγασης αυτή καθαυτή (O'Connell et al., 2022).

3.9. Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, η αποτελεσματική ψυχοκοινωνική αποκατάσταση προϋποθέτει την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος υπηρεσιών που έχει ως σκοπό να συνδυάζει τη στέγαση με την κοινωνική και επαγγελματική ένταξη, ενισχύοντας συνολικά την ποιότητα ζωής των ωφελούμενων (WHO, 2021). Στο παρακάτω κεφάλαιο θα αναλυθεί η έννοια της ποιότητα ζωής, τόσο στο γενικό πληθυσμό αλλά

ειδικότερα στους χρόνιως ψυχικά νοσούντες. Επίσης, ο τρόπος που αυτή αξιολογείται και επηρεάζεται από κοινωνικούς προσδιοριστές, όπως οι κρατικοί μηχανισμοί και το υποστηρικτικό δίκτυο, τόσο από το οικογενειακό πλαίσιο όσο και από το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο.

4. Ποιότητα Ζωής Χρονίως Ψυχικά Νοσούντων

Η ποιότητα ζωής αποτελεί κεντρική έννοια στις επιστήμες υγείας και την ψυχική υγεία, καθώς υπερβαίνει τη στενή κλινική αξιολόγηση των συμπτωμάτων και εστιάζει στη συνολική ευημερία του ατόμου. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα ζωής ορίζεται ως η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, με βάση το κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον, τις προσδοκίες, και το επίπεδο σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας (WHO, 2012· Πράπας & Μαυρέας, 2025). Στο πλαίσιο αυτό, η σύγχρονη βιβλιογραφία αναγνωρίζει ότι η ποιότητα ζωής διαμορφώνεται από τη δυναμική αλληλεπίδραση σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων, γεγονός που την καθιστά πολυδιάστατο και σύνθετο κατασκευαστικό μέγεθος (Skevington et al., 2004· Wilson & Cleary, 1995). Ένας ακόμη παράγοντας που συσχετίστηκε θετικά με την ποιότητα ζωής των νέων είναι η διαγενεακή κινητικότητα, όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, τις εργασιακές και οικονομικές προοπτικές που μπορούν να οδηγήσουν σε στοχευμένο σχεδιασμό εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, παρεμβάσεων ψυχικής υγείας και άλλων τύπων σε όλα τα στάδια της ζωής μέχρι και την ενηλικίωση (Leontopoulou & Chletsos, 2023).

Η σημασία της ποιότητας ζωής καθίσταται ιδιαίτερα εμφανής στον πληθυσμό των ατόμων με χρόνια ψυχικά νοσήματα, όπου η κλινική σταθεροποίηση δεν ταυτίζεται απαραίτητα με λειτουργική αποκατάσταση ή κοινωνική ένταξη. Οι σοβαρές και χρόνιες ψυχικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από παρατεταμένη πορεία, λειτουργική έκπτωση και αυξημένη ανάγκη για συνεχή υποστηρικτική φροντίδα, στοιχεία που επηρεάζουν άμεσα την καθημερινή ζωή και την υποκειμενική ευημερία των ασθενών (Zumstein & Riese, 2020· Perkes, 2023). Παράλληλα, έχει τεκμηριωθεί ότι άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, λόγω της συνύπαρξης συμπτωμάτων, κοινωνικού αποκλεισμού και λειτουργικών περιορισμών (Alemu et al., 2024· de Medina-Moragas et al., 2024).

Στο πλαίσιο αυτό, η ποιότητα ζωής δεν αποτελεί μόνο δείκτη έκβασης της θεραπείας, αλλά και βασικό εργαλείο αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η σύγχρονη ψυχιατρική προσέγγιση μετατοπίζεται από ένα αποκλειστικά βιοϊατρικό μοντέλο σε ένα βιοψυχοκοινωνικό και μοντέλο ανάρρωσης

(recovery model), στο οποίο η λειτουργικότητα, η κοινωνική ένταξη και η προσωπική ανάκαμψη θεωρούνται εξίσου σημαντικές με τη συμπτωματολογική ύφεση (Anthony, 1993· Halstead et al., 2024). Επιπλέον, η ποιότητα ζωής των χρονίως ψυχικά νοσούντων επηρεάζεται καθοριστικά από δομικούς και συστημικούς παράγοντες, όπως η πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, η επάρκεια των κρατικών μηχανισμών πρόνοιας και η ύπαρξη υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων. Η διεθνής βιβλιογραφία υπογραμμίζει ότι η ενίσχυση των κοινοτικών υπηρεσιών και της ολοκληρωμένης φροντίδας συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής λειτουργικότητας των ασθενών (Lundqvist et al., 2023· World Health Organization, 2022).

Συνεπώς, η μελέτη της ποιότητας ζωής σε άτομα με χρόνια ψυχικά νοσήματα απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη τόσο τις ατομικές όσο και τις συστημικές διαστάσεις της ψυχικής υγείας, αναδεικνύοντας τον ρόλο της θεραπείας, της κοινωνικής υποστήριξης και των δομών πρόνοιας στη διαμόρφωση της συνολικής ευημερίας.

4.1. Δείκτες Ποιότητας Ζωής σε Χρόνια Ψυχικά Νοσούντες

Η ποιότητα ζωής των χρονίως ψυχικά νοσούντων αποτελεί βασικό δείκτη αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς η κλινική βελτίωση δεν συνεπάγεται απαραίτητα και βελτίωση της καθημερινής λειτουργικότητας ή της υποκειμενικής ευημερίας. Η σύγχρονη προσέγγιση στην ψυχιατρική φροντίδα δίνει έμφαση στην αποκατάσταση, την κοινωνική ένταξη και τη λειτουργικότητα και όχι μόνο στη μείωση των συμπτωμάτων (Priebe et al., 2011). Οι χρονίως ψυχικά νοσούντες συχνά παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, λόγω της επιβάρυνσης από τα συμπτώματα, της κοινωνικής απομόνωσης και των περιορισμών στην καθημερινή λειτουργικότητα (Fusar-Poli et al., 2020).

Οι διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια, η διπολική διαταραχή και η χρόνια κατάθλιψη επηρεάζουν σημαντικά πολλαπλές διαστάσεις της ποιότητας ζωής, συμπεριλαμβανομένων της σωματικής υγείας, της ψυχολογικής ευεξίας και της κοινωνικής λειτουργικότητας (Karow et al., 2014). Ειδικότερα, τα αρνητικά συμπτώματα, η γνωστική δυσλειτουργία και η λειτουργική έκπτωση έχουν συνδεθεί με

σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε άτομα με σχιζοφρένεια (Fusar-Poli et al., 2020). Επιπλέον, η μακροχρόνια φαρμακευτική αγωγή και οι ανεπιθύμητες παρενέργειες των αντιψυχωτικών φαρμάκων επηρεάζουν, επίσης, αρνητικά τη σωματική και ψυχολογική διάσταση της ποιότητας ζωής (Karow et al., 2014).

Η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προστατευτικούς παράγοντες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των χρονίως ψυχικά νοσούντων. Μελέτες δείχνουν ότι η ύπαρξη υποστηρικτικού οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος σχετίζεται με καλύτερη λειτουργικότητα και υψηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή (Priebe et al., 2011). Παράλληλα, η ανεργία, το στίγμα και ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελούν σημαντικούς αρνητικούς παράγοντες που επιδεινώνουν την ποιότητα ζωής αυτής της ομάδας πληθυσμού (Fusar-Poli et al., 2020). Επιπλέον, η ποιότητα ζωής στους χρονίως ψυχικά νοσούντες επηρεάζεται από τη διάρκεια της νόσου, τη συχνότητα των υποτροπών και τον αριθμό των νοσηλειών. Ασθενείς με μεγαλύτερη διάρκεια νόσου παρουσιάζουν συχνά χαμηλότερη λειτουργικότητα και περιορισμένη κοινωνική συμμετοχή (Karow et al., 2014). Αντίθετα, η συμμετοχή σε προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, η εργοθεραπεία και οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχουν συσχετιστεί με βελτίωση της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής ένταξης (Priebe et al., 2011).

Η ποιότητα ζωής των χρονίως ψυχικά νοσούντων αξιολογείται συνήθως σε τέσσερις βασικές διαστάσεις:

- Σωματική υγεία (παρενέργειες φαρμάκων, συννοσηρότητα)
- Ψυχολογική ευεξία (συμπτώματα, αυτοεκτίμηση)
- Κοινωνικές σχέσεις (υποστήριξη, κοινωνική ένταξη)
- Λειτουργικότητα (εργασία, ανεξαρτησία)

Οι διαστάσεις αυτές αντανακλούν το πολυπαραγοντικό χαρακτήρα της ποιότητας ζωής σε άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές (Karow et al., 2014). Μέσα από αυτές τις διαστάσεις θα διερευνηθεί στη παρούσα μελέτη η ποιότητα ζωής των χρονίως ψυχικά νοσούντων.

4.2. Εργαλεία Αξιολόγησης της Ποιότητας Ζωής σε Χρόνια Ψυχικά Νοσούντες

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε χρονίως ψυχικά νοσούντες επιτρέπει την αποτίμηση όχι μόνο της συμπτωματολογίας αλλά της λειτουργικότητας και της κοινωνικής ένταξης των ασθενών. Για τον σκοπό αυτό έχουν αναπτυχθεί τόσο γενικά εργαλεία ποιότητας ζωής όσο και ειδικά εργαλεία που απευθύνονται σε άτομα με ψυχικές διαταραχές (Karow et al., 2014· Priebe et al., 2011).

Το WHOQOL-100 αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως ένα διαπολιτισμικό εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής. Αποτελείται από 100 ερωτήσεις που καλύπτουν έξι βασικούς τομείς: τη σωματική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις, το περιβάλλον και την πνευματικότητα. Το εργαλείο αυτό αξιολογεί τόσο αντικειμενικές όσο και υποκειμενικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής και έχει χρησιμοποιηθεί σε πληθυσμούς με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια και η διπολική διαταραχή (WHO, 1997). Παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, αλλά λόγω του μεγάλου αριθμού ερωτήσεων χρησιμοποιείται κυρίως σε ερευνητικά πρωτόκολλα (Skevington et al., 2004).

Το WHOQOL-BREF αποτελεί σύντομη μορφή του WHOQOL-100 και περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις. Αξιολογεί τέσσερις βασικές διαστάσεις: σωματική υγεία, ψυχολογική υγεία, κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλοντα. Επιπλέον περιλαμβάνει δύο γενικές ερωτήσεις για τη συνολική ποιότητα ζωής και τη γενική κατάσταση υγείας. Το εργαλείο αυτό χρησιμοποιείται ευρέως σε πληθυσμούς ψυχικής υγείας λόγω της ευκολίας χορήγησης και της καλής ψυχομετρικής του αξιοπιστίας (Skevington et al., 2004). Έχει εφαρμοστεί σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή και μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, παρουσιάζοντας ικανοποιητική εγκυρότητα κατασκευής και εσωτερική συνοχή (Karow et al., 2014).

Το SF-36 αποτελεί ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα γενικά εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής. Περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις που καλύπτουν οκτώ διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα, περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας, σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, περιορισμοί λόγω συναισθηματικών προβλημάτων και ψυχική υγεία. Οι διαστάσεις αυτές συνοψίζονται σε δύο κύριους δείκτες: τη σωματική και την ψυχική συνιστώσα υγείας

(Ware & Sherbourne, 1992). Το SF-36 χρησιμοποιείται συχνά σε χρόνιες ψυχικές διαταραχές και επιτρέπει τη σύγκριση της ποιότητας ζωής μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών ασθενών και του γενικού πληθυσμού (Karow et al., 2014).

Το EQ-5D είναι ένα σύντομο εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής που αναπτύχθηκε από το EuroQol Group. Περιλαμβάνει πέντε διαστάσεις: κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, συνήθεις δραστηριότητες, πόνο/δυσφορία και άγχος/κατάθλιψη. Κάθε διάσταση αξιολογείται σε επίπεδα σοβαρότητας, ενώ συνοδεύεται από οπτική αναλογική κλίμακα (VAS) για τη συνολική κατάσταση υγείας (EuroQol Group, 1990). Το EQ-5D χρησιμοποιείται συχνά σε μελέτες ψυχικής υγείας και οικονομικής αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας λόγω της σύντομης μορφής του και της δυνατότητας υπολογισμού δεικτών χρησιμότητας (Karow et al., 2014).

Η κλίμακα QLS αποτελεί ειδικό εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Αξιολογεί τέσσερις βασικούς τομείς: τις διαπροσωπικές σχέσεις, την ενδοψυχική λειτουργικότητα, τον ρόλο του ατόμου στην κοινωνία και τη χρήση καθημερινών δραστηριοτήτων. Η κλίμακα δίνει ιδιαίτερη έμφαση στα αρνητικά συμπτώματα και στη λειτουργικότητα των ασθενών, γεγονός που την καθιστά ιδιαίτερα χρήσιμη σε χρόνιες ψυχικές διαταραχές (Heinrichs et al., 1984).

Το Lancashire Quality of Life Profile αποτελεί εργαλείο που σχεδιάστηκε ειδικά για άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Αξιολογεί αντικειμενικούς και υποκειμενικούς δείκτες σε τομείς όπως η κατοικία, η εργασία, οι κοινωνικές σχέσεις, η οικονομική κατάσταση, η ασφάλεια και η ψυχική υγεία. Το εργαλείο αυτό χρησιμοποιείται ευρέως σε κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας και σε μελέτες αποκατάστασης (Priebe et al., 2011).

Το MANSA αποτελεί σύντομη μορφή του Lancashire Quality of Life Profile και χρησιμοποιείται συχνά σε έρευνες ψυχικής υγείας. Περιλαμβάνει 16 ερωτήσεις που αξιολογούν την ικανοποίηση από διάφορους τομείς της ζωής, όπως η εργασία, οι κοινωνικές σχέσεις, η υγεία και η οικονομική κατάσταση. Το εργαλείο είναι εύκολο στη χορήγηση και κατάλληλο για χρήση σε χρονίως ψυχικά νοσούντες (Priebe et al., 2011).

4.3. Διεθνείς Μελέτες

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η έννοια της ποιότητας ζωής στους χρόνιους ψυχικά πάσχοντες είναι πολυδιάστατη και περιλαμβάνει ψυχολογικές, κοινωνικές και λειτουργικές παραμέτρους (Dalliou & Bonotis, 2025). Συγκριμένα στην διεθνή βιβλιογραφία παρατηρείται ότι τα άτομα με ψυχικές ασθένειες βιώνουν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL) συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Σε μια κορεατική μελέτη με αντιστοίχιση βαθμολογίας προδιάθεσης, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή ή υποτροπιάζουσα κατάθλιψη σημείωσαν μείωση 71% στην HRQoL (Koh et al., 2025). Μια πολυκρατική έρευνα στη Νότια Ασία σε 3989 ασθενείς με σοβαρή ψυχική ασθένεια διαπίστωσε ότι το υψηλότερο εισόδημα και η εκπαίδευση βελτίωσαν την HRQoL, ενώ το γυναικείο φύλο, το ελλιποβαρές βάρος, η ανεργία και το κάπνισμα, την επιδείνωσαν. Οι καπνιστές είχαν 1,34 φορές υψηλότερες πιθανότητες δυσκολιών αυτοφροντίδας (Sharma et al., 2025). Η ανεργία μειώνει περαιτέρω την ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία (HRQoL), με μια εγκάρσια μελέτη 452 ανέργων ενηλίκων να δείχνει ότι η χαμηλότερη ικανότητα εργασίας και το υψηλότερο άγχος μείωσαν τις βαθμολογίες στις ψυχικές συνιστώσες, ενώ η μεγαλύτερη ηλικία και η σωματοποίηση μείωσαν τις βαθμολογίες στις σωματικές συνιστώσες (Liegert et al., 2025). Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις μπορούν να μετριάσουν αυτές τις επιπτώσεις, δοκιμές που πραγματοποιήθηκαν, ανέφεραν σημαντικά οφέλη στην ευεξία, ειδικά τα προγράμματα που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα (Johansson et al., 2025). Κοινωνικοί παράγοντες όπως η αστάθεια στέγασης, το στίγμα και η έλλειψη υπηρεσιών οδηγούν επίσης σε χειρότερα αποτελέσματα. Μια συστηματική ανασκόπηση τόνισε ότι οι παρεμβάσεις που αφορούν την εγγύτητα, την ταυτότητα και τις πολύτιμες σχέσεις είναι απαραίτητες για ουσιαστικές βελτιώσεις (Patmisari et al., 2025). Τέλος, οι συνήθεις μετρήσεις αποτελεσμάτων που αναφέρουν οι ασθενείς καταδεικνύουν ότι ενώ τα καταθλιπτικά συμπτώματα βελτιώνονται με τη θεραπεία, οι βαθμολογίες ποιότητας ζωής συχνά παραμένουν αμετάβλητες, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για στοχευμένες, ολιστικές στρατηγικές (San et al., 2025). Συνολικά, αυτά τα ευρήματα τονίζουν ότι οι ψυχικές διαταραχές μειώνουν σημαντικά την ποιότητα ζωής και ότι οι κοινωνικοοικονομικοί, κλινικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες πρέπει να αντιμετωπιστούν για να γεφυρωθεί το χάσμα.

4.4. Μελέτες στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, ωστόσο, οι εμπειρικές μελέτες που εστιάζουν ειδικά στην ποιότητα ζωής ατόμων που διαμένουν σε δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης παραμένουν περιορισμένες. Μία από τις πιο σχετικές σύγχρονες μελέτες είναι αυτή των Apostolopoulou et al. (2020), η οποία διερεύνησε τις εμπειρίες ανάρρωσης ενοίκων κοινοτικών στεγαστικών δομών της ΕΠΑΨΥ, βασισμένη στο μοντέλο CHIME (Connectedness, Hope, Identity, Meaning, Empowerment). Αναδείχθηκε η σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων, της αίσθησης του «ανήκειν» και της προσωπικής ενδυνάμωσης για τη βελτίωση της υποκειμενικής ευημερίας. Αν και η μελέτη δεν μετρά άμεσα την ποιότητα ζωής μέσω ποσοτικών εργαλείων, προσεγγίζει κρίσιμες διαστάσεις της, ενισχύοντας την άποψη ότι η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση συμβάλλει ουσιαστικά στη συνολική ποιότητα ζωής.

Παράλληλα, ελληνικές μελέτες που εστιάζουν στη λειτουργία δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, όπως αυτή που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό Ψυχιατρική, δείχνουν ότι η συμμετοχή σε υποστηρικτικές ομάδες σχετίζεται με βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας και της ενεργούς συμμετοχής των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές (Ψυχιατρική, 2019). Η συμμετοχή αυτή αποτελεί βασικό παράγοντα ενίσχυσης της κοινωνικής ένταξης, η οποία συνδέεται άμεσα με την ποιότητα ζωής. Επιπλέον, η μελέτη των Ninou et al. (2024) σε Κέντρο Ημέρας στα Ιωάννινα ανέδειξε τη σημασία της συνεχούς παρακολούθησης και της κοινοτικής φροντίδας για τη σταθεροποίηση της κλινικής εικόνας και τη μείωση των υποτροπών. Αν και το κύριο αντικείμενο της μελέτης ήταν τα κλινικά αποτελέσματα, τα ευρήματα υποδηλώνουν έμμεσα βελτίωση της ποιότητας ζωής, καθώς η μείωση των νοσηλειών και η διατήρηση της λειτουργικότητας αποτελούν βασικές συνιστώσες της.

Αντίστοιχα, η έρευνα των Tsoli et al. (2024) για την εφαρμογή μοντέλων Assertive Community Treatment σε αγροτικές περιοχές της Ελλάδας καταδεικνύει ότι η εντατική κοινοτική φροντίδα συμβάλλει στη μείωση των νοσηλειών και στη βελτίωση της συμμόρφωσης στη θεραπεία. Τα αποτελέσματα αυτά σχετίζονται με τη βελτίωση της καθημερινής λειτουργικότητας και της κοινωνικής σταθερότητας των ασθενών, παράγοντες που επηρεάζουν καθοριστικά την ποιότητα ζωής.

Επιπλέον, η μελέτη των Botsari et al. (2023), η οποία πραγματοποιήθηκε σε στεγαστικές δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, ανέδειξε τη σημασία των συμπεριφορών υγείας, όπως το κάπνισμα, ως παραγόντων που επηρεάζουν τη συνολική υγεία και, κατ' επέκταση, την ποιότητα ζωής των ασθενών. Το εύρημα αυτό υπογραμμίζει ότι η ποιότητα ζωής δεν εξαρτάται μόνο από ψυχοκοινωνικούς αλλά και από σωματικούς παράγοντες.

Τέλος, η μελέτη των Dalliou και Bonotis (2025), αν και πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομειακό πλαίσιο, παρέχει σημαντικά δεδομένα για την ποιότητα ζωής ατόμων με σοβαρή ψυχική νόσο στην Ελλάδα, χρησιμοποιώντας το εργαλείο WHOQOL-BREF. Τα αποτελέσματα έδειξαν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, ιδιαίτερα στους τομείς της ψυχολογικής ευημερίας και των κοινωνικών σχέσεων, γεγονός που ενισχύει τη σημασία των κοινοτικών παρεμβάσεων.

4.5. Υγειονομική Φροντίδα- Κρατικοί Μηχανισμοί και Πρόσβαση των Ατόμων με Χρόνιες Ψυχικές Νόσους σε Υποδομές

Η ποιότητα ζωής των χρονίως ψυχικά νοσούντων επηρεάζεται σημαντικά από την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, την πρόσβαση σε υποδομές ψυχικής υγείας και την ύπαρξη αποτελεσματικών κρατικών μηχανισμών πρόνοιας. Η σύγχρονη βιβλιογραφία υπογραμμίζει ότι η ποιότητα ζωής των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές εξαρτάται όχι μόνο από κλινικούς παράγοντες αλλά και από τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών, την κοινωνική υποστήριξη και την ενσωμάτωση σε κοινοτικές δομές φροντίδας. Οι περιορισμοί στην πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποτελούν βασικό εμπόδιο στη βελτίωση της λειτουργικότητας και της συνολικής ευημερίας των ασθενών (Lundqvist et al., 2023· Gao et al., 2024).

