

Αξιολόγηση προγράμματος ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών

Μ.Ν. Παπαδοπούλου,¹ Γ.Φ. Αγγελίδης²

¹Ψυχολόγος, Νοσοκομείο Ημέρας, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

²Ψυχίατρος, ΚΨΥ Κατερίνης

Ψυχιατρική 2005, 16:341–350

Με την παρούσα έρευνα εκτιμήθηκε η αποτελεσματικότητα προγράμματος ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (πρόγραμμα προστατευμένων διαμερισμάτων στην κοινότητα). Ως κριτήριο τέθηκε η σύγκριση του αριθμού και της διάρκειας των νοσηλείων των ασθενών στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης πριν και μετά την εγκατάστασή τους σε προστατευμένο διαμέρισμα. Το δείγμα απετέλεσαν 55 χρόνια ψυχικά ασθενείς, που στη διάρκεια του 1998 διέμεναν σε προστατευμένα διαμερίσματα. Τα αποτελέσματα δείχνουν στατιστικώς σημαντική μείωση, τόσο του αριθμού όσο και της διάρκειας των νοσηλείων, κατά την περίοδο που οι ένοικοι παρακολουθούσαν το πρόγραμμα σε σύγκριση με την προ της παρακολουθήσεως του προγράμματος περίοδο.

Λέξεις ευρετηρίου: ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, αξιολόγηση ποιότητας, αποϊδρυματοποίηση, μεταπαρακολούθηση, νοσηλείες, τριτοβάθμια πρόληψη.

Εισαγωγή

Για την εκτίμηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης,¹ λαμβάνονται υπόψη δείκτες που αφο-

ρούν στο αποτέλεσμα (outcome), δηλαδή την επίδραση της παρεχόμενης φροντίδας στην κατάσταση των ασθενών. Τέτοιους δείκτες αποτελούν:² ο ρυθμός επανεισαγωγών σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, η συμπτωματολογία, η κοινωνική/διαπροσωπική λει-

τουργικότητα, η ανεξαρτησία, η ενδυνάμωση, η απασχόληση/εργασία, η ποιότητα ζωής, η ικανοποίηση με τις υπηρεσίες, η οικονομική κατάσταση, καθώς και πιο σφαιρικές-συνδυαστικές βαθμολογήσεις. Ο προσδιορισμός ενός συγκεκριμένου δείκτη έκβασης εξαρτάται από τους στόχους του προγράμματος.³ Η καταγραφή της έκβασης και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας τέτοιων προγραμμάτων είναι σημαντικής σπουδαιότητας στο πλαίσιο της μετάβασης σε νέα μοντέλα φροντίδας στο χώρο της ψυχικής υγείας.

Στη βιβλιογραφία παρουσιάζονται ποικίλα αποτελέσματα, όσον αφορά στην επιτυχία προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών, που βγήκαν από το νοσοκομείο στην κοινότητα, με βάση παράγοντες της κλινικής τους πορείας, όπως μείωση του αριθμού και της διάρκειας των επανεισαγωγών τους σε ψυχιατρείο.⁴⁻⁶ Γενικά, η έρευνα τείνει να υποστηρίζει ότι τόσο ο αριθμός όσο και η διάρκεια των εισαγωγών επηρεάζονται (τείνουν να μειωθούν), όταν οι ασθενείς ακολουθούν ένα πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Παράγοντες που εξηγούν τα διαφορετικά αυτά αποτελέσματα είναι:⁶ η ποικιλομορφία του πλαισίου, από το οποίο επιλέγεται το δείγμα των ασθενών, τα διαγνωστικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος, ο βαθμός χρονιότητας της νόσου, η συμπτωματολογία τους, καθώς και το αρχικό επίπεδο λειτουργικότητάς τους. Ακόμη, έχει επισημανθεί ότι η αναλογία προσώπων αναφοράς και ασθενών είναι πιθανώς ένας σημαντικός παράγων που ερμηνεύει τα διαφορετικά αποτελέσματα.⁷ Έρευνες που αναφέρουν σημαντική μείωση στις επανεισαγωγές αναφέρουν αναλογίες 1:9 περίπου, ενώ άλλες που δεν κατέδειξαν κάτι ανάλογο είχαν αναλογίες 1:15–20. Επίσης, η στάση του προσωπικού απέναντι στο θέμα των επανεισαγωγών μπορεί να είναι σημαντικός παράγων. Ο Marks,⁸ συνοψίζοντας αποτελέσματα ερευνών και στις τρεις ηπείρους, αναφορικά με την έκβαση της πορείας ασθενών, συμπεραί-

