

ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ



ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΘΕΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ»

Η ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας
ως δείκτης για την κλινική έκβαση και την ποιότητα
ζωής των ασθενών στις μονάδες ψυχοκοινωνικής
αποκατάστασης

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Παρασκευή Φωτοπούλου

Αθήνα, 2024

Τριμελής Επιτροπή

Βασιλική Γιωτσίδη, Επίκουρη Καθηγήτρια Παντείου Πανεπιστημίου (Επόπτρια)

Άννα Μαντόγλου, Καθηγήτρια Παντείου Πανεπιστημίου

Ειρήνη Καρακασίδου, Επίκουρη Καθηγήτρια Παντείου Πανεπιστημίου

Copyright, Παρασκευή Φωτοπούλου, 2024

All rights reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διπλωματικής εργασίας εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διπλωματικής εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση της διπλωματικής εργασίας από το Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δεν δηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

*Αφιερωμένο στην οικογένεια μου, στον σύζυγο και τα παιδιά μου που με στήριξαν σε
όλη την προσπάθεια μου.*

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα επόπτρια μου κ. Βασιλική Γιωτσίδη, η οποία μου πρότεινε το θέμα της εργασίας και μου παραχώρησε τα δεδομένα της μελέτης έπειτα από τη σύμφωνη γνώμη της Προέδρου ΔΣ της Εταιρείας Κοινωνικής Ψυχιατρικής Π. Σακελλαρόπουλος Δρ. Φραγκούλη Αθηνά. Ευχαριστώ ιδιαίτερα την κ. Βαλεντίνη Μπόχτσου και την κ. Αγγελική Γιαντσελίδου για τη συνεργασία και την υποστήριξη ως προς τη συλλογή δεδομένων και τη διάθεση της βάσης δεδομένων.

Περιεχόμενα

Περίληψη	8
Abstract	9
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	
Εισαγωγή	10
1.1. Από την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ...	10
1.2. Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης	12
1.3. Το σύγχρονο μοντέλο ανάρρωσης (Recovery Model) και η ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας	14
1.4. Εφαρμογή του μοντέλου ανάρρωσης στην Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής Π. Σακελλαρόπουλος	17
1.5. Λειτουργικοί ορισμοί της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας ...	19
1.6. Εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης από υπηρεσίες ψυχικής υγείας	21
1.7. Παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας	22
A) Σε σχέση με τους ασθενείς	
1. Κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες	22
2. Κλινικοί – ψυχοκοινωνικοί παράγοντες	24
B) Σε σχέση με τη θεραπευτική σχέση	25
Γ) Σε σχέση με την ποιότητα των υπηρεσιών	27
1.8. Σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα στην Ελλάδα	28
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	
Μεθοδολογία	30
1.1. Η παρούσα έρευνα και τα ερευνητικά ερωτήματα	30
1.2. Οι συμμετέχοντες και η διαδικασία στην έρευνα	30
1.3. Εργαλεία μέτρησης	33
1.4. Στατιστική ανάλυση	35
ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ	
Αποτελέσματα	36
ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ	

Συζήτηση	71
Περιορισμοί- Μελλοντική έρευνα	74
Βιβλιογραφία	76
Παραρτήματα	81
A1. Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης	
A2.Κλίμακα λειτουργικότητας IADL	
A3. Κλίμακα ποιότητα ζωής (WHOQOL)	
A4. Κλίμακα κλινικής κατάστασης HoNOS	

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 1. Περιγραφή δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος
Πίνακας 2. Περιγραφή κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος
Πίνακας 3. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της κλίμακας IADL
Πίνακας 4. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της κλίμακας HoNOS
Πίνακας 5. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της κλίμακας WHOQOL
Πίνακας 6. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της συνολικής ικανοποίησης
Πίνακας 7. Συχνότητα ικανοποίησης από την πρόσβαση στη μονάδα
Πίνακας 8. Συχνότητα ικανοποίησης από τη γενική λειτουργία της μονάδας
Πίνακας 9. Συχνότητα ικανοποίησης από τη θεραπευτική λειτουργία της μονάδας
Πίνακας 10. Συχνότητα ικανοποίησης από τη δέσμευση στη μονάδα
Πίνακας 11. Πίνακας συχνοτήτων ικανοποίηση και φύλο
Πίνακας 12. Πίνακας συχνοτήτων ικανοποίηση και δομή
Πίνακας 13. Πίνακας συχνοτήτων ικανοποίηση και πλαίσιο
Πίνακας 14. Πίνακας συχνοτήτων κλινική κατάσταση και φύλο
Πίνακας 15. Πίνακας συχνοτήτων κλινική κατάσταση και δομή
Πίνακας 16. Πίνακας συχνοτήτων κλινική κατάσταση και πλαίσιο
Πίνακας 17. Πίνακας συχνοτήτων ποιότητα ζωής και φύλο
Πίνακας 18. Πίνακας συχνοτήτων ποιότητα ζωής και δομή
Πίνακας 19. Πίνακας συχνοτήτων ποιότητα ζωής και πλαίσιο
Πίνακας 20. Πίνακας συχνοτήτων λειτουργικότητα και φύλο
Πίνακας 21. Πίνακας συχνοτήτων λειτουργικότητα και δομή
Πίνακας 22. Πίνακας συχνοτήτων λειτουργικότητα και πλαίσιο
Πίνακας 23. Συσχετίσεις της λειτουργικότητας και της κλινικής κατάστασης
Πίνακας 24. Συσχετίσεις της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής

- Πίνακας 25. Συσχετίσεις της ποιότητας ζωής και της κλινικής κατάστασης
- Πίνακας 26. Συσχετίσεις της ικανοποίησης και της λειτουργικότητας
- Πίνακας 27. Συσχετίσεις της ικανοποίησης και της κλινικής κατάστασης
- Πίνακας 28. Συσχετίσεις της ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής
- Πίνακας 29. Ανάλυση διακύμανσης δημογραφικά χαρακτηριστικά και ικανοποίηση
- Πίνακας 30. Ανάλυση διακύμανσης κλινικά χαρακτηριστικά και ικανοποίηση
- Πίνακας 31. Ανάλυση διακύμανσης δημογραφικά χαρακτηριστικά και κλινική κατάσταση
- Πίνακας 32. Ανάλυση διακύμανσης κλινικά χαρακτηριστικά και κλινική κατάσταση
- Πίνακας 33. Ανάλυση διακύμανσης δημογραφικά χαρακτηριστικά και ποιότητα ζωής
- Πίνακας 34. Ανάλυση διακύμανσης κλινικά χαρακτηριστικά και ποιότητα ζωής
- Πίνακας 35. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και κλινικής κατάστασης 2020
- Πίνακας 36. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και κλινικής κατάστασης 2021
- Πίνακας 37. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και κλινικής κατάστασης 2022
- Πίνακας 38. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και φυσικής υγείας 2020
- Πίνακας 39. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και ψυχικής υγείας 2020
- Πίνακας 40. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και κοινωνικών σχέσεων 2020
- Πίνακας 41. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και περιβάλλοντος 2020
- Πίνακας 42. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και φυσικής υγείας 2021
- Πίνακας 43. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και ψυχικής υγείας 2021
- Πίνακας 44. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και κοινωνικών σχέσεων 2021
- Πίνακας 45. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και περιβάλλοντος 2021
- Πίνακας 46. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και φυσικής υγείας 2022
- Πίνακας 47. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και ψυχικής υγείας 2022
- Πίνακας 48. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και κοινωνικών σχέσεων 2022
- Πίνακας 49. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και περιβάλλοντος 2022

Περίληψη

Η διερεύνηση των παραγόντων που προάγουν την υγεία, την ευημερία και την ποιότητα ζωής σε λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας κρίνεται απαραίτητη στο πλαίσιο ενός ολιστικού και εμπειρικά τεκμηριωμένου θεραπευτικού μοντέλου. Στην παρούσα διαχρονική μελέτη, εξετάστηκαν κατά την τριετία 2020-2022 επιμέρους κοινωνικο-δημογραφικοί και κλινικοί παράγοντες σε σχέση με την ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 75 άτομα, τα οποία λάμβαναν υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σε οικοτροφεία και προστατευόμενα διαμερίσματα στην Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής «Π. Σακελλαρόπουλος», σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές στην Ελλάδα, στη Θράκη, Φθιώτιδα και Φωκίδα. Οι συμμετέχοντες/ουσες συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο-ιδιοκατασκευή 6-βάθμιας κλίμακας Likert για την αξιολόγηση της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες που λάμβαναν στις μονάδες προστατευμένης διαβίωσης, καθώς επίσης την κλίμακα *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF; Τζινιέρη-Κοκκώση και συν., 2000)*, την κλίμακα *Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS; Wing et al., 1996, 1998)* και την κλίμακα *Instrumental Activity of Daily Living (IADL; Lawton & Brody, 1969)*. Πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση μέσω του προγράμματος SPSS, όπου έγινε ανάλυση συσχετίσεων (correlations), πολυπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης ANOVA και ανάλυση παλινδρόμησης (regression). Τα αποτελέσματα της μελέτης καταδεικνύουν επιμέρους διαστάσεις που αφορούν την ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών από τις υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, καθώς επίσης τον ρόλο της ικανοποίησης των ασθενών με σοβαρή ψυχική ασθένεια από τις υπηρεσίες που δέχονται στην ευρύτερη κλινική πορεία και την ποιότητα ζωής τους. Η ικανοποίηση συσχετίζεται με την ποιότητα ζωής, τη λειτουργικότητα και την κλινική έκβαση των ατόμων, χωρίς να προβλέπεται μια αιτιώδης συνάφεια. Τα αποτελέσματα της μελέτης αναμένεται να συμβάλουν στην ενίσχυση του θεραπευτικού μοντέλου ανάκαμψης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, στην ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, και κυρίως στην περαιτέρω προσπάθεια για ενδυνάμωση και αυτοπροσδιορισμό των ατόμων που αντιμετωπίζουν σοβαρή ψυχική ασθένεια.

Λέξεις-κλειδιά: ικανοποίηση ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ποιότητα ζωής, κλινική έκβαση, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, διαχρονική έρευνα

Abstract

Investigating the factors that promote health, well-being and quality of life in mental health service recipients is essential within a holistic and empirically evidenced treatment model. In this longitudinal study, individual socio-demographic and clinical factors in relation to the satisfaction of mental health service recipients were examined during the three years 2020-2022. A total of 75 people participated in the study, who received psychosocial rehabilitation services in boarding schools and apartments at the Society of Social Psychiatry "P. Sakellaropoulos", in different geographical areas in Greece, in Thrace, Fthiotida and Fokida. The participants completed a self-constructed questionnaire with a 6-point Likert scale to assess satisfaction with the services they received in the sheltered living units, as well as the World Health Organization Quality of Life scale (WHOQOL-BREF; Tzinieri-Kokkosi et al. ., 2000), the Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS; Wing et al., 1996, 1998) and the Instrumental Activity of Daily Living (IADL; Lawton & Brody, 1969). Statistical analysis was performed using the SPSS program, where correlation analysis, ANOVA multivariate analysis of variance and regression analysis were performed. The results of the study demonstrate individual dimensions concerning the satisfaction of service recipients with psychosocial rehabilitation services, as well as the role of the satisfaction of patients with serious mental illness with the services provided in their broader clinical course and quality of life. Satisfaction correlates with individuals' quality of life, functioning, and clinical outcome, without assuming causation. The results of the study in general contribute to the strengthening of the therapeutic model of recovery and psychosocial rehabilitation, to the strengthening of the quality of the provided mental health services, and above all to the further effort for integration and self-determination of people facing serious mental illness.

Keywords: satisfaction of recipients of mental health services, quality of life, clinical outcome, psychosocial rehabilitation, longitudinal research

Εισαγωγή

Η παρούσα έρευνα μελετά τις διαστάσεις της ικανοποίησης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε σχέση με την ποιότητα ζωής, τη λειτουργικότητα, την κλινική κατάσταση και έκβαση. Το σκεπτικό στο οποίο βασίστηκε η μελέτη είναι η υπόθεση αλληλεπίδρασης και συσχέτισης της ικανοποίησης με τις υπόλοιπες μεταβλητές. Η έννοια της ικανοποίησης από υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι πολύ σημαντική έτσι ώστε να εξετάζονται οι ανάγκες των ατόμων και να προσαρμόζονται και να ανταποκρίνονται οι εκάστοτε φορείς σε αυτές. Είναι σημαντικό επίσης να αξιολογούνται με αυτόν τον τρόπο οι υπηρεσίες και να αναδειχθεί το μοντέλο ανάρρωσης, όπου δίνεται έμφαση στην αποκατάσταση και λειτουργικότητα των ασθενών.

Στο πρώτο μέρος της εργασίας γίνεται η βιβλιογραφική επισκόπηση, η εισαγωγή στις θεωρητικές έννοιες των μεταβλητών και η παρουσίαση των σύγχρονων ερευνητικών δεδομένων. Στο δεύτερο μέρος περιγράφεται η μεθοδολογική διαδικασία που ακολουθήθηκε και παρουσιάζονται τα ερευνητικά ερωτήματα, το δείγμα και τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς και οι στατιστικές αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν. Το τρίτο μέρος της εργασίας αφορά την παρουσίαση των αποτελεσμάτων, ενώ στο τελευταίο γίνεται η συζήτηση και οι περιορισμοί της έρευνας.

1.1. Από την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Ύστερα από τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και τις καταστροφικές, όπως ήταν αναμενόμενο, συνέπειες που επέφερε, οι κοινωνικοοικονομικές και πολιτικές συνθήκες στην Ελλάδα, όπως εξάλλου και διεθνώς, άλλαξαν, ενώ η ψυχολογία ως επιστήμη επικεντρώθηκε πλέον στην αντιμετώπιση των ψυχικών ασθενειών που έκαναν την εμφάνισή τους και στη θεραπεία της ψυχικής νόσου. Έτσι, δημιουργήθηκε η ανάγκη για ενίσχυση και αύξηση των ψυχιατρικών ασύλων. Υπήρξε δραματική αύξηση του αριθμού των νοσηλευόμενων ασθενών στα δημόσια ψυχιατρεία, ενώ παράλληλα ιδρύθηκε το περιβόητο άσυλο στη Λέρο το 1958. Ωστόσο, η υπόθεση της Λέρου θα μπορούσε να πει κανείς ότι ήταν εκείνη που πυροδότησε την ανάγκη για μια διαδικασία μεταρρύθμισης των ελληνικών ιδρυμάτων ψυχικής υγείας, ειδικά μετά την εμφάνιση διαφόρων δημοσιευμάτων όπου παρουσιάζονταν οι φρικτές συνθήκες στις οποίες ζούσαν οι ασθενείς στο συγκεκριμένο άσυλο. Οι ασθενείς εκεί είχαν υποστεί σοβαρές

στερήσεις, κακοποίηση, παραμέληση, παραβίαση θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ακραία ιδρυματοποίηση (Γιαννακόπουλος, 2016).

Το έναυσμα για ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα δόθηκε το 1984 με τον Κανονισμό της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, ενώ ορόσημο αποτέλεσε ο νόμος για το Εθνικό Σύστημα Υγείας που ψηφίστηκε το 1993 και έθεσε τις βάσεις για ένα νέο μοντέλο παροχής ψυχιατρικής φροντίδας. Στη συνέχεια, το 1995 εκπονήθηκε από το Υπουργείο Υγείας το εθνικό δεκαετές σχέδιο δράσης “Ψυχαργός”, το οποίο είχε ως πρωταρχικό σκοπό την αποασυλοποίηση, τον αποιδρυματισμό και δόμηση μιας νέας πραγματικότητας, βασιζόμενη στις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής (ΕΠΨΥ, 2004). Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στόχευε στη δημιουργία ενός κοινοτικού δικτύου υπηρεσιών πρόληψης, εντατικής θεραπείας και αποκατάστασης, την αποϊδρυματοποίηση ψυχιατρικών ασθενών και τη μείωση των εισαγωγών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Σημειώθηκε μετάθεση της ψυχιατρικής περίθαλψης από το άσυλο στην κοινότητα, μέσω ενός κοινοτικού και ολιστικού πλαισίου φροντίδας. Η πρώτη φάση του προγράμματος “Ψυχαργός” (1997-2001) περιλάμβανε εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, βελτίωση των υποδομών και προετοιμασία των ασθενών για κοινοτική διαβίωση μέσω κατάρτισης δεξιοτήτων απασχόλησης. Η δεύτερη φάση (2001-2010) είχε ως βασικούς στόχους την αποασυλοποίηση, την κατάργηση ψυχιατρικών νοσοκομείων και την τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Έτσι, η ανάπτυξη κοινοτικών δομών, η προαγωγή ψυχικής υγείας στη κοινότητα και η καταπολέμηση του στίγματος μέσω κατάλληλης, επαρκούς ενημέρωσης και διαφόρων δράσεων, αποτέλεσαν βασικούς άξονες της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (Παλάσκας, 2021).

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση οδήγησε κατ’έκταση στην αδήριτη ανάγκη για ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχικές ασθένειες. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση πρόκειται για μια διαδικασία η οποία διευκολύνει τα άτομα με ψυχικές διαταραχές να επιτύχουν ένα όσο το δυνατό καλύτερο επίπεδο λειτουργικότητας, ανεξαρτησίας και αυτόνομης διαβίωσης στην κοινότητα. Συνεπάγεται τη βελτίωση των ικανοτήτων τους ώστε να αποκτήσουν μια ποιότητα ζωής με σεβασμό και αξιοπρέπεια (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2008). Στόχους της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αποτελούν η μείωση της συμπτωματολογίας μέσω κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, καθώς και η διαρκής βελτίωση της λειτουργικότητας και αυτονομίας των ατόμων αυτών. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αποσκοπεί στη βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων των ατόμων και

στην καλύτερη διαχείριση της καθημερινότητας τους, της τυχόν απασχόλησης τους και του ελεύθερου χρόνου τους, καθώς και στην παροχή υποστήριξης σε οικογένειες μελών με μια ψυχική ασθένεια (Υπουργείο Υγείας, 2009).

1.2.Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Οι δομές και μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αποτελούν βασικό άξονα της αποασυλοποίησης. Οι ψυχικά ασθενείς είτε λόγω απώλειας οικογενειακού και υποστηρικτικού περιβάλλοντος, είτε λόγω αδυναμίας διαβίωσης, αυτοεξυπηρέτησης ή παροχής φροντίδας από την οικογένεια, έχουν ανάγκη από στέγαση σε υπηρεσίες που θα παρέχουν ένα ολιστικό πρόγραμμα φροντίδας εξατομικευμένο και προσαρμοσμένο στις ανάγκες τους παρέχοντας τους εξειδικευμένες και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες. Μέσω ενός οργανωμένου και ολιστικού συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας διασφαλίζεται η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και ένα κοινοτικό σύστημα φροντίδας. Οι δομές διαμονής διακρίνονται ανάλογα με τις ανάγκες και δυνατότητες των ατόμων που φιλοξενούνται, σε ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευόμενα διαμερίσματα.

Οι ξενώνες, η δυναμικότητα των οποίων δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 15 άτομα, φιλοξενούν άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, παρέχοντας τους διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη με σκοπό την επίτευξη ενός ικανοποιητικού βαθμού αυτονομίας και ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Σ' έναν ξενώνα φιλοξενούνται άτομα που στερούνται οικογενειακού ή υποστηρικτικού περιβάλλοντος ή άτομα για τα οποία κρίνεται ότι επιβάλλεται η προσωρινή ή και οριστική απομάκρυνση τους από το κοντινό τους περιβάλλον. Στους ξενώνες διανύουν μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για τη ζωή στην κοινότητα (ΕΠΙΨΥ, 2004).

Η λειτουργία τους είναι ανοικτή στην κοινωνία και προσομοιάζει με οικογενειακό περιβάλλον, για αυτόν το λόγο επιβάλλεται η παρουσία τους σε κατοικημένες περιοχές. Οι ξενώνες διαβαθμίζονται, ανάλογα με τον χρόνο παραμονής των ενοίκων σε αυτούς σε βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής. Επιπλέον, η υποστήριξη των ξενώνων διαβαθμίζεται ανάλογα με την παρουσία του προσωπικού σε αυτούς σε υψηλού βαθμού (24ωρη παρουσία προσωπικού), μέσου βαθμού (μικρότερη από 24ωρη παρουσία προσωπικού) και χαμηλού βαθμού (περιοδική παρακολούθηση και υποστήριξη των ενοίκων) (ΕΠΙΨΥ, 2004).

Τα οικοτροφεία είναι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας όπου φιλοξενούνται για διαβίωση, υποστήριξη και θεραπεία άτομα με ψυχικές διαταραχές με σκοπό να διασφαλιστεί η παραμονή τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων αυτών των ατόμων με τη ζωή και τη δράση της κοινότητας. Ο αριθμός των ατόμων που δύνανται να φιλοξενούν δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 25, και μπορούν να είναι είτε άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές είτε με νοητική υστέρηση και συννοσηρότητα δευτερογενών ψυχικών διαταραχών ή ψυχώσεων είτε άτομα με περιορισμένο βαθμό λειτουργικότητας και αυτονομίας που έχουν ανάγκη από μια στεγαστική δομή υψηλής προστασίας (ΕΠΨΥ, 2004).

Τέλος, τα προστατευόμενα διαμερίσματα είναι χώροι στέγασης - σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες - ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές τα οποία έχουν αυξημένες αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Σε ένα προστατευόμενο διαμέρισμα δεν μπορούν να διαμένουν περισσότερα από έξι άτομα. Η ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται σε αυτά τα άτομα έχει σκοπό την επίτευξη της μέγιστης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και λειτουργικότητας τους, ώστε να επανέλθουν στην κοινότητα πιο δυναμικά (ΕΠΨΥ, 2004).

Επιπλέον, μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αποτελούν και τα κέντρα κοινωνικής επαγγελματικής επανένταξης. Πρόκειται για μονάδες που έχουν ως στόχο την προετοιμασία ψυχικά ασθενών με μειωμένη λειτουργικότητα για την ένταξη τους στην κοινωνία και ιδιαίτερα στον επαγγελματικό χώρο. Γίνεται συνεχής εφαρμογή προγραμμάτων αποκατάστασης σε ατομική και ομαδική βάση. Επίσης, παρέχεται η δυνατότητα για μόνιμη απασχόληση σε ασθενείς οι οποίοι δύσκολα θα μπορούσαν να απορροφηθούν και προωθηθούν στην εργασία (ΕΠΨΥ, 2004).

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες στους ωφελούμενους που διαμένουν σε στεγαστικές δομές είναι: 1) φαρμακευτική αγωγή, 2) εκπαίδευση σε δεξιότητες αυτόνομης διαβίωσης και σε κοινωνικές δεξιότητες, 3) ψυχολογική στήριξη στους ίδιους και τις οικογένειες τους, 4) επαγγελματική εκπαίδευση και αποκατάσταση, 5) συμμετοχή σε δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης, 6) συμμετοχή σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, 7) εκπαιδευτικά προγράμματα για το προσωπικό, 8) συνεχής αξιολόγηση προκειμένου να διασφαλιστεί η ποιότητα των υπηρεσιών, 10) προγράμματα ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης της κοινότητας για την αντιμετώπιση και εξάλειψη του στίγματος της ψυχικής ασθένειας (Νόμος 2716/99 ΦΕΚ 96 Α' 17/05/99).

Σύμφωνα με το θεσμικό πλαίσιο που ορίζει την οργάνωση και λειτουργία των μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (ΚΥΑ 876/2000, άρθρο 7), οι στόχοι τους είναι: α. βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές μέσω παρεμβάσεων νοητικής και ψυχοκοινωνικής ενδυνάμωσης, β. διαρκής βελτίωση της λειτουργικότητας των ατόμων, γ. διασφάλιση της ποιότητας ζωής και της αυτόνομης διαβίωσης τους στην κοινότητα, δ. μείωση του στίγματος και των διακρίσεων, ε. διασφάλιση της ποιότητας φροντίδας για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές (Υπουργείο Υγείας, 2009).

Κρίνεται σημαντική η αξιολόγηση όλων των παραπάνω υπηρεσιών ψυχικής υγείας ώστε να διασφαλίζεται η ποιότητα φροντίδας και η ικανοποίηση των ληπτών. Όλες οι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αποσκοπούν στην υποστήριξη διαβίωσης στην κοινότητα με αξιοπρέπεια και σεβασμό της προσωπικότητας των ατόμων που φιλοξενούνται, των δικαιωμάτων και των αναγκών τους. Έτσι, απώτερο στόχο αποτελεί η ποιότητα των υπηρεσιών αυτών, μέσω της κατάλληλης στελέχωσης από εξειδικευμένο προσωπικό, ώστε οι λήπτες να μένουν ικανοποιημένοι και να αισθάνονται ότι ενισχύεται η ανάρρωσή τους με την ευρύτερη έννοια και η ενδυνάμωσή τους.

1.3. Το σύγχρονο μοντέλο ανάρρωσης (Recovery Model) και η ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Είναι σημαντικό να μελετηθεί το θέμα της ικανοποίησης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς αναμένεται να συμβάλλει στην ενίσχυση του θεραπευτικού μοντέλου ανάκαμψης. Η ικανοποίηση συνδέεται με την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, τη συμμόρφωση σε αυτήν, την επανένταξη στην κοινότητα και βελτίωση των σχέσεων. Όπως προκύπτει από σχετικά ερευνητικά δεδομένα (Semahegn, 2020) η ικανοποίηση των ασθενών με ψυχιατρικές διαταραχές από το σύστημα υγείας και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας συμβάλλει στη συμμόρφωση τους στη θεραπεία. Αν οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από τη λειτουργία των υπηρεσιών και την υψηλής ποιότητας παροχή φροντίδας, τότε συμμορφώνονται πιο εύκολα στη θεραπεία και τη φαρμακευτική τους αγωγή. Πολύ σημαντικές πτυχές αποτελούν οι θεραπευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται, η θεραπευτική συμμαχία ασθενών και ειδικών και η σωστή πληροφόρηση σχετικά με τη

διάγνωση και τη σημασία της τήρησης της θεραπευτικής τους αγωγής (A. Semahegn, K.Torpey, A.Manu , N.Assefa, G.Tesfaye and A.Ankomah, 2020).

