

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΨΧ 07 ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΙΙ

ΦΑΚΕΛΟΣ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ

**Διδάσκουσες: Α. ΚΑΛΑΝΤΖΗ- ΑΖΙΖΙ, Α. ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ,
& Λ. ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΥ**

ΑΘΗΝΑ, 2011

2. Επιδημιολογία και έρευνα στην κοινοτική κλινική ψυχολογία

Ευθυμίου Κώστας

Κλινικός Ψυχολόγος, Ψυχοθεραπευτής MSc., PhD

2.1. Η επιδημιολογία: τα γενικά χαρακτηριστικά

Η ετυμολογία της λέξης «επιδημιολογία» φαίνεται να έχει τις ρίζες της στις ελληνικές λέξεις επί (μεταξύ), δήμος (άνθρωποι, λαός) και λόγος και, κατά συνέπεια, σημαίνει το λόγο για το τι συμβαίνει στο λαό/πληθυσμό. Η διερεύνηση της συχνότητας των νόσων δεν είναι ένα καινούργιο φαινόμενο. Ωστόσο, η ανάπτυξη της επιδημιολογικής θεωρίας και μεθόδου τις τελευταίες δεκαετίες έχει ανοίξει νέες δυνατότητες και έχει διεγείρει το ενδιαφέρον μέσα σε πολλά πεδία εφαρμογών (Ahlbom & Norell, 1992).

Στο παρελθόν η επιδημιολογία οριζόταν ως η επιστήμη η οποία μελετά τις επιδημίες, τις λοιμώδεις δηλαδή ασθένειες, οι οποίες απότομα και ανεξέλεγκτα προσβάλλουν πλήθος ανθρώπων (Κατσουγιαννόπουλος, 1984). Ο Ιπποκράτης, ο πατέρας της ιατρικής, χρησιμοποίησε τον όρο επιδημιολογία για να περιγράψει την επικράτηση μιας ασθένειας στον πληθυσμό μιας περιοχής. Από τον όρο επιδημία έλαβε και το όνομά της η επιδημιολογία, που σημαίνει η επιστήμη, η οποία σπουδάζει τις επιδημίες.

Αργότερα, κυρίως μετά τη βιομηχανική επανάσταση, έγινε αντιληπτό ότι ο ορισμός αυτός καθώς και το περιεχόμενο της επιδημιολογίας ήταν ιδιαίτερα περιορισμένα (Κατσουγιαννόπουλος, 1984). Οι μεγάλες λοιμώδεις επιδημίες που μάστιζαν την ανθρωπότητα έκαναν τον κύκλο τους και έφταναν προς το τέλος τους, χάρη στα προληπτικά μέτρα που είχαν τεθεί σε εφαρμογή ή ακόμα και στην πρόοδο της επιστήμης, με τις ραγδαίες προόδους στους τομείς της μικροβιολογίας και ανοσολογίας, που κατάφερε είτε να τις αντιμετωπίσει είτε και να τις εξαλείψει.

Αντίθετα, τα νοσήματα που άρχιζαν να επικρατούν και να μαστίζουν το ανθρώπινο γένος ήταν εντελώς διαφορετικής αιτιολογίας και στην πλειοψηφία τους μη λοιμώδη. Τέτοια ήταν τα χρόνια νοσήματα, οι χρόνιες εκφυλιστικές παθήσεις, τα νοσήματα φθοράς – καθώς είχε αυξηθεί και ο μέσος όρος ζωής, όπως επίσης και νοσήματα που η αιτιολογία τους πρέπει να αναζητηθεί στον τρόπο ζωής του σύγχρονου ανθρώπου, π.χ. νοσήματα που οφείλονται στο άγχος της καθημερινότητας, στη μεταβολή, τη ρύπανση και την καταστροφή του φυσικού περιβάλλοντος, ακόμα και στις αυξημένες απαιτήσεις της επαγγελματικής δραστηριότητας.

Κατά συνέπεια, η μεταβολή της νοσολογίας των ανθρώπων οδήγησε σταδιακά και στη διεύρυνση του περιεχομένου και των αντικειμένων έρευνας της επιδημιολογίας, με αποτέλεσμα στις μέρες μας να ασχολείται με μια πληθώρα νοσημάτων, με τις ψυχικές διαταραχές, τα ατυχήματα, ακόμα και τις αυτοκτονίες και γενικότερα με οποιαδήποτε πάθηση παρουσιάζει επικράτηση στον πληθυσμό (Κατσουγιαννόπουλος, 1984).

Σύμφωνα με έναν ορισμό η επιδημιολογία είναι η επιστήμη που μελετά την κατανομή και τους καθοριστικούς παράγοντες της συχνότητας της εμφάνισης των νόσων στον άνθρωπο (McMahon & Pugh, 1970. Τριχόπουλος, 1982). Η συχνότητα των νόσων μετράται και σχετίζεται με διάφορα χαρακτηριστικά των ατόμων ή με το περιβάλλον τους.

Το πεδίο της επιδημιολογίας μπορεί να χωριστεί σε τρεις περιοχές: την περιγραφική, την αναλυτική και την πειραματική επιδημιολογία (Korchin, 1976. Regier & Burke, 1985).

Η περιγραφική επιδημιολογία ασχολείται με τον καθορισμό της συχνότητας εμφάνισης των νόσων και των διαταραχών σε έναν ορισμένο πληθυσμό. Με βάση τα δεδομένα που αντλούνται από τέτοιες έρευνες, είναι δυνατόν να δημιουργηθούν τα κατάλληλα συστήματα δημόσιας υγείας, προσαρμοσμένα στις ανάγκες του κάθε πληθυσμού, καθώς και να ληφθούν πληροφορίες τόσο γι' αυτούς που νοσούν και χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας, όσο και γι' αυτούς που αντιμετωπίζουν προβλήματα, αλλά δεν τυγχίνουν θεραπευτικής φροντίδας (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1988).

Η αναλυτική επιδημιολογία καθορίζει τους «παράγοντες κινδύνου» στην εμφάνιση των νόσων και των διαταραχών, καθώς και τους «προστατευτικούς παράγοντες» στην πορεία και εξέλιξη τέτοιων διαταραχών. Τα δεδομένα αυτών των ερευνών είναι χρήσιμα για αναδρομικές μελέτες σε μία κοινότητα, καθώς και για την προοπτική μελέτη ασθενών και τον καθορισμό της εξέλιξης της πάθησής τους (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1988).

Η πειραματική επιδημιολογία χρησιμοποιείται προκειμένου οι προληπτικές και θεραπευτικές μέθοδοι των νόσων και των διαταραχών να εφαρμόζονται πειραματικά σε ένα μέρος του πληθυσμού, έτσι ώστε να γίνεται έλεγχος για τη δυνατότητα εφαρμογής τους στην ευρύτερη κοινότητα (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1988).

Είναι χρήσιμο, προτού αναλυθεί η επιδημιολογία της Ψυχικής Υγείας να γίνει αναφορά στις διαφορές μεταξύ της Γενικής και της Ψυχιατρικής Επιδημιολογίας. Οι διαφορές αυτές παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.2.1.

Πίνακας 1.2.1. Οι διαφορές μεταξύ της Γενικής και της Ψυχιατρικής Επιδημιολογίας

	Γενική Επιδημιολογία	Ψυχιατρική Επιδημιολογία
Αίτιο νόσησης	Γνωστό	Άγνωστο
Επίπτωση	Γνωστή	Πολλές φορές απροσδιόριστη
Ετήσια νοσηλιατική νόσηση	Προσδιορίσιμη	Περιπελεγμένη λόγω μακράς παραμονής ασθενών σε ιδρύματα
Πρώτες εισαγωγές (ποσοστά)	Δίνουν μέρος της επίπτωσης	Δε δίνουν μέρος της επίπτωσης λόγω αποφυγής νοσηλείας
Λύγνωση	Επιβεβαίωση με εργαστηριακές εξετάσεις	Συμπτώματα-κριτήρια, τυποποιημένες/σταθμισμένες συνεντεύξεις

2.2. Η Επιδημιολογία της Ψυχικής Υγείας

Η Επιδημιολογία της Ψυχικής Υγείας θεωρείται κλάδος της Γενικής Επιδημιολογίας, η οποία αναπτύχθηκε κυρίως μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο μέσα από τις ανάγκες για την εκτίμηση των αναγκών σε επίπεδο γεωγραφικών τομέων, ώστε να αναπτυχθούν οι απαραίτητες υπηρεσίες ψυχικής υγείας που να καλύπτουν τις ανάγκες αυτές. Η Επιδημιολογία της Ψυχικής Υγείας ενδιαφέρεται για την επικράτηση (prevalence) και την επίπτωση (incidence) των ψυχικών διαταραχών και διερευνά βαθύτερα τους κοινωνικοπολιτιστικούς εκείνους παράγοντες που έχουν πιθανή σημασία στην αιτιολογία και τη δυναμική των διαταραχών αυτών (Μαδιανός, 1980). Όπως αναφέρουν οι Regier & Burke (1985), συγκεκριμένα για τον τομέα της ψυχικής υγείας, επιδημιολογία είναι η μελέτη της κατανομής, της συχνότητας και των αιτιών των ψυχικών διαταραχών στον ανθρώπινο πληθυσμό (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1988).

Τα μέτρα της συχνότητας των νόσων είναι κεντρική δραστηριότητα όλης της επιδημιολογίας της ψυχικής υγείας και μπορούν να αφορούν είτε στο πλήθος των υπαρχόντων περιστατικών, είτε στην εμφάνιση των νέων περιστατικών (Ahlbom & Norell, 1992). Αυτά τα μέτρα ονομάζονται δείκτες νόσησης, και είναι δύο ειδών, ανάλογα με το αν εκφράζουν τη συχνότητα μιας κατάστασης σε μια ορισμένη χρονική στιγμή, οπότε μιλάμε για δείκτες ειδικότητας, ή τη συχνότητα επέλευσης ενός γεγονότος σε μία χρονική περίοδο με καθορισμένη διάρκεια, οπότε αναφερόμαστε στους δείκτες επίπτωσης. Η επικράτηση δεν έχει χρονική διάσταση, επειδή αναφέρεται σε μία στιγμή. Χρησιμοποιείται ο όρος επικράτηση, αντί του όρου επιπολασμός, επειδή ο δεύτερος συνδέεται κυρίως με τα λοιμώδη νοσήματα και όχι

με τις ψυχικές διαταραχές (Μαδιανός, 1989). Συγκεκριμένα, στην επιδημιολογία ως χρονική στιγμή θεωρείται συνήθως μία ορισμένη ημέρα. Η επίπτωση από την άλλη πλευρά, έχει χρονική διάσταση και η τιμή της εξαρτάται από το μέγεθος της χρονικής περιόδου ή το είδος της μονάδας χρόνου που κάθε φορά χρησιμοποιείται (Τριχόπουλος, 1982). Η επίπτωση έχει θεωρηθεί ως η αληθινή επικράτηση (true prevalence) (Μαδιανός, 1989).

Συμπερασματικά, τα μέτρα επικράτησης περιγράφουν ποιο ποσοστό του πληθυσμού εκδηλώνει την ψυχική διαταραχή σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, ενώ τα μέτρα επίπτωσης περιγράφουν τη συχνότητα επέλευσης των νέων περιπτώσεων κατά τη διάρκεια μιας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου. Γίνεται φανερό λοιπόν, ότι κάθε άτομο ανήκει σε μία από τις δύο «καταστάσεις»: σε μια κατάσταση που δεν περιλαμβάνει την ψυχική διαταραχή ή σε μια κατάσταση που περιλαμβάνει κάποια διαταραχή αυτού του είδους. Σε αυτό το πλαίσιο, τα μέτρα επικράτησης περιγράφουν το ποσοστό του πληθυσμού που πάσχει από μια ψυχική διαταραχή σε μια συγκεκριμένη στιγμή, ενώ τα μέτρα επίπτωσης περιγράφουν τη ροή από την κατάσταση που δεν περιλαμβάνει διαταραχή, στην κατάσταση διαταραχής (Ahlbom & Norell, 1992).

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω, το ύψος της επικράτησης εξαρτάται από την επίπτωση, αφού ένας υψηλότερος ρυθμός εμφάνισης νέων περιπτώσεων προσθέτει περιπτώσεις στον αριθμό των ήδη υπαρχουσών, τον οποίο και τείνει να αυξήσει (Ahlbom & Norell, 1992).

Σύμφωνα με τους Lin & Standley (1962), η Επιδημιολογία της Ψυχικής Υγείας έχει τους ακόλουθους στόχους:

- Να διερευνήσει την επικράτηση των ατόμων που εκδηλώνουν ψυχική διαταραχή και αυτών που δεν εκδηλώνουν αντίστοιχη διαταραχή στο γενικό πληθυσμό.
- Να αποκαλύψει τις σχέσεις μεταξύ των χαρακτηριστικών του πληθυσμού και της εμφάνισης της ψυχικής διαταραχής, έτσι ώστε να διευκρινιστεί η προέλευσή της.
- Να δοκιμάσει αιτιολογικές υποθέσεις που προέρχονται είτε από εργαστηριακές είτε από κλινικές μελέτες.
- Να εκτιμήσει τα ποσοστά θεραπευτικής βελτίωσης σε σχέση με την αξιολόγηση της αποδοτικότητας των προληπτικών και θεραπευτικών μέτρων.

Στις επιδημιολογικές μελέτες, η υπό μελέτη μεταβλητή είναι εξαρτημένη από άλλες που είναι ανεξάρτητες. Ως ανεξάρτητες μεταβλητές θεωρούνται διάφοροι

δημογραφικοί δείκτες, όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση κ.ά., ενώ εξαρτημένη μεταβλητή θεωρείται η ψυχική υγεία και οι ψυχικές διαταραχές. Είναι αναγκαίο οι μεταβλητές αυτές να εκτιμηθούν μέσα σε συγκεκριμένο χρόνο και τόπο. Στην Επιδημιολογία της Ψυχικής Υγείας το ερωτηματολόγιο είναι το κύριο μέσο ανίχνευσης της ψυχοπαθολογίας (Μαδιανός, 1989).

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι το βασικό έργο της Επιδημιολογίας της Ψυχικής Υγείας είναι η ανίχνευση των διαστάσεων των ψυχικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό (της επικράτησης και της επίπτωσης) και η αξιολόγηση της αποδοτικότητας των προληπτικών και θεραπευτικών μέσων (Μαδιανός, 1989).

Στο σημείο αυτό θα ήταν χρήσιμο να δοθεί ένας ορισμός της ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα (Μαδιανός, 1989).

Η Jahoda, η οποία έχει ασχοληθεί ιδιαίτερα με τον ορισμό της ψυχικής υγείας (1985), ορίζει τη θετική ψυχική υγεία ως το αποτέλεσμα της φυσιολογικής συμπεριφοράς, ως μία κατάσταση ισορροπίας που περιλαμβάνει επτά χαρακτηριστικά: την επίγνωση από το άτομο της ταυτότητας του, τη δυνατότητά του να είναι αυτοδύναμο, τη δυνατότητα αντίστασης στο στρες, τη δυνατότητά του να είναι ενεργητικό και ανεξάρτητο από κοινωνικές επιρροές, την ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον, την ικανότητα να αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει και τη δυνατότητα να επιλύει τα προβλήματα του.

Για την αξιολόγηση και τον καθορισμό της συμπεριφοράς, αλλά κυρίως για τη διάκριση ανάμεσα στη μέση-φυσιολογική και την αποκλίνουσα-παθολογική συμπεριφορά, έχουν προταθεί και χρησιμοποιούνται τριών ειδών κριτήρια: τα στατιστικά, τα ιδεαλιστικά και τα λειτουργικά κριτήρια (Μπεζεβέγκης, 1987). Τα τρία αυτά είδη κριτηρίων δεν αντικρούουν το άλλο· αντιθέτως, είναι λειτουργικό να χρησιμοποιείται ένας συνδυασμός τους, για τον πληρέστερο καθορισμό και την αξιολόγηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς και ψυχικής υγείας.

