

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΠΡΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΣΤΗ ΦΑΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΟΑΕΔ

Ιωάννης Παξινός, Φωτεινή Δρακουλινάκου, Μιχάλης Μιχαήλ¹

Περίληψη

Σκοπός των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ψυχικά πασχόντων, καθώς αυτή αποτελεί το τελικό κριτήριο επίτευξης του στόχου στον οποίο θα πρέπει να αποσκοπούν οι Κοινωνικά προσανατολισμένες Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.

Στα πλαίσια έρευνας από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Αθήνας, διερευνήθηκαν οι αντιλήψεις για την Ποιότητα Ζωής πρώην ψυχικά πασχόντων (N=98) στη φάση επαγγελματικής αναζήτησης μέσω των υπηρεσιών του ΟΑΕΔ. Οι πρώην νοσηλευόμενοι εκφράζουν στις υποκειμενικές διαστάσεις της συνέντευξης αυξημένη ικανοποίηση σε όλες σχεδόν τις παραμέτρους Ποιότητας Ζωής. Εξαίρεση αποτελεί η δυσαρέσκεια σε ότι αφορά την υγεία, τη λήψη αποφάσεων και το ποσοστό των επαφών τους με τα οικογενειακά και συγγενικά τους άτομα.

Οι τομείς στους οποίους οι πρώην νοσηλευόμενοι εκφράζουν τη μεγαλύτερη ικανοποίηση σχετίζονται με τον τωρινό τόπο διαμονής τους στην Κοινότητα, το αίσθημα ασφάλειας και την ευχαρίστηση που αντλούν από δραστηριότητες κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου τους. Επιπλέον η εργασία παρέχει, τουλάχιστον σε όσους εργάστηκαν την τελευταία τριετία, αρκετή ικανοποίηση, ενώ αισθητά λιγότερη ικανοποίηση καταγράφεται σε ότι αφορά τις απολαβές τους.

1. Εισαγωγή

Οι βασικές αρχές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αναδεικνύουν τον ψυχικά πάσχοντα ως άτομο με ανάγκες και θετικά χαρακτηριστικά, το οποίο μπορεί να αναρρώσει της χρόνιας ψυχικής διαταραχής και να συμβάλλει ο ίδιος με ενεργητικό τρόπο στο σχεδιασμό υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση εννοείται ως μια διαδικασία απελευθέρωσης της ψυχιατρικής από τη θεσμική της λογική, έτσι όπως αυτή εκφράζεται μέσα από μία σει-

1. Ο Ι. Παξινός είναι Δρ. Κλινικής Ψυχολογίας, επιστημονικός συνεργάτης του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας ΤΕΙ Αθηνών, διδάσκων στο ΠΤΔΕ του Πανεπιστημίου Αθηνών. Οι Φ. Δρακουλινάκου και Μ. Μιχαήλ είναι κοινωνικοί λειτουργοί

ρά «θεσμοποιήσεις» που παγιώθηκαν κατά τη διάρκεια της ιστορικής της εξέλιξης: τη διάγνωση, την κοινωνική ακύρωση, την αναγκαστική νοσηλεία, την ιατρικοποίηση της ψυχικής οδύνης και τέλος, τον εγκλεισμό (Γκιωνάκης, Στυλιανίδης, 1990). Είναι μία διαδικασία η οποία διευκολύνει και παρέχει τις ευκαιρίες -σε άτομα με έκπτωση της λειτουργικότητας λόγω ψυχικής διαταραχής- να επιτύχουν ένα όσο το δυνατό καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας στην κοινότητα (Πανέτας, 2002).

Η αποκατάσταση αυτή αποβλέπει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ψυχικά πασχόντων και δεν αποσκοπεί μόνο στη βελτίωση του επιπέδου λειτουργικότητας του πάσχοντος, αλλά στην εξασφάλιση εκείνων των συνθηκών, που θα επιτρέψουν στο άτομο να εκφράσει και να ικανοποιήσει στο μέγιστο βαθμό τις προσωπικές του ανάγκες.

Η κοινωνική αποκατάσταση αποσκοπεί στην επανένταξη του ατόμου στο κοινωνικό περιβάλλον του, στην όσο το δυνατόν μεγαλύτερη φυσική, ψυχική, μορφωτική, επαγγελματική του απόδοση: οικογένεια, φίλους, εργασία, κοινότητα (Παπαιωάννου, 1988).

