

## Ερευνητική εργασία Research article

# Στάσεις και αντιλήψεις προσωπικού και ενοίκων-ασθενών σε στεγαστικές δομές της Θεσσαλίας

Ε.Ν. Λακιώτη,<sup>1</sup> Ν.Β. Αγγελόπουλος,<sup>1</sup> Β.Δ. Τομαράς<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

<sup>2</sup>Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2014, 25:119–128

**Μ**ε την εφαρμογή της «Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης» στην Ελλάδα, η φροντίδα των ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές άρχισε να μεταφέρεται από τα ψυχιατρεία σε προστατευμένους χώρους στέγασης στην κοινότητα (οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα), για την ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση, με στόχο τον αποϊδρυματισμό και την κοινωνική τους επανένταξη. Η παρούσα εργασία αποσκοπούσε στην καταγραφή και ανάλυση των στάσεων και αντιλήψεων του προσωπικού και των ενοίκων-ασθενών των 17 στεγαστικών δομών (5 οικοτροφείων, 4 ξενώνων και 8 προστατευμένων διαμερισμάτων) του Προγράμματος «Ψυχαργός» στη Θεσσαλία, καθώς και στον έλεγχο της υπόθεσης νεοϊδρυματικού χαρακτήρα των δομών αυτών. Πραγματοποιήθηκε επιτόπια συλλογή πρωτογενών στοιχείων από 157 μέλη του προσωπικού και 88 ενοίκους-ασθενείς των δομών, με τη χρήση πρωτότυπων ερωτηματολογίων καθώς και της κλίμακας Ολικής Εκτίμησης Λειτουργικότητας-KOEL (Global Assessment Scale, GAS). Οι ανεξάρτητες μεταβλητές για το προσωπικό (φύλο, ηλικία, μόρφωση-έτη σπουδών, ειδικότητα, νομική μορφή της δομής και χρόνος προϋπηρεσίας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας) και για τους ενοίκους-ασθενείς (φύλο, ηλικία, βαθμολογία στην κλίμακα GAS, νομική μορφή της δομής, χρόνος παραμονής στη συγκεκριμένη δομή και χρόνος πρότερης παραμονής σε ψυχιατρικά ιδρύματα) συσχετίστηκαν με τις μεταβλητές ενδιαφέροντος για πιθανή συνάφεια ( $\chi^2$ ). Το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε στο 0,05. Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 16.0. Η υπόθεση νεοϊδρυματικού χαρακτήρα των δομών ελέγχθηκε μέσω επαναληπτικής απογραφής 34 μήνες αργότερα. Για το προσωπικό, καταγράφηκε θετικό μεν κίνητρο ως προς τον θεσμό των στεγαστικών δομών, αλλά αρνητική άποψη σχετικά με την προοπτική πλήρους αποθεραπείας των ενοίκων-ασθενών και σκεπτικισμός ως προς την αποδοχή αυτών από την τοπική κοινότητα. Ασφαλώς, θετικό είναι ότι ένα αξιοσημείωτο ποσοστό των εργαζομένων επιθυμεί, έστω και υπό προϋποθέσεις, να γίνουν ανάδοχοι ενοίκων-ασθενών. Οι ένοικοι-ασθενείς διατηρούν καλές σχέσεις με το προσωπικό και τους συγκατοίκους τους και αισθάνονται ικανοποίηση από τον χώρο διαμονής και τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Δηλώνουν υψόσο, κατά πλειοψηφία (κυρίως οι πιο λειτουργικοί και με ηπιότερη συμπτωματολογία), την επιθυμία για περισσότερη αυτονομία, ως προς τον βαθμό εποπτείας από το προσωπικό, την επαφή τους με την τοπική κοινότητα, την προοπτική αναδοχής, την προοπτική επανόδου στη φυσική οικογένεια καθώς και διαβίωσης σε προσωπικό χώρο. Τελικά, τα αποτελέσματα της έρευνας γεννούν απαισιοδοξία ως προς τον ενδιάμεσο-μεταβατικό χαρακτήρα των στεγαστικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, καθώς μόνον ένα ελάχιστο ποσοστό των ενοίκων-ασθενών μετακινήθηκε, κατά το

διάστημα μεταξύ των δύο απογραφών, προς στέγαση μειωμένης εποπτείας, και κανείς προς την κοινότητα. Ωστόσο, η λειτουργικότητα μιας, όχι ευκαταφρόνητης, μερίδας των ενοίκων-ασθενών θα μπορούσε να αξιοποιηθεί με στόχο την έξοδό τους από νεοϊδρυματικά σχήματα στέγασης και διαβίωσης και την κοινωνική τους επανένταξη.

**Λέξεις ευρητηρίου:** Ψυχικές διαταραχές, κοινοτικές στεγαστικές δομές, στάσεις απέναντι στη ψυχική διαταραχή, ικανοποίηση ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, κοινωνική επανένταξη, νεο-ιδρυματισμός.

## Εισαγωγή

Η παροχή φροντίδας σε άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές αποτελεί δείκτη πολιτισμού. Για μεγάλο διάστημα του 20ού αιώνα, ο κύριος τρόπος αντιμετώπισης της ψυχικής διαταραχής ήταν η νοσηλεία-εγκλεισμός του ασθενούς στο ψυχιατρείο-άσυλο, όπου ζούσε απομονωμένος από την κοινωνία αλλά και αποστερημένος ουσιαστικά από θεραπευτικά ερεθίσματα. Η μακροχρόνια, όμως, ψυχιατρική νοσηλεία είναι σήμερα αποδεκτό ότι προκαλεί το φαινόμενο του ιδρυματισμού,<sup>1</sup> οι εκδηλώσεις του οποίου επιβαρύνουν την ψυχοκοινωνική και λειτουργική κατάσταση του ασθενούς και, ως εκ τούτου, πρέπει να αποφεύγεται.

Στην Ελλάδα, οι εικόνες των απάνθρωπων συνθηκών διαβίωσης που επικρατούσαν για δεκαετίες στο ψυχιατρείο-αποθήκη της Λέρου διέφυγαν από τα τείχη του ιδρύματος αλλά και της χώρας και έκαναν τον γύρο του κόσμου, στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Με κύριο στόχο την επίλυση του προβλήματος της Λέρου, θεσπίστηκε ο Κανονισμός 815/84 της Ε.Ο.Κ., ο οποίος προέβλεπε πολλές δράσεις για την ανάπτυξη της «ψυχιατρικής μεταρρύθμισης» στην Ελλάδα. Στα τέλη της ίδιας δεκαετίας, άρχισε η εφαρμογή σχετικών προγραμμάτων χρηματοδοτούμενων από την Ε.Ε., και συγκεκριμένα των «Λέρος Ι» και «Λέρος ΙΙ», και μετέπειτα, του Εθνικού Προγράμματος «Ψυχαργός», με κυρίαρχους στόχους τον αποϊδρυματισμό και την κοινωνική επανένταξη των χρόνιων έγκλειστων ασθενών.