Τα συνηθέστερα και συχνότερα χρησιμοποιούμενα κριτήρια είναι τα στατιστικά κριτήρια. Σύμφωνα με τα στατιστικά κριτήρια, η ομαλή συμπεριφορά ορίζεται βάσει του τι κάνουν ή δεν κάνουν οι περισσότεροι άνθρωποι και αυτού που

πλησιάζει το μέσο όρο της ανθρώπινης συμπεριφοράς για κάθε περίπτωση. Δηλαδή, όσο πιο συνήθης είναι μια συμπεριφορά και όσο περισσότερο πλησιάζει προς το μέσο όρο, τόσο πιο φυσιολογική θεωρείται. Φυσικά ισχύει και η αντίστροφη πορεία. Παρόλο που τα στατιστικά κριτήρια προσφέρουν μια σταθερή βάση για την αξιολόγηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, υπάρχουν κάποια σημεία που έχουν αποτελέσει αντικείμενο κριτικής της συγκεκριμένης προσέγγισης. Έτσι:

-Αυτό που είναι στατιστικά πιο συνηθισμένο δεν είναι απαραίτητο να αποτελεί πάντα και ομαλή ή επιθυμητή συμπεριφορά.

-Ομοίως, το στατιστικά ασυνήθιστο δεν είναι αναγκαία παθολογικό, ειδικά στην περίπτωση που η απόκλιση είναι προς τη θετική κατεύθυνση.

-Η στατιστική προσέγγιση είναι δύσκολο να αποδώσει την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης προσωπικότητας και συμπεριφοράς.

-Οι τυπικές αντιδράσεις (norms), στις οποίες στηρίζονται τα στατιστικά κριτήρια, συχνά βασίζονται σε κλινικές – και άρα όχι σε αντιπροσωπευτικές – ομάδες του πληθυσμού.

Σημαντικό είναι το πρόβλημα της οριοθέτησης (συχνότητα εμφάνισης, ποσοστό που απαντάται με μια συγκεκριμένη μορφή συμπεριφοράς στον πληθυσμό και βαθμός απόκλισής της από το μέσο όρο), ώστε να μπορεί με ασφάλεια να θεωρηθεί μια συμπεριφορά ως φυσιολογική ή ως παθολογική.

Μια άλλη προσέγγιση ως προς τον καθορισμό της ομαλής συμπεριφοράς υιοθετεί ως κριτήριο του βαθμού συμμόρφωσης προς τις κοινωνικές αξίες. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή ομαλή θεωρείται η συμπεριφορά που είναι πιο κοντά στις κοινωνικές και πολιτισμικές αξίες και στα καθιερωμένα αυτού του είδους πρότυπα. Αυτή η προσέγγιση συνοδεύεται από περισσότερα προβλήματα σε σύγκριση με τη στατιστική, δεδομένης και της ρευστότητας των κριτηρίων της.

Μια τρίτη προσέγγιση είναι η ιδεαλιστική προσέγγιση, η οποία αναφέρεται στο επιθυμητό, στο απόλυτο και στο τι θα έπρεπε να συμβαίνει. Σύμφωνα με τα ιδεαλιστικά κριτήρια, υπάρχει ένα ιδεώδες συμπεριφοράς, προς το οποίο συγκρίνεται κάθε φορά η πραγματική συμπεριφορά, για να εκτιμηθεί κατά πόσο είναι φυσιολογική ή όχι. Η θεώρηση ότι το ομαλό είναι και ιδεώδες έχει θετικά στοιχεία, γιατί τονίζει τη σημασία που έχουν οι ανώτεροι σκοποί και οι επιδιώξεις για τον άνθρωπο. Παρόλα αυτά όμως, δε βρίσκει μεγάλο πεδίο εφαρμογής, καθώς είναι

ελάχιστοι οι άνθρωποι που κατορθώνουν να επιτύχουν το τέλειο στην εξέλιξή τους, και επιπλέον όλοι έχουν ελαττώματα και αδυναμίες.

Τέλος, τα κριτήρια που προτείνει η λειτουργική προσέγγιση για την αξιολόγηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς είναι τα πλέον πρακτικά και εφαρμόσιμα. Σύμφωνα με τη λειτουργική προσέγγιση, το κριτήριο για τη διάκριση της ομαλής από την προβληματική συμπεριφορά είναι οι συνέπειες που έχει ένα σύμπτωμα στην ενδοπροσωπική και διαπροσωπική προσαρμογή του ατόμου. Δηλαδή, ό,τι εμποδίζει ή δυσχεραίνει την προσαρμογή αυτή, θα πρέπει να θεωρείται ως παθολογική συμπεριφορά. Οι τομείς στους οποίους εξετάζεται η επίπτωση μιας μορφής συμπεριφοράς είναι οι ακόλουθοι: ανάπτυξη των νοητικών ικανοτήτων, κοινωνική προσαρμογή, αυτοέλεγχος, αξιολόγηση από άλλα πρόσωπα και αυτοσυναίσθημα.

Με βάση τα προηγούμενα, εξάγεται το συμπέρασμα ότι η επιδημιολογία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την επίτευξη μακροπρόθεσμων στόχων, όπως ο καθορισμός των αιτίων κάποιας διαταραχής, αλλά και για βραχυπρόθεσμους στόχους, όπως η άμεση εφαρμογή των δεδομένων σε προγράμματα περίθαλψης και πρόληψης (Korchin, 1976).

Η διεξαγωγή επιδημιολογικών μελετών, η διερεύνηση της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών και κατ' επέκταση η ευαισθητοποίηση και η ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με θέματα ψυχικής υγείας κρίνονται ιδιαίτερα σημαντικά. Αυτό καταδεικνύεται σε μελέτη του Τσαχαγιά (1994α), όπου η πλειοψηφία των ερωτώμενων αναγνωρίζει τον πρωταρχικό ή βασικό ρόλο της ψυχικής υγείας στη ζωή του ανθρώπου καθώς και το γεγονός ότι αυτή βλάπτεται εύκολα. Θετικό εύρημα αυτής της μελέτης είναι, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κοινωνία έχει υποχρέωση να λάβει μέτρα για την ψυχική υγεία. Η άποψη αυτή ταυτίζεται και με τα σύγχρονα δεδομένα της Επιδημιολογίας της Ψυχικής Υγείας, κατά τα οποία, τόσο οι κοινωνίες όσο και οι κυβερνήσεις οφείλουν να είναι πάντα ευαισθητοποιημένες στις βασικές αρχές της ψυχικής υγιεινής.

Σε μία άλλη μελέτη του Τσαχαγιά (1994β) για την εξακρίβωση του βαθμού γνώσεων του ελληνικού κοινού για την ψυχική υγιεινή, βρέθηκε ότι μεγάλη αναλογία των ατόμων δεν έχει διδαχθεί για την ψυχική υγιεινή και άρα δεν έχει σαφή αντίληψη για αυτήν. Τα περισσότερα άτομα επιθυμούν περισσότερες και σωστές γνώσεις για την ψυχική υγιεινή και θεωρούν αποτελεσματικότερους φορείς για το σκοπό αυτό την παιδεία, τη συστηματική αγωγή υγείας και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Συμπερασματικά, ο συγγραφέας αναφέρει ότι επιβάλλεται να συμπληρωθεί το ανεπιπρόσμενο επίπεδο γνώσεων και να τονωθεί το ενδιαφέρον του πληθυσμού για τη συμμετοχή του σε προγράμματα παρέμβασης στα πλαίσια της Προληπτικής Ιατρικής.

2.3. Η Επιδημιολογική Μελέτη στην Κοινωνική Κλινική Ψυχολογία

Η επιδημιολογική μελέτη θεωρείται απαραίτητη διαδικασία της κλινικής μελέτης και χρησιμοποιείται για τη διερεύνηση της επικράτησης (prevalence) και της επίπτωσης (incidence) των ψυχικών νοσημάτων, καθώς επίσης και τη διερεύνηση των διαγνωστικών μεθόδων, των παραγόντων που καθορίζουν τις ομάδες υψηλού κινδύνου, της διαχρονικής πορείας των ψυχικών διαταραχών, της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών μεθόδων, αλλά και της αποτελεσματικότητας των προληπτικών μέτρων. Τα επιδημιολογικά δηλαδή δεδομένα είναι χρήσιμα, επειδή αυξάνουν τη γνώση για τα χαρακτηριστικά, την αιτιολογία και τους παράγοντες επικινδυνότητας που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία, συμβάλλουν στο σχεδιασμό προγραμμάτων σε επίπεδο παρέμβασης και πρόληψης, ενώ ταυτόχρονα παρέχουν μια επιστημονική βάση για τη δημιουργία και τη σωστή λειτουργία ενός συστήματος κοινοτικής κλινικής ψυχολογίας, για τον κατάλληλο και επαρκή σχεδιασμό υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Bird, 1996. Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1988. Μαδιανός, 1986).

Τα πεδία της επιδημιολογικής μελέτης είναι η περιγραφική, η αναλυτική και η πειραματική επιδημιολογία. Η *περιγραφική* επιδημιολογία ασχολείται με τον καθορισμό της συχνότητας εμφάνισης των ψυχικών διαταραχών σε έναν ορισμένο πληθυσμό, με τις ιστορικές τάσεις ή τη διαχρονική πορεία και τους παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία αυτή, καθώς και με τον καθορισμό της σχέσης των διαταραχών με δημογραφικούς παράγοντες (όπως: η ηλικία, το φύλο, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η εθνικότητα). Μελετά επίσης τους παράγοντες που σχετίζονται με τις συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας, ποσοτικοποιεί την ανάγκη για την ίδρυση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στοχεύει στην αξιολόγηση της λειτουργίας των υπαρχουσών υπηρεσιών, καθώς και στην εφαρμογή και αξιολόγηση προληπτικών μέτρων. Γενικά, η περιγραφική επιδημιολογία παρέχει τις πληροφορίες εκείνες που είναι απαραίτητες για το σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αναδεικνύοντας την αναγκαιότητα μιας υπηρεσίας και αξιολογώντας τις υπηρεσίες που ήδη παρέχονται στην κοινότητα. Η *αναλυτική* επιδημιολογία, από την άλλη, ασχολείται με τον καθορισμό των «παραγόντων κινδύνου» στην εμφάνιση των

ψυχικών διαταραχών, καθώς και των «προστατευτικών παραγόντων» στην πορεία και εξέλιξη τέτοιων διαταραχών, ενώ παράλληλα αποτελεί τη βάση για την παραγωγή και μελέτη ερευνητικών ερωτημάτων και θέτει τις βάσεις για περαιτέρω μελέτη, κυρίως γύρω από τα θέματα της αξιολόγησης και τα συστήματα ταξινόμησης (όπως είναι το «Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών» – DSM και η «Διεθνής Ταξινόμηση των Νόσων» – ICD) (Verhulst & Koot, 1995). Ουσιαστικά, και αυτό το είδος επιδημιολογικής μελέτης συνεισφέρει στο σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, κυρίως αναφορικά με θέματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο πλαίσιο της κοινότητας. Η πειραματική επιδημιολογία αφορά κυρίως τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας φαρμακολογικών και θεραπευτικών μεθόδων και αποτελεί διαδικασία ρουτίνας στους περισσότερους τομείς της υγείας (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1988), δεδομένου ότι ένα φαρμακολογικό σκεύασμα χρειάζεται μακρά περίοδο ελέγχων (post-market trials – surveillance) για πιθανές παρενέργειες, προκειμένου να κυκλοφορήσει στην αγορά (Lilford et al., 2001).

Η επιδημιολογία λοιπόν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την επίτευξη μακροπρόθεσμων στόχων, όπως ο καθορισμός των αιτιών των συναισθηματικών διαταραχών, αλλά και βραχυπρόθεσμων, όπως η άμεση εφαρμογή των ευρημάτων της σε προγράμματα περίθαλψης. Η πρώτη συστηματική μελέτη για τις ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα έγινε στη δεκαετία του '30 στο Σικάγο, στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, κατά την οποία οι ερευνητές μελέτησαν τη σχέση μεταξύ της ψυχικής ασθένειας και του βιοτικού επιπέδου, συγκρίνοντας τους τόπους κατοικίας 35.000 ατόμων τα οποία είχαν νοσηλευθεί σε δημόσια ή ιδιωτικά ψυχιατρεία. Από τότε ακολούθησαν πολλές μελέτες με βελτιωμένη μεθοδολογία· ανάμεσα στις πιο σημαντικές είναι η μελέτη που διεξήχθη από τον Stole το 1962 με σκοπό τη διερεύνηση της ψυχικής υγείας ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος του πληθυσμού ενός τμήματος της πόλης της Νέας Υόρκης (Midtown Manhattan). Στην Ελλάδα οι συστηματικές προσπάθειες για την επιδημιολογική ανάλυση των ψυχικών διαταραχών είναι πολύ περιορισμένες, με βασικότερες τις επιδημιολογικές έρευνες του Μαδιανού (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1988). Τυπικά οι φορείς που κατά κύριο λόγο έχουν την ευθύνη της συλλογής και επεξεργασίας των στατιστικών στοιχείων που αφορούν τη δημόσια υγεία στη χώρα μας, είναι η Διεύθυνση Στατιστικής του Υπουργείου Υγείας και η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΣΥΕ). Οι υπηρεσίες αυτές εκδίδουν σε ετήσια βάση τη «Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής» (ΕΣΥΕ)

και τη «Στατιστική της Φυσικής Κίνησης του Πληθυσμού της Ελλάδας» (ΕΣΥΓΕ) (Ζηλιδής, 2002).

Η διεξαγωγή της επιδημιολογικής μελέτης στο πλαίσιο της κοινότητας για την οποία προγραμματίζεται η ανάπτυξη των δομών ψυχικής υγείας είναι ο ιδανικότερος ίσως τρόπος για την αξιολόγηση των αναγκών των πολιτών και ως εκ τούτου το σχεδιασμό των υπηρεσιών. Ωστόσο, οι επιδημιολογικές μελέτες παρέχουν απλώς μια ένδειξη για το είδος των αναγκών που υπάρχουν στην κοινότητα, χωρίς να μας δείχνουν άμεσα το είδος των υπηρεσιών που χρειάζονται. Για παράδειγμα, το εύρημα μιας επιδημιολογικής μελέτης ότι η επικράτηση της κατάθλιψης στον πληθυσμό είναι περίπου 15% δε μας πληροφορεί άμεσα για το είδος των υπηρεσιών που χρειάζονται άλλωστε, οι περισσότεροι άνθρωποι με καταθλιπτική συμπτωματολογία ή αγχώδεις διαταραχές συχνά δε χρειάζονται κάποια εξειδικευμένη υπηρεσία. Ωστόσο, αυτές οι πληροφορίες είναι πολύ χρήσιμες σε περιπτώσεις όπως αυτή της σχιζοφρένειας και των ψυχώσεων, ψυχικές διαταραχές που υποδηλώνουν την επαφή των «περιστατικών» με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε μάκρος χρόνο.

Οι επιδημιολογικές μελέτες μπορεί επίσης, να είναι συγχρονικές (να διεξάγονται δηλαδή σε μια χρονική περίοδο), κατά στρώματα μελέτες (cross-sectional studies), η συνθηθέστερη ίσως μεθοδολογία σε περιπτώσεις σχεδιασμού υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ή διαχρονικές (προδρομικές ή αναδρομικές). Ανεξάρτητα από το είδος της επιδημιολογικής μελέτης που διενεργείται ως τμήμα του ευρύτερου προγράμματος σχεδιασμού μιας υπηρεσίας σε μια συγκεκριμένη κοινότητα, η δειγματοληψία βασίζεται στην επιλογή αντιπροσωπευτικού δείγματος από τις διάφορες ομάδες ατόμων που μελετώνται, προκειμένου να υπολογιστούν οι δείκτες νόσησης στον πληθυσμό. Μια τυχαία κατά στρώματα δειγματοληψία έχει το πλεονέκτημα ότι οι πληροφορίες αντανακλούν τις πραγματικές συνθήκες στην κοινότητα, μειώνεται δηλαδή ο κίνδυνος προκατάληψης και συλλογής μη αντιπροσωπευτικών για την περιοχή στοιχείων. Παρά τα αδιαμφισβήτητα πλεονεκτήματα που συνοδεύουν τη διεξαγωγή της επιδημιολογικής μελέτης σε μία περιγεγραμμένη γεωγραφική περιοχή γύρω από την οποία γίνεται ο σχεδιασμός των υπηρεσιών, οι μελέτες αυτές σπανίζουν γιατί κοστίζουν πολύ σε χρήμα και χρόνο (Weitzel, 1986, Verhulst & Koot, 1995).

