

## **ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

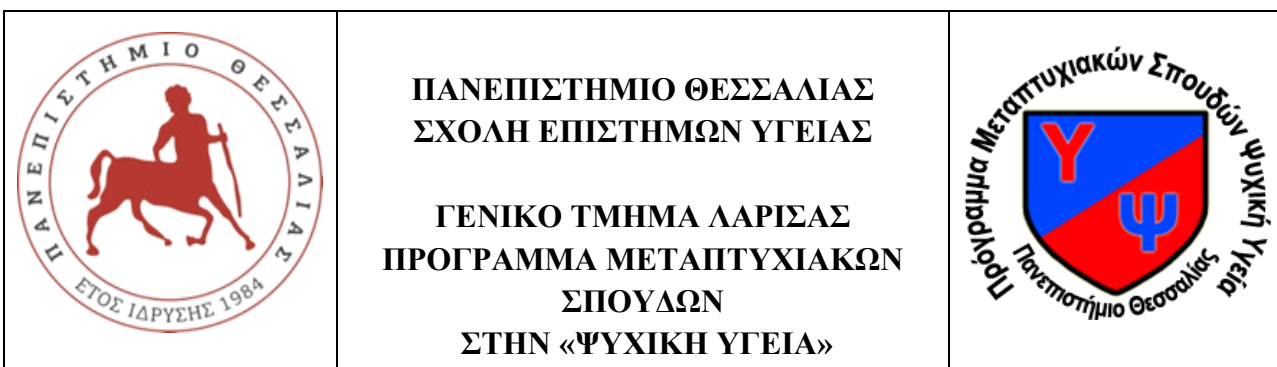
**«Η κατ'οίκον επίσκεψη ως θεραπευτική παρέμβαση στη  
Σχιζοφρένεια. Αξιολόγηση των επανεισαγωγών και της μέσης  
διάρκειας νοσηλείας»**

**Κωνσταντινίδου Λεμονιά**  
**Επισκέπτρια Υγείας**

### **ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

- **Δρ. Λαχανά Ελένη:** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Γενικού Τμήματος Λάρισας, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια.
- **Δρ. Κοτρώτσιου Ευαγγελία:** Καθηγήτρια, Γενικού Τμήματος Λάρισας, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής.
- **Δρ. Παραλίκας Θεοδόσης (Πατήρ Σέργιος):** Επίκουρος Καθηγητής, Γενικού Τμήματος Λάρισας, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής.

**ΛΑΡΙΣΑ, 2021**



**“Home visit as a therapeutic intervention in Schizophrenia.  
Evaluation of re-admissions and length of hospital stay”**

*Στα παιδιά μου που υπεραγαπώ  
Τζένη και Στέργιο  
με την ελπίδα ότι η δια βίου μάθηση  
θα είναι δεδομένη στη ζωή τους*

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η παρούσα εργασία ήταν μια βαθιά μου επιθυμία, που πραγματώθηκε σε μια δύσκολη ομολογουμένως συγκυρία, αυτή της πανδημίας SARS-CoV-2 με πολλές ανατροπές, δυσκολίες και απώλειες.

Θα θυμόμαστε πάντα με σεβασμό και εκτίμηση για το ήθος και την ενεργητικότητά του, τον συμφοιτητή και φίλο Βαγγέλη Ταρατώρα που μας άφησε λίγο πριν το τέλος, νικημένος από τον ιό.

Ευχαριστώ όλους τους Συμφοιτητές μου, τους Καθηγητές μου και τη Γραμματέα του ΠΜΣ «Ψυχική Υγεία», για τη μοναδική εμπειρία, την πολύτιμη βοήθεια και την ανεκτίμητη συνδρομή τους, στην πορεία αυτών των δύο χρόνων.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα την καθηγήτριά μου κα Λαχανά Ελένη, για την εμπύχωση και καθοδήγησή της στη διάρκεια εκπόνησης της Διπλωματικής μου εργασίας.

Ευχαριστώ επίσης, τον Ψυχίατρο/ Διευθυντή του ΚΨΥ Σερρών, Τσουβαλά Αθανάσιο και τη συνάδελφο Επισκέπτρια Υγείας, Βαγενά Ελένη για την ηθική και πρακτική τους συμπαράσταση.

Τέλος, ευχαριστώ θερμά τις πολυαγαπημένες μου αδερφές, βιολογικές και μη, Λιάνα, Αλεξία, Κατερίνα, Ευαγγελία, για την αμέριστη συμπαράσταση και υποστήριξή τους!

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Σε παγκόσμιο επίπεδο υπάρχει στροφή της φροντίδας της σοβαρής ψυχικής διαταραχής όπως η σχιζοφρένεια, σε κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, η οποία μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην ολιστική διαχείριση της νόσου.

**Σκοπός:** Η εκτίμηση του ποσοστού μείωσης των επανεισαγωγών, των ακούσιων νοσηλειών και της μέσης διάρκειας νοσηλείας, σε ασθενείς με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας, οι οποίοι λαμβάνουν θεραπεία με κατ' οίκον επισκέψεις, από τις Επισκέπτριες Υγείας του Κ.Ψ.Υ. του Γ.Ν. Σερρών.

**Υλικό και μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε Αναδρομική μελέτη παρακολούθησης σε 92 ασθενείς, που λάμβαναν κατ' οίκον φροντίδα, την βετία 2014-2020. Για κάθε ασθενή, έγινε σύγκριση για το ίδιο διάστημα, 2 χρόνια πριν και 2 χρόνια μετά τη δέσμευση στη θεραπεία, (σχέδιο σύγκρισης κατ' αντιπαραβολή πριν και μετά). Το Wilcoxon signed test και το ANOVA test, χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των τιμών του αριθμού των επανεισαγωγών, των ακούσιων νοσηλειών και της μέσης διάρκειας νοσηλείας. Ελέγχθηκε επίσης κατά πόσο η παρατηρούμενη μεταβολή σχετίζεται με κάποια από τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο επίπεδο  $\alpha=0,05$  και για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS v. 22.0.

**Αποτελέσματα:** Μετά τη δέσμευση της θεραπείας με κατ' οίκον επισκέψεις, υπήρξε μια στατιστικά σημαντική μείωση ( $p<0,001$ ) του αριθμού επανεισαγωγών κατά 84,5% (SD=47,9%), των ακούσιων νοσηλειών κατά 95% (SD=20,8%) και της μέσης διάρκειας νοσηλείας κατά 73,6% (SD=38,0%). Τα δευτερεύοντα αποτελέσματα περιλάμβαναν στατιστικά σημαντικά μικρότερη μείωση εισαγωγών στους συνταξιούχους και σε όσους λάμβαναν βενζοδιαζεπίνες, ενώ μεγαλύτερη σε όσους λάμβαναν άτυπα ενέσιμα αντιψυχωτικά μακράς διάρκειας δράσης. Η μεταβολή της μέσης ετήσιας διάρκειας νοσηλείας ήταν μεγαλύτερη στις γυναίκες και σε όσους δεν έκαναν κατάχρηση αλκοόλ/ουσιών, δεν λάμβαναν βενζοδιαζεπίνες ή κλασσικά ενέσιμα μακράς διάρκειας δράσης.

**Συμπεράσματα:** Η κατ' οίκον επίσκεψη, ως θεραπευτική παρέμβαση σε χρόνιους ασθενείς με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας, μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη μείωση των επανεισαγωγών, των ακούσιων νοσηλειών και της μέσης διάρκειας νοσηλείας. Φαίνεται να υπάρχει θετική συσχέτιση της μείωσης, με τις γυναίκες και τα άτυπα ενέσιμα μακράς διάρκειας δράσης και αρνητική με τους συνταξιούχους, τις βενζοδιαζεπίνες και την κατάχρηση αλκοόλ / ουσιών. Η ανάπτυξη της υπηρεσίας απαιτεί τη διεξαγωγή ερευνών που θα εστιάζει στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα της κατ' οίκον φροντίδας υγείας.

**Λέξεις κλειδιά:** σχιζοφρένεια, κατ' οίκον φροντίδα / επίσκεψη, επανεισαγωγή, διάρκεια νοσηλείας, ακούσια νοσηλεία.

## Abstract

**Introduction:** Globally, there is a shift in the care of severe mental illness such as schizophrenia, to community mental health services, which can make a significant contribution to the holistic management of the disease.

**The aim:** The assessment of the reduction rate of re-admissions, involuntary hospitalizations and length of hospital stay, in patients with schizophrenia spectrum disorders, who receive home visit treatment, by the Health Visitors of M.H.C. of the G.N. Serres.

**Material and Methods:** A Retrospective follow-up study was performed on 92 patients, followed by home visits, in the 6 year-period 2014-2020. For each patient, a comparison was made for the same interval, 2 years before and 2 years after commitment to treatment (pre-post mirror comparison). The Wilcoxon signed test and the ANOVA test were used to check the reduction rate on the number of re-admissions, involuntary hospitalizations and length of hospital stay. It was also checked whether the observed change was related to any of the demographic and clinical characteristics of the sample. The statistical significance was set at the level  $\alpha = 0.05$  and the statistical package SPSS v 22.0 was used for the statistical analysis.

**Results:** After committing to home visit treatment, there was a significant statistical decrease ( $p < 0.001$ ) in the number of re-admissions by 84.5% (SD=47.9%), involuntary hospitalizations by 95% (SD=20.8%) and length of hospital stay, by 73.6% (SD=38.0%). Secondary outcomes included a significant statistical lower reduction in admissions to retirees and those receiving benzodiazepines, while a larger one to those receiving atypical long-acting injectable antipsychotics. The change in mean annual hospital stay was greater in women and in those who did not abuse alcohol/substances, did not receive benzodiazepines, or typical long-acting injections.

**Conclusions:** Home visit, as a therapeutic intervention in chronic patients with schizophrenia spectrum disorders, can significantly contribute to the reduction of re-admissions, involuntary hospitalizations and length of hospital stay. There seems to be a positive correlation between the reduction and women, and atypical long-acting injections and a negative correlation with retirees, benzodiazepines and alcohol / substance abuse. The development of the service requires research that focuses on the effectiveness and efficiency of home health care.

**Key words:** schizophrenia, home care / visit, re-admission, length of hospital stay, involuntary hospitalization.

# Περιεχόμενα

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	<b>1</b>
<b>Περίληψη</b> .....	<b>2</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>3</b>
<b>Περιεχόμενα</b> .....	<b>4</b>
<b>Περιεχόμενα Πινάκων</b> .....	<b>6</b>
<b>Περιεχόμενα Γραφημάτων</b> .....	<b>7</b>
<b>Συντομογραφίες</b> .....	<b>7</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>9</b>
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	<b>12</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: Σχιζοφρένεια</b> .....	<b>12</b>
1.1 Εννοιολογική προσέγγιση της Σχιζοφρένειας .....	12
1.2 Η αντιμετώπιση της Σχιζοφρένειας στον χρόνο .....	12
1.3 Αίτια - Παράγοντες κινδύνου .....	14
1.4 Κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου.....	16
1.5 Επιδημιολογικά δεδομένα.....	18
1.6 Τα επακόλουθα της σχιζοφρένειας: .....	19
Κόστος, Αναπηρία, Στίγμα, Συννοσηρότητα.....	19
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: Η θεραπευτική αντιμετώπιση της Σχιζοφρένειας</b> .....	<b>21</b>
2.1 Βιολογικές θεραπείες .....	22
2.1.1 Τα αντιψυχωσικά φάρμακα .....	22
2.1.2 Ανεπιθύμητες ενέργειες .....	23
2.2 Οι ψυχοκοινωνικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις.....	23
2.2.1 Ψυχοεκπαίδευση .....	24
2.2.2 Παρέμβαση στην οικογένεια .....	25
2.2.3 Εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων .....	25
2.2.4 Συμβουλευτική και υποστηρικτική θεραπεία .....	26
2.2.5 Ομαδική ψυχοθεραπεία .....	26
2.2.6 Δημιουργικές θεραπείες.....	27
2.2.7 Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ) .....	27
2.2.8 Γνωστική αποκατάσταση.....	28
2.2.9 Ψυχοδυναμικές και ψυχαναλυτικές θεραπείες .....	28

2.3 Η παρέμβαση στην κοινότητα .....	29
2.3.1 Η διαχείριση της σχιζοφρένειας στην ΠΦΥ .....	30
2.3.2 Κοινοτικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας (ΚΥΨΥ).....	31
2.3.3 Επαγγελματική και Στεγαστική Αποκατάσταση .....	33
2.3.4 Μέθοδοι θεραπείας .....	35
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: Η κατ' οίκον φροντίδα στην Ψυχική Υγεία.....</b>	<b>37</b>
3.1 Ορισμός της ψυχιατρικής επίσκεψης κατ' οίκον .....	37
3.2 Αναδρομή στο παρελθόν .....	38
3.3 Θεσμικό πλαίσιο κατ' οίκον νοσηλείας στην ψυχική υγεία.....	40
3.4 Βασικές αρχές δεοντολογίας και λειτουργίας.....	40
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: Η κατ' οίκον ψυχιατρική φροντίδα στην Εφαρμογή.....</b>	<b>42</b>
4.1 Εισαγωγή: το γενικό πλαίσιο παροχής φροντίδας .....	42
4.2 Η διεπιστημονική ομάδα.....	43
4.2.1 Ο Επισκέπτης Υγείας ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας.....	44
4.3 Η ρύθμιση εργασίας.....	46
4.3.1 Το διαφορετικό πλαίσιο εργασίας.....	46
4.3.2 Η πολυπλοκότητα του ρόλου.....	47
4.3.3 Καθήκοντα και δεξιότητες του ρόλου .....	48
4.4 Η θεραπευτική σχέση.....	49
4.4.1 Τα δομικά στοιχεία της σχέσης.....	50φ
4.4.2 Οι φάσεις εδραίωσης της σχέσης.....	51
4.5 Ο ρόλος της οικογένειας .....	52
4.6 Έκβαση της θεραπείας .....	53
4.7 Οφέλη.....	53
4.8 Κίνδυνοι.....	54
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....</b>	<b>55</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>:ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....</b>	<b>55</b>
5.1 Σκοπός της έρευνας .....	55
5.2 Πληθυσμός υπό μελέτη.....	55
5.3 Μεταβλητές υπό μελέτη-Ερευνητικές υποθέσεις .....	56
5.4 Στατιστική ανάλυση.....	57
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>:ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>57</b>
6.1 Περιγραφική ανάλυση αποτελεσμάτων.....	57



6.2 Παρουσίαση των αποτελεσμάτων διάφορων στατιστικών ελέγχων.....	60
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7° :ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....</b>	<b>72</b>
7.1 Σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας με άλλες μελέτες από την διεθνή βιβλιογραφία .....	72
7.2 Περιορισμοί έρευνας.....	77
7.3 Προτάσεις πολιτικής υγείας και μελλοντικής έρευνας .....	78
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8° : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>79</b>
Συμπεράσματα .....	79
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>80</b>
Ξενόγλωσση.....	80
Ελληνόγλωσση.....	91
Πηγές από το διαδίκτυο .....	94
Νόμοι και Διατάγματα .....	96
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....</b>	<b>97</b>

### Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Ασθενών .....	58
Πίνακας 2. Κλινικά Χαρακτηριστικά Ασθενών .....	59
Πίνακας 3. Θεραπευτικό σχήμα Ασθενών .....	59
Πίνακας 4. Αριθμός & Τύπος εισαγωγής Πριν την παρέμβαση.....	60
Πίνακας 5. Αριθμός & Τύπος εισαγωγής Μετά την παρέμβαση.....	60
Πίνακας 6. Αποτελέσματα Αριθμού Εισαγωγών πριν και μετά την παρέμβαση .....	60
Πίνακας 7. Αποτελέσματα Αριθμού Εισαγωγών σε σχέση με την Επαγγελματική Κατάσταση.....	61
Πίνακας 8. Αποτελέσματα Αριθμού Εισαγωγών σε σχέση με το Θεραπευτικό Σχήμα .....	63
Πίνακας 9. Αποτελέσματα Ακούσιων Εισαγωγών Πριν και Μετά την παρέμβαση ..	64
Πίνακας 10. Αποτελέσματα Μέσης Ετήσιας Διάρκειας Νοσηλείας Πριν και Μετά την παρέμβαση.....	65
Πίνακας 11. Αποτελέσματα Μέσης Ετήσιας διάρκειας Νοσηλείας σε σχέση με το Φύλο.....	66

<b>Πίνακας 12.</b> Αποτελέσματα Μέσης Ετήσιας Διάρκειας Νοσηλείας σε σχέση με την Κατάχρηση αλκοόλ/ουσιών.....	68
<b>Πίνακας 13.</b> Αποτελέσματα Μέσης Ετήσιας Διάρκειας Νοσηλείας σε σχέση με τη λήψη Βενζοδιαζεπινών .....	69
<b>Πίνακας 14.</b> Αποτελέσματα Μέσης Ετήσιας Διάρκειας Νοσηλείας σε σχέση με τη λήψη Κλασσικών/ Άτυπων αντιψυχωτικών Μακράς διάρκειας δράσης.....	71

## **Περιεχόμενα Γραφημάτων**

<b>Γράφημα 1.</b> Μεταβολή Αριθμού εισαγωγών Πριν και Μετά την παρέμβαση.....	61
<b>Γράφημα 2.</b> Μεταβολή Αριθμού Εισαγωγών ανάλογα με την Επαγγελματική Κατάσταση.....	62
<b>Γράφημα 3.</b> Μεταβολή Αριθμού Εισαγωγών ανάλογα με τη λήψη Βενζοδιαζεπινών .....	63
<b>Γράφημα 4.</b> Μεταβολή Αριθμού Εισαγωγών ανάλογα με τη λήψη Άτυπων Ενέσιμων αντιψυχωσικών μακράς διάρκειας δράσης .....	64
<b>Γράφημα 5.</b> Μεταβολή Αριθμού Ακούσιων Εισαγωγών Πριν και Μετά την παρέμβαση .....	65
<b>Γράφημα 6.</b> Μεταβολή Μέσης Ετήσιας Διάρκειας Νοσηλείας Πριν και Μετά την παρέμβαση .....	66
<b>Γράφημα 7.</b> Μεταβολή Μέσης Ετήσιας Διάρκειας Νοσηλείας ανάλογα με το Φύλο.....	67
<b>Γράφημα 8.</b> Μεταβολή Μέσης Ετήσιας Διάρκειας Νοσηλείας ανάλογα με την κατάχρηση αλκοόλ/ουσιών.....	68
<b>Γράφημα 9.</b> Μεταβολή Μέσης Ετήσιας Διάρκειας Νοσηλείας ανάλογα με τη λήψη Βενζοδιαζεπινών .....	70
<b>Γράφημα 10.</b> Μεταβολή Μέσης Ετήσιας Διάρκειας Νοσηλείας ανάλογα με τη λήψη Κλασσικών Ενέσιμων Αντιψυχωσικών Μακράς Διάρκειας Δράσης.....	71

## **ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ**

**ACT=Assertive Community Treatment (Ενισχυτική Κοινωνική Θεραπεία)**

**ANA= American Nurses Association (Ένωση Αμερικανών Νοσηλευτών)**

**CM =Case Managment (Διαχείριση Περίπτωσης)**

**G.H.=General Hospital**

**M.H.C.= Mental Health Center**

**WHO= World Health Organization (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)**

**WPA= World Psychiatric Association**

**Γ.Ν. = Γενικό Νοσοκομείο**

**ΓΣΘ= Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία**

**ΔΠ =Διαχείριση Περιστατικού**

**ΕΚΘ =Ενισχυτική Κοινωνική Θεραπεία**

**ΕΥ= Επισκέπτης Υγείας**

**ΚΚΨΥ = Κοινωνικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας**

**ΚΛ= Κοινωνικός Λειτουργός**

**ΚοινΣΕπ= Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις**

**Κοι.Σ.Π.Ε = Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης**

**ΚΥΨΥ= Κοινωνικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας**

**ΛΥΨΥ= Λήπτες Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας**

**ΜΔΔ= Μακράς Διάρκειας Δράσης**

**ΜΚΟ= Μη Κυβερνητική Οργάνωση**

**Ν.Π.Δ.Δ= Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου**

**Ν.Π.Ι.Δ= Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου**

**Ο.Τ.Α= Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης**

**ΠΟΥ= Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας**

**ΠΦΥ= Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2019), η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια και σοβαρή ψυχική διαταραχή που πλήττει 20 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως. Δεν είναι όμως ο αριθμός εμφάνισης κρουσμάτων της συγκεκριμένης νόσου που την καθιστά τόσο σημαντική, όσο το εύρος των λειτουργιών που προσβάλλει, η διάρκειά της, καθώς και οι επιπτώσεις της σε ατομικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο (Γείτονα και συν., 2007).

Η σχιζοφρένεια είναι ένα σύνθετο, ετερογενές συμπεριφορικό και γνωστικό σύνδρομο που φαίνεται να προέρχεται από διαταραχή της ανάπτυξης του εγκεφάλου η οποία προκαλείται από γενετικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες ή και τα δύο (Owen et al., 2016). Χαρακτηρίζεται από συνδυασμό θετικών, αρνητικών και γνωστικών συμπτωμάτων, όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργάνωση και γνωστικές δυσλειτουργίες (Kahn et al., 2015). Το στίγμα, οι παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και οι διακρίσεις στα άτομα με σχιζοφρένεια είναι συχνές και μπορούν να οδηγήσουν σε περιορισμό πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, εκπαίδευση, στέγαση και απασχόληση (WHO, 2019).

Οι ασθενείς συχνά παραμένουν ευάλωτοι σε μελλοντικά επεισόδια και βιώνουν επίμονες ή και αυξανόμενες δυσκολίες στην λειτουργικότητά τους (Schöttle et al., 2018). Αυτό οφείλεται στην ελλιπή συμμόρφωση στη θεραπεία μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Πιθανοί λόγοι είναι η έλλειψη εναισθησίας, οι παραληρητικές ιδέες και η ταυτόχρονη κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών. Οι ασθενείς με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές βιώνουν επανειλημμένες νοσηλείες και το 30% έως 50% των ασθενών, χρειάζονται επανεισαγωγή εντός ενός έτους (Vasfi et al., 2015).

Σύμφωνα με την μετα-ανάλυση των Asher et al (2017), η αντιμετώπιση της σοβαρής ψυχικής ασθένειας θα πρέπει να συνδυάζει την αντιψυχωσική αγωγή και τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που βασίζονται στην κοινότητα, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι σύνθετες κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές ανάγκες. Η αποτελεσματικότητα των κοινοτικών παρεμβάσεων γι' αυτές τις διαταραχές υποστηρίζεται από διάφορες μελέτες, αναφέροντας θετικά αποτελέσματα (Armijo et al., 2013; Asher et al., 2017). Ωστόσο, τα στοιχεία είναι ακόμα ελλιπή για τις περισσότερες χώρες της Ευρώπης, με τον μεγαλύτερο αριθμό ερευνών να διεξάγονται στο Ηνωμένο Βασίλειο και άλλες χώρες υψηλού εισοδήματος (Semrau et al., 2011).

Υπάρχουν μεγάλες αντιφάσεις μεταξύ, ακόμη και εντός, των χωρών στον τρόπο με τον οποίο ορίζεται και ερμηνεύεται η φροντίδα με γνώμονα την κοινότητα. Σε διεθνές επίπεδο, οι προσπάθειες για τη διαμόρφωση εθνικών κατευθυντήριων οδηγιών για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, ανάγονται περίπου στις αρχές του '90. Στόχος είναι η ολιστική στήριξη των ασθενών, ώστε να μπορούν να ζουν ανεξάρτητα, να καθορίζουν και να επιδιώκουν επαγγελματικούς στόχους, να αυξάνουν την κοινωνική αλληλεπίδραση και να επιτυγχάνουν μια λογική ποιότητα ζωής. Ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα θεραπείας, περιλαμβάνει φαρμακολογικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, διασφαλίζοντας τη συνέχιση αυτών των δύο παρεμβάσεων καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν ψυχοεκπαίδευση, εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, γνωστική αποκατάσταση, συμβουλευτική και θεραπευτική υποστήριξη, οικογενειακές παρεμβάσεις, υποστηρικτική φροντίδα, θεραπεία τέχνης, γνωστική-συμπεριφορική και ψυχοδυναμική (Armijo et al., 2013; Thornicroft et al., 2010).

Στη Ελλάδα, οι Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη διαχείριση της Σχιζοφρένειας διαμορφώθηκαν για πρώτη φορά το 2014 από ειδική ομάδα εργασίας που συστάθηκε από το Υπουργείο Υγείας. Οι οδηγίες καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων, τόσο φαρμακευτικών όσο και ψυχοκοινωνικών, οι οποίες καθορίζονται από τη διαθεσιμότητα εκπαιδευμένων θεραπευτών και την ανάπτυξη των κατάλληλων υπηρεσιών (Μαργαρίτη και συν., 2017).

Η ψυχιατρική επίσκεψη κατ' οίκον, αποτελεί κομμάτι αυτών των παρεμβάσεων και περιλαμβάνει την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με ψυχικές παθήσεις στο σπίτι τους. Οι κατ' οίκον επισκέψεις, παρέχουν την ευκαιρία μιας ολιστικής αξιολόγησης μέσα σε ένα πραγματικό περιβάλλον, με αποτέλεσμα την πολύτιμη γνώση της καθημερινής ζωής των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων των προκλήσεων, των δυσκολιών αλλά και των υποστηρικτικών τους συστημάτων, κάτι που δεν μπορεί να γίνει σε κανένα νοσοκομειακό περιβάλλον (Karanikola et al., 2018).

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η συγκεκριμένη παρέμβαση βοηθάει στη μείωση των επανεισαγωγών και της μέσης διάρκειας νοσηλείας (Peritogiannis et al., 2020; Schöttle et al., 2019; Dieterich et al., 2017; Chang & Chou, 2015; Vasfi et al., 2015;), αλλά και στην αύξηση της συμμόρφωσης στη θεραπεία και τη βελτίωση της κλινικής κατάστασης των ασθενών, σε σύγκριση με τη συμβατική ατομική θεραπεία (Guan et al., 2016; Luo et al., 2019; Schöttle et al., 2018; Sharifi et al., 2012).

Στη χώρα μας, φροντίδα ψυχικής υγείας με κατ' οίκον επισκέψεις σύμφωνα με το Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ (2011-2020), παρέχεται από τα Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας αλλά και από υπηρεσίες που μπορεί να αναπτυχθούν σε Γενικά και Ψυχιατρικά Νοσοκομεία καθώς και Μη Κερδοσκοπικούς Οργανισμούς (ΥΥΚΑ, 2011).

Η φροντίδα υγείας στο σπίτι, ειδικά στην ψυχική υγεία, αποτελεί αναμφισβήτητο σημαντικό κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας, γεγονός που αυξάνει σημαντικά την ανάγκη έρευνας. Τα αποτελέσματα των μελετών μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους εμπλεκόμενους θεραπευτές στην κλινική πρακτική για παροχή ποιοτικής φροντίδας. Επιπρόσθετα βοηθούν τους διευθυντές υγείας και τους υπεύθυνους σχεδιασμού υγειονομικής πολιτικής, για περιχάραξη και στήριξη του επαγγελματικού ρόλου των κοινοτικών θεραπειών σε οργανωτικό, κλινικό και κοινωνικό επίπεδο.

Στο πλαίσιο των παραπάνω τοποθετείται και η παρούσα μελέτη. Στόχος της είναι η εκτίμηση των αλλαγών στα ποσοστά επανεισαγωγών και της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας, οι οποίοι λαμβάνουν θεραπεία με κατ' οίκον επισκέψεις στην περιφέρεια του νομού Σερρών, από τις Επισκέπτριες Υγείας του Κ.Ψ.Υ. Σερρών.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας θα αναλυθεί σε τέσσερα κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στην εννοιολογική, ιστορική, ιατρική και επιδημιολογική προσέγγιση της Σχιζοφρένειας και τα επακόλουθά της. Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται η θεραπευτική αντιμετώπισή της, σύμφωνα με το νέο κοινοτικό μοντέλο για την ψυχική υγεία. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται εισαγωγή στην έννοια της κατ' οίκον φροντίδας στην ψυχική υγεία, ιστορικά, θεσμικά και δεοντολογικά. Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η κατ' οίκον ψυχιατρική φροντίδα στην εφαρμογή της. Περιγράφεται το γενικό πλαίσιο παροχής της φροντίδας από την διεπιστημονική ομάδα, ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας, το διαφορετικό πλαίσιο εργασίας και οι πολύπλοκες απαιτήσεις του, η έκβαση, τα οφέλη αλλά και οι κίνδυνοι.

Στη συνέχεια, παρατίθεται η περιγραφική και στατιστική ανάλυση της μελέτης, όπου παρουσιάζονται η μεθοδολογία και τα αποτελέσματά της. Ακολουθεί η συζήτηση με σύγκριση των αποτελεσμάτων με άλλες μελέτες από τη διεθνή βιβλιογραφία, αναφέρονται οι σχετικοί περιορισμοί και τα συμπεράσματα της μελέτης, καθώς και προτάσεις πολιτικής υγείας και έρευνας.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: Σχιζοφρένεια

#### 1.1 Εννοιολογική προσέγγιση της Σχιζοφρένειας

Η σχιζοφρένεια είναι ένα σύνθετο, ετερογενές συμπεριφορικό και γνωστικό σύνδρομο που φαίνεται να προέρχεται από διαταραχή της ανάπτυξης του εγκεφάλου η οποία προκαλείται από γενετικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες ή και τα δύο. Οι εξελίξεις στη γονιδιωματική, την επιδημιολογία και τη νευροεπιστήμη έχουν οδηγήσει σε μεγάλη πρόοδο στην κατανόηση της διαταραχής και οι ευκαιρίες αλλά και οι προκλήσεις για περαιτέρω επιστημονική ανακάλυψη είναι πολλές (Owen et al., 2016).

Παρουσιάζεται με ελλείμματα στη σκέψη, το συναίσθημα και τη λειτουργικότητα. Τις περισσότερες φορές εμφανίζεται και διαγιγνώσκεται στην εφηβεία ή την πρώτη ενήλικη ζωή. Η γνωστική και λειτουργική έκπτωση είναι συνήθως χρόνια και συνδέεται με μακροχρόνια αναπηρία και υψηλό κοινωνικό και οικονομικό κόστος. Η εκτεταμένη ετερογένεια της νόσου απαιτεί εξοικείωση με την κλινική εικόνα, την ποικίλη φαινομενολογία και την πορεία της διαταραχής για ακριβή διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση (Σταθοπούλου, 2014).

#### 1.2 Η αντιμετώπιση της Σχιζοφρένειας στον χρόνο

Η εξέλιξη της ψυχιατρικής ανέκαθεν ακολουθούσε τα στερεότυπα, τις προκαταλήψεις, αλλά και τις κοινωνικές αναπαραστάσεις για την «τρέλα» που κυριαρχούσαν σε κάθε εποχή (Στυλιανίδης και συν., 2007). Μέχρι πριν από 150 χρόνια, τα συμπτώματα της ψύχωσης αποδίδονταν στην καρδιά και σε υπερφυσικές δυνάμεις. Ο Δρ Emil Kraepelin (1856-1926) ήταν αυτός που χαρακτήρισε τις διάφορες μορφές της νόσου ως ενιαία ψυχική κατάσταση. Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, ιδιαίτερα της παρανοϊκής σχιζοφρένειας, έχουν περιγραφεί για χιλιάδες χρόνια, στην αρχαία αιγυπτιακή ιατρική, στον ινδουιστικό πολιτισμό, στην αρχαία Ελλάδα και την Κίνα (Owen, 2014).

Στους Προϊστορικούς χρόνους (4000-5000 π.Χ.) οι ψυχικές και σωματικές διαταραχές δεν διαχωρίζονταν και θεωρούνταν αποτέλεσμα κακών πνευμάτων λόγω εκδίκησης ή μαγείας. Η θεραπευτική μέθοδος που χρησιμοποιούνταν ήταν αυτή του τρυπανισμού που χρησιμοποιήθηκε μέχρι και τα μεσαιωνικά χρόνια και του εξορκισμού που τον συναντάμε ακόμη και στις μέρες μας (Ανυφαντοπούλου, 2015).

Στην αρχαία Ελλάδα, οι ασθενείς με ψυχικές παθήσεις αντιμετωπίζονταν στα Ασκληπιεία όπως και όλοι οι υπόλοιποι ασθενείς με οργανικά προβλήματα (Λακιώτη, 2011). Το 400 π.Χ., ο Ιπποκράτης περιέγραψε τις ψυχικές παθήσεις ως προβλήματα του εγκεφάλου και ήταν ένας από τους πρώτους που κατέγραψε αυτές τις ασθένειες ως απτές, ιατρικές παθήσεις (Owen, 2014). Μέχρι και τον 19<sup>ο</sup> αιώνα, ο όρκος του Ιπποκράτη αποτέλεσε το μοναδικό δεοντολογικό κείμενο το οποίο καθόριζε τις υποχρεώσεις των γιατρών και έμμεσα προστάτευε τα δικαιώματα των ασθενών (Παρασκευοπούλου, 2019).

Κατά τον Μεσαίωνα, η θρησκευτική δεισιδαιμονία κυριάρχησε στον τομέα της ψυχικής υγείας. Οι άνθρωποι θεωρούσαν τις ψευδαισθήσεις και τις παραισθήσεις ως αιτία δαιμονικής κατοχής και μαγείας (Owen, 2014). Τη φροντίδα των ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα είχαν αναλάβει τα μοναστήρια και η κύρια μέθοδος αντιμετώπισης ήταν ο εξορκισμός (Σακκά, 2017). Με το τέλος του Μεσαίωνα ήρθε η κατάρρευση της εποχής των μαγισσών, ωστόσο, τα θεμέλια του φόβου για τις ψυχικές ασθένειες είχαν τεθεί και αποδεικνύεται πολύ δύσκολο να γκρεμιστούν (Owen, 2014).

Αργότερα τον 17<sup>ο</sup> αιώνα, αναπτύχθηκαν τα άσυλα βασική επιδίωξη των οποίων ήταν ο εγκλεισμός των ατόμων και η απομάκρυνσή τους από το κοινωνικό σύνολο. Όλο και περισσότερα άτομα με ψυχικά νοσήματα εγκλείονταν σε φυλακές, φτωχοκομεία και γενικά νοσοκομεία στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική (Σακκά, 2017).

Το ανθρωπιστικό κίνημα του Διαφωτισμού, τον 18ο αιώνα σήμανε τη στροφή στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Η «ηθική θεραπεία» του Γάλλου ιατρού Phillippe Pinel, στόχευε στην ολιστική ανάπτυξη των σωματικών και ψυχικών δυνατοτήτων του ανθρώπου, δίνοντας έμφαση στο σεβασμό και την αξιοπρέπεια του ατόμου (Ανυφαντοπούλου, 2015).

