

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Ιανουάριος – Μάρτιος 2001

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ
ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ
ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
ΕΛΛΑΔΟΣ



NOSILEFTIKI Volume 40
Issue 1
January – March 2001

QUARTERLY PUBLICATION OF THE HELLENIC
NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τριμηνιαίο Περιοδικό του Εθνικού Συνδέσμου
Διπλωματούχων Νοσηλευτών Ελλάδος

Τόμος 40 • Τεύχος 1 • Ιανουάριος – Μάρτιος 2001

Περιεχόμενα

1. Οδηγίες για τους συγγραφείς 4
2. Άρθρο Σύνταξης 7
A. Παπαδαντωνάκη

Ανασκοπήσεις

1. Η ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας 8
B. Ραφτόπουλος, E. Θεοδοσοπούλου
2. Η σχέση μεταξύ θεωρίας, έρευνας και πράξης
στη Νοσηλευτική: βιβλιογραφική ανασκόπηση 24
Σ. Λαχανά
3. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
στις υπηρεσίες Υγείας 34
A. Μεγαλακάκη, M. Χατζοπούλου
4. Εργονομία – Οργάνωση χειρουργείου και
μηχανική σώματος προσωπικού 41
Δρ M. Τσιριντάνη, B. Μπουρνά, Δρ Σ. Μπινιώρης
5. Αλκοόλ: Ποιος ο ρόλος του
στην καρδιαγγειακή νόσο 51
Σ. Ζαργκλής
6. Η ακούσια νοσηλεία
των ψυχικά ασθενών 56
B. Μούγια

Επίκαιρο Θέμα

1. Ευρωπαϊκή Ένωση και Ελληνική Νοσηλευτική 62
Δρ E. Κυριακίδου

Ερευνητικές Εργασίες

1. Πληροφόρηση και περιεχειρητική διδασκαλία
καρδιοχειρουργημένων ασθενών 67
*A. Μερκούρης, Λ. Βασταρδής
E. Διακομοπούλου, A. Καλογιάννη
Δ. Πιστόλας, M. Αργυρίου, E. Αποστολάκης*
2. Ομάδα Υγείας: Διεπαγγελματική συνεργασία
συγκρούσεις, και διαχείριση συγκρούσεων 75
Δρ. Δ. Σαπουντζή-Κρέπια
3. Κατασκίνωση παιδιών και εφήβων με
Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου I:
Οφέλη στη ρύθμιση της νόσου 82
Κ. Πολυμέρη, I. Θυμέλλη
4. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά εγκαυμάτων
σε παιδιατρικό νοσοκομείο 89
*B. Μάτζιου, H. Μπροκαλάκη, A. Κορομπέλη
Φ. Παπαδοπούλου*
5. Μόνιμη Κολοστομία:
Δεν είναι το μοναδικό πρόβλημα 94
Γ. Σαββοπούλου

Αναλυτικές οδηγίες για τους συγγραφείς 104



NOSILEFTIKI

Quarterly Publication of the Hellenic National
Graduate Nurses Association

Volume 40 • Issue 1 • January – March 2001

Contents

1. Instructions to authors 4
2. Editorial 7
A. Papadantonaki

Reviews

1. The quality in Health care sector 8
B. Raftopoulos, H. Theodosopoulou
2. The relationship between theory, research and
practice in Nursing: a literature review 24
S. Lahana
3. Total Quality Management
in Health care 34
A. Megalaki, M. Hatzopoulou
4. Ergonomics – Management in the operating
room and body mechanics 41
Dr M. Tsirintani, V. Bourna, Dr S. Binioris
5. Alcohol: Which is its effect
on cardiovascular disease 51
S. Zarglis
6. Involuntary hospitalization
of psychiatric patients 56
V. Mougia

Annotation

1. Greek Nursing and European Union 62
Dr E. Kyriakidou

Research Papers

1. Information and perioperative
education of cardiac surgery patients 67
*A. Mercouris, L. Vastardis
E. Diacomopoulou, A. Caloyianni
D. Pistolas, M. Argyriou, E. Apostolakis*
2. Health Care Team: Interprofessional
collaboration and the management of conflict 75
D. Sapountzi-Krepia
3. Summer camps for children
and adolescents with Diabetes Melitus type I:
Benefits on the disease control 82
C. Polymeri, I. Thymelli
4. Burns in childhood: epidemiological
characteristics 89
*V. Matziou, H. Brokalaki, A. Korobeli
F. Papadopoulou*
5. Permanent Colostomy:
It is not the only problem 94
G. Savopoulou