Η παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα μέσω κοινοτικών δομών, έχει συσχετιστεί με βελτίωση της ποιότητας ζωής, της κοινωνικής ένταξης και της λειτουργικότητας. Μελέτες δείχνουν ότι η ενσωματωμένη φροντίδα, που συνδυάζει ψυχιατρική θεραπεία, κοινωνική υποστήριξη και υπηρεσίες αποκατάστασης, σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε ασθενείς με σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Παράλληλα, η διαθεσιμότητα κοινοτικών υπηρεσιών μειώνει τις νοσηλείες και βελτιώνει τη συνέχεια της φροντίδας (Schäfer et al., 2020).

Οι κρατικοί μηχανισμοί διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της ποιότητας φροντίδας των ατόμων με ψυχικές νόσους. Οι πολιτικές ψυχικής υγείας που βασίζονται στην κοινοτική φροντίδα, την πρωτοβάθμια υγεία και τη διατομεακή συνεργασία συμβάλλουν σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και των κοινοτικών υπηρεσιών αποτελεί βασικό άξονα για τη μείωση των ανισοτήτων στην πρόσβαση και τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας (WHO Europe, 2022).

Επιπλέον, η χρηματοδότηση, η επαρκής στελέχωση και η ανάπτυξη υποδομών αποτελούν κρίσιμους παράγοντες για την εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης. Σύμφωνα με πρόσφατη ανάλυση του ΠΟΥ, οι μεταρρυθμίσεις που περιλαμβάνουν επενδύσεις σε κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας, ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και μείωση των οικονομικών εμποδίων που οδηγούν σε βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές (WHO Europe, 2026). Παράλληλα, η έλλειψη συντονισμού μεταξύ υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας αποτελεί σημαντικό πρόβλημα σε πολλά συστήματα υγείας. Οι χρονίως ψυχικά νοσούντες συχνά χρειάζονται συνδυασμό υπηρεσιών, όπως ψυχιατρική φροντίδα, κοινωνική υποστήριξη, στέγαση και επαγγελματική αποκατάσταση. Η απουσία ολοκληρωμένων υπηρεσιών οδηγεί σε μειωμένη πρόσβαση και χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Shields-Zeeman et al., 2020).

Η πρόσβαση, λοιπόν, σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της ποιότητας ζωής καθώς έχει συσχετιστεί με βελτιωμένη λειτουργικότητα και μειωμένη συμπτωματολογία (Havnen et al., 2024). Παράλληλα, η μη πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας παραμένει σημαντικό πρόβλημα σε παγκόσμιο επίπεδο. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, έως και ένα στα τρία άτομα με ψυχική διαταραχή δεν λαμβάνει την απαραίτητη θεραπεία, ενώ ένα στα τέσσερα άτομα με ψύχωση δεν λαμβάνει καμία μορφή φροντίδας. Αντιλαμβανόμαστε έτσι ό,τι η έλλειψη πρόσβασης επηρεάζει αρνητικά τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής των ασθενών (WHO, 2026).

Επιπλέον, η γεωγραφική διαθεσιμότητα υπηρεσιών, οι λίστες αναμονής και το κόστος φροντίδας αποτελούν βασικούς φραγμούς πρόσβασης. Η συστηματική ανασκόπηση

της βιβλιογραφίας έδειξε ότι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως το εισόδημα, η ασφάλιση και η εκπαίδευση, επηρεάζουν σημαντικά τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Gao et al., 2024). Στις υποδομές ψυχικής υγείας περιλαμβάνονται τα κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας, οι ψυχιατρικές κλινικές, οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, τα προστατευόμενα διαμερίσματα, οι δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και τα κέντρα ημέρας. Η ανάπτυξη, των δομών, αυτών έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών, μειώνει τις υποτροπές και ενισχύει την κοινωνική ένταξη (Lundqvist et al., 2023). Η κοινωνική πρόνοια αποτελεί επίσης σημαντικό παράγοντα ποιότητας ζωής. Η πρόσβαση σε επιδόματα αναπηρίας, υποστηριζόμενη στέγαση και επαγγελματική αποκατάσταση συμβάλλει στη βελτίωση της ανεξαρτησίας και της λειτουργικότητας των ασθενών (Schäfer et al., 2020).

Τα ολοκληρωμένα μοντέλα φροντίδας χρόνιων ψυχικά νοσούντων συνδυάζουν ψυχιατρική θεραπεία, πρωτοβάθμια φροντίδα, κοινωνική πρόνοια, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και επαγγελματική ένταξη. Η εφαρμογή τέτοιων μοντέλων έχει συσχετιστεί με βελτίωση της ποιότητας ζωής, μείωση των νοσηλείων και καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία. Η ενσωματωμένη κοινοτική φροντίδα θεωρείται πλέον βασικό στοιχείο σύγχρονων συστημάτων ψυχικής υγείας (WHO Europe, 2022· Guerrero et al., 2024).

4.6. Η Σημαντικότητα του Υποστηρικτικού Δικτύου σε Άτομα με Χρόνια Ψυχικά Νοσήματα

Η ύπαρξη υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προστατευτικούς παράγοντες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με χρόνια ψυχικά νοσήματα. Το υποστηρικτικό δίκτυο περιλαμβάνει την οικογένεια, τους φίλους, τους επαγγελματίες υγείας, τις κοινοτικές δομές και τα δίκτυα ομοιοπαθών, τα οποία συμβάλλουν στη λειτουργικότητα, την ψυχολογική ευεξία και την κοινωνική ένταξη των ασθενών. Η σύγχρονη βιβλιογραφία υπογραμμίζει ότι τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές παρουσιάζουν συχνά περιορισμένα κοινωνικά δίκτυα και χαμηλότερη κοινωνική υποστήριξη σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, γεγονός που σχετίζεται με χαμηλότερη ποιότητα ζωής και αυξημένη λειτουργική έκπτωση (Janssens et al., 2020· Hu et al., 2023).

Η κοινωνική υποστήριξη λειτουργεί ως μηχανισμός προστασίας έναντι των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της ψυχικής νόσου. Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση έδειξε ότι η ύπαρξη επαρκούς κοινωνικής υποστήριξης σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς και καλύτερη ψυχική σταθερότητα σε ασθενείς με σοβαρές ψυχικές διαταραχές (Hu et al., 2023). Παράλληλα, η κοινωνική υποστήριξη ενισχύει τη συμμόρφωση στη θεραπεία και συμβάλλει στη μείωση της απομόνωσης και του στίγματος, τα οποία αποτελούν βασικούς επιβαρυντικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής (Gagiu et al., 2024). Επίσης, λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στο στρες και συμβάλλει στην ενίσχυση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας και της θετικής προσαρμογής (Leontopoulou, 2015). Επιπλέον, η οικογενειακή υποστήριξη έχει αποδειχθεί κρίσιμος παράγοντας στη μακροχρόνια πορεία των χρόνιως ψυχικά νοσούντων. Πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι η κοινωνική υποστήριξη των φροντιστών λειτουργεί ως μεσολαβητικός παράγοντας μεταξύ του οικογενειακού φορτίου και της ποιότητας ζωής των ασθενών, υποδεικνύοντας ότι τα υποστηρικτικά οικογενειακά περιβάλλοντα συμβάλλουν σε καλύτερη λειτουργικότητα και ευημερία (Wang et al., 2025). Γενικότερα, οι θετικές διαπροσωπικές σχέσεις και η κοινωνική στήριξη αποτελούν βασικά στοιχεία της ευημερίας, διότι η κοινωνική υποστήριξη έχει συνδεθεί διαχρονικά με καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία, καθώς και οι σχέσεις με οικογένεια, φίλους και σημαντικούς άλλους θεωρούνται αναπόσπαστο μέρος της θετικής ανάπτυξης των νέων ενηλίκων. Συνολικά, η ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων συμβάλλει στην ανάπτυξη νοήματος ζωής, θετικών συναισθημάτων και προσωπικής ολοκλήρωσης. Αντιλαμβανόμαστε, λοιπόν, ότι η αίσθηση ότι το άτομο διαθέτει υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο ενισχύει την ανθεκτικότητα και την άνθηση (Leontopoulou, 2020).

Η σημασία του υποστηρικτικού δικτύου αποτυπώνεται και στις παρεμβάσεις υποστήριξης από ομοιοπαθείς. Τα προγράμματα αυτά βασίζονται στη συμμετοχή ατόμων με παρόμοια εμπειρία ψυχικής νόσου και στοχεύουν στην ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας, της κοινωνικής ένταξης και της ποιότητας ζωής. Συστηματική ανασκόπηση του 2024 κατέδειξε ότι τα προγράμματα υποστήριξης ομοιοπαθών βελτιώνουν την αυτοαποτελεσματικότητα και παρουσιάζουν θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές (Lee & Yu, 2024). Παράλληλα, το υποστηρικτικό δίκτυο συμβάλλει στη διαδικασία ανάρρωσης

και αποκατάστασης. Η κοινωνική ένταξη, η συμμετοχή σε δραστηριότητες και η διατήρηση διαπροσωπικών σχέσεων σχετίζονται με αυξημένη ανθεκτικότητα και καλύτερη υποκειμενική ποιότητα ζωής σε άτομα με ψυχικές διαταραχές (Chuang et al., 2023). Η ύπαρξη υποστηρικτικών σχέσεων διευκολύνει την ανάπτυξη δεξιοτήτων αντιμετώπισης, μειώνει το άγχος και ενισχύει την αίσθηση του «ανήκειν» (Alemu et al., 2024).

Επιπρόσθετα, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για κοινωνική απομόνωση και επιδείνωση της ψυχικής υγείας. Τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές συχνά διαθέτουν μικρότερο αριθμό κοινωνικών επαφών και χαμηλότερη ποιότητα σχέσεων, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής τους. Παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ενίσχυση του κοινωνικού δικτύου, ιδιαίτερα εξατομικευμένες παρεμβάσεις, έχουν δείξει βελτίωση στην αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη και στη συνολική ευημερία των ασθενών (Janssens et al., 2020).

Συνολικά, το υποστηρικτικό δίκτυο αποτελεί βασικό στοιχείο της ολιστικής φροντίδας των χρονίως ψυχικά νοσούντων. Η οικογένεια, οι επαγγελματίες υγείας και οι κοινοτικές δομές λειτουργούν συμπληρωματικά, συμβάλλοντας στη μείωση της απομόνωσης, στην ενίσχυση της λειτουργικότητας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η ενσωμάτωση παρεμβάσεων ενίσχυσης κοινωνικής υποστήριξης στα συστήματα ψυχικής υγείας θεωρείται πλέον βασικός άξονας της σύγχρονης ψυχιατρικής αποκατάστασης.

4.7. Συμπεράσματα

Εν κατακλείδι, η ποιότητα ζωής και ιδιαίτερα των χρονίως ψυχικά νοσούντων αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό ζήτημα που οφείλουμε να διερευνούμε ολιστικά, διότι επηρεάζεται τόσο από την σωματική και ψυχική υγεία, όσο και από τις κοινωνικές σχέσεις και την λειτουργικότητα του ίδιου του ατόμου. Ταυτόχρονα, καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η κοινωνία και η στήριξη που παρέχει ή όχι στα άτομα αυτά. Εγείρει, λοιπόν, την ανάγκη για ενίσχυση των κρατικών μηχανισμών και του ευρύτερου υποστηρικτικού δικτύου, το οποίο μπορεί να δημιουργηθεί μέσα από στοχευμένες πολιτικές υγείας. Παρακάτω θα αναλυθούν οι παρεμβάσεις και πολιτικές ψυχικής υγείας με στόχο την ανάρρωση.

5. Παρεμβάσεις και Πολιτικές Ψυχικής Υγείας

Η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με χρόνια ψυχική νόσο εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ανάπτυξη κατάλληλων πολιτικών υγείας που να υποστηρίζουν την κοινοτική φροντίδα και την κοινωνική ένταξη. Οι σύγχρονες πολιτικές ψυχικής υγείας δίνουν έμφαση στην αποϊδρυματοποίηση, στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών, στη διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας με τις κοινωνικές υπηρεσίες και στην προαγωγή της προσέγγισης της ανάρρωσης (recovery-oriented care) (WHO, 2021). Οι πολιτικές αυτές στοχεύουν στη μετατόπιση της φροντίδας από τα ψυχιατρικά ιδρύματα προς υπηρεσίες που βασίζονται στην κοινότητα, όπως κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, προστατευόμενα διαμερίσματα, κέντρα ημέρας και δομές επαγγελματικής αποκατάστασης (Thornicroft & Tansella, 2014).

Επιπλέον, η ανάπτυξη ολοκληρωμένων πολιτικών ψυχικής υγείας περιλαμβάνει τη διεπιστημονική συνεργασία, τη συνέχεια της φροντίδας και την ενίσχυση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για την έγκαιρη ανίχνευση και παρακολούθηση των χρόνιων ψυχικών διαταραχών. Η ενσωμάτωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την πρόσβαση των ασθενών στη φροντίδα, μειώνει τις υποτροπές και ενισχύει την κοινωνική λειτουργικότητα (Patel et al., 2018). Παράλληλα, οι πολιτικές που προάγουν την υποστηριζόμενη απασχόληση, την κοινωνική στέγαση και την καταπολέμηση του στίγματος συμβάλλουν σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με χρόνια ψυχική νόσο (OECD, 2021). Ιδιαίτερη σημασία έχουν επίσης οι πολιτικές που ενισχύουν τη συμμετοχή των ίδιων των ωφελούμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη λήψη αποφάσεων και στον σχεδιασμό των υπηρεσιών. Η προσέγγιση αυτή προάγει την ενδυνάμωση, την αυτονομία και τη βελτίωση της υποκειμενικής ποιότητας ζωής, ενώ μειώνει τον κοινωνικό αποκλεισμό και το στίγμα που συνοδεύει τη χρόνια ψυχική νόσο (Slade et al., 2017). Συνεπώς, η ανάπτυξη ολοκληρωμένων πολιτικών ψυχικής υγείας, σε συνδυασμό με τεκμηριωμένες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, αποτελεί βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματική αποκατάσταση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με χρόνια ψυχική νόσο.

Σκοπός του παρόντος κεφαλαίου είναι η παρουσίαση των βασικών ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων που εφαρμόζονται στην αποκατάσταση των ατόμων με χρόνια ψυχική

νόσο, καθώς και η ανάλυση της συμβολής τους στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, υπό το πρίσμα των σύγχρονων πολιτικών ψυχικής υγείας.

5.1. Ψυχοκοινωνικές Παρεμβάσεις και ο δρόμος για την ανάρρωση

Η ποιότητα ζωής των ατόμων με χρόνια ψυχική νόσο αποτελεί βασικό δείκτη έκβασης των σύγχρονων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς οι συγκεκριμένοι πληθυσμοί εμφανίζουν σημαντικούς περιορισμούς στη λειτουργικότητα, στην κοινωνική ένταξη και στην επαγγελματική αποκατάσταση. Τα άτομα με σοβαρή και χρόνια ψυχική διαταραχή βιώνουν υψηλά ποσοστά ανεργίας, κοινωνικού αποκλεισμού και μειωμένου προσδόκιμου ζωής, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά τη συνολική ποιότητα ζωής τους. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις αποτελούν κεντρικό πυλώνα της ψυχιατρικής αποκατάστασης, καθώς στοχεύουν στη βελτίωση της λειτουργικότητας, της αυτονομίας και της κοινωνικής συμμετοχής των ατόμων αυτών (BMC Psychiatry, 2025). Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ορίζεται ως ένα σύνολο παρεμβάσεων που αποσκοπούν στην κοινωνική ένταξη των ατόμων με σοβαρή ψυχική νόσο, μέσω της ενίσχυσης των δεξιοτήτων καθημερινής ζωής, της επαγγελματικής αποκατάστασης και της υποστήριξης στο κοινοτικό περιβάλλον. Οι παρεμβάσεις αυτές έχουν ως βασικούς στόχους την αποκατάσταση της ανεξάρτητης λειτουργικότητας, τη μείωση της αναπηρίας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Kalogerakis et al., 2019).

Μία από τις πιο τεκμηριωμένες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι η υποστηριζόμενη απασχόληση (supported employment), ιδιαίτερα μέσω του μοντέλου Individual Placement and Support (IPS). Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στην άμεση τοποθέτηση των ατόμων σε ανταγωνιστικές θέσεις εργασίας με συνεχή υποστήριξη από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Μετα-αναλύσεις τυχαιοποιημένων μελετών δείχνουν ότι η υποστηριζόμενη απασχόληση αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα εύρεσης εργασίας και τη διάρκεια απασχόλησης σε άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο, ενώ συμβάλλει και στη βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας (Suijkerbuijk et al., 2017). Επιπλέον, πρόσφατη έρευνα επιβεβαιώνει ότι οι παρεμβάσεις υποστηριζόμενης απασχόλησης συνδέονται με καλύτερα αποτελέσματα σε επίπεδο ποιότητας ζωής, κοινωνικής λειτουργικότητας και χρήσης υπηρεσιών υγείας (Modini et al., 2024).

Σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της ποιότητας ζωής διαδραματίζουν και οι κοινοτικές ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Συστηματική ανασκόπηση πρόσφατων μελετών έδειξε

ότι τα κοινοτικά προγράμματα αποκατάστασης, οι ομάδες κοινωνικών δεξιοτήτων και οι παρεμβάσεις υποστηριζόμενης διαβίωσης βελτιώνουν τη λειτουργικότητα, μειώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό και ενισχύουν την αυτονομία των ατόμων με σοβαρή ψυχική νόσο (Killaspy et al., 2022).

Παράλληλα, οι παρεμβάσεις από ομοιοπαθείς (peer support) αποτελούν αναδυόμενο μοντέλο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Αν και τα αποτελέσματα των μετα-αναλύσεων είναι ετερογενή, έχει καταγραφεί μικρή αλλά θετική επίδραση στην ανάρρωση, στην ελπίδα και στην ενδυνάμωση των ασθενών, παρά το γεγονός ότι τα δεδομένα για τη συνολική ποιότητα ζωής παραμένουν περιορισμένα (Lloyd-Evans et al., 2014).

Επιπλέον, οι παρεμβάσεις εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων και γνωσιακής αποκατάστασης αποτελούν βασικά στοιχεία των προγραμμάτων ψυχιατρικής αποκατάστασης. Οι παρεμβάσεις αυτές στοχεύουν στη βελτίωση της επικοινωνίας, της αυτοφροντίδας, της διαχείρισης συμπτωμάτων και της ανεξάρτητης διαβίωσης. Όταν συνδυάζονται με επαγγελματική αποκατάσταση και κοινοτική υποστήριξη, συμβάλλουν στη συνολική βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών. Επιπλέον, πολυδιάστατα προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που περιλαμβάνουν επαγγελματική κατάρτιση, ομάδες υποστήριξης και ψυχοεκπαίδευση έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στη μείωση της κοινωνικής αναπηρίας και στην ενίσχυση της κοινωνικής ένταξης (Kyllapsi et al., 2022· Kalogerakis et al., 2019).

Συνολικά, η βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι οι πιο αποτελεσματικές ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με χρόνια ψυχική νόσο είναι: η υποστηριζόμενη απασχόληση, οι κοινοτικές υπηρεσίες αποκατάστασης, η υποστηριζόμενη διαβίωση, η εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, οι ομάδες υποστήριξης και οι παρεμβάσεις από ομοιοπαθείς. Η εφαρμογή ολοκληρωμένων, κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ατόμων με χρόνια ψυχική νόσο (Kyllapsi et al., 2022· Kalogerakis et al., 2019).

5.2. Ο Ρόλος των δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Οι δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης αποτελούν βασικό πυλώνα των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαδικασία της ανάρρωσης των ατόμων με χρόνια ψυχική νόσο. Η έννοια της ανάρρωσης δεν περιορίζεται στη μείωση των συμπτωμάτων, αλλά αφορά μια δυναμική και εξατομικευμένη διαδικασία μέσα από την οποία το άτομο επιτυγχάνει βελτίωση της λειτουργικότητας, ενίσχυση της αυτονομίας και ενεργή συμμετοχή στην κοινωνική ζωή, παρά την παρουσία της νόσου. Στο πλαίσιο αυτό, οι δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης παρέχουν υποστηρικτικά περιβάλλοντα που διευκολύνουν την ανάπτυξη δεξιοτήτων, την κοινωνική ένταξη και την επαγγελματική αποκατάσταση των χρονίως ψυχικά πασχόντων (Slade et al., 2017).

Οι βασικές δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης περιλαμβάνουν προστατευόμενα διαμερίσματα, οικοτροφεία, ξενώνες, κέντρα ημέρας, κινητές μονάδες και εργαστήρια επαγγελματικής αποκατάστασης. Οι δομές αυτές στοχεύουν στην υποστήριξη της ανεξάρτητης διαβίωσης, στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και στη βελτίωση της καθημερινής λειτουργικότητας. Η συμμετοχή των ατόμων με σοβαρή ψυχική νόσο σε κοινοτικές δομές αποκατάστασης έχει συσχετιστεί με καλύτερα επίπεδα κοινωνικής λειτουργικότητας, μείωση των υποτροπών και βελτίωση της ποιότητας ζωής (Killaspy et al., 2022). Παράλληλα, η σταθερή παρακολούθηση από διεπιστημονική ομάδα συμβάλλει στην ενίσχυση της συμμόρφωσης στη θεραπεία και στη μείωση των επανεισαγωγών σε ψυχιατρικά νοσοκομεία (Thornicroft & Tansella, 2014).