Από τον 19ο αιώνα και μετά, στις πιο ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες, η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας χωρίστηκε σε τρεις περιόδους, α) Η άνοδος του ασύλου



(1880- 1955), β) Η παρακμή του ασύλου ή «αποϊδρυματοποίηση» (μετά το 1955) και γ) στις μέρες μας, η μεταρρύθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σύμφωνα με τεκμηριωμένη προσέγγιση, εξισορρόπηση και ενσωμάτωση τόσο κοινοτικών όσο και νοσοκομειακών στοιχείων. Μέσα σε ένα «μοντέλο ισορροπημένης φροντίδας», οι περισσότερες υπηρεσίες παρέχονται σε περιβάλλον κοινότητας κοντά στους πληθυσμούς που εξυπηρετούνται, με τη διαμονή στο νοσοκομείο να μειώνεται όσο το δυνατόν περισσότερο, και συνήθως να βρίσκεται στα οξεία τμήματα των γενικών νοσοκομείων (Thornicroft et al., 2010).

### **1.3 Αίτια - Παράγοντες κινδύνου**

Τα ακριβή αίτια της σχιζοφρένειας δεν έχουν διερευνηθεί ακόμα επαρκώς. Οι μελέτες συγκλίνουν στο ότι είναι το αποτέλεσμα μιας σύνθετης αλληλεπίδρασης μεταξύ βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων (Garety et al., 2007).

Στη βιολογική προσέγγιση για την εκδήλωση της σχιζοφρένειας συμπεριλαμβάνεται η πολυ-γονιδιακή θεωρία, η νευροαναπτυξιακή θεωρία, η θεωρία εμπλοκής ιογενών και ανοσολογικών παραγόντων όπως και διάφορες νευροχημικές και νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται όσοι σχετίζονται με την οικογένεια, τη μετανάστευση, την κατάχρηση ουσιών την αστικοποίηση και την κοινωνική απομόνωση (Σταθοπούλου, 2014).

Η ψυχαναλυτική άποψη για τη σχιζοφρένεια υποστηρίζει ότι το έλλειμμα του Εγώ επιδρά στον τρόπο που ερμηνεύεται η πραγματικότητα αλλά και στον έλεγχο των ενορμήσεων. Το άτομο παρουσιάζει καθήλωση στο στοματικό στάδιο ανάπτυξης και η διαταραχή συμβαίνει λόγω παραμορφώσεων της σχέσης μάνας – βρέφους. Η αναπτυξιακή αποτυχία οδηγεί σε ασταθή εικόνα της μητέρας και το άτομο παλινδρομεί αντί να εξελιχθεί (Μαλανδρή, 2014).

Το μοντέλο «ευαλωτότητας-στρες» αποτελεί τον κύριο εκπρόσωπο στις αλληλεπιδραστικές θεωρήσεις περί σχιζοφρένειας. Σύμφωνα με αυτό, η νόσος αποδίδεται σε μια υποκείμενη βιολογική ευαλωτότητα η οποία διαφέρει από άτομο σε άτομο. Τα συμπτώματα εκδηλώνονται μόνο όταν είναι παρόντες περιβαλλοντικοί στρεσογόνοι παράγοντες. Αν η ευαλωτότητα είναι μεγάλη ακόμη και χαμηλά επίπεδα στρες μπορεί να πυροδοτήσουν τη συμπτωματολογία. Αν η ευαλωτότητα είναι μικρή,

η εκδήλωση συμπτωμάτων συμβαίνει μόνο μετά από έκθεση σε έντονη ψυχοκαταπόνηση (Μαργαρίτη και συν., 2015).

Οι παράγοντες που αναφέρονται ως επικίνδυνοι, για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας σύμφωνα με την βιβλιογραφία, είναι οι εξής:

**Κληρονομική επιβάρυνση:** Η έρευνα γύρω από την κληρονομική επιβάρυνση ξεκίνησε το 1930 και επικεντρώθηκε σε μελέτες διδύμων, οικογενειών, σχιζοφρενικών γονέων και αναζήτηση γενετικών δεικτών (Schwarzkopf et al., 1989). Φάνηκε ότι όσο πιο κοντινή είναι η συγγένεια με τον πάσχοντα τόσο περισσότερο αυξάνεται ο κίνδυνος για την εκδήλωση της ασθένειας (Παπαδημητρίου και συν., 2013).

**Προγεννητικές και περιγεννητικές επιπλοκές:** Η εμφάνιση περιγεννητικών επιπλοκών συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σχιζοφρένειας. Άτομα με επιπλοκή κατά την περιγεννητική περίοδο είχαν διπλάσια πιθανότητα να νοσήσουν και όσοι υπέστησαν υποξία κατά τη γέννηση είχαν 4 φορές υψηλότερο σχετικό κίνδυνο νόσησης (Dalman et al., 2001). Επιπλέον, οι άνθρωποι που γεννήθηκαν τέλη του χειμώνα και την άνοιξη έχουν 7–10% περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν σχιζοφρένεια. Αυτό θα μπορούσε να οφείλεται σε μεγαλύτερη πιθανότητα έκθεσης του εμβρυϊκού εγκεφάλου σε αναπνευστικές λοιμώξεις της μητέρας ή σε έλλειψη φολικού οξέος ή ανεπάρκεια βιταμίνης D, κατά τους χειμερινούς μήνες.

**Πατρική ηλικία:** Η τεκνοποίηση των αντρών σε μεγάλη ηλικία αυξάνει τις πιθανότητες να αποκτήσουν ένα παιδί που θα αναπτύξει σχιζοφρένεια από ότι οι νεότεροι άνδρες. Ο μεγαλύτερος σχετικός κίνδυνος είναι 2,96% και αναφέρεται σε άντρες άνω των 55 ετών σε σύγκριση με άντρες 20-24 ετών (Σταθοπούλου, 2014). Ωστόσο, είναι ακόμη ασαφές αν αυτός ο κίνδυνος οφείλεται σε ψυχολογικούς ή βιολογικούς παράγοντες (Kahn et al., 2015).

**Αστικό περιβάλλον:** Πολλές μελέτες τουλάχιστον στις δυτικές χώρες έχουν δείξει ότι η γέννηση και διαβίωση σε αστικό περιβάλλον σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σχιζοφρένειας (Kirkbride et al., 2006, 2007; Pedersen & Mortensen, 2001). Δεν έχουν γίνει σαφείς οι λόγοι, ορισμένες υποθέσεις περιλαμβάνουν τις προ- και μεταγεννητικές λοιμώξεις, την επιλεκτική μετανάστευση, γενετικούς παράγοντες και τις διαφορές στη διαθεσιμότητα των ψυχιατρικών υπηρεσιών (Σταθοπούλου, 2014). Οι Γκιωνάκης και Στυλιανίδης (2001), αναφέρουν ότι το άτομο δυσκολεύεται να επεξεργαστεί και να προσαρμοστεί στις γρήγορες αλλαγές και τους αστραπιαίους

ρυθμούς της ζωής στη μεγαλούπολη. Επιπρόσθετα, η απομάκρυνση από το φυσικό περιβάλλον, η εκβιομηχάνιση και η τεχνολογία οδηγούν στην κοινωνική απομόνωση και στην ανάπτυξη ψυχωτικών συμπτωμάτων.

**Μετανάστευση:** Έχει παρατηρηθεί αυξημένη συχνότητα σχιζοφρένειας σε πολλές μεταναστευτικές ομάδες σε σύγκριση με αυτές που περιλαμβάνουν άτομα που δεν έχουν προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό μετανάστευσης.

**Χρήση ουσιών:** Η επίμονη κατάχρηση αμφεταμίνης, μεθαμφεταμίνης και κοκαΐνης, μπορεί να προκαλέσει μια κατάσταση που είναι σχεδόν ίδια με αυτήν αυτή της παρανοϊκής σχιζοφρένειας. Η περιστασιακή χρήση κάνναβης μπορεί να προκαλέσει παροδικά ψυχωτικά συμπτώματα. Το κάπνισμα κάνναβης επιδεινώνει την υπάρχουσα ψύχωση αλλά ενέχει και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σχιζοφρένειας. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος σε εκείνους που ξεκινούν τη χρήση κάνναβης στην εφηβεία και σε όσους χρησιμοποιούν ποικιλίες κάνναβης υψηλής δραστηριότητας. Τα τελευταία χρόνια, έχουν γίνει ευρέως διαθέσιμα μέσω του διαδικτύου ακόμη πιο ισχυρά συνθετικά κανναβινοειδή (μπαχαρικά) τα οποία συνδέονται με οξείες ψυχωσικές αντιδράσεις.

**Κοινωνική αντιξοότητα:** Τραυματικά γεγονότα στην παιδική ηλικία όπως σωματική ή και σεξουαλική κακοποίηση, κακομεταχείριση και εκφοβισμός σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο μεταγενέστερης σχιζοφρένειας. Τα άτομα με ψύχωση αναφέρουν επίσης αυξημένα ποσοστά ιδιαίτερα ενοχλητικών γεγονότων ζωής, όπως επίθεση, πριν από την έναρξη της ασθένειας. Ωστόσο, είναι πιθανό οι άνθρωποι που έχουν γενετική προδιάθεση για σχιζοφρένεια να εκτεθούν σε παράγοντες κοινωνικού κινδύνου, όπως ο εκφοβισμός (Kahn et al., 2015).

## 1.4 Κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου

Η σχιζοφρένεια εμφανίζει ποικίλη ψυχοπαθολογία. Χαρακτηρίζεται από συνδυασμό θετικών, αρνητικών και γνωστικών συμπτωμάτων. Τα θετικά συμπτώματα είναι συμπεριφορές και σκέψεις που συνήθως δεν υπάρχουν, όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις αλλά και αποδιοργάνωση στο λόγο, τη σκέψη και τη συμπεριφορά. Τα αρνητικά συμπτώματα περιλαμβάνουν κοινωνική απόσυρση, συναισθηματική επιπέδωση, ανηδονία και μειωμένη πρωτοβουλία και ενεργητικότητα. Τα γνωστικά, εκφράζονται με ένα ευρύ σύνολο γνωστικών δυσλειτουργιών, που έχουν ως

αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ικανότητα για κοινωνικοποίηση και διαμόρφωση σχέσεων (Kahn et al., 2015).

Τα θετικά συμπτώματα τείνουν να υποτροπιάζουν και να υποχωρούν, αν και μερικοί ασθενείς έχουν υπολειπόμενα μακροχρόνια ψυχωτικά συμπτώματα. Τα αρνητικά και γνωστικά συμπτώματα τείνουν να είναι χρόνια και σχετίζονται με μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην κοινωνική λειτουργικότητα. Το πρώτο επεισόδιο της ψύχωσης εμφανίζεται συνήθως στην όψιμη εφηβεία ή την πρώιμη ενηλικίωση, αλλά συχνά προηγείται μια πρόδρομη φάση. Σε ορισμένες περιπτώσεις, διαταραχές στη γνωστική ή την κοινωνική λειτουργικότητα, ή και τα δύο, μπορεί να εκδηλωθούν πολλά χρόνια πριν από το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Ωστόσο, σε άλλες περιπτώσεις, η εμφάνιση είναι ξαφνική και τα άτομα είχαν καλή λειτουργικότητα στο παρελθόν (Owen et al., 2016).

Πιο αναλυτικά τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου αφορούν:

**Διαταραχές της σκέψης:** Το βασικότερο σύμπτωμα είναι οι εξωπραγματικές και παραληρητικές ιδέες, που μπορεί να έχουν ποικίλο περιεχόμενο, διωκτικό, ερωτικό, θρησκευτικό, σωματικό κ.α. Μπορεί να υπάρχει διαταραχή της δομής ή της ροής της σκέψης, ασυναρτησία, ανακοπή της σκέψης ή διαταραχή ελέγχου και κατοχής της, παρεμβολή, υποκλοπή.

**Διαταραχές της αντίληψης:** Συνήθως είναι ψευδαισθήσεις, δηλαδή αντιληπτικά βιώματα που στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν. Μπορεί να είναι ακουστικές, οπτικές οσφρητικές, απτικές.

**Διαταραχές του συναισθήματος:** Συνήθως αμβλύ, απρόσφορο συναίσθημα που όμως παρατηρείται στην πορεία της νόσου.

**Διαταραχές της βούλησης και της ψυχοκινητικότητας:** Αναφέρονται σε βιώματα αντικατάστασης της βούλησης πράξεων ή σκέψεων, από ξένες δυνάμεις. Εδώ συγκαταλέγονται και τα κατατονικά συμπτώματα, όπως στερεοτυπίες, αυτοματισμοί, ηχοπραξία, ηχολαλία, εμβροντησία, διέγερση.

**Διαταραχές της γνωστικής λειτουργίας:** Η έκπτωση της γνωστικής λειτουργίας στη σχιζοφρένεια είναι ένα σημαντικό κλινικό χαρακτηριστικό καθώς συνδέεται με την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα. Αναφέρεται στην μείωση της προσοχής, την αδυναμία συγκέντρωσης, την αυτιστική μνήμη και την ψευδοσυγχυτική κατάσταση (Μαδιανός, 2004).

Πριν από κάθε διάγνωση θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν τρεις βασικοί παράγοντες: α) το ιστορικό του ασθενούς, β) η αλλαγή των συμπτωμάτων στο χρόνο και γ) το μορφωτικό επίπεδο, η οξυδέρκεια και η πολιτισμική ταυτότητα του ασθενούς (Karlan & Sadock's, 2002).

### **1.5 Επιδημιολογικά δεδομένα**

Ο δια βίου επιπολασμός της σχιζοφρένειας, είναι μόλις κάτω του 1%. Η πιο λεπτομερής μελέτη για τον επιπολασμό της σχιζοφρένειας πραγματοποιήθηκε στη Φινλανδία και βρήκε ένα ποσοστό 0,87%. Ωστόσο, τα ποσοστά επικράτησης ποικίλλουν γεωγραφικά έως και πέντε φορές (Kahn et al., 2015).

Ο επιπολασμός της διαταραχής φαίνεται να είναι ίσος σε άνδρες και γυναίκες, αν και η έναρξη των συμπτωμάτων εμφανίζεται στις αρχές της δεκαετίας των είκοσι στους άνδρες ενώ στα τέλη της δεκαετίας των είκοσι ή στις αρχές της δεκαετίας των τριάντα στις γυναίκες (Patel et al., 2014).

Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν, κατά μέσο όρο, μικρότερο προσδόκιμο ζωής από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Το τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας σε όσους πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι 2,6% με την αυτοκτονία να είναι η κύρια αιτία στις αρχές της νόσου και οι καρδιαγγειακές παθήσεις στην πορεία της νόσου. Το επίμονο υψηλό ποσοστό καπνίσματος τσιγάρων, ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής και η παχυσαρκία, απόρροια παρενεργειών των αντιψυχωσικών φαρμάκων, συμβάλλουν στη δημιουργία μεταβολικού συνδρόμου. Ο σακχαρώδης διαβήτης, οι καρδιαγγειακές και αναπνευστικές παθήσεις είναι οι κύριες αιτίες θανάτου μεταξύ αυτών των ασθενών (Kahn et al., 2015).

Σε μελέτη της Π.Ο.Υ. όπου υπολογίστηκαν τα προσαρμοσμένα χρόνια αναπηρίας (Disability Adjusted Life Years – DALY) λόγω σχιζοφρένειας, η χώρα μας κατέχει την 187η θέση ανάμεσα σε 192 χώρες από όλον τον κόσμο (WHO, 2004).

Σύμφωνα με στοιχεία από μελέτες που δημοσιεύτηκαν το 2011, με επιδημιολογικά δεδομένα από 30 χώρες της Ευρώπης, συμπεριλαμβανομένης και της χώρας μας, ο επιπολασμός των ψυχώσεων σε διάστημα 12 μηνών υπολογίζεται στο 1,2% και αφορά περίπου 5 εκατομμύρια άτομα. Με την αναγωγή, υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα περίπου 132 χιλιάδες άτομα διαγνώστηκαν με ψύχωση το έτος 2010 (ΥΥΚΑ, 2011).

## 1.6 Τα επακόλουθα της σχιζοφρένειας:

### Κόστος, Αναπηρία, Στίγμα, Συννοσηρότητα

Η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος που συνδέεται με ιδιαίτερα υψηλό κόστος. Ο ΠΟΥ υπολόγισε ότι το άμεσο κόστος της σχιζοφρένειας στις δυτικές χώρες κυμαίνεται από 1,6% έως 2,6% των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες με τη σειρά τους αντιπροσωπεύουν μεταξύ 7% και 12% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος. Αυτό συμβαίνει γιατί ο αριθμός των ατόμων με ψυχικές διαταραχές παγκοσμίως αυξάνεται, ιδιαίτερα στις χώρες με χαμηλότερα εισοδήματα, λόγω της αύξησης του πληθυσμού και της γήρανσης. Η σημαντική επιβάρυνση που προέρχεται από τη σχιζοφρένεια, έχει συνδεθεί με την πρόωμη έναρξη της νόσου και την ανίατη φύση της, με επίμονα συμπτώματα (WHO, 2017). Η μετα-ανάλυση των Chaiyakunapruk et al (2017), επισημαίνει ότι το έμμεσο κόστος (άτυπο κόστος φροντίδας, απώλεια παραγωγικότητας, πρόωγη θνησιμότητα, ανεργία), συμβάλει περισσότερο στο συνολικό κόστος. Σύμφωνα με την συστηματική ανασκόπηση των Jin και Mosweu (2017), οι εκτιμήσεις για το μέγεθος του κόστους διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των χωρών, λόγω των διαφορετικών οικονομικών συνθηκών και συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, αλλά ενδεχομένως και λόγω της ευρείας μεθοδολογικής ετερογένειας μεταξύ των μελετών. Το οικονομικό βάρος της σχιζοφρένειας, πρέπει να υπολογίζει τόσο το άμεσο όσο και το έμμεσο υγειονομικό κόστος. Αυτό υποδηλώνει ότι οι θεραπείες πρέπει να στοχεύουν στη βελτίωση όχι μόνο του ελέγχου των συμπτωμάτων αλλά και της γνωστικής και της λειτουργικής αποδοτικότητας, οι οποίες σχετίζονται με σημαντική μη υγειονομική περίθαλψη και έμμεσες δαπάνες (Cloutier et al., 2016).

Επιπρόσθετα το στίγμα, οι παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και οι διακρίσεις στα άτομα με σχιζοφρένεια είναι συχνές και μπορούν να οδηγήσουν σε περιορισμό πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, εκπαίδευση, στέγαση και απασχόληση (WHO, 2019).

Η συστηματική ανάλυση για την παγκόσμια μελέτη βαριών νοσημάτων, κατέταξε τη σχιζοφρένεια μεταξύ των 25 κορυφαίων αιτιών αναπηρίας παγκοσμίως, το 2013 (James et al., 2018). Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι πιο πιθανό να είναι άνεργα, άστεγα, να ζουν σε συνθήκες φτώχειας, να έχουν δυσκολίες να ανταποκριθούν στα καθήκοντα του νοικοκυριού, να αυτοεξυπηρετηθούν και να χρειάζονται τη συνεχή

υποστήριξη των οικογενειών τους ή των φροντιστών και των διαθέσιμων υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Charlson et al., 2018).

Από όλες τις ψυχικές διαταραχές, η σχιζοφρένεια συνοδεύεται από το μεγαλύτερο στιγματισμό, καθώς παραμένει συνδεδεμένη με αρνητικά στερεότυπα όπως η βία και η επικινδυνότητα (Schulze & Angermeyer, 2003). Οι στρατηγικές που πρέπει να υιοθετηθούν για την καταπολέμηση του στίγματος, είναι η διαμαρτυρία, η εκπαίδευση και η επαφή. Η διαμαρτυρία αφορά την εσφαλμένη αναπαράσταση της ψυχικής νόσου και των ψυχικά ασθενών από τα ΜΜΕ, αλλά και την περιφρονητική γλώσσα που χρησιμοποιείται. Η εκπαίδευση στοχεύει στην έγκυρη επιστημονική ενημέρωση του κοινού, για την ψυχική ασθένεια αλλά και την ψυχοεκπαίδευση των συγγενών και φροντιστών. Η επαφή αναφέρεται στην διάδραση με άτομα με ψυχική διαταραχή μέσα στην κοινότητα. Επιπρόσθετα πρέπει να βελτιωθούν οι θεραπείες και οι νόμοι ώστε να περιοριστούν οι διακρίσεις και να αυξηθεί η προστασία των ψυχικά ασθενών (Ανυφαντοπούλου, 2015).

*Όπως επισημαίνει ο Μάνος (1997): "Έχει σημασία να μην προσπαθήσουμε να κλείσουμε μέσα μας μια συγκεκριμένη εικόνα -"στίγμα"- σχιζοφρενικού. Οι κλινικές εικόνες -οι άνθρωποι- παρουσιάζουν πολύ μεγάλη ποικιλία, από την έντονη διέγερση ως την απάθεια και την απόσυρση, από την απλή εκκεντρικότητα ως την πιο αλλόκοτη συμπεριφορά. Καλό, είναι λοιπόν, να μην έχουμε "κλισέ" στο μυαλό μας και κυρίως να μη ξεχνάμε ότι οι σχιζοφρενικοί μας άρρωστοι είναι απλώς άρρωστοι, δεν είναι "λεπροί".*

Η σχιζοφρένεια και οι περισσότερες ψυχικές ασθένειες, σχετίζονται με αδικαιολόγητη ιατρική συννοσηρότητα και θνησιμότητα. Υπάρχουν δύο βασικά ζητήματα που σχετίζονται με τη συννοσηρότητα: η ανίχνευση και η πρόληψη. Το κάπνισμα, η μειωμένη σωματική δραστηριότητα, η υπέρταση, η κατανάλωση αλκοόλ, η παχυσαρκία, τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα, ο σακχαρώδης διαβήτης και ο καρκίνος του μαστού και του εντέρου, είναι συνθήκες και συμπεριφορές ιδιαίτερα προβληματικές για άτομα με σχιζοφρένεια και άλλες ψυχικές νόσους. Η προσοχή που λαμβάνει αυτή η ομάδα ασθενών για τις ιατρικές της ανάγκες, είναι λιγότερο από ικανοποιητική. Η φυσική συννοσηρότητα στους σχιζοφρενείς αντιπροσωπεύει το 60% πρόωρων θανάτων που δεν σχετίζονται με αυτοκτονία. Το πρόβλημα σχετίζεται τόσο με τον ασθενή και τη φύση της ασθένειας όσο και με το ιατρικό σύστημα και τους διαθέσιμους πόρους αλλά και τις συμπεριφορές των ίδιων

των ιατρών. Χρειάζονται στρατηγικές που θα περιλαμβάνουν τακτικό ιατρικό έλεγχο, επαναλαμβανόμενη εκπαίδευση των μελών της διεπιστημονικής ομάδας για έγκαιρη ανίχνευση και προληπτική συμβουλευτική (Stone & Keshavan, 2012).

Το βάρος της σχιζοφρένειας αυξάνεται παγκοσμίως. Το μεγαλύτερο μέρος της επιβάρυνσης είναι σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος όπου η βρεφική και παιδική θνησιμότητα έχει μειωθεί, με αποτέλεσμα ένα μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού να ζει στην ηλικιακή ομάδα όπου ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος. Τα συστήματα υγείας στις περισσότερες χώρες είναι απροετοίμαστα για αυτό το κλιμακούμενο φορτίο και χωρίς αναδιάρθρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η έλλειψη αποτελεσματικής θεραπείας για αυτήν την εξουθενωτική ψυχική διαταραχή, θα επηρεάσει τα άτομα και τις οικογένειές τους (Charlson et al., 2018).

Πρόσφατα, ο ΠΟΥ υιοθέτησε μια ειδική πρωτοβουλία για να προχωρήσει σε πολιτικές και παρεμβάσεις για τη διασφάλιση της ποιότητας της περίθαλψης για ασθενείς με διαταραχές ψυχικής υγείας. Αυτή η επιδημιολογική προσέγγιση παρέχει τις κατάλληλες πληροφορίες για την παροχή πρωτοβάθμιας (αποφυγή εμφάνισης), δευτεροβάθμιας (ταχεία και σωστή θεραπεία για μείωση των επιπτώσεων της νόσου) και τριτοβάθμιας πρόληψης (μετριασμός της αναπηρίας και μείωση των επιμέρους περιορισμών που προκαλούνται υπό αυτές τις συνθήκες) (Carteri et al., 2020).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: Η θεραπευτική αντιμετώπιση της Σχιζοφρένειας**

Η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια νόσος με συχνές υποτροπές και ποικίλου βαθμού λειτουργική αναπηρία, λόγω αλληλεπίδρασης βιολογικών, γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Τα άτομα με σχιζοφρένεια χρειάζονται ολιστική αντιμετώπιση της νόσου τόσο με φαρμακοθεραπεία όσο και με ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (Altamura et al., 2015).

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα αποτελούν το βασικό στοιχείο για την οξεία και μακροχρόνια θεραπεία της ψύχωσης. Μια δια βίου φαρμακευτική αγωγή, είναι απαραίτητη για τη μείωση της συχνότητας και της σοβαρότητας των υποτροπών, για τη μείωση των γνωστικών δυσλειτουργιών και των συνεπειών στη λειτουργικότητα του ασθενούς. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στοχεύουν στην ενίσχυση της επίδρασης των φαρμακολογικών θεραπειών και επικεντρώνονται σε συγκεκριμένους τομείς της λειτουργικότητας, με στόχο τη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων και τη μείωση του αριθμού των υποτροπών και της νοσηλείας (Ventriglio et al., 2020).



Πριν από κάθε θεραπευτική προσέγγιση είναι σημαντικό να τηρούνται τα εξής: α) έγκυρη διάγνωση, β) δημιουργία θεραπευτικής συμμαχίας, γ) εκτίμηση του επιπέδου λειτουργικότητας, και δ) εξατομικευμένη θεραπεία (Μαδιανός, 2004).

## **2.1 Βιολογικές θεραπείες**

Οι βιολογικές θεραπείες περιλαμβάνουν τις φαρμακοθεραπείες που αποτελούν τον πυρήνα της αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας και την ηλεκτροσπασμοθεραπεία που απευθύνεται σε ένα πολύ μικρό ποσοστό κατατονικών ασθενών (Μαδιανός, 2004). Στα άτομα που δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στην αντιψυχωσική θεραπεία, συχνά χορηγούνται μεγαλύτερες δόσεις φαρμάκου ή γίνεται συνδυασμός αντιψυχωσικών. Επιπρόσθετα τα αντιψυχωσικά μπορούν να ενισχυθούν με φαρμακευτικά σκευάσματα άλλων τάξεων, όπως είναι τα αντιεπιληπτικά και οι σταθεροποιητές της διάθεσης, για παράδειγμα το λίθιο, η καρβαμαζεπίνη, το βαλπροϊκό νάτριο και η λαμοτριγίνη, τα αντιχολινεργικά, τα αντικαταθλιπτικά και οι βενζοδιαζεπίνες (Μαργαρίτη και συν., 2015)

### **2.1.1 Τα αντιψυχωσικά φάρμακα**

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα χορηγούνται για την αντιμετώπιση των οξέων ψυχωσικών επεισοδίων και την πρόληψη των υποτροπών της νόσου. Περιλαμβάνουν δύο μεγάλες κατηγορίες, τα κλασσικά ή αντιψυχωσικά πρώτης γενιάς (πχ αλοπεριδόλη, χλωροπρομαζίνη κ.α) και τα άτυπα, ή αντιψυχωσικά δεύτερης γενιάς (π.χ. κλοζαπίνη, ρισπεριδόνη, ολανζαπίνη, κουετιαπίνη, σερτινδόλη, ζιπρασιδόνη, λοξαπίνη, ζοτεπίνη κ.α.). Διατίθενται σε σκευάσματα που χορηγούνται από το στόμα ή παρεντερικά με ενδομυϊκή ένεση βραχείας ή Μακράς Διάρκειας Δράσης (ΜΔΔ) «depot» (Μαργαρίτη και συν., 2015).

Τα κλασσικά αντιψυχωσικά οφείλουν τη θεραπευτική τους δράση στη δυνατότητα να αποκλείουν κυρίως τους D2 υποδοχείς της ντοπαμίνης, της οποίας η δράση είναι υπεύθυνη για τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, όπως παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, διαταραχές στη σκέψη, επιθετικότητα και διέγερση (Ανυφαντοπούλου, 2015). Μετά τη χρήση του πρώτου αντιψυχωσικού φαρμάκου το 1950, φάνηκε ότι η εξασφάλιση του θεραπευτικού συνεχούς, μπορεί να μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο υποτροπών και να βελτιώσει τον μακροπρόθεσμο έλεγχο των συμπτωμάτων. Ωστόσο οι μελέτες έδειξαν ότι το 60% των ασθενών βίωναν κάποια

υποτροπή μέσα στον πρώτο χρόνο θεραπείας, ενώ το 80% είχε ελλιπή συμμόρφωση (Kasper & Papadimitriou, 2009).

Τα άτυπα αντιψυχωσικά κυκλοφόρησαν τη δεκαετία του 1990. Ονομάζονται και ανταγωνιστές της σεροτονίνης - ντοπαμίνης γιατί δρουν κυρίως στους υποδοχείς της σεροτονίνης αλλά και στους D2 υποδοχείς της ντοπαμίνης (Ανυφαντοπούλου, 2015). Τα φάρμακα αυτά αντιμετωπίζουν όλο το φάσμα των συμπτωμάτων της νόσου. Η συμμόρφωση στα αντιψυχωσικά δεύτερης γενιάς είναι μεγαλύτερη καθώς εμφανίζουν λιγότερες παρενέργειες. Τα ποσοστά επανεισαγωγών και η επανεμφάνιση των συμπτωμάτων είναι σαφώς μειωμένα. Επιπρόσθετα, τα ενέσιμα αντιψυχωσικά ΜΔΔ, μείωσαν τα ποσοστά νοσηλείας μέσα στον πρώτο χρόνο από 60% σε 40%. Η πλειοψηφία των μελετών μάλιστα, έχει δείξει ότι η ενέσιμη αγωγή ΜΔΔ (depot), αυξάνει τη συμμόρφωση και μειώνει τον αριθμό υποτροπών (Kasper & Papadimitriou, 2009).

### **2.1.2 Ανεπιθύμητες ενέργειες**

Τόσο τα κλασσικά όσο και τα άτυπα αντιψυχωσικά παρουσιάζουν διάφορες παρενέργειες. Οι βασικότερες περιλαμβάνουν τις εξωπυραμιδικές, όπως ακαθισία, ακινησία, όψιμη δυσκινησία και δυστονία, τις αντιχολινεργικές όπως θαμπή όραση, ξηροστομία, δυσκοιλιότητα και κατακράτηση ούρων, σεξουαλική δυσλειτουργία, αύξηση σωματικού βάρους, δυσλιπιδαιμία, υπερπρολακτιναιμία, καταστολή, υπνηλία, ορθοστατική υπόταση, ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές κ.α.

Το προφίλ των παρενεργειών διαφέρει ανάμεσα στα σκευάσματα. Τα άτυπα αντιψυχωσικά συσχετίζονται με μικρότερο ρίσκο εκδήλωσης εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων σε αντίθεση με τα κλασσικά, αλλά παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο πρόκλησης μεταβολικών παρενεργειών, όπως αύξηση του σωματικού βάρους, δυσλιπιδαιμία και διαταραχή ρύθμισης του σακχάρου του αίματος. Αποτέλεσμα είναι η εκδήλωση μεταβολικού συνδρόμου, το οποίο αυξάνει το ρίσκο πρόκλησης στεφανιαίας νόσου και σακχαρώδη διαβήτη (Μαργαρίτη και συν., 2015).

## **2.2 Οι ψυχοκοινωνικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις**

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στοχεύουν στην ενίσχυση της επίδρασης των φαρμακολογικών θεραπειών και επικεντρώνονται σε συγκεκριμένους τομείς της

λειτουργικότητας, με στόχο τη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων και τη μείωση του αριθμού των υποτροπών και της νοσηλείας (Ventriglio et al., 2020).

Οι ψυχολογικές θεραπείες στοχεύουν στη βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου από ψυχολογική και κοινωνική πλευρά, ώστε να μειώσουν μακροπρόθεσμα, την ευαλωτότητά του (Μαργαρίτη και συν., 2015).

Οι αναγνωρισμένες ψυχοκοινωνικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές για τους ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια, είναι:

### **2.2.1 Ψυχοεκπαίδευση**

Η ψυχοεκπαίδευση αποτελεί μια από τις βασικότερες μορφές ψυχοκοινωνικής παρέμβασης. Στοχεύει στην παροχή πληροφοριών σε ασθενείς και φροντιστές σχετικά με την ασθένεια, τη θεραπεία της, την πρόγνωση, τις κατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισης και τα δικαιώματά τους. Η διαδικασία της εκπαίδευσης των ατόμων και των οικογενειών, τους επιτρέπει να αναπτύξουν προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης, εκμεταλλευόμενοι τη δύναμή τους και ενισχύουν την αυτοφροντίδα. Εκπαιδευμένα άτομα και οικογένειες, είναι σε θέση να συμμετέχουν σε κοινή λήψη αποφάσεων (Fleischhacker et al., 2014).

Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ ενός καλά εκπαιδευμένου θεραπευτή ψυχικής υγείας και των χρηστών υπηρεσιών, ή των φροντιστών τους. Οι παρεχόμενες πληροφορίες διαφοροποιούνται σε κάθε ασθενή, ανάλογα με την ικανότητα διαχείρισης και επεξεργασίας της πληροφορίας. Η ψυχοεκπαίδευση είναι μια μακροχρόνια θεραπεία που χρησιμοποιεί διάφορες τεχνικές και στρατηγικές. Μπορεί να γίνει μεμονωμένα σε ασθενείς ή σε ομάδες ασθενών, μέσα και έξω από το νοσοκομείο. Η συγκεκριμένη παρέμβαση μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση του βαθμού εναισθησίας, στην αύξηση της συμμόρφωσης στη θεραπεία, στη μείωση του αριθμού των υποτροπών με την έγκαιρη αναγνώρισή της, στη βελτίωση της συμπτωματολογίας, στην κατανόηση της νόσου και των συνεπειών της (James et al., 2018).

Στην Ελλάδα η Ελληνική Εταιρεία Έρευνας της Συμπεριφοράς σε συνεργασία με το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής και την Α' Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, ανέπτυξε το 2004 ένα διετές μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα για επαγγελματίες ψυχικής υγείας διαφόρων ειδικοτήτων με τίτλο:

«Ψυχοεκπαιδευτικές Παρεμβάσεις – Συμπεριφορική Θεραπεία Οικογένειας στην Ψύχωση» (Οικονόμου και συν., 2014).

### **2.2.2 Παρέμβαση στην οικογένεια**

Οι οικογενειακές παρεμβάσεις στοχεύουν στην ενσωμάτωση των μελών της οικογένειας, των φροντιστών και των φίλων του ασθενούς, στη θεραπεία και την αποκατάσταση, τόσο στην οξεία όσο και στη φάση ανάρρωσης της σχιζοφρένειας. Αυτές οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν γνωστικές, συμπεριφορικές και υποστηρικτικές προτάσεις σε συνδυασμό με στοιχεία οικογενειακής θεραπείας (McFarlane, 2016).