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων όπου δεν υπάρχουν οι προδιαγραφές για τη διεξαγωγή της επιδημιολογικής μελέτης στο πλαίσιο μιας μικρής κοινότητας,

έχουν χρησιμοποιηθεί εναλλακτικά διάφορες μέθοδοι, όπως η λήψη δείγματος με άτομα «κλειδιά» από διάφορες ομάδες χρηστών, των οποίων οι απόψεις και πληροφορίες θεωρείται ότι είναι αντιπροσωπευτικές της ομάδας τους. Τα πλεονεκτήματα αυτής της εναλλακτικής είναι ότι μπορεί να γίνει σε βάθος η αξιολόγηση των αναγκών μέσα από εκτεταμένες συνεντεύξεις (λόγω του περιορισμένου αριθμού συμμετεχόντων) και να κρατηθεί το κόστος σε χαμηλά επίπεδα. Ωστόσο, ο βασικός κίνδυνος αυτής της μεθοδολογίας έγκειται στο δείγμα, καθώς ενδέχεται οι ανάγκες που περιγράφονται να μην είναι αντιπροσωπευτικές και να υπάρξει προκατάληψη στις πληροφορίες που καταγράφονται (Verhulst & Koot, 1995).

Η μέθοδος της συλλογής δεδομένων στις έρευνες για τη διερεύνηση των αναγκών μπορεί να είναι η διανομή ερωτηματολογίων ή και η λήψη συνεντεύξεων. Η μέθοδος που θα επιλεγεί, αν δηλαδή θα υπάρξει συνδυασμός ερωτηματολογίων και συνεντεύξεων ή όχι, εξαρτάται από το αν η έρευνα θα διεξαχθεί σε ένα στάδιο (one stage design), όπου λαμβάνεται αντιπροσωπευτικό δείγμα του υπό μελέτη πληθυσμού και εξετάζεται λεπτομερώς μέσα από δομημένες συνεντεύξεις, ή σε δύο στάδια (two stage design), όπου στο πρώτο επίπεδο χορηγούνται ερωτηματολόγια για τον εντοπισμό των πιθανών «περιστατικών» (screening phase) και στο δεύτερο επίπεδο διεξάγονται συνεντεύξεις στα άτομα εκείνα που στην προηγούμενη φάση επιλέχθηκαν ως πιθανά «περιστατικά». Πλήθος επιχειρημάτων τάσσονται υπέρ και κατά των δυο μεθοδολογιών (Goodman & Scott, 1997. Bird, 1996. Verhulst & Koot, 1995).

Σε γενικές γραμμές, τα ερωτηματολόγια αποτελούν έναν εύκολο τρόπο συλλογής δεδομένων. Ωστόσο, το πρόβλημα έγκειται στο κατά πόσο τα ερωτηματολόγια μπορούν τελικά να κάνουν τα άτομα που μελετώνται να εκφράσουν τις ανάγκες τους (ένα πρόβλημα που όπως είδαμε προκύπτει και σε ατομικό επίπεδο αξιολόγησης). Στην καλύτερη των περιπτώσεων, μπορεί να διερευνηθεί ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών με τις υπάρχουσες υπηρεσίες, όμως αυτό αποτελεί μέρος μόνο των στόχων της έρευνας και είναι περιορισμένης αξίας. Αντίθετα, μέσα από τις συνεντεύξεις μπορούν να εντοπιστούν ακριβέστερα και να διερευνηθούν διεξοδικότερα οι ανάγκες των χρηστών. Οι συνεντεύξεις που ενδείκνυνται στο πλαίσιο των επιδημιολογικών μελετών είναι δομημένες, με σταθερή σειρά των ερωτήσεων (προκειμένου να μπορούν να συγκριθούν μεταξύ διαφόρων ατόμων),

ενίοτε συνδυάζοντας και ανοιχτές ερωτήσεις για την απόσπαση αυθόρμητων απαντήσεων και σχολίων γύρω από τις υπηρεσίες και τα προβλήματα που αυτές παρουσιάζουν. Τα μειονεκτήματα των συνεντεύξεων είναι ότι απαιτούν περισσότερη οργάνωση, περισσότερο χρόνο, εμπλέκουν περισσότερους ανθρώπους στη διεξαγωγή τους (συνεντευκτές και συνεντευξιαζόμενοι) και έχουν πολύ υψηλό κόστος.

Έτσι, η μέθοδος που τελικώς επιλέγεται εξαρτάται από το διαθέσιμο χρόνο, τον προϋπολογισμό και το διαθέσιμο προσωπικό. Τα άτομα που θα διενεργήσουν τις συνεντεύξεις μπορεί να είναι το μελλοντικό ή ενυπάρχον προσωπικό των υπηρεσιών, και ενδείκνυται να είναι άτομα που βρίσκονται σε επαφή με τους χρήστες των υπηρεσιών και που συχνά κατέχουν τη γνώση/εκπαίδευση για διενέργεια συνεντεύξεων, ή που έχουν τη δυνατότητα να εκπαιδευτούν για το σκοπό αυτό (Weitzel, 1986). Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να συμπεριληφθούν και τα άτομα εκείνα που δε χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες, με σκοπό να διερευνηθούν οι λόγοι που ευθύνονται για αυτή τη συμπεριφορά.

Τέλος, κάποιοι ενδεικτικοί τρόποι συλλογής των επιδημιολογικών στοιχείων, πέρα από την άμεση επαφή με τα μέλη της κοινότητας με τις παραπάνω μεθόδους, είναι η μελέτη των ποσοστών των πρώτων εισαγωγών σε ψυχιατρικά ιδρύματα και η απογραφή όλων των ψυχικά ασθενών ανά ημέρα ή έτος. Στο πλαίσιο της ελληνικής στατιστικής πραγματικότητας έχει διενεργηθεί μελέτη με τη μέθοδο της καταγραφής των εξόδων των ασθενών που βγήκαν από τα ψυχιατρικά ιδρύματα της χώρας το 1978 από τους Μαδιανό και συνεργάτες (1983).

2.4. Η ανασκόπηση των επιδημιολογικών μελετών στο εξωτερικό

Στο διεθνή χώρο έχουν γίνει αρκετές επιδημιολογικές μελέτες γύρω από την επικράτηση των ψυχικών διαταραχών, κυρίως πριν από τη δεκαετία του 1950, μια εποχή που, κατά τον Dohrenwend (ευρεθέν στο Μαδιανός, 1989), σηματοδεύτηκε από τη διεξαγωγή κλασικών επιδημιολογικών μελετών. Οι μελέτες αυτές, και συγκεκριμένα όσες αφορούσαν την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα, απέδειξαν τη σπουδαιότητα των κοινωνικών παραγόντων στην εκδήλωση των διαταραχών αυτών.

Σύμφωνα με τις πληροφορίες από μια ιστορική αναδρομή, οι πρώτες προσπάθειες για τη διεξαγωγή των επιδημιολογικών μελετών έγιναν στις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Η πρώτη συστηματική μελέτη για τις ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα

έγινε τη δεκαετία του 1930 (Faris & Dunham, 1939), στο Σικάγο των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής. Οι ερευνητές μελέτησαν τη σχέση μεταξύ της ψυχικής διαταραχής και του βιοτικού επιπέδου, συγκρίνοντας τους τόπους κατοικίας 35.000 ατόμων, τα οποία είχαν νοσηλευτεί σε δημόσια ή ιδιωτικά ψυχιατρεία. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η κοινωνική τάξη έχει άμεση σχέση με τις σχιζοφρενικές διαταραχές.

Η δεύτερη σημαντική μελέτη των Hollingshead & Redlich (1958) είχε καλύτερη μεθοδολογία, καθώς μελετήθηκε ο πληθυσμός μιας αμερικάνικης πόλης που είχε εκδηλώσει ψυχικές διαταραχές και στη συνέχεια συγκρίθηκε με τον «αγνή» πληθυσμό της ίδιας πόλης, ώστε να καθοριστούν οι κοινωνικές μεταβλητές των προβλημάτων. Η σχέση μεταξύ της κοινωνικής τάξης και των ψυχικών διαταραχών παρατηρήθηκε και σε αυτήν τη μελέτη.

Η μελέτη των Stole και συνεργατών (1962) αποτέλεσε μία από τις σημαντικότερες στον τομέα της επιδημιολογίας. Αφορούσε τη διερεύνηση της ψυχικής υγείας ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος του πληθυσμού ενός τμήματος της πόλης της Νέας Υόρκης. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την υπόθεση για τη σχέση μεταξύ της κοινωνικής τάξης και της ψυχικής υγείας.

Σύμφωνα με μια σύντομη ανασκόπηση στα πιο σύγχρονα διεθνή δεδομένα (Μαδιανός, 1989), υπολογίστηκε από έρευνες αντιπροσωπευτικών δειγμάτων του γενικού πληθυσμού ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ποσοστό 15-25% είχε την ανάγκη περίθαλψης, ενώ περίπου 7 εκατομμύρια άνθρωποι έλαβαν ενδονοσοκομειακή ή εξωτερική ψυχιατρική περίθαλψη κάθε χρόνο (President's Commission on Mental Health, 1978). Γενικότερα, οι μελέτες της δεκαετίας του 1970 στην Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής έδειξαν ότι ένα ποσοστό 4-8% των ανδρών και 8-15% των γυναικών από το γενικό πληθυσμό, παρουσίασαν συμπτώματα διαταραχής της ψυχικής υγείας (Stationary Office, Dublin 1984).

Μια από τις σημαντικότερες προσπάθειες διερεύνησης του επιπέδου ψυχικής υγείας στην κοινότητα αποτέλεσε η έρευνα του Camberwell στην Αγγλία (Bebbington et al., 1981). Διαπιστώθηκε ότι το 10,9% του δείγματος παρουσίαζε ψυχικές διαταραχές, σε ποσοστό 6,1% για τους άνδρες και 14,9% για τις γυναίκες.

Στη μελέτη των Weissman & Myers (1978) διερευνήθηκαν οι διαταραχές του σπασίτηματος σε μια αστική κοινότητα των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής. Επιλέχθηκαν τυχαία 1.095 νοικοκυριά. Τα ποσοστά της μείζονος καταθλιπτικής

διαταραχής τη στιγμή της διεξαγωγής της μελέτης φάνηκε να είναι περισσότερο αυξημένα στους άγαμους (6,7% για τους άγαμους έναντι 3,5% για τους έγγαμους), στις γυναίκες (5,2% για τις γυναίκες έναντι 3,2% για τους άνδρες) και στα άτομα ηλικίας 46-65 ετών (63% για τα άτομα ηλικίας 46-65 ετών έναντι 1,9% για τα άτομα ηλικίας 26-45 ετών). Επιπλέον φάνηκε να διαφοροποιούνται κατά τη διάρκεια της ζωής: 25,8% για τις γυναίκες έναντι 12,3% για τους άνδρες, 23% για τους άγαμους έναντι 18,9% για τους έγγαμους, αλλά 23,8% για τις ηλικίες 26-45 ετών έναντι 19% για τις ηλικίες 46-55 ετών.

Οι Shapiro και συνεργάτες (1984), διερεύνησαν την ψυχική υγεία των κατοίκων τριών αμερικάνικων κοινοτήτων. Το 22% του πληθυσμού αναφέρθηκε να ανήκει σε κάποια από τις διαγνωστικές κατηγορίες της τρίτης έκδοσης του «Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών» – DSM-III (APA, 1980).

Οι Bijl και συνεργάτες (1998) διερεύνησαν τη συχνότητα των ψυχικών διαταραχών στην Ολλανδία σε ένα δείγμα 7.076 κατοίκων ηλικίας 18 έως 65 ετών. Έπειτα από τη διεξαγωγή κλινικών διαγνωστικών συνεντεύξεων (Composite International Diagnostic Interview, που βασίζονταν στα κριτήρια της αναθεωρημένης τρίτης έκδοσης του «Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών» – DSM-III-R), τα προκαταρκτικά ευρήματα έδειξαν ότι 41,2% του δείγματος έπασχε από μια τουλάχιστον ψυχιατρική διαταραχή σε όλη του τη ζωή. Περισσότερα από 15% των ατόμων που περιλήφθηκαν στο δείγμα ανέφεραν ότι εμφάνισαν μείζονα καταθλιπτική διαταραχή κάποια στιγμή στη ζωή τους και 6% του δείγματος δήλωσαν ότι βίωσαν την ίδια διαταραχή τον τελευταίο χρόνο της ζωής τους, 12% των ατόμων είχαν βιώσει τουλάχιστον ένα επεισόδιο κατάχρησης αλκοόλ στη ζωή τους και 4,6% αυτών τον τελευταίο χρόνο. Οι φοβίες κατά τη διάρκεια της ζωής ως γενική ομάδα παρατηρήθηκαν σε ποσοστό 10,1%. Το γενικό εύρημα που επιβεβαιώθηκε και από την παρούσα μελέτη ήταν το εξής: οι γυναίκες σημείωσαν υψηλότερα ποσοστά στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή σε σύγκριση με τους άνδρες και οι άνδρες εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά κατάχρησης ή εξάρτησης από το αλκοόλ σε σύγκριση με τις γυναίκες.

Μια ακόμα επιδημιολογική μελέτη ψυχικών διαταραχών διεξήχθη στο Όσλο από τους Kringlen και συνεργάτες (2001) τη χρονική περίοδο από το 1994 έως το 1997. Επιλέχθηκαν τυχαία 3.590 κάτοικοι ηλικίας 18 έως 65 ετών από το συνολικό

πληθυσμό του Όσλο που ανερχόταν σε 308.237 κατοίκους. Έγιναν κλινικές διαγνωστικές συνεντεύξεις (Composite International Diagnostic Interview) που βασίζονταν στα κριτήρια του «Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών» (DSM-III-R) από νοσηλευτές και φοιτητές ψυχολογίας και κοινωνιολογίας έπειτα από εκπαίδευση. Σύμφωνα με τα ευρήματα, η συχνότερη διάγνωση σε όλη τη ζωή βρέθηκε να είναι η κατάχρηση ή εξάρτηση από το αλκοόλ (22,7%) με υψηλότερα ποσοστά στους άνδρες (33,4%) σε σύγκριση με τις γυναίκες (14,3%). Η δεύτερη πιο συχνή διαταραχή σε όλη η ζωή φάνηκε να είναι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (17,8%), με υψηλότερα ποσοστά για τις γυναίκες (24%) σε σύγκριση με τους άνδρες (9,9%). Η συχνότητα των διαταραχών τον τελευταίο χρόνο ήταν διαφορετική στις δύο διαταραχές, καθώς βρέθηκε 10,6% για την κατάχρηση ή εξάρτηση από το αλκοόλ και 7,3% για τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Επίσης, οι γυναίκες ήταν 2,5 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν μια διαταραχή του συναισθήματος σε όλη τους τη ζωή σε σύγκριση με τους άνδρες.

Ένα ακόμα θέμα που χρήζει διερεύνησης είναι η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η διεθνής σχετική μελέτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας στις πόλεις σε δεκαπέντε ισάριθμες περιοχές του πλανήτη έδειξε ποσοστά επικράτησης μεταξύ 7,3% και 52,5% στο Σαντιάγκο της Χιλή (Βλ. Πίνακα 1.2.2.).

Πίνακας 1.2.2: Η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Πόλεις	Πρόσφατη κατάθλιψη %	Γενικευμένο Άγχος %	Εξάρτηση από αλκοόλ %	Όλες οι ψυχικές διαταραχές (κατά το CIDI)* %
1. Άγκυρα, Τουρκία	11,6	0,9	1,0	16,4
2. Αθήνα, Ελλάδα	6,4	14,9	1,0	19,2
3. Μπάνγκαλορ, Ινδία	9,1	8,5	1,4	22,4
4. Βερολίνο, Γερμανία	6,1	9,0	5,3	18,3
5. Χρόνινγκεν, Ολλανδία	15,9	6,4	3,4	23,9
6. Ιμπάνταν, Νιγηρία	4,2	2,9	0,4	9,5
7. Μόναχο, Γερμανία	11,2	7,9	7,2	23,6
8. Μάντσεστερ, Αγγλία	16,9	7,1	2,2	24,8
9. Ναγκατσάκι, Ιαπωνία	2,6	5,0	3,7	9,4
10. Παρίσι, Γαλλία	13,7	11,9	4,3	26,2
11. Ρίο Τζανέιρο, Βραζιλία	15,8	22,6	4,1	35,5
12. Σαντιάγκο, Χιλή	29,5	18,7	2,5	52,5
13. Σιάτλ, Η.Π.Α.	6,3	2,1	1,5	11,9
14. Σανγκάι, Κίνα	4,0	1,9	1,1	7,3
15. Βερόνα, Ιταλία	4,7	3,7	0,5	9,8
Συνολο	10,4	7,9	2,7	24,0

Πηγή: Goldberg & Lecubier (1995) (αρθρήν στο Μαζουζός, 2004).