Detailed instructions to authors 104

Νοσηλευτική 1, 56-61, 2001

Η ακούσια νοσηλεία των ψυχικά ασθενών

Βασιλική Μούγια

Δρ Ψυχιατρική Νοσηλεύτρια

«Δρομοκαΐτειο» Ψυχιατρικό Νοσοκομείο

Περίληψη. Η ακούσια νοσηλεία είναι αποτέλεσμα της άρνησης των ασθενών με ψυχικές διαταραχές να δεχθούν νοσηλεία. Αυτή η άρνηση οφείλεται είτε στην αρρώστια των ασθενών είτε στην άρνηση της αρρώστιας. Απαραίτητες προϋποθέσεις της ακούσιας νοσηλείας είναι η ύπαρξη της ψυχικής διαταραχής, η ανικανότητα κρίσης του ασθενούς για το συμφέρον της υγείας του και οι κίνδυνοι που προκύπτουν από τη μη υποβολή σε θεραπεία. Η εφαρμογή της ακούσιας νοσηλείας ως μέσου θεραπευτικής παρέμβασης έχει προκαλέσει αντιρρήσεις και επιφυλάξεις τόσο σε ηθικό - πολιτικό όσο και επιστημονικό επίπεδο. Με την ακούσια νοσηλεία τίθενται σε άμεση δοκιμασία η ελευθερία του ατόμου και θεμελιώδη δικαιώματά του. Τα δικαιώματα που θίγονται είναι: η προσωπική ελευθερία, η υγεία του ψυχασθενούς και η ασφάλεια των τρίτων. Ο ψυχασθενής είναι ταυτόχρονα πάσχων και πρόσωπο. Ως ασθενής έχει δικαίωμα στην περίθαλψη και ως πρόσωπο δικαίωμα στην ελευθερία. Ικανοποίηση απαιτούν ταυτόχρονα και τα δύο δικαιώματα. Ακόμη, υπάρχει η πεποίθηση ότι η θεραπευτική πράξη υπό συνθήκες στέρξης της ελευθερίας είναι αναποτελεσματική, αφού είναι απαραίτητη η ανάπτυξη ψυχοθεραπευτικής σχέσης (εμπιστοσύνη, πειθώ) μεταξύ ασθενούς και θεραπευτή. Μετά από μια αναγκαστική νοσηλεία, προσωρινά φαίνεται να λύνονται κάποια προβλήματα (να αποτρέπεται ο κίνδυνος μιας βίαιης πράξης), μακροπρόθεσμα όμως μπορεί αυτά να επιδεινωθούν, αυξάνοντας την καχυποψία και την εχθρότητα του ασθενούς μετά από αυτό τον εξαναγκασμό. Πολλές μελέτες έχουν γίνει για να διευκρινιστεί ποιοι παράγοντες σχετίζονται με την ακούσια νοσηλεία, όπως φύλο, ηλικία, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση, διάγνωση. Αλλά και ποια η επίπτωση της ακούσιας νοσηλείας στην πορεία του ασθενούς και κατά πόσον αυτή θα έχει θετικό ή αρνητικό αποτέλεσμα για τη νοσηλεία του στο μέλλον. Η αναγκαστική νοσηλεία, εφόσον πραγματοποιείται, θα πρέπει να γίνεται με διαδικασίες τέτοιες που να μην είναι προσβλητικές και να εξασφαλίζουν τον

Nosileftiki 1, 56-61, 2001

Involuntary hospitalization of psychiatric patients

Bassiliki Mougia

Psychiatric Nurse PhD

«Dromokaitio» Psychiatric Hospital

Abstract. Involuntary treatment comes as a result of the psychiatric patient's refusal to be hospitalized. This refusal is due to either the illness itself or to the person's denial of his/her psychopathic condition. There are certain conditions under which the involuntary treatment is necessary. Such as the existence of a mental disorder, the patient's inability to decide what is the best for his health and finally the dangers a patient might face when not being hospitalized. Objections and reservations on both ethical and scientific level have been expressed concerning involuntary treatment. Through it, the patient's freedom and other human rights (such as his personal freedom, the patient's health and the safety of others involved) are in danger of being violated. A psychopath is both a patient and a human being. As a patient he has right to be hospitalized and as a human being he has the right of his free will. Both of these rights demand to be equally satisfied. It is generally believed that a treatment which is applied under restricted circumstances is ineffective since the development of a psychotherapeutic relationship (trust, persuasion) is essential at this stage. Some problems (such as preventing the patient from acting in a violent way) seem to be dealt through compulsory treatment. But in the long run, the same problems may deteriorate due to the suspicion and hostility that the patient may have developed. Extensive research has been done in order to define which characteristics, such as sex, age, occupation, marital status, diagnosis, relate to involuntary treatment. Research is also needed to determine in what way exactly will involuntary treatment affect the patient's progress and whether it will have a positive or a negative effect in the future. Consequently, involuntary treatment, when applied, should be carried out under circumstances which do not insult the patient. On the contrary it should respect the patient's free-

σεβασμό στην προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και την ιδιωτική ζωή του ασθενούς.

Λέξεις-κλειδιά:

ακούσια νοσηλεία, ψυχασθενείς, δικαιώματα, χαρακτηριστικά.