Η εργασιακή ένταξη των ψυχικά πασχόντων αποτελεί ένα στοιχείο αναπόσπαστο του όλου μετασχηματισμού της οργάνωσης του ψυχιατρικού θεσμού και της ανάπτυξης του ατόμου στο δρόμο της αυτονομίας, της ανασύνθεσης της υποκειμενικής του ταυτότητας και της υλικής οικοδόμησης των δικαιωμάτων του πολίτη (Μεγαλοοικονόμου, 1992). Η εργασία έχει αναμφισβήτητα αποτελέσει έναν από τους κυριότερους άξονες στο πεδίο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με χρόνιες ψυχικές ασθένειες. Ο ρόλος της εργασίας είναι σημαντικός καθώς συμβάλλει στην ανάκτηση της χαμένης αυτοεικόνας και στη γενικότερη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η ένταξη του χρόνιου ψυχικά πάσχοντα σε ένα φυσικό και κατάλληλο εργασιακό περιβάλλον ενθαρρύνει αισθήματα κοινωνικής συμμετοχής και αυτο-αξίας. Συγκεκριμένα, η ύπαρξη αυτονομίας, ελέγχου και επιλογών είναι σημαντικοί παράγοντες στη διαμόρφωση του αισθήματος ικανοποίησης του πάσχοντα, η οποία σχετίζεται άμεσα και με την ποιότητα ζωής (Coid, 1993). Αποτελεί ωστόσο κοινότοπη αλλά και αναμενόμενη διαπίστωση πως τα ποσοστά των χρόνιων ψυχικά πασχόντων στην αγορά εργασίας είναι εξαιρετικά χαμηλά (Ζήση, 2001).

Η επαγγελματική αποκατάσταση του ψυχικά πάσχοντα θα πρέπει να επικεντρώνεται στην εξασφάλιση επαγγελματικών συνθηκών που να αντιστοιχούν όχι μόνο στις πραγματικές ικανότητες και δεξιότητες του ατόμου αλλά και στα εργασιακά του ενδιαφέροντα. Σύμφωνα με τον Lehman (1995), οι επαγγελματικές παρεμβάσεις αποκατάστασης επιφέρουν θετικά αποτελέσματα μόνο όταν οι ψυχικά πάσχοντες είναι σε θέση να:

1. βρουν και διατηρήσουν μία πλήρη και αμειβόμενη απασχόληση,
2. αποδώσουν επαγγελματικά και
3. εκφράσουν ικανοποίηση μέσω αυτής της εργασιακής τους απασχόλησης.

Άλλοι μελετητές (Antony και συν., 1995, Rogers και συν., 1997) υποστήριξαν πως εάν το άτομο με ψυχική διαταραχή έχει την επιθυμία να εργαστεί, έχει θέσει επαγγελματικό στόχο και συμμετέχει σε επαγγελματικό πρόγραμμα αποκατάστασης, μπορεί

να πετύχει θετικά εργασιακά αποτελέσματα, ανεξάρτητα με τις κλινικο-δημογραφικές μεταβλητές. Μεταβλητές που παραδοσιακά είχαν θεωρηθεί πως έχουν μέτρια ή και καθόλου προγνωστική ισχύ όπως η κλινική διάγνωση και η ψυχιατρική συμπτωματολογία βρέθηκαν να παίζουν κάποιο ρόλο. Συγκεκριμένα, άτομα με σχιζοφρένεια βρέθηκαν να έχουν φτωχότερη ανταπόκριση στις επαγγελματικές παρεμβάσεις αποκατάστασης σε σύγκριση με άλλες διαγνωστικές ομάδες (Ζήση, 2001).

Στην Ελλάδα, παρά τα σημαντικά βήματα προόδου που παρατηρήθηκαν κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η επαγγελματική και κοινωνική ένταξη των ψυχικά πασχόντων ατόμων δεν συμβαδίζει με τις τάσεις και τους ρυθμούς εξέλιξης που καταγράφονται στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Σαρρής, Σούλης, 2001),

2. Ποιότητα Ζωής

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1993), Ποιότητα Ζωής είναι η ατομική αντίληψη της κατάστασης ζωής μέσα στο πολιτιστικό πλαίσιο και στα συστήματα αξιών στα οποία ζούμε σε σχέση με τους σκοπούς, τις προσδοκίες και τα ενδιαφέροντα.