Στο πλαίσιο του προγράμματος «Ψυχαργός» έχουν αναπτυχθεί και λειτουργούν στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα (122 οικοτροφεία, 90 ξενώνες και 225 προστατευμένα διαμερίσματα\*) κατανομή στις περιφέρειες της χώ-

ρας. Ωστόσο, η αξιολόγηση του προγράμματος είναι, ακόμη και σήμερα, πολύ ελλιπής.

Η παρούσα μελέτη επιχείρησε την καταγραφή και ανάλυση των στάσεων και των αντιλήψεων αφενός του προσωπικού των στεγαστικών δομών του Προγράμματος «Ψυχαργός» στην Περιφέρεια της Θεσσαλίας, και αφετέρου των ενοίκων-ασθενών των ίδιων δομών. Η υπόθεση του νεοϊδρυματικού χαρακτήρα των δομών αυτών διερευνήθηκε μέσω επαναληπτικής απογραφής των ενοίκων.

## Υλικό-μέθοδος

Η έρευνα συμπεριέλαβε 17 δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του Προγράμματος «Ψυχαργός» – η λειτουργία των οποίων είχε ξεκινήσει κατά το διάστημα 2000–2004. Πρόκειται για πέντε οικοτροφεία, τέσσερις ξενώνες και οκτώ προστατευμένα διαμερίσματα, κατανομή στους τέσσερις νομούς της Θεσσαλίας. Τα οικοτροφεία υπάγονται σε Αστικές Μη Κερδοσκοπικές Εταιρείες (ΑΜΚΕ) που δραστηριοποιούνται στη Θεσσαλία, ενώ οι ξενώνες και τα προστατευμένα διαμερίσματα υπάγονται στα τέσσερα Γενικά Νομαρχιακά Νοσοκομεία (Λάρισας, Βόλου, Τρικάλων και Καρδίτσας).

Στην έρευνα συμμετείχαν 157 από τα 158 συνολικά μέλη του προσωπικού, (9 ψυχίατροι, 3 παθολόγοι, 7 ψυχολόγοι, 8 κοινωνικοί λειτουργοί, 54 νοσηλευτές, 3 εργοθεραπευτές, 3 φυσικοθεραπευτές, 4 εκπαιδευτές διαφόρων ειδικοτήτων, 1 γυμνάστρια ειδικής φυσικής αγωγής, 54 γενικών καθηκόντων, 4 φροντιστές, 1 οικονόμος-επιστάτης, 1 διοικητική υπάλληλος, 2 μαγειρίσες, 3 καθαρίστριες και 1 οδηγός), καθώς και 88 από τους 118 ενοίκους-ασθενείς των στεγαστικών δομών. Οι 30 που εξαιρέθηκαν έπασχαν από βαριά νοητική υστέρηση και δεν ήταν σε θέση να κατανοήσουν τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

Ένα και μόνο μέλος του προσωπικού αρνήθηκε να συμμετάσχει στην έρευνα. Αρκετοί ένοικοι-ασθενείς και ολίγοι εργαζόμενοι δεν συμπλήρωσαν όλες τις

\* Δεκέμβριος 2010. Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Απογραφής Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «Ψυχαργός» (ΜΥΠ 2003–2007), Βάση Δεδομένων Έργων.

ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, με αποτέλεσμα ο αριθμός των απαντήσεων να διαφέρει από ερώτηση σε ερώτηση.

Η συλλογή στοιχείων έγινε επιτοπίως με ερωτηματολόγια τα οποία κατασκευάστηκαν για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας:

α. Για το προσωπικό: Βαθμός ικανοποίησης από την εργασία, στάσεις και αντιλήψεις ως προς τον θεσμό των στεγαστικών δομών, την ψυχική διαταραχή και τους πάσχοντες από αυτήν, καθώς και την προοπτική αποθεραπείας και κοινωνικής επανένταξης των ενοίκων-ασθενών (20 ερωτήσεις).

β. Για τους ενοίκους-ασθενείς: Βαθμός ικανοποίησης από τη διαβίωση στη δομή, στάσεις απέναντι στο προσωπικό και στους συγκατοίκους, καθώς και προσδοκίες για κοινωνική επανένταξη (24 ερωτήσεις).

Χρησιμοποιήθηκε επίσης η Κλίμακα GAS,<sup>2</sup> η οποία έχει σταθμιστεί σε ελληνικό δείγμα πληθυσμού.<sup>3</sup> Η κλίμακα συμπληρώθηκε από τον ψυχίατρο ή τον ψυχολόγο της κάθε δομής, μετά από συνεργασία με τα μέλη του προσωπικού. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν από τον ερευνητή (1ος συγγραφέας) στους ενοίκους-ασθενείς και σε ορισμένες περιπτώσεις από τον υπεύθυνο της δομής.

Η διεξαγωγή της βασικής έρευνας διήρκεσε έξι μήνες (Οκτώβριος 2004–Μάρτιος 2005). Η επαναληπτική απογραφή των ενοίκων-ασθενών πραγματοποιήθηκε 34 μήνες αργότερα, τον Οκτώβριο του 2007.

Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 16.0. Για το προσωπικό και τους ενοίκους-ασθενείς, μελετήθηκαν οι κατανομές συχνότητων των εξεταζομένων μεταβλητών και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε έλεγχος συνάφειας ( $\chi^2$ ) μεταξύ των μεταβλητών ενδιαφέροντος και των ανεξάρτητων μεταβλητών με στόχο να διαπιστωθεί πιθανή επίδραση της κάθε ανεξάρτητης μεταβλητής στις εξαρτημένες και να ερευνηθούν πιθανές αιτιατές σχέσεις. Το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε στο 0,05.

Ως ανεξάρτητες μεταβλητές για το προσωπικό θεωρήθηκαν το φύλο, η ηλικία, η μόρφωση (έτη σπουδών), η ειδικότητα, η νομική μορφή της δομής στη οποία εργάζονται και ο χρόνος προϋπηρεσίας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και στην παρούσα δομή. Για τους ενοίκους-ασθενείς, αντίστοιχα, ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν το φύλο, η ηλικία, η βαθμολογία της κλίμακας GAS, η νομική μορφή της δομής στην οποία διαμένουν, ο χρόνος της εκεί παραμονής τους, καθώς και ο χρόνος πρότερης παραμονής τους σε ψυχιατρικά ιδρύματα.

## Αποτελέσματα–Συζήτηση

### Προσωπικό

Όπως φαίνεται στον πίνακα 1, το προσωπικό απαρτίζεται κυρίως από γυναίκες (79%), εργάζεται κατά πλειοψηφία σε ΑΜΚΕ (68,8%) και είναι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου (το 73,9% δεν έχει υπερβεί τη πρωτοβάθμια εκπαίδευση).