Οι στόχοι της οικογενειακής παρέμβασης είναι να βελτιωθεί η ικανότητα των μελών της οικογένειας να υποστηρίξουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης του ασθενούς, να βελτιωθεί η γνώση της οικογένειας για τη σχιζοφρένεια και τη θεραπεία της, να μειωθεί το εκφραζόμενο συναίσθημα της οικογένειας και να συμβάλλει στη βελτίωση της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων και επικοινωνίας της οικογένειας για την υποστήριξη της ανάρρωσης του ασθενούς (Lyman et al., 2014).

Η οικογενειακή παρέμβαση μπορεί να εφαρμοστεί σε μία οικογένεια καθώς και σε ομάδα πολλών οικογενειών και είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στην πρόληψη υποτροπής της νόσου όταν σχετίζεται με μακροχρόνιες θεραπείες (Μαργαρίτη και συν., 2015).

### **2.2.3 Εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων**

Η εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων ορίζεται ως μια δομημένη ψυχοκοινωνική παρέμβαση που έχει σχεδιαστεί για τη βελτίωση της κοινωνικής απόδοσης του χρήστη και της μείωσης της δυσφορίας και της δυσκολίας χειρισμού κοινωνικών καταστάσεων. Επικεντρώνεται τόσο στη λεκτική όσο και στη μη λεκτική επικοινωνία και στοχεύει στην αύξηση των ικανοτήτων του ασθενούς να επεξεργάζεται σχετικές κοινωνικές ενδείξεις και να ανταποκρίνεται κατάλληλα σε αυτές, αλλά και να διαχειρίζεται τη θεραπεία του και τις καθημερινές του εργασίες (Ventriglio et al., 2020).

Αυτή η προσέγγιση έχει μικρή αλλά σημαντική επίδραση στα ποσοστά υποτροπής. Η αξία της μπορεί να περιοριστεί κάπως λόγω της μειωμένης προσοχής σε άτομα με

σχιζοφρένεια. Ο συνδυασμός με γνωστική αποκατάσταση φαίνεται να βοηθάει (Fleischhacker et al., 2014).

#### **2.2.4 Συμβουλευτική και υποστηρικτική θεραπεία**

Η συμβουλευτική και υποστηρικτική θεραπεία, ή αλλιώς ατομική, είναι η θεραπεία που επιλέγουν οι περισσότεροι ασθενείς με σχιζοφρένεια. Ο Carl Rogers τη δεκαετία του 1950 με την «πελατο-κεντρική» και αργότερα την «προσωπο-κεντρική» συμβουλευτική, αποτέλεσε την αρχή αυτών των θεραπειών και τη βάση για άλλες παρόμοιες, όπως η ανθρωπιστική και ψυχοδυναμική συμβουλευτική, το ψυχόδραμα και η Gestalt ψυχοθεραπεία (Μαργαρίτη και συν., 2015).

Τα βασικά χαρακτηριστικά της υποστηρικτικής θεραπείας έγκεινται στην ικανότητα του θεραπευτή να ακούει, να καθησυχάζει, να υποστηρίζει και να είναι ευέλικτος. Η δημιουργία μιας θεραπευτικής σχέσης που χτίζεται με εμπιστοσύνη, ενεργητική ακρόαση, σεβασμό των αξιών, υπομονή και ενδιαφέρον για όσα εκφράζει ο ασθενής, βελτιώνει το ηθικό μέσω της αναθεώρησης των εδραιωμένων συμπεριφορών και ενδυναμώνει τον ασθενή για να συμμετέχει στην ανάρρωσή του (Penda, 2017).

Σύμφωνα με τους Fenton και McGlashan (1997), το αίσθημα του ασθενούς ότι ακούγεται και γίνεται αντιληπτός, συμβάλλει στη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή.

#### **2.2.5 Ομαδική ψυχοθεραπεία**

Η ομαδική ψυχοθεραπεία ορίζεται ως «η αμοιβαία κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη, από άτομα που έχουν ψυχικές ασθένειες σε άλλους που μοιράζονται παρόμοιες καταστάσεις» (Solomon, 2004). Περιλαμβάνει μια σειρά προσεγγίσεων που επιτρέπουν στους συμμετέχοντες να μοιράζονται τις εμπειρίες τους και να λειτουργούν ως πρότυπο για άλλους ασθενείς. Δεδομένου ότι υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια τείνουν να αποφεύγουν την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας (Repper & Watson, 2012), η ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί να προσφέρει την εμπειρία και τις γνώσεις που θα τους βοηθήσει, να μειώσουν το στίγμα και να αυξήσουν τη συμμόρφωση στη θεραπεία (Salzer & Shear, 2002).

## 2.2.6 Δημιουργικές Θεραπείες

Στις δημιουργικές θεραπείες ανήκουν οι θεραπείες μέσω της τέχνης. Είναι ένα σύνολο παρεμβάσεων που βασίζονται σε ψυχοθεραπευτικές τεχνικές οι οποίες σχετίζονται με δραστηριότητες που προωθούν τη δημιουργική έκφραση, την επικοινωνία, την εναισθησία και την ικανότητα κοινωνικοποίησης. Περιλαμβάνουν ψυχοθεραπεία μέσω εικαστικών τεχνών (art therapy ή art psychotherapy), χοροθεραπεία, σωματική ψυχοθεραπεία, δραματοθεραπεία και μουσικοθεραπεία. Η παρέμβαση παρέχεται από ειδικευμένο, εγκεκριμένο θεραπευτή τέχνης και είναι προτιμότερο να παρέχεται σε ομάδες ασθενών, εκτός και εάν υπάρχουν άλλες ενδείξεις (Ventriglio et al., 2020).

Οι θεραπείες μέσω τέχνης συμβάλλουν στην ανακούφιση των αρνητικών συμπτωμάτων και προτείνονται για όλους τους ασθενείς με ψυχωσικές διαταραχές. Μπορούν να παρέχονται τόσο μέσα στο νοσοκομείο όσο και στην κοινότητα, σε όλες τις φάσεις της νόσου (Μαργαρίτη και συν., 2015).

## 2.2.7 Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ)

Η γνωστική συμπεριφορική είναι μια θεραπεία μέσω του λόγου, που βοηθά τους ανθρώπους να διαχειριστούν την ασθένειά τους, αλλάζοντας τον τρόπο που σκέφτονται και αισθάνονται. Στοχεύει στη μείωση της σοβαρότητας των ψυχωτικών συμπτωμάτων και του αισθήματος δυσφορίας αλλά και στην αύξηση της λειτουργικότητας (Fleischhacker et al., 2014).

Η ΓΣΘ προϋποθέτει, την εγκατάσταση και διατήρηση μιας αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης, η οποία είναι κεντρικής σημασίας για την ανάπτυξη της αίσθησης κυριαρχίας του ασθενούς και της πορείας προς την ανάκαμψη (Rounds, 2017). Στόχος είναι ο ασθενής να προσδιορίσει τις ψυχωσικές του εμπειρίες και να επιτευχθεί γνωσιακή αναδόμηση με την τροποποίηση των γνωστικών δυσλειτουργικών σκέψεων. Η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης επηρεάζεται από διάφορες μεταβλητές όπως τα χαρακτηριστικά του ασθενή, τη φάση της νόσου και το είδος των ψυχωτικών συμπτωμάτων (Χατζηιωάννου και συν., 2007).

Η ΓΣΘ είναι μία σαφώς καθοριζόμενη ψυχοθεραπεία που μπορεί να παρέχεται ατομικά ή σε ομάδες μόνο από εξειδικευμένους θεραπευτές, οι οποίοι έχουν εμπειρία σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Συμβάλει στη μείωση των επανεισαγωγών και της

διάρκειας νοσηλείας, επιφέροντας εξοικονόμηση κόστους για το σύστημα υγείας. Επιπρόσθετα μειώνει τη βαρύτητα των ψευδαισθήσεων και της κατάθλιψης, αλλά δε φαίνεται να είναι αποτελεσματική στην αύξηση της εναισθησίας και στην ενίσχυση συμμόρφωσης στη θεραπεία (Μαργαρίτη και συν., 2015).

### **2.2.8 Γνωστική αποκατάσταση**

Τα άτομα με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας παρουσιάζουν ελλείμματα σε βασικά συστατικά της γνωστικής λειτουργίας. Οι τομείς με τη μεγαλύτερη δυσλειτουργία είναι η μνήμη, η προσοχή και οι εκτελεστικές λειτουργίες, όπως ο σχεδιασμός και η οργάνωση. Αυτή η αλλαγή στην γνωστική λειτουργία επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου για εργασία, κοινωνικοποίηση και ανεξάρτητη διαβίωση (Pounds, 2017; Μαργαρίτη και συν., 2015).

Διάφορα προγράμματα έχουν αναπτυχθεί για τη βελτίωση των γνωστικών ελλειμμάτων. Στην Ελλάδα εφαρμόζεται το Απαρτιωτικό Ψυχολογικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για τη Σχιζοφρένεια – IPT (Μαργαρίτη και συν., 2015). Πρόκειται για ένα ομαδικό θεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο αποτελείται από 5 υποπρογράμματα: γνωστική διαφοροποίηση, κοινωνική αντίληψη, λεκτική επικοινωνία, κοινωνικές δεξιότητες και διαπροσωπική επίλυση προβλημάτων. Το πρόγραμμα έχει στόχο τη μείωση των γνωστικών ελλειμμάτων και των διαταραχών επεξεργασίας πληροφοριών, την πραγματική ρεαλιστική αντίληψη και ιδιαίτερα των διαπροσωπικών καταστάσεων οι οποίες επιβαρύνουν συναισθηματικά τον ασθενή, την καλύτερη ποιότητα ζωής γενικότερα και την καλύτερη προσαρμογή σε σημαντικούς τομείς της ζωής (Ευθυμίου και συν., 2009).

Σύμφωνα με μελέτες στις ΗΠΑ, η γνωστική αποκατάσταση είναι αποτελεσματική όταν συνδυάζεται με επαγγελματική εκπαίδευση ή/και υπηρεσίες υποστηριζόμενης απασχόλησης (Μαργαρίτη και συν., 2015).

### **2.2.9 Ψυχοδυναμικές και ψυχαναλυτικές θεραπείες**

Στόχος αυτών των θεραπειών είναι το ασυνείδητο να γίνει συνειδητό ώστε το άτομο να μπορέσει να αποκτήσει μεγαλύτερο έλεγχο στην ψυχική του ζωή. Οι ψυχοδυναμικές και ψυχαναλυτικές θεραπείες θεωρήθηκαν ακατάλληλες για τη θεραπεία των ψυχωσικών ασθενών από τον Freud, ωστόσο σήμερα, εφαρμόζονται με

τροποποιήσεις στην τεχνική. Η χρησιμότητα του μοντέλου αναγνωρίζεται στην κατανόηση των βιωμάτων των ψυχωσικών ασθενών, από την πλευρά των θεραπειών (Μαργαρίτη και συν., 2015).

### **2.3 Η παρέμβαση στην κοινότητα**

Η κοινοτική φροντίδα βασίζεται σε ένα ευρύ φάσμα επαγγελματιών και υπηρεσιών, τυπικών και άτυπων συστημάτων φροντίδας και υποστήριξης. Συγκεκριμένα στοιχεία, μπορεί να διαδραματίσουν μεγαλύτερο ή μικρότερο ρόλο, ανάλογα με το τοπικό πλαίσιο και τους διαθέσιμους πόρους, όπως για παράδειγμα το διαθέσιμο εκπαιδευμένο προσωπικό.

Όπως αναφέρθηκε υπάρχουν μεγάλες αντιφάσεις μεταξύ, ακόμη και εντός, των χωρών στον τρόπο με τον οποίο ορίζεται και ερμηνεύεται η φροντίδα με γνώμονα την κοινότητα. Το 2008, η Γενική Συνέλευση του WPA ενέκρινε το Σχέδιο Δράσης του Συλλόγου, όσον αφορά τον καθορισμό κατευθυντήριων γραμμών για πρακτικά ζητήματα που ενδιαφέρουν τους ψυχιάτρους παγκοσμίως. Διαφορετικές προτεραιότητες ισχύουν για χώρες χαμηλού, μεσαίου και υψηλού εισοδήματος (Thornicroft et al., 2010).

Το στάδιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στο οποίο βρίσκεται η χώρα μας, είναι προγενέστερο του σταδίου και των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν χώρες-πρότυπα όπως η Αγγλία και η Γερμανία. Θέματα που σε αυτές τις χώρες έχουν ήδη λυθεί με αυστηρά πρωτόκολλα, στην Ελλάδα μόλις αρχίζουν να τοποθετούνται και εστιάζουν κυρίως στα ακόλουθα:

1. Στον καθορισμό του ρόλου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) και του οικογενειακού ιατρού,
2. Στο σχεδιασμό υπηρεσιών τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας, ώστε, όσο το δυνατόν μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού να δέχεται τεκμηριωμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις στην κοινότητα και
3. Στην ενίσχυση της συνεργασίας και του συντονισμού ανάμεσα στις υπηρεσίες, προκειμένου να διασφαλισθεί το θεραπευτικό συνεχές και η ορθή και αποτελεσματική διαχείριση των υφιστάμενων πόρων (Μαργαρίτη και συν., 2015).



### 2.3.1 Η διαχείριση της σχιζοφρένειας στην ΠΦΥ

Η αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών στην ΠΦΥ είναι αρκετά συχνή, ειδικά για όσους διαμένουν σε περιοχές της υπαίθρου. Τόσο οι ιατροί όσο και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ οφείλουν να παρέχουν τις ίδιες ευκαιρίες και δυνατότητες περίθαλψης σε αυτή την ομάδα ασθενών, χωρίς προκαταλήψεις και στιγματισμό. Ο σημαντικός τους ρόλος στη διαχείριση ασθενών με ψυχωτικές διαταραχές συνοψίζεται στα εξής:

- Ανίχνευση νέων περιστατικών ψύχωσης
- Παραπομπή ασθενών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας
- Συνεργασία με τοπικές μονάδες ψυχικής υγείας
- Φροντίδα της σωματικής νοσηρότητας των ασθενών
- Διαρκής επιμόρφωση σε θέματα ψυχικής υγείας
- Αντιμετώπιση στίγματος και διακρίσεων στον χώρο της ΠΦΥ
- Επίβλεψη της θεραπείας με ενέσιμα αντιψυχωσικά ΜΔΔ

(Περιτογιάννης και συν., 2018).

Με σωστή διασύνδεση και την κατάλληλη εκπαίδευση, περισσότερα άτομα και πιο έγκαιρα θα λαμβάνουν τις κατάλληλες θεραπείες. Ειδικά για τη σχιζοφρένεια, η έγκαιρη και αποτελεσματική παροχή φροντίδας τα πρώτα δύο χρόνια από την εμφάνιση της διαταραχής, έχει ιδιαίτερη προγνωστική αξία. Επιπρόσθετα θα υπάρχει ορθότερη παρακολούθηση της σωματικής υγείας των ψυχωτικών ασθενών, καθώς σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη, μεταβολικού συνδρόμου και καρδιαγγειακών παθήσεων (Μαργαρίτη και συν., 2015).

Στη Μεγάλη Βρετανία, οι χρόνιοι ψυχωτικοί ασθενείς σε ποσοστό 30% επισκέπτονται αποκλειστικά την ΠΦΥ χωρίς τακτική ψυχιατρική παρακολούθηση. Οι κύριοι λόγοι είναι η υποχώρηση των οξέων ψυχωτικών συμπτωμάτων, η έλλειψη δευτεροβάθμιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και οι προτιμήσεις των ασθενών (Lester, 2009).

Ο νέος νόμος 4486/2017 για την ΠΦΥ (ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017) περιλαμβάνει στις γενικές αρχές της, τον καθορισμό παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας και την ανάγκη διασύνδεσης με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

### 2.3.2 Κοινοτικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας (ΚΥΨΥ)

Πρόκειται για υπηρεσίες στις οποίες η ψυχιατρική φροντίδα παρέχεται σε εξωτερική βάση, στο πλαίσιο της κοινότητας. Στόχος τους είναι η αντιμετώπιση των αναγκών της κάθε περιοχής ολιστικά, ανεξάρτητα από την διαφορετικότητα που φέρει γεωγραφικά, την προσβασιμότητα, τους ανθρώπινους πόρους, το οικονομικό κόστος ή την υγειονομική περίθαλψη (Τζανάκης, 2008).

Περιλαμβάνουν θεσμοθετημένες κοινοτικές υπηρεσίες αποκατάστασης, υπηρεσίες βοήθειας και υποστήριξης του σπίτι, κινητές μονάδες αντιμετώπισης κρίσεων, προγράμματα αντιμετώπισης περιστατικών εκτός νοσοκομείου, θεραπευτικές και εσωτερικές εποπτευόμενες υπηρεσίες και κοινοτικές υπηρεσίες για ειδικές κατηγορίες, όπως θύματα τραυματικών εμπειριών παιδιά εφήβους και ηλικιωμένους.

Οι ΚΥΨΥ χρειάζονται στενή συνεργασία με τα νοσοκομειακά πλαίσια καθώς και με τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Αυτή η συνεργασία περιλαμβάνει ένα αμφίδρομο σύστημα παραπομπών, όπου τα γενικά και ψυχιατρικά νοσοκομεία, παραπέμπουν τους ασθενείς που παίρνουν εξιτήριο. Οι ΚΥΨΥ είναι αποδοτικότερες όταν λειτουργεί η διασύνδεση με υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας αλλά και άτυπες υπηρεσίες που δραστηριοποιούνται στην κοινότητα (ΥΥΚΑ, 2005).

Με τη φροντίδα του ασθενούς μπορεί να ασχολούνται περισσότερες της μιας υπηρεσίες, αλλά με διακριτούς ρόλους η καθεμία. Οι κυριότερες θεσμοθετημένες υπηρεσίες αυτού του τύπου είναι οι παρακάτω:

**Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας (ΚΚΨΥ):** Τα ΚΚΨΥ αποτελούν τη βασική μονάδα παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών στην κοινότητα σύμφωνα με τις αρχές της τομεοποίησης, του θεραπευτικού συνεχούς, της ολοκληρωμένης παροχής υπηρεσιών. Δραστηριοποιούνται και στα τρία επίπεδα πρόληψης, πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια. Βασικές δράσεις ενός ΚΚΨΥ αποτελούν: η ανάπτυξη προγραμμάτων προαγωγής ψυχικής υγείας, η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η ανίχνευση παραγόντων κινδύνου, η έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική διαχείριση των ψυχικών διαταραχών, καθώς και η αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ασθενών. Ιδιαίτερη σημασία έχει η δυνατότητα επισκέψεων κατ' οίκον (Θεοχάρης, 2016).

**Υπηρεσίες περίθαλψης στο σπίτι του ασθενούς/ Κινητές Μονάδες (επέμβασης σε οξεία κρίση, παρακολούθησης στο σπίτι ( assertive outreach service )):** Οι υπηρεσίες αυτές έχουν ως στόχο την κάλυψη των κενών που παρατηρούνται στη

φροντίδα των ασθενών λόγω έλλειψης υποστηρικτικού περιβάλλοντος, έλλιπούς συμμόρφωσης στη θεραπεία, γεωγραφικών ή οικονομικών λόγων, έλλειψης συγκοινωνίας, κλπ.. Στόχος παραμένει η επίτευξη του θεραπευτικού συνεχούς η έγκαιρη παρέμβαση και η αποφυγή της χρονιότητας και αναπηρίας, με θεραπεία και φροντίδα του ασθενούς στην κατοικία του και στο λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον. Συχνά οι υπηρεσίες αυτές δημιουργούνται στο πλαίσιο λειτουργίας των ΚΚΨΥ και περιλαμβάνουν διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση και ατομική διαχείριση περιστατικού που συντονίζονται από επαγγελματία του ΚΚΨΥ.

**Υπηρεσίες αντιμετώπισης νέων περιστατικών ψύχωσης (Μονάδες Έγκαιρης Παρέμβασης):** Πρόκειται για διεπιστημονικές ομάδες που έχουν στόχο την έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση στα νέα περιστατικά ψύχωσης, την κατά το δυνατόν αποφυγή της νοσηλείας και την πρόληψη της αναπηρίας. Συνδυάζονται με θεραπεία κατ' οίκον. Στην Ελλάδα τέτοιου τύπου υπηρεσία λειτουργεί στην Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Σε χώρες με αναπτυγμένα συστήματα ψυχικής υγείας, τέτοιες μονάδες λειτουργούν από 15ετίας και πλέον.

**Υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων των ψυχιατρικών κλινικών των γενικών νοσοκομείων ή των ψυχιατρείων:** Οι υπηρεσίες που προσφέρουν είναι η παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής ασθενών που νοσηλεύθηκαν με εσωτερική νοσηλεία. Προσφέρουν «συνέχεια στη φροντίδα» στο ιατρικό μέρος, καθώς οι ίδιοι θεράποντες συνεχίζουν να εμπλέκονται στην παρακολούθηση της θεραπείας τους.

**Υπηρεσίες τηλεφωνικής υποστήριξης:** Παρέχουν συμβουλευτική σε άτομα που βρίσκονται σε κρίση, τα οποία και κατευθύνουν, ανάλογα με τη φύση του προβλήματος. Στην Ελλάδα αυτού του είδους υπηρεσίες παρέχονται από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και από ΜΚΟ (ΥΥΚΑ, 2011).

Εκτός από τις θεσμοθετημένες υπηρεσίες, μέλη των τοπικών κοινοτήτων οργανώνονται και παρέχουν φροντίδα ψυχικής υγείας, με στόχο την αλληλοβοήθεια και την υποστήριξη των μελών τους.

Παραδείγματα άτυπων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελούν οι παραδοσιακοί θεραπευτές, οι εργαζόμενοι σε κοινοτικά προγράμματα, οι σύλλογοι οικογενειών και φίλων των ψυχωτικών ασθενών, τα μέλη των οικογενειών, οι ομάδες αυτοβοήθειας και ομάδες χρηστών των υπηρεσιών, οι υπηρεσίες συνηγορίας,

εθελοντές που παρέχουν επιμόρφωση σε σχολεία και κλινικές, θρησκευτικοί ηγέτες, εθελοντές ανθρωπιστικής βοήθειας σε έκτακτες συνθήκες.

Οι άτυπες υπηρεσίες δεν αποτελούν τον πυρήνα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αλλά μπορούν να παρέχουν σημαντικό κομμάτι από την απαιτούμενη φροντίδα, ευαισθητοποίηση και ενημέρωση (ΥΥΚΑ, 2005).

### **2.3.3 Επαγγελματική και Στεγαστική Αποκατάσταση**

#### **2.3.3.1 Επαγγελματική Αποκατάσταση**

Στον τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, η εργασία αποτελεί ένα βασικό στοιχείο στο σχεδιασμό των προγραμμάτων της, καθώς μπορεί να αποτελέσει το μέσο αλλά και το σκοπό της διαδικασίας αποκατάστασης. Πλήθος ερευνών έχουν δείξει, ότι η εργασία ενισχύει την αίσθηση της ταυτότητας, της πραγματοποίησης επιτευγμάτων, της αυτοεκτίμησης και της δυνατότητας αυτοπροσδιορισμού (Χριστοδούλου και συν., 2005).

Η σχιζοφρένεια μπορεί να μειώσει σημαντικά την ικανότητα ενός ατόμου να εργάζεται: κατά μέσο όρο, μόνο το 10% με 20% των ατόμων με σχιζοφρένεια βρίσκονται σε ανταγωνιστική απασχόληση. Δεδομένα στο Ηνωμένο Βασίλειο δείχνουν ότι μόνο το 8% των ατόμων με σχιζοφρένεια απασχολούνται παρά τα στοιχεία ότι πολλοί από αυτούς θέλουν να εργαστούν (Fleischhacker et al., 2014).

Η θεώρηση ότι η εργασία από μόνη της μπορεί να είναι θεραπευτική οδήγησε στην ανάπτυξη θεραπευτικών μοντέλων επαγγελματικής αποκατάστασης όπως τα «προγράμματα προεπαγγελματικής εκπαίδευσης» και τα «προγράμματα υποστηριζόμενης απασχόλησης», τα οποία έχουν ως στόχο να βοηθήσουν τους χρήστες υπηρεσιών να αναπτύξουν δεξιότητες και να επανακτήσουν την εμπιστοσύνη τους, ώστε να επανέλθουν στην ανταγωνιστική απασχόληση (Marshall et al., 2001).

Στα «προγράμματα προεπαγγελματικής εκπαίδευσης», υπάρχει μια φάση προετοιμασίας ίσως και μια μεταβατική φάση απασχόλησης, ώστε να βοηθήσει τα άτομα να ξανασυνηθίσουν την εργασία και να αναπτύξουν τις δεξιότητες που είναι απαραίτητες για τη μετέπειτα ανταγωνιστική απασχόληση. Τα στεγασμένα εργαστήρια και εκδοχές τύπου «λέσχης» αποτελούν μορφές τέτοιων προγραμμάτων.

Αντίθετα στα «προγράμματα υποστηριζόμενης απασχόλησης», οι χρήστες υπηρεσιών τοποθετούνται το συντομότερο δυνατό στην ανταγωνιστική απασχόληση.

Η εκπαίδευση και η υποστήριξη από τους εκπαιδευτές (job coaches) γίνεται σε ένα πραγματικό περιβάλλον εργασίας.

Η εργασία, και ειδικά η αμειβόμενη εργασία, αυξάνει την αυτοεκτίμηση των ασθενών καθώς αισθάνονται ισότιμα μέλη της κοινωνίας, αναπτύσσει προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες, αυξάνει τα αισθήματα αλληλεγγύης και συναδελφικότητας και είναι αναπόσπαστο κομμάτι της πλήρους κοινωνικής επανένταξης ενός ασθενούς.

Στην Ελλάδα, οι προσφερόμενες υπηρεσίες οι σχετικές με την επαγγελματική αποκατάσταση είναι:

- Υπηρεσίες προεπαγγελματικής εκπαίδευσης πλήρους ή μερικής απασχόλησης, με ή χωρίς αμοιβή, σε προστατευμένα εργαστήρια, λέσχες, χωράφια, Κέντρα Ημέρας κ.α.
- Γραφεία Υποστηριζόμενης Απασχόλησης τα οποία συντονίζουν όλο το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τον εργοδότη, τους εργαζόμενους, τους φορείς, τις οικογένειες και τους ειδικούς.
- Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ), όπου τα άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα είναι μέτοχοι και ταυτόχρονα εργάζονται στην επιχείρηση.
- Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις (ΚοινΣΕπ), έχουν παρόμοια λογική με τους ΚοιΣΠΕ αλλά πιο ευέλικτη μορφή λειτουργίας (Μαργαρίτη και συν., 2015).

### **2.3.3.2 Στεγαστική Αποκατάσταση**

Η στέγαση αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα των χρόνιων ψυχικά πασχόντων. Η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος ή η αδυναμία διαβίωσης στην οικογένεια λόγω απόρριψης, κακών σχέσεων κ.α. οδηγούν τους ασθενείς σε υπηρεσίες στις οποίες υπάρχει ειδική φροντίδα με στόχο την υψηλή ποιότητα ζωής, σε συνδυασμό με τα άλλα προγράμματα αποκατάστασης.

Κύριοι φορείς της στεγαστικής αποκατάστασης είναι οι ξενώνες (μετανοσοκομειακοί - μέσης και μακράς παραμονής), τα οικοτροφεία και τα προστατευμένα διαμερίσματα.

**Μετανοσοκομειακοί ξενώνες:** Αποτελούν υπηρεσίες ψυχιατρικών κλινικών για ασθενείς που χρειάζονται στενή ψυχιατρική παρακολούθηση αλλά όχι κλειστή

νοσηλεία. Η παραμονή παρατείνεται για όσο χρειαστεί, με στόχο την προώθηση των ασθενών σε κοινοτικές στεγαστικές δομές ή σε ανεξάρτητη διαβίωση στην κοινότητα.

**Ξενώνες μέσης και μακράς παραμονής, με ποικίλα σχήματα επίβλεψης:**

Αποτελούν υπηρεσίες που δημιουργούνται στο πλαίσιο της κοινότητας από κρατικούς ή μη φορείς (ΜΚΟ). Η επίβλεψη ποικίλει από 24ωρη έως μερική, ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών. Στον Ξενώνα φιλοξενούνται μέχρι 15 άτομα.

**Οικοτροφεία:** Προσφέρουν στέγη σε ασθενείς με πολύ μικρή λειτουργικότητα οι οποίοι έχουν πολύ μικρές πιθανότητες αποκατάστασης λόγω ηλικίας, ψυχιατρικής κατάστασης ή συνυπάρχουσας νοητικής στέρσης. Ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενούνται δεν ξεπερνά τα 25 άτομα.

**Προστατευόμενα διαμερίσματα:** Είναι χώροι στέγασης ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές με αυξημένες ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Στόχος είναι η ημι-ανεξάρτητη διαβίωση υπό την τακτική επίβλεψη των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Ο αριθμός των ατόμων δε μπορεί να υπερβαίνει τα 6 (ΥΥΚΑ, 2011).

### 2.3.4 Μέθοδοι Θεραπείας

Οι βασικές μέθοδοι θεραπείας που ακολουθούν οι κοινοτικές υπηρεσίες εξωτερικής φροντίδας και υποστήριξης είναι:

#### 2.3.4.1 Ενισχυτική Κοινωνική Θεραπεία ΕΚΘ (Assertive Community Treatment, ACT)

Η Ενισχυτική Κοινωνική Θεραπεία (ΕΚΘ) αποτελεί το κορυφαίο μοντέλο των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας που αναπτύχθηκε κατά τη διάρκεια του τελευταίου μισού του 20ου αιώνα και επηρεάζει ακόμα τις δομές των μοντέλων που δημιουργούνται για την κοινότητα. Διευκόλυνε την αποασυλοποίηση και επέτρεψε την επιτυχή επανένταξη στην κοινότητα σε χιλιάδες ανθρώπους με σοβαρές ψυχικές παθήσεις (Bond & Drake, 2015).

Τα βασικά χαρακτηριστικά της ΕΚΘ είναι τα εξής:

- εξατομικευμένη προσέγγιση από διεπιστημονική ομάδα,
- παροχή ενεργητικής ολοκληρωμένης φροντίδας στο φυσικό περιβάλλον του ασθενή,
- δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και συνεργασίας,
- εμφατική προσπάθεια συμμόρφωσης στην θεραπευτική αγωγή,

- ολιστική προσέγγιση του προβλήματος,
- προσαρμοστικότητα στις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες,
- διατήρηση του θεραπευτικού συνεχούς σε όλες τις περιόδους κρίσεων, υποτροπών και νοσηλείας καθώς και
- συνεργασία με δίκτυο δομών και επαγγελματιών (Στυλιανίδης Σ., 2002).

Οι στόχοι της ΕΚΘ είναι:

- Η διατήρηση της επαφής με τις υπηρεσίες μέσω της ανάπτυξης θεραπευτικής σχέσης με κάθε ένα άτομο ξεχωριστά, ώστε η παροχή φροντίδας να ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του ασθενή.
- Η μείωση του μέσου αριθμού εισαγωγών και της διάρκειας νοσηλείας άρα και του ύψους του κόστους
- Καλύτερη ποιότητα ζωής για τους ΛΥΨΥ και τους φροντιστές μέσω της ψυχοεκπαίδευσης και της σταθεροποίησης των συμπτωμάτων.
- Η βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας.

Η ΕΚΘ συνήθως απευθύνεται σε άτομα με σοβαρή και εμμένουσα ψυχοπαθολογία η οποία συνοδεύεται από μεγάλη δυσλειτουργία, ιστορικό επαναλαμβανόμενων νοσηλειών, δυσκολία διατήρησης της επαφής με τις υπηρεσίες, πολλαπλές και περίπλοκες ανάγκες όπως ιστορικό βίας ή παραμέλησης εαυτού, καθώς και χαμηλή ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή, συννοσηρότητα, ακούσιες νοσηλείες (Μαργαρίτη και συν., 2015).

#### **2.3.4.2 Διαχείριση Περιστατικού ΔΠ (Case Managment- CM)**

Στο μοντέλο ΔΠ, οι διαχειριστές των περιστατικών παρέχουν άμεσα τη βοήθειά τους στους ασθενείς καθοδηγώντας τους στα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν, με τρόπους που οι ίδιοι οι ασθενείς είναι ανήμποροι να κάνουν (El-Mallakh et al., 2019; Mueser et al., 1998).

Τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια, όπως έχουμε αναφέρει, εκτός από φτωχή συμμόρφωση στη θεραπεία, παρουσιάζουν γνωσιακά και οργανωτικά ελλείμματα με αποτέλεσμα να μη μπορούν να διαχειριστούν μόνοι τους τις υποθέσεις τους. Η Διαχείριση Περιστατικού (ΔΠ) μπορεί να εξασφαλίσει ότι τα άτομα με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας θα παραμείνουν σε επαφή με τις υπηρεσίες και θα υπάρχει συντονισμός στην θεραπεία σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και μεταξύ των οργανισμών. Ο ρόλος του διαχειριστή / συντονιστή (Επισκέπτης Υγείας, Κοινωνικός

Λειτουργός ή Κοινοτικός Νοσηλευτής) είναι να εξασφαλίσει ουσιαστικές θεραπευτικές παρεμβάσεις για τον ασθενή, διασφαλίζοντας το θεραπευτικό συνεχές. (Μαργαρίτη και συν., 2015).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: Η κατ' οίκον φροντίδα στην Ψυχική Υγεία**

### **3.1 Ορισμός της ψυχιατρικής επίσκεψης κατ' οίκον**

Η εισαγωγή των αντιψυχωσικών φαρμάκων στα μέσα της δεκαετίας του 1950, επέτρεψε σε πολλά άτομα με ψυχική ασθένεια να ζήσουν στις κοινότητές τους αντί να περιορίζονται σε ιδρύματα. Η κατ' οίκον φροντίδα είναι η πιο ριζοσπαστική μορφή κοινοτικής φροντίδας, με στόχο τη θεραπεία και αποκατάσταση των ΛΥΨΥ στο δικό τους περιβάλλον, μεγιστοποιώντας την ανεξαρτησία και το επίπεδο λειτουργικότητας και μειώνοντας την αίσθηση αναπηρίας (Huang et al., 2008).

Με την ψυχιατρική επίσκεψη κατ' οίκον, πετυχαίνουμε την άμεση παρατήρηση της φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής κατάστασης των ασθενών, στο περιβάλλον που ζουν. Η αξιολόγηση των αναγκών του ασθενούς στο χώρο του, παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις συγκριτικά με το χώρο του νοσοκομείου. Σε αυτό το περιβάλλον ο θεραπευτής έχει την ευκαιρία να ανακαλύψει τις πραγματικές ανάγκες του ασθενή, καθώς του δίνεται η δυνατότητα να παρατηρήσει τον τρόπο επικοινωνίας με την οικογένειά του και τα δυναμικά αυτής, αλλά και τον τρόπο που δραστηριοποιείται και αναπτύσσει σχέσεις στην κοινότητα (Ψαροπούλου, 2012).

Συνοψίζοντας θα λέγαμε ότι: Ψυχιατρική επίσκεψη κατ' οίκον, ορίζεται η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σε άτομα και τις οικογένειές τους, στον χώρο που ζουν, με αντικειμενικό σκοπό, την πρόληψη, προαγωγή, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας τους, περιορίζοντας στο ελάχιστο τις δυσμενείς επιδράσεις της ασθένειας (Σακελλαρόπουλος, 2010).