Είναι μια ευρεία έννοια η οποία περιλαμβάνει τη σωματική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική του κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας του, τις κοινωνικές του σχέσεις, τα προσωπικά του πιστεύω καθώς και τη σχέση του με το περιβάλλον (Παξινός, 2.000).

Παρά τις πρακτικές δυσκολίες που προκύπτουν στις έρευνες Ποιότητας Ζωής στον ψυχιατρικό πληθυσμό, η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας φαίνεται να μην επηρεάζει σημαντικά τις αντιλήψεις τους για την εκτίμηση της ζωής τους. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η ψυχιατρική συμπτωματολογία αποτελεί φτωχό προγνωστικό δείκτη της επαγγελματικής αποκατάστασης, ενώ αντίθετα η διάρκεια της ψυχικής διαταραχής βρέθηκε να έχει μεγαλύτερη επίδραση (Antony και συν., 1984).

3. Μεθοδολογία της έρευνας

Σκοπός, ερευνητική στρατηγική

Στα πλαίσια έρευνας η οποία διενεργήθηκε από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Αθήνας, διερευνήθηκαν οι αντιλήψεις Ποιότητας Ζωής πρώην ψυχικά πασχόντων στη φάση επαγγελματικής αναζήτησης μέσω των υπηρεσιών του ΟΑΕΔ. Η ερευνητική στρατηγική η οποία εφαρμόστηκε επικεντρώθηκε στη διερευνητική- περιγραφική στατιστική.

Συλλογή υλικού

Η έρευνα διεξήχθη στο Γραφείο Εργασίας Ειδικών Κοινωνικών Ομάδων (ΓΕΚΟ) του ΟΑΕΔ σε χρονικό διάστημα 6 μηνών, από τον Ιανουάριο έως τον Ιούνιο 2007. Για τη συγκέντρωση του υλικού χρησιμοποιήθηκε ημιδομημένη συνέντευξη, διότι ορισμένα άτομα δεν ήταν σε θέση να συμπληρώσουν μόνα τους το ερωτηματολόγιο της συνέντευ-

ξης. Στο εν λόγω Γραφείο απευθύνονται άτομα έως 65 ετών τα οποία αποτελούν μέρος του ευάλωτου πληθυσμού των ψυχικά πασχόντων, προκειμένου να τους προσφερθεί εργασιακή συμβουλευτική υποστήριξη και κατάρτιση σε διάφορες ειδικότητες με απώτερο σκοπό την προώθηση στην απασχόληση.

Ερωτηματολόγιο

Στους πρώην ψυχικά πάσχοντες δόθηκε η Συνέντευξη Ποιότητας Ζωής η οποία βασίστηκε κυρίως στο *Quality of Life Interview* του Lehman (1995), με ορισμένες διαφοροποιήσεις προσθέτοντας ή αφαιρώντας ερωτήματα τα οποία δεν ανταποκρίνονταν στις συγκεκριμένες συνθήκες.

Τελικά η Συνέντευξη Ποιότητας Ζωής περιέλαβε 64 ερωτήσεις. Η συγκεκριμένη κλίμακα δεν είναι σταθμισμένη στον ελληνικό πληθυσμό, αλλά έχει χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν και σε άλλες έρευνες (Αγγελίδης 1998, Παξινός 2001)

Οι μεταβλητές που αξιολογούνται από τη Συνέντευξη Ποιότητας Ζωής (QOLI) αφορούν τόσο αντικειμενικές όσο και υποκειμενικές διαστάσεις Ζωής, αυτές δε οι τελευταίες εκτιμήθηκαν με μία επτάβαθμη κλίμακα ως εξής: 1=απαίσια και 7=υπέροχα.

Δείγμα

Το δείγμα αποτελείται από 98 άτομα, πρώην ασθενείς διαφόρων ψυχιατρικών ασύλων. Η μέθοδος επιλογής του δείγματος ήταν η τυχαία συστηματική δειγματοληψία.