Καταγράφηκε υψηλή ικανοποίηση των εργαζομένων από την εργασία τους: Το 73,1% είναι πολύ ικανοποιημένο. Εντούτοις, περισσότεροι από δύο στους τρεις (68,4%) αισθάνονται να δυσκολεύονται περισσότερο από την εργασία τους στη δομή απ' ό,τι αν εργάζονταν σε άλλους ψυχιατρικούς χώρους (π.χ. σε νοσοκομείο ή σε κέντρο ψυχικής υγείας) ( $n=156$ ). Σημαντικά υψηλότερος βαθμός δυσκολίας διαπιστώθηκε για το νοσηλευτικό προσωπικό ( $\chi^2=16,62$ ,  $p=0,002$ ), τους εργαζομένους σε δομές του δημοσίου τομέα ( $\chi^2=23,23$ ,  $p=0,000$ ), τις ηλικίες 31 έως 39 ( $\chi^2=11,60$ ,  $p=0,021$ ), το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο ( $\chi^2=14,37$ ,  $p=0,006$ ) και τη μακρά προϋπηρεσία σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας ( $\chi^2=23,21$ ,  $p=0,000$ ). Για τον μεγαλύτερο βαθμό δυσκολίας στον δημόσιο τομέα, η πιθανότερη εξήγηση είναι ότι τα μέλη του προσωπικού είναι αριθμητικά λιγότερα συγκριτικά με τις ΑΜΚΕ και, επομένως, επωμίζονται περισσότερες ευθύνες, με αποτέλεσμα να βιώνουν μεγαλύτερη κόπωση. Η μικρότερη δυσκολία που αναφέρουν οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας μπορεί να αποδοθεί στην αυξημένη τους πείρα, την οποία προφανώς αξιοποιούν στον χώρο εργασίας. Όσο για το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, ίσως αυτό να δυσχεραίνει την κατανόηση των συμπεριφορών των ενοίκων-ασθενών και, συνακόλουθα, να καθιστά δυσκολότερη την επικοινωνία με αυτούς, κάνοντας έτσι την εργασία επαχθέστερη.<sup>4</sup> Τα άτομα που περνούν περισσότερες ώρες με τους ενοίκους-ασθενείς είναι οι νοσηλευτές, και έτσι φαίνεται εύλογο να αισθάνονται μεγαλύτερη κόπωση, συγκριτικά με τις άλλες ειδικότητες εργαζομένων, αφού επωμίζονται το κύριο βάρος της φροντίδας. Τέλος η αυξημένη δυσκολία ανταπόκρισης των εργαζομένων με μεγαλύτερη προϋπηρεσία σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, μπορεί να αποδοθεί στην επαγγελματική εξουθένωση που παρατηρείται συχνά σε επαγγελματίες που εργάζονται σε χώρους ψυχικής υγείας, με συνέπεια να μη διαθέτουν πλέον την απαιτούμενη ενέργεια για να αποδώσουν στην εργασία τους.<sup>5</sup> Η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται αποτέλεσμα χρόνιου στρες.<sup>6</sup>

**Πίνακας 1.** Προφίλ προσωπικού κατά νομική μορφή των δομών.

		ΝΠΔΔ*		ΑΜΚΕ**		Σύνολο	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Φύλο	Άνδρες	13	26,5	20	18,5	33	21,0
	Γυναίκες	36	73,5	88	81,5	124	79,0
	Σύνολο	49	100,0	108	100,0	157	100,0
Ηλικία	22–30	16	32,6	39	36,8	55	35,5
	31–39	26	53,1	35	33,0	61	39,3
	40+	7	14,3	32	30,2	39	25,2
	Σύνολο	49	100,0	106	100,0	155	100,0
Κατηγορία προσωπικού	Θεραπευτικό	15	30,6	19	17,6	34	21,7
	Νοσηλευτικό	25	51,0	29	26,8	54	34,4
	Λοιπό	9	18,4	60	55,6	69	43,9
	Σύνολο	49	100,0	108	100,0	157	100,0
Έτη σπουδών	Έως 6	27	55,1	89	82,4	116	73,9
	7–16	18	36,7	12	11,1	30	19,1
	17+	4	8,2	7	6,5	11	7,0
	Σύνολο	49	100,0	108	100,0	157	100,0
Μήνες προϋπηρεσίας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας	6–18	8	16,3	44	41,5	52	33,5
	19–48	12	24,5	38	35,9	50	32,3
	49+	29	59,2	24	22,6	53	34,2
	Σύνολο	49	100,0	106	100,0	155	100,0
Έτη εργασίας στη συγκεκριμένη δομή	Έως 1	3	6,2	8	7,4	11	7,1
	1–2	2	4,2	96	88,9	98	62,8
	2+	43	89,6	4	3,7	47	30,1
	Σύνολο	48	100,0	108	100,0	156	100,0

\* Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, \*\*Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία.

Στην ερώτηση «πόσον καιρό ακόμη θα αντέχατε να δουλεύετε σε τέτοια δομή», η συντριπτική πλειοψηφία (92,9%) απάντησε πως θα συνέχιζε για τα επόμενα δύο τουλάχιστον έτη (n=154). Σημειωτέον ότι όταν οι εργαζόμενοι συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο, ο μέσος χρόνος εργασίας τους στις δομές ήταν ήδη δύο έτη. Με βιβλιογραφικό δεδομένο ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας εγκαταλείπουν σε λιγότερο από 12 μήνες την εργασία τους σε δομές αποκατάστασης,<sup>7</sup> μπορούμε να υποθέσουμε ότι στις εξεταζόμενες δομές υπάρχει ικανοποιητικό περιβάλλον εργασίας και ότι το αντικείμενο ενασχόλησης δεν είναι ιδιαίτερα πιεστικό.

Στην ερώτηση «κάθε πότε πρέπει να αλλάζετε εργασιακό χώρο στο πλαίσιο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας», το 75,5% (n=155) απάντησε «τουλάχιστον μετά μία τετραετία ή και ποτέ». Ωστόσο υπέρ των μετακινήσεων εντός τετραετίας τάχθηκαν κατά πλειοψηφία οι εργαζόμενοι σε δομές ΝΠΔΔ ( $\chi^2=54,21$ ,  $p=0,000$ ), το

θεραπευτικό και νοσηλευτικό προσωπικό ( $\chi^2=19,34$ ,  $p=0,000$ ), όσοι έχουν δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια εκπαίδευση ( $\chi^2=21,05$ ,  $p=0,000$ ) και όσοι διαθέτουν προϋπηρεσία στον χώρο της ψυχικής υγείας πάνω από τέσσερα έτη ( $\chi^2=34,23$ ,  $p=0,000$ ).

Το 76,9% όσων απάντησαν (n=156) θεωρεί ότι οι ένοικοι-ασθενείς είναι ισότιμα μέλη στην κοινωνία, και μόνο το 9% πιστεύει το αντίθετο.