* CIDI: Composite International Diagnostic Interview.

2.5. Η ανασκόπηση των επιδημιολογικών μελετών στην Ελλάδα

Οι συστηματικές προσπάθειες για την επιδημιολογική ανάλυση των ψυχικών διαταραχών στην Ελλάδα είναι αρκετά περιορισμένες. Γενικότερα, διαπιστώνεται η ύπαρξη αρκετά υψηλών ποσοστών με εμφανείς σοβαρές διαταραχές (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 1984). Ένα μεγάλο ποσοστό από τις επιδημιολογικές μελέτες στον ελληνικό χώρο έχουν διεξαχθεί από τους Μαδιανό και συνεργάτες, από τη Μονάδα Κοινωνικής Ψυχιατρικής της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.

Σε εκτεταμένη επιτόπια διατημηματική μελέτη που διεξήχθη από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (Μαδιανός & Ζάρναρη, 1983), περιλήφθηκε ένα τυχαία συστηματικό δύο φάσεων δείγμα 4.083 ενηλίκων ανδρών και γυναικών, ηλικίας 20-64 ετών, από 33 νομούς της χώρας. Το δείγμα αυτό αντιπροσωπεύει το 1,5% των νοικοκυριών του συνόλου της χώρας. Ως βασικό μέσο ελέγχου της επικράτησης της ψυχοπαθολογίας στον πληθυσμό χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Langner. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 24% των γυναικών και 11,1% των ανδρών του δείγματος θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως άτομα με σοβαρή έκπτωση της ψυχικής τους υγείας με προβλήματα λειτουργικότητας. Τα άτομα που προέρχονταν από την Αθήνα χαρακτηρίστηκαν από υψηλότερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας σε σχέση με τα άτομα που προέρχονταν από άλλες γεωγραφικές περιοχές. Τα χαμηλότερα ποσοστά επικράτησης ψυχοπαθολογίας εμφανίζουν οι ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Οι γυναίκες εμφανίζουν τριπλάσια ποσοστά βαριάς και υπερδιπλάσια ποσοστά σοβαρής διαταραχής. Σε σχέση με την καταθλιπτική συμπτωματολογία με τη χρήση της κλίμακας C.E.S.-D. (με χρησιμοποιούμενο ουδό το 16), βρέθηκε ότι σε εθνικό επίπεδο το 17,2% του συνολικού δείγματος (23,4% των γυναικών και 9,6% των ανδρών) παρουσίαζε καταθλιπτικά συμπτώματα (ή ορθότερα συμπτώματα αποθάρρυνσης).

Το 1984 διεξήχθη μια δεύτερη πανελλήνια επιτόπια συγχρονική μελέτη με θέμα τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες στην ψυχική υγεία και τη χρήση ουσιών. Το δείγμα, στο οποίο περιλήφθηκαν 4.292 άτομα, ηλικίας 12 έως 64 ετών και ελήφθη από 37 νομούς της χώρας ήταν απόλυτα αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού. Η ανίχνευση των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων έγινε με τις κλίμακες Langner και C.E.S.-D. Με κριτήριο την ύπαρξη 6 ή περισσότερων ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, οι άνδρες ηλικίας 18-64 ετών παρουσιάζουν σοβαρή διαταραχή στην

ψυχική τους υγείας σε ποσοστό 18,7%, ενώ οι γυναίκες σε ποσοστό 34,1%. Σύμφωνα με το χρησιμοποιούμενο ουδό 16 της κλίμακας C.E.S.-D., 15,4% των ανδρών και 37,6% των γυναικών ανήκουν στην κατηγορία της καταθλιπτικής κατάστασης. Τα ποσοστά αυτά είναι σχετικά υψηλά – ειδικά για τις γυναίκες – αν συγκριθούν με αυτά της πανελλήνιας έρευνας του Ε.Κ.Κ.Ε.. Τα ποσοστά αυτά δεν αποτελούν κλινικές καταστάσεις, αλλά φαινόμενα αποθάρρυνσης, ως συνέπεια των ψυχοπαιστικών κοινωνικών συνθηκών και των γεγονότων ζωής, κατατάσσοντας τα άτομα σε ομάδες υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Μαδιανό και συνεργατών (1983) σχετικά με τη διερεύνηση της ψυχικής κατάστασης ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος κατοίκων μιας κοινότητας βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση της ψυχικής κατάστασης του συνολικού δείγματος ως προς το φύλο. Οι γυναίκες εμφάνισαν υπερδιπλάσια ποσοστά σοβαρής και βαριάς διαταραχής της ψυχικής τους κατάστασης σε σύγκριση με τους άνδρες σύμφωνα με τα αποτελέσματα των δύο κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν (η κλίμακα Langner και η κλίμακα C.E.S.-D.). Ακόμα, η ηλικιακή ομάδα 50-59 ετών παρουσίασε τα μεγαλύτερα ψυχοπαθολογικά ποσοστά στο συνολικό δείγμα, με δεύτερη την ομάδα 20-29 ετών, ενώ οι άνδρες των ηλικιών 50-59 και 20-29 ετών και οι γυναίκες των 40-59 ετών παρουσίασαν το μεγαλύτερο ποσοστό καταστάσεων με σοβαρή και βαριά διαταραχή της ψυχικής υγείας. Ένα επιπλέον εύρημα έδειξε ότι οι άγαμοι και των δύο φύλων παρουσίασαν μεγαλύτερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας, ενώ από τους διαζευγμένους και χήρους, άνδρες και γυναίκες, οι περισσότεροι εμφάνισαν μεγάλο αριθμό ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων.

Στην Αθήνα, κατά την περίοδο 1979 έως 1980, επιλέχθηκε με τη διαδικασία των δύο σταδίων ένα τυχαίο δείγμα 1.574 ανδρών και γυναικών, ηλικίας 20-64 ετών, από τους δήμους Βύρωνα – Καισαριανής που εξυπηρετούνται από το Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής, στα πλαίσια της συστηματικής επιδημιολογικής εκτίμησης των ψυχιατρικών αναγκών των δήμων αυτών (Μαδιανός κ. συν., 1983. Μαδιανός, 1983. Madianos et al., 1985). Το δείγμα αποτέλεσε το 15% των δύο δήμων, και με την εφαρμογή του κριτηρίου των 6 και πλέον ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων στην κλίμακα Langner, η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών βρέθηκε μεγαλύτερη στις γυναίκες (29%) από ό,τι στους άνδρες (18,1%). Μετά από μια πιο σύνθετη επεξεργασία με την εφαρμογή 11 κλινικών και άλλων κριτηρίων από δύο ανεξάρτητους εκτιμητές, τα ποσοστά της επικράτησης μειώθηκαν στο 18% και

8% αντίστοιχα. Τα ποσοστά της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όπως ανιχνεύτηκαν από την κλίμακα C.E.S.-D., ήταν 9,26% για τους άνδρες και 23,3% για τις γυναίκες.

Στη δεύτερη φάση της μελέτης αυτής (1981 - 1982) δύο ψυχίατροι πήραν κλινική διαγνωστική συνέντευξη από ένα δείγμα 350 ατόμων, που επιλέχτηκε από το αρχικό δείγμα των 1.574 ατόμων, και σύμφωνα με την κλινική τους κατάσταση βρέθηκε ότι το 18,8% του δείγματος αυτού παρουσίασε έκδηλη κλινική ψυχοπαθολογία, που στο μεγαλύτερο μέρος της ήταν του τύπου της νευρωσικής διαταραχής (16,5%), ενώ οι σχιζοφρενικού τύπου διαταραχές βρέθηκαν να είναι 1,2% και οι συναισθηματικές διαταραχές 0,50% του δείγματος (Τομαράς κ. συν., 1986).

Το 1994 (δεύτερη περίοδος της μελέτης) έγινε επανεξέταση, προκειμένου να διεξαχθεί κλινική διαγνωστική συνέντευξη στο ίδιο δείγμα ατόμων. Σύμφωνα με τα ευρήματα, από τα άτομα που είχαν διαγνωστεί ως κλινικές περιπτώσεις το 1980-1981 (πρώτη περίοδος μελέτης), 42,8% αυτών έφεραν την ίδια διάγνωση το 1994. Από τα άτομα που δεν έφεραν διάγνωση, 92,4% αυτών εξακολουθούσαν να μη φέρουν διάγνωση ούτε στη δεύτερη περίοδο της μελέτης. Από τα υποκείμενα που είχαν διαγνωστεί με κάποια ψυχιατρική νοσολογική οντότητα στην πρώτη περίοδο της μελέτης (1980-1981), 67,5% βρέθηκε ότι ήταν ψυχικά υγιείς κατά τη δεύτερη περίοδο της μελέτης (1994) (Madianos et al, 1998).

Τα ποσοστά αυτά είναι παρόμοια με αυτά που ανέφεραν οι Μαντεας και συνεργάτες (1986) κατά τη διεξαγωγή μιας επιτόπιας μελέτης σε δείγμα 489 ενηλίκων κατοίκων των δήμων Αγίας Βαρβάρας - Χαϊδαρίου. Με τη χρήση του P.S.E. και κριτήριο τη βαθμολογία στο Index of Definition μεγαλύτερη ή ίση του 5, το 8,6% των ανδρών και το 22,6% των γυναικών χαρακτηρίστηκαν ως κλινικές περιπτώσεις, ενώ το συνολικό ποσοστό της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών στο δείγμα ήταν 16%.

Επίσης, διεξήχθη μελέτη από τους Μιδιανό και συνεργάτες (1986), ώστε να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στους δήμους Βύρωνα - Καισαριανής. Από το 1979 έως το 1984 αυξήθηκαν οι πρώτες επισκέψεις στα Κέντρα Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής. Ο αριθμός των 1307 ατόμων που εξυπηρετήθηκαν από τις υπηρεσίες του Κέντρου κατά τη διάρκεια της πενταετίας αποτέλεσε το 2,4% του συνολικού πληθυσμού των δύο Δήμων. Ένα ποσοστό 18,2% των ανδρών και 27,9% των γυναικών από το σύνολο που επισκέφθηκε τις υπηρεσίες

του Κέντρου για πρώτη φορά, νοσούσε από κάποιο ψυχικό νόσημα και δεν είχε ζητήσει ποτέ βοήθεια στο παρελθόν. Από το 1982-1983 άρχισε να εμφανίζεται μείωση στα επείγοντα ψυχιατρικά περιστατικά και στα περιστατικά με εισιγγελική εντολή από τους δήμους Βύρωνα – Καισαριανής. Από την επανεξέταση χρονίων ψυχωσικών ατόμων στο Κέντρο φάνηκε ότι η γενική λειτουργικότητα όσων παρακολούθηθηκαν στο Κέντρο βελτιώθηκε μέσα στα χρόνια 1979-1984 σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο. Ειδικότερα, το 1982 δε σημειώθηκε καμιά υποτροπή στην ομάδα των ασθενών που παρακολουθείτο στο Κ.Κ.Ψ.Υ. σε ποσοστό 54,6%, σε αντίθεση με 14,7% των ατόμων που λάμβαναν άλλες υπηρεσίες. Αντίστοιχα ποσοστά παρατηρήθηκαν και το 1984, καθώς 55,1% των ψυχωσικών ασθενών της πρώτης κατηγορίας δεν υποτροπίασε σε αντίθεση με το 19,4% της δεύτερης κατηγορίας.

Παράλληλα, η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών του Κ.Κ.Ψ.Υ. στους δήμους Βύρωνα – Καισαριανής διεκρινήθηκε ως προς τις εισαγωγές στις ψυχιατρικές κλινικές της ευρύτερης περιοχής. Από το 1979 έως το 1995, οι συνολικές εισαγωγές ανά 100.000 κατοίκους μειώθηκαν κατά 61%. Η αναγκαστική ή ακούσια εισαγωγή μειώθηκε κατά 93,5%. Από το 1979 έως το 1995, η μεγαλύτερη μείωση στα συνολικά ποσοστά εισαγωγής σημειώθηκαν σε δημόσια κλινική (73,1%). Την ίδια περίοδο, βρέθηκε σημαντική μείωση (71,8%) της νοσηλείας σε ψυχιατρική κλινική και αύξηση του μέσου όρου της ηλικίας των νοσηλευόμενων σε ποσοστό 6,55%. Η μείωση στο χρόνο της νοσηλείας παρατηρήθηκε στους ψυχωσικούς ασθενείς και τους αλκοολικούς. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν την υπόθεση ότι το Κ.Κ.Ψ.Υ. λειτουργεί ως φίλτρο στην κοινότητα εντοπίζοντας και αντιμετωπίζοντας έγκαιρα τις ψυχικές διαταραχές, με αποτέλεσμα να μειώνονται τα ποσοστά των εισαγωγών και της νοσηλείας σε ψυχιατρικές κλινικές (Madianos & Economidou, 1999).

Το 1992 διεξήχθη μια επιτόπια μελέτη στο νομό Ιωαννίνων από τον Μουζά (1996), η οποία πραγματοποιήθηκε στην πόλη των Ιωαννίνων και σε 99 κοινότητες του νομού. Το δείγμα αποτέλεσαν 1.986 άτομα, ηλικίας 18-65 ετών επιλεγμένα με τυχαίο τρόπο. Και σε αυτή τη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες Langner και C.E.S.-D. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας από τους άνδρες (25,8% και 15,8% αντίστοιχα). Οι κάτοικοι της πόλης εμφάνισαν επίσης υψηλότερο ποσοστό ψυχοπαθολογίας από τους κατοίκους των κοινοτήτων (23,8% και 21,5% αντίστοιχα). Αυξημένη ψυχοπαθολογία παρατηρήθηκε στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, στα άτομα με χαμηλό μορφωτικό

επίπεδο, σε περιπτώσεις χηρείας και στους παλινοστούντες επιπλέον, τα ψυχοπαιστικά γεγονότα ζωής βρέθηκε να έχουν ιδιαίτερη σημασία στην εμφάνιση ψυχοπαθολογίας. Σχετικά με την επικράτηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, οι γυναίκες παρουσίασαν διπλάσια ποσοστά από τους άνδρες (18,4% έναντι 9,5%). Την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας βρέθηκε να επηρεάζουν τα ψυχοπαιστικά γεγονότα ζωής, η παλινόσταση, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η κατάσταση της χηρείας, όπως και στην περίπτωση της γενικής ψυχοπαθολογίας.

Σύμφωνα με μια μελέτη που διεξήχθη από ψυχίατρο σε τυχαίο δείγμα 251 υπερηλικών ηλικίας 65 ετών και άνω στους δήμους Βύρωνα – Καισαριανής (Γουρνάς, Μαδιανός & Στεφανής, 1986), βρέθηκε ότι στην πλειοψηφία τους οι υπερηλικές έπασχαν από κάποια σωματική ασθένεια. Οι γυναίκες παρουσίασαν περισσότερες ψυχικές διαταραχές (ελαφρές – σοβαρές διαταραχές) στο σύνολό τους (39,8%), σε σχέση με τους άνδρες (29,5%). Οι άνδρες επικράτησαν στην κατηγορία των μέτριων – σοβαρών διαταραχών με ποσοστό 19% έναντι 16,7% των γυναικών.