Ένας ακόμη σημαντικός ρόλος των δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης αφορά την ενδυνάμωση των ατόμων με χρόνια ψυχική νόσο και την ενίσχυση της αυτονομίας τους. Μέσω ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων, εκπαίδευσης δεξιοτήτων καθημερινής ζωής και προγραμμάτων κοινωνικής επανένταξης, τα άτομα ενθαρρύνονται να αναπτύξουν αυτοπεποίθηση, να αναλάβουν ενεργό ρόλο στη θεραπεία τους και να θέσουν προσωπικούς στόχους ανάρρωσης. Η προσέγγιση αυτή είναι σύμφωνη με το μοντέλο ανάρρωσης, το οποίο δίνει έμφαση στην ελπίδα, στην αυτοδιάθεση και στη συμμετοχή του ατόμου στη λήψη αποφάσεων (Anthony, 1993· Slade et al., 2017).

Επιπλέον, οι δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης συμβάλλουν στη μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού και του στίγματος που βιώνουν τα άτομα με χρόνια ψυχική

νόσο. Η λειτουργία τους στην κοινότητα διευκολύνει την κοινωνική αλληλεπίδραση, την ανάπτυξη υποστηρικτικών δικτύων και την επανένταξη στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή. Η παροχή ευκαιριών για δημιουργική απασχόληση, επαγγελματική κατάρτιση και υποστηριζόμενη εργασία έχει αποδειχθεί ότι ενισχύει τη λειτουργική ανάρρωση και την υποκειμενική ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών (Drake et al., 2020· Farkas & Anthony, 2010).

Συνεπώς, οι δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης αποτελούν θεμελιώδες στοιχείο των σύγχρονων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και συμβάλλουν ουσιαστικά στη διαδικασία ανάρρωσης των χρονίως ψυχικά νοσούντων. Μέσω της κοινοτικής φροντίδας, της ενίσχυσης δεξιοτήτων, της υποστήριξης της ανεξάρτητης διαβίωσης και της κοινωνικής επανένταξης, οι δομές αυτές προάγουν τη λειτουργική αποκατάσταση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με χρόνια ψυχική νόσο.

5.3. Η Κοινοτική Ψυχιατρική στην Ελλάδα και οι Μελλοντικοί Στόχοι για τους Χρόνια Ψυχικά Νοσούντες

Η κοινοτική ψυχιατρική στην Ελλάδα αναπτύχθηκε στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και της μετάβασης από το ασυλοκεντρικό μοντέλο φροντίδας σε ένα σύστημα υπηρεσιών βασισμένο στην κοινότητα. Η μεταρρύθμιση αυτή ξεκίνησε τη δεκαετία του 1980 και ενισχύθηκε με την εφαρμογή του προγράμματος «Ψυχαργός», το οποίο στόχευσε στην αποϊδρυματοποίηση των ασθενών, στην ανάπτυξη δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και στη δημιουργία δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Stylianidis, 2016). Η κοινοτική ψυχιατρική βασίζεται στην παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας κοντά στον τόπο διαμονής του ασθενούς, στη συνέχεια της θεραπείας και στη διεπιστημονική συνεργασία, με στόχο τη λειτουργική αποκατάσταση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με χρόνια ψυχική νόσο (Thornicroft & Tansella, 2014).

Στην Ελλάδα, η κοινοτική ψυχιατρική υλοποιείται μέσω ενός δικτύου υπηρεσιών που περιλαμβάνει Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ημέρας, προστατευόμενα διαμερίσματα, οικοτροφεία, ξενώνες και κοινωνικούς συνεταιρισμούς περιορισμένης ευθύνης (ΚοιΣΠΕ). Οι δομές αυτές παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, δίνοντας έμφαση στην υποστήριξη της ανεξάρτητης διαβίωσης και στην κοινωνική ένταξη των

χρονίως ψυχικά νοσούντων. Η ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών έχει συσχετιστεί με μείωση των μακροχρόνιων νοσηλειών, βελτίωση της λειτουργικότητας και ενίσχυση της κοινωνικής συμμετοχής των ασθενών (Economou et al., 2019).

Παρά την πρόοδο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, η κοινοτική ψυχιατρική στην Ελλάδα εξακολουθεί να αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται η άνιση γεωγραφική κατανομή υπηρεσιών, η υποστελέχωση, η περιορισμένη διασύνδεση μεταξύ των υπηρεσιών και η ελλειψη συνέπειας στην φροντίδα. Επιπλέον, παραμένουν προβλήματα που σχετίζονται με την πρόσβαση των χρονίως ψυχικά νοσούντων σε υπηρεσίες επαγγελματικής αποκατάστασης, υποστηριζόμενης στέγασης και κοινοτικής υποστήριξης, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής και τη διαδικασία ανάρρωσης (Stylianidis, 2016· WHO, 2021).

Οι μελλοντικοί στόχοι της κοινοτικής ψυχιατρικής στην Ελλάδα επικεντρώνονται στην περαιτέρω ενίσχυση του κοινοτικού μοντέλου φροντίδας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των χρονίως ψυχικά νοσούντων. Ένας βασικός στόχος είναι η ολοκλήρωση της αποϊδρυματοποίησης και η ενίσχυση των δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, ώστε να διασφαλιστεί η ανεξάρτητη διαβίωση των ασθενών στην κοινότητα. Η ανάπτυξη περισσότερων προστατευόμενων διαμερισμάτων και υποστηριζόμενων μορφών στέγασης αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για τη λειτουργική αποκατάσταση και τη μείωση των υποτροπών (Killaspy et al., 2022).

Επιπλέον, σημαντικός στόχος αποτελεί η ενίσχυση της διεπιστημονικής και διατομεακής συνεργασίας μεταξύ υπηρεσιών ψυχικής υγείας, κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η ολοκληρωμένη αυτή προσέγγιση συμβάλλει στη συνέχεια της φροντίδας, στη μείωση των νοσηλειών και στη βελτίωση της λειτουργικότητας των ατόμων με χρόνια ψυχική νόσο (Patel et al., 2018). Παράλληλα, η ενσωμάτωση της προσέγγισης ανάρρωσης στον σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελεί βασική κατεύθυνση της σύγχρονης κοινοτικής ψυχιατρικής, δίνοντας έμφαση στην ενδυνάμωση των ασθενών, στη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων και στην προώθηση της κοινωνικής ένταξης (Slade et al., 2017).

Ένας ακόμη σημαντικός μελλοντικός στόχος είναι η ανάπτυξη προγραμμάτων υποστηριζόμενης απασχόλησης και κοινωνικής επιχειρηματικότητας, όπως οι

ΚοιΣΠΕ, που προάγουν την εργασιακή ένταξη των χρονίως ψυχικά νοσούντων. Η πρόσβαση στην εργασία έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί βασικό παράγοντα λειτουργικής ανάρρωσης και βελτίωσης της ποιότητας ζωής, καθώς ενισχύει την αυτονομία και την κοινωνική συμμετοχή των ατόμων αυτών. Τέλος, η καταπολέμηση του στίγματος και η προώθηση της ευαισθητοποίησης της κοινότητας αποτελούν κρίσιμους στόχους για τη διασφάλιση της κοινωνικής ένταξης και της ισότιμης συμμετοχής των ατόμων με χρόνια ψυχική νόσο (Drake et al., 2020).

Συνολικά, η κοινοτική ψυχιατρική στην Ελλάδα αποτελεί βασικό άξονα της φροντίδας των χρονίως ψυχικά νοσούντων, ενώ η περαιτέρω ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών, η ενίσχυση των δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και η υιοθέτηση του μοντέλου ανάρρωσης αποτελούν θεμελιώδεις στόχους για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων αυτών (Stylianidis, 2016· Thornicroft & Tansella, 2014· World Health Organization, 2021).

5.4. Πολιτικές Προαγωγής Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα

Η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με χρόνια ψυχική νόσο απαιτεί την ανάπτυξη ολοκληρωμένων πολιτικών ψυχικής υγείας και κοινωνικής ευεξίας, οι οποίες βασίζονται σε κοινοτικά, δικαίωμα-κεντρικά μοντέλα φροντίδας και μοντέλα ανάρρωσης. Σύμφωνα με διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, οι σύγχρονες πολιτικές ψυχικής υγείας οφείλουν να μετακινηθούν από τα ιδρυματικά μοντέλα προς υπηρεσίες βασισμένες στην κοινότητα, οι οποίες προάγουν την αυτονομία, την κοινωνική ένταξη και τη συμμετοχή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στη λήψη αποφάσεων (WHO, 2021). Οι πολιτικές αυτές δίνουν έμφαση στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων δικτύων κοινοτικών υπηρεσιών, στην ενίσχυση της υποστηριζόμενης διαβίωσης και στη διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας με τομείς όπως η στέγαση, η εκπαίδευση και η εργασία, ώστε τα άτομα με ψυχικές διαταραχές να μπορούν να ζουν «πλήρεις και ουσιαστικές ζωές στην κοινότητα» (WHO, 2021).

Μία βασική κατεύθυνση πολιτικής αφορά την ανάπτυξη ολοκληρωμένων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι διεθνείς έρευνες υποδεικνύουν ότι η ύπαρξη δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών, το οποίο περιλαμβάνει κέντρα ψυχικής υγείας, υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας, δομές υποστηριζόμενης διαβίωσης και υπηρεσίες κρίσης, συμβάλλει στη μείωση των νοσηλείων, στη βελτίωση της λειτουργικότητας και στην ενίσχυση της

ποιότητας ζωής των χρονίως ψυχικά νοσούντων (WHO, 2021). Επιπλέον, η ανάπτυξη υπηρεσιών κοινωνικής παρέμβασης και κοινοτικής παρακολούθησης επιτρέπει τη συνεχή υποστήριξη των ασθενών στο φυσικό τους περιβάλλον και ενισχύει τη διαδικασία ανάρρωσης (WHO, 2021).

Σημαντική πολιτική προτεραιότητα αποτελεί, επίσης, η ενσωμάτωση των κοινωνικών προσδιοριστών της ψυχικής υγείας στον σχεδιασμό των υπηρεσιών. Σύμφωνα με πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες, οι πολιτικές ψυχικής υγείας πρέπει να αντιμετωπίζουν παράγοντες όπως η ανεργία, η φτώχεια, η κοινωνική απομόνωση και η έλλειψη στέγασης, οι οποίοι επηρεάζουν καθοριστικά την πορεία των χρόνιων ψυχικών διαταραχών. Οι διεθνείς οργανισμοί υπογραμμίζουν ότι οι πολιτικές που συνδυάζουν παρεμβάσεις σε επίπεδο υγείας, απασχόλησης, εκπαίδευσης και κοινωνικής προστασίας οδηγούν σε καλύτερα αποτελέσματα λειτουργικής αποκατάστασης και ποιότητας ζωής (WHO, 2025).

Επιπλέον, η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η ενσωμάτωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε αυτήν αποτελούν βασικό στόχο των σύγχρονων πολιτικών. Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας με εκπαίδευση μη εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας, η εφαρμογή χαμηλής έντασης ψυχολογικών παρεμβάσεων και η έγκαιρη ανίχνευση των υποτροπών συμβάλλουν στη βελτίωση της λειτουργικότητας και στη μείωση της επιβάρυνσης των υπηρεσιών νοσηλείας (WHO, 2023).

Παράλληλα, οι πολιτικές ψυχικής υγείας οφείλουν να δίνουν έμφαση στην εργασιακή ένταξη και την κοινωνική συμμετοχή των χρονίως ψυχικά νοσούντων. Διεθνείς αναφορές καταδεικνύουν ότι η ψυχική νόσος συνδέεται με χαμηλά ποσοστά απασχόλησης και σημαντικές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις, γεγονός που καθιστά απαραίτητη την ανάπτυξη πολιτικών υποστηριζόμενης απασχόλησης, κοινωνικής επιχειρηματικότητας και επαγγελματικής αποκατάστασης. Η πρόσβαση στην εργασία και η οικονομική ανεξαρτησία αποτελούν κρίσιμους παράγοντες για τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης, της κοινωνικής ένταξης και της ποιότητας ζωής των ατόμων με χρόνια ψυχική νόσο (OECD, 2023).

Ένας ακόμη σημαντικός άξονας πολιτικής αφορά την ενσωμάτωση της προσέγγισης ανάρρωσης στον σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι σύγχρονες

κατευθυντήριες οδηγίες υπογραμμίζουν τη σημασία της συμμετοχής των ατόμων με βιωμένη εμπειρία ψυχικής νόσου στον σχεδιασμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών, καθώς και την ανάπτυξη υπηρεσιών από ομοιοπαθείς. Η συμμετοχική αυτή προσέγγιση ενισχύει την αυτονομία, μειώνει το στίγμα και βελτιώνει τη συνολική ποιότητα ζωής των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας (WHO, 2025).

Τέλος, σημαντικό στοιχείο για τη διαμόρφωση πολιτικών κοινωνικής ευεξίας αποτελεί η ανάπτυξη δράσεων προαγωγής ψυχικής υγείας και καταπολέμησης του στίγματος. Η ψυχική υγεία επηρεάζεται από κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες και απαιτεί διατομεακές παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν εκπαίδευση της κοινότητας, ενίσχυση κοινωνικών δικτύων και υποστήριξη ευάλωτων ομάδων. Η εφαρμογή τέτοιων πολιτικών συμβάλλει στη μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού και στη βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας των χρονίως ψυχικά νοσούντων (WHO, 2026).

5.5. Συμπεράσματα

Συνολικά, οι έρευνες υποδεικνύουν ότι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με χρόνια ψυχική νόσο προϋποθέτει πολιτικές που βασίζονται στην κοινοτική φροντίδα, στη διεπιστημονική συνεργασία, στην αντιμετώπιση των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας, στην ενίσχυση της εργασιακής ένταξης και στην υιοθέτηση του μοντέλου ανάρρωσης. Η υλοποίηση τέτοιων πολιτικών οδηγεί σε καλύτερη λειτουργική αποκατάσταση, μείωση των υποτροπών και ουσιαστική βελτίωση της κοινωνικής και προσωπικής ευημερίας των χρονίως ψυχικά νοσούντων (Killaspy et al., 2022· Patel et al., 2018· Thornicroft & Tansella, 2014· WHO, 2021).

Μετά από την θεωρητική ανάλυση του θέματος της έρευνας και σχετικών παραμέτρων που βοηθάνε στην καλύτερη κατανόηση της μελέτης και εννοιών που την συνοδεύουν, στο επόμενο κεφάλαιο θα πραγματοποιηθεί βιβλιογραφική ανασκόπηση για την ποιότητα ζωής χρονίως ψυχικά νοσούντων τόσο στη διεθνή όσο και στην εγχώρια βιβλιογραφία με σκοπό την αναδείξη των κενών σε αυτή και να γίνει εστίαση στα θέματα που θα κληθούν να καλυφθούν.

6. Η Παρούσα Έρευνα

Παρά την ύπαρξη των παραπάνω μελετών, διαπιστώνονται σημαντικά ερευνητικά κενά στην ελληνική βιβλιογραφία. Πρώτον, υπάρχει έλλειψη ποσοτικών μελετών που να εξετάζουν συστηματικά την ποιότητα ζωής των χρόνιων ψυχικά πασχόντων που διαμένουν σε δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, με χρήση σταθμισμένων εργαλείων. Οι περισσότερες μελέτες επικεντρώνονται είτε σε κλινικά αποτελέσματα, είτε σε επιμέρους διαστάσεις της ανάρρωσης. Δεύτερον, παρατηρείται περιορισμένη σύγκριση μεταξύ διαφορετικών τύπων δομών (π.χ. ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα, κέντρα ημέρας), γεγονός που δεν επιτρέπει την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας κάθε μοντέλου ως προς την ποιότητα ζωής. Τρίτον, υπάρχει έλλειψη διαχρονικών μελετών που να εξετάζουν την εξέλιξη της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά την ένταξή τους σε δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Τέταρτον, η υποκειμενική εμπειρία των ίδιων των ασθενών δεν αποτυπώνεται επαρκώς σε συνδυασμό με αντικειμενικούς δείκτες ποιότητας ζωής. Η σύνθεση ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων παραμένει περιορισμένη.

Η παρούσα μελέτη επιχειρεί να καλύψει μέρος αυτού του ερευνητικού κενού, εστιάζοντας συστηματικά στην ποιότητα ζωής των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην Ελλάδα. Στόχος είναι μέσω της ποιοτικής έρευνας να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής των χρονίως ψυχικά νοσούντων σε ξενώνες και οικοτροφεία, σε τέσσερις βασικούς άξονες, την σωματική και ψυχική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις και το στίγμα. Συγκεκριμένα, θα γίνει προσπάθεια να διερευνηθεί το στίγμα που συνοδεύει συχνά τους χρόνιους ασθενείς τόσο ευρύτερα στην κοινωνία, όσο και σε υπηρεσίες υγείας με τις οποίες τα άτομα αυτά έρχονται σε επαφή. Παράλληλα, θα γίνει προσπάθεια σύγκρισης των απαντήσεων των ωφελούμενων των δομών υψηλής φροντίδας (οικοτροφεία) με τους ωφελούμενους δομών μέσης φροντίδας (ξενώνες). Επιπρόσθετα, θα διερευνηθεί ο τρόπος που κατανοούν την ποιότητα ζωής οι ωφελούμενοι που διαμένουν σε δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, καθώς και η πορεία της υγείας των ωφελούμενων από την ένταξη τους σε δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

Αναλυτικότερα, σκοπός της μελέτης είναι να ερευνήσει αν η διαμονή χρονίως ψυχικά πασχόντων σε δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους και με ποιον τρόπο. Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας απαριθμούνται παρακάτω:

- a) Να διαπιστωθεί εάν και κατά πόσο έχει επηρεαστεί η ποιότητα ζωής των χρονίως ψυχικά πασχόντων από την ένταξή τους σε δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.
- b) Να ερευνηθεί αν έχει βελτιωθεί ή επιδεινωθεί η υγεία τους από την ένταξή τους σε δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.
- c) Να ερευνηθεί αν έχουν βιώσει ότι η ψυχική νόσος έχει επηρεάσει θετικά ή αρνητικά το επίπεδο φροντίδας που έχουν λάβει για τυχόν παθολογικό ζήτημα σε δημόσια νοσοκομεία.
- d) Να διατυπωθούν προτάσεις βελτίωσης της ποιότητας ζωής των χρονίως ψυχικά πασχόντων στη βάση των προσωπικών τους εμπειριών.
- e) Να δημιουργηθούν προτάσεις για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των χρονίως ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα.

Τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα αποσκοπούν στην πολύπλευρη διερεύνηση της ποιότητας ζωής των χρονίως ψυχικά νοσούντων. Για την αναλυτικότερη επεξήγησή τους χωρίζονται στις παρακάτω υποκατηγορίες.

- i. Ποια η ποιότητα ζωής των ωφελούμενων που διαμένουν σε δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης;
- ii. Πως έχει επηρεαστεί η πορεία της υγείας (σωματική και ψυχική) των ωφελούμενων από την ένταξη τους σε δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης;
- iii. Έχουν βιώσει διακρίσεις οι ωφελούμενοι των δομών στην ποιότητα φροντίδας υγείας, εκτός των δομών, εξαιτίας της ψυχικής τους νόσου;
- iv. Έχουν βιώσει διακρίσεις οι ωφελούμενοι των δομών στην κοινότητα;
- v. Τι πιστεύουν οι ωφελούμενοι των δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ότι θα βοηθούσε στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και του κοινωνικού στίγματος;

Β' ΜΕΡΟΣ_ Ποιοτική Έρευνα

7. Μεθοδολογία Έρευνας

7.1. Μεθοδολογική Προσέγγιση

Η παρούσα μελέτη υιοθετεί ποιοτική ερευνητική προσέγγιση, η οποία θεωρείται ιδιαίτερα κατάλληλη για τη διερεύνηση σύνθετων, πολυδιάστατων και κοινωνικά προσδιοριζόμενων φαινομένων, όπως η ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια ψυχική νόσο. Η ποιοτική έρευνα εστιάζει στην κατανόηση των υποκειμενικών εμπειριών, των αντιλήψεων και των νοηματοδοτήσεων που αποδίδουν τα άτομα στις καταστάσεις που βιώνουν, εντός του φυσικού τους πλαισίου (Creswell & Poth, 2018). Η επιλογή της ποιοτικής μεθοδολογίας αιτιολογείται από τη φύση του ερευνητικού προβλήματος, το οποίο δεν επιδέχεται ποσοτικοποίηση, αλλά απαιτεί εις βάθος κατανόηση των βιωμάτων των συμμετεχόντων. Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής σε άτομα με χρόνια ψυχική νόσο προϋποθέτει την ανάδειξη προσωπικών αφηγήσεων, κοινωνικών εμπειριών και υποκειμενικών αξιολογήσεων, οι οποίες δεν μπορούν να αποτυπωθούν επαρκώς μέσω τυποποιημένων ποσοτικών εργαλείων (Flick, 2018).

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα έρευνα αντλεί τη θεωρητική της βάση από τη φαινομενολογική παράδοση της ποιοτικής έρευνας, η οποία εστιάζει στη διερεύνηση της «βιωμένης εμπειρίας» (lived experience) και των νοημάτων που αποδίδουν τα άτομα στις εμπειρίες τους. Η φαινομενολογική προσέγγιση επιδιώκει την περιγραφή και ερμηνεία της ουσίας ενός φαινομένου, όπως αυτό βιώνεται από τα υποκείμενα (van Manen, 2014· Σαχίνη-Καρδάση, 2007). Ειδικότερα, η φαινομενολογική έρευνα στοχεύει στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα βιώνουν και νοηματοδοτούν την εμπειρία τους, δίνοντας έμφαση στην υποκειμενικότητα και το πλαίσιο ζωής τους (Giorgi, 2009· Τσιώλης, 2015). Στη σύγχρονη βιβλιογραφία, η φαινομενολογία διακρίνεται σε περιγραφική και ερμηνευτική, με τη δεύτερη να δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην ερμηνεία των εμπειριών (Smith et al., 2022).

