



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**Αντιλήψεις και στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι
στην ακούσια νοσηλεία**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τσουκαλά Αικατερίνη

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:
Σουλιώτης Κυριάκος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Επιβλέπων
Στυλιανίδης Στυλιανός, Καθηγητής
Κοντιάδης Ξενοφών, Καθηγητής

Κόρινθος, Ιούνιος 2017

Copyright © Τσουκαλά Αικατερίνη, 2017.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απογορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι αποψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν το συγγραφέα και μόνο.

Στην οικογένειά μου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Μετά το πέρας της εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Σουλιώτη Κυριάκο , αναπληρωτή καθηγητή για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε και για την καθοδήγηση σε όλη την διάρκεια πραγματοποίησης της εργασίας μου. Τον κ. Στυλιανίδη Στυλιανό ,καθηγητή για την αποδοχή του να αποτελέσει μέρος της εν λόγω ερευνητικής εργασίας και με τις χρήσιμες επισημάνσεις και συμβουλές να καταλήξω στο επιθυμητό αποτέλεσμα καθώς και τον κ. Κοντιάδη Ξενοφόντα για την πολύτιμη βοήθεια και υποστήριξη . Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συμμετείχαν στο ερευνητικό μέρος και η βοήθειά τους υπήρξε πολύτιμη για την εκπόνηση και ολοκλήρωση της εργασίας. Τέλος, ευχαριστώ την οικογένειά μου και τους φίλους που μου στάθηκαν καθόλη την διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Θεωρητική θεμελίωση έρευνας. Εννοιολογική οριοθέτηση των ψυχικών διαταραχών	12
1.1 Ψυχικές διαταραχές και η αντιμετώπισή τους.....	12
1.2 Τύποι ακούσιας νοσηλείας	15
1.2.1 Ακούσια νοσηλεία ως προληπτικό ή θεραπευτικό μέτρο	15
1.2.2 Ακούσια νοσηλεία ως μέτρο ασφαλείας	15
1.3 Καθεστώς ακούσιων νοσηλειών σε χώρες της Ευρώπης	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Ρυθμιστικό Πλαίσιο.....	18
2.1 Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση	18
2.2 Θεσμικό πλαίσιο	19
2.2.1 Σε διεθνές επίπεδο	19
<i>Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου</i>	19
<i>Σύσταση της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου Υπουργών της Ευρώπης</i>	20
2.2.3 Σε εθνικό επίπεδο	22
2.3 Ελληνική νομοθεσία και ακούσια νοσηλεία	23
2.4 Προβλήματα στην εφαρμογή των διαδικαστικών προϋποθέσεων του Ν. 2071/1992 για ακούσιο εγκλεισμό	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Αντιλήψεις και στάσεις των επαγγελματιών υγείας έναντι στην ακούσια νοσηλεία	31
3.1 Στάσεις και αντιλήψεις.....	31
3.1.1 Η έννοια των στάσεων.....	31
3.1.2 Η έννοια των αντιλήψεων.....	32

3.1.3 Στίγμα	32
3.2 Η έννοια των στάσεων και αντιλήψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.....	33
έναντι στην Ψυχιατρική και την ψυχική νόσο.....	33
3.3 Η έννοια των στάσεων και αντιλήψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.....	34
έναντι στην ακούσια νοσηλεία	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Διεξαγωγή εμπειρικής έρευνας	37
4.1 Μεθοδολογία	37
4.1.1 Ορισμός ερευνητικού προβλήματος.....	37
4.1.2 Στάδια δειγματοληψίας.....	37
<i>Πληθυσμός</i>	37
<i>Μέθοδος δειγματοληψίας</i>	38
4.1.3 Ερωτηματολόγιο.....	38
4.2 Αποτελέσματα	39
4.2.1 Χαρακτηριστικά δείγματος	39
4.2.2 Εμπιστοσύνη στην Ψυχιατρική	43
4.2.3 Κλίμακα επικινδυνότητας του Ψυχικά Ασθενή.....	44
4.2.4 Κλίμακα Στάσεων στην Ακούσια Νοσηλεία.....	47
4.2.5 Κλίμακα Γνώσεων σε σχέση με τη Νομοθεσία της Ακούσιας Νοσηλείας ...	50
4.2.6 Διερεύνηση Συσχετίσεων	55
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	58
ABSTRACT	60
ΠΗΓΕΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	61
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: Ερωτηματολόγιο έρευνας.....	71

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το Φύλο	39
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Περιγραφικά μέτρα της Ηλικίας του δείγματος	40
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με την Οικογενειακή Κατάσταση	40
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το Εκπαιδευτικό Επίπεδο	41
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με την Ειδικότητα	41
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με τον Εργασιακό Τομέα	42
ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Εργασία σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο ή Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου	42
ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Περιγραφικά μέτρα των ετών εργασίας σε Ψυχιατρική Κλινική	42
ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Περιστατικό ψυχικής ασθένειας στο στενό οικογενειακό/κοινωνικό κύκλο	43
ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Εμπιστοσύνη στην Ψυχιατρική	43
ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Κλίμακα επικινδυνότητας του Ψυχικά Ασθενή	45
ΠΙΝΑΚΑΣ 12 Περιγραφικά μέτρα του Συνολικού Σκορ της Επικινδυνότητας	46
ΠΙΝΑΚΑΣ 13 Κλίμακα Στάσεων για την Ακούσια Νοσηλεία	48
ΠΙΝΑΚΑΣ 14 Περιγραφικά μέτρα του Συνολικού Σκορ των Στάσεων για την Ακούσια Νοσηλεία	50
ΠΙΝΑΚΑΣ 15 Κλίμακα Γνώσεων σε σχέση με τη Νομοθεσία της ακούσιας νοσηλείας	52
ΠΙΝΑΚΑΣ 16 Περιγραφικά μέτρα του Συνολικού Σκορ των Γνώσεων σχετικά με τη Νομοθεσία της Ακούσιας Νοσηλείας	54
ΠΙΝΑΚΑΣ 17 Διερεύνηση σχέσης ανάμεσα στις γνώσεις σχετικά με τη Νομοθεσία της Ακούσιας Νοσηλείας, τις στάσεις για την Ακούσια Νοσηλεία και την επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή	56
ΠΙΝΑΚΑΣ 18 Διερεύνηση σχέσης ανάμεσα στις γνώσεις σχετικά με τη Νομοθεσία της Ακούσιας Νοσηλείας, τις στάσεις για την Ακούσια Νοσηλεία και την επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή με την εμπιστοσύνη για την Ψυχιατρική	57

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1 Συνολικό Σκορ Επικινδυνότητας.....	47
ΓΡΑΦΗΜΑ 2 Συνολικό Σκορ Στάσεων για την Ακούσια Νοσηλεία.....	50
ΓΡΑΦΗΜΑ 3 Συνολικό Σκορ Γνώσεων σχετικά με τη Νομοθεσία της Ακούσιας Νοσηλείας.....	55

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία πραγματεύεται την ακούσια νοσηλεία των ψυχικά πασχόντων.

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων και των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στην ακούσια νοσηλεία. Επίσης αναζητήθηκαν οι σχέσεις ανάμεσα στις γνώσεις για την νομοθεσία, στις στάσεις απέναντι σε αυτή, στο βαθμό εμπιστοσύνης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην Ψυχιατρική και στο βαθμό συμφωνίας με το στερεότυπο της επικινδυνότητας.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω έντυπου και ηλεκτρονικού δομημένου ερωτηματολογίου. Η διάρκεια της συλλογής των δεδομένων διήρκησε σχεδόν 2 μήνες και το δείγμα περιλαμβάνει 83 επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η έρευνα διεξήχθη στην περιοχή της Πάτρας.

Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι μεγαλύτερη αποδοχή της ακούσιας νοσηλείας συνδέεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με ολοένα και μεγαλύτερη εσωτερίκευση του στερεότυπου της επικινδυνότητας. Όσο μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στην Ψυχιατρική συνδέεται με περισσότερες γνώσεις του νομικού πλαισίου της ακούσιας νοσηλείας. Επίσης όσο μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στην Ψυχιατρική τόσο θετικότερες οι στάσεις απέναντι στην ακούσια νοσηλεία και τέλος διαπιστώθηκε ότι οι γνώσεις για την νομοθεσία δεν συνδέονται με τις στάσεις απέναντι στην ακούσια νοσηλεία.

Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν την ανάγκη ανάπτυξης προγραμμάτων ευαισθητοποίησης και κατάρτισης σε θέματα που αφορούν όλο το πλαίσιο της ακούσιας νοσηλείας.

Λέξεις -κλειδιά: Ακούσια ψυχιατρική νοσηλεία, ψυχιατρικές υπηρεσίες και ψυχικές διαταραχές, στάσεις επαγγελματιών ψυχικής υγείας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη πραγματεύεται την ακούσια νοσηλεία των ψυχικά πασχόντων ,η οποία λαμβάνει χώρα όταν η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής δεν επιτρέπει την σωστή κρίση του ασθενούς αναφορικά με την υγεία του. Όλα τα ζητήματα που έχουν άμεση σχέση με την ακούσια νοσηλεία μέσω εισαγγελικής εντολής, ρυθμίζονται με τον Ν. 2071/92.

Για την προσέγγιση και θεωρητική θεμελίωση του συγκεκριμένου θέματος επιχειρήθηκε ,στο πρώτο κεφάλαιο, η εννοιολογική οριοθέτηση της ψυχικής διαταραχής , ο ορισμός και οι τύποι της ακούσιας νοσηλείας καθώς και το καθεστώς των ακούσιων νοσηλειών που παρά το γεγονός της εξέλιξης της ψυχιατρικής θεραπευτικής φροντίδας παρατηρείται μία αύξηση των ακούσιων ψυχιατρικών νοσηλειών.

Επιπροσθέτως, έγινε εκτενής αναφορά στο θεσμικό πλαίσιο σε διεθνές και εθνικό επίπεδο. Πιο αναλυτικά, με το ν. 2071/1992 αναμορφώθηκε καθ' ολοκληρία ο θεσμός της ακούσιας νοσηλείας αλλά στην πράξη αποδείχθηκε δύσκολα αφομοιώσιμος. Οι αντιδράσεις κινήθηκαν από την εσφαλμένη ερμηνεία και την έλλειψη συμμόρφωσης μέχρι τη ρητή αμφισβήτηση του θεσμικού δικαίου, ιδίως μάλιστα εκ μέρους των εισαγγελικών αρχών (Κοτσαλή,2002). Αλλά και η στάση των δικαστηρίων (ιδιαίτερα για την τήρηση των αυστηρών προθεσμιών) υπήρξε πολύ λίγο εναρμονισμένη με το νέο σύστημα, ενισχύοντας έτσι για ακόμα μια φορά, την απόλυτη και δογματική κριτική ότι η δικαστική και διοικητική πρακτική εξελίσσονται ερήμην του νόμου, σε βάρος όμως, πάντα, των δικαιωμάτων του ανθρώπου (Κοσμάτου, 2002).

Στο τρίτο κατά σειρά κεφάλαιο παρουσιάζονται η έννοια των στάσεων και αντιλήψεων καθώς και οι στάσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας έναντι στην ακούσια νοσηλεία σε παγκόσμιο , σε ευρωπαϊκό και σε εθνικό επίπεδο, βασιζόμενες σε σχετικές έρευνες.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η Μεθοδολογία ,ο σκοπός, τα ερευνητικά ερωτήματα και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναλυτικά. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων και των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στην ακούσια νοσηλεία. Πιο συγκεκριμένα, τα ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν είναι τα εξής:

- α) Η διερεύνηση του βαθμού γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στην ακούσια νοσηλεία
- β) Η διερεύνηση του βαθμού εμπιστοσύνης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στην Ψυχιατρική
- γ) Η διερεύνηση του βαθμού εσωτερίκευσης του στερεότυπου της επικινδυνότητας
- δ) Η αναζήτηση των σχέσεων ανάμεσα στις γνώσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τη νομοθεσία της ακούσιας νοσηλείας, στις στάσεις τους απέναντι σε αυτή, στο βαθμό εμπιστοσύνης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην Ψυχιατρική και στο βαθμό συμφωνίας με το στερεότυπο της επικινδυνότητας.

Για την επεξεργασία των δεδομένων και την ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Θεωρητική θεμελίωση έρευνας. Εννοιολογική οριοθέτηση των ψυχικών διαταραχών

1.1 Ψυχικές διαταραχές και η αντιμετώπισή τους

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ, 2007), θεωρεί την υγεία ένα φαινόμενο πολυδιάστατο καθώς συνδυάζει τη σωματική, κοινωνική και ψυχική ευεξία του ανθρώπου. Έχουν δοθεί διάφοροι ορισμοί της ψυχικής υγείας που δείχνουν μια αδυναμία συμφωνίας, καθώς η ψυχική νόσος δεν χαρακτηρίζεται απλώς και μόνο από την απουσία νόσου, ιδιαίτερα όταν παύουν να υπάρχουν έννοιες όπως για παράδειγμα η ευεξία, η λειτουργικότητα, η ανεξαρτησία, η αποτελεσματικότητα, η πνευματική ανάπτυξη, ψυχική συγκρότηση και αυτοπραγμάτωση. Η ψυχική υγεία «...είναι μια κατάσταση ευημερίας, κατά την οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δυνατότητές του, είναι σε θέση να αντεπεξέλθει στα συνηθισμένα άγχη της ζωής, δύναται να εργάζεται παραγωγικά και αποτελεσματικά, και είναι ικανό να προσφέρει στο κοινωνικό του περιβάλλον» (ΠΟΥ, 2007). Η ψυχική υγεία δηλαδή, δεν σχετίζεται μόνο με τη λειτουργία του ανθρώπινου εγκεφάλου, αλλά σχετίζεται και με άλλες παραμέτρους όπως οικονομικές, κοινωνικές, πολιτισμικές, εργασιακές ή ακόμη και οικογενειακές (Σακελλάρης Α., 2008).

Η ψυχική διαταραχή είναι ένα σύνθετο πρόβλημα που χαρακτηρίζεται από ένα ευρύ σύνολο συμπτωμάτων και εμπειριών που επηρεάζουν τη σκέψη, την διάθεση, το συναίσθημα, τη συμπεριφορά του ανθρώπου αλλά και την επικοινωνία του με τους άλλους. Η ψυχική διαταραχή μπορεί να παρουσιαστεί σε κάθε οικογένεια και να προσβάλει άτομα όλων των ηλικιών, παιδιά, εφήβους, ενήλικες και ηλικιωμένους. Μπορεί να χαρακτηρίζεται από ποικιλία συμπτωμάτων διαφορετικά μεταξύ τους, ανάλογα με την νόσο. Μια ψυχική διαταραχή μπορεί, ακόμα, να είναι το αποτέλεσμα κάποιας σωματικής ασθένειας ή να εκδηλώνεται με σωματική συμπτωματολογία. Όλο το φάσμα των ψυχικών διαταραχών εκδηλώνεται με ψυχική και συναισθηματική ανεπάρκεια, παρέκκλιση της συμπεριφοράς, έκπτωση της μνήμης, μειωμένη ή και απώλεια επαφής με την πραγματικότητα, ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες. Η έναρξη των συμπτωμάτων αυτών μπορεί να γίνει ξαφνικά ή η πιο έντονη συμπτωματολογία να εμφανιστεί μετά από μια περίοδο φυσιολογικής ζωής (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2004).

Τα κριτήρια των ψυχικών διαταραχών σχετίζονται με την έννοια της νοσηρότητας και γίνεται αναφορά σε μη φυσιολογικά ή παθολογικά αίτια. Η κατηγοριοποίηση των διαταραχών γίνεται με βάση την διάρκεια, το αν υπάρχει υποτροπή και αν προκαλείται σε κάποιο βαθμό προσωπική δυσφορία ή έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε έναν ή περισσότερους τομείς της ζωής (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2002).

Ένα διεθνές σύστημα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών έχει αναπτυχθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) με κλινικές περιγραφές και διαγνωστικές οδηγίες χρήσιμο για κλινικούς και ερευνητικούς σκοπούς (ICD-10, World Health Organization, 1993). Στην Ελλάδα αναγνωρίζεται, τα τελευταία χρόνια, ο ξεχωριστός ρόλος των οικογενειών που φροντίζουν κάποιο μέλος τους που πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή. Σ' αυτό συντελεί το γεγονός ότι οι οικογένειες, σπάζοντας το φράγμα της σιωπής και του στίγματος, αρχίζουν να διεκδικούν σημαντικά ζητήματα που τις αφορούν άμεσα και αναφέρονται στην ψυχική υγεία.

Η συχνότητα των ψυχικών διαταραχών είναι μεγάλη και αποτελεί μείζον θέμα δημόσιας υγείας. Προσβάλλουν ανθρώπους σε όλες τις χώρες και κοινωνίες και παρουσιάζονται σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες. Σε παγκόσμιο επίπεδο, 450 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν σήμερα από κάποια ψυχοκοινωνική διαταραχή, ενώ εκτιμάται ότι σε ποσοστό είναι το 10% των ενηλίκων. Ως προς το φύλο δεν υπάρχει σημαντική διαφορά. Εκτιμάται ότι το 20-25% του πληθυσμού θα εμφανίσει κάποια στιγμή της ζωής τους ήπιες ή σοβαρές ψυχικές διαταραχές (World Health Organization, 2001).

Συμπερασματικά, η ψυχική ασθένεια είναι παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση επιθετικής συμπεριφοράς στην κοινότητα. Ο κίνδυνος ανάμειξης του ασθενή σε βίαιες πράξεις αυξάνεται σημαντικά από τον συνδυασμό ψυχικής ασθένειας και κατάχρησης αλκοόλ ή φαρμακευτικών ουσιών. Ίσως ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εκτίμηση του ασθενή και την προσπάθεια πρόληψης του βίαιου επεισοδίου είναι η ενεργή συμπτωματολογία. Η πιο συχνή αιτία που οδηγεί στον περιορισμό του ασθενή είναι η σύγκρουση ανάμεσα στο προσωπικό και τον ασθενή. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι πολύ ευάλωτο εξαιτίας της συχνής επαφής που έχει με τους ασθενείς και το ρόλο που παίζει στον καθορισμό ορίων στην καθημερινή ζωή του ασθενή (Foster C., Bowers L. & Nijman H., 2007). Η δημιουργία θεραπευτικής συμμαχίας με

τον ασθενή είναι σημαντικός στόχος και το πιο κατάλληλο μέσο αντιμετώπισης των επιθετικών ασθενών (Μαδιανός Μ., 2004).

Η εκπαίδευση του ασθενή να εκφράζει τα συναισθήματά του, να αναγνωρίζει έγκαιρα αισθήματα θυμού και να επιστρατεύει τεχνικές που έχει μάθει για να τα αντιμετωπίζει βοηθούν πολύ την κατάσταση. Παρ' όλα αυτά, το μέτρο που εφαρμόζεται για να ελεγχθεί η επιθετική συμπεριφορά είναι ο εγκλεισμός στην απομόνωση και ο σωματικός περιορισμός (χρήση μηχανικών μέσων για να περιοριστεί ο ασθενής στο κρεβάτι του) (Mulvey E.,1994).

Η προσπάθεια να συνδέσουμε δημογραφικά στοιχεία με την εφαρμογή περιοριστικών μέτρων δείχνει ότι η ηλικία (οι νεαρότερες ηλικίες των ασθενών), η ακούσια εισαγωγή τους για νοσηλεία, η εθνικότητα (οι μαύροι φαίνεται να μπαίνουν συχνά στην απομόνωση, δεν υπάρχουν όμως επαρκείς αποδείξεις στη βιβλιογραφία που να συνδέουν την εθνικότητα με τα περιοριστικά μέτρα), το φύλο (οι άντρες περιορίζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες) και η διάγνωση (οι ασθενείς με σχιζοφρένεια) φαίνεται να επιδρούν στην εφαρμογή περιοριστικών μέτρων (Mulvey E,1994) .

Η ακούσια νοσηλεία και τα περιοριστικά μέτρα χρησιμοποιούνται σε πάσχοντες που δεν έχουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους. Η ελευθερία κινήσεων των ασθενών περιορίζεται όταν το προσωπικό πιστεύει ότι ο ασθενής δεν είναι ικανός να πάρει αποφάσεις για τον εαυτό του. Οι επαγγελματίες υγείας ενεργούν πατερναλιστικά για να βεβαιωθούν ότι οι ασθενείς λαμβάνουν τη θεραπεία ή είναι ασφαλείς παρά τις αντιδράσεις των ίδιων των ασθενών (Phillips P. & Nasr S.,1983). Στην πράξη φαίνεται ότι είναι δύσκολο να υπάρξει ισορροπία ανάμεσα στα δικαιώματα και τις ανάγκες του ασθενή και την προστασία του κοινού (Way B. & Banks S.A.,1991) . Καθώς οι νοσηλευτές είναι σε ζωτική θέση σχετικά με την απόφαση που λαμβάνεται για περιορισμό του ασθενή, είναι πολύ σημαντικό να έχουν τις γνώσεις, την εμπειρία και την ηθική κρίση, ώστε να κρίνουν ποιες παρεμβάσεις θα έχουν ωφέλειες για τους ασθενείς και να μπορέσουν να τις εφαρμόσουν. Το κλειδί στην πρόληψη και αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών είναι η εκπαίδευση, η κατάρτιση και η συνεχής ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού (Jonker E.J., Goossens P.J., Steenhuis I.H. & Oud N.E.,2004). Ο σκοπός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει πάντα να είναι η ολιστική προσέγγιση του ασθενή, με ποιότητα στην φροντίδα του , με παροχή

εξατομικευμένης και ανθρωποκεντρικής φροντίδας σε συνδυασμό με την προστασία της αυτονομίας και της αξιοπρέπειας του ασθενή .