Για τη σημερινή κατάσταση των ενοίκων-ασθενών, το 67,3% αυτών που απάντησαν (n=153) θεωρεί υπεύθυνη τη διαταραχή και μόνο, το 16,3% τη διαταραχή σε συνδυασμό με τον κοινωνικό αποκλεισμό, το 13,7% αποκλειστικά τον κοινωνικό αποκλεισμό, το 2% την απώλεια ηθικού ενώ το 0,7% δεν εξέφρασε άποψη. Οι παράγοντες της ειδικότητας και του χρόνου προϋπηρεσίας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαφοροποιούν σημαντικά τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, το βοηθητικό προσωπικό ενοχοποιεί σε σημαντικά μεγαλύτερο

βαθμό (78,8%) τη διαταραχή ( $\chi^2=6,13$ ,  $p=0,047$ ), και το ίδιο συμβαίνει (82,7%) με όσους έχουν προϋπηρεσία μικρότερη των 18 μηνών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας ( $\chi^2=8,43$ ,  $p=0,015$ ). Εδώ, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη, ότι οι ένοικοι-ασθενείς είχαν προηγουμένως διαβιώσει επί πολλά έτη σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, και είναι αναμενόμενο να παρουσιάζουν έκπτωση των κοινωνικών δεξιοτήτων τους, καθώς και άλλα συμπτώματα ιδρυματισμού. Κατά συνέπεια, οι λιγότερο έμπειροι εργαζόμενοι, αλλά και το βοηθητικό προσωπικό που προφανώς έχει περιορισμένη εξοικείωση με την πραγματικότητα των ανθρώπων αυτών, δυσκολεύονται να διακρίνουν τους λόγους της κοινωνικής έκπτωσης. Υποεκτιμούν δηλαδή την κοινωνική-ψυχολογική προέλευση της έκπτωσης και τείνουν να υιοθετούν τη βιολογική εξήγησή της.

Αισιόδοξο είναι το εύρημα ότι το 87,4% όσων απάντησαν ( $n=151$ ) πιστεύει ότι οι στεγαστικές δομές δημιουργήθηκαν για την κοινωνική επανένταξη των ωφελουμένων, και μόνο το 12,6% για να αδειάσουν απλώς και μόνο τα ψυχιατρεία. Ωστόσο, το 71% όσων απάντησαν ( $n=156$ ) δήλωσε ότι δεν πιστεύει στην πλήρη αποκατάσταση-αποθεραπεία των ενοίκων-ασθενών, με μόνο το 4,5% να απαντά καταφατικά στη συγκεκριμένη ερώτηση. Σημειωτέον ότι καμία από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (φύλο, ηλικία, μόρφωση, ειδικότητα, νομική μορφή της δομής, προϋπηρεσία σε δομές ψυχικής υγείας και στην παρούσα δομή) δεν διαφοροποιεί τις απαντήσεις. Προφανώς η χρονιότητα της ψυχικής διαταραχής προκαλεί συναισθήματα απογοήτευσης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ωθώντας τους να πιστεύουν ότι η προοπτική αποθεραπείας-επανένταξης των ατόμων αυτών είναι πολύ περιορισμένη.<sup>8</sup> Στη βιβλιογραφία, εξάλλου, έχει επισημανθεί ότι οι περιορισμένες προσδοκίες του προσωπικού για ψυχοκοινωνική αποκατάσταση επηρεάζουν αρνητικά τους ίδιους τους ενοίκους-ασθενείς και μπορεί να οδηγήσουν τη θεραπευτική διαδικασία σε αποτυχία.<sup>9,10</sup> Αντίθετα, οι υψηλότερες προσδοκίες επιδρούν θετικά στην έκβαση των ασθενών.<sup>11-12</sup>

Στην ερώτηση αν η τοπική κοινωνία μπορεί να αποδεχθεί τους ενοίκους-ασθενείς, το 52,6% όσων απάντησαν ( $n=156$ ) διατυπώνει αμφιβολία, το 40,4% δίνει θετική απάντηση και το 7% αρνητική. Τα στοιχεία αυτά είναι συμβατά με την επισήμανση ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι απαισιόδοξοι ως προς την επιτυχή έκβαση της προσπάθειας των ασθενών να παραμείνουν στην κοινότητα για μεγάλο χρονικό διάστημα.<sup>13</sup>

Τέλος, σε ό,τι αφορά τη στάση του προσωπικού ( $n=154$ ) έναντι της προοπτικής αναδοχής ασθενών από τους ίδιους, αξιοπρόσεκτο είναι ότι το 8,4% ήταν ανεπιφύλακτα θετικό, ενώ το 13% δήλωσε «ναι» υπό προϋποθέσεις (οικονομικοί παράγοντες, χρόνος παραμονής του ασθενούς, πορεία της ασθένειας, υποστηρικτικό και συγγενικό δίκτυο, ελεύθερος χρόνος). Η διαπίστωση αυτή υποστηρίζει την άποψη σύμφωνα με την οποία τα άτομα που εργάζονται στον χώρο της ψυχικής υγείας είναι μεταξύ των καταλληλότερων υποψηφίων αναδόχων για χρόνιους ψυχιατρικούς ασθενείς.<sup>14,15</sup>

### Ένοικοι-ασθενείς

Όπως φαίνεται από τα στοιχεία του πίνακα 2, οι ένοικοι-ασθενείς σε ποσοστό 72,7% είναι άνδρες, το 47,2% έχει παραμείνει 16 και πλέον έτη σε ψυχιατρικά ιδρύματα, ενώ στο 78,5% έχει τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας. Ως προς την κλίμακα GAS, βαθμολογία 48 και άνω είχε το 70% των ενοίκων στα προστατευμένα διαμερίσματα, το 58,3% στα οικοτροφεία, και το 28,1% στους ξενώνες. Οι δομές ΑΜΚΕ φιλοξενούν τους πιο λειτουργικούς ενοίκους-ασθενείς (το 58,3% είχε βαθμολογία άνω του 48) συγκριτικά με τις δομές του δημόσιου τομέα (το 44,2% είχε βαθμολογία άνω του 48).

Οι ένοικοι-ασθενείς ( $n=84$ ) δήλωσαν κατά πλειοψηφία (57,1%) πολύ ικανοποιημένοι από τον προσωπικό τους χώρο στη δομή. Ο βαθμός ικανοποίησης επηρεάζεται από τους παράγοντες της ηλικίας ( $\chi^2=4,24$ ,  $p=0,039$ ) και του προηγούμενου χρόνου παραμονής σε ψυχιατρικά ιδρύματα ( $\chi^2=7,54$ ,  $p=0,023$ ). Συγκεκριμένα, σημαντικά μικρότερη ικανοποίηση εξέφρασαν οι νεότεροι ένοικοι, εύρημα το οποίο μπορεί να αποδοθεί στις υψηλότερες προσδοκίες αυτών, τουλάχιστον στο στεγαστικό θέμα. Σημαντικά πιο ικανοποιημένοι είναι αυτοί που έχουν παραμείνει λιγότερο από τρία έτη σε ψυχιατρικά ιδρύματα.