Η ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχει συνδεθεί με την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και ανάρρωση. Όπως προαναφέρθηκε, όταν υπάρχει ικανοποίηση στους ψυχικά ασθενείς, η συμμόρφωση στη θεραπεία γίνεται πιο εύκολα και κατ' επέκταση τότε υπάρχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της θεραπείας, σημειώνεται μείωση των συμπτωμάτων και αύξηση της λειτουργικότητας των ασθενών. Αυξάνεται, ταυτόχρονα, η κοινωνική εμπλοκή και γίνεται βελτίωση των κοινωνικών σχέσεων, καθώς οι σχέσεις ασθενών και θεραπευτών βελτιώνονται. Έτσι, το μοντέλο της ανάρρωσης συνδέεται άμεσα με την ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας (A.Semahegn et al., 2020; M. De Siqueira, 2023).

Το μοντέλο ανάρρωσης ορίζεται με την ευρύτερη θεώρηση της ανάρρωσης στην ψυχική υγεία που δεν ταυτίζεται με το περιεχόμενο της κλινικής ανάρρωσης, δηλαδή ύφεσης συμπτωματολογίας και επανάκτησης της υγείας. Πρόκειται για ένα πλαίσιο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, όπου προτεραιότητα αποτελούν η ενδυνάμωση και η κοινωνική ένταξη των ατόμων με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας. Τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές έχουν ως στόχο να αποκτήσουν καλύτερη ποιότητα ζωής, μέσα από μια προσωπική και κοινωνική ανάκαμψη (Γιαντσελίδου, 2021).

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές έχει φανεί από τις ίδιες τις αφηγήσεις τους ότι εκτιμούν όταν οι επαγγελματίες υγείας εκφράζουν ενδιαφέρον απέναντι τους και δεν τους αντιμετωπίζουν ως ασθενείς. Έτσι, προτείνεται μια πιο ολιστική προσέγγιση, όπου ενθαρρύνεται η αναγνώριση και η εκτίμηση των θετικών σημείων και δυνατοτήτων τους και δεν γίνεται επικέντρωση στα ελλείμματα και τις αδυναμίες. Προτείνονται ειλικρίνεια, αμοιβαιότητα, επικέντρωση στις εσωτερικές δυνάμεις του ατόμου, ενσυναίσθηση, αποδοχή, ενθάρρυνση και θετικές προσδοκίες για το μέλλον. Η αντιλαμβανόμενη αμοιβαιότητα στις σχέσεις οδηγεί σε υψηλά επίπεδα ικανοποίησης του λήπτη, αυτοπεποίθηση και αντιλαμβανόμενη ανάκαμψη (San Juan, Gronholm, Heslin, Lawrence, Bain, Okuma & Evans, 2021).

Το αίσθημα της ελπίδας αποτελεί βασική διάσταση στην έννοια της ανάρρωσης. Η ενίσχυση της ελπίδας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν σημαίνει συνεχής διατήρηση της αισιοδοξίας και της θετικής διάθεσης, ακόμη και αν υπάρχουν πρακτικά ζητήματα και λειτουργικές δυσκολίες, αλλά ότι οι ελπίδες και προσδοκίες των ληπτών είναι συχνά πιο σημαντικές από τις εκτιμήσεις και προσδοκίες των

επαγγελματιών. Οι προσδοκίες ενός ατόμου μπορεί να έχουν μεγαλύτερη επίδραση στη συμπεριφορά του, καθώς οι χαμηλές προσδοκίες εύκολα γίνονται αυτοεκπληρούμενες προφητείες (Γιαντσελίδου, 2021).

Παράλληλα με την εμπιστοσύνη στην ελπίδα του ατόμου και στην επένδυση από την πλευρά του επαγγελματία στις προσδοκίες του λήπτη, ακόμη και αν εκτιμώνται ως μη ρεαλιστικές και παρακινδυνευμένες, απαιτούνται δεξιότητες ενδυνάμωσης ώστε το άτομο να αποκτήσει την αυτοδιαχείριση και τον έλεγχο της κατάστασής του. Εφόσον υπάρχουν υψηλά επίπεδα ενδυνάμωσης, αξιολογούνται και υψηλά αποτελέσματα στην ανάρρωση. Το μοντέλο αποκατάστασης λαμβάνει υπόψη την ανάπτυξη δεξιοτήτων του ατόμου, τη βελτίωση ποιότητας ζωής και την ύπαρξη σκοπού, νοήματος στη ζωή (Ellison, Belanger, Niles, Evans & Bauer, 2018).

Το μοντέλο ανάκαμψης εκτός από την προσωπική, εμπεριέχει και την κοινωνική ανάκαμψη, η οποία ορίζεται ως μεγαλύτερη συμμετοχή του ατόμου σε δραστηριότητες, στην εργασία, στην εκπαίδευση, στην κοινότητα. Έτσι, το μοντέλο ανάκαμψης έχει κοινωνικές, πολιτικές, οικονομικές προεκτάσεις και εμπεριέχει διαστάσεις κοινωνικής αμοιβαιότητας και αποδοχής. Δίνεται έμφαση στη διαθεσιμότητα βασικών αναγκών, διευκρινίζοντας έτσι την οικονομική ανάκαμψη, ενώ δίνεται έμφαση στη σημαντικότητα της κοινωνικής δικαιοσύνης και ευημερίας. Σημαντικές διαστάσεις της ανάκαμψης αποτελούν η γεφύρωση κοινωνικών, πολιτικών και οικονομικών ανισοτήτων, καθώς και οι ευκαιρίες για συμμετοχή στην κοινότητα (San Juan et al., 2021).

Συμπερασματικά, η έννοια της αποκατάστασης στην ψυχική υγεία εμπεριέχει την αίσθηση του ελέγχου του ατόμου στη ζωή του, την ύπαρξη μιας γεμάτης και με νόημα ζωής, μια θετική αίσθηση ταυτότητας βασισμένη στην ελπίδα, την αισιοδοξία, την αυτοδιάθεση και τα δυνατά στοιχεία χαρακτήρα. Επίσης, περιέχει στοιχεία ενδυνάμωσης, όπως αυτονομία, θέληση, προσωπική ευθύνη, στοιχεία σύνδεσης με τους άλλους, επαναπροσδιορισμό του εαυτού μέσω αποδοχής της ψυχικής ασθένειας και ορισμού του εαυτού χωριστά από την ύπαρξη ασθένειας, καθώς και μέσω οικοδόμησης αυτοσεβασμού και αυτοεκτίμησης. Στη διαδικασία της ανάρρωσης, επιπλέον, περιλαμβάνονται η επίγνωση της ασθένειας, η διαχείριση συμπτωμάτων, η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής και η υπέρβαση του κοινωνικού στίγματος (Schrank & Slade, 2007).

1.4.Εφαρμογή του μοντέλου ανάρρωσης στην Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής Π. Σακελλαρόπουλος

Η Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής Π. Σακελλαρόπουλος (Ε.Κ.Ψ Π. Σακελλαρόπουλος) προτείνει και εφαρμόζει επιτυχώς το παραπάνω ενοποιητικό μοντέλο ανάρρωσης, το οποίο έχει επικρατήσει πλέον στον χώρο της ψυχικής υγείας. Η ίδια η Ε.Κ.Ψ Π. Σακελλαρόπουλος προτείνει πέντε διαστάσεις ανάρρωσης: (α) κλινική ανάρρωση και βελτίωση στη συμπτωματολογία, (β) υπαρξιακή ανάρρωση, που περιλαμβάνει αίσθημα ελπίδας, ενδυνάμωση, αυτοδιαχείριση και πνευματική ευεξία, (γ) λειτουργική ανάρρωση, δηλαδή απόκτηση και υιοθέτηση κοινωνικών δεξιοτήτων και ευθυνών, που συμπεριλαμβάνουν την εργασιακή απασχόληση την εκπαίδευση και καλές συνθήκες διαβίωσης, (δ) σωματική ανάρρωση που περιλαμβάνει καλύτερη υγεία και έναν πιο υγιή τρόπο ζωής και τέλος, (ε) κοινωνική ανάρρωση, που σχετίζεται με ουσιαστικές και σημαντικές σχέσεις, την ενσωμάτωση στην οικογένεια, στο φιλικό περιβάλλον και στην ευρύτερη κοινότητα (Γιαντσελίδου, 2021).

Η Ε.Κ.Ψ Π. Σακελλαρόπουλος έχει δώσει έμφαση στην ύπαρξη ενός νέου μοντέλου σχέσης ανάμεσα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Υποστηρίζεται το «πρότυπο της επιμεριζόμενης ευθύνης» ως βασικό μοντέλο στη σχέση επαγγελματία και λήπτη υπηρεσιών υγείας, αναγνωρίζοντας ότι το πρώτο βήμα για την εδραίωση της θεραπευτικής σχέσης είναι να αναπτυχθεί μια συνεργασία για την από κοινού αναγνώριση των προβλημάτων και τον καθορισμό ενός σχεδίου φροντίδας. Οι λήπτες θεωρούνται διαπραγματευτές στη δική τους θεραπεία. Βασικός στόχος αυτής της συνεργατικής σχέσης είναι η ενδυνάμωσή τους, ώστε να μπορούν να παρακολουθούν τη διαδικασία ανάρρωσης τους και παράλληλα να προετοιμάζονται για τυχόν δυσκολίες και να αναγνωρίζουν έγκαιρα τις κρίσεις και υποτροπές τους.

Πρόκειται για διαδικασία, στην οποία ο/η επαγγελματίας θα πρέπει να συνεργαστεί προς την κατεύθυνση της υλοποίησης των προσωπικών στόχων του λήπτη, ακόμη και αν έχει διαφορετική εκτίμηση. Κι αυτό, γιατί οι απόψεις ενός ατόμου για τις ανάγκες του και οι απόψεις ενός επαγγελματία για εκείνες μπορεί να διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό και οι ανάγκες που έχουν εκτιμηθεί από τους ίδιους τους λήπτες είναι πολύ καλύτεροι δείκτες για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με τις ανάγκες που αναφέρουν οι επαγγελματίες. Επίσης, αποτελεί δικαίωμα του ατόμου να πάρει τις δικές του αποφάσεις, ακόμη και αν αποδειχθεί στην πορεία ότι η επιλογή του ήταν λανθασμένη ή οι αποφάσεις του ήταν επιζήμιες και παρακινδυνευμένες. Ακόμα

και αν υπάρχει έντονη ανησυχία ή διαφωνίες για την επιλογή του λήπτη, θα πρέπει να του δίνεται το δικαίωμα για προσωπικό ρίσκο, ώστε να δίνεται η δυνατότητα για επανάκτηση του ελέγχου της ζωής του. Ταυτόχρονα, το άτομο θα πρέπει να έχει τη διαβεβαίωση ότι σε περίπτωση κρίσης υπάρχει η δυνατότητα πρόσβασης του σε εξειδικευμένη βοήθεια.

Η στάση του επαγγελματία θα πρέπει να είναι τέτοια, ώστε να ενισχύεται η αυτονομία, η προσωπική επιλογή και η ανάληψη ευθύνης. Σε αυτήν την προσπάθεια, ο επαγγελματίας θα πρέπει να είναι έτοιμος να παρέχει την κατάλληλη φροντίδα ανάλογα με τις ανάγκες του ατόμου, χωρίς να ενέχει ο κίνδυνος της μακρόχρονης εξάρτησης του ατόμου και προοδευτικά της απώλειας της αυτονομίας του. Επίσης, θα πρέπει να μειώνεται ο βαθμός παρέμβασης στην πορεία της ανάρρωσης, ώστε να επιτρέπει την προοδευτική ενδυνάμωση και επιστροφή του ατόμου στην καθημερινότητά του.

Αυτή η νέα σχέση χαρακτηρίζεται από τη μετατόπιση του επαγγελματία από την απόμακρη θέση του «ειδικού», που κατέχει τη τεχνογνωσία και την αυθεντία, σε έναν νέο επαγγελματία που συμπεριφέρεται περισσότερο ως προσωπικός εκπαιδευτής, προσφέροντας δεξιότητες και γνώσεις, ενώ μαθαίνει παράλληλα από την αξιολόγηση του ίδιου του λήπτη, ο οποίος είναι «ειδικός μέσα από την εμπειρία». Η ποιότητα της σχέσης επαγγελματία και λήπτη της υπηρεσίας είναι ζωτικής σημασίας για την προαγωγή της ανάρρωσης. Η σχέση είναι σημαντικό να βασίζεται στην ειλικρίνεια, την εμπιστοσύνη και την εντιμότητα.

Αυτό το μοντέλο συνεργασίας βρίσκει εφαρμογή ακόμη και στο επίμαχο ζήτημα της φαρμακευτικής αγωγής, που αποτελεί πεδίο πολλών διαφωνιών και συγκρούσεων. Λαμβάνοντας υπόψη ότι οι λήπτες μπορεί να αποφασίσουν να αρνηθούν ή να διακόψουν ένα φάρμακο που τους έχει προταθεί, απαιτείται η εδραίωση καλής επικοινωνίας μεταξύ των δύο μερών. Στο πλαίσιο αυτής της επικοινωνίας, πρέπει να γίνονται κατανοητές οι πεποιθήσεις και ανησυχίες των ληπτών σε σχέση με τις ανεπιθύμητες παρενέργειες, την εξάρτηση και τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Είναι αναγκαίο να συζητείται η εναρμόνισή της αγωγής με τις καθημερινές συνήθειες του ατόμου, να λαμβάνεται υπόψη τυχόν επιθυμία για μείωση της λαμβανόμενης ποσότητας και εξερεύνηση εναλλακτικών μη φαρμακευτικών μεθόδων. Παράλληλα, θεωρούνται απαραίτητες οι επεξηγήσεις για τους περιορισμούς των προσωπικών επιλογών σε σχέση με τα φάρμακα, κυρίως όταν υπάρχουν ανησυχίες για την προσωπική και δημόσια ασφάλεια. Επιπλέον, προτείνεται η διευκόλυνση της

πρόσβασης των ληπτών σε εξατομικευμένη ενημέρωση για τη φαρμακευτική αγωγή που τους συστήνεται, ώστε να διασφαλίζεται η λήψη αποφάσεων κατόπιν ολοκληρωμένης πληροφόρησης. Οι έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα συνεργάζονται καλύτερα στη φαρμακευτική αγωγή, όταν η πληροφόρηση προέρχεται από άτομα με αντίστοιχη εμπειρία (Schrank & Slade, 2007).

Τέλος, στις περιπτώσεις που η αναγκαστική νοσηλεία δεν μπορεί να αποφευχθεί, οι επαγγελματίες θα πρέπει να ενημερώνουν σχετικά με την επιλογή της ακούσιας νοσηλείας και να διαβεβαιώνουν ότι θα διακοπεί, εφόσον το άτομο δεν θα χρήζει πλέον νοσηλείας. Σε αυτές τις καταστάσεις είναι πιθανόν να μη μπορούν να γίνουν σεβαστές οι επιθυμίες του ατόμου σε σχέση με τα φάρμακα, ωστόσο είναι σημαντικό να αντιμετωπίζεται πάντα με σεβασμό, να έχει συνεχή πληροφόρηση για τη θεραπεία που θα δεχτεί, να του δίνεται η δυνατότητα να εκφράσει ανησυχίες και να του παρέχεται η επιλογή ανάμεσα σε πιθανές θεραπείες. Είναι πολύ βοηθητική η εκ των προτέρων κατάρτιση πρωτοκόλλων από κοινού με τον λήπτη για τις διαδικασίες που θα ακολουθηθούν, όταν ο λήπτης δεν θα είναι σε κατάσταση να κρίνει και να κάνει τις σωστές επιλογές για τον ίδιο (Γιαντσελίδου, 2021).

Συμπερασματικά, η βαρύτητα που δίνει η Ε.Κ.Ψ Π. Σακελλαρόπουλος στη θεραπευτική σχέση προάγει σημαντικά την έννοια της ανάρρωσης και ανάκαμψης και ευνοεί τη συνέχιση του μοντέλου ανάρρωσης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχει.

1.5.Λειτουργικοί ορισμοί της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Η ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχει μεγάλη σημασία για τη φροντίδα υγείας, όπως έχει προαναφερθεί λόγω της σύνδεσης της με το μοντέλο ανάρρωσης, γι' αυτό τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί έμφαση στον εννοιολογικό και λειτουργικό ορισμό της, καθώς και στην αύξηση των εργαλείων μέτρησης της. Άλλωστε, η ικανοποίηση έχει αναδειχθεί διεθνώς ως αξιόπιστος δείκτης για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και έχει χρησιμοποιηθεί ως μέσο για την επίτευξη, τη διατήρηση και την παρακολούθηση της (Ραφτόπουλος, 2009). Ωστόσο, δεν έχει διατυπωθεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός της ικανοποίησης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, παρότι η έννοια χρησιμοποιείται ευρέως ως ένας σημαντικός δείκτης της ποιότητας της φροντίδας (Carr-Hill, 1992, Johansson et al., 2002, Priporas et al., 2008, Williams et al., 1998).

Ο Risser (1975) υποστήριζε ότι η ικανοποίηση του ασθενή είναι η σύγκλιση μεταξύ της προσδοκίας και της αίσθησής του για τη φροντίδα που πραγματικά λαμβάνει. Ο Donabedian (1980) ερμηνεύει την ικανοποίηση ως το βασικό αποτέλεσμα της διαπροσωπικής διαδικασίας της φροντίδας. Σύμφωνα με αυτόν, η ικανοποίηση του ασθενή είναι η αξιολόγησή του για την ποιότητα της φροντίδας και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενή. Έτσι, αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ο Pascoe (1983) όρισε την ικανοποίηση των ασθενών ως μια γενική αντίδραση του αποδέκτη της φροντίδας υγείας στις διαδικασίες και τα αποτελέσματα της εμπειρίας του από τις υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τους Guzman και συνεργάτες (1988), η ικανοποίηση των ασθενών είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασής τους με τις υπηρεσίες υγείας, η οποία καθορίζει τη μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας στην οποία θα προβούν, καθώς και τη συμμόρφωσή τους με τη θεραπευτική αγωγή. Ο Petersen (1988) υποστήριξε ότι η ικανοποίηση είναι μια γενική αντίληψη του ασθενή για τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει υπόψη τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας. Κατά τον Smith (1992), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας συνδυασμός των αντιλαμβανόμενων αναγκών, προσδοκιών και εμπειρίας από τις υπηρεσίες υγείας.

Οι Straser (1994) υποστήριζαν ότι είναι σημαντική η άποψη του ασθενή αλλά και της οικογένειας του για την ποιότητα της υπηρεσίας. Δεν υπάρχει ποιοτική φροντίδα αν δεν είναι ικανοποιημένος/η ο/η ασθενής (Vuori, 1987), ενώ η αξιολόγηση της φροντίδας προέρχεται από τις προσδοκίες του ατόμου (Williams, 1994). Οι Evanson και Whittington (1997) θεωρούν την ικανοποίηση αναπόσπαστο κομμάτι της βελτίωσης μιας υπηρεσίας, ενώ η Παπανικολάου (2003) ορίζει την ικανοποίηση ως μία αντίδραση στα ερεθίσματα που δέχονται οι ασθενείς στο ψυχιατρικό περιβάλλον στην αρχή, κατά τη διάρκεια, αλλά και μετά την πορεία παραμονής τους εκεί.

Οι Wriglesworth και Williams (1975) αναφέρουν ότι η ικανοποίηση έχει διαφορετικό νόημα για κάθε άνθρωπο και για αυτόν τον λόγο θεωρείται πολύ υποκειμενική. Οι Bond και Thomas (1992) θέλοντας να εξηγήσουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας διατύπωσαν ότι οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι

δυσανεστημένοι όταν οι συνθήκες της φροντίδας που παρέχεται δεν είναι οι κατάλληλες.

Τέλος, η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται μια μεταβλητή, η οποία επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας που τους παρέχεται, συμβάλλοντας κατ' αυτόν τον τρόπο στην αναγνώριση προβλημάτων, στην άντληση χρήσιμων πληροφοριών, στη διαχείριση των πόρων των υπηρεσιών υγείας και γενικότερα στη χάραξη της πολιτικής υγείας (Ley et al., 1976; Τσελέπη, 2000).

1.6.Εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης από υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Όσον αφορά τη μέτρηση ικανοποίησης ασθενών και ληπτών υπηρεσιών υγείας, το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Πελατών CSQ-8 (Client Satisfaction Questionnaire) (Larsen et al., 1979) είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο, με χρόνο συμπλήρωσης περίπου 8 λεπτά. Πρόκειται για σύντομη, μονοδιάστατη κλίμακα με ερωτήσεις για τη συνολική ικανοποίηση, χωρίς να απευθύνεται αποκλειστικά στη φροντίδα ψυχικής υγείας. Στο ερωτηματολόγιο υπάρχουν τέσσερις επιλογές απαντήσεων, όπου το 1 υποδηλώνει τον χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης και το 4 τον υψηλότερο. Η κλίμακα διαθέτει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Miglietta, Belessiotis, Ruggeri & Priebe, 2018).

Η Κλίμακα Ικανοποίησης Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-54) αποτελεί τη μόνη κλίμακα σταθμισμένη και μεταφρασμένη στα ελληνικά που χρησιμοποιείται ευρέως για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Είναι μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα μέτρησης που κατασκευάστηκε με στόχο να μετρά την ικανοποίηση των ασθενών και συγγενών τους από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Περιλαμβάνει 54 ερωτήσεις, οι απαντήσεις των οποίων δίνονται μέσω μιας 5-βάθμιας κλίμακας Likert και ο χρόνος συμπλήρωσης της είναι περίπου 30 λεπτά (Miglietta et al., 2018). Το VSSS αποτελείται από τρεις ενότητες. Στην πρώτη ενότητα αξιολογούνται οι ερωτήσεις, μέσω της κλίμακας Likert. Στη δεύτερη ενότητα οι ερωτώμενοι καλούνται να δώσουν αυθόρμητες απαντήσεις σχετικά με την ικανοποίηση, του τύπου «Αυτό που μου άρεσε περισσότερο ήταν...», «Αυτό που δεν μου άρεσε περισσότερο ήταν...» κ.ά. Οι ερωτήσεις αυτές διερευνούν έναν τομέα της ικανοποίησης που αφορά τα συναισθήματα των ατόμων σχετικά με τα πιο κρίσιμα επεισόδια και τις εμπειρίες τους με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Τέλος, οι ερωτηθέντες καλούνται να αξιολογήσουν στην ίδια κλίμακα Likert την ικανοποίηση

από τις πτυχές που δήλωσαν ως πιο σημαντικές για την παροχή ικανοποιητικής φροντίδας (Ruggeri & Dall'Agnoia, 1993).

Η παραπάνω κλίμακα VSSS-54 αρχικά σχεδιάστηκε για κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας (αποκατάσταση, ημερήσια φροντίδα). Διαθέτει 7 υποκλίμακες, εκ των οποίων 5 σύμφωνα με την ταξινόμηση της ικανοποίησης (Ware, 1978) και 2 σε τομείς σχετικά με τη συμμετοχή συγγενών και τύπους παρέμβασης. Εστιάζει σε δεξιότητες προσωπικού και σχέσεις μεταξύ ασθενών και ειδικών και καλύπτει στοιχεία που δεν λαμβάνουν υπόψη άλλες κλίμακες, όπως εμπλοκή της οικογένειας και τη γνώμη των ασθενών για συγκεκριμένες υπηρεσίες (π.χ. ατομικές συνεδρίες, οικογενειακή ή ομαδική ψυχοθεραπεία). Το VSSS διαθέτει εγκυρότητα και αξιοπιστία, είναι αναγνωρισμένο στον ευρωπαϊκό χώρο ως το καταλληλότερο ερωτηματολόγιο μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών και των συγγενών από τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

1.7. Παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας

α) Σε σχέση με τους ασθενείς

1. Κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες

Διάφορα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία έχουν μελετηθεί ώστε να αναγνωριστεί τυχόν επίδραση τους στην ικανοποίηση των ασθενών που λαμβάνουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Όσον αφορά το φύλο, οι περισσότερες μελέτες έχουν δείξει ότι δεν έχει καμία επίδραση στην ικανοποίηση. Άλλες μελέτες δείχνουν ότι οι άνδρες δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση (Greenwood et al., 1999), ενώ άλλες μελέτες το αντίθετο, με τις γυναίκες να δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένες (Zahid et al., 2010). Σύμφωνα με άλλες έρευνες, το φύλο επιδρά σε κάποιες πλευρές ικανοποίησης, Συγκεκριμένα, οι άνδρες δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση αναφορικά με τη σχέση με το προσωπικό στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ενώ οι γυναίκες αναφορικά με το γενικότερο περιβάλλον των υπηρεσιών (Woodward, Berry & Bucci, 2017).

Σχετικά με την ηλικία, επίσης τα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι δεν υπάρχει καμία επίδραση και συσχέτιση σε σχέση με την ικανοποίηση σύμφωνα με 6 σημαντικές μελέτες (Alexius et al., 2000, Boydell et al., 2012, Howard et al., 2003, Kelstrup et al., 1993, Kohler et al., 2015, Smith et al., 2014). Ωστόσο, σχετικές μελέτες έχουν δείξει θετική συσχέτιση της ηλικίας και

κάποιων διαστάσεων της ικανοποίησης, όπως η σχέση με το προσωπικό (Barker et al., 1996, Greenwood et al., 1999, Soergaard et al., 2008). Σε αρκετές μελέτες, επίσης, έχει φανεί ότι τα άτομα μεγαλύτερα σε ηλικία έχουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί έχουν στωικότητα λόγω μεγαλύτερης πείρας και είναι πιο δεκτικά στην παροχή φροντίδας ή γιατί “γεννούν” περισσότερο σεβασμό και διάθεση να δεχθούν τη φροντίδα που λαμβάνουν από τους παρόχους υπηρεσιών (Heydari, Jaanati, Nosratnejad, Salehi, 2018).