1.2 Τύποι ακούσιας νοσηλείας

1.2.1 Ακούσια νοσηλεία ως προληπτικό ή θεραπευτικό μέτρο

Ο εγκλεισμός ψυχικά πάσχοντα σε ψυχιατρική κλινική για προληπτικούς ή θεραπευτικούς λόγους επιβάλλεται με σκοπό την αποφυγή επιδείνωσης της κατάστασης της υγείας του ή την αποτροπή βίαιων πράξεων κατά του ίδιου ή κατά τρίτων προσώπων (Γεωργάκα Ε., 2009). Είναι το τελευταίο μέτρο της πολιτείας για την προστασία της ψυχικής υγείας των νοσούντων , που λόγω της πάθησής τους δεν είναι ικανοί να αναγνωρίσουν και να κατανοήσουν την κατάστασή τους και να αποφασίσουν για το καλό της υγείας τους. Πρόκειται για το έσχατο μέτρο όταν η ψυχική κατάσταση των νοσούντων είναι εκτός ελέγχου και τα προληπτικά μέτρα δεν ήταν επαρκή (Κονταξάκης Β., 2010).

1.2.2 Ακούσια νοσηλεία ως μέτρο ασφαλείας

Ο ακούσιος εγκλεισμός σε ψυχιατρικό ίδρυμα είναι δυνατό να επέλθει και ως μέτρο ασφαλείας και ρυθμίζεται από τα άρθρα 34, 69 και 70 του Ποινικού Κώδικα. Οι ακουσίως εισαχθέντες σε αυτή την περίπτωση πρόκειται για ψυχικά νοσούντες που διέπραξαν εγκληματικές πράξεις λόγω νοσηρότητας και οι οποίες δεν τους καταλογίζονται από τα ποινικά δικαστήρια . Για λόγους ασφαλείας τους επιβάλλεται η φύλαξή τους σε δημόσιο θεραπευτικό ίδρυμα για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται.

Το άρθρο 34 του Ποινικού Κώδικα ορίζει πότε μια πράξη δεν καταλογίζεται. Όταν ο υπαίτιος μιας πράξης δεν έχει την ικανότητα να αντιληφθεί τον άδικο χαρακτήρα της ενέργειας του λόγω διατάραξης της πνευματικής λειτουργίας ή της συνείδησής του τότε η άδικη πράξη δεν του καταλογίζεται. Με το άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα ορίζεται η φύλαξη του ψυχικά ασθενή (εφόσον κρίνεται επικίνδυνος για τη δημόσια ασφάλεια)

σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα όταν έχει απαλλαγεί από την ποινή ή τη δίωξη λόγω διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών. Τέλος, το άρθρο 70 του Ποινικού Κώδικα ορίζει ότι η φύλαξη του ψυχικά ασθενή συνεχίζεται τόσο όσο την επιβάλλει η δημόσια ωφέλεια.

Ενώ το άρθρο 98 του Ν. 2071/1992 ορίζει ότι οι συνθήκες ακούσιας νοσηλείας οφείλουν να εξυπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας, η ποινική νομοθεσία από την πλευρά της (άρθρα 69 και 70 του ΠΚ) δεν κάνει αναφορά στη θεραπεία του ακαταλόγιστου δράστη και ενδιαφέρεται μόνο για τη δημόσια ασφάλεια (Παρασκευόπουλος Ν., Κοσμάτος Κ., 1997).

Ο σκοπός του συγκεκριμένου μέτρου είναι η ασφάλεια των πολιτών. Η νοσηλεία του ψυχικά πάσχοντα προφυλάσσει τους πολίτες από την επικίνδυνη συμπεριφορά και είναι ανάλογη της βαρύτητας και του είδους του εγκλήματος που έχει διαπραχθεί. Η συνέχιση ή όχι του μέτρου εξαρτάται από το βαθμός επικινδυνότητας του εγκλείστου, ακόμη και αν οι ψυχίατροι συνηγορούν υπέρ της παύσης του μέτρου ή επιβεβαιώνουν την αδυναμία παροχής κατάλληλης θεραπευτικής αντιμετώπισης του ψυχιατρικού ιδρύματος (Σκαραγκάς Δ., 2007). Επιπλέον, η άρση του καταλογισμού, ο χαρακτηρισμός και η θεσμική μεταχείριση του ψυχικά ασθενή ως «ακαταλόγιστου», αφαιρεί από το δράστη την ευθύνη για την πράξη του, καθώς τη θεωρεί άνευ κινήτρου και νοήματος, υποβαθμίζοντας κατά αυτόν τον τρόπο την προσωπικότητα και τη βούληση του (Σκαραγκάς Δ., 2003).

Η ακούσια νοσηλεία ως μέτρο ασφαλείας αποτελεί ποινή, αλλά ο ασθενής δεν έχει τα δικαιώματα του ποινικού κρατουμένου και θέτει σε δοκιμασία τη φιλελεύθερη λειτουργία του ποινικού δικαίου σε σχέση με την προστασία των ατομικών δικαιωμάτων (Κοσμάτος Κ., 1998, Κοσμάτος Κ., 2002, Συνήγορος του Πολίτη, 2011).

Ο συγκεκριμένος τύπος ακούσιας νοσηλείας δεν λειτουργεί ως τιμωρία για το άτομο, ούτε το ψυχιατρείο έχει το ρόλο της φυλακής. Ο ασθενής δεν στερείται θεραπευτικής προσέγγισης, ακόμη και αν κρίθηκε ένοχος για την εγκληματική πράξη που τέλεσε (Κοσμάτος Κ., 2002). Το Συμβούλιο της Ευρώπης επισημαίνει την ποιότητα στο επίπεδο νοσηλείας σαν κριτήριο που διασφαλίζει και προκρίνει το στόχο της σφραγιστικής επιτήρησης. Στην Ελλάδα, η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου και Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχιατρικές Διαταραχές με το σχετικό έγγραφο 7/19/01.2005 προς το Υπουργείο Δικαιοσύνης όρισε ότι τα Ψυχιατρικά

καταστήματα κρατουμένων πρέπει να αποτελούν πραγματικές Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

1.3 Καθεστώς ακούσιων νοσηλειών σε χώρες της Ευρώπης

Κατά την τελευταία δεκαετία επικρατεί αυξητική τάση των ακούσιων ψυχιατρικών νοσηλειών στις πιο πολλές ευρωπαϊκές χώρες .Η αναλογία ανά έτος στη βόρεια Ιταλία κυμαίνεται από 20/100.000 κατοίκους, ενώ στη Γερμανία φτάνει έως 250/100.000 κατοίκους .Στην Ελλάδα παρόλο που το ποσοστό είναι χαμηλό και αφορά 50/100.000 κατοίκους ανά έτος, οι ακούσιες νοσηλείες αποτελούν το 50% του συνόλου των νοσηλειών σε δημόσια ψυχιατρικά ιδρύματα (Λειβαδίτης Μ.,1994). Δυστυχώς, η Ελλάδα χαρακτηρίζεται για τις περισσότερες ακούσιες νοσηλείες αναλογικά με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης (Αλεβιζόπουλος Γ.,1998). Η απόφαση 46/119 της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών την 17η Δεκεμβρίου του 1991 ,αν και δεν είναι απόλυτα δεσμευτική, αφορά τις «Αρχές για την προστασία των ατόμων με ψυχικά νοσήματα και τη βελτίωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» και ορίζει τα βασικά δικαιώματα των ψυχικά ασθενών που πρέπει να θεωρούνται απαραβίαστα στη διεθνή κοινότητα.Το κείμενο αυτό περιέχει 25 αρχές που διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, αυτή που αφορά τα πολιτικά δικαιώματα και σε εκείνη που σχετίζεται με την πρόσβαση στην περίθαλψη και τη διασφάλιση ποιότητας σε αυτήν. (Goodwin S., 1992). Το 1994, η κοινοβουλευτική συνέλευση του Συμβουλίου της Ευρώπης υιοθέτησε τη Σύσταση 1235 «για την Ψυχιατρική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα», η οποία ασχολείται με τα κριτήρια ακούσιας εισαγωγής σε θεραπευτικά ιδρύματα και τις ακολουθούμενες διαδικασίες για την πρόληψη τυχόν καταχρήσεων στην ψυχιατρική φροντίδα. Επιπλέον, η «Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων και των Θεμελιωδών Ελευθεριών» του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων θέτει με τη σειρά της τις προϋποθέσεις της ακούσιας νοσηλείας και τον περιορισμό της ελευθερίας του ψυχικά ασθενούς.

Αξίζει να αναφερθεί ότι, διάφορες διεθνείς οργανώσεις επαγγελματιών ψυχικής υγείας έχουν προσπαθήσει κατά καιρούς να διασφαλίσουν τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχική διαταραχή μέσω της υιοθέτησης συγκεκριμένων κατευθύνσεων επαγγελματικής συμπεριφοράς και πρακτικής. Παρόμοιες κατευθύνσεις υπάρχουν και

στη Διακήρυξη της Μαδρίτης που ορίστηκαν το 1996 στη Γενική Συνέλευση της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Ένωσης. Σύμφωνα με την τελευταία η περίθαλψη θα πρέπει να στηρίζεται στη συνεργασία ψυχιάτρων και ψυχικά ασθενών και στην προσφυγή στην ακούσια νοσηλεία μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις (Lamb R., et al., 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Ρυθμιστικό Πλαίσιο

2.1 Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

Στην Ελλάδα γίνονται προσπάθειες ανάπτυξης πλέγματος υπηρεσιών σε κοινοτικό πλαίσιο αλλά και του τρόπου παροχής της ψυχιατρικής φροντίδας, τόσο σε τοπικό όσο και σε εθνικό επίπεδο. Όσον αφορά το νομικό πλαίσιο, η ψυχιατρική ορίζεται ως «το σύνολο των πειθαρχικών πράξεων και θεωριών που ελέγχουν μια κατηγορία ανθρώπων που θεωρούνται από την εξουσία ως 'αποκλίνοντες'» (Κυριακάκης Ε., Πανούση Ι., 1988). Η παροχή της ψυχιατρικής περίθαλψης επιδιώκεται σε τρία επίπεδα ,το πρωτοβάθμιο, το δευτεροβάθμιο και το τριτοβάθμιο .Το πρωτοβάθμιο περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες Προληπτικής Ιατρικής και η περίθαλψη παρέχεται στο Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής. Η δευτεροβάθμια παρέχεται από τα Γενικά Νοσοκομεία των νομών. Και τέλος, η τριτοβάθμια είναι η εξειδικευμένη περίθαλψη, που παρέχεται από πανεπιστημιακά ή άλλα κέντρα για την αντιμετώπιση ειδικών ψυχιατρικών προβλημάτων (Μαδιανού Μ., 1994).Η Μεταρρύθμιση σχετίζεται με αλλαγή στην φιλοσοφία και πρακτική της αντιμετώπισης του ψυχιατρικού ασθενούς. Στην ψυχική υγεία ειδικότερα, είναι απαραίτητες οι εναλλακτικές δομές ψυχιατρικής περίθαλψης καθώς και μετασχηματισμός των θεσμών. Σύμφωνα με τον ορισμό του Μαδιανού Μ., (2005), «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση σημαίνει κοινοτικές δομές που θα αναιρούν το άσυλο· δε θα το συμπληρώνουν, δε θα το προϋποθέτουν». Θα πρέπει να τονιστεί ότι το νομικό πλαίσιο των ψυχιατρικών μεταρρυθμίσεων αφορά την αναγκαστική νοσηλεία, την προστασία και αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών και την οργάνωση καινούριων δομών.

2.2 Θεσμικό πλαίσιο

2.2.1 Σε διεθνές επίπεδο

Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου

Στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (εφεξής ΕΣΔΑ) γίνεται ειδική αναφορά στην αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Ορίζεται ότι κάθε άτομο έχει δικαίωμα στην ελευθερία και ασφάλεια χωρίς να επιτρέπεται η στέρηση αυτών εκτός από συγκεκριμένες περιπτώσεις όπως στην περίπτωση κράτησης φρενοβλαβούς [άρθρο 5,1]. Η αποτύπωση του περιεχομένου της διάταξης αυτής έγινε βάσει του συνόλου των σχετικών αποφάσεων του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (εφεξής ΕΔΔΑ) μετά το 1979.

Στην υπόθεση Winterwerp κατά The Netherlands (αρ. αίτησης 6301/73, απόφαση 24/10/1979), το ΕΔΔΑ θεώρησε ότι η εισαγωγή ψυχικά ασθενών σε ψυχιατρικό νοσοκομείο είναι επιτρεπτή, μόνον όταν η ψυχική διαταραχή έχει διαπιστωθεί αναμφισβήτητα στη βάση μιας αντικειμενικής ιατρικής πραγματογνωμοσύνης. Η εισαγωγή του ασθενούς χωρίς τη θέλησή του μπορεί να δικαιολογηθεί, μόνον όταν κάθε άλλο μέτρο ήταν ανεπαρκές και δεν ήταν δυνατό να διαφυλαχθεί το ατομικό ή δημόσιο συμφέρον. Επιπρόσθετα, η εισαγωγή αυτή δεν μπορεί να συνεχισθεί περαιτέρω του χρονικού διαστήματος που συνεχίζει να υφίσταται η διαταραχή. Σε επείγουσες περιπτώσεις, το Κράτος αυτεπάγγελα δύναται να διατάξει την ακούσια εισαγωγή. Τέλος, η κράτηση σε ψυχιατρικό νοσοκομείο λόγω των ιδεών ή της συμπεριφοράς του δεν δικαιολογείται.

Η απόφαση αυτή του ΕΔΔΑ επιβεβαιώνεται και συμπληρώνεται με άλλες δικαστικές αποφάσεις. Στις υποθέσεις λ.χ. Herczegfalvy κατά Αυστρίας (24/09/1992), και Johnson κατά Ηνωμένου Βασιλείου (24/10/1997), οι μέθοδοι σύλληψης που χρησιμοποιήθηκαν κρίθηκαν από το δικαστήριο ότι ενδεχομένως συνιστούν παραβίαση του άρθρου 3 της ΕΣΔΑ (απαγόρευση απάνθρωπης και εξευτελιστικής μεταχείρισης). Στην απόφαση Witold κατά Πολωνίας (4/4/2000), το Δικαστήριο απεφάνθη ότι η στέρηση της ελευθερίας κρίνεται απαραίτητη βάσει συγκεκριμένων περιστάσεων. Στην πρόσφατη υπόθεση Gajcsi κατά Ουγγαρίας (3/10/2006), το

Δικαστήριο έκρινε, ότι η ακούσια εισαγωγή του ψυχικά ασθενούς και η παράταση της παραμονής του σε νοσοκομείο, αιτιολογείται πλήρως και επαρκώς μόνο όταν πληρούνται οι προϋποθέσεις του νόμου και πάντα σύμφωνα με την ερμηνεία του άρθρου 5,παρ. 1 της ΕΣΔΑ.

Η έννοια του δημοσίου συμφέροντος ορίζεται από τις εθνικές αρχές, οι οποίες προσδιορίζουν και τα συμφέροντα που πρέπει να προστατευτούν καθώς και τα νομικά μέσα. Το ΕΔΔΑ αποφεύγει να ορίσει το δημόσιο συμφέρον αλλά παίρνει θέση για τον τρόπο που ικανοποιείται ο σκοπός και επίσης ως προς την τήρηση ή όχι της αρχής της αναλογικότητας .αποφάινεται, ως προς το εάν ο επιδιωκόμενος σκοπός ικανοποιείται με τρόπο λογικό και αν τηρείται η αρχή της αναλογικότητας από τις εθνικές αρχές.

Σύσταση της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου Υπουργών της Ευρώπης

Η νομική προστασία των ψυχικά πασχόντων που έχουν εισαχθεί ακουσίως σε ψυχιατρικό κατάστημα έχει ήδη απασχολήσει ,από το 1983, την Επιτροπή Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης. Υπάρχουν και άλλες Συστάσεις που αναφέρονται στο ευρωπαϊκό σφραγιστικό σύστημα. Αναλόγως, το 1994, και η Κοινοβουλευτική Συνέλευση του Συμβουλίου της Ευρώπης ασχολήθηκε με την ψυχιατρική και τα δικαιώματα του ανθρώπου . Το θέμα της προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ψυχικά νοσούντων απασχόλησε και πρόσφατα την Επιτροπή των Υπουργών. Η συγκεκριμένη Σύσταση (22 Σεπτεμβρίου 2004) αποτελεί το πληρέστερο δεσμευτικό κείμενο σχετικά με το θέμα σε διεθνές επίπεδο ενσωματώνοντας τις βασικές αρχές της νομολογίας του ΕΔΔΑ και λαμβάνοντας υπόψη τις ρυθμίσεις της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για «τα δικαιώματα του ανθρώπου και τη βιοϊατρική» καθώς και τις εργασίες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την « πρόληψη των βασανιστηρίων και της απάνθρωπης ή ταπεινωτικής μεταχείρισης» (Imbert P.-H.,Kelly M.,2003).Ακόμα περιλαμβάνονται οδηγίες και συστάσεις για τον εκσυγχρονισμό της νομοθεσίας των κρατών μελών.

Πιο συγκεκριμένα, οι Κατευθυντήριες οδηγίες , αναφέρονται στα δικαιώματα των ακουσίως εισαχθέντων ασθενών και ορίζουν ρητά ότι η αδυναμία παροσαρμογής στις ηθικές, κοινωνικές, πολιτικές ή άλλες αξίες δεν αποτελεί ψυχική διαταραχή. Τα Κράτη-Μέλη καλούνται να πράξουν τα εξής: α) προσαρμογή της νομοθεσίας και της

πρακτικής τους στις κατευθυντήριες οδηγίες, β) επανεξέταση της διάθεσης των πόρων που προορίζονται για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και γ) προαγωγή της ψυχικής υγείας, με προγράμματα ευαισθητοποίησης του κοινού με στόχο την πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της ψυχικής διαταραχής.

Δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην ακούσια εισαγωγή και θεραπεία των ψυχικά νοσούντων (άρθρο 16). Γενικά τηρείται η νομολογία του ΕΔΔΑ αλλά με το άρθρο 17.1 προσδιορίζονται καλύτερα τα κριτήρια της ακούσιας εισαγωγής.

Όσον αφορά στα κριτήρια της ακούσιας εισαγωγής το πάσχον άτομο πρέπει να διατρέχει πραγματικό κίνδυνο για την υγεία του ή για τρίτους, να έχει κυρίως θεραπευτικό χαρακτήρα, να είναι το έσχατο μέτρο και, τέλος, να έχει ληφθεί υπόψη η γνώμη του πάσχοντα. Με το άρθρο 18 ορίζονται τα κριτήρια της ακούσιας θεραπείας τα οποία είναι σχεδόν ίδια με αυτά της ακούσιας εισαγωγής.

Η ακούσια θεραπεία πρέπει να είναι ανάλογη ειδικών κλινικών σημείων και συμπτωμάτων, της κατάστασης της υγείας του ατόμου, να αποτελεί μέρος ενός γραπτού σχεδίου και να έχει γίνει αποδεκτή από τον ενδιαφερόμενο όσο αυτό είναι δυνατό (άρθρο 19.1). Το θεραπευτικό πλάνο πρέπει να επανεξετάζεται σε κατάλληλα χρονικά σημεία και αναλόγως αν χρήζει να τροποποιείται (άρθρο 19.2). Η απόφαση για ακούσια εισαγωγή / θεραπεία λαμβάνεται από δικαστήριο ή άλλη αρμόδια αρχή, έχοντας λάβει υπόψη ορισμένα στοιχεία (άρθρο 20.1 και 2).

Ο νόμος προβλέπει τη λήψη απόφασης για ακούσια θεραπεία από έναν ιατρό, που διαθέτει τα κατάλληλα προσόντα και εμπειρία (άρθρο 20.2). Σε κάθε περίπτωση η απόφαση για ακούσια εισαγωγή / θεραπεία πρέπει να είναι γραπτή και να προσδιορίζεται χρονικά οπότε θα υπάρχει επίσημη επανεξέταση (άρθρο 20.3). Επίσης, πρέπει να υπάρχει συνεννόηση με τους συγγενείς του ενδιαφερομένου ή κάποιον αντιπρόσωπό του εκτός και αν αυτός δηλώνει την αντίθεσή του (άρθρο 20.5 και 6).

Με το άρθρο 21.2 ορίζεται ότι σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης η ακούσια εισαγωγή και θεραπεία πρέπει να πραγματοποιείται σε σύντομο χρονικό διάστημα. Αν όμως υπάρχει ανάγκη παράτασης του μέτρου, η σχετική απόφαση λαμβάνεται από δικαστήριο ή αρμόδια δημόσια αρχή (άρθρο 21.3).

Σημαντικό σημείο της Σύστασης είναι το θέμα της επανεξέτασης της ακούσιας εισαγωγής και θεραπείας καθώς και της προσφυγής κατά της νομιμότητας της διαδικασίας. Ο ψυχικά ασθενής θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να αμφισβητήσει μια

απόφαση και να επιτύχει την επανεξέταση της νομιμότητας της υπόθεσης του σε εύλογο χρονικό διάστημα καθώς και την εκπροσώπηση του είτε αυτοπροσώπως είτε μέσω αντιπροσώπου(άρθρο25)(Κουτσουράδης Α., Μαλλιώρα Μ.,2006).