Η καταλληλότητα της φαινομενολογικής προσέγγισης για την παρούσα μελέτη ενισχύεται από το γεγονός ότι επιτρέπει την εις βάθος διερεύνηση της ποιότητας ζωής ως βιωμένης εμπειρίας, αναδεικνύοντας τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της χρόνιας ψυχικής νόσου. Σύγχρονες μεθοδολογικές προσεγγίσεις επισημαίνουν ότι η φαινομενολογία αποτελεί ιδιαίτερα χρήσιμο εργαλείο στην έρευνα υγείας, καθώς

συμβάλλει στην κατανόηση των εμπειριών των ασθενών πέρα από βιοϊατρικούς δείκτες (Cypress, 2021· Tavakol & Sandars, 2025).

7.2. Ερευνητικό Εργαλείο - Συνέντευξη

Η συλλογή των δεδομένων στην παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω ημι-δομημένων συνεντεύξεων, οι οποίες αποτελούν μία από τις πλέον ενδεδειγμένες μεθόδους στη ποιοτική έρευνα, ιδίως όταν ο στόχος είναι η διερεύνηση βιωμένων εμπειριών και υποκειμενικών αντιλήψεων. Οι ημι-δομημένες συνεντεύξεις συνδυάζουν τη συστηματικότητα ενός προκαθορισμένου πλαισίου ερωτήσεων με την ευελιξία προσαρμογής στη ροή της συζήτησης, επιτρέποντας την εις βάθος διερεύνηση των νοημάτων που αποδίδουν οι συμμετέχοντες στις εμπειρίες τους (Kvale & Brinkmann, 2015· Patton, 2015). Σε αντίθεση με τις πλήρως δομημένες συνεντεύξεις, η ημι-δομημένη μορφή δεν περιορίζει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, αλλά ενθαρρύνει την ανάπτυξη αφηγηματικού λόγου, διευκολύνοντας την ανάδυση πλούσιων και λεπτομερών δεδομένων. Όπως επισημαίνεται στη σύγχρονη μεθοδολογική βιβλιογραφία, η χρήση ανοιχτών ερωτήσεων επιτρέπει στους συμμετέχοντες να εκφράσουν τις εμπειρίες τους με δικούς τους όρους, συμβάλλοντας στην αυθεντικότητα και εγκυρότητα των δεδομένων (Merriam & Tisdell, 2015· McGrath et al., 2019).

Επιπλέον, η ποιοτική συνέντευξη δεν αντιμετωπίζεται ως απλή διαδικασία συλλογής πληροφοριών, αλλά ως μία δυναμική και διαλογική διαδικασία συν-κατασκευής γνώσης μεταξύ ερευνητή και συμμετέχοντα. Η γνώση αναδύεται μέσα από την αλληλεπίδραση και την ερμηνευτική εμπλοκή του ερευνητή, γεγονός που συνάδει με τη φαινομενολογική και ερμηνευτική προσέγγιση της παρούσας μελέτης (Kvale & Brinkmann, 2015). Ο σχεδιασμός του οδηγού συνέντευξης βασίστηκε στα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης και οργανώθηκε σε θεματικές ενότητες, οι οποίες αντανακλούν βασικές διαστάσεις της υπό διερεύνηση εμπειρίας. Ωστόσο, ο οδηγός χρησιμοποιήθηκε ως ευέλικτο εργαλείο («οδικός χάρτης») και όχι ως αυστηρό πρωτόκολλο, επιτρέποντας την προσαρμογή των ερωτήσεων ανάλογα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων (Patton, 2015). Για τη δημιουργία των βασικών θεματικών ενοτήτων σχετικά με τη ποιότητα ζωής (σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία), βασίστηκε στο WHOQOL-BREF, το οποίο χρησιμοποιείται ευρέως σε πληθυσμούς ψυχικής

υγείας λόγω της ευκολίας χορήγησης και της καλής ψυχομετρικής του αξιοπιστίας (Skevington et al., 2004). Παράλληλα, δημιούργησα τους άξονες που θα ήθελα να ερευνήσω όπως οι συνθήκες διαβίωσης στο εκάστοτε πλαίσιο, η άνιση συμπεριφορά από επαγγελματίες υγείας, το κοινωνικό στίγμα και οι προσωπικές πεποιθήσεις των ίδιων των ατόμων σχετικά με τα προαναφερθέντα και το ευρύτερο πλαίσιο διαβίωσης των ενοίκων σε δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη διατύπωση ανοιχτών και διερευνητικών ερωτήσεων, καθώς και στη χρήση διευκρινιστικών παρεμβάσεων, με στόχο την εμβάθυνση στις εμπειρίες των συμμετεχόντων και την αποσαφήνιση των νοημάτων που αποδίδουν στις αφηγήσεις τους. Η πρακτική αυτή θεωρείται κρίσιμη για την παραγωγή «πλούσιων» ποιοτικών δεδομένων και τη διασφάλιση της ποιότητας της έρευνας (McGrath et al., 2019). Τέλος, αναγνωρίζεται ότι ο ρόλος του ερευνητή είναι ενεργός και καθοριστικός στη διαδικασία της συνέντευξης. Η διεξαγωγή ποιοτικών συνεντεύξεων απαιτεί δεξιότητες όπως η ενεργητική ακρόαση, η ενσυναίσθηση και η αναστοχαστικότητα, καθώς και η ικανότητα διατήρησης ισορροπίας μεταξύ καθοδήγησης και ελευθερίας έκφρασης των συμμετεχόντων (Merriam & Tisdell, 2015). Η αναστοχαστική στάση του ερευνητή συμβάλλει στην επίγνωση της επιρροής του στην ερευνητική διαδικασία και ενισχύει την αξιοπιστία των ευρημάτων.

7.3. Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 12 άτομα με διαγνωσμένη χρόνια ψυχική νόσο. Η επιλογή των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε με δειγματοληψία ευκαιρίας, η οποία ενδείκνυται για την παρούσα εργασία (Patton, 2015). Το μέγεθος του δείγματος δεν προσδιορίστηκε εκ των προτέρων με στατιστικά κριτήρια, αλλά καθορίστηκε από την αρχή του θεωρητικού κορεσμού, δηλαδή το σημείο στο οποίο η συλλογή νέων δεδομένων δεν οδηγεί σε νέες εννοιολογικές κατηγορίες (Guest et al., 2020).

Το δείγμα αφορά ωφελούμενους των δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (οικοτροφεία και ξενώνες) της Εταιρείας Προαγωγής Ψυχικής Υγείας Ηπείρου (Ε.ΠΡΟ.Ψ.Υ.Η.), και συγκεκριμένα στην πόλη των Ιωαννίνων. Έγινε προσπάθεια να υπάρξει μια ισορροπία στο δείγμα αναφορικά με το φύλο και τις δομές. Από τα 13 άτομα που ήταν πρόθυμα να συμμετάσχουν στην έρευνα, μόνο ένα άτομο δεν συμπεριλήφθηκε λόγω έντονου παραληρηματικού λόγου και αδυναμία ολοκλήρωσης

της συνέντευξης. Με αυτόν τον τρόπο το δείγμα της έρευνας διαμορφώθηκε στα 12 άτομα.

Πίνακας 1

Δημογραφικά Στοιχεία Συμμετεχόντων

Κωδικός Συμμετέχοντα	Ηλικία	Φύλο	Υπαρξη Οικονομικού Πλαίσιο πριν την Ένταξη	Τύπος Δομής	Διάρκεια Διαμονής σε Δομές	Επίπεδο Εκπαίδευσης	Παθολογικά Προβλήματα	
K01	70	Γυναίκα	Ναι	Ξενώνα	Οικοτροφείο	7 έτη	Δημοτικό	Ναι
K02	67	Ανδρας	Ναι	Κοινότητα	Οικοτροφείο	1,5 έτος	Δημοτικό	Ναι
K03	58	Ανδρας	Ναι	Κοινότητα	Οικοτροφείο	9 μήνες	IEK	Ναι
K04	57	Ανδρας	Ναι	Κοινότητα	Οικοτροφείο	9 μήνες	ΕΠΑΛ	Όχι
K05	75	Γυναίκα	Ναι	Ξενώνα	Οικοτροφείο	25 έτη	4 ^η τάξη Δημοτικού	Ναι
K06	55	Γυναίκα	Ναι	Κοινότητα	Ξενώνας	3 έτη	Γυμνάσιο	Όχι
K07	65	Ανδρας	Ναι	Προστατευόμενο Διαμέρισμα	Ξενώνας	10 έτη	Γυμνάσιο	Ναι
K08	53	Ανδρας	Ναι	Κοινότητα	Ξενώνας	10 έτη+	Γυμνάσιο	Όχι
K09	65	Γυναίκα	Ναι	Κοινότητα	Ξενώνας	6 έτη	Λύκειο	Ναι
K10	55	Γυναίκα	Ναι	Ξενώνας	Ξενώνας	10 έτη	Λύκειο	Ναι
K11	45	Γυναίκα	Ναι	Κοινότητα	Ξενώνας	17 έτη	IEK	Όχι
K12	50	Γυναίκα	Ναι	Κοινότητα	Ξενώνας	6 μήνες	IEK	Ναι

7.4. Ερευνητική Διαδικασία

Η έρευνα διεξήχθη με τη χρήση ατομικών ημι-δομημένων συνεντεύξεων. Η διάρκεια συνέντευξης είχε μέγιστη διάρκεια τα τριάντα λεπτά. Η διαδικασία μπορούσε να πραγματοποιηθεί στη δομή του εκάστοτε ατόμου που θα επιλέξει να συμμετέχει, σε ένα χώρο που θα εξασφαλίζει την ιδιωτικότητα της συνέντευξης, την αμεσότητα της επικοινωνίας και στον οποίο θα νιώθει ο ίδιος ο συμμετέχων άνετα. Αν επιθυμούσε το

εκάστοτε άτομο θα μπορούσε η συνέντευξη να πραγματοποιηθεί και σε εξωτερικό χώρο (π.χ. καφετέρια). Το σύνολο των συνεντεύξεων ολοκληρώθηκαν σε χώρο της εκάστοτε δομής που εξασφάλιζε ιδιωτικότητα και αμεσότητα στη συνέντευξη.

Μετά από τη χορήγηση άδειας για τη διεξαγωγή της έρευνας από το Διοικητικό Συμβούλιο της Εταιρίας Προαγωγής Ψυχικής Υγείας Ηπείρου (Ε.ΠΡΟ.Ψ.Υ.Η.. Βλ. Παράρτημα II) ενημερώθηκαν οι ωφελούμενοι για την δράση, ώστε να μπορέσουν να δηλώσουν συμμετοχή όσοι επιθυμούν. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε η συνέντευξη σε προ-συμφωνηθέντα χρόνο και τόπο όπου οι συμμετέχοντες ένιωθαν άνετα και εξυπηρετούσε τον σκοπό της συνάντησης. Δόθηκε ειδικό έντυπο ενημέρωσης και συναίνεσης στον καθένα και αφού υπογράφηκε, πραγματοποιήθηκε η ηχογράφηση της συνέντευξης. Σε όλα τα έγγραφα που καταγράφηκαν τα δεδομένα, διατηρήθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων. Για την διασφάλιση της ανωνυμίας στον κάθε συμμετέχοντα θα χρησιμοποιηθεί το γράμμα Κ και ένας αριθμός από το 1 έως το 13 πχ Κ03. Κάθε κωδικός αντιστοιχεί μόνο σε ένα άτομο και δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ξανά. Κανένας εκτός από τον ερευνητή δεν γνωρίζει την αντιστοιχία των κωδικών.

7.5. Δεοντολογία της Έρευνας

Η έρευνα διεξήχθη σύμφωνα με τις αρχές της ερευνητικής δεοντολογίας. Εξασφαλίστηκε η εθελοντική συμμετοχή, η συγκατάθεση και η προστασία της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των συμμετεχόντων. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην προστασία ευάλωτων πληθυσμών, όπως τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές για την έρευνα στην υγεία (World Health Organization, 2021).

Στο Παράρτημα I. υπάρχει το Έντυπο Συγκατάθεσης που δόθηκε στους συμμετέχοντες της έρευνας. Στο Παράρτημα II. υπάρχει το Πρωτόκολλο Συνεργασίας με την Ε.ΠΡΟ.Ψ.Υ.Η.. Στο Παράρτημα III. υπάρχει ο Οδηγός της Συνέντευξης.

8. Αποτελέσματα

Τα υπερθέματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων των συνεντεύξεων παρουσιάζονται στις παρακάτω υποενότητες, στις οποίες εντάσσονται τα υποθέματα και οι δηλώσεις των συμμετεχόντων.

8.1. Δημογραφικά Στοιχεία

Από τους 12 συμμετέχοντες το 40% ήταν άνδρες και το 60% γυναίκες. Από αυτούς το 8,3% άνηκε στην ηλικιακή ομάδα (40-50 ετών), το 50% στην ηλικιακή ομάδα (50-60 ετών), το 25% στην ηλικιακή ομάδα (60-70 ετών) και 16,66% στην ηλικιακή ομάδα (70-80 ετών). Όλοι έχουν οικογενειακό πλαίσιο. Το 50% εμφάνισε συμπτώματα σε ηλικία (15-20ετών), το 25% σε ηλικία (20-30 ετών), το 16,66% σε ηλικία (30-40 ετών) και μόλις 8,333% σε ηλικία μετά τα 40 έτη. Η πλειοψηφία διέμενε στην κοινότητα πριν την ένταξη στην δομή Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που βρίσκεται τώρα, το 25% διέμενε σε άλλη δομή Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και το 8,33% προέρχεται από μακροχρόνια διαμονή σε Ψυχιατρείο. Τέλος, το 66,66% των συμμετεχόντων έχει τουλάχιστον ένα παθολογικό ζήτημα εκτός από την χρόνια ψυχική νόσο και το υπόλοιπο 33,33% δεν έχει εμφανίσει ακόμη κάποιο παθολογικό ζήτημα.

8.2. Αντιλήψεις περί Ποιότητας Ζωής

A. Η ποιότητα ζωής ως ευημερία, ασφάλεια και κάλυψη βασικών αναγκών

Πέντε από τους συμμετέχοντες συνέδεσαν την ποιότητα ζωής με την κάλυψη βασικών αναγκών, την οικονομική ασφάλεια, τη φροντίδα της υγείας και την ύπαρξη μιας σταθερής καθημερινότητας. Η K05 θεωρεί ότι τώρα έχει καλή ποιότητα ζωής, διότι έχει την σύνταξη της, τη φαρμακευτική αγωγή, καλή διατροφή και εξόδους στη κοινότητα. Η K06 θεωρεί σημαντικό που υπάρχουν οι δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, διότι πλέον αισθάνεται ασφάλεια και υποστήριξη κάτι που της δίνει το αίσθημα ότι έχει μία καλή ποιότητα ζωής. Η K09 θεωρεί ότι ποιότητα ζωής είναι να έχει το φαγητό της και να πηγαίνει τις βόλτες της. Η K10 θεωρεί ότι είναι έχει ποιότητα ζωής, εφόσον έχει μια ρουτίνα. Γενικά πιστεύει ότι οι δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης είναι αναγκαίες διότι εξασφαλίζουν ύπνο, φαγητό και την φαρμακευτική αγωγή με βασικό μειονέκτημα ότι συγκατοικείς και συναναστρέφεται

και άλλα άτομα. Η Κ12 με την αναφορά ποιότητας ζωής αναφέρει «άριστες συνθήκες» και αυτό το διάστημα θεωρεί ότι έχει μια καλή ζωή.

B. Ποιότητα Ζωής ως ικανοποίηση από την καθημερινότητα

Μερικοί από τους συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται την ποιότητα ζωής ως προσωπική ευχαρίστηση και το αίσθημα της πληρότητας που προκύπτει από την καθημερινότητα. Η Κ01 αντιλαμβάνεται την ποιότητα ζωής ως «Να περνάει καλά» και ο Κ04 θεωρεί ότι ποιότητα ζωής είναι «Να χαίρομαι». Ο Κ07 απάντησε «Όχι στο χωριό» και συνέχισε εκφράζοντας το πόσο καλύτερα είναι στην πόλη και όλα αυτά που κάνει στην καθημερινότητα του. Η Κ11 θεωρεί ότι έχοντας μια καθημερινότητα που καλύπτει τις ανάγκες της, είναι κάτι επαρκές και την δεδομένη στιγμή το προσεγγίζει «Κατά 60-70%».

C. Η Σημασία της ελευθερίας και της οικογένειας

Μια διαφορετική οπτική αναδείχθηκε από συμμετέχοντες που συνέδεσαν την ποιότητα ζωής με την αυτονομία και τη διαβίωση στο προσωπικό τους περιβάλλον. Ο Κ02 αναφέρει ότι δεν νιώθει καλά από την ένταξη του στη δομή Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, «τα κάγκελα φταίνε, καλύτερα στο σπίτι». Ο Κ03 αντιλαμβάνεται την ποιότητα ζωής ως μία έννοια συνυφασμένη με την ελευθερία και θεωρεί ότι εντός της δομής δεν έχει ποιότητα ζωής, αντιθέτως τον πηγαίνει πίσω σε αυτή. Θεωρεί ότι θα ήταν καλύτερα σπίτι του. Ο Κ08 αντιλαμβάνεται την ποιότητα ζωής στη δομή Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που διαμένει για πάνω από 10 έτη ως «καλή ζωή», παρόλα αυτά συμπληρώνει «σαν το σπίτι δεν είναι». Αναδεικνύοντας με αυτό το τρόπο τη διαχρονική αξία της οικογένειας.

D. Η θετική σύγκριση της εκάστοτε δομής με προηγούμενες συνθήκες διαβίωσης

Τρεις από τους συμμετέχοντες αξιολόγησαν θετικά τη διαβίωσή τους στη δομή μέσα από συγκρίσεις με προηγούμενες εμπειρίες. Η Κ01 συνέκρινε την τωρινή της διαβίωση σε σχέση με τη προηγούμενη δομή που βρισκόταν, εστιάζοντας στο νέο κτήριο και στην καλύτερη πρόσβαση των συγγενών και των γιατρών σε αυτή. Η Κ05 θεωρεί ότι είναι καλύτερα τώρα σε σύγκριση με τις παλαιότερες δομές Ψυχοκοινωνικής

Αποκατάστασης ή το ψυχιατρικό άσυλο που διέμενε από νεαρή ηλικία. Η K09 μπορεί πλέον να εξασφαλίζει πράγματα για τον εαυτό της με άνεση σε σύγκριση με πριν που ζούσε στην κοινότητα. Το ίδιο αναφέρει και η K06 η οποία εντάχθηκε σε δομή Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, εξαιτίας οικονομικών δυσκολιών.

Ε. Σύνοψη Αποτελεσμάτων

Η ποιότητα ζωής γίνεται αντιληπτή ως μια πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει τόσο αντικειμενικές διαστάσεις, όπως η ασφάλεια, η στέγαση, η οικονομική υποστήριξη και η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, όσο και υποκειμενικές διαστάσεις που σχετίζονται με την προσωπική ευχαρίστηση, την αυτονομία, την ελευθερία. Παρατηρείται ότι υπάρχει θετικό αντίκτυπο των δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην καθημερινή ζωή των συμμετεχόντων, ωστόσο αναδεικνύεται ως βασικό στοιχείο της ποιότητας ζωής, η σημασία της αυτοδιάθεσης και της κατοίκησης σε ένα περιβάλλον που μπορούν να αισθάνονται «δικό τους». Έτσι η αποτελεσματικότητα των δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης δεν εξαρτάται μόνο από την κάλυψη βασικών αναγκών αλλά και από τον βαθμό στον οποίο προάγουν την αυτονομία, την κοινωνική ένταξη και την αίσθηση ελευθερίας των ενοίκων.

8.3. Αντιλήψεις περί Σωματικής Υγείας

Α. Θετική αντίληψη της Σωματικής Υγείας και η Σωματική Ευεξία

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων περιέγραψε τη σωματική τους κατάσταση ως ικανοποιητική ή καλή. Η K01 αντιλαμβάνεται το σύνολο της σωματικής της υγείας βελτιωμένο, αναφέροντας «Τρώω καλύτερα, αλλά αλεσμένα.». Παρομοίως, η K05 ανέφερε ότι είναι καλά στην υγεία της και ότι «Δεν πονάω». Επιπλέον, ο K03, η K06, ο K07, ο K08, η K09, η K10 και η K11 ανέφεραν ότι αισθάνονται καλά σωματικά, χωρίς να εκφράζουν ιδιαίτερα προβλήματα ή περιορισμούς στην καθημερινότητά τους.

Β. Σωματικά Προβλήματα και Περιορισμοί στην Καθημερινότητα

Παρά τη γενικά θετική εικόνα που καταγράφηκε, δύο από τους συμμετέχοντες ανέφεραν προβλήματα που επηρεάζουν τη σωματική τους ευεξία. Ο K02 δηλώνει πως από την ένταξη του στη δομή και μετά έχει επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του,

με πόνο κατά την βάδιση και πολλές ιατρικές επισκέψεις. Η K12 δηλώνει πως δεν είναι καλά σωματικά και αισθάνεται αρκετή σωματική κόπωση.

C. Ο Ύπνος ως Παράγοντας Σωματικής Υγείας

Ο ύπνος αναδείχθηκε ως ξεχωριστή διάσταση της σωματικής ευεξίας. Ο K04 ανέφερε ότι το τελευταίο διάστημα αντιμετωπίζει προβλήματα στην ποιότητα του ύπνου του, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά τη συνολική του αντίληψη για τη σωματική υγεία. Επίσης, η K12 δηλώνει πως θέλει να κοιμάται αρκετά μέσα στη μέρα. Η αναφορά αυτή υποδηλώνει ότι η ξεκούραση και η επαρκής ποιότητα ύπνου αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για τη διατήρηση της ευεξίας των ενοίκων.

