

Μελέτη παραγόντων που επηρεάζουν την ακούσια νοσηλεία ασθενών σε μια ψυχιατρική κλινική

B. Μποζίκας,¹ Β. Τσιπροπούλου,¹ Χ. Δεσερή,¹ Μ. Κοσμίδου,^{1,2}
 Μ. Μπογιατζή,¹ Σ. Πισάβας,¹ Θ. Καραβάτος¹

¹Α' Ψυχιατρική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

²Τμήμα Ψυχολογίας Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Ψυχιατρική 2003, 14:110-120

Σκοπός της εργασίας ήταν να συγκριθούν δημογραφικά στοιχεία και κλινικά χαρακτηριστικά μεταξύ ακουσίως και εκουσίως νοσηλευόμενων ψυχικά ασθενών στην Ελλάδα. Στην έρευνα, που ήταν προοπτική και είχε διάρκεια 18 μηνών, μελετήθηκαν συνολικά 204 διαδοχικές εισαγωγές, εκ των οποίων 112 ήταν ακούσιες. Για κάθε ασθενή καταγράφονταν τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα, τόπος κατοικίας), τα κλινικά χαρακτηριστικά (διάγνωση, διάρκεια νόσου, αριθμός προηγούμενων νοσηλείων, αριθμός προηγούμενων ακούσιων νοσηλείων, συννοσηρότητα με κατάχρηση / εξάρτηση από αλκοόλ ή άλλες ουσίες), καθώς και η διάρκεια νοσηλείας του παρόντος επεισοδίου. Στο σύνολο των ασθενών, αυτοί που νοσηλεύθηκαν ακουσίως είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα από τους άλλους νοσηλευόμενους να είναι ανύπανδροι, να πάσχουν από σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωτικές διαταραχές, καθώς και από διπολική διαταραχή, να είναι αυτοαπασχολούμενοι ή εργάτες (ειδικευμένοι ή ανειδίκευτοι) και να έχουν νοσηλευθεί και στο παρελθόν παρά τη θέλησή τους. Ο τύπος της παρούσας εισαγωγής συσχετιζόταν σημαντικά με τον αριθμό των προηγούμενων νοσηλείων και οριακά σημαντικά με τη διάγνωση και το επάγγελμα. Στην υποομάδα των ασθενών που νοσηλεύθηκαν για πρώτη φορά (48 ακούσια και 30 εκούσια), οι ακούσιοι είχαν στατιστικώς οριακά μεγαλύτερη πιθανότητα να πάσχουν από σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωτικές διαταραχές, διπολική διαταραχή και οργανικές ψυχικές διαταραχές χωρίς η διάγνωση να συσχετίζεται σημαντικά με τον τύπο της εισαγωγής. Η διάρκεια της νοσηλείας, τόσο για το σύνολο των ασθενών όσο και για την υποομάδα των ασθενών που νοσηλεύθηκαν για πρώτη φορά στη ζωή τους, ήταν σημαντικά μεγαλύτερη σε αυτούς που είχαν εισαχθεί ακούσια από ό,τι στους άλλους νοσηλευόμενους. Κυρίως ο αριθμός των προηγούμενων ακούσιων νοσηλείων και λιγότερο η διάγνωση φαίνεται να είναι δύο ουσιαστικοί παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα ακούσιας νοσηλείας. Άλλοι παράγοντες (π.χ. το επίπεδο της οικογενειακής ή κοινωνικής στήριξης, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο) θα πρέπει να εξετασθούν μελλοντικά, ώστε να περιγραφούν καλύτερα εκείνοι που συμβάλλουν περισσότερο στην ακούσια νοσηλεία ψυχιατρικών ασθενών.

Λέξεις ευρετηρίου: ακούσια νοσηλεία, ψυχιατρικοί ασθενείς, δημογραφικά στοιχεία, κλινικά χαρακτηριστικά.

Εισαγωγή

Ο πρώτος ειδικός νόμος για την ψυχική υγεία στην Ελλάδα, που περιλάμβανε και διατάξεις για την αναγκαστική νοσηλεία των ψυχικά ασθενών, ήταν ο νόμος ΨΜΒ. Ψηφισμένος το 1862, ήταν αντιγραφή του γαλλικού νόμου του 1838. Ο νόμος αυτός παρέμεινε "ενεργός" μέχρι το 1973, οπότε αντικαταστάθηκε από έναν άλλο, λίαν αντιδραστικό στις σχετικές με την προστασία των δικαιωμάτων του ασθενούς ρυθμίσεις του.¹ Το χάσμα μεταξύ της ελληνικής και των ευρωπαϊκών νομοθεσιών στο θέμα των προϋποθέσεων και των διαδικασιών ακούσιου εγκλεισμού σε ψυχιατρική κλινική γεφυρώθηκε με τον νόμο 2071/92.²