Αντιφατικά στοιχεία, επίσης, δίνουν μελέτες ως προς τη συσχέτιση εκπαιδευτικού επιπέδου και ικανοποίησης. Το εκπαιδευτικό επίπεδο ή η διάρκεια της εκπαίδευσης δεν ασκούν κάποια επίδραση στην ικανοποίηση, σύμφωνα με μελέτες έγκυρες και αξιόπιστες (Howard et al., 2003, Kohler et al., 2015, Zahid et al., 2010). Ωστόσο, σε συστηματικές ανασκοπήσεις έχει φανεί ότι άτομα με λιγότερη μόρφωση είναι περισσότερο ικανοποιημένα, ίσως γιατί έχουν χαμηλότερες προσδοκίες σε σχέση με τους περισσότερο μορφωμένους (Salehi et al., 2018). Αντίθετα, άτομα με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο έχοντας αντίστοιχα υψηλότερες προσδοκίες από τους παρόχους ψυχικής υγείας, παραμένουν λιγότερο ικανοποιημένα (F. Tahir et al., 2022).

Αναφορικά με την εθνικότητα, έχει βρεθεί ότι οι μαύροι Αφρικανοί είναι πιο πιθανό να δηλώνουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με τους λευκούς (Prince, 2006), καθώς και ότι οι μαύροι από την Καραϊβική φαίνεται να έχουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε σύγκριση με τους λευκούς, ενώ Αφρικανοί και λευκοί έχει φανεί να μην έχουν καμία διαφορά ως προς την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Boydell et al., 2012). Να σημειωθεί ότι στις μελέτες αυτές τα δείγματα ήταν περιορισμένα όσον αφορά τη διάγνωση (συγκεκριμένα ψύχωση και σχιζοφρένεια). Αντίθετα, σε μελέτες όπου το δείγμα ήταν μεγαλύτερο και δεν αποκλείστηκαν συμμετέχοντες βασισμένοι στη διάγνωση οπότε τα αποτελέσματα ήταν πιο αντιπροσωπευτικά για τον γενικό πληθυσμό των ασθενών, δεν φάνηκε καμία σημαντική διαφορά μεταξύ λευκών και μαύρων (Woodward et al., 2017).

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, υπήρχαν αντικρουόμενα αποτελέσματα, καθώς άλλοτε φάνηκε μεγαλύτερη ικανοποίηση στους διαζευγμένους, άλλοτε στα ζευγάρια (Salehi et al., 2018) και άλλοτε να μην υπάρχει καμία επίδραση της οικογενειακής κατάστασης. Ωστόσο, το πώς όρισε κάθε μελέτη την οικογενειακή κατάσταση ίσως να είναι αυτό που εξηγεί τις διαφορές (Woodward et al., 2017).

Γενικότερα, σύμφωνα και με συστηματικές ανασκοπήσεις δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ικανοποίησης και κοινωνικών και

δημογραφικών παραγόντων, όπως ηλικία, φύλο, επαγγελματική και οικογενειακή κατάσταση, εκτός ίσως από το εκπαιδευτικό επίπεδο, όπου όσο υψηλότερα επίπεδα μόρφωσης τόσο λιγότερη ικανοποίηση εκδηλώνεται (F. Tahir et al., 2022).

2. Κλινικοί- ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Όσον αφορά άλλους παράγοντες αναφορικά με την ψυχοσύνθεση και αντιλήψεις των ασθενών, η αντιλαμβανόμενη αξία και ποιότητα της υπηρεσίας καθώς και οι προσδοκίες των ασθενών φαίνεται να τονώνουν την ικανοποίηση. Πιο συγκεκριμένα, εάν η υπηρεσία αντιστοιχεί στις προσδοκίες, τότε υπάρχει ικανοποίηση, ενώ εάν είναι μεγαλύτερη των προσδοκιών, τότε υπάρχει έκπληξη η οποία αυξάνει περαιτέρω τα επίπεδα ικανοποίησης (Salehi et al., 2018).

Αναφορικά με τον ρόλο και το είδος της διάγνωσης, οι περισσότερες μελέτες χρησιμοποιώντας έγκυρα εργαλεία ικανοποίησης, δεν έδειξαν καμία επίδραση ικανοποίησης και διάγνωσης των ασθενών. Όσες μελέτες βρήκαν επίδραση, είχαν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Έτσι, τα άτομα με συννοσηρότητα κατάθλιψη και διαταραχής προσωπικότητας δήλωναν περισσότερο ικανοποιημένα από εκείνα χωρίς συννοσηρότητα. Όμως, δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ ασθενών με κατάθλιψη και ασθενών με ψύχωση. Άλλες έρευνες έδειξαν μικρότερη ικανοποίηση ασθενών με διάγνωση μη συναισθηματικής ψύχωσης, ενώ άλλες μεγαλύτερη ικανοποίηση ασθενών με συναισθηματική διαταραχή ή αντιδραστική ψύχωση. Ως εκ τούτου, είναι δύσκολο να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα, καθώς όλες οι μελέτες διέφεραν στις διαγνώσεις που εξετάστηκαν και όσες μελέτες βρήκαν επίδραση είχαν χρησιμοποιήσει ένα εργαλείο ικανοποίησης που αναπτύχθηκε για τον σκοπό της έρευνας. Γενικότερα, πάντως, η διάγνωση κατάθλιψης, άγχους, ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, διατροφικών διαταραχών, διαταραχών προσωπικότητας και συμπεριφορών αυτοτραυματισμού συσχετίστηκαν με χαμηλότερη ικανοποίηση (Kirkham, Fletcher, Beange, Chan & Lawrie, 2022).

Αναφορικά με τη διάρκεια νοσηλείας, δεν φάνηκε καμία επίδραση στην ικανοποίηση, ενώ κάποιες μελέτες έδειξαν ότι όσο μεγαλύτερη διάρκεια τόσο μεγαλύτερη ικανοποίηση υπάρχει. Η σχέση νοσηλείας και ικανοποίησης ποικίλλει με την πάροδο του χρόνου, όπου η γενική ικανοποίηση τις δύο πρώτες εβδομάδες εισαγωγής αυξάνεται λόγω περιβάλλοντος μετά από τρεις μήνες. Υπήρχε θετική συσχέτιση προηγούμενων εισαγωγών και ικανοποίησης. Αυτό έχει να κάνει με το

γεγονός ότι όταν οι συνθήκες ζωής είναι καλές και το περιβάλλον θετικό και δεκτικό, τότε και η ικανοποίηση των ληπτών βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα (Woodward et al., 2017).

β) Σε σχέση με τη θεραπευτική σχέση

Γενικότερα, οι πιο καθοριστικοί παράγοντες ως προς την ικανοποίηση ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι η σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου, η σχέση του προσωπικού υγείας και των ασθενών, η παροχή και το είδος φροντίδας. Πιο αναλυτικά, οι θετικές στάσεις του προσωπικού καθώς και η εμπειρία του, η θεραπευτική συμμαχία, η συνέχεια της φροντίδας, η διαθεσιμότητα έχει φανεί ότι αποτελούν σημαντικούς παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών (Leahy & Nicholas, 2021). Η υποστήριξη και ευαισθησία των παρόχων φροντίδας, η ενσυναίσθηση και αξιοπιστία τους αποτελούν σημαντικές διαστάσεις ικανοποίησης (Upadhyai, Jain, Roy & Pant, 2019). Έτσι, φαίνεται ότι το πώς εκλαμβάνει ο ασθενής τη φροντίδα έχει μεγάλη σημασία. Αν αισθάνεται ότι το προσωπικό είναι υποστηρικτικό, διαθέσιμο και δείχνει ενδιαφέρον στις ανάγκες του, αισθάνεται και ικανοποιημένο. Η ποιότητα της σχέσης και αλληλεπίδρασης ειδικών ψυχικής υγείας και ασθενών έχει σημαντική θετική επίδραση στην ικανοποίηση των ασθενών (F. Tahir et al., 2022).

Η φροντίδα είναι σημαντικό, επίσης, να είναι προσανατολισμένη στον ασθενή, δίνοντας έμφαση στη συμμετοχή του ασθενή και στην υπευθυνότητα και ενδυνάμωση του. Είναι σημαντικό ο ασθενής να έχει επαρκή γνώση της κατάστασης υγείας του (Pekonen, Eloranta, Stolt, Virolainen & Leino, 2020) και εμπλοκή στη λήψη αποφάσεων, στο βαθμό που είναι εφικτό, καθώς αυτό έχει θετική επίδραση στην ικανοποίηση του από την υπηρεσία (Thomas, Ben, Treichler, Roth, Dixon, Salzer & Zisman, 2021). Πληροφορίες σχετικές με την ασθένεια, τις επιλογές θεραπείας και η κατάλληλη ψυχοεκπαίδευση οδηγούν σε μεγαλύτερη ικανοποίηση (F. Tahir et al., 2022). Η έλλειψη συμμετοχής και εμπλοκής των ασθενών στη λήψη αποφάσεων μειώνουν την αμοιβαία εμπιστοσύνη και μειώνεται η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης (Thimm et al., 2020). Ας αναφερθεί ότι η συμμετοχή και η πρόσβαση στη διαγνωστική εμπειρία είναι σημαντικές για μια ολιστική προσέγγιση της ψυχικής ασθένειας και για την αλληλεπίδραση ασθενών και ειδικών ψυχικής υγείας (Perkins, Ridler, Browes, Peryer, Notley & Hackmann, 2018). Εξίσου σημαντική είναι η

συμμετοχή του στον σχεδιασμό φροντίδας, αλλά και οι σαφείς και έγκαιρες διαγνώσεις (Leahy et al., 2021).

Η έλλειψη διαθεσιμότητας δραστηριοτήτων στις μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης οδηγεί σε χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης, ανία και δυσφορία, απογοήτευση, ματαίωση. Αντίθετα, η πρόσβαση στις δραστηριότητες έχει θετική επίδραση στην ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών. Ένα περιβάλλον με προκλήσεις, ευελιξία, όπου λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες των ασθενών για ευεξία και αυτονομία αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα ικανοποίησης. Οι δραστηριότητες είναι σημαντικό να έχουν νόημα, να είναι οργανωμένες με κάποια κατεύθυνση από το προσωπικό με περιορισμένη εμπλοκή του, όπου θα λαμβάνεται υπόψη η γνώμη του ασθενή (Foye, Li, Birken, Parle & Simpson, 2019).

Επιπλέον, κρίνεται σημαντική η ενημέρωση, αποκάλυψη και παροχή πληροφοριών κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία στους λήπτες της υπηρεσίας, τους φροντιστές τους και την οικογένεια τους (Mc Kinsey, 2015). Όσον αφορά στην αποκάλυψη διάγνωσης, κρίνεται σημαντική η παροχή υποστήριξης σε σχέση με το στίγμα κατά τη διάρκεια της διάγνωσης, καθώς η διάγνωση μπορεί να λειτουργήσει σαν «ετικέτα». Πολλοί κλινικοί δίστασαν να αποκαλύψουν ασθένεια, μήπως προκληθεί βλάβη, ωστόσο λήπτες των υπηρεσιών ανέφεραν αρνητικές συνέπειες από την απόκρυψη της διάγνωσης και προτιμούσαν η διάγνωση να μην είναι χρονοβόρα. Φαίνεται έτσι ότι είναι καλό να ενθαρρύνονται συζητήσεις μεταξύ κλινικών και ασθενών σχετικά με τις προτιμήσεις, προσδοκίες και ανησυχίες σχετικά με τη διαγνωστική διαδικασία. Ωστόσο, αναφορικά με τις ψυχώσεις και διαταραχές προσωπικότητας, έχει φανεί ότι είναι καλύτερο να μην γίνεται αποκάλυψη της διάγνωσης. Συνήθως, η παροχή πληροφοριών είναι χρήσιμη για άτομα με αρνητικές προκαταλήψεις ή περιορισμένη κατανόηση της διάγνωσης. Έτσι, η σαφής αποκάλυψη ενδυναμώνει κάποιους, ενώ για άλλους μπορεί να είναι καταστροφική για την αυτοεκτίμησή τους (Perkins et al., 2018).

Γενικότερα, η διάγνωση είναι χρήσιμο να μην προσεγγίζεται ως ιατρικοποιημένη αλλά σύμφωνα με το μοντέλο ανάκαμψης, όπου δίνεται έμφαση στην ελπίδα και την ενδυνάμωση και στην ανθρωποκεντρική φροντίδα. Εναλλακτικά, είναι χρήσιμη η προσέγγιση διατύπωσης περίπτωσης, όπου γίνεται ολιστική κατανόηση των δυσκολιών του ατόμου και η διάγνωση μπορεί να αποτελέσει εργαλείο ώστε να οδηγήσει στη θεραπεία και την ανάκαμψη (Perkins et al., 2018).

γ) Σε σχέση με την ποιότητα των υπηρεσιών

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί δείκτη μέτρησης της ποιότητας της υπηρεσίας και της ποιότητας της φροντίδας από την πλευρά των ασθενών (Sara Fernandes et al., 2020). Ωστόσο, η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι πολλές φορές δύσκολο να γίνει, καθώς είναι δύσκολο να μετρηθεί και ποσοτικοποιηθεί η ικανοποίηση αλλά και τυχόν βελτίωση του ατόμου έπειτα από τη νοσηλεία του στις δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Βεβαίως, υπάρχουν κάποιες διαστάσεις ποιότητας, σύμφωνα με τις οποίες μπορεί να αξιολογηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Καταρχήν, η καταλληλότητα της δομής ψυχικής υγείας αποτελεί σημαντική διάσταση της ποιότητας. Η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες είναι κρίσιμο ζήτημα για την έγκαιρη θεραπεία και πρόγνωση. Είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει ευκολία στη πρόσβαση για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και ειδικά για άτομα ευπαθών και ευάλωτων ομάδων, όπως μετανάστες και πρόσφυγες. Η προσβασιμότητα, άλλωστε, σχετίζεται με μειωμένο κοινωνικό στίγμα στο πλαίσιο της δικαιοσύνης, της προστασίας ανθρώπινων δικαιωμάτων και ισότητας στην παροχή φροντίδας. Χρειάζεται, επίσης, επάρκεια και διαθεσιμότητα κατάλληλων δομών, καθώς και απουσία λίστας αναμονής. Γενικότερα, η σωστή αξιοποίηση οικονομικών πόρων και η χρηματοδότηση είναι σημαντικές πλευρές που πρέπει να περιληφθούν στον στρατηγικό σχεδιασμό μιας υπηρεσίας, ώστε να υπάρξει ποιότητα αυτής (Samartzis & Talias, 2019).

Η διευκόλυνση και ορθή οργάνωση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, καθώς και ένα περιβάλλον που προσφέρει ασφάλεια και άνεση αυξάνουν τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών, το αίσθημα της υποδοχής, φιλοξενίας και καλωσορίσματος των ασθενών. Αντίθετα, η έλλειψη υποδομών και έλλειψη οργάνωσης στις υπηρεσίες δημιουργούν ένα χαμηλό αίσθημα ικανοποίησης (L.Q. Subrinho et al., 2023).

Το είδος και η αποτελεσματικότητα των παροχών υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελούν σημαντικά στοιχεία αξιολόγησης της ποιότητας. Η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων, καθώς και η εξασφάλιση μιας θεραπευτικής συνέχειας, μιας συνέχειας στη φροντίδα έχουν συσχετιστεί με καλύτερη λειτουργικότητα και κοινωνικές σχέσεις. Η ασφάλεια, επίσης, είναι σημαντική πτυχή ποιότητας. Η εκπαίδευση στις επικοινωνιακές δεξιότητες και αποκλιμάκωσης προλαμβάνουν τη βία και διευκολύνουν το αίσθημα ασφάλειας. Παράλληλα,

χρειάζεται και προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και τήρηση του απορρήτου (Samartzis & Talias, 2019).

1.8.Σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα στην Ελλάδα

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες στην Ελλάδα (Τερζή, 2021) όσον αφορά τους παράγοντες ικανοποίησης και τα δημογραφικά στοιχεία, συνήθως άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας (άνω των 45 ετών) δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι από υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ως προς την παράμετρο της ηλικίας, περισσότερο ικανοποιημένοι δείχνουν να είναι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία, ίσως γιατί οι νεότεροι έχουν υψηλότερες προσδοκίες από το σύστημα υγείας. Η ερμηνεία, επίσης, βρίσκεται στο ενδεχόμενο αποφυγής σύγκρουσης με το προσωπικό και αμφισβήτησης της αυθεντίας τους ή στη μεγαλύτερη ανοχή, με μη έκφραση της δυσαρέσκειάς τους, λόγω αυξημένης εξάρτησης από το προσωπικό υγείας (Νικολάου, Κουράκος & Καυκιά, 2022).

Σε συνάρτηση με την παράμετρο του φύλου, οι γυναίκες έχει φανεί ότι έχουν συνήθως πιο μακρά νοσηλεία και επιδεικνύουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με τους άνδρες (Νικολάου κ.ά., 2022).

Αναφορικά με την παράμετρο της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, το επίπεδο εκπαίδευσης και μόρφωσης έχει φανεί, σύμφωνα με ανασκοπήσεις ερευνών, να επηρεάζει σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή υπηρεσιών υγείας. Οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης εξέφραζαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με νεότερους ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Η εξήγηση που δόθηκε συνδεόταν με τις χαμηλότερες προσδοκίες των ατόμων με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σε σχέση με τις υψηλότερες προσδοκίες των πιο μορφωμένων (Νικολάου κ.ά., 2022). Τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έχουν αυξημένες προσδοκίες οπότε παραμένουν λιγότερο ικανοποιημένοι (Θωμοπούλου & Τερζή, 2021). Επίσης, εργαζόμενοι και ασφαλισμένοι δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι (Τερζή, 2021), ωστόσο το είδος της επαγγελματικής απασχόλησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας δεν φαίνεται να επηρεάζει την ικανοποίηση (Νικολάου κ.ά., 2022).

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, στις περισσότερες έρευνες οι έγγαμοι επιδείκνυαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας σε αντίθεση με τους άγαμους, τους διαζευγμένους ή τους χήρους (Νικολάου κ.ά., 2022).

Αναφορικά με την παράμετρο του είδους της ασθένειας, τα άτομα με σοβαρότερες ασθένειες, υποκείμενα σε ψυχολογική πίεση, εμφανίζονταν στις ερευνητικές μελέτες να είναι λιγότερο ικανοποιημένα από την παροχή υπηρεσιών υγείας, χωρίς να αποδεικνύεται όμως εάν η δυσαρέσκεια οφειλόταν στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας ή στη φύση της ασθένειας ή σε άλλους παράγοντες (Νικολάου κ.ά., 2022). Επίσης, όσοι λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή και είναι χρόνιοι ασθενείς φάνηκε να έχουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, ίσως γιατί στο παρελθόν έχουν βιώσει ανάλογες εμπειρίες από προηγούμενες νοσηλείες, οι οποίες επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης (Τερζή, 2021).

Όσον αφορά στις σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και του ασθενούς, ο βαθμός επικοινωνίας των δύο ομάδων, καθώς και το στυλ επικοινωνίας το οποίο υιοθετούν οι επαγγελματίες υγείας στο εργασιακό πλαίσιο, έχουν αποδειχθεί κρίσιμα στοιχεία για τον βαθμό ικανοποίησης του ασθενούς από την παροχή υπηρεσιών. Η αποτελεσματική επικοινωνία εκ μέρους των ειδικών φαίνεται να διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο για την προσέγγιση του προσώπου, με την επίδειξη ενδιαφέροντος για τις ανησυχίες του και την ανταπόκριση του σε άλλα παρεμφερή ζητήματα. Η διαθεσιμότητα για άμεση αντιμετώπιση των αναγκών των ληπτών υπηρεσιών υγείας, σε περιπτώσεις όπως η φροντίδα, η αντιμετώπιση του πόνου, η πληροφόρηση, φαίνεται να αυξάνουν εξίσου τον βαθμό ικανοποίησης από την παροχή των εν λόγω υπηρεσιών (Νικολάου κ.ά., 2022).

Η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται κυρίως από την επαρκή πληροφόρηση, τις δεξιότητες και συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, την επικοινωνία, την επάρκεια, καθώς και τη συμμετοχή των ίδιων των ασθενών στη θεραπευτική διαδικασία. Έχει φανεί ότι η ψυχική υγεία των ασθενών είναι καλύτερη όταν οι ίδιοι παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από την πληροφόρηση και την αποτελεσματικότητα του συστήματος παροχής υγείας. Έτσι, μεγαλύτερη ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα σημαίνει καλύτερη ψυχική υγεία για τους ασθενείς (Θωμοπούλου, 2021).

Επιπλέον, σχετικά με την παράμετρο των οργανωτικών και λειτουργικών χαρακτηριστικών των υπηρεσιών υγείας, η διαδικασία εισαγωγής του ατόμου στην υπηρεσία υγείας, η ποιότητα των εγκαταστάσεων της μονάδας υγείας, η καθαριότητα και η προσφορά άνετης διαμονής έχει φανεί ότι είναι παράγοντες με θετική επίδραση στον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών (Νικολάου κ.ά., 2022).

Μεθοδολογία

1.1. Η παρούσα έρευνα και τα ερευνητικά ερωτήματα

Η παρούσα έρευνα πρόκειται για μία διαχρονική ποσοτική μελέτη, η οποία διερευνά την ικανοποίηση των ψυχικά ασθενών από υπηρεσίες ψυχικής υγείας, σε σχέση με την ποιότητα ζωής, τη λειτουργικότητα και την κλινική κατάσταση τους. Στόχος της μελέτης αποτελεί να διερευνηθούν οι σχέσεις μεταξύ της ικανοποίησης των ληπτών υπηρεσιών σε μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της ποιότητας ζωής, καθώς και των επιπέδων κλινικής έκβασης και λειτουργικότητας τους κατά τη διάρκεια τριών ετών (2020-2022), την περίοδο της πανδημίας COVID-19.

Πιο συγκεκριμένα, τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα στα οποία προτίθεται να απαντήσει η έρευνα είναι τα εξής: 1. Πώς συσχετίζονται η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες, η ποιότητα ζωής, η κλινική κατάσταση και η λειτουργικότητα των ασθενών κατά την περίοδο 2020-22; 2. Ποια είναι η σχέση επιμέρους κοινωνικοδημογραφικών και κλινικών παραγόντων με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες, την ποιότητα ζωής και την κλινική κατάσταση; 3. Η ικανοποίηση προβλέπει την κλινική έκβαση και την ποιότητα ζωής στους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας κατά την περίοδο της πανδημίας;

1.2. Οι συμμετέχοντες και η διαδικασία στην έρευνα

Το δείγμα των συμμετεχόντων προήλθε από την Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής “Π. Σακελλαρόπουλος”. Να αναφερθεί ότι πρόκειται για ένα επιστημονικό, μη κερδοσκοπικό σωματείο, το οποίο από το 1986 έως σήμερα είναι επίσημος πάροχος υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου για την Ψυχική Υγεία “Ψυχαργός” του Υπουργείου Υγείας. Η ΕΚΨ Π. Σακελλαρόπουλος υποστηρίζει ένα ευρύ δίκτυο υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, οι οποίες περιλαμβάνουν υπηρεσίες πρόληψης, έγκαιρης παρέμβασης, θεραπείας και αποκατάστασης των ψυχικών διαταραχών. Επιπλέον, περιλαμβάνονται προγράμματα κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, και οργανώνονται δράσεις ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης για θέματα ψυχικής υγείας. Επίσης, οι υπηρεσίες της ΕΚΨ περιλαμβάνουν κινητές μονάδες ψυχικής υγείας στους νομούς Φωκίδας και Έβρου, καθώς και κέντρα ημέρας στην Αττική και Φωκίδα. Τέλος, η ΕΚΨ

διαθέτει μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης οι οποίες βρίσκονται σε δομές της Αττικής, της Φθιώτιδας, της Φωκίδας και της Θράκης.

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείτο από άτομα στις παραπάνω δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, σε οικοτροφεία, ξενώνες και προστατευόμενα διαμερίσματα της Εταιρείας Κοινωνικής Ψυχιατρικής “Π. Σακελλαρόπουλος” κατά τα έτη 2020-2022. Εξαιρέθηκαν όσοι ήταν σε οξεία φάση ή υποτροπή, είχαν νοητική υστέρηση ή άλλη διαταραχή που να καθιστά μη δυνατή τη συμμετοχή και όσοι κρίθηκαν από τη θεραπευτική ομάδα ως πιθανά αρνητική για τη θεραπευτική πορεία η συμμετοχή τους στην έρευνα. Συμμετείχαν συνολικά 75 άτομα, από περιοχές της Φθιώτιδας, Φωκίδας και Θράκης, από 4 συνολικά οικοτροφεία και 16 προστατευόμενα διαμερίσματα. Δεν περιλήφθηκαν τελικά δεδομένα από τον νομό Αττικής, καθώς υπήρχαν ελλείμματα στη χορήγηση.

Όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα, (Πίνακας 1) ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν άνδρες (65.3%), με εύρος ηλικίας 54 έως 68 ετών (49.3%) και διέμεναν στη Θράκη (45.3%). Το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν απόφοιτοι δημοτικού, ενώ πάνω από το 50% ήταν συνταξιούχοι και άγαμοι. Επίσης, κατά το έτος 2022 το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετεχόντων (44%) είχε καλύψει 8 έως 15 έτη διαμονής σε προστατευόμενα διαμερίσματα (52%). Τέλος, ως προς τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων βρισκόταν στο ψυχωσικό φάσμα (89.3%) (Πίνακας 2)

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικών του δείγματος (N=75)

Δημογραφικά χαρακτηριστικά	N			%		
Φύλο						
Άνδρας	49			65.3 %		
Γυναίκα	26			34.7 %		
Ηλικία	2020	2021	2022	2020	2021	2022
39-53	32	27	24	42.7 %	36.0 %	32.0%
54-68	30	34	37	40.0 %	45.3 %	49.3 %
69-83	13	14	14	17.3 %	18.7 %	18.7 %
Τόπος διαμονής						
Θράκη	34			45.3 %		
Φθιώτιδα	17			22.7 %		
Φωκίδα	24			32.0 %		
Μονάδα παροχής υπηρεσιών	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Οικοτροφείο	36	34	36	48.0 %	45.3 %	48.0 %

Προστατευόμενο διαμέρισμα	39	41	39	52.0 %	54.7 %	52.0 %
0-7 Έτη Διαμονής	44	30	26	58.7 %	40.0 %	34.7 %
8-15 Έτη Διαμονής	16	29	33	21.3 %	38.7 %	44.0 %
16-23 Έτη Διαμονής	14	15	14	18.7 %	20.0 %	18.7 %
24-31 Έτη Διαμονής	1	1	2	1.3 %	1.3 %	2.7 %
Εκπαιδευτικό επίπεδο	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Κανένα	5	5	5	6.7 %	6.7 %	6.7 %
Δημοτικό	30	28	27	40.0 %	37.3 %	36.0 %
Γυμνάσιο	16	18	19	21.3 %	24.0 %	25.3 %
Λύκειο	18	18	18	24.0 %	24.0 %	24.0 %
ΑΕΙ	6	6	6	8.0 %	8.0 %	8.0 %
Επαγγελματική κατάσταση	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Εργαζόμενος/η	2	3	4	2.7 %	4.0 %	5.3 %
Υποστηριζόμενη εργασία	12	14	14	16.0 %	18.7 %	18.7 %
Άνεργος/η	24	21	19	32.0 %	28.0 %	25.3 %
Συνταξιούχος	37	37	38	49.3 %	49.3 %	50.7 %
Οικογενειακή κατάσταση	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Έγγαμος/η	24	23	23	32.0 %	30.7 %	30.7 %
Άγαμος/η	39	39	39	52.0 %	52.0 %	52.0 %
Διαζευγμένος/η/Διάσταση	8	8	8	10.7 %	10.7 %	10.7 %
Χήρος/α	4	5	5	5.3 %	6.7 %	6.7 %

Πίνακας 2. Κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Κλινικά χαρακτηριστικά Διάγνωση	N	%
Ψυχωσικό φάσμα	67	89.3 %
Διαταραχές διάθεσης	4	5.3 %
Διαταραχές προσωπικότητας	1	1.3 %
Νοητική υστέρηση	3	4 %

Οι συμμετέχοντες/ουσες απάντησαν σε 4 κλίμακες (κλίμακα ικανοποίησης, HoNOS, IADL, WHOQOL) ανά έτος, από το έτος 2020 έως το 2022. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονταν σε έντυπη μορφή από τους ενοίκους με τη βοήθεια της θεραπευτικής ομάδας, η οποία έδωσε οδηγίες χορήγησης και συμπλήρωσης. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν ανώνυμη και εθελοντική, ενώ η μελέτη εγκρίθηκε από τη Διοίκηση του Ε.Κ.Ψ Π. Σακελλαρόπουλος.

1.3.Εργαλεία μέτρησης

Οι συμμετέχοντες/ουσες απάντησαν σε 4 κλίμακες (κλίμακα ικανοποίησης, HoNOS, IADL, WHOQOL) ανά έτος, από το έτος 2020 έως το 2022. Πιο συγκεκριμένα, συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο-ιδιοκατασκευή της Εταιρείας Κοινωνικής Ψυχιατρικής “Π. Σακελλαρόπουλος” για την αξιολόγηση της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες που λάμβαναν στις μονάδες προστατευμένης διαβίωσης. Συμπλήρωσαν 25 προτάσεις 6-βάθμιας κλίμακας Likert από το 1 (Διαφωνώ απόλυτα) έως το 6 (Συμφωνώ απόλυτα). Οι πρώτες 4 προτάσεις αφορούν γενικά στοιχεία για τη μονάδα και την ένταξη σε αυτήν, ενώ οι επόμενες 9 προτάσεις αφορούν στην καθημερινή λειτουργία της μονάδας. Οι προτάσεις 14 έως 21 αφορούν στο πεδίο της θεραπευτικής λειτουργίας της μονάδας και περιέχουν ερωτήσεις αναφορικά με τη σχέση των ασθενών με το πρόσωπο αναφοράς στη μονάδα. Οι τελευταίες 4 προτάσεις αφορούν στο πεδίο του ευρύτερου πλαισίου της λειτουργίας της μονάδας, ενώ σε μια κλίμακα από το 0 (το χειρότερο) έως το 10 (το καλύτερο) τα άτομα αξιολόγησαν συνολικά τις υπηρεσίες της μονάδας. Απάντησαν, τέλος, αν θα συνιστούσαν τη μονάδα σε άλλους και σημείωσαν προαιρετικά τυχόν βελτιώσεις για τις υπηρεσίες ή οτιδήποτε θεωρούσαν σημαντικό να αναφερθεί (Παράρτημα Α1).

Για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF*; Τζινιέρη- Κοκκώση και συν., 2000). Η κλίμακα WHOQOL-26 κατασκευάστηκε το 1994 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και είναι η σύντομη εκδοχή του WHOQOL-100 επειδή η συμπλήρωση του γινόταν από το ίδιο το άτομο και ήταν αρκετά χρονοβόρα. Το WHOQOL-BREF αναπτύχθηκε προκειμένου να χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις στις οποίες ο χρόνος για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής είναι περιορισμένος, όπως στην καθημερινή κλινική εργασία, σε μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες και σε κλινικές δοκιμές ή όταν πρέπει η επιβάρυνση του συμμετέχοντα να μειωθεί.

Η κλίμακα αποτελείται από 26 ερωτήσεις και περιλαμβάνει 4 υπολίμακες: τη σωματική και ψυχική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις, το περιβάλλον και το επίπεδο ανεξαρτησίας. Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν στις ερωτήσεις μέσω της κλίμακας Likert- 5 βαθμίσεων από το 1 (Ποτέ) έως το 5 (Πάντα) σκεπτόμενοι τη ζωή τους και την καθημερινότητα τους τις τελευταίες 2 εβδομάδες. Η κλίμακα εξάγει μια συνολική βαθμολογία ως άθροισμα των βαθμών της κάθε ερώτησης και το εύρος

της κυμαίνεται από 26 έως 130. Οι υψηλές τιμές υποδεικνύουν υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής.

Η παραπάνω κλίμακα έχει προσαρμοστεί στην ελληνική γλώσσα από την Μ. Τζινιέρη- Κοκκώση (2000) και έχει μεταφραστεί στα ελληνικά βασισμένη στη διαδικασία της αντίστροφης ανεξάρτητης μετάφρασης. Η εσωτερική συνέπεια ήταν αποδεκτή με τιμές Cronbach's alpha 0.65, 0.77, 0.52 και 0.79 για τη σωματική υγεία, την ψυχική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις και την υγεία του περιβάλλοντος αντίστοιχα (Whoqol Group, 1998) (Παράρτημα Α3).

Οι συμμετέχοντες/ουσες συμπλήρωσαν επίσης την κλίμακα *Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS; Wing et al., 1996, 1998)*. Η κλίμακα αυτή αποτελεί ένα εργαλείο αξιολόγησης από κλινικούς γιατρούς που περιλαμβάνει 12 κλίμακες που μετρούν τη συμπεριφορά, τις δυσλειτουργίες, τα συμπτώματα και τη λειτουργικότητα σε άτομα 18- 64 ετών, αλλά και σε άτομα άνω των 65 ετών (HoNOS 65+). Συγκεκριμένα, περιλαμβάνονται κλίμακες σχετικά με τις διαταραχές της συμπεριφοράς, τον αυτοτραυματισμό, προβλήματα ουσιών, προβλήματα γνωστικών λειτουργιών, προβλήματα αναπηριών, ψευδαισθήσεις, καταθλιπτικά συμπτώματα, διάφορα άλλα ψυχικά προβλήματα, προβλήματα σχέσεων, προβλήματα δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, προβλήματα συνθηκών ζωής, προβλήματα με την εργασία και άλλες δραστηριότητες. Η βαθμολόγηση κυμαίνεται από 0 (χωρίς πρόβλημα) έως 4 (σοβαρό πρόβλημα) και η αξιολόγηση γίνεται για συγκεκριμένη περίοδο αναφοράς, τις τελευταίες δύο εβδομάδες ή μετά τη νοσηλεία (Παράρτημα Α4).

Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα *Instrumental Activity of Daily Living (IADL; Lawton & Brody, 1969)* για την εκτίμηση της λειτουργικότητας των ατόμων στις καθημερινές δραστηριότητες τους. Η Κλίμακα IADL αποτελείται από 8 ερωτήσεις στις οποίες ελέγχεται η ικανότητα των ασθενών για τη σωστή χρήση του τηλεφώνου, την αγορά των απαραίτητων αγαθών, την προετοιμασία γευμάτων, την καθαριότητα (σπιτιού και πλύσιμο προσωπικών ενδυμάτων), τη μεταφορά, τη σωστή λήψη φαρμάκων και τη δυνατότητα διαχείρισης χρημάτων.

Μετά τη συμπλήρωση των ερωτήσεων εξάγεται μια συνολική βαθμολογία. Εάν το σύνολο των απαντήσεων είναι ίσο με το 4, αυτό υποδεικνύει ότι απουσιάζουν τα λειτουργικά προβλήματα, ενώ εάν το σύνολο είναι μεγαλύτερο από το 4, τότε είναι φανερό η ύπαρξη λειτουργικών προβλημάτων. Η παραπάνω κλίμακα είναι αξιόπιστη και έγκυρη ως προς την εκτίμηση της εκτελεστικής λειτουργίας ενός ατόμου στην καθημερινότητα του. Αναφορικά με την αξιοπιστία ο δείκτης Cronbach's alpha είναι

περίπου 0,93 (Mathuranath,, George, Cherian, Mathew & Sarma, 2005) (Παράρτημα Α2).

1.4.Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω του προγράμματος SPSS. Αρχικά, εξετάστηκαν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά, συγκεκριμένα οι μέσοι όροι των βαθμολογιών των κλιμάκων που χορηγήθηκαν και στα τρία έτη, ώστε να βρεθούν οι συνολικές βαθμολογίες και να φανεί σε ποιες κλίμακες συγκεντρώθηκαν οι υψηλότερες βαθμολογίες. Εξετάστηκαν επίσης οι συχνότητες και τα ποσοστά των ατόμων ως προς την ικανοποίηση και τις διαστάσεις της προκειμένου να βρεθεί ο αριθμός των ικανοποιημένων ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες διασταύρωσης (crosstabs) ώστε να διερευνηθεί η σχέση των δημογραφικών χαρακτηριστικών με όλες τις μεταβλητές που εξετάζουν οι κλίμακες και στα τρία έτη και έτσι να φανεί η κατανομή συχνοτήτων των ατόμων για κάθε συνδυασμό των μεταβλητών. Έτσι, βρέθηκε ως προς το φύλο, πλαίσιο και δομή πότε εμφανίζεται καλύτερη κλινική εικόνα, καλύτερη ποιότητα ζωής και μεγαλύτερη ικανοποίηση.

Στη συνέχεια, προκειμένου να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα, έγινε ανάλυση συσχετίσεων μέσω Spearman για να διερευνηθούν οι σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών της ικανοποίησης, κλινικής κατάστασης και ποιότητας ζωής σε κάθε έτος και να βρεθεί ο βαθμός σύνδεσης τους. Έπειτα, έγινε πολυπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης ANOVA ώστε να βρεθεί τυχόν επίδραση δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών στην ικανοποίηση από τις υπηρεσίες, την ποιότητα ζωής και την κλινική κατάσταση. Τέλος, έγινε χρήση του μοντέλου παλινδρόμησης ώστε να διερευνηθεί αν η ανεξάρτητη μεταβλητή της ικανοποίησης αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα και προβλέπει τις εξαρτημένες μεταβλητές της κλινικής έκβασης και της ποιότητας ζωής στους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Αποτελέσματα

Έπειτα από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων, προέκυψαν τα αποτελέσματα τα οποία αναφέρονται στη συνέχεια. Αρχικά, όπως προαναφέρθηκε, έγινε μέτρηση της μέσης τιμής και τυπικής απόκλισης των μεταβλητών της συνολικής βαθμολογίας των κλιμάκων που χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες. Σχετικά με την κλίμακα IADL, η μέση τιμή ήταν πάνω από 4 (M=5,05, M=4,75 και M=4,59 το 2020, 2021 και 2022 αντίστοιχα), βαθμολογία η οποία καταδεικνύει λειτουργικά προβλήματα και δυσκολία λειτουργικότητας στην καθημερινότητα, με περισσότερα λειτουργικά προβλήματα το 2020. Η τυπική απόκλιση ήταν μικρότερη κυρίως τα έτη 2020 και 2021 (Sd= 1,808 και 1,994 αντίστοιχα), δηλαδή οι περισσότερες τιμές βαθμολογίας συγκεντρώνονταν κοντά στη μέση τιμή (Πίνακας 3).

Όσον αφορά στην κλίμακα HoNOS, η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας το 2020 ήταν M= 5,81, το 2021 ήταν M=5,33 και M= 5,97 το 2022, ενώ οι τυπικές αποκλίσεις ήταν 4,707, 4,348 και 4,585 το 2020, 2021 και 2022 αντίστοιχα. Συγκεκριμένα, ο υψηλότερος μέσος όρος αφορούσε στα ψυχιατρικά συμπτώματα και τα τρία έτη (M= 2,61 το 2020, M=2,39 το 2021 και M= 2,59 το 2022), ενώ η χαμηλότερη βαθμολογία συγκεντρώθηκε στα προβλήματα συμπεριφοράς ή αυτοτραυματισμού (M= ,36 το 2020, M= ,44 το 2021 και M= ,41 το 2022) (Πίνακας 4).

Αναφορικά με την κλίμακα WHOQOL, οι υψηλότερες τιμές βαθμολογίας που υποδηλώνουν υψηλότερη ποιότητα ζωής σημειώθηκαν και στα τρία έτη στο περιβάλλον (M=71,87 το 2020, M= 71,93 το 2021 και M= 74,45 το 2022) και έπειτα στη σωματική υγεία (M= 62,47 το 2020, M= 59,53 το 2021 και M= 63,45 το 2022) των συμμετεχόντων. Οι κοινωνικές σχέσεις συγκέντρωσαν τις χαμηλότερες βαθμολογίες (M= 50,68 το 2020, M= 51,55 το 2021 και M= 56,69 το 2022) (Πίνακας 5).

Τέλος, υπολογίστηκε η συνολική ικανοποίηση, η οποία προέκυψε από τη βαθμολογία της αξιολόγησης του φορέα και το σύνολο της βαθμολογίας της ικανοποίησης στις επιμέρους διαστάσεις της (ικανοποίηση από την πρόσβαση, το ευρύτερο πλαίσιο λειτουργίας, τη θεραπευτική λειτουργία της δομής και τη δέσμευση σε αυτήν). Χρησιμοποιήθηκε γραμμική μετατροπή ώστε η βαθμολογία που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της αξιολόγησης φορέα (0 έως 10) να μετατραπεί στη βαθμολογία που χρησιμοποιείται για την μέτρηση της ικανοποίησης στις παραπάνω

διαστάσεις (1 έως 6), και έτσι να προκύψει η συνολική βαθμολογία ικανοποίησης. Έπειτα, υπολογίστηκε η μέση τιμή και τυπική απόκλιση του συνολικού βαθμού της ικανοποίησης, όπου $M=8,2375$, $M=8,4195$ $M=8,3623$ τα έτη 2020 έως 2022 αντίστοιχα. Η ικανοποίηση, λοιπόν, βρέθηκε πολύ υψηλή (Πίνακας 6).

Επιπλέον, μέσω του αυτοσχέδιου ερωτηματολογίου ικανοποίησης εξετάστηκαν κάποιοι τομείς ικανοποίησης, η πρόσβαση στη μονάδα προστατευμένης διαβίωσης, το ευρύτερο πλαίσιο λειτουργίας της μονάδας, η θεραπευτική λειτουργία της μονάδας και η δέσμευση σε αυτήν. Παρακάτω παρουσιάζονται οι συχνότητες ικανοποίησης σε αυτούς τους τομείς. Ως προς την πρόσβαση, βρέθηκε ότι το 89,3% των συμμετεχόντων ήταν ικανοποιημένοι το 2020 και 2021, ενώ το 2022 το 92% ήταν ικανοποιημένοι (Πίνακας 8). Σε σχέση με τη γενική λειτουργία της μονάδας, το 89,3% των συμμετεχόντων ήταν ικανοποιημένοι το 2020, το 92% το 2021 και το 90,7% το 2022 (Πίνακας 9). Επίσης, ως προς τη θεραπευτική λειτουργία της μονάδας, τα ποσοστά ικανοποίησης ήταν χαμηλότερα. Έτσι, το 2020 το 76% των ατόμων ήταν ικανοποιημένοι, ενώ το 2020 και 2022 το 86,7% και 82,7% αντίστοιχα (Πίνακας 10). Τέλος, ως προς το ευρύτερο πλαίσιο λειτουργίας και τη δέσμευση στη μονάδα, επίσης τα ποσοστά ικανοποίησης ήταν χαμηλότερα. Έτσι, το 2020, το 2021 και το 2022 δήλωσαν ικανοποιημένοι το 57,3%, το 74,7% και το 60% αντίστοιχα (Πίνακας 11).

Πίνακας 3. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της κλίμακας IADL

		IADL Συνολικό σκορ 2020	IADL Συνολικό σκορ 2021	IADL Συνολικό σκορ 2022
N	Valid	75	75	75
	Missing	0	0	0
Mean		5,05	4,75	4,59
Std. Deviation		1,808	1,994	2,119
Minimum		1	1	0
Maximum		8	8	8

Πίνακας 4. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της κλίμακας HoNOS

		HoNOS Συνολικό Σκορ 2020	Προβλήματα Συμπεριφοράς /Αυτοτραυματισμός 2020	Σωματικά και Γνωστικά Προβλήματα 2020	Ψυχιατρική Συμπτωματολογία 2020	Κοινωνικά Προβλήματα/ Προβλήματα σχέσεων/Διαβίωση 2020
N	Valid	75	75	75	75	75
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		5,81	,36	1,16	2,61	1,69
Std. Deviation		4,707	,607	1,471	1,852	1,808
Minimum		0	0	0	0	0
Maximum		20	2	6	7	6

HoNOS 2021

N	Valid	75	75	75	75	75
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		5,33	,44	1,16	2,39	1,37
Std. Deviation		4,348	,663	1,507	1,845	1,609
Minimum		0	0	0	0	0
Maximum		21	3	6	7	6

		HoNOS Score Συνολικό 2022	Προβλήματα Συμπεριφοράς /Αυτοτραυματισμός 2022	Σωματικά και Γνωστικά Προβλήματα 2022	Ψυχιατρική Συμπτωματολογία 2022	Κοινωνικά Προβλήματα/ Προβλήματα σχέσεων/Διαβίωση 2022
N	Valid	75	75	75	75	75
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		5,97	,41	1,23	2,59	1,75
Std. Deviation		4,585	,737	1,697	1,741	1,779
Minimum		0	0	0	0	0
Maximum		22	3	6	7	8

Πίνακας 5. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της κλίμακας WHOQOL

WHOQOL Σωματική υγεία 2020	Ψυχική υγεία 2020	Κοινωνικές σχέσεις 2020	Περιβάλλον 2020
----------------------------------	-------------------------	----------------------------	--------------------

N	Valid	75	75	75	75
	Missing	0	0	0	0
Mean		62,47	58,35	50,68	71,87
Std. Deviation		16,142	20,025	19,141	14,377
Minimum		19	6	6	31
Maximum		94	94	94	100

		WHOQOL Σωματική υγεία 2021	Ψυχική υγεία 2021	Κοινωνικές σχέσεις 2021	Περιβάλλον 2021
N	Valid	75	75	75	75
	Missing	0	0	0	0
Mean		59,53	58,84	51,55	71,93
Std. Deviation		17,435	17,504	17,242	14,178
Minimum		16	13	15	16
Maximum		100	94	94	100

		WHOQOL Σωματική υγεία 2022	Ψυχική υγεία 2022	Κοινωνικές σχέσεις 2022	Περιβάλλον 2022
N	Valid	75	75	75	75
	Missing	0	0	0	0
Mean		63,45	59,83	56,69	74,45
Std. Deviation		20,341	18,948	18,624	14,919
Minimum		13	13	6	16
Maximum		100	94	100	100

Πίνακας 6. Μέση τιμή και τοπική απόκλιση της συνολικής ικανοποίησης

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Συνολική ικανοποίηση 2020	75	3,10	9,90	8,2375	1,41634
Συνολική ικανοποίηση 2021	75	2,80	10,00	8,4195	1,52528
Συνολική ικανοποίηση 2022	75	3,63	10,00	8,3623	1,51042
Valid N	75				

Πίνακας 7. Συχνότητα ικανοποίησης από την πρόσβαση στη μονάδα

Ικανοποίηση από την πρόσβαση στη μονάδα 2020

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μη ικανοποιημένος/η	6	8,0	8,2	8,2
	Ικανοποιημένος/η	67	89,3	91,8	100,0
	Total	73	97,3	100,0	
Missing	System	2	2,7		
Total		75	100,0		

Ικανοποίηση από την πρόσβαση στη μονάδα 2021

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μη ικανοποιημένος/η	8	10,7	10,7	10,7
	Ικανοποιημένος/η	67	89,3	89,3	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

Ικανοποίηση από την πρόσβαση στη μονάδα 2022

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μη ικανοποιημένος/η	5	6,7	6,8	6,8
	Ικανοποιημένος/η	69	92,0	93,2	100,0
	Total	74	98,7	100,0	
Missing	System	1	1,3		
Total		75	100,0		

Πίνακας 8. Συχνότητα ικανοποίησης από τη γενική λειτουργία της μονάδας

Ικανοποίηση από τη γενική λειτουργία της μονάδας 2020

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μη ικανοποιημένος/η	5	6,7	6,9	6,9
	Ικανοποιημένος/η	67	89,3	93,1	100,0
	Total	72	96,0	100,0	
Missing	System	3	4,0		
Total		75	100,0		

Ικανοποίηση από τη γενική λειτουργία της μονάδας 2021

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μη ικανοποιημένος/η	3	4,0	4,2	4,2
	Ικανοποιημένος/η	69	92,0	95,8	100,0
	Total	72	96,0	100,0	
Missing	System	3	4,0		
Total		75	100,0		

Ικανοποίηση από τη γενική λειτουργία της μονάδας 2022

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μη ικανοποιημένος/η	5	6,7	6,8	6,8
	Ικανοποιημένος/η	68	90,7	93,2	100,0
	Total	73	97,3	100,0	
Missing	System	2	2,7		
Total		75	100,0		

**Πίνακας 9. Συχνότητα ικανοποίησης από τη θεραπευτική λειτουργία της μονάδας
Ικανοποίηση από τη θεραπευτική λειτουργία της μονάδας 2020**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μη ικανοποιημένος/η	7	9,3	10,9	10,9
	Ικανοποιημένος/η	57	76,0	89,1	100,0
	Total	64	85,3	100,0	
Missing	System	11	14,7		
Total		75	100,0		

Ικανοποίηση από τη θεραπευτική λειτουργία της μονάδας 2021

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μη ικανοποιημένος/η	6	8,0	8,5	8,5
	Ικανοποιημένος/η	65	86,7	91,5	100,0
	Total	71	94,7	100,0	
Missing	System	4	5,3		
Total		75	100,0		

Ικανοποίηση από τη θεραπευτική λειτουργία της μονάδας 2022

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μη ικανοποιημένος/η	4	5,3	6,1	6,1
	Ικανοποιημένος/η	62	82,7	93,9	100,0
	Total	66	88,0	100,0	
Missing	System	9	12,0		
Total		75	100,0		

Πίνακας 10. Συχνότητα ικανοποίησης από τη δέσμευση στη μονάδα

Ικανοποίηση από τη δέσμευση στη μονάδα 2020

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μη ικανοποιημένος/η	21	28,0	32,8	32,8
	Ικανοποιημένος/η	43	57,3	67,2	100,0
	Total	64	85,3	100,0	
Missing	System	11	14,7		
Total		75	100,0		

Ικανοποίηση από τη δέσμευση στη μονάδα 2021

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μη ικανοποιημένος/η	15	20,0	21,1	21,1
	Ικανοποιημένος/η	56	74,7	78,9	100,0
	Total	71	94,7	100,0	
Missing	System	4	5,3		
Total		75	100,0		

Ικανοποίηση από τη δέσμευση στη μονάδα 2022

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μη ικανοποιημένος/η	26	34,7	36,6	36,6
	Ικανοποιημένος/η	45	60,0	63,4	100,0
	Total	71	94,7	100,0	
Missing	System	4	5,3		
Total		75	100,0		

Επιπλέον, προκειμένου να διευκρινιστεί σε ποιες περιοχές και πλαίσια παρατηρούνται οι μεγαλύτεροι δείκτες ικανοποίησης, κλινικής κατάστασης, ποιότητας ζωής και λειτουργικότητας, αλλά και σε ποιο έτος και ποιο φύλο, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες συχνοτήτων crosstabs. Στους παρακάτω πίνακες φαίνεται ότι οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης (M=8,92) το 2022, έναντι των ανδρών οι οποίοι εμφανίζουν τον υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης το 2021 (M=8,52). Επίσης, στον νομό της Φωκίδας εμφανίζονται τα υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης τα έτη 2020 και 2021 (M=8,77, M=9,02), ενώ το 2022 η μεγαλύτερη ικανοποίηση παρατηρείται στον νομό Φθιώτιδας (M=8,65). Στα προστατευόμενα διαμερίσματα παρατηρείται υψηλότερος βαθμός ικανοποίησης (M=8,35, M=8,56 και M=9,06) έναντι των οικοτροφείων και στα τρία έτη, με υψηλότερο βαθμό το 2022.

Πίνακας 11. Πίνακας συχνοτήτων ικανοποίηση και φύλο

		Συνολική ικανοποίηση 2020 Mean	Συνολική ικανοποίηση 2021 Mean	Συνολική ικανοποίηση 2022 Mean
Φύλο	Ανδρας	8,07	8,52	8,07
	Γυναίκα	8,55	8,22	8,92
	Άλλο	.	.	.