D. Σύνοψη Αποτελεσμάτων

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται τη σωματική τους υγεία ως καλή και σταθερή, αποδίδοντας τη θετική αυτή εικόνα στην κάλυψη βασικών αναγκών, όπως η διατροφή, η ιατρική περίθαλψη και η οργανωμένη φροντίδα που παρέχεται από τις δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Ωστόσο, καταγράφηκαν και περιπτώσεις όπου η σωματική υγεία επηρεάζεται αρνητικά από χρόνιους πόνους, κινητικούς περιορισμούς, κόπωση ή διαταραχές ύπνου. Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν ότι, παρότι οι δομές συμβάλλουν γενικά στη διατήρηση της σωματικής υγείας των ενοίκων, εξακολουθούν να υπάρχουν εξατομικευμένες ανάγκες που απαιτούν συνεχή παρακολούθηση και υποστήριξη, ιδιαίτερα σε ζητήματα κινητικότητας, ενεργητικότητας και ποιότητας ύπνου.

8.4. Αντιλήψεις περί Ψυχικής Υγείας

A. Βελτίωση και Σταθεροποίηση της Ψυχικής Υγείας

Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες περιέγραψαν την ψυχική τους κατάσταση ως σταθερή ή βελτιωμένη. Η K01 δεν εμβαθύνει στην ψυχική υγεία απλά αναφέρει ότι είναι καλύτερα. Ο K02 αναφέρει ότι ψυχολογικά είναι σταθερός, διότι παίρνει συστηματικά την αγωγή του. Παρόμοια, ο K04, ο K08 και η K09 δήλωσαν ότι αισθάνονται καλά ψυχολογικά, χωρίς να αναφέρουν ιδιαίτερες δυσκολίες. Η K11 τόνισε ότι έχει πραγματοποιήσει σημαντική πρόοδο στην ψυχική της υγεία, ενώ η K12 θεωρεί ότι η ψυχολογική της κατάσταση βελτιώνεται σταδιακά με την πάροδο του

χρόνου. Τα παραπάνω ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται την ένταξη στη δομή και τη συνεχιζόμενη θεραπευτική υποστήριξη ως παράγοντες που συμβάλλουν στη διατήρηση ή βελτίωση της ψυχικής τους ευημερίας.

B. Η Σημασία της Υποστήριξης και των Θεραπευτικών Δομών

Ιδιαίτερη αναφορά έγινε στη συμβολή των υποστηρικτικών σχέσεων και των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στη διατήρηση της ψυχικής υγείας. Η Κ06 αναφέρεται στις ψυχολογικές μεταπτώσεις που έχει εξαιτίας της πάθησης της. Ωστόσο χαίρεται που έχει ανθρώπους που την ακούνε και την στηρίζουν. Θεωρεί ότι το Κέντρο Ημέρας (Κ.Η) την βοηθάει να έχει μια πιο γεμάτη καθημερινότητα άρα και μια πιο καλή ψυχολογία. Ο Κ07 αναφέρει ότι «Ανεβαίνει» όταν πηγαίνει στο Κ.Η., στην ομάδα χορού. Αντιλαμβανόμαστε, λοιπόν, την σημαντικότητα της κοινωνικής υποστήριξης και της ενεργούς συμμετοχής σε δομημένες δραστηριότητες για την ψυχολογική ευημερία των ενοίκων.

C. Η Διαχείριση της Ψυχικής Νόσου και η Συναισθηματικές Διακυμάνσεις

Μερικοί συμμετέχοντες αναγνώρισαν ότι η ψυχική τους κατάσταση επηρεάζεται από τη φύση της ψυχικής διαταραχής τους, περιγράφοντας παράλληλα τρόπους διαχείρισης των δυσκολιών. Η Κ10 δηλώνει πως έχει φυσιολογικές διακυμάνσεις λόγω της πάθησης της και προσπαθεί να βελτιώνει την διάθεση της μέσα από δραστηριότητες που της αρέσουν. Παρόμοια, η Κ09 δηλώνει ότι είναι καλά. Προσπαθεί να είναι ψύχραιμη και να έχει καλές διαπροσωπικές σχέσεις με όλους. Η Κ05 από την πλευρά της, συνέδεσε την καλή ψυχική της κατάσταση με τη συμπεριφορά της και τον τρόπο που αλληλεπιδρά με τους γύρω της.

D. Ελευθερία ως Προϋπόθεση Ψυχικής Ευημερίας

Μια διαφοροποιημένη εμπειρία καταγράφηκε στην περίπτωση του Κ03, ο οποίος δήλωσε ότι δεν αισθάνεται καλά ψυχολογικά, συνδέοντας άμεσα τη δυσφορία του με την έλλειψη ελευθερίας που βιώνει εντός της δομής. Για τον συγκεκριμένο συμμετέχοντα, η δυνατότητα αυτοδιάθεσης και ανεξαρτησίας αποτελεί βασικό στοιχείο της ψυχικής ευημερίας, ενώ η παραμονή του στη δομή γίνεται αντιληπτή ως περιοριστικός παράγοντας που επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογική του κατάσταση.

Ε. Σύνοψη Αποτελεσμάτων

Παρατηρείται μια συνολικά θετική εικόνα αναφορικά με την ψυχική υγεία των συμμετεχόντων. Οι περισσότεροι περιγράφουν σταθεροποίηση ή βελτίωση της ψυχολογικής τους κατάστασης, αποδίδοντας αυτή τη μεταβολή στη θεραπευτική αγωγή, στη δομημένη καθημερινότητα, στις υποστηρικτικές σχέσεις και στη συμμετοχή σε δραστηριότητες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Παράλληλα, οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν ότι οι ψυχικές διαταραχές συνοδεύονται από περιοδικές συναισθηματικές διακυμάνσεις, τις οποίες προσπαθούν να διαχειριστούν μέσα από προσωπικές στρατηγικές και κοινωνική υποστήριξη. Ωστόσο, η αίσθηση περιορισμού της ελευθερίας που εκφράστηκε από ορισμένους ενοίκους αναδεικνύει ότι η ψυχολογική ευημερία δεν συνδέεται αποκλειστικά με τη θεραπεία και τη φροντίδα, αλλά και με την αίσθηση αυτονομίας και ελέγχου στην προσωπική τους ζωή. Συνεπώς, η ενίσχυση της αυτοδιάθεσης και της ενεργούς συμμετοχής των ενοίκων στις αποφάσεις που τους αφορούν φαίνεται να αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την περαιτέρω προαγωγή της ψυχικής τους υγείας.

8.5. Αντιλήψεις περί Κοινωνικών Σχέσεων

Α. Διατήρηση των Οικογενειακών Σχέσεων ως Πηγή Υποστήριξης

Για αρκετούς συμμετέχοντες, η οικογένεια εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό σημείο αναφοράς και πηγή συναισθηματικής υποστήριξης. Η Κ01 αναφέρθηκε στην τακτική επικοινωνία με συγγενικά μέλη. Η Κ05 έχει καλές σχέσεις με την οικογένεια της και τακτική επικοινωνία. Το ίδιο και ο Κ04. Η Κ09 αναφέρει ότι έχει καλές σχέσεις με τα παιδιά της, διότι «έχουν ησυχάσει» από την ένταξη της σε δομή Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

Β. Ρήξεις, Αποστασιοποίηση και Δυσκολίες στις Οικογενειακές Σχέσεις

Στον αντίποδα, μερικοί συμμετέχοντες περιέγραψαν δυσκολίες ή περιορισμένες επαφές με τα συγγενικά τους πρόσωπα. Ο Κ03 ανέφερε ότι οι σχέσεις του με την οικογένειά του είναι τεταμένες, εφόσον τους κατηγορεί ότι εκείνοι του στέρησαν την ελευθερία του και αδιαφορεί για το πως αντιλαμβάνονται εκείνοι την συνθήκη. Αντίστοιχα, η Κ06 περιέγραψε συγκρούσεις με τη μητέρα της, η οποία δεν αποδέχεται την επιλογή της να διαμένει σε δομή Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Ο Κ07 δήλωσε

ότι δεν επιθυμεί ο ίδιος να διατηρεί επαφές με την οικογένειά του, ενώ η K10 ανέφερε ότι έχει συνειδητά διακόψει τις οικογενειακές σχέσεις της. Επιπλέον, ο K08 διατηρεί μόνο αραιές επαφές με συγγενικά πρόσωπα. Οι αφηγήσεις αυτές φανερώνουν ότι η οικογένεια δεν λειτουργεί πάντοτε ως υποστηρικτικό πλαίσιο, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις αποτελεί πηγή συγκρούσεων, απογοήτευσης ή αποστασιοποίησης.

C. Η Συντροφικότητα ως Ανεκπλήρωτη ή Καλυμμένη Ανάγκη

Η ανάγκη για συντροφικότητα αναδείχθηκε ως ιδιαίτερα σημαντική διάσταση των κοινωνικών σχέσεων. Η K01 εξέφρασε με παράπονο την έλλειψη ενός συντρόφου όλα αυτά τα χρόνια, ενώ ο K04 δήλωσε ότι θα επιθυμούσε να αποκτήσει έναν φίλο για να μοιράζεται χρόνο και δραστηριότητες. Αντίστοιχα, η K11 ανέφερε ότι της λείπουν οι κοινωνικές επαφές και η συντροφικότητα, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την καθημερινότητά της. Από την άλλη πλευρά, η K06 και ο K07 δήλωσαν ότι βιώνουν τη συντροφικότητα που αναζητούν εντός της δομής, περιγράφοντας τη θετική επίδραση που έχει στη ζωή και στην ψυχολογική τους κατάσταση. Αντιλαμβανόμαστε έτσι ότι η ύπαρξη ουσιαστικών διαπροσωπικών δεσμών αποτελεί σημαντική παράμετρο της κοινωνικής ευημερίας και της ποιότητας ζωής.

D. Σχέσεις με Συνενοίκους και Προκλήσεις της Συμβίωσης

Η συμβίωση με άλλα άτομα μέσα στη δομή αναδείχθηκε ως μια σύνθετη εμπειρία, η οποία περιλαμβάνει τόσο θετικές όσο και αρνητικές διαστάσεις. Ο K07 ανέφερε ότι διατηρεί φιλικές σχέσεις με τους συνενοίκους του, ενώ ο K08 δήλωσε ότι έχει καλές σχέσεις μαζί τους, αν και δεν τους θεωρεί φίλους αλλά περισσότερο γνωστούς. Η K09 προσπαθεί να διατηρεί αρμονικές σχέσεις, επιλέγοντας να απομακρύνεται όταν προκύπτουν εντάσεις. Αντίθετα, η K06 περιέγραψε δυσκολίες συνύπαρξης με συγκεκριμένο σύνενοικο, τονίζοντας τη σημασία της αρμονικής συμβίωσης για την καθημερινή ευημερία. Παρόμοια, η K10 ανέφερε ότι η συγκατοίκηση μέσα στη δομή αποτελεί μια από τις βασικές δυσκολίες που αντιμετωπίζει. Επισημαίνεται, λοιπόν, ότι η επιτυχής συμβίωση προϋποθέτει ανεκτικότητα, διαχείριση συγκρούσεων και ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων.

Ε. Περιορισμένη Κοινωνικοποίηση και Δυσκολία Ανάπτυξης Φιλικών Σχέσεων

Ορισμένοι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι δυσκολεύονται να αναπτύξουν ουσιαστικές φιλίες είτε εντός είτε εκτός της δομής. Ο Κ02 δήλωσε χαρακτηριστικά ότι δεν έχει δημιουργήσει φιλίες με άλλους ενοίκους, αμφισβητώντας την ουσιαστική δυνατότητα επικοινωνίας μαζί τους, αναφέροντας χαρακτηριστικά «Τι φίλους; Τι κουβέντες να πεις; Τι να καταλάβουν;». Η Κ11 περιέγραψε ότι οι κοινωνικές της επαφές μειώθηκαν μετά τη μετακίνησή της σε διαφορετική πόλη για τη διαμονή της στη δομή, ενώ παρά τις προσπάθειες του Κέντρου Ημέρας να ενισχύσει την κοινωνικοποίησή της, η ίδια επέλεξε να αποσυρθεί από τις σχετικές δραστηριότητες. Έτσι η κοινωνική ένταξη δεν εξαρτάται μόνο από τις διαθέσιμες ευκαιρίες κοινωνικοποίησης, αλλά και από την προσωπική ετοιμότητα, τα βιώματα και τις προτιμήσεις κάθε ατόμου.

Ε. Ο Ρόλος του Κέντρου Ημέρας στην Ενίσχυση των Κοινωνικών Σχέσεων

Το Κέντρο Ημέρας αναδείχθηκε ως ένας σημαντικός χώρος κοινωνικοποίησης και ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων. Η Κ10 ανέφερε ότι η συμμετοχή της στις δραστηριότητες του Κέντρου Ημέρας τη βοήθησε να βελτιώσει τις διαπροσωπικές της σχέσεις, ενώ η Κ11 αναγνώρισε ότι υπήρξε προσπάθεια από την πλευρά των επαγγελματιών να ενισχύσουν την κοινωνική της δικτύωση. Τα στοιχεία αυτά υποδηλώνουν ότι οι ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στη δημιουργία ευκαιριών κοινωνικής συμμετοχής, ακόμη και όταν η αξιοποίησή τους διαφοροποιείται από άτομο σε άτομο.

Ε. Σύνοψη Αποτελεσμάτων

Οι κοινωνικές σχέσεις αποτελούν μία από τις σημαντικότερες διαστάσεις της ζωής των ατόμων που διαμένουν σε δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Η διατήρηση θετικών οικογενειακών σχέσεων, η ύπαρξη συντροφικότητας και η ανάπτυξη ουσιαστικών κοινωνικών δεσμών φαίνεται να ενισχύουν το αίσθημα ασφάλειας, αποδοχής και κοινωνικής ένταξης. Παράλληλα, αναδείχθηκαν δυσκολίες που σχετίζονται με οικογενειακές συγκρούσεις, κοινωνική απομόνωση, περιορισμένες φιλίες και προκλήσεις της συμβίωσης με άλλους ενοίκους. Ιδιαίτερη σημασία φαίνεται να έχει η συντροφικότητα, η οποία για αρκετούς συμμετέχοντες αποτελεί μια

ανεκπλήρωτη ανάγκη που επηρεάζει την υποκειμενική τους ευημερία. Επιπλέον, οι δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και ιδιαίτερα, τα Κέντρα Ημέρας λειτουργούν ως σημαντικοί μηχανισμοί ενίσχυσης της κοινωνικής συμμετοχής και της ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων, συμβάλλοντας στην κοινωνική αποκατάσταση και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ενοίκων.

8.6. Αντιλήψεις περί Συνθηκών Διαβίωσης

A. Αίσθημα Ασφάλειας, Προστασίας και Αποδοχής μέσα στη Δομή

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες περιέγραψαν θετικά τη διαμονή τους στη δομή, τονίζοντας ότι η παρουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος και η συνεχής διαθεσιμότητα βοήθειας ενισχύουν το αίσθημα ασφάλειας και προστασίας. Η K06 ανέφερε ότι αισθάνεται χαρούμενη που βρίσκεται στη δομή και ότι η παραμονή της εκεί της προσφέρει ένα αίσθημα προστασίας. Αντίστοιχα, η K10 υπογράμμισε ότι νιώθει ασφαλής, καθώς γνωρίζει ότι υπάρχουν άνθρωποι που μπορούν να τη στηρίξουν όταν χρειαστεί, κάτι που θεωρεί ότι δεν θα βίωνε εάν ζούσε μόνη της. Παρόμοια, η K12 αξιολόγησε θετικά το πλαίσιο διαβίωσης, τονίζοντας ότι η παρουσία των συνενοίκων, της δημιουργεί την αίσθηση ότι ανήκει σε μία κοινότητα. Η δομή δεν εκλαμβάνεται μόνο ως χώρος κατοικίας, αλλά και ως πλαίσιο που προσφέρει συναισθηματική ασφάλεια και αίσθημα του «ανήκειν».

B. Η Σημασία των Κτηριακών Εγκαταστάσεων και των Συνθηκών Διαβίωσης

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε από αρκετούς συμμετέχοντες στις κτηριακές υποδομές και στις συνθήκες διαβίωσης. Η K01 υπογράμμισε τη σημασία των κατάλληλων εγκαταστάσεων για την κάλυψη των αναγκών των ενοίκων, ενώ παράλληλα αναφέρθηκε θετικά στη στάση του προσωπικού, σημειώνοντας χαρακτηριστικά ότι «το προσωπικό με το χαμόγελο», κάτι που αποτελεί σημαντικό στοιχείο της καθημερινότητάς της. Η K05 συνέκρινε τη σημερινή δομή τόσο με προηγούμενη δομή Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης όσο και με το ψυχιατρικό άσυλο στο οποίο είχε διαμείνει στο παρελθόν, αξιολογώντας ιδιαίτερα θετικά την καθαριότητα, την παροχή τροφής και τις καλύτερες κτηριακές εγκαταστάσεις. Παρόμοια, η K09 επισήμανε ότι, παρά την παλαιότητα του κτηρίου, η κεντρική του θέση και ο εξωτερικός χώρος

αποτελούν σημαντικά πλεονεκτήματα. Οι φυσικές συνθήκες διαβίωσης, λοιπόν, αποτελούν βασικό παράγοντα διαμόρφωσης της συνολικής εμπειρίας των ενοίκων.

Γ. Η Καθημερινότητα, οι Δραστηριότητες και ο Προσανατολισμός στην Αποκατάσταση

Αρκετοί συμμετέχοντες συνέδεσαν τη θετική τους εμπειρία με τις δραστηριότητες και τις δυνατότητες που τους παρέχει η δομή. Ο Κ04 ανέφερε ότι αισθάνεται πολύ καλά στο περιβάλλον της δομής, εκφράζοντας ιδιαίτερη ικανοποίηση από την ενασχόλησή του με το ποδόσφαιρο και από τη δυνατότητα να απολαμβάνει τον προσωπικό του χώρο. Η Κ05 τόνισε ότι απολαμβάνει τις εξόδους και τις κοινωνικές συναναστροφές, ενώ ο Κ08 αναφέρθηκε θετικά στη συμμετοχή του στο Κέντρο Ημέρας και στις επισκέψεις στο χωριό του. Παράλληλα, η Κ11, παρά τις δυσκολίες που αντιμετώπισε κατά τη μετάβαση από το οικογενειακό πλαίσιο στη δομή, αναγνώρισε ότι η φιλοσοφία της αποκατάστασης και η προσπάθεια ενίσχυσης της αυτονομίας αποτελούν ιδιαίτερα θετικά στοιχεία. Αυτό αναδεικνύει τη σημασία της ενεργητικής συμμετοχής και της ύπαρξης στόχων αποκατάστασης για την προσαρμογή και την ικανοποίηση των ενοίκων.

Δ. Ανάγκη για Περισσότερη Υποστήριξη και Βελτίωση των Παρεχόμενων Υπηρεσιών

Παρά τη συνολικά θετική αποτίμηση, ορισμένοι συμμετέχοντες εξέφρασαν συγκεκριμένες ανάγκες και επιθυμίες για βελτίωση. Η Κ06 ανέφερε ότι ορισμένες απαιτήσεις που απορρέουν από το Ατομικό Θεραπευτικό Πλάνο, όπως η εκμάθηση μαγειρικής, τη δυσκολεύουν, ενώ ταυτόχρονα επισήμανε ότι η ύπαρξη περισσότερου προσωπικού θα επέτρεπε την οργάνωση περισσότερων δραστηριοτήτων και την παροχή πιο ολοκληρωμένης υποστήριξης. Αντίστοιχα, ο Κ07 ανέφερε ότι η χαμηλή σύνταξη περιορίζει τις οικονομικές του δυνατότητες, εκφράζοντας την επιθυμία για μεγαλύτερη οικονομική επάρκεια, ώστε να καλύπτει πιο εύκολα τις ανάγκες του. Οι αναφορές αυτές καταδεικνύουν ότι πέρα από τη βασική φροντίδα, οι ένοικοι αναγνωρίζουν την ανάγκη για περαιτέρω ενίσχυση των διαθέσιμων πόρων και υπηρεσιών.

Ε. Η Εμπειρία Περιορισμού και η Αίσθηση Εγκλεισμού

Μία διαφορετική εμπειρία καταγράφηκε στην περίπτωση του Κ02, ο οποίος αντιλαμβάνεται τη δομή ως έναν περιοριστικό χώρο. Ο ίδιος περιέγραψε επανειλημμένα το περιβάλλον της δομής μέσα από την εικόνα των «κάγκελων», εκφράζοντας το αίσθημα ότι είναι φυλακισμένος. Η αντίληψη αυτή αναδεικνύει ότι η εμπειρία της διαβίωσης σε δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης δεν είναι ομοιόμορφη για όλους τους ενοίκους και ότι για ορισμένα άτομα η αίσθηση περιορισμού της αυτονομίας μπορεί να επηρεάζει αρνητικά τη συνολική αξιολόγηση του περιβάλλοντος.

Γ. Σύνοψη Αποτελεσμάτων

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες βιώνουν τη δομή Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ως ένα προστατευτικό και υποστηρικτικό περιβάλλον, το οποίο τους προσφέρει ασφάλεια, κοινωνική ένταξη και βελτιωμένες συνθήκες διαβίωσης. Οι κτηριακές εγκαταστάσεις, η στάση του προσωπικού, η δυνατότητα συμμετοχής σε δραστηριότητες και ο προσανατολισμός στην αποκατάσταση αξιολογούνται ως σημαντικοί παράγοντες που ενισχύουν την ικανοποίηση από τη διαμονή. Παράλληλα, αναδεικνύονται ανάγκες που σχετίζονται με την επαρκή στελέχωση των δομών, την ενίσχυση των παρεχόμενων δραστηριοτήτων και τη βελτίωση της οικονομικής υποστήριξης των ενοίκων. Ωστόσο, η εμπειρία του περιορισμού και του εγκλεισμού που εκφράστηκε από ορισμένους συμμετέχοντες υποδηλώνει ότι η υποκειμενική εμπειρία της διαβίωσης επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από την ανάγκη για αυτονομία και προσωπική ελευθερία. Συνεπώς, η αποτελεσματικότητα των δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης φαίνεται να εξαρτάται όχι μόνο από την παροχή φροντίδας, αλλά και από την ικανότητά τους να ενισχύουν την αυτοδιάθεση, τη συμμετοχή και την αίσθηση αξιοπρέπειας των ενοίκων.