Aπό τα μέσα περίπου του 20ού αιώνα αναπτύχθηκε η Κοινωνική Ψυχιατρική (ως μεταρρυθμιστικό κίνημα). Η κίνηση για αυτή τη μεταρρύθμιση ενισχύθηκε από ορισμένες κοινωνικές και επιστημονικές εξελίξεις, όπως:

A. Η βελτίωση του βιοτικού και πολιτιστικού επιπέδου μεγάλων στρωμάτων του πληθυσμού.

B. Η ευαισθητοποίηση της παγκόσμιας κοινής γνώμης για τα δικαιώματα των ανθρώπων, ιδίως των κοινωνικών μειονοτήτων, των μειονεκτούντων ατόμων, αυτών που παρουσιάζουν αντιδράσεις αποκλίνουσας συμπεριφοράς.

Γ. Η ανακάλυψη, μετά το 1950, των διαφόρων ψυχοφαρμάκων που άλλαξαν ριζικά την κλινική εικόνα και την πρόγνωση αρκετών ψυχικών διαταραχών.

Η σταδιακή πραγματοποίηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης σε διάφορες δυτικοευρωπαϊκές και αμερικανικές χώρες συνδυάστηκε με την ψήφιση νόμων που διακήρυσσαν την πολιτική βούληση για ένα νέο είδος οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, έπαιρναν συγκεκριμένα πρακτικά μέτρα και ρύθμιζαν ζητήματα σχετικά με την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών. Χαρακτηριστικοί είναι οι Νόμοι 180 και 833 του 1978 στην Ιταλία, 27/6/93 στη Γαλλία, η Mental Health Act το 1953 στο Ηνωμένο Βασίλειο^{1,2,3}. Στην Ελλάδα η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση προωθήθηκε με καθυστέρηση αρκετών δεκαετιών⁴. Μεμονωμένες προσπάθειες ξεκίνησαν από το τέλος της δεκαετίας του '70, όμως μόλις το 1999 με τον Νόμο 2716/1999 θεσμοθετείται η τομεοποίηση και η εξωνοσοκομειακή οργάνωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών και δραστηριοτήτων.

Στην Ελλάδα η εκούσια και η ακούσια νοσηλεία των ψυχικά ασθενών ρυθμίζεται από τον Νόμο 2071/92 (άρθρα 94 έως 100).

Σύμφωνα με τον νόμο αυτό, η ικανότητα του ασθενούς να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τον χαρακτηρισμό μιας νοσηλείας ως εκούσιας ή ακούσιας.

dom, his/her dignity and his/her privacy.

Key words:

involuntary hospitalization, psychiatric patients, rights, characteristics.

Προϋποθέσεις της ακούσιας νοσηλείας είναι η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής, η ανικανότητα κρίσης του ασθενούς για το συμφέρον της υγείας του, οι κίνδυνοι που προκύπτουν (από τη μη υποβολή σε θεραπεία) είτε να επιδεινωθεί η υγεία του πάσχοντα είτε αυτός να προβεί σε βίαιες ή αυτοκαταστροφικές ενέργειες.

Την εισαγωγή μπορεί να ζητήσουν ο σύζυγος, ορισμένοι πολύ στενοί συγγενείς ή ο επίτροπος, κι αν λείπουν αυτά τα άτομα, σε επείγουσα περίπτωση, αυτεπάγγελτα ο εισαγγελέας πρωτοδικών. Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται από γνωματεύσεις δύο ιατρών (από τους οποίους ο ένας τουλάχιστον να είναι ψυχίατρος). Αν αυτό είναι ανέφικτο, ο εισαγγελέας δικαιούται να διατάξει τη βίαιη προσαγωγή του φερόμενου ως ασθενούς, για εξέταση σε μια ψυχιατρική κλινική, όπου μπορεί να παραμείνει για παρατήρηση μέχρι 48 ώρες. Αν οι γνωματεύσεις των ιατρών που εξέτασαν τον ασθενή συνιστούν ακούσια νοσηλεία, ο εισαγγελέας διατάσσει τη μεταφορά και παραμονή του σε μονάδα ψυχικής υγείας, εκτός αν ειδικές συνθήκες επιβάλλουν τη μεταφορά του αλλού. Αν οι γνωματεύσεις διαφέρουν, ο εισαγγελέας μπορεί να ενεργήσει κατά βούληση, αλλά οπωσδήποτε εισάγεται το ζήτημα στο πολυμελές πλημμελειοδικείο.

Μέσα σε τρεις μέρες από κάθε ακούσια εισαγωγή ο αρμόδιος εισαγγελέας εισάγει την υπόθεση στο πολυμελές πλημμελειοδικείο, το οποίο πρέπει να συνεδριάσει μέσα στις επόμενες δέκα ημέρες. Το δικαστήριο δικάζει με τη διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας και αποφασίζει είτε τη συνέχιση είτε την άρση της ακούσιας νοσηλείας.

Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται αμέσως μετά την ακούσια εισαγωγή του για τα δικαιώματά του και ιδιαίτερα για τη δυνατότητα να ασκήσει ένδικο μέσα (π.χ. έφεση κατά της απόφασης συνέχισης της νοσηλείας του).

Η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβαίνει τους έξι μήνες (εκτός εξαιρετικών περιπτώσεων, οπότε για την παράτασή της απαιτείται έγκριση

από τριμελή ομάδα ψυχιάτρων, η οποία αποτελείται από τον θεράποντα και δύο ψυχιάτρους που ορίζονται από τον εισαγγελέα). Μετά τους τρεις πρώτους μήνες από την έναρξη της ακούσιας νοσηλείας ο επιστημονικός διευθυντής της μονάδας στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής και ένας άλλος ψυχίατρος από τον τομέα ψυχικής υγείας υποβάλλουν στον εισαγγελέα έκθεση με την κατάσταση της υγείας του.

Ο νόμος λαμβάνει ειδική μέριμνα για αποτροπή πλασματικής μετατροπής της ακούσιας νοσηλείας σε εκούσια. Αν ο ασθενής ζητήσει τη μετατροπή αυτή, τότε θα πρέπει να βεβαιωθεί από δύο ψυχιάτρους (ή έναν ψυχίατρο και έναν παθολόγο), εκ των οποίων ο ένας δεν ανήκει στη μονάδα στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής και υποδεικνύεται από τον ίδιο, ότι αυτός έχει την ικανότητα να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του. Η έκθεση διαβιβάζεται στον εισαγγελέα.

Οι πιο πάνω διαδικασίες οφείλουν να εξασφαλίζουν τον σεβασμό στην προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και την ιδιωτική ζωή του ασθενούς, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει το άρθρο 96. Στην πραγματικότητα ελάχιστα από αυτά που απαιτούνται γίνονται στην πράξη.

Οι περισσότερες εκθέσεις των ψυχιάτρων αναφέρουν π.χ. ότι «...πάσχει από ψυχωσική συνδρομή με ακουστικές ψευδαισθήσεις και παραλήρημα διωκτικού περιεχομένου... και έχει ανάγκη ακούσιας νοσηλείας». Σε αυτή τη μορφή της έκθεσης υπάγονται το 100% των παρανοϊκών σχιζοφρενών, οι οποίοι προφανώς δεν έχουν όλοι ανάγκη ακούσιας νοσηλείας. Επειδή οι ψυχίατροι δεν είναι καθόλου φειδωλοί στη διαπίστωση ανάγκης ακούσιας νοσηλείας, αλλά και εξαιτίας της ανυπαρξίας εξωνοσοκομειακών δομών, η Ελλάδα κατέχει το θλιβερό προνόμιο των περισσοτέρων, αναλογικά, ακούσιων νοσηλειών στην Ευρώπη⁵. Ίσως είναι παρήγορο ότι τέτοια φαινόμενα παρανόησης συμβαίνουν και σε άλλα μέρη⁶, αλλά κάτι τέτοιο δεν μειώνει καθόλου την ανάγκη να διορθωθεί αυτή η κατάσταση.

Η υποβολή ενός ασθενούς σε ακούσια νοσηλεία αποτελεί ένα μέσο θεραπευτικής παρέμβασης, η εφαρμογή του οποίου έχει εγείρει αντιρρήσεις και επιφυλάξεις και σε ηθικό-πολιτικό και σε ιατρικό-επιστημονικό επίπεδο.

Ποια έννομα αγαθά διακυβεύονται από την ακούσια νοσηλεία;

Με την ακούσια νοσηλεία ενός ψυχασθενούς σε μονάδα ψυχικής υγείας, τίθεται σε άμεση δοκιμασία η

ελευθερία του ατόμου και θεμελιώδη δικαιώματά του⁷.

– Το πρώτο αγαθό που διακυβεύεται με την απόφαση ακούσιας νοσηλείας ενός ψυχασθενούς είναι η προσωπική του ελευθερία, η ελευθερία κίνησης και διαμονής, η προσωπική του ασφάλεια, καθώς και η προσωπικότητά του. Με την αναγκαστική νοσηλεία του σε νοσοκομείο κάποια όργανα ή κάποια πρόσωπα γίνονται διαχειριστές της ελευθερίας, της περιουσίας, της υγείας και τελικά της ζωής του ψυχασθενούς παρά τη θέλησή του.

– Το δεύτερο αγαθό που διακυβεύεται είναι η ουσιαστική βελτίωση της ψυχικής υγείας του προσώπου, που εισάγεται παρά τη θέλησή του και υπό αυστηρή επιτήρηση για αναγκαστική νοσηλεία στο νοσοκομείο, μαζί με το κοινωνικό του δικαίωμα για ιατρική περίθαλψη και νοσηλευτική φροντίδα. Το δικαίωμα προστασίας της υγείας είναι ένα ατομικό δικαίωμα αναπαλλοτριώτο και ανεπίδεκτο παραίτησης.