Στη μεγάλη τους πλειοψηφία οι ένοικοι-ασθενείς (84,1%,  $n=82$ ) θεωρούν πολύ έως αρκετά καλές τις σχέσεις τους με τα μέλη του προσωπικού, και μάλιστα το 76% εισπράττει τη σχέση αυτή ως φιλική παρά ως επαγγελματική ( $n=75$ ). Επισημαίνεται ότι, τόσο όσοι διαμένουν σε δομές ΑΜΚΕ ( $\chi^2=11,50$ ,  $P=0,001$ ), όσο και οι γυναίκες ( $\chi^2=4,76$ ,  $p=0,029$ ) αλλά και οι μεγαλύτερης ηλικίας ( $\chi^2=6,90$ ,  $p=0,009$ ), αισθάνονται ότι έχουν σημαντικά καλύτερες σχέσεις με το προσωπικό. Ειδικότερα δε οι πρώτες δύο κατηγορίες ( $\chi^2=10,94$ ,  $p=0,001$ / $\chi^2=4,74$ ,  $p=0,029$ ) και εκείνοι με την υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα GAS ( $\chi^2=5,56$ ,  $p=0,018$ ), ανα-

**Πίνακας 2.** Προφίλ ενοίκων-ασθενών κατά νομική μορφή των δομών.

		ΝΠΔΔ*		ΑΜΚΕ**		Σύνολο	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Φύλο	Άνδρες	38	73,1	26	72,2	64	72,7
	Γυναίκες	14	26,9	10	27,8	24	27,3
	Σύνολο	52	100,0	36	100,0	88	100,0
Ηλικία	Έως 55	36	69,2	6	17,1	42	48,3
	56+	16	30,8	29	82,9	45	51,7
	Σύνολο	52	100,0	35	100,0	87	100,0
Μήνες παραμονής στη δομή	Έως 23	14	43,7	26	74,3	40	59,7
	24+	18	56,3	9	25,7	27	40,3
	Σύνολο	32	100,0	35	100,0	67	100,0
Έτη πρότερης παραμονής σε ψυχιατρικά ιδρύματα	Έως 3	14	28,6	1	4,4	15	20,8
	3-15	18	36,7	5	21,7	23	32,0
	16+	17	34,7	17	73,9	34	47,2
	Σύνολο	49	100,0	23	100,0	72	100,0
Βαθμολογία GAS	Έως 47	29	55,8	15	41,7	44	50,0
	48+	23	44,2	21	58,3	44	50,0
	Σύνολο	52	100,0	36	100,0	88	100,0
Διάγνωση (ICD-10)	Σχιζοφρένεια	41	78,8	28	77,8	69	78,5
	Άλλη ψυχιατρική διαταραχή	11	21,2	8	22,2	19	21,5
	Σύνολο	52	100,0	36	100,0	88	100,0

\*Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, \*\*Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία.

πτύσσουν και σημαντικά φιλικότερες σχέσεις με τους εργαζόμενους (n=75). Στις δομές ΑΜΚΕ, το βάρος της φροντίδας επιμερίζεται σε περισσότερα μέλη προσωπικού, δεδομένου ότι ο αριθμός των εκεί εργαζομένων είναι μεγαλύτερος σε σύγκριση με τις δομές ΝΠΔΔ. Αυτό προφανώς παρέχει τη δυνατότητα να διατίθεται περισσότερος χρόνος από το προσωπικό, κάτι που οδηγεί στη σύναψη καλύτερων και φιλικότερων σχέσεων. Το γεγονός ότι το προσωπικό απαρτίζεται κυρίως από γυναίκες (79%) εξηγεί μάλλον το γιατί οι ομόφυλες ένοικοι σχετίζονται περισσότερο μαζί του. Τέλος, οι ένοικοι με υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα GAS μπορούν καλύτερα να εκφράσουν συναισθήματα, έχουν περισσότερες δεξιότητες επικοινωνίας, και άρα είναι σε θέση να αναπτύξουν καλύτερη σχέση με το προσωπικό.

Θετικές είναι και οι αντιλήψεις τους για τις προθέσεις του προσωπικού απέναντί τους, καθώς πιστεύουν (85,5%) ότι τα μέλη του ενδιαφέρονται πραγματικά για τα προβλήματα και τις ανάγκες τους (n=62, δεν ερωτήθηκαν οι ένοικοι των προστατευμένων διαμερισμάτων).

Ως προς την επιθυμία εποπτείας, οι ένοικοι των οικοτροφείων και ξενώνων (n=58) μάλλον διχάζονται, αφού το 55,2% δήλωσε ότι επιθυμεί λιγότερη εποπτεία από το προσωπικό, με τους υπόλοιπους να δηλώνουν το αντίθετο. Καμιά από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (φύλο, ηλικία, βαθμολογία GAS κ.ά.) δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με τον βαθμό της επιθυμητής από τους ενοίκους-ασθενείς εποπτείας. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι σε έρευνα ιεράρχησης διαφόρων στεγαστικών χαρακτηριστικών από άτομα με ψυχικές διαταραχές, η εποπτεία αξιολογήθηκε μεταξύ των λιγότερο επιθυμητών χαρακτηριστικών,<sup>16</sup> ενώ άλλες έρευνες αναδεικνύουν τον ρόλο της λειτουργικότητας των ασθενών στην επιλογή του στεγαστικού σχήματος.<sup>17-19</sup> Θα ανέμενε δηλαδή κανείς πως οι ένοικοι-ασθενείς με υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα GAS θα αναζητούσαν λιγότερη εποπτεία από το προσωπικό. Κάτι τέτοιο όμως δεν επιβεβαιώνεται από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης.

Στην ερώτηση «πώς είναι οι σχέσεις σας με τους συγκατοίκους», οι απαντήσεις (n=84) διαφοροποιήθηκαν ως προς τους παράγοντες της νομικής μορφής της δομής και της βαθμολογίας της κλίμακας GAS: Πολύ ή αρκετά καλές είναι για το 57,7% αυτών που διαμένουν σε δομές του δημοσίου, και αντίστοιχα για το 81,3% αυτών που διαμένουν σε δομές ΑΜΚΕ. ( $\chi^2=4,94$ ,  $p=0,026$ ). Πολύ ή αρκετά καλές είναι για το 50% όσων έχουν βαθμολογία έως 47 στην κλίμακα GAS και για το 81,8% όσων έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία ( $\chi^2=9,54$ ,  $p=0,002$ ). Αξίζει να σημειωθεί ότι στις ΑΜΚΕ η μέση βαθμολογία της κλίμακας GAS είναι υψηλότερη (58,3% έναντι 44,2% των δομών του δημοσίου).

Το 50% των ενοίκων-ασθενών αισθάνεται πολύ άνετα και το 32,1% αρκετά άνετα όταν έρχεται σε επαφή με την τοπική κοινότητα (n=84). Παρόμοια ήταν η κατανομή των απαντήσεων στις ερωτήσεις που αφορούσαν την ευχέρεια επίσκεψης στο τοπικό καφενείο ή στο σούπερ μάρκετ. Από όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές, μόνον η βαθμολογία της κλίμακας GAS συσχετίζεται θετικά με την ευκολία επαφής με την τοπική κοινότητα ( $\chi^2=3,85$ ,  $p=0,049$ ).