Ο Μαδιανός, (2004) αναφέρει ότι απώτερος στόχος των υπηρεσιών φροντίδας ψυχικής υγείας στο σπίτι είναι:

- Η βελτίωση της λειτουργικότητας και η επίτευξη μεγαλύτερη ανεξαρτησίας.
- Η προώθηση του βέλτιστου επιπέδου υγείας και η αποφυγή της νοσηλείας ή της εισαγωγής σε ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας.



- Η ανάπτυξη μίας ευέλικτης και συγκροτημένης προσέγγισης κατά την οποία θα διασφαλίζεται το θεραπευτικό συνεχές.
- Η λήψη κάθε διαθέσιμου μέσου για την ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη κάλυψη των αναγκών τους.

Οι βασικοί κανόνες που πρέπει να ακολουθούνται είναι:

- Τήρηση της δεοντολογίας,
- Προηγούμενη συγκατάθεση και του ατόμου και της οικογένειάς του,
- Ξεκάθαρη και ανοιχτή επικοινωνία για τον σκοπό της επίσκεψης.

Η επίσκεψη συνήθως πραγματοποιείται από δυο μέλη της διεπιστημονικής ομάδας π.χ. το πρόσωπο αναφοράς και έναν Ψυχίατρο ή Επισκέπτρια Υγείας ή Κοινωνικό λειτουργό ή Ψυχολόγο κα.

### **3.2 Αναδρομή στο παρελθόν**

Αναφορικά με την κατ' οίκον φροντίδα των ψυχικά ασθενών, υπάρχουν διάφορες αναφορές στο παρελθόν. Στην αρχαία Αθήνα την επίβλεψη των ψυχικά ασθενών αναλάμβαναν οι συγγενείς τους, στο σπίτι τους, οι οποίοι μάλιστα τιμωρούνταν σε περίπτωση παραμέλησης ή εγκατάλειψης. Ο Μ. Βασίλειος αναφέρει ότι οι ψυχικά ασθενείς νοσηλεύονταν μόνο όταν η νόσος ήταν πολύ βαριά και δεν ήταν δυνατή η φροντίδα τους στο σπίτι. Παρόμοιες απόψεις για την κατ' οίκον φροντίδα, συναντούμε και στα κείμενα του Παύλου Αιγινήτη, χρόνια αργότερα. Στους βυζαντινούς χρόνους η ψυχική ασθένεια διαφοροποιείται από το δαιμονισμό, αναγνωρίζεται ως νόσος και αντιμετωπίζεται ολιστικά. Αναγνωρίζεται η σημασία του περιβάλλοντος και η θεραπεία γίνεται συνήθως στο σπίτι του ασθενούς, ενώ η εισαγωγή σε ίδρυμα γίνεται μόνο σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις. Αυτήν την περίοδο θεσπίζεται ο θεσμός των περιοδεύόντων ιατρών κι έχουμε για πρώτη φορά την αρχή της τομεοποίησης (Στυλιανίδης και συν., 2007).

Η πρώτες διεπιστημονικές ομάδες ψυχικής υγείας εμφανίζονται στην Αμερική γύρω στο 1920-1930. Η αρχική μορφή της ομάδας περιλάμβανε τον ψυχίατρο και τον κοινωνικό λειτουργό, αργότερα τον ψυχολόγο και τις υπόλοιπες ειδικότητες, νοσηλεύτη, εργοθεραπευτή κα. Οι ομάδες αυτές λειτουργούσαν σε ιατροπαιδαγωγικά κέντρα, σε ιδρύματα, σε μονάδες εξωτερικής νοσηλείας, σε φοιτητικές εστίες και σε κέντρα ψυχικής υγιεινής (Συράκος, 2016).

Στη σύγχρονη Ελλάδα, οι βάσεις για την ψυχιατρική φροντίδα κατ' οίκον, τέθηκαν από τον καθηγητή ψυχιατρικής Π. Σακελλαρόπουλο την τριετία 1964-67. Επιμελητής της Πανεπιστημιακής κλινικής του Αιγινήτειου νοσοκομείου τότε, δημιούργησε μια ομάδα μη ειδικών ψυχοθεραπευτών (κοινωνικοί λειτουργοί, φοιτητές ιατρικής κα.), με στόχο την κοινωνικοποίηση των ατόμων με ψυχική νόσο. Οι θεραπευτές περνούσαν σημαντικό χρόνο με τους ασθενείς, τους συνόδευαν σε εκδηλώσεις, εκδρομές κλπ. με σκοπό να εξακριβώσουν τις δυνατότητές και τις επιθυμίες τους.

Η συστηματική εφαρμογή της ψυχιατρικής φροντίδας κατ' οίκον, ξεκίνησε το 1980 από την Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής, ως ερευνητικό πρόγραμμα του τότε Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών. Σύντομα άρχισε να εφαρμόζεται από τις Κινητές Μονάδες Ψυχιατρικής Περίθαλψης του Νομού Φωκίδας και Έβρου, με τις απαραίτητες τροποποιήσεις με βάση τις αρχές της Κοινωνικής-Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Στόχος ήταν οι τρεις βασικοί τομείς της θεραπείας: η ψυχολογική βοήθεια, η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και η κοινωνικοποίησή του ασθενούς (Σακελλαρόπουλος, 1994).

Άλλες καινοτόμες προσπάθειες παροχής κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, περιλαμβάνουν, το πρώτο ΚΨΥ που ιδρύθηκε στη Θεσσαλονίκη το 1971, το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο το 1977, ενώ ακολούθησε το 1979 το ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής.

Με τον νόμο 1397/1983 και το «Εθνικό Σύστημα Υγείας», τίθενται πλέον τα θεμέλια για τη μεταρρύθμιση της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα. Πιο συγκεκριμένα, συστάθηκαν τα ΚΚΨΥ ως αποκεντρωμένες μονάδες ειδικών ψυχιατρικών νοσοκομείων ή νομαρχιακού γενικού νοσοκομείου, τα οποία εμπεριέχουν την ψυχιατρική επίσκεψη κατ' οίκον ανάμεσα στις δράσεις τους (Λεβαντάκου, 2014).

Τα ΚΚΨΥ αποτέλεσαν το μέσο επίτευξης της αποκέντρωσης των ψυχιατρικών υπηρεσιών, με βασικές συνιστώσες της φροντίδας, τις αρχές της τομεοποίησης, του θεραπευτικού συνεχούς και της αποτελεσματικής και ολιστικής κάλυψης των ατομικών και οικογενειακών αναγκών, μακριά από τα νοσοκομειακά ιδρύματα (Lémpérière & Féline, 1995).

### **3.3 Θεσμικό πλαίσιο κατ' οίκον νοσηλείας στην ψυχική υγεία**

Ο νόμος 2716/1999 για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στα άρθρα 5,6,7 και 8 αναφέρει μεταξύ άλλων, ότι παρέχονται υπηρεσίες νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον, από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας: Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία, Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία, τις Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ' Οίκον και τις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Σε μεταγενέστερη υπουργική απόφαση (1677/2001) ορίζεται, ότι οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες με ψυχικές διαταραχές, ή διαταραχές συμπεριφοράς και διαταραχές αυτιστικού τύπου για την πρόληψη, την έγκαιρη παρέμβαση, την αποφυγή της κρίσης ή της υποτροπής της νόσου και τη διασφάλιση της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας. Στόχος των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας και ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας, είναι η αποφυγή του εγκλεισμού του ασθενούς σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, να μην απομακρυνθεί από το οικογενειακό του περιβάλλον και τον κοινωνικό του χώρο, η στήριξη της οικογένειας του ασθενούς και η καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος το οποίο επικυρώνεται κυρίως από τον εγκλεισμό στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο και βαρύνει τον άρρωστο και το οικογενειακό του περιβάλλον.

### **3.4 Βασικές αρχές δεοντολογίας και λειτουργίας**

Ο χειρισμός κάθε αποκατάστασης εγείρει θέματα ηθικής και δεοντολογίας που αφορούν το άτομο που συμμετέχει στην αποκατάσταση αλλά και την οικογένειά του.

Ο άξονας από τον οποίο διαρθρώνονται οι αρχές αυτές, είναι εκείνος των αρχών της ιατρικής και περιλαμβάνουν:

- την προαγωγή της αυτονομίας και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας,
- την εξατομίκευση των αναγκών κάθε ατόμου,
- την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών και
- την καθαρότητα της επικοινωνίας (Μαδιανός, 2004).

Δεδομένης της έμφασης στη διαπροσωπική διαδικασία στο πλαίσιο της νοσηλευτικής πρακτικής και την αλλαγή των πολιτιστικών γνώσεων, η ANA

(American Nurses Association - Ένωση Αμερικανών Νοσηλευτών) διεύρυνε τον εστιασμό και επεξεργάστηκε σε βάθος τα ηθικά ζητήματα που εμπλέκονται στη νοσηλευτική πρακτική, χρησιμοποιώντας τον Κώδικα Δεοντολογίας για Νοσηλευτές ως πλαίσιο και κατέληξε σε εννέα βασικές αρχές.

Ο σεβασμός για το άτομο είναι η θεμελιώδης αξία της νοσηλευτικής πρακτικής και είναι σύμφωνη με το μοντέλο της φροντίδας νοσηλευτικής φροντίδας με επίκεντρο το άτομο και την αποκατάσταση. Αυτή η φροντίδα ενσωματώνει τη συμπόνια και ενσταλάζει την ελπίδα και την ενδυνάμωση, ενώ ταυτόχρονα σέβεται την αξιοπρέπεια και την αξία του ατόμου.

Οι βασικές αρχές λειτουργίας των κοινοτικών υπηρεσιών περιλαμβάνουν τα εξής:

**1. Αυτονομία.** Αναφέρεται στην ικανότητα της υπηρεσίας να διατηρεί και να προάγει την ανεξαρτησία των ΛΥΨΥ με θετικές εμπειρίες και να ενισχύει τις δυνατότητες ή τις υγιείς πτυχές τους. Είναι μία από τις πιο σημαντικές αρχές, καθώς η έμφαση πλέον μετατοπίζεται στην ενίσχυση της ικανότητας των ατόμων να λαμβάνουν αποφάσεις για τη ζωή τους και τη θεραπευτική τους πορεία.

**2. Συνέχεια στη θεραπεία.** Το θεραπευτικό συνεχές τονίζει τη συνεχιζόμενη ανάγκη πολλών ασθενών για αξιόπιστες θεραπευτικές παρεμβάσεις και κοινωνική υποστήριξη, είτε μέσα από την ίδια θεραπευτική ομάδα, είτε μέσα από τη συνεργασία διαφορετικών επιστημονικών ομάδων στα πλαίσια της διασυνδετικής.

**3. Αποτελεσματικότητα.** Αναφέρεται στα αποδεδειγμένα, προβλεπόμενα οφέλη των θεραπειών και των υπηρεσιών, που παρέχονται σε καταστάσεις πραγματικής ζωής και σε επίπεδο προγράμματος θεραπείας.

**4. Προσβασιμότητα.** Αφορά την ισότητα στη λήψη φροντίδας, όποτε και όπου χρειαστεί να δοθεί. Χρησιμοποιείται σε σχέση με τη γεωγραφική απόσταση ή το χρόνο ταξιδιού από τα σπίτια των ασθενών σε δομές υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και για επιλεκτικά εμπόδια ή περιορισμούς, τα οποία μειώνουν την χρήση υπηρεσιών από τους ασθενείς, όπως λόγω στίγματος.

**5. Ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας.** Αυτή η αρχή, αναφέρεται στο κατά πόσο μία υπηρεσία απαντά σε όλο το φάσμα των αναγκών των ΛΥΨΥ. Συμπεριλαμβάνει την εξατομικευμένη φροντίδα, τη σύνθεση και καλή λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας, τον προσανατολισμό στο σύνολο των αναγκών των ατόμων και τέλος, τη καλή συνεργασία μεταξύ της διεπιστημονικής ομάδας και τους ΛΥΨΥ.

**6. Ισότητα.** Είναι η αρχή που αφορά την δίκαιη κατανομή των πόρων που διαθέτει κάθε υπηρεσία. Περιλαμβάνει τη σωστή διαχείριση των διαθέσιμων πόρων, την αποδοχή όλων των αιτημάτων και τέλος, την ισότιμη και έντιμη αντιμετώπιση των εξυπηρετούμενων.

**7. Υπευθυνότητα.** Αφορά τη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ υπηρεσιών, ατόμων και οικογενειών και τον υπεύθυνο τρόπο που θα πρέπει να λειτουργεί μία υπηρεσία, με τήρηση της τομεοποίησης, προαγωγή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, εφαρμογή εξατομικευμένων παρεμβάσεων, υπεύθυνη ενημέρωση της οικογένειας του κάθε εξυπηρετούμενου.

**8. Συντονισμός.** Σύμφωνα με αυτή την αρχή, κάθε σχέδιο φροντίδας θα πρέπει να έχει ξεκάθαρους στόχους, να υπάρχει συντονισμός πληροφοριών εντός και εκτός της υπηρεσίας από το πρόσωπο αναφοράς, με μακροπρόθεσμη διασύνδεση ατόμου και δομής.

**9. Αποδοτικότητα.** Η αποδοτικότητα αναφέρεται στα χαρακτηριστικά εκείνα τα οποία ελαχιστοποιούν την εισαγωγή πόρων και δεδομένων που χρειάζεται μία υπηρεσία για να επιτύχει τους στόχους της (ANA, 2015 a&b; Thornicroft & Tansella, 1999).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: Η κατ' οίκον ψυχιατρική φροντίδα στην Εφαρμογή**

### **4.1 Εισαγωγή: το γενικό πλαίσιο παροχής φροντίδας**

Ο βασικός σκοπός της ψυχιατρικής επίσκεψης κατ' οίκον, είναι να παρέχει συνεχή και πολυδιάστατη φροντίδα στα άτομα και τις οικογένειές τους.

Οι κύριες παρεμβάσεις κατ' οίκον σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές όπως αναφέρουν οι Καλοκαιρινού & Αδαμακίδου, (2014, σελ. 144) περιλαμβάνουν:

- την αξιολόγηση της ψυχικής και σωματικής τους κατάστασης,
- την παρακολούθηση και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής αγωγής και των παρενεργειών της,
- τη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής και την εξασφάλιση της συμμόρφωσης,
- την αξιολόγηση της οικογένειας και των κοινωνικών υποστηρικτικών συστημάτων και της αποτελεσματικότητας τους,
- την ψυχοεκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους,

- την ατομική και οικογενειακή συμβουλευτική,
- την παρέμβαση στην κρίση,
- την ατομική και οικογενειακή ενδυνάμωση,
- τη βοήθεια στην ανάπτυξη δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων της καθημερινής ζωής,
- την προαγωγή της υγείας (διαχείριση του στρες, συμβουλές διατροφής, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, στοματική υγεία, έλεγχος της χρήσης αλκοόλ, καπνού και άλλων ουσιών κ.α.),
- τη βοήθεια και υποστήριξη της οικογένειας ή του φροντιστή,
- την ενθάρρυνση της συστηματικής παρακολούθησης από τον θεράποντα ιατρό,
- την παραπομπή σε κοινοτικές πηγές υποστήριξης για τη διατήρηση της ανεξαρτησίας,
- την παραπομπή σε άλλους επαγγελματίες της διεπιστημονικής ομάδας όταν κρίνεται απαραίτητο,
- τη διαρκή επαναξιολόγηση του σχεδίου φροντίδας.

Για την πληρέστερη και αποτελεσματικότερη φροντίδα των ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια, απαιτείται διεπιστημονική προσέγγιση της κατάστασής τους, ανάλογα με τις ανάγκες που παρουσιάζονται. Τις περισσότερες φορές το πρόσωπο αναφοράς (Επισκέπτης Υγείας, Κοινωνικός Λειτουργός, Κοινωνικός Νοσηλευτής κ.α.) είναι ο μοναδικός συνδετικός κρίκος μεταξύ του ψυχιάτρου, του ασθενούς και της οικογένειάς του (Καλοκαιρινού & Αδαμακίδου, 2014).

## **4.2 Η διεπιστημονική ομάδα**

Η διεπιστημονική ομάδα ή ειδική θεραπευτική ομάδα, σύμφωνα με την ΥΑ 1677/2001, προέρχεται από το προσωπικό του φορέα που παρέχει κατ' οίκον νοσηλεία και ειδική φροντίδα ψυχικής υγείας. Η ομάδα περιλαμβάνει ενδεικτικά ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, επισκέπτη υγείας, νοσηλευτή, βοηθητικό προσωπικό κατάλληλα εκπαιδευμένο και κατά περίπτωση, παιδοψυχίατρο, ειδικό παιδαγωγό, λογοθεραπευτή ή άλλο επαγγελματία ψυχικής υγείας.

Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος (ψυχίατρος), έχει την ευθύνη συντονισμού, υλοποίησης και ελέγχου του έργου της ειδικής θεραπευτικής ομάδας. Ορίζει τη σύνθεση της

ομάδας, τα πρόσωπα αναφοράς και την κατάλληλη υποομάδα των ατόμων με τις αντίστοιχες ειδικότητες που απαιτούνται για την κατ' οίκον νοσηλεία του κάθε ασθενούς κάθε φορά.

Για την αποτελεσματική λειτουργία της ομάδας, απαιτείται συνεχής και ανοιχτή επικοινωνία των μελών, ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Κάθε επαγγελματίας μοιράζεται μέσα στην ομάδα την αξιολόγηση του από την οπτική της δικής του εκπαίδευσης, με αποτέλεσμα την ολιστική και πολυδιάστατη προσέγγιση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ΛΥΨΥ. Οι συναντήσεις βοηθούν στον καλύτερο συντονισμό και συνεργασία των μελών της ομάδας, οι στόχοι της οποίας είναι απαραίτητο να γίνονται αποδεχτοί και να υποστηρίζονται από όλα τα μέλη.

Η λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας παρέχει αποτελεσματικότερη φροντίδα υγείας, καθώς συνδυάζει γνώσεις και δεξιότητες από διαφορετικούς επαγγελματίες, μειώνει το κόστος της φροντίδας, συμβάλλει στη διασφάλιση της συνέχειας και της δικτύωσης των υπηρεσιών, βελτιώνει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, αλλά και την ποιότητα ζωής των ΛΥΨΥ (Καλοκαιρινού & Αδαμακίδου, 2014).

#### **4.2.1 Ο Επισκέπτης Υγείας ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας**

Ο ΕΥ αποτελεί αναπόσπαστο και αναντικατάστατο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας ψυχικής υγείας ασκώντας έναν πολυδύναμο ρόλο. Ασχολείται με τους ΛΥΨΥ σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, με τις οικογένειές τους και την κοινότητα. Οι δύο βασικοί πυλώνες της καθημερινής πρακτικής του ΕΥ, είναι η κοινότητα και η κατ'οίκον επίσκεψη. Στο πλαίσιο της εργασίας του, αξιολογεί τις ανάγκες υγείας των ατόμων, των οικογενειών και της κοινότητας και πραγματοποιεί τις απαιτούμενες παρεμβάσεις προαγωγής υγείας. Τα πιο σημαντικά εργαλεία στην επίτευξη αυτού του στόχου είναι η κατ' οίκον επίσκεψη και η διασύνδεση με τους άλλους επαγγελματίες υγείας ή τις διάφορες δομές υγείας που χρειάζονται για την ορθή αντιμετώπιση των αναγκών που προκύπτουν (Καλοκαιρινού και συν, 2015).

Οι Λάγιου & Στοϊκίδου (2008), αναφερόμενες στις ικανότητες και δεξιότητες του ΕΥ, αναφέρουν ότι ένας ΕΥ:

- Αντιλαμβάνεται και εκτιμά: α) τις ανάγκες υγείας των ατόμων και των ομάδων του πληθυσμού, β) τη λειτουργία και τη δυναμική των ομάδων, γ) τη δυνατότητα των ατόμων ή των ομάδων να αναγνωρίσουν και να χρησιμοποιήσουν αποτελεσματικά τα προσωπικά τους μέσα, πόρους και

δυνατότητες, για την επίλυση των προβλημάτων τους και δ) το είδος και το μέγεθος της υποστήριξης που ενδείκνυται κατά περίπτωση, λαμβάνοντας υπόψη ότι οι ανάγκες μεταβάλλονται στη διάρκεια του χρόνου.

- Καλλιεργεί σχέσεις αποδοχής και εμπιστοσύνης.
- Παρέχει υποστήριξη, ώστε να ενδυναμώνει τα άτομα και να ενισχύει την εμπιστοσύνη τους στις δικές τους δυνατότητες και πόρους για τη βελτίωση της υγείας τους.
- Δρα ως φορέας διασύνδεσης, συντονίζοντας δράσεις που ανταποκρίνονται στις ανάγκες της συγκεκριμένης κοινότητας.

Επιπλέον, ο Laverack, (2007), στο πλαίσιο προαγωγής της υγείας αναφέρει ότι ο ΕΥ:

- Σχεδιάζει, πραγματοποιεί και αξιολογεί προγράμματα προαγωγής υγείας, διαχείρισης των πόρων και του ανθρώπινου δυναμικού.
- Διαθέτει αποτελεσματικές στρατηγικές επικοινωνίας.
- Συνδράμει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων μέσω της εκπαίδευσης με καλή γνώση τεχνικών διευκόλυνσης και υποστήριξης.
- Διαθέτει ερευνητικές δεξιότητες για τον σχεδιασμό και την αξιολόγηση των παρεμβάσεων προαγωγής της υγείας που βασίζονται σε έγκυρα τεκμηριωμένα επιστημονικά δεδομένα.
- Κατέχει δεξιότητες ανάπτυξης της κοινότητας.
- Συνδράμει στη χάραξη πολιτικών και τον σχεδιασμό καλών πρακτικών για την καθημερινή πράξη.

Ο θεσμός του ΕΥ περιλαμβάνει μια φιλοσοφία και έναν τρόπο δράσης που τον κάνουν ένα ξεχωριστό επαγγελματία με τους εξής τρόπους:

- Η δράση του περιλαμβάνει πολυδιάστατη αντιμετώπιση των αναγκών υγείας σε ατομικό, οικογενειακό και επίπεδο κοινότητας.
- Επικεντρώνεται στην υγεία και στην ευεξία και όχι στην ασθένεια.
- Αξιολογεί αναγνωρισμένες και μη, ανάγκες υγείας.
- Παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες κατ' οίκον.
- Τοποθετεί την υγεία στο συνολικό κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο και την αναγνωρίζει ως μια διαδικασία και όχι ως μια κατάσταση που πρέπει να αποκτηθεί



- Έχει ιδιαίτερη ικανότητα να κατανοήσει την αλληλεπίδραση πολύπλοκων ζητημάτων που επηρεάζουν την υγεία του ατόμου, των οικογενειών και της κοινότητας ως σύνολο.
- Παρέχει εξατομικευμένες υπηρεσίες σε όσους δεν προσέρχονται στις δομές υγείας για διάφορους λόγους.
- Επικεντρώνει τις δράσεις του στην προώθηση της ανθεκτικότητας και την ενδυνάμωση.
- Λειτουργεί σε ένα μοντέλο συνεργασίας και ενίσχυσης των ικανοτήτων (Unite/CPHVA Health Visiting Forum, 2007).

### **4.3 Η ρύθμιση εργασίας**

#### **4.3.1 Το διαφορετικό πλαίσιο εργασίας**

Η κατ' οίκον επίσκεψη στην ψυχική υγεία, διαφοροποιείται από τις άλλες ψυχιατρικές παρεμβάσεις, καθώς παρουσιάζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τα οποία διαμορφώνουν και καθορίζουν το ρόλο του θεραπευτή που την ασκεί. Οι διαφοροποιήσεις αυτές εντοπίζονται στο χώρο που γίνεται η παρέμβαση, δηλαδή το σπίτι του ασθενούς, την υποδοχή και αποδοχή από την οικογένεια, τη σχέση που αναπτύσσεται, την αυτονομία του επαγγελματικού ρόλου, την ικανότητα οδήγησης, αν δεν διατίθεται επαγγελματίας οδηγός, την απαιτούμενη επαγγελματική εμπειρία, την πολυπλοκότητα, τις ικανότητες και δεξιότητες του επαγγελματικού ρόλου ή ακόμη και την τρωτότητα των θεραπειών σε δυνητικά επικίνδυνες καταστάσεις.

Κατά την επίσκεψη στον χώρο του ασθενούς, ο θεραπευτής καλείται να παράσχει επαγγελματική βοήθεια χωρίς να δίνει την εντύπωση της εισβολής. Ο θεσμός της επίσκεψης υποχρεώνει τόσο το θεραπευτή όσο και την οικογένειά του να ακολουθήσουν κάποιους κοινωνικούς κανόνες (Ψαροπούλου, 2012). Μία από τις σημαντικότερες επαγγελματικές προκλήσεις είναι η ικανότητα των θεραπειών να παρέμβουν αποτελεσματικά, διατηρώντας την ισορροπία μεταξύ του να είναι "επισκέπτες" και ταυτόχρονα επαγγελματίες υγείας στο σπίτι του ασθενούς (Karanikola et al., 2018).

Το θέμα της αποδοχής από την οικογένεια είναι αρκετά πολύπλοκο και απαιτεί πληθώρα ικανοτήτων και δεξιοτήτων για την επίτευξή της. Ο θεραπευτής οφείλει να είναι γνήσιος και αυθεντικός και μέσα από διάφορες τεχνικές, να καταφέρει να

προσεγγίσει και να αφουγκραστεί τον άρρωστο και την οικογένειά του. Στόχος του είναι να κερδίσει την εμπιστοσύνη τους και την αποδοχή τους, ώστε σε αυτό το θεμέλιο, να οικοδομηθεί η μακροχρόνια συνήθως, θεραπευτική σχέση (Ψαροπούλου, 2012).

Με την επίσκεψη στο σπίτι ο θεραπευτής έχει τη μοναδική ευκαιρία να διεξαγάγει μια ολιστική αξιολόγηση μέσα σε ένα πραγματικό περιβάλλον, να αποκτήσει πολύτιμη γνώση της καθημερινής ζωής των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων των προκλήσεων, των δυσκολιών και των υποστηρικτικών τους συστημάτων.

Στην επίσκεψη κατ' οίκον δεν ισχύουν οι καθιερωμένοι κανόνες των νοσοκομειακών δομών, που σχετίζονται με τους ρόλους τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των ΛΥΨΥ. Αντίθετα οι κοινοτικοί θεραπευτές έχουν μεγάλη ευελιξία και αυτονομία στο ρόλο τους, γεγονός που απαιτεί σαφή καθορισμό των ορίων τους (Karaniola et al., 2018). Με δεδομένες τις αυξημένες απαιτήσεις για κριτική και δημιουργική σκέψη, ανεξαρτησία στη λήψη αποφάσεων και όσο το δυνατόν πιο ακριβή αξιολόγηση των καταστάσεων, γίνεται αντιληπτή η ανάγκη για επαγγελματική εμπειρία πριν την εφαρμογή της κατ' οίκον πρακτικής (Καλοκαιρινού & Αδαμακίδου, 2014).

Η τρωτότητα που μπορεί να αισθάνονται οι θεραπευτές, καθορίζεται τόσο από την ψυχοπαθολογία του ασθενούς τη στιγμή της επίσκεψης και τη θεραπευτική σχέση που έχει αναπτυχθεί, αλλά και από εξωτερικούς παράγοντες (ατυχήματα, κακές συνθήκες υγιεινής κ.α.) (Small, 2020; Ψαροπούλου, 2012).

#### **4.3.2 Η πολυπλοκότητα του ρόλου**

Για την επίτευξη μιας αποτελεσματικής φροντίδας κατ' οίκον, ο κοινοτικός θεραπευτής οφείλει να αναπτύξει πρόσθετους ρόλους και δεξιότητες. Η επάρκεια που απαιτείται συνδυάζει γνώσεις, ικανότητες, δεξιότητες και στάσεις, οι οποίες διακρίνονται στα παρακάτω:

**α) Θεμελιώδη επάρκεια γνώσεων, δεξιοτήτων και κριτικής ικανότητας**, οι οποίες εφαρμόζονται κατά την αλληλεπίδραση με τον ασθενή και την οικογένειά του στην κλινική πράξη. Για παράδειγμα, αξιολόγηση και παρακολούθηση των αναγκών των ατόμων και των οικογενειών τους, σχεδιασμός θεραπευτικού πλάνου, λήψη κλινικών αποφάσεων, εποικοδομητική λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, δημιουργία και

διατήρηση θεραπευτικής σχέσης, πρακτικές δεξιότητες νοσηλευτικών παρεμβάσεων, πολιτισμική επάρκεια, επιστημονικά τεκμηριωμένη φροντίδα.

**β) Οργανωτική επάρκεια**, η οποία περιλαμβάνει οργανωτικές και διοικητικές δεξιότητες όπως, συντονισμό της φροντίδας, διασύνδεση με άλλους επαγγελματίες υγείας ή δομές, ικανότητα χρήσης της τεχνολογίας, ποιότητα φροντίδας.

**γ) Επάρκεια του συστήματος**, όσον αφορά στη χρηματοδότηση, την οργάνωση και τη διοίκηση των υπηρεσιών. Περιλαμβάνει την ανάπτυξη επάρκειας σε βασικές κλινικές πρακτικές, όπως στη συστηματική παρακολούθηση, στις δεξιότητες για ολιστική αξιολόγηση αλλά και στην ικανότητα ορθής κρίσης των επιλογών, των προτεραιοτήτων και των πόρων. Επιπλέον, στις δεξιότητες διαχείρισης του χρόνου, της τεχνολογίας ή στον εντοπισμό των κινδύνων. Στη μακρόχρονη συνεργασία, στην πολιτισμική επάρκεια, στην προαγωγή της ενδυνάμωσης και της αυτοφροντίδας, στη διασφάλιση της συμμετοχής του ασθενή και της οικογένειάς του, στη φροντίδα και τις αποφάσεις που λαμβάνονται (Καλοκαιρινού και Αδαμακίδου, 2014).

### 4.3.3 Καθήκοντα και δεξιότητες του ρόλου

Πιο αναλυτικά τα καθήκοντα και οι δεξιότητες του ρόλου του κοινοτικού θεραπευτή περιλαμβάνουν:

**Αξιολόγηση.** Οι κοινοτικοί θεραπευτές αξιολογούν τους ΛΥΨΥ και τα μέλη της οικογένειάς τους, για τον εντοπισμό των πραγματικών αναγκών και την εκτίμηση του κινδύνου. Συγκεκριμένα αξιολογούνται τα συμπτώματα, το λειτουργικό επίπεδο, η ικανότητα να φροντίζουν τον εαυτό τους, εάν παίρνουν τακτικά τα φάρμακά τους, τυχόν σωματικά προβλήματα, τα διαθέσιμα συστήματα υποστήριξης, προβλήματα στην αλληλεπίδραση με τα μέλη της οικογένειας ή άλλους, αλλά και η γνώση τους σχετικά με τη νόσο.

**Υποστήριξη.** Είναι η παροχή συναισθηματικής και ψυχολογικής υποστήριξης, τόσο στα άτομα όσο και στις οικογένειές τους, με ενεργητική ακρόαση, σεβασμό και ενσυναίσθηση.

**Εκπαίδευση.** Οι θεραπευτές εκπαιδεύουν, παρέχοντας γνώσεις και δεξιότητες κατάρτισης στα άτομα και τα μέλη της οικογένειάς τους για την ασθένεια, διατηρώντας μια λογική προσδοκία ανάλογα με την πραγματικότητα της κατάστασης του ατόμου. Η ψυχοεκπαίδευση συμβάλει στην εναισθησία, την εξασφάλιση της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, την έγκαιρη αναγνώριση των υποτροπών κ.α..

**Συμβουλευτική.** Περιλαμβάνει την παροχή πληροφοριών σχετικά με την ψυχική ασθένεια και γενικές πληροφορίες. Για παράδειγμα ερωτήσεις σχετικά με τις παρενέργειες των φαρμάκων και τα συμπτώματα της ασθένειας ή γενικές πληροφορίες, για κοινωνική πρόνοια και ευκαιρίες εργασίας κ.α..

**Διαμεσολάβηση.** Περιλαμβάνει τις λειτουργίες για την εναρμόνιση των αλληλεπιδράσεων και των συγκρούσεων μεταξύ του ατόμου και της οικογένειάς του, αλλά και την επιτυχημένη αλλαγή σε μια κατάσταση που δεν αποδέχεται ο ΛΥΨΥ, για παράδειγμα, τη συμμετοχή του σε κάποιο προστατευμένο εργαστήριο, κάποια ομάδα κλπ.

**Διασύνδεση.** Ο διασυνδεδετικός ρόλος αφορά τη συνεργασία με επαγγελματίες εργαζόμενους στην ψυχική υγεία που περιλαμβάνουν συναδέλφους ή άλλους επαγγελματίες, όπως γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και εργοθεραπευτές. Ένας άλλος τρόπος συνεργασίας περιλαμβάνει τη συνεργασία με τοπικές υπηρεσίες όπως νοσοκομείο, αστυνομία, ηγέτες της περιοχής, τοπικούς σύμβουλους κ.α.

**Συνηγορία.** Αφορά την προστασία, ενίσχυση και υπεράσπιση των δικαιωμάτων και των επιθυμιών των ατόμων και των μελών της οικογένειάς τους, οι οποίοι δεν δύνανται για διάφορους λόγους να το επιτύχουν μόνοι τους.

**Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.** Περιλαμβάνει τη παρακολούθηση της σωματικής υγείας των ατόμων λήψη ζωτικών σημείων και άλλων τύπων φυσικής παρακολούθησης, διενέργεια ενέσιμης φαρμακευτικής αγωγής κ.λπ.

**Διαχείριση Περιστατικού.** Παροχή ολιστικής διαχείρισης που εστιάζει σε ολόκληρη την οικογένεια και βοηθά τα άτομα να ζήσουν στην κοινότητα.

**Ανίχνευση νέων περιστατικών.** Αφορά την εγρήγορση και οξυδέρκεια να εντοπίζει νέους πελάτες στην κοινότητα, μέσω της διαδικασίας της επίσκεψης στο σπίτι, και την επαφής με την κοινότητα (Huang et al., 2008).

#### **4.4 Η θεραπευτική σχέση**

Η δημιουργία θεραπευτικής σχέσης με τα άτομα με σχιζοφρένεια λόγω έλλειψης εναισθησίας, καθιστά τη σχέση μια συνεχή πρόκληση. Τα άτομα, συνήθως δεν αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα της νόσου και δεν μπορούν να διακρίνουν τι είναι πραγματικό και τι όχι (Guedes de Pinho, 2017).

#### 4.4.1 Τα δομικά στοιχεία της σχέσης

Τα δομικά στοιχεία της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευόμενου και θεραπευτή σε ένα θεραπευτικό συνεχές, όπως περιγράφονται στην βιβλιογραφική ανασκόπηση της Penda (2017), περιλαμβάνουν την εμπιστοσύνη, την εποικοδομητική επικοινωνία, την ενσυναίσθηση, την αυθεντικότητα, την ενδυνάμωση και τον σεβασμό.