Πίνακας 12. Πίνακας συχνοτήτων ικανοποίηση και δομή

		Συνολική ικανοποίηση 2020 Mean	Συνολική ικανοποίηση 2021 Mean	Συνολική ικανοποίηση 2022 Mean
Δομή	Αττικής	.	.	.
	Θράκης	7,71	7,79	8,19
	Φθιώτιδος	8,52	8,82	8,65
	Φωκίδας	8,77	9,02	8,41

Πίνακας 13. Πίνακας συχνοτήτων ικανοποίηση και πλαίσιο

		Συνολική ικανοποίηση 2020 Mean	Συνολική ικανοποίηση 2021 Mean	Συνολική ικανοποίηση 2022 Mean
Πλαίσιο 2020	Οικοτροφείο	8,12	8,36	7,95
	Προστατευόμενο Διαμέρισμα	8,35	8,47	8,74
Πλαίσιο 2021	Οικοτροφείο	8,04	8,24	7,68
	Προστατευόμενο Διαμέρισμα	8,40	8,56	8,92
Πλαίσιο 2022	Οικοτροφείο	8,06	8,25	7,61
	Προστατευόμενο Διαμέρισμα	8,40	8,57	9,06

Ως προς την κλινική κατάσταση των ληπτών υπηρεσιών υγείας, παρατηρήθηκε ότι οι άνδρες έναντι των γυναικών συγκεντρώνουν την υψηλότερη βαθμολογία (M=7) στην κλίμακα HoNOS, έχουν δηλαδή περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς ή ψυχιατρικά συμπτώματα (Πίνακας 14). Η υψηλότερη βαθμολογία στα κλινικά προβλήματα σημειώνεται στη Θράκη το 2020 (M=8) και στα οικοτροφεία έναντι των προστατευόμενων διαμερισμάτων και για τα τρία έτη (M=8, M=7) (Πίνακες 15,16).

Πίνακας 14. Πίνακας συχνότητων κλινική κατάσταση και φύλο

		HoNOS Score Συνολικό 2020 Mean	HoNOS Score Συνολικό 2021 Mean	HoNOS Score Συνολικό 2022 Mean
Φύλο	Ανδρας	6	6	7
	Γυναίκα	5	5	5
	Άλλο	.	.	.

Πίνακας 15. Πίνακας συχνότητων κλινική κατάσταση και δομή

		HoNOS Score Συνολικό 2020 Mean	HoNOS Score Συνολικό 2021 Mean	HoNOS Score Συνολικό 2022 Mean
Δομή	Αττικής	.	.	.
	Θράκης	8	7	7
	Φθιώτιδος	3	3	3
	Φωκίδας	6	4	6

Πίνακας 16. Πίνακας συχνοτήτων κλινική κατάσταση και πλαίσιο

		HoNOS Score Συνολικό 2020 Mean	HoNOS Score Συνολικό 2021 Mean	HoNOS Score Συνολικό 2022 Mean
Πλαίσιο 2020	Οικοτροφείο	8	7	8
	Προστατευόμενο Διαμέρισμα	4	4	5
Πλαίσιο 2021	Οικοτροφείο	8	7	8
	Προστατευόμενο Διαμέρισμα	4	4	4
Πλαίσιο 2022	Οικοτροφείο	8	7	8
	Προστατευόμενο Διαμέρισμα	4	4	4

Σχετικά με την ποιότητα ζωής και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, παρατηρούνται τα εξής: οι άνδρες υπερτερούν στα επίπεδα ποιότητας ζωής το 2020 (M=64, M=59, M=73) και 2021 (M=60, M=59, M=73), με τις γυναίκες να εμφανίζουν καλύτερη ποιότητα ζωής ως προς τις κοινωνικές σχέσεις το 2021 (M=55). Ωστόσο, το 2022 οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής (M=64, M=60, M=76) (Πίνακας 17). Επίσης, η υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα WHOQOL συγκεντρώνεται στα προστατευόμενα διαμερίσματα και στα τρία έτη (Πίνακας 19). Το 2020 η ποιότητα ζωής ήταν καλύτερη στους νομούς Φωκίδας και Φθιώτιδας (M=70, M=53 και M=65 αντίστοιχα), ενώ το 2021 υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σημειώθηκαν στη Φθιώτιδα (M=65, M=67 και M=76) και στη Θράκη ως προς τη διάσταση των κοινωνικών σχέσεων (M=56). Το 2022, ο νομός Φθιώτιδας υπερισχύει ως προς τη φυσική και ψυχική υγεία (M=71, M=66) και η Θράκη ως προς τις κοινωνικές σχέσεις και συνθήκες περιβάλλοντος (M=62, M=79) (Πίνακας 18).

Πίνακας 17. Πίνακας συχνοτήτων ποιότητα ζωής και φύλο

	Φύλο		
	Ανδρας Mean	Γυναίκα Mean	Άλλο Mean
Φυσική υγεία 2020	64	59	.
Ψυχική υγεία 2020	59	57	.
Κοινωνικές σχέσεις 2020	51	51	.
Περιβάλλον 2020	73	70	.
Φυσική υγεία 2021	60	58	.

Ψυχική υγεία 2021	59	58	.
Κοινωνικές σχέσεις 2021	50	55	.
Περιβάλλον 2021	73	71	.
Φυσική υγεία 2022	63	64	.
Ψυχική υγεία 2022	60	60	.
Κοινωνικές σχέσεις 2022	55	60	.
Περιβάλλον 2022	74	76	.

Πίνακας 18. Πίνακας συχνοτήτων ποιότητα ζωής και δομή

	Δομή Αττικής Mean	Θράκης Mean	Φθιώτιδος Mean	Φωκίδας Mean
Φυσική υγεία 2020	.	59	59	70
Ψυχική υγεία 2020	.	52	65	63
Κοινωνικές σχέσεις 2020	.	50	50	53
Περιβάλλον 2020	.	72	71	73
Φυσική υγεία 2021	.	55	65	62
Ψυχική υγεία 2021	.	53	67	61
Κοινωνικές σχέσεις 2021	.	56	49	47
Περιβάλλον 2021	.	73	76	67
Φυσική υγεία 2022	.	59	71	64
Ψυχική υγεία 2022	.	55	66	63
Κοινωνικές σχέσεις 2022	.	62	51	54
Περιβάλλον 2022	.	79	71	70

Πίνακας 19. Πίνακας συχνοτήτων ποιότητα ζωής και πλαίσιο

	Πλαίσιο 2020		Πλαίσιο 2021		Πλαίσιο 2022	
	Οικοτροφείο Mean	Προστατευόμενο Διαμέρισμα Mean	Οικοτροφείο Mean	Προστατευόμενο Διαμέρισμα Mean	Οικοτροφείο Mean	Προστατευόμενο Διαμέρισμα Mean
Φυσική υγεία 2020	55	69	56	68	56	68
Ψυχική υγεία 2020	54	62	56	61	55	61
Κοινωνικές σχέσεις 2020	46	55	48	53	47	54
Περιβάλλον 2020	67	76	67	76	67	76
Φυσική υγεία 2021	57	62	56	62	55	64
Ψυχική υγεία 2021	55	63	54	63	54	63
Κοινωνικές σχέσεις 2021	49	54	48	55	48	55

Περιβάλλον 2021	73	71	72	72	71	73
Φυσική υγεία 2022	61	66	60	66	58	68
Ψυχική υγεία 2022	56	64	57	62	56	63
Κοινωνικές σχέσεις 2022	51	62	50	62	50	63
Περιβάλλον 2022	73	76	72	76	72	77

Αναφορικά με τη λειτουργικότητα, στον παρακάτω πίνακα παρατηρείται ότι δεν υπάρχουν διαφορές όσον αφορά στο φύλο, ενώ ο νομός Φωκίδας και τα προστατευόμενα διαμερίσματα υπερισχύουν στα ποσοστά λειτουργικότητας και στα τρία έτη (M=6) (Πίνακας 20-22).

Πίνακας 20. Πίνακας συχνότητας λειτουργικότητα και φύλο

		IADL score Συνολικό 2020 Mean	IADL score Συνολικό 2021 Mean	IADL score Συνολικό 2022 Mean
Φύλο	Ανδρας	5	5	5
	Γυναίκα	5	5	5
	Άλλο	.	.	.

Πίνακας 21. Πίνακας συχνότητας λειτουργικότητα και δομή

		IADL score Συνολικό 2020 Mean	IADL score Συνολικό 2021 Mean	IADL score Συνολικό 2022 Mean
Δομή	Αττικής	.	.	.
	Θράκης	5	5	5
	Φθιώτιδος	4	3	3
	Φωκίδας	6	5	6

Πίνακας 22. Πίνακας συχνότητας λειτουργικότητα και πλαίσιο

		IADL score Συνολικό 2020 Mean	IADL score Συνολικό 2021 Mean	IADL score Συνολικό 2022 Mean
Πλαίσιο 2020	Οικοτροφείο	4	4	3
	Προστατευόμενο Διαμέρισμα	6	6	6
Πλαίσιο 2021	Οικοτροφείο	4	3	3

	Προστατευόμενο Διαμέρισμα	6	6	6
Πλαίσιο 2022	Οικοτροφείο	4	3	3
	Προστατευόμενο Διαμέρισμα	6	6	6

Στη συνέχεια, προκειμένου να απαντηθεί το πρώτο ερευνητικό ερώτημα για τη συσχέτιση και τον προσδιορισμό των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών της ικανοποίησης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, της ποιότητας ζωής, της λειτουργικότητας και της κλινικής κατάστασης, πραγματοποιήθηκαν μη παραμετρικά τεστ (Spearman correlations).

Πιο συγκεκριμένα, έγινε ανάλυση συσχετίσεων (correlation) Spearman, ώστε να διερευνηθούν οι σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών της ικανοποίησης, της λειτουργικότητας, της ποιότητας ζωής και της κλινικής κατάστασης σε κάθε έτος και να βρεθεί ο βαθμός σύνδεσης τους. Η συσχέτιση δεν υποδεικνύει μια αιτιώδη συνάφεια, ούτε απαραίτητα μια αλληλεπίδραση, αλλά σχέση και σύνδεση μεταξύ των μεταβλητών. Ο συντελεστής συσχέτισης r κυμαίνεται μεταξύ αρνητικού 1 και θετικού 1 ($-1 < r < 1$) και όταν το r είναι μεγαλύτερο από 0,5 ($r > 0,5$), θεωρείται υψηλή συσχέτιση. Επίσης, η τιμή p πρόκειται για τιμή σημαντικότητας, όπου αν είναι μικρότερη από 0,05 ($p < 0,05$), υποδεικνύεται στατιστικά σημαντική σχέση. Αυτό σημαίνει ότι η παρατηρούμενη σχέση είναι απίθανο να οφείλεται σε τυχαία διακύμανση ή γεγονότα, αλλά πιθανότατα αντικατοπτρίζει μια πραγματική σχέση στον πληθυσμό.

Αρχικά, έγινε μέτρηση της συσχέτισης των μεταβλητών της λειτουργικότητας και της κλινικής κατάστασης. Όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα, βρέθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων IADL και HoNOS σε κάθε έτος, δηλαδή όσο υψηλότερο είναι το σκορ στην κλίμακα λειτουργικότητας τόσο πιο χαμηλό είναι το σκορ στην κλίμακα κλινικής κατάστασης. Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερα είναι τα προβλήματα συμπεριφοράς, τα σωματικά και γνωστικά προβλήματα, τα ψυχιατρικά και κοινωνικά προβλήματα που εξετάζει η κλίμακα HoNOS, τόσο χαμηλότερη λειτουργικότητα έχουν τα άτομα. Αναλυτικότερα, το 2020 βρέθηκε αρκετά χαμηλή αρνητική συσχέτιση και όχι στατιστικά σημαντική ($r = -,147$, $p = ,208$), το 2021 εξίσου χαμηλή αλλά στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($r = -,233$, $p = ,045$), ενώ το 2022 φαίνεται να υπάρχει μια μέτρια αρνητική συσχέτιση με στατιστική σημαντικότητα ($r =$

-,420, $p < ,001$). Η χαμηλή συσχέτιση υποδεικνύει ότι οι μεταβλητές συσχετίζονται σε μικρό βαθμό.

Πίνακας 23. Συσχετίσεις της λειτουργικότητας και της κλινικής κατάστασης

	IADL Σκορ 2020	IADL Σκορ 2021	IADL Σκορ 2022
Spearman's rho HoNOS Σκορ 2020	-,147	-,200	-,175
Correlation Coefficient	,208	,086	,133
Sig. (2-tailed)	75	75	75
N			
HoNOS Σκορ 2021	-,222	-,233*	-,318
Correlation Coefficient	,056	,045	,005
Sig. (2-tailed)	75	75	75
N			
HoNOS Σκορ 2022	-,276	-,353	-,420*
Correlation Coefficient	,017	,002	<,001
Sig. (2-tailed)	75	75	75
N			

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Στη συνέχεια, διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ των κλιμάκων IADL και WHOQOL, όπου το έτος 2020 βρέθηκε χαμηλή θετική συσχέτιση της λειτουργικότητας και της φυσικής υγείας, της ψυχικής υγείας, των κοινωνικών σχέσεων και του περιβάλλοντος ($r=,385$, $r=,120$, $r=,092$ και $r=,360$ αντίστοιχα) ως επιμέρους διαστάσεων της ποιότητας ζωής με στατιστική σημαντικότητα της σχέσης λειτουργικότητας και των τομέων φυσικής υγείας και περιβάλλοντος ($p < ,001$ και $p = ,002$ αντίστοιχα). Το 2021 εξίσου χαμηλή ήταν η θετική συσχέτιση ($r=,301$, $r=,262$, $r=,210$ και $r=,147$) με στατιστική σημαντικότητα της σχέσης λειτουργικότητας και ψυχικής υγείας ($p = ,023$). Το 2022 η θετική συσχέτιση παραμένει χαμηλή ($r=,267$, $r=,216$, $r=,236$ και $r=,189$) με στατιστική σημαντικότητα στη σχέση λειτουργικότητας, φυσικής υγείας και κοινωνικών σχέσεων ($p=,020$ και $p=,042$). Έτσι, ασθενείς με υψηλότερη λειτουργικότητα τείνουν να έχουν και υψηλότερη ποιότητα ζωής στους τομείς φυσικής, ψυχικής υγείας, περιβάλλοντος και κοινωνικών σχέσεων, χωρίς αυτή η σύνδεση να είναι μεγάλη (Πίνακας 24).

Πίνακας 24. Συσχετίσεις της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής

	IADL Σκορ 2020	IADL Σκορ 2021	IADL Σκορ 2022
Spearman's rho WHOQOL Φυσική υγεία 2020			

Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	,385** <,001 75	,297** ,010 75	,341** ,003 75
Ψυχική υγεία 2020 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	,120 ,306 75	,175 ,134 75	,108 ,354 75
Κοινωνικές σχέσεις 2020 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	,092 ,430 75	,128 ,272 75	,084 ,475 75
Περιβάλλον 2020 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	,360** ,002 75	,366** ,001 75	,320** ,005 75
Φυσική υγεία 2021 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	,265* ,021 75	,301** ,009 75	,364** ,001 75
Ψυχική υγεία 2021 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	,197 ,090 75	,262* ,023 75	,263* ,022 75
Κοινωνικές σχέσεις 2021 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	,159 ,173 75	,210 ,070 75	,240* ,038 75
Περιβάλλον 2021 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	,086 ,464 75	,147 ,208 75	,116 ,323 75
Φυσική υγεία 2022 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	,216 ,063 75	,180 ,122 75	,267* ,020 75
Ψυχική υγεία 2022 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	,180 ,123 75	,172 ,140 75	,216 ,063 75
Κοινωνικές σχέσεις 2022 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	,251* ,030 75	,226 ,051 75	,236* ,042 75
Περιβάλλον 2022 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	,110 ,346 75	,110 ,348 75	,189 ,104 75

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Αναφορικά με τη σχέση ποιότητας ζωής (κλίμακα WHOQOL) και κλινικής κατάστασης (κλίμακα HoNOS), οι συσχετίσεις ήταν αρνητικές. Βρέθηκε χαμηλή αρνητική συσχέτιση της κλινικής κατάστασης με τη φυσική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον ως διαστάσεις της κλίμακας ποιότητας ζωής ($r=-,296$, $r=-,095$ $r=-,260$) και περισσότερο ισχυρή αρνητική συσχέτιση με την ψυχική υγεία ($r=-,546$) το έτος 2020, ενώ το 2021 επίσης ήταν αρνητική και μέτρια η συσχέτιση της κλινικής κατάστασης με τη φυσική και ψυχική υγεία ($r=-,465$, $r=-,475$ αντίστοιχα) αλλά πιο χαμηλή και αρνητική με τη διάσταση των κοινωνικών σχέσεων και του περιβάλλοντος ($r=-,219$ και $r=-,275$ αντίστοιχα). Το 2022 αρνητική μέτρια συσχέτιση υπήρξε μεταξύ της κλινικής κατάστασης και της φυσικής και ψυχικής υγείας ($r=-,476$, $r=-,497$ αντίστοιχα), ενώ πιο χαμηλή αρνητική υπήρξε η συσχέτιση κλινικής κατάστασης και τομέα κοινωνικών σχέσεων και περιβάλλοντος ($r=-,271$, $r=-,273$ αντίστοιχα). Στατιστικά σημαντική σχέση αποτέλεσε η σχέση κλινικής κατάστασης με τη φυσική, ψυχική υγεία και το περιβάλλον τα έτη 2020 και 2021 ($p=,010$, $p<,001$, $p=,024$ το 2020, $p<,001$, $p<,001$, $p=,049$ το 2021), ενώ το 2022 η σχέση υπήρξε στατιστικά σημαντική σε όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής των ατόμων ($p<,001$, $p<,001$, $p=,019$, $p=,018$). Αυτό σημαίνει ότι όσο υψηλότερα τα επίπεδα ποιότητας ζωής των ασθενών, τόσο χαμηλότερο εμφανίζεται το επίπεδο κακής κλινικής εικόνας και έκβασης, σε μικρό βαθμό συσχέτισης (Πίνακας 25).

Πίνακας 25. Συσχετίσεις της ποιότητας ζωής και κλινικής κατάστασης

	HoNOS Σκορ 2020	HoNOS Σκορ 2021	HoNOS Σκορ 2022
Spearman's rho WHOQOL Φυσική υγεία 2020 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	-,296** ,010 75	-,254* ,028 75	-,174 ,136 75
Ψυχική υγεία 2020 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	-,546** <,001 75	-,399** <,001 75	-,371** ,001 75
Κοινωνικές σχέσεις 2020 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	-,095 ,416 75	-,054 ,644 75	-,002 ,985 75
Περιβάλλον 2020 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	-,260* ,024 75	-,234* ,043 75	-,298** ,010 75

Φυσική υγεία 2021 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	-,393** <,001 75	-,465** <,001 75	-,443** <,001 75
Ψυχική υγεία 2021 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	-,529** <,001 75	-,475** <,001 75	-,526** <,001 75
Κοινωνικές σχέσεις 2021 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	-,156 ,183 75	-,219 ,059 75	-,241* ,037 75
Περιβάλλον 2021 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	-,228* ,049 75	-,275* ,017 75	-,291* ,011 75
Φυσική υγεία 2022 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	-,359** ,002 75	-,380** <,001 75	-,476** <,001 75
Ψυχική υγεία 2022 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	-,434** <,001 75	-,382** <,001 75	-,497** <,001 75
Κοινωνικές σχέσεις 2022 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	-,165 ,157 75	-,155 ,185 75	-,271* ,019 75
Περιβάλλον 2022 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	-,045 ,705 75	-,091 ,439 75	-,273* ,018 75

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Στη συνέχεια, υπολογίστηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ της συνολικής ικανοποίησης για κάθε έτος και των υπόλοιπων κλιμάκων μέτρησης. Όσον αφορά τη συσχέτιση της ικανοποίησης με την λειτουργικότητα (IADL), προέκυψε θετική και χαμηλή ($r=,256$, $r=,266$ το 2020 και 2021 αντίστοιχα), με ισχυρότερο βαθμό συσχέτισης το 2022 ($r=,546$). Οι σχέσεις αναδείχτηκαν στατιστικά σημαντικές και στα τρία έτη ($p=,026$, $p=,021$ και $p=<,001$). Αυτό σημαίνει ότι όσο υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης υπάρχουν, τόσο πιο υψηλά είναι και τα επίπεδα λειτουργικότητας των ασθενών (Πίνακας 26).

Αναφορικά με τη συσχέτιση συνολικής ικανοποίησης και κλινικής κατάστασης των ατόμων, οι συσχετίσεις εμφανίζονται αρνητικές και χαμηλές τα έτη 2020 και 2021 ($r=-,189$, $r=-,317$) με στατιστική σημαντικότητα το 2021 ($p=,006$), ενώ το 2022 η συσχέτιση φαίνεται στατιστικά σημαντική ($p<,001$) ισχυρή και αρνητική ($r=-,628$) με στατιστική σημαντικότητα ($p<,001$) (Πίνακας 27). Όσο πιο υψηλό είναι το επίπεδο ικανοποίησης, τόσο πιο χαμηλή είναι η βαθμολογία που υποδηλώνει την παρουσία προβλημάτων ψυχικής υγείας. Οι λήπτες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας όταν είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που λαμβάνουν, έχουν και καλύτερη κλινική έκβαση και διαθέτουν καλύτερη ψυχική υγεία.

Τέλος, υπολογίστηκαν οι συσχετίσεις της συνολικής ικανοποίησης με τη μεταβλητή της ποιότητας ζωής των ληπτών ως προς τις διαστάσεις φυσική και ψυχική υγεία, κοινωνικές σχέσεις και συνθήκες περιβάλλοντος. Το 2020, η ικανοποίηση εμφάνισε θετική και χαμηλή συσχέτιση με όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής ($r=,242$, $r=,319$, $r=,127$, $r=,118$), με στατιστική σημαντικότητα να παρατηρείται στον τομέα της φυσικής και της ψυχικής υγείας ($p=,037$, $p=,005$). Τα επόμενα έτη 2021 και 2022, η συσχέτιση ήταν επίσης θετική και με μικρό βαθμό ($r=,251$, $r=,240$, $r=,210$ και $r=,050$ για το 2021, $r=,276$, $r=,392$, $r=,353$ και $r=,281$ το 2022), καθιστώντας στατιστική σημαντική τη σχέση στον τομέα φυσικής και ψυχικής υγείας για το 2021 ($p=,030$ και $p=,038$ αντίστοιχα), ενώ το 2022 υπήρξε στατιστική σημαντικότητα σε όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής ($p=,017$, $p<,001$, $p=,002$ και $p=,014$). Όσο υψηλότερο το επίπεδο ικανοποίησης, τόσο αυξάνεται και το επίπεδο ποιότητας ζωής, σε έναν μικρό βαθμό βέβαια (Πίνακας 28).

Πίνακας 26. Συσχετίσεις της ικανοποίησης και της λειτουργικότητας

	Συνολική ικανοποίηση 2020	Συνολική ικανοποίηση 2021	Συνολική ικανοποίηση 2022
Spearman's rho IADL Σκορ 2020	,256*	,180	,466**
Correlation Coefficient	,026	,123	<.001
Sig.(2-tailed)	75	75	75
N			
IADL Σκορ 2021	,277*	,266*	,545**
Correlation Coefficient	,016	,021	<.001
Sig.(2-tailed)	75	75	75
N			

IADL Σκορ 2022			
Correlation Coefficient	,266*	,251*	,546**
Sig.(2-tailed)	,021	,030	<,001
N	75	75	75

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Πίνακας 27. Συσχετίσεις της ικανοποίησης και της κλινικής κατάστασης

	Συνολική ικανοποίηση 2020	Συνολική ικανοποίηση 2021	Συνολική ικανοποίηση 2022
Spearman's rho HoNOS Σκορ 2020	-,189	-,135	-,468**
Correlation Coefficient	,104	,249	<,001
Sig.(2-tailed)	75	75	75
N			
HoNOS Σκορ 2021			
Correlation Coefficient	-,266*	-,317**	-,507**
Sig.(2-tailed)	,021	,006	<,001
N	75	75	75
HoNOS Σκορ 2022			
Correlation Coefficient	-,224	-,183	-,628**
Sig.(2-tailed)	,054	,116	<,001
N	75	75	75

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Πίνακας 28. Συσχετίσεις της ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής

	Συνολική ικανοποίηση 2020	Συνολική ικανοποίηση 2021	Συνολική ικανοποίηση 2022
Spearman's rho WHOQOL			
Φυσική υγεία 2020			
Correlation Coefficient	,242*	,034	,140
Sig.(2-tailed)	,037	,774	,230
N	75	75	75
Ψυχική υγεία 2020			
Correlation Coefficient	,319**	,107	,271*
Sig.(2-tailed)	,005	,359	,019
N	75	75	75
Κοινωνικές σχέσεις 2020			

Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	,127 ,277 75	,339** ,003 75	,068 ,561 75
Περιβάλλον 2020 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	,118 ,313 75	,227 ,051 75	,339** ,003 75
Φυσική υγεία 2021 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	,252* ,029 75	,251* ,030 75	,390** <,001 75
Ψυχική υγεία 2021 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	,343** ,003 75	,240* ,038 75	,411** <,001 75
Κοινωνικές σχέσεις 2021 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	,018 ,879 75	,210 ,071 75	,240* ,038 75
Περιβάλλον 2021 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	-,055 ,639 75	,050 ,672 75	,219 ,060 75
Φυσική υγεία 2022 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	,239* ,039 75	,076 ,519 75	,276* ,017 75
Ψυχική υγεία 2022 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	,298** ,009 75	,168 ,149 75	,392** <,001 75
Κοινωνικές σχέσεις 2022 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	-,064 ,585 75	,046 ,697 75	,353** ,002 75
Περιβάλλον 2022 Correlation Coefficient Sig.(2-tailed) N	,010 ,931 75	-,087 ,458 75	,281* ,014 75

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Στην πορεία της έρευνας, προκειμένου να απαντηθεί το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα για τη σχέση δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες, την ποιότητα ζωής και την κλινική κατάσταση, χρειάστηκε να γίνει πολυπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης ANOVA.

Έτσι, αρχικά εξετάστηκε η επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών των δημογραφικών χαρακτηριστικών στα επίπεδα της εξαρτημένης μεταβλητής της ικανοποίησης. Ο δείκτης F υποδεικνύει την επίδραση του φύλου, της δομής (περιοχή) και του πλαισίου (οικοτροφείο ή προστατευόμενο διαμέρισμα) στην ικανοποίηση. Ο δείκτης F για να είναι στατιστικά σημαντικός, θα πρέπει η τιμή p value να είναι μικρότερη < ,005. Στον παρακάτω πίνακα 17, ως προς το φύλο φαίνεται ότι ο δείκτης F δεν είναι στατιστικά σημαντικός ($p= ,261$, $p= ,095$ και $p=,156$ για κάθε έτος αντίστοιχα). Άρα, το φύλο δεν φαίνεται να επιδρά στα επίπεδα της ικανοποίησης. Ως προς τη σχέση περιοχής και ικανοποίησης, επίσης δεν φαίνεται να υπάρχει επίδραση της μίας μεταβλητής στην άλλη, ενώ ως προς τη σχέση πλαισίου και ικανοποίησης, ο δείκτης F φάνηκε στατιστικά σημαντικός το 2022 ($p=0,01$). Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει σημαντική ένδειξη για ουσιαστική σχέση μεταξύ πλαισίου και ικανοποίησης και φαίνεται να επιδρά το πλαίσιο στην ικανοποίηση. Η κατανομή της ικανοποίησης, δηλαδή, διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά μεταξύ των περιοχών και μεταξύ των πλαισίων (οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα) (Πίνακας 29).