Κατά τον νόμο αυτόν, δύο είναι οι λόγοι για τους οποίους μπορεί να διαταχθεί από τον εισαγγελέα η αναγκαστική νοσηλεία ενός ψυχικά ασθενούς: η ανάγκη θεραπείας (ο ασθενής να παρουσιάζει τέτοια βαρύτητα νόσου, ώστε η έλλειψη νοσηλείας θα οδηγούσε σε επιδείνωση της υγείας ή αποκλεισμό από την παροχή κατάλληλης θεραπείας) ή/και η επικινδυνότητα προς τον εαυτό του ή προς τρίτους.³ Διασφαλίζει, επίσης, τα δικαιώματα του ασθενούς με μια σειρά από διαδικασίες, όπως οι δύο σαφώς αιτιολογημένες ιατρικές γνωματεύσεις, η πλήρης ενημέρωση του ασθενούς για τα δικαιώματά του, η εκδίκαση της υπόθεσης από πολυμελές πρωτοδικείο και η δυνατότητά του να παραστεί με δικηγόρο ή ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο, καθώς και η περαιτέρω χρήση ένδικων μέσων από τον ασθενή.⁴ Δυστυχώς, αυτές οι διαδικασίες δεν εφαρμόζονται πάντοτε.^{2,3,5}

Σημαντικός αριθμός εργασιών, από διάφορες χώρες, έχει παρουσιάσει μέχρι σήμερα τα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν τους ακουσίως νοσηλευόμενους ψυχικά ασθενείς από εκείνους που εισάγονται σε ψυχιατρική κλινική με τη θέλησή τους. Έχει, όμως, ήδη φανεί ότι η σύγκριση μεταξύ τους είναι ιδιαίτερα δύσκολη, καθώς τα κριτήρια και η διαδικασία ακούσιας νοσηλείας διαφέρει ριζικά μεταξύ των διαφόρων χωρών.⁶ Εν τούτοις, οι άνδρες ασθενείς φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εισαχθούν ακουσίως από ό,τι οι γυναίκες,⁷⁻¹² αν και το εύρημα δεν επιβεβαιώνεται πάντα.¹³⁻¹⁴ Από παλαιότερες μελέτες προέκυψε ότι η μεγαλύτερη ηλικία και το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο χαρακτήριζαν συχνότερα τους ακουσίως νοσηλευθέντες,⁸ μεταγενέστερες, όμως, έρευνες ανέφεραν ευρήματα αντίστροφα για την ηλικία¹⁰⁻¹⁴ ή δεν επιβεβαίωσαν τα ευρήματα για τη μόρφωση.¹¹⁻¹⁴ Τα άτομα που έχουν ανάγκη νοσηλείας παρά τη θέλησή τους είναι συχνότερα άνεργοι και χωρίς ιδιόκτητη κατοικία, συνεπώς ανήκουν σε χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα.¹¹

Ένα σχετικά σταθερό εύρημα των μελετών που ασχολούνται με τους παράγοντες, οι οποίοι χαρακτηρίζουν τους ακουσίως νοσηλευθέντες ασθενείς, είναι το υψηλό ποσοστό της σχιζοφρένειας και των άλλων ψυχωτικών διαταραχών που ανευρίσκεται σε αυτούς, συγκριτικά με τους άλλους νοσηλευόμενους σε ψυχιατρικές κλινικές,^{11,12,15-17} η οποία μάλιστα αυξάνει και τον κίνδυνο για επανειλημμένες ακούσιες νοσηλείες.¹⁷ Η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών, ένας έμμεσος δείκτης της βαρύτητας της νόσου, είναι μεγαλύτερη στους ασθενείς που νοσηλεύονται ακουσίως σε σύγκριση με αυτήν των εκουσίως νοσηλευόμενων.^{8,12,18} Τέλος, πιο συχνά ανευρίσκεται ιστορικό εγκληματικής συμπεριφοράς στους ασθενείς που εισάγονται σε ψυχιατρικές κλινικές παρά τη θέλησή τους.¹²

Στόχος της παρούσης εργασίας ήταν να συγκριθούν δημογραφικά στοιχεία και κλινικά χαρακτηριστικά μεταξύ ακουσίως και εκουσίως νοσηλευόμενων ψυχικά ασθενών στην Ελλάδα.

Υλικό και μέθοδος

Στην έρευνα περιελήφθησαν όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στην Α' Ψυχιατρική Κλινική του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, η οποία βρίσκεται εντός του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ), μαζί με άλλες πέντε κλινικές βραχείας νοσηλείας. Κατά την, ανά εξαήμερο, εφημερία της Κλινικής εισάγονται όλα τα νέα περιστατικά που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία του ΨΝΘ και απαιτούν νοσηλεία, ακούσια ή εκούσια. Εισάγονται, επίσης, κάθε μέρα, είτε η Κλινική εφημερεύει είτε όχι, οι νοσηλευθέντες στην Κλινική και κατά το παρελθόν ασθενείς, εφ' όσον απαιτείται η εκ νέου νοσηλεία τους, ακούσια ή εκούσια. Το ΨΝΘ καλύπτει ως επί το πλείστον τις ανάγκες σε νοσηλεία ψυχιατρικών ασθενών του Νομού Θεσσαλονίκης, αλλά και ευρύτερα της Κεντρικής και Βορειοδυτικής Μακεδονίας, ενώ πολλές φορές, όταν πρόκειται για ακουσίως νοσηλευόμενους, δέχεται και περιστατικά από την Ανατολική Μακεδονία και τη Θράκη.¹⁹