2.2.3 Σε εθνικό επίπεδο

Στην Ελλάδα, από το 1862 έως και το 1992 δύο νόμοι ήταν οι νόμοι που ρύθμισαν την εισαγωγή και μακροχρόνια παραμονή ψυχικά πασχόντων σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία: ο ήδη επί Όθωνος νόμος ΨΜΒ του 1862 και το ΝΔ 104/197313 (Μπιλανάκης Ν.,2003). Ο νόμος ΨΜΒ του 1862 «περί συστάσεως Φρενοκομείων» αποτελεί το πρώτο νομοθέτημα που αναφέρεται στην ψυχική ασθένεια. Ο νόμος αυτός, επί της ουσίας, εγκατέστησε και εξάπλωσε την ασυλιακή δομή στην Ελλάδα (Πλουμπίδη Δ.Ν., 1995). Ακριβώς όπως και όλοι οι άλλοι αντίστοιχοι ευρωπαϊκοί νόμοι του 19ου αιώνα, η ασυλιακή δομή καθιερώθηκε ως χώρος εγκλεισμού και περίθαλψης των ψυχικά ασθενών. Ο νόμος αυτός όριζε δύο τρόπους εισαγωγής ενός ψυχικά πάσχοντα στο φρενοκομείο: α) μετά από αίτηση ιδιωτών (συγγενείς ή οικείοι) προς τη διεύθυνση του νοσοκομείου, ή β) μετά από διαταγή δημόσιας αρχής (νομάρχης, έπαρχος, διοικητής της αστυνομίας). Και στις δύο περιπτώσεις η εισαγωγή βασιζόταν σε ιατρική πραγματογνωμοσύνη με πλήρη περιγραφή της νόσου και διαπίστωση της ανάγκης θεραπείας και εγκλεισμού του ψυχικά ασθενούς στο ίδρυμα.

Ο νόμος ΨΜΒ, με το άρθρο 22, προέβλεπε επίσης το δικαίωμα των νοσηλευομένων άμεσης προσφυγής στο δικαστήριο, για να ζητήσουν την απελευθέρωσή τους. Το δικαστήριο μπορούσε να διατάξει, με απλή αίτηση του νοσηλευόμενου, την έξοδό του από το ίδρυμα και να εξετάσει ότι συνέβαινε σε αυτό.

Ο νόμος ΨΜΒ είχε ισχύ μέχρι τον Αύγουστο του 1973, οπότε θεσπίστηκε το ΝΔ 104/1973. Σύμφωνα με το καθεστώς του ΝΔ 104/1973 «περί ψυχικής υγιεινής και περιθάλψεως των ψυχικώς πασχόντων» και των υπουργικών αποφάσεων του Υπουργείου Υγείας που εκδόθηκαν προς εκτέλεσή του (Γ2β/3036/1973 και Α2β/5345/1978), ορίστηκαν τρεις τρόποι εισαγωγής του ψυχικά πάσχοντος στο άσυλο: α) η εκούσια νοσηλεία, β) η ακούσια εισαγωγή, και γ) η υποχρεωτική εισαγωγή των «επικίνδυνων ψυχοπαθών», τα λεγόμενα «εισαγγελικά» του άρθρου 5.

Ο νόμος αυτός είχε σαν γενική αρχή και φιλοσοφία τη πλήρη εξάρτηση των ψυχικά ασθενών από τους ψυχιάτρους, καθώς οι γνωματεύσεις και οι αποφάσεις τους είχαν άμεση συνάρτηση με τον τρόπο και τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Χρονικός προσδιορισμός ως προς την παραμονή τους στο ψυχιατρικό νοσοκομείο δεν υπήρχε με αποτέλεσμα τα ψυχιατρικά ιδρύματα να μετατρέπονται σε μονάδες φύλαξης και κοινωνικής περίθαλψης.

Ο κίνδυνος της αυθαιρεσίας λόγω της πλήρους εξάρτησης των εγκλείστων ψυχασθενών από τους ψυχιάτρους, η αντιμετώπισή τους εκτός δικαίου κατέστησε επιτακτική την ανάγκη για τον εκσυγχρονισμό του θεσμικού πλαισίου, γενικότερα για την αντιμετώπιση της ψυχικής υγείας και πιο ειδικά για τον ακούσιο εγκλεισμό (Βαρουχάκης Χ., 1984).

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η μετάβαση από το παραδοσιακό ψυχιατρικό ίδρυμα σε εναλλακτικές δομές ψυχιατρικής περίθαλψης και αποκατάστασης, αποτελεί εξέλιξη στον χώρο της Ψυχικής Υγείας καθώς παρακάμπτεται η ιδρυματοποίηση. Στην Ελλάδα η αποϊδρυματοποίηση ξεκίνησε το 1983. Με το άρθρο 21 του νόμου 1397 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις για βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας, για δημιουργία κέντρων ψυχικής υγείας, περιορισμό της ασυλιακής ψυχιατρικής και μετατόπιση της θεραπείας στην κοινότητα (Μάνος Ν., 1992). Με τον νόμο 2071/92 το κράτος μεριμνά για την οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ρυθμίζοντας ζητήματα όπως η τομεοποίηση των υπηρεσιών, η αποασυλοποίηση, η εξωνοσοκομειακή θεραπεία, η περίθαλψη στον κοινοτικό χώρο καθώς και ζητήματα που σχετίζονται με την ακούσια νοσηλεία των ψυχικά πασχόντων (www.et.gr). Επίσης, με το Ν. 2716/99 έγινε σοβαρή προσπάθεια να βελτιωθούν οι αδυναμίες του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας.

2.3 Ελληνική νομοθεσία και ακούσια νοσηλεία

Η εναρμόνιση της νομοθεσίας σχετικά με τα ζητήματα που αφορούν τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων και ιδίως σε σχέση με την ακούσια εισαγωγή και θεραπεία στην Ευρώπη έχει ξεκινήσει (Hatling et al., 2006). Η επιβολή της αναγκαστικής νοσηλείας αποτελεί ενέργεια η οποία περιορίζει το συνταγματικό δικαίωμα της προσωπικής

ελευθερίας και γι' αυτό η ύπαρξη θεσμικών εγγυήσεων για την πρόληψη αυθαιρεσιών σε βάρος των ατομικών δικαιωμάτων και ελευθεριών των ψυχικά πασχόντων σε ένα κράτος δικαίου αποτελεί αυτονόητη προϋπόθεση (Hatling et al., 2006. Κοσμάτος, 2002. Λειβαδίτης, 1994. Παρασκευόπουλος & Κοσμάτος, 1997).

Ουσιαστικά δύο είναι οι κυρίαρχες αρχές που υπαγορεύουν την ακούσια νοσηλεία του ψυχικά πάσχοντα: 1) η αρχή της ανάγκης θεραπείας (*parens patriae*, υποχρέωση της πολιτείας να φροντίσει τα άρρωστα μέλη της που δεν μπορούν να επιβιώσουν χωρίς βοήθεια) και 2) η αρχή της ευθύνης του κράτους (η πολιτεία ως προστάτης των άλλων πολιτών από ενδεχομένως επικίνδυνους ψυχικά ασθενείς) (Αλεβίζος, 1997. Μπιλανάκης, 2004). Τα έννομα αγαθά που διακυβεύονται στην περίπτωση της ακούσιας νοσηλείας είναι 1) η προσωπική ελευθερία του ασθενούς 2) το δικαίωμα του για ιατρική περίθαλψη και φροντίδα και 3) η ασφάλεια των τρίτων (Μανιτάκης, 1997. Μπιλανάκης, 2004).

Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία προβλέπονται δύο τρόποι αναγκαστικού εγκλεισμού των ψυχικά πασχόντων σε ψυχιατρικά ιδρύματα: ο προληπτικός, που προβλέπεται από το Ν.2071/1992 (άρθρα 95-101) και εφαρμόζεται ανεξάρτητα από την τέλεση οποιασδήποτε αξιόποινης πράξης και ο «ποινικός» που προβλέπεται από τα άρθρα 34-69-70 ΠΚ και αφορά τα άτομα που τέλεσαν κάποια αξιόποινη πράξη, έχουν κριθεί ακαταλόγιστοι και χαρακτηρίζονται επικίνδυνοι. Το βασικό διαφοροποιητικό στοιχείο μεταξύ των δύο αυτών τρόπων εγκλεισμού είναι η φυλακτική αντιμετώπιση και λογική του δεύτερου έναντι της θεραπευτικής αντιμετώπισης και λογικής του πρώτου (Παρασκευόπουλος, 1997., Παρασκευόπουλος & Κοσμάτος, 1997). Στην παρούσα εργασία θα ασχοληθούμε μόνο με τον προληπτικό ακούσιο εγκλεισμό.

Στην Ελλάδα από το 1862 έως το 1992 την ακούσια νοσηλεία των ψυχικά πασχόντων σε ψυχιατρεία ρύθμιζαν δύο νόμοι: ο Ν. ΨΜΒ/186 «περί συστάσεως φρενοκομείων» και το Ν.Δ. 104/1973 «Περί Ψυχικής υγιεινής και περιθάλψεως των ψυχικά πασχόντων». Το καθεστώς που εγκαταλείφθηκε νομοθετικά το 1992, χωρίς όμως να σταθεί δυνατόν να εξαφανιστούν πλήρως οι πρακτικές και οι συμπεριφορές που είχαν ήδη εγκατασταθεί, συγκροτούνταν από τα εξής στοιχεία: ο ακούσιος εγκλεισμός είχε ένα διοικητικό χαρακτήρα και γινόταν κυρίως για λόγους ασφάλειας των τρίτων, η κοινωνική φροντίδα και η ιατρική περίθαλψη υπάκουαν στη λογική της «ιδρυματοποίησης», τα ψυχιατρεία λειτουργούσαν κυρίως ως μονάδες φύλαξης και όχι

ως θεραπευτήρια, η επικινδυνότητα αποτελούσε το αποκλειστικό κριτήριο του εγκλεισμού, οι έγκλειστοι ήταν πλήρως εξαρτημένοι από την κρίση και τις αποφάσεις των ψυχιάτρων με απουσία δικαστικής προστασίας και εγγυήσεων για τη στέρηση της ελευθερίας τους και οι ψυχικά πάσχοντες δεν αναγνωρίζονταν ως φορείς δικαιωμάτων (Κοσμάτος, 2002. Μανιτάκης, 1997. Μπιλανάκης, 2004. Σπυρόπουλος, 1997. Συνήγορος του Πολίτη, 2007. Τεμπέλη & Κωνσταντακόπουλος, 2003. Φυτράκης, 2007).

Στα αδιέξοδα αυτά των προγενέστερων νομοθετημάτων σχετικά με την ακούσια νοσηλεία σε ψυχιατρικό ίδρυμα ήρθε να δώσει κάποιες λύσεις το κεφ. 6 του Ν. 2071/92. Καθιερώνοντας εγγυήσεις δικαστικού ελέγχου της νοσηλείας (άρθρο 96) , οριοθετώντας σαφείς προϋποθέσεις ακούσιας εισαγωγής σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας (άρθρο 95), ορίζοντας σύντομες προθεσμίες δικαιοδοτικού ελέγχου (άρθρο 96), παρέχοντας δικαιώματα στο φερόμενο ως ασθενή (άρθρα 96 και 97), ορίζοντας ανώτατο χρόνο ακούσιας νοσηλείας (άρθρο 99) και αναγνωρίζοντας ως πρωταρχικές τις θεραπευτικές ανάγκες της νοσηλείας (άρθρο 98), δημιούργησε μια νέα πραγματικότητα νομοθετικής αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας που κινείται στο πνεύμα του Κράτους Δικαίου και των διατάξεων της ΕΣΔΑ (Κοσμάτος, 2002. Παρασκευόπουλος & Κοσμάτος, 1997).

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το Ν. 2071/92, προϋποθέσεις της ακούσιας νοσηλείας είναι α) η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής, η ανικανότητα κρίσης του ψυχικά πάσχοντα για το συμφέρον της υγείας του και η έλλειψη νοσηλείας του να έχει συνέπεια τον αποκλεισμό της θεραπείας του ή την χειροτέρευση της κατάστασης της υγείας του ή β) η αποτροπή πράξεων βίας κατά του ίδιου ή τρίτων. Την εισαγωγή μπορούν να ζητήσουν συγγενείς ορισμένου βαθμού και σε επείγουσες περιπτώσεις αυτεπάγγελτα ο Εισαγγελέας Πρωτοδικών. Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται από αιτιολογημένες γνωματεύσεις δύο ψυχιάτρων. Εάν οι δύο γνωματεύσεις συμφωνούν ο εισαγγελέας ζητά τη μεταφορά του ψυχικά πάσχοντα σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας. Σε περίπτωση που η εξέταση του ψυχικά πάσχοντα είναι ανέφικτη ο εισαγγελέας μπορεί να διατάξει τη μεταφορά του για εξέταση σε δημόσια ψυχιατρική κλινική, όπου μπορεί να μείνει για παρατήρηση μέχρι 48 ώρες. Ο ψυχικά πάσχων πρέπει να ενημερώνεται αμέσως μετά την ακούσια εισαγωγή του για τα δικαιώματα του (διορισμός συνηγόρου και τεχνικού συμβούλου, εμφάνιση στο δικαστήριο,

δικαίωμα άσκησης ένδικων μέσων για την έφεση και ανακοπή της ακούσιας εισαγωγής, επανέλεγχος της ψυχικής του υγείας κ.τ.λ.) και να συντάσσεται ανάλογο πρακτικό που υπογράφει ο ίδιος ή ο συνοδός του, εάν ο ίδιος δεν μπορεί να υπογράψει. Μέσα σε τρεις μέρες ο εισαγγελέας εισάγει την υπόθεση στο Μονομελές Πρωτοδικείο, το οποίο πρέπει να συνεδριάσει κατά τις επόμενες δέκα μέρες για την επικύρωση ή όχι της ακούσιας νοσηλείας. Σ' αυτή τη συνεδρίαση καλείται και ο ψυχικά πάσχων πριν 48 ώρες και έχει δικαίωμα να παραστεί με δικηγόρο και ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο. Η ακούσια νοσηλεία ,όταν πάψουν να συντρέχουν οι προϋποθέσεις που οδήγησαν σε αυτή, διακόπτεται και χορηγείται εξιτήριο στον ψυχικά πάσχοντα. Μετά την πάροδο 3 μηνών νοσηλείας, ο επιστημονικός διευθυντής της μονάδας και ένας ακόμα ψυχίατρος υποβάλλουν έκθεση στην εισαγγελία για να αιτιολογήσουν την περαιτέρω παράταση. Η ακούσια νοσηλεία δεν μπορεί να διαρκέσει πάνω από 6 μήνες, εκτός από εξαιρετικές περιπτώσεις και τότε απαιτείται η σύμφωνη γνώμη τριών ψυχιάτρων (ο θεράπων ιατρός και δύο που ορίζονται από τον εισαγγελέα) (Αλεβίζος, 1997. Γεωργάκα, 2009. Κοσμάτος, 2002. Λειβαδίτης, 1994. Μπιλανάκης, 1994. Σπυρόπουλος, 1997. Τεμπέλη & Κωνσταντακόπουλος, 2003).

2.4 Προβλήματα στην εφαρμογή των διαδικαστικών προϋποθέσεων του Ν. 2071/1992 για ακούσιο εγκλεισμό

Η ακούσια νοσηλεία στην Ελλάδα ρυθμίζεται με τον Ν. 2071/92. Κατά την εφαρμογή του νόμου , μετά από έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη, ανέκυψαν προβλήματα που αφορούν την διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας των ψυχικά πασχόντων. Τα ζητήματα που ανέκυψαν είναι τα ακόλουθα:

A. Ζητήματα ιατρικών γνωματεύσεων

1) Η εξέταση των φακέλων κατέδειξε ότι σε ποσοστό 98% περίπου επί του συνόλου των έγκυρων παρατηρήσεων οι ιατρικές γνωματεύσεις υπογράφονται από δύο ψυχιάτρους.

Ωστόσο, προέκυψε ότι σε κανένα από τα ιατρικά σημειώματα δεν αναγράφεται η υπηρεσιακή θέση των γιατρών που εξέτασαν τον ασθενή. Στο κείμενο της γνωμάτευσης

αναφέρονται τα ονόματά τους και η ειδικότητά τους ως «ψυχιάτρων», αλλά στην υπογραφή δεν αναφέρεται ο υπηρεσιακός βαθμός τους. Η αναφορά στο όνομα και τον υπηρεσιακό βαθμό των ψυχιάτρων επιβάλλεται, διότι με βάση το άρθρο 96 παράγρ.7 του Ν. 2071/92 ορίζεται ότι το δικαστήριο, αν κρίνει ότι οι γνωματεύσεις των δύο ψυχιάτρων διαφοροποιούνται μεταξύ τους ή δεν είναι πειστικές ή ο επιστημονικός διευθυντής του νοσοκομείου στο οποίο έχει εισαχθεί ο ασθενής διατυπώνει αντίθετη προς τις γνωματεύσεις γνώμη, διατάζει την εξέταση του ασθενή και από άλλο ψυχίατρο. Προτιμάται επίκουρος καθηγητής τουλάχιστον ή επιστημονικός διευθυντής Δημόσιας Μονάδας Ψυχικής Υγείας ή ο νόμιμος αναπληρωτής του.

2) Επίσης προέκυψε ότι στις μισές περιπτώσεις επί του συνόλου των έγκυρων παρατηρήσεων ακούσιων εγκλεισμών, η ιατρική γνωμάτευση δεν ήταν αιτιολογημένη, αναφορικά με την ύπαρξη ή όχι συγκεκριμένης ψυχικής διαταραχής. Ο ψυχίατρος έχει τον ρόλο του πραγματογνώμονα και η κρίση του είναι εκείνη που θα απαντήσει στο «ερώτημα» του εισαγγελέα για ακούσια ή μη νοσηλεία του «ασθενούς» βάσει των προϋποθέσεων του νόμου (2071/92).

B. Μεταφορά ασθενών από την Αστυνομία

Ένα άλλο ζήτημα που προέκυψε ήταν ότι σε ποσοστό 97% περίπου επί των έγκυρων παρατηρήσεων η μεταφορά των ασθενών έγινε από την αστυνομία. Στις εν γένει διατάξεις δεν προβλέπεται ρητά η υποχρέωση μεταφοράς και ο τρόπος μεταχείρισης των διακομιζόμενων ασθενών από το αστυνομικό προσωπικό. Η πρακτική αυτή φαίνεται ότι βασίζεται στο γεγονός ότι ο εισαγγελέας απευθύνεται προς το αστυνομικό τμήμα και όχι προς το ΕΚΑΒ. Η αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων ως επικινδύνων για τη δημόσια τάξη κι ασφάλεια εκδηλώνεται με τη μεταγωγή τους με περιπολικό ή με κλούβα, τη χρήση χειροπέδων (ενεργοποίηση του άρθρου 147 του ΠΔ 141/91) και τη συνοδεία τους από αστυνομικό προσωπικό, ακόμη και όταν η θέα του ένστολου προσωπικού είναι παράγοντας να αυξήσει την ταραχή τους και τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν ή να επιδεινώσει την κατάσταση της υγείας τους. Επίσης η Σύμβαση του Οβιέδο (ν. 2619/98, άρ. 716), καταργώντας το κριτήριο της επικινδυνότητας, κατέστησε σαφές ότι ως λόγος ακούσιας νοσηλείας μένει μόνο η ψυχική διαταραχή + ανάγκη νοσηλείας, γεγονός ωστόσο που μάλλον δεν έχει γίνει

αντιληπτό από τις εισαγγελικές και δικαστικές αρχές της χώρας. Στο ίδιο μήκος κύματος κινείται και ο νέος Κ.Ι.Δ. (ν.3418/05, άρ. 28 παρ. 8) όπου η θεραπευτική ανάγκη και η ψυχική διαταραχή, τίθεται ως προϋπόθεση της αναγκαστικής νοσηλείας. Οι διατάξεις της Σύμβασης του Οβιέδο και αυτές του Κ.Ι.Δ. υπερισχύουν του ν.2071/92, καθώς η μεν πρώτη υπερισχύει βάσει ρητής διάταξης του Συντάγματος (άρ. 28) ενώ και οι δύο ως μεταγενέστεροι νόμοι (Φυτράκης Ε., 2007)

Το άρθρο 96 παράγρ. 2 Ν. 2071/92 επιτάσσει την αξιοπρεπή μεταφορά των ακούσια εγκλεισμένων ασθενών, η οποία θα συνεπαγόταν να γίνει είτε με ασθενοφόρο είτε με συμβατικά αυτοκίνητα (όπως προβλέπεται στα Προγράμματα Παρέμβασης στην Κρίση και με τη συνοδεία νοσηλευτών (Borum R., Degne M.W., Steadman H.J., Morrissey J., 1998)

Γ. Προθεσμία 48ωρου

Σε ποσοστό 100% των περιπτώσεων προέκυψε ότι τηρήθηκε η προβλεπόμενη προθεσμία του 48ώρου για να εκφραστεί η κατ' αρχάς ιατρική εκτίμηση του περιστατικού.

Στη συντριπτική πλειονότητα των ακουσίων εγκλεισμών, η εξέταση πραγματοποιείται την ημέρα που ο ασθενής διακομίζεται στο ψυχιατρικό νοσοκομείο. Αυτή η διαπίστωση προκύπτει πάντως από την έρευνα των φακέλων ασθενών που νοσηλεύονται στα δύο ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αττικής, όπου είναι εφικτή η ανεύρεση δύο ψυχιάτρων για την εκτίμηση των περιστατικών .

Ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι σε γενικά νοσοκομεία δεν είναι πάντοτε εφικτή η τήρηση της προθεσμίας του 48ώρου, εξαιτίας της έλλειψης εφημερευόντων ψυχιάτρων. Ο Συνήγορος του Πολίτη προχώρησε στην σύνταξη σχετικού πορίσματος (Βλ. σχετικό πόρισμα του Συνηγόρου του Πολίτη με θέμα, αρ. πρωτ. 20051/03, Δεκέμβριος 2004).

Δ. Ενημέρωση ασθενούς

Η επαρκής ενημέρωση των ασθενών «για τα δικαιώματά τους και ειδικότερα για το δικαίωμά τους να ασκήσουν ένδικο μέσο» από πρόσωπο που του έχει ανατεθεί αυτή η

υποχρέωση (άρθρο 96 παράγρ. 4, Ν. 2071/92) φαίνεται πως είναι ένα ακόμα ζήτημα προς επισημάνση.