**Εμπιστοσύνη.** Η εγκαθίδρυση της εμπιστοσύνης αποτελεί το θεμέλιο της διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ του θεραπευτή και του ατόμου. Συμβάλλει στη μείωση του άγχους του ασθενούς και του επιτρέπει να έχει μια αίσθηση ελέγχου και να αισθάνεται ασφαλής. Χωρίς εμπιστοσύνη δεν είναι δυνατόν να ικανοποιηθούν αποτελεσματικά οι ανάγκες των ασθενών. Η οικοδόμηση εμπιστοσύνης απαιτεί αμοιβαία δέσμευση μεταξύ θεραπευτή και ατόμου. Η συμπόνια, η ενσυναίσθηση και η καλή θέληση που ένας θεραπευτής ενσαρκώνει στην πρακτική του, επηρεάζει την εμπιστοσύνη του ασθενούς, ταυτίζεται με τη φροντίδα του και τις βασικές του αξίες.

Οι θεραπευτές ενισχύουν την εμπιστοσύνη, με το να είναι συνεπείς τόσο στα λόγια όσο και στις πράξεις τους. Πριν από την οικοδόμηση μιας συμπάθειας, θεραπευτής και θεραπευόμενος πρέπει να αισθάνονται άνετα μεταξύ τους. Η εμπιστοσύνη δεν είναι κάτι που οι θεραπευτές κατέχουν ή μπορεί να τους δοθεί, αντίθετα είναι κάτι που κερδίζεται και θα πρέπει να εργαστούν σκληρά για την επίτευξη της.

**Επικοινωνία.** Η καλή επικοινωνία με γνώμονα το όφελος του ασθενούς, είναι απαραίτητη για την ασφαλή και ποιοτική περίθαλψη και χρησιμοποιείται σε όλα τα στάδια σχεδιασμού της φροντίδας. Για την επίτευξή της, οι θεραπευτές πρέπει να επιδείξουν ευγένεια, αβροφροσύνη και ειλικρίνεια. Στόχος είναι η διασφάλιση της κατανόησης των αξιών του ασθενούς και η ενδυνάμωσή τους.

Οι τεχνικές για αποτελεσματική επικοινωνία περιλαμβάνουν την ενεργητική ακρόαση, τον σεβασμό, την αποδοχή και το ενδιαφέρον για όσα εκφράζει ο ασθενής, την ένδειξη κατανόησης και υπομονής, που θα πρέπει να φαίνεται και στη μη λεκτική επικοινωνία αλλά και την αυτοκυριαρχία και αυτοϋπέρβαση του θεραπευτή που επιτυγχάνεται με την αυτογνωσία (Ραγιά, 2009).

**Ενσυναίσθηση.** Επιτρέπει στον θεραπευτή να παραμείνει αντικειμενικός, ακούγοντας ενεργά τις ανησυχίες του ατόμου και απαντώντας με ενσυναίσθηση, να συμμετέχει στον κόσμο του, να βοηθά στη διαδικασία της φροντίδας και να διευκολύνει τον ασθενή να επικοινωνήσει την ψυχική του κατάσταση. Οι θεραπευτές πρέπει να δώσουν προσοχή στα συναισθήματά τους κατά τη διάρκεια των αλληλεπιδράσεων με

τους ασθενείς, έτσι ώστε να μπορούν να κατανοήσουν τι ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται. Η διαδικασία κατανόησης των αναγκών των ασθενών είναι ένα κρίσιμο χαρακτηριστικό της ενσυναίσθησης και ένα ουσιαστικό συστατικό της ενσυναισθητικής εμπλοκής.

**Αυθεντικότητα.** Η αυθεντικότητα είναι σημαντική στη θεραπευτική επικοινωνία. Όταν ένας θεραπευτής είναι γνήσιος και αυθεντικός, μοιράζεται συναισθηματικές αντιδράσεις στις δυσκολίες και τις εμπειρίες που εκφράζει ο θεραπευόμενος. Βασίζεται στην οξυδέρκεια και την συνεννόηση μεταξύ τους, σε μια ανοιχτή και εμπιστευτική σχέση.

**Ενδυνάμωση.** Πρόκειται για μια διαδικασία που προκύπτει από την διαρκή αλληλεπίδραση, η οποία ενισχύει τη λήψη αποφάσεων για την επίτευξη αλλαγών σε ατομικό και κοινοτικό επίπεδο.

**Σεβασμός.** Ο σεβασμός εμπεριέχει την αποδοχή του ασθενούς ανεξάρτητα από τη συμπεριφορά του και τις πεποιθήσεις του. Η ποιοτική μελέτη της Tanaka (2018) στην Ιαπωνία σε 13 κοινοτικούς νοσηλευτές, επισημαίνει ότι ο σεβασμός του τρόπου ζωής και της αυτοπραγματοποίησης των ατόμων επιτυγχάνεται με τον σεβασμό της υποκειμενικότητάς τους και σχετίζεται με την ανάκτηση του αυτοσεβασμού τους, συμβάλλοντας στην ανακούφιση της αίσθησης ενοχής και της αίσθησης κατωτερότητας.

#### 4.4.2 Οι φάσεις εδραίωσης της σχέσης

Η πιο διαμορφωτική θεωρία για την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης, είναι η θεωρία των διαπροσωπικών σχέσεων που αναπτύχθηκε από την Perla (1952). Η θεωρητικός αντιλήφθηκε τη σχέση αυτή, ως ανάπτυξη μέσω φάσεων, την φάση του προσανατολισμού, της αναγνώρισης, της συνεργασίας, και του τερματισμού.

Στη φάση του προσανατολισμού αναπτύσσεται η διαπροσωπική σχέση. Στόχος είναι η οικοδόμηση εμπιστοσύνης και σεβασμού. Το πιο σημαντικό σε αυτό το στάδιο είναι η κατανόηση από τον θεραπευτή, των δυσκολιών που αντιμετωπίζει το άτομο και η ανάγκη συνεργασίας.

Η φάση της αναγνώρισης έρχεται όταν αρχίζει να αναπτύσσεται η εμπιστοσύνη μεταξύ τους. Το άτομο ευαισθητοποιείται για το πρόβλημα και την ασθένειά του και ενθαρρύνεται στην αυτοδιαχείριση, για την προώθηση της προσωπικής αποδοχής και ικανοποίησης.

Στη φάση της συνεργασίας, αναπτύσσονται νέες δεξιότητες στη διαπροσωπική σχέση και την επίλυση προβλημάτων. Ο θεραπευτής συνεχίζει να αξιολογεί και βοηθά στην κάλυψη των αναγκών που προκύπτουν, με ενσυναίσθηση και έχοντας ως επίκεντρο το άτομο.

Η φάση του τερματισμού συμβαίνει μόνο μετά από την ολοκλήρωση της διαδικασίας της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, όταν ο ΛΥΨΥ είναι σε θέση να ζήσει με την ασθένεια και να είναι αυτόνομος στην κάλυψη των αναγκών του.

Θεραπευτής και θεραπευόμενος, έχουν εναλλαγή στόχων και ρόλων καθώς περνούν από κάθε φάση, οι οποίες είναι «επικαλυπτόμενες» και «αλληλεξαρτώμενες». Μετά την επίλυση των αρχικών ζητημάτων, κατά τη διάρκεια της σχέσης, ενδέχεται να επιστρέψουν στον εντοπισμό προβλημάτων για να εντοπίσουν νέα ζητήματα στα οποία πρέπει να εργαστούν (Forchuk & Brown, 1989).

#### **4.5 Ο ρόλος της οικογένειας**

Οι οικογένειες μπορεί να επηρεάσουν το μέλος τους με ψυχική νόσο αρχικά, με το συναισθηματικό κλίμα που δημιουργείται στο σπίτι και τον τρόπο με τον οποίο ανταποκρίνονται στη νόσο, αλλά και με τη συμμετοχή τους στη διαχείριση της ασθένειας, η οποία επηρεάζει τη συμπεριφορά αυτοφροντίδας του ασθενούς.

Πλήθος μελετών έχουν δείξει ότι η οικογένεια επωμίζεται το μεγαλύτερο φορτίο της φροντίδας και της υποστήριξης του ασθενούς με χρόνια και σοβαρή ψυχική νόσο. Τα κυριότερα προβλήματα που δημιουργούνται είναι η ένταση, η ψυχοκαταπόνηση και το αίσθημα επιβάρυνσης. Επίσης η διαταραγμένη επικοινωνία, η δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων, η έλλειψη κατανόησης της φύσης της νόσου και των συνεπειών της στη ζωή και στη λειτουργικότητα του ασθενούς, όπως και αίσθημα κοινωνικού στιγματισμού και απομόνωσης.

Η εμπλοκή και η ενεργός συμμετοχή των μελών της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία συμβάλλει ουσιαστικά στη θεραπεία αλλά και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχική νόσο. Έχουν αναπτυχθεί διάφορες παρεμβάσεις που βασίζονται στις αρχές της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης και οι οποίες τεκμηριωμένα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη μείωση του άγχους αλλά και στην έκφραση αρνητικών συναισθημάτων μέσα στην οικογένεια, στην ανακούφιση της οικογένειας από το αίσθημα επιβάρυνσης λόγω της φροντίδας του ασθενούς, στην αλλαγή των στάσεων και των συμπεριφορών προς τον ασθενή, στη

βελτίωση της οικογενειακής ατμόσφαιρας και στη μείωση της αυτοκτονικότητας (Οικονόμου και συν, 2019).

#### **4.6 Έκβαση της θεραπείας**

Η θεραπευτική σχέση στις σοβαρές ψυχιατρικές νόσους όπως είναι η σχιζοφρένεια, δεν διακόπτεται, είναι μία δια βίου σχέση, ακόμα και αν οι θεραπευτές αλλάζουν στην πορεία του χρόνου. Η στήριξη του ατόμου συνεχίζεται από την θεραπευτική ομάδα. Ακόμη και όταν η θεραπευτική πορεία ενός ασθενούς είναι πολύ καλή, πρέπει να διατηρείται η επαφή με το άτομο, κάθε τρεις με 6 μήνες.

Η θεραπευτική διαδικασία είναι μία συνεχής διαδικασία, με επισκέψεις ανά τακτά χρονικά διαστήματα, ανάλογα με τις ανάγκες του ατόμου και της οικογένειάς του. Η κοινωνική αποκατάσταση και επαγγελματική επανένταξη του ατόμου, είναι ο απώτερος στόχος έκβασης κάθε θεραπείας, καθώς προσφέρει μία ικανοποιητική ποιότητα ζωής με συνεχή βελτίωση των συμπτωμάτων (Σακελλαρόπουλος, 1994).

#### **4.7 Οφέλη**

Τα οφέλη που συγκεντρώνει η κατ' οίκον επίσκεψη ως θεραπευτική παρέμβαση είναι τα εξής:

1. Τονίζεται ο σεβασμός για την αυτονομία και την ανεξαρτησία των ΛΥΨΥ.
2. Επιτυγχάνεται η συνέχεια της φροντίδας.
3. Εξασφαλίζεται καλύτερη συνεργασία για την επιτυχή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής.
4. Δεν απομακρύνεται ο ΛΥΨΥ από το οικογενειακό του περιβάλλον.
5. Συμβάλλει στην καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής νόσου, επιτυγχάνοντας θετική στάση της κοινότητας απέναντι στον ψυχικά ασθενή.
6. Παρέχεται πληρέστερη ψυχοκοινωνική στήριξη στην οικογένεια καθώς έχουμε τη δυνατότητα να συναντήσουμε όλα τα μέλη της.
7. Αποτελεί οικονομικότερη λύση για το δημόσιο σύστημα υγείας, καθώς επιτυγχάνεται έγκαιρη πρόληψη της υποτροπής και μείωση των επανεισαγωγών στο νοσοκομείο.
8. Εξυπηρετούνται αδύναμες οικονομικά ομάδες ή απομακρυσμένες από τις δομές υγείας όπως νησιά, χωριά που δεν έχουν επαρκή συγκοινωνιακή κάλυψη.



9. Παρέχεται ολοκληρωμένη εικόνα για τον ασθενή γιατί συνεκτιμώνται πέρα από την κλινική εικόνα και άλλοι παράγοντες όπως οικογενειακοί δεσμοί, κοινωνική αποδοχή του ή μη κ.ά. (Ψαροπούλου, 2012).

#### 4.8 Κίνδυνοι

Το περιβάλλον εργασίας στην κατ' οίκον φροντίδα, δεν είναι ελεγχόμενο από τον επαγγελματία υγείας όπως στο νοσοκομείο. Υπάρχουν απρόβλεπτοι κίνδυνοι π.χ. έκθεσης σε βίαιη συμπεριφορά στην κοινότητα ή στο σπίτι, επίθεσης από ζώα, έκθεσης σε παράσιτα ή τρωκτικά, σε ανθυγιεινές συνθήκες, σε κακή ποιότητα αέρα εσωτερικού χώρου, ακόμη και ατυχήματα που σχετίζονται με την οδήγηση (Small, 2020).

Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (International Council of Nurses, 2007) οι μορφές κινδύνου κατά τη διάρκεια των επισκέψεων κατ' οίκον σε ασθενείς με ή χωρίς προβλήματα ψυχικής υγείας, περιλαμβάνουν τα εξής:

- Φυσική επίθεση (π.χ. χτύπημα).
- Λεκτική επίθεση (π.χ. "Θα σε σκοτώσω").
- Σεξουαλική παρενόχληση (π.χ. άγγιγμα).
- Απειλητική συμπεριφορά (π.χ., απειλή κρατώντας κάποιο αντικείμενο).
- Ζημιά στην ιδιοκτησία (π.χ. σπάσιμο ενός αντικειμένου).

Σύμφωνα με την πρόσφατη μελέτη των Fujimoto et al, (2019), για εμπειρίες βίαιων επεισοδίων και εφαρμογής προληπτικών μέτρων μεταξύ νοσηλευτών σε Ψυχιατρική και Μη Ψυχιατρική επίσκεψη κατ' οίκον στην Ιαπωνία, έδειξε ότι σε επίσκεψη κατ' οίκον ασθενούς με ψυχική νόσο, το 47% των συμμετεχόντων, είχαν βιώσει κάποια μορφή βίας κατά τη διάρκεια της καριέρας τους. Επιπρόσθετα βρέθηκε χαμηλή χρήση προληπτικών μέτρων καθώς και ότι οι περισσότεροι δεν είχαν λάβει εκπαίδευση σχετικά με τη βία και τους τρόπους πρόληψης ή αντιμετώπισής της.

Ο υπάρχων ορισμός προληπτικών μέτρων για την ασφάλεια στο χώρο εργασίας, δεν περιλαμβάνει όρους όπως διαπραγμάτευση, επίλυση συγκρούσεων ή φυσική παρέμβαση. Διαφαίνεται πόσο σημαντικό είναι να προωθηθεί η οργάνωση και εφαρμογή προληπτικών μέτρων για την αποτροπή της μεγάλης έκθεσης στη βία προσαρμοσμένα στις συγκεκριμένες συνθήκες εργασίας.

Η κατ' οίκον φροντίδα του ασθενούς με ψυχική νόσο, στερείται μιας εδραιωμένης και ευρέως αποδεκτής μεθοδολογίας, που να στηρίζεται σε ένα δομημένο θεωρητικό

πλαίσιο, όχι μόνο για την αποφυγή των κινδύνων αλλά κυρίως για το τι συνιστά πρότυπο ψυχιατρικής φροντίδας στο σπίτι. Η εφαρμογή της συνήθως εξαρτάται από τη σύνθεση της ομάδας, τα προσόντα και το μεράκι αυτών που την ασκούν.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>: ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **5.1 Σκοπός της έρευνας**

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να καθορίσει αν οι ασθενείς με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας που λάμβαναν θεραπεία με κατ' οίκον επισκέψεις στην περιφέρεια του νομού Σερρών, παρουσίασαν μείωση των επανεισαγωγών, των ακούσιων νοσηλειών και της μέσης ετήσιας διάρκειας νοσηλείας τους στην Ψυχιατρική Κλινική (ΨΚ), συνεξετάζοντας την επίδραση των δημογραφικών στοιχείων, των κλινικών χαρακτηριστικών και του θεραπευτικού σχήματος των ασθενών.

#### **5.2 Πληθυσμός υπό μελέτη**

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν οι ασθενείς με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας (F20-F29), σύμφωνα με το ICD10 (International Classification of Diseases - 10th revision), οι οποίοι είχαν τουλάχιστον 2 χρόνια συνεχόμενης παρακολούθησης από την υπηρεσία κατ' οίκον επισκέψεων του Κ.Ψ.Υ. Σερρών, την βετία 2014 - 2020.

Κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσαν οι διαφορετικές διαγνώσεις, ο μικρότερος των 2 ετών χρόνος παρακολούθησης και η εισαγωγή σε μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Από τα 157 περιστατικά τα 4 απορρίφθηκαν λόγω εισαγωγής τους σε δομή ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, άλλα 33 λόγω μικρότερου των 2 ετών, χρόνου παρακολούθησης και 28 λόγω διαφορετικής διάγνωσης.

### 5.3 Μεταβλητές υπό μελέτη-Ερευνητικές υποθέσεις

Το είδος της μελέτης που πραγματοποιήθηκε ήταν η Αναδρομική Μελέτη Παρακολούθησης. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν τον Ιανουάριο του 2021 από τα αρχεία του Κ.Ψ.Υ. και της ΨΚ του Γ.Ν. Σερρών. Για την αξιολόγηση των επανεισαγωγών μετά τη φροντίδα με κατ' οίκον επισκέψεις, χρησιμοποιήθηκε ένα σχέδιο σύγκρισης κατ' αντιπαραβολή πριν και μετά την παρέμβαση (pre-post mirror comparison), το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί στις πρόσφατες μελέτες των Peritogiannis et al, (2020) και Schöttle et al, (2019). Για κάθε ασθενή έγινε σύγκριση για το ίδιο διάστημα, 2 χρόνια πριν και 2 χρόνια μετά την δέσμευσή του στη θεραπεία κατ' οίκον.

Καταγράφηκαν τα εξής χαρακτηριστικά:

- α) Δημογραφικά χαρακτηριστικά: σχετικά με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση, την επαγγελματική απασχόληση και τη φροντίδα που λάμβανε ο κάθε ασθενής.
- β) Κλινικά χαρακτηριστικά: σχετικά με τη διάρκεια της ασθένειας, τη διάρκεια παρακολούθησης κατ' οίκον, το ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ/ουσιών και το θεραπευτικό σχήμα.
- γ) Ο τύπος εισαγωγής (ακούσια ή εκούσια νοσηλεία),
- δ) Ο αριθμός των εισαγωγών πριν και μετά την έναρξη παρακολούθησης κατ' οίκον,
- ε) Η διάρκεια νοσηλείας πριν και μετά την έναρξη φροντίδας κατ' οίκον.

Για την πρόσβαση στα αρχεία του ΚΨΥ και της ΨΚ, ζητήθηκε και δόθηκε άδεια από το Γ.Ν. Σερρών και διασφαλίστηκε το απόρρητο των πληροφοριών που συλλέχθηκε.

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν:

- 1) Αν και κατά πόσο η θεραπευτική παρέμβαση με επισκέψεις κατ' οίκον σε άτομα με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας, μειώνει το ποσοστό επανεισαγωγών.
- 2) Αν και κατά πόσο η θεραπευτική παρέμβαση με επισκέψεις κατ' οίκον σε άτομα με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας, μειώνει τη μέση διάρκεια νοσηλείας στην ψυχιατρική κλινική.
- 3) Αν και κατά πόσο η θεραπευτική παρέμβαση με επισκέψεις κατ' οίκον σε άτομα με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας, μειώνει τον αριθμό των ακούσιων νοσηλειών.

4) Αν και κατά πόσο η μείωση των επανεισαγωγών ή της μέσης διάρκειας νοσηλείας, ή των ακούσιων νοσηλείων των ασθενών με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας που δέχονται κατ' οίκον φροντίδα, σχετίζονται με κάποια από τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

## 5.4 Στατιστική ανάλυση

Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση (SD), ή η Διάμεση τιμή και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, και για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η απόλυτη (N) και η σχετική συχνότητα (%). Για τον έλεγχο της διαφοράς του αριθμού εισαγωγών, των ακούσιων νοσηλείων και της μέσης διάρκειας νοσηλείας πριν και μετά την παρέμβαση, χρησιμοποιήθηκε το Wilcoxon signed test. Η ανάλυση διασποράς για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (ANOVA) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να ελεγχθούν διαφορές στις μετρήσεις μεταξύ των ομάδων αλλά και χρονικά. Επίσης, με την ανωτέρω μέθοδο εκτιμήθηκε εάν ο βαθμός μεταβολής στο χρόνο των υπό μελέτη παραμέτρων ήταν διαφορετικός μεταξύ των δυο ομάδων. Εξαιτίας της ασυμμετρίας των κατανομών, χρησιμοποιήθηκαν οι λογαριθμικοί μετασχηματισμοί των μεταβλητών στην μέθοδο επαναλαμβανόμενων μετρήσεων ANOVA. Όλοι οι έλεγχοι που πραγματοποιήθηκαν ήταν αμφίπλευροι και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο επίπεδο  $\alpha = 0,05$ . Για την στατιστική ανάλυση και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS v. 22.0.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 6.1 Περιγραφική ανάλυση αποτελεσμάτων

#### Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 92 άτομα, το 66,3% εκ των οποίων ήταν άνδρες, με μέση ηλικία τα 53 έτη (τυπική απόκλιση=12,6 έτη). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν άγαμοι (64,1%), ενώ αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσής τους, το 46,7% ήταν αναλφάβητοι ή είχαν ολοκληρώσει το Δημοτικό και το 47,9% είχαν ολοκληρώσει το Γυμνάσιο και το Λύκειο. Όσον αφορά στην επαγγελματική τους κατάσταση, μόλις το 5,4% των ατόμων εργάζονται, ενώ τουλάχιστον 7 στους 10 συμμετέχοντες (75%) λαμβάνουν αναπηρική σύνταξη. Σχετικά με τον τρόπο

διαμονής τους, το υψηλότερο ποσοστό όσων συμμετείχαν (45,7%) διαμένουν μαζί με κάποιον φροντιστή, αλλά ένα πολύ σημαντικό ποσοστό (38%) όπως φαίνεται, ζουν μόνοι. Στον πίνακα που ακολουθεί, παρουσιάζονται αναλυτικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης.

**Πίνακας 1. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Ασθενών**

		<b>Πλήθος (N)</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	61	66,3
	Γυναίκα	31	33,7
<b>Ηλικία [σε έτη; Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)]</b>		52,9 (12,6)	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Άγαμος	59	64,1
	Έγγαμος	11	12,0
	Διαζευγμένος/ Χήρος	22	23,9
<b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>	Αγναλφάβητος	6	6,5
	Δημοτικό	37	40,2
	Γυμνάσιο	25	27,2
	Λύκειο	19	20,7
	Πανεπιστήμιο	5	5,4
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>	Εργαζόμενος	5	5,4
	Άνεργος	8	8,7
	Σύνταξη αναπηρική	69	75,0
	Σύνταξη γήρατος	10	10,9
<b>Τρόπος διαμονής</b>	Ζει μόνος	35	38,0
	Ζει με άλλα άτομα που πάσχουν από σοβαρή ψυχική ασθένεια	15	16,3
	Ζει με φροντιστή	42	45,7

### **Κλινικά χαρακτηριστικά**

Στον πίνακα που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων αναφορικά με τη χρήση αλκοόλ, τη μέση διάρκεια της ασθένειάς τους και της παρακολούθησης κατ' οίκον. Όπως φαίνεται, 2 στους 10 συμμετέχοντες (20,7%) κάνουν κατάχρηση αλκοόλ, ενώ παράλληλα βρέθηκε ότι η διάρκεια της ασθένειάς τους ισούταν με 21 έτη κατά μέσο όρο (τυπική απόκλιση= 11,3 έτη) και η διάρκεια παρακολούθησής τους κατ' οίκον, ισούταν με 9,4 έτη κατά μέσο όρο (τυπική απόκλιση= 12,7 έτη).

**Πίνακας 2. Κλινικά Χαρακτηριστικά Ασθενών**

		<b>Πλήθος (N)</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
<b>Κατάχρηση αλκοόλ</b>	Όχι	73	79,3
	Ναι	19	20,7
<b>Διάρκεια ασθένειας</b> [σε έτη; Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)]		21,0 (11,3)	
<b>Διάρκεια παρακολούθησης κατ' οίκον</b> [σε έτη; Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)]		9,4 (12,7)	

### **Στοιχεία σχετικά με τη λήψη θεραπευτικού σχήματος**

Όπως φαίνεται στον πίνακα 3, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (69,5%) λαμβάνει άτυπα ή κλασικά ενέσιμα αντιψυχωτικά φάρμακα ΜΔΔ, σε ποσοστό 39,1% και 30,4% αντίστοιχα. Άτυπα αντιψυχωτικά per'os λαμβάνει το 39,1% των συμμετεχόντων, ενώ ένα υψηλό ποσοστό 38% λαμβάνουν βενζοδιαζεπίνες.

**Πίνακας 3. Θεραπευτικό σχήμα Ασθενών**

<b>Θεραπευτικό σχήμα</b>	<b>N (%)</b>
ΑΤΥΠΑ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ	36 (39,1)
ΚΛΑΣΣΙΚΑ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ	14 (15,2)
ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΩΝ	15 (16,3)
ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ	24 (26,1)
BENZODIAZEPINES	35 (38,0)
ΚΛΑΣΣΙΚΑ ΕΝΕΣΙΜΑ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΑ ΜΑΚΡΑΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΔΡΑΣΗΣ	28 (30,4)
ΑΤΥΠΑ ΕΝΕΣΙΜΑ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΑ ΜΑΚΡΑΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΔΡΑΣΗΣ	36 (39,1)
ΚΛΟΖΑΠΙΝΗ	5 (5,4)

### **Στοιχεία σχετικά με τη νοσηλεία των συμμετεχόντων**

Στους πίνακες 4 και 5, παρουσιάζεται ο αριθμός, καθώς και ο τύπος της εισαγωγής των συμμετεχόντων στην ΨΚ, πριν και μετά την παρέμβαση.

Όπως φαίνεται, στο διάστημα των 2 ετών πριν την παρέμβαση, έγιναν συνολικά 76 εισαγωγές. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είχε μία ή δύο νοσηλείες, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους ακούσιες. Στην 1<sup>η</sup> νοσηλεία το 54,3% είχε ακούσια εισαγωγή και το 7,6% εκούσια, ενώ στη 2<sup>η</sup> το 10,9% είχε ακούσια εισαγωγή και το 3,3% εκούσια.

**Πίνακας 4. Αριθμός & Τύπος εισαγωγής Πριν την παρέμβαση**

Τύπος εισαγωγής (πριν)	1 <sup>η</sup> νοσηλεία	2 <sup>η</sup> νοσηλεία	3 <sup>η</sup> νοσηλεία	4 <sup>η</sup> νοσηλεία	5 <sup>η</sup> νοσηλεία	Συνολικός Αριθμός Εισαγωγών πριν
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Δεν υπήρξε νοσηλεία	35 (38,0)	79 (85,9)	88 (95,7)	91 (98,9)	91 (98,9)	76
Ακούσια	50 (54,3)	10 (10,9)	4 (4,3)	1 (1,1)	1 (1,1)	
Εκούσια	7 (7,6)	3 (3,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

Στα 2 έτη μετά την παρέμβαση, έγιναν συνολικά 13 εισαγωγές. Στην πλειοψηφία δεν υπήρχε εκ νέου νοσηλεία. Πιο αναλυτικά στην 1<sup>η</sup> νοσηλεία, το 5,4% είχε ακούσια εισαγωγή και το 4,3% εκούσια. Δεύτερη ακούσια νοσηλεία χρειάστηκε μόνο το 1,1% των συμμετεχόντων και το 2,2% εκούσια, ενώ μόλις ένας από τους συμμετέχοντες είχε 3<sup>η</sup> νοσηλεία με εκούσια εισαγωγή.

**Πίνακας 5. Αριθμός & Τύπος εισαγωγής Μετά την παρέμβαση**

Τύπος εισαγωγής (μετά)	1 <sup>η</sup> νοσηλεία	2 <sup>η</sup> νοσηλεία	3 <sup>η</sup> νοσηλεία	Συνολικός Αριθμός Εισαγωγών Μετά
	N (%)	N (%)	N (%)	
Δεν υπήρξε νοσηλεία	83 (90,2)	89 (96,7)	91 (98,9)	13
Ακούσια	5 (5,4)	1 (1,1)	0 (0)	
Εκούσια	4 (4,3)	2 (2,2)	1 (1,1)	

## 6.2 Παρουσίαση των αποτελεσμάτων διάφορων στατιστικών ελέγχων

Μετά την ανάλυση των δεδομένων και τους στατιστικούς ελέγχους που διενεργήθηκαν, ανευρέθηκαν τα εξής στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα:

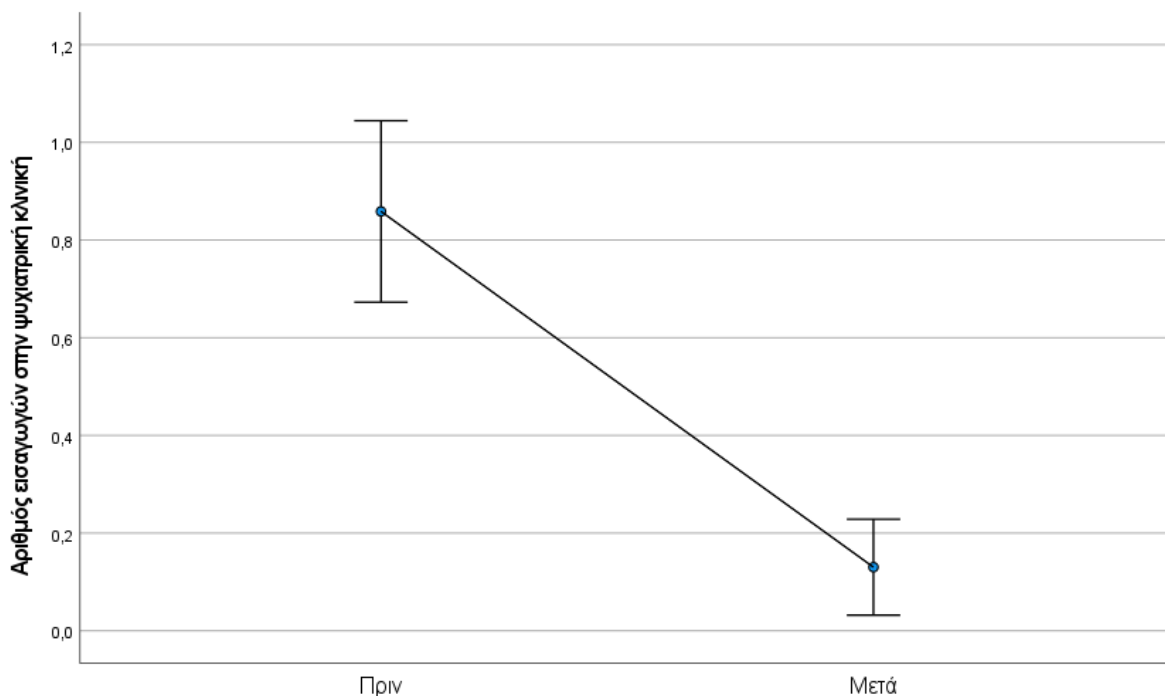
Αναφορικά με τον αριθμό των εισαγωγών των συμμετεχόντων πριν και μετά την παρέμβαση, φαίνεται ότι παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική μείωση του αριθμού των εισαγωγών ( $p < 0,001$ ), κατά 84,5% ( $SD=47,9\%$ ).

**Πίνακας 6. Αποτελέσματα Αριθμού Εισαγωγών πριν και μετά την παρέμβαση**

Αριθμός εισαγωγών	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
Πριν	0,89 (0,9)	1 (0 - 1)
Μετά	0,13 (0,47)	0 (0 - 0)
<b>P Wilcoxon test</b>	<b>&lt;0,001</b>	

Στο επόμενο γράφημα παρουσιάζεται ο μέσος αριθμός των εισαγωγών στην ψυχιατρική κλινική, πριν και μετά την παρέμβαση.

**Γράφημα 1. Μεταβολή Αριθμού Εισαγωγών Πριν και Μετά την παρέμβαση**



Στη συνέχεια, ελέγχθηκε εάν η μεταβολή στον αριθμό των εισαγωγών πριν και μετά την παρέμβαση σχετίζεται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, και βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ως προς την επαγγελματική τους κατάσταση ( $p= 0,026$ ). Πιο συγκεκριμένα, ενώ σημειώθηκε στατιστικά σημαντική μείωση του αριθμού των εισαγωγών και στις δύο ομάδες των συμμετεχόντων ( $p<0,001$  και στις δύο ομάδες), ο αριθμός των εισαγωγών βρέθηκε πως μειώθηκε στατιστικά σημαντικά λιγότερο σε όσους λαμβάνουν αναπηρική σύνταξη, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που είχαν κάποια άλλη επαγγελματική κατάσταση.

**Πίνακας 7. Αποτελέσματα Αριθμού Εισαγωγών σε σχέση με την Επαγγελματική Κατάσταση**

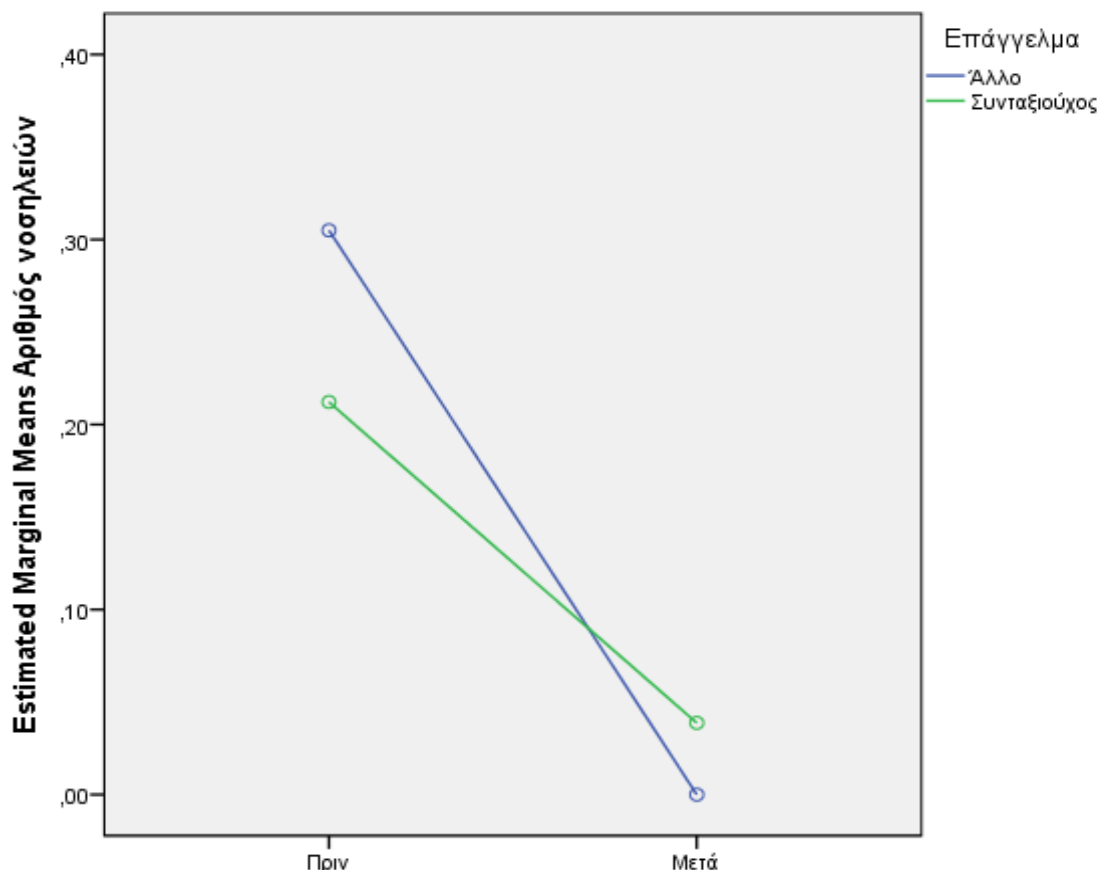
Επαγγελματική κατάσταση	Αριθμός εισαγωγών στην ψυχιατρική κλινική			P πριν vs μετά
	Πριν	Μετά	Μεταβολή	
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	
Άλλο	1,1 (0,5)	0,0 (0,0)	-1,1 (0,5)	<0,001
Αναπηρική Σύνταξη	0,8 (0,9)	0,2 (0,5)	-0,7 (1,0)	<0,001
<b>P<sup>+</sup></b>	0,110	0,256	<b>0,026++</b>	

+p-value από σύγκριση μεταξύ ομάδων ++p-value αλληλεπίδρασης χρόνου-ομάδας από επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA (με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών)



Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζεται η μεταβολή του αριθμού των εισαγωγών των συμμετεχόντων στην ψυχιατρική κλινική, ανάλογα με την επαγγελματική τους κατάσταση.