νει τα εξής: (α) οι ασθενείς και οι συγγενείς τους είναι πιο ευχαριστημένοι στην κοινότητα, (β) η κλινική και κοινωνική λειτουργικότητα τείνει να είναι καλύτερη, αλλά μεγάλη ανικανότητα και εξάρτηση είναι ο κανόνας, και (γ) το κόστος τείνει να είναι μικρότερο.

Στον ελλαδικό χώρο δεν έχει διεξαχθεί ικανοποιητικός αριθμός μελετών που να εξετάζει, σε βάθος χρόνου, την πορεία των χρόνιων ψυχικά ασθενών που εντάχθηκαν, ύστερα από μακροχρόνια παραμονή σε ψυχιατρείο, σε υπηρεσίες προστατευμένων διαμερισμάτων στην κοινότητα. Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν να εκτιμήσει την επίδραση ενός προγράμματος παροχής ψυχοκοινωνικής φροντίδας σε ψυχιατρικούς ασθενείς με ιστορικό μακροχρόνια νοσηλείας σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, οι οποίοι τώρα διαμένουν σε προστατευμένα διαμερίσματα. Κριτήριο για την εκτίμηση της επίδρασης ήταν ο αριθμός και η διάρκεια των επανεισαγωγών τους στο ΨΝΘ.

Πιο συγκεκριμένα, στόχοι της παρούσης εργασίας ήταν:

— Να καταγράψει τον αριθμό και τη διάρκεια των νοσηλειών στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο κατά τις περιόδους πριν και μετά τη μετακίνηση σε προστατευμένο διαμέρισμα.

— Να συγκρίνει τις δύο αυτές περιόδους, αναφορικά με τους δύο παραπάνω δείκτες

— Να εξετάσει τη σχέση των δεικτών αυτών, όσον αφορά στην περίοδο παρακολούθησης του προγράμματος ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, με μια σειρά δημογραφικών και κλινικών μεταβλητών (Πίνακες 1 και 2).

Υλικό και μέθοδος

Το πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της Β' ΟΨΣΑΤ: Η Β' Ομάδα Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Αστικού Τύπου (Β' ΟΨΣΑΤ) είναι μία εξωνο-

σοκομειακή υπηρεσία του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ). Από το 1992 μέχρι σήμερα, προσφέρει μετανοσοκομειακή ψυχοκοινωνική φροντίδα σε πρώην νοσηλευμένους του ΨΝΘ που ζουν σε προστατευμένα διαμερίσματα στην ευρύτερη περιοχή του πολεοδομικού συγκροτήματος Θεσσαλονίκης. Τα άτομα αυτά έχουν συνήθως ιστορικό μακροχρόνιας νοσηλείας σε ψυχιατρικά νοσοκομεία για κάποια ψυχική διαταραχή. Διατηρούν, παρ' όλ' αυτά, ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργικότητας, που τους επιτρέπει να ζουν στην κοινότητα, σε προστατευμένο χώρο διαβίωσης (προστατευμένο διαμέρισμα).

Σκοπός του προγράμματος φροντίδας που παρέχει η Β' ΟΨΣΑΤ είναι η πρόληψη των υποτροπών της ψυχικής ασθένειας και η επίτευξη υψηλού επιπέδου ποιότητας ζωής.⁹⁻¹¹ Μείωση του αριθμού και της διάρκειας των νοσηλειών στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο είναι επί μέρους στόχοι, στην περίπτωση που η νοσηλεία κρίνεται αναπόφευκτη. Τα παραπάνω επιτυγχάνονται με ενέργειες που αποσκοπούν στην:

— εξασφάλιση συνεχούς φροντίδας·

— αναζήτηση πρόδρομων σημείων και εστίαση σε καταστάσεις που προδιαθέτουν σε υποτροπή. Το άτομο βοηθείται στην επίλυση των καθημερινών προβλημάτων του. Η παρέμβαση σε κρίση γίνεται με επείγουσα, εντατική φροντίδα στο σπίτι, για όσο διάστημα αυτό κρίνεται απαραίτητο. Επανεισαγωγή στο ΨΝΘ γίνεται, όταν η διαχείριση της κρίσης στην κοινότητα εκτιμάται ως μη αποτελεσματική·