Σύμφωνα με τον νόμο, για την ενημέρωση «συντάσσεται πρακτικό που υπογράφεται, από τον υπεύθυνο να ενημερώσει αλλά και από τον συνοδό του ψυχικά πάσχοντα». Παρατηρείται διαφοροποίηση στα στοιχεία που δόθηκαν από τα δύο ψυχιατρικά νοσοκομεία στα οποία πραγματοποιήθηκε η έρευνα. Στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής δεν ανευρέθη το έντυπο του πρακτικού ενημέρωσης στον διοικητικό φάκελο των ασθενών μαζί με τα συμπληρωμένα έντυπα του εισιτηρίου και του δελτίου εισαγωγής αρρώστου. Αντίθετα, σε κάποιους φακέλους ασθενών υπάρχει χειρόγραφη σημείωση στο δελτίο εισαγωγής του αρρώστου με την ένδειξη «το πρακτικό στην κλινική». Ενδεχομένως, το πρακτικό ενημέρωσης εκτιμήθηκε από το ιατρικό προσωπικό του εν λόγω Νοσοκομείου ότι αποτελεί ιατρικό προσωπικό δεδομένο με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η εξαγωγή συμπεράσματος για την τήρηση ή όχι της προβλεπόμενης από τις σχετικές διατάξεις ενημέρωσης του ασθενούς. Συνεπώς, δεν μπορεί να γίνει, δυστυχώς, καμία διαπίστωση ή αξιολόγηση για το θέμα αυτό όσον αφορά το ΨΝΑ, Αντίθετα, στο Θεραπευτήριο του Δρομοκαϊτείου υπήρχε πρακτικό ενημέρωσης, στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων, υπογεγραμμένο από τον συνοδό του ασθενούς.

Ε. Δικαστικός έλεγχος

Το θεσμικό πλαίσιο (Ν. 2071/1992, άρθρο 96) καταδεικνύει τον κρίσιμο ρόλο του δικαστικού ελέγχου σε όλη την διαδικασία.

Από τις σχετικές διατάξεις δεν προκύπτει ρητώς ο χρόνος, εντός του οποίου ο εισαγγελέας οφείλει να στείλει την παραπάνω εντολή για μεταγωγή και τακτοποίηση του ασθενούς (Συνηγόρος του Πολίτη αρ.πρωτ. 7967/01, Απρίλιος 2004,). Εάν ο Εισαγγελέας αποφασίσει τον εγκλεισμό του ατόμου, υποβάλλει μέσα σε τρεις (3) ημέρες αίτημα στο αρμόδιο Πρωτοδικείο, προκειμένου το τελευταίο να επιληφθεί της υπόθεσης (άρθρο 96 § 6 Ν. 2071/92). Το Πρωτοδικείο συνεδριάζει μέσα σε δέκα (10) ημέρες. Συνεπώς, από τη στιγμή της εισαγγελικής παραγγελίας για εισαγωγή και

νοσηλεία απαιτείται οπωσδήποτε δικαστική απόφαση εντός των επόμενων δεκατριών (13) ημερών.

Εξάλλου, κατά το άρθρο 1687 ΑΚ η ακούσια νοσηλεία ενός ατόμου σε μονάδα ψυχικής υγείας γίνεται μετά προηγούμενη άδεια των δικαστικών αρχών και σύμφωνα με τις διατάξεις ειδικών νόμων. Σε διαφορετική περίπτωση δεν υπάρχει λόγος που να νομιμοποιεί τη ακούσια νοσηλεία του ασθενούς στο ψυχιατρικό κατάστημα, αφού δε νοείται «σιωπηρή ή αυτοδίκαιη παράταση της αναγκαστικής νοσηλείας» (βλ. έτσι Γνωμ.Εισ.ΑΠ 1421/2004, Πόρισμα ΣτΠ 7967.4/01/6.4.2004).

ΣΤ. Παράσταση του ασθενούς στη δίκη

Σε φακέλους ασθενών διαπιστώθηκε ότι συμπεριλαμβάνονταν “ιατρικά σημειώματα”, με τα οποία βεβαιώνεται ότι ο ψυχικά πάσχων δεν μπορεί να παραστεί στη δίκη λόγω της κατάστασής του. Τα σημειώματα αυτά υπογράφονται από ειδικευόμενο ψυχίατρο ή από τον διευθυντή της κλινικής και όχι από τον ίδιο τον θεράποντα ιατρό, που έχει ασχοληθεί με τον συγκεκριμένο ασθενή. Επίσης δεν προκύπτει ότι έγινε στον ασθενή γνωστή η εκτίμηση του ιατρού για την δυνατότητά του να παραστεί στο δικαστήριο.

Ζ. Διάρκεια παραμονής στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο - Κλήση για δίκη

Στο 50% περίπου από τις εξεταζόμενες περιπτώσεις εγκλεισμών δεν υπήρχε κλήση για δίκη. Από τα διαθέσιμα στοιχεία δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα. Ωστόσο, η ανυπαρξία κλήσης στους μισούς περίπου φακέλους μπορεί να οφείλεται στους εξής δύο λόγους:

- α) Δεν έχει ορισθεί δικάσιμος.
- β) Έχει ορισθεί δικάσιμος αλλά η κλήση δεν έφθασε στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο

H. Η Δικαστική Απόφαση

Σε ποσοστό 84% περίπου επί του συνόλου των έγκυρων υποθέσεων εγκλεισμού ψυχικά ασθενών που εξετάστηκαν διαπιστώθηκε έλλειψη δικαστικών αποφάσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Αντιλήψεις και στάσεις των επαγγελματιών υγείας έναντι στην ακούσια νοσηλεία

3.1 Στάσεις και αντιλήψεις

3.1.1 Η έννοια των στάσεων

Σύμφωνα με την επιστήμη της Κοινωνικής Ψυχολογίας στάση είναι ο τρόπος με τον οποίο γίνεται αξιολόγηση σε οτιδήποτε μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο σκέψης. Αντικείμενο σκέψης μπορεί να είναι ένα πρόσωπο, μια ιδέα, μια συμπεριφορά κλπ. Ο όρος στάση περιλαμβάνει ακόμα και τις προθέσεις και την ετοιμότητα ενός ατόμου για δράση σε καταστάσεις που συνδέονται με το συγκεκριμένο αντικείμενο (Ajzen I., 2001, Allport G. W., 1954, Λαμπρίδης E., 2004). Με άλλα λόγια στάσεις είναι ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο αντιμετωπίζει ένα θέμα, μια κατάσταση.

Η έννοια «στάση» θεωρείται ότι είναι μια έννοια με τρεις διαστάσεις. Πιο συγκεκριμένα αποτελείται από το γνωστικό στοιχείο, το συναισθηματικό και την συμπεριφορά του ατόμου. Η βάση της μελέτης των στάσεων είναι η ανάλυση της αντίληψης των κοινωνικών φαινομένων από την πλευρά του κάθε ατόμου. Οι στάσεις περιέχουν το στοιχείο της σταθερότητας, έτσι είναι φανερό ότι δεν αλλάζουν εύκολα και μένουν σταθερές και ανθεκτικές στην αλλαγή παρόλα αυτά δεν σημαίνει ότι δεν μπορούν να αλλάξουν κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες. Μαθαίνονται από το άμεσο και έμμεσο περιβάλλον και εκφράζονται σαν συμπεριφορά, είτε αυτή είναι λεκτική είτε μη- λεκτική (Γεώργια ,1995).

3.1.2 Η έννοια των αντιλήψεων

Αντίληψη είναι μια σύνθετη λειτουργία με την οποία το άτομο αναγνωρίζει ,ερμηνεύει και αποδίδει νόημα σε κάτι άγνωστο ή καινούργιο. Η εντύπωση που δημιουργείται για ένα άγνωστο πρόσωπο εξαρτάται από την τάση του ατόμου να κάνει γενικεύσεις με βάση μεμονωμένα στοιχεία και χαρακτηριστικά.Μια άλλη διάσταση της αντίληψης είναι να τοποθετούνται άτομα σε γνωστικές κατηγορίες. Δύο είναι οι παράμετροι των αντιλήψεων για ομάδες ατόμων, η μια είναι η τάση για κατηγοριοποίηση και η άλλη παράμετρος είναι οι εμπειρίες (Γεώργα ,1995).

Η αντίληψη σχετίζεται στενά με τις στάσεις. Η αντίληψη είναι η διαδικασία με την οποία τα άτομα ερμηνεύουν και οργανώνουν την αίσθηση για να παράγουν νόημα σε κάποια εμπειρία(Lindsay & Norman,1977). Δηλαδή, το άτομο αντιμετωπίζει μια κατάσταση ή ένα ερέθισμα και προσπαθεί να το ερμηνεύσει σε κάτι που έχει νόημα σε αυτό ή βασίζεται σε προηγούμενες εμπειρίες. Ωστόσο , το πως κάθε άτομο αντιλαμβάνεται τα πράγματα δεν σημαίνει πως έτσι είναι και στην πραγματικότητα.

3.1.3 Στίγμα

Σύμφωνα με τον Goffman, το στίγμα αφορά σε ένα χαρακτηριστικό ενός υποκειμένου που δεν είναι αποδεκτό από την κοινωνία .Το κοινωνικό στίγμα μπορεί να οριστεί ως η κατάσταση κατά την οποία το άτομο απομονώνεται από την κοινωνία, βάσει χαρακτηριστικών (φυλετικών ή κοινωνικών), τα οποία δεν είναι γενικώς αποδεκτά. Δηλαδή, το άτομο απορρίπτεται από την κοινωνία εξαιτίας γνωρισμάτων που δεν γίνονται αποδεκτά. Το άτομο δεν μπορεί να ανταποκριθεί σε συγκεκριμένους αποδεκτούς κοινωνικούς ρόλους, με αποτέλεσμα να μην ανταποκρίνεται στις προσδοκίες και τα πρότυπα της κοινωνίας και να απομονώνεται (Goffman, 2001). Τα στερεότυπα (stereotypes) ,οι προκαταλήψεις (prejudices) και οι διακρίσεις (discrimination) είναι τρεις έννοιες που συνδέονται με το στίγμα (Kordosi et al 2015).

Όσον αφορά στον στιγματισμό της ψυχικής νόσου, βάσει ιστορικών στοιχείων, φαίνεται ότι το φαινόμενο δεν είναι σύγχρονο. Η έννοια του όρου στίγματος συνοδεύει την ψυχική ασθένεια ανεξάρτητα από κουλτούρα, έθνη και θρησκευτικές πεποιθήσεις(Zartaloudi&Madianos ,2010).

Η μελέτη για το στίγμα της ψυχικής νόσου ενισχύθηκε σημαντικά από τη θεωρία του χαρακτηρισμού” ή “θεωρία της απόδοσης ετικέτας” (labeling theory), που διατύπωσε ο Thomas Scheff (Scheff,1966). Σύμφωνα με αυτή την θεωρία, η κοινωνική στάση απέναντι σε υποκείμενα που δεν ανταποκρίνονται σε αποδεκτούς κοινωνικούς κανόνες δεν εξαρτάται τόσο από την συμπεριφορά τους, αλλά από την « ετικέτα» που τους έχει αποδοθεί από την κοινωνία. Δηλαδή η αρνητική εντύπωση απέναντι σε έναν ψυχικά ασθενή προσδιορίζεται από την αρνητική « ετικέτα» του όρου « ψυχική νόσος» και όχι από την ίδια συμπεριφορά του ψυχικά ασθενούς.

Ο στιγματισμός των ψυχικά πασχόντων επηρεάζει ποικιλοτρόπως την ζωή αυτών των ατόμων. Φαίνεται επίσης ότι είναι ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια για την καλύτερη ψυχιατρική φροντίδα , την ανάρρωση και την ψυχοκοινωνική αποκατάστασή τους. Επισημαίνεται ότι το 20% των ψυχικά πασχόντων πιστεύει ότι ο στιγματισμός τους προέρχεται από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχιάτρους, ψυχολόγους,νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς) στους χώρους παροχής ψυχικής υγείας(Κονταξάκης, 2010).

3.2 Η έννοια των στάσεων και αντιλήψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας έναντι στην Ψυχιατρική και την ψυχική νόσο

Ακόμα και εκπαιδευμένοι επαγγελματίες φαίνεται να ενστερνίζονται στερεότυπα για την ψυχική ασθένεια. Το γεγονός ότι αρνητικά στερεότυπα και στάσεις στιγματισμού παρουσιάζονται από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, παρόλη την γνώση για την ψυχική υγεία είναι ένα θέμα αμφιλεγόμενο (Byrne P., 2001,Kingdom D. et al, 2004). Παρόλο που ένας παράγοντας που ενισχύει τον στιγματισμό θεωρείται η έλλειψη ενημέρωσης (Κυζιρίδης Θ.), υπάρχουν ενδείξεις από την βιβλιογραφία ότι η εκπαίδευση δεν θεωρείται αρκετά αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης του στίγματος(Keane M, 1991).

Πολυάριθμες μελέτες εξετάζουν τις στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στην ψυχική νόσο. Σύμφωνα με την μελέτη των Ehad et al το νοσηλευτικό προσωπικό εκφράζει περισσότερο αρνητική στάση απέναντι στους ασθενείς με διπολική διαταραχή απ’ ότι οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί, αλλά όχι σε σύγκριση με τους ψυχιάτρους (Bodner et al, 2015).

Έρευνες δείχνουν ότι και οι ψυχίατροι δεν διαφέρουν από όλα τα άλλα άτομα ως προς τον βαθμό που αποκρύπτουν τη δική τους ψυχική νόσο ή αυτήν ενός συγγενικού τους προσώπου (Lefley H.P., 1987). Έχουν περισσότερα αρνητικά στερεότυπα από οποιαδήποτε άλλη ομάδα και αισθάνονται την ίδια κοινωνική απόσταση όπως ακριβώς και ο γενικός πληθυσμός για άτομα που πάσχουν από Σχιζοφρένεια (Nordt C. et al, 2006). Μέχρι το 2000 ψυχίατροι ευρωπαϊκών και άλλων χωρών ζητούσαν μεγαλύτερη σε διάρκεια άδεια και υψηλότερη αμοιβή διότι σύμφωνα με αυτούς οι ψυχιατρικοί ασθενείς είναι επικίνδυνοι. Την ίδια στιγμή όμως ισχυρίζονταν πως δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στην ψυχική νόσο και τις υπόλοιπες ασθένειες (Sartorius N, 2002).

Άλλες έρευνες επιβεβαιώνουν την αρνητική στάση των επαγγελματιών υγείας ακόμα και αυτών που ασχολούνται με την ψυχική υγεία, αν και οι τελευταίοι είναι λιγότερο αρνητικοί απ' όσο οι μη ειδικοί (Αδαλή Ε., Ευαγγέλου Ε. 2005). Επίσης, εκτός του ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας παρουσιάζουν στίγμα (σε μικρότερο ποσοστό βέβαια από το γενικό πληθυσμό), ένα μεγάλο ποσοστό θεωρεί ότι ένα άτομο που πάσχει από σοβαρή ψυχική ασθένεια δεν είναι ικανό να πετύχει και έτσι δεν πρέπει να ενθαρρύνεται να συμμετέχει στην κοινωνική ζωή ενεργά. Ακόμα οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θεωρούν ότι οι ψυχικά ασθενείς φέρουν ευθύνη για την κατάστασή τους (Χριστοδούλου Μ., 2011).

Υπάρχουν και θετικά ευρήματα ερευνών όπου Ψυχίατροι και νοσηλευτικό προσωπικό ψυχικής υγείας έδειξαν μεγαλύτερη υποστήριξη για την κοινωνική ένταξη των ατόμων με ψυχική ασθένεια, την θεραπεία στην κοινότητα και καλύτερη αντίληψη του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου προέλευσης της ψυχικής νόσου (Sun B. et al, 2014). Ευρήματα έρευνας φαίνεται, να δείχνουν ότι το προσωπικό που ασχολείται με τους χρόνιους ψυχικά πάσχοντες είναι πρόθυμο να παράσχει φροντίδα στους ενοίκους των ξενώνων (Lakioti et al ,2004).

3.3 Η έννοια των στάσεων και αντιλήψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας έναντι στην ακούσια νοσηλεία

Το προσωπικό ψυχικής υγείας ,σύμφωνα με ερευνητικά ευρήματα, φαίνεται να αντιμετωπίζει την έννοια και την χρήση περιοριστικών μέτρων και εξαναγκασμού σαν μια θεραπευτική παρέμβαση, η οποία παρέμβαση συνδέεται τόσο με την ασφάλεια

τόσο των ασθενών όσο και του ίδιου του προσωπικού. Επιπροσθέτως, ο εξαναγκασμός ως μέσο φροντίδας, δεν θεωρείται προσβλητικός και δυνητικά επιβλαβής για τους ασθενείς (Husum et al, 2010). Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας εκφράζουν την άποψη ότι τα δικαιώματα των ασθενών θα πρέπει να παραμερίζονται και να έρχονται σε σύγκρουση με ότι θα μπορούσε να θεωρηθεί ως κλινική ανάγκη και έτσι να δικαιολογηθούν πρακτικές όπως η ακούσια νοσηλεία, η χρήση βίας ή περιοριστικών μέτρων (Roe D. et al, 2002). Σύμφωνα με τα παραπάνω γίνεται κατανοητό, ότι η ακούσια νοσηλεία και τα περιοριστικά μέτρα που συνήθως ακολουθούν όταν οι ασθενείς έχουν χάσει τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους δεν εξασφαλίζουν ούτε πετυχαίνουν ισορροπία ανάμεσα στις ανάγκες και στα δικαιώματα τους. Η αποφυγή του να βλάψουν οι ασθενείς τον εαυτό τους υπερτερεί από την προάσπιση των δικαιωμάτων. « Οι ψυχίατροι της ωφελμιστικής αρχής *parens patriae*, υποστηρίζουν ότι η ηθική μιας πράξης προσδιορίζεται από το ευεργετικό αποτέλεσμά της στο άτομο και την κοινωνία».(Αλεβίζος Β.,1997)

Οι αποφάσεις για ακούσια νοσηλεία φαίνεται να αυξάνονται σημαντικά ανάλογα με το επίπεδο του κινδύνου βλάβης και ανάλογα των ψυχιατρικών διαγνώσεων. Δηλαδή η έννοια της «επικινδυνότητας» αποτελούσε επαρκές κριτήριο και προϋπόθεση για την χρήση του μέτρου της ακούσιας νοσηλείας και όλων των περιορισμών και πρακτικών που συνεπάγονται (Luchins et al. 2004). Πιο αναλυτικά , σύμφωνα με την έρευνα των Luchins et al. διαπιστώθηκε ότι σε περίπτωση απουσίας επικείμενης βλάβης, οι ψυχίατροι που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν διστακτικοί για νοσηλεία των ψυχικά πασχόντων χωρίς τη θέλησή τους.

Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την ακούσια νοσηλεία είναι το φύλο και το επίπεδο μόρφωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με έρευνα βρέθηκε ότι υπήρχαν διαφορές στις στάσεις του προσωπικού απέναντι στην χρήση της απομόνωσης και του περιορισμού και ότι το φύλο και το επίπεδο μόρφωσης επηρέαζε τις στάσεις τους. Το προσωπικό με μεγαλύτερο μορφωτικό επίπεδο πίστευε ότι η χρήση περιοριστικών μέτρων, η απομόνωση και η φαρμακευτική αγωγή ήταν υπερβολική (Klinge ,1994).Οι στάσεις του προσωπικού, σε έρευνα των Kullgren et al (1996), φάνηκε επίσης ότι επηρεάζονται από το φύλο , με τις γυναίκες να θεωρούνται περισσότερο αρνητικές στη χρήση περιοριστικών μέτρων στα πλαίσια της αναγκαστικής θεραπείας. Αντίθετα με την παραπάνω έρευνα , έρευνα που μελέτησε τις

στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην Νορβηγία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι άνδρες ήταν περισσότερο δύσπιστοι με τη άσκηση παρεμβάσεων περιοριστικού χαρακτήρα (Wynn, 2003).

Επίσης, βρέθηκε ότι η φυσική βία ήταν ο επικρατέστερος παράγοντας που οδηγεί στην χρήση περιοριστικών μέτρων μετά από την ακούσια εισαγωγή ενός ασθενούς και ότι οι άρρενες επαγγελματίες ψυχικής υγείας και το ανειδίκευτο προσωπικό ήταν περισσότερο επιρρεπείς να επιλέξουν παρεμβάσεις με σκοπό τον περιορισμό. Στην νότιο- ανατολική Ασία αποδίδεται στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας εξουσία ως ένα βαθμό. Δεδομένης της μόρφωσής τους και της εξειδικευμένης εκπαίδευσης τους λειτουργούν πατερναλιστικά επειδή θεωρούν ότι αυτό είναι το καλύτερο για τους ασθενείς τους (Molodynski et al. 2016).

Η θεραπεία με εισαγγελική παραγγελία μπορεί να σταθεί εμπόδιο στην θεραπεία του πάσχοντα, σε αντίθεση με την θεραπεία στην κοινότητα ακόμα κι αν η δέσμευση είναι ακούσια (Swartz et al, 2003).

Στην Ελλάδα , σε σχετική έρευνα ,φάνηκε ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε κοινοτικές δομές υιοθετούν κάποια στοιχεία “ ασυλικής” κουλτούρας . Η έννοια της επικινδυνότητας και η ανάγκη για κοινωνικό έλεγχο συναντώνται και σε δομές στην κοινότητα. Σε συνδυασμό με τις ελλείψεις γνώσεις των ψυχιάτρων για την ακούσια νοσηλεία και τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών συντηρείται μια παθογόνος κατάσταση. Από τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη σχετικά με τις γνώσεις των ψυχιάτρων για την ακούσια νοσηλεία και τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων φάνηκε ότι υπάρχουν ελλείψεις . Πιο συγκεκριμένα , μόνο το 50% των ψυχιάτρων γνώριζε ποιος είναι αυτός που αποφασίζει για την ακούσια νοσηλεία, το σκοπό του εγκλεισμού γνώριζε το 46,2 % και τέλος το ανώτατο όριο εγκλεισμού γνώριζε μόνο το 34,6% (Βεργαδή Ε., Βγόντζας Α., Τσαπάκη ΕΜ., 2006).