Η εργασία ήταν προοπτική, εξασφαλίζοντας έτσι μηδενική απώλεια στη συλλογή των δεδομένων, και είχε διάρκεια 18 μηνών (Νοέμβριος 1999 - Απρίλιος 2001). Για ασθενείς που εισήχθησαν στην Κλινική, κατά τη διάρκεια αυτής της έρευνας, περισσότερες φορές μόνον μία εξ αυτών ελήφθη υπ' όψιν: είτε η πρώτη ακούσια νοσηλεία είτε, αν δεν υπήρχε τέτοια, η πρώτη εκούσια εισαγωγή.¹⁹

Μελετήθηκαν συνολικά 204 διαδοχικές εισαγωγές, 112 ακούσιες και 92 εκούσιες, 78 εκ των οποίων (48 ακούσιες και 30 εκούσιες) αφορούσαν ασθενείς που νοσηλεύθηκαν για πρώτη φορά στη ζωή τους. Για κάθε ασθενή καταγράφονταν τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα, τόπος κατοικίας), τα κλινικά χαρακτηριστικά (διάγνωση σύμφωνα με το DSM-IV, διάρκεια νόσου, αριθμός προηγούμενων νοσηλειών, αριθμός προηγούμενων ακούσιων νοσηλειών, συννοσηρότητα με κατάχρηση / εξάρτηση από αλκοόλ ή άλλες ουσίες, καθώς και η διάρκεια νοσηλείας του παρόντος επεισοδίου). Οι πληροφορίες προέρχονταν από τον ίδιο τον ασθενή, τους συγγενείς του, καθώς και από τον φάκελο του ασθενούς. Επειδή οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε μία μόνο διάγνωση, χρησιμοποιήθηκε το ιεραρχικό μοντέλο, με τις άνοιες/delirium, τις οργανικές ψυχικές διαταραχές (δηλαδή τις οφειλόμενες σε σωματική νόσο ψυχικές διαταραχές) και τις ψυχικές διαταραχές οφειλόμενες σε ουσίες να προηγούνται - και να έπονται, με τη σειρά, η σχιζοφρένεια και οι άλλες ψυχωτικές διαταραχές, οι διπολικές διαταραχές, η μείζων κατάθλιψη / νευρώσεις (αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές μετατροπής και σωματόμορφες διαταραχές), οι διαταραχές της προσωπικότητας και η νοητική υστέρηση.

Για τη σύγκριση της συχνότητας παρουσίας των δημογραφικών (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα, τόπος κατοικίας) και κλινικών χαρακτηριστικών (διάγνωση, διάρκεια νόσου, αριθμός προηγούμενων νοσηλειών, αριθμός προηγούμενων ακούσιων νοσηλειών, συννοσηρότητα με κατάχρηση / εξάρτηση από αλκοόλ ή άλλες ουσίες) μεταξύ των ακουσίως και εκουσίως νοσηλευόμενων ασθενών χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο χ. Για τη σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την ηλικία και το ανώτατο επίπεδο εκπαίδευσης χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο t μονής κατεύθυνσης για ανεξάρτητα δείγματα. Επειδή η κατανομή της διάρκειας νοσηλείας του παρόντος επεισοδίου δεν ήταν φυσιολογική, η σύγκριση των δύο ομάδων ως προς αυτή τη μεταβλητή έγινε με το Mann-Whitney test. Στη συνέχεια, υπολογίσθηκε ο συντελεστής συσχέτισης (Spearman μονής κατεύθυνσης) εκείνων των μεταβλητών που διέφεραν σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών και του τρόπου νοσηλείας (ακούσια έναντι εκούσιας).

Αποτελέσματα

Στο σύνολο των ασθενών:

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται όλοι οι παράγοντες που μελετήθηκαν (δημογραφικά στοιχεία, κλινικά χαρακτηριστικά, προηγούμενες νοσηλείες, κατάχρηση / εξάρτηση από αλκοόλ ή άλλες ουσίες και διάρκεια παρόντος επεισοδίου) στο σύνολο των ασθενών που εισήχθησαν στην κλινική.