— καλλιέργεια των δεξιοτήτων του ατόμου, με εστίαση στις ικανότητές του (πρόγραμμα μαγειρικής, καθαριότητας, αυτοφροντίδας, αλφαριθμητισμού κ.ά.), απόρριψη του ρόλου του πάσχοντος, αύξηση της εμπιστοσύνης του ατόμου στον εαυτό του, τόνωση της αυτοεκτίμησής του, ανάπτυξη κοινωνικών επαφών, εξεύρεση απασχόλησης / εργασίας και ανάπτυξη της ικανότητας να «τα βγάζει» πέρα στην κοινότητα·

— υποβοήθηση του ατόμου να αντιλαμβάνεται τη σπουδαιότητα λήψης συνιστώμενων φαρμάκων·

— υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος με συχνές επισκέψεις, ενημέρωση σε θέματα ψυχικής υγείας, άμβλυνση αισθημάτων ενοχής και κοινωνικής απόρριψης κ.ά.

Για κάθε άτομο καταστρώνεται ατομικό πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής ολοκλήρωσης. Επισκέψεις σε διαμερίσματα γίνονται δύο ή τρεις φορές την εβδομάδα. Η αναλογία προσωπικού προς ασθενείς είναι 1:5 περίπου. Η υποστήριξη προσφέρεται για απροσδιόριστο χρόνο.

Το δείγμα της έρευνας απετέλεσαν 55 πρώην νοσηλευόμενοι του ΨΝΘ που διέμεναν, κατά τη διάρκεια του 1998, σε προστατευμένα διαμερίσματα και δέχονταν την ψυχοκοινωνική φροντίδα της Β' ΟΨΣΑΤ. Αναφορικά με το φύλο, 33 ήταν άνδρες και 22 γυναίκες. Κατά μέσον όρο, η ηλικία τους ήταν 47 έτη. Στην πλειονότητά τους ήταν άγαμοι. Αναφορικά με την ψυχιατρική διάγνωση, ποσοστό 62% ανήκε στις ψυχώσεις σχιζοφρενικής ομάδας. Η μέση διάρκεια των νοσηλειών σε ψυχιατρικό νοσοκομείο ήταν 17,5 έτη. Τα άτομα αυτά διέμεναν σε προστατευμένα διαμερίσματα και δέχονταν τις υπηρεσίες της Β' ΟΨΣΑΤ επί, κατά μέσον όρο, 4,8 έτη. Στην πλειονότητά τους (64%) ήταν εργαζόμενοι σε προστατευμένες θέσεις εργασίας στα εργαστήρια των Συνεταιριστικών Θεραπευτικών Μονάδων του ΨΝΘ. Περίπου οι μισοί (57%) διέμεναν, ένα έτος πριν την εγκατάστασή τους σε προστατευμένο διαμέρισμα, στο ΨΝΘ. Αναφορικά με τη στάση τους ως προς τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, το 75% την ελάμβαναν κανονικά. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά παρουσιάζονται αναλυτικότερα στους πίνακες 1 και 2. Συνοπτικά, πρόκειται για άτομα με μακροχρόνια ψυχοπαθολογία και μακροχρόνιο ιστορικό νοσηλειών, παράγοντες που επηρεάζουν δυσμενώς τη λειτουργικότητά τους.

Πληροφορίες για τα δημογραφικά χαρακτηριστι-

Πίνακας 1. Περιγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών.

Δημογραφικό χαρακτηριστικό	Κατηγορία	f	% (N=55)	Max	Min	Mean	SD
Φύλο	Άρρεν	33	60				
	Θήλυ	22	40				
Ηλικία (έτη)*	έως 30	3	5,50				
	30-40	13	23,60				
	40-50	19	34,50	22,50	80,50	47,14	12,84
	50-65	15	27,30				
	65+	5	9,10				
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>							
	Άγαμοι	31	56,40				
	Έγγαμοι / συζούν	10	18,20				
	Διεζευγμένοι / χήροι	14	25,50				

(*) Η ηλικία, κατά τη συλλογή των στοιχείων, κωδικοποιήθηκε ως συνεχής μεταβλητή. Για χάρη της παρουσίασης, οι τιμές της ομαδοποιήθηκαν. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις για τη μεταβλητή αυτή βασίστηκαν στις αρχικές τιμές.