Η πιο πρόσφατη μελέτη (Ευθυμίου, 2006) αφορά στην διερεύνηση βασικών επιδημιολογικών δεικτών ψυχικής υγείας κατοίκων ενός αθηναϊκού Δήμου Στην έρευνα συμμετείχαν και επέστρεψαν έγκυρα ερωτηματολόγια το 10,5% όλων των οικογενειών του Δήμου (N=738), οι οποίοι επιλέγηκαν με συστηματική δειγματοληψία (systematic random sample). Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια GHQ-28, C.E.S.-D., Orientations to Seeking Professional Help και 3 αυτοσχέδια ερωτηματολόγια για τη μελέτη των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος, το οποίο περιλαμβάνει: ατομικά, ακαδημαϊκά και οικογενειακά στοιχεία των δημοτών, καθώς και στοιχεία για την προηγούμενη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τους κατοίκους αυτούς

Τα ευρήματα δείχνουν ότι υπάρχουν στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα μεταξύ ποικίλων συσχετίσεων. Ανάμεσα στα ευρήματα, προέκυψε σημαντική επίδραση του φύλου για τη γενική βαθμολογία της κλίμακας C.E.S.-D. και για τη γενική βαθμολογία της κλίμακας G.H.Q. με τις γυναίκες να εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία – και στις δύο περιπτώσεις – σε σύγκριση με τους άνδρες. Παράλληλα βρέθηκε στατιστικώς σημαντική επίδραση της ηλικιακής ομάδας για τη γενική βαθμολογία της C.E.S.-D. και για τη συνολική βαθμολογία του G.H.Q.. Επιπρόσθετα, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική επίδραση του μορφωτικού επιπέδου για τη γενική βαθμολογία της C.E.S.-D. και για τη συνολική βαθμολογία του GHQ: οι κάτοικοι που

έχουν λάβει κατώτερη ή μέση μόρφωση εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία και στις δύο βαθμολογίες σε σύγκριση με τους κατοίκους που έχουν λάβει ανώτερη ή ανώτατη μόρφωση. Παράλληλα, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων και όχι των ίδιων των υποκειμένων φαίνεται να συμβάλλει στην εκδήλωση ψυχικών διαταραχών, και πιο συχνά στην κατάθλιψη, όπως βρέθηκε από την υψηλή βαθμολογία σε δείγμα Ελλήνων φοιτητών στην κλίμακα G.H.Q. στη μελέτη των Christopoulos και συνεργατών (1997).

Επιπροσθέτως, διερευνήθηκαν τα ποσοστά κλινικών περιπτώσεων στην κλίμακα C.E.S.-D. και G.H.Q. Βρέθηκε ποσοστό 28,4% κλινικών περιπτώσεων με χρησιμοποιούμενο ουδό 16 και 15,4% με χρησιμοποιούμενο ουδό 21 στην κλίμακα C.E.S.-D. Επίσης, στην κλίμακα G.H.Q. βρέθηκε επικράτηση κλινικών περιπτώσεων 27,4% με χρησιμοποιούμενο ουδό 4/5. Καθότι η έρευνα στηρίχθηκε στην μελέτη των Μαδιανός και συνεργατών (1983) σε δείγμα 1.574 ατόμων κατοίκων δύο δήμων της Αθήνας τα ευρήματα συγκρίνονται με τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας καθώς και με άλλων που ακολούθησαν παρόμοια διαδικασία και εκπονήθηκαν στην Ελλάδα έκτοτε. Γενικά παρατηρείται μια αύξηση των δυνητικών κλινικών περιπτώσεων αλλά και μεγαλύτερη ανοχή απέναντι στον στιγματισμό, αναγνώριση της ανάγκης για ψυχοθεραπευτική βοήθεια και εμπιστοσύνη προς τους ειδικούς ψυχικής υγείας, με τις γυναίκες και τους νέους να εμφανίζουν στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με τους άνδρες αναφορικά με τα παραπάνω ζητήματα..

Επίσης, τα ψυχοπαθολογικά και καταθλιπτικά συμπτώματα που ανιχνεύτηκαν στις παραπάνω μελέτες, δε θα πρέπει να θεωρηθούν ως διαμορφωμένες κλινικές οντότητες, αλλά ως συμπτώματα αποθάρρυνσης (demoralization), τα οποία όπως αναφέρει ο Μαδιανός (1986) «έχουν κοινωνιογενετικό χαρακτήρα και εμφανίζονται μέσα από συναισθήματα ματαίωσης (frustration) και απώλειας ανταμοιβής (reward) σε ευάλωτες ή περιθωριακές (αποστερημένες) κοινωνικές ομάδες (μετανάστες και άλλες μειονότητες) που διαβιούν σε ένα κοινωνικό σύστημα αποδιοργάνωσης (disintegration)». Βέβαια, τα συμπτώματα αυτά θα πρέπει να θεωρούνται από το άτομο ως «σήματα κινδύνου» και να το οδηγούν στην αναζήτηση βοήθειας. Σε πρόσφατες γραμμές πάντως, τα ποσοστά της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών που προέκυψαν από τις μελέτες στον ελληνικό χώρο είναι αντίστοιχα με αυτά παρόμοιων ξένων κοινοτικών ερευνών (Dohrenwend et al., 1980).

Συνοψίζοντας, από το 1978 έως το 1984 διερευνήθηκε συστηματικά η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στην Ελλάδα, όπως προκύπτει από τη χρήση των ψυχιατρικών υπηρεσιών (treated prevalence) ή ανιχνεύεται στο γενικό πληθυσμό (untreated prevalence) σε εθνικό επίπεδο ή στο επίπεδο της κοινότητας. Στον Πίνακα 1.2.3. παρουσιάζονται συνοπτικά οι μελέτες αυτές.

Πίνακας 1.2.3.: Συστηματικές επιδημιολογικές μελέτες γύρω από την επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στην Ελλάδα

Ψυχιατρική νοσηρότητα	Χρόνος	Όλες οι διαγνώσεις ανά 100.000 ¹	Σχιζοφρενικές ψυχώσεις ανά 100.000	Συνοπτικές ψυχώσεις ανά 100.000	Νευρώσεις ανά 100.000	Εξάρτηση από αλκοόλ ανά 100.000	Φαρμ/κή εξάρτηση ανά 100.000	Οργανικό ψυχροσύνδρομο ανά 100.000
Νοσηλευτική με βάση τις εξόδους των ψυχιατρικών ασθενών από όλα τα ψυχιατρεία της χώρας	1978	181,6	84,5	31,4	27,0	25,9	2,4	13,8
	1984	167,3	91,1	28,7	18,3	12,5	3,6	7,3
	1993	145,0	89,4	24,5	10,6	7,1	3,1	4,7
% διακρίση της ψυχικής υγείας								
Στο γενικό πληθυσμό ενηλίκων με συστηματικά δείγματα τασόμενων σταδίων	1978 ² N=4.083	Άνδρες 11,21 ³	Γυναίκες 24,0					
	1979 ² N=1.574	9,6 ⁴	23,32					
		Α	Γ	Σ				
N=1.574	1979- 1980 ²	17,51 ⁵	31,78	26,5	Στα 100 άτομα			
		9,26 ⁶	23,38	17,7	1,20 ⁷	0,50 ⁷	15,9 ⁷	0,60 ⁷
		Α	Γ	Σ				
N=4.292	1984 ⁴	18,7 ⁸	34,1	27,5				
		15,4 ⁶	37,6	29,5	12,6 ⁹ 2,5		9,11 ⁹ 2,5	7,1
N=189	1983 ¹⁰	8,6	22,6					

¹ Μόνο στήρια προσπορευμένων ποσοτή ως προς την ηλικία από τους 51 νομούς

² Πανελλήνιο δείγμα. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (Μαθιανός κ. σπ., 1987 κυρίως στο Μαθιανός, 2004).

³ Δείγμα από τους δήμους Βόρειο-Κατωματικής Μυκίδας Κοινωνικής Ψυχιατρικής Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας, Κλασική Ψυχιατρική Πανεπιστημίου Αθηνών (Μαθιανός κ. σπ., 1985 κυρίως στο Μαθιανός, 2004).

⁴ Πανελλήνιο δείγμα. Ψυχιατρική Κλασική Πανεπιστημίου Αθηνών.

⁵ Με κριτήριο 6 ή περισσότερα ψυχιατρικά συμπτώματα στην Κλίμακα Λαμπριε.

⁶ Με κριτήριο τη βαθμολόγηση 16 και πλέον στην Κλίμακα CES-D.

⁷ Τα ποσοστά αυτά κηρώσαν κατά τη διάταξη φύου της έρευνας.

⁸ Αναφέρονται δύο ή περισσότερα προβλήματα από τη χρήση οπιοειδών ηλικίας 12-64 ετών.

⁹ Άτομα που κάνουν χρήση οπιοειδών ηλικίας 12-64 ετών.

¹⁰ Δείγμα από τους δήμους Χαϊδαρίου, Αγ. Βαρβάρας με χρήση του P.S.E. (Μαννας et al., 1985 κυρίως στο Μαθιανός, 2004).

3. Ο σχεδιασμός και η αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σχετίζεται άμεσα με το γενικότερο σύστημα υγείας μιας χώρας. Ένας σχεδιασμός σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο διαρθρώνεται σε τρία βασικά επίπεδα, με ιεραρχική διάταξη: κοινωνικό, τοπικό και θεσμικό. Το κοινωνικό επίπεδο προσδιορίζεται από το σύστημα αξιών μιας κοινωνίας και από τις βασικές πολιτικές και κοινωνικές αλλαγές που αποφασίζονται. Οι επιλογές αυτές θα πρέπει να είναι συμβατές με τις βασικές οικονομικές και θεσμικές μεταβλητές του υπάρχοντος κοινωνικού σχηματισμού. Ανάλογα με τις βασικές συνιστώσες του κοινωνικού επιπέδου διαμορφώνονται οι προτεραιότητες του τοπικού επιπέδου, που είναι ο καθορισμός των βασικών θεσμών και αξιών που θα στηρίξουν το σχεδιασμό ενός συστήματος υγείας και ειδικότερα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το θεσμικό επίπεδο είναι το αμιγώς λειτουργικό και προσδιορίζει την αναμενόμενη αποτελεσματικότητα του επιλεγέντος συστήματος ψυχικής υγιεινής (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1988). Με άλλα λόγια, το κοινωνικό επίπεδο είναι η πολιτική που εφαρμόζει μια χώρα, το τοπικό είναι οι καθοδηγητικές αρχές με βάση τις οποίες θα αναπτύξει τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και το θεσμικό είναι οι αρχές λειτουργίας της υπηρεσίας.

Υπάρχουν συστήματα υγείας στα οποία οι υπηρεσίες λειτουργούν και ανήκουν στο κράτος, ενώ σε χώρες με μοντέλα ιδιωτικής πρωτοβουλίας ο ασθενής είναι οικονομικά υπεύθυνος για τις υπηρεσίες που του παρέχονται. Σε κράτη που δεν έχουν εθνικό σύστημα υγείας, φαίνεται να υπάρχει μια τάση στις μεθόδους χρηματοδότησης υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την ιδιωτική πρωτοβουλία (WHO, 2001).

Το Ελληνικό Σύνταγμα αναφέρει ότι η μέριμνα για την υγεία αποτελεί ευθύνη της πολιτείας.

Υπάρχουν 4 βασικές αρχές που διέπουν το σχεδιασμό ενός σύγχρονου συστήματος υγείας σύμφωνα με τους Παπαδάτος & Στογιαννίδου (1988): Η υγεία και η υγειονομική περίθαλψη είναι βασικά δικαιώματα κάθε πολίτη. Το κράτος έχει την υποχρέωση να εξασφαλίζει, να κατευθύνει και να ελέγχει την παροχή ποσοτικά επαρκούς και ποιοτικά υψηλής στάθμης υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους πολίτες τρίτον το ίδιο είδος υγειονομικό σύστημα δεν υπάρχει σήμερα σε κανένα μέρος

του κόσμου και τέλος κανένα υγειονομικό σύστημα δεν μπορεί να αντιγραφεί χωρίς προσαρμογή στις ειδικές συνθήκες κάθε τόπου.

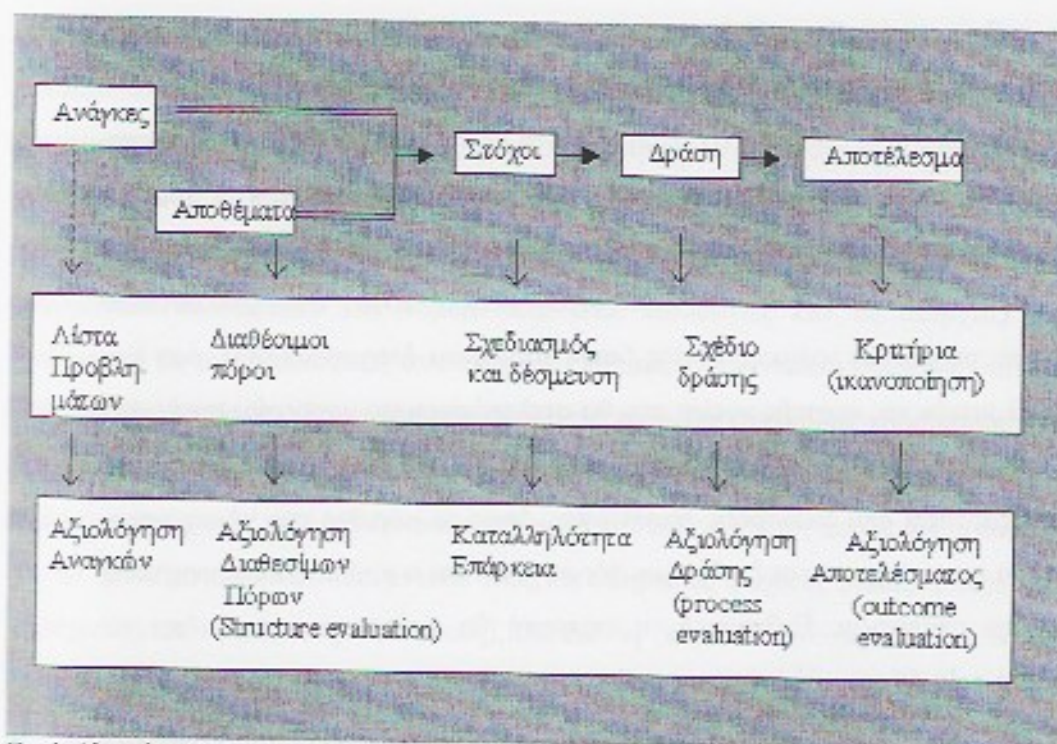
Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία με επιμέρους στάδια και φάσεις. Διακρίνονται οι φάσεις του προσχεδιασμού, του σχεδιασμού και της αξιολόγησης. **Κρίνεται απαραίτητη η εμβάθυνση σε αυτές τις τρεις φάσεις, για να γίνει κατανοητό το περιεχόμενο της παρούσας εργασίας, η οποία αποτελεί μια μελέτη στη φάση του προσχεδιασμού μιας κοινοτικής δομής παροχής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.**

Στη φάση του προσχεδιασμού συστήνεται η επιτροπή που θα αναλάβει το πρόγραμμα. Πρώτο και κύριο μέλημά της είναι η εξέταση και αναδιαμόρφωση, εφόσον κρίνεται αναγκαίο, της υπάρχουσας πολιτικής για την ψυχική υγεία, η επιλογή των καθοδηγητικών αρχών, η διεξαγωγή ερευνών για τους διαθέσιμους πόρους και τις ανάγκες της κοινότητας, ο εντοπισμός πιθανών «συμμάχων» και η γνωστοποίηση και προώθηση του προγράμματος.

Στην κύρια φάση σχεδιασμού επιλέγονται κάποιες στρατηγικές, όπως π.χ. συντονισμός, συνεργασία κτλ. καθορίζεται το σύστημα χρηματοδότησης, γίνεται στελέχωση των υπηρεσιών, εκπαίδευση του προσωπικού και καταγράφονται λεπτομερώς τα βήματα που θα ακολουθηθούν σε πρακτικό επίπεδο.

Ακολουθεί η αξιολόγηση του προγράμματος με σκοπό τον επαναπροσδιορισμό και την τροποποίηση προβληματικών περιοχών.

Για την καλύτερη κατανόηση των ανωτέρω παρατίθεται ένα συνοπτικό διάγραμμα της πορείας του σχεδιασμού και της αξιολόγησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Σχήμα 2).



Πηγή: Almqvist (1993)

Σχήμα 2.: Συνοπτικό διάγραμμα της πορείας του σχεδιασμού και της αξιολόγησης των υπηρεσιών της ψυχικής υγείας.