Από τους παράγοντες που μελετήθηκαν, μόνο η οικογενειακή κατάσταση ($\rho=0,053$, $\chi^2(2)=6,12$), το επάγγελμα ($\rho<0,05$, $\chi^2(10)=16,52$), η διάγνωση ($P=0,013$, $\chi^2(8)=17,42$) και ο αριθμός των προηγούμενων ακούσιων νοσηλειών ($\rho<0,001$, $\chi^2(3)=25,09$) διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ακουσίως και εκουσίως εισαχθέντων ασθενών. Μεγαλύτερο ήταν το ποσοστό των ανύπανδρων (56,3%) και μικρότερο των παντρεμένων (19,6%) στους ακουσίως νοσηλευθέντες ασθενείς, συγκριτικά με τους εκουσίως (43,5% και 33,7%, αντιστοίχως). Επίσης, στους ασθενείς που εισήχθησαν ακουσίως, μεγαλύτερο ήταν το ποσοστό των αυτοαπασχολούμενων (14,3% έναντι 9,8%), καθώς και των ανειδίκευτων (10,7% έναντι 6,5%) και ειδικευμένων (6,3% έναντι 1,1 %) εργατών, ενώ, αντίθετα, μικρότερο των υπαλλήλων (7,1% έναντι 12%) και αυτών που ασχολούνταν με τα οικιακά (6,3% έναντι 17,4%). Όσον αφορά τη διάγνωση, στην ομάδα των ακουσίως νοσηλειών υπερέιχαν αυτοί που έπασχαν από σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωτικές διαταραχές (63,4% έναντι 56,5%) και διπολική διαταραχή (16% έναντι 5,4%) (συνολικά οι ασθενείς αυτοί αποτελούσαν το 79,4% των νοσηλευόμενων ακουσίως), ενώ στην ομάδα των εκουσίως επικρατούσε η μείζονα κατάθλιψη και οι νευρώσεις (15,2% έναντι 2,7%). Οι ασθενείς που νοσηλεύθηκαν ακουσίως είχαν νοσηλευθεί και στο παρελθόν με παρόμοια διαδικασία 1-2 φορές, περίπου σε διπλάσιο ποσοστό από ό,τι οι άλλοι νοσηλευόμενοι.

Τελικά, ο τύπος της παρούσης εισαγωγής (ακούσια ή εκούσια) συσχετιζόταν σημαντικά με τον αριθμό των προηγούμενων ακούσιων νοσηλειών ($\rho<0,001$, $r(126)=-0,42$), οριακά με τη διάγνωση ($\rho=0,066$, $r(204)=0,11$) και το επάγγελμα ($\rho=0,077$, $r(204)=0,10$) και καθόλου με την οικογενειακή κατάσταση ($\rho>1$, $r(204)=0,089$).

Η διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών που είχαν εισαχθεί ακουσίως ήταν κατά μέσον όρο 38,98 (SD: 28,67) ημέρες και ήταν σημαντικά μεγαλύτερη από αυτή των ασθενών που είχαν νοσηλευθεί εκουσίως, που ήταν κατά μέσον όρο 26,73 (SD: 24,82) ημέρες ($\rho<0,001$, $U=3245,5$).

Στους ασθενείς που νοσηλεύθηκαν για πρώτη φορά:

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται όλοι οι παράγοντες που μελετήθηκαν (δημογραφικά στοιχεία, κλινικά χαρακτηριστικά, προηγούμενες νοσηλείες, κατάχρηση / εξάρτηση από αλκοόλ ή άλλες ουσίες και διάρκεια παρόντος επεισοδίου) στους ασθενείς που νοσηλεύθηκαν για πρώτη φορά στη ζωή τους. Από τους παράγοντες που μελετήθηκαν, μόνον η διάγνωση ($\rho=0,064$, $\chi^2(8)=12,55$) και η κατάχρηση / εξάρτηση από άλλες ουσίες εκτός του αλκοόλ ($\rho=0,083$, $\chi^2(1)=1,93$) παρουσίασαν μια διαφορά που έτεινε να είναι σημαντική μεταξύ των ακουσίως και εκουσίως εισαχθέντων ασθενών. Στην ομάδα των ακουσίως νοσηλευόμενων υπερέιχαν αυτοί που έπασχαν από σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωτικές διαταραχές (56,3% έναντι 43,3%), διπολική διαταραχή (8,3% έναντι 3,3%) και οργανικές ψυχικές διαταραχές (6,2% έναντι 0%) (συνολικά οι ασθενείς με αυτές τις διαγνώσεις αποτελούσαν το 70,8% των νοσηλευόμενων ακουσίως), ενώ στην ομάδα των εκουσίως νοσηλειών επικρατούσε η μείζονα κατάθλιψη και οι νευρώσεις (αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές μετατροπής και σωματόμορφες διαταραχές) (23,4% έναντι 6,2%). Οι ασθενείς που νοσηλεύθηκαν ακουσίως παρουσίασαν μικρότερη συννοσηρότητα με κατάχρηση / εξάρτηση από άλλες ουσίες από ότι οι ασθενείς που είχαν εισαχθεί εκουσίως (16,7% έναντι 30%). Ο τύπος της παρούσης εισαγωγής (ακούσια ή εκούσια) δεν συσχετιζόταν σημαντικά με τη διάγνωση ($\rho=0,098$, $r(78)=0,15$) και την κατάχρηση ουσιών ($\rho=0,085$, $r(78)=-0,16$).

Η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών που είχαν εισαχθεί ακουσίως (39,33 ημέρες, SD: 25,70) ήταν ση-

Πίνακας 1. Μελετηθέντες παράγοντες στο σύνολο των ασθενών.