Όσον αφορά στις στεγαστικές προτιμήσεις των ενοίκων-ασθενών και την προοπτική μετακίνησής τους σε λιγότερο προστατευμένες δομές, προέκυψαν τα εξής: Οι ένοικοι των ξενώνων και των οικοτροφείων, στην πλειονότητά τους (63,5%), δεν επιθυμούν να μετακινηθούν σε προστατευμένα διαμερίσματα (n=63). Αυτό είναι σύμφωνο με το εύρημα ότι οι ένοικοι-ασθενείς των οικοτροφείων είναι ικανοποιημένοι από τη διαβίωσή τους σε αυτά και δεν επιθυμούν να αλλάξουν την εστία τους.<sup>20</sup> Ωστόσο, το 53,7% όσων απάντησαν στη σχετική ερώτηση (n=54) εκφράζει κάποιον βαθμό ετοιμότητας για τη μετεγκατάσταση αυτή. Μεγαλύτερη μάλιστα ετοιμότητα τείνουν να επιδεικνύουν εκείνοι που διαθέτουν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα GAS ( $\chi^2=3,82$ ,  $p=0,050$ ). Αξιοσημείωτο είναι ότι όλοι όσοι διαμένουν σε προστατευμένα διαμερίσματα (n=20) δήλωσαν ικανοποιημένοι από την εκεί διαμονή τους: δώδεκα ανέφεραν ότι είναι πιο ελεύθεροι και έχουν περισσότερη ησυχία, δύο ότι αισθάνονται πως ζουν κανονικά όπως όλοι οι άνθρωποι, και άλλοι δύο αναφέρθηκαν στην καλύτερη αισθητική του χώρου. Ικανοποίηση από τη διαβίωση σε προστατευμένα διαμερίσματα έχει καταγραφεί και σε άλλες έρευνες.<sup>21-22</sup>

Στην προοπτική φιλοξενίας από ανάδοχη οικογένεια, το 63,9% απάντησε αρνητικά και το υπόλοιπο 36,1% καταφατικά (n=83). Ωστόσο, το 52,3% όσων απάντησαν στη σχετική ερώτηση (n=65) εξέφρασε

κάποιον βαθμό ετοιμότητας για τοποθέτηση σε ανάδοχη οικογένεια. Ο παράγων του χρόνου παραμονής στη δομή συσχετίζεται θετικά με την επιθυμία τους να φιλοξενηθούν από ανάδοχη οικογένεια ( $\chi^2=5,59$ ,  $p=0,018$ ), και φαίνεται πως τείνει να επηρεάζει επίσης θετικά την ετοιμότητά τους για αυτή τη μετακίνηση ( $\chi^2=3,69$ ,  $p=0,054$ ).

Στην προοπτική επανόδου στη φυσική οικογένεια, το 79% των ενοίκων-ασθενών που διαθέτουν δική τους οικογένεια (n=62) δήλωσε ότι επιθυμεί να κατοικήσει μαζί της. Ανάλογο είναι και το ποσοστό που δήλωσε ετοιμότητα προς τούτο.

Τέλος, στην προοπτική αυτόνομης διαβίωσης σε προσωπικό χώρο, επιθυμία εξέφρασε το 47,6% των ενοίκων-ασθενών (n=84). Σημαντικά περισσότεροι οι άνδρες ( $\chi^2=4,58$ ,  $p=0,032$ ) και όσοι είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα GAS ( $\chi^2=6,99$ ,  $p=0,008$ ) εκδήλωσαν την επιθυμία αυτή. Το 61,4% όσων απάντησαν (n=70) εξέφρασε ετοιμότητα για αυτόνομη στέγαση στην κοινότητα. Μεγαλύτερος βαθμός ετοιμότητας καταγράφεται για τους άνδρες ( $\chi^2=5,19$ ,  $p=0,023$ ), για τους νεότερους ( $\chi^2=7,30$ ,  $p=0,007$ ) και για τους ενοίκους με υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα GAS ( $\chi^2=10,76$ ,  $p=0,001$ ). Άλλωστε οι άνδρες είχαν υψηλότερη βαθμολογία στη κλίμακα GAS (56,3% έναντι 33,3% των γυναικών). Η υψηλότερη λειτουργικότητα και η ηπιότερη συμπτωματολογία (όπως αποτυπώνονται στην κλίμακα GAS) φαίνεται να επηρεάζουν την προτίμηση και τη βιούμενη ετοιμότητα των ενοίκων για μια πιο αυτόνομη μορφή στέγασης.

Αξίζει να αναφερθεί σχετικά ότι από μελέτη ανασκόπησης 43 ερευνών για τις στεγαστικές προτιμήσεις των ατόμων με ψυχικές διαταραχές,<sup>23</sup> προέκυψε ότι η πιο δημοφιλής στεγαστική προτίμηση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι η αυτόνομη διαβίωση, ενώ δεύτερη σε σειρά προτίμησης είναι η διαμονή με την οικογένεια. Λιγότερο δημοφιλείς είναι οι στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Σε άλλη έρευνα<sup>24</sup> τα άτομα με ψυχικές διαταραχές ανέφεραν ότι προτιμούν να μένουν σε δικό τους σπίτι, μόνοι ή με συγκατοίκους που έχουν επιλέξει οι ίδιοι και όχι με άλλους ψυχικά πάσχοντες. Τέλος, έχει αναφερθεί ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές απορρίπτουν την ομαδική στέγαση, γιατί έτσι η ευρύτερη κοινότητα τους ταυτοποιεί ευκολότερα ως ψυχιατρικούς ασθενείς.<sup>25,26</sup>

Τα τελευταία χρόνια, ο χώρος στέγασης ατόμων με ψυχικές διαταραχές έχει αναδειχθεί σε ένα καίριο θέμα προβληματισμού και δημόσιας επιστημονικής συζήτησης στο πλαίσιο της κοινοτικής ψυχιατρικής.<sup>27</sup>

Το ισχύον μοντέλο στεγαστικής αποκατάστασης έχει δεχθεί κριτική.<sup>28-30</sup> Παράλληλα, η λειτουργία στεγαστικών δομών προκαλεί έντονες κοινωνικές αντιδράσεις που δυσκολεύουν τη διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης.<sup>31-33</sup>

### Επαναληπτική απογραφή

Κατά την επαναληπτική απογραφή των ιδίων ενοίκων-ασθενών (n=88), 34 μήνες μετά την αρχική, διαπιστώθηκε ότι: δέκα (11,4%) είχαν αποβιώσει, 63 (71,6%) παρέμεναν στην ίδια δομή, τέσσερεις (4,5%) είχαν μετακινηθεί σε ομοειδή δομή (π.χ. από έναν ξενώνα σε άλλο), επτά (8%) είχαν μετακινηθεί από προστατευμένο διαμέρισμα σε ξενώνα, και τέσσερεις (4,5%) είχαν μετακινηθεί από ξενώνα σε προστατευμένο διαμέρισμα. Κανένας δεν μετακινήθηκε προς την κοινότητα (πίνακας 3).

Το εύρημα ότι σε διάστημα τριών περίπου ετών μόνο το 4,5% των ενοίκων-ασθενών μετακινήθηκαν εξελικτικά (δηλαδή προς στεγαστικές δομές μειωμένης εποπτείας και φροντίδας) είναι συμβατό με την επισήμανση ότι η στεγαστική αποκατάσταση μπορεί να εκκολάψει τον νεοϊδρυματισμό και νέες μορφές χρονιότητας.<sup>34-38</sup> Προφανώς, στο εξατομικευμένο πλάνο του κάθε ενοίκου-ασθενούς, ενώ περιλαμβάνεται η καλλιέργεια δεξιοτήτων αυτονομίας, η εξοικείωση με τη γειτνιάζουσα κοινότητα, η επανασυγκόλληση των δεσμών με την οικογένεια κ.ά. δεν έχει ληφθεί μέριμνα για τη σταδιακή προετοιμασία όσων κρίνονται κατάλληλοι, προκειμένου να εγκαταλείψουν τα σχήματα της προστατευμένης στέγασης και, τελικά, να αποδοθούν στην κοινότητα.