κά, το κλινικό ιστορικό και τη θεραπευτική πορεία ελήφθησαν από τον φάκελλο κάθε ασθενούς. Εξαιρέθηκαν οι εισαγωγές που είχαν γίνει για συνταξιοδοτικούς λόγους ή για νοσηλεία στο παθολογικό τμήμα του ΨΝΘ. Για το διάστημα που τα άτομα διέμεναν σε προστατευμένα διαμερίσματα (περίοδος 2), υπήρχαν πλήρη στοιχεία για τον αριθμό και τη διάρκεια των εισαγωγών τους στο ΨΝΘ. Δεν ήταν όμως εφικτό σε όλες τις περιπτώσεις να έχουμε ακριβή και πλήρη στοιχεία της κλινικής πορείας τους για την περίοδο πριν την εγκατάστασή τους σε προστατευμένα διαμερίσματα (περίοδος 1). Κάποια από τα άτομα είχαν ιστορικό νοσηλείας σε άλλα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας ή και στο εξωτερικό. Όπου ήταν δυνατόν, γινόταν διασταύρωση στοιχείων με πληροφορίες από τους ίδιους τους ενοίκους. Διαφορετικά, οι νοσηλείες που κατά την περίοδο 1 απλώς

αναφέρονταν στο ιστορικό, αλλά δεν υπήρχαν ξεκάθαρους πληροφορίες για τον αριθμό και τη διάρκεια τους, δεν συμπεριελήφθησαν στη φόρμα καταγραφής. Έτσι, ενώ ο υπολογισμός του αριθμού και της διάρκειας των νοσηλείων στο ΨΝΘ ήταν αξιόπιστος για την περίοδο 2 (μετά την εγκατάσταση σε προστατευμένο διαμέρισμα), για την περίοδο 1 εκτιμάται ότι ήταν μεγαλύτερος από αυτόν που έχει καταγραφεί.

Καθώς ο απόλυτος αριθμός νοσηλείων είναι ένας δείκτης, ο οποίος δεν επιτρέπει π.χ. συγκρίσεις μεταξύ ατόμων με τον ίδιο αριθμό νοσηλείων, αλλά διαφορετική χρονιότητα της νόσου και διαφορετικό διάστημα παραμονής σε προστατευμένο διαμέρισμα, υπολογίστηκε και ένας άλλος δείκτης που τον ονομάσαμε *Δείκτη Πυκνότητας Νοσηλείων (ΔΠΝ)*, ως εξής:

Πίνακας 2. Περιγραφή των κλινικών χαρακτηριστικών.

Κλινική μεταβλητή	Κατηγορία	f	% (N=55)	Max	Min	Mean	SD
Διάγνωση ¹	Σχιζοφρενικές διατ.	34	61,8				
	Διπολικές διατ.	12	21,8				
	Νευρωτικές διατ.	1	1,8				
	Κρίσεις «Ε» με διατ. συμπεριφοράς	2	3,6				
	Διατ. προσωπικότητας	5	9,1				
	Αλκοολισμός	1	1,8				
	Χρονιότητα (έτη) ²				47,86	2,03	17,52
Δείκτης Πυκνότητας Νοσηλειών (Περίοδος 1)				6,06	0	0,93	1,10
Διάρκεια (έτη) νοσηλειών (Περίοδος 1)				27,66	0	2,30	5,28
Χρόνος (έτη) επίβλεψης από τη Β' ΟΨΣΑΤ				7	0,73	4,76	1,82
Δείκτης Πυκνότητας Νοσηλειών (Περίοδος 2)				2,14	0	0,28	0,50
Διάρκεια (έτη) νοσηλειών (Περίοδος 2)				0,58	0	0,05	0,12
Εργασιακή κατάσταση	Εργαζόμενοι	35	63,6				
	Άνεργοι/ συνταξιούχοι	20	36,4				
Στάση ως προς τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής	Λαμβάνει τακτικά	41	74,5				
	Πρέπει να λαμβάνει, αλλά δεν το κάνει τακτικά	7	12,7				
	Υπερκατανάλωση	2	3,6				
	Δεν είναι σε φαρμακευτική αγωγή	4	7,3				
Αριθμός θεραπευτικών δραστηριοτήτων που παρακολούθησαν ³				8	1	3,25	1,54

(1) Όπως τέθηκε στο εξιτήριο από το ΨΝΘ.