Παράγων	Εισαγωγές	
	Ακούσιες	Εκούσιες
Φύλο		
Άνδρες	73 (65,0%)	56 (61,0%)
Γυναίκες	39 (35,0%)	36 (39,0%)
Σύνολο	112 (100,0%)	92 (100,0%)
$p=NS, \chi^2(1)=0,40$		
Ηλικία	40,24 ($\pm 14,50$)	40,91 ($\pm 12,72$)
$p=NS, t(202) = -0,35$		
Οικογενειακή κατάσταση		
Ανύπανδρος/η	63 (56,3%)	40 (43,5%)
Παντρεμένος/η	22 (19,6%)	31 (33,7%)
Διαζευγμένος/η, χήρος/α	27 (24,1%)	21 (22,8%)
Σύνολο	112 (100,0%)	92 (100,0%)
$p=0,053, \chi^2(2)=6,12$		
Επάγγελμα		
Αυτοαπασχολούμενος	16 (14,3%)	9 (9,8%)
Στέλεχος επιχειρήσεως	1 (0,9%)	0 (0,0%)
Υπάλληλος	8 (7,1%)	11 (12,0%)
Ειδικευμένος εργάτης	7 (6,3%)	1 (1,1%)
Ανειδίκευτος εργάτης	12 (10,7%)	6 (6,5%)
Άνεργος	24 (21,4%)	24 (26,0%)
Ανίκανος προς εργασία	21 (18,8%)	13 (14,1%)
Εκπαιδευόμενος	0 (0,0%)	1 (1,1%)
Συνταξιούχος	12 (10,7%)	10 (10,9%)
Οικιακά	7 (6,3%)	16 (17,4%)
Άλλο	4 (3,5%)	1 (1,1%)
Σύνολο	112 (100,0%)	92 (100,0%)
$p<0,05, \chi^2(10)=16,52$		
Τόπος κατοικίας		
Αστικός	73 (65,2%)	61 (66,3%)
Ημιαστικός	9 (8,0%)	8 (8,7%)
Αγροτικός	30 (26,8%)	23 (25,0%)
Σύνολο	112 (100,0%)	92 (100,0%)
$p=NS, \chi^2(2)=0,12$		
Εκπαίδευση (έτη)	8,84 ($\pm 4,19$)	8,67 ($\pm 3,84$)
$p= NS, t(202)= 0,29$		
Διάγνωση		
Σχιζοφρ. / Ψυχωτικές διαταραχές	71 (63,4%)	52 (56,5%)
Άνοια/delirium	2 (1,8%)	2 (2,2%)
Ψυχικές διαταραχές από ουσίες	2 (1,8%)	1 (1,1%)
Οργανικές ψυχικές διαταραχές	3 (2,7%)	4 (4,3%)
Διπολικές διαταραχές	18 (16,0%)	5 (5,4%)
Μανιοκαταθλιπτικές νευρώσεις	3 (2,7%)	14 (15,2%)
Διαταραχές προσωπικότητας	10 (8,9%)	10 (10,9%)
Νοητική υστέρηση	1 (0,9%)	3 (3,3%)
Άλλο	2 (1,8%)	1 (1,1%)
Σύνολο	112 (100,0%)	92 (100,0%)
$p=0,013, \chi^2(8)=17,42$		

Πίνακας 1 (Συνέχεια). Μελετηθέντες παράγοντες στο σύνολο των ασθενών.

Παράγων	Εισαγωγές	
	Ακούσιες	Εκούσιες
<i>Τύποι σχιζοφρενικών / ψυχωτικών διαταραχών</i>		
Αδιαφοροποίητος	6 (8,5%)	7 (13,5%)
Παρανοϊκός	46 (64,8%)	31 (59,6%)
Υπολειμματικός	5 (7,0%)	5 (9,6%)
Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή	4 (5,6%)	1 (2,0%)
Παραληρητική διαταραχή	5 (7,1%)	2 (3,8%)
Ψυχωτική διαταραχή ΜΠΑ	2 (2,8%)	4 (7,7%)
Επινεμόμενη ψυχωτική διαταραχή	1 (1,4%)	0 (0,0%)
Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή	2 (2,8%)	0 (0,0%)
Βραχεία ψυχωτική διαταραχή	0 (0,0%)	2 (3,8%)
Σύνολο	71 (100,0%)	52 (100,0%)
<i>p=NS, $\chi^2(8)=10,97$</i>		
<i>Διάρκεια νόσου (έτη)</i>		
≤ 1	9 (8,0%)	11 (12,0%)
1-3	27 (24,1%)	10 (10,8%)
4-9	31 (27,7%)	25 (27,2%)
10-19	25 (22,3%)	26 (28,3%)
20-29	14 (12,5%)	14 (15,2%)
30-39	5 (4,5%)	5 (5,4%)
≥ 40	1 (0,9%)	1 (1,1%)
Σύνολο	112 (100,0%)	92 (100,0%)
<i>p=NS, $\chi^2(6)=8,80$</i>		
<i>Αριθμός νοσηλειών</i>		
0	48 (42,8%)	30 (32,6%)
1-3	43 (38,4%)	42 (45,6%)
4-6	14 (12,5%)	12 (13,0%)
7-9	3 (2,7%)	4 (4,4%)
≥10	4 (3,6%)	4 (4,4%)
Σύνολο	112 (100,0%)	92 (100,0%)
<i>p=NS, $\chi^2(4)=2,53$</i>		
<i>Αριθμός ακούσιων νοσηλειών*</i>		
0	17 (26,5%)	43 (69,4%)
1-2	36 (56,3%)	15 (24,2%)
3-4	3 (4,7%)	3 (4,8%)
≥ 5	8 (12,5%)	1 (1,6%)
Σύνολο	64 (100,0%)	62 (100,0%)
<i>p<0,001, $\chi^2(3)=25,09$</i>		
<i>Κατάχρηση / εξάρτηση από αλκοόλ</i>		
Ναι	20 (18,0%)	23 (25,0%)
Όχι	92 (82,0%)	69 (75,0%)
Σύνολο	112 (100,0%)	92 (100,0%)
<i>p=NS, $\chi^2(1)=1,55$</i>		
<i>Κατάχρηση / εξάρτηση από άλλες ουσίες</i>		
Ναι	26 (23,0%)	21 (23,0%)
Όχι	86 (77,0%)	71 (77,0%)
Σύνολο	112 (100,0%)	92 (100,0%)
<i>p=NS, $\chi^2(1)=0,004$</i>		
<i>Διάρκεια παρούσης νοσηλείας (ημέρες)</i>	38,98 (±28,67)	26,73 (±24,82)
<i>p<0,001, U=3.245,5</i>		