– Η τρίτη κατηγορία αγαθών που διακυβεύονται είναι τα δικαιώματα των τρίτων, μελών της οικογένειας του ασθενούς ή των οικείων του, καθώς και η ασφάλεια των τρίτων ή πολιτών.

Τα αγαθά ή δικαιώματα που θίγονται από την ακούσια νοσηλεία είναι τελικά τρία: η *προσωπική ελευθερία*, η *υγεία του ψυχασθενούς*, καθώς και η *ασφάλεια των τρίτων*.

Τα συνταγματικά δικαιώματα δεν θίγονται ούτε διακυβεύονται αυτοτελώς ή ανεξάρτητα το ένα από το άλλο, αλλά σε συνάρτηση το ένα με το άλλο, καθότι συμπλέκονται μεταξύ τους και συχνά συγκρούονται, δεδομένου ότι η ικανοποίηση του ενός έρχεται στην πράξη σε αντιπαράθεση με το άλλο. Η προστασία της υγείας του ασθενούς επιβάλλει ενίοτε τον περιορισμό της ελευθερίας του, αλλά και το αντίστροφο: Ο σεβασμός και η προστασία της ελευθερίας του ασθενούς μπορεί να συγκρούεται με την παροχή συγκεκριμένης ιατρικής περίθαλψης ή και εφαρμογής από τον θεράποντα ιατρό της κατάλληλης για την περίπτωση φαρμακευτικής αγωγής.

Ποιων αγαθών η προστασία προέχει; Της ελευθερίας ή της υγείας του ασθενούς; Κανένα από τα δύο δεν είναι ανώτερο του άλλου. Όλα τα συνταγματικά δικαιώματα είναι τυπικά ισότιμα, αν και το δικαίωμα στην ελευθερία προηγείται λογικά και αξιολογικά όλων των άλλων, αφού τα εμπεριέχει και τα συμπυκνώνει.

Το ζητούμενο είναι μια περίθαλψη που πρέπει να πραγματοποιείται σε ένα καθεστώς προστατευμένης ή εγγυημένης ελευθερίας, καθώς και μια ελευθερία που

πρέπει να βιώνεται σε ένα καθεστώς αξιοπρεπούς κοινωνικής περίθαλψης και εξασφαλισμένης θεραπείας. Το δίλημμα «δικαιώματα του προσώπου ή του ασθενούς» είναι πλασματικό. Ο ψυχασθενής είναι ταυτόχρονα πάσχων και πρόσωπο. Ως ασθενής έχει δικαίωμα στην περίθαλψη και ως πρόσωπο δικαίωμα στην ελευθερία. Ικανοποίηση απαιτούν ταυτόχρονα και τα δύο δικαιώματα⁸.

Για το δικαίωμα της άρνησης της νοσηλείας του ατόμου, αλλά και του ανθρώπου με ψυχικές διαταραχές έχει γίνει πολύς λόγος⁹⁻¹⁵.

Η αναγκαστική νοσηλεία ατόμων με ψυχικές διαταραχές έχει «βεβαρημένο παρελθόν» και θέτει το πρόβλημα εγγυήσεων και ελέγχων, ώστε να αποφευχθεί η καταχρηστική άσκηση της. Συχνότερα σε παλαιότερες εποχές, σπανιότερα σήμερα, ο αναγκαστικός εγκλεισμός στα ψυχιατρεία έχει χρησιμοποιηθεί καταχρηστικά ως μέσο είτε απαλλαγής από τη φροντίδα ενοχλητικών συγγενών και ιδιοποίησης της περιουσίας τους, είτε και ως τρόπου σιγματισμού και εξουθένωσης πολιτικών αντιπάλων από αυταρχικά καθεστώτα¹⁶.

Ορισμένες ιατρικού χαρακτήρα αντιρρήσεις προς την αναγκαστική νοσηλεία στηρίζονται στην πεποίθηση ότι η θεραπευτική πράξη υπό συνθήκες στέρξης της ελευθερίας είναι αναποτελεσματική. Αυτό ισχύει ιδίως για θεραπευτικές δραστηριότητες ψυχιατρικού χαρακτήρα όπου έχει κεφαλαιώδη σημασία η ανάπτυξη ψυχοθεραπευτικής συναισθηματικής σχέσης διάρκειας, η εμπιστοσύνη, η πειθώ.