(2) Σημείο αναφοράς για τον δείκτη αυτόν είναι η ημερομηνία της πρώτης εισαγωγής σε ψυχιατρικό νοσοκομείο / ιδιωτική κλινική.

(3) Η μεταβλητή αυτή αναφέρεται στον αριθμό των δραστηριοτήτων, στις οποίες οι ασθενείς συμμετείχαν κατά την παραμονή τους σε προστατευμένο διαμέρισμα: προγράμματα κοινωνικοποίησης, ψυχαγωγικές δραστηριότητες, προγράμματα τροποποίησης της συμπεριφοράς, ατομικές ψυχοθεραπευτικές δραστηριότητες, ομαδική ψυχοθεραπεία, εργασία / απασχόληση, φάρμακα κ.ά.

Για την περίοδο 1 (πριν από την εγκατάσταση σε προστατευμένο διαμέρισμα):

$$\Delta\text{ΠΝ } 1 = \frac{\text{Αριθμός αντίστοιχων νοσηλειών}}{\text{Διάστημα από την πρώτη νοσηλεία έως την εγκατάσταση σε προστατευμένο διαμέρισμα}}$$

Για την περίοδο 2 (μετά την εγκατάσταση σε προστατευμένο διαμέρισμα):

$$\Delta\text{ΠΝ } 2 = \frac{\text{Αριθμός αντίστοιχων νοσηλειών}}{\text{Διάστημα από την εγκατάσταση σε προστατευμένο διαμέρισμα έως 31.12.1998}}$$

Στατιστική ανάλυση:

Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS για Windows. Όλες οι μεταβλητές εξετάστηκαν, με όρους περιγραφικής στατιστικής, ως προς τη συχνότητα, τη σχετική συχνότητα, το εύρος, τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση. Επιπλέον:

- Το κριτήριο t χρησιμοποιήθηκε, για να συγκριθούν δύο χρονικές περιόδους ως προς τον ΔΠΝ και τη διάρκεια των νοσηλειών.
- Συγκρίσεις μέσων όρων έγιναν για να συγκριθούν τα επίπεδα των κατηγορικών μεταβλητών (του πίνακα 1) αναφορικά με τους μέσους όρους του ΔΠΝ και της διάρκειας των νοσηλειών (για την περίοδο 2).
- Ο Pearson- r υπολογίστηκε, για να συσχετισθούν οι δύο παραπάνω μεταβλητές με τις υπόλοιπες (αριθμητικές) δημογραφικές και κλινικές μεταβλητές.

Αποτελέσματα

Τα στατιστικώς σημαντικά ευρήματα παρουσιάζονται στους πίνακες 3 και 4. Ανακεφαλαιώνοντας τα αποτελέσματα:

- Διαπιστώθηκε σημαντική μείωση, τόσο του ΔΠΝ ($p < 0,01$) όσο και της διάρκειας των νοσηλειών ($p < 0,01$) κατά την περίοδο που οι ένοικοι διέμεναν σε προστατευμένα διαμερίσματα και παρακολουθούσαν το πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της Β΄ ΟΨΣΑΤ, σε σύγκριση με την περίοδο πριν την εγκατάστασή τους σε διαμέρισμα.
- Από τις μεταβλητές που εξετάστηκαν μόνον η ηλικία ($r = -0,41$, $p < 0,01$) και η χρονιότητα της ασθένειας ($r = -0,37$, $p < 0,01$) φάνηκαν να συσχετίζονται με τον ΔΠΝ, κατά την περίοδο μετά την εγκατάσταση σε προστατευμένο διαμέρισμα. Επίσης, για την ίδια περίοδο, η ηλικία βρέθηκε να συσχετίζεται και με τη διάρκεια των νοσηλειών ($r = -0,30$, $p < 0,05$).

Συζήτηση

Είναι ενδιαφέρον το εύρημα ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική μείωση τόσο του Δείκτη Πυκνότητας Νοσηλειών όσο και της διάρκειας των νοσηλειών, στην περίοδο μετά τη μετακίνηση σε προστατευμένο διαμέρισμα, σε σύγκριση με την προηγούμενη περίοδο.