Επίσης, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στο Νοσοκομείο επεσήμαναν ότι υπάρχουν δυσκολίες στην επικοινωνία μεταξύ νοσοκομείων και δομών στην κοινότητα.(Στυλιανίδης Σ., 2014) Η έννοια της επικινδυνότητας λειτουργεί σαν τροχοπέδι και παραμερίζει την πραγματική ανάγκη του ψυχικά πάσχοντα ,που είναι η θεραπεία και η φροντίδα του μέσα από ένα ολοκληρωμένο δίκτυο υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Διεξαγωγή εμπειρικής έρευνας

4.1 Μεθοδολογία

4.1.1 Ορισμός ερευνητικού προβλήματος

Η παρούσα μελέτη είναι εξέχουσας σημασίας, καθώς εξετάζει πολύπλευρα τις αντιλήψεις και τις στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στην ακούσια νοσηλεία. Τα ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν είναι:

- α) Η διερεύνηση του βαθμού γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στην ακούσια νοσηλεία
- β) Η διερεύνηση του βαθμού εμπιστοσύνης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στην Ψυχιατρική
- γ) Η διερεύνηση του βαθμού εσωτερίκευσης του στερεότυπου της επικινδυνότητας
- δ) Η αναζήτηση των σχέσεων ανάμεσα στις γνώσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τη νομοθεσία της ακούσιας νοσηλείας, στις στάσεις τους απέναντι σε αυτή, στο βαθμό εμπιστοσύνης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην Ψυχιατρική και στο βαθμό συμφωνίας με το στερεότυπο της επικινδυνότητας.

4.1.2 Στάδια δειγματοληψίας

Πληθυσμός

Το δείγμα αποτελείται από 83 επαγγελματίες ψυχικής υγείας και συγκεκριμένα από Ψυχιάτρους, Ψυχολόγους, Νοσηλευτές, Κοινωνικούς Λειτουργούς, Εργοθεραπευτές και Επισκέπτες υγείας. Σημειώνεται ότι λήφθηκαν δεδομένα από όλες τις ηλικίες των παραπάνω ειδικοτήτων και από τα δύο φύλα. Το δείγμα αντλήθηκε από την περιοχή της Πάτρας και συγκεκριμένα από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών «Παναγία η Βοήθεια», κυρίως από την Ψυχιατρική Κλινική, τους Ξενώνες «Ψυχαργός», το Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Άγιος Ανδρέας», το Θεραπευτικό Παιδαγωγικό Κέντρο Ατόμων με Νοητική Υστέρηση «Μέριμνα», το Παιδοψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πατρών «Καραμανδάνειο», το Σύλλογο για την Ψυχική Υγεία «ΣΟΨΥ», το ΠΕΔΥ Πάτρας, αλλά και από ιδιώτες ψυχιάτρους,

παιδοψυχιάτρους και ψυχολόγους. Η ακριβής χρονική περίοδος που διεξήχθη η παρούσα μελέτη ήταν από 20 Ιανουαρίου 2017 μέχρι και 15 Μαρτίου 2017.

Μέθοδος δειγματοληψίας

Η παρούσα περιγραφική έρευνα αποσκοπεί στην ακριβή περιγραφή των μεγεθών που αποτελούν βασικό της σκοπό και επεξηγούν το εξεταζόμενο ζήτημα. Με απλά λόγια, η παρούσα μελέτη περιγράφει και μετρά τις αντιλήψεις και τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ακούσια νοσηλεία.

Η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιείται είναι μη πιθανότητας με υποκειμενικό δείγμα. Αναλυτικότερα, η δειγματοληψία είναι μη πιθανότητας, καθώς δεν είναι γνωστός ο συνολικός πληθυσμός από τον οποίο θα ληφθεί το δείγμα. Το υποκειμενικό δείγμα επιλέγεται με βάση την κρίση του ερευνητή και στηρίζεται σε κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του πληθυσμού. Στη συγκεκριμένη μελέτη, το βασικό στοιχείο του δείγματος είναι η ενασχόληση τους με τα επαγγέλματα της ψυχικής υγείας (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, νοσηλευτές ψυχιατρικών κλινικών, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας κ.λπ.).

Σημειώνεται ότι η υλοποίηση της δειγματοληψίας ολοκληρώθηκε ομαλά και η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε χωρίς να προκύψουν σημαντικές δυσκολίες.

4.1.3 Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο αποτελεί απαραίτητο εργαλείο του ερευνητή και παράλληλα είναι ένα από τα θεμελιώδη επιστημονικά όργανα μέτρησης. Για το λόγο αυτό σχεδιάστηκε και δομήθηκε με αυξημένη προσοχή και ευστοχία. Αναλυτικότερα, το ερωτηματολόγιο, το οποίο επισυνάπτεται στο παράρτημα της παρούσας μελέτης, διαχωρίστηκε σε πέντε μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει μία μεταβλητή, η οποία σχετίζεται με τις απόψεις για την Ψυχιατρική και συγκεκριμένα με την εμπιστοσύνη στην Ψυχιατρική και τις χρησιμοποιούμενες μεθόδους. Στο δεύτερο μέρος εξετάζονται οκτώ απόψεις που σχετίζονται με την ψυχική ασθένεια και υποδηλώνουν το βαθμό που θεωρείται επικίνδυνος ένας ψυχικά ασθενής από το δείγμα. Το τρίτο κατά σειρά μέρος περιλαμβάνει οκτώ απόψεις για την ακούσια νοσηλεία, από τις οποίες προκύπτουν οι

στάσεις του δείγματος σχετικά με αυτή. Ταυτόχρονα, στο τέταρτο μέρος δίνεται μια σειρά δεκαέξι τοποθετήσεων από τις οποίες διαφαίνεται η γνώση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σχετικά με τη νομοθεσία της ακούσιας νοσηλείας. Τέλος, το τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει μεταβλητές σχετικές με τα χαρακτηριστικά του δείγματος, οι οποίες βοηθούν στη σκιαγράφιση του προφίλ του δείγματος. Σημειώνεται ότι το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε κατόπιν μελέτης παλαιότερων σχετικών ερευνών και ενισχύθηκε με αυτοσχέδιες κλίμακες.

Η μέθοδος συλλογής των ερωτηματολογίων ήταν προσωπική, καθώς η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε άμεσα από το δείγμα και επιστράφηκε στον ερευνητή.

4.2 Αποτελέσματα

4.2.1 Χαρακτηριστικά δείγματος

Τα χαρακτηριστικά του δείγματος συνθέτονται από τις μεταβλητές του φύλου, της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης, του εκπαιδευτικού επιπέδου, της ειδικότητας, του εργασιακού τομέα, του είδους της δομής, της εργασίας σε ψυχιατρικό νοσοκομείο ή ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου, των ετών εργασίας σε ψυχιατρική κλινική και της ύπαρξης περιστατικού ψυχικής ασθένειας στον στενό οικογενειακό και κοινωνικό κύκλο των ερωτηθέντων.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 1, το δείγμα αποτελείται από 27 άνδρες και 56 γυναίκες, που αντιστοιχούν στο 32,5% (N=83) και το 67,5% του δείγματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το Φύλο

Φύλο	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστιαία Συχνότητα</i>	<i>Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα</i>
<i>Άνδρας</i>	27	32,5%	32,5%
<i>Γυναίκα</i>	56	67,5%	100%
Σύνολο	83	100%	-

Ο μέσος όρος της ηλικίας του δείγματος υπολογίζεται στα 41 έτη περίπου (N=78) με τυπική απόκλιση 8,45 (Πίνακας 2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Περιγραφικά μέτρα της Ηλικίας του δείγματος

Ηλικία	
Μέσος Όρος	41,06
Τυπική Απόκλιση	8,45
N	78*

*Παρατηρούνται πέντε ερωτηθέντες οι οποίοι δεν συμπλήρωσαν την αντίστοιχη ερώτηση

Η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος παρουσιάζεται αναλυτικά στον Πίνακα 3. Πιο συγκεκριμένα, η πλειοψηφία του δείγματος και σε ποσοστό 59,8% (N=82) αντιστοιχεί στους έγγαμους και το 34,1% είναι άγαμοι. Χαμηλότερο ποσοστό εντοπίζεται στους διαζευγμένους, οι οποίοι ανέρχονται στο 6,1% του δείγματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με την Οικογενειακή Κατάσταση

Οικογενειακή Κατάσταση	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
Άγαμος	28	34,1%	34,1%
Έγγαμος	49	59,8%	93,9%
Διαζευγμένος	5	6,1%	100,0%
Σύνολο	82*	100%	-

*Παρατηρείται ένας ερωτηθέντας ο οποίος δεν συμπλήρωσε την αντίστοιχη ερώτηση

Σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων (Πίνακας 4 η πλειοψηφία του δείγματος και σε ποσοστό 59,8% (N=82) αντιστοιχεί στους έγγαμους και το 34,1% είναι άγαμοι Ακολουθούν οι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος σε ποσοστό 12%, ενώ χαμηλό ποσοστό εντοπίζεται στους αποφοίτους της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, οι οποίοι αποτελούν το 2,4% του δείγματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το Εκπαιδευτικό Επίπεδο

Εκπαιδευτικό Επίπεδο	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστιαία Συχνότητα</i>	<i>Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα</i>
<i>Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης</i>	2	2,4%	2,4%
<i>Τεχνική Εκπαίδευση</i>	45	54,2%	56,6%
<i>ΑΕΙ/ΤΕΙ</i>	26	31,3%	88%
<i>Μεταπτυχιακό</i>	10	12%	100,0%
Σύνολο	83	100%	-

Το δείγμα αποτελείται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας και άλλους επαγγελματίες στο χώρο της υγείας (Πίνακας 5). Πιο συγκεκριμένα, το 50,6% (N=83) είναι ψυχίατροι (30,1%) και ψυχολόγοι (20,5%), ενώ το 27,7% νοσηλευτές και το 16,9% κοινωνικοί λειτουργοί. Με χαμηλότερα ποσοστά συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη οι επισκέπτες υγείας (2,4%) και παρατηρείται ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 2,4%, στο οποίο περιλαμβάνονται άλλοι επαγγελματίες στο χώρο της υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με την Ειδικότητα

Ειδικότητα	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστιαία Συχνότητα</i>	<i>Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα</i>
<i>Ψυχίατρος</i>	25	30,1%	30,1%
<i>Ψυχολόγος</i>	17	20,5%	50,6%
<i>Κοινωνικός Λειτουργός</i>	14	16,9%	67,5%
<i>Νοσηλευτής</i>	23	27,7%	95,2%
<i>Επισκέπτης Υγείας</i>	2	2,4%	97,6%
<i>Άλλοι επαγγελματίες υγείας</i>	2	2,4%	100,0%
Σύνολο	83	100%	-

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η κατανομή του δείγματος σχετικά με τον εργασιακό τομέα, καθώς λαμβάνεται δείγμα από ιδιωτικά, κοινοτικές δομές, ψυχιατρικές κλινικές και άλλους τομείς (Πίνακας 6). Πιο συγκεκριμένα, το 39,5% (N=81) του δείγματος δραστηριοποιείται σε κοινοτικές δομές, το 32,1% σε ψυχιατρικές κλινικές, το 17,3% σε ιδιωτικά και το 11,1% σε άλλους εργασιακούς τομείς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με τον Εργασιακό Τομέα

Εργασιακός Τομέας	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
Ιδιωτικά	14	17,3%	17,3%
Κοινοτική Δομή	32	39,5%	56,8%
Ψυχιατρική Κλινική	26	32,1%	88,9%
Άλλο	9	11,1%	100,0%
Σύνολο	81*	100%	-

**Παρατηρούνται δύο ερωτηθέντες οι οποίοι δεν συμπλήρωσαν την αντίστοιχη ερώτηση*

Υψηλό ποσοστό του δείγματος το οποίο αγγίζει το 69,5% (N=82) έχει εργαστεί είτε σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, είτε στο Ψυχιατρικό Τμήμα κάποιου Γενικού Νοσοκομείου. Αντίθετα, σχετικά μικρό ποσοστό του δείγματος (30,3%) δηλώνει ότι δεν έχει απασχοληθεί σε κάποιο από τα εξεταζόμενα (Πίνακας 7).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Εργασία σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο ή Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου

Έχετε εργαστεί σε ψυχιατρικό νοσοκομείο ή ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου;	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
Ναι	57	69,5%	69,5%
Όχι	25	30,3%	100,0%
Σύνολο	82*	100%	-

**Παρατηρείται ένας ερωτηθέντας ο οποίος δεν συμπλήρωσε την αντίστοιχη ερώτηση*

Σχετικά με τα έτη εργασίας σε Ψυχιατρική Κλινική, σημειώνεται ότι μελετώνται οι ερωτηθέντες οι οποίοι έχουν δηλώσει ότι εργάζονται είτε σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, είτε σε Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου (Πίνακας 8). Ο μέσος όρος υπολογίζεται στα 6,8 έτη με τυπική απόκλιση 6,86 (N=56).

ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Περιγραφικά μέτρα των ετών εργασίας σε Ψυχιατρική Κλινική

Χρόνια Εργασίας σε Ψυχιατρική Κλινική	
Μέσος Όρος	6,80
Τυπική Απόκλιση	6,86
N	56*

**Περιλαμβάνονται οι απαντήσεις αυτών που εργάζονται σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο ή Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου*

Το 75,7% (N=74) του δείγματος φαίνεται ότι έχει έρθει αντιμέτωπο με περιστατικό ψυχικής ασθένειας, είτε προσωπικά, είτε από το στενό οικογενειακό ή κοινωνικό περίγυρο (Πίνακας 9).

ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Περιστατικό ψυχικής ασθένειας στο στενό οικογενειακό/κοινωνικό κύκλο

Έχετε ή είχατε στον στενό οικογενειακό/κοινωνικό σας κύκλο ή εσείς προσωπικά, περιστατικό ψυχικής ασθένειας;	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
Ναι	56	75,7%	75,7%
Όχι	18	24,3%	100,0%
Σύνολο	74*	100%	-

*Παρατηρούνται εννέα ερωτηθέντες οι οποίοι δεν συμπλήρωσαν την αντίστοιχη ερώτηση

4.2.2 Εμπιστοσύνη στην Ψυχιατρική

Η εμπιστοσύνη στην Ψυχιατρική μετράται μέσω του βαθμού συμφωνίας με την άποψη "Εμπιστεύομαι την Ψυχιατρική και τις μεθόδους της για τη θεραπεία των ατόμων με σοβαρή ψυχική ασθένεια". Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 10, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος σε ποσοστό 91,6% (N=83) εμπιστεύεται την Ψυχιατρική, ενώ αβεβαιότητα εκφράζει το 8,4%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Εμπιστοσύνη στην Ψυχιατρική

Εμπιστεύομαι την Ψυχιατρική και τις μεθόδους της για τη θεραπεία των ατόμων με σοβαρή ψυχική ασθένεια.	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
Συμφωνώ	76	91,6%	91,6%
Μάλλον συμφωνώ	0	0%	91,6%
Δεν είμαι σίγουρος	7	8,4%	100%
Μάλλον διαφωνώ	0	0%	100%
Διαφωνώ	0	0%	100%
Σύνολο	83	100%	-

4.2.3 Κλίμακα επικινδυνότητας του Ψυχικά Ασθενή

Στην παρούσα ενότητα διερευνώνται οι απόψεις σχετικά με την ψυχική ασθένεια και συγκεκριμένα εξετάζεται ο βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας των ερωτηθέντων σχετικά με την επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών (Πίνακας 11). Αναλυτικότερα, υψηλά επίπεδα διαφωνίας εκφράζονται από το 91,5% (N=82) σχετικά με την άποψη "Εάν μια ομάδα ψυχικά ασθενών ζούσε κοντά μου, δεν θα επέτρεπα στα παιδιά μου να πάνε στον κινηματογράφο μόνα τους" (Άποψη 1). Αντίθετα, συμφωνία εκφράζεται από το 60,2% (N=83) σχετικά με την ανάθεση διδασκαλίας σε έναν ψυχικά ασθενή, ο οποίος έχει τα απαραίτητα προσόντα (Άποψη 2). Στη συγκεκριμένη άποψη εντοπίζεται σχετικά υψηλό ποσοστό της τάξης του 32,5%, το οποίο εκφράζει αβεβαιότητα. Όσον αφορά την άποψη ότι οι ψυχικά ασθενείς δεν είναι σίγουρο τι θα κάνουν από τη μια στιγμή στην άλλη (Άποψη 3), το 56,6% (N=83) του δείγματος διαφωνεί, ενώ το 37,3% συμφωνεί. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η άποψη σχετικά με το χαμηλό αίσθημα εμπιστοσύνης προς έναν ψυχικά ασθενή (Άποψη 4), καθώς η πλειοψηφία του δείγματος σε ποσοστό 69,9% (N=83) εκφράζει διαφωνία, το 16,9% αβεβαιότητα και το 13,3% συμφωνία.

Σχετικά με τον λόγο ύπαρξης των Ψυχιατρείων, μέσω της εξεταζόμενης άποψης εκφράζεται ότι πρέπει να υφίστανται για την προστασία του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου από τους ψυχικά ασθενείς (Άποψη 5). Με αυτή την άποψη το 92,8% (N=83) εκφράζει διαφωνία, ενώ μόλις το 4,8% συμφωνεί. Από την άλλη πλευρά, υψηλά επίπεδα συμφωνίας εκφράζει το 72,3% (N=83) στην άποψη "Εάν ένας πρώην ψυχικά ασθενής ζούσε κοντά, δεν θα δίσταζα να επιτρέψω σε μικρά παιδιά υπό τη φροντίδα μου να βγουν στο δρόμο" (Άποψη 6). Ωστόσο, εντοπίζεται σχετικά υψηλό ποσοστό του δείγματος (22,9%) το οποίο εκφράζει διαφωνία με τη συγκεκριμένη άποψη. Παράλληλα, διαφωνία εκφράζει το 68,3% (N=82) στην άποψη ότι ακόμα και αν ένας ψυχικά ασθενής φαίνεται καλά, είναι επικίνδυνο να μη λαμβάνεται υπόψη η ψυχική του ασθένεια (Άποψη 7), ενώ το 24,4% συμφωνεί. Τέλος, στην άποψη "Θα έπρεπε να υπάρχει ένας νόμος που να απαγορεύει σε πρώην ψυχικά ασθενείς το δικαίωμα απόκτησης άδειας οπλοφορίας για κυνήγι" (Άποψη 8), το 55,4% συμφωνεί, αβεβαιότητα εκφράζει το 25,3% και το 19,3% συμφωνεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Κλίμακα επικινδυνότητας του Ψυχικά Ασθενή

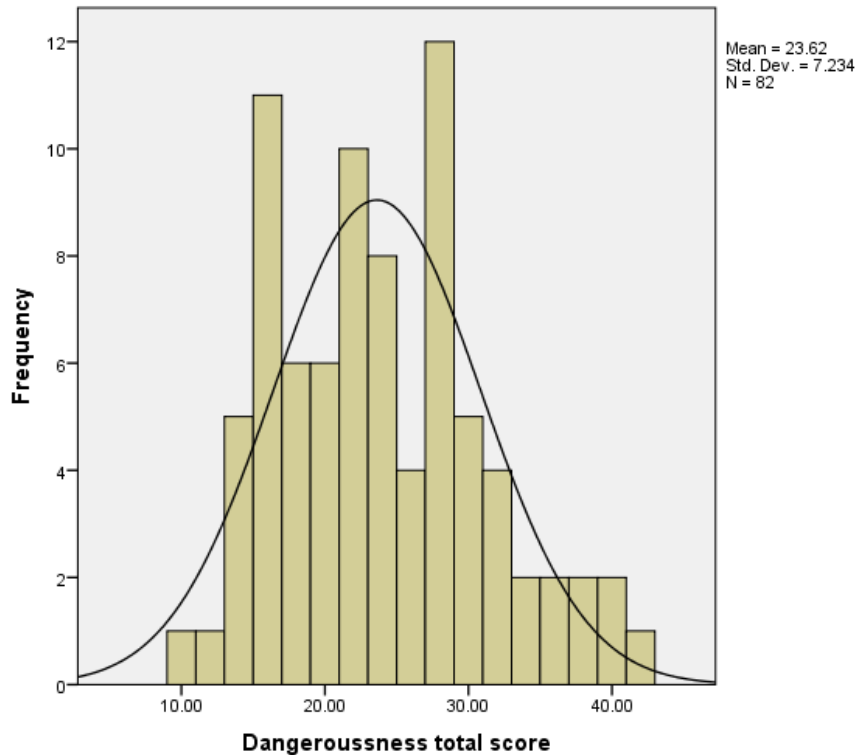
<i>Απόψεις για την Ψυχική Ασθένεια</i>	Συμφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Διαφωνώ
1. Εάν μία ομάδα ψυχικά ασθενών ζούσε κοντά μου, δεν θα επέτρεπα στα παιδιά μου να πάνε στον κινηματογράφο μόνα τους. <i>(N=82)</i>	6,1%	2,4%	91,5%
2. Εάν ένας ψυχικά ασθενής έκανε αίτηση για μία θέση διδασκαλίας σ' ένα σχολείο και είχε τα απαραίτητα προσόντα, θα συνιστούσα να προσληφθεί. <i>(N=83)</i>	60,2%	32,5%	7,2%
3. Ένα σημαντικό στοιχείο σχετικά με τους ψυχικά ασθενείς είναι ότι δεν μπορείς να είσαι σίγουρος για το τι θα κάνουν απ' τη μια στιγμή στην άλλη. <i>(N=83)</i>	37,3%	6%	56,6%
4. Εάν γνώριζα ότι ένα άτομο είναι ψυχικά ασθενής, θα ήταν λιγότερο πιθανό να τον εμπιστευτώ. <i>(N=83)</i>	13,3%	16,9%	69,9%
5. Ο κύριος στόχος της ύπαρξης Ψυχιατρείων θα έπρεπε να είναι η προστασία του κοινωνικού συνόλου από τους ψυχικά ασθενείς. <i>(N=83)</i>	4,8%	2,4%	92,8%
6. Εάν ένας πρώην ψυχικά ασθενής ζούσε κοντά, δεν θα δίσταζα να επιτρέψω σε μικρά παιδιά υπό τη φροντίδα μου, να βγουν στον δρόμο. <i>(N=83)</i>	72,3%	4,8%	22,9%

7. Έστω και αν μερικοί ψυχικά ασθενείς φαίνονται καλά, είναι επικίνδυνο να ξεχνάμε έστω και για λίγο ότι είναι ψυχικά άρρωστοι. <i>(N=82)</i>	24,4%	7,3%	68,3%
8. Θα έπρεπε να υπάρχει ένας νόμος που να απαγορεύει σε πρώην ψυχικά ασθενείς το δικαίωμα απόκτησης άδειας οπλοφορίας για κυνήγι. <i>(N=83)</i>	55,4%	25,3%	19,3%

Για την καλύτερη κατανόηση της κλίμακας της επικινδυνότητας, κρίθηκε σκόπιμος ο υπολογισμός της συνολικής βαθμολογίας αυτής. Για τον υπολογισμό της συνολικής βαθμολογίας της επικινδυνότητας, όλα τα στοιχεία αθροίστηκαν έτσι ώστε να δημιουργήσουν μια μέση βαθμολογία που κυμαίνεται από 0 - 56. Σημειώνεται ότι οι μεγαλύτερες βαθμολογίες υποδεικνύουν υψηλότερη αντιληπτή επικινδυνότητα, ενώ οι χαμηλότερες βαθμολογίες υποδεικνύουν χαμηλότερη αντιληπτή επικινδυνότητα. Η τυπική απόκλιση είναι 7,234 και ο μέσος όρος της συνολικής επικινδυνότητας υπολογίστηκε 23,62 υποδεικνύοντας τη μέτρια αντιληπτή επικινδυνότητα από το δείγμα (Πίνακας 12).