Ετσι, συχνά η αναγκαστική νοσηλεία, ενώ προσωρινά φαίνεται να λύνει ορισμένα προβλήματα (π.χ. να αποτρέπει τον κίνδυνο μιας βίαιης πράξης), μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα μπορεί να τα επιδεινώνει. Οι ψυχωσικοί ασθενείς που έχουν υποστεί τη δοκιμασία μιας ή περισσότερων αναγκαστικών νοσηλειών (και μάλιστα συχνά με διαδικασίες και συνθήκες εξαπάτησης, προσβολής, σωματικής βίας, εξευτελισμού) εμφανίζουν μειωμένη αυτοεκτίμηση και υπευθυνότητα, αντιμετωπίζουν με καχυποψία ή και με εκθρότητα τους συγγενείς, τις αρχές, το σύστημα ψυχικής υγείας που συνήργησαν στον εξαναγκασμό τους.

Αυτό ισχύει ιδιαίτερα με τους παρανοϊκούς ασθενείς, οι οποίοι παρουσιάζουν και τη μεγαλύτερη επικινδυνότητα. Στην επόμενη μετά την ακούσια εισαγωγή υποτροπή είναι περισσότερο δύστροποι, επιθετικοί και επικίνδυνοι. Συνεπώς ένα μέτρο που λαμβάνεται για την αποτροπή της επικινδυνότητας μπορεί τελικά να οδηγήσει στην αύξησή της¹⁷.

Πρέπει να επισημανθεί ότι αρκετοί ειδικοί επιμένουν ότι η αναγκαστική νοσηλεία, εφόσον εφαρμόζεται με ορθό τρόπο, μπορεί να είναι αποδοτικό θεραπευτικό μέσο¹⁷⁻²¹. Υποστηρίζουν ότι βελτιώνει σε λίγες εβδομάδες τα παραγωγικά συμπτώματα (περίπου στο 70% των ασθενών) και συμβάλλει στον περιορισμό του άγχους και της αμφιθυμίας πολλών ψυχωσικών, οι οποίοι υποφέρουν, επιζητούν τη θεραπεία, φοβούνται όμως να αποδεχτούν μια παρέμβαση, που μπορεί να ανατρέψει ριζικά τον τρόπο οργάνωσης της ψυχικής τους ζωής και των σχέσεών τους. Η αναγκαστική νοσηλεία, εφόσον πραγματοποιείται με διαδικασίες που δεν είναι προσβλητικές, ταπεινωτικές ή απάνθρωπες, συνιστά μια εξωτερική παρέμβαση στο εσωτερικό τους δίλημμα, μια διεξοδό.

Εκτίμηση παραγόντων που καθορίζουν την ακούσια εισαγωγή (Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά)

Πάρα πολύ συχνά η ακούσια νοσηλεία είναι αποτέλεσμα της άρνησης των ασθενών με ψυχικές διαταραχές να δεχτούν νοσηλεία. Αυτή η άρνηση οφείλεται είτε στην αρρώστια των ασθενών είτε στην άρνηση της αρρώστιας^{14, 18, 22-27}.

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με ακούσια νοσηλεία είχαν πολύ μεγαλύτερο χρόνο νοσηλείας στο νοσοκομείο σε σχέση με τους εκούσια νοσηλευόμενους^{24, 28-35}.

Ακόμη, όσον αφορά το φύλο, οι απόψεις δίστανται. Άλλοι υποστηρίζουν ότι οι ακούσια νοσηλευόμενοι είναι κατά το πλείστον άνδρες^{33, 36} και άλλοι ότι δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων³². Επίσης ότι οι άνεργοι³³ και αυτοί που ζουν μόνοι^{33, 36} αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος των ακούσιων εισαγωγών.

Σε κάποιες έρευνες φαίνεται να παίζει ρόλο η ηλικία, θεωρώντας ότι οι μικρότερες ηλικίες (<21 ετών) είναι πιο συχνές στις ακούσιες νοσηλείες²¹, ενώ σε κάποιες άλλες φαίνεται ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά³².

Αρκετοί υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς που εισάγονται ακούσια έχουν βίαιη και καταστρεπτική συμπεριφορά^{29, 31-33, 37, 38}. Ενώ η διάγνωση των περισσότερων είναι η σχιζοφρένεια^{21, 28, 33}.

Αντίθετα, κάποιοι άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει διαφορά όσον αφορά τα κλινικά χαρακτηριστικά και τη διάγνωση^{31, 32, 36}.

Επιπλέον, έχει βρεθεί να υπάρχει πολύ μεγάλη διαφορά στη χρήση της απομόνωσης ή του περιορισμού

για τους ακούσια νοσηλευόμενους^{10, 29, 30, 39}, ενώ τους χορηγήθηκε πολύ πιο μεγάλη δόση νευροληπτικών^{29, 31, 37}.

Οι έρευνες που μελέτησαν τον τρόπο που έφυγαν οι ακούσιοι ασθενείς από το νοσοκομείο έδειξαν ότι αρκετοί έφυγαν χωρίς τη σύμφωνη γνώμη των γιατρών^{40, 41}.