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε η ίδια ανάλυση διακύμανσης προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση κλινικών χαρακτηριστικών (ανεξάρτητη μεταβλητή) με την ικανοποίηση (εξαρτημένη μεταβλητή). Ο F, όπως φαίνεται και στον πίνακα 30, δεν είναι στατιστικά σημαντικός ως προς τη σχέση κλινικών χαρακτηριστικών και ικανοποίησης. Δεν υπάρχει ουσιαστική σχέση ή επίδραση των προβλημάτων συμπεριφοράς, κοινωνικών προβλημάτων, προβλημάτων γνωστικών λειτουργιών και προβλημάτων σωματικών παθήσεων και ψυχιατρικών συμπτωμάτων, στη μεταβλητή της ικανοποίησης.

Πίνακας 29. Ανάλυση διακύμανσης δημογραφικά χαρακτηριστικά και ικανοποίηση

			df	Mean Square	F	Sig.
Φύλο	Συνολική ικανοποίηση 2020	2,469	1	2,469	1,285	,261
	Συνολική ικανοποίηση 2021	5,787	1	5,787	2,870	,095
	Συνολική ικανοποίηση 2022	3,048	1	3,048	2,062	,156
Δομή	Συνολική ικανοποίηση 2020	11,268	2	5,634	2,932	,061

	Συνολικήκαν οποίηση2021	21,541	2	10,771	5,341	,007
	Συνολικήκαν οποίηση2022	2,739	2	1,370	,927	,401
Πλαίσιο2020	Συνολικήκαν οποίηση2020	,738	1	,738	,384	,538
Πλαίσιο 2021	Συνολικήκαν οποίηση2021	,008	1	,008	,004	,949
Πλαίσιο 2022	Συνολικήκαν οποίηση2022	16,458	1	16,458	11,138	,001
Error	Συνολικήκαν οποίηση2020	115,284	60	1,921		
	Συνολικήκαν οποίηση2021	120,990	60	2,016		
	Συνολικήκαν οποίηση2022	88,663	60	1,478		
Total	Συνολικήκαν οποίηση2020	5237,634	75			
	Συνολικήκαν οποίηση2021	5488,715	75			
	Συνολικήκαν οποίηση2022	5413,384	75			
Corrected Total	Συνολικήκαν οποίηση2020	148,445	74			
	Συνολικήκαν οποίηση2021	172,159	74			
	Συνολικήκαν οποίηση2022	168,821	74			

Πίνακας 30. Ανάλυση διακόμανσης κλινικά χαρακτηριστικά και ικανοποίηση

			df	Mean Square	F	Sig.
Συμπεριφορά2020	Συνολικήκαν οποίηση2020	1,532	2	,766	,585	,570
ΣωματικέςΓνωστικές2020	Συνολικήκανο ποίηση2020	3,117	4	,779	,595	,672
Συμπτωματολογία2020	Συνολικήκανο ποίηση2020	3,446	5	,689	,526	,753
ΚοινωνικάΠροβλήματα2020	Συνολικήκανο ποίηση2020	5,922	4	1,480	1,131	,382
ΣωματικέςΓνωστικές2021	Συνολικήκανο ποίηση2021	2,771	4	,693	,444	,775

Συμπτωματολογία 2021	Συνολικήκανο ποίηση2021	9,934	6	1,656	1,060	,430
Κοινωνικά Προβλήματα 2021	Συνολικήκανο ποίηση2021	,799	5	,160	,102	,990
Συμπεριφορά 2022	Συνολικήκανο ποίηση2022	4,049	3	1,350	,628	,609
ΣωματικέςΓνωστικές 2022	Συνολικήκανο ποίηση2022	6,279	5	1,256	,585	,712
Συμπτωματολογία 2022	Συνολικήκανο ποίηση2022	2,106	6	,351	,163	,983
Κοινωνικά Προβλήματα 2022	Συνολικήκανο ποίηση2022	4,327	5	,865	,403	,839
Error	Συνολικήκανο ποίηση2020	18,328	14	1,309		
	Συνολικήκανο ποίηση2021	21,867	14	1,562		
	Συνολικήκανο ποίηση2022	30,075	14	2,148		
Total	Συνολικήκανο ποίηση2020	5237,634	75			
	Συνολικήκανο ποίηση2021	5488,715	75			
	Συνολικήκανο ποίηση2022	5413,384	75			
Corrected Total	Συνολικήκανο ποίηση2020	148,445	74			
	Συνολικήκανο ποίηση2021	172,159	74			
	Συνολικήκανο ποίηση2022	168,821	74			

Πίνακας 31. Ανάλυση διακύμανσης δημογραφικά χαρακτηριστικά και κλινική κατάσταση

			df	Mean Square	F	Sig.
Φύλο	HoNOS Score Συνολικό 2020	1,063	1	1,063	,094	,760
	HoNOS Score Συνολικό 2021	,010	1	,010	,001	,976
	HoNOS Score Συνολικό 2022	1,155	1	1,155	,104	,748
Δομή	HoNOS Score Συνολικό 2020	309,615	2	154,807	13,754	<,001
	HoNOS Score Συνολικό 2021	285,273	2	142,637	13,765	<,001
	HoNOS Score Συνολικό 2022	224,467	2	112,234	10,084	<,001

Πλαίσιο2020	HoNOS Score Συνολικό 2020	41,036	1	41,036	3,646	,061
Πλαίσιο 2021	HoNOS Score Συνολικό 2021	4,500	1	4,500	,434	,512
Πλαίσιο 2022	HoNOS Score Συνολικό 2022	76,110	1	76,110	6,838	,011
Error	HoNOS Score Συνολικό 2020	675,348	60	11,256		
	HoNOS Score Συνολικό 2021	621,757	60	10,363		
	HoNOS Score Συνολικό 2022	667,797	60	11,130		
Total	HoNOS Score Συνολικό 2020	4174,000	75			
	HoNOS Score Συνολικό 2021	3532,000	75			
	HoNOS Score Συνολικό 2022	4232,000	75			
Corrected Total	HoNOS Score Συνολικό 2020	1639,387	74			
	HoNOS Score Συνολικό 2021	1398,667	74			
	HoNOS Score Συνολικό 2022	1555,947	74			

Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα 31, έγινε διερεύνηση της σχέσης της κλινικής κατάστασης με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων, όπου διαπιστώθηκε ότι το φύλο δεν επιδρά στην κλινική κατάσταση και έκβαση, ενώ υπάρχει ουσιαστική σχέση και επίδραση της περιοχής στην κλινική τους εικόνα. Συγκεκριμένα, ο F είναι στατιστικά σημαντικός δείκτης ($p < ,001$) και στα τρία έτη ως προς το δημογραφικό χαρακτηριστικό της περιοχής, ενώ στη σχέση πλαισίου και κλινικής κατάστασης υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του πλαισίου (οικοτροφείο ή προστατευόμενο διαμέρισμα) μόνο το έτος 2022 ($p = 0,011$).

Ως προς την κλινική κατάσταση και τα κλινικά χαρακτηριστικά των ατόμων, όλα τα κλινικά χαρακτηριστικά, φάνηκε ότι επηρεάζουν την κλινική κατάσταση ($p = ,022$ και $p < ,001$) το 2020, ενώ τα επόμενα έτη όλα τα κλινικά χαρακτηριστικά συνδέονται ουσιαστικά και επιδρούν στην κλινική κατάσταση ($p < ,001$) (Πίνακας 32).

Πίνακας 32. Ανάλυση διακύμανσης κλινικά χαρακτηριστικά και κλινική κατάσταση

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Συμπεριφορά 2020	HoNOS 2020	,832	2	,416	5,086	,022
Σωματικές Γνωστικές 2020	HoNOS 2020	10,027	4	2,507	30,644	<,001
Συμπτωματολογία 2020	HoNOS 2020	12,841	5	2,568	31,397	<,001
Κοινωνικά Προβλήματα 2020	HoNOS 2020	13,748	4	3,437	42,016	<,001
Συμπεριφορά 2021	HoNOS 2021	2,853	2	1,426	28,586	<,001
Σωματικές Γνωστικές 2021	HoNOS 2021	6,567	4	1,642	32,906	<,001
Συμπτωματολογία 2021	HoNOS 2021	6,362	6	1,060	21,252	<,001
Κοινωνικά Προβλήματα 2021	HoNOS 2021	7,401	5	1,480	29,667	<,001
Συμπεριφορά 2022	HoNOS 2022	2,276	3	7,59	2,299e26	<,001
Σωματικές Γνωστικές 2022	HoNOS 2022	4,987	5	,997	3,023e26	<,001
Συμπτωματολογία 2022	HoNOS 2022	8,351	6	1,392	4,218e26	<,001
Κοινωνικά Προβλήματα 2022	HoNOS 2022	16,233	5	3,247	9,839e26	<,001
Error	HoNOS 2020	1,145	14	,082		
	HoNOS 2021	,699	14	,050		
	HoNOS 2022	4,620e26	14	3,300e27		
Total	HoNOS 2020	4174,000	75			
	HoNOS 2021	3532,000	75			
	HoNOS 2022	4232,000	75			
Corrected Total	HoNOS 2020	1639,387	74			
	HoNOS 2021	1398,667	74			
	HoNOS 2022	1555,947	74			

Τέλος, διερευνήθηκε η επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών και κλινικών παραγόντων στην ποιότητα ζωής. Μέσω της πολυπαραγοντικής ανάλυσης, διαπιστώθηκε ότι στατιστικά σημαντικός δείκτης αποτέλεσε ο F στη σχέση και επίδραση περιοχής και ψυχικής υγείας $p=(,021)$ το 2021, ενώ το 2022 φαίνεται στατιστικά σημαντικός δείκτης F στη σχέση πλαισίου και φυσικής υγείας ($p=,011$).

Παραμένει η έλλειψη επίδρασης του φύλου στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής των ατόμων (Πίνακας 33).

Αναφορικά με τους κλινικούς παράγοντες, δηλαδή τα προβλήματα συμπεριφοράς, τα γνωστικά και σωματικά ελλείμματα, την ψυχιατρική συμπτωματολογία και τα κοινωνικά προβλήματα, δεν υπήρξε καμία στατιστική σημαντικότητα του δείκτη F, οπότε δεν υπήρξε και καμία επίδραση αυτών στην ποιότητα ζωής (Πίνακας 34).

Πίνακας 33. Ανάλυση διακύμανσης δημογραφικά χαρακτηριστικά και ποιότητα ζωής

			d	Mean		
			f	Square	F	Sig.
Φύλο	Φυσική υγεία 2020	486,540	1	486,540	2,381	,128
	Ψυχική υγεία2020	92,250	1	92,250	,255	,615
	Κοινωνικές σχέσεις2020	,431	1	,431	,001	,973
	Περιβάλλον2020	495,087	1	495,087	2,750	,102
	Φυσική υγεία 2021	215,854	1	215,854	,779	,381
	Ψυχική υγεία2021	95,840	1	95,840	,374	,543
	Κοινωνικές σχέσεις2021	87,543	1	87,543	,290	,592
	Περιβάλλον2021	138,056	1	138,056	,690	,409
	Φυσική υγεία2022	4,739	1	4,739	,012	,913
	Ψυχική υγεία 2022	15,215	1	15,215	,045	,833
	Κοινωνικές σχέσεις 2022	71,963	1	71,963	,219	,641
	Περιβάλλον 2022	184,533		184,533	,865	,356
Δομή	Φυσική υγεία 2020	886,913	2	443,456	2,170	,123
	Ψυχική υγεία 2020	1478,263	2	739,131	2,046	,138
	Κοινωνικές σχέσεις2020	206,800	2	103,400	,276	,760
	Περιβάλλον2020	513,209	2	256,605	1,425	,248
	Φυσική υγεία 2021	797,935	2	398,968	1,441	,245
	Ψυχική υγεία2021	2101,407	2	1050,704	4,106	,021
	Κοινωνικές σχέσεις 2021	1261,705	2	630,853	2,091	,133
	Περιβάλλον 2021	576,637	2	288,319	1,442	,245
	Φυσική υγεία 2022	998,817	2	499,408	1,283	,285
	Ψυχική υγεία 2022	1152,064	2	576,032	1,692	,193
	Κοινωνικές σχέσεις 2022	1112,640	2	556,320	1,694	,192
	Περιβάλλον 2022	682,860	2	341,430	1,600	,210

Πλαίσιο 2020	Φυσική υγεία 2020	601,376	1	601,376	2,943	,091
	Ψυχική υγεία 2020	433,081	1	433,081	1,199	,278
	Κοινωνικές σχέσεις 2020	929,710	1	929,710	2,481	,121
Πλαίσιο 2021	Περιβάλλον 2020	34,328	1	34,328	,191	,664
	Φυσική υγεία 2021	1250,000	1	1250,000	4,513	,038
	Ψυχική υγεία 2021	684,500	1	684,500	2,675	,107
	Κοινωνικές σχέσεις 2021	180,500	1	180,500	,598	,442
Πλαίσιο 2022	Περιβάλλον 2021	72,000	1	72,000	,360	,551
	Φυσική υγεία 2022	2659,622	1	2659,622	6,832	,011
	Ψυχική υγεία 2022	567,221	1	567,221	1,666	,202
	Κοινωνικές σχέσεις 2022	334,701	1	334,701	1,019	,317
	Περιβάλλον 2022	314,802	1	314,802	1,475	,229
Error						
	Φυσική υγεία 2020	21673,104	6	361,2180		
	Κοινωνικές σχέσεις 2020	22488,276	6	374,8050		
	Περιβάλλον 2020	10801,462	6	180,0240		
	Φυσική υγεία 2021	16616,926	6	276,9490		
	Ψυχική υγεία 2021	15355,211	6	255,9200		
	Κοινωνικές σχέσεις 2021	18105,314	6	301,7550		
	Περιβάλλον 2021	12000,338	6	200,0060		
	Φυσική υγεία 2022	23357,439	6	389,2910		
	Ψυχική υγεία 2022	20427,411	6	340,4570		
	Κοινωνικές σχέσεις 2022	19700,467	6	328,3410		
	Total	Φυσική υγεία 2020	311939,000	7		
Ψυχική υγεία 2020		284998,000	7			
Κοινωνικές σχέσεις 2020		219747,000	7			
Περιβάλλον 2020		402658,000	7			
Φυσική υγεία 2021		288311,000	7			

	Ψυχική υγεία 2021	282335,00	75			
	Κοινωνικές σχέσεις 2021	221278,00	75			
	Περιβάλλον 2021	402955,00	75			
	Φυσική υγεία 2022	332593,00	75			
	Ψυχική υγεία 2022	295009,00	75			
	Κοινωνικές σχέσεις 2022	266728,00	75			
Corrected Total	Φυσική υγεία 2020	19282,667	74			
	Ψυχική υγεία 2020	29672,987	74			
	Κοινωνικές σχέσεις 2020	27112,320	74			
	Περιβάλλον 2020	15296,667	74			
	Φυσική υγεία 2021	22494,667	74			
	Ψυχική υγεία 2021	22674,080	74			
	Κοινωνικές σχέσεις 2021	21998,587	74			
	Περιβάλλον 2021	14874,667	74			
	Φυσική υγεία 2022	30618,587	74			
	Ψυχική υγεία 2022	26566,747	74			
	Κοινωνικές σχέσεις 2022	25667,947	74			

Πίνακας 34. Ανάλυση διακύμανσης κλινικά χαρακτηριστικά και ποιότητα ζωής

			df	Mean Square	F	Sig.
Συμπεριφορά2020	Φυσική υγεία 2020	743,708	2	371,854	1,600	,237
	Ψυχική υγεία 2020	408,597	2	204,299	,900	,429
	Κοινωνικές σχέσεις 2020	1041,387	2	520,694	,928	,418
	Περιβάλλον 2020	470,384	2	235,192	1,260	,314
ΣωματικέςΓνωστικές2020	Φυσική υγεία 2020	1039,384	4	259,846	1,118	,387
	Ψυχική υγεία 2020	516,605	4	129,151	,569	,690
	Κοινωνικές σχέσεις 2020	618,170	4	154,543	,276	,889
	Περιβάλλον 2020	565,012	4	141,253	,757	,570
Συμπτωματολογία2020	Φυσική υγεία 2020	1074,636	5	214,927	,925	,494
	Ψυχική υγεία 2020	1514,455	5	302,891	1,334	,306
	Κοινωνικές σχέσεις 2020	471,076	5	94,215	,168	,970
	Περιβάλλον 2020	2052,038	5	410,408	2,199	,113
ΚοινωνικάΠροβλήματα2020	Φυσική υγεία 2020	837,599	4	209,400	,901	,489
	Ψυχική υγεία 2020	1246,093	4	311,523	1,372	,293
	Κοινωνικές σχέσεις 2020	983,624	4	245,906	,438	,779
	Περιβάλλον 2020	567,444	4	141,861	,760	,568
Συμπεριφορά 2021	Φυσική υγεία 2021	227,460	2	113,730	,619	,553
	Ψυχική υγεία 2021	171,118	2	85,559	,356	,707
	Κοινωνικές σχέσεις 2021	140,516	2	70,258	,372	,696
	Περιβάλλον 2021	103,853	2	51,926	,290	,753
ΣωματικέςΓνωστικές2021	Φυσική υγεία 2021	588,255	4	147,064	,800	,545
	Ψυχική υγεία 2021	738,162	4	184,540	,768	,563
	Κοινωνικές σχέσεις 2021	1163,813	4	290,953	1,541	,244
	Περιβάλλον 2021	373,767	4	93,442	,522	,721
Συμπτωματολογία 2021	Φυσική υγεία 2021	2587,015	6	431,169	2,345	,089
	Ψυχική υγεία 2021	1185,271	6	197,545	,822	,571
	Κοινωνικές σχέσεις 2021	1061,155	6	176,859	,936	,500
	Περιβάλλον 2021	1491,443	6	248,574	1,388	,286
Κοινωνικά Προβλήματα 2021	Φυσική υγεία 2021	386,833	5	77,367	,421	,827
	Ψυχική υγεία 2021	947,878	5	189,576	,789	,575
	Κοινωνικές σχέσεις 2021	772,878	5	154,576	,818	,556
	Περιβάλλον 2021	771,157	5	154,231	,861	,530
Συμπεριφορά 2022	Φυσική υγεία 2022	1547,103	3	515,701	2,716	,084
	Ψυχική υγεία 2022	909,072	3	303,024	1,486	,261
	Κοινωνικές σχέσεις 2022	1487,914	3	495,971	1,432	,275
	Περιβάλλον 2022	425,241	3	141,747	,962	,438
ΣωματικέςΓνωστικές 2022	Φυσική υγεία 2022	977,872	5	195,574	1,030	,438
	Ψυχική υγεία 2022	878,208	5	175,642	,862	,530
	Κοινωνικές σχέσεις 2022	3277,523	5	655,505	1,893	,160

	Περιβάλλον 2022	1424,620	5	284,924	1,935	,152
Συμπτωματολογία 2022	Φυσική υγεία 2022	2018,507	6	336,418	1,772	,177
	Ψυχική υγεία 2022	1503,619	6	250,603	1,229	,349
	Κοινωνικές σχέσεις 2022	849,001	6	141,500	,409	,861
	Περιβάλλον 2022	1341,489	6	223,581	1,518	,243
Κοινωνικά Προβλήματα 2022	Φυσική υγεία 2022	2614,776	5	522,955	2,754	,062
	Ψυχική υγεία 2022	1520,863	5	304,173	1,492	,254
	Κοινωνικές σχέσεις 2022	2065,111	5	413,022	1,192	,362
	Περιβάλλον 2022	593,250	5	118,650	,806	,564
Error	Φυσική υγεία 2020	3253,446	14	232,389		
	Ψυχική υγεία 2020	3179,413	14	227,101		
	Κοινωνικές σχέσεις 2020	7853,177	14	560,941		
	Περιβάλλον 2020	2612,740	14	186,624		
	Φυσική υγεία 2021	2574,226	14	183,873		
	Ψυχική υγεία 2021	3363,539	14	240,253		
	Κοινωνικές σχέσεις 2021	2643,987	14	188,856		
	Περιβάλλον 2021	2507,020	14	179,073		
	Φυσική υγεία 2022	2658,076	14	189,863		
	Ψυχική υγεία 2022	2854,201	14	203,872		
	Κοινωνικές σχέσεις 2022	4849,132	14	346,367		
	Περιβάλλον 2022	2061,823	14	147,273		
Total	Φυσική υγεία 2020	311939,000	75			
	Ψυχική υγεία 2020	284998,000	75			
	Κοινωνικές σχέσεις 2020	219747,000	75			
	Περιβάλλον 2020	402658,000	75			
	Φυσική υγεία 2021	288311,000	75			
	Ψυχική υγεία 2021	282335,000	75			
	Κοινωνικές σχέσεις 2021	221278,000	75			
	Περιβάλλον 2021	402955,000	75			
	Φυσική υγεία 2022	332593,000	75			
	Ψυχική υγεία 2022	295009,000	75			
	Κοινωνικές σχέσεις 2022	266728,000	75			
	Περιβάλλον 2022	432218,000	75			
Corrected Total	Φυσική υγεία 2020	19282,667	74			
	Ψυχική υγεία 2020	29672,987	74			
	Κοινωνικές σχέσεις 2020	27112,320	74			
	Περιβάλλον 2020	15296,667	74			
	Φυσική υγεία 2021	22494,667	74			
	Ψυχική υγεία 2021	22674,080	74			
	Κοινωνικές σχέσεις 2021	21998,587	74			

Περιβάλλον 2021	14874,667	74			
Φυσική υγεία 2022	30618,587	74			
Ψυχική υγεία 2022	26566,747	74			
Κοινωνικές σχέσεις 2022	25667,947	74			
Περιβάλλον 2022	16470,587	74			

Τέλος, προκειμένου να απαντηθεί το τρίτο και τελευταίο ερευνητικό ερώτημα για το ποιοι παράγοντες προβλέπουν την κλινική έκβαση και την ποιότητα ζωής στους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, έγινε χρήση της ανάλυσης παλινδρόμησης (regression). Η ικανοποίηση ως ανεξάρτητη μεταβλητή πρόβλεψης και η κλινική κατάσταση και ποιότητα ζωής ως εξαρτημένες μεταβλητές εισήχθησαν στο μοντέλο παλινδρόμησης, ώστε να διερευνηθεί αν η ικανοποίηση προβλέπει και αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για τις υπόλοιπες μεταβλητές.

Αρχικά, όσον αφορά στην ικανοποίηση και την κλινική κατάσταση, το μοντέλο παλινδρόμησης δεν δίνει μια καλή πρόβλεψη για την κλινική κατάσταση και για τα τρία έτη. Συγκεκριμένα, ο δείκτης R square (συντελεστής προσδιορισμού) είναι χαμηλός <0,5 (,071, ,105 και ,270 για τα τρία έτη αντίστοιχα). Ο δείκτης αυτός δείχνει ένα χαμηλό ποσοστό διακύμανσης, το οποίο συμβαίνει στην εξαρτημένη μεταβλητή (κλινική κατάσταση) και εξηγείται από την ανεξάρτητη μεταβλητή της ικανοποίησης και έτσι δεν υποδεικνύει κάποια προγνωστική ισχύ του μοντέλου παλινδρόμησης. Η τιμή p επίσης είναι στατιστικά σημαντική ($p=,021$ και $p=,005$ και $p<,001$) και για τα τρία έτη (Πίνακες 35,36,37).

Πίνακας 35. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και κλινικής κατάστασης 2020

R	R Square	Adjusted Square	R	Std. Error of the Estimate
,266 ^a	,071	,058		4,568

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	116,039	1	116,039	5,561	,021 ^b
Residual	1523,348	73	20,868		
Total	1639,387	74			

Πίνακας 36. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και κλινικής κατάστασης 2021

R	R Square	Adjusted Square	R	Std. Error of the Estimate
,324 ^a	,105	,092		4,142

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	146,380	1	146,380	8,533	,005 ^b
Residual	1252,287	73	17,155		
Total	1398,667	74			

Πίνακας 37. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και κλινικής κατάστασης 2022

R	R Square	Adjusted Square	R	Std. Error of the Estimate
,519 ^a	,270	,260		3,945

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	419,828	1	419,828	26,976	<,001 ^b
Residual	1136,118	73	15,563		
Total	1555,947	74			

Αναφορικά με την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση, δεν φαίνεται να υπάρχει προγνωστική σχέση, δηλαδή η ικανοποίηση δεν φαίνεται να προβλέπει την ποιότητα ζωής. Ο δείκτης R παραμένει χαμηλός σε όλα τα έτη, όπως παρουσιάζεται και στους παρακάτω πίνακες, με στατιστική σημαντικότητα στη σχέση ψυχικής υγείας και ικανοποίησης το 2020 ($p=<,001$), ενώ το έτος 2022 στατιστική σημαντικότητα βρίσκεται στη σχέση ικανοποίησης, ψυχικής υγείας ($p=,005$) και κοινωνικών σχέσεων ($p=,002$) (Πίνακας 38-49).