ΠΙΝΑΚΑΣ 12 Περιγραφικά μέτρα του Συνολικού Σκορ της Επικινδυνότητας

Επικινδυνότητα (Συνολικό Σκορ)	
<i>Μέσος Όρος</i>	23,62
<i>Τυπική Απόκλιση</i>	7,234
<i>N</i>	82



ΓΡΑΦΗΜΑ 1 Συνολικό Σκορ Επικινδυνότητας

4.2.4 Κλίμακα Στάσεων στην Ακούσια Νοσηλεία

Στην παρούσα ενότητα διερευνώνται οι στάσεις και οι απόψεις των ερωτηθέντων για την ακούσια νοσηλεία (Πίνακας 13). Στην άποψη που αναφέρεται ότι η ακούσια νοσηλεία πραγματοποιείται προς όφελος περισσότερο της οικογένειας συγκριτικά με το πάσχων άτομο (Άποψη 1), το 66,3% (N=83) διαφωνεί, ενώ συμφωνία εκφράζει το 28,9%. Στην αντίθετη άποψη, ότι δηλαδή ωφελείται ο ψυχικά ασθενής (Άποψη 2), η πλειοψηφία του δείγματος και σε ποσοστό 85,5% (N=83) συμφωνεί, ενώ πολύ χαμηλά ποσοστά του δείγματος είτε διαφωνούν, είτε εκφράζουν αβεβαιότητα. Παράλληλα, σχετικά με την άποψη που θεωρείται ότι η ακούσια νοσηλεία πρέπει να είναι η τελευταία θεραπευτική λύση (Άποψη 3), το 77,1% (N=83) είναι σύμφωνο και αντίθετο εντοπίζεται το 20,5% του δείγματος. Στην άποψη που αναφέρεται ότι η ακούσια νοσηλεία επηρεάζει αρνητικά την πορεία και την εξέλιξη της ψυχικής ασθένειας (Άποψη 4), το 65,9% (N=82) εκφράζει διαφωνία, ενώ το 19,5% συμφωνία και το 14,6% αβεβαιότητα.

Ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η άποψη σχετικά με τον εγκλεισμό των ψυχικά ασθενών σε Ψυχιατρείο χωρίς τη θέλησή τους με σκοπό τη συνεχή επιτήρησή τους (Άποψη 5). Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος σε ποσοστό 91,5% (N=82) εκφράζει διαφωνία, ενώ πολύ χαμηλά ποσοστά παρατηρούνται στο επίπεδο της συμφωνίας και τη αβεβαιότητας. Σχετικά με την ωφελιμότητα των κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας (Άποψη 6), το 90,4% (N=83) εκφράζει υψηλά επίπεδα συμφωνίας. Ο βαθμός συμφωνίας και διαφωνίας στην άποψη "Πρακτικές, όπως το δέσιμο στα κρεβάτια, δεν θα πρέπει να καταργηθούν, καθώς χρησιμεύουν στην ασφάλεια του προσωπικού, των ψυχικά ασθενών και του κοινωνικού συνόλου" (Άποψη 7) παρουσιάζει ενδιαφέρον, καθώς παρατηρούνται σχετικά υψηλά ποσοστά και στα τρία επίπεδα. Ειδικότερα, το 45,8% (N=83) εκφράζει διαφωνία, το 28,9% συμφωνία και το 25,3% αβεβαιότητα. Τέλος, στην άποψη στην οποία η ακούσια νοσηλεία χαρακτηρίζεται μονόδρομος για τους ψυχικά ασθενείς (Άποψη 8) επιβεβαιώνεται από το 63,4%, ενώ διαφορετική άποψη κατέχει το 23,2%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13 Κλίμακα Στάσεων για την Ακούσια Νοσηλεία

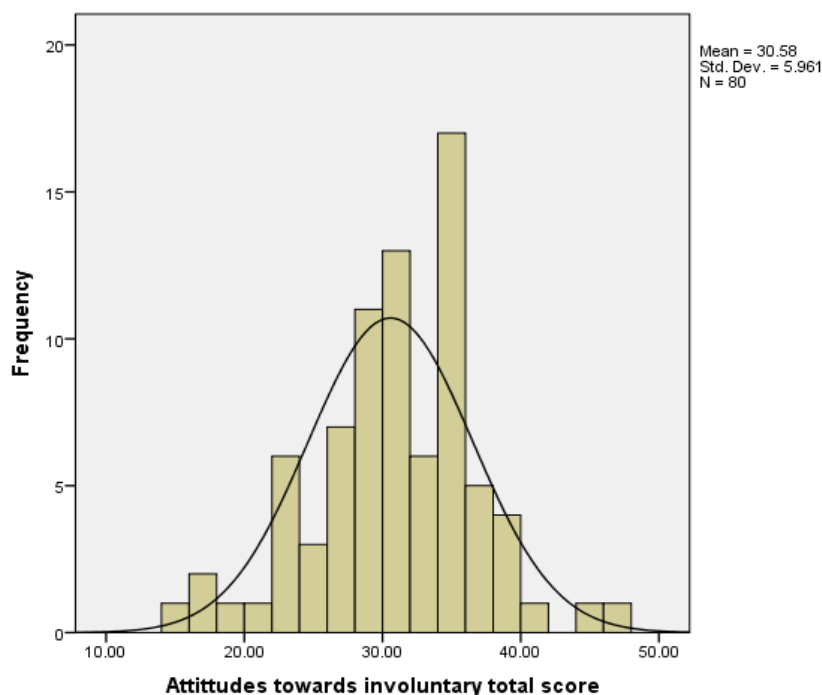
<i>Απόψεις για την Ακούσια Νοσηλεία</i>	Συμφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Διαφωνώ
1. Η ακούσια νοσηλεία συχνά πραγματοποιείται για να επωφεληθεί περισσότερο η οικογένεια παρά το άτομο που πάσχει <i>(N=83)</i>	28,9%	4,8%	66,3%
2. Η ακούσια νοσηλεία είναι προς όφελος του ατόμου με ψυχική ασθένεια. <i>(N=83)</i>	85,5%	10,8%	3,6%
3. Η ακούσια νοσηλεία πρέπει να είναι η τελευταία θεραπευτική λύση. <i>(N=83)</i>	77,1%	2,4%	20,5%

4. Η ακούσια νοσηλεία επηρεάζει αρνητικά την πορεία και εξέλιξη της ψυχικής ασθένειας. <i>(N=82)</i>	19,5%	14,6%	65,9%
5. Τα άτομα με ψυχική ασθένεια πρέπει να εγκλείονται στα Ψυχιατρεία χωρίς τη θέλησή τους, καθώς πρέπει να βρίσκονται υπό συνεχή επιτήρηση. <i>(N=82)</i>	4,9%	3,7%	91,5%
6. Είναι πιο ωφέλιμο για τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά σε κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας. <i>(N=83)</i>	90,4%	3,6%	6%
7. Πρακτικές όπως το δέσιμο στα κρεβάτια δεν θα πρέπει να καταργηθούν καθώς χρησιμεύουν στην ασφάλεια του προσωπικού, των ψυχικά ασθενών και του κοινωνικού συνόλου. <i>(N=83)</i>	28,9%	25,3%	45,8%
8. Συχνά η ακούσια νοσηλεία είναι μονόδρομος για έναν ψυχικά ασθενή. <i>(N=82)</i>	63,4%	13,4%	23,2%

Για την καλύτερη κατανόηση της κλίμακας των στάσεων για την ακούσια νοσηλεία, κρίθηκε σκόπιμος ο υπολογισμός της συνολικής βαθμολογίας αυτών. Για τον υπολογισμό της συνολικής βαθμολογίας των στάσεων ορισμένα στοιχεία αντιστράφηκαν διατυπωμένα έτσι ώστε να αποφεύγεται η απόκλιση απόκρισης (2,5,7,8). Από αυτή διεργασία προκύπτει ότι οι υψηλότερες συνολικές βαθμολογίες δείχνουν πιο ευνοϊκές στάσεις και συμπεριφορές, ενώ οι χαμηλότερες το αντίθετο. Η τυπική απόκλιση είναι 5,961 και ο μέσος όρος των συνολικών στάσεων υπολογίστηκε 30,58 υποδεικνύοντας τις σχετικά μέτρια ευνοϊκές στάσεις και συμπεριφορές για την ακούσια νοσηλεία από την πλευρά του δείγματος (Πίνακας 14).

ΠΙΝΑΚΑΣ 14 Περιγραφικά μέτρα του Συνολικού Σκορ των Στάσεων για την Ακούσια Νοσηλεία

Στάσεις Ακούσιας Νοσηλείας (Συνολικό Σκορ)	
Μέσος Όρος	30,58
Τυπική Απόκλιση	5,961
N	80



ΓΡΑΦΗΜΑ 2 Συνολικό Σκορ Στάσεων για την Ακούσια Νοσηλεία

4.2.5 Κλίμακα Γνώσεων σε σχέση με τη Νομοθεσία της Ακούσιας Νοσηλείας

Στην παρούσα ενότητα εξετάζονται οι γνώσεις των ερωτηθέντων σχετικά με τη νομοθεσία της ακούσιας νοσηλείας. Στον Πίνακα 15 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα και επισημαίνονται ευδιάκριτα (μπλε ένδειξη) οι σωστές απαντήσεις. Αναλυτικότερα, η γνώση που αφορά τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Εξεταζόμενη Γνώση 1), το 72,2% (N=79) έδωσε λανθασμένη απάντηση, ενώ τη σωστή απάντηση έδωσε το 56,6% (N=83) στο γνωστικό επίπεδο που αφορά τις προϋποθέσεις για ακούσια νοσηλεία (Εξεταζόμενη Γνώση 2). Σχετικά με τους κοινωνικούς και ηθικούς λόγους ακούσιας νοσηλείας (Εξεταζόμενη Γνώση 3) το 84,1% (N=82) του δείγματος έδωσε τη σωστή απάντηση. Παράλληλα, η πλειοψηφία του δείγματος και σε ποσοστό 50,6% (N=83) φέρεται ότι δεν γνωρίζει ποιο είναι το κατάλληλο άτομο για να ζητήσει

την ακούσια νοσηλεία του πάσχοντος (Εξεταζόμενη Γνώση 4). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η εξέταση της άποψης "Σε επείγουσα περίπτωση την ακούσια νοσηλεία του φερόμενου ασθενή μπορεί να ζητήσει και αυτεπάγγελτα ο εισαγγελέας πρωτοδικών του τόπου κατοικίας του ασθενή" (Εξεταζόμενη Γνώση 5), καθώς η σωστή απάντηση δόθηκε από το 94% (N=83) του δείγματος, σε αντίθεση με το 6% που αποκρίθηκε λάθος. Σχετικά με τη διαδικασία των γνωματεύσεων (Εξεταζόμενη Γνώση 6), το 54,3% (N=81) φαίνεται ότι τη γνωρίζει, ωστόσο σημαντικό ποσοστό του δείγματος (45,7%) δεν γνωρίζει σχετικά. Η πλειοψηφία του δείγματος σε ποσοστό 62% (N=79) δεν γνωρίζει την ελάχιστη διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας (Εξεταζόμενη Γνώση 7), καθώς έδωσε τη λανθασμένη απάντηση. Αντίθετα είναι τα αποτελέσματα των γνώσεων σχετικά με τη μέγιστη διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας (Εξεταζόμενη Γνώση 13), καθώς το 54,3% (N=81) έδωσε τη σωστή απάντηση. Από την άλλη πλευρά, σχετικά με τα δικαιώματα του ψυχικά ασθενή σχετικά με την ακούσια νοσηλεία του στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας (Εξεταζόμενη Γνώση 8), το δείγμα δεν γνωρίζει σχετικά, καθώς το 86,7% (N=83) έδωσε τη λάθος απάντηση.

Παράλληλα, σχετικά με την εξέταση που αφορά τη μεταφορά του ψυχικά ασθενή σε κάποια ψυχιατρική κλινική (Εξεταζόμενη Γνώση 9), το 73,5% (N=83) αποκρίθηκε σωστά. Ακόμα, για τα ζητήματα σχετικά με την επικύρωση της ακούσιας νοσηλείας (Εξεταζόμενη Γνώση 10), το 78,8% (N=80) δεν γνωρίζει, δίνοντας λάθος απάντηση στη σχετική εξεταζόμενη μεταβλητή. Υψηλό ποσοστό γνώσεων εντοπίζεται σε θέματα σχετικά με τη διαδικασία της συνεδρίασης του δικαστηρίου (Εξεταζόμενη Γνώση 11) καθώς το 72,2% (N=79) έδωσε τη σωστή απάντηση. Αντίθετα, χαμηλά ποσοστά γνώσεων εντοπίζονται σε θέματα σχετικά με τις άδειες που δικαιούται ο ψυχικά ασθενής (Εξεταζόμενη Γνώση 12), καθώς το 57,3% (N=82) έδωσε λανθασμένη απάντηση. Τέλος, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι τρεις τελευταίες εξεταζόμενες μεταβλητές που αφορούν τα περιοριστικά μέτρα και άλλα θέματα της ακούσιας νοσηλείας (Εξεταζόμενη Γνώση 14, 15 και 16), καθώς η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος έδωσε τις λάθος απαντήσεις σε ποσοστό 73,2% (N=82), 72% (N=82) ΚΑΙ 70,4% (N=81) αντίστοιχα.

Από τα παραπάνω παρατηρείται ότι στις 16 εξεταζόμενες μεταβλητές που αφορούν τις γνώσεις σχετικά με τη νομοθεσία της ακούσιας νοσηλείας, σωστές απαντήσεις από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν δοθεί μόλις στις 7.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15 Κλίμακα Γνώσεων σε σχέση με τη Νομοθεσία της ακούσιας νοσηλείας

<i>Γνώσεις για την Ακούσια Νοσηλεία</i>	Σωστό	Λάθος
<p>1. Οι προϋποθέσεις ακούσιας νοσηλείας ενός ψυχιατρικού ασθενή προβλέπονται στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005) και συγκεκριμένα στις διατάξεις που αφορούν τις υποχρεώσεις των ψυχιάτρων.</p> <p align="right"><i>(N=79)</i></p>	72,2%	27,8%
<p>2. Επαρκής προϋπόθεση για την ακούσια νοσηλεία είναι ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή.</p> <p align="right"><i>(N=83)</i></p>	43,4%	56,6%
<p>3. Η αδυναμία ή άρνηση του προσώπου να προσαρμόζεται στις κοινωνικές και ηθικές αξίες της κοινότητας που διαμένει αποτελούν λόγο ακούσιας νοσηλείας του.</p> <p align="right"><i>(N=82)</i></p>	15,9%	84,1%
<p>4. Την ακούσια νοσηλεία του φερόμενου ως ασθενή μπορεί να ζητήσει οποιοδήποτε συγγενικό του πρόσωπο ή γείτονας που κρίνει ότι το πρόσωπο πάσχει από ψυχική διαταραχή.</p> <p align="right"><i>(N=83)</i></p>	50,6%	49,4%
<p>5. Σε επείγουσα περίπτωση την ακούσια νοσηλεία του φερόμενου ασθενή μπορεί να ζητήσει και αυτεπάγγελτα ο εισαγγελέας πρωτοδικών του τόπου κατοικίας του ασθενή.</p> <p align="right"><i>(N=83)</i></p>	94%	6%
<p>6. Τις δύο ψυχιατρικές γνωματεύσεις που προβλέπονται από τη νομοθεσία για την ακούσια νοσηλεία ενός ασθενή δύναται να συντάξουν δύο ειδικευόμενοι ψυχίατροι ή ένας ειδικός κι ένας ειδικευόμενος ψυχίατρος.</p> <p align="right"><i>(N=81)</i></p>	45,7%	54,3%

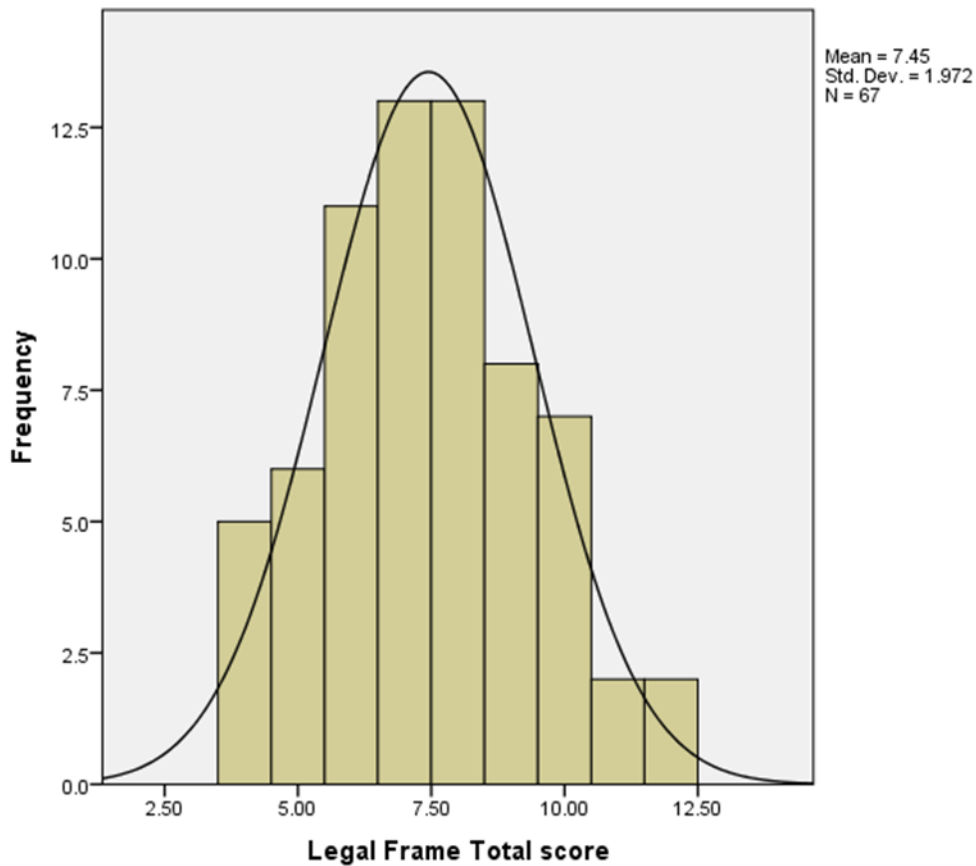
<p>7. Η ακούσια νοσηλεία ενός ασθενή πρέπει να διαρκέσει το ελάχιστο 48 ώρες.</p> <p style="text-align: right;"><i>(N=79)</i></p>	62%	38%
<p>8. Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται αμέσως μόλις γίνει η ακούσια μεταφορά του στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας για τα δικαιώματά του και ειδικότερα το δικαίωμά του να ασκήσει ένδικο μέσο.</p> <p style="text-align: right;"><i>(N=83)</i></p>	13,3%	86,7%
<p>9. Η μεταφορά του ασθενούς για ακούσια νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική οφείλει να γίνεται για λόγους ασφαλείας από περιπολικό της αστυνομίας συνοδεία αστυνομικών.</p> <p style="text-align: right;"><i>(N=83)</i></p>	26,5%	73,5%
<p>10. Για την επικύρωση της ακούσιας νοσηλείας ενός ασθενή προβλέπεται η εκδίκαση της υπόθεσής του στο Πρωτοδικείο μέσα σε τουλάχιστον 13 ημέρες από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρθηκε με εισαγγελική εντολή στην ψυχιατρική κλινική.</p> <p style="text-align: right;"><i>(N=80)</i></p>	21,3%	78,8%
<p>11. Στη συνεδρίαση του δικαστηρίου καλείται πριν από 48 ώρες και ο ασθενής ο οποίος δικαιούται να παραστεί με δικηγόρο και με ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο.</p> <p style="text-align: right;"><i>(N=79)</i></p>	72,2%	27,8%
<p>12. Κατά την ακούσια νοσηλεία ενός ασθενή δεν επιτρέπονται οι άδειες, οι οργανωμένες έξοδοι ή η διαμονή σε χώρους που εποπτεύονται έξω από τα κλειστά ιδρύματα.</p> <p style="text-align: right;"><i>(N=82)</i></p>	57,3%	42,7%
<p>13. Η διάρκεια ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβεί τους τρεις (3) μήνες.</p> <p style="text-align: right;"><i>(N=81)</i></p>	45,7%	54,3%