Ενας άλλος σημαντικός παράγοντας που έχει μελετηθεί είναι η επίπτωση της ακούσιας νοσηλείας για τις επόμενες εισαγωγές του ασθενούς. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι ο άρρωστος θα έχει αρνητική στάση για τη νοσηλεία του και στο μέλλον μετά από μία ακούσια νοσηλεία^{30, 31, 42, 43, 44}.

Μια λύση στο πρόβλημα της ακούσιας νοσηλείας ίσως θα μπορούσε να δοθεί με την υποχρεωτική εξω-νοσοκομειακή θεραπεία^{45, 46}, όπως αυτή εφαρμόζεται στην Ιταλία και σε ορισμένες πολιτείες των Η.Π.Α. αλλά και άλλες αγγλοσαξονικές χώρες. Ο ασθενής είναι υποχρεωμένος να επισκέπτεται τακτικά το υποδεικνυόμενο θεραπευτικό κέντρο και να υποβάλλεται στη δέουσα θεραπευτική αγωγή. Διάφορες έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει υψηλό ποσοστό συμμόρφωσης προς αυτή τη μορφή θεραπείας.

Βιβλιογραφία

- Gekiere C. Η εφαρμογή του Γαλλικού νόμου. Τετράδια Ψυχιατρικής Αθήνα 1996, 60: 24-27.
- Richards HL. Ισορροπία του ελέγχου φροντίδας και της κλινικής ελευθερίας στη νομοθεσία της ψυχικής υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου. Τετράδια Ψυχιατρικής, Αθήνα 1997, 60: 31-37.
- Novello M. "Νομοθετικές, πολιτισμικές και πρακτικές αλλαγές που συνδέονται με τον Νόμο 180 στην Ιταλία". Τετράδια Ψυχιατρικής, Αθήνα 1997, 60: 48-54.
- Σακελλαρόπουλος Π. Συνολική εκτίμηση των συνολικών εξελίξεων της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Αθήνα, 1991: 23-26.
- Αλεβιζόπουλος Γ. Δικαστική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 1998: 268.
- Welwinsky J, Birley J. Mental Health Act 1983. Correspondence between the president and the director of the national schizophrenia fellowship. *Psychiatr Bull* 1990, 14: 235-236.
- Βιδάλη Τ. Εμμένοντας στον αυτοκαθορισμό: οι ατομικές ελευθερίες των εγκλειστων ψυχασθενών, 1955: 262-286.
- Μανιτάκη Α. Τα δικαιώματα του ψυχασθενούς: δικαιώματα ενός ανθρώπου στην ελευθερία ή δικαιώματα ενός ασθενούς στην υγεία. Τετράδια Ψυχιατρικής Αθήνα 1997, 60: 54-68.
- Tavolaro KB. Preventive outpatient and the right to refuse treatment: can pragmatic realities and constitutional requirements be reconciled? *Medicine and Law* 1992, 11: 249-267.
- Binder RL, McNeil DE. Involuntary patients' right to refuse medication, impact of the Riese decision on a California inpatient unit. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 1999, 19 (4): 351-357.
- Miller R. "Law, psychiatry and rights. *Medicine and Law*, 10 (4), 1991: 327-333.
- Becker D, Gonen N, Floru S. Are confinement and treatment synonyms? *Medicine and Law* 1990, 9 (3): 904-909.
- Appelbaum PS. The right to refuse with antipsychotic medications retrospect and prospect. *American Journal of Psychiatry* 1998, 145: 413-419.
- Appelbaum PS, Hoge SK. The right to refuse treatment what the research reveals, in *The right to refuse treatment*. Edited by Parry J Washington, DC, American Association 1986.
- Beyond «self-paternalism». Response to Rosenson and Kasten (comment). *Schizophrenia Bulletin* 1991, 17: 9-14.
- Λειβαδίτης ΔΜ. Ψυχιατρική και Δίκαιο. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1994: 139-157.
- Λειβαδίτης ΔΜ. Ψυχιατρική και Δίκαιο. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1994: 421-438.
- Marber SR, Swann E, Winslade WJ et al. A study of medication refusal by involuntary psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry* 1984, 35: 724-726.
- Schwartz HI, Vingiano W, Bezirgianian C. Autonomy and the right to refuse treatment patients' attitudes after involuntary medication. *Hosp Community Psychiatry* 1998, 39: 1049-1054.
- Cournos F, McKinnon K, Adams C. A comparison of clinical and judicial procedures for reviewing requests for involuntary medication in New York. *Hosp Community Psychiatry* 1988, 39: 851-855.
- Isoghanni M, Nieminen P, Moring J, Pylkanen K, Spalding M. The dilemma of civil rights versus the right to treatment: questionable involuntary admissions to a mental hospital. *Acta Psychiatr* 1991, 83: 256-261.
- Van Putten T, Crumpton E, Yale C. Drug refusal in schizophrenia and the wish to be crazy. *Arch Gen P-*