Πίνακας 38. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και φυσικής υγείας 2020

R	R Square	Adjusted Square	R	Std. Error of the Estimate
,183 ^a	,033	,020		15,978

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	645,078	1	645,078	2,527	,116 ^b
Residual	18637,589	73	255,309		
Total	19282,667	74			

Πίνακας 39. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και ψυχικής υγείας 2020

R	R Square	Adjusted Square	R	Std. Error of the Estimate
,391 ^a	,153	,141		18,559

Regression	4528,810	1	4528,810	13,148	<,001 ^b
Residual	25144,176	73	344,441		
Total	29672,987	74			

Πίνακας 40. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και κοινωνικών σχέσεων 2020

R	R Square	Adjusted Square	R	Std. Error of the Estimate
,271 ^a	,073	,061		18,552

Regression	1986,613	1	1986,613	5,772	,019 ^b
Residual	25125,707	73	344,188		
Total	27112,320	74			

Πίνακας 41. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και περιβάλλοντος 2020

R	R Square	Adjusted Square	R	Std. Error of the Estimate
,213 ^a	,046	,032		14,142

Regression	696,841	1	696,841	3,484	,066 ^b
Residual	14599,826	73	199,998		
Total	15296,667	74			

Πίνακας 42. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και φυσικής υγείας 2021

R	R Square	Adjusted Square	R	Std. Error of the Estimate
,174 ^a	,030	,017		17,287

Regression	679,601	1	679,601	2,274	,136 ^b
Residual	21815,066	73	298,837		
Total	22494,667	74			

Πίνακας 43. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και ψυχικής υγείας 2021

R	R Square	Adjusted Square	R	Std. Error of the Estimate
,184 ^a	,034	,021		17,323

Regression	768,574	1	768,574	2,561	,114 ^b
Residual	21905,506	73	300,075		
Total	22674,080	74			

Πίνακας 44. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και κοινωνικών σχέσεων 2021

R	R Square	Adjusted Square	R	Std. Error of the Estimate
,074 ^a	,006	-,008		17,311

Regression	121,574	1	121,574	,406	,526 ^b
Residual	21877,013	73	299,685		
Total	21998,587	74			

Πίνακας 45. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και περιβάλλοντος 2021

R	R Square	Adjusted Square	R	Std. Error of the Estimate
,022 ^a	,001	-,013		14,271

Regression	7,462	1	7,462	,037	,849 ^b
Residual	14867,204	73	203,660		
Total	14874,667	74			

Πίνακας 46. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και φυσικής υγείας 2022

R	R Square	Adjusted Square	R	Std. Error of the Estimate
,270 ^a	,073	,060		19,719

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	2234,510	1	2234,510	5,747	,019 ^b
Residual	28384,076	73	388,823		
Total	30618,587	74			

Πίνακας 47. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και ψυχικής υγείας 2022

R	R Square	Adjusted Square	R	Std. Error of the Estimate
,319 ^a	,101	,089		18,083

Regression	2696,297	1	2696,297	8,246	,005 ^b
Residual	23870,450	73	326,992		
Total	26566,747	74			

Πίνακας 48. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και κοινωνικών σχέσεων 2022

R	R Square	Adjusted Square	R	Std. Error of the Estimate
,353 ^a	,125	,113		17,542

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	3203,222	1	3203,222	10,409	,002 ^b
Residual	22464,725	73	307,736		
Total	25667,947	74			

Πίνακας 49. Παλινδρόμηση ικανοποίησης και περιβάλλοντος 2022

R	R Square	Adjusted Square	R	Std. Error of the Estimate
,195 ^a	,038	,025		14,733

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	624,903	1	624,903	2,879	,094 ^b
Residual	15845,684	73	217,064		
Total	16470,587	74			

Συζήτηση

Η έρευνα αξιολόγησε κατ'αρχήν τον βαθμό ικανοποίησης, ποιότητας ζωής, λειτουργικότητας και κλινικής κατάστασης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας καθ' όλη την τριετία 2020 έως 2022. Οι μεταβλητές της ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής εμφάνισαν την υψηλότερη βαθμολογία, ενώ η λειτουργικότητα και η κλινική κατάσταση ήταν σε χαμηλότερα επίπεδα. Η κλίμακα λειτουργικότητας IADL κατέδειξε προβλήματα και δυσκολία λειτουργικότητας στην καθημερινότητα των ληπτών, με χαμηλότερη λειτουργικότητα το έτος 2020. Δεν υπήρξαν διαφορές ως προς το φύλο, όπως ήταν αναμενόμενο καθώς και στην πλειοψηφία προηγούμενων ερευνών δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές φύλου, ενώ και στα τρία έτη στα προστατευόμενα διαμερίσματα του νομού Φωκίδας σημειώθηκαν τα χαμηλότερα ποσοστά λειτουργικότητας.

Ως προς την κλινική κατάσταση μέσω των μετρήσεων της κλίμακας HoNOS, βρέθηκε ότι ο μέσος όρος της συνολικής βαθμολογίας ήταν υψηλότερος το 2022, γεγονός που υποδεικνύει περισσότερα κλινικά προβλήματα. Οι άνδρες συγκέντρωσαν την υψηλότερη βαθμολογία και στα τρία έτη, ενώ στα οικοτροφεία του νομού της Θράκης υπήρξαν τα περισσότερα κλινικά προβλήματα, με έμφαση στα ψυχιατρικά συμπτώματα.

Τα επίπεδα ποιότητας ζωής ήταν υψηλά, με έμφαση στις συνθήκες περιβάλλοντος και στη σωματική υγεία. Η ποιότητα ζωής ως προς τη διάσταση των κοινωνικών σχέσεων υπήρξε χαμηλότερη. Οι άνδρες εμφάνισαν τα υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής τα δύο πρώτα έτη της έρευνας, ενώ το 2022 οι γυναίκες υπερίσχυσαν. Καλύτερη ποιότητα ζωής υπήρξε στα προστατευόμενα διαμερίσματα των νομών Φωκίδας και Φθιώτιδας.

Το 2021 σημειώθηκε ο μεγαλύτερος βαθμός ικανοποίησης από τις μονάδες ψυχικής υγείας. Η συνολική ικανοποίηση γενικότερα ήταν πολύ υψηλή, ενώ οι επιμέρους διαστάσεις της ικανοποίησης, η θεραπευτική λειτουργία της μονάδας και η δέσμευση σε αυτήν κατέδειξαν λίγο χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Οι γυναίκες εμφάνισαν την μεγαλύτερη ικανοποίηση στους νομούς Φωκίδας και Φθιώτιδας, σε προστατευόμενα διαμερίσματα.

Η υψηλή ικανοποίηση που αναδείχθηκε σε αυτή την έρευνα από την καθημερινή λειτουργία των μονάδων και του φορέα ΕΚΨ συνολικά επιβεβαιώνει τη σημασία της θεραπευτικής σχέσης, αναδεικνύει τη σημαντικότητα της

αντιλαμβανόμενης αμοιβαιότητας και ενσυναίσθησης, στοιχεία που έχουν αναδειχθεί σημαντικά σε προηγούμενες μελέτες και έρευνες (Wampold B. & Fluckiger C., 2023; Walker K. et al., 2023). Η αναγνώριση, η αποδοχή, η συνεργασία και η επικοινωνία άλλωστε έχουν συνδεθεί με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης και αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες και διαστάσεις της έννοιας της ικανοποίησης από υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Khosravi M. et al., 2024).

Είναι αξιοσημείωτο ότι αναδείχθηκε η σημασία του ολιστικού μοντέλου ανάρρωσης και ανάκαμψης. Η ικανοποίηση έχει συνδεθεί και σε παλαιότερες μελέτες με την προσωπική και κοινωνική ανάκαμψη, την καλύτερη ποιότητα φροντίδας στις μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, τη βελτίωση της κλινικής συμπτωματολογίας και αύξηση της λειτουργικότητας και των κοινωνικών δεξιοτήτων των ασθενών (Sanz- Osorio M.T. et al., 2023). Στην παρούσα μελέτη, η συνολική ικανοποίηση και οι επιμέρους διαστάσεις της συσχετίζονται με τις υπόλοιπες μεταβλητές, υποδεικνύοντας ότι όσο υψηλότερη ικανοποίηση υπάρχει, τόσο υψηλότερη λειτουργικότητα, τόσο καλύτερη κλινική έκβαση και καλύτερη ποιότητα ζωής. Έτσι, τα άτομα που δηλώνουν μη ικανοποιημένα από τις υπηρεσίες στις μονάδες ψυχικής υγείας εμφανίζουν χειρότερη κλινική έκβαση μέσα στα έτη και χαμηλότερη ποιότητα ζωής και συνθηκών διαβίωσης. Επιβεβαιώνεται έτσι και ο λειτουργικός ορισμός της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας, η οποία ορίζεται συχνά ως αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών και ως ένας σημαντικός δείκτης ποιότητας φροντίδας (Elgendy H. Et al., 2023, Ferreira D.C. et al., 2023).

Όλες οι μεταβλητές, της ικανοποίησης, της κλινικής κατάστασης, της λειτουργικότητας και ποιότητας ζωής που εξετάστηκαν φάνηκε να συσχετίζονται μεταξύ τους αλλά σε μικρό βαθμό. Όσο χαμηλότερη είναι η λειτουργικότητα, τόσο περισσότερα είναι τα κλινικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς, ενώ όσο καλύτερη η λειτουργικότητα τόσο καλύτερη και η ποιότητα ζωής. Όσο καλύτερη η ποιότητα ζωής, τόσο καλύτερη και η κλινική έκβαση και κλινική εικόνα. Αντίστοιχα, όσο μεγαλύτερη ικανοποίηση, τόσο καλύτερη ποιότητα ζωής και βελτιωμένη κλινική εικόνα.

Ωστόσο, η ικανοποίηση παρ'όλο που συσχετίζεται με όλες τις υπόλοιπες μεταβλητές, δεν υποδεικνύει πρόβλεψη του μοντέλου παλινδρόμησης και έτσι η ικανοποίηση δεν φαίνεται να προβλέπει και να αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την ποιότητα ζωής και την κλινική κατάσταση.

Τέλος, από την ανάλυση διακύμανσης που χρησιμοποιήθηκε δεν επιβεβαιώθηκε κάποια επίδραση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών στην ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα, το φύλο και οι κλινικοί παράγοντες δεν φάνηκε να επιδρούν στα επίπεδα της ικανοποίησης, εκτός μόνο του πλαισίου, της μονάδας ψυχικής υγείας. Αυτό έρχεται σε συμφωνία με την πλειοψηφία προηγούμενων μελετών, οι οποίες δεν υπέδειξαν καμία επίδραση του φύλου στην ικανοποίηση. Στην κλινική έκβαση φάνηκε ότι επιδρούν τα κλινικά χαρακτηριστικά όπως είναι αναμενόμενο, δηλαδή η ψυχιατρική συμπτωματολογία και κλινική διάγνωση, τα προβλήματα συμπεριφοράς, τα γνωστικά και κοινωνικά ελλείμματα. Στην ποιότητα ζωής, υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση πλαισίου και περιοχής με τη φυσική και ψυχική υγεία ως διαστάσεις της. Αυτό δείχνει και αναδεικνύει την ποιότητα ζωής στα προστατευόμενα διαμερίσματα, όπου γίνεται μεγάλη προσπάθεια για βελτίωση των συνθηκών και βελτίωση ή σταθεροποίηση της ψυχικής υγείας μέσω της φαρμακευτικής αγωγής.

Η θετική συσχέτιση της ικανοποίησης με την ποιότητα ζωής, τη λειτουργικότητα και την κλινική κατάσταση μπορεί να έχει σημαντικές πρακτικές εφαρμογές στις δομές ψυχικής υγείας. Η βελτίωση αυτών των παραγόντων μπορεί να οδηγήσει σε πιο αποτελεσματική θεραπεία και ενίσχυση της συνολικής ευημερίας των ληπτών. Αναδεικνύεται η σημασία της επικέντρωσης στις ανάγκες και προτιμήσεις των ληπτών.

Η αξιολόγηση και βελτίωση των υπηρεσιών, καθώς και η βελτίωση της εμπειρίας των ληπτών αποτελεί μια σημαντική εφαρμογή. Οι δομές ψυχικής υγείας μπορούν να χρησιμοποιήσουν την ικανοποίηση των ληπτών ως βασικό δείκτη για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών τους. Μπορούν να υιοθετήσουν μια προσέγγιση που εστιάζει στην ικανοποίηση των χρηστών, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες και τις προτιμήσεις τους κατά τη διάρκεια του σχεδιασμού και της παροχής υπηρεσιών. Η λήψη υπόψη της ικανοποίησης του χρήστη μπορεί να οδηγήσει σε πιο εξατομικευμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Επίσης, ενισχύεται η συμμετοχή των ληπτών. Η ενθάρρυνση της ενεργού συμμετοχής των ληπτών στη θεραπευτική διαδικασία μπορεί να ενισχύσει την αίσθηση ελέγχου και αυτονομίας τους. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων και την εξατομίκευση των θεραπευτικών προγραμμάτων σύμφωνα με τις ανάγκες και προτιμήσεις τους.

Επιπλέον, η εκπαίδευση και υποστήριξη του προσωπικού στην αναγνώριση και διαχείριση των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ληπτών είναι κρίσιμη. Προγράμματα επαγγελματικής ανάπτυξης που εστιάζουν στις επικοινωνιακές δεξιότητες, την ενσυναίσθηση και την κατανόηση των αναγκών των ληπτών μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η εφαρμογή ολοκληρωμένων προγραμμάτων φροντίδας που συνδυάζουν την ψυχική και σωματική υγεία μπορεί να ενισχύσει τη συνολική ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα των ληπτών. Οι διεπιστημονικές ομάδες που περιλαμβάνουν ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες υγείας μπορούν να προσφέρουν πιο συνεκτική και ολοκληρωμένη φροντίδα.

Τέλος, η ανατροφοδότηση και συνεχής βελτίωση αποτελούν σημαντική πρακτική εφαρμογή. Η τακτική συλλογή και ανάλυση δεδομένων σχετικά με την ικανοποίηση των ληπτών και τα αποτελέσματα της θεραπείας μπορεί να οδηγήσει σε συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών. Οι δομές ψυχικής υγείας μπορούν να εφαρμόζουν τις βέλτιστες πρακτικές και να προσαρμόζουν τις προσεγγίσεις τους βάσει των ευρημάτων αυτών των αναλύσεων.

Περιορισμοί-Μελλοντική έρευνα

Η έρευνα καθίσταται σημαντική, καθώς μέχρι τώρα υπήρχε ένα ερευνητικό κενό στη μελέτη των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας με αποτέλεσμα την ελλιπή αξιολόγηση των αναγκών για τη διαμόρφωση παρεμβάσεων. Έτσι, η πρωτοτυπία της έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι πρόκειται για μια διαχρονική έρευνα την περίοδο της πανδημίας COVID και επιπλέον δόθηκε η δυνατότητα σύγκρισης ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε διαφορετικές περιοχές της επαρχίας, καθώς και η δυνατότητα σύγκρισης ληπτών σε οικοτροφεία και προστατευόμενα διαμερίσματα. Ήταν πολύ σημαντικό το ότι διερευνήθηκαν τα επίπεδα της ικανοποίησης και ποιότητας ζωής των ασθενών, ώστε να αξιολογηθούν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται.

Βέβαια, υπάρχουν και κάποιοι περιορισμοί της έρευνας. Η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος είναι μικρή, συνεπώς υπάρχει αδυναμία γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε ένα εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες, το οποίο είναι ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο, μια ιδιοκατασκευή, γεγονός που σημαίνει ότι ίσως έτσι χάνεται ένα μέρος της αξιοπιστίας

και της εγκυρότητας. Επιπλέον, έναν περιορισμό αποτελεί η έλλειψη διαθέσιμων δεδομένων για την Αττική και άλλες δομές, όπως ξενώνες.

Περαιτέρω ανάγκες σίγουρα αποτελούν η συνέχιση της μελέτης και ο εμπλουτισμός της με νέα δεδομένα. Θα ήταν χρήσιμο να γίνει επέκταση της μελέτης και σε άλλους φορείς ψυχικής υγείας, ώστε να υπάρξουν αξιόπιστα εθνικά και ερευνητικά δεδομένα. Είναι πολύ σημαντικό να αξιολογούνται οι ανάγκες των ατόμων με θέματα ψυχικής υγείας, ώστε να διαμορφώνονται οι κατάλληλες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση τους.

Βιβλιογραφία

- Θωμοπούλου Μ. (2021). *Ποιότητα ζωής και ικανοποίηση των ασθενών και των συγγενών τους από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Πάτρα.
- Λιανού Μ. (2018). *Ποιότητα υπηρεσιών υγείας μέσω της ικανοποίησης σθενών: Η περίπτωση των εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών του περιφερειακού γενικού νοσοκομείου «ο Άγιος Σάββας»*. Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής. Πειραιάς.
- Λορέντζος Α. (2020). *Διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο νησί της Αίγινας*. Σχολή Κοινωνικών Επιστημών. Πάτρα.
- Μπουραζά Ι. (2019). *Μέτρηση ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Ταμείου Υγείας Προσωπικού της Εθνικής Τράπεζας (Τ.Υ.Π.Ε.Τ.)*. Ιατρική Σχολή, Αθήνα.
- Νικολάου Ε., Κουράκος Μ. & Καυκιά Θ. (2021). *Ικανοποίηση χρηστών υπηρεσιών υγείας από την επαφή με δομές υγείας και από την εκπλήρωση των προσδοκιών τους*. Ανασκόπηση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 39 (6) 735-741.
- Παιναρλή Β. (2020). *Μεθοδολογική διερεύνηση κλιμάκων μέτρησης της ικανοποίησης ασθενών σε δημόσιο νοσοκομείο*. Σχολή Κοινωνικών Επιστημών. Πάτρα.
- Σαμαρτζής Α. & Ταλίας Μ. (2019). *Αξιολόγηση και βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας*. Ανασκόπηση. *Επιστημονικό περιοδικό περιβαλλοντικής έρευνας και δημόσιας υγείας*. 17,249.
- Στάγιας Ν. (2011). *Βιβλιογραφική ανασκόπηση των ερευνητικών εργαλείων και των μελετών ικανοποίησης ασθενών στις μονάδες υγείας στην Ελλάδα και στο εξωτερικό*. Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας. Καλαμάτα
- Σιακωτού Π. (2019). *Διερεύνηση επιπέδου ικανοποίησης χρηστών πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας*. *Μελέτη μονάδων υγείας Στερεάς Ελλάδας*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Αθήνα
- Τερζή Ε. (2021). *Βαθμός ικανοποίησης ασθενών με σχιζοφρένεια από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και πώς αυτός επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- Τζαβάρας Κ. (2014). *Εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών του Κέντρου Παιδοψυχικής Υγιεινής Αθηνών και της Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας του*

Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών Πειραιά, ως προς την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Πάτρα.

- Ψαρίκογλου Α., Αποστολάκης Ι. & Σαράφης Π. (2022). Ποιότητα στη φροντίδα υγείας και το περιεχόμενο ενός πλαισίου κλινικής διακυβέρνησης. *Ανασκόπηση. Επιστημονικά Χρονικά*. Τόμος 27. Τεύχος 1.
- Bergman H., Nikolakopoulou A., Hanssen- Bauer K. et al. (2018). Client feedback in psychological therapy for children and adolescents with mental health problems. *Cochrane Library*.
- Breedvelt J., Zamperoni V., et al. (2020). A systematic review of mental health measurement scales for evaluating the effects of mental health prevention interventions. *European Journal of Public Health*. Vol 30. No 3, 510-516.
- Dalton L. C., Marston L., Mc Pherson P. & Killaspy H. (2021). The effectiveness of mental health rehabilitation services: A systematic review and narrative synthesis. *Frontiers in psychiatry*.
- Desta H., Berhe T. & Hintsu S. (2018). Assessment of patients' satisfaction and associated factors among outpatients received mental health services at public hospitals of Mekelle Town, northern Ethiopia. *International Journal of Mental Health Systems* 12:38.
- Elgendy H., Shalaby R., Owusu E., Nkire N. et al. (2023). A Scoping Review of Adult Inpatient Satisfaction with Mental Health Services. *Healthcare* 11(24).
- Ellison M., Belanger L., Niles B, Evans L. et al. (2018). Explication and Definition of Mental Health Recovery: A systematic review. *Adm Policy Menatl Health* 45:91-102.
- Fernandes S., G. Fond, X.Y.Zendjidjian, Baumstarck K., Lançon C. et al. (2020). Measuring the Patient Experience of Mental Health Care: A Systematic and Critical Review of Patient-Reported Experience Measures *Patient Preference and Adherence* 2020:14.
- Ferreira D.C., Pedro I. et al. (2023). Patient Satisfaction with Healthcare Services and the Techniques Used for its Assessment: A systematic Literature Review and a Bibliometric Analysis. *Healthcare* 11 (5), 639.
- Foye U., Li Y., Birken M., Parle K. & Simpson A. (2019). Activities on acute mental health inpatient wards: A narrative synthesis of the service users' perspective. *Wiley*. DOI: 10.1111/jpm.12595.
- Frane V., Thompson A., Birchwood & L.Clarke (2020). Experiences and satisfaction of children, young people and their parents with alternative mental health models to

- inpatient settings: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry* 29:1621–1633.
- Jaiswal A., Carmichael K., Gupta S., Siemens T., Crowley P., Carlsson A., Unsworth G., Landry T. & Brown N. (2020). Essential elements that contribute to the recovery of persons with severe mental illness: A systematic scoping study. *Frontiers in psychiatry*. Article 586230.
- Khosravi M., Azar G., Izadi R. (2024). Principles and elements of patient-centredness in mental health services: a thematic analysis of a systematic review of reviews. *BMJ Evidence-Based Medicine*.
- Kirkham E., Watson S., Beange I. et al. (2022). Patient satisfaction with mental and psychological health services. *Wellcome Open Research* 7:198.
- Leendertse J.C.P, Wierdsma A.I, D., A. M. Ruissen, M. Slade, S. Castelein & C. L. Mulder. (2021). Personal recovery in people with a psychotic disorder: A systematic review. *Frontiers in psychiatry*. Article 622628.
- Leahy D. & Mc Nicholas F. (2021). Systematic reviews of effectiveness and satisfaction evaluation in child and adolescent mental health services in Ireland. *Irish Journal of Psychological Medicine*, page 1 of 12.
- McPherson P., Krotofil J. & Killaspy H. (2018). Mental health supported accommodation services: a systematic review of mental health and psychosocial outcomes. *BMC Psychiatry* 18:128.
- McKay C., Nugent K., Johnsen M. et al. (2018). A systematic review of evidence for the clubhouse model of psychosocial rehabilitation. *Adm Policy Mental Health* 45:28-47.
- M.D.Siqueria (2023). Evaluation of users' satisfaction with mental health services: A systematic review. *International Journal of Psychology and Neuroscience*. 9(2)38-52.
- Miglietta E., Richards K., Ruggeri M. & Priebe S. (2018). Scales for assessing patient satisfaction with mental health care: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research* 100, 33-46.
- Osborn D., Lamb D., Canaway A., et al. (2021). Acute day units in non-residential settings for people in mental health crisis: the AD CARE mixed methods study. *Health services and delivery research*. Volume 9. Issue 18.
- Pekonen A., Eloranta S., Stolt M., Virolainen P. & Leino K. (2020). Measuring patient empowerment: A systematic review. *Patient Education and Counselling* 103, 777-787.

- Perkins A., Ridler J., Browes D., Peryer G. et al. (2018). Experiencing mental health diagnosis: a systematic review of service user, clinician and carer perspectives across clinical settings. *Lancet Psychiatry*. 5:747-64.
- Piat M., Wainwright M., Sofouli E., Vachon B., Deslauriers T., Préfontaine C. & Francesca Frati (2021). Factors influencing the implementation of mental health recovery into services: a systematic mixed studies review. *Systematic Reviews*. 10:134.
- Prajapati R. & Liebling H. (2021). Accessing mental health services: A systematic review and metaethnography of the experiences of South Asian service users in the UK. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities* 9:598-619.
- Raghav U., A. Kumar, Hiranmoy R. & Pant V. (2019). A review of healthcare service quality dimensions and their measurement. *Journal of Health Management* 21(1) 102–127.
- Roberts T., Esponda G., Krupchanka D. et al. (2018). Factors associated with health service utilization for common mental disorders: a systematic review. *BMC Psychiatry* 18:262.
- Salehi A., Janati A. et al. (2018). Factors influencing the inpatients satisfaction in public hospitals: A systematic review. *Bali Medical Journal*. Volume 7. Number 1. 17-26.
- San Juan N., Gronholm P, Heslin M., Lawrence V. et al. (2021). *Frontiers in Psychiatry*.
- Sanchez- Balcels S., Roca M., Rodriquez N. et al. (2017). Psychometric properties of instruments measuring quality and satisfaction in mental health: A systematic review. *Wiley*.
- Sanz- Osorio M.T., L. Gonzalez-Diez, G. Sanchez-Rueda, V. Valles et al. (2023). Humanised care in acute psychiatric hospitalization units: Definition, values and strategic initiatives from the perspective of persons with mental health problems, primary carers and professionals. *Psychiatric and Mental Health Nursing*.
- Semahegn A., Kwasi T., Adom M., Nega A., Gezahegn T. & Augustine A. (2020). Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta analysis. *Systematic Reviews*. 9:17.
- Storm M., Husebo A., Thomas E. et al. (2019). Coordinating mental health services for people with serious mental health illness: A scoping review of transitions from psychiatric hospital to community. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 46:352-367.
- Subrinho L. Q., Elizangela Sant'Anna da Silva, et al. (2023). Evaluation of Users' Satisfaction with Mental Health Services: A Systematic Review. *International Journal of Psychology and Neuroscience*. 9(2) 38-52.

- Tahir F., Muneeb A. & Kiran I. (2022). An Overview of Factors Influencing Psychiatric Out-Patient Satisfaction at a Tertiary Care Hospital in Pakistan. *Cureus 14*(6).
- Thomas E., Ben S., Treichler E., Roth S. et al. (2021). A systematic review of shared decision-Making interventions for service users with serious mental illnesses: state of the science and future directions. *Psychiatric services 72*:11.
- Trokey E..(2017). *Satisfaction of mental health services*. St. Cloud State University.
- Waid J. (2019). Supporting family engagement with child and adolescent mental health services: A scoping review. *Health and Social Care*.
- Walker K., Yates J., Denning T. et al. (2023). Quality of life, wellbeing, recovery and progress for older forensic mental health patients: a qualitative investigation based on the perspectives of patients and staff. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing*.
- Wampold B. & Fluckiger C. (2023). The alliance in mental health care: conceptualization, evidence and clinical applications. *Official Journal of the World Psychiatric Association*.
- Windle E., Tee H., Sabitova A. et al. (2020). Association of Patient Treatment Preference With Dropout and Clinical Outcomes in Adult Psychosocial Mental Health Interventions. A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama Psychiatry. 77*-3. 294-302.
- Woodward S., Berry K. & Bucci S. (2017). A systematic review of factors associated with service user satisfaction with psychiatric inpatient services. *Journal of Psychiatric Research. 92* (81-93).