<p>E</p> <p>14. Οι ακούσια νοσηλεύόμενοι ασθενείς υπόκεινται σε περιοριστικά μέτρα (π.χ. μηχανική καθήλωση) όπως ακριβώς και οι εκούσιοι ασθενείς αν η κατάσταση της υγείας τους το επιβάλλει.</p> <p style="text-align: right;"><i>(N=82)</i></p>	73,2%	26,8%
<p>15. Η εκούσια νοσηλεία ενός ασθενούς μπορεί να μετατραπεί σε ακούσια νοσηλεία με πρωτοβουλία των υπεύθυνων για τον ασθενή ψυχιάτρων χωρίς την συγκατάθεση του ίδιου του ασθενή.</p> <p style="text-align: right;"><i>(N=82)</i></p>	72%	28%
<p>16. Σε περίπτωση που ο ασθενής προσέρχεται εκούσια συνοδεία συγγενών του για εξέταση κατά την εφημερία για σοβαρό πρόβλημα ψυχικής υγείας αλλά η εξέτασή του είναι ανέφικτη λόγω άρνησής του, ο ψυχίατρος μπορεί να ενημερώσει τον Εισαγγελέα Πρωτοδικών για να κινήσει την αυτεπάγγελτη διαδικασία ακούσιας νοσηλείας.</p> <p style="text-align: right;"><i>(N=81)</i></p>	70,4%	29,6%

Για την καλύτερη κατανόηση της κλίμακας των γνώσεων σχετικά με τη Νομοθεσία της ακούσιας νοσηλείας, κρίθηκε σκόπιμος ο υπολογισμός της συνολικής βαθμολογίας αυτών. Για τον υπολογισμό της συνολικής βαθμολογίας των γνώσεων, οι απαντήσεις που ήταν σωστές βαθμολογήθηκαν με 1 και οι λανθασμένες με 0. Έτσι, δημιουργήθηκε μια κλίμακα από το 0 μέχρι το 16 και τα υψηλότερα σκορ επιδεικνύουν υψηλότερο βαθμό γνώσεων, ενώ τα χαμηλότερα το αντίθετο. Η τυπική απόκλιση είναι 1,972 και ο μέσος όρος των συνολικών γνώσεων υπολογίστηκε 7,45 υποδεικνύοντας το χαμηλό επίπεδο γνώσεων σχετικά με τη νομοθεσία της ακούσιας νοσηλείας των επαγγελματιών υγείας (Πίνακας 16).

ΠΙΝΑΚΑΣ 16 Περιγραφικά μέτρα του Συνολικού Σκορ των Γνώσεων σχετικά με τη Νομοθεσία της Ακούσιας Νοσηλείας

Γνώσεις Νομοθεσίας Ακούσιας Νοσηλείας (Συνολικό Σκορ)	
<i>Μέσος Όρος</i>	7,45
<i>Τυπική Απόκλιση</i>	1,972
<i>N</i>	67



ΓΡΑΦΗΜΑ 3 Συνολικό Σκορ Γνώσεων σχετικά με τη Νομοθεσία της Ακούσιας Νοσηλείας

4.2.6 Διερεύνηση Συσχετίσεων

Στην παρούσα ενότητα διενεργούνται διμεταβλητές αναλύσεις συσχέτισης με σκοπό τη διερεύνηση των σχέσεων ανάμεσα στις γνώσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τη νομοθεσία της ακούσιας νοσηλείας, στις στάσεις τους απέναντι σε αυτή, στο βαθμό εμπιστοσύνης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην Ψυχιατρική και στο βαθμό συμφωνίας με το στερεότυπο της επικινδυνότητας (Πίνακας 17 και 18).

Σύμφωνα με τον Πίνακα 17, παρατηρείται ότι οι γνώσεις σχετικά με τη νομοθεσία της ακούσιας νοσηλείας δεν συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τις στάσεις και τις απόψεις για την ακούσια νοσηλεία και με την επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι γνώσεις για τη νομοθεσία δεν συνδέονται με τις

στάσεις και τις απόψεις απέναντι στην ακούσια νοσηλεία. Από την άλλη πλευρά η επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή συσχετίζεται θετικά με τις στάσεις και τις απόψεις για την ακούσια νοσηλεία. Η συσχέτιση είναι σχετικά ασθενούς έντασης και είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0,05$. Με απλά λόγια, παρατηρείται ότι ολοένα και μεγαλύτερη είναι η αποδοχή της ακούσιας νοσηλείας, καθώς εντοπίζονται θετικότερες στάσεις, γεγονός που συνδέεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με την ολοένα και μεγαλύτερη εσωτερίκευση του στερεότυπου της επικινδυνότητας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17 Διερεύνηση σχέσης ανάμεσα στις γνώσεις σχετικά με τη Νομοθεσία της Ακούσιας Νοσηλείας, τις στάσεις για την Ακούσια Νοσηλεία και την επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή

		1	2	3
1.Γνώσεις σχετικά με τη Νομοθεσία της Ακούσιας Νοσηλείας	Pearson Correlation	1	-0,035	-0,177
	Sig. (2-tailed)		0,780	0,151
	N	67	65	67
2.Στάσεις και Απόψεις για την Ακούσια Νοσηλεία	Pearson Correlation	-0,035	1	0,250*
	Sig. (2-tailed)	0,780		0,026
	N	65	80	79
3.Επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή	Pearson Correlation	-0,177	0,250*	1
	Sig. (2-tailed)	0,151	0,026	
	N	67	79	82

**Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0,05$ (2-tailed)*

Για τις παραπάνω μεταβλητές διενεργείται ανάλυση συσχέτισης αυτών με την εμπιστοσύνη στην Ψυχιατρική και τις μεθόδους της που ακολουθούνται για τη θεραπεία των ατόμων με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Σύμφωνα με τον Πίνακα 18, παρατηρείται ότι η εμπιστοσύνη στην ψυχιατρική δεν συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή. Από την άλλη πλευρά, η εμπιστοσύνη στη Ψυχιατρική συσχετίζεται αρνητικά με τις γνώσεις σχετικά με τη νομοθεσία της ακούσιας νοσηλείας και τις στάσεις και τις απόψεις για αυτή. Οι συσχετίσεις είναι σχετικά ασθενούς έντασης και στατιστικά σημαντικές σε στατιστικό επίπεδο $\alpha=0,05$ και $\alpha=0,01$ αντίστοιχα. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι όσο

μεγαλύτερη είναι η εμπιστοσύνη στην Ψυχιατρική, τόσο περισσότερες είναι και οι γνώσεις σχετικά με τη νομοθεσία της ακούσιας νοσηλείας. Τέλος, όσο μεγαλύτερη είναι η εμπιστοσύνη στην Ψυχιατρική, τόσο θετικότερες είναι οι στάσεις και οι απόψεις απέναντι στην ακούσια νοσηλεία, γεγονός που προσδίδει μεγαλύτερη αποδοχή της ακούσιας νοσηλείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18 Διερεύνηση σχέσης ανάμεσα στις γνώσεις σχετικά με τη Νομοθεσία της Ακούσιας Νοσηλείας, τις στάσεις για την Ακούσια Νοσηλεία και την επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή με την εμπιστοσύνη για την Ψυχιατρική

		Εμπιστεύομαι την Ψυχιατρική και τις μεθόδους της για τη θεραπεία των ατόμων με σοβαρή ψυχική ασθένεια
1.Γνώσεις σχετικά με τη Νομοθεσία της Ακούσιας Νοσηλείας	Spearman's rho	-0,282*
	Sig. (2-tailed)	0,021
	N	67
2.Στάσεις και Απόψεις για την Ακούσια Νοσηλεία	Spearman's rho	-0,319**
	Sig. (2-tailed)	0,004
	N	80
3.Επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενή	Spearman's rho	-0,037
	Sig. (2-tailed)	0,739
	N	82
*Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0,05$ (2-tailed)		
**Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0,01$ (2-tailed)		

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την ακούσια νοσηλεία. Το δείγμα αποτελείται από 83 επαγγελματίες υγείας (ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας και άλλους επαγγελματίες στο χώρο της υγείας, με πλειοψηφία των ψυχιάτρων) εκ των οποίων οι 27 είναι άνδρες και οι 56 γυναίκες και οι οποίοι δραστηριοποιούνται στην πόλη της Πάτρας. Ο μέσος όρος της ηλικίας του δείγματος αγγίζει τα 41 έτη και η πλειοψηφία του δείγματος (59,8%) είναι έγγαμοι.

Οι ερωτηθέντες επαγγελματίες ψυχικής υγείας εργάζονται είτε ιδιωτικά, είτε σε κοινοτικές δομές, είτε σε ψυχιατρικές κλινικές, με την πλειοψηφία του δείγματος να εργάζεται σε κοινοτικές δομές. Παρατηρείται ότι υψηλό ποσοστό του δείγματος (69,5%) έχει εργαστεί ή εργάζεται σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο ή στο Ψυχιατρικό Τμήμα κάποιου Γενικού Νοσοκομείου, με μέσο όρο των ετών εργασίας τα 6,8 έτη. Ταυτόχρονα, το 75,7% του δείγματος έχει έρθει αντιμέτωπο με περιστατικό ψυχικής ασθένειας, είτε προσωπικά, είτε από το στενό οικογενειακό ή κοινωνικό περίγυρο.

Σχετικά με την εμπιστοσύνη στη Ψυχιατρική και στις ακολουθούμενες μεθόδους για τη θεραπεία των ατόμων που πάσχουν από κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (91,6%) δηλώνει θετική. Παράλληλα, μέσω της συνολικής βαθμολόγησης της επικινδυνότητας παρατηρείται μέτρια αντιληπτή επικινδυνότητα των πασχόντων ασθενών. Έρευνα σχετική κατέδειξε ότι νοσηλευτικό προσωπικό ψυχικής υγείας είχε περισσότερο θετικές στάσεις απέναντι σε άτομα με ψυχική νόσο όταν οι γνώσεις τους για την ψυχική νόσο ήταν λιγότερο στιγματισμένες (Martensson G. et al, 2014). Στα ίδια επίπεδα μετριότητας κυμαίνονται και οι στάσεις και συμπεριφορές για την ακούσια νοσηλεία από την πλευρά του δείγματος. Αντίθετα, σχετικά με την αξιολόγηση των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη νομοθεσία της ακούσιας νοσηλείας, προκύπτει χαμηλό επίπεδο γνώσεων. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συνάδουν με σχετική έρευνα σε ψυχιατρικά νοσοκομεία της Κίνας όπου διαπιστώθηκε ότι κάποιοι ψυχιάτροι έκαναν πολλές αυθαιρεσίες κατά την διαδικασία της ακούσιας εισαγωγής. Πιο συγκεκριμένα το πεδίο με την νομοθεσία έδειξε σημαντικά θετικές σχέσεις με αυστηρότερες συμπεριφορές (Yang Shao et al, 2012).

Ταυτόχρονα, μέσω των συσχετίσεων που εξετάστηκαν προκύπτει ότι οι γνώσεις για τη νομοθεσία δεν συνδέονται με τις στάσεις και τις απόψεις απέναντι στην ακούσια νοσηλεία και ταυτόχρονα παρατηρείται ότι ολοένα και μεγαλύτερη είναι η αποδοχή της ακούσιας νοσηλείας, καθώς εντοπίζονται θετικότερες στάσεις, γεγονός που συνδέεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με την ολοένα και μεγαλύτερη εσωτερίκευση του στερεότυπου της επικινδυνότητας. Ακόμα, όσο μεγαλύτερη είναι η εμπιστοσύνη στην Ψυχιατρική, τόσο περισσότερες είναι και οι γνώσεις σχετικά με τη νομοθεσία της ακούσιας νοσηλείας. Επακόλουθο της παραπάνω θέσης αποτελεί η τάση αποκλεισμού και περιθωριοποίησης του ψυχικά πάσχοντα και κατά επέκταση του στιγματισμού του (Gravier & Eytan, 2011). Τέλος, όσο μεγαλύτερη είναι η εμπιστοσύνη στην Ψυχιατρική, τόσο θετικότερες είναι οι στάσεις και οι απόψεις απέναντι στην ακούσια νοσηλεία, γεγονός που προσδίδει μεγαλύτερη αποδοχή της ακούσιας νοσηλείας.

Η μεγάλη αύξηση των ακούσιων νοσηλειών στην Ελλάδα αλλά και στην Ευρώπη καθιστά πολύ σημαντικό ζήτημα την διερεύνηση του φαινομένου. Η ακούσια νοσηλεία είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που εμπλέκει πολλές ειδικότητες, διαφορετικές υπηρεσίες και ασθενείς με ανάγκες και δικαιώματα. Χρειάζεται να καταβληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια για την ελαχιστοποίηση των αυθαιρεσιών και την αποφυγή των αρνητικών αποτελεσμάτων όπως την παραβίαση των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων. Κλειδί για τα παραπάνω είναι η ανάπτυξη προγραμμάτων ευαισθητοποίησης, διαρκούς εκπαίδευσης και κατάρτισης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σχετικά με όλο το πλαίσιο της ακούσιας νοσηλείας.

Απαιτείται περαιτέρω έρευνα σε μεγαλύτερο εύρος με εκτενέστερη αξιολόγηση των παραγόντων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την στάση των επαγγελματιών υγείας με στόχο τη διασφάλιση της ακούσιας νοσηλείας ως έσχατο μέτρο και όχι τον μετασχηματισμό της σε κοινωνικό αυτοματισμό. Παρόλο που η έρευνα διεξήχθη στην περιοχή της Πάτρας μόνο αντλήθηκαν σημαντικά δεδομένα κυρίως για την έλλειψη γνώσεων του νομικού πλαισίου της ακούσιας νοσηλείας.

Perceptions and Attitudes of Mental Health Professionals Against Unvoluntary Hospitalization

Tsoukala Aikaterini

ABSTRACT

This thesis deals with the involuntary hospitalization of mentally ill persons.

The purpose of the study is to investigate the perceptions and attitudes of mental health professionals towards involuntary hospitalization. Was also sought the relationship between knowledge about legislation, attitudes towards involuntary hospitalization, the degree of trust of mental health professionals in psychiatry and the degree of agreement with the risk stereotype.

Data collection was conducted through a printed and electronically structured questionnaire. The duration of data collection lasted nearly 2 months and the sample included 83 mental health professionals. The survey was conducted in Patras.

Data analysis shows that greater acceptance of involuntary hospitalization is associated statistically significant with increasing internalisation of the risk stereotype. The greater the confidence in Psychiatry is associated with more knowledge of the legal framework of involuntary hospitalization. As much as the greater confidence in Psychiatry, the more positive the attitudes towards involuntary hospitalization and finally it was found that the knowledge about the legislation is not related to the attitudes towards involuntary hospitalization.

The results suggest the need to develop awareness and training programs on issues related to the whole context of involuntary hospitalization.

Keywords: involuntary psychiatric hospitalization, psychiatric services and mental disorders, mental health professional attitudes

ΠΗΓΕΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αδαλή Ε., Ευαγγέλου Ε. (2005). Στάση της κοινής γνώμης, των επαγγελματιών υγείας και των φοιτητών απέναντι στην ψυχική νόσο. *Το Βήμα του Ασκληπειού*, Τόμος 04, Τεύχος 1, σελ 25-29
- Ajzen I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology* 52,27-58.
- Αλεβιζόπουλος Γ., (1998), *Δικαστική Ψυχιατρική*, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα.
- Αλεβίζος Β., (1997), Το σκεπτικά του Νόμου 2071/92 για την ακούσια νοσηλεία. *Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 60*
- Αλεξιάδης Σ., (1984), Η πρόσφατη νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου σχετικά με τις εγγυήσεις προσωπικής ελευθερίας και ασφάλειας των κρατούμενων ψυχασθενών (με αφορμή την απόφαση Luberti), *Ελληνική Επιθεώρηση Ευρωπαϊκού Δικαίου* 1984, σελ. 186
- Αλεξιάδης Α.Δ. (1999), *Δεοντολογία της Υγείας*. Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου
- Αλεξιάδης Α.Δ., (2000), Η προστασία του νοσοκομειακού ασθενούς, *Αρχεία ελληνικής ιατρικής* 2000, 17(1):101-108
- Allport G. W. (1954). *The Nature of Prejudice*. Cambridge:MA : Addison-Welsey.
- Βαρουχάκης Χ., (1984) Το νομοθετικό διάταγμα 104/73: Ένας νόμος της χούντας ακλόνητος και εν καιρώ δημοκρατίας, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 2, *Αύγουστος 1984*, σελ. 2-32

- Βαρουχάκης Χ., (1993), Σχέδιο ερμηνευτικών οδηγιών για την εφαρμογή των διατάξεων του κεφ. ΣΤ' περί ψυχικής υγείας του νόμου 2071/1992. *Τετράδια Ψυχιατρικής, τόμος 42*
- Βεργαδή Ε.,Βγόντζας Α.,Τσαπάκη Εμ., Τι γνωρίζουν οι έλληνες ιατροί για την ακούσια νοσηλεία; Ανακοίνωση στο 13ο Παγκρήτιο Ιατρικό Συνέδριο 10.12.2006 .
- Βεργώνης Ε., (Εισαγγελέας Πρωτοδικών Ιωαννίνων), (2011), Ζητήματα ερμηνείας και εφαρμογής των άρθρων 95-101 του ν. 2071/1992 για την ακούσια νοσηλεία στις ΜΨΥ, Εισήγηση στην Επιστημονική Ημερίδα με θέμα: «Ακούσια Νοσηλεία Ψυχιατρικού Ασθενή: διαπιστώσεις και προτάσεις», Άρτα, 19 Μαρτίου 2011, στο συλλογικό τόμο: Ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενών. Ιατρικά και νομικά ζητήματα στην εφαρμογή του ν. 2071/1992, επιμέλεια έκδοσης Νικόλαος Μπιλανάκης, εκδόσεις Βήτα medical arts
- Bernadet P., (1997), Κίνδυνος και επικινδυνότητα στις εθνικές νομοθεσίες που αφορούν στην ψυχική υγεία και στη νομολογία των Ευρωπαϊκών κρατών, *Τετράδια Ψυχιατρικής, τόμος 60, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1997*
- Bodner E ,Cohen Fridel S, Mashiah,M, Segal M, Grinshpoon A,Fischel T,, Iancu J.(2015). The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder.*BMC Psychiatry*15:2
- Borum R., Degne M.W., Steadman H.J., Morrisey J.(1998), Police perspectives on responding to mentally ill people in Crisis: Perceptions of Program Effectiveness, *Behavioral Sciences and the Law* 16: 393-405.
- Byrne P.(2001) Psychiatric stigma, *Br J Psychiatry* , vol. 178 (pg. 281-284)
- Γεώργα Δ.,(1995), *Κοινωνική Ψυχολογία*. Τόμος Α. Έκδοση δ . Ελληνικά Γράμματα.Αθήνα.
- Γεωργάκα Ε., (2009), Τα δικαιώματα ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην Ελλάδα: Από τις διεθνείς διακηρύξεις στις επαγγελματικές πρακτικές,

Επιστημονική Επετηρίδα του Τμήματος Ψυχολογίας του Α.Π.Θ., Τόμος Η', σελ. 89 επ.