- psychiatry 1976, 33: 1443-1446.
23. Marber SR, Medane A, Chien CP et al. A comparison of patients who refuse and consent to neuroleptic treatment. *American Journal of Psychiatry* 1983, 140: 470-472.
 24. Hassenfeld IN, Grumet B. A study of the right to refuse treatment. *Bull Acad Psychiatry Law* 1984, 12: 65-74.
 25. Zito JM, Routt WW, Mitchell JE et al. Clinical characteristics of hospitalized psychotic patients who refuse antipsychotic drug therapy. *American Journal of Psychiatry* 1985, 142: 822-826.
 26. Appelbaum PS, Roth LH. Involuntary treatment in medicine and psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 1984, 141: 202-205.
 27. Chedoff P. Involuntary hospitalization of the mentally ill as a moral issue. *American Journal of Psychiatry* 1984, 141: 384-389.
 28. Zito JM, Craig TJ, Wandering J. New York under the Rivers decision: an epidemiologic study of drug treatment refusal. *American Journal of Psychiatry* 1991, 148: 904-909.
 29. Arcuni OJ, Asaad G. Voluntary and involuntary schizophrenic patient admissions on the same general hospital psychiatric unit. *General Hospital Psychiatry* 1989, 11: 393-396.
 30. Hoge SK, Appelbaum P, Lawlor T, Beck, Litman R, Greer A, Gutheil T, Kaplan E. A prospective multicenter study of patients' refusal of antipsychotic medication. *Archives of General Psychiatry* 1990, 47: 949-956.
 31. Cournos F, McKinnon, Stanley B. Outcome of involuntary medication in a State Hospital System. *American Journal of Psychiatry* 4 April 1991, 148: 25-35.
 32. Levin S, Brekke JS, Thomas P. A controlled comparison of involuntary hospitalized medication refusers and acceptors. *Bulletin of American Academy of Psychiatry and the Law* 1991, 19 (2): 161-171.
 33. Malla A, Norman RM, Helmes E. Factors associated with involuntary admission to psychiatric facilities in Newfoundland. *Canadian Medical Association Journal* 1987, 136 (110): 1166-1171.
 34. McEvoy JP, Howe AC, Hogarty G. Differences in the nature of relapse and subsequent inpatient course between medication - compliant and noncompliant schizophrenic patients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1984, 172 (7): 412-416.
 35. Malla AK, Norman RM. Mental hospital and General Hospital Psychiatric Units. A comparison of services within the same geographic area. *Psychological Medicine* 1983, 13: 431-439.
 36. Addington D, Holley HL. A comparison of voluntary with remanded schizophrenics. *Canadian Journal of Psychiatry* 1989, 34 (2): 89-93.
 37. National Institute of Mental Health, Series CN No 2. Characteristics of Admissions to Selected Mental Health Facilities, 1975. An annotated Book of charts and tables. DHHS PuB No (adm): 83-1005. Rockville, MD, the Institute, 1983.
 38. Taude CA, Barrett SA (eds). *Mental Health United States, 1983*. Rockville, MD. National Institute of Mental Health, DHHS PuB No (adm) 1983: 83-1275.
 39. Soliday S. A comparison of patient and staff attitudes toward seclusion. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1985, 173 (5): 282-291.
 40. McGlashan T, Heinessen R. Hospital discharge status and long-term outcome for patients with schizophrenia, schizoaffective disorder, borderline personality disorder, and unipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry* 1988, 45 (4): 363-368.
 41. Heinessen R, McGlashan T. Predicting hospital discharge status for patients with schizophrenia, schizoaffective disorder, borderline personality disorder, and unipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry* 1988, 45 (4): 353-360.
 42. Spence ND, Goldney RD, Costain WF. Attitudes towards psychiatric hospitalization. A comparison of involuntary and voluntary patients. *Australian Clinical Review* 1988, 8 (30): 108-116.
 43. Λαζαρίδης Κ. Αναγκαστική προσαγωγή για ενδονοσοκομειακή ψυχιατρική νοσηλεία για αλλοδαπούς στο κρατίδιο της Κάτω Σαξονίας / Γερμανία. Επιδημιολογική προσέγγιση και διαχωριστικά χαρακτηριστικά. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 1997, 60: 69-78.
 44. Μούγια Β. Η επίδραση της ακούσιας νοσηλείας στην κλινική εικόνα ψυχασθενών σε σύγκριση με τους εκούσια νοσηλευόμενους. *Διδακτορική Διατριβή*, Αθήνα, 1999.
 45. Sensky T, Hughes T, Hirsh S. Compulsory psychiatric treatment in the community: a controlled study of patients whom psychiatrists would recommend for compulsory treatment in the community. *British Journal of Psychiatry* 1991, 158: 799-804.
 46. Dyer C. Compulsory treatment in the community for the mentally ill? *British Medical Journal* 1987, 295: 991-992.

Υποβλήθηκε για δημοσίευση 15/11/2000