8.7. Προσωπικές Εμπειρίες με Φροντίδα Υγείας εκτός Δομών

Α. Θετικές Εμπειρίες και Αίσθημα Ισότητας Μεταχείρισης

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων περιέγραψε θετικές εμπειρίες από τις επαφές τους με το σύστημα υγείας και τους επαγγελματίες υγείας. Η Κ01 ανέφερε ότι τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα αντιμετωπιζόταν πάντοτε με σεβασμό και φροντίδα, ανεξάρτητα από το αν συνοδευόταν από προσωπικό της δομής ή

προσέρχονταν μόνη της. Αντίστοιχα, ο K02, ο K04 και ο K07 δήλωσαν ότι οι γιατροί τούς συμπεριφέρονταν φυσιολογικά, χωρίς να έχουν βιώσει διακρίσεις ή διαφορετική αντιμετώπιση. Παρόμοια, η K06 εξέφρασε την ικανοποίησή της από τη φροντίδα που λαμβάνει, δηλώνοντας χαρακτηριστικά ότι «δεν έχω παράπονο, με προσέχουν πολύ». Επίσης, η K09 ανέφερε ότι διατηρεί καλές σχέσεις με τους γιατρούς της και ότι, πλέον, μπορεί να προσέρχεται μόνη της στα ραντεβού και να συζητά μαζί τους ισότιμα, λαμβάνοντας απαντήσεις στα ερωτήματά της. Αντίστοιχα, η K11 δήλωσε ότι δεν έχει παρατηρήσει κάποια διαφορετική ή αρνητική συμπεριφορά κατά τις επαφές της με τις υπηρεσίες υγείας.

B. Η Σημασία της Συνοδείας και της Υποστήριξης από το Προσωπικό των Δομών

Αρκετοί συμμετέχοντες τόνισαν ότι η παρουσία συνοδών ή επαγγελματιών των δομών συμβάλλει στην αίσθηση ασφάλειας και στη διευκόλυνση της πρόσβασής τους στις υπηρεσίες υγείας. Ο K08 ανέφερε ότι συνοδεύεται πάντοτε στα ιατρικά ραντεβού, γεγονός που τον κάνει να αισθάνεται μεγαλύτερη ασφάλεια. Αντίστοιχα, η K11 επισκέπτεται τους γιατρούς συνοδευόμενη είτε από επαγγελματίες είτε από συνένοικό της. Η K05 εξέφρασε την πεποίθηση ότι η παρουσία του προσωπικού επηρεάζει θετικά τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται από τους επαγγελματίες υγείας, θεωρώντας ότι δεν θα λάμβανε την ίδια προσοχή χωρίς τη συνοδεία τους. Επομένως, αναδεικνύεται ο υποστηρικτικός ρόλος που διαδραματίζουν οι δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην πρόσβαση των ενοίκων σε υπηρεσίες υγείας και στην ενίσχυση του αισθήματος ασφάλειας.

C. Αντιλήψεις για Αδιαφορία και Διακρίσεις κατά την Παροχή Φροντίδας

Υπήρξαν και ορισμένοι συμμετέχοντες, οι οποίοι περιέγραψαν εμπειρίες που τους δημιούργησαν την αίσθηση ότι δεν αντιμετωπίστηκαν με τον επιθυμητό τρόπο. Ο K03 ανέφερε ότι έχει βιώσει αδιαφορία από γιατρούς κατά τη διάρκεια της ζωής του, αποδίδοντας, ωστόσο, αυτή την εμπειρία σε γενικότερες αδυναμίες του συστήματος υγείας και όχι σε προκαταλήψεις που σχετίζονται με την ψυχική νόσο. Από την άλλη πλευρά, η K12 δήλωσε ότι έχει βιώσει τη διάκριση από επαγγελματίες υγείας, γεγονός που της προκάλεσε στενοχώρια και την οδήγησε σε αλλαγή γιατρών, κάθε φορά που αντιλαμβανόταν τέτοιες συμπεριφορές.

D. Η Χρονιότητα της Νόσου και η Αντίληψη περί Επιβάρυνσης των Επαγγελματιών Υγείας

Μια ιδιαίτερη διάσταση αναδείχθηκε μέσα από την εμπειρία της K10, η οποία δεν επισκέπτεται ποτέ μόνη της τους γιατρούς και θεωρεί ότι, λόγω της χρονιότητας της κατάστασής της, οι επαγγελματίες υγείας ενδέχεται να έχουν κουραστεί από την παρακολούθησή της. Η ίδια ερμηνεύει την ενδεχόμενη διαφοροποίηση στη συμπεριφορά τους ως φυσιολογική συνέπεια της μακροχρόνιας πορείας της νόσου. Η αντίληψη αυτή αναδεικνύει ότι η εσωτερίκευση αρνητικών πεποιθήσεων και η αίσθηση ότι το άτομο αποτελεί «βάρος» για το σύστημα υγείας μπορεί να επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται η θεραπευτική σχέση.

E. Σύνοψη Αποτελεσμάτων

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων αντιλαμβάνεται την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας ως μία θετική εμπειρία και αισθάνονται ότι αντιμετωπίζονται με σεβασμό και ισοτιμία από τους επαγγελματίες υγείας. Η παρουσία συνοδών και η υποστήριξη από το προσωπικό των δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης φαίνεται ότι λειτουργούν ενισχυτικά, συμβάλλοντας στην αίσθηση ασφάλειας και στη διευκόλυνση επικοινωνίας με το σύστημα υγείας. Παράλληλα, ορισμένοι συμμετέχοντες περιέγραψαν εμπειρίες αδιαφορίας ή ακόμη και διακρίσεις στο τρόπο μεταχείρισης, οι οποίες επηρέασαν αρνητικά την εμπιστοσύνη τους προς τους επαγγελματίες υγείας. Επιπλέον, αναδείχθηκε η ύπαρξη εσωτερικευμένων αντιλήψεων που σχετίζονται με τη χρονιότητα της ψυχικής νόσου και την πιθανή επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας. Συνολικά, παρά τη θετική εμπειρία των συμμετεχόντων, η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας και η καταπολέμηση του στιγματισμού εξακολουθούν να αποτελούν σημαντικές προϋποθέσεις για την παροχή ολοκληρωμένης και ανθρωποκεντρικής φροντίδας στα άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές.

8.8. Προσωπικές Εμπειρίες Κοινωνικού Στίγματος

A. Απουσία ή Περιορισμένη Αντίληψη Κοινωνικού Στίγματος

Μερικοί από τους συμμετέχοντες ανέφεραν ότι δεν έχουν βιώσει κοινωνικό ρατσισμό ή ότι δεν αποδίδουν ιδιαίτερη σημασία στις συμπεριφορές άλλων ανθρώπων. Η K01 δήλωσε ότι αδιαφορεί για την άποψη του κοινωνικού περιβάλλοντος και δεν θεωρεί

ότι έχει υπάρξει θύμα στιγματισμού. Ακόμη και σε περιπτώσεις αρνητικών σχολίων στο παρελθόν, υιοθετούσε μια στάση αποστασιοποίησης, θεωρώντας ότι οι άνθρωποι θα έπρεπε να εστιάζουν στον εαυτό τους. Αντίστοιχα, ο K03 ανέφερε ότι έχει βιώσει περιστατικά κοινωνικού ρατσισμού, ωστόσο δήλωσε ότι δεν επηρεαζόταν ιδιαίτερα από αυτά. Ο K07 υποστήριξε ότι δεν έχει έρθει αντιμέτωπος με φαινόμενα στιγματισμού, ενώ ο K08 θεωρεί ότι η κοινότητα γνωρίζει τη λειτουργία της δομής στην οποία διαμένει, γεγονός που συμβάλλει στην ομαλή συνύπαρξη και στην αποφυγή ρατσιστικών συμπεριφορών. Παρόμοια, ο K04 αναφέρθηκε σε εμπειρίες ρατσισμού μόνο κατά την παιδική του ηλικία, χωρίς να περιγράφει αντίστοιχες εμπειρίες στην ενήλικη ζωή.

B. Βιώματα Κοινωνικού Στίγματος

Άλλοι συμμετέχοντες περιέγραψαν εμπειρίες κοινωνικού αποκλεισμού και στιγματισμού λόγω της ψυχικής τους κατάστασης. Η K05 ανέφερε ότι έχει βιώσει αρνητικές συμπεριφορές στην κοινότητα, τονίζοντας ότι αναγκάστηκε να αντιμετωπίσει αυτές τις καταστάσεις με υπομονή. Αντίστοιχα, η K09 περιέγραψε χαρακτηρισμούς και υποτιμητικές εκφράσεις που δεχόταν από το κοινωνικό περιβάλλον, επισημαίνοντας ότι συχνά αντιμετωπιζόταν αποκλειστικά μέσα από την ψυχική της διαταραχή. Παρόμοια, η K10 δήλωσε ότι έχει βιώσει ρατσισμό, θεωρώντας ότι η κοινωνία αδυνατεί να κατανοήσει την εμπειρία της ζωής με μια χρόνια ψυχική διαταραχή. Η K12 επίσης ανέφερε εμπειρίες στιγματισμού, εκφράζοντας την επιθυμία να αναγνωρίζεται η κοινή ανθρώπινη υπόσταση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Αντιλαμβανόμαστε, λοιπόν, ότι ο κοινωνικός στιγματισμός εξακολουθεί να αποτελεί μια υπαρκτή εμπειρία για αρκετούς ενοίκους των δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

C. Η Επίδραση του Κοινωνικού Βλέμματος στη Ψυχολογική Ευημερία

Για ορισμένους συμμετέχοντες, οι αντιλήψεις και οι συμπεριφορές των άλλων επηρεάζουν άμεσα τη συναισθηματική τους κατάσταση. Η K06 ανέφερε ότι συχνά αντιλαμβάνεται τα βλέμματα των άλλων ως περίεργα ή υποτιμητικά, γεγονός που επιβαρύνει τη δυσφορία που ήδη βιώνει σε συνθήκες συνωστισμού. Η ίδια επισήμανε ότι το συγκεκριμένο ζήτημα αποτελεί αντικείμενο συζήτησης και ανάλυσης με τον ψυχίατρό της.

D. Στρατηγικές Αντιμετώπισης και Προσαρμογής απέναντι στο Στίγμα

Πολύ συμμετέχοντες περιέγραψαν διαφορετικούς τρόπους διαχείρισης των αρνητικών εμπειριών που σχετίζονται με τον κοινωνικό ρατσισμό. Η K09 δήλωσε ότι αντιμετωπίζει τα αρνητικά σχόλια με χιούμορ και προσπαθεί να ευαισθητοποιήσει τους άλλους, ζητώντας αποδοχή και φροντίδα. Ο K07, παρότι δεν ανέφερε άμεσες εμπειρίες ρατσισμού, επιλέγει να αποφεύγει την εμπλοκή σε συζητήσεις στον κοινωνικό χώρο, ώστε να προλαμβάνει εντάσεις και συγκρούσεις. Αντίστοιχα, η K05 υιοθετεί μια στάση υπομονής απέναντι στις αρνητικές συμπεριφορές. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η περίπτωση της K11, η οποία αποδίδει τα περιστατικά στιγματισμού που έχει βιώσει σε προηγούμενες καταχρήσεις και παλαιότερες συμπεριφορές της, επιχειρώντας να ερμηνεύσει λογικά τις αντιδράσεις των άλλων. Αυτό τονίζει την ύπαρξη διαφορετικών μηχανισμών προσαρμογής και αντιμετώπισης του κοινωνικού στίγματος.

E. Σύνοψη Αποτελεσμάτων

Οι εμπειρίες κοινωνικού στιγματισμού δεν είναι ομοιόμορφες μεταξύ των συμμετεχόντων. Ενώ ορισμένοι δεν αναφέρουν περιστατικά διακρίσεων ή δηλώνουν ότι δεν επηρεάζονται από τις αντιλήψεις των άλλων, αρκετοί περιγράφουν εμπειρίες υποτίμησης, κοινωνικού αποκλεισμού και αρνητικών στερεοτύπων που σχετίζονται με την ψυχική νόσο. Το κοινωνικό βλέμμα και οι προκαταλήψεις φαίνεται να επηρεάζουν την ψυχολογική ευημερία και την κοινωνική συμμετοχή ορισμένων ατόμων, ενισχύοντας συναισθήματα δυσφορίας ή απομόνωσης. Παράλληλα, οι συμμετέχοντες αναπτύσσουν ποικίλες στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως η αδιαφορία, η αποφυγή συγκρούσεων, η υπομονή, η χρήση χιούμορ ή η εκλογίκευση των εμπειριών τους.

8.9. Προσωπικές Πεποιθήσεις σχετικά με την Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και του Κοινωνικού Στίγματος

A. Ανάγκη για Μεγαλύτερη Ελευθερία και Ευελιξία στην Καθημερινή Ζωή

Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα που αναδείχθηκαν από τους συμμετέχοντες αφορά την ανάγκη για μεγαλύτερη αυτονομία και ευελιξία στο πλαίσιο της διαβίωσης στις δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Ο K02 εξέφρασε την επιθυμία για περισσότερη ελευθερία στην καθημερινότητά του, καθώς και για συχνότερες επισκέψεις στο χωριό του, θεωρώντας ότι οι παράγοντες αυτοί θα συνέβαλλαν στη

βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Αντίστοιχα, ο K03 ανέφερε ότι η αυξημένη ελευθερία θα μπορούσε να βελτιώσει σημαντικά τις συνθήκες διαβίωσης στη δομή. Παρόμοια, η K10 υποστήριξε ότι οι ένοικοι βιώνουν συνθήκες περιορισμού και απομόνωσης, επισημαίνοντας ότι «είναι κλεισμένοι, στρεσαρισμένοι και δεν έχουν επαφή με τον κόσμο», γεγονός που καθιστά αναγκαία την ύπαρξη μεγαλύτερης ελευθερίας. Επιπλέον, η K11 θεωρεί ότι μεγαλύτερη ευελιξία και ελαστικότητα από την πλευρά του προσωπικού θα μπορούσε να διευκολύνει την καθημερινότητα των ενοίκων και να ενισχύσει την αίσθηση αυτονομίας τους. Άρα, η προαγωγή της αυτοδιάθεσης και η ενίσχυση της ανεξαρτησίας αποτελούν βασικές ανάγκες των ατόμων που διαμένουν στις δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

B. Ενίσχυση της Σύνδεσης με την Κοινότητα μέσω περισσότερων Δράσεων

Δύο συμμετέχοντες ανέδειξαν τη σημασία της ενεργούς συμμετοχής στην κοινότητα και της ανάπτυξης περισσότερων εξωστρεφών δραστηριοτήτων. Η K09 θεωρεί ότι η οργάνωση περισσότερων δράσεων στην κοινότητα, σε συνδυασμό με την ενεργή συμμετοχή του προσωπικού των δομών, θα ενίσχυε τη σύνδεση των ενοίκων με το κοινωνικό περιβάλλον. Αντίστοιχα, η K10 υποστήριξε ότι η αύξηση των δράσεων εκτός της δομής θα συνέβαλλε στη μείωση της απομόνωσης και θα διευκόλυνε την επαφή των ενοίκων με την ευρύτερη κοινότητα. Έτσι, η κοινωνική ένταξη και η συμμετοχή στην κοινοτική ζωή αποτελούν σημαντικές προϋποθέσεις για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την αποφυγή της κοινωνικής απομόνωσης.

C. Ευαισθητοποίηση της Κοινότητας και Καταπολέμηση του Κοινωνικού Στίγματος

Η ανάγκη ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινωνίας σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές αναδείχθηκε ως μία από τις σημαντικότερες προτάσεις των συμμετεχόντων. Η K05 υπογράμμισε τη σημασία της εκπαίδευσης του κοινού γύρω από τα ζητήματα ψυχικής υγείας, εκφράζοντας την άποψη, ότι οποιοσδήποτε άνθρωπος μπορεί να βρεθεί αντιμέτωπος με παρόμοιες δυσκολίες. Αντίστοιχα, η K12 τόνισε ότι η κοινωνία θα πρέπει να αναγνωρίζει τα άτομα με ψυχικές διαταραχές ως ισότιμα μέλη της, επισημαίνοντας την ανάγκη ενίσχυσης της αποδοχής και της ανθρώπινης αντιμετώπισης. Παράλληλα, ο K03 ανέφερε ότι η παρουσία ενός υποστηρικτικού προσώπου στην κοινότητα θα μπορούσε να τον βοηθήσει να διαχειρίζεται

αποτελεσματικότερα τις εμπειρίες κοινωνικού ρατσισμού. Αναδεικνύεται, λοιπόν, ότι η καταπολέμηση του στιγματισμού και η προώθηση της κοινωνικής αποδοχής αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την ουσιαστική κοινωνική ένταξη των ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές.

D. Ανάγκη για Οικονομική και Κοινωνική Ενίσχυση

Η οικονομική διάσταση αναδείχθηκε επίσης ως σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την καθημερινότητα των ενοίκων. Η K12 επισήμανε ότι η οικονομική κατάσταση πολλών ατόμων που διαμένουν στις δομές είναι οριακή και εξέφρασε την άποψη ότι η μεγαλύτερη οικονομική στήριξη από το κράτος θα μπορούσε να συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

E. Σύνοψη Αποτελεσμάτων

Οι συμμετέχοντες δεν περιορίζονται μόνο στην αξιολόγηση των υφιστάμενων συνθηκών διαβίωσης, αλλά διατυπώνουν συγκεκριμένες προτάσεις που αφορούν τόσο τη λειτουργία των δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης όσο και τη σχέση τους με την κοινότητα. Η ανάγκη για μεγαλύτερη ελευθερία, ευελιξία και ενίσχυση της αυτονομίας αναδεικνύεται ως βασικό αίτημα των ενοίκων. Παράλληλα, η ανάπτυξη περισσότερων κοινοτικών δράσεων και η ενεργή συμμετοχή των δομών στην κοινωνική ζωή φαίνεται να θεωρούνται απαραίτητες για την αντιμετώπιση της απομόνωσης και την προαγωγή της κοινωνικής ένταξης. Επιπλέον, η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας γύρω από τις ψυχικές διαταραχές και η καταπολέμηση του στιγματισμού, προβάλλονται ως βασικές προϋποθέσεις για την αποδοχή και τον σεβασμό των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Τέλος, η ανάγκη για επαρκέστερη οικονομική υποστήριξη υπογραμμίζει τη σημασία της κοινωνικής πολιτικής και της κρατικής μέριμνας στη διασφάλιση αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης και στην προώθηση της κοινωνικής αποκατάστασης των χρόνιως ψυχικά πασχόντων. Παρακάτω θα συζητηθούν τα ανωτέρω αποτελέσματα και θα τεκμηριωθούν με βάση τη βιβλιογραφία.

Γ' ΜΕΡΟΣ_ Συζήτηση

9. Συζήτηση

Στο παρόν κεφάλαιο θα συζητηθούν και θα ερμηνευτούν τα αποτελέσματα της μελέτης στη βάση της σχετικής βιβλιογραφίας. Σε ένα ευρύτερο πλαίσιο παρατηρείται η υποκειμενικότητα των αποτελεσμάτων, βασιζόμενη στα προσωπικά βιώματα του καθενός. Συγκεκριμένα, η K05 που έζησε όλη τη ψυχιατρική μεταρρύθμιση από το ψυχιατρικό άσυλο σε δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης αντιλαμβάνεται τελείως διαφορετικά τις ανάγκες της σε σχέση με άτομα της κοινότητας. Δηλαδή ο κορεσμός και η ικανοποίηση καλύπτεται με βασικά αγαθά και ένα ΑΘΠ. Ωστόσο, άτομα που έχουν έρθει από την κοινότητα ακούσια (K02, K03) αναζητούν έντονα την ελευθερία και δεν ικανοποιούνται εύκολα στην καθημερινότητα τους. Παρατηρείται βέβαια και η κατηγορία των ατόμων από την κοινότητα (K09, K10, K06), που έχουν έρθει εκούσια, τα οποία συνειδητά προσεγγίζουν το πλαίσιο ως κάτι καλύτερο για εκείνους.

9.1. Αντίληψη της ποιότητας ζωής και συμβολή των δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Η ποιότητα ζωής των χρονίως πασχόντων αναδεικνύεται ως μία πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει τόσο αντικειμενικές διαστάσεις, όπως η κάλυψη βασικών αναγκών, η στέγαση, η οικονομική υποστήριξη και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, όσο και υποκειμενικές διαστάσεις που σχετίζονται με την ευχαρίστηση, την αυτονομία, την ελευθερία και την προσωπική ικανοποίηση. Μελέτες έχουν δείξει ότι η ποιότητα ζωής των ατόμων με σοβαρή ψυχική νόσο επηρεάζεται όχι μόνο από τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου, αλλά και από κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, με την αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη να αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προβλεπτικούς παράγοντες (Dalliou et al., 2025· Defar et al., 2023). Στη παρούσα μελέτη, οι περισσότεροι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται την ποιότητα ζωής ως μία θετική κατάσταση, συνδέοντάς την με στοιχεία όπως η καλή διατροφή, οι έξοδοι, η ασφάλεια και η δυνατότητα επιλογών. Αναδεικνύοντας έτσι, ότι οι δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης συμβάλλουν ουσιαστικά στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και της καθημερινότητας των ενοίκων, ενώ παράλληλα, αναδεικνύουν τη σημασία της αυτοδιάθεσης, της αυτονομίας και της αίσθησης ότι διαμένουν σε ένα περιβάλλον που μπορούν να αισθάνονται ως «δικό τους».