**Γράφημα 2. Μεταβολή Αριθμού Εισαγωγών ανάλογα με την Επαγγελματική Κατάσταση**



Σημειώνεται ότι η παραπάνω διερεύνηση έγινε για όλα τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, ωστόσο δεν βρέθηκε κάποια άλλη στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Εν συνέχεια ελέγχθηκε εάν η μεταβολή στον αριθμό των εισαγωγών πριν και μετά την παρέμβαση σχετίζεται με τη λήψη των θεραπευτικών σχημάτων. Όπως φαίνεται, παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στη μεταβολή των εισαγωγών ανάλογα με το εάν οι συμμετέχοντες παίρνουν βενζοδιαζεπίνες ( $p=0,049$ ) και άτυπα ενέσιμα αντιψυχωτικά φάρμακα ΜΔΔ ( $p=0,003$ ). Πιο συγκεκριμένα, στους συμμετέχοντες που δεν παίρνουν βενζοδιαζεπίνες, καθώς και σε αυτούς που παίρνουν άτυπα ενέσιμα αντιψυχωτικά φάρμακα ΜΔΔ, παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη μείωση του αριθμού των εισαγωγών μετά το πέρας της παρέμβασης.

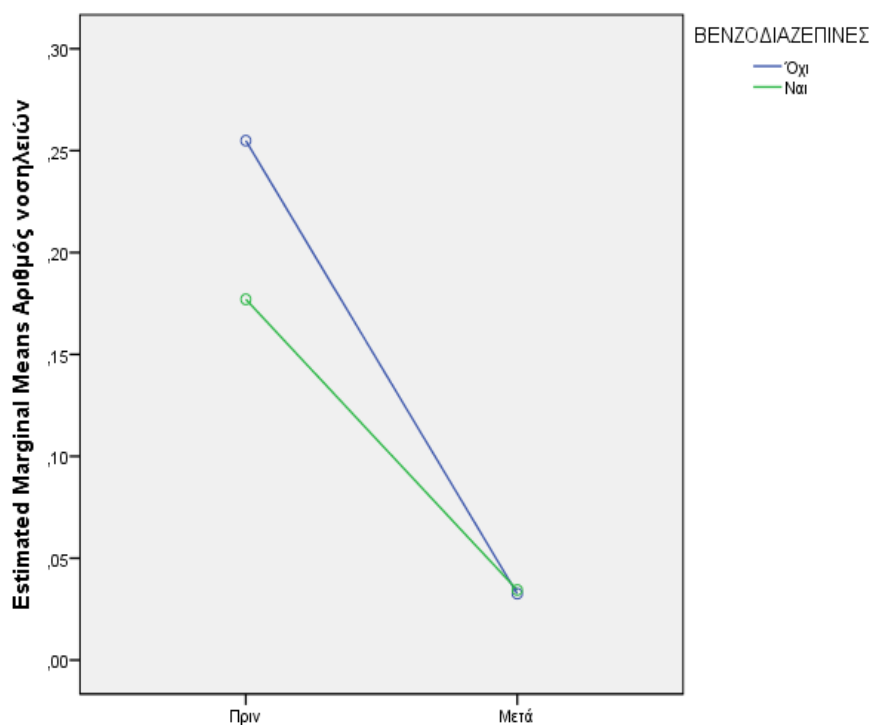
Πίνακας 8. Αποτελέσματα Αριθμού Εισαγωγών σε σχέση με το Θεραπευτικό Σχήμα

Λήψη θεραπευτικού σχήματος	Αριθμός εισαγωγών στην ψυχιατρική κλινική			P πριν vs μετά
	Πριν	Μετά	Μεταβολή	
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	
<b>Βενζοδιαζεπίνες</b>				
Όχι	1,0 (1,0)	0,1 (0,4)	-0,9 (1,0)	<b>&lt;0,001</b>
Ναι	0,6 (0,7)	0,1 (0,6)	-0,5 (0,8)	<b>&lt;0,001</b>
<b>P+</b>	<b>0,061</b>	<b>0,941</b>	<b>0,049++</b>	
<b>Άτυπα ενέσιμα αντιψυχωτικά μακράς διάρκειας</b>				
Όχι	0,6 (0,7)	0,1 (0,5)	-0,5 (0,7)	<b>&lt;0,001</b>
Ναι	1,3 (1,1)	0,2 (0,5)	-1,1 (1,1)	<b>&lt;0,001</b>
<b>P+</b>	<b>0,001</b>	<b>0,552</b>	<b>0,003++</b>	

+p-value από σύγκριση μεταξύ ομάδων ++p-value αλληλεπίδρασης χρόνου-ομάδας από επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA (με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών)

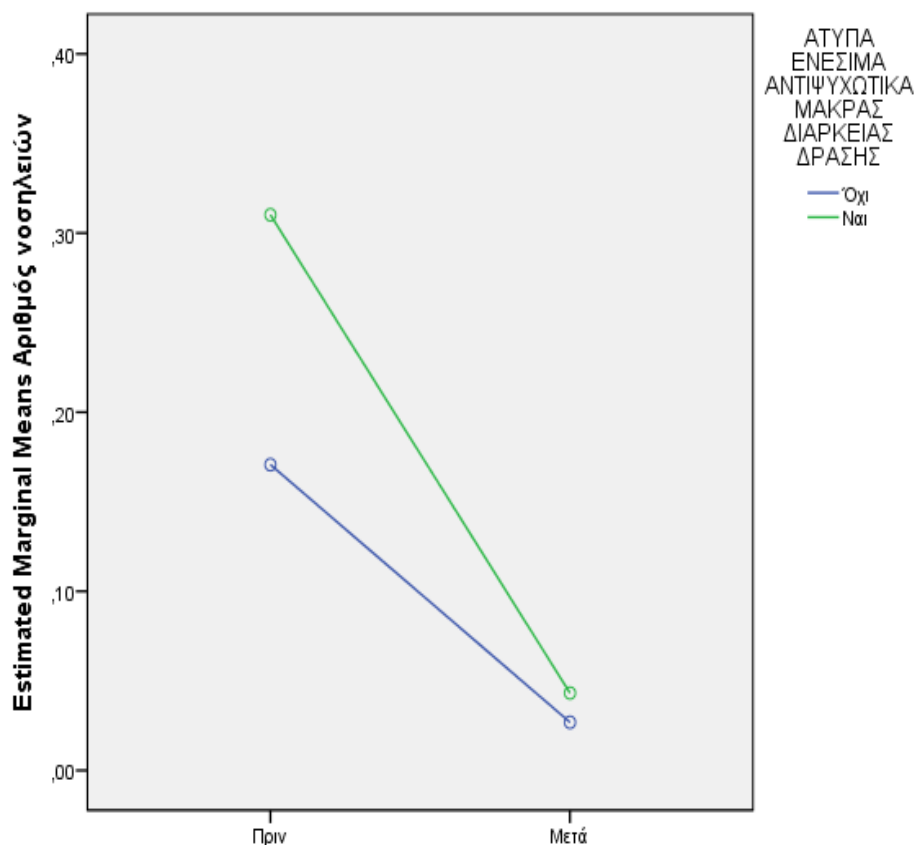
Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζεται η μεταβολή του αριθμού των εισαγωγών των συμμετεχόντων στην ψυχιατρική κλινική, ανάλογα με το εάν λαμβάνουν βενζοδιαζεπίνες.

Γράφημα 3. Μεταβολή Αριθμού Εισαγωγών ανάλογα με τη λήψη Βενζοδιαζεπινών



Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζεται η μεταβολή του αριθμού των εισαγωγών των συμμετεχόντων στην ψυχιατρική κλινική, ανάλογα με το εάν λαμβάνουν άτυπα ενέσιμα αντιψυχωτικά φάρμακα ΜΔΔ.

**Γράφημα 4. Μεταβολή Αριθμού Εισαγωγών ανάλογα με τη λήψη Άτυπων Ενέσιμων αντιψυχωσικών μακράς διάρκειας δράσης**



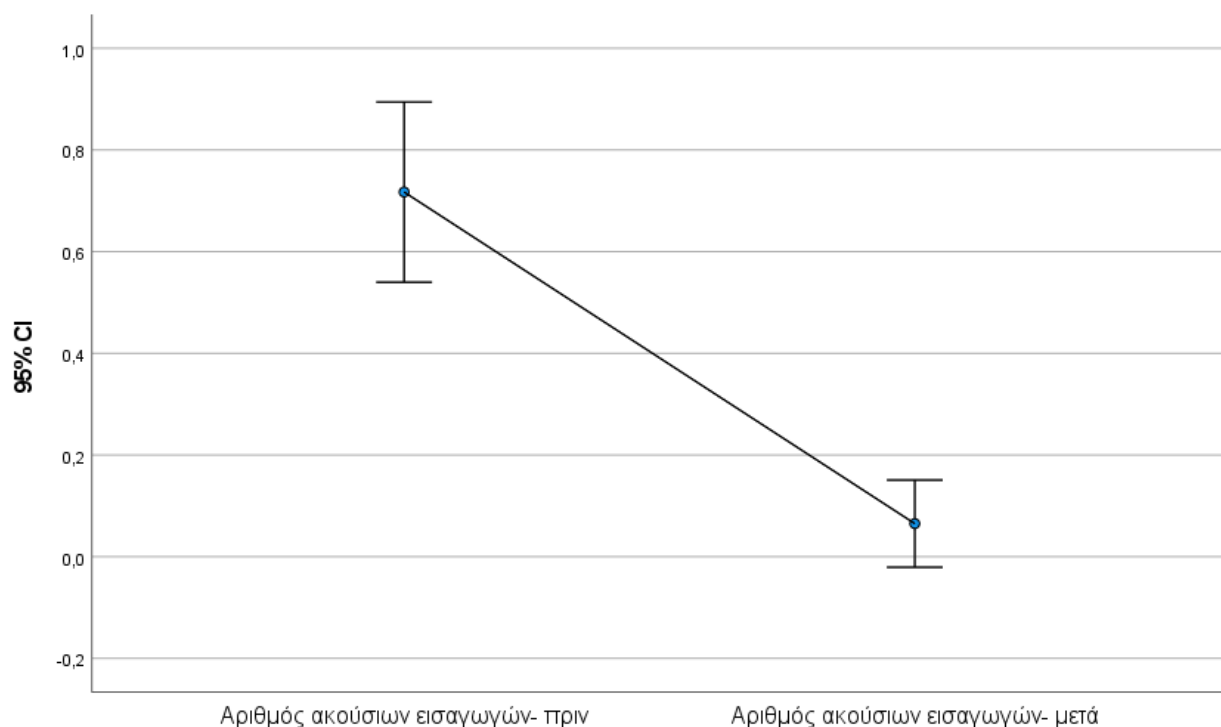
Επιπρόσθετα, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα, παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική μείωση του αριθμού των ακούσιων εισαγωγών ( $p < 0,001$ ) των συμμετεχόντων πριν και μετά την παρέμβαση, κατά 95% ( $SD=420,8\%$ ).

**Πίνακας 9. Αποτελέσματα Ακούσιων Εισαγωγών Πριν και Μετά την παρέμβαση**

Αριθμός εισαγωγών ακούσιων	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
Πριν	0,72 (0,86)	1 (0-1)
Μετά	0,07 (0,41)	0 (0-0)
<b>P Wilcoxon test</b>	<b>&lt;0,001</b>	

Στο επόμενο γράφημα παρουσιάζεται ο μέσος αριθμός των ακούσιων εισαγωγών στην ψυχιατρική κλινική, πριν και μετά την παρέμβαση.

**Γράφημα 5. Μεταβολή Αριθμού Ακούσιων Εισαγωγών Πριν και Μετά την παρέμβαση**



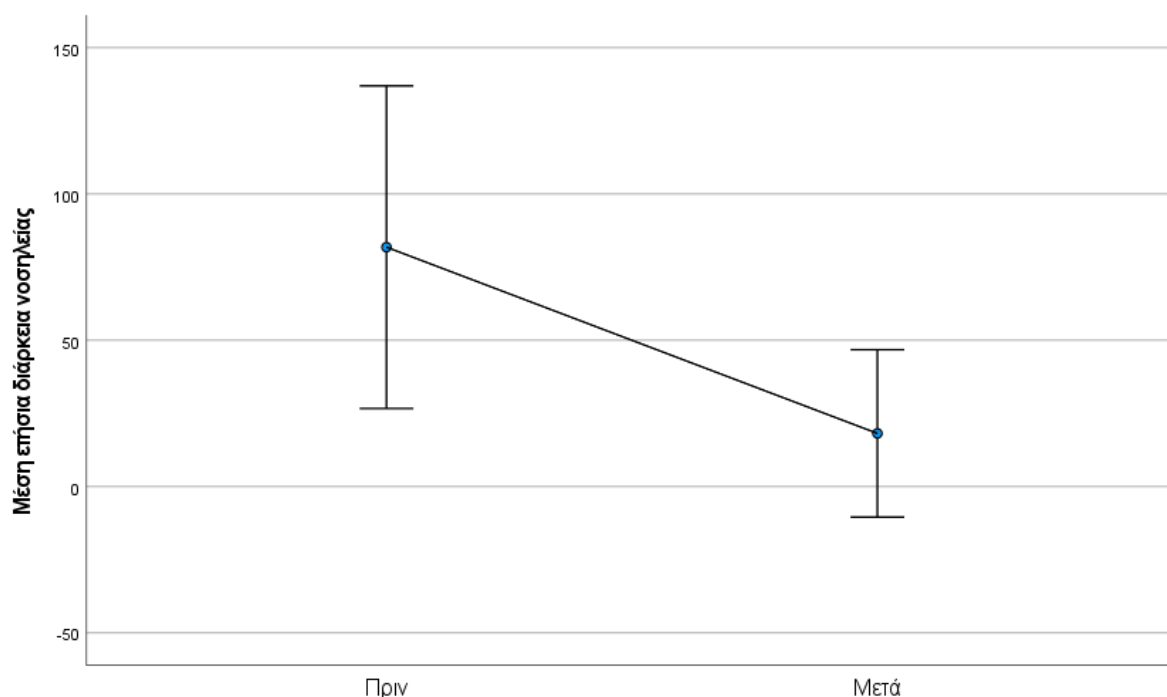
Όσον αφορά την μέση ετήσια διάρκεια νοσηλείας, πριν και μετά την παρέμβαση φαίνεται ότι παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική μείωση στη διάρκεια νοσηλείας ( $p < 0,001$ ) κατά 73,6% (SD=38,0%). Η ανάλυση έδειξε ότι το 50% των συμμετεχόντων είχαν νοσηλευτεί έως και 19 ημέρες πριν την παρέμβαση, ενώ μετά την παρέμβαση οι μισοί συμμετέχοντες δεν είχαν νοσηλευτεί καθόλου (0 ημέρες).

**Πίνακας 10. Αποτελέσματα Μέσης Ετήσιας Διάρκειας Νοσηλείας Πριν και Μετά την παρέμβαση**

Μέση ετήσια διάρκεια νοσηλείας (σε ημέρες)	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	Διάμεση τιμή (Ενδ. Εύρος)
Πριν	17,6 (8,2)	18,9 (11,3-23,0)
Μετά	6,1 (8,9)	0,0 (0,0-16,0)
<b>P Wilcoxon test</b>	<b>0,001</b>	

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζεται η μέση ετήσια διάρκεια νοσηλείας, πριν και μετά την παρέμβαση.

**Γράφημα 6. Μεταβολή Ετήσιας Διάρκειας Νοσηλείας Πριν και Μετά την παρέμβαση**



Στη συνέχεια ελέγχθηκε εάν η μεταβολή στη διάρκεια νοσηλείας των συμμετεχόντων πριν και μετά την παρέμβαση διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους (δημογραφικά, κλινικά και λήψη θεραπευτικού σχήματος). Όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί, παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες ως προς τη μεταβολή στη μέση ετήσια διάρκεια νοσηλείας τους. Πιο συγκεκριμένα, σημειώθηκε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη μείωση της διάρκειας νοσηλείας στις γυναίκες, σε σχέση με τους άνδρες ( $p=0,025$ ).

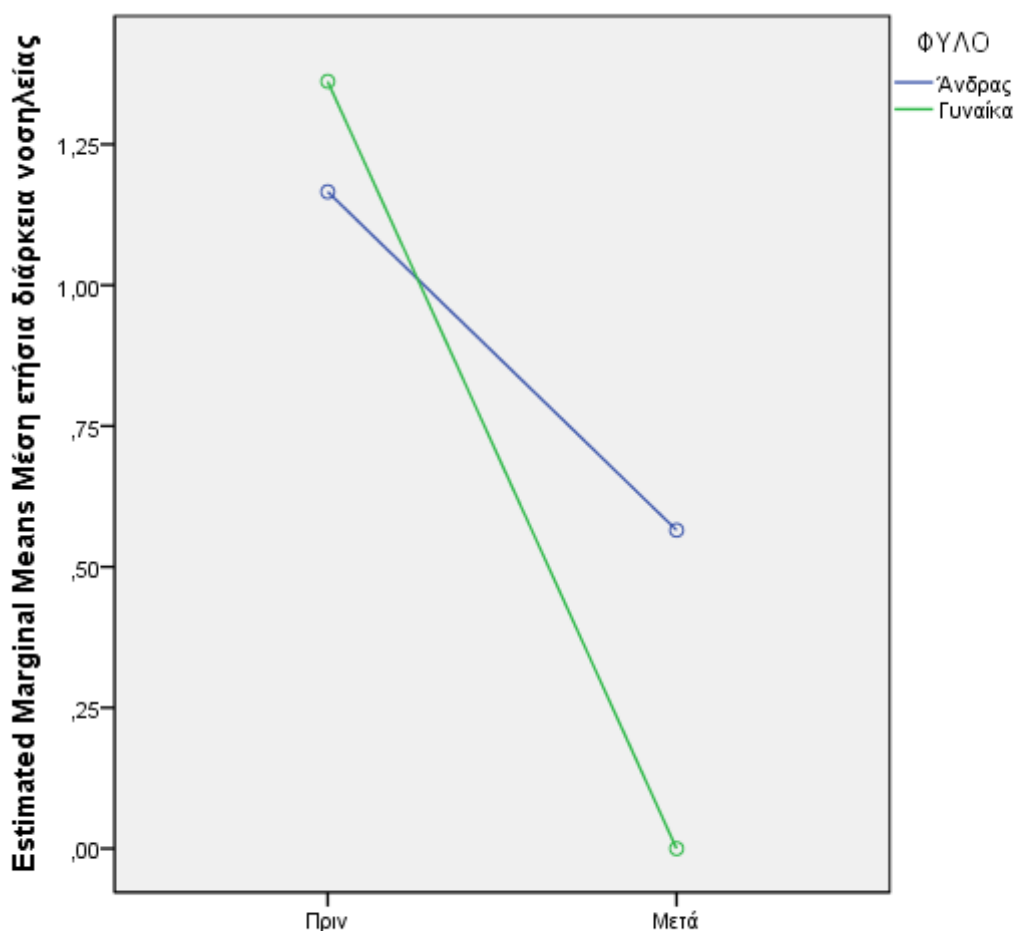
**Πίνακας 11. Αποτελέσματα Μέσης Ετήσιας διάρκειας Νοσηλείας σε σχέση με το Φύλο**

	Μέση ετήσια διάρκεια νοσηλείας			P πριν vs μετά
	Πριν	Μετά	Μεταβολή	
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	
<b>Φύλο</b>				
Άνδρας (N=11)	16,2 (8,2)	7,8 (9,4)	8,4 (5,8)	<b>0,001</b>
Γυναίκα (N=3)	22,6 (7,0)	0,0 (0,0)	22,6 (7,0)	<b>&lt;0,001</b>
<b>P+</b>	0,285	0,172	<b>0,025++</b>	

+p-value από σύγκριση μεταξύ ομάδων ++p-value αλληλεπίδρασης χρόνου-ομάδας από επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA (με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών)

Στο επόμενο γράφημα παρουσιάζεται η μεταβολή στη μέση ετήσια διάρκεια νοσηλείας, ανάλογα με το φύλο των συμμετεχόντων.

Γράφημα 7. Μεταβολή Μέσης Ετήσιας Διάρκειας Νοσηλείας ανάλογα με το Φύλο



Επίσης, βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με το εάν κάνουν κατάχρηση αλκοόλ / ουσιών ή όχι. Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα, η μέση ετήσια διάρκεια νοσηλείας παρουσίασε μεγαλύτερη μείωση στους συμμετέχοντες που δεν έκαναν κατάχρηση αλκοόλ /ουσιών ( $p= 0,041$ ), σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που έκαναν κατάχρηση. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί πως ενώ στους συμμετέχοντες που δεν έκαναν κατάχρηση αλκοόλ /ουσιών παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική μείωση της διάρκειας νοσηλείας τους ( $p<0,001$ ), στους συμμετέχοντες που έκαναν κατάχρηση αλκοόλ /ουσιών, δεν εμφανίστηκε κάποια στατιστικά σημαντική μεταβολή στη διάρκεια νοσηλείας τους.

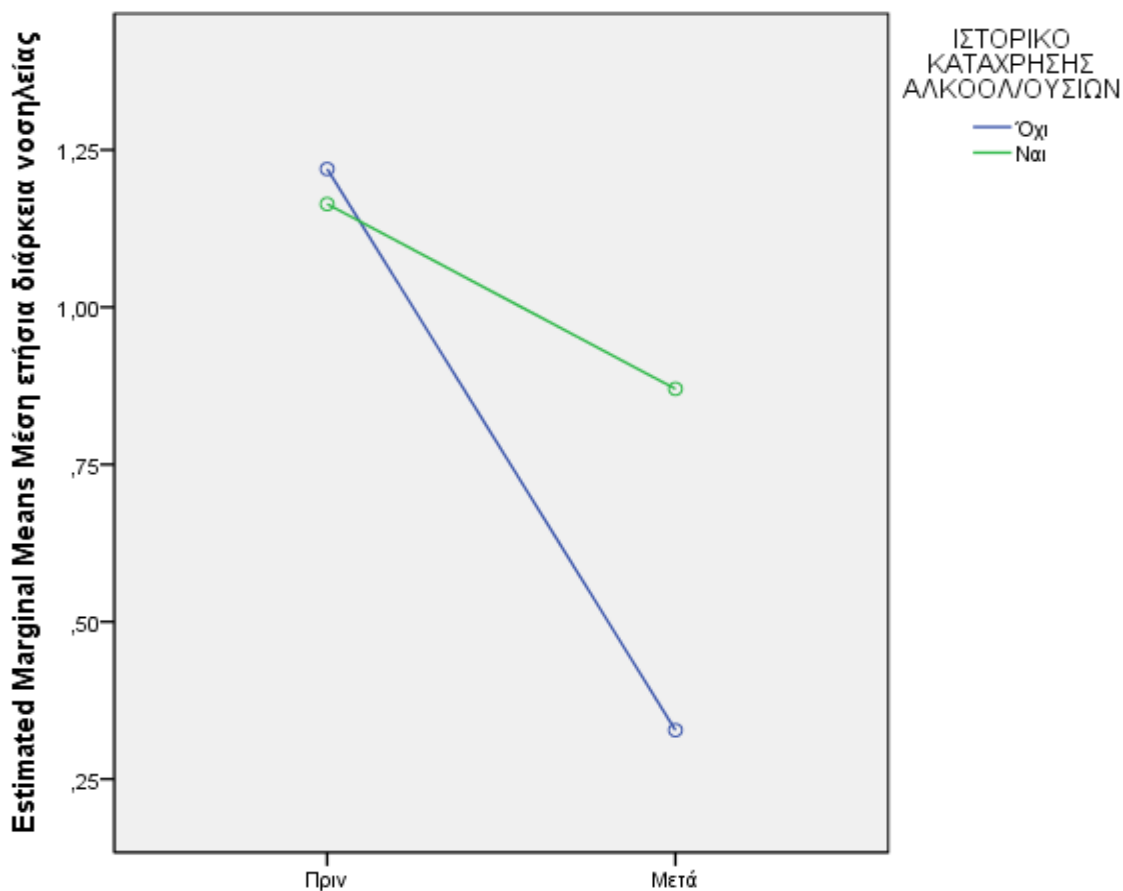
Πίνακας 12. Αποτελέσματα Μέσης Ετήσιας Διάρκειας Νοσηλείας σε σχέση με την Κατάχρηση αλκοόλ/ουσιών

	Μέση ετήσια διάρκεια νοσηλείας			P πριν vs μετά
	Πριν	Μετά	Μεταβολή	
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	
<b>Κατάχρηση αλκοόλ/ουσιών</b>				
Όχι (N=11)	17,8 (8,0)	4,2 (7,5)	13,6 (8,1)	<b>&lt;0,001</b>
Ναι (N=3)	16,7 (10,5)	13 (11,8)	3,7 (3,3)	0,329
<b>P +</b>	0,766	0,191	<b>0,041*</b>	

+p-value από σύγκριση μεταξύ ομάδων ++p-value αλληλεπίδρασης χρόνου-ομάδας από επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA (με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών).

Στο επόμενο γράφημα παρουσιάζεται η μεταβολή στη μέση ετήσια διάρκεια νοσηλείας των συμμετεχόντων, ανάλογα με το εάν έκαναν κατάχρηση αλκοόλ/ουσιών.

Γράφημα 8. Μεταβολή Μέσης Ετήσιας Διάρκειας Νοσηλείας ανάλογα με την κατάχρηση αλκοόλ/ουσιών



Επιπρόσθετα, σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στη μεταβολή της μέσης ετήσιας διάρκειας νοσηλείας, ανάλογα με το εάν οι συμμετέχοντες λαμβάνουν βενζοδιαζεπίνες. Όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα, σημειώθηκε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη μείωση της μέσης ετήσιας διάρκειας νοσηλείας στους συμμετέχοντες που δεν λαμβάνουν βενζοδιαζεπίνες ( $p= 0,047$ ), σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που λαμβάνουν, ενώ παράλληλα, αξίζει να σημειωθεί ότι η μείωση που παρατηρήθηκε στους συμμετέχοντες που δεν λάμβαναν βενζοδιαζεπίνες ήταν στατιστικά σημαντική ( $p<0,001$ ).

**Πίνακας 13. Αποτελέσματα Μέσης Ετήσιας Διάρκειας Νοσηλείας σε σχέση με τη λήψη Βενζοδιαζεπινών**

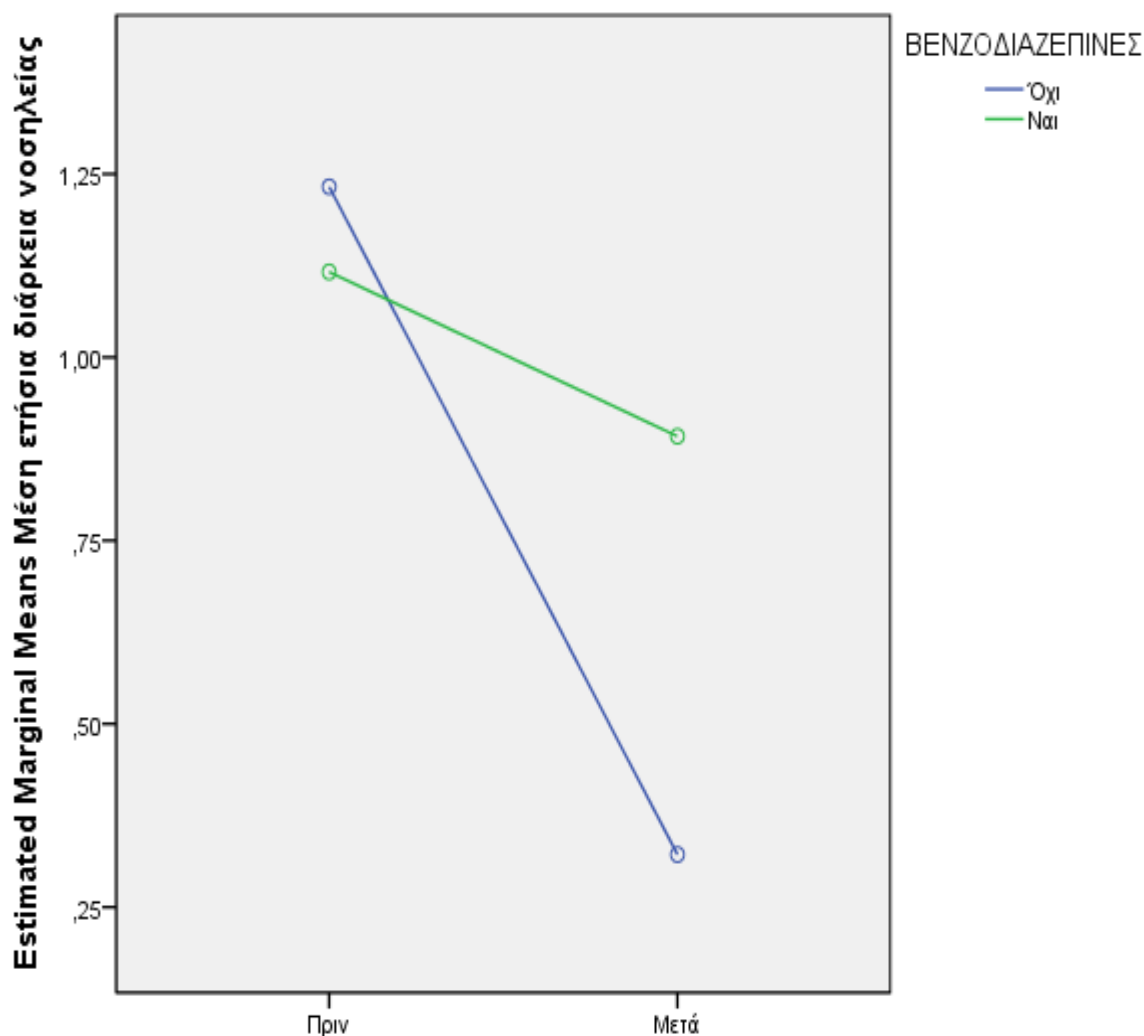
	Μέση ετήσια διάρκεια νοσηλείας			P πριν vs μετά
	Πριν	Μετά	Μεταβολή	
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	
<b>Λήψη βενζοδιαζεπινών</b>				
Όχι (N=11)	17,9 (7,6)	4,0 (7,0)	13,9 (7,7)	<b>&lt;0,001</b>
Ναι (N=3)	16,4 (11,8)	13,9 (12,3)	2,5 (2,4)	0,432
<b>P +</b>	0,532	0,167	<b>0,047*</b>	

+p-value από σύγκριση μεταξύ ομάδων ++p-value αλληλεπίδρασης χρόνου-ομάδας από επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA (με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών)

Στο επόμενο γράφημα παρουσιάζεται η μεταβολή στη μέση ετήσια διάρκεια νοσηλείας των συμμετεχόντων, ανάλογα με το εάν λάμβαναν βενζοδιαζεπίνες.



Γράφημα 9. Μεταβολή Μέσης Ετήσιας Διάρκειας Νοσηλείας ανάλογα με τη λήψη Βενζοδιαζεπινών



Τέλος, σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στη μεταβολή της μέσης ετήσιας διάρκειας νοσηλείας, ανάλογα με το εάν οι συμμετέχοντες λαμβάνουν κλασσικά ενέσιμα αντιψυχωτικά ΜΔΔ. Όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα, σημειώθηκε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη μείωση της μέσης ετήσιας διάρκειας νοσηλείας στους συμμετέχοντες που δεν λαμβάνουν κλασσικά ενέσιμα αντιψυχωτικά ΜΔΔ ( $p= 0,013$ ), σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που λαμβάνουν, ενώ παράλληλα, αξίζει να σημειωθεί ότι η μείωση που παρατηρήθηκε στους συμμετέχοντες που δεν λάμβαναν κλασσικά ενέσιμα αντιψυχωτικά μακράς διάρκειας ήταν στατιστικά σημαντική ( $p<0,001$ ).