Μεταβλητές

Η Συνέντευξη επικεντρώθηκε στις ακόλουθες μεταβλητές:

Τόπο Διαμονής, Οικιακές Εργασίες, Ψώνια, Συγγενείς- Οικογένεια, Κοινωνικές Σχέσεις, Ελεύθερο Χρόνο, Εργασία, Οικονομικά, Ασφάλεια, Θρησκευτικότητα, Υγεία, Αίσθημα Ανεξαρτησίας, Αυτοεκτίμηση και μία γενική αναφορά σε τυχόν αλλαγές σε σχέση με την προηγούμενη ζωή τους στο Ψυχιατρείο.

Στατιστική ανάλυση

Έγινε χρήση των μεθόδων της περιγραφικής στατιστικής. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS.

4. Αποτελέσματα

(α) Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Αναλύοντας τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, παρατηρείται ως προς το φύλο μία σημαντική υπερεκπροσώπηση του ανδρικού έναντι του γυναικείου φύλου (πίνακας 1), ενώ σε ότι αφορά την οικογενειακή κατάσταση το 94% του δείγματος είναι άγαμοι (πίνακας 2). Η μέση ηλικία του δείγματος είναι σχεδόν 37 έτη, όπως φαίνεται στον πίνακα 3.

Πίνακας 1: Φύλο

Φύλο	N	%
Άνδρες	84	85,7
Γυναίκες	14	14,3
Σύνολο	98	100,0

Πίνακας 2: Οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	N	%
Άγαμοι	92	94
Έγγαμοι	3	3
Διαζευγμένοι	3	3
Σύνολο	98	100

Πίνακας 3: Ηλικία του δείγματος

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Έτη	36,7	1,36

Στον επόμενο πίνακα καταγράφεται η εκπαίδευση των πρώην νοσηλευομένων. Επισκόπηση του πίνακα δείχνει ότι σχεδόν το 47% είναι απόφοιτοι Γυμνασίου ή κάποιων τάξεών του, το 31,7% έχει τελειώσει το Δημοτικό, ενώ 8,1% είχε φοιτήσει είτε στην τριτοβάθμια εκπαίδευση χωρίς να ολοκληρώσει τις σπουδές του, είτε σε κάποιο δημόσιο ΙΕΚ.

Πίνακας 4: Εκπαίδευση

Μορφωτικό επίπεδο	N	%
Αναλφάβητοι	7	7,2
Δημοτικό	31	31,7
Γυμνάσιο - Τάξεις	46	46,9
Σχολείο δεύτερης ευκαιρίας	6	6,1
Άλλο	8	8,1
Σύνολο	98	100,0

Σε ότι αφορά τις συνθήκες διαμονής του δείγματος, οι περισσότεροι μένουν σε ενοικιαζόμενες ή ιδιόκτητες κατοικίες κυρίως στα Δυτικά προάστια, 4 φιλοξενούνταν και 21 έρχονταν από εξωνοσοκομειακές δομές.

Πίνακας 5: Συνθήκες διαμονής

Συνθήκες διαμονής	N	%
Κατοικία	73	74,4
Φιλοξενία	4	4,1
Ξενώνας	21	21,5
Σύνολο	98	100,0

Η επαγγελματική κατάσταση του δείγματος την τελευταία τριετία καταγράφεται στον επόμενο πίνακα. Όπως βλέπουμε το 57% είχε απασχοληθεί περιστασιακά και για σύντομο χρονικό διάστημα σε κάποιες δουλειές ενώ το 40% περίπου ήταν άνεργο περισσότερο από 4 χρόνια.

Πίνακας 6: Επαγγελματική κατάσταση τελευταίας 3ετίας

Επαγγελματική κατάσταση τελευταίας 3ετίας	N	%
Πλήρης απασχόληση	3	3,1
Περιστασιακή απασχόληση	56	57,1
Άνεργος/η	39	39,8
Σύνολο	98	100,0

Στον πίνακα 7 καταγράφεται η πηγή αναζήτησης εργασίας. Το 62,2% αναζητά εργασία μέσω του ΟΑΕΔ, το 27,5% μέσω φίλων και συγγενών, ενώ το 7,2% μέσω αγγελιών.