9.2. Σωματική Υγεία

Αναφορικά με τη σωματική υγεία, οι περισσότεροι συμμετέχοντες τη χαρακτηρίζουν ως καλή και σταθερή, παρά την ύπαρξη παθολογικών προβλημάτων ή περιστασιακών ενοχλήσεων, όπως χρόνιοι πόνοι, κινητικοί περιορισμοί, κόπωση και διαταραχές ύπνου. Η οργανωμένη φροντίδα, η φαρμακευτική αγωγή, η διατροφή και η συστηματική ιατρική περίθαλψη φαίνεται να συμβάλλουν στη διατήρηση της σωματικής υγείας, χωρίς ωστόσο να αναιρούν την ανάγκη για εξατομικευμένη υποστήριξη και συνεχή παρακολούθηση. Βιβλιογραφικά υποστηρίζεται ότι η ολοκληρωμένη και κοινοτικά προσανατολισμένη φροντίδα συμβάλλει στη βελτίωση των δεικτών υγείας και της συνολικής ποιότητας ζωής των ατόμων με σοβαρή ψυχική νόσο (Anargyros et al., 2021).

9.3. Ψυχική υγεία

Όσον αφορά την ψυχική υγεία, οι περισσότεροι συμμετέχοντες περιγράφουν βελτίωση ή σταθεροποίηση της ψυχολογικής τους κατάστασης μετά την ένταξή τους σε δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Η σταθερότητα του πλαισίου, η ύπαρξη καθημερινής ρουτίνας, η εφαρμογή του Ατομικού Θεραπευτικού Πλάνου, η φαρμακευτική αγωγή, οι υποστηρικτικές σχέσεις και η συμμετοχή σε δραστηριότητες, ιδιαίτερα στα Κέντρα Ημέρας, αναγνωρίζονται ως παράγοντες που ενισχύουν την ψυχική ευημερία. Σύμφωνα με μελέτες οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, όντως, βελτιώνουν την ψυχική κατάσταση, τη λειτουργικότητα και την υποκειμενική ευημερία των ατόμων με σοβαρή ψυχική νόσο (McDonagh et al., 2022· Sun et al., 2023· Johansson et al., 2025). Αντίστοιχα, οι Barlati et al. (2024) υπογραμμίζουν ότι η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της σύγχρονης αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών, καθώς προάγει την ανάρρωση και την κοινωνική λειτουργικότητα. Παράλληλα, οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν τις συναισθηματικές διακυμάνσεις ως μέρος της πορείας της νόσου και αναπτύσσουν στρατηγικές αντιμετώπισης μέσω της προσωπικής προσπάθειας και της κοινωνικής υποστήριξης. Ωστόσο, η αίσθηση περιορισμού της ελευθερίας που εκφράστηκε από ορισμένους ενοίκους υποδηλώνει ότι η ψυχολογική ευημερία συνδέεται όχι μόνο με τη θεραπεία και τη φροντίδα, αλλά και με την αίσθηση ελέγχου και αυτοδιάθεσης.

9.4. Κοινωνικές σχέσεις

Επιπρόσθετα, οι κοινωνικές σχέσεις αποτελούν μία από τις σημαντικότερες διαστάσεις της ποιότητας ζωής των ατόμων που διαμένουν σε δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Η διατήρηση σχέσεων με την οικογένεια, η ύπαρξη κοινωνικών δεσμών και η συντροφικότητα συμβάλλουν στην ενίσχυση της ασφάλειας, της αποδοχής και της κοινωνικής ένταξης. Παράλληλα, αναδείχθηκαν δυσκολίες που αφορούν οικογενειακές συγκρούσεις, κοινωνική απομόνωση, περιορισμένες φιλικές σχέσεις και ζητήματα που σχετίζονται με τη συμβίωση. Ιδιαίτερη σημασία φαίνεται να έχει η ανάγκη για συντροφικότητα, η οποία παραμένει ανεκπλήρωτη για αρκετούς συμμετέχοντες. Επιπλέον, τα Κέντρα Ημέρας λειτουργούν ως σημαντικοί μηχανισμοί κοινωνικοποίησης και ενίσχυσης της επαφής τόσο μεταξύ των ωφελούμενων όσο και με την κοινότητα. Γενικότερα, η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί καθοριστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής των ατόμων με σοβαρή ψυχική νόσο (Dalliou et al., 2025). Παράλληλα, η συμμετοχή σε ψυχοκοινωνικές και κοινοτικές δραστηριότητες έχει αποδειχθεί ότι ενισχύει την κοινωνική λειτουργικότητα και την αίσθηση του «ανήκειν» (HaGani et al., 2023).

9.5. Εμπειρίες διαβίωσης στις δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Στο ευρύτερο πλαίσιο της διαβίωσης των συμμετεχόντων σε δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, οι περισσότεροι συμμετέχοντες εκφράζονται θετικά, καθώς τους παρέχεται ένα ασφαλές και υποστηρικτικό περιβάλλον. Ιδιαίτερα θετικά αξιολογούνται η στάση του προσωπικού, η συμμετοχή σε δραστηριότητες και ο προσανατολισμός στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας και της αυτονομίας. Παράλληλα, ορισμένοι συμμετέχοντες, κυρίως όσοι προέρχονται απευθείας από την κοινότητα ή εισήχθησαν ακούσια, εκφράζουν την αίσθηση ότι η διαβίωση στη δομή συνοδεύεται από περιορισμούς στην προσωπική τους ελευθερία και επιθυμία επιστροφής στο σπίτι. Αντίθετα, άτομα που έχουν βιώσει τον εγκλεισμό σε ψυχιατρικές κλινικές ή έχουν εμπειρία από διαφορετικές δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης αξιολογούν θετικά τη μετάβασή τους στο παρόν πλαίσιο. Συνεπώς, η αποτελεσματικότητα των δομών δεν εξαρτάται μόνο από την κάλυψη βασικών αναγκών, αλλά και από τον βαθμό στον οποίο ενισχύουν την αξιοπρέπεια, τη συμμετοχή και την αυτοδιάθεση των ενοίκων. Ευρύτερα παρατηρείται πως η σύγχρονη κοινοτική ψυχιατρική δίνει έμφαση στην

προσωποκεντρική φροντίδα και στην ενεργή συμμετοχή των ωφελουμένων στη θεραπευτική διαδικασία (Anargyros et al., 2021). Παράλληλα υπογραμμίζεται ότι τα σύγχρονα μοντέλα ψυχιατρικής αποκατάστασης θα πρέπει να προωθούν την ανεξάρτητη διαβίωση και την κοινωνική ένταξη των ατόμων με σύνθετες ψυχικές διαταραχές (Houngbedji et al., 2025).

9.6. Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας

Σχετικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, οι περισσότεροι συμμετέχοντες θεωρούν ότι αντιμετωπίζονται με σεβασμό και χωρίς διακρίσεις, ενώ η υποστήριξη από το προσωπικό των δομών και η παρουσία συνοδών διευκολύνουν την επικοινωνία με το σύστημα υγείας. Παρ' όλα αυτά, ορισμένοι περιέγραψαν εμπειρίες αδιαφορίας ή διαφορετικής μεταχείρισης, τις οποίες απέδωσαν είτε στην ψυχική νόσο είτε σε γενικότερες δυσλειτουργίες του συστήματος. Παρατηρείται, λοιπόν, η ανάγκη για περαιτέρω ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας και ενίσχυσης μιας ανθρωποκεντρικής προσέγγισης στη φροντίδα των ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές. Διότι, παρά τη σημαντική πρόοδο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, εξακολουθούν να υπάρχουν ανισότητες στην πρόσβαση και προκλήσεις που σχετίζονται με την ποιότητα και τη συνέχεια της φροντίδας (Anargyros et al., 2021).

9.7. Κοινωνικό στίγμα και στρατηγικές αντιμετώπισης

Οι εμπειρίες κοινωνικού στιγματισμού διαφοροποιούνται μεταξύ των συμμετεχόντων. Αν και ορισμένοι δηλώνουν ότι δεν έχουν βιώσει διακρίσεις ή δεν επηρεάζονται από τις αντιλήψεις των άλλων, αρκετοί περιγράφουν εμπειρίες υποτίμησης, κοινωνικού αποκλεισμού και αρνητικών στερεοτύπων. Γενικότερα, το στίγμα φαίνεται να επηρεάζει την ψυχολογική ευημερία και την κοινωνική συμμετοχή, συνεπώς οι συμμετέχοντες αναπτύσσουν διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως η αδιαφορία, η αποφυγή συγκρούσεων, η σιωπή, η υπομονή και η εκλογίκευση των εμπειριών τους. Επιβεβαιώνοντας έτσι, ότι το κοινωνικό στίγμα εξακολουθεί να αποτελεί τροχοπέδη για την κοινωνική ένταξη και την ψυχολογική ευημερία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (Defar et al., 2023).

9.8. Ανάγκες, προτάσεις βελτίωσης και μελλοντικές προοπτικές

Τέλος, οι συμμετέχοντες διατύπωσαν προτάσεις που αφορούν τόσο τη λειτουργία των δομών όσο και τη σχέση τους με την κοινότητα. Η μεγαλύτερη ελευθερία, η ενίσχυση της αυτονομίας, η ευελιξία στη λειτουργία των δομών, η επαρκέστερη οικονομική υποστήριξη και η ενίσχυση των δραστηριοτήτων αναδείχθηκαν ως βασικές ανάγκες. Παράλληλα, η ενημέρωση και η εκπαίδευση της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας, η ανάπτυξη κοινοτικών δράσεων και η ενεργή συμμετοχή των δομών σε αυτές θεωρούνται απαραίτητες προϋποθέσεις για την καταπολέμηση του στιγματισμού και την προαγωγή της κοινωνικής ένταξης. Επιπλέον, αναδεικνύεται η ανάγκη για επαρκή χρηματοδότηση και συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού των δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, καθώς και για ουσιαστική διασύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την κοινότητα. Οι προτάσεις αυτές βρίσκονται σε σύμπλευση με τις σύγχρονες κατευθυντήριες επιταγές της κοινοτικής ψυχιατρικής στην Ελλάδα, οι οποίες δίνουν έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών, στη διεπιστημονική συνεργασία και στη συμμετοχή των ίδιων των ωφελουμένων στη λήψη αποφάσεων (Anargyros et al., 2021). Επιπλέον, η ανάγκη για επαρκή χρηματοδότηση, εκπαίδευση του προσωπικού και ενίσχυση των κοινοτικών υπηρεσιών έχει αναγνωριστεί ως βασική προϋπόθεση για την περαιτέρω εξέλιξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα (Tsoli et al., 2024). Εν κατακλείδι, αντιλαμβανόμαστε ότι οι μελλοντικές πολιτικές υγείας για τον τομέα της ψυχικής υγείας θα πρέπει να βασίζονται σε όλα τα προαναφερθέντα και να αφουγκράζονται πραγματικά τις ανάγκες των χρονίως ψυχικά νοσούντων.

9.9. Συνεισφορά και Περιορισμοί της έρευνας. Προτάσεις για Μελλοντικές Έρευνες

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια προσπάθεια εξέτασης μιας ευρύτερης ερευνητικής θεματικής μέσα από την υποκειμενική αντίληψη των χρονίως ψυχικά πασχόντων αναφορικά με την ποιότητα ζωής τους. Ειδικότερα, η ποιότητα ζωής διερευνάται στο επίπεδο των δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και της κοινότητας, ενώ παράλληλα δημιουργείται ένα ασφαλές πλαίσιο έκφρασης, στο οποίο οι συμμετέχοντες μπορούν να διατυπώσουν απόψεις, εμπειρίες και προτάσεις που ενδέχεται να συμβάλουν στον σχεδιασμό μελλοντικών πολιτικών ψυχικής υγείας προς όφελός τους.

Ωστόσο, η παρούσα έρευνα παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς. Λόγω του μικρού δείγματος ευκαιρίας, τα ευρήματα δεν μπορούν να γενικευθούν στον συνολικό πληθυσμό των ατόμων με χρόνια ψυχική νόσο. Επιπλέον, η χρήση ποιοτικής μεθοδολογίας και η εστίαση στις προσωπικές αφηγήσεις των συμμετεχόντων ενδέχεται να επηρεάζονται από υποκειμενικούς παράγοντες, όπως η διάθεση, η μνήμη και οι ατομικές εμπειρίες. Παράλληλα, η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε συγκεκριμένο γεωγραφικό και οργανωτικό πλαίσιο, γεγονός που ενδέχεται να περιορίζει τη δυνατότητα μεταφοράς των ευρημάτων σε άλλα περιβάλλοντα ή τύπους δομών.

Παρά τους περιορισμούς αυτούς, η μελέτη φιλοδοξεί να συμβάλει στην σε βάθος κατανόηση των βιωμένων εμπειριών των ατόμων με χρόνια ψυχική νόσο. Επίσης, να αναδεικνύει παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους στο πλαίσιο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της κοινωνικής ζωής.

Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να αξιοποιήσουν μεγαλύτερα και περισσότερο αντιπροσωπευτικά δείγματα, καθώς και μικτές μεθοδολογικές προσεγγίσεις, συνδυάζοντας ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα. Επιπλέον, θα ήταν χρήσιμη η συγκριτική διερεύνηση διαφορετικών τύπων δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών, προκειμένου να αναδειχθούν πιθανές διαφοροποιήσεις στις εμπειρίες και στην ποιότητα ζωής των ωφελουμένων. Παράλληλα, η ενσωμάτωση των απόψεων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, οικογενειακών φροντιστών και άλλων εμπλεκόμενων φορέων θα μπορούσε να προσφέρει μια πιο ολιστική κατανόηση του φαινομένου. Τέλος, ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα παρουσίαζαν διαχρονικές (longitudinal) μελέτες, οι οποίες θα εξέταζαν τις μεταβολές στην ποιότητα ζωής των ατόμων με χρόνια ψυχική νόσο σε βάθος χρόνου και τη σχέση τους με την πορεία της αποκατάστασης, την κοινωνική ένταξη και τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Ελληνική Δημοκρατία (1999). *Νόμος 2716/1999: Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας*. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Α' 96/17.05.1999.

Ελληνική Δημοκρατία (2000). *Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του ν. 2716/1999*. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Β' 661/23.05.2000.

Ελληνική Δημοκρατία (2017). *Νόμος 4486/2017: Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Α' 115/07.08.2017.

Ελληνική Δημοκρατία (2017). *Πλαίσιο εκπόνησης πολιτικών ψυχικής υγείας και καθορισμός κριτηρίων, προϋποθέσεων, δικαιολογητικών, διαδικασίας και κάθε άλλης λεπτομέρειας για έγκριση σκοπιμότητας και χορήγηση άδειας ίδρυσης και άδειας λειτουργίας Μονάδων Ψυχικής Υγείας στον Ιδιωτικό Κερδοσκοπικό και μη Κερδοσκοπικό Τομέα του άρθρου 11 του ν. 2716/1999*. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Β' 2932/25.08.2017.

Καλαμάρη, Κ. Ι. (2023). *Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και Στεγαστικές Δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης: Μελέτη Περίπτωσης στο Νομό Θεσσαλονίκης* (Doctoral dissertation, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης).

Κούκια, Ε. (2024). Συμβουλευτική Υποστήριξη στην Κοινωνική Ψυχική Υγεία και στην Τρίτη Ηλικία. *Broken Hills Publicers LTD*.

Νόμος 5129/ 2024. Ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 124/Α'/01.08.2024)

Πράπας, Χρ. & Μαυρέας, Β. (2025). Ποιότητα ζωής, σωματική και ψυχική υγεία των Ελλήνων κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 42(1), 62-69.

Σαχίνη-Καρδάση, Α. (2007). *Μεθοδολογία έρευνας: Εφαρμογές στο χώρο της υγείας*. Γ' Έκδοση. Αθήνα: ΒΗΤΑ.

Τσιώλης, Γ. (2015). Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων: διλήμματα, δυνατότητες, διαδικασίες. Στο Γ. Πυργιωτάκης & Χρ. Θεοφιλίδης (Επιμ.), *Ερευνητική Μεθοδολογία στις Κοινωνικές Επιστήμες και στην Εκπαίδευση. Συμβολή στην επιστημολογική θεωρία και την ερευνητική πράξη* (σσ. 473–498). Πεδίο.

Ψυχιατρική (2019). Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές: Παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμετοχή τους στις υποστηρικτικές ομάδες. *Ψυχιατρική*, 30(2), 146–156.

Ξενόγλωσση

Alemu, W. G., Due, C., Muir-Cochrane, E., Mwanri, L., Azale, T., & Ziersch, A. (2024). Quality of life among people living with mental illness and predictors: A systematic review and meta-analysis. *Quality of Life Research*, 33, 1191–1209.

American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.: DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.

Anargyros, K. P., Christodoulou, N. G., & Lappas, A. S. (2021). Community mental health services in Greece: Development, challenges and future directions. *Consortium Psychiatricum*, 2(3), 13–21.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23.

Apostolopoulou, A., et al. (2020). Experiences of recovery in EPAPSY's community residential facilities and the five CHIME concepts. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 24.

Bahrami, M., et al. (2023). Epidemiology of mental health disorders. *BMC Psychiatry*, 23, 267.

Barlati, S., Deste, G., Gregorelli, M., & Vita, A. (2024). Evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 37(3), 185–193.

Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2014). Global prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, 43(5), 897–910.

Bennett, D., & Morris, I. (1982). Deinstitutionalization in the United Kingdom. *International Journal of Mental Health*, 11(4), 5-23.

Botsari, A., et al. (2023). Smoking habits and attitudes toward smoking in patients with severe mental illness in residential rehabilitation facilities in insular Greece. *Healthcare*, 11(5), 642.

Caldas de Almeida, J. M., et al. (2016). Living conditions and quality of care in residential units for people with long-term mental illness. *BMC Psychiatry*.

Carswell, C., Cogley, C., Bramham, K., Chilcot, J., Noble, H., & Siddiqi, N. (2023). Chronic kidney disease and severe mental illness: A scoping review. *Journal of Nephrology*, 36(6), 1519–1547.

Caspi, A. et al. (2020). Longitudinal assessment of mental health disorders and comorbidities across 4 decades among participants in the Dunedin birth cohort study. *JAMA network open*, 3(4).

Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J. G., McGrath, J. J., & Whiteford, H. A. (2018). Global epidemiology and burden of schizophrenia: Findings from the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1195–1203.

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*, 19, 507–514.

Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37–70.

Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M., & Wittchen, H. U. (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 3, 17024.

Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). Sage.

Cypress, B. S. (2021). *Fundamentals of qualitative phenomenological nursing research*. Wiley.

Dalliou, M., & Bonotis, K. (2025). Quality of life in patients with severe mental illness in a tertiary care unit in Greece: The role of sociodemographic, clinical factors, and social support. *Cureus*, 17(1), e77462.

de Medina-Moragas, A. J., Lima-Serrano, M., Fernández-Fernández, M. J., & Lima-Rodríguez, J. S. (2024). Quality of life of individuals with serious mental illness and family caregivers. *Current Psychology*, 43, 21756–21767.

Defar, S., Abraham, Y., Deribe, B., et al. (2023). Health-related quality of life among people with mental illness: A systematic review. *Frontiers in Public Health*, 11, 1134032.

Dehn, L. B., Beblo, T., Richter, D., Wienberg, G., Kremer, G., Steinhart, I., & Driessen, M. (2022). Effectiveness of supported housing versus residential care in severe mental illness: a multicenter, quasi-experimental study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 57(5), 927–937.

Drake, R. E., Bond, G. R., & Becker, D. R. (2020). *Individual placement and support: An evidence-based approach to supported employment*. Oxford University Press.

Eaton, N.R., Bringmann, L.F., Elmer, T. et al. (2023). A review of approaches and models in psychopathology conceptualization research. *Nat Rev Psychol* 2, 622–636.

Economou, M., Palli, A., Peppou, L. E., & Stefanis, C. (2019). Psychiatric reform in Greece: An overview. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(1), 1–10.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.

European Commission (2019). *Transition from institutional to community-based services in Europe*. Brussels.

EuroQol Group (1990). EuroQol—A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199–208.

- Farkas, M., & Anthony, W. A. (2010). Psychiatric rehabilitation interventions: A review. *International Review of Psychiatry*, 22(2), 114–129.
- First, M. B. et al. (2021). An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(1), 34–51.
- Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (6th ed.). Sage.
- Frances, A. (2013). Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis.
- Fusar-Poli, P., McGorry, P. D., & Kane, J. M. (2020). Improving outcomes of first-episode psychosis: An overview. *World Psychiatry*, 19(3), 305–315.
- Gagiu, C., Dionisie, V., Manea, M. C., Mazilu, D. C., & Manea, M. (2024). Internalised stigma, self-esteem and perceived social support as psychosocial predictors of quality of life in adult patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Medicine*, 13(22), 6959.
- Gao, Y., Burns, R., Leach, L., Chilver, M. R., & Butterworth, P. (2024). Examining the mental health services among people with mental disorders: A literature review. *BMC Psychiatry*, 24, 568.
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137–150.
- Genkel, V., Domozhirova, E., & Malinina, E. (2024). Multimorbidity in severe mental illness as part of the neurodevelopmental continuum. *Brain Sciences*, 14(7), 725.
- Giannakopoulos, G., & Anagnostopoulos, D. C. (2016). Psychiatric reform in Greece: an overview. *BJPsych Bulletin*, 40(6), 326–328.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach*. Duquesne University Press.

Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561–1572.

Guerrero, Z., Kågström, A., Aliev, A., Tomášková, H., Yon, Y., Lazzeri, L., ... Winkler, P. (2024). Mental health plans and policies across the WHO European region. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 11, e110.

Guest, G., Namey, E. E. & Mitchell, M. L. (2020). *Collecting qualitative data: A field manual for applied research*. Sage.

HaGani, N., Lev-Ari, S., et al. (2023). Health care utilization following interventions to improve social well-being: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 6(7), e2324032.

Halstead, S., Siskind, D., & Warren, N. (2024). Making meaning of multimorbidity and severe mental illness: A viewpoint. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 58(1), 12–20.

Harrison, M., Singh Roy, A., Hultqvist, J., Pan, A.-W., McCartney, D., McGuire, N., Fitzpatrick, L. I., & Forsyth, K. (2020). Quality of life outcomes for people with serious mental illness living in supported accommodation: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(8), 977–988.