3.1. Ο προσχεδιασμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

3.1.1. Η σύσταση της επιτροπής που θα αναλάβει το έργο (service planners)

Η επιτροπή που θα αναλάβει το σχεδιασμό και τη δημιουργία της νέας υπηρεσίας ψυχικής υγείας ορίζεται συνήθως από το Υπουργείο Υγείας. Ιδανικά θα πρέπει να είναι αναπόσπαστο μέρος της κυβερνητικής ομάδας λήψης αποφάσεων και ο πρόεδρος της να είναι αντιπρόσωπος του Υπουργείου Υγείας. Η επιτροπή σχεδιασμού απαιτείται να έχει την υποστήριξη της κυβέρνησης προκειμένου να έχει εξουσία και κύρος, ώστε να μην είναι μία απλή ομάδα συζήτησης θεμάτων σχεδιασμού, αφού πολλές φορές καλείται να χειριστεί ισχυρά αντικρουόμενα συμφέροντα (Weitzel, 1986).

Ο ρόλος της επιτροπής είναι να λειτουργεί ως κεντρικός συντονιστικός φορέας, που θα αναλαμβάνει, ανάμεσα σε άλλα, το συντονισμό και την εκτέλεση μελέτης γύρω από τους υπάρχοντες πόρους και τις ανάγκες της κοινότητας, τη διαχείριση του προϋπολογισμού, το σχεδιασμό της υπηρεσίας και την εφαρμογή του σχεδίου δράσης για την εφαρμογή του προγράμματος. Ανάμεσα στα καθήκοντά της είναι να διοργανώνει συναντήσεις, ακροαματικές διαδικασίες, διαπραγματεύσεις,

όπως με κυβερνητικά μέλη, αλλά και να αναθέτει δραστηριότητες γύρω από τη δημιουργία της νέας υπηρεσίας σε διάφορους φορείς (Weitzel, 1986).

Αναφορικά με τη σύσταση της επιτροπής, τα μέλη ενδείκνυται να προέρχονται από διάφορους τομείς ή φορείς (πολιτικό και τεχνολογικό χώρο). Εκτός από το εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό και τους κυβερνητικούς φορείς, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται και ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα τόσο των μελλοντικών χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (κατά στρώματα δειγματοληψία), όσο και των επιγγελματιών της ψυχικής υγείας που θα στελεχώσουν τις υπηρεσίες αυτές στο μέλλον (αντιπροσωπεία μελλοντικού προσωπικού). Ο αριθμός των μελών της επιτροπής εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως το μέγεθος της χώρας και η εμβέλεια του προγράμματος, οι διαθέσιμοι πόροι, αλλά και ο αριθμός των δυνητικών χρηστών των υπηρεσιών. Ενδεικτικά, η επιτροπή θα πρέπει να αποτελείται το λιγότερο από τρία άτομα, αλλά όχι περισσότερα από δεκαπέντε (περισσότερα άτομα ίσως δυσκολεύουν την επικοινωνία). Επειδή ένα πρόγραμμα σχεδιασμού υπηρεσίας διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα (τουλάχιστον μία πενταετία), είναι ευνόητο ότι η σύσταση της επιτροπής μπορεί να αλλάξει με την πάροδο του χρόνου. Σε αυτή την περίπτωση, είναι προϋπόθεση να παραμείνουν σταθερά καθ' όλη τη πορεία του προγράμματος τα βασικά συντονιστικά μέλη/στελέχη (Weitzel, 1986).

3.1.2. Η διαμόρφωση της πολιτικής

Το βασικότερο θέμα στη διαμόρφωση της πολιτικής είναι η δημιουργία και η διαχείριση ενός προϋπολογισμού για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αναφορικά με αυτό το θέμα είναι αναγκαίο να πληρούνται τρεις αρχές:

Οι άνθρωποι πρέπει να προστατεύονται από το καταστροφικό οικονομικό ρίσκο, που σημαίνει ελαχιστοποίηση των προσωπικών πληρωμών και ιδιαίτερη ζήτηση των πληρωμών αυτών μόνο για μικρά έξοδα σε αγιακά ή υπηρεσίες που να μπορούν να πληρώσουν. Τα ψυχιατρικά προβλήματα είναι συνήθως χρόνια και έτσι δε μετρά μόνο το κόστος μιας ατομικής θεραπείας ή υπηρεσίας, αλλά η πιθανότητά της να επαναληφθεί σε μεγάλα χρονικά διαστήματα.

Οι υγείς θα πρέπει να χρηματοδοτούν τους ασθενείς. Κάθε μηχανισμός προπληρωμής εξασφαλίζει κάτι τέτοιο, αλλά το αν η χρηματοδότηση πηγαίνει προς τη σωστή κατεύθυνση για την ψυχική υγεία, εξαρτάται από το αν η προπληρωμή καλύπτει τις συγκεκριμένες ανάγκες του ψυχικά ασθενούς.

Σε ένα καλό χρηματοδοτικό σύστημα οι ευκατάστατοι χρηματοδοτούν τους φτωχούς, τουλάχιστον σε ένα βαθμό. Αυτό είναι το δυσκολότερο να εξασφαλιστεί, γιατί εξαρτάται από την κάλυψη και την προοδευτικότητα του φορολογικού συστήματος και από το ποιος καλύπτεται από κοινωνική ή ιδιωτική ασφάλιση.

Ένα βασικό βήμα είναι να πραγματοποιηθεί μια περιεκτική έρευνα των υπαρχόντων αποθεμάτων και δομών μέσα στις κοινότητες και τις επαρχίες, σε συνδυασμό με μια προσεκτική ανάλυση του βαθμού, στον οποίο εκκλινώνονται οι καθορισμένες ανάγκες. Σε αυτήν την εκτίμηση, είναι βοηθητικό να χρησιμοποιηθεί ένα «σύνθετο οικονομικό matrix» που θα οργανώσει λεπτομερώς τους διάφορους τομείς παροχής, πώς προμηθεύονται αποθέματα και τους τρόπους που αυτοί οι τομείς και τα αποθέματα συνδέονται μεταξύ τους. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας μπορεί να παρέχονται από δημόσιους (κρατικούς), ιδιωτικούς (κερδοσκοπικούς), εθελοντικούς (μη κερδοσκοπικούς) ή ανεπίσημους (οικογένεια ή κοινότητα) οργανισμούς ή ομάδες. Οι υπηρεσίες αυτές πιθανόν να χρηματοδοτούνται από ένα κράμα των πέντε βασικών τρόπων συλλογής εσόδων: από προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης, από κοινωνική ασφάλιση, από τη γενική φορολογία και από δωρεές φιλανθρωπικών σωματείων (μη κυβερνητικούς οργανισμούς).

Στοχεύοντας στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τρεις συστάσεις κλειδιά για τη χρηματοδότηση: πρώτον, οι πόροι για την ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών να ελευθερωθούν από το σταδιακό κλείσιμο των νοσοκομείων. Δεύτερον, να χρησιμοποιηθούν μεταβατικά ποσά για την αρχική επένδυση σε νέες υπηρεσίες για να διευκολυνθεί η κίνηση από τα νοσοκομεία προς την κοινότητα. Τρίτον, να διατηρηθεί παράλληλη χρηματοδότηση για ένα μέρος της ιδρυματικής περιθάλψης ακόμα και μετά την εγκατάσταση των κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών (WHO, 2001).

Οι κοινοτικά προσανατολισμένες υπηρεσίες έχουν την εξής σημασία: αποτελούν το δίκτυο των υπηρεσιών που προσφέρει συνεχή θεραπεία, στέγη, απασχόληση και κοινωνική υποστήριξη και το οποίο βοηθά τους ανθρώπους με ψυχικά προβλήματα να ανακτήσουν τους κανονικούς κοινωνικούς τους ρόλους (Reynolds & Thornicroft, 1999).

Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να παρέχουν περιεκτική και τοπικά βασισμένη θεραπεία και περιθάλψη που να είναι εύκολα προσβάσιμες στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Οι υπηρεσίες θα πρέπει να είναι περιεκτικές, με την

έννοια του να διαθέτουν μια ποικιλία παροχών προκειμένου να ανταποκριθούν στις ανάγκες του πληθυσμού εκτενώς όπως επίσης και στις ανάγκες ειδικών ομάδων (π.χ. παιδιά, έφηβοι, γυναίκες και ηλικιωμένοι). Ιδανικά, οι υπηρεσίες σύμφωνα με την ΠΟΥ (2001) θα πρέπει να περιλαμβάνουν: διατροφή, λήψη των αναγκαίων μέτρων για άμεση εισαγωγή σε γενικά νοσοκομεία, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, κοινοτικά κέντρα, υπηρεσίες ενίσχυσης ατόμων ή ομάδων, χώρους διαμονής (residential homes), μια ανάπαυλα για τις οικογένειες και τα άτομα που περιθάλπουν (respite care), εργασιακή υποστήριξη και αποκατάσταση, βασικές ανάγκες, όπως στέγη και ρουχισμός.

3.1.3. Ο καθορισμός των καθοδηγητικών αρχών για την κοινοτική περίθαλψη

Πριν κάποιος σκεφτεί τα ξεχωριστά τμήματα των υπηρεσιών είναι σημαντικό να εξετάσει για ποιο σκοπό χρειάζεται η υπηρεσία; τι είδους υπηρεσίες θέλει να προσφέρει; ποια υπηρεσία είναι προς το παρόν διαθέσιμη σε τοπικό επίπεδο; πως θα ξέρουμε στο μέλλον αν η υπηρεσία αναπτύσσεται με έναν θετικό τρόπο; Με άλλα λόγια, θα πρέπει από την αρχή να απαντηθεί η βασική ερώτηση «ποιες αρχές θα πρέπει να διέπουν την υπηρεσία».

Οι Reynolds & Thornicroft (1999) προτείνουν τις ακόλουθες αρχές:

- Τοπικές και προσβάσιμες και να απευθύνονται σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερη έκταση στο σύνθετο περιβάλλον του ατόμου. Αυτό αντανάκλα την άποψη ότι πολλοί άνθρωποι θέλουν να συνεχίσουν να ζουν στα σπίτια τους αν είναι δυνατόν, και ότι οι υπηρεσίες θα πρέπει να οργανώνονται, έτσι ώστε να εκπληρώνουν αυτόν τον στόχο. Έτσι, θα είναι συχνά σημαντικό οι υπηρεσίες να βρίσκονται σε μέρος με εύκολη πρόσβαση της περιοχής που.
- Περιεκτικές και να απευθύνονται στην ανομοιότητα των αναγκών του ατόμου.
- Ευέλικτες με το να είναι διαθέσιμες οποτεδήποτε και για οποιαδήποτε διάρκεια. Θα πρέπει να υπάρχει ένα εύρος συμπληρωματικών μοντέλων που να παρέχουν επιλογή στα άτομα και που να ποικίλουν ανάλογα με την ανάγκη.
- Προσανατολισμένες στον πελάτη, βασιζόμενες στις ανάγκες του χρήστη παρά στις ανάγκες αυτών που παρέχουν τις υπηρεσίες και θα πρέπει να αναπτύσσονται με συμβουλές των ατόμων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες.
- Με σκοπό να παρέχουν δυνατότητες στους χρήστες τους χρησιμοποιώντας και προσαρμόζοντας τις τεχνικές που επιτρέπουν στα άτομα να αναπτύξουν τις

ικανότητές τους για αυτοβοήθεια και να διατηρήσουν τον πληρέστερο δυνατό έλεγχο στη ζωή τους.

- Φιλετικά και πολιτισμικά κατάλληλες και να περιλαμβάνουν χρήση πολιτισμικά κατάλληλων εργαλείων αξιολόγησης αναγκών, αντιπροσώπευση στις ομάδες σχεδιασμού, εκπαίδευση για το προσωπικό, χρήση αυτοχθόνων εργαζομένων και δίγλωσσου προσωπικού, και αναγνώριση και πρόβλεψη των βασικών εναλλακτικών παροχών.
- Εστιασμένες στις δυνατότητες. Θα πρέπει να στηρίζονται στις ικανότητες και δυνατότητες των χρηστών και να τους βοηθούν να διατηρήσουν μια αίσθηση ταυτότητας, αξιοπρέπειας και αυτοεκτίμησης.
- Βασισμένες σε κανονικά κοινοτικά δίκτυα και υποστήριξη με το να είναι στο λιγότερο περιοριστικό και στο πιο φυσικό περιβάλλον που είναι δυνατόν.
- Προσανατολισμένες να αντιμετωπίζουν ειδικές ανάγκες και να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή, για παράδειγμα, στα άτομα με σωματικές αναπηρίες, μαθησιακές δυσκολίες, στους άστεγους ή αυτούς που έρχονται σε επαφή με το σύστημα δικαιοσύνης.
- Υπεύθυνες τόσο από την πλευρά των χρηστών, όσο και του προσωπικού. Συνοψίζοντας, ο Πίνακας 1.3.1. περιγράφει την ιδανική περίπτωση ύπαρξης όλων των δυνατών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Πίνακας 1.3.1.: Σύνοψη των υπηρεσιών που μπορούμε να έχουμε ιδανικά

Βασικές υπηρεσίες	Διαφοροποιήσεις
Εξωνοσοκομειακές και κοινοτικές υπηρεσίες Επισκέψεις σε οικότια Εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες Συμβουλευτική σε γενικά Νοσοκομεία	Κινητές υπηρεσίες για αξιολόγηση και θεραπεία κρίσεων (συμπεριλαμβανομένων απογευματινών και βραδινών υπηρεσιών) Εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες για ειδικές διαταραχές ή για ειδικές θεματικές
Ημερήσιες υπηρεσίες (συμπεριλαμβανομένης της επαγγελματικής αποκατάστασης)	Προστατευμένες ομάδες εργασίας Επιτηρούμενες θέσεις εργασίας Συνεργατικά εργασιακά σχήματα Υπηρεσίες υποστήριξης Εκπαιδευτικά μαθήματα Αθλητικές εγκαταστάσεις/μεταβατικά προγράμματα εργασίας
Επείγουσες Ενδονοσοκομειακές Υπηρεσίες	Εξειδικευμένες μονάδες για συγκεκριμένες διαταραχές Νοσοκομεία ημέρας για επείγοντα Κτήρια για τις κρίσεις

Μακροπρόθεσμες υπηρεσίες σχετικές με την κατοικία	Μη εποπτευμένη στέγαση με διοικητική προστασία Εποπτευμένη στέγαση (σχήματα κοινωνικής πρόνοιας) Σπίτια για ομάδες χωρίς προσωπικό Σπίτια για ομάδες με κάποιο προσωπικό που να διαμένει σε αυτά ή να τα επισκέπτεται Οικοτροφεία με ημερήσιο προσωπικό Οικοτροφεία με ημερήσιο και νυχτερινό προσωπικό Οικοτροφεία και σπίτια με 24ωρο νοσηλευτικό προσωπικό
Αλληλεπιδράσεις με άλλες υπηρεσίες (όπως υπηρεσίες υγείας, κοινωνικές και μη κυβερνητικές)	Υπηρεσίες υγείας: Νομικές υπηρεσίες Υπηρεσίες για την τρίτη ηλικία Υπηρεσίες μαθησιακών δυσκολιών/νοητικών αναπηριών/νοητικής υστέρησης Εξειδικευμένες ψυχοθεραπείες Γενική σωματική και οδοντιατρική υγεία Γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης και Κοινωνικές υπηρεσίες/πρόνοια πρόνοιας: Επίδομα Οικιακή βοήθεια (όπως καθαρισμοί) Φροντίδα διακοπών Υπηρεσίες στέγασης: Μη εποπτευμένη στέγαση/διαμερίσματα Άλλες κυβερνητικές υπηρεσίες: Αστυνομία Φυλακή Μη κυβερνητικές υπηρεσίες: Θρησκευτικές οργανώσεις Εθελοντικές ομάδες Κερδοσκοπικοί ιδιωτικοί οργανισμοί

3.2. Η διεξαγωγή των μελετών

Παράλληλα με τις ενέργειες γύρω από τα θέματα πολιτικής, η επιτροπή σχεδιασμού αναλαμβάνει την οργάνωση και τη διεξαγωγή των μελετών με σκοπό, αφενός τη συλλογή των πληροφοριών αναφορικά με τις υπηρεσίες και τους πόρους που είναι ήδη διαθέσιμοι στην κοινότητα και αφετέρου τις ανάγκες των πολιτών (των παρελθόντων και των δυνητικών χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας). Η αποτελεσματικότητα και η επιτυχία ενός σχεδίου θα καθορισθεί από το πόσο ρεαλιστικό είναι, δηλαδή δυνατό να εφαρμοστεί με βάση τους διαθέσιμους πόρους, αλλά και σχετικό, ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των χρηστών.