Σχολιάζοντας το παραπάνω, πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι οι νοσηλείες στο ψυχιατρείο πριν τη μετακίνηση σε προστατευμένο διαμέρισμα, μπορεί να έλαβαν χώρα και για λόγους πέραν των αυστηρώς κλινικών (π.χ. απώλεια δυνατότητας στέγασης σε δικό τους σπίτι, απροθυμία της οικογένειας να τους δεχθεί πίσω, έλλειψη συγγενικού περιβάλλοντος κ.ά.), λόγοι που εξηγούν επίσης και τη μεγαλύτερη διάρκεια των αντίστοιχων νοσηλειών.

Η νοσηλεία, όπως αναφέρουν οι Sullivan και συν.,¹² είναι μια σύνθετη διαδικασία, στην οποία εμπλέκονται κλινικοί και κοινωνικοί παράγοντες: πρωτοβουλία για αναζήτηση βοήθειας από τον ενδιαφερόμενο, κλινικές αποφάσεις που παίρνονται από τους επαγγελματίες, βαθμός ανοχής της κοινότητας ή αυτών που παρέχουν φροντίδα στο άτομο για α-

Πίνακας 3. Στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα.

Μεταβλητή	Περίοδος	X	SD	Κριτήριο t	p
Δείκτης Πυκνότητας Νοσηλειών	1	0,93	1,10	4,42	<0,01
	2	0,28	0,50		
Διάρκεια νοσηλειών	1	2,30	5,28	3,16	<0,01
	2	0,05	0,12		

Πίνακας 4. Στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας.

Μεταβλητή	Ηλικία	Χρονιότητα της νόσου
Δείκτης Πυκνότητας Νοσηλειών περιόδου 2	r = -0,41 p < 0,01	r = -0,37 p < 0,01
Διάρκεια νοσηλειών περιόδου 2	r = -0,30 p < 0,05	

συνήθιστη ή εν δυνάμει επικίνδυνη συμπεριφορά. Από αυτή την άποψη, τα δεδομένα μπορεί να μην είναι απ' ευθείας συγκρίσιμα, με την έννοια ότι δεν είναι σαφές κατά πόσον η μείωση του ρυθμού και της διάρκειας των νοσηλειών είναι αποτέλεσμα της βελτίωσης της κατάστασης των ασθενών ή της αλλαγής άλλων παραγόντων, που διαφοροποιούν τα κριτήρια νοσηλείας, στις περιόδους πριν και μετά την εγκατάσταση σε προστατευμένο διαμέρισμα. Οι Τομαράς και συν.⁴ αναφέρουν ότι το ποσοστό υποτροπών στο δείγμα τους ήταν αρκετά υψηλό, όχι όμως και εκείνο των νοσηλειών. Υπέθεσαν λοιπόν ότι η μείωση των νοσηλειών δεν οφείλονταν σε μείωση των υποτροπών, αλλά σε τροποποίηση άλλων παραγόντων, όπως της στάσης των αρρώστων απέναντι στη νοσηλεία και της έγκαιρης λήψης μέτρων αποφυγής (ψυχοεκπαιδευτική συνιστώσα του προ-

γράμματός τους). Έτσι, τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης μπορεί να επιδρούν τόσο στην εξέλιξη της υποτροπής, με κατάλληλη προσαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής και υποστήριξη στην κρίση, όσο και στους κοινωνικούς παράγοντες που επιδρούν στην επανεισαγωγή. Αλλά το εύρημα αυτό έχει αξία από την άποψη του ότι η νοσηλεία αντιπροσωπεύει μία από τις πιο δαπανηρές παρεμβάσεις στη θεραπεία ψυχωσικών διαταραχών, τόσο από την πλευρά του οικονομικού κόστους στο σύστημα ψυχικής υγείας όσο και από την πλευρά του συναισθηματικού κόστους για τον ασθενή.¹² Παρότι είναι δύσκολο να προσδιορισθούν οι παράγοντες που είναι θεραπευτικοί σε ένα σύνθετο πρόγραμμα, στοιχεία όπως η παροχή στέγης και εργασίας, ο περιορισμός των στρεσογόνων καταστάσεων που συνδέονται με αυτά, η καλύτερη συμμόρ-