Havnen, A., Lindberg, M. S., Lundqvist, J., Brattmyr, M., Hjemdal, O., & Solem, S. (2024). Health-related quality of life in psychiatric outpatients: A cross-sectional study of associations with symptoms, diagnoses, and employment status. *Quality of Life Research*, 33, 3093–3105.

Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E., & Carpenter, W. T. (1984). The Quality of Life Scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10(3), 388–398.

Houngbedji, N., Killaspy, H., et al. (2025). Mental health rehabilitation models for people with complex psychosis: A systematic review. *BJPsych Open*, 11, e134.

Hu, F. H., Zhao, D. Y., Fu, X. L., Zhang, W. Q., Tang, W., Hu, S. Q., Shen, W. Q., & Chen, H. L. (2023). Effects of social support on suicide-related behaviors in patients with severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 328, 324–333.

Janssens, T., et al. (2020). Can social support be improved in people with a severe mental illness? A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56, 1–13.

Javaid, S. F., et al. (2023). Epidemiology of anxiety disorders. *Middle East Current Psychiatry*, 30(44).

Johansson, D., Skillmark, M., & Allgurin, M. (2025). Effects of psychosocial interventions on wellbeing in individuals with severe mental illness: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 16, 1574303.

Johnson, S., et al. (2018). Comparison of mental health systems in Europe. *BMC Health Services Research*.

Kalogerakis, Z., Petroutsou, A., Chatzakis, A., Ploumpidis, D., Papageorgiou, C., & Economou, M. (2019). Psychosocial rehabilitation and severe mental illness: Factors that influence patients' attendance in a support group. *Psychiatriki*, 30(2), 108–119.

Karow, A., Wittmann, L., Schöttle, D., Schäfer, I., & Lambert, M. (2014). The assessment of quality of life in clinical practice in patients with schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 16(2), 185–195.

Kessler, R. C., et al. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168–176.

Killaspy, H., Harvey, C., Brasier, C., Brophy, L., Ennals, P., Fletcher, J., & Hamilton, B. (2022). Community-based social interventions for people with severe mental illness: A systematic review and narrative synthesis. *World Psychiatry*, 21(1), 96–123.

Knapp, M., McDaid, D., & Thornicroft, G. (2007). *Mental health policy and practice across Europe*. Open University Press.

- Koh, S. J., Lee, Y., & Kwon, H. Y. (2025). Impact of mental disorders on health-related quality of life: A propensity score matched comparison. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1685750.
- Kotov, R., Fochtmann, L., Li, K., Tanenberg-Karant, M., Constantino, E. A., Rubinstein, J., Perlman, G., Velthorst, E., Fett, A. J., Carlson, G., & Bromet, E. J. (2017). Declining Clinical Course of Psychotic Disorders Over the Two Decades Following First Hospitalization: Evidence From the Suffolk County Mental Health Project. *The American journal of psychiatry*, 174(11), 1064–1074.
- Kotov, R., Krueger, R. F., & Watson, D. (2018). A paradigm shift in psychiatric classification: the Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP). *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 17(1), 24–25.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (3rd ed.). Sage.
- Launders, N., Kirsh, L., Osborn, D. P. J., & Hayes, J. F. (2022). The temporal relationship between severe mental illness diagnosis and chronic physical comorbidity: a UK primary care cohort study of disease burden over 10 years. *The lancet. Psychiatry*, 9(9), 725–735.
- Lee, S. N., & Yu, H. J. (2024). Effectiveness of peer support programs for severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare*, 12(12), 1179.
- Leontopoulou, S. (2015). A positive psychology intervention with emerging adults. *European Journal of Counselling Psychology*, 3(2), 113-136.
- Leontopoulou, S. (2020). Measuring well-being in emerging adults: Exploring the PERMA framework for positive youth development. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 25(1), 72-93.
- Leontopoulou, S., & Chletsos, M. (2023). Intergenerational social mobility and youth well-being in the context of the Greek socio-economic crisis. *Social Indicators Research*, 165, 333-353.

Liebert, A. P., Hussenoeder, F. S., Koschig, M., et al. (2025). Health-related quality of life of unemployed individuals diagnosed with a mental illness: A cross-sectional study. *Quality of Life Research*.

Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S., Johnson, S., & Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 14, 39.

Loukidou, E., Mastroiannakis, A., Power, T., Thornicroft, G., Craig, T., & Bouras, N. (2013). Evaluation of Greek psychiatric reforms. *International Journal of Mental Health Systems*.

Lundqvist, L. O., Rytterström, P., Rask, M., Brunt, D., Sellin, T., Grim, K., & Schröder, A. (2023). Influence of mental health service provision on the perceived quality of life among psychiatric outpatients. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1282466.

Mar, J., et al. (2023). Incidence of mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 58, 961–971.

McDonagh, M. S., Dana, T., Selph, S., Devine, B., Cantor, A., & Bougatsos, C. (2022). Psychosocial interventions for adults with schizophrenia: A systematic review. *Psychiatric Services*, 73(8), 857–869.

McGrath, C., Palmgren, P. J. & Liljedahl, M. (2019). Twelve tips for conducting qualitative research interviews. *Medical Teacher*, 41(9), 1002–1006.

McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Hill, E. D., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2012). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 815–830.

McPherson, P., Krotofil, J., & Killaspy, H. (2018). Supported accommodation services: A systematic review. *BMC Psychiatry*.

Merriam, S. B. & Tisdell, E. J. (2015). *Qualitative research: A guide to design and implementation* (4th ed.). Jossey-Bass.

Modini, M., et al. (2024). Supported employment interventions with people who have severe mental illness: Systematic mixed-methods umbrella review. *Journal of Psychiatric Research*.

Musliner, K. L., Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Eaton, W. W., Zandi, P. P., & Mortensen, P. B. (2016). Heterogeneity in 10-year course trajectories of moderate to severe major depressive disorder: a Danish national register-based study. *JAMA psychiatry*, 73(4), 346-353.

Ninou, A., et al. (2024). Clinical outcome in persons with severe mental disorders attending a mental health day center during the COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical Medicine*, 13(5), 1241.

O'Connell, M. J., Rosenheck, R. A., & Kaspro, W. J. (2022). Beyond supported housing: Correlates of improvements in quality of life among homeless adults with mental illness. *Psychiatric Quarterly*.

OECD (2021). *A new benchmark for mental health systems: Tackling the social and economic costs of mental ill-health*. OECD Publishing.

OECD (2023). *Health at a glance 2023: Care for people with mental health disorders*. OECD Publishing.

Owen, M. J., Sawa, A., & Mortensen, P. B. (2016). Schizophrenia. *The Lancet*, 388(10039), 86–97.

Paraskevaïdou, 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).

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Unützer, J., et al. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598.

Patmisari, E., Huang, Y., Orr, M., et al. (2025). Interventions supporting meaningful connections for people with serious mental illness: A concept-framed systematic narrative review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 60, 1257–1282.

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4th ed.). Sage.

- Perkes, I. (2023). Serious mental illness? Categorical measurement for health service systems. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 57(12).
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (2011). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45(1), 7–12.
- Reed, G. M., et al. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1), 3–19.
- Roos, E., Bjerkeset, O., Søndena, E., & Steinsbekk, A. (2016). A qualitative study of how people with severe mental illness experience living in sheltered housing. *BMC Psychiatry*.
- Sakellaropoulos, P., et al. (2023). Community mental health services in rural Greece. *Psychiatric Sciences*.
- 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.
- Salles, J., Lacassagne, E., Benvegna, G. et al. (2020). The RDoC approach for translational psychiatry: Could a genetic disorder with psychiatric symptoms help fill the matrix? the example of Prader–Willi syndrome. *Transl Psychiatry* 10, 274.
- San, L., Arranz, B., Romans, C., et al. (2025). Patient-reported outcome measures to assess mental and physical health status, functionality, and quality of life in patients with major depression or schizophrenia. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 9, 4.
- Schäfer, I., et al. (2020). Quality of life in patients with severe mental illness: A cross-sectional survey in an integrated outpatient health care model. *BMC Psychiatry*, 20, 318.
- Sharma, A., Nisa, B. U., Bibi, H., Wiggins, F., Mitchell, A., Prasad, K., ... Zavala, G. A. (2025). Factors associated with health-related quality of life in people with severe mental illness: Results from a multicountry study in South Asia. medRxiv.

Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. *Quality of Life Research*, 13(2), 299–310.

Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., & Whitley, R. (2017). Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12–20.

Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2022). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research* (2nd ed.). Sage.

Stylianidis, S. (2016). *Social and community psychiatry in Greece: From asylum to community care*. Springer.

Stylianidis, S. (2024). The blind spots of psychiatric reform in Greece. *Psychiatrike= Psychiatriki*.

Suijkerbuijk, Y. B., Schaafsma, F. G., van Mechelen, J. C., Ojajärvi, A., Corbière, M., & Anema, J. R. (2017). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness: A network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD011867.

Sullivan, P. F., Daly, M. J., & O'Donovan, M. (2012). Genetic architectures of psychiatric disorders: The emerging picture and its implications. *Nature Reviews Genetics*, 13(8), 537–551. <https://doi.org/10.1038/nrg3240>

Sun, X., Li, H., et al. (2023). Psychosocial intervention for schizophrenia: A review of recent evidence. *General Psychiatry*, 36(1), e100946.

Tatsiopoulou, P., et al. (2025). Mental disorders in children and adolescents. *BMC Psychiatry*, 25, 1087.

Tavakol, M., & Sandars, J. (2025). Twelve tips for using phenomenology as a qualitative research methodology. *Medical Teacher*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2025.2483343>

Ten Have, M., et al. (2023). Prevalence trends of mental disorders. *World Psychiatry*, 22(2), 275–285.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: A pragmatic balance of community and hospital care. *British Journal of Psychiatry*, 185(4), 283–290.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2014). *The balanced care model for global mental health*. Psychological Medicine.

Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2011). Community mental health care worldwide: Current status and further developments. *World Psychiatry*, 10(3), 276–286.

Tsoli, F., Peritogiannis, V., Drakatos, I., Gioti, P., & Mantas, C. (2024). Difficult-to-engage patients with severe mental illness in rural Greece: Outcomes of a hybrid Assertive Community Treatment model. *International Journal of Social Psychiatry*, 70, 1–10.

Valencia Gonzalez, V., & Mora Rios, J. (2024). Conceptions of recovery and relapse of severe mental illness from the perspective of mental health personnel. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 22, 3380–3396.

van Heugten-van der Kloet, D., & van Heugten, T. (2015). The classification of psychiatric disorders according to DSM-5 deserves an internationally standardized psychological test battery on symptom level. *Frontiers in psychology*, 6, 1108.

van Manen, M. (2014). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Left Coast Press.

Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 171–178.

Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334–341.

Wang, S., Dong, J., Wen, L., et al. (2025). Relationship between quality of life of patients with severe mental illnesses and family burden of disease: The mediating effect of caregivers' social support. *BMC Public Health*, 25, 616.

Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483.

World Health Organization (1997). *WHOQOL: Measuring quality of life*. World Health Organization.

World Health Organization (2007). *Mental health policy, plans and programmes*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. World Health Organization.

World Health Organization (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. WHO.

World Health Organization (2021). *WHO guidance on ethical issues in public health surveillance*. World Health Organization.

World Health Organization (2022). Mental health plans and policies across the WHO European region. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*.

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

World Health Organization (2023). *Developing community-based mental health services*. WHO.

World Health Organization (2025). Mental Health Atlas & global update.

World Health Organization (2025). *New WHO guidance calls for urgent transformation of mental health policies*. WHO.

World Health Organization (2026). *Mental health: Fact sheet*. WHO.

World Health Organization (2026). Mental health: Key facts. WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization Europe (2026). *Expanding affordable access to mental health care: WHO/Europe outlines lessons from 4 countries*. WHO.

Zhang, Y., et al. (2025). The mediating role of rehabilitation status on the association between socioeconomic status and quality of life among individuals with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 25, 6782.

Zumstein, N., & Riese, F. (2020). Defining severe and persistent mental illness—A pragmatic utility concept analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 648.

Παραρτήματα

Παράστημα Ι



ΕΛΛΗΝΙΚΟ
ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Αγαπητέ κύριε, αγαπητή κυρία,

Καλείστε να συμμετάσχετε στην έρευνα με θέμα «Η ποιότητα ζωής των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης», η οποία εκπονείται από την νοσηλεύτρια του Οικοτροφείου «Αστερισμός» και μεταπτυχιακή φοιτήτρια του ΕΑΠ στο πρόγραμμα «Δημόσια Υγεία και Πολιτικές» Κυπρίζογλου Αθανασία.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει αν η διαμονή χρονίως ψυχικά πασχόντων σε δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Προστατευόμενα Διαμερίσματα και Ξενώνες) επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους και με ποιον τρόπο. Η έρευνα πραγματοποιείται με τη διενέργεια ατομικών ημι-δομημένων συνεντεύξεων, οι οποίες για πρακτικούς λόγους θα ηχογραφηθούν. Οι απαντήσεις σας είναι ανώνυμες, η συμμετοχή είναι εθελοντική και τα δεδομένα είναι εμπιστευτικά. Τα αποτελέσματα των απαντήσεων θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της έρευνας.

Παρακαλώ να απαντήσετε ελεύθερα και με ειλικρίνεια σε όλες τις ερωτήσεις, ώστε οι απαντήσεις σας να συνδράμουν στην εγκυρότητα της έρευνας. Η συμμετοχή σας θα έχει σημαντική συνεισφορά στην ερευνητική διαδικασία. Σας ευχαριστούμε θερμά για τη συμμετοχή σας. Θα βρισκόμαστε στη διάθεσή σας για οποιοδήποτε ερώτημά σας στο e-mail: akyprizog@gmail.com. Εάν ενδιαφέρεστε για τα αποτελέσματα της μελέτης μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας.

Εάν είστε σύμφωνος/η να συμμετάσχετε σε αυτή την έρευνα, σας παρακαλώ διαβάστε την ακόλουθη δήλωση και δηλώστε τη συμφωνία σας με την υπογραφή σας στο κάτω μέρος του εγγράφου:

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοήσει τις παραπάνω πληροφορίες για την παρούσα μελέτη. Καταλαβαίνω ότι τα δεδομένα μου θα είναι ανώνυμα και απόρρητα σε κάθε στάδιο της έρευνας. Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι έχω το δικαίωμα να αποσυρθώ από τη μελέτη ανά πάσα στιγμή. Συμφωνώ να επιτρέψω τα δεδομένα που συλλέγονται να χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της έρευνας.

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/-η..... δηλώνω ότι είμαι γνώστης της συνέντευξης και δέχομαι να συμμετέχω.

Ο /Η υπογεγραμμένος/-η

.....
(Ημερομηνία)

Παράστημα II



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΗΠΕΙΡΟΥ
SOCIETY FOR THE PROMOTION OF MENTAL HEALTH IN EPIRUS
ΘΩΜΑ ΠΑΣΧΙΔΗ 54, ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΟΙ 45444 ΙΩΑΝΝΙΝΑ
ΤΗΛ. 2651033532 FAX : 26510 33852
e-mail : epropsi@otenet.gr

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σήμερα, 27/1/2026 ημέρα Πέμπτη, στην έδρα της Εταιρείας Προαγωγής Ψυχικής Υγείας Ηπείρου, Θ. Πασχίδη 54 στα Ιωάννινα, μεταξύ της Προέδρου της Ε.ΠΡΟ.Ψ.Υ.Η. κ. Βασιλικής Λάππα και της κ. Αθανασίας Κυπρίζογλου, συμφωνείται συνεργασία σε επιστημονικό, εκπαιδευτικό, ερευνητικό και διοικητικό επίπεδο που αποτυπώνεται στο παρόν πρωτόκολλο συνεργασίας.

Η συμφωνία πραγματοποιείται στα πλαίσια εκπόνησης Μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας με θέμα «Η ποιότητα ζωής των χρόνιων ψυχικά πασχόντων σε δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης» της Νοσηλεύτριας κ. Α. Κυπρίζογλου στο πλαίσιο παρακολούθησης του ΜΠΣ με τίτλο «Δημόσια Υγεία και Πολιτικές» της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου. Αντικείμενο της έρευνας είναι να ερευνηθεί αν η διαμονή χρονίως ψυχικά πασχόντων σε δομές ΨΚΑ επηρεάζει την ποιότητα ζωής και με ποιο τρόπο και περιλαμβάνει τη διεξαγωγή ατομικών συνεντεύξεων σε ωφελούμενους του φορέα.

Η Ε.ΠΡΟ.Ψ.Υ.Η. θα διευκολύνει την κ. Α. Κυπρίζογλου στην εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας της, τα δεδομένα της οποίας θα χρησιμοποιηθούν για την ολοκλήρωση της Μεταπτυχιακής διατριβής της.

Η κ. Α. Κυπρίζογλου δεσμεύεται ότι κατά τη συλλογή των στοιχείων θα παραμείνουν όλες οι πληροφορίες απόρρητες και θα προστατευτεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων (των οποίων η συμμετοχή θα είναι εθελοντική), όπως ορίζουν οι κώδικες ηθικής και δεοντολογίας των ερευνητικών πρωτοκόλλων και ότι οι συμμετέχοντες θα υπογράψουν έντυπο συγκατάθεσης.

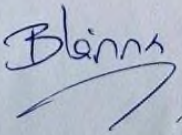
Η μέθοδος για την ολοκλήρωση της μελέτης είναι η διεξαγωγή ατομικών συνεντεύξεων στους συμμετέχοντες.

Η Ε.ΠΡΟ.Ψ.Υ.Η. αναθέτει στους Επιστημονικά υπεύθυνους των δομών ή υπηρεσιών της από τις οποίες προέρχονται οι συμμετέχοντες τον συντονισμό για την συνεργασία της Εταιρείας με την κ. Α. Κυπρίζογλου.

Η κ. Α. Κυπρίζογλου δεσμεύεται με την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας να ενημερώσει εγγράφως την Εταιρεία για τα αποτελέσματα αυτής.

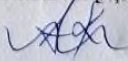
Τα Συμβαλλόμενα μέρη

Βασιλική Λάππα





Αθανασία Κυπρίζογλου



Παράστημα ΙΙΙ

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

ΔΟΜΗ:

ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ:

1) Εισαγωγική φάση-Κλίμα Εμπιστοσύνης

Σύστασεις. Ενημέρωση. «Σκοπός της συνέντευξης είναι να κατανοήσουμε πώς βιώνετε την ποιότητα ζωής σας και πώς η διαμονή σας στη δομή έχει επηρεάσει την καθημερινότητά σας. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Μπορείτε να διακόψετε οποιαδήποτε στιγμή.»

Θα μπορούσαμε να μιλάμε στον ενικό;

Θα ήθελες να μου πεις λίγα λόγια για εσένα;

Δημογραφικά Στοιχεία:

Όνομα:

Ηλικία:

Φύλο:

Τόπος Καταγωγής:

Οικογενειακή κατάσταση:

Έχεις οικογένεια; Αδέρφια; Παιδιά; Έχεις παντρευτεί ποτέ;

Ηλικία Έναρξης Νόσου:

(Πότε εμφανίστηκαν 1^η φορά συμπτώματα;)

– Διάγνωση και ηλικία πρώτων συμπτωμάτων

Χρόνια σε δομή:

Πόσα χρόνια βρίσκεσαι στη δομή; Έμενες αλλού πιο πριν;

– Μέρος προηγούμενης διαμονής (Εάν υπάρχει).

Επαγγελματική Απασχόληση

Επίπεδο εκπαίδευσης

Παθολογικά προβλήματα υγείας (π.χ. ζάχαρο, πίεση, προστάτης, καρκίνος).

2) Μετάβαση

Πως θα περιέγραφες μια τυπική μέρα εδώ;

3) Κατανόηση Ποιότητας ζωής (WHOQOL)

Τι σημαίνει για εσένα ποιότητα ζωής;

Π.χ. ασφάλεια, άνεση, υγεία

Πως θα περιέγραφες συνολικά την ποιότητα ζωής σου αυτή τη περίοδο;

Σε σχέση με την ποιότητα που είχες πριν την δομή, έχει αλλάξει κάτι; Με ποιο τρόπο;

4) Σωματική Υγεία

Πως νιώθεις σωματικά τον τελευταίο καιρό ;

(Πονάς, δραστήριος) / (Κοιμάσαι καλά;)

5) Ψυχολογική Κατάσταση

Πως αισθάνεσαι από τότε που ζεις στη δομή; Υπάρχουν πράγματα που σε επηρεάζουν προς το καλύτερο ή το χειρότερο;

6) Κοινωνικές Σχέσεις

Σε καλύπτουν οι κοινωνικές σχέσεις που έχεις; Θα ήθελες κάτι άλλο; Έχουν βελτιωθεί από τότε που μένεις εδώ;

7) Περιβάλλον- Συνθήκες

Πως θα περιέγραφες συνολικά τις συνθήκες διαβίωσης στη δομή;

Π.χ ασφάλεια, Υποστήριξη

8) Εμπειρία Υγειονομικής Φροντίδας_ Εκτός δομής

«Ανέφερες Χ πρόβλημα Υγείας»

Όταν πηγαίνεις στο γιατρό (νοσοκομείο ή ιδιώτη) πως είναι η εμπειρία σου;

(Υπάρχει σεβασμός, ασφάλεια)

Είναι η ψυχική νόσος εμπόδιο στην ποιότητα ιατρικής φροντίδας;

9) Αναστοχασμός

Τι είναι το πιο θετικό στη δομή;

Τι θα άλλαζες;

Τι θα βελτίωνε τις συνθήκες;

10) Πολιτικές Υγείας

Έχεις βιώσει ρατσισμό στη κοινότητα;

Τι χρειάζονται περισσότερο τα άτομα με ψυχικές παθήσεις στην κοινότητα;

Τι θα πρότεινες;

11) Κλείσιμο

«Είναι κάτι που ίσως ξέχασα και θα ήθελες να αναφέρεις;»

«Σε ευχαριστώ πολύ για το χρόνο σου.»