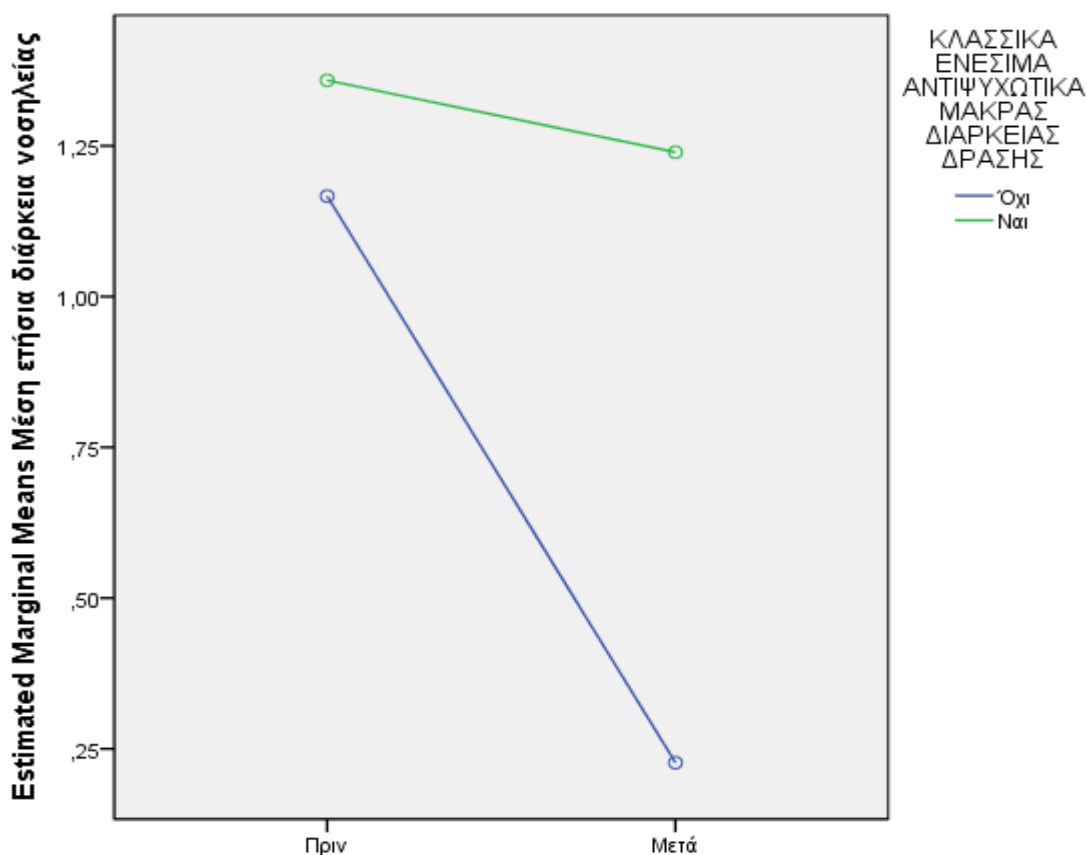
Πίνακας 14. Αποτελέσματα Μέσης Ετήσιας Διάρκειας Νοσηλείας σε σχέση με τη λήψη Κλασσικών/ Άτυπων αντιψυχωτικών ΜΑΑ

	Μέση ετήσια διάρκεια νοσηλείας			P πριν vs μετά
	Πριν	Μετά	Μεταβολή	
Λήψη κλασσικών ενέσιμων αντιψυχωτικών μακράς διάρκειας	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	
Όχι (N=5)	16,4 (8,9)	3,1 (6,8)	13,3 (8,3)	<0,001
Ναι (N=9)	21,9 (2,3)	17,3 (6,6)	4,4 (4,6)	0,643
<b>P +</b>	0,295	<b>0,006</b>	<b>0,013++</b>	

+p-value από σύγκριση μεταξύ ομάδων ++p-value αλληλεπίδρασης χρόνου-ομάδας από επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA (με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών)

Στο επόμενο γράφημα παρουσιάζεται η μεταβολή στη μέση ετήσια διάρκεια νοσηλείας των συμμετεχόντων, ανάλογα με το εάν λάμβαναν κλασσικά ενέσιμα αντιψυχωτικά μακράς διάρκειας.

Γράφημα 10. Μεταβολή Μέσης Ετήσιας Διάρκειας Νοσηλείας ανάλογα με τη λήψη Κλασσικών Ενέσιμων Αντιψυχωτικών Μακράς Διάρκειας Δράσης



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> :ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### 7.1 Σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας με άλλες μελέτες από την διεθνή βιβλιογραφία

Η υπηρεσία κατ' οίκον επισκέψεων του ΚΨΥ του Γ.Ν. Σερρών παρέχεται σε ΛΥΨΥ με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές, από τη δημιουργία του, το 1990. Το 2014 ξεκίνησε η υλοποίηση του προγράμματος ΕΣΠΑ, «Κατ' οίκον νοσηλεία και ψυχιατρική φροντίδα του Κ.Ψ.Υ. Σερρών» με κωδικό MIS 383649 (ΥΥΚΑ, 2014). Το έργο ήταν ενταγμένο στο πλαίσιο Νόμου 2716/99 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας», βασισμένο στις αρχές που ορίζονται στην ΥΑ 1677\_2001. Το πρόγραμμα ξεκίνησε με τα ήδη υπάρχοντα περιστατικά που παρακολουθούνταν κατ' οίκον από τις ΕΥ. Με τη διεύρυνση της διασυνδεδετικής με την ΨΚ του Γ.Ν. Σερρών, ακολούθησε ένα μεγάλο άνοιγμα στην κοινότητα με αποτέλεσμα την σημαντική αύξηση του αριθμού των περιστατικών που εντάχθηκαν σε κατ' οίκον φροντίδα, αμέσως μετά την έξοδό τους από την ψυχιατρική κλινική. Σ' αυτό βοήθησε και η εμπλοκή όλης της διεπιστημονικής ομάδας (1 Ψυχίατρος, 3 Ψυχολόγοι, 3 Επισκέπτες Υγείας, 2 Κοινωνικοί Λειτουργοί). Στην παρούσα φάση οι επισκέψεις κατ' οίκον διενεργούνται από τις ΕΥ με τη συνδρομή επαγγελματία οδηγού, ενώ η παρέμβαση των υπόλοιπων ειδικοτήτων γίνεται όταν κρίνεται απαραίτητο από τον επιστημονικά υπεύθυνο ψυχίατρο.

Στη συγκεκριμένη βετή, αναδρομική μελέτη παρακολούθησης (2014-2020) για την ανίχνευση μείωσης του αριθμού των επανεισαγωγών, της μέσης διάρκειας νοσηλείας, αλλά και των ακούσιων νοσηλείων σε ασθενείς με διαταραχές του φάσματος της Σχιζοφρένειας, μετά από την θεραπευτική παρέμβαση με επισκέψεις κατ' οίκον, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση ( $p < 0,001$ ) σε όλες τις διερευνώμενες παραμέτρους. Συγκεκριμένα η μέση μείωση του αριθμού εισαγωγών ήταν 84,5% (SD=47,9%), της μέσης ετήσιας διάρκειας νοσηλείας, 73,6% (SD=38,0%), ενώ για τις ακούσιες νοσηλείες η μέση μείωση ήταν 95% (SD=420,8%). Με δεδομένο ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς δεν λάμβαναν άλλη θεραπεία ψυχικής υγείας, αυτές οι παρατηρήσεις μπορούν να κατανοηθούν ως το αποτέλεσμα της συγκεκριμένης θεραπευτικής παρέμβασης.

Επιπλέον παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη μείωση του αριθμού εισαγωγών και:

1. Την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων ( $p=0,026$ ). Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι η μείωση σε όσους λαμβάνουν αναπηρική σύνταξη, ήταν στατιστικά σημαντικά μικρότερη, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που είχαν κάποια άλλη επαγγελματική κατάσταση (εργαζόμενος, άνεργος, σύνταξη γήρατος).
2. Τη λήψη βενζοδιαζεπινών ( $p=0,049$ ), όπου βρέθηκε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη μείωση του αριθμού των εισαγωγών σε όσους δεν λάμβαναν βενζοδιαζεπίνες σε σχέση με όσους λάμβαναν.
3. Τη λήψη άτυπων ενέσιμων αντιψυχωτικών ΜΔΔ ( $p=0,003$ ), όπου βρέθηκε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη μείωση του αριθμού των εισαγωγών σε όσους λάμβαναν άτυπα ενέσιμα αντιψυχωτικά ΜΔΔ σε σχέση με όσους δεν λάμβαναν.

Επίσης ανιχνεύθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη μεταβολή της μέσης ετήσιας διάρκειας νοσηλείας με:

1. Το φύλο, όπου σημειώθηκε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη μείωση της μέσης ετήσιας διάρκειας νοσηλείας στις γυναίκες, σε σύγκριση με τους άνδρες ( $p=0,025$ ).
2. Την κατάχρηση αλκοόλ/ουσιών. Συγκεκριμένα η μέση ετήσια διάρκεια νοσηλείας παρουσίασε μεγαλύτερη μείωση στους συμμετέχοντες που δεν έκαναν κατάχρηση αλκοόλ ( $p=0,041$ ), σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που έκαναν κατάχρηση.
3. Τη λήψη βενζοδιαζεπινών, όπου σημειώθηκε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη μείωση της μέσης ετήσιας διάρκειας νοσηλείας στους συμμετέχοντες που δεν λάμβαναν βενζοδιαζεπίνες ( $p=0,047$ ), σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που λάμβαναν.
4. Τη λήψη κλασικών ενέσιμων αντιψυχωτικών ΜΔΔ. Φάνηκε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη μείωση της μέσης ετήσιας διάρκειας νοσηλείας στους συμμετέχοντες που δεν λάμβαναν κλασικά ενέσιμα αντιψυχωτικά ΜΔΔ ( $p=0,013$ ), σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που λάμβαναν.

Πολλές άλλες μελέτες (Peritogiannis et al., 2020; Schöttle et al., 2019; Dieterich et al., 2017; Chang & Chou, 2015; Vasfi et al., 2015; Iqbal et al., 2012)) αλλά και μετα-αναλύσεις (Asher et al., 2017; Dieterich et al., 2017; Simmonds et al., 2001), έχουν

δείξει ότι η κατ' οίκον φροντίδα συμβάλλει στη μείωση των επανεισαγωγών και της μέσης διάρκειας νοσηλείας. Οι πρόσφατες μελέτες των Peritogiannis et al (2020) και Schöttle et al (2019), χρησιμοποίησαν την ίδια μεθοδολογία (pre-post mirror comparison) με την παρούσα μελέτη.

Αποτελέσματα άλλων μελετών όμως είναι ετερογενή (Keown et al., 2018; Tyrer et al., 2018). Αυτό σύμφωνα με τους Schöttle et al, (2019) οφείλεται σε μεθοδολογικές διαφορές, π.χ. σε διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις ή συστήματα, διαφορετικές εθνικές νομοθεσίες, χαρακτηριστικά ασθενών, χρόνο παρακολούθησης, πιστότητα μοντέλου και επομένως είναι δύσκολη η σύγκριση. Επιπρόσθετα ο Burns, (2007) αναφέρει ότι οι παρεμβάσεις υψηλής ποιότητας κατ' οίκον, έχουν ως αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολη η περαιτέρω μείωση του ποσοστού επανεισαγωγών “floor effect”. Διάφοροι ερευνητές επίσης υποστηρίζουν ότι οι ενισχυμένες κοινοτικές παρεμβάσεις είναι περισσότερο χρήσιμες στους χρόνιους ασθενείς με συχνές υποτροπές (Büchtemann et al., 2016; Huguelet et al., 2012). Η μέση τιμή διάρκειας της ασθένειας στην παρούσα μελέτη είναι τα 21 χρόνια, γεγονός που συνηγορεί υπέρ της συγκεκριμένης θεραπευτικής παρέμβασης και θα μπορούσε να εξηγήσει τα θετικά αποτελέσματά της.

Η συνεχής θεραπεία είναι επιτακτική για την πρόληψη της υποτροπής και των δυνητικά καταστροφικών συνεπειών που μπορεί να επιφέρουν την επιστροφή της ψυχωτικής συμπτωματολογίας (Lauriello & Perkins, 2019). Πρόσφατη 11ετής έρευνα των Macdonald et al, (2019), σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, έδειξε ότι η μη εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας, συσχετίστηκε με χειρότερα κλινικά αποτελέσματα. Εκτιμάται ότι το 40 – 50% των ασθενών με σχιζοφρένεια σταματούν την αντιψυχωσική αγωγή μέσα σε 1 ή 2 χρόνια (Kaplan & Sadock, 2002). Στη μελέτη του Shafer, (2019) που διερευνά τα μοτίβα χρήσης των ψυχιατρικών νοσοκομείων, για πάνω από 30 χρόνια, σε ένα δημόσιο νοσοκομειακό σύστημα ψυχικής υγείας στις Η.Π.Α., φάνηκε ότι η διάγνωση της σχιζοφρένειας ήταν ένας από τους σημαντικότερους προγνωστικούς παράγοντες επανεισαγωγής, ενώ το 50% όλων των παρατηρούμενων επανεισαγωγών πραγματοποιήθηκαν σε λιγότερο από 8 μήνες. Στην παρούσα μελέτη η μέση τιμή του χρόνου παρακολούθησης των ΛΥΨΥ, από μόνιμο προσωπικό, είναι 9,4 έτη, κάτι που επιβεβαιώνει την συνέχεια της θεραπείας. Επιπρόσθετα, φαίνεται ότι η συμμετοχή των ασθενών στην κατ' οίκον θεραπεία αμέσως μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, συνηγορεί υπέρ της μείωσης των

επανεισαγωγών. Αυτό υποστηρίζεται περαιτέρω από μια πρόσφατη εθνική αναδρομική μελέτη κοόρτης στην Ιαπωνία, η οποία έδειξε ότι οι έγκαιρες επισκέψεις κατ' οίκον παρακολούθησης μετά το πέρας της εισαγωγής στην ψυχιατρική κλινική, μείωσαν τον κίνδυνο επανεισαγωγής σε ασθενείς με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια και η διπολική διαταραχή (Okumura et al., 2018).

Αναφορικά με τη μείωση της μέσης ετήσιας διάρκειας νοσηλείας που έδειξε η παρούσα μελέτη, αυτή συνάδει με πλήθος μελετών που αφορούν την κοινοτική φροντίδα ψυχικής υγείας. Σε μια μακροχρόνια μελέτη παρακολούθησης ασθενών στην Ολλανδία (Sytema, 2002) που πληρούσαν τα κριτήρια ICD-10 για σχιζοφρένεια και σχετικές διαταραχές, φάνηκε, ότι η διάρκεια παραμονής είναι μικρότερη σε ένα σύστημα που βασίζεται στην κοινότητα από ότι σε ένα σύστημα που βασίζεται στο νοσοκομείο. Οι Alonso Suárez et al, (2011) αναλύοντας τη νοσοκομειακή χρήση 250 ατόμων με σχιζοφρένεια σε τρία ΚΚΨΥ στη Μαδρίτη, πριν και μετά την ημερομηνία ένταξης στο πρόγραμμα κατ' οίκον, κατέληξαν ότι υπήρχε μείωση στη διάρκεια νοσηλείας των ΛΥΨΥ. Τα ίδια αποτελέσματα έδειξε και η πρόσφατη μελέτη των Peritogiannis et al, (2020) στα Ιωάννινα και Θεσπρωτία, μετά την παρέμβαση της ΚΜΨΥ σε 76 ασθενείς.

Η μείωση των ακούσιων εισαγωγών ήταν επίσης ένα σημαντικό εύρημα στην παρούσα μελέτη. Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από την καλή θεραπευτική σχέση που αναπτύχθηκε αλλά και την κατάλληλη εκπαίδευση στην αναγνώριση της υποτροπής από τους ασθενείς και τους συγγενείς, ώστε να αποφασιστεί από κοινού μια έγκαιρη εθελοντική νοσηλεία, πριν από την επιδείνωση της κατάστασης, που θα απαιτούσε ακούσια εισαγωγή και μεγαλύτερο ενδεχομένως χρονικό διάστημα παραμονής. Αυτό υποστηρίζεται και από μια πρόσφατη μελέτη στην Αθήνα, που υποδηλώνει ότι η προηγούμενη επαφή με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας της κοινότητας απέδωσε ένα προστατευτικό αποτέλεσμα κατά της ακούσιας νοσηλείας (Stylianidis et al., 2017). Επιπλέον, μια πρόσφατη μελέτη στη Γερμανία αξιολόγησε την επίδραση ενός μοντέλου ACT, στη μείωση των ακούσιων εισαγωγών σε ασθενείς με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας σε αστικό περιβάλλον. Κατά τη διάρκεια της 4ετούς παρακολούθησης, τα ποσοστά ακούσιων εισαγωγών μειώθηκαν σημαντικά (Schöttle et al., 2019).

Αναφορικά με τα υπόλοιπα ευρήματα της μελέτης, φαίνεται ότι η μεγαλύτερη μείωση της μέσης ετήσιας διάρκειας νοσηλείας στις γυναίκες, σε σύγκριση με τους

άνδρες, συνάδει με τη βιβλιογραφία που κατατάσσει το γυναικείο φύλο στους σημαντικούς καλούς προγνωστικούς παράγοντες (Doering et al., 1998).

Επίσης η μετά-ανάλυση των Kishimoto et al, (2018) έδειξε, όπως και η παρούσα μελέτη, ότι η χρήση άτυπων ενέσιμων αντιψυχωτικών ΜΔΔ έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των ποσοστών νοσηλείας.

Η πρόσφατη μελέτη των Yan et al, (2019) στις Η.Π.Α., χρησιμοποιώντας ιατρικές βάσεις δεδομένων, για τον προσδιορισμό παραγόντων κινδύνου νοσηλείας στη σχιζοφρένεια, αναφέρει ανάμεσα σε άλλα, ότι η κατάχρηση ουσιών συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο νοσηλείας.

Αναφορικά με τις βενζοδιαζεπίνες, ο Goff, (2019), βασιζόμενος σε πληροφορίες από βάσεις διαχείρισης δεδομένων στις Η.Π.Α., αναφέρει πως η προσθήκη βενζοδιαζεπινών στην αγωγή των ασθενών, συσχετίζεται με μέτρια αύξηση του κινδύνου νοσηλείας.

Στη πανεθνική μελέτη παρακολούθησης 5 ετών των Kiviniemi et al, (2011) στη Φιλανδία, σε ασθενείς που έπασχαν από σχιζοφρένεια, τα ποσοστά σύνταξης αναπηρίας ήταν υψηλότερα σε περιοχές με υψηλό ποσοστό ακούσιας νοσηλείας, κάτι που ταιριάζει με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης.

Όσον αφορά όμως στη συσχέτιση μεγαλύτερης διάρκειας νοσηλείας στους ασθενείς που παίρνουν κλασικά ενέσιμα αντιψυχωτικά μακράς διάρκειας δράσης, δεν φαίνεται να υποστηρίζεται από άλλες μελέτες. Μάλλον φαίνεται να είναι παρόμοια τα ποσοστά στη νοσοκομειακή περίθαλψη, σε σύγκριση με τα άτυπα αντιψυχωσικά μακράς διάρκειας δράσης (Stargardt et al., 2012, 2008).

Η μεταπήδηση της φροντίδας των ασθενών με σοβαρές ψυχικές παθήσεις από το άσυλο και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία στην κοινότητα, δεν έρχεται σε σύγκρουση με την ενδονοσοκομειακή φροντίδα η οποία μπορεί να χρειαστεί οποτεδήποτε, αλλά αποτελεί σημαντικό κομμάτι ενός εκτεταμένου δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Μάλιστα πολλές φορές είναι προτιμότερο η θεραπεία να ξεκινάει από το ενδονοσοκομειακό περιβάλλον και στη συνέχεια ο ασθενής να παραπέμπεται στις αντίστοιχες δομές. Οι κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας είναι από τα πλέον αναπόσπαστα συστατικά του σύγχρονου συστήματος κοινοτικής φροντίδας (Περιτογιάννης & Μαυρέας, 2014). Αρκετοί ασθενείς μπορεί να χρειαστεί να εισαχθούν στην ψυχιατρική κλινική για τη βέλτιστη διαχείριση της υποτροπής, επομένως η κοινοτική φροντίδα δεν μπορεί να αντικαταστήσει πλήρως την ανάγκη

για βραχυπρόθεσμη νοσηλεία. Αυτό είναι σύμφωνο με το μοντέλο της ισορροπημένης περίθαλψης, το οποίο δείχνει ότι ένα ολοκληρωμένο σύστημα ψυχικής υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνει τόσο την κοινοτική όσο και τη νοσοκομειακή συνιστώσα της φροντίδας (Thornicroft & Tansella, 2013).

Τέλος αξίζει να αναφερθεί, παρόλο που δεν αποτελεί αντικείμενο της παρούσας μελέτης, ότι σύμφωνα με τους Geitona et al., (2007) το άμεσο ετήσιο κόστος της θεραπείας (συνολικό κόστος θεραπείας και χρήση νοσηλείας) των ασθενών με σχιζοφρένεια στην Ελλάδα όπως υπολογίστηκε το 2005, αυξανόταν ανάλογα με τη σοβαρότητα της νόσου. Γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι τέτοιου είδους παρεμβάσεις, σε χρόνιους ασθενείς με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας, θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε εξοικονόμηση κόστους και πόρων.

## 7.2 Περιορισμοί έρευνας

Η μελέτη περιλάμβανε χρόνιους ασθενείς με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας που έλαβαν φροντίδα κατ' οίκον, στην περιφέρεια του Νομού Σερρών από την υπηρεσία κατ' οίκον επισκέψεων του ΚΚΨΥ του Γ.Ν. Σερρών. Το δείγμα των ασθενών μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό, καθώς οι περισσότεροι ασθενείς συμμετείχαν στη θεραπεία για μακρύ χρονικό διάστημα και άρα ήταν δυνατόν να εκτιμηθούν οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της συνεχούς θεραπείας στα ποσοστά νοσηλείας των ασθενών. Επίσης οι έγκαιρες επισκέψεις κατ' οίκον μετά την έξοδο από την ψυχιατρική κλινική συνηγορεί υπέρ της μείωσης. Οπότε η σύγκριση του αριθμού εισαγωγών και των ημερών νοσηλείας για το ίδιο διάστημα, πριν και μετά την εμπλοκή στη θεραπευτική παρέμβαση, υπολογίζει πιθανώς τα αποτελέσματα της θεραπείας, με πρόσθετο δεδομένο ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς δεν λάμβαναν άλλου είδους θεραπεία.

Ωστόσο υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί στη μελέτη και τα αποτελέσματα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή. Αρχικά πρέπει να αναφερθεί ότι τα αποτελέσματα αποτυπώνουν τα χαρακτηριστικά της ιατρικής φροντίδας της περιοχής. Επίσης ο μεγαλύτερος αριθμός των συμμετεχόντων είναι χρόνια περιστατικά στα οποία το όφελος της συγκεκριμένης παρέμβασης είναι μεγαλύτερο. Μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή σε μεγαλύτερο δείγμα, ενδεχομένως να γενίκευε τα αποτελέσματα σε όλο το φάσμα της νόσου. Ο μεγαλύτερος περιορισμός όμως, είναι η έλλειψη



ομάδας ελέγχου στη μελέτη, που θα συνέβαλλε περισσότερο στην απόδειξη μιας άμεσης αιτιώδους επίδρασης της θεραπείας στα ποσοστά της μείωσης.

### **7.3 Προτάσεις πολιτικής υγείας και μελλοντικής έρευνας**

Σήμερα στην Ελλάδα η κατ' οίκον φροντίδα βρίσκεται σε φάση ανάπτυξης, καθώς με αργά αλλά σταθερά βήματα ακολουθεί τις επιταγές των καιρών για τη μείωση του κόστους στον τομέα της υγείας και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας γενικότερα. Υπάρχει πληθώρα θεμάτων που μπορούν να μελετηθούν και να αναδείξουν τη χρησιμότητα και η αναγκαιότητα της.

Η επιλογή της κατ' οίκον φροντίδας στα πλαίσια της οργάνωσης και διασφάλισης της συνέχειας της φροντίδας, αποτελεί μια πρόκληση συγκράτησης του κόστους για του υπεύθυνους της υγείας. Η ανάπτυξη της υπηρεσίας απαιτεί τη διεξαγωγή ερευνών για τις ανάγκες της κοινότητας και τη διασύνδεσή της με τη νοσοκομειακή φροντίδα. Τα συστήματα παραπομπών, τα κριτήρια επιλογής των ασθενών και των παρεμβάσεων, η εύρεση και εκπαίδευση του προσωπικού, θέματα αποζημιώσεων και διασφάλισης της ποιότητας, και πολλά άλλα απαιτούν διεξοδική μελέτη και επίλυση για τον σχεδιασμό της υπηρεσίας. Η ερευνητική τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας της κατ' οίκον φροντίδας υγείας θα αποτελέσουν τα όπλα ενάντια στους πολέμιους και τους επικριτές της και συγχρόνως τα πειστήρια για την ανάληψη πολιτικής βούλησης (Καλοκαιρινού & Αδαμακίδου, 2014).

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Ψυχιατρική Ένωση (WPA), οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής, αξιολογούν τις συστάσεις των κλινικών για την ανάγκη για περισσότερες υπηρεσίες φροντίδας ψυχικής υγείας και έχουν θέσει δύο πρωταρχικούς στόχους: α) να ενθαρρύνουν τη διεπιστημονική έρευνα μεταξύ ψυχιάτρων, οικονομολόγων υγείας και άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας και β) να διευκολύνουν την επικοινωνία μεταξύ εκείνων που χρηματοδοτούν, οργανώνουν, παρέχουν και χρησιμοποιούν υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Hodgkin et al., 2020).

Με δεδομένο ότι η αποτελεσματικότητα αυτής της παρέμβασης συνδέεται άμεσα με μικρότερο κόστος για το σύστημα υγείας, είναι θεμιτές οι προσδοκίες για περιχάραξη και στήριξη του επαγγελματικού ρόλου των κοινοτικών θεραπειών σε οργανωτικό, κλινικό και κοινωνικό επίπεδο, από τους διευθυντές υγείας και τους υπεύθυνους χάραξης υγειονομικής πολιτικής.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

### Συμπεράσματα

Δεδομένων των προαναφερόμενων περιορισμών, όλα τα συμπεράσματα θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή.

Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι η θεραπευτική παρέμβαση με επισκέψεις κατ' οίκον, σε χρόνιους ασθενείς με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας, συμβάλει σημαντικά στη μείωση των επανεισαγωγών, των ακούσιων νοσηλειών και της μέσης διάρκειας νοσηλείας.

Επιπρόσθετα σε σχέση με τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά και τον αριθμό επανεισαγωγών, φάνηκε ότι:

- Όσοι λαμβάνουν αναπηρική σύνταξη έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσηλευτούν σε σχέση με αυτούς που δεν λαμβάνουν.
- Όσοι λαμβάνουν βενζοδιαζεπίνες, έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσηλευτούν σε σχέση με αυτούς που δεν λαμβάνουν.
- Αντίθετα όσοι λαμβάνουν άτυπα ενέσιμα αντιψυχωτικά μακράς διάρκειας δράσης νοσηλεύονται λιγότερο σε σχέση με αυτούς που δε λαμβάνουν.

Τέλος, αναφορικά με τη μείωση της μέσης ετήσιας διάρκειας νοσηλείας σε σχέση με τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, φάνηκε ότι:

- Οι γυναίκες νοσηλεύονται λιγότερες μέρες σε σχέση με τους άντρες.
- Όσοι κάνουν κατάχρηση αλκοόλ / ουσιών νοσηλεύονται περισσότερες μέρες σε σχέση με όσους δεν κάνουν κατάχρηση.
- Όσοι λαμβάνουν βενζοδιαζεπίνες νοσηλεύονται περισσότερες μέρες σε σχέση με όσους δεν λαμβάνουν.
- Όσοι λαμβάνουν κλασσικά ενέσιμα μακράς διάρκειας δράσης νοσηλεύονται περισσότερες μέρες σε σχέση με αυτούς που δεν λαμβάνουν.

Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να συγκεντρωθούν περισσότερα στοιχεία για πιθανές επιπτώσεις της θεραπευτικής παρέμβασης με επισκέψεις κατ' οίκον. Μια κεντρικά συντονισμένη ερευνητική στρατηγική, με προσοχή στο σχεδιασμό της μελέτης, θα ήταν πιο αποδοτική στην εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Ξενογλώσση**

- Alonso Suárez M, Bravo-Ortiz MF, Fernández-Liria A, et al. (2011). Effectiveness of Continuity-of-Care programs to reduce time in hospital in persons with schizophrenia. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 20(1):65–72.
- Altamura, A. C., Fagiolini, A., Galderisi, S., Rocca, P., & Rossi, A. (2015). Integrated treatment of schizophrenia. *Journal of Psychopathology*, 21, 168–193.
- Armijo, J., Méndez, E., Morales, R., Schilling, S., Castro, A., Alvarado, R., & Rojas, G. (2013). Efficacy of community treatments for schizophrenia and other psychotic disorders: A literature review. *Frontiers in Psychiatry*, 4(OCT), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00116>
- Asher, L., Patel, V., & De Silva, M. J. (2017). Community-based psychosocial interventions for people with schizophrenia in low and middle-income countries: Systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1516-7>
- Bond, G. R., & Drake, R. E. (2015). The critical ingredients of assertive community treatment. *World Psychiatry*, 14(2), 240–242. <https://doi.org/10.1002/wps.20234>
- Burns, T. (2007). Hospitalisation as an outcome measure in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 191(SUPPL. 50), 37–41. <https://doi.org/10.1192/bjp.191.50.s37>
- Büchtemann, D., Kästner, D., Warnke, I., Radisch, J., Baumgardt, J., Giersberg, S., Kleine-Budde, K., Moock, J., Kawohl, W., & Rössler, W. (2016). Hospital utilization outcome of an assertive outreach model for schizophrenic patients – results of a quasi-experimental study. *Psychiatry Research*, 241, 249–255. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.012>
- Carteri, R. B., Oses, J. P., De Azevedo Cardoso, T., Moreira, F. P., Jansen, K., & Azevedo Da Silva, R. (2020). A closer look at the epidemiology of

schizophrenia and common mental disorders in Brazil. *Dementia e Neuropsychologia*, 14(3), 283–289. <https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-030009>

Chaiyakunapruk, N., Chong, H. Y., Teoh, S. L., Wu, D. B.-C., Kotirum, S., & Chiou, C.-F. (2016). Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 357. <https://doi.org/10.2147/NDT.S96649>

Chang, Y. C., & Chou, F. H. C. (2015). Effects of Home Visit Intervention on Re-hospitalization Rates in Psychiatric Chang, Y. C., & Chou, F. H. C. (2015). Effects of Home Visit Intervention on Re-hospitalization Rates in Psychiatric Patients. *Community Mental Health Journal*, 51(5), 598–605. *Community Mental Health Journal*, 51(5), 598–605. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9807-7>

Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J. G., McGrath, J. J., & Whiteford, H. A. (2018). Global epidemiology and burden of schizophrenia: Findings from the global burden of disease study 2016. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1195–1203. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby058>

Cloutier M, Aigbogun MS, Guerin A et al. (2016). The economic burden of schizophrenia in the United States in 2013. *J Clin Psychiatry*, 77:764-71.

Dalman, C., Thomas, H. V., David, A. S., Gentz, J., Lewis, G., & Allebeck, P. (2001). Signs of asphyxia at birth and risk of schizophrenia: Population-based case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 179(NOV.), 403–408. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.5.403>

Dieterich, M., Irving, C. B., Bergman, H., Khokhar, M. A., Park, B., & Marshall, M. (2017). Intensive case management for severe mental illness. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2017, Issue 1). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007906.pub3>

- Doering S, Müller E, Köpcke W et al. (1998). Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr. Bull*, 24: 87– 98.
- El-Mallakh, R. S., Rhodes, T. P., & Dobbins, K. (2019). The Case for Case Management in Schizophrenia. *Professional Case Management*, 24(5), 273–276. <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000385>
- Fenton, W. S. & McGlashan, T. H. (1997). We can talk: individual psychotherapy for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1493-1495.
- Fleischhacker, W. W., Arango, C., Arteel, P., Barnes, T. R. E., Carpenter, W., Duckworth, K., Galderisi, S., Halpern, L., Knapp, M., Marder, S. R., Moller, M., Sartorius, N., & Woodruff, P. (2014). Schizophrenia-Time to commit to policy change. *Schizophrenia Bulletin*, 40(SUPPL. 3). <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu006>
- Forchuk, C., Brown, B. (1989). Establishing A Nurse-Client Relationship. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 27(2):30-34. <https://doi.org/10.3928/0279-3695-19890201-10>
- Fujimoto, H., Greiner, C., Hirota, M., Yamaguchi, Y., Ryuno, H., & Hashimoto, T. (2019). Experiences of violence and preventive measures among nurses in psychiatric and non-psychiatric home visit nursing services in Japan. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(4), 40–48. <https://doi.org/10.3928/02793695-20181023-04>
- Garety, P. A., Bebbington, P., Fowler, D., Freeman, D., & Kuipers, E. (2007). Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis: A theoretical paper. *Psychological Medicine*, 37(10), 1377–1391. <https://doi.org/10.1017/S003329170700013X>
- Geitona M, Ollandezos M, Kousoulakou C, Agelopoulos E, Zaharakis K, Kakavas P, Karpouza B, Kesidou S, Bilanakis N, Papamichael E, Papanicolaou S, Chaidemenos A, Chamogeorgakis T, Kyriopoulos J. (2007). The cost of

treating schizophrenia in Greece. *Psychiatriki*. Jan;18(1):47-58. Greek, Modern. PMID: 22466429.