### Συμπεράσματα

Οι εργαζόμενοι είναι ευαισθητοποιημένοι στον θεσμό των στεγαστικών δομών. Ωστόσο, εκφράζουν σκεπτικισμό ως προς την κοινωνική αποδοχή και επανένταξη των ενοίκων-ασθενών, αποδίδοντας ιατρι-

κή-βιολογική εξήγηση στην ψυχοκοινωνική αναπηρία τους.

Οι ένοικοι-ασθενείς είναι μεν ικανοποιημένοι, δηλώνουν όμως, κατά πλειοψηφία, την επιθυμία για περισσότερη αυτονομία, στάση που προκύπτει από τις απαντήσεις στα ερωτήματα για τον επιθυμητό βαθμό εποπτείας από το προσωπικό, για την άνεση με την οποία αντιμετωπίζουν την τοπική κοινότητα, για την προοπτική αναδοχής, την προοπτική επανόδου στη φυσική οικογένεια, καθώς και διαβίωσης σε προσωπικό χώρο. Οι απαντήσεις αυτές θα πρέπει να θεωρηθούν αξιόπιστες γιατί κυρίως προέρχονται από τους πιο λειτουργικούς και με ηπιότερη συμπτωματολογία.

Παρά την επιθυμία και ετοιμότητα που εκφράζει ένα αξιοσημείωτο ποσοστό ενοίκων-ασθενών για αυτόνομη διαβίωση στην κοινότητα, κανείς δεν μετακινήθηκε κατά το διάστημα μεταξύ των δύο απογραφών προς την κοινότητα. Φαίνεται ότι δεν έχουν δοθεί κατάλληλες οδηγίες στο προσωπικό για προετοιμασία των ενοίκων-ασθενών προς αυτή την κατεύθυνση. Επομένως, οι στεγαστικές δομές δεν έχουν ενδιάμεσο-μεταβατικό χαρακτήρα, αλλά αποτελούν «τελική λύση» για τους ανθρώπους αυτούς.

Θετικό είναι ότι ένα αξιοσημείωτο ποσοστό των εργαζομένων επιθυμεί, έστω και υπό προϋποθέσεις, να γίνουν ανάδοχοι ενοίκων-ασθενών. Ωστόσο, η αναδοχή ασθενών ως στεγαστικό σχήμα δεν έχει προχωρήσει στη χώρα.

Με βάση τα δεδομένα της έρευνας αυτής, χρησιμότητα στη χάραξη πολιτικής στον τομέα της στεγαστικής αποκατάστασης ατόμων με ψυχικές διαταραχές θα είχε η αξιοποίηση της λειτουργικότητας μιας, όχι ευκαταφρόνητης, μερίδας των ενοίκων-ασθενών με στόχο την έξοδο από νεοϊδρυματικά σχήματα στέγασης και διαβίωσης και την κοινωνική τους επανένταξη. Η προοπτική αυτή, ανθρωπιστική και επιστημονικά τεκμηριωμένη, έχει μεγαλύτερη σημασία σήμερα, όπου όλα συζητούνται υπό το πρίσμα κόστους-οφέλους και αποδοτικότητας.

### Περιορισμός της μελέτης

Χρησιμοποιήθηκαν αυτοσχέδια-πρωτότυπα ερωτηματολόγια σχετικά με τις απόψεις-στάσεις του προσωπικού και των ενοίκων, και όχι δομημένα και σταθμισμένα ανάλογα ερωτηματολόγια.

**Πίνακας 3.** Επαναληπτική απογραφή-διακίνηση.

	n	(%)
Καμία μετακίνηση	63	71,6
Μετακίνηση σε ομοειδή δομή	4	4,5
Μετακίνηση από Διαμέρισμα σε Ξενώνα	7	8,0
Θάνατοι	10	11,4
Μετακίνηση από Ξενώνα σε Διαμέρισμα	4	4,5
<b>Σύνολο</b>	<b>88</b>	<b>100,0</b>



# Attitudes and perceptions of staff and resident-patients in residential units in Thessaly

E.N. Lakioti,<sup>1</sup> N.V. Angelopoulos,<sup>1</sup> V.D. Tomaras<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psychiatric Unit, University of Thessaly, Medical School, University Hospital of Larissa, Larissa,

<sup>2</sup>1st Department of Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens, Medical School, Eginition Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2014, 25:119–128

With the implementation of the psychiatric reform in Greece, the care of chronically mentally ill persons has been transferred into sheltered housing in the community (nursing homes, hostels, sheltered apartments), for the psychosocial rehabilitation of the patients, aiming at the deinstitutionalization and their social reintegration. The scope of the present study was to record and analyze the attitudes and perceptions of both staff members and resident-patients of the 17 residential units (5 nursing homes, 4 hostels and 8 sheltered apartments) of “Psychargos” Project in Thessaly, as well as to check the hypothesis of “neo” institutionalization for the units under investigation. Data were collected on-site (field study) from 157 staff members and 88 resident-patients, by structuring and using original questionnaires as well as the Global Assessment Scale (GAS). The independent variables for the staff members (sex, age, education, profession, legal form of the residential unit, previous professional experience in mental health services) as well as for the resident-patients (sex, age, GAS score, legal form of the residential unit, residence time in the unit, and previously in other psychiatric institutions) were correlated to dependent variables in order to assess possible statistical relationships ( $\chi^2$ ). The statistical significance test p-value was set at 0.05. Data statistical processing was carried out using SPSS 16.0. The hypothesis of “neo”-institutionalization for these residential units was checked in a 34-month follow-up period. Regarding the staff, a positive attitude towards the institution of residential care structures itself was recorded. Nevertheless, a negative opinion regarding the prospect of resident-patients recovery, and even skepticism as to the acceptability of these persons by the local community, were expressed. Surely, it is positive that a remarkable percentage of the staff members are willing, even though under certain conditions, to provide foster care to resident-patients. On their part, the resident-patients maintain good relationships with staff and fellow residents, and feel content with their residence itself and the services provided. However, most of them (especially the most functional and with milder symptoms) express their desire for more autonomy, with regard to the degree of supervision received by the staff, their contact with the local community, the perspective of receiving foster care, the perspective of return in their natural family as well as of autonomous living. Ultimately however, the survey results give rise to pessimism with respect to an intermediate-transitional character of the residential units, since only a few resident-patients moved during the follow-up period (34 months) towards reduced-supervision housing and none to the community. However, the functionality of a non-insignificant part of the resident-patients could be employed for leaving “neo”-institutionalized housing and living, and finally their social reintegration.

**Key words:** Psychiatric disorders, residential care units, attitudes towards mental disorder, users’ satisfaction, social re-integration, “neo” institutionalization.