φωση με τη φαρμακευτική αγωγή, η παροχή υποστηρικτικού, ψυχοεκπαιδευτικού, μη κριτικού περιβάλλοντος, όλα αυτά που αποτελούν και το πλαίσιο στόχων του προγράμματος ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της Β΄ ΟΨΣΑΤ, συνεισφέρουν στη μείωση της αναγκαιότητας για εισαγωγή στο ψυχιατρείο (ή ακόμη και μειώνουν τη διάρκεια μιας αναπόφευκτης νοσηλείας), ώστε να αντιμετωπισθεί η υποτροπή, ενώ την ίδια στιγμή ενδυναμώνουν στους ενοίκους την αυτοεκτίμηση και την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους.¹³

Ηλικία μεγαλύτερη των 40 ετών έχει βρεθεί και σε άλλες έρευνες¹⁴ ότι μειώνει την πιθανότητα επανεισαγωγών. Οι μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς δεν εμφανίζουν σημαντικές αλλαγές στην ψυχοπαθολογία, ενώ το κλινικό προφίλ τους φαίνεται να κυριαρχείται από τα αρνητικά συμπτώματα της ασθένειας.

Σε έναν νεαρής ηλικίας ασθενή, οι υποτροπές μπορεί να είναι πιο έντονες, με την εμφάνιση πιο πολύ των θετικών συμπτωμάτων και μεγαλύτερες πιθανότητες για εμφάνιση επικίνδυνων συμπεριφορών. Η διαφορά αυτή στη συμπτωματολογία μπορεί να επηρεάζει τις αποφάσεις του προσωπικού αναφορικά με τις επανεισαγωγές.

Η αρνητική συσχέτιση της χρονιότητας της ασθένειας με τον Δείκτη Πυκνότητας Νοσηλείων θα μπορούσε να εξηγηθεί με δύο τρόπους:

- Πρώτον, η μεγάλη διάρκεια της ασθένειας υπονοεί ότι το άτομο είναι μεγάλο σε ηλικία και έτσι φαίνεται ότι οι δύο αυτές μεταβλητές δεν είναι ανεξάρτητες.
- Δεύτερον, η μειωμένη κοινωνική δραστηριότητα και η σταδιακή απόσυρση από τις συνηθισμένες δραστηριότητες και την εργασία/απασχόληση μπορεί να σημαίνει μειωμένη έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες καθημερινής διαβίωσης, οι οποίοι με τη σειρά τους σχετίζονται με τις υποτροπές.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι υπάρχουν ανάγκες φροντίδας σε όλη τη διάρκεια της ζωής πολλών ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια, κατάθλιψη ή διπολική διαταραχή, καθώς και το μειωμένο κόστος των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών παροχής μετανοσοκομειακής ψυχοκοινωνικής φροντίδας σε σχέση με την παραδοσιακή ψυχιατρική φροντίδα,^{1,7} τα αποτελέσματα αυτής της εργασίας καταδεικνύουν τη σημασία και την αποτελεσματικότητα των πρώτων, τη χρονική μάλιστα στιγμή που στα ψυχιατρεία της χώρας έχουν ήδη αρχίσει διαδικασίες αποϊδρυματοποίησης και δημιουργίας διαφόρων τύπων στέγασης και παροχής εξωνοσοκομειακών προγραμμάτων αποκατάστασης-επανάταξης στην κοινότητα.

Βέβαια, μια τέτοια έρευνα θα έπρεπε να συμπληρωθεί με τη διερεύνηση και άλλων παραμέτρων της πορείας των ατόμων στην κοινότητα, όπως της ποιότητας ζωής, του επιπέδου λειτουργικότητας, της κοινωνικής ενσωμάτωσης και της επαγγελματικής αποκατάστασης. Ο ρυθμός νοσηλείων σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, ενδεχομένως να μην είναι τόσο σημαντικός παράγων όσο άλλες μεταβλητές, στη διαμόρφωση της αντίληψης των ασθενών για την ποιότητα ζωής τους. Η εκτίμηση της έκβασης τέτοιων προγραμμάτων από την άποψη των παραπάνω παραγόντων θα βοηθούσε καλύτερα στην κατανόηση της φύσης και της αποτελεσματικότητάς τους σε μακροχρόνια βάση.