(*) Αφορά μόνο τους ασθενείς που είχαν τουλάχιστον δύο προηγούμενες εισαγωγές, ακούσιες ή εκούσιες.

Πίνακας 2. Μελετηθέντες παράγοντες στους ασθενείς που νοσηλεύθηκαν για πρώτη φορά.

Παράγων	Εισαγωγές	
	Ακούσιες	Εκούσιες
Φύλο		
Άνδρες	25 (52,0%)	16 (53,0%)
Γυναίκες	23 (47,0%)	14 (47,0%)
Σύνολο	48 (100,0%)	30 (100,0%)
$p=NS, \chi^2(1)=0,01$		
Ηλικία	41,23 ($\pm 15,95$)	40,00 ($\pm 12,00$)
$p=NS, t(76)=0,69$		
Οικογενειακή κατάσταση		
Ανύπανδρος/η	26 (54,2%)	13 (43,3%)
Παντρεμένος/η	10 (20,8%)	12 (40,0%)
Διαζευγμένος/η, χήρος/α	12 (25,0%)	5 (16,7%)
Σύνολο	48 (100,0%)	30 (100,0%)
$p=NS, \chi^2(2)=3,91$		
Επάγγελμα		
Αυτοαπασχολούμενος	8 (16,7%)	3 (10,0%)
Στέλεχος επιχειρήσεως	1 (2,1%)	0 (0,0%)
Υπάλληλος	5 (10,4%)	5 (10,4%)
Ειδικευμένος εργάτης	2 (4,2%)	0 (0,0%)
Ανειδίκευτος εργάτης	5 (10,4%)	5 (10,4%)
Άνεργος	10 (20,8%)	5 (10,4%)
Ανίκανος προς εργασία	7 (14,6%)	3 (10,0%)
Εκπαιδευόμενος	0 (0,0%)	1 (3,3%)
Συνταξιούχος	4 (8,3%)	1 (3,3%)
Οικιακά	4 (8,3%)	6 (20,0%)
Άλλο	2 (4,2%)	1 (3,3%)
Σύνολο	48 (100,0%)	30 (100,0%)
$p<NS, \chi^2(10)=8,36$		
Τόπος κατοικίας		
Αστικός	30 (62,5%)	22 (73,3%)
Ημιαστικός	5 (10,4%)	3 (10,0%)
Αγροτικός	13 (27,1%)	5 (16,7%)
Σύνολο	48 (100,0%)	30 (100,0%)
$p=NS, \chi^2(2)=1,24$		
Εκπαίδευση (έτη)	9,48 ($\pm 4,46$)	9,07 ($\pm 4,19$)
$p=NS, t(76)=0,41$		
Διάγνωση		
Σχιζοφρ. / Ψυχωτικές διαταραχές	27 (56,3%)	13 (43,3%)
Άνοια/delirium	2 (4,2%)	1 (3,3%)
Ψυχικές διαταραχές από ουσίες	0 (0,0%)	1 (3,3%)
Οργανικές ψυχικές διαταραχές	3 (6,2%)	0 (0,0%)
Διπολικές διαταραχές	4 (8,3%)	1 (3,3%)
Μανιοκαταθλιπτικές νευρώσεις	3 (6,2%)	7 (23,4%)
Διαταραχές προσωπικότητας	6 (12,5%)	4 (13,3%)
Νοητική υστέρηση	1 (2,1%)	3 (10,0%)
Άλλο	2 (4,2%)	0 (0,0%)
Σύνολο	48 (100,0%)	30 (100,0%)
$p=0,064, \chi^2(8)=12,55$		

Πίνακας 2 (Συνέχεια). Μελετηθέντες παράγοντες στους ασθενείς που νοσηλεύθηκαν για πρώτη φορά.