- Goff DC. (2019). Can Adjunctive Pharmacotherapy Reduce Hospitalization in Schizophrenia? Insights From Administrative Databases. *JAMA Psychiatry*, 76(5):468–470. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.4318
- Guan, L., Xiang, Y., Ma, X., Weng, Y., & Liang, W. (2016). Qualities of life of patients with psychotic disorders and their family caregivers: Comparison between hospitalised and community-based treatment in Beijing, China. *PLoS ONE*, 11(11), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166811>
- Guedes de Pinho, L. M. (2017). Nursing Interventions in Schizophrenia: The Importance of Therapeutic Relationship. *Nursing & Care Open Access Journal*, 3(6), 331–333. <https://doi.org/10.15406/ncoaj.2017.03.00090>
- Hodgkin D, Moscarelli M, Rupp A, Zuvekas SH. (2020). Mental health economics: bridging research, practice and policy. *World Psychiatry*, 19(2):258-259. doi: 10.1002/wps.20753. PMID: 32394564; PMCID: PMC7215076.
- Huang, X. Y., Ma, W. F., Shih, H. H., & Li, H. F. (2008). Roles and functions of community mental health nurses caring for people with schizophrenia in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 17(22), 3030–3040. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02426.x>
- Huguelet, P., Koellner, V., Boulguy, S., Nagalingum, K., Amani, S., Borrás, L., & Perroud, N. (2012). Effects of an assertive community program in patients with severe mental disorders and impact on their families. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(4), 328–336. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02337.x>
- Iqbal, N., Nkire, N., Nwachukwu, I., Young, C., & Russell, V. (2012). Home-based treatment and psychiatric admission rates: Experience of an adult community mental health service in Ireland. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 16(4), 300–306. <https://doi.org/10.3109/13651501.2012.687450>

- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., Accrombessi, M. M. K., ... Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 Diseases and Injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789–1858.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- Jin, H., & Mosweu, I. (2017). The Societal Cost of Schizophrenia: A Systematic Review. *Pharmacoeconomics*, 35(1), 25–42. <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0444-6>
- Kahn, R. S., Sommer, I. E., Murray, R. M., Meyer-Lindenberg, A., Weinberger, D. R., Cannon, T. D., O'Donovan, M., Correll, C. U., Kane, J. M., Van Os, J., & Insel, T. R. (2015). Schizophrenia. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(November). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.67>
- Kaplan & Sadock's. (2002) *Synopsis of Psychiatry*, 9th edition. London: Lippincott Williams & Wilkins.
- Karanikola, M., Kaikoushi, K., Doulougeri, K., Koutrouba, A., & Papathanassoglou, E. D. E. (2018). Perceptions of professional role in community mental health nurses: The interplay of power relations between nurses and mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(5), 677–687.  
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.03.007>
- kasper & Papadimitriou. (2009) *SCHIZOPHRENIA Biopsychosocial Approaches and Current Challenges*, 2<sup>nd</sup> edition. London: informa healthcare.
- Keown P, Tacchi MJ, Niemiec S, Hughes J. (2018). Changes to mental healthcare for working age adults: impact of a crisis team and an assertive outreach team. *Psychiatr Bull* 31(8):288–92. doi: 10.1192/pb.bp.106.012054

- Kirkbride, J. B., Fearon, P., Morgan, C., Dazzan, P., Morgan, K., Murray, R. M., & Jones, P. B. (2007). Neighbourhood variation in the incidence of psychotic disorders in Southeast London. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(6), 438–445. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0193-0>
- Kirkbride, J. B., Fearon, P., Morgan, C., Dazzan, P., Morgan, K., Tarrant, J., Lloyd, T., Holloway, J., Hutchinson, G., Leff, J. P., Mallett, R. M., Harrison, G. L., Murray, R. M., & Jones, P. B. (2006). Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: Findings from the 3-center AESOP study. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 250–258. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.3.250>
- Kishimoto T, Hagi K, Nitta M, Leucht S, Olfson M, Kane JM, et al. (2018). Effectiveness of long-acting injectable vs oral antipsychotics in patients with schizophrenia: a meta-analysis of prospective and retrospective cohort studies. *Schizophr Bull*, 44(3):603–619.
- Kiviniemi M, Suvisaari J, Pirkola S, Läksy K, Häkkinen U, Isohanni M, Hakko H. (2011). Five-year follow-up study of disability pension rates in first-onset schizophrenia with special focus on regional differences and mortality. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011 Sep-Oct;33(5):509-17. doi: 10.1016/j.genhosppsy.05.017. Epub 2011 Jul 29. PMID: 21802735.
- Laverack, G. (2007). *Health Promotion practice. Building empowered communities*. London: Open University Press.
- Lémperière, T., & Féline, A. (1995). *Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων: Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Lester H. (2009). Psychosis In: Gask L, Lester H, Kendrick T, Peveler R (eds) *Primary care mental health*. Royal College of Psychiatrists, London,:232–245
- Luo, X., Law, S. F., Xiang, W., Shi, J., Wu, Z., Ma, X., Chow, W., Liu, S., Wei, Z., Liu, X., Yao, S., & Phillips, M. R. (2019). Effectiveness of an assertive community treatment program for people with severe schizophrenia in mainland



China-A 12- month randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 49(6), 969–979. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001629>

- Lauriello J., Perkins D.O. (2019). Enhancing the Treatment of Patients With Schizophrenia Through Continuous Care. *J. Clin. Psychiatry*, 80 doi: 10.4088/JCP.a118010ah2c
- Lyman, R. D., Braude, L., Preethy, G., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Shoma, S., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Consumer and family psychoeducation: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(4), 416–428.
- Macdonald, A., Adamis, D., Craig, T., & Murray, R. (2019). Continuity of care and clinical outcomes in the community for people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 214, 273–278.
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiters, H., & Tyrer, P. (2001). Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technology Assessment*, 2, 1-75.
- McFarlane, W. R. (2016). Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review. *Family Process*, 55(3), 460–482. <https://doi.org/10.1111/famp.12235>
- Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. (1998). Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 37–74. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033314>
- Okumura, Y., Sugiyama, N., & Noda, T. (2018). Timely follow-up visits after psychiatric hospitalization and readmission in schizophrenia and bipolar disorder in Japan. *Psychiatry Research*, 270, 490–495.
- Owen, M. J., Sawa, A., & Mortensen, P. B. (2016). Schizophrenia. *The Lancet*, 388(10039), 86–97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01121-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01121-6)

- Owen, R. (2014). Schizophrenia - From Devilry to Disease. *Res Medica*, 22(1), 126.  
<https://doi.org/10.2218/resmedica.v22i1.746>
- Patel, K. R., Cherian, J., Gohil, K., & Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: Overview and treatment options. *P and T*, 39(9), 638–645.
- Pedersen, C. B., & Mortensen, P. B. (2001). Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. *Archives of General Psychiatry*, 58(11), 1039–1046.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.11.1039>
- Penda, C. (2017). Establishing Therapeutic Nurse-Client Relationship with Mentally ill Patients in a Community, Bachelor's Thesis, Arcada University.
- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relationships in psychiatric nursing*. New York: Putnam.
- Repper, J., & Watson, E. (2012). A year of peer support in Nottingham: Lessons learned. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 7, 70–78.
- Peritogiannis, V., Gioti, P., Gogou, A., & Samakouri, M. (2020). Decrease of hospitalizations and length of hospital stay in patients with schizophrenia spectrum disorders treated in a community mental health service in rural Greece. *International Journal of Social Psychiatry* 66(7), 693–699.  
<https://doi.org/10.1177/0020764020924462>
- Pounds, K. G. (2017). A Theoretical and Clinical Perspective on Social Relatedness and the Patient With Serious Mental Illness. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23(3), 193–199.  
<https://doi.org/10.1177/1078390317690233>
- Salzer, M. S., & Shear, S. L. (2002). Identifying consumer- provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 281–288.
- Schöttle, D., Ruppelt, F., Schimmelmann, B. G., Karow, A., Bussopulos, A., Gallinat, J., Wiedemann, K., Luedecke, D., Rohenkohl, A. C., Huber, C. G., Bock, T.,

- & Lambert, M. (2019). Reduction of involuntary admissions in patients with severe psychotic disorders treated in the access integrated care model including therapeutic assertive community treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 10(OCT), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00736>
- Schöttle, D., Schimmelman, B. G., Ruppelt, F., Bussopulos, A., Frieling, M., Nika, E., Nawara, L. A., Golks, D., Kerstan, A., Lange, M., Schödlbauer, M., Daubmann, A., Wegscheider, K., Rohenkohl, A., Sarikaya, G., Sengutta, M., Luedecke, D., Wittmann, L., Ohm, G., Lambert, M. (2018). Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia-spectrum and bipolar I disorders: Four-year follow-up of the ACCESS II study. *PLoS ONE*, 13(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192929>
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science and Medicine*, 56(2), 299–312.
- Schwarzkopf, S. B., Nasrallah, H. A., Olson, S. C., Coffman, J. A., & McLaughlin, J. A. (1989). Perinatal complications and genetic loading in schizophrenia: Preliminary findings. *Psychiatry Research*, 27(3), 233–239. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90139-X](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90139-X)
- Semrau, M., Barley, E. A., Law, A., & Thornicroft, G. (2011). Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry*, 10(3), 217–225. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00060.x>
- Shafer, A. (2019). Hospitalization Patterns over 30 Years Across a Statewide System of Public Mental Health Hospitals: Readmission Predictors, Optimal Follow-Up Period, Readmission Clusters and Individuals with Statistically Significant High Healthcare Utilization. *Psychiatric Quarterly*, 90(2), 263–273. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-9626-7>
- Sharifi, V., Tehranidoost, M., Yunesian, M., Amini, H., Mohammadi, M., & Jalali Roudsari, M. (2012). Effectiveness of a low-intensity home-based aftercare for patients with severe mental disorders: A 12-month randomized controlled

- study. *Community Mental Health Journal*, 48(6), 766–770.  
<https://doi.org/10.1007/s10597-012-9516-z>
- Simmonds, S., Coid, J., Joseph, P., Marriott, S., & Tyrer, P. (2001). Community mental health team management in severe mental illness: A systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 178, 497–502.
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 392–401.
- Small, T. F. (2020). Occupational Hazards in Home Care. *Home Healthcare Now*, 38(4), 221. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000895>
- Stargardt T, Edel MA, Ebert A, Busse R, Juckel G, Gericke CA. (2012). Effectiveness and cost of atypical versus typical antipsychotic treatment in a nationwide cohort of patients with schizophrenia in Germany. *J Clin Psychopharmacol*. Oct;32(5):602-7. doi: 10.1097/JCP.0b013e318268ddc0. PMID: 22926592.
- Stargardt T, Weinbrenner S, Busse R, Juckel G, Gericke CA. (2008). Effectiveness and cost of atypical versus typical antipsychotic treatment for schizophrenia in routine care. *J Ment Health Policy Econ*. Jun;11(2):89-97. PMID: 18509216.
- Stone, W. S., & Keshavan, M. S. (2012). Medical comorbidity in schizophrenia. *Clinical Neuropsychological Foundations of Schizophrenia*, 178(May), 159–180. <https://doi.org/10.4324/9780203868638>
- Stylianidis, S., Peppou, L. E., Drakonakis, N., Douzenis, A., Panagou, A., Tsikou, K., Pantazi, A., Rizavas, Y., & Saraceno, B. (2017). Mental health care in Athens: Are compulsory admissions in Greece a one-way road? *International Journal of Law and Psychiatry*, 52, 28–34.
- Sytema S, Burgess P, Tansella M. (2002). Does community care decrease length of stay and risk of rehospitalization in new patients with schizophrenia disorders? *Schizophr. Bull*. 28:273–81. 10.1093/oxfordjournals.schbul.a006937

- Tanaka, K., Hasegawa, M., Nagayama, Y., & Oe, M. (2018). Nursing Philosophy of community mental health nurses in Japan: A qualitative, descriptive study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 765–773. <https://doi.org/10.1111/inm.12363>
- Thornicroft, G., Alem, A., Dos Santos, R. A., Barley, E., Drake, R. E., Gregorio, G., Hanlon, C., Ito, H., Latimer, E., Law, A., Mari, J., McGeorge, P., Padmavati, R., Razzouk, D., Semrau, M., Setoya, Y., Thara, R., & Wondimagegn, D. (2010). WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry*, 9(2), 67–77. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00276.x>
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2013). The balanced care model for global mental health. *Psychological Medicine*, 43, 849–863.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (1999). Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychological Medicine*, 29(4), 761–767. <https://doi.org/10.1017/S0033291798008034>
- Tyrer P, Gordon F, Nourmand S, Lawrence M, Curran C, Southgate D, et al. (2018). Controlled comparison of two crisis resolution and home treatment teams. *Psychiatrist* 34(2):50–4. doi: 10.1192/pb.bp.108.023077
- Vas, M. G., Moradi-Lakeh, M., Esmaeili, N., Soleimani, N., & Hajebi, A. (2015). Efficacy of aftercare services for people with severe mental disorders in Iran: A randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, 66(4), 373–380. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400111>
- Ventriglio, A., Ricci, F., Magnifico, G., Chumakov, E., Torales, J., Watson, C., Castaldelli-Maia, J. M., Petito, A., & Bellomo, A. (2020). Psychosocial interventions in schizophrenia: Focus on guidelines. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(8), 735–747. <https://doi.org/10.1177/0020764020934827>
- Yan T, Greene M, Chang E, Broder MS, Touya M, Munday J, Hartry A. (2019). Hospitalization risk factors in antipsychotic-treated schizophrenia, bipolar I

disorder or major depressive disorder. *J Comp Eff Res. Mar*;8(4):217-227. doi: 10.2217/ceer-2018-0090. Epub 2018 Dec 17. PMID: 30556736.

## Ελληνόγλωσση

Ανυφαντοπούλου, Ε. (2015). Η κοινωνική διάσταση της σχιζοφρένειας και ο ρόλος του Κοινοτικού νοσηλευτή. Πτυχιακή εργασία, Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα.

Γείτονα, Μ., Ολλανδέζος, Μ., Κουσουλάκου, Χ., Αγγελόπουλος, Η., Ζαχαράκης, Κ., Κακαβάς, Π., Καρπούζα, Β., Κεσίδου, Σ., Μπιλανάκης, Ν., Παπαμιχαήλ, Ε., Παπανικολάου, Σ., Χαϊδεμένος, Α., Χαμογεωργάκης, Θ., & Κυριόπουλος, Γ. (2007). Το κόστος αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας στην Ελλάδα. Ερευνητική εργασία Research article. *Ψυχιατρική*, 18(1), 49–60.

Γκιωνάκης, Ν., Στυλιανίδης, Σ. (2001), Οδηγός Ψυχικής Υγείας Ε.Π.Α.Ψ.Υ. Αθήνα.

Ευθυμίου, Κ., Ρακιτζή, Σ., Roder, V. (2009). Ένα γνωσιακό συμπεριφορικό ομαδικό θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βελτίωση των γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων των ασθενών με σχιζοφρένεια, *Ψυχιατρική*, 20: 245-254.

Καλοκαιρινού, Α. & Αδαμακίδου, Θ. (2014). Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα: Έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές. Αθήνα: Βήτα.

Καλοκαιρινού, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β.-Σ., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α., Λάγιου, Α., Λιονής, Χ., Μαρκάκη, Α., Μποδοσάκης, Π.-Μ., Παπαδακάκη, Μ., & Σακελλάρη, Ε. (2015). Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, 83–107 & 108–121.

Λάγιου, Α. & Στοϊκίδου, Μ. (2008). Δημόσια Υγεία: Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας. *Τεχνολογικά Χρονικά*, 15, σσ. 50-53.

Λακιώτη, Ε. (2011). Ο ρόλος των ενδιάμεσων στεγαστικών δομών ψοιχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινωνική επανένταξη ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Στάσεις και αντιλήψεις προσωπικού και και ενοίκων σε δομές της Θεσσαλίας. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Ιατρικής, Λάρισα.

- Λεβαντάκου, Χ. (2014). Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: από το «στίγμα της Λέρου» και τον Κανονισμό 815/84 στο Πρόγραμμα «Ψυχαργώς» και τις δράσεις του ΕΣΠΑ 2007-2013. Τελική Εργασία, Τμήμα Διοίκησης και Οικονομικής Διαχείρισης, ΕΚΔΔΑ, Αθήνα.
- Μαδιανός, Μ. (2004) Κλινική Ψυχιατρική, εκδόσεις: Καστανιώτη, Αθήνα
- Μαλανδρή, Μ. (2014). Σχιζοφρένεια και Μητρότητα. Μεταπτυχιακή εργασία, Α.Π.Θ. Σχολές Ιατρικής και Οδοντιατρικής, Τμήματα Νομικής και Θεολογίας, Θεσσαλονίκη.
- Μάνος, Ν. (1997). Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μαργαρίτη, Μ., Χατζούλης, Μ., Λαζαρίδου, Μ., Μαρκάκη, Λ., Αγγελίδης, Γ., Φωτόπουλος, Β., Τουλούμης, Χ., & Κουλούρη, Φ. (2015). Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες Κ.Ο.-3: Σχιζοφρένεια. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας.
- Μαργαρίτη, Μ., Χατζούλης, Μ., Λαζαρίδου, Μ., Αγγελίδης, Γ. Φ., Φωτόπουλος, Β., Μαρκάκη, Λ., & Κουλούρη, Φ. (2017). Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας: Στόχοι και περιορισμοί (I). Ειδικό άρθρο Special article. Ψυχιατρική, 28(4), 301–305.
- Οικονόμου, Μ., Θεοχάρης, Μ., Διέτη, Ε., Λεγάκη, Α., Χαρίτση, Μ., Πάλλη, Α., & Παπαγεωργίου, Χ. (2019). Σύζευξη ψυχοεκπαίδευσης και θετικής Ψυχολογίας Μια πρόκληση στη διαχείριση της χρόνιας νόσου. Ειδικό άρθρο Special article. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 36(2):264-276
- Οικονόμου, Μ., Πάλλη, Α., Πέππου Λ-Ε., Λουκή, Ε., Πατελάκης, Α., Κολοστούμης, Δ., Παπαδημητρίου, Γ.Ν. (2014). “Ψυχοεκπαίδευση & Συμπεριφορική Θεραπεία Οικογένειας στη Σχιζοφρένεια: κλινική εφαρμογή στην Ελλάδα”, Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική έρευνα και θεραπεία, 1 (1):15-24.
- Παπαδημητρίου, Γ., Λιάππας, Ι., Λύκουρας, Ε. (2013). Σύγχρονη Ψυχιατρική. Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

- Παρασκευοπούλου, Σ. (2019). “Ανθρώπινα δικαιώματα και ψυχική ασθένεια: τα όρια της ελευθερίας του ψυχικά ασθενούς”. Περιοδικό Ηθική [e-Publishing of UOA Journals] ΕΚΠΑ, τεύχος Αρ.12, σελ. 66-74.
- Περιογιάννης, Β., Ληξουριώτης, Χ., Μαυρέας, Β. (2018). Ο ασθενής με ψύχωση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(4):446-453
- Περιογιάννης, Β., Μαυρέας, Β. (2014). Οι κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα: Το παράδειγμα των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 31:71–76.
- Ραγιά Α. 2009. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. 7η Έκδοση. Εκδόσεις Ιωάννης Β. Παρισιάνος: Αθήνα.
- Σακελλαρόπουλος, Π. (1994). Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων. Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Εφαρμογές στην Ελλάδα. Α' Τόμος. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Σακελλαρόπουλος, Π. (2010). Θεμέλιο της ψυχιατρικής ο συναισθηματικός δεσμός θεραπευτή – θεραπευόμενου. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα: 642 -643.
- Σακκά, Σ. (2017). Αποτελεσματικές πρακτικές διαχείρισης των ψυχικών διαταραχών. Το παράδειγμα της Β' μονάδας ψυχοκοινωνικής στήριξης επαρχιακού τομέα Θεσσαλονίκης. Πτυχιακή εργασία, Α.Π.Θ. Φιλοσοφική Σχολή, Τμήμα Ψυχολογίας, Θεσσαλονίκη.
- Σταθοπούλου, Α. (2014). Ενδομήτρια έκθεση στον καπνό του τσιγάρου, κίνδυνος εκδήλωσης σχιζοφρένειας και βαρύτητα αρνητικών/θετικών συμπτωμάτων. Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Ιατρικής, Πάτρα.
- Στυλιανίδης Σ. (2002). Ενεργητικό υποστηρικτικό ολοκληρωμένο κοινοτικό πρόγραμμα φροντίδας για σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές (ACT) Διερεύνηση εφαρμογών του στην Ελληνική ψυχιατρική. Αρχ Ελλ Ιατρ, 2003, 20(3):243–250.



- Στυλιανίδης, Σ., Θεοχαράκης, Ν., Χονδρός, Π.Χ. (2007). Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα: Μια διαχρονική προσέγγιση και επίκαιρα ερωτήματα, *Αρχαιολογία & Τέχνες* 105: 45-59.
- Συράκος, Η. (2016). Κοινωνική ψυχιατρική. Αδημοσίευτη πτυχιακή εργασία, Ανώτατο Τεχνολογικό Ίδρυμα Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, Άρτα.
- Τζανάκης, Μ. (2008). Πέραν του Ασύλου – Η Κοινοτική Ψυχιατρική και το Ζήτημα του Υποκειμένου, Εκδότης: Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών και Επιστημών του Ανθρώπου, Αθήνα.
- ΥΥΚΑ. (2005). Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας.
- ΥΥΚΑ, ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ' (2011-2020). (2011). Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Χατζιωάννου, Α., Αλεξάνδρου, Γ., Γεωργίου, Ν. (2007). Διερεύνηση αποτελεσματικότητας της γνωστικής συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας ως Θεραπευτική μέθοδος για τη διαχείριση της ψύχωσης: *Cyprus Nursing Chronicles* 16(2) 16-23.
- Χριστοδούλου Γ.Ν., Τομαράς Δ., Οικονόμου Μ.Π. (2005). Από το ψυχιατρείο στην κοινότητα – Το πρόγραμμα της Ψυχιατρικής κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών για την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα.
- Ψαροπούλου Ε. (2012). Ψυχιατρική επίσκεψη στο σπίτι. Η κατ' εξοχήν ψυχιατρική παρέμβαση που δεν διδάσκεται πουθενά. Πρακτικά 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα.: 30–35.

## **Πηγές από το διαδίκτυο**

- American Nurses Association. (2015a). The 2014 Scope and Standards of Practice for Psychiatric Mental Health Nursing: Key Updates. Retrieved from:

<http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-20-2015/No1-Jan-2015/2014-Scope-and-Standards-for-Psychiatric-Mental-Health.html#Overview>

American Nurses Association. (2015b). Code of ethics for nurses with interpretive statements. Retrieved from:  
[nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/CodeofEthicsforNurses/Code-of-Ethics-For-Nurses.html](http://nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/CodeofEthicsforNurses/Code-of-Ethics-For-Nurses.html)

International Council of Nurses. (2007). Occupational health and safety management programme for nurses. Retrieved from [http://www.mtpinnacle.com/pdfs/guideline\\_occupationalhealth.pdf](http://www.mtpinnacle.com/pdfs/guideline_occupationalhealth.pdf)

Unite/CPHVA Health Visiting Forum, (2007). The distinctive contribution of Health Visiting to Public Health and Wellbeing. Διαθέσιμο στο:  
<http://www.dodsdata.com/Resources/epolitix/Forum%20Microsites/AmicusUnite/Appendix%202.pdf>

World Health Organization. (2004). Το Πλαίσιο Της Ψυχικής Υγείας, Διαθέσιμο στο:  
[http://www.who.int/mental\\_health/policy/mh\\_context\\_greek.pdf%0Awww.mohaw.gr/GR/healthgr/mh/mh.htm](http://www.who.int/mental_health/policy/mh_context_greek.pdf%0Awww.mohaw.gr/GR/healthgr/mh/mh.htm)

World Health Organization. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2019). Schizophrenia , Διαθέσιμο στο:  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> [Ανάκτηση 04/10/2019].

ΥΥΚΑ, (2014). ΕΣΠΑ (2007-2013), "Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού" Διαθέσιμο στο: <https://diavgeia.gov.gr/decision/view/7%CE%A662%CE%98-%CE%96%CE%912>

## **Νόμοι και Διατάγματα**

Νόμος 2716/1999 (ΦΕΚ 96/Α/17-5-1999). Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις. Διαθέσιμο στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-2716-1999.html>

Νόμος 4486/2017 (ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017). Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις. Διαθέσιμο στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/nomos-4486-2017-fek-115a-7-8-2017.html>

Υπουργική Απόφαση 1677\_ 2001. Καθορισμός των προϋποθέσεων του τρόπου και της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών νοσηλείας και ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον του άρθρου 6 του νόμου 2716/99. Διαθέσιμο στο: [http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/Ypostirixi%20Forewn/YA\\_1677\\_2001\\_katoikon%20frontida.pdf](http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/Ypostirixi%20Forewn/YA_1677_2001_katoikon%20frontida.pdf)

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## Αδειοδότηση διεξαγωγής έρευνας από Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

1

### ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ

Της 25ης Τακτικής Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του

Γενικού Νοσοκομείου Σερρών της 18.12.2020

Σήμερα στις Σέρρες 18 Δεκεμβρίου 2020, ημέρα της εβδομάδας Παρασκευή και ώρα 12:00', στην Αίθουσα Συνεδριάσεων του Διοικητικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών προσήλθαν σε εκτέλεση :

α) του Ν. 3329/05 « Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»,  
β) ΦΕΚ 6/10-01-2020, Τεύχ.Υ.Ο.Δ.Δ., διορισμός Διοικητή  
γ) ΦΕΚ 23/15-01-2020, Τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ. διορισμός Αναπληρωτή Διοικητή  
δ) ΦΕΚ 78/04-02-2020, Τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ., διορισμός Διοικητή και Αναπληρωτή Διοικητή ως Προέδρου και Αντιπροέδρου στο Διοικητικό Συμβούλιο .

ε) ΦΕΚ 449/18-06-2020, Τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ., διορισμός μελών στο Διοικητικό Συμβούλιο, σε τακτική συνεδρίαση τα παρακάτω μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου του Γ. Ν. Σερρών :

1. ΦΑΡΜΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, Διοικητής, ως Πρόεδρος ΔΣ
2. ΠΕΓΙΔΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, Αναπλ/τής Διοικητής, ως Αντιπρόεδρος ΔΣ
3. ΣΙΑΡΚΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, ως τακτικό μέλος
4. ΦΟΥΝΤΟΥΚΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ως τακτικό μέλος
5. ΑΛΕΒΙΖΑΚΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ, ως τακτικό αιρετό μέλος, εκπρόσωπος λοιπού προσωπικού

Προς συζήτηση της με αριθμ. Πρωτ. : 20346/15-12-2020 ημερησίας διατάξεως του Διοικητή του Γ.Ν. Σερρών.

Απόντες: οι κ.κ. Γεωργιάδου, Παπαμιχάλης, τακτικό και αναπληρωματικό μέλος αντίστοιχα, καθώς και τα αναπληρωματικά τους μέλη κ.κ. Μαλαβέτας και Παπαδόπουλος, οι οποίοι κλήθηκαν νόμιμα και εμπρόθεσμα, αλλά λόγω κωλύματός τους δεν προσήλθαν στη Συνεδρίαση.

Στη Συνεδρίαση μετέχει η κ. Παναγιωτίδου Αθηνά, ως Γραμματέας του Συμβουλίου.

Το Συμβούλιο μετά τη διαπίστωση της νόμιμης απαρτίας υπό την Προεδρία του Διοικητή κ. Φαρμάκη Νικολάου του Διοικητικού Συμβουλίου, προχωρεί στη συζήτηση του παρακάτω θέματος :

#### ΘΕΜΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ

**ΘΕΜΑ 2ο** : «Έγκριση αίτησης της κας Λεμονιάς Κωνσταντινίδου για πρόσβαση στα αρχεία του Κ.Ψ.Υ. και της Ψυχιατρικής κλινικής στο πλαίσιο εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας »

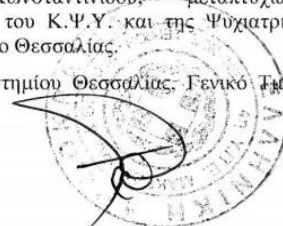
Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. θέτει υπόψη του Συμβουλίου :

Το με αρ. 11η/23-11-2020 απόσπασμα πρακτικού Συνεδρίασης Ε.Σ., θέμα 2ο, το οποίο αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της παρούσας απόφασης και αναφέρει τα κάτωθι:

Τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου αφού έλαβαν υπόψη τους :

A) Την αριθμ. πρωτ. 17849/10-11-2020 αίτηση της κας Λεμονιάς Κωνσταντινίδου, μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, για πρόσβαση στα αρχεία του Κ.Ψ.Υ. και της Ψυχιατρικής κλινικής, στο πλαίσιο εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

B) Την αριθμ. πρωτ. 1449/09-11-2019 βεβαίωση σπουδών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Γενικό Τμήμα



Λάρισας, με την οποία βεβαιώνεται η φοίτηση της αιτούσας στο πρόγραμμα.

Γ) Την από 09-11-2020 αίτηση της κας Ελένης Λαχανά, Αναπλ. Καθηγήτριας του Γενικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, με την οποία ζητεί ως επιβλέπουσα της διπλωματικής εργασίας που διεξάγει η κα Λεμονιά Κωνσταντινίδου, με θέμα «*Μείωση των επανεισαγωγών και της μέσης διάρκειας νοσηλείας των ατόμων με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας, που λαμβάνουν κατ' οίκον υπηρεσίες φροντίδας στην περιφέρεια του νομού Σερρών*».

Δ) Το πρωτόκολλο της προτεινόμενης εργασίας και σχετική βιβλιογραφία.

Ε) Τις διατάξεις του ν. 3329/2005, άρθρο 9, παράγραφο 3, σχετικά με αρμοδιότητες του Επιστημονικού Συμβουλίου.

ΣΤ) Την από 10-11-2020 υπεύθυνη δήλωση διασφάλισης εγγυήσεων για προσωπικά δεδομένα.

Ζ) Το άρθρο 89 του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων (GDPR) 2016/679).

Μετά από διαλογική συζήτηση, ομόφωνα

Εισηγούνται

Υπέρ της έγκρισης της αίτησης της κας Λεμονιάς Κωνσταντινίδου, μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, για πρόσβαση στα αρχεία του Κ.Ψ.Υ. και της Ψυχιατρικής Κλινικής, στο πλαίσιο εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας με θέμα «*Μείωση των επανεισαγωγών και της μέσης διάρκειας νοσηλείας των ατόμων με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας, που λαμβάνουν κατ' οίκον υπηρεσίες φροντίδας στην περιφέρεια του νομού Σερρών*», υπό την προϋπόθεση της διασφάλισης εγγυήσεων για τη μη αποκάλυψη της ταυτότητας των συμμετεχόντων (π.χ. ψευδωνυμοποίησης) προκειμένου να εξασφαλιστεί η ανωνυμία τους και μετά την ολοκλήρωση της εργασίας της, η ανωτέρω υποχρεούται να καταθέσει έκθεση αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων της εργασίας, για να κατατεθεί στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας.

Το Διοικητικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη τα πιο πάνω, μετά από διαλογική συζήτηση,

#### ΟΜΟΦΩΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ

Υπέρ της έγκρισης της αίτησης της κας Λεμονιάς Κωνσταντινίδου, μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, για πρόσβαση στα αρχεία του Κ.Ψ.Υ. και της Ψυχιατρικής Κλινικής, στο πλαίσιο εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας με θέμα «*Μείωση των επανεισαγωγών και της μέσης διάρκειας νοσηλείας των ατόμων με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας, που λαμβάνουν κατ' οίκον υπηρεσίες φροντίδας στην περιφέρεια του νομού Σερρών*», υπό την προϋπόθεση της διασφάλισης εγγυήσεων για τη μη αποκάλυψη της ταυτότητας των συμμετεχόντων (π.χ. ψευδωνυμοποίησης) προκειμένου να εξασφαλιστεί η ανωνυμία τους και μετά την ολοκλήρωση της εργασίας της, η ανωτέρω υποχρεούται να καταθέσει έκθεση αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων της εργασίας, για να κατατεθεί στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας.

Επικυρώνει την απόφαση σήμερα

#### Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΤΑ ΜΕΛΗ

ΠΕΓΙΔΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΣΙΑΡΚΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΦΟΥΝΤΟΥΚΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΑΛΕΒΙΖΑΚΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ

ΦΑΡΜΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ



Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ Δ.Σ.

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ ΠΑΤΕΡΑΚΗ Α.Ε.Σ.



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
4<sup>η</sup> Δ.Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ  
ΓΕΝ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΕΡΡΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ  
της 11<sup>ης</sup>/23-11-2020 τακτικής Συνεδρίασης

Σήμερα 23-11-2020 ημέρα Δευτέρα και ώρα 13.00, τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών, που ορίστηκαν με την αριθμ. 441/03-6-2020 απόφαση του Διοικητή του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών, συνήλθαν σε τακτική συνεδρίαση στην αίθουσα του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου, μετά από την αριθμ. 18687/20-11-2020 πρόσκληση της Προέδρου του Συμβουλίου που επιδόθηκε νόμιμα και εμπρόθεσμα σε όλα τα μέλη.

**Παρόντα μέλη**

Φανή Μάρκου ιατρός Διευθύντρια Βιοπαθολογίας τακτικό μέλος Πρόεδρος.

Σωτήριος Βλάχος ιατρός Διευθυντής Χειρουργικής τακτικό μέλος.

Αγγελική Πούλου ιατρός Διευθύντρια Βιοπαθολογίας τακτικό μέλος.

Καλλιόπη Δεσπούδη ιατρός Επιμελητής Α' Χειρουργικής τακτικό μέλος.

Γεώργιος Μωραΐτης ΠΕ Βιολόγων τακτικό μέλος.

Μαρία Ζωΐδου ΤΕ Φυσικοθεραπείας τακτικό μέλος.

Απουσιάζει ο κ. Ιωάννης Αποστόλου ιατρός Ειδικευόμενος Χειρουργικής τακτικό μέλος, λόγω κωλύματος. Επειδή ο κος Χρήστος Καλαμπάκος ιατρός είχε ορισθεί ως τακτικό μέλος στη θέση Επιμελητή Β' (χωρίς αναπληρωτή), μετά την αναβάθμισή του σε Επιμελητή Α' Ορθοπαιδικής από 03-9-2020 (αναδρομικά από 31-7-2020) έχασε την ιδιότητα του μέλους του Ε.Σ.

Στη Συνεδρίαση μετέχει ο Αθανάσιος Ζηλιαχώβαλης κλάδου ΔΕ Διοικητικών Γραμματέων, ως Γραμματέας του Ε.Σ.

Αφού διαπιστώθηκε ότι υπάρχει νόμιμη απαρτία, άρχισε η συνεδρίαση.

**ΘΕΜΑ 2<sup>ο</sup> : Έγκριση αίτησης της κας Λεμονιάς Κωνσταντινίδου για πρόσβαση στα αρχεία του Κ.Ψ.Υ. και της Ψυχιατρικής κλινικής στο πλαίσιο εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.**

Τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου αφού έλαβαν υπόψη τους :

Α) Την αριθμ. πρωτ. 17849/10-11-2020 αίτηση της κας Λεμονιάς Κωνσταντινίδου μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας για πρόσβαση στα αρχεία του Κ.Ψ.Υ. και της Ψυχιατρικής κλινικής στο πλαίσιο εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Β) Την αριθμ. πρωτ. 1449/09-11-2019 βεβαίωση σπουδών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Γενικό Τμήμα Λάρισας, με την οποία βεβαιώνεται η φοίτηση της αιτούσας στο πρόγραμμα.

Γ) Την από 09-11-2020 αίτηση της κας Ελένης Λαχανά Αναπλ. Καθηγήτριας του Γενικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας με την οποία ζητεί ως επιβλέπουσα της διπλωματικής εργασίας που διεξάγει η κα Λεμονιά Κωνσταντινίδου με θέμα «Μείωση των επανεισαγωγών και της μέσης διάρκειας νοσηλείας των ατόμων με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας, που λαμβάνουν κατ' οίκον υπηρεσίες φροντίδας στην περιφέρεια του νομού Σερρών».

Δ) Το πρωτόκολλο της προτεινόμενης εργασίας και σχετική βιβλιογραφία.

Ε) Τις διατάξεις του ν. 3329/2005, άρθρο 9, παράγραφο 3, σχετικά με αρμοδιότητες του Επιστημονικού Συμβουλίου.

ΣΤ) Την από 10-11-2020 υπεύθυνη δήλωση διασφάλισης εγγυήσεων για προσωπικά δεδομένα.

Ζ) Το άρθρο 89 του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων (GDPR) 2016/679).

Μετά από διαλογική συζήτηση, **ομόφωνα**

**Εισηγούνται**

1

Υπέρ της έγκρισης της αίτησης της κας Λεμονιάς Κωνσταντινίδου μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας για πρόσβαση στα αρχεία του Κ.Ψ.Υ. και της Ψυχιατρικής κλινικής στο πλαίσιο εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας με θέμα «Μείωση των επανεισαγωγών και της μέσης διάρκειας νοσηλείας των ατόμων με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας, που λαμβάνουν κατ' οίκον υπηρεσίες φροντίδας στην περιφέρεια του νομού Σερρών», υπό την προϋπόθεση της διασφάλισης εγγυήσεων για τη μη αποκάλυψη της ταυτότητας των συμμετεχόντων (π.χ. ψευδωνυμοποίησης) προκειμένου να εξασφαλιστεί η ανωνυμία τους και μετά την ολοκλήρωση της εργασίας της, η ανωτέρω υποχρεούται να καταθέσει έκθεση αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων της εργασίας, για να κατατεθεί στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας.

.....

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΦΑΝΗ ΜΑΡΚΟΥ

Ακριβές αντίγραφο  
Ο Γραμματέας του Ε.Σ.

Αθανάσιος Ζηλιαχώβαλης

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ  
ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
ΓΕΝ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ  
ΣΕΡΡΩΝ**