## Βιβλιογραφία

1. Barton R. *Institutional Neurosis*, Wright, Bristol, 1959
2. Endicott J, Spitzer R, Fleiss J, Cohen J. The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatry disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976, 33:766–771
3. Μαδιανός Μ. Κλίμακα Ολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας (GAS). Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της στον ελληνικό χώρο. *Εγκέφαλος* 1987, 24:97–100
4. Van Humbeeck G, Van Audenhove C, Pieters G, De Hert M, Storms G, Vertommen H et al. Expressed emotion in staff-patient relationships: The professionals’ and residents’ perspectives. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2001, 36:486–492
5. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory* (manual). 2nd ed. Palo Alto, Consulting Psychologists Press, California, 1986

6. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. Επαγγελματική Εξουθένωση. Στο: Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ (Συντ.) *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999:242–262
7. Oliver N, Kuipers E. Stress and its relationship to expressed emotion in community mental health workers. *Int J Soc Psych* 1996, 42:150–159
8. Minkoff K. Resistance of mental health professional to working with people with serious mental illness. *New Direct Ment Health Serv* 1987, 33:334–337
9. Zippel A, Carling P, McDonald J. A rehabilitation response to the call for asylum. *Schizophr Bull* 1987, 13:539–550
10. Δαμίγος Δ. (επιμ). Η ιστορία ενός Συμποσίου: Αποασυλοποίηση, Συμπόσιο:16-18/5/2002 «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη, Τρεις ευρωπαϊκές εμπειρίες: Η σημασία μιας παράλληλης πορείας της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και της Αποασυλοποίησης». Στο: *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη*. Παπαζήσης, Αθήνα, 2003:116–123
11. Brooks G. Reflections on the Vermont story or foresight, insight and hindsight. *Psychiatr J Univers Ottawa* 1988, 13:21–24
12. Unger K, Danley K, Kohn L, Hutchinson D. Rehabilitation through education: A university based continuing education program for young adults with psychiatric disabilities on a university campus. *Psychosoc Rehabil J* 1987, 10:35–49
13. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Henderson S. Attitudes towards people with a mental disorder: A survey of the Australian public and health professionals. *Australian and New Zealand J Psych* 1999, 33:77–83
14. Τομαράς Β, Παπαγεωργίου Α, Σολδατου Μ, Γουρνέλλης Ρ, Χριστουδούλου ΓΝ. Προς την επανένταξη του χρόνιου ψυχικά αρρώστου: Ένα πιλοτικό πρόγραμμα αναδοχής. *Ψυχιατρική* 2005, 16:217–225
15. Τομαράς Β, Σολδάτου Μ, Αρμενιάκου Α, Καραμούτση Γ, Παναγιωτοπούλου Α, Τσακλάνος Γ και συν. Ανάδοχος (φιλοξενούσε) οικογένειες: Δωδεκαετής απολογισμός ενός πιλοτικού προγράμματος. Ζητούνται μιμητές. *Τετρ Ψυχιατρ* 2011, 115:5–13
16. Owen C, Rutherford V, Jones M, Wright C, Tennant C, Smallman A. Housing accommodation preferences of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services* 1996, 47:628–632
17. Goldberg MA., Searight HR, Katz BM, Jacobi KA, Austrin H, D'Andrea J. A competency-based measure to aid residential placement decisions: The Community Competence Scale-Short Form. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1991, 15:81–84
18. Arns PG, Linney JA. Relating functional skills of severely mentally ill clients to subjective and societal benefits. *Psychiatr Serv* 1995, 46:260–265
19. Shepherd G, King C, Tilbury J, Fowler D. *Implementing the Care Programme Approach*. *J Ment Hlth* 1995, 4:261–274
20. Piat M, Ricard N, Lesage A. Evaluating life in foster homes for persons with serious mental illness: Resident and caregiver perspectives. *J Ment Hlth* 2006, 15:227–242
21. Andrews G, Teesson M, Steward G, Hoult J. Follow-up community placement of the chronic mentally ill in New South Wales. *Hosp Commun Psych* 1990, 41:184–188
22. Παπαδάκη Κ. Αξιολόγηση λειτουργικότητας και ποιότητας ζωής ψυχιατρικών ασθενών ένα χρόνο μετά τη μετάβαση από το ψυχιατρικό νοσοκομείο σε οικοτροφείο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. *Τετρ Ψυχιατρ* 2005, 91:47–49
23. Tanzman B. An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. *Hospital and Commun Psychiatry* 1993, 44:450–455
24. Tanzman BH, Yoe JT. *Report of the Vermont Division of Mental Health on the Consumer Housing and Supports Preference Survey*. VT: Center of Community Change Through Housing and Support, Burlington, 1989
25. Warren R, Bell P. An exploratory investigation into the housing preferences of consumers of mental health services. *Austr New Zealand J Ment Health Nurs* 2000, 9:195–202
26. Abrahamson D, Leitner N, Sasan S. Readmissions from registered care homes. *Psychiatr Bull* 1995, 19:734–736
27. Shepherd G, Murray A. Residential care. In: Thornicroft G, Szmulker G (ed) *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford University Press, Oxford, 2001:309–320
28. Carling PJ. Supported housing: An evaluation agenda. *Psych Rehab J* 1990, 13:95–104
29. Ridgway P, Zippel AM. The paradigm shift in residential services: From the linear continuum to supported housing approaches. *Psych Rehab J* 1991, 13:11–31
30. Hogan MF, Carling PJ. Normal housing: A key element of a supported housing approach for people with psychiatric disabilities. *Comm Ment Hlth J* 1992, 28:215–226
31. Carling PJ. Housing and supports for persons with mental illness: Emerging approaches to research and practice. *Hosp Commun Psychiatry* 1993, 44:439–449
32. Ασημόπουλος Χ, Αποστολοπούλου Α, Βασιλακόπουλος Α, Βαρβαρέσου Ξ, Τσαλαμανιός Ε, Φλίδος Α και συν. Οι στάσεις των εφήβων προς τους ψυχικά ασθενείς και την ψυχιατρική μεταρρύθμιση: Ένα πρόγραμμα έρευνας-παρέμβασης σε μαθητές Λυκείου. *Τετρ Ψυχιατρ* 2007, 99:13–30
33. Wenocur S, Belcher JR. Strategies for overcoming barriers to community – based housing for the chronically mentally ill. *Comm Ment Hlth J* 1990, 26:319–333
34. Κούριας Γ. Ξενώνας μέσα στην πόλη. *Τετρ Ψυχιατρ* 1990, 30:20–28
35. Αμπατζόγλου Γ. Οικοτροφεία Αποασυλοποίησης: Κριτική παρουσίαση και προτάσεις. *Τετρ Ψυχιατρ* 1995, 51:51–53
36. Μεγαλοοικονόμου Θ, Λουκάς Γ. Η αποϊδρυματοποίηση σαν ανοιχτή, θεραπευτική και πολιτική διαδικασία: Η περίπτωση της Λέρου. *Τετρ Ψυχιατρ* 1999, 67:45–53
37. Τομαράς Β, Γουρνέλλης Ρ, Καραμούτση Γ, Αρμενιάκου Α, Παναγιωτοπούλου Α, Ευθυμιόπουλος Ε και συν. Αντι-ιδρυματικά στεγαστικά σχήματα στην αποκατάσταση: Το παράδειγμα ενός μεταβατικού, εποπτευόμενου διαμερίσματος. *Τετρ Ψυχιατρ* 2006, 94:73–80
38. Λουκάς Ι. Λέρος και Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση: Από τον ιδρυματισμό στον νεοϊδρυματισμό. *Κοινων Ψυχ Υγεία* 2007, 3:26–36