Πίνακας 7: Αναζήτηση εργασίας

Αναζήτηση εργασίας	N	%
ΟΑΕΔ	61	62,2
Φίλοι - Συγγενείς	27	27,5
Αγγελίες	7	7,2
Άλλο	3	3,1
Σύνολο	98	100,0

(β) Υποκειμενικές διαστάσεις Ποιότητας Ζωής

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης θα πρέπει να ερμηνευτούν με τη δέουσα επιφύλαξη, εξαιτίας του περιγραφικού χαρακτήρα της έρευνας και της «αδυναμίας» γενίκευσης των συμπερασμάτων.

Οι πρώην νοσηλευόμενοι εκφράζουν στις υποκειμενικές διαστάσεις της συνέντευξης (Πίνακας 8) αυξημένη ικανοποίηση σε όλες σχεδόν τις παραμέτρους Ποιότητας Ζωής. Εξαίρεση αποτελεί η δυσαρέσκεια σε ότι αφορά την υγεία (2,45), τη λήψη αποφάσεων (2,82) και το ποσοστό των επαφών τους με τα οικογενειακά και συγγενικά τους άτομα (2,89).

Πίνακας 8: Μέσες Τιμές και Τυπικές Αποκλίσεις
στις υποκειμενικές διαστάσεις Ποιότητας Ζωής

Υποκειμενικές διαστάσεις Ποιότητας Ζωής <i>1=Απαίσια 7=Υπέροχα</i>	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Εκτίμηση του τόπου διαμονής	5,07	1,06
<i>Οικιακές Εργασίες</i>		
Δουλειές με το φαγητό	4,65	0,87
<i>Συγγενείς - Οικογένεια</i>		
Εκτίμηση των οικογενειακών επαφών	2,89	0,86
<i>Κοινωνικές σχέσεις</i>		
Αίσθηση του χρόνου με άλλα άτομα	4,86	0,73
Ιδιωτική ζωή	4,96	0,62
Ποσό ελευθερίας	4,91	0,80
Εκτίμηση κοινωνικών σχέσεων	4,05	0,78
<i>Ελεύθερος χρόνος</i>		
Αίσθηση του ελευθ. χρόνου	4,82	0,77
Διαθέσιμος χρόνος	4,70	0,74
Ευχαρίστηση για TV/Βόλτα	5,36	0,78
<i>Εργασία</i>		
Αίσθηση εργασίας	5,06	0,82
Ευχαρίστηση με απολαβές	4,66	0,84
<i>Ασφάλεια</i>	5,35	0,85
Υγεία	2,45	0,34
Θρησκευτικότητα	4,56	0,74
Ανεξαρτησία - Λήψη αποφάσεων	2,82	0,74
Αυτοεκτίμηση	4,88	0,80

Οι τομείς στους οποίους οι πρώην νοσηλευόμενοι εκφράζουν τη μεγαλύτερη ικανοποίηση σχετίζονται με τον τωρινό τόπο διαμονής τους στην Κοινότητα, το αίσθημα ασφάλειας, την ευχαρίστηση που αντλούν παρακολουθώντας τηλεόραση και πηγαίνοντας βόλτα. Επιπλέον η εργασία παρέχει τουλάχιστον για όσους εργάστηκαν την τελευταία τριετία αρκετή ικανοποίηση, ενώ αισθητά λιγότερη ικανοποίηση καταγράφεται σε ότι αφορά τις απολαβές οι οποίες στην πλειονότητά τους δεν ξεπερνούν τις 3.000 ευρώ ετησίως.

Μία μεταβλητή την οποία θελήσαμε να εξετάσουμε ήταν η ύπαρξη συνεργασίας στον εργασιακό χώρο (πίνακας 9), καθώς από τη διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει ότι έχει υψηλή προγνωστική ισχύ σε ότι αφορά την επαγγελματική αποκατάσταση χρόνιων ψυχικά πασχόντων. Οι δημογραφικές μεταβλητές βρέθηκαν να έχουν μικρή προγνωστική ισχύ, ενώ μεταβλητές όπως: το εργασιακό ενδιαφέρον, τα κίνητρα και οι επαγγελματικοί στόχοι δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς (Antony, 1984).