Η έκταση των μελετών εξαρτάται από μια ποικιλία παραγόντων, όπως το πεδίο που στοχεύουν να καλύψουν, το μέγεθος της χώρας, καθώς και το βάθος στο οποίο επιθυμούν να φτάσουν (πόσο λεπτομερείς και εις βάθος επιθυμούν να είναι οι πληροφορίες). Οι μελέτες για τους διαθέσιμους πόρους, όπως και αυτές για τις ανάγκες των πολιτών συνήθως διαρκούν αρκετούς μήνες και απαιτούν τη συμμετοχή επιρόσθετου της επιτροπής σχεδιασμού προσωπικού, που θα συμμετάσχει στα διάφορα στάδια διεξαγωγής τους (όπως για παράδειγμα κατά τη συλλογή και

καταχώρηση των δεδομένων). Συχνά, είναι αναγκαία η συμμετοχή προσωπικού με εξειδικευμένη γνώση, όπως των στατιστικολόγων για μεθοδολογικά θέματα (για παράδειγμα: η επιλογή του δείγματος και τα μέσα που θα χρησιμοποιηθούν για τη συλλογή των δεδομένων), καθώς επίσης και για τη στατιστική ανάλυση, την επεξεργασία και την ερμηνεία των ευρημάτων (Weitzel, 1986).

Μια σειρά από αποφάσεις λαμβάνονται κατά τη φάση του προσχεδιασμού της εκάστοτε μελέτης, που έχουν σχέση με:

1. το πεδίο της μελέτης (αναγκών), δηλαδή το μέγεθος του δείγματος σε συνάρτηση με τον πληθυσμό των χρηστών,
2. το είδος των πληροφοριών που θα συλλεχθούν,
3. τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων και
4. το χρονικό πλαίσιο της μελέτης (Weitzel, 1986).

3.2.1. Οι μελέτες για τους διαθέσιμους πόρους

Ο στόχος αυτού του είδους των μελετών είναι η δημιουργία μιας σφαιρικής εικόνας για τις υπηρεσίες που ήδη υπάρχουν στην κοινότητα, αλλά και για αυτές που θα έπρεπε να υπάρχουν. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της μελέτης για τους πόρους και τα αποθέματα της κοινότητας, είναι να καταγράψει τι είναι διαθέσιμο, να εντοπίσει τα κενά και τις περιοχές εκείνες που απαιτούν αναβάθμιση, προκειμένου να προχωρήσει στη διαδικασία σχεδιασμού αποφεύγοντας πιθανές επαναλήψεις (unnecessary replications) και άσκοπες ή ακατάλληλες ενέργειες. Η μελέτη για τους διαθέσιμους πόρους ουσιαστικά παρουσιάζει στην επιτροπή τους πόρους εκείνους στους οποίους μπορεί να βασιστεί, για να διαμορφώσει ένα σχέδιο δράσης (Weitzel, 1986).

3.2.2. Η μελέτη για την αξιολόγηση των αναγκών των μελών της κοινότητας

Η εμπειρία στο χώρο της οργάνωσης και διοίκησης υπηρεσιών στο πλαίσιο του συστήματος υγείας ανέδειξε την αναγκαιότητα της διαμόρφωσης υπηρεσιών βασισμένων στις ανάγκες της κοινότητας, στοιχείο που σε κάποιες από τις χώρες έχει οριστεί ως κριτήριο σχεδιασμού και έχει συμπεριληφθεί στο νομοθετικό τους σύστημα. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της Μεγάλης Βρετανίας και της σχετικής νομοθετικής της διάταξης γύρω από το σύστημα υγείας (NHS Community Care Act, 1990), που στόχευε στον εκσυγχρονισμό των κοινωνικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών της υγείας στην κοινότητα. Ανάμεσα στους στόχους και τα κριτήρια

που τέθηκαν ήταν ότι η οργάνωση και η παροχή των υπηρεσιών θα έπρεπε εφεξής να βασίζεται στην αξιολόγηση των αναγκών της κοινότητας, με τη σαφή ανάθεση των ευθυνών και των υποχρεώσεων στους διάφορους φορείς και την παρότρυνση αυτών των φορέων να λογοδοτούν για την επίδοσή τους (audit: evaluation of services) (Reynolds & Thornicroft, 1999).

Κατά την αξιολόγηση των αναγκών (needs assessment), εξετάζονται οι ανάγκες τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο πληθυσμού, όπως αυτές γίνονται αντιληπτές από τα διάφορα μέλη της κοινότητας, για παράδειγμα από τους πολιτικούς, τους επαγγελματίες της υγείας (κλινικούς, κοινωνικούς λειτουργούς ή άλλους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας), αλλά και από τα άτομα που απευθύνονται στις υπηρεσίες του συστήματος υγείας (service users). Κατά τους Reynolds & Thornicroft (1999), «ανάγκη υπάρχει όπου ο χρήστης μίας δομής/υπηρεσίας μπορεί να επωφεληθεί από την παροχή υπηρεσιών, είτε αυτές είναι ιατρικές είτε κοινωνικές. Ωστόσο, οι ανάγκες δεν περιορίζονται στις υπηρεσίες που τυχόν να διατίθενται» (σελ.11). Ένας ευρύτερος ορισμός αναγκών περιλαμβάνει και τις υπηρεσίες εκείνες που θα έπρεπε να αναπτυχθούν σε μια κοινότητα ή μια ευρύτερη περιοχή.

Κάποιες από τις βασικές ερωτήσεις αναφορικά με την αξιολόγηση των αναγκών στην οποία και θα βασιστεί ο σχεδιασμός των υπηρεσιών είναι:

- Τι ανάγκες έχουν οι χρήστες των υπηρεσιών;
- Ποια είναι η έκταση και οι μορφές των προβλημάτων ψυχικής υγείας στην περιοχή που μας ενδιαφέρει;

Οι απαντήσεις σε τέτοιου είδους ερωτήματα μπορούν να δοθούν μέσα από την αξιολόγηση των αναγκών σε επίπεδο ατομικό ή/και σε επίπεδο πληθυσμού.

3.2.3. Οι εναλλακτικές λύσεις στη διεξαγωγή των επιδημιολογικών μελετών

Παρότι είναι πλέον σαφές ότι ο σχεδιασμός νέων υπηρεσιών θα πρέπει να βασίζεται σε επιδημιολογικές μελέτες στην υπό διερεύνηση κοινότητα, όπως ήδη αναφέρθηκε, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η δυνατότητα διεξαγωγής τους είναι πολύ περιορισμένη. Προτείνονται και υιοθετούνται, ωστόσο, κάποιες εναλλακτικές μέθοδοι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως βάση για το σχεδιασμό υπηρεσιών. Οι μέθοδοι αυτές είναι:

- *Ο υκολογισμός του επιπέδου νόσησης βάσει δικτύων σε εθνικό και διεθνές επίπεδο* (Reynolds & Thornicroft, 1999).

- Οι υπάρχουσες υπηρεσίες συγκρίνονται με τη γνώμη που έχουν οι ειδικοί στο χώρο της ψυχικής υγείας για τα επιθυμητά επίπεδα της παροχής υπηρεσιών.
- Η εγκυρότητα των υπολογισμών, όπως προκύπτει από το 2, μπορεί να αυξηθεί, αν χρησιμοποιήσουμε τους δείκτες της κοινωνικής απαστέρησης για την περιοχή όπου εφαρμόζεται το πρόγραμμα σχεδιασμού (*deprivation – weighted approach*).

Συνδυάζοντας λοιπόν τις μελέτες τόσο για τις υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες σε μία περιοχή, όσο και γι' αυτές που αξιολογούν τις ανάγκες του πληθυσμού, το είδος και την έκταση των προβλημάτων, μιορούν να εντοπιστούν τα κενά του υπάρχοντος συστήματος υπηρεσιών, καθώς η επιτροπή σχεδιασμού σχηματίζει μια συνολική εικόνα και μπορεί να προχωρήσει στην κύρια φάση σχεδιασμού και στον προγραμματισμό ενεργειών για την κάλυψη τους. Αν, για παράδειγμα, το πρόβλημα εντοπίζεται στο χαμηλότερο, από ό,τι θα αναμενόταν, αριθμό ατόμων που αναζητούν επαφή με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (λιγότερες παραπομπές από ό,τι θα έπρεπε να υπάρχουν σύμφωνα με τα δεδομένα των μελετών για τις ανάγκες των ατόμων), κάποιες από τις παραμέτρους που θα έπρεπε να διερευνηθούν είναι ο χρόνος αναμονής στη λίστα αναμονής, η καταλληλότητα και η προσβασιμότητα των κέντρων ψυχικής υγείας που υπάρχουν (*outpatient services*), η ευκολία ή δυσκολία στη διαδικασία των παραπομπών κ.ά. (Reynolds & Thornicroft, 1999).

3.2.4. Η γνωστοποίηση και η προώθηση του προγράμματος

Η γνωστοποίηση του προγράμματος αποτελεί έναν από τους βασικούς στόχους της επιτροπής σχεδιασμού. Η προώθηση του προγράμματος γίνεται στα μέλη της κοινότητας, σε κυβερνητικούς και ακαδημαϊκούς φορείς, επαγγελματίες της ψυχικής υγείας και άλλους, και αποσκοπεί αφενός στην αναζήτηση «συμμάχων» και αφετέρου στη δημιουργία θετικού κλίματος απέναντι στο πρόγραμμα για την καλύτερη δυνατή αποδοχή και εφαρμογή από την κοινότητα.

Η γνωστοποίηση μπορεί να γίνει μέσα από συνελεύσεις και συνεινήσεις, ημερίδες, ενημερωτικά φυλλάδια, δημοσίευση άρθρων και διαφημίσεις μέσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (κυρίως ραδιόφωνο και εφημερίδες). Η προσέγγιση που υιοθετείται καθώς επίσης και οι στόχοι της διαφοροποιούνται ανάλογα με την ομάδα στην οποία επικεντρώνεται η γνωστοποίηση της δημιουργίας της υπηρεσίας ψυχικής

υγείας. Πιο συγκεκριμένα, όταν η γνωστοποίηση του προγράμματος γίνεται σε μέλη της κυβέρνησης, πρωταρχικός στόχος είναι να πειστούν για την αναγκαιότητα και το σκοπό της υπηρεσίας ψυχικής υγείας, προκειμένου να υποστηρίξουν το πρόγραμμα (μέσα από την παροχή οικονομικών πόρων, τη διάθεση ανθρώπινου δυναμικού, κλπ) (Weitzel, 1986).

Σε γενικές γραμμές, οι διάφορες δραστηριότητες για τη γνωστοποίηση του προγράμματος ξεκινούν ήδη από τα πρώτα στάδια σχεδιασμού της υπηρεσίας και συνεχίζονται καθόλη τη διάρκεια του.

3.2.5. Η αναζήτηση των συμμάχων

Βασική αρμοδιότητα της επιτροπής και μέρος του προγράμματος σχεδιασμού είναι η αναζήτηση ατόμων, φορέων ή υπηρεσιών που θα λειτουργήσουν ως «σύμμαχοι» στα διάφορα στάδια της διεξαγωγής του προγράμματος (Reynolds & Thornicroft, 1999). Ο ρόλος τους έχει μεγαλύτερη βαρύτητα και η συνεισφορά τους ίσως είναι περισσότερο αναγκαία σε συγκεκριμένες φάσεις του προγράμματος, όπως για παράδειγμα κατά τη διερεύνηση των υπάρχουσών δομών μέσα στην κοινότητα ή κατά τη διαδικασία γνωστοποίησης του προγράμματος.

Πιο συγκεκριμένα, κατά την προκαταρκτική φάση της διερεύνησης των υπάρχουσών δομών, ο εντοπισμός και η αξιοποίηση των «συμμάχων» αποσκοπεί στην πρόσβαση σε αρχειακό υλικό ή άλλες πληροφορίες από τις διάφορες υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα, που είναι απαραίτητες για την κατανόηση της παρούσας κατάστασης. Από την άλλη, διάφοροι «σύμμαχοι» που βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση με μέλη της κοινότητας είναι τα άτομα εκείνα που έχουν ίσως αμεσότερη πρόσβαση σε αυτά, καθιστώντας τη διαδικασία γνωστοποίησης του προγράμματος περισσότερο αποτελεσματική. Έτσι, πέρα από την παροχή πληροφοριών, η αναζήτηση συμμάχων αποσκοπεί και στην υποστήριξη του προγράμματος. Γενικά, οι «σύμμαχοι» της επιτροπής σχεδιασμού μπορεί να γίνουν (Reynolds & Thornicroft, 1999):

- τα άτομα σε διοικητικές θέσεις στο χώρο της δημόσιας υγείας και του σχεδιασμού,
- τα άτομα του τμήματος σχεδιασμού των κοινωνικών υπηρεσιών,
- οι ακαδημαϊκοί φορείς σε τοπικό επίπεδο,
- η επιτροπή για την κοινοτική υγεία και

- τα τμήματα παροχής υπηρεσιών και πληροφοριών.

3.2.6. Η κύρια φάση του σχεδιασμού

Μετά τη φάση του προσχεδιασμού, η επιτροπή προχωρά στην κύρια φάση του σχεδιασμού. Προτείνονται πρακτικές λεπτομέρειες και τίθεται συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα. Σε αυτή τη φάση απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή αναφορικά με το χρονοδιάγραμμα, καθώς υπάρχει κίνδυνος να υποτιμηθεί ο χρόνος που απαιτείται. Συνήθως ένα περιθώριο 2-3 χρόνων (τουλάχιστον) είναι απαραίτητο για την υλοποίηση της υπηρεσίας. Το σχέδιο θα πρέπει να είναι ευέλικτο και να αφήνει περιθώρια για τροποποιήσεις εν όψει αλλαγών σε επίπεδο οικονομικό ή στο γενικότερο σχεδιασμό για την εθνική υγεία. Λεπτομερές σχέδιο θα πρέπει να γίνεται για τα πρώτα 1-2 χρόνια.

Καθορίζονται οι συγκεκριμένες δραστηριότητες, η εκπαίδευση του προσωπικού, η αγορά του εξοπλισμού, η συγκέντρωση επιδοτήσεων κ.ά. Ανατίθενται σαφώς αρμοδιότητες για την εφαρμογή, τη λειτουργία και την υποστήριξη του κάθε τμήματος του σχεδίου. Γίνεται μια πρώτη σκιαγράφηση της δομής της προτεινόμενης υπηρεσίας και της διοίκησής της, και αναγνωρίζονται οι υποχρεώσεις της κυβέρνησης, των χρηστών ή των όποιων άλλων ομάδων εμπλέκονται σε αυτήν. Γίνεται η στελέχωση και η εκπαίδευση του προσωπικού της νέας υπηρεσίας, διερευνώνται εναλλακτικοί τρόποι χρηματοδότησης του προγράμματος, καθώς επίσης και τρόποι επικοινωνίας μεταξύ των εμπλεκόμενων.

3.3. Η αξιολόγηση του προγράμματος

Μετά από τη λεπτομερή διαδικασία του σχεδιασμού και τη σταδιακή εφαρμογή του Σχεδίου Δράσης είναι ιδιαίτερα σημαντικό η επιτροπή να περάσει στην αξιολόγηση του προγράμματος, διαδικασία που θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του σχεδιασμού, όσο και της διαχείρισης της νεοσυσταθείσας υπηρεσίας ψυχικής υγείας.

Η διαδικασία της αξιολόγησης ουσιαστικά παίρνει τη μορφή ενός κύκλου ανατροφοδότησης (feedback loop), όπου αξιολογείται η καταλληλότητα, επάρκεια, ποιότητα και διάφορα άλλα χαρακτηριστικά του προγράμματος σε συνάρτηση με τα επιθυμητά επίτευκα, εντοπίζονται τα αδύνατα ή δυσλειτουργικά σημεία και τροποποιούνται προκειμένου να επαναξιολογηθούν, και εφόσον κριθεί αναγκαίο ακολουθούν διορθωτικές ενέργειες (Spender & Cooper, 1995). Έτσι, καθόλη τη διάρκεια εφαρμογής του σχεδίου δράσης, παρακολουθείται η εξέλιξη του σχεδίου,

κατά πόσο ακολουθούνται τα κριτήρια που έχουν τεθεί σε θεωρητικό επίπεδο και γίνονται οι απαραίτητες τροποποιήσεις. Η αξιολόγηση έχει περιοδικό χαρακτήρα και διενεργείται ανά καθορισμένα χρονικά διαστήματα (συνήθως μετά την παρέλευση κάποιων χρόνων). Ο Weitzel (1986) προτείνει ενδεικτικά η πρώτη συστηματική εκτενής αξιολόγηση να γίνεται μετά τα πρώτα 3-5 χρόνια εφαρμογής του προγράμματος/σχεδίου, με παρεμβαλλόμενες συστηματικές και μικρού εύρους αξιολογήσεις των επιμέρους τμημάτων.