Παράγων	Εισαγωγές	
	Ακούσιες	Εκούσιες
<i>Τύποι σχιζοφρενικών / ψυχωτικών διαταραχών</i>		
Αδιαφοροποίητος	2 (7,4%)	3 (23,1%)
Παρανοϊκός	16 (59,3%)	6 (46,5%)
Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή	1 (3,7%)	0 (0,0%)
Παραληρητική διαταραχή	4 (14,8%)	1 (3,7%)
Ψυχωτική διαταραχή ΜΠΑ	1 (3,7%)	1 (3,7%)
Επινεμόμενη ψυχωτική διαταραχή	1 (3,7%)	0 (0,0%)
Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή	2 (7,4%)	0 (0,0%)
Βραχεία ψυχωτική διαταραχή	0 (0,0%)	2 (15,4%)
Σύνολο	27 (100,0%)	13 (100,0%)
<i>p=NS, $\chi^2(7)=8,71$</i>		
<i>Διάρκεια νόσου (έτη)</i>		
≤ 1	7 (14,6%)	9 (30,0%)
1–3	12 (25,0%)	4 (13,3%)
4–9	16 (33,3%)	9 (30,0%)
10–19	8 (16,7%)	5 (16,7%)
20–29	5 (10,4%)	3 (10,0%)
Σύνολο	48 (100,0%)	30 (100,0%)
<i>p=NS, $\chi^2(4)=3,43$</i>		
<i>Κατάχρηση / εξάρτηση από αλκοόλ</i>		
Ναι	6 (12,5%)	6 (20,0%)
Όχι	42 (87,5%)	24 (80,0%)
Σύνολο	48 (100,0%)	30 (100,0%)
<i>p=NS, $\chi^2(2)=0,80$</i>		
<i>Κατάχρηση / εξάρτηση από άλλες ουσίες</i>		
Ναι	8 (16,7%)	9 (30,0%)
Όχι	40 (83,3%)	21 (70,0%)
Σύνολο	48 (100,0%)	30 (100,0%)
<i>p=0,083, $\chi^2(1)=1,93$</i>		
<i>Διάρκεια παρούσης νοσηλείας (ημέρες)</i>	39,33 ($\pm 25,70$)	29,48 ($\pm 32,54$)
<i>p=0,004, U=443,5</i>		

μαντικά μεγαλύτερη ($p=0,004$, $U=443,5$) από αυτή των άλλων ασθενών (29,48 ημέρες, SD: 32,54).

Συζήτηση

Από τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά που μελετήθηκαν στο σύνολο των ασθενών, προέκυψε ότι οι ασθενείς που εισέρχονται παρά τη Θέλησή τους σε μια ψυχιατρική κλινική ήταν πιθανότερο, συγκριτικά με αυτούς που νοσηλεύθηκαν εκουσίως, να πάσχουν από σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωτικές διαταραχές καθώς και διπολική διαταραχή, να είναι αυτοαπασχολούμενοι ή εργάτες, να έχουν νοσηλευθεί και στο παρελθόν ακουσίως και να είναι ανύπανδροι. Ο τύπος της παρούσης εισαγωγής (ακούσια ή εκούσια) συσχετιζόταν σημαντικά μόνο με τον αριθμό των προηγούμενων νοσηλείων και οριακά με τη διάγνωση και το επάγγελμα. Η σημασία της διάγνωσης στη διάκριση μεταξύ ακούσιων και εκούσιων νοσηλείων φαίνεται να είναι περιορισμένη στην υποομάδα των ασθενών που είχαν νοσηλευθεί για πρώτη φορά στην ζωή τους και να καθίσταται σημαντικότερη στις επόμενες νοσηλείες. Στην υποομάδα των ασθενών που είχαν νοσηλευθεί για πρώτη φορά στη ζωή τους, το 70,8% αυτών που είχαν νοσηλευθεί ακουσίως έπασχαν από σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωτικές διαταραχές, διπολική διαταραχή και οργανικές ψυχικές διαταραχές. Οι τρεις αυτές διαγνώσεις έχει βρεθεί να αποτελούν τις κυριότερες διαγνωστικές κατηγορίες που συναντώνται στους ασθενείς που νοσηλεύονται ακουσίως.²¹ Στο σύνολο των ασθενών, η σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωτικές διαταραχές, καθώς και η διπολική διαταραχή αποτελούσαν ποσοστό 79,4% των διαγνώσεων των ακουσίως νοσηλευόμενων. Η εκπαίδευση των ασθενών και των συγγενών τους στην αναγνώριση των πρόδρομων συμπτωμάτων και η πρώιμη Θεραπευτική παρέμβαση φαίνεται να μειώνουν τα ποσοστά των υποτροπών, τόσο στη σχιζοφρένεια²² όσο και στη μανία,^{23,24} καθιστώντας αναγκαία την ενσωμάτωσή της σε κάθε θεραπευτική προσπάθεια. Επίσης, σημαντική είναι η ανάπτυξη περιεκτικών θεραπευτικών προγραμμάτων που απευθύνονται σε ασθενείς με σχιζοφρένεια που παρουσιάζουν οριακή λειτουργικότητα και /ή πτωχή συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή και τα οποία παρέχονται κυρίως στο σπίτι, γειτονιά και εργασιακό χώρο των ασθενών (Assertive Community Treatment).²² Εκείνη η διαγνωστική κατηγορία που φαίνεται να έχει τη μικρότερη πιθανότητα ακούσιας εισαγωγής, σύμφωνα με τα ευρήματά μας, είναι η μείζων κατάθλιψη / νευρώσεις.