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (N=59, 66,1%) που είχε κάποια εργασιακή δραστηριότητα δηλώνει ότι συνεργάστηκε με άλλα άτομα στον εργασιακό του χώρο, έναντι 34% το οποίο δηλώνει ότι δεν είχε κανενός είδους συνεργασία.

Πίνακας 9: Συνεργασία στον εργασιακό χώρο

	N	%
Συνεργασία	39	66,1
Έλλειψη συνεργασίας	20	33,9
Σύνολο	59	100,0

Σε ότι αφορά το αίσθημα ασφάλειας το οποίο έχουν αναπτύξει εντός της Κοινότητας οι πρώην νοσηλευόμενοι, στη συντριπτική τους πλειονότητα (πίνακας 10) αναφέρουν ότι δεν έχουν δεχθεί κανενός είδους ενόχληση, ούτε έχουν προκαλέσει με τη συμπεριφορά τους τον επίσημο κοινωνικό έλεγχο (αστυνομία, δικαστικές αρχές). Εξαίρεση αποτελούν επτά άτομα τα οποία ανέφεραν κάποιου είδους ενόχληση χωρίς ωστόσο να συγκεκριμενοποιήσουν το είδος της ενόχλησης.

Πίνακας 10: Αίσθημα ασφάλειας στην Κοινότητα

Αίσθημα ασφάλειας	N	%
Ενόχληση	7	5,2
Δεν ενοχλήθηκαν	91	94,8
Σύνολο	98	100,0

Ικανοποίηση με τον εαυτό τους καταγράφεται σε ποσοστό 82,7% του πληθυσμού και ακόμα, ποσοστό 59,2% δηλώνει ότι αισθάνεται ισάξιο με τους υπόλοιπους ανθρώπους. Θετική στάση απέναντι στον εαυτό τους αναφέρεται σε ποσοστό 68,3%.

Πίνακας 11: Αίσθημα ικανοποίησης

Ικανοποίηση με τον εαυτό τους	N=98 f	%
Ικανοποιημένοι	81	82,7
Μη ικανοποιημένοι	17	17,3
Ισάξιοι με τους άλλους		
Αισθάνονται ισάξιοι	58	59,2
Δεν αισθάνονται	40	40,8
Θετική στάση με τον εαυτό τους		
Εκφράζουν	67	68,3
Δεν εκφράζουν	31	31,7
Αισιοδοξία για τη ζωή		
Εκφράζουν	69	70,4
Δεν εκφράζουν	29	29,6

Η πλειοψηφία του δείγματος (89,8%) αξιολογεί θετικά την αλλαγή της ζωής τους συγκριτικά με αυτήν του ασύλου, ενώ το 70,4% πιστεύει ότι υπάρχει τώρα κάτι ιδιαίτερα σημαντικό στη ζωή τους - πρόσωπο ή ασχολία.

Πίνακας 12: Γενική αναφορά στην τωρινή ζωή των πρώην ψυχικά πασχόντων

Αλλαγή στη ζωή

Έχει αλλάξει	88	89,8
Δεν έχει αλλάξει	10	10,2
Σύνολο	98	100,0

Σημαντικό

Υπάρχει	69	70,4
Δεν υπάρχει	29	29,6
Σύνολο	98	100,0

5. Συζήτηση

Τα ευρήματά μας συνηγορούν υπέρ της άποψης ότι οι πρώην νοσηλευόμενοι είναι σε θέση να προσφέρουν αξιόπιστη και έγκυρη πληροφόρηση σε ότι αφορά τα υποκειμενικά βιώματα και τις εμπειρίες τους, να καταγράψουν τις αλλαγές και την προοπτική στη ζωή τους, να διευκρινίσουν τις προτιμήσεις τους για τον τόπο διαμονής τους και να ζήσουν μία ικανοποιητική ζωή.

Οι πρώην νοσηλευόμενοι φαίνεται να εκφράζουν στις υποκειμενικές διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής αυξημένη ικανοποίηση σε όλες σχεδόν τις παραμέτρους, εκτός από τις μεταβλητές της υγείας, τη λήψη αποφάσεων και το ποσοστό των επαφών τους με τα οικογενειακά και συγγενικά τους άτομα.