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τα ακόλουθα μέλη του προσωπικού της Β΄ ΟΨΣΑΤ, που συμμετείχαν στη συγκέντρωση των στοιχείων: Γκαϊτατζή Χ., Ζέλα Π., Καπανίδης Κ., Κωνσταντινίδου Σ., Κώστογλου Ε., Νούσια Μ., Πλιάκα Δ. και Τζούμα Χ.

Evaluation of a psychological rehabilitation program of chronic mentally ill patients

M.N. Papadopoulou,¹ G.F. Angelidis²

¹Day Hospital, Psychiatric Hospital of Thessaloniki, Greece

²Community Mental Health Center of Katerini, Greece

Psychiatriki 2005, 16:341–350

The aim of the present study was to evaluate the effectiveness of a psychosocial rehabilitation program (program of sheltered apartments in the Community). Criterion of such an evaluation was the comparison of both the frequency and duration of their admissions to the Psychiatric Hospital of Thessaloniki, before and after their settlement into a sheltered apartment. The sample consisted of 55 chronic psychiatric patients who were living into sheltered apartments, during 1998. Results supported a statistical significant reduction in the above two indices, during the period that they were following the program, compared to the period before the program.

Key words: *psychosocial rehabilitation, quality assessment, deinstitutionalisation, aftercare, admissions, tertiary prevention.*

G.F. Angelidis, Community Mental Health Center, 25th Martiou 102, 60100 Katerini, Greece

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Σαραντίδης Δ. Η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Ψυχιατρική* 1991, 2:200-208.
2. Scheid TL, Greenly JR. Evaluation of organizational effectiveness in mental health programs. *J Health Soc Behav* 1997, 38:403-426.
3. Durbin J, Goering P, Wasylenki D, Roth J. Meeting the challenge: Field evaluation of community support programs. *Psychosoc Rehab J* 1995, 19:19-26.
4. Τομαράς Β, Ιωάννοβιτς Ε, Μαδιανός Μ, Καψάλη Α, Μαράβελης Δ, Στεφανής Κ. Αποκατάσταση ψυχιατρικών αρρώστων: Προοπτική αξιολόγηση αποτελέσματος. *Ψυχιατρική* 1992, 3:67-76.
5. D' Ercole A, Struening E, Curtis J, Millman E, Morris A. Effects of diagnosis, demographic characteristics and case management on rehospitalisation. *Psychiatric Services* 1997, 48:682-688.
6. Okin RL, Borus JF, Baer L, Jones AL. Long-term outcome

- of state hospital patients discharged into structured community residential settings. *Psych Serv* 1995, 46:73-78.
7. Nelson G, Sadeler C, Cragg S.M. Changes in rates of hospitalisation and cost savings for psychiatric consumers participating in a case management program. *Psychosoc Rehab J* 1995, 18:113-123.
 8. Marks I. Innovations in mental health care delivery. *Br J Psychiatry* 1992, 160:589-597.
 9. Β΄ ΟΨΣΑΤ. Ετήσιος απολογισμός λειτουργίας, 1998.
 10. Αγγελίδης Γ, Αζορίδου Δ και συν. Ψυχιατρική φροντίδα σε προστατευμένο χώρο διαβίωσης στην κοινότητα: Εμπειρίες από τους πρώτους 18 μήνες λειτουργίας της Β΄ Ομάδας Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Αστικού Τύπου του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 1993, 44:34-45.
 11. Τζούμα Χ, Ζέλα Π, Γκαϊτατζή Χ, Μπρισίμη Γ, Καπανίδης Κ, Αγγελίδης Γ. Διαβίωση χρόνιων ψυχιατρικών αρρώστων σε προστατευμένο χώρο διαβίωσης στην κοινότητα: Εκτίμηση της ποιότητας ζωής τους. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 1995, 49:90-95.
 12. Sullivan G, Young AS, Morgenstern H. Behaviors as risk factors for rehospitalisation: implications for predicting and preventing admissions among the seriously mentally ill. *Soc Psychiatry Psych Epidemiol* 1997, 32:185-190.
 13. Whiteley JS. Developments in the therapeutic community. *Psychiatriki* 1991, 2:34-41.
 14. Doering S, Muller E, et al. Predictors of relapse and rehospitalisation in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Bull* 1998, 24:87-98.