Βασικές ερωτήσεις στη διαδικασία της αξιολόγησης είναι:

- Τι είχε προγραμματιστεί; Ποιος ήταν ο αρχικός στόχος;
- Τι έχει επιτευχθεί μέχρι τώρα σε συνάρτηση με τους στόχους;
- Με βάση αυτή τη σύγκριση, πώς αξιολογείται η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε;
- Πώς μπορούν να αξιοποιηθούν οι πληροφορίες που προκύπτουν από τις παραπάνω ερωτήσεις;
- Τι μας διδάσκει όλη αυτή η διαδικασία για τη διαχείριση των μελλοντικών υπηρεσιών και δραστηριοτήτων;

Η αξιολόγηση παίρνει διαφορετική μορφή ανάλογα με τη φάση κατά την οποία διενεργείται. Τα βασικά είδη αξιολόγησης είναι: (α) η αξιολόγηση της υποδομής (κατά την οποία αξιολογείται ο διαθέσιμος εξοπλισμός, οι εγκαταστάσεις, το προσωπικό και η εκπαίδευσή τους, η διοίκηση κτλ.), (β) η αξιολόγηση της διαδικασίας που μπορεί να γίνει μέσα από ερωτηματολόγια αναφορικά με τις εμποτείες των περιστατικών, την επικοινωνία με τις άλλες υπηρεσίες, τις λίστες αναμονής, το βαθμό προσέλευσης και (γ) η αξιολόγηση του αποτελέσματος (που γίνεται μέσα από την ικανοποίηση των πελατών/χρηστών, τις αλλαγές και την επίτευξη των αρχικών στόχων, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής κτλ.).

Γενικά, σε αυτή τη φάση εξετάζεται αν έχουν επιτευχθεί οι μακροπρόθεσμοι στόχοι, αν η λειτουργία της υπηρεσίας πρέπει να συνεχιστεί ή να διακοπεί, αν είναι κατάλληλη και σχετική με το αντικείμενό της, αλλά και χρήσιμη, αναγκαία, αποδεκτή και προσβάσιμη από τα μέλη της κοινότητας, αν καλύπτει τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνεται και τις ανάγκες του, αν ανταποκρίνεται στις προδιαγραφές, καθώς και αν θα μπορούσε να επεκταθεί η δράση της και σε άλλη γεωγραφική περιοχή. Μια επιπρόσθετη μορφή είναι εκείνη της αυτο-αξιολόγησης των μελών της επιτροπής και

του προσωπικού που συμμετέχει στη διεξαγωγή του προγράμματος (Amonoo-Larston et al, 1996. Spender & Cooper, 1995).

Κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης μιας υπηρεσίας, στόχος είναι η καταγραφή των δεδομένων, για παράδειγμα γύρω από τη λειτουργία της υπηρεσίας και τον προϋπολογισμό, μέσα από τη χρήση των συνεντεύξεων, των ερωτηματολογίων αξιολόγησης, των ημερολογίων και του αποθεματικού υλικού. Επιπρόσθετες μέθοδοι είναι η χρήση των αναφορών, οι επισκέψεις στις υπηρεσίες, η κατάρτιση καταλόγου ζητημάτων που πρέπει να ελέγχονται συστηματικά, καθώς και η πρόσκληση του προσωπικού και των χρηστών να εκφράζουν τα παράπονά τους γύρω από τη λειτουργία της υπηρεσίας (Amonoo-Larston et al, 1996).

Η διαδικασία της αξιολόγησης μπορεί να γίνει από την ίδια την επιτροπή του σχεδιασμού του προγράμματος (με το πλεονέκτημα ότι τα μέλη της έχουν μια καλή εικόνα της κατάστασης, αλλά και το αντίστοιχο μειονέκτημα, ότι είναι δύσκολο να κρίνουν αντικειμενικά το σχέδιό τους), κάποιον εξωτερικό συνεργάτη (ο οποίος μπορεί να μείνει ουδέτερος, διαθέτει εξειδικευμένη γνώση, αλλά οι υπηρεσίες που παρέχει έχουν υψηλό κόστος και δε γνωρίζει την κατάσταση σε τοπικό επίπεδο), από το ίδιο το προσωπικό της υπηρεσίας και το διοικητικό προσωπικό (που γνωρίζουν καλά την κατάσταση σε τοπικό επίπεδο, αλλά μπορεί να είναι απρόθυμοι να ασκήσουν κριτική), από τα πολιτικά πρόσωπα σε διοικητικές θέσεις (οι οποίοι είναι σχετικοί ως προς τις ανάγκες της κοινότητας, αλλά μπορεί να μην είναι αντιπροσωπευτικοί), από μια αντιπροσωπευτική ομάδα των χρηστών της υπηρεσίας, όπως τα μέλη μιας ευάλωτης και κοινωνικά ευπαθούς ομάδας (στις ανάγκες των οποίων απευθύνεται ουσιαστικά το πρόγραμμα, αλλά μπορεί να δεχθούν επιρροή ή πίεση από διάφορες πηγές) ή τέλος από ακαδημαϊκούς φορείς (οι οποίοι διαθέτουν τεχνογνωσία, αλλά συνήθως δεν έχουν διαθέσιμο χρόνο) (Amonoo-Larston et al, 1996).

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

- Ahlbom, A., & Norell, S. (1992). *Εισαγωγή στη σύγχρονη επιδημιολογία*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- Almqvist, F. (1993). The Challenge of Evaluation of Intervention. In Schmidt & Renschmidt (Eds.), *Needs and Prospects of Child and Adolescent Psychiatry* (Σελ. 179-183).
- Amonoo-Larston, R., Ebrahim, G.J., Lovel, H.J., & Ranken, J.P. (1996). *District Health Care: Challenges for Planning, Organization and Evaluation in Developing Countries*. Basingstone: Macmillan.
- Bebbington, P.J., Hurry, J., Tennant, C., Sturt, E., & Wing, J.K. (1981). Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychological Medicine*, 11, 561-579.

- Bijl, R.V., Ravelli, A., & van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Bird, H. R. (1996). Epidemiology of Childhood and Disorders in a Cross-Cultural Context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Special Issue: Annual Research Review*, 37(1), 35-49.
- Christopoulos, A.L., Konstantinidou, M., Lambiri, V., Leventidou, M., Manou, T., Mavroidi, K., Pappas, V., & Tzoumalakis, L. (1997). University Students in Athens: Mental Health and Attitudes toward Psychotherapeutic Intervention. Στο Στο A. Kalantzi - Azizi, G. Rott, & D. Aherne (Επιμ. Εκδ). *Psychological Counselling in Higher Education: Practice and Research* (σελ. 176-191). Athens: FEDORA -Eliinika Grammata.
- Dohrenwend, B.P. (1990). Socioeconomic status (SES) and psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 41-47.
- Dohrenwend, B.P. et al. (1980). *Mental Illness in the United States*. New York: Praeger.
- Faris, R., & Dunham, H. (1939). *Mental Disorders in Urban Areas*. Chicago: Chicago University Press.
- Hollingshead, A., & Redlich, F. (1958). *Social class and mental illness*. New York: J. Wiley.
- Jahoda, M. (1985). *Current Concepts of Positive Mental health*. New York: Basic Books.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091-1098.
- Lilford, R. J., Braunholtz, D., Edwards, S., & Stevens, A. (2001). Monitoring clinical trials - interim data should be publicly available. *British Medical Journal*, 323, 441-442.
- Lin, T.Y., & Standley, C. (1962). *The scope of epidemiology in Psychiatry*. Geneva: Public Health Papers, No. 16, W.H.O.
- Madianos, M.G., Economou, M., Hatjiandreu, M., Papageorgiou, A., & Rogakou, E. (1999). Changes in public attitudes towards mental illness in the Athens area (1979/1980-1994). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 73-78.
- Madianos, M.G., Economou, M., & Stefanis, C.N. (1998). Long-term outcome of psychiatric disorders in the community: a 13-year follow-up study in a nonclinical population. *Comprehensive Psychiatry*, 39(2), 47-56.
- Madianos, M.G., & Stefanis, C. N. (1992). Changes in the prevalence of symptoms of depression and depression across greece. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 27(5), 211-219.
- Madianos, M., Vlachonikolis, I., Madianou, M., & Stefanis, C. (1985). Prevalence of psychological disorders in Athens area: Prediction of causal factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 479-487.
- Mavreas, V.G., Beis, A., Mouyias, A., Rigoni, F., & Iyketsos, G.C. (1986). Prevalence of psychiatric disorders in Athens: A community study. *Social Psychiatry*, 21, 172-181.
- Regier, D., & Burke, J. (1985). *Epidemiology*. Στο H.J. Kaplan & B.J. Sadock (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Reynolds, A., & Thornicroft, G. (1999). *Managing Mental Health Services*. UK: Open University Press.
- Saldivia, S., Vicente, B.V., Kohn, R.K., Rioseco, P.R., & Torres, S.T. (2004). Use of Mental Health Services in Chile. *Psychiatric Services*, 55(1).
- Shapiro, S. et al. (1984). *Need and demand for mental health services in an urban community: An exploration based on household interviews*. Στο J. Barrett & R.M. Rose (Eds). *Mental Disorders in the Community*. New York: The Guildford Press.
- Smail, D. (1994). Community Psychology and Politics. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 42, 3-10.
- Weissman, M.M., & Myers, J.K. (1978). Affective disorders in a US urban community. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1304-1311.
- Wing, J. (1992). *Epidemiologically based needs assessment: Mental illness*. London: NIMH.
- Γουρνάς Γ., Μυδιανός Μ.Γ., & Στυφανής, Κ. (1986). Ψυχοσωστικά γεγονότα και ψυχικές διαταραχές σε υπερήλικες δύο Αθηναϊκών δήμων: Μια κοινοτική έρευνα. *Εργάσιμος*, 23, 229-232.
- Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (1995). *Στατιστική ταξινόμηση των επαγγελματιών ΣΤΕΠ-92: Z-25 Μεθοδολογικές μελέτες*. Αθήνα: Γενική Γραμματεία Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας.
- Ευθυμίου, Κ. (2003). Σχεδιασμός ενός προγράμματος κοινωνικής πολιτικής σ' έναν αθηναϊκό Δήμο: προκαταρκτικά αποτελέσματα μιας επιδημιολογικής έρευνας, Στο *Πρακτικά 3ου Ψυχολογικού Συνεδρίου Κύπρου "Η ψυχολογία σήμερα: Κυπριακή και ευρωπαϊκή πραγματικότητα"* (σελ. 73 - 86). Λευκωσία: Σύνδεσμος Ψυχολόγων Κύπρου.
- Ευθυμίου, Κ. (2006). *Επιδημιολογική διερεύνηση και ψυχοκοινωνική χαρτογράφηση της κοινότητας: Επιδημιολογική έρευνα αναγκαία για την ίδρυση μιας κοινοτικής υπηρεσίας ψυχικής υγείας: Η περίπτωση ενός αθηναϊκού δήμου*. Αδόμοσιευτη διδακτορική διατριβή. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών.

- Ζηλίδης, Χ. (2002). Οι υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα. Στο ανθολόγιο: Γ., Δημολιάνης, Γ., Κυριόπουλος, Δ., Λάγγας, & Τ., Φυλάληθης (Επιμελητές Έκδοσης). *Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2002). Κοινωνική Κλινική Ψυχολογία: η απάντηση της ψυχολογίας στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες του ανθρώπου. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 78, 96-105.
- Κατσιουγιαννιάκου, Β.Χ. (1984). *Επιδημιολογία*. Ιωάννινα (αυτοέκδοση).
- Κοκκέβη, Α., Τυπάλδου, Α., Κοκώση, Μ., Κατσιουγιάννη Κ., & Αδάμου, Μ. (1986). Άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα σε ένα δείγμα εφήβων. *Εγκέφαλος*, 23, 23-241.
- Μαδιανός, Μ.Γ. (2004). *Κλινική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη. Σελ. 83 & 88.
- Μαδιανός, Μ.Γ. (1986). Η Κοινωνική Επιδημιολογία των Ψυχικών Διαταραχών στην Ελλάδα. *Εγκέφαλος*, 23, 213-224.
- Μαδιανός, Μ.Γ., Παπαγεωργίου, Α., & Στεφανής, Κ. (1986). Δείκτες αποτελεσματικότητας της παροχής κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών στο Βόρωνα – Κιψουριανή 1979-1984. *Εγκέφαλος*, 23, 263-267.
- Μαδιανός, Μ.Γ., Βαϊδάκης, Ν., Χορταράς, Α., Τομαράς, Β., Μαδιανός, Δ., Κουνιάλακη, Α., Τριφυλιάνη, Μ., & Παπαγεωργίου, Α. (1983). Διερεύνηση της ψυχικής κατάστασης αντιπροσωπευτικού δείγματος κατοίκων μιας κοινότητας: ανιχνεύριση ψυχοπαθολογικών περιπτώσεων. *Εγκέφαλος*, 20, 24-28.
- Μαδιανός, Μ.Γ., & Ζάρναρη, Ο. (1983). Η επικράτηση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων σε τυχαίο δείγμα 4.083 ατόμων αστικού και αγροτικού πληθυσμού. *Εγκέφαλος*, 20, 9-15.
- Μαδιανός, Μ.Γ., Κουνιάλακη, Α., Μαδιανού, Ι., Βλαχονικολής, Κ., & Στεφανής, Κ. (1983). Επιδημιολογία των ψυχικών παθήσεων στην Ελλάδα: προκαταρκτικά ευρήματα. *Εγκέφαλος*, 20, 16-23.
- Μπεζεβέγκης, Η.Γ. (1987). *Εξελικτική ψυχοπαθολογία – Θέματα εξελικτικής Ψυχοπαθολογίας, Τόμος Α'.* Αθήνα (αυτοέκδοση).
- Ναυρίδης, Κλ., Δραγόνα, Θ., Μιλιάρη, Μ., & Δαμίγος, Δ. (1990). *Συμβουλευτικό Κέντρο για τους Φοιτητές του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων: Ένα μεταβατικό πλαίσιο για μία μεταβατική ηλικία*. Ιωάννινα: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.
- Παπαδάτος Γ., & Στογιαννίδου, Α. (1988). *Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή: η εναλλακτική πρόταση στην παραδοσιακή ψυχιατρική*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Τομαράς, Β., Μαδιανός, Μ.Γ., Καψάλη, Α., Βλαχονικολής, Ι., & Στεφανής, Κ. (1986). Ψυχιατρική διαγνωστική κατηγοριοποίηση σε μια κοινοτική έρευνα στην Αθήνα. *Εγκέφαλος*, 23, 225-228.
- Τσαχιγιάνης, Χ.Π. (1994α). Πρακτικές ψυχικής υγείας στη σύγχρονη Ελληνική κοινωνία: Βιώματα και αντιδράσεις. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου & Β.Π. Κονταξάκης (Επιμ. Εκδ.). *Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής* (σελ. 509-513). Αθήνα: Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.
- Τσαχιγιάνης, Χ.Π. (1994β). Διερεύνηση των γνώσεων του Ελληνικού κοινού ως προς την ψυχική υγιεινή. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου & Β.Π. Κονταξάκης (Επιμ. Εκδ.). *Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής* (σελ. 509-513). Αθήνα: Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.
- Τριχοπούλου, Α. (1982). *Επιδημιολογία: Αρχές, μέθοδοι, εφαρμογές*. Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανός.
- Χριστοπούλου, Α. (1997). Στάσεις Ελλήνων φοιτητών προς την ψυχική υγεία. Στο Φ. Αντιγινωστάκου, Α. Κοσμογιάννη, & Β. Πικιώνη (Επιμ. Έκδ.), *Σύγχρονη Ψυχολογία στην Ελλάδα* (σελ. 340-350). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.