Οι τομείς στους οποίους οι πρώην νοσηλευόμενοι εκφράζουν τη μεγαλύτερη ικανοποίηση σχετίζονται με τον τωρινό τόπο διαμονής τους στην Κοινότητα, το αίσθημα ασφάλειας και την ευχαρίστηση που αντλούν από δραστηριότητες κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου τους. Επιπλέον η εργασία παρέχει αρκετή ικανοποίηση ενώ αισθητά λιγότερη ικανοποίηση καταγράφεται σε ότι αφορά τις απολαβές τους.

Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να διευκρινιστεί περισσότερο η σημασία του όρου της «ικανοποίησης» στον ψυχιατρικό πληθυσμό. Μετά από χρόνια εγκλεισμού στο Ψυχιατρείο, στερημένοι από ανθρώπινες σχέσεις, αποκλεισμένοι από το κοινωνικό σύνολο, η αίσθηση της ικανοποίησης πρέπει να περιέχει μία διαφορετική σημασία για αυτούς τους ανθρώπους από ό,τι για το γενικό πληθυσμό. Τομείς της ζωής τόσο απλοί ή και ασήμαντοι για το «φυσιολογικό» κόσμο, αποκτούν μία άλλη χροιά για τους ψυχικά πάσχοντες. Περιορισμένες φιλοδοξίες και εμπειρίες ζωής χωρίς μελλοντική προοπτική μπορούν να οδηγήσουν τους ψυχιατρικούς ασθενείς να δηλώνουν αυξημένη ικανοποίηση από απλές καθημερινές συνθήκες ζωής, οι οποίες θεωρούνται ανεπαρκείς για τις σύγχρονες κοινωνικές απαιτήσεις.

Η έρευνα αυτή είχε κάποιους περιορισμούς, οι κυριότεροι από τους οποίους ήταν οι εξής:

1. Η στατιστική διαδικασία που εφαρμόστηκε είχε τη λογική της «συναφειακής» κυρίως προσέγγισης χωρίς να αναζητηθούν σχέσεις αιτίου -αποτελέσματος. Ως εκ τούτου τα ευρήματά μας δεν μπορούν να γενικευθούν καθώς αποτελούν μία ένδειξη η οποία χρήζει περαιτέρω συστηματικής διερεύνησης και επιβεβαίωσης.
2. Η συστηματική αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής απαιτεί διαχρονική ερευνητική προσπάθεια. Η έρευνά μας αφορούσε τις απόψεις των υποκειμένων σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο.
3. Η ημιδομημένη συνέντευξη Ποιότητας Ζωής βασίστηκε στις αναφορές και στις δηλώσεις των ίδιων των υποκειμένων, οι οποίες, λόγω της ψυχιατρικής τους κατάστασης, είναι πιθανόν να μην ήταν πάντα ακριβείς.
4. Οι μετρήσεις Ποιότητας Ζωής βασίστηκαν στην αρχή της ικανοποίησης. Ενδεχομένως να περιλαμβάνονται και άλλες παράμετροι στις αξιολογήσεις Ποιότητας Ζωής πέραν αυτής.

5. Οι αντιλήψεις Ποιότητας Ζωής των πρώην νοσηλευομένων δεν αξιολογήθηκαν κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο Ψυχιατρείο. Γι' αυτό το λόγο δεν υπάρχουν συγκρίσιμα δεδομένα αυτών των αντιλήψεων μεταξύ διαμονής στην Κοινότητα και στο Ψυχιατρείο.
6. Ορισμένες μεταβλητές δεν συμπεριελήφθησαν στην έρευνα. Μεταβλητές όπως της Συνολικής Ποιότητας Ζωής, της αυτο-αποτελεσματικότητας και της αντίληψης ελέγχου, δεν χρησιμοποιήθηκαν λόγω των δυσκολιών οι οποίες προέκυψαν ώστε να γίνουν αυτές οι έννοιες κατανοητές από τους χρήστες
7. Οι αντιλήψεις του προσωπικού των υπηρεσιών του ΟΑΕΔ και γενικότερα οι στάσεις τους απέναντι σε θέματα ψυχικής υγείας δεν αξιολογήθηκαν.