Παραρτήματα

A1. Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης για μονάδες προστατευμένης διαβίωσης (ΜΨΑ)

Έχοντας ως στόχο τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχουμε, θα θέλαμε να αξιολογήσετε τις υπηρεσίες που λαμβάνετε στη μονάδα που διαμένετε (οικοτροφείο, διαμέρισμα).

Παρακαλούμε συμπληρώστε το ερωτηματολόγιο εκτιμώντας την ικανοποίησή σας στους τομείς που περιγράφονται σε αυτό. Σε κάθε μια από τις προτάσεις μπορείτε να επιλέξετε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο. Η άποψή σας είναι πολύ σημαντική για εμάς και θα ληφθεί υπόψη.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι ανώνυμη και εμπιστευτική. Μπορείτε να παραδώσετε το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο σε κλειστό φάκελο που θα σας διατεθεί.

Αν χρειάζεστε υποστήριξη στη συμπλήρωσή του ή διευκρινίσεις, υπάρχει ένα ειδικό έντυπο (φύλλο επεξηγήσεων) στη διάθεσή σας. Επίσης, έχει οριστεί συγκεκριμένος επαγγελματίας ψυχικής υγείας που δεν συμμετέχει άμεσα στη φροντίδα σας, για να σας διευκολύνει.

Απαντήστε με ένα **X** στο τετραγωνάκι στα παρακάτω ερωτήματα.

ΠΛΑΙΣΙΟ

Μονάδα:

- Οικοτροφείο
- Προστατευμένο Διαμέρισμα

Δομή:

- Αττικής
- Θράκης
- Φθιώτιδας
- Φωκίδας

Πόσα χρόνια διαμένετε σε μονάδες προστατευμένης διαβίωσης της ΕΚΨ

Π.Σακελλαρόπουλος;

.....

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα Άλλο

Ηλικία:

Εκπαίδευση:

- Καμία Εκπαίδευση
- Δημοτικό
- Γυμνάσιο
- Λύκειο
- Ανώτερη - Ανώτατη Εκπαίδευση

Τωρινή απασχόληση:

- Εργαζόμενος/η
- Απασχολούμενος/η σε προστατευμένη ή υποστηριζόμενη εργασία
- Άνεργος/η
- Συνταξιούχος
- Μαθητής-τρια/Φοιτητής-τρια

Οικογενειακή κατάσταση:

- Έγγαμος/η
- Άγαμος/η
- Διαζευγμένος/η
- Χήρος/α

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ ΣΕ ΑΥΤΗΝ

(1^ο πεδίο)

1. Η μονάδα βρίσκεται σε σημείο που με εξυπηρετεί πολύ.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Μάλλον συμφωνώ
- Μάλλον διαφωνώ
- Διαφωνώ

- Διαφωνώ απόλυτα
2. **Η μετακίνησή μου γίνεται εύκολα προς και από τη μονάδα, όταν χρειάζεται να απομακρυνθώ για κάποια εργασία ή για λόγους ψυχαγωγίας.**
- Συμφωνώ απόλυτα
 - Συμφωνώ
 - Μάλλον συμφωνώ
 - Μάλλον διαφωνώ
 - Διαφωνώ
 - Διαφωνώ απόλυτα
3. **Κατά την πρώτη επαφή μου με τη μονάδα (πρώτες επισκέψεις/ αρχική φιλοξενία) έμεινα ικανοποιημένος/η από τις πληροφορίες που πήρα για το χώρο, τη λειτουργία, τους κανόνες διαβίωσης, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις μου.**
- Συμφωνώ απόλυτα
 - Συμφωνώ
 - Μάλλον συμφωνώ
 - Μάλλον διαφωνώ
 - Διαφωνώ
 - Διαφωνώ απόλυτα
4. **Είμαι ικανοποιημένος/η από τον χώρο (κτίριο, προσβασιμότητα, επί μέρους χώροι).**
- Συμφωνώ απόλυτα
 - Συμφωνώ
 - Μάλλον συμφωνώ
 - Μάλλον διαφωνώ
 - Διαφωνώ
 - Διαφωνώ απόλυτα

ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ
(2^ο πεδίο)

5. **Συμμετέχω όσο ενεργά θα ήθελα σε ζητήματα που αφορούν τη ζωή μου στη μονάδα.**
- Συμφωνώ απόλυτα
 - Συμφωνώ
 - Μάλλον συμφωνώ
 - Μάλλον διαφωνώ
 - Διαφωνώ
 - Διαφωνώ απόλυτα
6. **Η θεραπευτική ομάδα οργανώνει καλά τη φροντίδα μου με βάση τις ανάγκες και τις επιθυμίες μου.**
- Συμφωνώ απόλυτα
 - Συμφωνώ
 - Μάλλον συμφωνώ
 - Μάλλον διαφωνώ
 - Διαφωνώ
 - Διαφωνώ απόλυτα
7. **Το προσωπικό της μονάδας μου φέρεται με ευγένεια και σεβασμό.**
- Συμφωνώ απόλυτα
 - Συμφωνώ
 - Μάλλον συμφωνώ
 - Μάλλον διαφωνώ
 - Διαφωνώ
 - Διαφωνώ απόλυτα
8. **Η μονάδα συνεργάζεται καλά με άλλες υπηρεσίες, ώστε να καλύπτονται γενικότερα οι ανάγκες μου.**
- Συμφωνώ απόλυτα
 - Συμφωνώ
 - Μάλλον συμφωνώ
 - Μάλλον διαφωνώ
 - Διαφωνώ

Διαφωνώ απόλυτα

9. **Είμαι ικανοποιημένος/η από το πρόγραμμα διατροφής (φαγητό, μικρογεύματα, καφέδες κ.ά.) και πιστεύω ότι καλύπτει τις ανάγκες και επιθυμίες μου.**

Συμφωνώ απόλυτα

Συμφωνώ

Μάλλον συμφωνώ

Μάλλον διαφωνώ

Διαφωνώ

Διαφωνώ απόλυτα

10. **Είμαι ικανοποιημένος/η από τον προσωπικό μου χώρο.**

Συμφωνώ απόλυτα

Συμφωνώ

Μάλλον συμφωνώ

Μάλλον διαφωνώ

Διαφωνώ

Διαφωνώ απόλυτα

11. **Έχω ρόλο στη φροντίδα του χώρου (συμμάζεμα, καθαριότητα, διαρρύθμιση, διακόσμηση).**

Συμφωνώ απόλυτα

Συμφωνώ

Μάλλον συμφωνώ

Μάλλον διαφωνώ

Διαφωνώ

Διαφωνώ απόλυτα

12. **Συμβιώνω ικανοποιητικά με τους υπόλοιπους ενοίκους.**

Συμφωνώ απόλυτα

Συμφωνώ

Μάλλον συμφωνώ

- Μάλλον διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

13. **Η μονάδα αποτελεί έναν ήσυχο και φιλόξενο χώρο.**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Μάλλον συμφωνώ
- Μάλλον διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ

(3ο πεδίο)

14. **Αισθάνομαι ότι το πρόσωπο αναφοράς μου με αποδέχεται και με σέβεται.**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
 - Μάλλον συμφωνώ
 - Μάλλον διαφωνώ
 - Διαφωνώ
 - Διαφωνώ απόλυτα

15. **Συζητώ με το πρόσωπο αναφοράς μου με άνεση για πολύ προσωπικά μου θέματα.**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Μάλλον συμφωνώ
- Μάλλον διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

16. **Το πρόσωπο αναφοράς μου με ακούει προσεκτικά και ενδιαφέρεται ουσιαστικά για τις ανάγκες και τις δυσκολίες μου.**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Μάλλον συμφωνώ
- Μάλλον διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

17. Έχω τη δυνατότητα επιλογής ή αλλαγής του προσώπου αναφοράς μου.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Μάλλον συμφωνώ
- Μάλλον διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

18. Μου δίνονται οι πληροφορίες που χρειάζομαι σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή μου (δράση, ανεπιθύμητες ενέργειες, τροποποιήσεις κ.ά.).

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Μάλλον συμφωνώ
- Μάλλον διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

19. Μου δίνονται οι πληροφορίες που χρειάζομαι σχετικά με την υπόλοιπη θεραπεία μου πέρα από τη φαρμακευτική αγωγή μου (ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, ψυχολογική υποστήριξη, διαχείριση κρίσεων κ.α.).

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Μάλλον συμφωνώ
- Μάλλον διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

20. **Συμμετέχω ενεργά και ισότιμα στη διαμόρφωση του Ατομικού Θεραπευτικού Προγράμματός μου (ΑΘΠ).**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Μάλλον συμφωνώ
- Μάλλον διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

21. **Το ΑΘΠ μου καλύπτει ικανοποιητικά τις ανάγκες και επιθυμίες μου (εξατομικευμένη φροντίδα με στόχο την ποιότητα ζωής και την προσωπική ανάπτυξη).**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Μάλλον συμφωνώ
- Μάλλον διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

ΕΥΡΥΤΕΡΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

(4^ο πεδίο)

22. **Πέρα από τη μονάδα μου γνωρίζω ευρύτερα τη λειτουργία της δομής μου και συμμετέχω ενεργά σε δραστηριότητές της (εκπαίδευση, αγωγή κοινότητας, διασύνδεση μεταξύ των μονάδων κ.α.).**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Μάλλον συμφωνώ
- Μάλλον διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

23. **Συμμετέχω ενεργά σε θεσμικές διαδικασίες της μονάδας και της δομής μου (π.χ. στην αξιολόγηση των υπηρεσιών που δέχομαι, στη λήψη αποφάσεων για τη λειτουργία της μονάδας και της δομής).**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Μάλλον συμφωνώ
- Μάλλον διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

24. **Γνωρίζω ευρύτερα το έργο και τη λειτουργία της ΕΚΨ Π.Σακελλαρόπουλος (ιστορία, όραμα, στόχοι, πρόσωπα σε θέση ευθύνης).**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Μάλλον συμφωνώ
- Μάλλον διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

25. **Από τη μέχρι τώρα εμπειρία μου θεωρώ ότι η ΕΚΨ Π.Σακελλαρόπουλος συμβάλλει στην καταπολέμηση του στίγματος και στην αλλαγή της στάσης του κόσμου απέναντι στις ψυχικές διαταραχές.**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Μάλλον συμφωνώ
- Μάλλον διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ

(5ο πεδίο)

Σε κλίμακα από το 0 έως το 10 (με 0 το χειρότερο και 10 το καλύτερο) με ποιο βαθμό αξιολογείς τις υπηρεσίες που λαμβάνεις στη συγκεκριμένη μονάδα;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Θα σύστηνες τη μονάδα σου και ευρύτερα την ΕΚΨ Π.Σακελλαρόπουλος σε τρίτους;

Σίγουρα ναι

- Ναι
- Μάλλον ναι
- Μάλλον όχι
- Όχι
- Σίγουρα όχι

Παρακάτω μπορείς να σημειώσεις οτιδήποτε θα ήθελες να βελτιωθεί στις υπηρεσίες που σου παρέχουμε.

Μπορείς να αναφέρεις προβλήματα και δυσκολίες που δεν καλύφθηκαν παραπάνω και ό,τι άλλο θεωρείς σημαντικό να γνωρίζουμε. Οι απόψεις σου έχουν μεγάλη σημασία για εμάς και θα μας βοηθήσουν να σε φροντίζουμε καλύτερα.

Ευχαριστούμε θερμά για τη συνεργασία σου.

Η προστασία των προσωπικών δεδομένων είναι πολύ σημαντική για την Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής Π.Σακελλαρόπουλος και για το λόγο αυτό ζητούμε τη συγκατάθεσή σου για τη διατήρηση στο αρχείο μας των δεδομένων που συλλέγουμε μέσω αυτού του ερωτηματολογίου.

Έχεις το δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού της επεξεργασίας και εναντίωσης στην επεξεργασία μετά από σχετικό σου αίτημα προς εμάς, αποστέλλοντας μήνυμα ηλεκτρονικής αλληλογραφίας στη διεύθυνση: gdpr@ekpse.gr Αν χρειάζεσαι κάποια υποστήριξη σε αυτήν τη διαδικασία ή περισσότερες διευκρινίσεις, μπορείς να απευθυνθείς στο πρόσωπο αναφοράς σου ή στον Επιστημονικό Υπεύθυνο της Μονάδας σου

A2. INSTRUMENTAL ACTIVITY OF DAILY LIVING

A. Ικανότητα γρησιμοποίησης τηλεφώνου:

- 0. Δεν εκτιμάται.
- 1. Χρησιμοποιεί το τηλέφωνο, βλέπει και σχηματίζει αριθμούς.
- 2. Παίρνει λίγα, πολύ γνωστά τηλέφωνα.
- 3. Απαντά στο τηλέφωνο, αλλά δεν τηλεφωνεί.
- 4. Δεν χρησιμοποιεί καθόλου το τηλέφωνο.

B. Ικανότητα για ψώνια:

- 0. Δεν εκτιμάται.
- 1. Αντιμετωπίζει όλες τις ανάγκες για ψώνια μόνος /η του /της.
- 2. Ψωνίζει, αρκεί να βρίσκεται κάποιος κοντά του /της.
- 3. Συνοδεύει απλώς για ψώνια.
- 4. Δεν πάει καθόλου για ψώνια.

Γ. Προετοιμασία γευμάτων:

- 0. Δεν εκτιμάται.
- 1. Σχεδιάζει, ετοιμάζει, και σερβίρει επαρκή γεύματα.
- 2. Προετοιμάζει επαρκή γεύματα εάν υπάρχουν τα απαραίτητα.
- 3. Ζεσταίνει ή προσφέρει έτοιμα γεύματα ή ετοιμάζει γεύματα αλλά δε διατηρεί την ικανότητα επαρκούς διατροφής.
- 4. Χρειάζεται να του /της ετοιμάσουν και α του /της σερβίρουν τα γεύματα.

Δ. Νοικοκυριό:

- 0. Δεν εκτιμάται.
- 1. Διατηρεί καθαρό το σπίτι μόνος /η ή με περιστασιακή βοήθεια (για τις βαριές δουλειές).
- 2. Κάνει τις καθημερινές δουλειές, όπως το πλύσιμο των πιάτων ή το στρώσιμο των κρεβατιών.
- 3. Κάνει τις καθημερινές δουλειές, αλλά δεν μπορεί να διατηρήσει ένα αποδεκτό επίπεδο καθαριότητας.

4. Χρειάζεται βοήθεια σε όλες τις δουλειές του σπιτιού.

Δε συμμετέχει σε καμία από τις δουλειές του σπιτιού.

Ε. Πλύσιμο:

0. Δεν εκτιμάται.
1. Πλένει τα προσωπικά του ρούχα μόνος /η του /της.
2. Πλένει μικρά ρούχα καθημερινής ανάγκης, όπως κάλτσες.
3. Όλο το πλύσιμο γίνεται από άλλους.

ΣΤ. Τρόποι μεταφοράς:

0. Δεν εκτιμάται.
1. Μετακινείται μόνος /η με μέσα μαζικής μεταφοράς ή οδηγεί το δικό του /της αυτοκίνητο.
2. Οργανώνει τα ταξίδια του /της με ταξί και δεν χρησιμοποιεί μέσα μαζικής μεταφοράς.
3. Μετακινείται με μέσα μαζικής μεταφοράς, όταν βοηθιέται ή συνοδεύεται από άλλους..
4. Ταξιδεύει με ταξί ή αυτοκίνητα μόνο με τη βοήθεια άλλου
5. Δεν ταξιδεύει καθόλου.

Ζ. Υπευθυνότητα για τα φάρμακά του:

0. Δεν εκτιμάται.
1. Είναι υπεύθυνος και παίρνει τα φάρμακά του στη σωστή δόση και στο σωστό χρόνο.
2. Παίρνει τα φάρμακά του όταν ετοιμάζονται σε χωριστές δόσεις.
3. Δεν είναι ικανός /η να πάρει τα φάρμακά του /της.

Η. Ικανότητα να διαχειρίζεται χρήματα:

0. Δεν εκτιμάται.

1. Διαχειρίζεται μόνος/ η τα οικονομικά του /της (κονδύλια, γράφει επιταγές, πληρώνει ενοίκιο, λογαριασμούς, πηγαίνει στην τράπεζα), μαζεύει και διατηρεί οικονομίες από τα εισοδήματα.

2. Τα καταφέρνει με τις καθημερινές συναλλαγές, αλλά χρειάζεται βοήθεια για την τράπεζα και τις μεγάλες συναλλαγές.

3. Ανίκανος /η να διαχειρίζεται χρήματα.

A3.WHOQOL-BREF

(Μετάφραση-Προσαρμογή: Μ. Τζινιέρη-Κοκκώση και συν, 2000)

Στο ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζεται πως **εσείς** αξιολογείτε την **ποιότητα ζωής σας**, την υγεία σας καθώς και άλλες πλευρές της ζωής σας. Παρακαλούμε **να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις**. Αν δεν είστε σίγουρος/η για την απάντηση σε κάποια ερώτηση, παρακαλούμε **να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι είναι η πιο κατάλληλη για σας**. Συχνά, η πιο σωστή απάντηση μπορεί να είναι η πρώτη απάντηση που σκεφτήκατε να δώσετε. Παρακαλούμε να σκεφτείτε τα δικά σας κριτήρια και τις δικές σας προσδοκίες στη ζωή, καθώς και ό,τι σας δίνει χαρά, αλλά και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί. Θα θέλαμε να φέρετε στην μνήμη σας **τις δύο τελευταίες εβδομάδες** της ζωής σας και να δώσετε τις απαντήσεις σας σύμφωνα με αυτό το χρονικό πλαίσιο. Για παράδειγμα, σκεπτόμενοι τις δύο τελευταίες εβδομάδες, μία ερώτηση θα μπορούσε να είναι:

**Έχετε από τους άλλους την
συγκεκριμένη υποστήριξη
που χρειάζεστε;**

Καθόλου

1

Λίγο

2

Μέτρια

3

Πολύ

4

Απόλυτα

5

Θα πρέπει να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στο βαθμό στον οποίο αισθάνεστε ότι έχετε υποστήριξη από τους άλλους τις δυο τελευταίες εβδομάδες. Για παράδειγμα, εάν έχετε σε μεγάλο βαθμό υποστήριξη από τους άλλους, θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό **4** που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση «Πολύ».

Αν δεν έχετε «Καθόλου» την υποστήριξη που χρειάζεστε από τους άλλους τις δύο τελευταίες εβδομάδες, τότε θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό **1**.

Παρακαλούμε να διαβάσετε κάθε ερώτηση, να σκεφτείτε και να αξιολογήσετε τα συναισθήματά σας και να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό της κλίμακας που δίνει την πιο κατάλληλη για σας απάντηση, σε κάθε ερώτηση.

**Πως θα βαθμολογούσατε την
ποιότητα της ζωής σας γενικά;**

Πολύ κακή

1

Κακή

2

Ούτε κακή

ούτε καλή

3

Καλή

4

Πολύ

καλή

5

**Πόσο ικανοποιημένος/η
είστε από την υγεία σας;**

1 Πολύ

δυσारे-

στημένος/η

Δυσारे-

στημένος/η

2

Ούτε δυσारे-

στημένος/η ούτε

ικανοποιημένος/η

3

**Ικανοποιη
μένος/η**

4

**Πολύ
ικανοποιη
μένος/η**

5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν **πόσο πολύ** βιώνετε κάποιες καταστάσεις **τις δυο** τελευταίες εβδομάδες

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Υπερβολικά

**Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι
σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν
να κάνετε τις δουλειές σας;**

1

2

3

4

5

**Πόσο χρειάζεστε κάποιου είδους
ιατρική θεραπεία για να
λειτουργήσετε στην καθημερινή
ζωή;**

1

2

3

4

5

Πόσο απολαμβάνετε τη ζωή;

1 2 3 4 5

**Αισθάνεστε ότι η ζωή σας
έχει νόημα ;**

1

2

3

4

5

**Πόσο καλά μπορείτε να συγκεν-
τρωθείτε σε κάτι που κάνετε ;**

1

2

3

4

5

**Πόσο ασφαλής από εξωτερι-κούς
κινδύνους αισθάνεστε στην
καθημερινή ζωή σας;**

1

2

3

4

5

**Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό
περιβάλλον που ζείτε;**

1

2

3

4

5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν **πόσο απόλυτα**, δηλαδή **σε ποιο βαθμό** μπορείτε να βιώνετε κάποιες καταστάσεις ή **πόσο ικανός/ή** θεωρείτε ότι είστε έτσι ώστε να κάνετε ορισμένα πράγματα τις δυο τελευταίες εβδομάδες.

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Απόλυτα

**Έχετε την απαραίτητη
ενεργητικότητα για τις
δραστηριότητες της
καθημερινής ζωής;**

1

2

3

4

5

**Μπορείτε να αποδεχθείτε τη
σωματική εμφάνισή σας;**

1

2

3

4

5

**Έχετε τα απαραίτητα χρήματα για
να καλύπτετε τις**

ανάγκες σας;

1

2

3

4

5

**Πόσο εύκολα μπορείτε να έχετε την
πληροφόρηση που χρειάζεστε για
θέματα που αφορούν**

την καθημερινή ζωή σας;

1

2

3

4

5

**Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο
χρόνο για ψυχαγωγία;**

1

2

3

4

5

**Πόσο ικανός/ή είστε να κινείστε
στο χώρο και να κυκλοφορείτε;**

1

2

3

4

5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν **πόσο ικανοποιημένος/η** νιώθετε από διάφορες πλευρές της ζωής σας τις **δυο τελευταίες εβδομάδες**.

Πολύ

δυσασρε-

στημένος/η

Δυσασρε-

μένος/η

Ούτε δυσασρε-

στημένος/η ούτε

ικανοποιημένος

Ικανοποιη

-μένος/η

Πολύ

ικανοποιημένος

Πόσο ικανοποιημένος/η

είστε από τον ύπνο σας;

1

2

3

4

5

Πόσο ικανοποιημένος/η

είστε από την ικανότητά

σας να βγάζετε πέρα

με τις δραστηριότητες της

καθημερινής ζωής;

1

2

3

4

5

**Πόσο ικανοποιημένος/η
είστε από την ικανότητά
σας για εργασία;**

1

2

3

4

5

**Πόσο ικανοποιημένος/η
είστε με τον εαυτό σας;**

1

2

3

4

5

**Πόσο ικανοποιημένος/η
είστε με τις προσωπικές
σχέσεις σας;**

1

2

3

4

5

**Πόσο ικανοποιημένος/η
είστε από την σεξουαλική
ζωή σας;**

1

2

3

4

5

**Πόσο ικανοποιημένος/η
είστε από τη υποστήριξη
που έχετε από τους φίλους
σας;**

1

2

3

4

5

**Πόσο ικανοποιημένος/η
είστε από τις συνθήκες που
υπάρχουν στον τόπο που
κατοικείτε;**

1

2

3

4

5

**Πόσο ικανοποιημένος/η
είστε από την πρόσβαση
που έχετε στις διάφορες
υπηρεσίες υγείας;**

1

2

3

4

5

**Πόσο ικανοποιημένος/η
είστε από τα μεταφορικά
μέσα που χρησιμοποιείτε;**

1

2

3

4

5

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει **πόσο συχνά** έχετε ορισμένα συναισθήματα τις **δύο** τελευταίες εβδομάδες.

Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;

Ποτέ

1

Σπάνια

2

Μερικές φορές

3

Συχνά

4

Συνεχώς

5

A4. HoNOS

Βαθμολογείστε 9 εάν άγνωστο

Σημερινή ημερομηνία	01 /01/1 2	00 /00/0 0	00 /00/0 0	00 /00/0 0	01 /01/1 2	01 /01/1 2	01 /01/1 2	01 /01/1 2
Ημερομηνία αξιολόγησης ασθενούς								
Αρχικά αξιολογητή								
Ειδικότητα								

Περίοδος αξιολόγησης: 1) τις προηγούμενες δύο εβδομάδες 2) μετά την νοσηλεία 3) άλλο (περιγράψτε)								
1.Υπερδραστήρια, επιθετική, αποδιοργανωτική, διεγερτική συμπεριφορά	0-4							
2.Μη τυχαίος αυτοτραυματισμός	0-4							
3.Προβλήματα οιοπνευματώδων ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών	0-4							
4.Προβλήματα γνωστικών λειτουργιών	0-4							
5.Προβλήματα σωματικών παθήσεων ή αναπηριών	0-4							
6.Προβλήματα ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών	0-4							

7.Προβλήματα με καταθλιπτικό συναίσθημα	0-4								
8.Άλλα ψυχικά προβλήματα και συμπεριφοράς *	0-4								
Προσδιορίστε τον τύπο του προβλήματος A-J									
9.Προβλήματα σχέσεων	0-4								
10.Προβλήματα δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής	0-4								
11.Προβλήματα συνθηκών ζωής	0-4								
12.Προβλήματα με την εργασία και άλλες δραστηριότητες	0-4								
Σύνολο	0-4 8								
Πλαίσιο Αξιολόγησης:									
Μονάδα Κατοίκων	1) 2)								
(περιγράψτε)	3) Άλλο								

Διάγνωση:	Σημειώσεις:
1. Οργανικές ψυχικές	
2. διαταραχές	
Διαταραχές	
οφειλόμενες στη	
3. χρήση ουσιών,	
Σχιζοφρένεια,	
4. παραληρητικές	
5. διαταραχές,	
6. Διαταραχές της	
7. διάθεσης,	
Νευρωσικές,	
8. συνδεόμενες με	
9. στρες διαταραχές,	
10. Διαταραχές	
11. πρόσληψης τροφής,	
12. μη οργανικές	
13. διαταραχές του	
14. ύπνου,	
15. Διαταραχές της	
16. προσωπικότητας και	
17. της συμπεριφοράς,	
18. 8. Νοητική	
19. καθυστέρηση,	
20. 9. Διαταραχές της	
21. ψυχολογικής	
22. ανάπτυξης,	
23. 10. Διαταραχές της	
24. συμπεριφοράς και	
25. του συναισθήματος,	
26. με έναρξη συνήθως	
27. κατά την παιδική και	
28. την εφηβική ηλικία,	

11. Προβλήματα σχέσεων – κοινωνικά θέματα, 12. Χωρίς ψυχοπαθολογία- πιστοποιητικά-Άλλο	
---	--