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται ακουσίως αποτελούν μια ομάδα ασθενών με βαρύτερη νόσο, όπως φαίνεται από τη σημαντικά μακρύτερη παραμονή τους στην κλινική, συγκριτικά με τους άλλους νοσηλευόμενους, και μάλιστα εξ αρχής καθώς αφορά και αυτούς με πρώτη εισαγωγή. Το εύρημα αυτό έχει επανειλημμένως επιβεβαιωθεί στη διεθνή βιβλιογραφία.^{8,12,18}

Ενδιαφέρον είναι το εύρημά μας ότι οι ακουσίως νοσηλευόμενοι ασθενείς παρουσιάζουν μικρότερο ποσοστό συννοσηρότητας με κατάχρηση / εξάρτηση από αλκοόλ και άλλες ουσίες. Έχει βρεθεί, πάντως, ότι ασθενείς με αυξημένο τον κίνδυνο επανειλημμένων ακούσιων νοσηλειών δεν χαρακτηρίζονται από χρήση ουσιών.¹⁷

Ένα από τα κύρια ευρήματα της παρούσης εργασίας ήταν ότι οι ασθενείς που νοσηλεύθηκαν ακουσίως είχαν και στο παρελθόν νοσηλευθεί με τον ίδιο τρόπο. Επίσης, όσο αυξανόταν ο αριθμός αυτών των νοσηλειών αυξανόταν και η πιθανότητα νέας, παρά τη θέληση του ασθενούς, εισαγωγής σε ψυχιατρική κλινική. Οι ακούσιες εισαγωγές σε ασθενείς με σχιζοφρένεια ήταν συχνότερες μεταξύ αυτών που η πρώτη εισαγωγή τους ήταν ακούσια.²⁵ Οι Fenning και συν. βρήκαν ότι όταν η πρώτη εισαγωγή ενός ασθενούς με σχιζοφρένεια ήταν ακούσια, αυτός είχε 4,1 φορές, αν ήταν γυναίκα, και 3,4 φορές, αν ήταν άνδρας, φορές μεγαλύτερη πιθανότητα και η δεύτερη εισαγωγή του να είναι του ίδιου τύπου. Μεταξύ των "χρόνιων" ασθενών (τέσσερις ή περισσότερες ακούσιες εισαγωγές) που η πρώτη τους εισαγωγή ήταν ακούσια το 41% των επόμενων ήταν ακούσιες έναντι μόνο του 13% όσων η πρώτη εισαγωγή τους ήταν εκούσια.

Ο κύριος περιορισμός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν ότι η σύγκριση μεταξύ των ομάδων με τη χρήση της στατιστικής δοκιμασίας χ^2 για παραμέτρους με πολλές υποκατηγορίες απαιτεί πολύ μεγάλο αριθμό ασθενών, ώστε να αναδειχθεί η ύπαρξη κάποιας στατιστικώς σημαντικής διαφοράς.

Αν, γενικά, οι ψυχικά ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους αισθάνονται να βρίσκονται σε θέση αδυναμίας, εξάρτησης, ιδρυματοποίησης και χωρίς εναλλακτικές λύσεις,²⁷ είναι φανερό ότι - όταν αυτή η νοσηλεία γίνεται παρά τη θέλησή τους μπορεί να τους βλάψει περαιτέρω και να τους απομακρύνει από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας,²⁸ εγκαινιάζοντας έτσι έναν φαύλο κύκλο ακούσιων νοσηλειών. Ο αριθμός των προηγούμενων ακούσιων νοσηλειών, και λιγότερο η διάγνωση, φαίνεται να είναι δύο παράγοντες που περιγράφουν μια ομάδα ασθενών με αυξημένο κίνδυνο ακούσιας νοσηλείας, για την οποία πρέπει να ληφθούν κάποια προληπτικά μέτρα (π.χ. εκπαίδευση, ειδικά προγράμματα Θεραπευτικής παρακολούθησης). Υπάρχει ανάγκη και άλλοι παράγοντες (π.χ. το επίπεδο της οικογενειακής ή κοινωνικής στήριξης, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο) να εξετασθούν μελλοντικά έτσι, ώστε να περιγραφούν καλύτερα εκείνοι που συμβάλλουν περισσότερο στην ακούσια νοσηλεία ψυχιατρικών ασθενών.