Βιβλιογραφική Αναφορά

- Αγγελίδης, Γ., Κωνσταντινίδου, Σ., Γκαϊτατζή, Χ., Ζέλα, Π. (1998). Εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής χρόνιων ψυχιατρικών αρρώστων που ζουν σε προστατευμένα Διαμερίσματα. Συγκριτική έρευνα. *Ανακοίνωση στο 26ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο*.
- Αγγελίδης, Γ., Γκαϊτατζή, Χ., Ζέλα, Π., Τάτση, Σ., Τζούμα, Χ. (1994). Ικανοποίηση ενοίκων προστατευμένων Διαμερισμάτων από την προσφερόμενη Κοινωνική Ψυχιατρική Φροντίδα. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, No 48. σελ. 49-55.
- Αγγελίδης, Γ., Αζορίδου, Δ., Μπρισίμη, Γ., Γκαϊτατζή, Χ., Ζέλα, Π., Τάτση, Σ., Τζούμα, Χ., Καπανίδης, Κ. (1993). Ψυχιατρική φροντίδα σε προστατευμένο χώρο διαβίωσης στην Κοινότητα. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, No 44. σελ. 34-45.
- Αγγελίδης, Γ., Αϊβαζιάν, Θ., Φωτιάδου, Κ. (1991). Η αποδοχή των ψυχικά αρρώστων από την Κοινότητα και εναλλακτικοί- «επαγγελματικοί ρόλοι». *Τετράδια Ψυχιατρικής*, No 33. σελ. 47-55.
- Antony, W. & Jansen, M. (1984). Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill: Research and policy implications. *American Psychologist*, 39, 537-544.
- Antony, W., Rogers, S., Cohen, M. & Davies, R. (1995). Relationship between psychiatric symptomatology, work skills, and future vocational performance. *Psychiatric Services*, 46, 353-358.
- Bachrach, L.L. (1982). Assessment of outcomes in community support systems: Results, problems and limitations, *Schizophrenia Bulletin*, 8, 39-61.
- Bachrach, L.L. (1975). Deinstitutionalisation: An Analytical Review and Sociological Perspective, Washington, D.C: U.S. Department of Health, Education and Welfare.
- Barry, M.M. (1997). Well-being and life satisfaction as components of quality of life in mental disorders. In: *Quality of Mental Disorders*, Katschnig, H., Freeman, H., Sartorius, N.

- Γκιωνάκης, Ν., Στυλιανίδης, Σ. (1990). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, No 31, σελ. 7-12.
- Coid, J. (1993). Quality of life for patients detained in hospital. *British Journal of Psychiatry*, 162: 611-620.
- Ζήση, Α. (2001) Αξιολόγηση παρεμβάσεων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Μεθοδολογικά ζητήματα και ερευνητικές κατευθύνσεις, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, No 75
- Lehman, A. (1995) Vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 645-656.
- Μεγαλοοικονόμου, Θ. (1992). Αμοιβή, μισθός και εργασία στη διαδικασία αποιδρυματοποίησης, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, No 40.
- Πανέτας, Χ. (2002) Θεωρητικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις στα πλαίσια των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, No 79.
- Παξινός, Ι. (2000) Προβλήματα αξιολόγησης της Ποιότητας Ζωής χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών, *Τετράδια Ψυχιατρικής* No 70, σελ. 131-136.
- Παξινός, Ι. (2001). *Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ενοίκων των εξωνοσοκομειακών Δομών του Κ.Θ.Λέρου*. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Παξινός, Ι (2005). Οι αντιλήψεις ποιότητας ζωής χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, No 90, σελ.47-54.
- Paxinos & Kalantzi-Azizi: Quality of life of residents of the community hostels of Leros-Greece. Clinical and social functioning profile. *The International Journal of Social Psychiatry* (υπό δημοσίευση).
- Παπαιωάννου, Κ. (1989). Κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη των παραπληγικών. *Κοινωνική Εργασία*, (13)σελ.7-12.
- Rogers, S., Antony, W., Cohen, M., Davies, R. (1997). Prediction of vocational outcome based on clinical and demographic indicators among vocationally ready clients. *Community Mental Health Journal*, 33, 99-112.
- Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001) Επαγγελματική αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη ΑμΕΑ: Υποστηριζόμενη εργασία & Υποστηριζόμενη διαβίωση, *Κοινωνική Εργασία*, (63), σελ. 135-156.