- ΕΕΔΑ - Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, (2011), Ζητήματα Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχιατρική Εμπειρία στο πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα
- Foster C., Bowers L. & Nijman H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *J Advanced Nursing*. 2007; 58(2):140-9.
- Goffman, E.(2001). *Στίγμα-Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας*.Αθήνα: Αλεξάνδρεια, σελ.64.
- Goodwin S., (1992), *Comparative mental health policy. From institutional to community care*, Sage publications
- Gravier, B.& Eytan, A. (2011). *Enjeux ethiques de la psychiatrie sous contrainte*, *Revue Medicale Suisse*, 7, 1806-1811.
- Harding T.W., (1980), *Du danger, de la dangerosite et de l'usage medical de termes affectivement charges, Déviance et société*, vol. 4, No 3, Genève
- Hatling, T.,Douzenis, A.,& Maguire, J. (2006). Diversity and consistency in the legal management of involuntary admission and treatment across Europe. In D. Richter,& R. Whittington (Eds). *Violence in mental health settings: Causes, consequences,management*.(pp 95-1090. New York ,US: Springer Science and business media.
- Husum T.L., Bjørngaard J.H., Finset A., Ruud T.(2011). Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 46:893–901
- Θεοδωρίδης Κ., (1999), Η αρχή της εκδίκασης των πολιτικών υποθέσεων εντός ευλόγου χρόνου κατά το άρθρο 6 παρ. 1 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, εκδόσεις Αρμενόπουλος

- Jonker E.J., Goossens P.J., Steenhuis I.H. & Oud N.E. Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. *J Psychiatric Mental Health Nursing*. 2008; 15(6): 492-9
- Keane M.(1991), Acceptance vs. rejection: nursing students attitudes about mental illness. *PespectPsychiatrCare* ,27: 13-8.
- Kingdon D, Sharma T, Hart D, and the Schizophrenia Subgroup of the Royal College of Psychiatrists'. (2004) Changing Minds Campaign. What attitudes do psychiatrists hold towards people with mentalillness?, *PsychiatrBull*, vol. 28(pg. 401-406)
- Klinge, V. (1994). Staff opinions about seclusion and restraint at a state forensic hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 138–141.
- Κοκκινάκος Γ., (2005), Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση - Γενικά, Τετράδια Ψυχιατρικής, Ειδική Έκδοση '20 Χρόνια Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.
- Κονταξάκης Β.,Χαβάκη-Κονταξάκη Μ.,Χριστοδούλου Γ.(2010). *Προληπτική Ψυχιατρική & Ψυχική Υγιεινή*. Εκδόσεις ΒΗΤΑ,Αθήνα.
- Kordosi A, Saridi M, Souliotis K. (2015). The stigma of mental illness. *Interscientific Health Care* .Vol 7, Issue1, 8-18
- Κοσμάτος Κ., (1997), Το έκτο κεφάλαιο του Νόμου 2071/92 για την ακούσια νοσηλεία, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 60
- Κοσμάτος Κ., (1998), *Η διάρκεια του εγκλεισμού σε ψυχιατρικό κατάστημα κατά το άρθρο 70 του Ποινικού Κώδικα*, Σειρά βιβλιοθήκη της Υπεράσπισης -αριθμός 11, εκδόσεις Σάκκουλα
- Κοσμάτος Κ., (1998), «Η ακούσια νοσηλεία σε Ψυχιατρική Μονάδα. Μερικές αναγκαίες τροποποιήσεις: οι περιπτώσεις της αναβολής της δίκης για διενέργεια πραγματογνωμοσύνης και της κήρυξης της συζήτησης ως απαράδεκτης», Υπεράσπιση 1998 σελ.913 επ.

- Κοσμάτος Κ., (2002), *Η ακούσια νοσηλεία σε μονάδα ψυχικής υγείας. Ερευνητικές διαπιστώσεις και προοπτικές από την εφαρμογή του νόμου 2071/1992*, εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα
- Κοσμάτος Κ., Χαραλαμπίδης Θ., (2011), *Ακούσια Νοσηλεία σε ιδιωτική μονάδα ψυχικής υγείας (σχόλιο στη Γνωμοδότηση Εισαγγελέα Πρωτοδικών Θεσσαλονίκης 2/2009)*, Ποινική Δικαιοσύνη
- Κοσμάτου Κ., *Ο αναγκαστικός εγκλεισμός του ψυχικά ασθενή σε ψυχιατρείο*, 1997, σ. 37 *Ψυχιατρική & Δίκαιο*, Επιμέλεια: Κ. Σολδάτος, Ι. Καρακώστας, Α. Κουτσουράδης, Μ.Μαλλιώρα, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα 2006, σελ. 215 επ.
- Κοτσαλή Α., *Εισαγωγή στη δικαστική ψυχιατρική*, 2002
- Κουτσουράδης, Α., Μαλλιώρα, Μ., (2006), *Ψυχιατρική και Δίκαιο*. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, σελ 223, Αθήνα.
- Kullgren, G., Jacobsson, L., Lynoe, N., & Kohn, R. (1996). Practices and attitudes among Swedish psychiatrists regarding the ethics of compulsory treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 389–396.
- Κυζιρίδης Θ. Στίγμα και ψυχική νόσος. *Η Ιατρική σήμερα*. Ι.Θ.-τεύχος 55 <http://www.isth.gr/images/uploads/02-3-KYZIRIDHS.pdf>
- Κυριακάκης Ε., Πανούση Ι., (1988), Νομική και εγκληματολογική προσέγγιση της επικινδυνότητας, Συμβολή στην Ερμηνεία του Άρθρου 5 του Ν.Δ. 104/73
- Lakioti E. , Angelopoulos N. & Tomaras V. (2014) Attitudes and perceptions of staff and resident-patients in residential units in Thessaly. *Psychiatriki* (2) : 119-28.
- Lamb R., Weinberger L., De Cuir W. (2002), *The Police and Mental Health. Psychiatric Services, Vol 53*

- Λαμπρίδης Ε. (2004). *Στερεότυπο, Προκατάληψη, Κοινωνική ταυτότητα-μελετώντας τις δυναμικές της κοινωνικής αναπαράστασης για τους τσιγγάνους*. Αθήνα: Gutenberg.
- Lefley H.P. (1987). Impact of mental illness in families of mental health professionals. *Journal of Nervous and mental Disease*, 175, 613-619.
- Λειβαδίτης Μ., (1994) *Ψυχιατρική και Δίκαιο*, εκδόσεις Παπαζήση
- Lindsay, P., & Norman, D. A. (1977). *Human information processing: An introduction to psychology*. Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Lippman W., (1922). *Public opinion*. New York: The Free Press.
- Luchins D.J., Cooper A., Hanrahan P., Rasinski K. (2004). Psychiatrists' Attitudes Toward Involuntary Hospitalization. *Psychiatric Services*. [Volume 55, Issue 9](#), pp. 1058-1060.
- Martensson G., Jacobsson JW., Engstrom M., (2014) Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness : an analysis of related factors. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 21(9): 782-8
- Molodynski A., Rugkasa J., Burns T. (2016). *Coercion in Community. Mental Health Care. International Perspectives*. Oxford University Press.
- Μαδιανού Μ., (1994), *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της*, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
- Μαδιανός Μ.Γ. (2004). *Κλινική Ψυχιατρική*. Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα.
- Μαδιανός Μ., (2005), Η πολιτική οικονομία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, *Τετράδια Ψυχιατρικής Ειδική Έκδοση, Ιούλιος 2005*
- Μανιτάκης Α., (1997), Τα δικαιώματα του ψυχασθενούς: δικαιώματα ενός Προσώπου στην ελευθερία ή δικαιώματα ενός ασθενούς στην υγεία., *Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 60*

- Μάνος Ν., (1992) . *Βασικά στοιχεία ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ* .University studio press. Θεσσαλονίκη
- Μανωλεδάκης Ι., (1992), «*Η κριτική των δικαστικών αποφάσεων στο "Η αιτιολογία των δικαστικών αποφάσεων-Η δικαστική μειοψηφία-Η κριτική των δικαστικών αποφάσεων*», εκδόσεις Σάκκουλα
- Μανωλεδάκης Ι., (2001), *Ποινικό Δίκαιο*, εκδόσεις Σάκκουλα
- Μεγαλοοικονόμου Θ.(1997), Προβλήματα εφαρμογής του νόμου 2071 για την Ψυχική Υγεία στην περιφέρεια Δωδεκανήσου, *Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος 60, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1997:141*
- Μπιλανάκης Ν.(2004). *Ψυχιατρική Περίθαλψη και Ανθρώπινα Δικαιώματα στην Ελλάδα*.Αθήνα:Εκδ. Οδυσσέας.
- Mulvey E. Assessing the evidence of a link between mental illness and violence. *Hospital and community Psychiatry 1994; 45 (7): 663-668.*
- Nordt C., Rossler W.,Lauber C.(2006).Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression.*Schizophr Bull 32 (4): 709-714.*
- P.-H. Imbert, M. Kelly, The European Convention for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. Building an effective human rights accountability mechanism: Work in progress, *Essays on international law in honour of Antonio Cassese, 2003, σ. 423 επ.*
- Phillips, P. & Nasr, S.,(1983) .Seclusion and restraint and prediction of violence. *Am. J. Psychiat. 140:229-232*
- Παρασκευόπουλος Ν., (1997). Ο εγκλεισμός σε ψυχιατρείο ως προληπτικό μέσο και ως μέσο ασφάλειας του ελληνικού Ποινικού Κώδικα. *Τετράδια Ψυχιατρικής, 60,27-30*

- Παρασκευόπουλος Ν., & Κοσμάτος Κ., (1997). *Ο αναγκαστικός εγκλεισμός του ψυχικά ασθενή σε ψυχιατρείο: Νομοθετική ρύθμιση, πρακτική εφαρμογή*. Αθήνα –Κομοτηνή : Σάκκουλας.
- Πόρισμα του Συνηγόρου του Πολίτη με θέμα: Έκθεση Αυτοψίας στις νοσοκομειακές μονάδες και στα αστυνομικά κρατητήρια Ιωαννίνων σχετικά με τη διαδικασία ακούσιου εγκλεισμού ψυχασθενών, αρ. πρωτ. 20051/03, Δεκέμβριος 2004. http://www.synigoros.gr/reports/ioannina_psych.pdf)
- Πόρισμα του Συνηγόρου του Πολίτη με θέμα: Ακούσια Εξέταση και Νοσηλεία σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, αρ.πρωτ. 7967/01, Απρίλιος 2004.
- Roe D., Weishut D.J.N., Jaglom M., Rabinowitz J. (2002).Patients' and Staff Members' Attitudes About the Rights of Hospitalized Psychiatric Patients. *Psychiatric Service* .[Volume 53, Issue 1](#), pp. 87-91
- Salize H.J, Dressing H., Peitz M., (2002). *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally ill Patients. Legislation and Practice in EU Member States/Final Report*, Mannheim:Central Institute of Mental Health
- Sartorius N. (2002).Iatrogenic Stigma of Mental illness. *BMJ* .324: 1470.
- Scheff, T.J. (1966). *Being mentally ill: A sociological theory*. Chicago, IL: Aldine.
- Σκαραγκάς Δ., (2003), “ Η άρση του καταλογισμού των ψυχικά διαταραγμένων παραβατών”, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ.83.
- Σκαραγκάς Δ., (2007), Ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα κατά τη δικαστηριακή πρακτική και την ψυχιατρική αντιμετώπιση των ακαταλόγιστων παραβατών, *περιοδικό Στίγμα*, τεύχος 17
- Στυλιανίδης Σ. & συνεργάτες (2014) *ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΘΕΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ*.Politeianet.gr.

- Sun B, Fan N, Nie S, Zhang M, Huang X, He H, Rosenheck R.A.(2014) Attitudes towards people with mental illness among psychiatrists, psychiatric nurses, involved family members and the general population in a large city in Guangzhou, China. *International Journal of Mental Health Systems* 8:26
- Swartz M.S., Swanson J.W., Hannon M.J.(2003). Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals. *Behavioral Sciences & the Law*. Volume 21, Issue 4. Pages 459–472.
- Τεμπέλη Α.& Κωνσταντακόπουλος Γ., (2003) “ Παρέμβαση στην κρίση- Ζητήματα σχετικά με την αστυνομία και τους ασθενείς”. Κλίμακα “Αφιερώματα”, Αθήνα.
- Townsend J.M. (1979). Sterotypes of Mental Illness: a comparison with ethnic stereotypes. *Cult Med Psychiatry*, 3, 205-29.
- Τσαλίκογλου Φ.(2007), *Σχιζοφρένεια και φόβος*, Εκδ. Λιβάνη, Αθήνα 2007:364
- Yang Shao, Bin Xie, Zhiguo Wu. (2012), Psychiatrists’ attitudes toward the procedure of involuntary admission to mental hospitals in China. *Int J Soc Psychiatry*, 58(4): 440-447.
- Way B. & Banks S.A. Use of seclusion and restraint in Public psychiatric hospitals: patient characteristics and facility effect
- Wachenfeld M., (1992), The Human rights of the mentally ill in Europe, Danish Center for Human Rights
- WHO, (2001), The world health report 2001. Mental health: New Understanding, New Hope
- WHO, (2003), Mental health policy and service guidance package. Mental health legislation and human rights

- WHO, (2005), Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation
- Wynn, R. (2003). Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 453–459.
- Φυτράκης Ε.(2007). Η ακούσια νοσηλεία σήμερα: Μια μαύρη τρύπα στο κράτος δικαίου. *Τετράδια Ψυχιατρικής* , σελ 109-120.
- Χριστοδούλου Μ.,(2011).Αποτύπωση και μελέτη των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και του γενικού πληθυσμού έναντι της σοβαρής ψυχικής ασθένειας. Μεταπτυχιακή διατριβή. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου. <http://hdl.handle.net/11128/110>
- Zartaloudi, A., Madianos, M. (2010). Stigma Related To Help-Seeking From A Mental Health Professional, *Health Science Journal*. 4(2):77-83.

Διαδικτυακές Πηγές

- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας- Π.Ο.Υ. (2007), What is mental health? Available from <http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>
- Ιστοσελίδα Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Available from <http://www.who.int/en>
- Ιστοσελίδα Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης Υπουργείου Υγείας Μεγάλης Βρετανίας. Available from <http://www.mentalhealthpromotion.co.uk>
- Ιστοσελίδα Προγράμματος Ψυχαργός, Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο. Available from <http://www.msu.gr/article.asp?actmen=Layer1&menuID=12>
- http://www.synigoros.gr/reports/akousia_eksetasi.pdf
- www.et.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: Ερωτηματολόγιο έρευνας

Καλησπέρα σας,

Η παρούσα μελέτη διερευνά τις αντιλήψεις και τις στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στην Ψυχιατρική, την ψυχική ασθένεια και την ακούσια νοσηλεία, και αποτελεί συνέργεια του Πάντειου Πανεπιστημίου και του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Η συμμετοχή σας θα είναι ανώνυμη και εμπιστευτική. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν θα διαρκέσει περισσότερο από 10 λεπτά. Θα σας παρακαλούσα να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις, αυθόρμητα και χωρίς πολλή σκέψη. Σας ευχαριστώ πολύ για τη συμμετοχή σας.

Απόψεις για την Ψυχιατρική

	Συμφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ
1. Εμπιστεύομαι την Ψυχιατρική και τις μεθόδους της για την θεραπεία των ατόμων με σοβαρή ψυχική ασθένεια.					

Επιλεγμένη ερώτηση από την κλίμακα ATP-30, Burra et al, 1982

Απόψεις για την Ψυχική Ασθένεια

	Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1. Εάν μία ομάδα ψυχικά ασθενών ζούσε κοντά μου, δεν θα επέτρεπα στα παιδιά μου να πάνε στον κινηματογράφο μόνα τους.							
2. Εάν ένας ψυχικά ασθενής έκανε αίτηση για μία θέση διδασκαλίας σ' ένα σχολείο και είχε τα απαραίτητα προσόντα, θα συνιστούσα να προσληφθεί.							

3. Ένα σημαντικό στοιχείο σχετικά με τους ψυχικά ασθενείς είναι ότι δεν μπορείς να είσαι σίγουρος για το τι θα κάνουν απ' τη μια στιγμή στην άλλη.							
4. Εάν γνώριζα ότι ένα άτομο είναι ψυχικά ασθενής, θα ήταν λιγότερο πιθανό να τον εμπιστευτώ.							
5. Ο κύριος στόχος της ύπαρξης Ψυχιατρείων θα έπρεπε να είναι η προστασία του κοινωνικού συνόλου από τους ψυχικά ασθενείς.							
6. Εάν ένας πρώην ψυχικά ασθενής ζούσε κοντά, δεν θα δίσταζα να επιτρέψω σε μικρά παιδιά υπό τη φροντίδα μου, να βγουν στον δρόμο.							
7. "Έστω και αν μερικοί ψυχικά ασθενείς φαίνονται καλά, είναι επικίνδυνο να ξεχνάμε έστω και για λίγο ότι είναι ψυχικά άρρωστοι.							
8. Θα έπρεπε να υπάρχει ένας νόμος που να απαγορεύει σε πρώην ψυχικά ασθενείς το δικαίωμα απόκτησης άδειας οπλοφορίας για κυνήγι.							

Κλίμακα του Link και συν. 1987

Απόψεις για την Ακούσια Νοσηλεία

	Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1. Η ακούσια νοσηλεία συχνά πραγματοποιείται για να επωφεληθεί περισσότερο η οικογένεια παρά το άτομο που πάσχει.							
2. Η ακούσια νοσηλεία είναι προς όφελος του ατόμου με ψυχική ασθένεια.							

3. Η ακούσια νοσηλεία πρέπει να είναι η τελευταία θεραπευτική λύση.							
4. Η ακούσια νοσηλεία επηρεάζει αρνητικά την πορεία και εξέλιξη της ψυχικής ασθένειας.							
5. Τα άτομα με ψυχική ασθένεια πρέπει να εγκλείονται στα Ψυχιατρεία χωρίς τη θέλησή τους, καθώς πρέπει να βρίσκονται υπό συνεχή επιτήρηση.							
6. Είναι πιο ωφέλιμο για τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά σε κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας.							
7. Πρακτικές όπως το δέσιμο στα κρεβάτια δεν θα πρέπει να καταργηθούν καθώς χρησιμεύουν στην ασφάλεια του προσωπικού, των ψυχικά ασθενών και του κοινωνικού συνόλου.							
8. Συχνά η ακούσια νοσηλεία είναι μονόδρομος για έναν ψυχικά ασθενή.							

Αυτοσχέδια κλίμακα

Γνώσεις για την Ακούσια Νοσηλεία

	Σωστό	Λάθος
1) Οι προϋποθέσεις ακούσιας νοσηλείας ενός ψυχιατρικού ασθενή προβλέπονται στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005) και συγκεκριμένα στις διατάξεις που αφορούν τις υποχρεώσεις των ψυχιάτρων.		
2) Επαρκής προϋπόθεση για την ακούσια νοσηλεία είναι ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή.		

	Σωστό	Λάθος
3) Η αδυναμία ή άρνηση του προσώπου να προσαρμόζεται στις κοινωνικές και ηθικές αξίες της κοινότητας που διαμένει αποτελούν λόγο ακούσιας νοσηλείας του.		
4) Την ακούσια νοσηλεία του φερόμενου ως ασθενή μπορεί να ζητήσει οποιοδήποτε συγγενικό του πρόσωπο ή γείτονας που κρίνει ότι το πρόσωπο πάσχει από ψυχική διαταραχή.		
5) Σε επείγουσα περίπτωση την ακούσια νοσηλεία του φερόμενου ασθενή μπορεί να ζητήσει και αυτεπάγγελτα ο εισαγγελέας πρωτοδικών του τόπου κατοικίας του ασθενή.		
6) Τις δύο ψυχιατρικές γνωματεύσεις που προβλέπονται από τη νομοθεσία για την ακούσια νοσηλεία ενός ασθενή δύνανται να συντάξουν δύο ειδικευόμενοι ψυχίατροι ή ένας ειδικός κι ένας ειδικευόμενος ψυχίατρος.		
7) Η ακούσια νοσηλεία ενός ασθενή πρέπει να διαρκέσει το ελάχιστο 48 ώρες.		
8) Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται αμέσως μόλις γίνει η ακούσια μεταφορά του στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας για τα δικαιώματά του και ειδικότερα το δικαίωμά του να ασκήσει ένδικο μέσο.		
9) Η μεταφορά του ασθενούς για ακούσια νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική οφείλει να γίνεται για λόγους ασφαλείας από περιπολικό της αστυνομίας συνοδεία αστυνομικών.		
10) Για την επικύρωση της ακούσιας νοσηλείας ενός ασθενή προβλέπεται η εκδίκαση της υπόθεσής του στο Πρωτοδικείο μέσα σε τουλάχιστον 13 ημέρες από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρθηκε με εισαγγελική εντολή στην ψυχιατρική κλινική.		
11) Στη συνεδρίαση του δικαστηρίου καλείται πριν από 48 ώρες και ο ασθενής ο οποίος δικαιούται να παραστεί με δικηγόρο και με ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο.		
12) Κατά την ακούσια νοσηλεία ενός ασθενή δεν επιτρέπονται οι άδειες, οι οργανωμένες έξοδοι ή η διαμονή σε χώρους που εποπτεύονται έξω από τα κλειστά ιδρύματα.		
13) Η διάρκεια ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβεί τους τρεις (3) μήνες.		
14) Οι ακούσια νοσηλευόμενοι ασθενείς υπόκεινται σε περιοριστικά μέτρα (π.χ. μηχανική καθήλωση) όπως ακριβώς και οι εκούσιοι ασθενείς αν η κατάσταση της υγείας τους το επιβάλλει.		
15) Η εκούσια νοσηλεία ενός ασθενούς μπορεί να μετατραπεί σε ακούσια νοσηλεία με πρωτοβουλία των υπεύθυνων για τον ασθενή ψυχιάτρων χωρίς την συγκατάθεση του ίδιου του ασθενή.		

16) Σε περίπτωση που ο ασθενής προσέρχεται εκούσια συνοδεία συγγενών του για εξέταση κατά την εφημερία για σοβαρό πρόβλημα ψυχικής υγείας αλλά η εξέτασή του είναι ανέφικτη λόγω άρνησής του, ο ψυχίατρος μπορεί να ενημερώσει τον Εισαγγελέα Πρωτοδικών για να κινήσει την αυτεπάγγελτη διαδικασία ακούσιας νοσηλείας.		
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

1. Φύλο: Άντρας Γυναίκα 2. Ηλικία: _____

3. Οικογενειακή Κατάσταση: Άγαμος Έγγαμος Διαζευγμένος
 Χήρος

4. Εκπαιδευτικό Επίπεδο: Απόφοιτος Λυκείου Απόφοιτος
ΑΕΙ/ΤΕΙ/ΙΕΚ

Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου Κάτοχος Διδακτορικού

5. Ειδικότητα: _____

6. Σε ποιο πλαίσιο απασχολείστε; Ιδιωτικά μόνο Σε κοινοτική
δομή

Σε ψυχιατρική κλινική Άλλο, Παρακαλώ Διευκρινίστε _____

7. Έχετε εργασθεί ποτέ σε ψυχιατρική κλινική; Ναι Όχι

8. Εάν ναι πόσα έτη (συνολικά): _____

9. Γνωρίζετε κάποιον στο στενό οικογενειακό/κοινωνικό σας κύκλο που να πάσχει από ψυχική ασθένεια; Ναι Όχι

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας!