



ΔΙΕΘΝΕΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΕΛΛΑΔΟΣ

ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΣΧΟΛΗ ΓΕΩΤΕΧΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ - ΤΜΗΜΑ ΓΕΩΠΟΝΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΚΑΙΝΟΤΟΜΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΕΙΦΟΡΟΥ ΑΓΡΟΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η επίδραση της ενασχόλησης με γεωργικές δραστηριότητες
στην ψυχική υγεία.**

**Η περίπτωση των χρόνια ψυχικά ασθενών της Μονάδας
Πρασίνου του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης»**

ΚΟΝΤΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: ΚΟΥΤΣΟΥ ΣΤΑΥΡΙΑΝΗ - ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
2019



ΔΙΕΘΝΕΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΕΛΛΑΔΟΣ

ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΣΧΟΛΗ ΓΕΩΤΕΧΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ - ΤΜΗΜΑ ΓΕΩΠΟΝΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΚΑΙΝΟΤΟΜΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΕΙΦΟΡΟΥ ΑΓΡΟΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η επίδραση της ενασχόλησης με γεωργικές δραστηριότητες
στην ψυχική υγεία.**

**Η περίπτωση των χρόνια ψυχικά ασθενών της Μονάδας
Πρασίνου του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης»**

ΚΟΝΤΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: ΚΟΥΤΣΟΥ ΣΤΑΥΡΙΑΝΗ - ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
2019

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία αποτελεί την διπλωματική μου εργασία στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών (ΠΜΣ) με τίτλο «*Καινοτόμα Συστήματα Αειφόρου Αγροτικής Παραγωγής*», Κατεύθυνση *Αγροτική Επιχειρηματικότητα*, του Τμήματος Τεχνολόγων Γεωπόνων του Αλεξάνδρειου Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης. Πριν την παρουσίασή της, αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους από τους ανθρώπους που γνώρισα, συνεργάστηκα μαζί τους και έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην πραγματοποίησή της.

Πρώτα από όλους θέλω να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια της διπλωματικής εργασίας, Καθηγήτρια κα Κουτσού Σταυριανή για την πολύτιμη, ευρηματική, ευαίσθητη και ταυτόχρονα ορθολογική καθοδήγηση και για την εμπιστοσύνη και εκτίμηση που έδειξε στο πρόσωπό μου.

Στη συνέχεια θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Αναπληρωτή Καθηγητή Φαρμακολογίας & Κλινικής Φαρμακολογίας, του Τμήματος Ιατρικής του Αριστοτέλειου Πανεπιστήμιου Θεσσαλονίκης, κ. Παπαζήση Γιώργο, για την αμέριστη και σημαντική βοήθεια για την υλοποίηση της εργασίας.

Τις ευχαριστίες μου θέλω να εκφράσω στους πολύτιμους συνεργάτες μου κ. Αηδονόπουλο Απόστολο, ψυχίατρο και πρώην Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας Ψ.Ν.Θ. – Συντονιστή Διευθυντή του Τμήματος Επανεξέταξης Ψ.Ν.Θ., κ. Δρ. Ζλατάνο Δημήτριο, Ψυχολόγο Ψ.Ν.Θ. – Επιστημονικό Συνεργάτη Δ.Π.Θ. – ΣΕΠ ΕΑΠ, κα Σισμανίδη Αικατερίνη, Ψυχολόγο - MSc Ιατρικής Α.Π.Θ., κα Θεοδωροπούλου Νίκη, Φυσικοθεραπεύτρια MSc - Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Ψ.Ν.Θ, κα Τσιμπούκα Στέλλα, Ψυχολόγο – Επιστημονικά Υπεύθυνη Οικοτροφείου «ΖΕΦΥΡΟΣ» Ψ.Ν.Θ., κα Καραγιάννη Χρύσα, Εργοθεραπεύτρια, κ. Αργυρίου Δημήτριο, Εργοθεραπευτή και κα Βαβουλίδου Ελένη, Φοιτήτρια του ΠΜΣ «Αγροτική Επιχειρηματικότητα», οι οποίοι με τα πλούσια πνευματικά προσόντα, τη συμβολή και το ήθος τους συνέβαλαν ουσιαστικά στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, που με υπομονή και κουράγιο μου προσέφεραν την απαραίτητη ηθική συμπαράσταση και στάθηκαν αρωγοί και εμπνευστές στην προσπάθειά μου να συνδυάσω την ακαδημαϊκή με την επαγγελματική μου πορεία, με συνθήκες πλήρους εργασιακής και οικογενειακής απασχόλησης και να ολοκληρώσω τις σπουδές μου στο ΠΜΣ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στις μέρες μας είναι ιδιαίτερα αυξημένος ο αριθμός των ανθρώπων με ψυχικά νοσήματα. Κλασικά εφαρμόζονται διάφορες μέθοδοι θεραπείας, κυρίως η ψυχοθεραπεία και η φαρμακευτική αγωγή. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχει μια αυξανόμενη τάση για τη χρήση εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας. Η «φυτοκομική θεραπεία», η ενασχόληση δηλαδή με γεωργικές δραστηριότητες, αποτελεί μία από αυτές. Στην Ελλάδα η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ), το οποίο δημιούργησε την «Μονάδα Πρασίνου», με στόχο την αποκατάσταση και επανένταξη των ασθενών του.

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της ενασχόλησης με γεωργικές δραστηριότητες στην ψυχική υγεία, μελετώντας την περίπτωση των χρόνια ψυχικά ασθενών του επανενταξιακού προγράμματος της Μονάδας Πρασίνου του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ).

Συγκεκριμένα μελετήθηκαν το επίπεδο της λειτουργικότητας (ικανότητα προσαρμογής σε κανόνες και συνήθειες, προγραμματισμού και οργάνωσης καθηκόντων, ευελιξία, κ.α.). Το δείγμα αποτέλεσαν δύο ομάδες ασθενών: ασθενείς που απασχολούνται στη Μονάδα Πρασίνου και ασθενείς που φιλοξενούνται στα οικοτροφεία του νοσοκομείου και που δεν συμμετέχουν στο πρόγραμμα (ως ομάδα ελέγχου). Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν με τη χρήση του ερωτηματολογίου Mini-ICF-APP, το οποίο διεθνώς αποτελεί το εργαλείο για αυτού του τύπου τις έρευνες. Για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση των δεδομένων με το στατιστικό πακέτο SPSS, έκδοση 23.0. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς που απασχολούνται με γεωργικές δραστηριότητες στη Μονάδα Πρασίνου έχουν καλύτερο επίπεδο λειτουργικότητας στον τομέα της κινητικότητας σε σχέση με τους ασθενείς που δεν συμμετέχουν στην Μονάδα Πρασίνου. Επιπρόσθετα, το επίπεδο λειτουργικότητας των ασθενών αυτών βελτιώθηκε μετά από ετήσια απασχόλησή τους στο πρόγραμμα.

Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορεί να φανούν χρήσιμα στους ειδικούς ψυχικής υγείας, τους ακαδημαϊκούς, τους συγγενείς των ασθενών και όσους ασχολούνται με τη φροντίδα των χρόνια ψυχικά ασθενών.

Λέξεις – κλειδιά: Χρόνια Ψυχικά Ασθενείς, Μονάδα Πρασίνου, Φυτοθεραπεία (Φυτοκομική Θεραπεία), Πρόγραμμα Επανένταξης ΨΝΘ

ABSTRACT

Nowadays, the number of people with mental illness is particularly high. Classical treatments are used, mainly psychotherapy and medication. Over the last few decades, there has been an increasing trend in the use of alternative therapies. The «horticultural treatment», the occupation of agricultural activities, is one of them. In Greece, this method is used by the Thessaloniki Psychiatric Hospital, which created the «Green Unit», aiming at the rehabilitation and reintegration of its patients.

The aim of this study was to investigate the impact of agricultural activities on mental health by studying the case of chronic mental patients in the rehabilitation program of the «Green Unit» of the Psychiatric Hospital of Thessaloniki.

In particular, the level of functioning (adherence to regulations, planning and structuring tasks, flexibility, etc.) has been studied. The sample consisted of two groups of patients: patients in the «Green Unit» and patients accommodated in the boarding schools of the hospital and not participating in the program (as a control group). Data was collected using the Mini-ICF-APP questionnaire, which is the international tool for this type of research. For the extraction of the results a statistical analysis of the data was performed with SPSS statistical version 23.0. The results showed that patients engaged in agricultural activities at the «Green Unit» have a better level of functioning in terms of mobility than those who do not participate in the «Green Unit». Additionally, the level of functioning of these patients improved after their annual employment in the program.

The results of the research may be useful to mental health professionals, academics, patients' relatives and those involved in the care of chronic mental patients.

Key words: Chronic Mental Patients, Green Unit, Phytotherapy (Horticultural Therapy), Rehabilitation Program

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ	vi
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ / ΕΙΚΟΝΕΣ	vii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....	4
1.1. ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ.....	4
1.2. ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	7
1.2.1. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ – ΑΛΛΕΣ ΨΥΧΩΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	7
1.2.2. ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	10
1.2.3. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	11
1.3. ΕΠΠΙΟΛΑΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	12
1.4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	14
1.4.1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	14
1.4.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	15
1.4.3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	15
1.5. ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	15
1.5.1. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	15
1.5.2. ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	16
1.5.3. ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ & ΦΥΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	17
2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	17
2.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	17
2.3. ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΦΥΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	20
2.4. ΣΧΕΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ.....	22
2.5. ΣΧΕΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΗΠΟΥΡΙΚΗΣ	24
2.5.1. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΑ ΟΦΕΛΗ	26
2.5.2. ΓΝΩΣΤΙΚΑ ΟΦΕΛΗ.....	29
2.5.3. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΟΦΕΛΗ	30
2.5.4. ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	32
2.6. ΘΕΩΡΙΕΣ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΦΥΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΙΑΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ – ΜΟΝΑΔΑ ΠΡΑΣΙΝΟΥ ΤΟΥ Ψ.Ν.Θ.	37
3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	37

3.2. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ	37
3.3. ΣΤΟΧΟΙ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	40
3.4. ΤΑ ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΑ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΙΑΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	42
3.5. ΜΟΝΑΔΑ ΠΡΑΣΙΝΟΥ (ΜΠ).....	46
3.5.1. ΣΚΟΠΟΣ & ΣΤΟΧΟΙ.....	47
3.5.2. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ	48
3.5.3. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ..	52
4.1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	52
4.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	53
4.3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	54
4.3.1. ΤΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ MINI-ICF-APP.....	54
4.3.2. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	59
4.3.3. ΔΕΙΓΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	65
5.1. ΑΡΧΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ.....	65
5.2. ΠΡΩΤΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ.....	65
5.3. ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ	69
5.4. ΣΥΝΟΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	74
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	75
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	79
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	80
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	96

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 4.1: Διαταραχές των ασθενών της Πρώτης Ομάδας (μη συμμετέχοντες στην ΜΠ).....	62
Πίνακας 4.2.: Διαταραχές της Δεύτερης Ομάδας (συμμετέχοντες στην ΜΠ).....	64
Πίνακας 5.1 : Μ.Ο. – Τ.Α. Mini-ICF-APP για τις δύο ομάδες.....	66
Πίνακας 5.2: Μ.Ο. – Τ.Α. Mini-ICF-APP για την ομάδα της Μονάδας Πρασίνου το 2018 και το 2019.....	70

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ / ΕΙΚΟΝΕΣ

Εικόνα 3.1: Λογότυπο Μονάδας Πρασίνου.....	46
Εικόνα 3.2: Οργανόγραμμα Μονάδας Πρασίνου	51
Γράφημα 4.1: Ηλικιακή Κατανομή Πρώτης Ομάδας σε %.....	61
Γράφημα 4.2: Κατανομή Μορφωτικού Επιπέδου Πρώτης Ομάδας σε %.....	62
Γράφημα 4.3: Ηλικιακή Κατανομή Δεύτερης Ομάδας σε %	63
Γράφημα 4.4: Κατανομή Μορφωτικού Επιπέδου Δεύτερης Ομάδας σε %	64
Γράφημα 5.1: Μ.Ο. των κλιμάκων με στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων	69
Γράφημα 5.2.: Πορεία Μ.Ο. 2018 -2019 Ομάδας ΜΠ.....	71
Γράφημα 5.3.: Μ.Ο. των κλιμάκων με στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των ετών 2018 και 2019 στην ομάδα της Μονάδας Πρασίνου.....	73

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις μέρες μας, οι ψυχικές ασθένειες είναι κοινές. Περιλαμβάνουν πολλές διαφορετικές καταστάσεις που ποικίλλουν σε βαθμό βαρύτητας, που κυμαίνονται από ήπιες έως μέτριες και σοβαρές. Αποτελούν ένα συμπεριφορικό ή διανοητικό μοτίβο που προκαλεί σημαντική αγωνία ή εξασθένηση της προσωπικής λειτουργίας του ασθενούς. Αυτά τα χαρακτηριστικά μπορεί να είναι επίμονα, να υποτροπιάζουν ή να εμφανίζονται ως ένα μόνο επεισόδιο. Έχουν περιγραφεί πολλές διαταραχές με συμπτώματα που ποικίλλουν ευρέως. Οι ψυχικές διαταραχές μπορούν να διαγνωσθούν από έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας (NIMH, 2019).

Η δεδομένη μειωμένη λειτουργικότητα και η περιορισμένη ανάπτυξη δεξιοτήτων, ως απόρροια της χρόνιας ψυχικής νόσου (υποτροπές, μειωμένη λειτουργικότητα, κοινωνική απομόνωση κ.α.), μειώνουν τη δυνατότητα ένταξης αλλά και την αποδοχή των ψυχικά πασχόντων στις ήδη δομημένες, κοινωνικά και εργασιακά σχέσεις στο κοινωνικό σύνολο (Stein, 2013).

Κλασικά για τη θεραπεία των ψυχικών ασθενειών χρησιμοποιείται η ψυχοθεραπεία είτε μόνη της, είτε σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή. Στην πραγματικότητα, περιλαμβάνει μια ποικιλία τεχνικών θεραπείας, η καθεμία με τη δική της προσέγγιση που στόχο έχει τη βελτίωση της ψυχικής ευεξίας. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερο, το ενδιαφέρον στρέφεται σε εναλλακτικούς τύπους θεραπείας. Ένας πολύ σημαντικός και αναπτυσσόμενος τύπος είναι αυτός της «φυτοκομικής θεραπείας», της ενασχόλησης δηλαδή των ψυχικά ασθενών με γεωργικές και κηποτεχνικές εργασίες.

Η «φυτοκομική θεραπεία» είναι μια δοκιμασμένη πρακτική και σήμερα χρησιμοποιείται ευρέως σε πολλές χώρες. Τα θεραπευτικά οφέλη της ενασχόλησης με γεωργικές εργασίες έχουν τεκμηριωθεί από την αρχαιότητα. Οι τεχνικές καλλιέργειας ανθοφόρων φυτών, δένδρων και κηπευτικών χρησιμοποιούνται για να βοηθήσουν τους συμμετέχοντες να μάθουν νέες δεξιότητες ή να επανακτήσουν αυτές που έχουν χάσει. Σύμφωνα με αποτελέσματα ερευνών, η φυτοκομική θεραπεία βοηθά στη βελτίωση της μνήμης, των γνωστικών ικανοτήτων, την έναρξη εργασιών και της κοινωνικοποίησης. Μπορεί να συμβάλει στη σωματική αποκατάσταση του ασθενούς μέσω της ενίσχυσης των μυών, καθώς επίσης και στη βελτίωση του συντονισμού, της ισορροπίας και της αντοχής του. Παράλληλα, στον επαγγελματικό τομέα συμβάλλει στην ομαδικότητα αλλά και την ανεξαρτησία, στην επίλυση προβλημάτων και στην πειθαρχία (ΑΗΤΑ, 2015).

Η αυξημένη προσοχή που δίνεται σήμερα στην φυτοκομική θεραπεία αντικατοπτρίζει ένα ευρύτερο ενδιαφέρον για τον ρόλο της φύσης στην ενίσχυση της υγείας και της ευημερίας του ψυχικά ασθενούς. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, έχουν εκδοθεί αρκετές μελέτες από διάφορες οπτικές γωνίες, όπου κάθε μία αναγνωρίζει τα πιθανά ψυχολογικά οφέλη της έκθεσης σε φυσικά περιβάλλοντα (Clatworthy, Hinds, Camic, 2013). Η θεραπευτική κηπουρική έχει εφαρμοστεί σε

ποικίλες κλινικές ομάδες, συμπεριλαμβανομένων ατόμων με άνοια, παιδιών με προβλήματα ψυχικής υγείας, ατόμων με μαθησιακές δυσκολίες, ανθρώπων που υποβάλλονται σε φυσική αποκατάσταση, ατόμων με εξαρτήσεις και ενηλίκων με ψυχικές διαταραχές. Υπάρχει ένα σημαντικό πλήθος ερευνών που αποδεικνύει ότι οι βασισμένες στην κηπουρική παρεμβάσεις, μπορούν να ωφελήσουν τους ανθρώπους που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, μειώνοντας σημαντικά τα συμπτώματα. Επιπρόσθετα, έδωσαν μια σειρά από πιθανά οφέλη της κηπουρικής ενασχόλησης, συμπεριλαμβανομένης της ενισχυμένης συναισθηματικής ευημερίας, της βελτιωμένης κοινωνικής λειτουργικότητας, της βελτίωσης της σωματικής υγείας και των ευκαιριών για επαγγελματική ανάπτυξη (Clatworthy, Hinds, Camic, 2013).

Στην Ελλάδα, είναι περιορισμένος ο αριθμός των ερευνών σε σχετικά αντικείμενα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους, αποδεικνύεται ότι, η ενασχόληση των ψυχικά ασθενών με τις δραστηριότητες της Μονάδας Πρασίνου βελτιώνει την ψυχοπαθολογία τους (Κόντος κ.α., 2016) και παράλληλα αναδεικνύουν ενθαρρυντικά στοιχεία αναφορικά με την χρησιμότητά τους στην πορεία της νόσου αλλά και στην προσπάθειά επανένταξης των ασθενών στην κοινωνία (Στρατάκος κ.α. 2011). Οι ίδιες έρευνες δείχνουν ότι οι ωφελούμενοι από τα Προγράμματα αυτά δεν είναι μόνο οι ψυχικά ασθενείς, αλλά και το ίδιο το Ίδρυμα, καθώς η καλύτερη πορεία των ασθενών συνεπάγεται, μείωση εισαγωγών, μείωση υποτροπών, μείωση κόστους νοσηλείων, μείωση κόστους για την ψυχική υγεία. Με άλλα λόγια, τα οφέλη είναι πολλαπλά, τόσο οικονομικά όσο και κοινωνικά.

Αρκετά ιδρύματα υγείας του εξωτερικού οργανώνουν προγράμματα αποκατάστασης και αποσκοπούν στην ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινωνία μέσω των προγραμμάτων αυτών. Στη χώρα μας το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ) είναι το πρώτο που οργάνωσε αντίστοιχο πρόγραμμα. Πρόκειται για τη «Μονάδα Πρασίνου» (Μ.Π.), που στόχο έχει την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών, μέσω δραστηριοτήτων που περιλαμβάνουν την διαχείριση, προστασία και ανάπτυξη του φυσικού περιβάλλοντος.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει την επίδραση της ενασχόλησης με γεωργικές δραστηριότητες στην ψυχική υγεία των χρόνια πασχόντων ασθενών. Αντικείμενο της έρευνας αποτελούν οι ψυχικά ασθενείς του Ψ.Ν.Θ. Το κεντρικό ερώτημα της έρευνας είναι να διερευνήσει σε ποιο βαθμό η ενασχόληση των χρόνια ψυχικά ασθενών με γεωργικές δραστηριότητες βελτιώνει την ψυχική τους υγεία.

Για να απαντηθεί το βασικό ερώτημα της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν δύο ομάδες ασθενών: η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει άτομα που δεν συμμετέχουν στο πρόγραμμα (ως ομάδα ελέγχου) και η δεύτερη περιλαμβάνει άτομα που συμμετέχουν στο επανενταξιακό πρόγραμμα της Μονάδας Πρασίνου. Συγκεκριμένα χρησιμοποιώντας ως εργαλείο το ερωτηματολόγιο Mini-ICF-APP (Molodynski et al., 2012) αξιολογήθηκε η κοινωνική λειτουργικότητα των ψυχικά ασθενών και των δύο ομάδων. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε δύο φορές στην δεύτερη ομάδα (με διαφορά ενός έτους), έτσι ώστε να γίνει δυνατή η σύγκριση των αποτελεσμάτων του προγράμματος

στους ίδιους τους ασθενείς, και μία φορά στην πρώτη ομάδα, έτσι ώστε να γίνει δυνατή η σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων.

Η εργασία αποτελείται από πέντε κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο προσδιορίζονται εννοιολογικά οι ψυχικές διαταραχές. Αναφέρεται ο ορισμός τους, τα μοντέλα αιτιοπαθογένειας που έχουν διατυπωθεί και τρόποι θεραπείας που χρησιμοποιούνται. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα ερευνητικά δεδομένα που μελετούν την επίδραση της ενασχόλησης με τις γεωργικές δραστηριότητες και της φυτοθεραπείας γενικότερα στη πορεία της νόσου. Οι τομείς στους οποίους εστίασαν οι ερευνητές εντοπίζεται κυρίως στη λειτουργικότητα (πχ ικανότητα προσαρμογής σε κανόνες και συνήθειες, προγραμματισμού και οργάνωσης καθηκόντων, ευελιξία, ικανότητα για λήψη αποφάσεων και κρίσης, ικανότητα για συνομιλία και σύναψη επαφής με τρίτους, ικανότητα ενσωμάτωσης σε ομάδες κ.α.) των ασθενών. Στο δεύτερο μέρος της μελέτης παρουσιάζεται η μέθοδος της παρούσας έρευνας. Αναφέρονται λεπτομερώς ο σκοπός, οι υποθέσεις και ο τρόπος που διεξήχθη η έρευνα. Αναλύεται η μέθοδος που ακολουθήθηκε, με αναλυτικές περιγραφές της διαδικασίας συλλογής των δεδομένων, του δείγματος και των εργαλείων. Στο τρίτο μέρος παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που εξήχθησαν από την στατιστική ανάλυση και παρατίθενται αναλυτικοί πίνακες και γραφήματα. Στο τελευταίο μέρος της εργασίας συζητούνται τα ευρήματα και οι περιορισμοί της έρευνας ενώ διατυπώνονται προτάσεις για μελλοντικές μελέτες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

1.1. ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας δηλώνει ότι *«η υγεία είναι κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»*. Ωστόσο, η δημιουργία υπηρεσιών προσανατολισμένων προς την συντήρηση της υγείας έχει αποδειχθεί μάλλον δυσκολότερη από την θεραπεία ασθενειών. Η προσπάθεια δημιουργίας μιας επιστήμης των ασθενειών ήταν πολύ επιτυχημένη, με κοινές ταξινομήσεις για τον εντοπισμό τύπων ασθενειών, καθιερωμένων και επικυρωμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων, διαχείρισης ασθενειών και κλινικών οδηγιών καθώς και ποιοτικών προτύπων διαθέσιμων για την αύξηση της αποτελεσματικότητας των θεραπειών (WOH, 2010).

Αυτές οι επιτυχίες δεν έχουν συνοδευτεί από αντίστοιχες προόδους στην εφαρμογή της επιστήμης της ευημερίας μέσα στις υπηρεσίες υγείας. Ο τυπικός εργαζόμενος στον τομέα της υγείας γνωρίζει πολλά για τη θεραπεία της ασθένειας και πολύ λιγότερο για την προαγωγή της ευημερίας του ασθενούς, ο οποίος μπορεί να έχει σημαντικές δυσκολίες με τη σκέψη, τη διάθεση ή τη συμπεριφορά του. Ενώ η σωματική ασθένεια νοείται ως η μη υγιής κατάσταση του σώματος ή του νου, η ψυχική ασθένεια είναι ένα σύνολο υποκειμενικών συμπτωμάτων που περιορίζουν σημαντικά τη λειτουργία της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος και της βούλησης. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (APA, 2013) η ψυχική ασθένεια ορίζεται ως *«η συνθήκη υγείας που συνεπάγεται αλλαγές στο συναίσθημα, τη σκέψη ή τη συμπεριφορά (ή συνδυασμός αυτών). Οι ψυχικές ασθένειες συνδέονται με δυσκολίες και / ή προβλήματα που λειτουργούν σε κοινωνικές, εργασιακές ή οικογενειακές δραστηριότητες»*. Τα συμπτώματα αυτά έχουν συνήθως αναγνωρίσιμη έναρξη μετά από μια περίοδο φυσιολογικής ζωής και επηρεάζουν σημαντικά τη συμπεριφορά του ατόμου και τις σχέσεις του με το περιβάλλον. Είναι σημαντικό ότι η ψυχική ασθένεια προκαλεί μεγάλη δυσφορία και εμποδίζει τη λειτουργικότητα των ατόμων, καθιστώντας δύσκολη την αντιμετώπιση των απαιτήσεων της καθημερινής ζωής (Alexander, Cooray, 2003).

Με άλλα λόγια, όταν οι άνθρωποι έχουν ψυχικά προβλήματα, δεν μπορούν να διαχειριστούν καθημερινές δραστηριότητες, να εργάζονται αποτελεσματικά ή να

διατηρούν σχέσεις. Η συντριπτική αγωνία τους δεν είναι απλώς μια αντίδραση στα καθημερινά γεγονότα και δεν συμπεριφέρονται με τέτοιο τρόπο. Ακριβώς όπως μια σωματική ασθένεια, έτσι και μια ψυχική όταν δεν αναγνωρίζεται και δεν αντιμετωπίζεται, μπορεί να επιδεινωθεί και να διαρκέσει ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, επιβαρύνοντας τη συνολική υγεία του ασθενούς (APA, 2013).

Η διάγνωση της ψυχικής ασθένειας είναι δύσκολη, καθώς, το στίγμα που συνδέεται με αυτή κάνει τους περισσότερους ανθρώπους απρόθυμους να μιλήσουν για τις εμπειρίες τους, με παράξενες σκέψεις ή βαθιά θλίψη. Οι επαγγελματίες της υγείας διαγιγνώσκουν ψυχιατρικές διαταραχές, βασιζόμενοι σε πληροφορίες που λαμβάνουν κατά τη διάρκεια συνεντεύξεων με τους ασθενείς τους. Ωστόσο τίθεται το ερώτημα εάν οι ασθενείς μπορούν να είναι σίγουροι για το αν οι εμπειρίες τους είναι «κανονικές» ή όχι. Οι άνθρωποι στη ζωή τους μπορεί να αγνοούν τα συμπτώματα της ψυχικής τους ασθένειας επειδή πιστεύουν ότι αυτά τα συμπτώματα είναι απλά μέρος της προβληματικής τους καθημερινότητας (Balogh et al., 2010).

Ιστορική Αναδρομή

Στην Αρχαία Ελλάδα, το λειτούργημα του ψυχιάτρου ασκούσαν οι ιερείς του θεού Ασκληπιού σε θεραπευτικά κέντρα που ονομάζονταν Ασκληπιεία (Τρίκκη, Επίδαυρος, Κω) (Χαρτοκόλλης, 1986). Μια από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους θεραπείας ψυχιατρικών διαταραχών ήταν η ερμηνεία των ονείρων, τόσο του ασθενούς όσο και του ιεροφάντη που αναλάμβανε τη θεραπεία. Τα όνειρα χρησίμευαν ως μέσα επικοινωνίας με κάποια θεότητα που είχε σχέση με την ασθένεια ή αντανακλούσαν την ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου, υποδεικνύοντας συγχρόνως τη μυστική της αιτιολογία. Τον 4^ο π.χ. αιώνα αναπτύσσεται η Ιπποκρατική άποψη για την ψυχική ασθένεια σύμφωνα με την οποία η ψυχική ασθένεια είναι αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων των τεσσάρων σωματικών χυμών (του αίματος, της μαύρης και κίτρινης χολής και του φλέγματος). Οι Ιπποκρατικοί εφάρμοσαν στη θεραπευτική πράξη τις κλινικές τους παρατηρήσεις όπως ήταν η ερμηνεία των ονείρων και η παραμονή σε ιερά. Ο Αρεταίος και ο Σωρανός, αργότερα, αναπτύσσουν ανθρωπιστικές απόψεις σχετικά με την περίθαλψη των ψυχικά αρρώστων, οι οποίοι μπορούσαν να συμμετέχουν σε συζητήσεις, να παίζουν τραγωδία ή κωμωδία και έμεναν σε δωμάτια όπου επικρατούσε απόλυτη ησυχία και αποφεύγονταν οι επισκέψεις των συγγενών τους, που συχνά τους αναστάτωναν. Κατά τον Σωρανό, οι ψυχικά ασθενείς πρέπει να μένουν σε δωμάτια κατάλληλα φωτισμένα και με πλήρη ασφάλεια. Επίσης, οι ιδιαίτερα

ανήσυχοι θα έπρεπε να καθιλώνονται με υφασμάτινους ιμάντες χωρίς όμως να τραυματίζονται. Είναι φανερό, ότι ο Σωρανός είναι ένας σύγχρονος μεταρρυθμιστής για την εποχή του (Χαρτοκόλλης, 1986).

Μέχρι τον 17ο αιώνα, οι περισσότεροι άνθρωποι που ήταν ψυχικά ασθενείς θεωρούνταν παράφρονες, αμαρτωλοί, αδύναμοι ή ότι είχαν καταληφθεί από δαίμονες. Παρόλο που τελικά δημιουργήθηκαν νοσοκομεία ή ψυχιατρικά νοσοκομεία για να φιλοξενήσουν άτομα με ψυχικές ασθένειες, οι προσεγγίσεις πρώιμης θεραπείας ήταν αργές. Άτομα με νοητική καθυστέρηση, παραδοσιακά αναφερόμενα ως νοητικά καθυστερημένα, φιλοξενούνταν συχνά και σε αυτά τα άσυλα. Οι διαφορές μεταξύ παραφροσύνης και καθυστέρησης δεν ήταν πάντα σαφείς. Αυτοί που ονομάστηκαν ως ελαφρώς καθυστερημένοι πιστεύεται ότι ήταν χωρίς προβλήματα και επομένως διανοητικά υγιείς. Εκείνοι με την διάγνωση σοβαρής καθυστέρησης πιστεύονταν ότι δεν μπορούσαν να εκφράσουν συναισθήματα και επομένως δεν ήταν σε θέση να βιώσουν συναισθηματικές δυσκολίες. Οι κρατούμενοι στα άσυλα δεν θεωρήθηκαν ως άτομα με ασθένεια, καθώς μάλλον θεωρούνταν ανίατοι και τιμωρήθηκαν για οποιαδήποτε ασυνήθιστη συμπεριφορά (Cooperetal., 2007).

Από τις αρχές του 20ού αιώνα, η φροντίδα της ψυχικής υγείας θεωρήθηκε ως δημόσια ευθύνη και άρχισαν να διαμορφώνονται νοσοκομεία που παρείχαν ιατρική περίθαλψη. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1950 και της δεκαετίας του 1960, η έρευνα οδήγησε σε μεγαλύτερη κατανόηση της ψυχικής ασθένειας και προσδιορίστηκαν ειδικές ψυχιατρικές διαταραχές και σχετικές θεραπείες. Καθώς κατέστη σαφές ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορούν να συμβάλουν στην ψυχική ασθένεια, οι ψυχιατρικές διαταραχές αντιμετωπίστηκαν ως συνθήκες που θα μπορούσαν να συμβούν σε οποιονδήποτε. Ωστόσο, η πρόοδος στην κατανόηση των ψυχικών ασθενειών σε άτομα με νοητικές αναπηρίες σημειώθηκε με πολύ βραδύτερο ρυθμό. Για τα άτομα αυτά δημιουργήθηκαν ξεχωριστά ιδρύματα και η ασυνήθιστη συμπεριφορά δεν θεωρήθηκε πάντοτε σύμπτωμα ψυχικής ασθένειας (WOH, 2010).

Από τη δεκαετία του 1970, άρχισε να αυξάνεται το κίνημα για την από-ιδρυματοποίηση των ατόμων με ψυχικές ασθένειες. Οι επενδύσεις σε νοσοκομειακά ιδρύματα μειώνονταν και ενισχύονταν οι κοινοτικές υπηρεσίες, οι οποίες αναμενόταν να παρέχουν φροντίδα. Δυστυχώς, για πολλά άτομα η αναμενόμενη βοήθεια από τις κοινοτικές υπηρεσίες παραμένει ασαφής. Όσοι έχουν σοβαρές και επίμονες ψυχικές ασθένειες εμφανίζονται σε Γενικά Νοσοκομεία και παρόλα αυτά, αν γίνουν δεκτοί,

μπορούν να αποπεμφθούν μέσα σε λίγες μέρες, χωρίς να έχουν λάβει την απαραίτητη και αναγκαία βοήθεια που χρειάζονται (Wilson, 2001). Αυτές οι βραχύτερες διανυκτερεύσεις στο νοσοκομείο και η περιορισμένη στήριξη της κοινότητας έχουν καταστήσει ακόμη πιο δύσκολη την κατανόηση των μοναδικών αναγκών εκείνων που διαγνώστηκαν τόσο με διανοητική αναπηρία όσο και με ψυχική ασθένεια. Θα πρέπει να σημειωθεί πως σε όλη την ιστορία, η διαδικασία ταξινόμησης διαφορετικών τύπων ψυχικών ασθενειών και η εξεύρεση τρόπων για να εξηγηθούν με συνέπεια οι ασυνήθιστες εμπειρίες των ανθρώπων έχουν αναθεωρηθεί πολλές φορές στα ιατρικά εγχειρίδια (Wilson, 2001).

1.2. ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, (2013), *«μια ψυχική διαταραχή είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από μια κλινικά σημαντική διαταραχή των γνωσιακών ικανοτήτων, της συναισθηματικής ρύθμισης ή της συμπεριφοράς ενός ατόμου, που αντανακλά μια δυσλειτουργία στις ψυχολογικές, βιολογικές ή αναπτυξιακές διεργασίες που αποτελούν τη βάση της ψυχικής λειτουργίας»*. Οι ψυχικές διαταραχές συνδέονται συνήθως με σημαντική αναστάτωση ή αναπηρία σε κοινωνικές, επαγγελματικές ή άλλες σημαντικές δραστηριότητες. Μια προσδοκώμενη ή πολιτισμικά εγκεκριμένη ανταπόκριση στο άγχος ή σε μια απώλεια, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, δεν είναι ψυχική διαταραχή. Οι κοινωνικά αποκλίνουσες συμπεριφορές (π.χ. πολιτικές, θρησκευτικές ή σεξουαλικές) και οι συγκρούσεις που είναι κυρίως μεταξύ του ατόμου και της κοινωνίας δεν είναι ψυχικές διαταραχές εκτός αν η απόκλιση ή η σύγκρουση οφείλεται σε δυσλειτουργία του ατόμου (APA, 2013). Αυτός ο ορισμός της ψυχικής διαταραχής δημιουργήθηκε για τη διευκόλυνση των ιατρών δημόσιας υγείας και για ερευνητικούς σκοπούς.

Παρακάτω περιγράφονται μερικές από τις σημαντικότερες ψυχικές διαταραχές.

1.2.1. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ – ΑΛΛΕΣ ΨΥΧΩΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, 5η έκδοση, (2013), η σχιζοφρένεια ανήκει στο σχιζοφρενικό φάσμα - ψυχωτικές διαταραχές - που περιλαμβάνει και άλλες ψυχωτικές διαταραχές (όπως η ψυχωτική διαταραχή προκαλούμενη από φαρμακευτική αγωγή/ουσία, η παρανοειδής

σχιζοφρένεια, η παραληρητική διαταραχή, η κατατονία που σχετίζεται με άλλη ψυχική διαταραχή, η σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή κ.α.) και την σχιζοσυναισθηματική (προσωπικότητας) διαταραχή. Χαρακτηρίζονται από ανωμαλίες σε έναν ή περισσότερους από τους ακόλουθους πέντε τομείς:

- παραληρητικές ιδέες, οι οποίες είναι σταθερές πεποιθήσεις που δεν υπόκεινται σε αλλαγές και βρίσκονται υπό το πρίσμα αντιφατικών στοιχείων. Το περιεχόμενό τους μπορεί να περιλαμβάνει μια ποικιλία θεμάτων (π.χ. διωκτικές, θρησκευτικές, μεγαλείου κ.α.).
- ψευδαισθήσεις, οι οποίες είναι αντιληπτικές εμπειρίες που συμβαίνουν χωρίς εξωτερικό ερέθισμα. Είναι ζωντανές και ξεκάθαρες, με πλήρη έλεγχο και επίδραση στις φυσιολογικές αντιλήψεις και δεν βρίσκονται υπό τον έλεγχο του υποκειμένου.
- αποδιοργανωμένη σκέψη (ομιλία), συνάγεται συνήθως από την ομιλία του ατόμου. Το άτομο μπορεί να αλλάξει από ένα θέμα σε άλλο (εκτροχιασμός σκέψης ή ασύνδετη σκέψη). Οι απαντήσεις σε ερωτήσεις μπορεί να σχετίζονται πλασματικά ή να είναι τελείως άσχετες. Σπάνια, η ομιλία μπορεί να είναι τόσο σοβαρά αποδιοργανωμένη ώστε είναι σχεδόν ακατανόητη και μοιάζει με την έκφραση της γλωσσικής της αποδιοργάνωσης στην αφασία.
- έντονα αποδιοργανωμένη ή ανώμαλη κινητική συμπεριφορά (συμπεριλαμβανομένης της κατατονίας) που μπορεί να εκδηλωθεί με ποικίλους τρόπους, που κυμαίνονται από παιδικές «ανοησίες» έως και απρόβλεπτη διέγερση. Η κατατονική συμπεριφορά είναι μια αξιοσημείωτη μείωση της αντιδραστικότητας στο περιβάλλον. Μπορεί να εκφραστεί με την αντίσταση στις οδηγίες (αρνητικότητα), με τη διατήρηση μιας άκαμπτης, ακατάλληλης ή περίεργης στάσης, με μια πλήρη έλλειψη λεκτικών και κινητικών απαντήσεων (αλαλία και ναρκοληψία). Μπορεί επίσης να περιλαμβάνει άσκοπη και υπερβολική κινητική δραστηριότητα χωρίς προφανή αιτία (κατατονικός ενθουσιασμός).
- αρνητικά συμπτώματα, τα οποία αντιπροσωπεύουν σημαντικό τμήμα της νοσηρότητας που σχετίζεται με τη σχιζοφρένεια, αλλά είναι λιγότερο εμφανή σε άλλες ψυχωτικές διαταραχές. Δύο αρνητικά συμπτώματα είναι ιδιαίτερα εμφανή στη σχιζοφρένεια: η μειωμένη συναισθηματική έκφραση και η αβουλησία. Η

μειωμένη συναισθηματική έκφραση περιλαμβάνει μειώσεις στην έκφραση των συναισθημάτων στο πρόσωπο, την επαφή με τα μάτια, τον τόνο της ομιλίας και τις κινήσεις του χεριού, του κεφαλιού και του προσώπου που συνήθως δίνουν μια συναισθηματική έμφαση στην ομιλία. Η αβουλησία είναι η μείωση των κινήτρων για αυτό-εκκίνηση σκόπιμων δραστηριοτήτων. Το άτομο μπορεί να κάθεται για μεγάλες χρονικές περιόδους και δεν εκδηλώνει ενδιαφέρον για συμμετοχή σε εργασιακές ή κοινωνικές δραστηριότητες. Άλλα αρνητικά συμπτώματα περιλαμβάνουν την αλογία, ανηδονία και ακοινωνικότητα. Η αλογία εκδηλώνεται με μειωμένη παραγωγή ομιλίας. Η ανηδονία είναι η μειωμένη ικανότητα να βιώνει ευχαρίστηση από θετικά ερεθίσματα ή η υποβάθμιση της ανάμνησης μιας απόλαυσης που βιώθηκε στο παρελθόν. Η ακοινωνικότητα αναφέρεται στην προφανή έλλειψη ενδιαφέροντος για κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και μπορεί να σχετίζεται με την αβουλησία, αλλά μπορεί επίσης να είναι μια εκδήλωση περιορισμένων ευκαιριών για κοινωνικές αλληλεπιδράσεις.

Ο ψυχωτικός ασθενής βιώνει έντονη αποδιοργάνωση σκέψης, οξεία ή αμβλύνοσα αντίδραση, αμφιθυμία και μειωμένες κοινωνικές σχέσεις. Η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από ιδέες συσχέτισεως, ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις (APA, 2013).

Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, 5η έκδοση, παραθέτει τα διαγνωστικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια περιλαμβάνουν δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα για χρονικό διάστημα τουλάχιστον ενός μηνός (ή μεγαλύτερο) (APA, 2013):

- παραισθήσεις
- ψευδαισθήσεις
- αποδιοργανωμένη ομιλία
- έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά
- αρνητικά συμπτώματα
- το επίπεδο της καθημερινής λειτουργίας στην εργασία και την αυτο-φροντίδα σαφώς μειωμένο
- συνεχής διαταραχή με ύπαρξη οξέων συμπτωμάτων που διαρκούν 6 μήνες ή περισσότερο

- η διαταραχή δεν οφείλεται στις επιδράσεις μιας ουσίας ή άλλης ιατρικής κατάστασης.

1.2.2. ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Τα άτομα με διπολική διαταραχή τείνουν να βιώνουν έντονες συναισθηματικές καταστάσεις μαζί με άλλες αλλαγές, οι οποίες εμφανίζονται σε επεισόδια. Η διπολική διαταραχή είναι μια χρόνια επεισοδιακή ασθένεια, η οποία χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζοντα επεισόδια μανιακών ή καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα της διπολικής διαταραχής διαταράσσουν τη ζωή ενός ατόμου και διαρκούν ημέρες ή εβδομάδες (APA, 2013).

Μανιακά επεισόδια

Ένα άτομο με διπολική διαταραχή μπορεί να έχει επεισόδια μανίας και κατάθλιψης. Τα μανιακά επεισόδια μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα που περιλαμβάνουν:

- Υψηλό αίσθημα ευφορίας ή χαράς
- Αυξημένα επίπεδα δραστηριότητας
- Υπερβολική ενέργεια
- Δυσκολία στον ύπνο
- Υψηλή συνεχόμενη ενεργοποίηση
- Αίσθηση ότι το μυαλό τρέχει
- Γρήγορη ομιλία και άλματα μεταξύ των θεμάτων
- Προσπάθεια να αναλάβει πολλές δραστηριότητες ταυτόχρονα
- Εκνευρισμό ή επιθετικότητα
- Παρορμητικές συμπεριφορές, όπως η δαπάνη πολλών χρημάτων ή η εμπλοκή σε μη ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές (π.χ. πολλαπλή εναλλαγή συντρόφων χωρίς προφυλάξεις)

Καταθλιπτικά επεισόδια

Τα συμπτώματα ενός καταθλιπτικού επεισοδίου μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Αίσθημα θλίψης ή απελπισίας
- Μειωμένα επίπεδα δραστηριότητας
- Λίγη ενέργεια ή αίσθημα κούρασης όλη την ημέρα
- Προβλήματα ύπνου, όπως δυσκολίες ή αντίθετα πολύ ύπνο
- Τακτικό αίσθημα ανησυχίας ή αγωνίας
- Αίσθημα ότι δεν βρίσκουν χαρά σε πράγματα που ήταν απολαυστικά
- Δυσκολία συγκέντρωσης σε οτιδήποτε
- Δυσκολία στη μνήμη
- Ζητήματα διατροφής, όπως η υπερβολική κατανάλωση φαγητού ή ανορεξία
- Αυτοκτονικές σκέψεις

Η διπολική διαταραχή είναι μια διαταραχή της διάθεσης και το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών απαριθμεί επί του παρόντος πέντε τύπους: διπολική I, διπολική II, κυκλοθυμική διαταραχή, άλλου τύπου διπολική διαταραχή και τη διπολική μη καθοριζόμενη αλλιώς (APA, 2013).

1.2.3. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη, αλλιώς γνωστή ως μείζων καταθλιπτική διαταραχή ή κλινική κατάθλιψη, είναι μια σοβαρή διαταραχή διάθεσης. Όσοι πάσχουν από κατάθλιψη βιώνουν επίμονα συναισθήματα θλίψης και απελπισίας και χάνουν το ενδιαφέρον τους για δραστηριότητες που κάποτε τις απολάμβαναν. Εκτός από τα συναισθηματικά προβλήματα που προκαλούνται από την κατάθλιψη, τα άτομα μπορούν επίσης να παρουσιάσουν ένα φυσικό σύμπτωμα όπως ο χρόνιος πόνος ή τα πεπτικά προβλήματα. Για να γίνει διάγνωση της κατάθλιψης, τα συμπτώματα πρέπει να υπάρχουν για τουλάχιστον δύο εβδομάδες (APA, 2013).

Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών περιγράφει τα ακόλουθα κριτήρια για τη διάγνωση της κατάθλιψης. Το άτομο πρέπει να παρουσιάσει πέντε ή περισσότερα συμπτώματα κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου δύο εβδομάδων

και τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα θα πρέπει να είναι είτε (1) καταθλιπτική διάθεση είτε (2) απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης (APA, 2013).

- Καταθλιπτική διάθεση το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.
- Χαρακτηριστικά μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση σε όλες, ή σχεδόν όλες, τις δραστηριότητες τις περισσότερες μέρες, σχεδόν κάθε μέρα.
- Σημαντική απώλεια βάρους όταν δεν γίνεται δίαιτα ή αύξηση βάρους.
- Μια επιβράδυνση της σκέψης και μια μείωση της σωματικής κίνησης.
- Κόπωση ή απώλεια ενέργειας σχεδόν κάθε μέρα.
- Συναισθήματα αναξιότητας ή υπερβολική ή ακατάλληλη ενοχή σχεδόν κάθε μέρα.
- Μειωμένη ικανότητα σκέψης, συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα, σχεδόν κάθε μέρα.
- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις για θάνατο, επαναλαμβανόμενο αυτοκτονικό ιδεασμό χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας.

Για να ληφθεί η διάγνωση κατάθλιψης, αυτά τα συμπτώματα πρέπει να προκαλούν σημαντική αγωνία στο άτομο ή δυσλειτουργία στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της ζωής του. Επίσης, τα συμπτώματα δεν πρέπει να οφείλονται σε κατάχρηση ουσιών ή σε άλλη ιατρική κατάσταση (APA, 2013).

1.3. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι ψυχικές, νευρολογικές και οι σχετιζόμενες με τη συμπεριφορά διαταραχές έχουν αξιοσημείωτη εμφάνιση παγκοσμίως. Ο επιπολασμός τους, δηλαδή, η συχνότητα εμφάνισης μιας νόσου και η εξάπλωσή της σ' ένα ορισμένο διάστημα, σε παγκόσμιο επίπεδο, ανέρχεται σε εκατοντάδες εκατομμύρια. Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, ο επιπολασμός της σχιζοφρένειας εκτιμάται περίπου στο 0,3% -0,7%, της διπολικής διαταραχής στο 0,6% και της κατάθλιψης στο 7% (APA, 2013).

Οι Skaripnakis et al., το 2013, πραγματοποίησαν μια έρευνα στον γενικό ελληνικό πληθυσμό. Βρήκαν ότι το 14% του πληθυσμού συμμετεχόντων παρουσίαζε κάποια μέτρια ή σοβαρή ψυχοπαθολογία. Ο επιπολασμός συγκεκριμένων κοινών ψυχικών διαταραχών ήταν ο εξής: γενικευμένη διαταραχή άγχους: 4,10%, κατάθλιψη: 2,90%, διαταραχή πανικού: 1,88%, ψυχαναγκαστική διαταραχή: 1,69%, φοβίες: 2,79%. Σε μια μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, στην οποία συμμετείχε και η χώρα μας, βρέθηκε ότι 22% αυτών που επισκέπτονται τέτοιες υπηρεσίες πάσχουν από μια ψυχιατρική διαταραχή κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Οι συχνότερες διαγνώσεις ήταν η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (14.9%), η κατάθλιψη (6.4%), το αίσθημα ανεξήγητης κόπωσης και καταβολής (4.6%) και η κατάχρηση αλκοόλ (3.5%) (www.psychargos.gov.gr).

Οι ψυχικές διαταραχές ευθύνονται για το 12% περίπου της παγκόσμιας επιβάρυνσης της υγείας από νόσους. Μέχρι το 2020 θα ευθύνονται για το 15% περίπου των απολεσθέντων από νόσους ετών ζωής σταθμισμένων ως προς την ανικανότητα. Η επιβάρυνση που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές μεγιστοποιείται μεταξύ των νεαρών ενηλίκων, του πλέον παραγωγικού τμήματος του πληθυσμού. Οι αναπτυσσόμενες χώρες πιθανόν να έχουν μεγαλύτερες αυξήσεις στην επιβάρυνση της υγείας που οφείλεται στις ψυχικές διαταραχές τις επρχόμενες δεκαετίες. Το συνολικό οικονομικό κόστος των ψυχικών διαταραχών είναι σημαντικό. Στις ΗΠΑ, το ετήσιο άμεσο κόστος θεραπείας υπολογίστηκε σε 148 δισεκατομμύρια δολάρια, ποσό που αναλογεί στο 2,5% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος, Το έμμεσο κόστος των ψυχικών διαταραχών ξεπερνά το άμεσο δύο έως έξι φορές στις χώρες με ανεπτυγμένη οικονομία της αγοράς, και πιθανόν αυτή η αναλογία να είναι ακόμη μεγαλύτερη στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου το άμεσο κόστος τείνει να είναι χαμηλό. Το άμεσο κόστος θεραπείας που αφορά τη σχιζοφρένεια είναι 16 δισ. ΗΠΑ, 1,4 δισ. Λίρες στο Ηνωμένο Βασίλειο και 1,1 δισ. στον Καναδά. Στις περισσότερες χώρες, οι οικογένειες υφίστανται σημαντικό μέρος αυτού του οικονομικού κόστους, λόγω της απουσίας ολοκληρωμένων δημοσίων δικτύων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι οικογένειες υφίστανται επίσης το κοινωνικό κόστος όπως και το συναισθηματικό βάρος που προκαλεί η φροντίδα των μελών τους, την έκπτωση στην ποιότητα ζωής και τον κοινωνικό αποκλεισμό (ΠΟΥ, 2004).

1.4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Για την αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών δεν έχει βρεθεί ένα μοντέλο που να ερμηνεύει γραμμικά τον τρόπο που αυτές προκαλούνται. Είναι αποτέλεσμα βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που αλληλοεπιδρούν, αλληλοκαθορίζονται και αλληλοεπηρεάζονται. Η παθογένειά τους αποτελεί ένα πολύπλοκο και πολυπαραγοντικό μηχανισμό, ο οποίος ακόμη διερευνάται (Kring et al, 2010).

1.4.1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Εδώ και πολλά χρόνια έχει πλέον αναγνωριστεί ότι οι ψυχιατρικές παθήσεις έχουν μια σημαντική γενετική συνιστώσα. Η ψυχιατρική επιδημιολογία έχει καταδείξει ότι οι ψυχικές παθήσεις τείνουν να παρουσιάζονται συχνότερα κατά οικογένειες (Black, Andreassen, 2011). Υπάρχουν πολλοί νευροβιολογικοί παράγοντες που εμπλέκονται στις ψυχικές διαταραχές. Μετά από έρευνες σε διδύμους, υιοθετημένους από διαφορετικές οικογένειες έχει βρεθεί ότι ο παράγοντας της κληρονομικότητας έχει μεγάλη συμβολή. Η προδιάθεση για τις ψυχικές διαταραχές είναι κληρονομική, καθιστώντας με τον τρόπο αυτό τον κίνδυνο εμφάνισης των διαταραχών ακόμη υψηλότερο (Kring et al, 2010). Πλέον γνωρίζουμε ότι σχεδόν κάθε συμπεριφορά είναι εν μέρει κληρονομική (εμπλέκονται σε αυτή γονίδια) και ότι παρά το γεγονός αυτό, τα γονίδια δεν λειτουργούν ανεξάρτητα από το περιβάλλον. Αντίθετα, σε όλη την διάρκεια της ζωής το περιβάλλον διαμορφώνει τη γονιδιακή έκφραση, ενώ αντίστοιχα και τα γονίδια διαμορφώνουν το περιβάλλον (Plomin, McGuffin, 2003; Turkheimer, 2000).

Η νευροεπιστήμη υποστηρίζει ότι οι ψυχικές διαταραχές συνδέονται με μη φυσιολογικές διεργασίες στον εγκέφαλο. Οι νευροδιαβιβαστές που έχουν μελετηθεί περισσότερο ως προς τον πιθανό ρόλο που διαδραματίζουν είναι η ντοπαμίνη, η σερετοτίνη, το γ-αμινοβουτυρικό οξύ και η νορεπινεφρίνη (Carlsson, 1988; Collins et al., 1997). Από τις μελέτες απεικόνισης του εγκεφάλου προκύπτουν δομικές και λειτουργικές αλλοιώσεις σε περιοχές (προμετωπιαίο σύστημα, μεταχιακό σύστημα, βασικά γάγγλια) που εμπλέκονται τα συναισθήματα οι εκτελεστικές και οι γνωστικές λειτουργίες (Damasio, 2000; Kring et al, 2010).

1.4.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι βιολογικοί παράγοντες μπορεί να αποτελούν προδιάθεση που αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης των διαταραχών στο πλαίσιο παρουσίας και άλλων παραγόντων. Τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής όπως για παράδειγμα η απώλεια, τα διαπροσωπικά προβλήματα, οι αρνητικές πεποιθήσεις του ατόμου και οι συναισθηματικές δυσκολίες είναι πιθανό να λειτουργήσουν καταλυτικά για τις ψυχικές διαταραχές. Επομένως, το ψυχολογικό στρες παίζει βασικό ρόλο, καθώς αλληλεπιδρά με τη βιολογική ευαλωτότητα και οδηγεί στην ασθένεια (Aneshensel, 1992; Dohrenwend, 1975; Kring et al, 2010).

1.4.3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Στους κοινωνικούς παράγοντες που έχουν μελετηθεί είναι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του ασθενούς, η κοινωνική υποστήριξη, τα οικογενειακά προβλήματα, το εκφρασμένο συναίσθημα (επικριτικά ή εχθρικά σχόλια) (Weisman et al., 1997), η κοινωνική αποστέρηση, η παραμέληση, η κακοποίηση κ.α. (Aneshensel et al., 1991; Dohrenwend, 1975).

1.5. ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Λόγω της πολυπλοκότητας των ψυχικών διαταραχών, υπάρχουν πολλές διαφορετικές και αποτελεσματικές θεραπείες. Η φαρμακοθεραπεία και η ψυχοθεραπεία αποτελούν το κορμό της αντιμετώπισής τους. Ωστόσο, τελευταία προτείνονται και άλλοι εναλλακτικοί τρόποι θεραπείας. Σκοπός όλων αποτελεί η ανακούφιση του ασθενή. Στη συνέχεια αναλύονται οι σημαντικότερες μέθοδοι.

1.5.1. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Υπάρχουν πολλές μορφές ψυχοθεραπείας. Οι ψυχολογικές θεραπείες που έχουν διερευνηθεί περισσότερο είναι η Γνωστική-Συμπεριφορική, που στόχο έχει να μεταβάλει τα δυσπροσαρμοστικά μοτίβα σκέψης, και η Ψυχανάλυση, που στόχο έχει την επίλυση ασυνείδητων ψυχικών συγκρούσεων και αμυνών. Υπάρχουν και άλλα είδη όπως είναι η Συστημική ψυχοθεραπεία, η Οικογενειακή ψυχοθεραπεία, η ψυχοθεραπεία

Gestalt, η Υπαρξιακή ψυχοθεραπεία, γεγονός που δίνει την δυνατότητα προσωπικής επιλογής από την πλευρά του ασθενούς (Kring et al, 2010).

1.5.2. ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η φαρμακευτική θεραπεία θεωρείται απαραίτητο στοιχείο της θεραπείας των περισσότερων ψυχικών διαταραχών. Υπάρχουν πολλά είδη φαρμάκων ή συνδυασμός τους, που χρησιμοποιούνται ανάλογα με την ακριβή διάγνωση της διαταραχής. Τα αντικαταθλιπτικά αποτελούν την θεραπεία πρώτης γραμμής για την κατάθλιψη. Τα αντιψυχωτικά χρησιμοποιούνται στην καταστολή των συμπτωμάτων στη σχιζοφρένεια (Lieberman et al., 2005). Στην διπολική διαταραχή η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει σταθεροποιητές της διάθεσης, ενώ στις αγχώδεις διαταραχές, τα αγχολυτικά έχουν τον κύριο ρόλο (Kring et al, 2010).

1.5.3. ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Μια έντονα αμφιλεγόμενη μορφή θεραπείας είναι η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Χρησιμοποιείται ως επί τον πλείστον σε περιπτώσεις που οι ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική θεραπεία. Η συμβουλευτική, τα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα (Lieberman et al., 2005), αλλά και εναλλακτικές θεραπείες, όπως ο διαλογισμός, η θεραπεία μέσω της τέχνης, η μουσικοθεραπεία, η χοροθεραπεία κ.α. μπορούν να φανούν χρήσιμες στην κατανόηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν από την ψυχική ασθένεια (Kring et al, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ & ΦΥΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια, υπάρχει μια στροφή προς τις εναλλακτικές θεραπείας των ψυχικών διαταραχών. Εκτός από αυτές που αναφέρθηκαν παραπάνω, η επαφή με τη φύση, η ενασχόληση με την κηπουρική και η δημιουργία κήπων θεραπευτικού σκοπού, αποτελούν μια συνεχώς αυξανόμενου ενδιαφέροντος τύπου θεραπείας.

2.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ιστορικά, οι άνθρωποι είχαν πάντα μια στενή σχέση με τη φύση, καθώς εξαρτώνται από αυτήν για την επιβίωσή τους. Από την αρχαιότητα, για πάρα πολλούς λαούς, η φύση θεωρούνταν ότι περιείχε θεραπευτικές ιδιότητες. Ακόμη και σήμερα οι ιθαγενείς της Αφρικής και της Αμερικής θεωρούν ότι η ασθένεια προέρχεται από τη διαταραχή της αρμονικής συνύπαρξης με τη φύση και ότι για τη θεραπεία απαιτείται η αποκατάσταση της ισορροπίας αυτής (Burkhardt, 2000).

Στο ιατρικό δοκίμιο «Περί Αέρων, Υδάτων, Τόπων», ο Ιπποκράτης (5ος-6ος αι. π.Χ.) είχε ήδη επισημάνει ότι η ανθρώπινη ζωή – και στην υγεία και στις ασθένειες - έχει δεσμούς με τη «Μητέρα Φύση» και πρέπει να αντιμετωπίζεται μάλλον ως σύμμαχος και φίλη, της οποίας οι συμβουλές πρέπει να γίνουν σεβαστές.

Η αναγνώριση των θεραπευτικών επιπτώσεων των φυτών και της κηπουρικής χρονολογούνται αρχικά πολλούς αιώνες πριν, το 2000 π.χ. στα πλούσια αγροτικά τοπία της Μεσοποταμίας και τους περσικούς κήπους, που είχαν σχεδιαστεί για να ικανοποιούν όλες τις αισθήσεις (Scott, 2015).

Οι ιαπωνικοί Κήποι Zen και οι Κήποι του Τσαγιού αποτελούν τα αρχικά παραδείγματα κήπων που σκοπό είχαν την ψυχική ενδυνάμωση. Εμφανίστηκαν την περίοδο 1185 - 1333 και αποτελούσαν επίκεντρο του διαλογικού στοχασμού (Nitschke, 1993).

Κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα, οι μοναστηριακοί κήποι χρησιμοποιήθηκαν για την καλλιέργεια θεραπευτικών φυτών ώστε να βοηθήσουν να ανακάμψει η υγεία των ασθενών. Επίσης, στα τέλη του δέκατου όγδοου και τον δέκατο ένατο αιώνα, τα

νοσοκομεία και τα άσυλα ενθάρρυναν τους ασθενείς να ασχοληθούν με τους κήπους προκειμένου να αποσπαστούν από τις ασθένειές τους και να νιώσουν καλύτερα. Στη δεκαετία του 1940, η κυβέρνηση των ΗΠΑ ίδρυσε νοσοκομεία για την φροντίδα βετεράνων τραυματιών και στρατιωτών. Η απασχόληση με φυτά σε αυτούς τους νοσοκομειακούς κήπους, οδήγησε σε αξιοσημείωτες βελτιώσεις στη συναισθηματική, ψυχική και σωματική υγεία τους (Scott, 2015).

Οι δραστηριότητες που σχετίζονται με τη φύση, όπως η κηπουρική και η γεωργία, έχουν χρησιμοποιηθεί ως μέρος της θεραπείας για την ψυχική υγεία σε όλο τον κόσμο εδώ και αιώνες. Αρχίζουν όμως να χρησιμοποιούνται συστηματικά περίπου πριν 200 χρόνια στις Ηνωμένες Πολιτείες. Πρώτος, ο Γενικός Χειρουργός της Αμερικής, Benjamin Rush, αναφέρθηκε στη χρήση των κήπων στη θεραπεία και ξεκίνησε το πρώτο πρόγραμμα στον κήπο του νοσοκομείου στη Φιλαδέλφεια (Taylor, 2009). Αυτή η μετατόπιση επεκτάθηκε σε προγράμματα αποκατάστασης εξωτερικών ασθενών, όπως το Farm Gould που άρχισε στις αρχές της δεκαετίας του 1900 (Smith & Beitzel, 2014).

Τα πρώτα επίσημα προγράμματα απασχόλησης με την κηπουρική άρχισαν στις Ηνωμένες Πολιτείες στις αρχές της δεκαετίας του 1970. Ωστόσο, ο όρος «φυτοκομική θεραπεία» ήταν ασυνήθιστος στις επιστήμες της υγείας μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80, όπου πραγματοποιήθηκαν οι πρώτες συστηματικές και εμπειρικές μελέτες για την εξέταση της σκόπιμης χρήσης φυτών και των δραστηριοτήτων της κηπουρικής για τη βελτίωση των κοινωνικών, γνωστικών και φυσιολογικών λειτουργιών ασθενών (Ulrich, 1984). Το 1973, ιδρύεται ο *Αμερικάνικος Οργανισμός Φυτοκομικής Θεραπείας* (American Horticultural Therapy Association - ΑΗΤΑ). Στόχος του είναι να προωθήσει την ανάπτυξη, τόσο στις Ηνωμένες Πολιτείες όσο και στο εξωτερικό, της κηπουρικής και άλλων δραστηριοτήτων που συνδέονται με αυτήν, ως θεραπευτικό μέσο και αποκατάσταση, προκειμένου να αυξηθεί η ικανότητα των «φυτοθεραπευτών» και να βελτιώσουν τα αποτελέσματα των προγραμμάτων που χρησιμοποιούν τη φυτοκομική ως θεραπεία «υποστήριξης» (Davis, 1995).

Η φυτοκομική θεραπεία περιγράφει μια διαδικασία, είτε ενεργή είτε παθητική, που χρησιμοποιεί φυτά και κήπους σε θεραπευτικές και αποκαταστασιακές δραστηριότητες που έχουν σχεδιαστεί για να επηρεάσουν θετικά ένα σύνολο καθορισμένων αποτελεσμάτων στην υγεία των ατόμων (π.χ. βελτιωμένη διάθεση, βελτιωμένη αυτοεκτίμηση, ενισχυμένη κοινωνική αλληλεπίδραση). Η φυτοκομική

θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει ενεργητικές δραστηριότητες (όπως η ενασχόληση με φυτά ή γλάστρες), ή παθητικές, (όπως η προβολή ενός κήπου μέσα από ένα ανοιχτό παράθυρο και το άκουσμα του κελαηδίσματος των πουλιών). Το επίκεντρό της είναι η πολυεπίπεδη εμπειρία και η εμπλοκή όλων των αισθήσεων. Οι θεραπευτές είναι εκπαιδευμένοι επαγγελματίες που διαθέτουν γνώσεις στην επιστήμη των φυτών και την κηπουρική, στους ανθρώπους και έχουν εμπειρία στην εφαρμογή της κηπευτικής (ΑΗΤΑ, 2015). Ωστόσο, τα άτομα με τις απαραίτητες θεραπευτικές δεξιότητες και γνώσεις της φυτοκομίας μπορούν επίσης να χρησιμοποιήσουν την κηπουρική ως θεραπευτική μέθοδο σε άλλες αναγνωρισμένες θεραπείες, όπως η εργοθεραπεία ή η φυσιοθεραπεία. Τα προγράμματα τη φυτοκομικής θεραπείας προσφέρουν στους ενήλικες φυσικά, συναισθηματικά, κοινωνικά, πνευματικά και γνωστικά οφέλη (Davis, 1997).

Τα τελευταία χρόνια, στο εξωτερικό, παρατηρήθηκε μια σημαντική αύξηση του ενδιαφέροντος για τους θεραπευτικούς κήπους. Αυτοί οι κήποι έχουν σχεδιαστεί ειδικά για την αντιμετώπιση ποικίλων εφαρμογών στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, της αποκατάστασης και άλλων θεραπευτικών ρυθμίσεων. Ένας θεραπευτικός κήπος είναι ένα περιβάλλον που κυριαρχείται από φυτά και έχει σκοπό να διευκολύνει την αλληλεπίδραση με τα θεραπευτικά στοιχεία της φύσης. Οι αλληλεπιδράσεις μπορούν να είναι παθητικές ή ενεργές ανάλογα με τον σχεδιασμό του κήπου και τις ανάγκες των χρηστών. Υπάρχουν πολλοί υπο-τύποι θεραπευτικών κήπων που περιλαμβάνουν θεραπευτικούς κήπους, κήπους αποκατάστασης και κήπους αισθήσεων κ.α. (ΑΗΤΑ, 2015).

Οι θεραπευτικοί κήποι χτίζονται με αυξανόμενη συχνότητα στις μονάδες περίθαλψης. Σε αυτούς τους κήπους, υπάρχει ένας υψηλός βαθμός συσχέτισης μεταξύ του φυσικού σχεδιασμού και του προγραμματισμού, που σκοπό έχουν να βελτιώσουν τα θεραπευτικά οφέλη για τους επισκέπτες του κήπου αλλά και τους συμμετέχοντες, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών, των κατοίκων και των εργαζομένων. Τα χαρακτηριστικά των θεραπευτικών κήπων αναπτύχθηκαν αρχικά το 1993 από την Αμερικανική Ένωση Κηπευτικής Θεραπείας (ΑΗΤΑ) με βάση τις βέλτιστες πρακτικές. Πρόσφατα η Αμερικανική Εταιρεία Αρχιτεκτόνων Τοπίου (ASLA) και άλλοι φορείς έχουν συμβάλλει στην κατανόηση του σχεδιασμού τους. Τα στοιχεία χαρακτηρίζουν τους θεραπευτικούς κήπους είναι τα ακόλουθα: προγραμματισμένες δραστηριότητες, στοιχεία που βελτιώνουν τη προσβασιμότητα καλά καθορισμένες περιμέτροι, πληθώρα

φυτών για αλληλεπιδράσεις ανθρώπων/φυτών, υποστηρικτικές συνθήκες, οικουμενικός τρόπος σχεδιασμού και αναγνωρίσιμη τοποθέτηση. Συχνά, οι σχεδιαστές τοπίου συνεργάζονται με τους καλλιεργητές οπωροκηπευτικών για να δημιουργήσουν όμορφους χώρους που φιλοξενούν ανθρώπους με ένα ευρύ φάσμα ικανοτήτων (ΑΗΤΑ, 2015). Επιπρόσθετα, οι θεραπευτικοί κήποι απαιτείται να διεγείρουν τις αισθήσεις και να δημιουργούν έναν ενδιαφέροντα χώρο που να δίνει τη δυνατότητα απομόνωσης αλλά και δραστηριοτήτων, να δημιουργούν την αίσθηση ασφάλειας και άνεσης και να καλλιεργούν τη δυνατότητα επιλογής και τη αίσθηση ελέγχου (Cooper, 2016).

Παρόλο που η θεραπευτική ποιότητα της φύσης ήταν γνωστή και εφαρμόστηκε διαισθητικά, η επιστημονική έρευνα για τις θεραπευτικές δραστηριότητες στον τομέα της κηπουρικής έχει κερδίσει αυξημένη προσοχή τις τελευταίες δεκαετίες.

2.3. ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΦΥΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η κηπουρική θεραπεία εστιάζει σε συγκεκριμένους θεραπευτικούς στόχους, οι οποίοι είναι:

- Η πνευματική ανάπτυξη: Κατά τη διάρκεια της ενασχόλησης με τα φυτά, εμφανίζεται μια διανοητική διέγερση. Οι θεραπευόμενοι συγκεντρώνονται σε ένα σκοπό, τηρούν ένα προγραμματισμένο χρονοδιάγραμμα και λαμβάνουν σημαντικές αποφάσεις, όπως για παράδειγμα τι θα καλλιεργηθεί, ποια θα είναι η διαδικασία κτλ. Πρέπει να φροντίζουν για υλικά και τα εργαλεία που θα χρειαστούν, για την προετοιμασία και για τη πορεία της καλλιέργειας. Οι ικανότητες, οι οποίες απαιτούνται για διαδικασίες όπως το φύτεμα, το πότισμα και τη λίπανση βελτιώνουν την αριθμητική ικανότητα. Επίσης, οι ασθενείς λαμβάνουν πρωτοβουλίες και δέχονται τις συνέπειες των πράξεών τους (Shoulders & Wray, 1995).
- Η ανάπτυξη σωματικών δυνατοτήτων: Τους δίδεται η δυνατότητα για άσκηση και για ενδυνάμωση των λειτουργικών ικανοτήτων τους. Μπορεί για παράδειγμα να εξοικειώνονται στη χρήση εργαλείων. Επιπρόσθετα, σκοπός είναι να αυξηθεί η δύναμη, η αντοχή και η ισορροπία του σώματος, να ενισχυθεί η αδρή ή η λεπτή κινητικότητα, ο συντονισμός και ο συγχρονισμός των διάφορων μελών του σώματος, όπως των ματιών με των χεριών, με αποτέλεσμα να διενεργούνται συνδυαστικές ενέργειες (Simpson & Straus, 1997).

- Η ανάπτυξη της κοινωνικότητας – Η βελτίωση της συμπεριφοράς- Η αύξηση της αυτοεκτίμησης: Η εργασία στους κήπους αυξάνει τις κοινωνικές επαφές. Υπάρχουν κοινά ενδιαφέροντα (τα φυτά), τα οποία αποτελούν βασικό θέμα συζήτησης. Οι ασθενείς, κατά τη διάρκεια της εργασίας μπορούν να μιλούν πιο ελεύθερα για τα συναισθήματά τους. Επιπλέον ο θεραπευτής δημιουργώντας μια σχέση εμπιστοσύνης μαζί τους, έχει τον χώρο εκείνο (κήπο), όπου τα προβλήματα που τους απασχολούν, μπορούν να συζητηθούν. Η θεραπεία τους καλλιεργεί το αίσθημα κοινωνικής αλληλεγγύης. Η εργασία με τα φυτά σε ένα άνετο περιβάλλον χαλαρώνει και αναζωογονεί, ενώ παράλληλα η επιθετική συμπεριφορά λόγω ψυχικής ή συναισθηματικής φόρτισης οδηγείται σε εκτόνωση μέσω της σωματικής εργασίας. Πραγματοποιώντας μικρές εργασίες με άμεσο, ορατό αποτέλεσμα αποκτούν αυτοεκτίμηση (Relf & Sheri, 1995).
- Η απασχόληση και η εργασιακή αποκατάσταση: Οι ασθενείς αποκτούν νέα ενδιαφέροντα και ικανότητες, που μεταφέρονται εκτός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Η κηπουρική αποτελεί μια δραστηριότητα που επεκτείνεται στην καθημερινότητά τους. Η κηπουρική είναι μια πολύπλευρη δραστηριότητα που δίνει τη δυνατότητα για έκφραση και δημιουργικότητα μέσω της κηποτεχνίας και της ανθοδετικής. Τα φυτά δίνουν αίσθημα έμπνευσης και αναζωογόνησης. Οι ασθενείς αποκτούν υπευθυνότητα, επικοινωνιακές ικανότητες, προσαρμόζονται στη δουλειά και στους άλλους ρυθμούς της ζωής. Παράλληλα, μαθαίνουν για την ανάγκη της τάξης και της ομαδικότητας, του προγραμματισμού, στοιχεία που είναι απαραίτητα για την εύρεση και διατήρηση μιας εργασίας (Flagler & Poincelot, 1994).

2.4. ΣΧΕΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Η ζωή του ανθρώπου στις μεγαλουπόλεις πολιορκείται από γρήγορους ρυθμούς και διαρκείς θορύβους που του δημιουργούν στρες, επηρεάζοντας συστηματικά την ψυχική του διάθεση και τη δυνατότητα αυτοσυγκέντρωσής του. Στις μέρες μας, οι άνθρωποι αφιερώνουν όλο και λιγότερο χρόνο για να απολαμβάνουν την φύση και την ύπαιθρο.

Η σύγχρονη αστική ζωή συνδέεται με διάφορες αρνητικές συνέπειες για την υγεία, όπως η διατροφή με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά, η καθιστική ζωή και τα αυξημένα επίπεδα κοινωνικού και ψυχολογικού στρες και περιβαλλοντικών ρύπων (Lambert et al., 2015; Sodjinou et al., 2008). Ως εκ τούτου, η προαγωγή της υγείας των αστικών πληθυσμών έχει γίνει ένα από τα πιο δύσκολα ζητήματα του 21ου αιώνα (Dye, 2008; Tzoulas et al., 2007).

Σύμφωνα με τους Tzoulas et al., (2007), το πράσινο στις πόλεις μπορεί να διαδραματίσει βασικό ρόλο στην ανάπτυξη μιας υγιούς κοινωνίας. Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι η άμεση επαφή με φυσικά περιβάλλοντα προσφέρει ένα ευρύ φάσμα ωφελειών για την υγεία (Hartig et al., 2014; Soga, Gaston, 2016).

Πρόσφατες μελέτες υποδεικνύουν ότι η καθημερινή επαφή με τη φύση έχει μακροπρόθεσμα οφέλη για την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης (Beyer et al., 2014), του βάρους γεννήσεως των βρεφών (Dadvand et al., 2012), του διαβήτη και της παχυσαρκίας (Lachowycz & Jones, 2011), του κυκλοφορικού και των καρδιακών παθήσεων (Maas et al., 2009) και τη μακροζωία (Takano et al., 2002). Αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ότι η τακτική επαφή με τη φύση μπορεί να προάγει την ανθρώπινη υγεία και να χρησιμοποιηθεί ως μορφή προληπτικής ιατρικής (Groenewegen et al., 2006).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η συχνή εμφάνιση και εξάπλωση των λεγόμενων «ασθενειών του τρόπου ζωής (lifestyle)», όπως οι καρδιακές παθήσεις, τα εγκεφαλικά επεισόδια, η κατάθλιψη, ο διαβήτης και η παχυσαρκία, γίνεται ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας (Caballero, 2007; Moussavi et al., 2007). Για παράδειγμα, εκτιμάται ότι παγκοσμίως περίπου 415 και 350 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν σήμερα από διαβήτη και κατάθλιψη αντίστοιχα και επομένως και οι δύο είναι δαπανηρές για τους εθνικούς προϋπολογισμούς για την υγειονομική περίθαλψη (IDF, 2015; WHO, 2016). Δυστυχώς, η τάση αυτή αναμένεται να συνεχιστεί στο προβλέψιμο μέλλον, καθώς ένας

μεγάλος αριθμός από το ποσοστό του παγκόσμιου πληθυσμού θα ζει σε αστικές περιοχές (Seto et al., 2012).

Σε έρευνα των Ulrich et al., (1991) όπου προβλήθηκαν ταινίες τόσο με αστικά ψυχοφθόρα και αγχωτικά περιβάλλοντα όσο και με φυσικά περιβάλλοντα με κυρίαρχη την βλάστηση ή το νερό, τα αποτελέσματα των μετρήσεων ανέδειξαν την άρρηκτη σχέση που υφίσταται ανάμεσα στο φυσικό περιβάλλον και την ψυχική υγεία.. Τα επιστημονικά ευρήματα υποδηλώνουν ότι τα άτομα με έντονο άγχος αισθάνονται σημαντικά καλύτερα μετά από έκθεση σε φυσικά τοπία και όχι σε τοπία που στερούνται στοιχείων της φύσης. Σε σύγκριση με τις επιδράσεις των αστικών τοπίων, το σημαντικό φαινόμενο των εκθέσεων στη φύση, ήταν η αύξηση της θετικής επίδρασης και η μείωση της φοβικής αντίδρασης (Ulrich, 1991). Το 2014, οι Hartig et al., διατύπωσαν το θεώρημα ότι η φύση έχει χαλαρωτική ικανότητα, επειδή είναι ένας χώρος, που δεν προκαλεί πνευματική καταπόνηση με αποτέλεσμα να εμφανίζονται θεραπευτικά αγχολυτικά αποτελέσματα.

Ο Loun (2005) υποστήριξε ότι η μείωση της επαφής με τη φύση έχει ως αποτέλεσμα ορισμένα προβλήματα υγείας και συμπεριφοράς, ειδικά για τα παιδιά, τα οποία συνολικά μπορεί να παρουσιάσουν μια «διαταραχή έλλειψης φύσης». Παρόμοια αποτελέσματα παρουσίασε η έρευνα του Maller (2009), ο οποίος εξέτασε την επίδραση των δραστηριοτήτων άμεσης επαφής με το φυσικό περιβάλλον, στο σχολικό περιβάλλον και στην ψυχική υγεία των παιδιών. Οι δραστηριότητες που περιλαμβάνουν φροντίδα κήπου, μικρών ζώων και παιχνίδια στη φύση φανέρωσαν δεξιότητες χειραφέτησης και εξερεύνησης δημιουργικού παιχνιδιού. Επομένως, τόσο οι δομημένες δραστηριότητες (επιβλεπόμενες από ενήλικους) όσο και οι αδόμητες δραστηριότητες (ελεύθερης αλληλεπίδρασης) στο σχολικό περιβάλλον αποδείχθηκαν επωφελείς για την ψυχική υγεία των παιδιών, τα οποία βελτίωσαν τη συνολική ευημερία τους και αυτοεκτίμησή τους.

Τα θεραπευτικά οφέλη της φύσης περιλαμβάνουν σημαντικές αυξήσεις στη σωματική και ψυχολογική ευεξία (Soga, Gaston, & Yamaura, 2017), μειωμένα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων και συμπτωμάτων άγχους (Beyer et al., 2014), φυσιολογική χαλάρωση (Lee et al., 2013) και βελτίωση της κατάστασης διάθεσης (Wichrowski, Whiteson, Haas, Mola, & Rey, 2005).

Ορισμένα ερευνητικά αποτελέσματα έχουν δείξει ότι η παρουσία των φυτών στο χώρο εργασίας αυξάνει την παραγωγικότητα, μειώνει το ποσοστό απουσίας και βελτιώνει τη διάθεση των εργαζόμενων (Fjield, 2000). Υπογραμμίζουν ότι οι εργαζόμενοι σε ένα γραφείο χωρίς παράθυρα αλλά με φυτά δούλευαν περισσότερο αποτελεσματικά, είχαν χαμηλότερη αρτηριακή πίεση και ήταν πιο προσεχτικοί από τους εργαζόμενους στο ίδιο χώρο χωρίς φυτά (Lohr et al., 1996).

2.5. ΣΧΕΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΗΠΟΥΡΙΚΗΣ

Με τα χρόνια, οι δραστηριότητες αναψυχής και χαλάρωσης σε ένα δασικό περιβάλλον (π.χ. κολύμβηση ή βόλτα στο δάσος, ορειβασία κ.α.) έχουν γίνει ένα είδος «φυσιοθεραπείας» και είναι δημοφιλής μέθοδος για πολλούς αστικούς πληθυσμούς με ψυχικές διαταραχές. Τα πεδία της προληπτικής και εναλλακτικής ιατρικής έχουν, επίσης, δείξει ενδιαφέρον για τις θεραπευτικές επιδράσεις της φυσιοθεραπείας. Το πράσινο τοπίο μπορεί να βοηθήσει στην μειωμένη παραγωγή ορμονών στρες με αποτέλεσμα την απαλλαγή από το άγχος (Ohtsuka et al., 1998).

Μεταξύ των θεραπειών της φύσης, η φυτοκομική - κηπουρική θεραπεία, η οποία εφαρμόζεται εύκολα, είναι πολύ δημοφιλής για τη θεραπεία και την αποκατάσταση ασθενών και για τη θετική ενίσχυση της υγείας των ηλικιωμένων. Τα πεδία της προληπτικής και της εναλλακτικής ιατρικής έχουν επίσης δείξει ενδιαφέρον για τις θεραπευτικές επιδράσεις της (Söderback, Söderström, Schäländer, 2005).

Όπως έχει αναφερθεί, ως φυτοκομική ή κηπουρική θεραπεία / θεραπευτική κηπουρική ορίζεται οποιαδήποτε τεχνική που διεξάγεται για τη θεραπεία και την αποκατάσταση και χρησιμοποιεί ως μέσο φυτά, κηπουρικές δραστηριότητες και τη φύση (ΑΗΤΑ, 2015). Η επίσημη αναγνώριση από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα επήλθε μετά τη δεκαετία του '90 όπου έγιναν πολλές εμπειριστατωμένες έρευνες. Τα τελευταία χρόνια, η κηπουρική χρησιμοποιείται ως παρέμβαση στη ψυχική υγεία. (Matsuo, 2000).

Η κηπουρική είναι αναμφισβήτητα ένας από τους πιο συνηθισμένους τρόπους αλληλεπίδρασης με τη φύση και πράγματι αποτελεί δημοφιλή δραστηριότητα σε πολλές χώρες. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο, εκτιμάται ότι περίπου το 40% του συνολικού πληθυσμού, συμμετέχει ενεργά στην κηπουρική (Bisgrove, Hadley, 2002).

Ομοίως, εκτιμάται ότι στις ΗΠΑ, ένας στους τρεις κατοίκους, και στην Ιαπωνία, ο ένας στους τέσσερις, ασχολούνται με την κηπουρική καθημερινά ως χόμπι (Statista, 2015).

Δεδομένης της κλίμακας των δραστηριοτήτων κηπουρικής και της σκοπιμότητάς τους σε διάφορες πόλεις, φαίνεται να υπάρχουν μεγάλες πιθανότητες για τον περιορισμό της συνεχιζόμενης απώλειας της αλληλεπίδρασης ανθρώπου-φύσης και της εξαφάνισης αυτής της εμπειρίας (Soga et al., 2016).

Ως είδος θεραπείας το πλεονέκτημα της φυτοκομικής θεραπείας είναι ότι μπορεί να τροποποιηθεί για να καλύψει τις θεραπευτικές ανάγκες πολλών διαγνώσεων. Η φυτοκομία συνδέεται με ευεργετικές επιδράσεις στην ψυχική και κοινωνική ευημερία, όπως αυξημένη αυτοεκτίμηση και εύρος προσοχής, βελτιωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση και επικοινωνιακές δεξιότητες, αίσθηση ολοκλήρωσης και μείωση της παρορμητικής συμπεριφοράς (Sellers 2001). Ο Sellers, 2001, έδειξε ότι οι εσωτερικοί ασθενείς ιδρυμάτων επωφελήθηκαν από «συνεδρίες» οπωροκηπευτικής απασχόλησης και αισθάνθηκαν άνετα με την αλληλεπίδραση στην ομάδα. Η φυτοκομική θεραπεία είχε ως αποτέλεσμα τη βελτιωμένη αλληλεπίδραση, την ολοκλήρωση εργασιών, τη βελτίωση των ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων και την λήψη θετικών ανατροφοδοτήσεων. Όλοι οι συμμετέχοντες ανταποκρίθηκαν θετικά στις κηπευτικές συναντήσεις. Οι θεραπευτές ανέφεραν ότι οι εξωτερικοί ασθενείς έδωσαν μεγαλύτερη προσοχή στα καθήκοντα των «συνεδριών» της καλλιέργειας των φυτών παρά στις εργασίες άλλων συνεδριών. Επιπρόσθετα, όλοι ανέφεραν βελτιωμένη διάθεση ως αποτέλεσμα της θεραπείας με φυτά.

Ένα βασικό πλεονέκτημα της κηπουρικής ως θεραπεία είναι ότι δημιουργεί πολλαπλά κίνητρα στους ασθενείς (Rappe et al., 2008). Το κύριο κίνητρο για την ένταξη στην ομάδα κηπουρικής, εκτός από το ενδιαφέρον για την καλλιέργεια φυτών, είναι η δυνατότητα να ξοδέψουν χρόνο σε εξωτερικούς χώρους και να πάρουν φρέσκο αέρα. Τα θετικά συναισθήματα που σχετίζονται με τη λαχτάρα να είναι σε ένα φυσικό περιβάλλον και να απολαμβάνουν τον ήλιο έρχονται σε αντίθεση με τα αισθήματα που προκαλούνται από το αποστειρωμένο και κρύο περιβάλλον του νοσοκομείου. Η επαφή με τη φύση προσφέρει κατ' έναν τρόπο ένα διάλειμμα από τις εσωτερικές σκέψεις και ανησυχίες. (Pieters et al., 2019).

Οι συμμετέχοντες είναι ιδιαίτερα ενθουσιασμένοι με την αισθητική εμπειρία που βιώνουν. Τα λουλούδια, οι μυρωδιές των φυτών και η δημιουργία ενός

τακτοποιημένου και ευχάριστου περιβάλλοντος προσφέρουν μεγάλη ικανοποίηση. Επίσης, προσβλέπουν στην ευκαιρία να εκτελούν χρήσιμες εργασίες, έχουν ανάγκη να οργανώνουν «σημαντικές, αναζωογονητικές και αποκαταστατικές» δραστηριότητες, να είναι παραγωγικοί και αυτόνομοι (Rappe et al., 2008).

Το κίνητρο για συνεύρεση και συμμετοχή στις συζητήσεις κατά τη διάρκεια της θεραπείας είναι σημαντικό για σχεδόν όλους τους θεραπευόμενους. Ανακουφίζονται από τις αγωνίες τους, βιώνουν την υποστηρικτική και θετική ατμόσφαιρα της ομάδας και κατανοούν τη χρησιμότητά της. Η μορφή και η δομή της ομάδας, ο αντίκτυπος της συμμετοχής των μελών του προσωπικού, οι κοινωνικές πτυχές που αναβιώνουν είναι όλα τα κεντρικά μέρη της εμπειρίας από την κηπουρική. Η εμπύχωση και η καθοδήγηση από το προσωπικό, τους κάνουν να νιώθουν άνετα. Το γεγονός ότι νιώθουν ότι δεν επικρίνονται τους ανακουφίζει. Χαρακτηρίζουν την συμμετοχή τους ως μια «εμπειρία κοινή», που τους «δένει» (Pieters et al., 2019).

2.5.1. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΑ ΟΦΕΛΗ

Η κηπουρική περιγράφεται συχνά ως μια δημιουργική και πνευματική ψυχαγωγική δραστηριότητα, η οποία προσφέρει ένα εσωτερικό νόημα στον άνθρωπο (Kaplan, 1995). Ένας κήπος, επομένως, μπορεί να έχει προσωπικό νόημα ως χώρος ιδιωτικότητας, ως ένα μέρος για να ηρεμήσει και να καταλάβει τη φύση και ως ένα μέρος όπου μπορεί κανείς με έναν τρόπο να βοηθήσει στη φροντίδα του πλανήτη (Bhatti, 2006). Η αλληλεπίδραση με το φυσικό περιβάλλον μπορεί επίσης να ενεργοποιήσει μια διαδικασία αντανάκλασης, ώστε μπορεί να βοηθήσει το άτομο να εξάγει νόημα από το παρελθόν και να κάνει σχέδια για το μέλλον (Kaplan, 1973).

Οι δραστηριότητες της κηπουρικής στόχο έχουν την ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης, των κοινωνικών επαφών και της αυτοπεποίθησης. Από τα πιο σπουδαία οφέλη της είναι η σωματική άσκηση, το αίσθημα ικανοποίησης, το οικονομικό κέρδος από την παραγωγή προϊόντων αλλά και η άσκηση πνευματικών και γνωστικών ικανοτήτων όπως η μνήμη, η αντίληψη, η συγκέντρωση και η επίλυση προβλημάτων και η απόκτηση νέων δεξιοτήτων και γνώσεων (Dannenmaier, 1995).

Στην μελέτη που πραγματοποίησε ο Tse (2010) σε ηλικιωμένους που έμεναν σε νοσοκομεία και συμμετείχαν σε πρόγραμμα κηπουρικής οκτώ εβδομάδων, βρέθηκαν σημαντικές βελτιώσεις στην ικανοποίηση της ζωής και στο κοινωνικό δίκτυο, καθώς

και σημαντική μείωση του αισθήματος της μοναξιάς. Πολύ σημαντικό είναι ότι οι καθημερινές δραστηριότητες παρέμειναν αμετάβλητες και μετά το πρόγραμμα.

Η εμπειρία που δημιουργείται μέσω της κηπουρικής μπορεί επίσης να περιγραφεί ως μια προσωπική αφήγηση που περιλαμβάνει την ανακάλυψη ύπαρξης συνοχής στη φύση, αλλά και στην προσωπική ιστορία του ατόμου (Ottosson & Grahn, 2008). Οι αισθητικές εμπειρίες που αποκτά από την κηπουρική συνδέονται με το ίδιο το άτομο μέσω των συναισθηματικών απαντήσεων που δίνει. Σύμφωνα με τον Ulrich (1983), η πρώτη αντίδραση του ανθρώπου στα φυτά είναι συναισθηματική, και αυτή η συναισθηματική απόκριση, όταν συμβαίνει, επιτρέπει τη δημιουργία νοημάτων και αναμνήσεων. Η φύση και ο κήπος, ως περιβαλλοντικές δομές, χρησιμεύουν επίσης ως μεταφορές για διάφορες πτυχές της ζωής: το μεγάλο και το μικρό, το όμορφο και το άσχημο, την ανάπτυξη και τη φθορά (Grut, 2003). Η αναγνώριση αυτών των μεταφορικών ιδιοτήτων των κήπων μπορεί να φέρει ένα άτομο σε στενότερη επαφή με τον δικό του κύκλο ζωής.

Η σοβαρότητα της κατάθλιψης μειώνεται σημαντικά μετά την παρέμβαση της φυτοθεραπείας και το σημαντικότερο είναι ότι παραμένει σε χαμηλά επίπεδα στην επανεξέταση έξι μήνες αργότερα (Gonzalez et al., 2011). Η αποκατάσταση μέσω της κηπουρικής και άλλων δημιουργικών δραστηριοτήτων σε θεραπευτικό κήπο έχει βρεθεί ότι έχει θετικές επιπτώσεις στα άτομα με προβλήματα υγείας λόγω στρες (Eriksson, Karlström, Jonsson, & Tham, 2010), με ψυχικές χρόνιες ασθένειες (Perrins-Margalis, Rugletic, Shepis, Stepanski, & Walsh, 2000) και με άνοια (Gigliotti & Jarrot, 2005). Οι δημιουργικές δραστηριότητες προάγουν την ικανότητα δέσμευσης και βελτιώνουν την εικόνα του εαυτού σε άτομα με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης (Reynolds, Vivat, & Prior, 2008).

Στην Κορέα, υλοποιήθηκε ένα πρόγραμμα ομαδικής κηπουρικής θεραπείας για γυναίκες που είχαν υποστεί κακοποίηση. Το κύριο εύρημα ήταν ότι μετά την παρέμβαση η αυτοεκτίμηση αυξήθηκε σημαντικά και ταυτόχρονα οι βαθμολογίες της κατάθλιψης μειώθηκαν. Η ενεργός συμμετοχή σε δραστηριότητες ευθύνης αυξάνει την ιδέα της δική τους ανεξαρτησίας (Lee, Kim and Suh, 2008). Η θεραπεία με τα φυτά αυξάνει την επιτυχή ανάκαμψη επειδή ο θεραπευόμενος είναι υπεύθυνος για τα «ζωντανά» φυτά και επιτυγχάνοντας στις απαιτήσεις της φροντίδας τους, αυξάνει την αυτοπεποίθησή του (Mattson, 2002). Ο Relf (1992) υποδεικνύει ότι η φυτοθεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματική για την ανακούφιση της κατάθλιψης και του θυμού. Οι

φυσικές δραστηριότητες μπορούν να μετριάσουν την επιθετική κλίση (Lewis, 1996). Η ικανοποίηση που λαμβάνουν από τις δραστηριότητες με τους κήπους διαφέρει ποιοτικά από την ικανοποίηση από μια άλλη δραστηριότητα (Lee et al., 2002).

Στην μελέτη των Eum και Kim (2016) αναφέρεται ότι ένα 16-συνεδριακό πρόγραμμα κηπευτικής θεραπείας βελτίωσε την αυτο-αποτελεσματικότητα και μείωσε ψυχιατρικά συμπτώματα σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Οι Cho et al. (2003) ανέφεραν ότι ένα 24-συνεδριακό πρόγραμμα κηπευτικής θεραπείας βελτίωσε ψυχοπαθολογικά συμπτώματα και διαπροσωπικές σχέσεις ασθενών με σχιζοφρένεια. Οι Song και Sim (2000) τόνισαν επίσης την σημαντική βελτίωση στα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα των ασθενών με σχιζοφρένεια μετά από ένα 10-συνεδριακό πρόγραμμα κηπευτικής θεραπείας. Οι Parvin et al., (2016) έδειξαν ότι ένα 3μηνο πρόγραμμα κηπευτικής θεραπείας βελτίωσε σημαντικά τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά συμπτώματα σε αυτούς τους ασθενείς.

Υπάρχουν επίσης πολλές ψυχοθεραπευτικές πτυχές της κηπουρικής που μπορούν να είναι ιδιαίτερα σημαντικές για άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα, η φύση έχει αναφερθεί ως συν-θεραπευτής, βοηθώντας τους ανθρώπους να εργαστούν στις ψυχολογικές τους δυσκολίες (Berger & McLeod, 2006). Για τους ανθρώπους που πάσχουν από ψυχολογική δυσφορία, οι οποίοι μπορεί να μην αισθάνονται ικανοί να ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις του ανθρώπινου κόσμου, η αισθητηριακή επαφή με το φυσικό περιβάλλον καθιστά δυνατή τη σύνδεση και την επικοινωνία σε ένα απλούστερο και ασφαλέστερο επίπεδο (Grahm et al., 2010). Αυτό μπορεί με τη σειρά του να τους οδηγήσει στον τρόπο με τον οποίο θα αρχίσουν να αντιμετωπίζουν και τις προσωπικές τους δυσκολίες. Για παράδειγμα, ο Relf (1981) περιέγραψε πως η σεξουαλικότητα και ο θάνατος, που αποτελούν δυνητικά απειλητικά θέματα, συναντώνται συχνά στο περιβάλλον του κήπου (π.χ. μέσω της αναπαραγωγής και του θανάτου των φυτών) και ότι μέσω αυτής της καλοήθους επαφής μπορεί να διευκολυνθεί η αντιμετώπιση των πιο σύνθετων ζητημάτων περί της ανθρώπινης σεξουαλικότητας και του θανάτου.

Ο κήπος έχει και μια συμβολική σημασία. Φροντίζοντας τα φυτά οδηγούνται στον να φροντίζουν τον εαυτό τους. Αποκτούν γνώσεις για τον εαυτό τους, για την έννοια της ζωής, για την αμοιβαιότητα, για την απαραίτητη ρουτίνα και φροντίδα, για το πώς μια μικρή πράξη μπορεί να αλλάξει τον τρόπο που νιώθουν. Όλα αυτά

μεταφράζονται σε μια βαθύτερη κατανόηση της δικής τους εμπειρίας (Pieters et al., 2019).

Η συμμετοχή σε δραστηριότητες κηπουρικής έχει συνδεθεί με τη μείωση του στρες (Lee, Oh, Jang, & Lee, 2018; VanDenBerg & Custers, 2011) και την ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (Ulrich, 1983), την αυξημένη εστιασμένη προσοχή (Detweiler et al., 2015) και την αυτο-αποτελεσματικότητα (Salomon, Salomon, & Beeber, 2018).

2.5.2. ΓΝΩΣΤΙΚΑ ΟΦΕΛΗ

Μια παρέμβαση κηπουρικής 15 συνεδρίων που περιλάμβανε και αεροβική άσκηση χαμηλής έως μέτριας έντασης, βρέθηκε να βελτιώνει τη μυϊκή μάζα, την αερόβια αντοχή, την επιδεξιότητα των χεριών, τη γνωστική ικανότητα και την περιφέρεια μέσης σε πληθυσμό ηλικιωμένων γυναικών (>70 ετών) (Park et al., 2016).

Οι Van de Berg et al. (2011), υποστηρίζουν ότι η υπαίθρια κηπουρική έχει άμεση επίδραση στα επίπεδα της κορτιζόλης και τον χρόνο αποκατάστασης του στρες του εμπλεκόμενου ατόμου. Το νευροενδοκρινικό σύστημα αποδείχθηκε ότι επωφελείται μόνο από 30 λεπτά κηπουρικής, υποστηρίζοντας έτσι τη σωματική και ψυχική υγεία του κηπουρού. Μια παρέμβαση κηπουρικής 20 συνεδρίων μείωσε σημαντικά τα επίπεδα της κορτιζόλης, της κατάθλιψης και του άγχους στους ασθενείς σε νοσοκομεία. Συγκεκριμένα, το υψηλό επίπεδο κορτιζόλης έχει συσχετιστεί με την κατάθλιψη, ενώ η μείωση της κορτιζόλης χρησιμοποιείται επιτυχώς για τη θεραπεία της κατάθλιψης (Kim et al., 2006).

Το 2003, ο Kim et al., μελέτησαν την επίδραση της φυτοκομικής θεραπείας στη λειτουργική αποκατάσταση σε ημιπληγικούς ασθενείς μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο. Η φυτοκομική θεραπεία ήταν πολύ αποτελεσματική ως ένα εναλλακτικό φάρμακο και διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση των ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ιδιαίτερα από νευροψυχολογική άποψη.

Οι θετικές φυσιολογικές επιπτώσεις της κηπουρικής στον ανθρώπινο οργανισμό διασαφηνίστηκαν μεταξύ υγιών νεαρών φοιτητών πανεπιστημίου στην Κορέα, όταν οι δραστηριότητες με τα φυτά μείωναν τη διαστολική αρτηριακή πίεση σε σύγκριση με δραστηριότητες με υπολογιστές (πχ ηλεκτρονικά παιχνίδια) (Lee, Lee, Park, &

Miyazaki, 2015). Ο καρδιακός ρυθμός, η αυτοαναφερόμενη κόπωση και το άγχος των φοιτητών μειώθηκαν όταν εκτέθηκαν στη φύση (Song et al., 2014). Επιπλέον, η εμπλοκή στην κηπουρική θα μπορούσε να εξασφαλίσει στους ανθρώπους μια πιο υγιεινή διατροφή, πλούσια σε φρούτα και λαχανικά (Langellotto & Gupta, 2012).

Στους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια, που ασχολούνταν με την κηπουρική βρέθηκε μεγαλύτερη δραστηριότητα του κύματος δέλτα στην μετωπική περιοχή και λιγότερη δραστηριότητα του κύματος άλφα (Park et al., 2017). Είναι ενδιαφέρον ότι σε μια προηγούμενη μελέτη 24 ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσίασαν σημαντικά μειωμένα δέλτα κύματα στην περιοχή του μετωπιαίου λοβού και αυξημένα κύματα άλφα στην ινιακή περιοχή ακόμη και μετά την απλή προβολή των φυτών (Song et al., 2002).

Υπάρχουν και γνωστικά κίνητρα που κινητοποιούν τους ασθενείς. Από την ανάκληση παιδικών αναμνήσεων έως και την εκμάθηση νέων δεξιοτήτων, τεχνικών, τη δημιουργία νέων ιδεών και γνώσεων και τη βελτίωση της συγκέντρωσης και της προσοχής, που αποκτώνται κατά την διάρκεια της θεραπείας μπορούν και τροποποιούνται ώστε να εφαρμόζονται και σε άλλους τομείς της καθημερινότητας (Rappe et al., 2008).

Επιπλέον, ένα πρόγραμμα φυτοκομικής θεραπείας 16 συνεδριών μείωσε τα συμπτώματα κατάθλιψης σε ηλικιωμένους ασθενείς μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο (Park et al., 2015). Η παρέμβαση απασχόλησης με κήπους εντός των νοσοκομείων επηρεάζει θετικά ως προς την αποκατάσταση, τη μείωση του άγχους, την αύξηση των αισθημάτων ευεξίας και προωθεί τη συμμετοχή στην κοινωνική ζωή και την επανένταξη των ασθενών με εγκεφαλική βλάβη (Söderback, Söderström, Schäländer, 2005).

2.5.3. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΟΦΕΛΗ

Η καλλιέργεια φυτών αναπτύχθηκε ως θεραπεία και μέσα σε φυλακές. Τέτοιου είδους προγράμματα μελετώνται ειδικά για την αποκατάσταση και την επανένταξη στην κοινωνία στο τέλος της περιόδου κράτησης, η οποία συχνά τροφοδοτεί απογοήτευση και οργή. Το σημαντικότερο αποτέλεσμα είναι η αυξημένη αυτοεκτίμηση και η δημιουργία θετικών συνδέσεων για κοινωνική επανένταξη μετά την αποφυλάκιση. Επίσης αποκτήθηκαν εξαιρετικά αποτελέσματα σε επίπεδο πρόληψης.

Μέσω δραστηριοτήτων στον τομέα της κηπουρικής, οι κρατούμενοι μπορούν να αποκτήσουν γνώσεις, ευθύνες και επιτεύγματα και τελικά μπορούν να είναι συναισθηματικά και επαγγελματικά προετοιμασμένοι να καταλάβουν τις θέσεις τους στην κοινωνία και στην εργασία (McGuinn & Relf, 2001).

Η φυτοθεραπεία μπορεί να αποτελέσει μια αποτελεσματική θεραπεία υποστήριξης και είναι μια χρήσιμη μέθοδος για τη βελτίωση της κοινωνικής συμπεριφοράς σε πολλές χρόνιες ασθένειες όπως οι ψυχιατρικές διαταραχές, η εγκεφαλική βλάβη, η άνοια, το AIDS και το Alzheimer (Talbot et al., 1976).

Στην έρευνα των Pieters et al. (2019), οι συμμετέχοντες ανέφεραν ένα γνωστικό ή συναισθηματικό όφελος από την συμμετοχή τους στη φροντίδα του κήπου. Στην πραγματικότητα, τα λίγα αρνητικά σχόλια αφορούσαν το μέγεθος και το χώρο του ίδιου του κήπου. Περαιτέρω επισημάνσεις από πολλούς συμμετέχοντες περιλάμβαναν αξιοσημείωτες αισθητήριες εμπειρίες και το γεγονός ότι είχαν έναν χώρο για να σκεφτούν. Μερικοί από αυτούς είχαν σημαντικές εμπειρίες γύρω από την ανάγνωση για τη διαδικασία της κηπουρικής και στη συνέχεια εφαρμόζαν αυτές τις γνώσεις στη ζωή τους. Η εμπειρία της σχέσης με τη φύση περιγράφηκε ως ευκαιρία να μάθουν κάτι νέο. Αυτές οι αναφορές υπογραμμίζουν την αλληλεπίδραση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων που υπάρχουν στους ανθρώπους όταν ασχολούνται με την κηπουρική: όπως το ότι είναι έξω, ότι δεν είναι έγκλειστοι και ότι είναι σε επαφή με άλλους (Perrins-Margalis et al., 2000).

Επιπλέον, μελέτες έχουν δείξει ότι η κηπουρική ωφέλησε θετικά την κοινωνική ένταξη και αλληλεπίδραση (Masel et al., 2018; Sempik, Rickhuss, & Beeston, 2014). Τα θεραπευτικά αποτελέσματα της αλληλεπίδρασης ανθρώπων-φυτών μεταξύ των ψυχιατρικών πληθυσμών στις νοσοκομειακές εγκαταστάσεις και στις κοινότητες των εξωτερικών ασθενών έχουν υποστηριχθεί σε μεγάλο βαθμό από τη βιβλιογραφία. Η συμμετοχή σε δραστηριότητες κηπουρικής έδειξε βελτίωση στα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα μεταξύ ασθενών με σχιζοφρένεια (Oh, Park, & Ahn, 2018), μείωση της διέγερσης σε άτομα με άνοια (Edwards, McDonnell, & Merl, 2013) και μειωμένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες μεταξύ ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές (Kam & Siu, 2010).

Οι Eriksson, Westerberg, Jonsson (2011) ερεύνησαν την επίδραση των θεραπευτικών κήπων σε γυναίκες με στρες που σχετίζονταν με προβλήματα υγείας.

Βρήκαν ότι η εμπλοκή σε δημιουργικές δραστηριότητες κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης καλλιέργησε αισθήματα ικανότητας και απόλαυσης και δημιούργησε μια θετική εικόνα για το μέλλον. Το προστατευτικό περιβάλλον του θεραπευτικού κήπου ενέπνευσε τους συμμετέχοντες να δημιουργήσουν καταστάσεις στην καθημερινή ζωή που τους διευκόλυναν στους προβληματισμούς τους και την αποκατάστασή τους.

Η κηπουρική γίνεται όλο και πιο σημαντικό εργαλείο στην επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με ειδικές ανάγκες που μπορούν να καλλιεργήσουν κήπους ή απλά να απολαύσουν τα οφέλη που προέρχονται από την επίσκεψη σε ένα όμορφο φυσικό περιβάλλον. Η αίσθηση της μοναξιάς, της απομόνωσης και της αδράνειας που αισθάνονται αυτά τα άτομα, κυρίως όταν ζουν σε ένα περιορισμένο περιβάλλον, όπως σε ένα ινστιτούτο αποκατάστασης ή σε ένα νοσοκομείο, μπορεί να μετριαστεί με τη συμμετοχή τους στις δραστηριότητες παραγωγής και καλλιέργειας φυτών (Kavanagh, 1995).

Οι παρεμβάσεις μέσω της φυτοθεραπείας περιλαμβάνουν επίσης σωματική άσκηση, που είναι ευρέως αναγνωρισμένη ως χρήσιμη για τη θεραπεία κοινών προβλημάτων ψυχικής υγείας (Dunn & Jewell, 2010). Αυτές οι παρεμβάσεις έχουν επομένως τη δυνατότητα να επηρεάσουν την ψυχική, σωματική και κοινωνική ευημερία (Abraham et al., 2010). Οι ολιστικές παρεμβάσεις, όπως τα προγράμματα με βάση την κηπουρική, φαίνεται να ταιριάζουν στο πλαίσιο του μοντέλου ανάκαμψης της ψυχικής υγείας (Jacobson & Greenley, 2001).

2.5.4. ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η φυτοκομική θεραπεία μπορεί να είναι μια αποδοτική θεραπευτική μέθοδος για την υποστήριξη της γνωστικής, συναισθηματικής, ψυχοκινητικής και ψυχοκοινωνικής λειτουργίας και για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ενηλίκων. Η διαμονή σε εγκατάσταση μακροχρόνιας περίθαλψης χαρακτηρίζεται συχνά από μοναξιά, απώλεια ταυτότητας και ανεξαρτησίας. Τα οφέλη της συμπεριλαμβάνουν τη δέσμευση, την αυτοέκφραση, την πνευματική διέγερση και κοινωνικοποίηση, καθώς και την οπτική, την οσφρητική και την ακουστική διέγερση (Scott, 2015).

Στην Ελλάδα έχουν γίνει ελάχιστες έρευνες για το συγκεκριμένο θέμα. Οι Στρατάκος κ.α., (2011), τόνισαν την θετική συμβολή των θεραπευτικών κήπων στη σωματική και ψυχική υγεία. Η Παλίλη, (2014), ανέδειξε τα στοιχεία που φαίνεται να

είναι καθοριστικά στο σχεδιασμό ενός θεραπευτικού κήπου ώστε να επιτυγχάνεται η μέγιστη δυνατή συμβολή του φυσικού περιβάλλοντος στην αποκατάσταση ψυχικών νοσημάτων στον υπαίθριο χώρο της Ψυχιατρικής κλινικής Αττικής Δρομοκαΐτειου. Οι Κόντος κ.α., (2016), μετά από έρευνα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η απασχόληση των χρόνια ψυχικά ασθενών επιδρά θετικά στη βελτίωση της υγείας τους, συνεπεία της ύφεσης της συμπτωματολογίας τους και των υποτροπών της νόσου, της βελτίωση της λειτουργικότητάς τους και γενικότερα της ποιότητας ζωής τους. Αντίστοιχα οι Φιλιππιάδου κ.α., (2018), συμπέραναν ότι η συμμετοχή των χρόνιων ψυχωτικών ασθενών στα οργανωμένα επανενταξιακά προγράμματα φαίνεται να μειώνει τα ποσοστά νοσηλειών και να αυξάνει τα επίπεδα λειτουργικότητας των ασθενών αυτών έναντι των ασθενών που δεν συμμετέχουν στα προγράμματα αυτά.

Εν κατακλείδι, με βάση όσα εκτέθηκαν παραπάνω, η εργασία μαζί με άλλα άτομα στον κήπο παρέχει μια ευκαιρία για ανάπτυξη προσωπικών σχέσεων, συνεργασίας, υπευθυνότητας και επικοινωνίας, θετική επανεκτίμηση και κοινωνική υποστήριξη, οι οποίες αποτελούν σημαντικούς παράγοντες πρόβλεψης για την θετική ποιότητα ζωής.

2.6. ΘΕΩΡΙΕΣ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΦΥΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η έρευνα σχετικά με τα θεραπευτικά και αποκαταστατικά οφέλη της επαφής με τη φύση έχει γενικά εξετάσει τρία κύρια είδη επαφής: την θέαση της φύσης, την παρουσία κοντά στη φύση και την ενεργό συμμετοχή και εμπλοκή με τη φύση (Ulrich 1999).

Οι περισσότερες μελέτες σχετικά με τη θέαση της φύσης προέρχονται από δύο θεωρίες σχετικά με τα περιβάλλοντα αποκατάστασης. Και οι δύο έχουν μια εξελικτική προσέγγιση, υποστηρίζοντας ότι προσαρμοζόμαστε μέσω της ανθρώπινης εξέλιξης για να λειτουργούμε καλά σε ένα φυσικό περιβάλλον και ότι ορισμένα φυσικά περιβάλλοντα εξυπηρετούν καλύτερα την αποκατάσταση από άλλα. Οι δυο εξελικτικές αυτές θεωρίες είναι η *Θεωρία Αποκατάστασης της Προσοχής* και η *Θεωρία του Ψυχοσωματικού Περιορισμού του Στρες* - αισθητική-συναισθηματική θεωρία.

Η θεωρία αποκατάστασης της προσοχής υποστηρίζει ότι η ικανότητα συγκέντρωσης μπορεί να αποκατασταθεί μετά από την έκθεση σε φυσικά περιβάλλοντα

(Ohly et al., 2016). Τα φυσικά περιβάλλοντα μπορούν να βοηθήσουν τους ανθρώπους να ανανεώσουν την ικανότητα να κατευθύνουν την προσοχή τους, αφότου έχουν λάβει πολλές πληροφορίες και ερεθίσματα. Η θεωρία υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι χρησιμοποιούν δύο τύπους προσοχής: την κατευθυνόμενη και την «αυθόρμητη-γοητείας». Η πρώτη χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση των γνωστικών δεδομένων, για την επίλυση πολύπλοκων προβλημάτων και προέρχεται από ένα πιο «σύγχρονο» μέρος του εγκεφάλου. Είναι περιορισμένη και εξαντλείται εύκολα. Αποκαθίσταται καλύτερα σε περιβάλλοντα όπου αυτό το σύστημα μπορεί να ξεκουραστεί και μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε το άλλο μας πληροφοριακό σύστημα, την «αυθόρμητη-γοητεία». Στη φύση χρησιμοποιούμε αυτή την προσοχή για να εξερευνήσουμε το περιβάλλον, να ανιχνεύσουμε ένα θρόισμα σε ένα θάμνο ή ένα λουλούδι σε ένα δάσος. Η φύση θεωρείται κατάλληλο περιβάλλον για να ξεκουραστεί η κατευθυνόμενη προσοχή και να χρησιμοποιηθεί η γοητεία. Σύμφωνα με έρευνες των Kaplan & Kaplan (1989), η συμμετοχή σε δραστηριότητες κηπουρικής επιτρέπει σε ένα άτομο να μετακινηθεί διανοητικά και σωματικά σε διαφορετικό μέρος, παρέχοντας την ευκαιρία να αισθάνεται συνδεδεμένο με έναν μεγαλύτερο κόσμο και του επιτρέπει να εμπλακεί στο περιβάλλον του για να ανταποκριθεί στις ανάγκες και τα ενδιαφέροντά του (Kaplan & Kaplan, 1989).

Η αισθητική-συναισθηματική - ψυχοσωματική θεωρία μείωσης του στρες εμπνέεται από την υπόθεση της βιοφιλίας. Η ιδέα ότι οι άνθρωποι έχουν μια έμφυτη κλίση να συσχετίζονται με τη φύση αναφέρεται ως βιοφιλία, η οποία συνεπάγεται την αγάπη για τα ζωντανά πράγματα. Επικεντρώνεται στην επίδραση της φύσης στη συνολική σωματική και συναισθηματική υγεία του ατόμου (Clatworthy, Hinds, & Camic, 2013). Τα φαινόμενα μείωσης του άγχους της φύσης είναι θέμα ασυνείδητων διεργασιών και επιδράσεων, που εντοπίζονται στα συναισθηματικά καθοδηγούμενα μέρη του εγκεφάλου. Αυτές οι διαδικασίες ή τα αντανακλαστικά μας λένε πότε μπορούμε να ξεκουραστούμε ή πότε πρέπει να είμαστε δραστήριοι, γεγονός που οδηγεί σε μειωμένο στρες. Πρόκειται για ένα ασυνείδητο αίσθημα ασφάλειας που ενεργοποιείται σε φυσικά περιβάλλοντα. Αυτή η θεωρία μπορεί να συσχετιστεί με την έμφυτη έλξη του ανθρώπου από άλλους ζωντανούς οργανισμούς, η οποία είναι απαραίτητη για την ψυχολογική και πνευματική του ευημερία (Ulrich, 1983).

Άλλες θεωρίες έχουν διατυπωθεί με βάση την παρουσία κοντά στη φύση ή την ενεργό συμμετοχή σε αυτή. Σύμφωνα με μια προσέγγιση που βασίζεται στα οφέλη της

φυσικής δραστηριότητας, η φυτοκομική θεραπεία βασίζεται σε τέσσερις θεραπευτικές αξίες. Πρώτη είναι η φυσική εξάρτηση των ανθρώπων από τα φυτά: ολόκληρη η ύπαρξη και η επιβίωση των ανθρώπων βασίζεται σε φυτά. Δεύτερη είναι η παρατήρηση της ομορφιάς: η γοητεία της φυσικής ομορφιάς μας αποπροσανατολίζει από τα δικά μας προβλήματα. Τρίτη είναι η καλλιέργεια της ζωής στα φυτά: η ανάγκη μας να φροντίζουμε και να καλλιεργούμε μια ζωή έξω από τον εαυτό μας, αναπτύσσοντας έτσι δεσμούς. Και τέταρτη η κοινωνική αλληλεπίδραση: η συγκομιδή, η καλλιέργεια, η παρατήρηση και η ανταλλαγή όλων αυτών των εμπειριών με άλλους ανθρώπους βοηθούν στην κοινωνική ένταξη (Relf, 1981).

Οι Grahn (2003), Stern (2000), υποστηρίζουν ότι η ικανότητα ενός ατόμου να επικοινωνεί, φυσικά και διανοητικά, με τον εξωτερικό κόσμο εξαρτάται από την ικανότητά του να αντιμετωπίσει τους πειρασμούς, τις απαιτήσεις και τις πιέσεις που δέχεται. Σύμφωνα με το πεδίο εφαρμογής της θεωρίας της δράσης το περιβάλλον επικοινωνεί με τον επισκέπτη σε πολλά επίπεδα. Το πιο σημαντικό, γρήγορο και βασικό σύστημα είναι ο μη λεκτικός συναισθηματικός τόνος, μέσα από τα αξιοθέατα, τις μυρωδιές, τους ήχους και ούτω καθεξής. Το δεύτερο σύστημα είναι μια πιο γνωστική δομή της επικοινωνίας. Ωστόσο, αυτά τα δύο συστήματα επικοινωνίας είναι στενά συνδεδεμένα. Τα ερεθίσματα από τη φύση προκαλούν διαδικασίες που είναι σημαντικές στη διαδικασία αποκατάστασης, τόσο μέσω του γνωστικού μας συστήματος όσο και μέσω του συναισθηματικού τόνου. Αυτό, βοηθάει στη μείωση του άγχους και του πόνου, αποκαθιστούμε την αίσθηση του εαυτού μας, βελτιώνουμε τις αντιλήψεις μας για την πραγματικότητα και προάγουμε την ανοχή και την κατανόηση. Επειδή τα νευροφυσιολογικά μας συστήματα είναι πλήρως διασυνδεδεμένα με το υπόλοιπο σώμα μας, αυτό θα επηρεάσει τους μυς μας, τις ορμόνες, το ανοσοποιητικό μας σύστημα και, κυρίως, την ποιότητα ζωής μας. Έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχουν αισθητηριακές διαστάσεις που αποτελούν τις θεμελιώδεις δομικές μονάδες των πάρκων και των κήπων. Αυτές αποτελούνται από συμβολισμούς που εκδηλώνονται μέσα από πολλές διαφορετικές αισθήσεις – την όραση, την ακοή, την μετακίνηση και ούτω καθεξής (Grahn et al., 2010).

Η οικοψυχολογική θεωρία (Roszak et al., 1995) υιοθέτησε και προώθησε το «πράσινο της ψυχοθεραπείας», επιδιώκοντας έτσι την επανένωση του ανθρώπου με το φυσικό περιβάλλον για να θεραπεύσει από ασθένειες και αγωνίες, που έχει βιώσει, ιδίως στον δυτικό κόσμο, μετά την απομάκρυνση από τη φύση. Τα δύο πιο σημαντικά

στοιχεία στο μοντέλο της επικεντρώνονται γύρω από την αντανάκλαση και την αμοιβαιότητα. Υπάρχει μια τριμερής θεραπευτική συνεργασία μεταξύ του ασθενή, του επαγγελματία και της ίδιας της φύσης. Η φύση είναι ένας συν-εκπαιδευτής και λειτουργεί ως συνθεραπευτής με τους εξής τρόπους: λειτουργεί ως καταλύτης και παρέχει συγκεκριμένα παραδείγματα των συνεπειών που συνδέονται με ατομικές και ομαδικές ενέργειες, βοηθά στην καθοδήγηση σχετικά με κάθε αλλαγή που μπορεί να συμβεί στο φυσικό περιβάλλον και βοηθά στη βιωματική και θεραπευτική μάθηση, παρέχοντας το σκηνικό και το χρόνο για ατομικό προβληματισμό, αυτο-αποκάλυψης και προσωπικής αναζήτησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΙΑΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ – ΜΟΝΑΔΑ ΠΡΑΣΙΝΟΥ ΤΟΥ Ψ.Ν.Θ.

3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σήμερα, η ιδέα των «θεραπευτικών κήπων» στα νοσοκομεία αποτελεί μια καινοτόμο προσπάθεια βελτίωσης του νοσοκομειακού περιβάλλοντος όχι μόνο για αισθητικούς λόγους αλλά και για την αντιμετώπιση της ασθένειας, καθώς αποδίδουν κατευναστικές, χαλαρωτικές, επανορθωτικές και γενικότερα ιδιαίτερα ευεργετικές επιδράσεις στην πλειονότητα των ασθενών. Στον τομέα της υγείας γενικά, εξαίρεση αποτελούν ελάχιστα νοσηλευτικά ιδιωτικά ιδρύματα που έχουν αναπτύξει έναν καλαίσθητο εξωτερικό περιβάλλοντα χώρο. Τα Ελληνικά δημόσια Νοσοκομεία υστερούν καθώς προβλήματα εξωτερικών χώρων εντοπίζονται:

α) στην πρόσβαση: έλλειψη υποδομών εξυπηρέτησης της εσωτερικής κυκλοφορίας (ΑΜΕΑ, ασθενών, επισκεπτών, πελατών, κ.λπ)

β) στην έλλειψη εκτεταμένων φυτικών όγκων: αδυναμία ύπαρξης χώρων χαλάρωσης και ηρεμίας

γ) στη λανθασμένη επιλογή φυτικών ειδών: επιλογή αλλεργιογόνων φυτικών ειδών, ειδών με ακανθώδη στελέχη ή δηλητηριώδεις καρπούς κ.λπ.

δ) στα ακατάλληλα δομικά υλικά: που για λόγω μείωσης του κόστους παρουσιάζουν λειτουργικές και αισθητικές αδυναμίες (Γιδαράκου, 2008).

3.2. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ

Το πέρασμα σε μια διαφορετική συνολική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα από την ψυχιατρική με τα ιδρυματικού τύπου, κλειστά νοσηλευτήρια, αποκομμένα από την κοινωνία και συχνά από την ίδια την ζωή, στην Κοινωνική - Κοινοτική ψυχιατρική και στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (με την ανάπτυξη ενός συνολικού συστήματος κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας), αποτελεί σήμερα θετική εξέλιξη στον χώρο της ψυχικής υγείας.

Η μεταρρύθμιση των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας ξεκίνησε στη χώρα μας με την ψήφιση του νόμου 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84, προγράμματα «Λέρος Ι» και «Λέρος ΙΙ») ξεκίνησε η διαδικασία αποϊδρυματισμού, βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας μέσα στα ιδρύματα, προετοιμασίας και μετάβασης των ασθενών σε προστατευμένες ή σχετικά αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και δημιουργίας νέων κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ο νόμος 2071/92 αποτελεί κεντρικό σταθμό, αφού έγινε εκτενής αναφορά στην οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ρυθμίστηκαν σύμφωνα με σύγχρονες αντιλήψεις ζητήματα που αφορούν την ακούσια νοσηλεία ατόμων με ψυχικές διαταραχές, για πρώτη φορά.

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, στα μέσα του 1996, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκτόνησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο με την κωδική ονομασία *Ψυχαργός*. Συγκεκριμένα, καταρτίστηκε το 1997 ένα διαρκές - δεκαετές πρόγραμμα, το οποίο αποσκοπεί στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην κοινωνική ένταξη και επανένταξη, καθώς και στην επαγγελματική (επαν)ένταξη των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην αγορά εργασίας. Το πρόγραμμα αποτελεί τον επιχειρησιακό βραχίονα της πολιτικής του ελληνικού κράτους για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, τον αποϊδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με τη δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών, κοινοτικά προσανατολισμένων και ενταγμένων σε Τομείς Ψυχικής Υγείας.

Ο νόμος 2716/99 για την «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» ήρθε για να καλύψει θεσμικά τις συντελούμενες αλλαγές και να προσδώσει μια νέα δυναμική στη μεταρρύθμιση. Ο νόμος ξεκινάει στο άρθρο 1, παράγραφος 1, ως εξής: «*το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα*». Ιδιαίτερα σημαντική είναι η παράγραφος 2, του ίδιου άρθρου: «*Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις*

διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποιδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας».

Στο άρθρο 9 του Νόμου ορίζονται οι Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης ως «Οι Μονάδες ή προγράμματα όπου παρέχονται υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους είναι τα Οικοτροφεία, οι Ξενώνες, τα Προστατευμένα Διαμερίσματα και οι φιλοξενούσες οικογένειες. Οι Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, καθώς και τα προγράμματα προστατευμένων διαμερισμάτων και φιλοξενουσών οικογενειών έχουν σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση, σε χώρους διαβίωσης, θεραπείας και υποστήριξης, για μακρόχρονη ή βραχεία παραμονή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όταν δεν έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον, μετά από αίτηση τους, με σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας».

Στο άρθρο 10 ορίζονται οι Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης ως «Υπηρεσίες αποκατάστασης και κοινωνικής — επαγγελματικής επανάταξης παρέχονται από ένα ή περισσότερα τμήματα ή μονάδες των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Τα Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης μπορεί να είναι Θεραπευτικές Μονάδες Αποκατάστασης και Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους και Κέντρα Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης και Επαγγελματικής Κατάρτισης για ενήλικες και εφήβους. Οι Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης είναι τα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης για ενήλικες ή εφήβους ηλικίας δεκαπέντε (15) ετών και άνω, με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα».

Το 2000 εκδίδεται η αρ.Υ5α/1351/17.7.00 (ΦΕΚ Β' 877) με τίτλο: «Καθορισμός προϋποθέσεων έγκρισης οργανωμένων προγραμμάτων αποκατάστασης στα οποία προβλέπεται η χορήγηση κινήτρου επανάταξης ή θεραπευτικού κινήτρου», σύμφωνα με την οποία, ως «οργανωμένο πρόγραμμα αποκατάστασης ορίζεται το σύνολο των καθημερινών προγραμματισμένων και εξατομικευμένων δράσεων που σκοπό έχουν την άσκηση και υποστήριξη του ασθενούς προκειμένου να επανενταχθεί στην κοινότητα.

Για όσους είναι ήδη ενταγμένοι στην κοινότητα, σκοπός των οργανωμένων δράσεων είναι η διερεύνηση των δεξιοτήτων τους, η βελτίωση της θέσης τους μέσα στην κοινωνία και η απελευθέρωση της δημιουργικότητάς τους. Τελικός στόχος όλων των δράσεων αυτών είναι η λειτουργική αυτονόμηση του ατόμου».

Ως ομάδες πληθυσμού – στόχου ορίζονται άτομα με ψυχικές διαταραχές, άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου και άτομα με νοητική στέρηση που δευτερογενώς έχουν εκδηλώσει ψυχικές διαταραχές. Ειδικότερα, άτομα που:

α. έχουν μακρά παραμονή- άνω των έξι (6) μηνών – για νοσηλεία σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας

β. διαμένουν στην κοινότητα μέσω προγραμμάτων προστατευμένων διαμερισμάτων και φιλοξενουσών οικογενειών, τα οποία υλοποιούν οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας

γ. ζουν με τις οικογένειές τους ή μόνοι τους και προέρχονται από τις πληθυσμιακές ομάδες στόχου α ή και β

δ. διαβιούν μόνοι τους μέσα σε συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού

Οι φορείς που υλοποιούν οργανωμένα προγράμματα αποκατάστασης είναι: τα Νοσοκομεία του Ν.Δ 2592/1953 και του Ν.1397/83, Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας, Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Φυσικά ή Νομικά πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα, Κέντρα Ημέρας, Προστατευμένα Διαμερίσματα, Οικοτροφεία, Ξενώνες, Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης και Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης.

3.3. ΣΤΟΧΟΙ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Σύμφωνα με την αρ.Υ5α/1351/17.7.00 ΦΕΚ Β' 877, οι στόχοι των Οργανωμένων Προγραμμάτων Αποκατάστασης συνοψίζονται ως εξής:

α) στην δημιουργία δομημένου ημερήσιου προγράμματος με δραστηριότητες που αφορούν στην βελτιωμένη διαβίωση, στην δημιουργική απασχόληση και στην επικοδομητική χρησιμοποίηση του ελεύθερου χρόνου

β) στην εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων για την διευκόλυνση της ενσωμάτωσης στο κοινωνικό περιβάλλον

γ) στην διευκόλυνση της προοδευτικής μετάβασης σε χώρους διαμονής με αυξανόμενη αυτονομία (π.χ. μετάβαση από προστατευμένη κατοικία σε φιλοξενούσα οικογένεια)

δ) στην επαγγελματική προκατάρτιση και κατάρτιση με σκοπό την επαγγελματική απασχόληση

ε) στην δημιουργία εργασιακών δομών με θέσεις εργασίας για τα άτομα που έχουν την ικανότητα να εργασθούν

στ) στην διευκόλυνση της εργασίας και με κάθε τρόπο την προώθηση της στην ελεύθερη αγορά

ζ) στην συνεχιζόμενη κατάρτιση του προσωπικού που απασχολείται στην υλοποίηση οργανωμένων προγραμμάτων αποκατάστασης

η) στην αγωγή της κοινότητας και την κινητοποίηση κοινωνικών δυνάμεων προς την κατεύθυνση της αποδοχής της ιδιαιτερότητας του ασθενούς, της καταπολέμησης του στίγματος και της υποστήριξης των ενεργειών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης.

Τα Οργανωμένα Προγράμματα Αποκατάστασης περιλαμβάνουν :

α) την περιγραφή των επιδιωκόμενων στόχων στο πλαίσιο των γενικών σκοπών

β) την επιλογή της ομάδας ή των ομάδων πληθυσμού- στόχου στις οποίες απευθύνονται και τον τρόπο και τα κριτήρια επιλογής των συμμετεχόντων

γ) την αναλυτική περιγραφή του περιεχομένου του προγράμματος

δ) την χρονική διάρκεια υλοποίησης του προγράμματος

ε) τις συγκεκριμένες ενέργειες για την υλοποίηση του προγράμματος

στ) την ακριβή μεθοδολογία υλοποίησης των ενεργειών

ζ) την μεθοδολογία προσδιορισμού της απόδοσης κάθε συμμετέχοντος στο πρόγραμμα

η) τα μέσα και τον εξοπλισμό που θα χρησιμοποιηθούν

θ) τον τρόπο παρακολούθησης της πορείας υλοποίησης του προγράμματος

ι) την διαδικασία αξιολόγησης του προγράμματος

ια) τον ακριβή οικονομικό προϋπολογισμό

Ως φορείς υλοποίησής τους μπορούν να ορισθούν :

α) Μονάδα ή Μονάδες Ψυχικής Υγείας του αυτού ή άλλου φορέα ενός ή περισσοτέρων Τομέων Ψυχικής Υγείας,

β) ο επιστημονικά υπεύθυνος του προγράμματος, ο οποίος είναι επαγγελματίας ψυχικής υγείας διαφόρων κλάδων (ψυχίατρος, ψυχολόγος, ψυχιατρικός νοσηλευτής, κοινωνικός λειτουργός, επισκέπτης υγείας, εργοθεραπευτής κ.λ.π) και έχει τον συντονισμό των ενεργειών που υλοποιούν οι συνεργαζόμενες Μονάδες. Δίνεται η δυνατότητα στον επιστημονικά υπεύθυνο να ορίσει συντονιστή προγράμματος από τους άλλους επαγγελματίες που συμμετέχουν στο πρόγραμμα ή συντονιστές ανά συνεργαζόμενη Μονάδα.

γ) ο Διοικητικός – Οικονομικός υπεύθυνος για την διαχείριση του προγράμματος

δ) το λοιπό προσωπικό που συμμετέχει στην υλοποίηση του προγράμματος, όπως είναι :

-οι εκπαιδευτές στα προγράμματα κατάρτισης

-οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας

-οι διοικητικοί υπάλληλοι για την γραμματειακή υποστήριξη

-το βοηθητικό προσωπικό

-οι εξωτερικοί συνεργάτες για συγκεκριμένο έργο

-οι εθελοντές

3.4. ΤΑ ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΑ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΙΑΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Το Ψ.Ν.Θ ιδρύθηκε το 1917 ως «*Άσυλο φρενοβλαβών*» στην «Τρούμπα» της Θεσσαλονίκης. Το 1919 αρχίζει σταδιακά να μεταφέρεται στη σημερινή του τοποθεσία στο Δήμο Σταυρούπολης σε συνολική έκταση 120 στρεμμάτων. Το 1925 μετονομάζεται σε «*Δημόσιο Ψυχιατρείο*» και για πρώτη φορά θεσπίζονται οργανισμοί και κανόνες

λειτουργίας. Κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκόσμιου Πολέμου, οι άθλιες συνθήκες διαβίωσης έχουν ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση του αριθμού των ασθενών, κυρίως από ασιτία.

Από το 1956 το «Άσυλο φρενοβλαβών» μπαίνει σε μία φάση μεταρρυθμίσεων: συστήνεται νέος οργανισμός και ονομάζεται «Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης». Θεσπίζεται διάρθρωση υπηρεσιών και επιστημονικό συμβούλιο, ενώ παράλληλα γίνεται εισαγωγή της αγροτικής και βιοτεχνικής εργασίας δίνοντας τη δυνατότητα απασχόλησης στους ασθενείς. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές που καταλύουν την έννοια του «ασύλου» ακολουθούν τα κοινωνικά κινήματα και τις θεωρίες της Ευρώπης εκείνης της εποχής. Το 1960 αυξάνεται η δυνατότητα φιλοξενίας σε 1000 κρεβάτια, ενώ το 1965 άρχισε η επισκευή των κτιρίων. Το 1974 εκδίδεται κανονισμός λειτουργίας κρατικών ψυχιατρείων και η αναμόρφωση του Οργανισμού του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου γίνεται το 1986 βάσει του Ν. 1357/83 και του ΠΔ 87/86 (www.psychothess.gr).

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης συνιστά Ειδικό Νοσοκομείο με εκτεταμένη δραστηριότητα στην παροχή υπηρεσιών στον ιδιότυπο χώρο της ψυχικής υγείας, τόσο μέσα από το Δίκτυο των Κοινοτικών Υπηρεσιών του που λειτουργούν στο Νομό Θεσσαλονίκης όσο και με τη λειτουργία του ως φορέας Εκπαίδευσης. Ο χαρακτήρας του αυτός έχει ως σημείο αναφοράς τη δραστηριοποίησή του στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

Πράγματι, από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 το Ψ.Ν.Θ προχώρησε σε μια σειρά από επανενταξιακές δράσεις, παρέχοντας υπηρεσίες που αποσκοπούν στη διαμόρφωση ποιοτικού επιπέδου διαβίωσης για άτομα με ψυχικές διαταραχές, σε μια προσπάθεια να καταλύσει το λεγόμενο στίγμα και την κοινωνική προκατάληψη για τους ψυχικά ασθενείς.

Σύμφωνα με την ιστοσελίδα του Ψ.Ν.Θ., η αποασυλοποίηση γίνεται πράξη και αποτελεί μέρος μιας πορείας που διαρκώς διευρύνεται. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 1983 ο μέσος όρος παραμονής στο Ψυχιατρείο ήταν 27 μήνες, ενώ σήμερα είναι μόλις 15 ημέρες. Η ανάπτυξη και άλλων Μονάδων Ψυχικής Υγείας, με τη μορφή μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (ξενώνες, μονάδες κοινωνικής – επαγγελματικής επανένταξης) είναι ένας από τους βασικούς στόχους της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που θα έχει ως αποτέλεσμα τη σταδιακή μείωση των κλινών του Ψ.Ν.Θ.. Με άξονα τη δημιουργία και λειτουργία Μονάδων Ψυχικής Υγείας στελεχωμένων από επαγγελματίες

ψυχικής υγείας στο Νομό Θεσσαλονίκης και, ευρύτερα, στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, το Ψ.Ν.Θ έχει πρωταγωνιστικό ρόλο στην υλοποίηση της πολιτικής για την ψυχική υγεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (www.psychoth.es.gr).

Η μετανοδοκομειακή φροντίδα και παρακολούθηση των ασθενών που εξέρχονται από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, αποτελεί αντικείμενο ιδιαίτερου ενδιαφέροντος στο χώρο της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, καθώς έχει ως αποτέλεσμα την μείωση ή και εξάλειψη των υποτροπών, των συμπτωμάτων και των επανειλημμένων εισαγωγών, όπως επίσης και την καλύτερη ποιότητα ζωής.

Είναι διαπιστωμένη η δεδομένη μειωμένη δυνατότητα απόκτησης τυπικών προσόντων των ψυχικά ασθενών, αλλά και η περιορισμένη ανάπτυξη δεξιοτήτων ως απόρροια των χρόνιων ψυχικών νοσημάτων (υποτροπές, μειωμένη λειτουργικότητα, κοινωνική απομόνωση κ.α.), που μειώνουν ακόμη περισσότερο τη δυνατότητα διείσδυσης στην αγορά εργασίας, αλλά και την αποδοχή των ψυχικά πασχόντων στις ήδη δομημένες κοινωνικά και εργασιακά σχέσεις της ελεύθερης αγοράς.

Απάντηση στις δυσχερείς αυτές συνθήκες αποτελούν τα οργανωμένα προγράμματα αποκατάστασης, που αποσκοπούν στη δημιουργία αλλά και ενίσχυση των ευκαιριών απασχόλησης – εργασίας σε άτομα με ψυχικές διαταραχές, που διαβιούν σε οργανωμένες κοινότητες. Ένα παράδειγμα εφαρμογής τέτοιων προγραμμάτων αποτελούν οι δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του Ψ.Ν.Θ. (www.psychoth.es.gr):

Ειδικότερα, το ΨΝΘ έχει οργανώσει τις παρακάτω δομές:

Επανάταξη

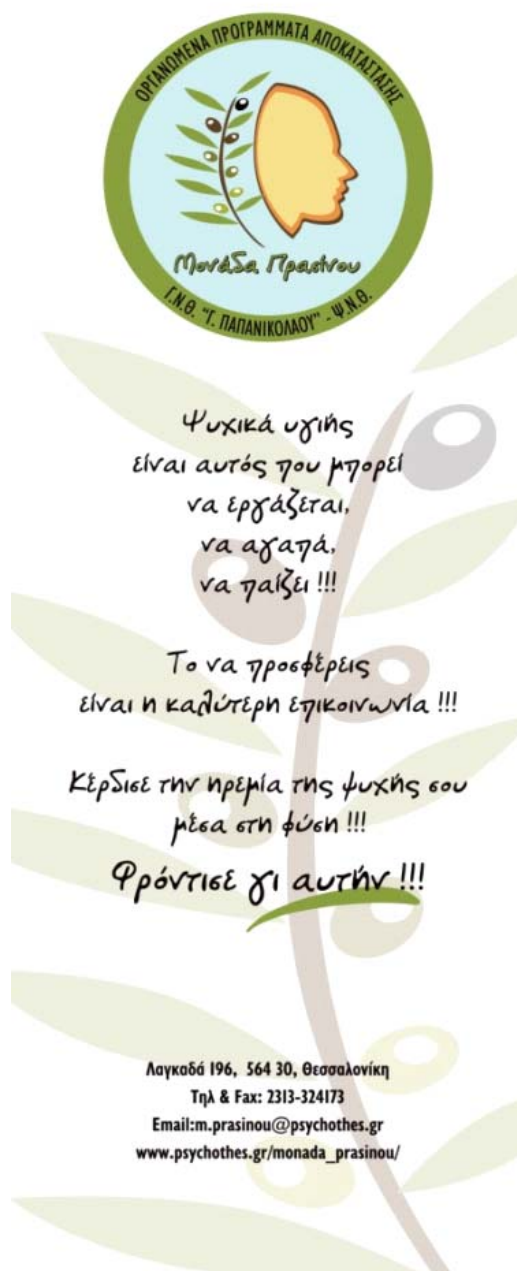
- Μονάδα Επανάταξης
- Νοσοκομείο Ημέρας
- Διαμονή στην κοινότητα (Ξενώνες – Οικοτροφεία – προστατευμένα διαμερίσματα)
- Οικοτροφείο Ευόσμου «Ζέφυρος»
- Οικοτροφείο Περαιάς «Χρυσάλιδα»
- Ενδονοσοκομειακά προγράμματα
- Μονάδα Πολιτιστικής Επικοινωνίας

Εργαστήρια Κατάρτισης και Απασχόλησης

- Κοι.Σ.Π.Ε. ΔΥΤΙΚΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
- Μονάδα Πρασίνου
- Εργαστήρι κεραμικής «ΠΥΞΙΔΑ»
- Κορνιζοποιείο
- Μονάδα Ανακύκλωσης «Πρωτέας»
- Εργαστήρι Ξυλογλυπτικής «Μύρων»
- Συνεργείο Καθαρισμού «Λάτρα»
- Το «Μαγαζάκι της τέχνης»

Στο πλαίσιο αυτό, η Μονάδα Πρασίνου επιχείρησε την δημιουργία ενός ευέλικτου μοντέλου λειτουργίας των προγραμμάτων, ώστε να συμπεριλαμβάνεται σ' αυτά και η τυχόν εθελοντική συμμετοχή των απασχολούμενων στην ολοκλήρωση διαφόρων οργανωμένων εργασιών που αναλαμβάνει έναντι φορέων και σχετίζονται με τις προαναφερόμενες δράσεις της. Την θετική αποτελεσματικότητα του Οργανωμένου Προγράμματος Αποκατάστασης "Μονάδα Πρασίνου" ανέδειξε και η διάθεση της Διοίκησης του Ψ.Ν.Θ., η οποία ενέκρινε τον προϋπολογισμό της συνέχισης της λειτουργίας της.

3.5. ΜΟΝΑΔΑ ΠΡΑΣΙΝΟΥ (ΜΠ)



Η «Μονάδα Πρασίνου» αποτελεί Οργανωμένο Πρόγραμμα Αποκατάστασης εγκεκριμένο από το Υπουργείο Υγείας και στηρίζει τη λειτουργία της στην αρ.πρωτ.Υ5α/1351/2000 (ΦΕΚ 877/Β'/2000) Απόφαση Υπουργού Υγείας. Ως κύριο αντικείμενο των ενεργειών της θέτει την σύνδεση της ψυχικής υγείας με το φυσικό περιβάλλον μέσω της ανάπτυξης δράσεων εργασιοθεραπείας και δημιουργικής απασχόλησης.

Φορέας της «Μονάδας Πρασίνου» είναι το ενιαίο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου με την επωνυμία Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου» - Ψ.Ν.Θ., Οργανική Μονάδα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, το οποίο έχει την εποπτεία της λειτουργίας της και υπάγεται απευθείας στην Διοίκηση του Νοσοκομείου. Διαθέτει Δομή Οργάνωσης στην οποία συμμετέχουν όλες οι ομάδες υλοποίησης των δραστηριοτήτων της, ενώ της παρέχεται και η ανάλογη κτιριακή και υλικοτεχνική υποδομή για την υλοποίηση των ενεργειών της, οι οποίες υποστηρίζονται από επιστημονικό και διοικητικό προσωπικό, με βάση τις σχετικές αποφάσεις του εκάστοτε Διοικητή της Οργανικής Μονάδας (mprasinou.psychothes.gr).

Εικόνα 3.1. Λογότυπο Μονάδας Πρασίνου

Πηγή: mprasinou.psychothes.gr

3.5.1. ΣΚΟΠΟΣ & ΣΤΟΧΟΙ

Η κυρίαρχη φιλοσοφία της «Μονάδας Πρασίνου» εδραιώνεται στο δίπτυχο σεβασμός στον άνθρωπο-σεβασμός στο περιβάλλον. Σκοπός της λειτουργίας της είναι η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών στον τομέα της εργασίας.

Σύμφωνα με το καταστατικό της, η στοχοθεσία της ΜΠ περιλαμβάνει (mprasinou.psychotes.gr):

- Την εκμάθηση νέων δεξιοτήτων που σχετίζονται άμεσα με την εκτέλεση συγκεκριμένου έργου (φυσικό περιβάλλον και φροντίδα αυτού).
- Την καλλιέργεια και ανάπτυξη των δεξιοτήτων που απέκτησαν.
- Την υγιή ενασχόληση και επικοινωνία τους με άλλα άτομα και με κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους.
- Την εγκαθίδρυση και προαγωγή της ταυτότητάς τους, ως εργαζόμενους.
- Την κινητοποίηση και κοινωνικοποίησή τους, γενικότερα.
- Την απεξάρτησή των «ασθενών» από τον χώρο του Ψ.Ν.Θ., εφ' όσον δε χρειάζονται τις υπηρεσίες υγείας που τους προσφέρει και την εξοικειώσή τους με την κοινότητα.
- Την προαγωγή της ψυχικής τους υγείας και κατ' επέκταση τον έλεγχο των υποτροπών.
- Τη μείωση του κόστους νοσηλείας (έγκαιρη αναγνώριση υποτροπών = μειωμένος χρόνος νοσηλείας = γρηγορότερη επιστροφή στην εργασία = αποκατάσταση).
- Τη δημιουργία ευκαιριών για προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη, με αποτέλεσμα την αυξημένη δυνατότητα για προώθηση στην ελεύθερη αγορά εργασίας.
- Τη διατήρηση του φυσικού περιβάλλοντος. (Καταστατικό ΜΠ, Αρ.πρωτ.16748/27.08.2018)

3.5.2. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ

Το αντικείμενο των δραστηριοτήτων της «Μονάδας Πρασίνου» περιλαμβάνει την διαχείριση, προστασία & ανάπτυξη του φυσικού περιβάλλοντος. Για την εξυπηρέτηση αυτού, έχει αναπτύξει τομείς δράσεις που μπορούν να συμβάλλουν και να ωφελήσουν «ασθενείς» που βρίσκονται στο στάδιο της επανένταξής τους, χρήστες-εξαρτημένους και γενικότερα ψυχικά πάσχοντες μέσω της προβολής του έργου τους (mprasinou.psychotes.gr).

Οι Ομάδες που έχει αναπτύξει στους αντίστοιχους τομείς που δραστηριοποιείται είναι:

- Ομάδα Στρατηγικού Σχεδιασμού και Γραμματειακής υποστήριξης: αποτελείται από μόνιμο και επιστημονικό – part time προσωπικό και είναι αρμόδια για τον σχεδιασμό, προγραμματισμό, συντονισμό και υποστήριξη όλων των δραστηριοτήτων της καθώς και για την λήψη μέτρων για την διασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας της αλλά και της επίλυση τυχόν κρίσεων.
- Ομάδες Διαχείρισης Προστασίας & Ανάπτυξης Εξωτερικού Περιβάλλοντος Χώρου του Νοσοκομείου, των δομών του και συνεργαζόμενων φορέων:
 - καθαριότητας εξωτερικών χώρων του Νοσοκομείου
 - αποψίλωσης, κλαδέματος, καθαρισμού και φροντίδας περιβάλλοντος χώρου
 - δημιουργίας και αξιοποίησης χώρων πρασίνου με σκοπό:
 - α. δημιουργία φυτωρίου αρωματικών φυτών
 - β. δημιουργία λαχανόκηπου
 - γ. δημιουργία θερμοκηπίου
- Ομάδες παραγωγής προϊόντων:
 - Ελιάς (Στράβηλος) και ελαιόλαδου (Ελαιωτήρ)
 - Σάλτσας ντομάτας (Περσοπολτίον)
 - Γλυκό κουταλιού (Κυδάλημον)
 - Ηδύποτου (Ρόια)

- Φυλλοχώματος (Compost)
- Ομάδες ανακύκλωσης:
 - οργανικών υπολειμμάτων (compost)
 - χαρτιού, πλαστικού κ.ά.
- Ομάδα συντήρησης και επισκευών των μηχανημάτων – εργαλείων: η επιτυχής διεκπεραίωση των ενεργειών που αναλαμβάνει η «Μονάδα Πρασίνου» έγκειται στην διάθεση και χρήση του εξοπλισμού που αυτή διαθέτει όπως: φορτηγά αυτοκίνητα, Γεωργικοί Ελκυστήρες, μικρό φορτωτή (ME), ηλεκτρικό αυτοκίνητο, χορτοκοπτικές μηχανές, κουρευτικές μηχανές, εργαλεία κ.ά.
- Ομάδες δημιουργικής απασχόλησης:
 - εργαστήριο ξυλογλυπτικής και μικροκατασκευών
 - εργαστήριο παρασκευής αρωματικών κεριών
 - εργαστήριο σαπουνιών
- Ομάδα μουσικής (μουσικό συγκρότημα «Εμείς και Εσείς»).
- Ομάδα χοροθεραπείας
- Ομάδα Θεάτρου
- Υποστηρικτικές Ομάδες:
 - Ομάδα ψυχοθεραπείας - ψυχοεκπαίδευσης των ασθενών σε θέματα ψυχικής υγείας αναφορικά με διαγνώσεις, θεραπεία, νομικό πλαίσιο, δικαιώματα ασθενών, εργασιακές σχέσεις, πρόληψη υποτροπών κ.ά.,
 - Ομάδα συμβουλευτικής ενδυνάμωσης και κοινωνικών δεξιοτήτων
 - Ομάδα Διαιτολογίας
- Ερευνητική Ομάδα

Αξίζει να αναφερθεί ότι η Μονάδα Πρασίνου, έχει θεσμοθετήσει την «Γιορτή Ελιάς & Λαδιού» που γίνεται κάθε χρόνο, η οποία έχει διττό σκοπό: αφενός μεν, επιδιώκει την ενίσχυση και προβολή της προσπάθειας των ασθενών στο ευρύ κοινό αφετέρου δε, φιλοδοξεί να παρουσιάσει τα προϊόντα (με παράλληλη γευστική δοκιμή

αυτών) που παράγονται με τη συμμετοχή, επιμέλεια και προσωπική εργασία των επανενταξιακών ασθενών της Μονάδας Πρασίνου.

Παράλληλα συνεργάζεται με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς όπως ΟΤΑ, Πανεπιστήμια, ΤΕΙ, ΜΜΕ, Σχολεία, Νοσοκομεία, Ιδρύματα & Συλλόγους, για την από κοινού ρύθμιση περιβαλλοντικών θεμάτων και την ανάπτυξη αντίστοιχων κοινών προγραμμάτων, που συχνά διαμορφώνονται στο πλαίσιο του ανταποδοτικού χαρακτήρα, με δωρεές που συμβάλουν και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών που συμμετέχουν στην Μ.Π.

Σημαντικό μέλημα για την Μονάδα Πράσινου αποτελεί η ανάπτυξη και διατήρηση ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος που να ενισχύει τη δημιουργικότητα των ατόμων, με την υπεύθυνη και εκούσια απασχόληση μέσα από την απόκτηση ομαδικού πνεύματος εργασίας και την ανάπτυξη κοινωνικών, ατομικών και εργασιακών δεξιοτήτων.

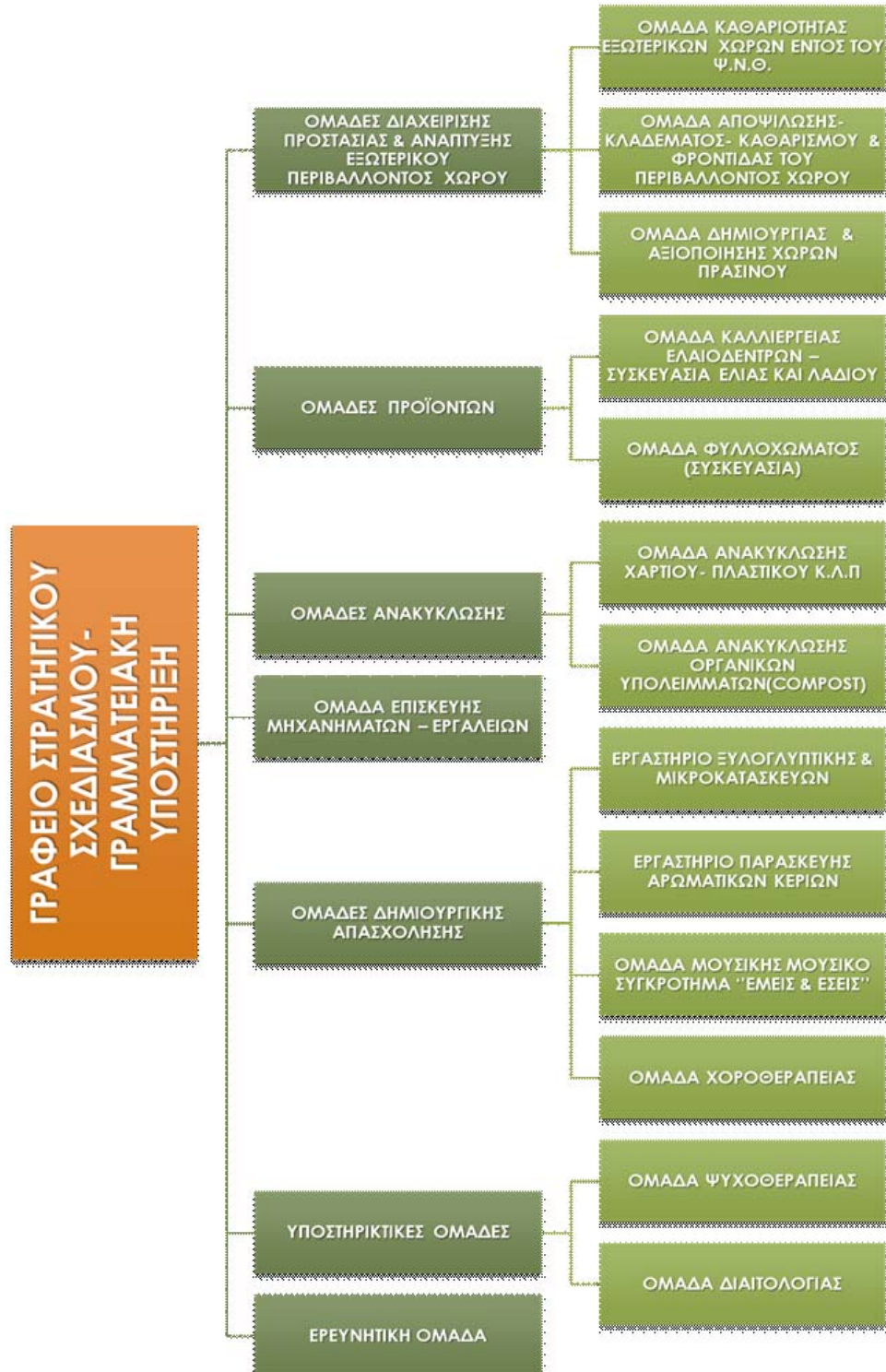
Τα άτομα αυτά απασχολούνται εργασιακά σε δραστηριότητες που έχει αναπτύξει η Μονάδα Πρασίνου, με υπηρεσίες συναφείς προς τη λειτουργία της, οι οποίες παρέχονται τόσο στο Ψ.Ν.Θ όσο και στις εξωνοσοκομειακές δομές του (Ξενώνες, Οικοτροφεία, κ.λ.π).

Κάθε μέλος του οργανωμένου προγράμματος της Μονάδας Πρασίνου εκπαιδεύεται ώστε να συμμετέχει σταδιακά και εκ περιτροπής σε όλες τις εργασίες ανά τμήμα. Μέσα από αυτήν τη διαδικασία ανιχνεύεται και η δυνατότητα της «επιλογής» και της «ικανοποίησης» του κάθε συμμετέχοντος ώστε η εργασία να ανταποκρίνεται κατά το δυνατόν στις επιθυμίες και ανάγκες του ατόμου (mprasinou.psychotes.gr).

Η λειτουργία της Μ.Π. ως Οργανωμένο Πρόγραμμα Αποκατάστασης, ξεκίνησε την λειτουργία της το 2000, όταν κατατέθηκε σχετική πρόταση στο Υπουργείο Υγείας, βάση της Υπουργικής απόφασης με αρ.πρ.Υ5α/1351/2000 (ΦΕΚ 877/Β'/2000). Μέχρι σήμερα έχουν απασχοληθεί πέραν των 400 ατόμων (υπάρχει σχετικό αρχείο), από τους οποίους το 75% είναι άνδρες και το 25% γυναίκες. Οι ηλικίες τους κυμαίνονται από 20 - 65 ετών. Κάθε τέλος του έτους γίνεται πρόταση στο Υπουργείο Υγείας για συνέχιση του Προγράμματος, ενώ στις αρχές κάθε νέου έτους γίνεται αξιολόγηση του προηγούμενης χρονιάς και εν συνεχεία κατατίθεται στο Υπουργείο Υγείας.

3.5.3. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Η δομή της απεικονίζεται στο Οργανόγραμμα που ακολουθεί (mprasinou.psychotes.gr).



Εικόνα 3.2. Οργανόγραμμα Μονάδας Πρασίνου

Πηγή: mprasinou.psychotes.gr

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σύμφωνα με την παραπάνω βιβλιογραφική ανασκόπηση καθίσταται σαφές ότι η επαφή με τα φυτά έχει πολλαπλές θετικές επιδράσεις στην υγεία των ανθρώπων. Συγκεκριμένα:

- Μειώνει το άγχος
- Οι άνθρωποι βιώνουν έντονο αίσθημα ευφορίας
- Μειώνει αισθήματα δυσφορίας που προκαλούνται από παράγοντες, όπως οι σωματικές και ψυχικές ασθένειες
- Επιταχύνει τη διαδικασία της ανάρρωσης από ασθένειες
- Αυξάνει την προσοχή, τη δημιουργικότητα και την απόδοση
- Αυξάνει την κοινωνικότητα

Στην Ελλάδα η κατάσταση του περιβάλλοντος χώρου στα νοσοκομεία, στα κέντρα αποκατάστασης και στις δομές φιλοξενίας δεν είναι η επιθυμητή. Η δημιουργία ενός σωστά σχεδιασμένου κήπου στα νοσηλευτικά ιδρύματα είναι επιτακτική ανάγκη.

Οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στην χώρα μας για την επίδραση της απασχόλησης με φυτοκομικές εργασίες στην υγεία των ψυχιατρικών ασθενών των νοσοκομείων είναι σχεδόν μηδαμινές. Για το λόγο αυτό, στόχος της παρούσας μελέτης είναι να συμπληρώσει το κενό που υπάρχει στην ελληνική βιβλιογραφία.

Σκοπός είναι να κατανοηθεί ο τρόπος που οι ασθενείς που απασχολούνται στην Μονάδα Πρασίνου του Ψ.Ν.Θ βιώνουν αυτήν την εμπειρία. Πιο συγκεκριμένα, να διερευνηθεί η πιθανή ύπαρξη σχέσης της φυτοκομικής απασχόλησης με τη λειτουργικότητα των ασθενών. Δηλαδή, να διερευνηθεί αν η απασχόληση στην Μονάδα Πρασίνου επιδρά στην ικανότητα:

- προσαρμογής σε κανόνες και συνήθειες,
- προγραμματισμού και οργάνωσης καθηκόντων, στην ευελιξία, στην εφαρμογή ικανότητας και γνώσης,

- λήψης αποφάσεων και κρίσης, στην πρωτοβουλία και στις αυθόρμητες δραστηριότητες,
- προβολής αντίστασης και αντοχής,
- ικανότητα επίδειξης αυτοπεποίθησης,
- για συνομιλία και σύναψη επαφής με τρίτους,
- ενσωμάτωσης σε ομάδες,
- σύναψης στενών δυαδικών σχέσεων,
- φροντίδας εαυτού και αυτάρκεια και στην κινητικότητα και ικανότητα για κυκλοφορία.

4.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τον παραπάνω στόχο οι υποθέσεις της παρούσας έρευνας διαμορφώθηκαν ως εξής:

- Οι ασθενείς που απασχολούνται στην Μονάδα Πρασίνου αναμένεται να έχουν καλύτερο επίπεδο λειτουργικότητας από τους ασθενείς εκτός της Μονάδας.
- Το επίπεδο λειτουργικότητας των ασθενών που απασχολούνται στην Μονάδα Πρασίνου αναμένεται να είναι σε υψηλότερο επίπεδο ένα χρόνο μετά την έναρξη της απασχόλησής τους στην Μονάδα Πρασίνου.

4.3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Προκειμένου να διερευνηθεί η πιθανή ύπαρξη σχέσης της απασχόλησης με την κηπουρική μέσω του προγράμματος της Μονάδας Πρασίνου του Ψ.Ν.Θ με τη λειτουργικότητα των ασθενών σχεδιάστηκε μια ποσοτική - συγκριτική μελέτη.

4.3.1. ΤΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ MINI-ICF-APP

Για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας χρησιμοποιήθηκε το *Mini-ICF-APP Social Functioning Scale (Mini - International Classification of Functioning - Rating for limitations of Activities and Participation in Psychological disorders)* (Molodynski et al., 2012). Η διεθνής ταξινόμηση της λειτουργικότητας, της αναπηρίας και της υγείας (ICF) του WHO αναπτύχθηκε για να παρέχει μια τυποποιημένη ταξινόμηση της λειτουργικότητας και της αναπηρίας. Η Κλίμακα Κοινωνικής Λειτουργικότητας (Mini-ICF-APP) δημιουργήθηκε για να καταστεί δυνατή η αξιόπιστη και ταχεία μέτρησή της αλλά και η καταγραφή των μειώσεων της παραγωγικής ικανότητας του ψυχικά ασθενούς. Πρόκειται για το πρώτο εργαλείο αυτού του είδους. Επικυρώθηκε στη Βρετανία υπό την καθοδήγηση του ψυχιατρικού συμβούλου Andrew Molodynski του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης, και έχει σχεδιαστεί για ενήλικες με διαταραχές ψυχικής υγείας όλων των τύπων και με ποικίλους βαθμούς της αναπηρίας.

Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε έτσι ώστε να περιλαμβάνει δεκατρείς δηλώσεις, οι οποίες αξιολογούν δεκατρείς τομείς λειτουργικότητας. Δεν αξιολογεί την ψυχοπαθολογία ή τα στοιχεία προσωπικότητας. Τα αποτελέσματα εξάγονται για να δημιουργήσουν ένα γενικό προφίλ της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας, δηλαδή, η ολοκλήρωση ενός καθήκοντος ή μίας πράξης, η συμμετοχή σε μία κατάσταση της ζωής, στοιχεία που είναι στενά αλληλένδετα. Αναφορικά με τη δραστηριότητα και συμμετοχή, διαφοροποιείται το «performance» (τι κάνει / αποδίδει πραγματικά ο ασθενής) από το «capacity» (τι θα μπορούσε πραγματικά να κάνει / αποδώσει ο ασθενής σε μία συγκεκριμένη δραστηριότητα, σε δεδομένο χρόνο). Αυτό λαμβάνεται υπόψη στο Mini-ICF-APP με τον εξής τρόπο:

α) Ο εξεταστής λαμβάνει υπόψη όλες τις διαθέσιμες πληροφορίες που αφορούν στον ασθενή, π.χ. κοινωνικό υπόστρωμα, εθνικότητα, φύλο, μορφωτικό επίπεδο,

επαγγελματικό background κλπ. Έτσι λαμβάνονται υπόψη περιορισμοί που σχετίζονται περισσότερο π.χ. με εξωτερικές συνθήκες / παράγοντες και όχι με την ασθένεια.

β) Εκτιμάται έτσι περισσότερο ποιες είναι οι ικανότητες του ασθενούς, δηλαδή όχι εάν ο ασθενής τις θέτει πραγματικά σε λειτουργία (performance), αλλά αν θα μπορούσε να τις θέσει σε λειτουργία (capacity), εφόσον θα ήθελε ή/και θα το επέτρεπαν οι συνθήκες.

γ) Για την εκτίμηση χρησιμοποιούνται όλες οι διαθέσιμες πληροφορίες, π.χ. ιστορικό από τον ασθενή, πληροφορίες από τρίτους, από την κλινική παρατήρηση εντός της κλινικής, από την κλινική παρατήρηση κατά τη διενέργεια ενός τεστ κλπ. Η παρατήρηση του ασθενούς από τον συνεντευκτή έχει τη μεγαλύτερη σημασία, καθώς η υποκειμενική εκτίμηση του ίδιου του ασθενούς και οι πληροφορίες που δίνει για τον εαυτό του μπορεί να μην είναι ακριβείς. Σημασία έχει η αξιολόγηση του ειδικού ψυχικής υγείας, η οποία αντικατοπτρίζει όσο το δυνατόν λεπτομερέστερα τη συμπεριφορά του ασθενούς.

Στον ελληνικό πληθυσμό η κλίμακα δεν έχει σταθμιστεί. Η κλίμακα μεταφράστηκε με τη μέθοδο της διπλής μετάφρασης (αρχικά από τα αγγλικά στα ελληνικά και σε δεύτερη φάση από τα ελληνικά στα αγγλικά, για αυστηρότερο έλεγχο) και χρησιμοποιείται σε Έλληνες ασθενείς για δεύτερη φορά για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται από τον ερευνητή και η βαθμολόγηση των ερωτήσεων γίνεται με πενταβάθμια κλίμακα τύπου Linkert από το (0) «Καμία διαταραχή» έως το (4) «Πλήρης ανικανότητα», όπως έχει οριστεί από τον κατασκευαστή του ερωτηματολογίου. Έτσι, οι υψηλές βαθμολογίες δηλώνουν χαμηλή λειτουργικότητα.

Ο δείκτης alpha του Cronbach στην έρευνα των Molodynski et al., 2012 είναι $\alpha = ,869 - ,912$ και τα 13 στοιχεία συσχετίζονται ιδιαίτερα με το συνολικό σκορ. Στην παρούσα έρευνα η αξιοπιστία του εργαλείου, που υπολογίστηκε με την χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 23.0, είναι υψηλή, με τιμή $\alpha = ,92$ για τα αποτελέσματα του 2018 και με τιμή $\alpha = ,93$ για αποτελέσματα του 2018-2019 (Βλ. Παράρτημα I).

Σύμφωνα με τον Molodynski et al., (2012) οι τομείς λειτουργικότητας που απαρτίζουν το ερωτηματολόγιο είναι:

1) Ικανότητα προσαρμογής σε κανόνες και συνήθειες: Εκτιμάται αν ο ασθενής μπορεί να τηρεί ραντεβού (όπως αυτά ορίστηκαν / συμφωνήθηκαν) και συναντήσεις, να ακολουθεί κανόνες, να διεκπεραιώνει καθήκοντα σύμφωνα με λεπτομερείς οδηγίες που του έχουν δοθεί, να εφαρμόζει με ακρίβεια οδηγίες που του έχουν δοθεί, να συμμετέχει σε διαδικασίες που απαιτούν οργάνωση.

2) Ικανότητα προγραμματισμού και οργάνωσης καθηκόντων: Εκτιμάται αν ο ασθενής μπορεί να οργανώσει και να εφαρμόσει / πραγματοποιήσει διαδικασίες που απαιτούν οργάνωση. Αν μπορεί να προετοιμάσει και να οργανώσει την ημέρα του ή/και καθήκοντα που εκκρεμούν, με τρόπο που να χρησιμοποιεί τον κατάλληλο χρόνο για δραστηριότητες (π.χ. εργασία, ξεκούραση και άλλες δραστηριότητες της καθημερινότητας και του ελεύθερου χρόνου). Αν μπορεί να οργανώνει κατάλληλα / έξυπνα τη σειρά των διαδικασιών / καθηκόντων και να τα πραγματοποιεί / ολοκληρώνει σύμφωνα με τον τρόπο που τα σχεδίασε.

3) Ευελιξία και ικανότητα προσαρμογής: Εκτιμάται η ικανότητα του ασθενούς να προσαρμόζεται σε μεταβαλλόμενες καταστάσεις σε επίπεδο συμπεριφοράς, σκέψης και βιώματος. Ως εκ τούτου, εκτιμάται το κατά πόσον είναι σε θέση να επιδεικνύει διαφορετικούς τρόπους συμπεριφοράς ανάλογα με την κατάσταση. Αυτό μπορεί να αφορά σε αλλαγές στις ανάγκες της εργασίας, απροειδοποίητες χρονικές αλλαγές στο πρόγραμμα, αλλαγές που αφορούν στον χώρο, καινούργιους κοινωνικούς εταίρους ή επίσης την ανάληψη καινούργιων καθηκόντων.

4) Εφαρμογή ικανότητας και γνώσης: Εκτιμάται η ικανότητα του ασθενούς για εφαρμογή «εξειδικευμένων» / ειδικών ικανοτήτων, όπως επαγγελματικών, σχετικών με την εκπαίδευση που έχει λάβει ή ικανότητες που αποτελούν απόρροια της εμπειρίας του από τη ζωή. Οφείλει να εκτιμηθεί εάν ο ασθενής είναι σε θέση να θέσει σε εφαρμογή τις ειδικές γνώσεις του, τις εμπειρίες ή τις ικανότητές του ανάλογα με τις περιστασιακές ανάγκες ενός διαφορετικού ρόλου του στη ζωή. Επίσης η ικανότητα να ανταποκρίνεται σε απαιτήσεις που τίθενται από τρίτους και ειδικότερα απαιτήσεις που είναι εφικτές αναφορικά με το περιεχόμενο και την ειδικότητα (είναι εφικτές λαμβάνοντας υπόψη και το συνολικό πλαίσιο ζωής του ασθενούς, το γενικότερο «υπόβαθρό» του). Εκτιμάται αν

ο ασθενής μπορεί να επιδείξει τόσο τις ικανότητες που χρειάζονται για τους διαφορετικούς ρόλους ζωής (στις διαφορετικές πτυχές της ζωής), όσο και την απαιτούμενη και αναμενόμενη επίδοση.

5) Ικανότητα για λήψη αποφάσεων και κρίση: Εκτιμάται η ικανότητα να λαμβάνει σχετικές με το θέμα και κατανοητές αποφάσεις ή να προσθέτει τη δική του κρίση. Εκτιμάται το κατά πόσον ο ασθενής μπορεί να αντιλαμβάνεται καταστάσεις διαφορετικά και στο ανάλογο πλαίσιο. Επίσης κατά πόσον μπορεί να εξάγει από διαφορετικές καταστάσεις τα κατάλληλα συμπεράσματα και τις συνέπειες και να τα εφαρμόζει για τη λήψη απαραίτητων αποφάσεων.

6) Πρωτοβουλία και αυθόρμητες δραστηριότητες: Εκτιμάται η ικανότητα του ασθενούς να ξεκινάει με δική του πρωτοβουλία αυθόρμητες δραστηριότητες. Εκτιμώνται οι δραστηριότητες, κατά τις οποίες ο ίδιος ο ασθενής οφείλει να είναι δραστήριος και να δείχνει πρωτοβουλία και όχι δραστηριότητες, στις οποίες ο ασθενής «εξαναγκάζεται» εξαιτίας κάποιου ρόλου στη ζωή. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται δραστηριότητες της καθημερινότητας, π.χ. η εξασφάλιση ειδών / προϊόντων που είναι αναγκαία στην καθημερινότητα, η προετοιμασία γευμάτων, η φροντίδα του διαμερίσματος / σπιτιού / αντικειμένων του νοικοκυριού, η φροντίδα των φυτών ή των κατοικίδιων ζώων. Επιπρόσθετα συμπεριλαμβάνονται δημιουργικές δραστηριότητες, π.χ. χόμπι, επισκέψεις σε πολιτιστικές εκδηλώσεις, δραστηριότητες που χαλάρωσης / ξεκούρασης, άθληση ή καλλιτεχνικές δραστηριότητες.

7) Ικανότητα προβολής αντίστασης και αντοχής: Εκτιμάται η ικανότητα του ασθενούς να μπορεί να ανταπεξέρχεται με επαρκή επιμονή και εντός του συνήθους αναμενόμενου χρόνου σε κάποια δραστηριότητα (στο επάγγελμά του ή σε άλλα καθήκοντα) και να διατηρεί ένα συνεχές επίπεδο απόδοσης. Εκτιμάται αν μπορεί να αφοσιώνεται σε απαιτήσεις και να αντέχει παρά την παρουσία αντιξοοτήτων.

8) Ικανότητα επίδειξης αυτοπεποίθησης: Εκτιμάται η ικανότητα του ασθενούς να μπορεί να ανταπεξέρχεται στο πλαίσιο κοινωνικών επαφών ή ακόμα συγκρουσιακών

καταστάσεων, δίχως αίσθημα αμηχανίας που του προκαλεί περιορισμούς. Ικανότητα να υπερασπίζεται τις πεποιθήσεις του, χωρίς να παραβαίνει κοινωνικά πρότυπα. Σημαντικό κριτήριο είναι το κατά πόσον ο ασθενής εκφράζει τη γνώμη του σε άλλους ανθρώπους, κατά πόσο συνεισφέρει σε αποφάσεις, εκφράζει ξεκάθαρα και κατανοητά για τους άλλους τις θέσεις του, κατά πόσο διατηρεί τη θέση του (γνώμη του) σε περιπτώσεις που αυτό είναι αναγκαίο, αλλά και κατά πόσον καταφέρνει να φέρει σε συμφωνία τη δική του θέση / γνώμη με αυτές των άλλων και να μπορεί να κάνει υποχωρήσεις.

9) Ικανότητα για συνομιλία και σύναψη επαφής με τρίτους: Εκτιμάται η ικανότητα του ασθενούς να μπορεί να συνάπτει ανεπίσημες κοινωνικές επαφές με άλλους ανθρώπους, όπως συναντήσεις με συναδέλφους, γείτονες, γνωστούς κλπ. Εκτιμάται επίσης το κατά πόσον είναι σε θέση να αλληλεπιδρά κατάλληλα με αυτούς. Σε αυτό συμπεριλαμβάνεται το να λαμβάνει τους άλλους υπόψη και να τους δίνει αξία (να αναγνωρίζει την αξία τους), καθώς και η ικανότητα να συνομιλεί μαζί τους. Συμπεριλαμβάνεται η ικανότητα του εξεταζόμενου να μπορεί να επικοινωνεί χωρίς επιφυλάξεις, να εμφανίζεται ως σύντροφος στον κοινωνικό ιστό, να φροντίζει γνωστούς ή ξένους, να ακούει τους άλλους, να λέει πράγματα για τον εαυτό του, να απαντάει στους άλλους ή να συνεισφέρει κάτι που γνωρίζει σε έναν διάλογο.

10) Ικανότητα ενσωμάτωσης σε ομάδες: Εκτιμάται η ικανότητα του ασθενούς να μπορεί να εντάσσεται σε ομάδες, να κατανοεί και να προσαρμόζεται στους ρητούς και άτυπους (ανεπίσημους) κανόνες της ομάδας. Η εκτίμηση αναφέρεται στη συμπεριφορά του εξεταζόμενου σε ομαδικές καταστάσεις και ειδικότερα στην ικανότητά του για δημόσια παρουσία. Εδώ συμπεριλαμβάνονται μικρές ομάδες, π.χ. εργασιακή ομάδα, ο σύλλογος ή μεγάλες ομάδες, π.χ. εταιρία, πολιτική ομάδα, εκκλησία. Εκτιμάται εάν ο ασθενής είναι μέλος της ομάδας ή «outsider» ή αποκλεισμένος από την ομάδα και το κατά πόσον μπορεί να ενσωματωθεί στην κοινωνική ζωή.

11) Ικανότητα σύναψης στενών δυαδικών σχέσεων: Εκτιμάται η ικανότητα του ασθενούς να μπορεί να συνάπτει και να διατηρεί στενές και κατά περίπτωση σεξουαλικές σχέσεις με ένα πρόσωπο εμπιστοσύνης ή σχέσεις στην οικογένεια. Εκτιμάται η ικανότητα να προσφέρει και να λαμβάνει στενή συναισθηματική φροντίδα

και να εναρμονίζει ικανοποιητικά τις σχέσεις με τις απαιτήσεις άλλων ρόλων στη ζωή και με το εργασιακό περιβάλλον.

12) Ικανότητα φροντίδας εαυτού και αυτάρκειας: Εκτιμάται η ικανότητα του ασθενούς για αυτοσυντήρηση και φροντίδα εαυτού, δηλαδή η ικανότητα να πλένεται, να φροντίζει το δέρμα, τα νύχια των ποδιών και των χεριών, τα μαλλιά και τα δόντια, καθώς και να ντύνεται με καθαρή, σύμφωνα με την κατάσταση, την περίσταση και την εποχή του χρόνου ενδυμασία. Επίσης, η ικανότητα να σιτίζεται κανονικά, να φροντίζει να ξεκουράζεται, καθώς και να αντιλαμβάνεται τις ανάγκες του σώματός του που αφορούν στην υγεία και να αντιδρά κατάλληλα σε αυτές.

13) Κινητικότητα και ικανότητα για κυκλοφορία: Εκτιμάται η ικανότητα του εξεταζόμενου να μπορεί να κινείται, να μπορεί να εκτελεί όλες τις συνήθειες και απαιτούμενες κινήσεις και να πηγαίνει σε διάφορα μέρη με τα πόδια. Επίσης να ξεκινάει για κάπου και να χρησιμοποιεί μέσα μαζικής μεταφοράς όπως αυτοκίνητο, λεωφορείο ή αεροπλάνο. Εκτιμάται αν ο εξεταζόμενος μπορεί να επισκέπτεται πολυσύχναστους χώρους και να χρησιμοποιεί όλα τα μέσα μαζικής μετακίνησης χωρίς πρόβλημα.

4.3.2. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σε μια πρώτη φάση, οι συμμετέχοντες ασθενείς στην έρευνα κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις, που αφορούσαν δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, καθώς και η επίσημη ιατρική διάγνωση της πάθησής τους.

Η έρευνα ξεκίνησε το Μάιο του 2018 και ολοκληρώθηκε τον Μάιο του 2019. Το δείγμα αποτέλεσαν ασθενείς των εξωνοσοκομειακών δομών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και επανενταξιακοί ασθενείς της Μονάδας Πρασίνου. Δημιουργήθηκαν δυο ομάδες ασθενών, α) ασθενείς που δεν συμμετείχαν στο πρόγραμμα Μονάδας Πρασίνου και β) ασθενείς που συμμετείχαν στο πρόγραμμα Μονάδας Πρασίνου.

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το Mini-ICF-APP και συμπληρώθηκε από τους αρμόδιους επαγγελματίες ψυχικής υγείας του νοσοκομείου. Προηγήθηκε εκπαίδευση από τους αρμόδιους ψυχιάτρους προς τους επαγγελματίες (λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγους, κ.α) στον τρόπο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, προκειμένου να υπάρχει ενιαίος τρόπος παρατήρησης – καταγραφής, συσχέτισης γεγονότων, αξιολόγησης με προμελετημένα μέσα, καθώς και για αποφυγή σφάλματος μεροληψίας. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε σε ειδικό χώρο της Μονάδας Πρασίνου και των Οικοτροφείων, προκειμένου να υπάρχει ησυχία, μακριά από οχλήσεις που θα παρεμπόδιζαν το έργο των ερευνητών και την απόκριση των ασθενών.

Αρχικά πραγματοποιήθηκε σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των δύο ομάδων, προκειμένου να ελεγχθεί αν η βαθμολογία τους στην μέτρηση της λειτουργικότητας με βάση το ερωτηματολόγιο είναι στατιστικώς σημαντική. Στην δεύτερη ομάδα έγινε επαναξιολόγηση της λειτουργικότητάς τους ένα χρόνο αργότερα (2018 και 2019), προκειμένου να ελεγχθεί αν υπήρχε μεταβολή στην επίδοσή τους και σε τι βαθμό.

Η συμμετοχή στη μελέτη ήταν εξ' ολοκλήρου εθελοντική. Οι ασθενείς ενημερώθηκαν για τον σκοπό και τη διαδικασία της έρευνας και δήλωναν τη συναίνεσή τους για την συμμετοχή τους. Οι απαντήσεις χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Πληροφορίες που αφορούν προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων δεν συμπεριλήφθηκαν.

4.3.3. ΔΕΙΓΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

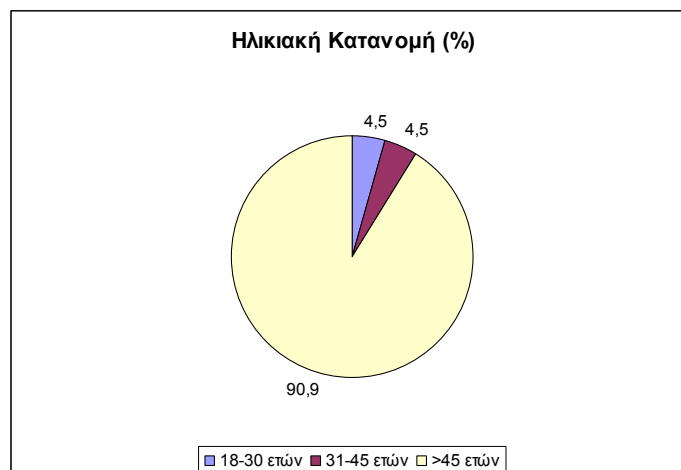
Στην έρευνα συμμετείχαν ασθενείς του Ψ.Ν.Θ, οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Την πρώτη ομάδα (ελέγχου) ($n_1=22$) αποτέλεσαν είκοσι δύο ασθενείς που διαμένουν στο Οικοτροφείο Ευόσμου «Ζέφυρος» και στο Οικοτροφείο «Αμάλθεια», οι οποίοι δεν συμμετείχαν στις δραστηριότητες της Μονάδας Πρασίνου. Συνολικά φιλοξενούνται τριάντα ασθενείς και επιλέχθηκαν εκείνοι που ήταν συνεργάσιμοι και διατεθειμένοι να αφιερώσουν κάποιο χρόνο προκειμένου να δώσουν τις απαραίτητες απαντήσεις. Συνεπώς το δείγμα αντιπροσωπεύει το 73,3% του πληθυσμού.

Την δεύτερη ομάδα (σύγκρισης) ($n_2=22$) αποτέλεσαν είκοσι δύο ασθενείς που απασχολούνται στην Μονάδα Πρασίνου του Νοσοκομείου. Συνολικά στη ΜΠ

απασχολούνται τριάντα τρεις ασθενείς και επιλέχθηκαν εκείνοι που πληρούσαν κριτήρια όπως, ο χρόνος συμμετοχής τους στο πρόγραμμα, η συνέπεια στο ωράριο εργασίας, η έγκαιρη προσέλευση στην εργασία τους, η ανάληψη ευθυνών, το φύλο, η ηλικία και η γενικότερη συνολική τους εικόνα. Συνεπώς το δείγμα αντιπροσωπεύει το 66,7% του πληθυσμού.

Περιγραφή Πρώτης Ομάδας

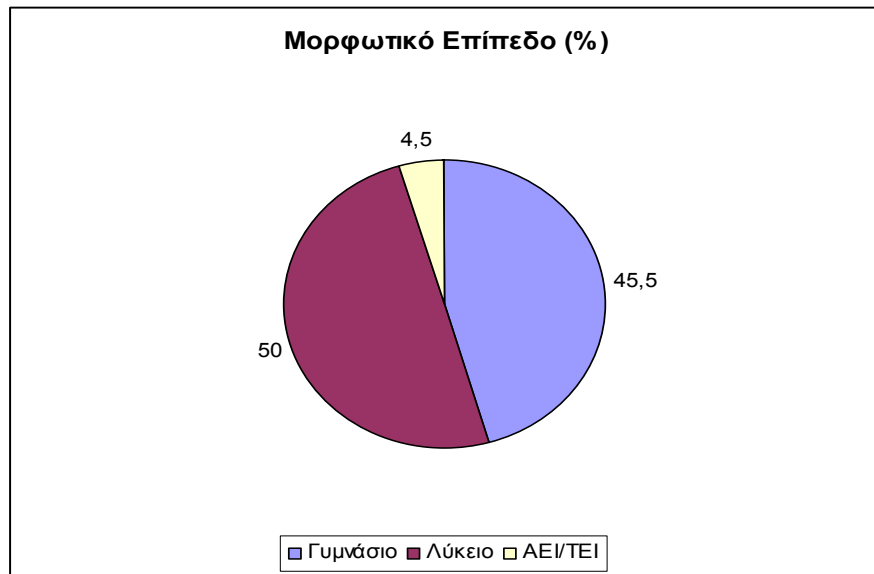
Στην πρώτη ομάδα (δηλαδή αυτοί που δεν συμμετείχαν στο πρόγραμμα της ΜΠ) συμμετείχαν $n_1=22$ ασθενείς, από τους οποίους, 54,5%¹ ήταν γυναίκες και 45,5% άντρες. Η ηλικιακή τους κατανομή απεικονίζεται στο Γράφημα που ακολουθεί. Παρατηρούμε ότι στην συντριπτική τους πλειοψηφία είναι άτομα μεγαλύτερα των 45 ετών, με πολύ μικρή συμμετοχή των νεότερων ηλικιών:



Γράφημα 4.1.: Ηλικιακή Κατανομή Πρώτης Ομάδας σε %

Η κατανομή του μορφωτικού επιπέδου τους απεικονίζεται στο Γράφημα που ακολουθεί. Παρατηρούμε ότι το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών δεν είναι ιδιαίτερα υψηλό, καθώς οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης αντιπροσωπεύουν μόλις το 4,5%:

¹ Τα ποσοστά τα δεχόμαστε με επιφύλαξη λόγω του μικρού αριθμού του μεγέθους



Γράφημα 4.2.: Κατανομή Μορφωτικού Επιπέδου Πρώτης Ομάδας σε %

Οι διαταραχές με τις οποίες διαγνώστηκαν φαίνονται αναλυτικά στον Πίνακα 1, που ακολουθεί:

Πίνακας 4.1.: Διαταραχές των ασθενών της Πρώτης Ομάδας (μη συμμετέχοντες στην ΜΠ)

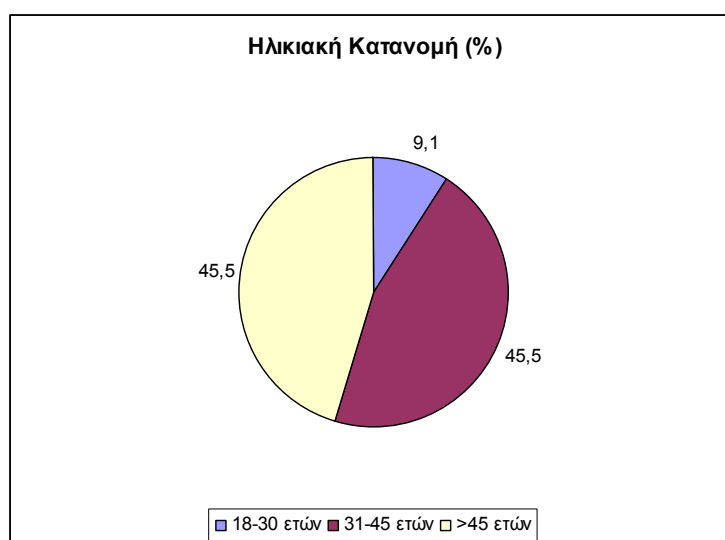
Διαταραχή	Πλήθος	Ποσοστό (%)
Διπολική	6	27,3
Κατάθλιψη	1	4,5
Σχιζοφρένεια	14	63,6
Σχιζοψυχοσυναισθηματική	1	4,5
Σύνολο	22	100,0

Πηγή: Ερωτηματολόγιο

Περιγραφή Δεύτερης Ομάδας (Μονάδας Πρασίνου)

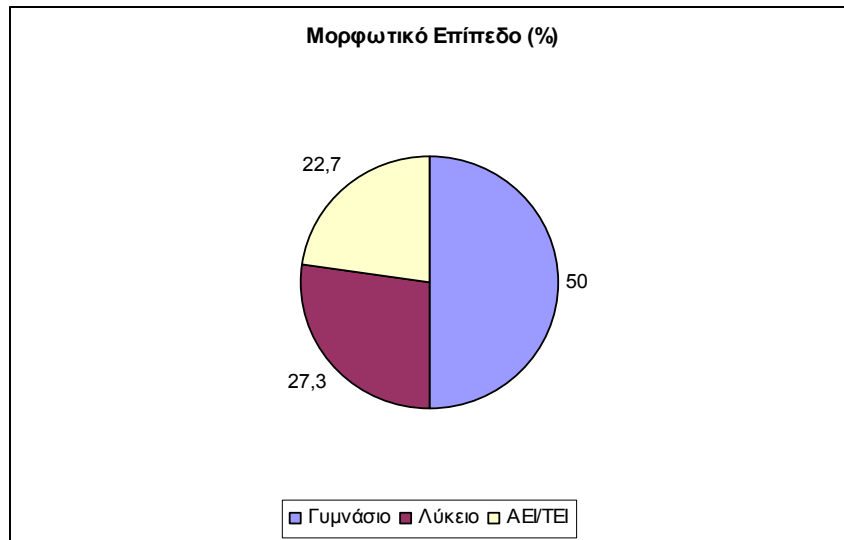
Στην δεύτερη ομάδα (δηλαδή αυτοί που συμμετείχαν στο πρόγραμμα της ΜΠ) συμμετείχαν $n_1=22$ ασθενείς, από τους οποίους, 27,3% ήταν γυναίκες και 72,7% άντρες.

Η ηλικιακή τους κατανομή απεικονίζεται στο Γράφημα που ακολουθεί. Παρατηρούμε ότι διαφοροποιείται η ηλικιακή κατανομή των ασθενών σε σχέση με την πρώτη ομάδα. Αναλυτικότερα, οι συμμετέχοντες είναι νεότεροι, καθώς οι άνω των 45 ετών είναι λίγο λιγότεροι από τους μισούς, οι νέοι (30-45 ετών) είναι σχεδόν οι μισοί, ενώ οι πολύ νέοι (18-30 ετών) αντιπροσωπεύουν σχεδόν το 10%:



Γράφημα 4.3.: Ηλικιακή Κατανομή Δεύτερης Ομάδας σε %

Η κατανομή του μορφωτικού επιπέδου τους απεικονίζεται στο Γράφημα που ακολουθεί. Παρατηρούμε ότι το μορφωτικό τους επίπεδο είναι υψηλότερο σε σχέση με την πρώτη ομάδα, καθώς οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης αντιπροσωπεύουν σχεδόν το ένα τέταρτο:



Γράφημα 4.4.: Κατανομή Μορφωτικού Επιπέδου Πρώτης Ομάδας σε %

Οι διαταραχές με τις οποίες διαγνώστηκαν φαίνονται αναλυτικά στον Πίνακα 2, που ακολουθεί:

Πίνακας 4.2.: Διαταραχές της Δεύτερης Ομάδας (συμμετέχοντες στην ΜΠ)

Διαταραχή	Πλήθος	Ποσοστό (%)
Διαταραχές συμπεριφοράς	1	4,5
Παραληρητική	1	4,5
Σχιζότυπη	1	4,5
Σχιζοφρένεια	13	59,1
Σχιζοψυχοσυναισθηματική	4	18,2
Ψύχωση	2	9,1
Σύνολο	22	100,0

Πηγή: Ερωτηματολόγιο

Παρατηρούμε ότι και στις δύο ομάδες η σχιζοφρένεια είναι η διαταραχή με το υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης. Ακολουθούν η σχιζοψυχοσυναισθηματική διαταραχή για την δεύτερη ομάδα και η διπολική για την πρώτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. ΑΡΧΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ

Οι αναλύσεις έγιναν με το στατιστικό πακέτο SPSS 23.0. και για την γραφική απεικόνιση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το Microsoft Excel 2007.

Αρχικά, προκειμένου να υπολογιστεί κατά πόσο οι δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, μορφωτικό επίπεδο, κα) διαφοροποιούν τις δύο ομάδες, χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 . Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικά διαφορές ως προς: το φύλο ($p=.06$) και το μορφωτικό του επίπεδο ($p=.12$), δηλαδή οι δύο ομάδες δεν διέφεραν στα ανωτέρω δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι οι δύο ομάδες διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά ως προς την ηλικία και τη πάθηση, δηλαδή δεν είναι ομοιογενείς ως προς τους δύο αυτούς δημογραφικούς παράγοντες. Προκειμένου να ελεγχθεί αν η ηλικία και η πάθηση επηρεάζουν τα αποτελέσματα των δύο ομάδων, πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης με δύο κριτήρια Two-Way ANOVA. Δεν βρέθηκε καμιά στατιστικώς σημαντική διαφορά και αλληλεπίδραση των μεταβλητών της διαταραχής ($p=.15$) και της ηλικιακής ομάδας ($p=.08$) των ασθενών μεταξύ των δύο ομάδων. Δηλαδή οι δύο ανωτέρω δημογραφικοί παράγοντες παρόλο που διαφοροποιούν τις δύο ομάδες, δεν επηρεάζουν τα αποτελέσματα των μετρήσεων του ερωτηματολογίου (οι όποιες διαφορές δεν θα οφείλονται στους ανωτέρω παράγοντες).

Προκειμένου να ελεγχθεί αν οι μεταβλητές κατανέμονται κανονικά χρησιμοποιήθηκε το Κριτήριο Kolmogorov-Smirnov. Δεδομένου ότι $N=44$ και ότι βρέθηκε $p<.05$, οι κλίμακες του ερωτηματολογίου κατανέμονται κανονικά. Οι υποθέσεις θα ελεγχθούν σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,05$.

5.2. ΠΡΩΤΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ

Σύμφωνα με την πρώτη υπόθεση αναμενόταν ότι οι ασθενείς που απασχολούνται στην Μονάδα Πρασίνου αναμένεται να έχουν καλύτερο επίπεδο λειτουργικότητας από τους ασθενείς εκτός της Μονάδας Πρασίνου.

Αρχικά υπολογίστηκαν οι Μέσοι Όροι² (Μ.Ο.), ο Διάμεσος³ (Μ) και οι Τυπικές Αποκλίσεις⁴ (Τ.Α.) των αποτελεσμάτων στις κλίμακες του ερωτηματολογίου για τις δύο ομάδες, οι οποίοι απεικονίζονται στον Πίνακα 3 (Βλ. Παράρτημα IV).

Πίνακας 5.1. : Μ.Ο. - Μ. – Τ.Α. Mini-ICF-APP για τις δύο ομάδες

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	1η ΟΜΑΔΑ (Μη συμμετέχοντες στην ΜΠ)			2η ΟΜΑΔΑ (Συμμετέχοντες στην ΜΠ)		
	Μ.Ο.	Μ.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Μ.	Τ.Α.
Ικανότητα προσαρμογής σε κανόνες και συνήθειες	2,00	2,00	0,62	2,09	2,00	0,53
Ικανότητα προγραμματισμού και οργάνωσης καθηκόντων	2,05	2,00	0,84	2,18	2,00	0,59
Ευελιξία και ικανότητα προσαρμογής	2,73	3,00	0,83	2,27	2,00	0,70
Εφαρμογή ικανότητας και γνώσης	2,36	2,00	1,09	2,32	2,00	0,65
Ικανότητα για λήψη αποφάσεων και κρίση	2,64	3,00	1,21	2,55	3,00	0,51
Πρωτοβουλία και αυθόρμητες δραστηριότητες	2,68	3,00	1,17	2,50	3,00	0,74
Ικανότητα προβολής αντίστασης και αντοχής	2,59	3,00	0,96	2,45	2,50	0,60
Ικανότητα επίδειξης αυτοπεποίθησης	2,68	3,00	1,17	2,32	2,00	0,72
Ικανότητα για συνομιλία και σύναψη επαφής με τρίτους	2,05	2,00	0,72	2,27	2,00	0,77
Ικανότητα ενσωμάτωσης σε ομάδες	2,00	2,00	0,75	2,18	2,00	0,79

$$^2 \bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n}$$

³ (N+1)/2 (Θέση Διαμέσου)

$$^4 s^2 = \frac{1}{n-1} \sum f_i (x - \bar{x})^2$$

Ικανότητα σύναψης στενών δυαδικών σχέσεων	2,18	2,00	0,79	2,09	2,00	0,97
Ικανότητα φροντίδας εαυτού και αυτάρκειας	1,91	2,00	0,87	1,86	2,00	0,71
Κινητικότητα και ικανότητα για κυκλοφορία	2,32	2,50	1,21	1,41	1,50	0,67

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι οι μέσοι όροι των αποτελεσμάτων για τους δεκατρείς τομείς της λειτουργικότητας για τις δύο ομάδες διαφοροποιούνται. Συγκεκριμένα στους τομείς:

- Ικανότητα προσαρμογής σε κανόνες και συνήθειες
- Ικανότητα προγραμματισμού και οργάνωσης καθηκόντων
- Ικανότητα για συνομιλία και σύναψη επαφής με τρίτους
- Ικανότητα ενσωμάτωσης σε ομάδες

η ομάδα 1 (μη συμμετέχοντες στην ΜΠ) έχει χαμηλότερο μέσο όρο σκορ από την ομάδα 2 (συμμετέχοντες στην ΜΠ)

Αντίθετα στους τομείς:

- Ευελιξία και ικανότητα προσαρμογής
- Εφαρμογή ικανότητας και γνώσης
- Ικανότητα για λήψη αποφάσεων και κρίση
- Πρωτοβουλία και αυθόρμητες δραστηριότητες
- Ικανότητα προβολής αντίστασης και αντοχής
- Ικανότητα επίδειξης αυτοπεποίθησης
- Ικανότητα σύναψης στενών δυαδικών σχέσεων
- Ικανότητα φροντίδας εαυτού και αυτάρκειας
- Κινητικότητα και ικανότητα για κυκλοφορία

η ομάδα της ΜΠ έχει χαμηλότερο σκορ από την ομάδα ελέγχου.

Με βάση τις οδηγίες και την κλίμακα του ερωτηματολογίου, **η χαμηλότερη βαθμολογία δείχνει καλύτερη λειτουργικότητα στον εκάστοτε τομέα.**

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί μια ολοκληρωμένη και στατιστικά επικυρωμένη σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων, στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε έλεγχος ισότητας δύο μέσων τιμών σε ανεξάρτητα δείγματα T-Test.

Η μηδενική υπόθεση είναι ότι $H_0 : \mu_1 = \mu_2$, δηλαδή ότι δεν υπάρχει διαφορά στις δύο ομάδες στους δεκατρείς τομείς της λειτουργικότητας. Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες στο εξής αποτέλεσμα (Βλ. Παράρτημα V):

Κινητικότητα και ικανότητα για κυκλοφορία: $t(42) = -3,09, p = ,004$

Στους άλλους τομείς δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά των δύο ομάδων.

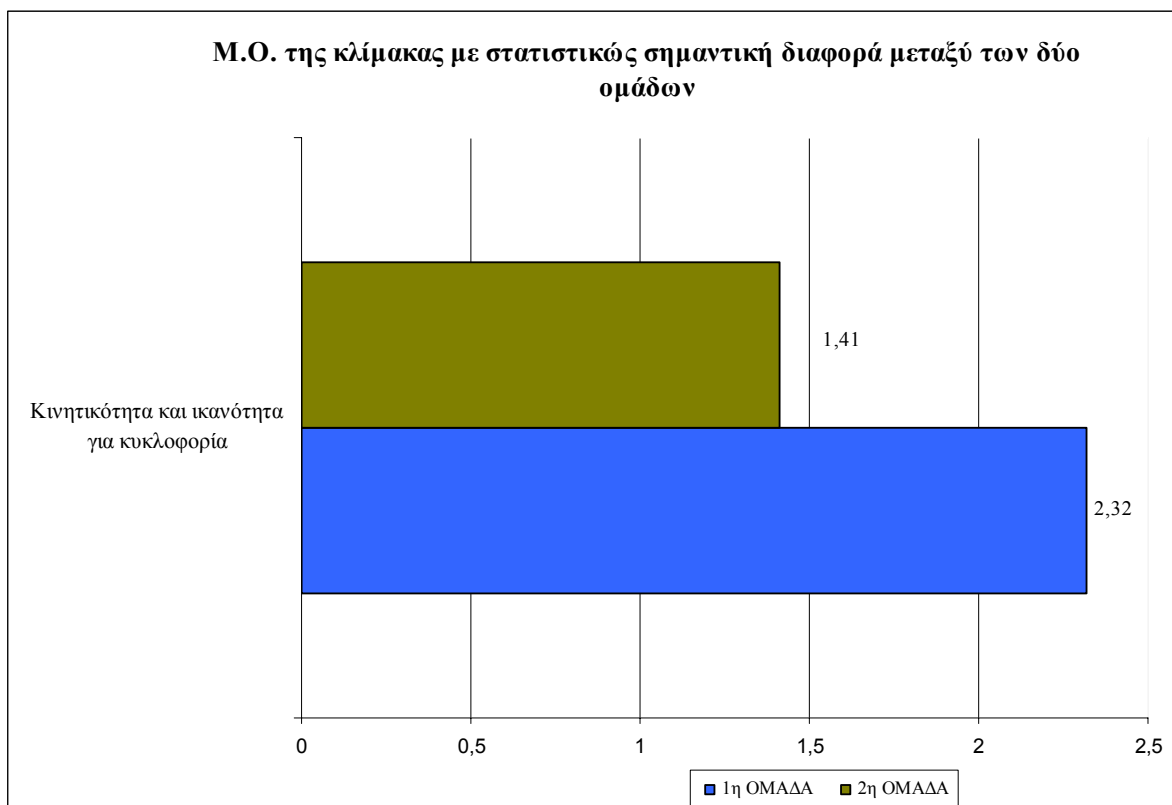
Δηλαδή η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται, και τα παραπάνω αποτελέσματα δείχνουν ότι παρά τις διαφορές των μέσων όρων στους επιμέρους τομείς, οι δύο ομάδες διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά μόνο στους τομείς που βρέθηκε στατιστική διαφορά με το έλεγχο T-Test. Δηλαδή οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα της Μ.Π. έχουν καλύτερη επίδοση μόνο στην ικανότητα «Κινητικότητα και ικανότητα για κυκλοφορία».

Στην ικανότητα αυτή παρατηρείται και μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των μέσων όρων των ομάδων, γεγονός που τους καθιστά και στατιστικά διαφορετικούς. Στο Γράφημα 5 που ακολουθεί απεικονίζονται οι Μ.Ο. της κλίμακας που βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Η Κλίμακα με την σημαντική στατιστική διαφορά είναι η Κινητικότητα και ικανότητα για κυκλοφορία ($p \approx 0$). Δηλαδή οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα της Μ.Π. έχουν μεγαλύτερη ικανότητα Κινητικότητας και ικανότητα για κυκλοφορία.

Προκειμένου να ισχυροποιήσουμε τα ανωτέρω αποτελέσματα, εφαρμόσαμε και τον αντίστοιχο προς το κριτήριο T-Test μη παραμετρικό έλεγχο των Mann-Whitney για να ελέγξουμε, σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 0,05$, αν τα δύο δείγματα έχουν κατά μέσο όρο την ίδια απόδοση. Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες στα εξής αποτελέσματα:

Κινητικότητα και ικανότητα για κυκλοφορία: $U = 136,0, Z = -2,60, p = ,009$

Επομένως, τα συμπεράσματα δεν διαφοροποιούνται είτε χρησιμοποιήσουμε το παραμετρικό έλεγχο T-Test είτε τον μη παραμετρικό έλεγχο των Mann-Whitney.



Γράφημα 5.1.: Μ.Ο. της κλίμακας με στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων

5.3. ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ

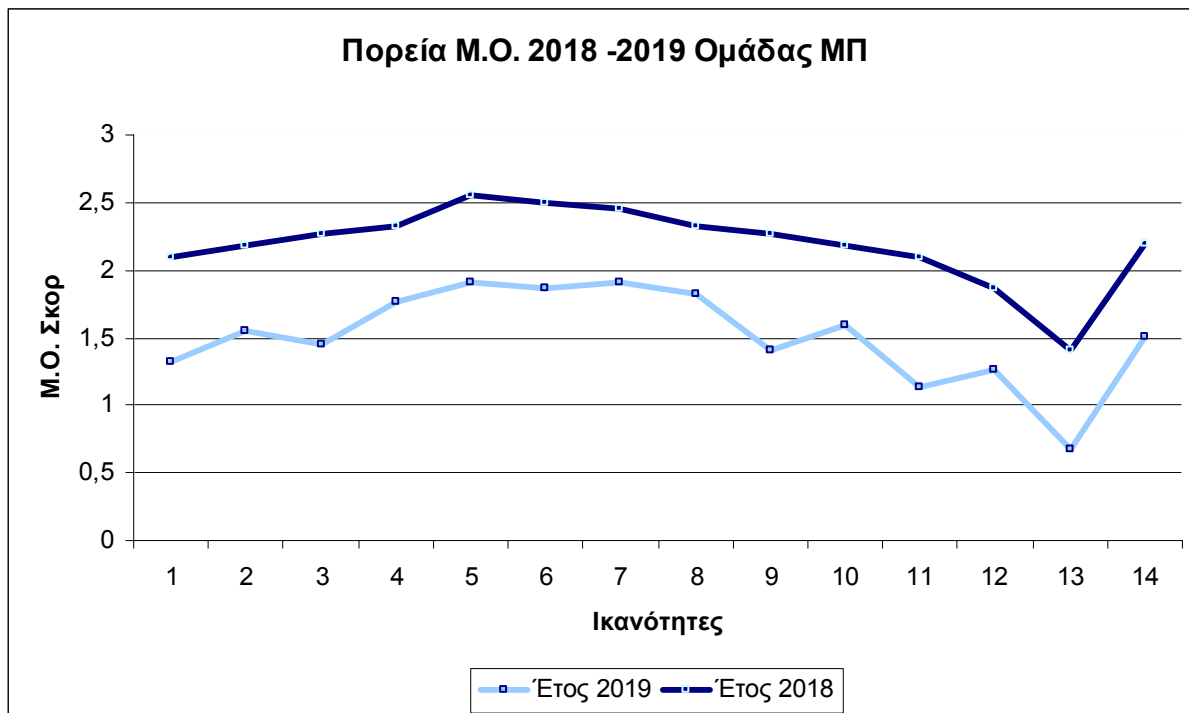
Σύμφωνα με τη δεύτερη υπόθεση το επίπεδο λειτουργικότητας των ασθενών που απασχολούνται στην Μονάδα Πρασίνου αναμένεται να είναι σε υψηλότερο επίπεδο ένα χρόνο αργότερα με την έναρξη της απασχόλησης.

Αρχικά υπολογίστηκαν οι Μέσοι Όροι (Μ.Ο.), ο Διάμεσος (Μ.) και οι Τυπικές Αποκλίσεις (Τ.Α.) των αποτελεσμάτων στις κλίμακες του ερωτηματολογίου για την Μονάδα Πρασίνου για τις δύο χρονικές στιγμές (2018 και 2019), οι οποίοι απεικονίζονται στον Πίνακα 4.

Πίνακας 5.2.: Μ.Ο. – Μ. – Τ.Α. Mini-ICF-APP για την ομάδα της Μονάδας Πρασίνου το 2018 και το 2019

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	2018			2019		
	Μ.Ο.	Μ.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Μ.	Τ.Α.
Ικανότητα προσαρμογής σε κανόνες και συνήθειες	2,09	2,00	0,53	1,32	1,00	0,72
Ικανότητα προγραμματισμού και οργάνωσης καθηκόντων	2,18	2,00	0,59	1,55	2,00	0,74
Ευελιξία και ικανότητα προσαρμογής	2,27	2,00	0,70	1,45	1,00	0,74
Εφαρμογή ικανότητας και γνώσης	2,32	2,00	0,65	1,77	2,00	0,75
Ικανότητα για λήψη αποφάσεων και κρίση	2,55	3,00	0,51	1,91	2,00	0,75
Πρωτοβουλία και αυθόρμητες δραστηριότητες	2,50	3,00	0,74	1,86	2,00	0,89
Ικανότητα προβολής αντίστασης και αντοχής	2,45	2,50	0,60	1,91	2,00	0,61
Ικανότητα επίδειξης αυτοπεποίθησης	2,32	2,00	0,72	1,82	2,00	0,79
Ικανότητα για συνομιλία και σύναψη επαφής με τρίτους	2,27	2,00	0,77	1,41	2,00	0,85
Ικανότητα ενσωμάτωσης σε ομάδες	2,18	2,00	0,79	1,59	2,00	0,96
Ικανότητα σύναψης στενών δυαδικών σχέσεων	2,09	2,00	0,97	1,14	1,50	0,94
Ικανότητα φροντίδας εαυτού και αυτάρκειας	1,86	2,00	0,71	1,27	1,00	0,70
Κινητικότητα και ικανότητα για κυκλοφορία	1,41	1,50	0,67	0,68	1,00	0,65

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι οι μέσοι όροι των σκορ και των δεκατριών τομέων της λειτουργικότητας στην δεύτερη μέτρηση – επαναξιολόγηση του 2019 μειώθηκαν. Το μειωμένο σκορ δείχνει αύξηση της λειτουργικότητας. Στον Άξονα Χ απεικονίζονται οι μεταβλητές – Ικανότητες που μετρά το ερωτηματολόγιο και στον Άξονα Υ απεικονίζεται ο Μ.Ο. της βαθμολογίας:



Γράφημα 5.2.: Πορεία Μ.Ο. 2018 -2019 Ομάδας ΜΠ

Η μηδενική υπόθεση είναι ότι $H_0 : \mu_1 = \mu_2$, δηλαδή ότι δεν υπάρχει διαφορά στις δύο μετρήσεις στους δεκατρείς τομείς της λειτουργικότητας. Στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε έλεγχος ισότητας δύο μέσων τιμών σε ζευγαρωτές παρατηρήσεις T-Test, προκειμένου να διερευνηθεί αν αυτή η διαφορά των μέσων όρων μεταξύ των δύο χρονικών στιγμών είναι στατιστικώς σημαντική. Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο μετρήσεις και στους δεκατρείς τομείς (Βλ. Παράρτημα VI). Συγκεκριμένα:

Ικανότητα προσαρμογής σε κανόνες και συνήθειες: $t(21) = -5,92, p = ,000$

Ικανότητα προγραμματισμού και οργάνωσης καθηκόντων: $t(21) = -4,53, p = ,000$

Ευελιξία και ικανότητα προσαρμογής: $t(21) = -5,24, p = ,000$

Εφαρμογή ικανότητας και γνώσης: $t(21) = -4,30, p = ,000$

Ικανότητα για λήψη αποφάσεων και κρίση: $t(21) = -5,13, p = ,000$

Πρωτοβουλία και αυθόρμητες δραστηριότητες: $t(21) = -4,53, p = ,000$

Ικανότητα προβολής αντίστασης και αντοχής: $t(21) = -5,02, p = ,000$

Ικανότητα επίδειξης αυτοπεποίθησης: $t(21) = -3,92, p = ,001$

Ικανότητα για συνομιλία και σύναψη επαφής με τρίτους: $t(21) = -6,33, p = ,000$

Ικανότητα ενσωμάτωσης σε ομάδες: $t(21) = -6,33, p = ,001$

Ικανότητα σύναψης στενών δυαδικών σχέσεων: $t(21) = -7,78, p = ,000$

Ικανότητα φροντίδας εαυτού και αυτάρκειας: $t(21) = -4,16, p = ,000$

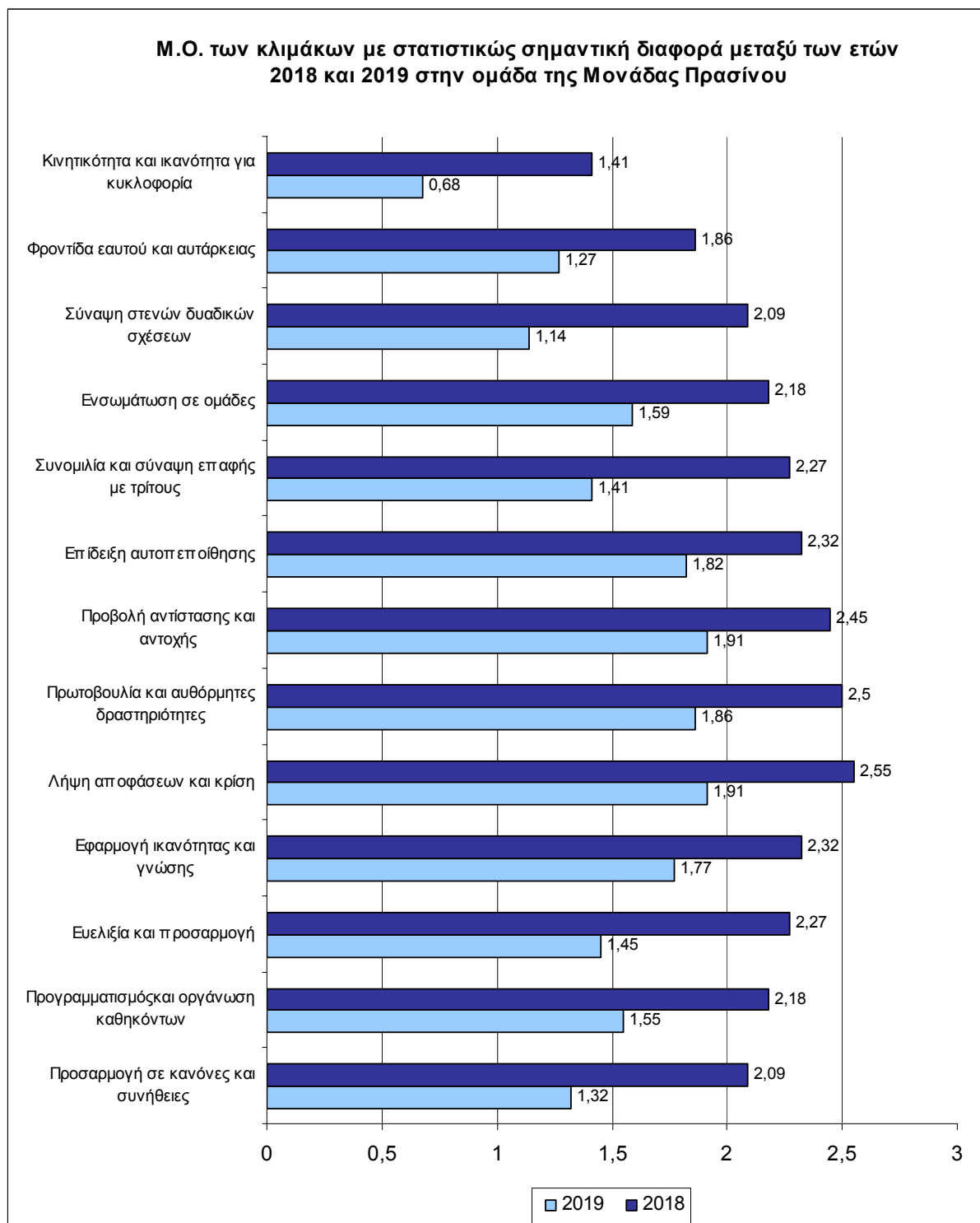
Κινητικότητα και ικανότητα για κυκλοφορία: $t(21) = -4,85, p = ,000$

Η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται, δηλαδή, οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα Μ.Π. είχαν σαφή βελτίωση των ικανοτήτων τους στην δεύτερη αξιολόγηση που πραγματοποιήθηκε ένα χρόνο αργότερα.

Λόγω του ότι το $p \approx 0$ σε όλους τους τομείς, η διαφορά της λειτουργικότητας μεταξύ των δύο μετρήσεων είναι στατιστικά πολύ ισχυρή.

Προκειμένου να ισχυροποιήσουμε τα ανωτέρω αποτελέσματα, εφαρμόσαμε και τον αντίστοιχο προς το κριτήριο T-Test μη παραμετρικό έλεγχο του Wilcoxon για να ελέγξουμε, σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 0,05$, αν οι δύο αποδόσεις έχουν κατά μέσο όρο την ίδια απόδοση. Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες στα ίδια αποτελέσματα. Επομένως, τα συμπεράσματα δεν διαφοροποιούνται είτε χρησιμοποιήσουμε το παραμετρικό έλεγχο T-Test είτε τον μη παραμετρικό έλεγχο του Wilcoxon.

Προκειμένου να γίνει ευκολότερα κατανοητό οι Μ.Ο. των κλιμάκων που βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων απεικονίζονται στο Γράφημα 7 που ακολουθεί.



Γράφημα 5.3.: Μ.Ο. των κλιμάκων με στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των ετών 2018 και 2019 στην ομάδα της Μονάδας Πρασίνου

5.4. ΣΥΝΟΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Τα αποτελέσματα, που προέκυψαν από την ανάλυση των στατιστικών δεδομένων της μελέτης, μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

A) Οι ασθενείς που απασχολούνται στην Μονάδα Πρασίνου έχουν καλύτερα επίπεδα λειτουργικότητας σε σχέση με τους ασθενείς που φιλοξενούνται στα οικοτροφεία του Ψ.Ν.Θ. σε έναν μόνο τομέα. Συγκεκριμένα, η κινητικότητα και ικανότητα για κυκλοφορία είναι στατιστικώς σημαντικά σε καλύτερο επίπεδο λειτουργικότητας.

B) Το επίπεδο λειτουργικότητας των ασθενών που απασχολούνται στην Μονάδα Πρασίνου βελτιώθηκε στατιστικώς σημαντικά μετά από έναν χρόνο. Όλες οι επιμέρους ικανότητες που μετρά το εργαλείο βρέθηκαν σε καλύτερο επίπεδο λειτουργικότητας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Οι ψυχικές διαταραχές συνδέονται συχνά με προβλήματα κοινωνικής ή επαγγελματικής προσαρμογής και λειτουργικότητας. Η ασθένεια δεν πρέπει να περιγράφεται μόνο στο επίπεδο της «βλάβης των λειτουργιών» (δηλαδή, των συμπτωμάτων της ασθένειας όπως η μείωση της κίνησης), αλλά και όσον αφορά τους «περιορισμούς στις δραστηριότητες ή τις ικανότητες» (π.χ. αδυναμία οργάνωσης ενός έργου). Σημαντικοί τομείς ικανοτήτων που υποβαθμίζονται είναι η τήρηση των κανονισμών, ο προγραμματισμός και η δομή των καθηκόντων, η ευελιξία, η αντοχή, η αυτοπεποίθηση, η αυτοσυντήρηση, η κινητικότητα ή η ικανότητα λήψης αποφάσεων ή αποφάσεων (Balestrieri et al., 2012).

Η παρούσα έρευνα διερεύνησε την επίδραση της απασχόλησης με γεωργικές δραστηριότητες μέσω του προγράμματος της Μονάδας Πρασίνου στη λειτουργικότητα των ασθενών του Ψ.Ν.Θ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι ασθενείς της Μονάδας Πρασίνου εμφάνισαν σημαντικά καλύτερο συνολικό σκορ σε έναν τομέα στο Mini-ICF-APP σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (ασθενείς που δεν συμμετείχαν στο πρόγραμμα) αλλά κυρίως στην επαναξιολόγησή τους μετά από ένα χρόνο (2018, 2019), εμφανίζοντας σαφώς βελτιωμένη λειτουργικότητα. Επιπλέον, κατά την ανάλυση, οι διαφορές στις μέσες βαθμολογίες που ελήφθησαν σε καθένα από τα δεκατρία στοιχεία του Mini-ICF-APP επιβεβαίωσαν τα παραπάνω ευρήματα, υπογραμμίζοντας καλύτερα τα θετικά αποτελέσματα των ασθενών που απασχολήθηκαν στην Μονάδα Πρασίνου.

Η ερευνητική υπόθεση που αφορούσε την καλύτερο επίπεδο λειτουργικότητας των ασθενών που απασχολούνται στην Μονάδα Πρασίνου σε σύγκριση με ασθενείς που δεν συμμετέχουν στο πρόγραμμα επιβεβαιώθηκε μερικώς. Ο τομέας λειτουργικότητας «κινητικότητα και ικανότητα για κυκλοφορία» βρέθηκε στατιστικώς σε καλύτερο επίπεδο.

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι ασθενείς της Μονάδας Πρασίνου έχουν καλύτερο επίπεδο κινητικότητας και ικανότητας για κυκλοφορία. Δηλαδή, η ικανότητά τους να μπορούν να κινούνται, να εκτελούν όλες τις συνήθειες και απαιτούμενες κινήσεις και να πηγαίνουν σε διάφορα μέρη με τα πόδια είναι αυξημένη. Επίσης το να ξεκινούν για να πάνε κάπου και να χρησιμοποιούν μέσα μαζικής μεταφοράς όπως αυτοκίνητο, λεωφορείο ή αεροπλάνο είναι πιο εύκολο για

αυτούς. Τέλος, η ικανότητα ασφαλούς μετακίνησης χωρίς την παρουσία κάποιου τρίτου τους δίνει τη δυνατότητα να συμμετέχουν σε περισσότερες κοινωνικές εκδηλώσεις.

Η ερευνητική υπόθεση που αφορούσε την βελτίωση του επιπέδου λειτουργικότητας των ασθενών που απασχολούνται στην Μονάδα Πρασίνου μετά από ετήσια απασχόληση σε αυτήν επίσης επιβεβαιώθηκε. Αναλυτικότερα, οι ασθενείς της Μονάδας Πρασίνου μετά από ένα χρόνο συστηματικής απασχόλησης αύξησαν τα επίπεδα λειτουργικότητάς τους σε όλους τους τομείς που μετρούσε το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε. Αξιολογήθηκαν ως πιο συνεπείς, πιο οργανωτικοί, πιο κοινωνικοί, πιο ευέλικτοι, πιο υπεύθυνοι, με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και πρωτοβουλία, με καλύτερη προσαρμοστικότητα και ικανότεροι να φροντίζουν τους εαυτούς τους. Ανέπτυξαν με μεγαλύτερη ευκολία σχέσεις με τους άλλους και γίνονταν μέλη μιας ομάδας αλληλεπιδρώντας ουσιαστικά, αναπτύσσοντας σχέσεις εμπιστοσύνης.

Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με προηγούμενες έρευνες (Pieters et al., 2019; VanDenBerg & Custers, 2011; Gonzalez et al., 2011; Cho et al., 2003; Kamioka et al., 2014; Στρατάκος κ.α., 2014; Κόντος κ.α., 2016) που έχουν πραγματοποιηθεί προκειμένου να διερευνήσουν την επίδραση της φυτοθεραπείας σε ψυχικά πάσχοντες. Διαπιστώθηκε ότι η φυτοκομική θεραπεία μειώνει την ένταση, την κατάθλιψη, τον θυμό, την κόπωση και την σύγχυση ενώ ταυτόχρονα βελτιώνει την διάθεση, την προσοχή, την κοινωνικότητα, την ψυχολογική ευεξία και την ελπίδα, την ικανοποίηση από τη ζωή, τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, τη λειτουργικότητα και γενικά την υγεία, και ανακουφίζει από τις χρόνιες ασθένειες και τη μοναξιά (Rodiek, 2002; Wichrowski et al., 2005; Wood et al., 2016).

Ερμηνεύοντας τα ευρήματα της έρευνας μπορούμε να πούμε ότι σε γενικές γραμμές, μια θεραπεία μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι μια διαδικασία που προάγει τη γενική ευημερία του ασθενούς και περιλαμβάνει ένα σύνολο δραστηριοτήτων. Το σημαντικό είναι ότι η ενασχόληση με γεωργικές δραστηριότητες δεν προσφέρει απλώς την επαφή με τη φύση. Πρόκειται παράλληλα για κοινωνικοποίηση, που παρέχει τις ευκαιρίες στους ασθενείς να αλληλεπιδρούν με τους άλλους. Επιτρέπει επίσης στους ανθρώπους να συμμετέχουν σε μια σημαντική δραστηριότητα, αναπτύσσοντας συγκεκριμένες γνώσεις και δεξιότητες. Αυτοί οι κοινωνικοί και επαγγελματικοί παράγοντες μπορεί να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην προώθηση της αίσθησης του ανήκειν και στην ενίσχυση της κοινωνικής ένταξης για τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας (Diamant & Waterhouse, 2010). Η

φυτοκομική θεραπεία, χρησιμοποιώντας το φυσικό περιβάλλον, συμβάλλει στη μείωση του «κοινωνικού στίγματος» και ενισχύει τη συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας (Kim & Park, 2018).

Υπάρχουν πολλά πιθανά, αλλά όχι αμοιβαία αποκλειστικά, μονοπάτια μέσα από τα οποία η κηπουρική προάγει την υγεία. Το πρώτο και πιο άμεσο είναι τα οφέλη για την υγεία από την άμεση εμπειρία με τη φύση (Hartig et al., 2014). Η θεωρία της αποκατάστασης της προσοχής προτείνει ότι ο φυσικός κόσμος είναι γνωστικώς αποκαταστατικός και η έκθεση στη φύση έχει τη δυνατότητα να επιτρέψει την αποκατάσταση της προσοχής (Kaplan, 1995). Δεύτερον, η κηπουρική είναι πιθανό να ενθαρρύνει τους ανθρώπους να ασκήσουν σωματική άσκηση, η οποία με τη σειρά της θα συνέβαλε στη βελτίωση τόσο της σωματικής όσο και της ψυχολογικής υγείας (Park et al., 2015). Τρίτον, οι κήποι, παρέχουν ευκαιρίες αλληλεπίδρασης με άλλα μέλη, γεγονός που είναι πιθανό να προκαλέσει και να ενισχύσει τους κοινωνικούς δεσμούς, τα κοινοτικά δίκτυα και την αίσθηση της κοινότητας (Wakefield et al., 2007).

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας αποτελούν την κύρια αιτία κοινωνικής και επαγγελματικής «αναπηρίας». Η σημασία της προσωπικής και κοινωνικής λειτουργικότητας είναι βεβαίως αδιαμφισβήτητη, έχοντας επίσης κατά νου ότι τα ελλείμματα λειτουργικότητας περιλαμβάνονται μεταξύ των βασικών διαγνωστικών κριτηρίων για τη σχιζοφρένεια και άλλων ψυχικών διαταραχών. Οι προσπάθειες να βοηθηθούν τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας να μεγιστοποιήσουν τη συνολική λειτουργικότητά τους και να επιστρέψουν ή να διατηρήσουν την εργασία τους αποτελεί όλο και πιο σημαντικό μέρος των παρεμβάσεων υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Ο πρωταρχικός στόχος της υγειονομικής περίθαλψης για ασθενείς με χρόνιες ψυχικές ασθένειες είναι η μεγιστοποίηση της λειτουργικότητάς τους στην καθημερινή ζωή και η επίτευξη ενός υψηλότερου επιπέδου ευημερίας. Η ευημερία είναι ένα πολυδιάστατο κατασκεύασμα που γίνεται όλο και πιο δημοφιλές, περιλαμβάνει τη βέλτιστη σωματική και πνευματική λειτουργία με θετικές συναισθηματικές εμπειρίες, ανθεκτικότητα και γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή. Η ευημερία δεν είναι ο επιδιωκόμενος στόχος των θεραπευτικών κήπων, αλλά πολλά από τα οφέλη της συμμετοχής σε κήπους, όπως η βελτίωση της λειτουργικότητας επηρεάζουν θετικά και την ευημερία. Η κηπουρική αυξάνει την ικανοποίηση της ζωής του ατόμου, την αίσθηση λειτουργικότητας, τη ψυχολογική ευημερία και τη γνωστική λειτουργία (Huppert & So, 2013).

Τα προγράμματα θεραπείας υλοποιούνται σε ένα ευρύ φάσμα περιβαλλόντων φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων, των κέντρων αποκατάστασης, των εγκαταστάσεων φροντίδας, των εγκαταστάσεων ψυχιατρικής περίθαλψης, των φυλακών και των ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων (ΑΗΤΑ, 2015). Σε αυτές τις συνθήκες, η φυτοκομική θεραπεία μπορεί να είναι μια ενεργή ή παθητική διαδικασία, η οποία λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο ενός καθορισμένου θεραπευτικού σχεδίου. Η ίδια η διαδικασία θεωρείται ως θεραπευτική δραστηριότητα, και όχι το τελικό αποτέλεσμα. Οι δραστηριότητες της φυτοθεραπείας μπορούν να τροποποιηθούν για να καλύψουν τις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ατόμων, και έχουν σχεδιαστεί για τη βελτίωση ή τη μεγιστοποίηση της ψυχολογικής, σωματικής, κοινωνικής και νοητικής λειτουργίας του συμμετέχοντος.

Η φυτοθεραπεία είναι μια θεραπεία που παρέχεται με σεβασμό, κατανόηση, και υποστήριξη μέσα σε ένα περιβάλλον που ευνοεί την εκμάθηση νέων δεξιοτήτων και τρόπων σύνδεσης με άλλους. Καλύπτει την παναθρώπινη αναπτυξιακή ανάγκη του αισθήματος κάποιας ομοιότητας με άλλους ανθρώπους, καλλιεργεί την αυτοπεποίθηση, το αίσθημα αυτοελέγχου και αυτοαποτελεσματικότητας μέσω της επίτευξης στόχων. Βοηθά τους ασθενείς να προσαρμοστούν στις μεταβάσεις της ζωής, τις κρίσεις και τις πιέσεις και με τον τρόπο αυτό να «καλλιεργούν» τους εαυτούς τους.

Γνωρίζουμε ότι η ψυχική ασθένεια ακόμη και όταν η λειτουργικότητα είναι σε υψηλό επίπεδο, αλλάζει τον τρόπο ζωής των ανθρώπων. Οι προσωπικοί στόχοι του ατόμου μπορεί να επηρεαστούν και να επαναπροσδιοριστούν. Η πλειοψηφία των ασθενών προσαρμόζεται καλά και αντιμετωπίζει με επιτυχία τις προκλήσεις.

Εκείνο που θα πρέπει να γίνει κατανοητό από όλους, γιατρούς, ειδικούς, ερευνητές, είναι ότι οι ασθενείς αυτοί έχουν ένα μοναδικό τρόπο αντίληψης του κόσμου και του εαυτού τους. Η ενσυναίσθηση, η ευαισθησία, η υπομονή και η κατανόηση θα πρέπει να είναι παρούσες κάθε στιγμή όταν ασχολούνται μαζί τους προκειμένου να τους βοηθήσουν να ενταχθούν. Οι εξατομικευμένες μη μηχανιστικές παρεμβάσεις προωθούν την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη και είναι ικανές να ανταποκριθούν στις μεταβαλλόμενες δια βίου ανάγκες των ασθενών αυτών.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Υπάρχουν περιορισμοί στην παρούσα έρευνα και για αυτό τα αποτελέσματα πρέπει να ερμηνευτούν με προσοχή. Όπως συμβαίνει με τις περισσότερες μελέτες με χρόνια ψυχικά ασθενείς, η παρούσα μελέτη είχε ένα σχετικά μικρό μέγεθος δείγματος. Ένα μεγαλύτερο δείγμα θα αποτύπωνε πιο ξεκάθαρα την επίδραση της ενασχόλησης με γεωργικές εργασίες στη ψυχική υγεία. Επίσης η σοβαρότητα της διαταραχής και το επίπεδο λειτουργικότητας είναι διαφορετικό και μοναδικό για κάθε ασθενή λόγω της ποικιλομορφίας των διαταραχών. Το γεγονός αυτό θέτει αυτομάτως τον προβληματισμό για την γενίκευση των αποτελεσμάτων και κατηγοριοποίηση των ασθενών αυτών.

Η χρησιμότητα της παρούσας έρευνας έγκειται τόσο σε θεωρητικό όσο και σε κλινικό επίπεδο. Στο θεωρητικό επίπεδο, τα ευρήματα αποτυπώνουν με ικανοποιητικό τρόπο την θετική επίδραση της ενασχόλησης με γεωργικές δραστηριότητες στην Μονάδα Πρασίνου στην ψυχική υγεία των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, η λειτουργικότητα των ασθενών βελτιώθηκε σε πολλαπλούς τομείς. Σε κλινικό επίπεδο, τα ευρήματα μπορούν να αξιοποιηθούν για περαιτέρω επιστημονική έρευνα από επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται με χρόνια ψυχικά ασθενείς. Η έρευνα θα μπορούσε να επεκταθεί συγκρίνοντας την ομάδα ελέγχου με αξιολόγηση το 2019 με τα αποτελέσματα του 2019 της Μονάδας Πρασίνου. Μία πρόταση για νέα επιστημονική έρευνα θα μπορούσε να ήταν: *«Η Διερεύνηση της επίδρασης της οργανωμένης θεραπευτικής ενασχόλησης με γεωργικές δραστηριότητες στη μείωση υποτροπών των ατόμων με ψυχικές διαταραχές με δυννητικά, κοινωνικά και οικονομικά οφέλη»*. Η θετική επίδραση της ενασχόλησης με γεωργικές δραστηριότητες, η υποστήριξη που λαμβάνουν οι ασθενείς από τους ειδικούς και την ομάδα, είναι μερικοί παράγοντες που αναδύθηκαν και τονίζουν την χρησιμότητα αλλά και την αναγκαιότητα ύπαρξης προγραμμάτων, όπως η Μονάδα Πρασίνου, που θα αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις της ψυχικής ασθένειας με έναν ολιστικό τρόπο θεραπείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

Απόφαση αρ.Υ5α/1351, (2000). *Καθορισμός προϋποθέσεων έγκρισης οργανωμένων προγραμμάτων αποκατάστασης στα οποία προβλέπεται η χορήγηση κινήτρου επανένταξης ή θεραπευτικού κινήτρου*. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, αρ.φύλλου 877, τεύχος Β'.

Black, D., Andreasen, N. (2011). *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική (5η Έκδ.)*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνος.

Γιδαράκου, Μ., (2008). *Αρχιτεκτονική τοπίου Θεραπευτικών –Νοσηλευτικών κήπων: Ρόλος, λειτουργίες και αρχές σχεδιασμού*. (Αδημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή) Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.

Ιπποκράτης (1993). *Άπαντα*. Αθήνα: Εκδόσεις Κέδρος.

Kring, A.M., Davison, G.C., Neale, J.M., Johnson, S.L. (2010). *Ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Κόντος, Κ., Γαζάνης, Α., Αμασλίδου, Α., Ζλατάνος, Δ., (2016). Η επίδραση του Οργανωμένου Προγράμματος Αποκατάστασης “Μονάδα Πρασίνου” του Ψ.Ν.Θ, στην ψυχιατρική συμπτωματολογία των απασχολούμενων χρόνιων ψυχικά ασθενών. *Επιθεώρηση Υγείας*, 162, 32-34.

Νόμος 2716, (1999). *Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις*. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, αρ.φύλλου 96, τεύχος Α'.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, (2004). *Το Πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας*. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας – Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, Αθήνα

Παλίλη, Στ., (2014). *Θεραπευτικοί κήποι και ψυχική ασθένεια: Η συμβολή του φυσικού περιβάλλοντος στη δημιουργία θεραπευτικών κήπων ως εργαλείο αποκατάστασης των ψυχικών νοσημάτων*. (Αδημοσίευτη Μεταπτυχιακή Διατριβή) Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Στρατάκος, Α., Κόντος, Κ., Σπυράτου, Στ., Θεοδοροπούλου, Ν., (2011). «Θεραπευτικοί Κήποι» Νοσοκομείων. Ο ρόλος τους στην σωματική και ψυχική υγεία. *Επιθεώρηση Υγείας*, 129, 34-37.

Φιλιπιάδου Μ., Κόντος Κ., Φρυδά Χ., Ιορδανίδου Ε., Κοτσιαφίτης Α., Θεοδοροπούλου Ν., Παπαζήσης Γ., Γαρύφαλλος Γ., (2018). *Η επίδραση του Οργανωμένου Επανεταξιακού Προγράμματος “Μονάδα Πρασίνου” του Ψ.Ν.Θ στην λειτουργικότητα και την πορεία της νόσου χρόνιων ψυχωτικών ασθενών*. Αναρτημένη Ανακοίνωση P125, στο 26ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Κως, 17-20 Μαΐου, 2018.

Χαρτοκόλλης, Π., (1986). *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*. Αθήνα: Θεμέλιο

Ξένη Βιβλιογραφία

Abraham, A., Sommerhalder, K. and Abel, T. (2010). Landscape and wellbeing: a scoping study on the health-promoting impact of outdoor environments. *International Journal of Public Health*, 55, 59-69.

Alexander, R. & Cooray, S. (2003). Diagnosis of personality disorders in learning disability. *British Journal of Psychiatry*, 182(44), 28-31.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Aneshensel, C. (1992). Social Stress: Theory and Research. *Annual Review of Sociology*, 18, 15-38.

Aneshensel, C., Rutter, C. And Lachenbruch, P. (1991). Social Structure, Stress, and Mental Health: Competing Conceptual and Analytic Models. *American Sociological Review*, 56, 166-178.

Balestrieri, M., Isola, M., Bonn, R., Tam, T., Vio, A., Linden, M. and Maso, E. (2012). Validation of the Italian version of Mini-ICF-APP, a short instrument for rating activity and participation restrictions in psychiatric disorders. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22, 81-91.

Balogh, R., Brownell, M., Ouellette-Kuntz, H, et al., (2010). Hospitalisation rates for ambulatory care sensitive conditions for persons with and without an intellectual disability: A population perspective. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(9), 820–832.

Berger, R. and McLeod, J. (2006). Incorporating nature into therapy: a framework for practice. *Journal of Systemic Therapies*, 25, 80-94.

Beyer, K., Kaltenbach, A., Szabo, A., Bogar, S., Nieto, F. J., & Maleczi, K. (2014). Exposure to neighborhood green space and mental health: Evidence from the survey of the health of Wisconsin. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(3), 453–3472.

Bisgrove, R., Hadley, P., (2002). *Gardening in the Global Greenhouse: The Impacts of Climate Change on Gardens in the UK*. UK Climate Impacts Programme, Oxford, UK.

Bhatti, M. (2006). “When I’m in the garden I can create my own paradise”: Homes and gardens in later life. *Sociological Review*, 54(2), 318–341.

Burkhardt, M., (2000). Healing relationships with nature. *Contemporary therapies in nursing and midwifery*, 6, 35-40.

Clatworthy, J., Hinds, J., Camic, P. (2013). Gardening as a mental health intervention: a review. *Mental Health Review Journal*, 18, 4, 214-225.

Carlsson, A. (1988). The current status of the dopamine hypothesis of schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 1, 179-186.

Caballero, B., (2007). The global epidemic of obesity: an overview. *Epidemiologic Reviews*, 29, 1–5.

Cho, M., Son, K., Kim, M., (2003). Effect of phased application of horticultural therapy programs on improvements of assertiveness and interpersonal relationship of chronic schizophrenia. *Korean Journal of Horticultural Science and Technology*, 22(4).

Clatworthy, J., Hinds, J., & Camic, P. (2013). Gardening as a mental health intervention: A review. *Mental Health Review Journal, 18*(4), 214–225.

Collins P, Del Vecchio A, VanDenderen, JCM, Everitt, BJ, Robbins, TW, Roberts, AC (1997). The role of dopamine in cognition: contrasting effects of dopamine depletion from the prefrontal cortex and caudate nucleus on acquisition of an attentional set in the marmoset. *Social Neuroscience Abstracts, 23*, 1605.

Cooper M., C. (2006). The gardens as a treatment milieu. *Landscape Architecture, 96*, 26-37.

Cooper, S., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry, 190*(1), 27–35.

Dadvand, P., de Nazelle, A., Figueras, F., et al., (2012). Green space, health inequality and pregnancy. *Environment International, 40*, 110–115.

Damasio, AR., (2000). Eighth C.U. Ariens Kappers Lecture. The fabric of the mind: A neurobiological perspective. *Progress in Brain Research, 126*, 457–467.

Dannenmaier, M., (1995). Healing gardens. *Landscape Architecture, 85*, 56-60.

Davis S., (1995). American horticultural therapy association: its purpose and potential. *HortTechnology, 5*(2), 121-126.

Davis, S. (1997). *Development of the profession of horticulture therapy*. In S. P. Simpson & M. C. Strauss (Eds.), *Horticulture as therapy, principles and practice* (pp. 3–9). Binghamton: Haworth Press.

Diamant, E. and Waterhouse, A. (2010). Gardening and belonging: reflections on how social and therapeutic horticulture may facilitate health, wellbeing and inclusion. *British Journal of Occupational Therapy, 73*, 84-88.

Detweiler, M., Self, J., Lane, S., Spencer, L., Lutgens, B., Kim, D., Lehmann, L. (2015). Horticultural therapy: A pilot study on modulating cortisol levels and indices of

substance craving, posttraumatic stress disorder, depression, and quality of life in veterans. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 21(4), 36–41.

Dohrenwend, B. P. (1975). Sociocultural and Social-Psychological Factors in the Genesis of Mental Disorders. *Journal of Health and Social Behavior*, 16, 365-92.

Dunn, A.L. and Jewell, J.S. (2010). The effect of exercise on mental health. *Current Sports Medicine Reports*, 9, 202-207.

Dye, C., (2008). Health and urban living. *Science*, 319, 766–769.

Edwards, C., McDonnell, C., & Merl, H. (2013). An evaluation of a therapeutic garden's influence on the quality of life of aged care residents with dementia. *Dementia*, 12(4), 494–510.

Eriksson, T., Karlström, E., Jonsson, H., & Tham, K. (2010). An exploratory study of the rehabilitation process of people with stress-related disorders. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17, 29-39.

Eriksson, Westerberg, Jonsson (2011). Experiences of women with stress-related ill health in a therapeutic gardening program. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(5), 273.

Eum, E., Kim, H., (2016). Effects of a horticultural therapy program on self-efficacy, stress response, and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 25(1), 48–57.

Fjield T., (2000). The effect of interior planting on health and discomfort among workers and school children. *HortTechnology*, 101, 46-52.

Flagler, J. and Poincelot, R., (1994). People-plant relationships, setting research Priorities. The Food products press, London.

Gonzalez, M., Hartig, T., Patil, G., Martinsen, E. and Kirkevold, M. (2011). A Prospective Study of Existential Issues in Therapeutic Horticulture for Clinical Depression Issues. *Mental Health Nursing*, 3, :73–81.

Grahn, P., Stigsdotter, U. (2003). Landscape planning and stress. *Urban Forest Urban Green*, 2, 1–18.

Grahn, P., Tenngart Ivarsson, C., Stigsdotter, U.K. and Bengtsson, I.L. (2010). *Using affordances as a health-promoting tool in a therapeutic garden*. In Ward-Thompson, C., Bell, S. and Aspinall, P. (Eds), *Innovative Approaches to Researching Landscape and Health*, Taylor & Francis, London, 120-59.

Groenewegen, P.P., van den Berg, A.E., de Vries, S., Verheij, R.A., (2006). Vitamin G: effects of green space on health, well-being, and social safety. *BMC Public Health*, 6, 149.

Grut, J. (2003). Horticulture and psychotherapy. *Therapeutic Communities*, 24(3), 187–192.

Hartig, T., Mitchell, R., de Vries, S., Frumkin, H., (2014). Nature and health. *Annual Review of Public Health*, 35, 207–228.

Huppert, F.A., So, T.T., (2013). Flourishing across Europe: application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, 110, 837–861.

Jacobson, N. and Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52, 482-485.

International Diabetes Federation (IDF), (2015). *Diabetes Atlas*. seventh ed. Belgium: Brussels.

Kam, M., & Siu, A. (2010). Evaluation of a horticultural activity programme for persons with psychiatric illness. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 20(2), 80–86.

Kamioka, H., Tsutani, K., Yamada, M., Park, H., Okuizumi, H., Honda, T., Okada, S., Park S-J., Kitayuguchi, J., Abe, T., Handa, S., Mutoh, Y. (2014). Effectiveness of horticultural therapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Medicine*, 22, 930–943.

Kaplan, R. (1973). Some psychological benefits of gardening. *Environment and Behaviour*, 5(2), 145–162.

Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, 15(3), 169–182.

Kaplan, R., & Kaplan, S. (1989). *The experience of nature: A psychological perspective*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Kavanagh, J.S., (1995). Therapeutic landscape: gardens for horticultural therapy coming of age. *HortTechnology*, 5(2), 104-107.

Kim, K., Lee, H., Song, M., Chung, S., Chung, H., (2006). Effects of horticultural therapy program on serum cortisol, pain, anxiety and depression of the hospice patients. *Korean Journal of Horticultural Science and Technology*, 24(1), 95-103.

Kim, SY, Son, KC, Jung, HJ, Yoo, JH, Kim, BS, Park, SW., (2003). Effect of horticultural therapy on functional rehabilitation in hemi-plegic patients after stroke. *Korean Journal of Horticultural Science and Technology*, 44, 780—785.

Kim, K. and Park, S.A., (2018). Horticultural therapy program for middle-aged women's depression, anxiety, and self-identify. *Complementary therapies in medicine*, 39, 154-159.

Lachowycz, K., Jones, A.P., (2011). Greenspace and obesity: a systematic review of the evidence. *Obesity Reviews*, 12, 183–189.

Lambert, K.G., Nelson, R.J., Jovanovic, T., Cerdá, M., (2015). Brains in the city: neurobiological effects of urbanization. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 58, 107–122.

Langellotto, G.A., Gupta, A., (2012). Gardening increases vegetable consumption in schoolaged children: a meta-analytical synthesis. *HortTechnology*, 22, 430–445.

Lee, E.H, Kwack, H.R. and Kim, H.S. (2002). *Theory and practice use of horticultural therapy – With special reference to the elderly people*. Seoul Women’s University publication wealth, Seoul, Korea. p.19-29.

Lee, M., Park, B., Lee, J., Park, K., Ku, J., Oh, K., & Miyazaki, Y. (2013). Physiological relaxation induced by horticultural activity: Transplanting work-using flowering plants. *Journal of Physiological Anthropology*, 32(1), 15.

Lee, M., Lee, J., Park, B., & Miyazaki, Y. (2015). Interaction with indoor plants may reduce psychological and physiological stress by suppressing autonomic nervous system activity in young adults: A randomized crossover study. *Journal of Physiological Anthropology*, 34(1), 21.

Lee, M. J., Oh, W., Jang, J. S., & Lee, J. Y. (2018). A pilot study: Horticulture-related activities significantly reduce stress levels and salivary cortisol concentration of maladjusted elementary school children. *Complementary Therapies in Medicine*, 37(1), 172–177.

Lee, S., Kim, M.S. and Suh, J.K. (2008). Effects of Horticultural Therapy of Self-Esteem and Depression of Battered Women at a Shelter in Korea. *Acta Horti*, 790, 139-142.

Lewis, C.A. (1996). *Green nature/human nature: The meaning of plants in our lives*. University of Illinois Press, Chicago, IL.

Lieberman JA, et al. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 353, 1209–1023.

Lohr, V.I., Pearson-Mims, C.H., Goodwin, G.K., (1996). Interior plants may improve worker productivity and reduce stress in a windowless environment. *Journal of Environmental Horticulture*, 14(2), 97-100.

Louv, R., (2005). *Last child in the woods: saving out children from nature-deficit disorder*. Algonquin Books of Chapel Hill, Chapel Hill, NC, USA.

Maas, J., Verheij, R.A., de Vries, S., Spreeuwenberg, P., Schellevis, F.G., Groenewegen, P.P., (2009). Morbidity is related to a green living environment. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, 967–973.

Maller, C.J. (2009). Promoting children's mental, emotional and social health through contact with nature: A model. *Health Education Journal*, 109, 522–543.

Masel, E., Trinczek, H., Adamidis, F., Schur, S., Unseld, M., Kitta, A., & ...Watzke, H.H. (2018). Vitamin "G"arden: A qualitative study exploring perception/s of horticultural therapy on a palliative care ward. *Support Care Cancer*, 26(6), 1799–1805.

Mattson, R. (2002). *Improving personal health and wellness*. Holistic health recommendations for horticultural therapists. Korean Horticultural Therapy Association.

Matsuo, E., (2000). Education, Research and Use of human- horticulture relationships in Japan and Korea. *HortTechnology*, 10(1), 14-17.

McGuinn, C., Relf, D., (2001). A profile of juvenile offenders in a vocational horticulture curriculum. *HortTechnology*, 11(3), 427-433.

Molodynski A, Linden M, Juckel G, et al. (2013). The reliability, validity, and applicability of an English language version of the Mini- ICF-APP. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 1347–1354.

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., Ustun, B., (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370, 851–858.

Nitschke, G.,(1993). *Japanese Gardens*. Taschen, Cologne, Germany.

Oh, Y., Park, S., & Ahn, B. (2018). Assessment of the psychopathological effects of a horticultural therapy program in patients with schizophrenia. *Complementary Therapies in Medicine, 36*(1), 54–58.

Ohly, H., White, M. P., Wheeler, B. W., Bethel, A., Ukoumunne, O. C., Nikolaou, V., & Garside, R. (2016). Attention Restoration Theory: A systematic review of the attention restoration potential of exposure to natural environments. *Journal of Toxicology and Environmental Health. Part B, Critical Reviews, 19*(7), 305–343.

Ohtsuka, Y., Yabunaka, N., Takayama, S., Shinrin, Y., (1998). Forest-air bathing and walking effectively decreases blood glucose levels in diabetic patients. *International Journal of Biometeorology, 41*, 125—127.

Ottosson, J., & Grahn, P. (2008). The role of natural settings in crisis rehabilitation: How does the level of crisis influence the response to experiences of nature with regard to measures of rehabilitation? *Landscape Research, 33*(1), 51–70.

Park, SA., Lee JY, Lee, AY., Park, SW., Son, KC., (2015). Horticultural therapy program based on the stress immunization training for reducing depression symptom in the patients with stroke. *Journal of Korean Society for People, Plants, and Environment, 18*, 159-167.

Park, SA., Lee, AY., Son, KC., Lee, WL., Kim, DS., (2016). Gardening intervention for physical and psychological health benefits in elderly women at community centers. *HortTechnology, 26*(4), 474-483.

Park, S., Song, C., Oh, Y., Miyazaki, Y., Son, K., (2017). Comparison of physiological and psychological relaxation using measurements of heart rate variability, prefrontal cortex activity, and subjective indexes after completing tasks with and without foliage plants. *International Journal of Environmental Research and Public Health., 14*(9), 1087.

Parvin, N., Rafiee, VL., Aliakbari, F., (2016). Group horticulture program on psychiatric symptoms in patients with chronic schizophrenia. *Journal Of Research Development In Nursing & Midwifery, 13*(2), 16–21.

Perrins-Margalis, N., Rugletic, J., Schepis, N., Stepanski, H., & Walsh, M. (2000). The immediate effects of a group-based horticulture experience on the quality of life of

persons with chronic mental illness. *Occupational Therapy in Mental Health*, 16(1), 15–32.

Pieters, H., Leilanie Ayalab, Ariel Schneiderb, Nancy Wicksb, Aimee Levine-Dickmanb, Susan Clintonb (2019). Gardening on a psychiatric inpatient unit: *Cultivating recovery Archives of Psychiatric Nursing*, 33, 57–64.

Plomin, R. & McGuffin, P. (2003). Psychopathology in the postgenomic era. *Annual Review of Psychology*, 54, 205-228.

Rappe, E., Koivunen, T., Korpela, E. (2008). Group gardening in mental outpatient care. *Therapeutic Communities*, 29, 3, 273-284.

Relf, D. (1981). Dynamics of horticultural therapy. *Rehabilitation Literature*, 42, 147-50.

Relf, P.D. (1992). Human issues in horticulture. *HortTechnology*, 2(2), 159-171.

Relf, D. and Sheri, D., (1995). Horticulture: Meeting the Needs of Special Populations. *Hortechonology*, 5, 2, 94-103.

Reynolds, F., Vivat, B., & Prior, S. (2008). Women's experiences of increasing subjective well-being in CFS/ME through leisure-based arts and crafts activities: A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 30, 1279-1288.

Rodiek, S., (2002). Influence of an outdoor garden on mood and stress in older persons. *The Horticulture Journal*, 13, 13–21.

Roszak, T., Gomes, ME., Kanner, AD. (eds) (1995). *Ecopsychology: restoring the earth healing the mind*. Sierra Club Books, San Francisco, CA

Salomon, R. E., Salomon, A. D., & Beeber, L. S. (2018). Green Care as psychosocial intervention for depressive symptoms; what might be the key ingredients? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 24(3), 199–208.

Scott, TL. (2015). *Encyclopedia of Geropsychology*. Springer

Sellers, K.D. (2001) Effectiveness of horticultural therapy activities in a psychiatric hospital. *Journal of Therapeutic Horticulture*, 12, 9–19.

Sempik, J., Rickhuss, C., & Beeston, A. (2014). The effects of social and therapeutic horticulture on aspects of social behavior. *The British Journal of Occupational Therapy*, 77(6), 313–319.

Seto, K.C., Güneralp, B., Hutyra, L.R., (2012). Global forecasts of urban expansion to 2030 and direct impacts on biodiversity and carbon pools. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109, 16083–16088.

Shoulders, H. and Wray, A., (1995). A study in Horticultural Therapy: Matt’s Seed Story. *Hortechology*, 5, 2, 115-117.

Simpson, S. and Straus, M., (1997). *Horticulture as therapy: Principles and practice*. The food products press, London.

Skapinakis, P., Bellos, S., Koupidis, S., Grammatikopoulos, I., Theodorakis, P. N., & Mavreas, V. (2013). Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry*, 13(1), 163.

Smith, S. K., & Beitzel, T. (2014). *One hundred years of service through community. A Gould Farm reader*. Lanham, MD: University Press of America.

Söderback I, Söderström M, Schäländer E. (2005). Horticultural therapy: the ‘healing garden’ and gardening in rehabilitation measures at Danderyd Hospital Rehabilitation Clinic, Sweden. *Pediatric Rehabilitation* , 8, 235.

Sodjinou, R., Agueh, V., Fayomi, B., Delisle, H., (2008). Obesity and cardio-metabolic risk factors in urban adults of Benin: relationship with socio-economic status, urbanisation, and lifestyle patterns. *BMC Public Health*, 8, 84.

Soga, M., Gaston, K.J., Koyanagi, T.F., Kurisu, K., Hanaki, K., (2016). Urban residents' perceptions of neighbourhood nature: does the extinction of experience matter? *Biological Conservation*, 203, 143–150.

Soga, M., Gaston, K. J., & Yamaura, Y. (2017). Gardening is beneficial for health: A metaanalysis. *Preventive Medicine Reports*, 5, 92–99.

Song, C., Ikei, H., Igarashi, M., Miwa, M., Takagaki, M., & Miyazaki, Y. (2014). Physiological and psychological responses of young males during spring-time walks in urban parks. *Journal of Physiological Anthropology*, 33, 8.

Song, JH., Sim, WKA. (2000). Experimental study on the effects of horticultural therapy-with a special reference to negative symptoms of schizophrenia. *Journal of Korean Society for People, Plants, and Environment*, 3(1), 51–59.

Song, J., Um, S., Lee, J., Kwack, H., Son, K., (2002). Effects of visual recognition of green plants on the changes of EEG in patients with schizophrenia. *Acta Horticulturae*, 639, 193–199.

Stein, Dan J. (2013). What is a mental disorder? A perspective from cognitive-affective science. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58, 656–62.

Stern, D. (2000). *The interpersonal world of the infant*. Basic Books, New York

Talbott, J.A., Stern, D., Ross, J., Gillen, C., (1976). Flowering plants as a therapeutic/environmental agent in a psychiatric hospital. *HortScience*, 11(4), 365- 66.

Takano, T., Nakamura, K., Watanabe,M., (2002). Urban residential environments and senior citizens longevity in megacity areas: the importance of walkable green spaces. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 913–918.

Tse, MM., (2010). Therapeutic effects of an indoor gardening programme for older people living in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 949—958.

Turkheimer, E. (2000). Three laws of behavior genetics and what they mean. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 160-164.

Tzoulas, K., Korpela, K., Venn, S., et al., (2007). Promoting ecosystem and human health in urban areas using green infrastructure: a literature review. *Landscape and Urban Planning*, 81, 167–178.

Ulrich, R. S. (1983). *Aesthetic and affective response to natural environment*. In I. Altman & J. F. Wohlwill (Eds.), *Human behavior and the environment* (pp. 85–125). New York, NY: Plenum.

Ulrich, R., (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224, 420-421.

Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., & Fiorito, E. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11(3), 201–230.

Van Den Berg, A. E., & Custers, M. (2011). Gardening promotes neuroendocrine and affective restoration from stress. *Journal of Health Psychology*, 16, 3–11.

Van den Berg, A., Maas, J., Verheij, PA, & Groenewegen, PP., (2010). Green space as a buffer between stressful life events and health. *Social Science & Medicine*, 70, 8, 1203-1210.

Wakefield, S., Yeudall, F., Taron, C., Reynolds, J., Skinner, A., (2007). Growing urban health: community gardening in South-East Toronto. *Health Promotion International*, 22, 92–101.

Weissman, M., Bland, C., Canino, J. Faravelli, C., Grenwald, S. et. al. (1997). The cross-national epidemiology of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 305-312.

Wichrowski, M., Whiteson, J., Haas, F., Mola, A., & Rey, M. J. (2005). Effects of horticultural therapy on mood and heart rate in patients participating in an inpatient cardiopulmonary rehabilitation program. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 25(5), 270–274

Wilson, S. (2001). A four-stage model for management of borderline personality disorder in people with mental retardation. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 4(2), 68–76.

World Health Organization, (2010). *Mental and Behavioural Disorders*. In ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems (10th Rev. ed.)

Wood, C.J., Pretty, J., Griffin, M., (2016). A case–control study of the health and well-being benefits of allotment gardening. *Journal of Public Health*, 38, 336–344.

Ηλεκτρονικές Πηγές

American Horticultural Therapy Association (AHTA), (2015). *Definitions and positions*. Ανακτήθηκε 25 Απριλίου 2019, από ιστοσελίδα <http://www.ahta.org/>

National Institute of Mental Health (NIMH), (2019). Mental Illness. Ανακτήθηκε 25 Μαΐου 2019, από ιστοσελίδα: https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml#part_154784

Statista, (2015). Number of gardeners in the USA. Retrieved from: www.statista.com/statistics/227419/number-of-gardeners-usa

Taylor, J. (2009). *Our veterans in the garden: Horticulture therapy*. Retrieved from <http://www.examiner.com/article/our-veterans-the-ardenhorticultural-therapy>.

World Health Organization (WHO), (2016). Depression. Retrieved from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en

Μονάδα Πρασίνου, (2019). *Ταυτότητα – Σκοπός και στόχοι*. Ανακτήθηκε 25 Απριλίου 2019, από ιστοσελίδα <http://mprasinou.psychotes.gr/>

Ψυχαργός, (2018). *Ψυχικές διαταραχές*. Ανακτήθηκε 10 Μαΐου 2019, από ιστοσελίδα: <https://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=26176&nt=18>

Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, (2019). Ιστορική αναδρομή – Οργάνωση – Δίκτυο Υπηρεσιών – Επανενταξιακοί Στόχοι. Ανακτήθηκε 10 Απριλίου 2019, από ιστοσελίδα: <http://www.psychotes.gr/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Mini-ICF-APP

Ικανότητα προς εκτίμηση	Καμία διαταραχή	Ήπια διαταραχή	Μέσου βαθμού διαταραχή	Βαριά διαταραχή	Πλήρης ανικανότητα
1.Προσαρμογή σε κανόνες και συνήθειες Ικανότητα να ακολουθεί κανόνες, να προσέρχεται σε προσυμφωνημένα ραντεβού και να προσαρμόζεται σε διαδικασίες που απαιτούν οργάνωση. Περιλαμβάνεται π.χ. η εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων ρουτίνας, η τήρηση συναντήσεων, η ακριβής προσέλευση	0	1	2	3	4
2.Προγραμματισμός και οργάνωση καθηκόντων Ικανότητα να προγραμματίζει και να οργανώνει την ημέρα και/ή καθήκοντα που εκκρεμούν, έτσι ώστε να αφιερώνει κατάλληλο χρόνο για δραστηριότητες (επαγγελματική εργασία, διευθέτηση του νοικοκυριού, ξεκούραση και άλλες δραστηριότητες της καθημερινότητας και του ελεύθερου χρόνου). Ικανότητα να οργανώνει λογικά τη σειρά των διαδικασιών, ώστε αυτές να εφαρμόζονται και να ολοκληρώνονται σύμφωνα με το σχέδιο	0	1	2	3	4
3.Ευελιξία και ικανότητα προσαρμογής Ικανότητα να προσαρμόζεται σε μεταβαλλόμενες καταστάσεις σε επίπεδο συμπεριφοράς, σκέψης και βιώματος, ως εκ τούτου κατά πόσον είναι σε θέση να επιδεικνύει διαφορετικούς τρόπους συμπεριφοράς ανάλογα με την κατάσταση. Αυτό μπορεί να αφορά σε αλλαγές στις ανάγκες της εργασίας, απροειδοποίητες χρονικές αλλαγές στο πρόγραμμα, αλλαγές που αφορούν στον χώρο, καινούργιους κοινωνικούς εταίρους ή επίσης την ανάληψη καινούργιων καθηκόντων	0	1	2	3	4

4.Εφαρμογή ικανότητας και γνώσης Ικανότητα εφαρμογής ειδικών ικανοτήτων, όπως επαγγελματικών, ειδικών ικανοτήτων που απορρέουν από εκπαίδευση ή με βάση την εμπειρία της ζωής. Ικανότητα να εφαρμόζει εξειδικευμένες γνώσεις και εμπειρίες ή ικανότητες σύμφωνα με τις περιστασιακές ανάγκες διαφορετικών ρόλων στη ζωή. Ικανότητα να ανταποκρίνεται σε εφικτές απαιτήσεις, λαμβάνοντας υπόψη το πλαίσιο ζωής, αναφορικά με το περιεχόμενο και την ειδικότητα των απαιτήσεων	0	1	2	3	4
5.Ικανότητα για λήψη αποφάσεων και κρίση Ικανότητα να λαμβάνει σχετικές με το θέμα και κατανοητές αποφάσεις ή να προσθέτει τη δική του κρίση. Ικανότητα να μπορεί να αντιλαμβάνεται καταστάσεις διαφορετικά και στο ανάλογο πλαίσιο, να εξάγει από αυτές τα κατάλληλα συμπεράσματα και τις συνέπειες και να τα εφαρμόζει για τη λήψη απαραίτητων αποφάσεων	0	1	2	3	4
6.Πρωτοβουλία και αυθόρμητες δραστηριότητες Ικανότητα του εξεταζόμενου, να επιδεικνύει αυθόρμητη συμπεριφορά εκτός επαγγελματικών ή κοινωνικών υποχρεώσεων, να προβαίνει σε δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου και να ενσωματώνεται στην καθημερινότητά του	0	1	2	3	4
7.Ικανότητα προβολής αντίστασης και αντοχής Ικανότητα να μπορεί να ανταπεξέρχεται με επαρκή επιμονή και εντός του συνήθους αναμενόμενου χρόνου σε κάποια δραστηριότητα (στο επάγγελμα ή σε άλλα καθήκοντα) και να διατηρεί ένα συνεχές επίπεδο απόδοσης	0	1	2	3	4
8.Ικανότητα επίδειξης αυτοπεποίθησης Ικανότητα να μπορεί να ανταπεξέρχεται στο πλαίσιο κοινωνικών επαφών ή ακόμα συγκρουσιακών καταστάσεων, δίχως την αμηχανία που προκαλεί περιορισμούς. Ικανότητα να υπερασπίζεται τις πεποιθήσεις του, χωρίς να παραβαίνει κοινωνικά πρότυπα	0	1	2	3	4
9.Ικανότητα για συνομιλία και σύναψη επαφής με τρίτους Ικανότητα να μπορεί να συνάπτει ανεπίσημες κοινωνικές επαφές με άλλους ανθρώπους, όπως συναντήσεις με συναδέλφους ή γνωστούς και να μπορεί να αλληλεπιδρά κατάλληλα με αυτούς. Σε αυτό συμπεριλαμβάνεται το να λαμβάνει τους άλλους υπόψη ή την ικανότητα του εξεταζόμενου να μπορεί να επικοινωνεί χωρίς επιφυλάξεις	0	1	2	3	4

<p>10. Ικανότητα ενσωμάτωσης σε ομάδες</p> <p>Ικανότητα να μπορεί να εντάσσεται σε ομάδες, να κατανοεί και να προσαρμόζεται στους ρητούς και άτυπους κανόνες της ομάδας. Η εκτίμηση αναφέρεται στη συμπεριφορά του εξεταζόμενου σε ομαδικές καταστάσεις και ειδικότερα στην ικανότητά του για δημόσια παρουσία. Εδώ συμπεριλαμβάνονται μικρές ομάδες όπως η εργασιακή ομάδα, ο σύλλογος ή μεγάλες ομάδες όπως η εταιρία, μία πολιτική ομάδα ή η εκκλησία</p>	0	1	2	3	4
<p>11. Ικανότητα σύναψης στενών δυαδικών σχέσεων</p> <p>Ικανότητα να μπορεί να συνάπτει και να διατηρεί στενές και κατά περίπτωση σεξουαλικές σχέσεις με ένα πρόσωπο εμπιστοσύνης ή σχέσεις στην οικογένεια. Εκτιμάται η ικανότητα να προσφέρει και να λαμβάνει στενή συναισθηματική φροντίδα και να εναρμονίζει ικανοποιητικά τις σχέσεις με τις απαιτήσεις άλλων ρόλων στη ζωή και με το εργασιακό περιβάλλον</p>	0	1	2	3	4
<p>12. Ικανότητα φροντίδας εαυτού και αυτάρκειας</p> <p>Ικανότητα αυτοσυντήρησης και φροντίδας εαυτού, δηλαδή η ικανότητα να πλένεται, να φροντίζει το δέρμα, τα νύχια των ποδιών και των χεριών, τα μαλλιά και τα δόντια, καθώς και να ντύνεται με καθαρή, σύμφωνα με την κατάσταση, την περίσταση και την εποχή του χρόνου ενδυμασία, να αντιλαμβάνεται τις ανάγκες του σώματός του που αφορούν στην υγεία και να αντιδρά κατάλληλα σε αυτές</p>	0	1	2	3	4
<p>13. Κινητικότητα και ικανότητα για κυκλοφορία</p> <p>Ικανότητα του εξεταζόμενου να πηγαίνει σε διάφορα μέρη με τα πόδια ή να ξεκινάει για κάπου και να χρησιμοποιεί μέσα μεταφοράς όπως αυτοκίνητο, λεωφορείο ή αεροπλάνο. Εκτιμάται αν ο εξεταζόμενος μπορεί να επισκέπτεται πολυσύχναστους χώρους και να χρησιμοποιεί όλα τα μέσα μαζικής μετακίνησης χωρίς προβλήματα</p>	0	1	2	3	4

$$\text{Συνολικό Σκορ} = (I_1 + I_2 + \dots + I_{13}) / 13$$

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Έντυπο Δημογραφικών Στοιχείων

Αριθμός Συμμετέχοντα:

Φύλο: Άντρας Γυναίκα

Ηλικιακή Ομάδα:

18 – 30 ετών 31 – 45 ετών >45 ετών

Εκπαίδευση:

Γυμνάσιο Λύκειο Πανεπιστήμιο Μεταπτυχιακό /

Διδακτορικό

Ψυχιατρική Διάγνωση:

Λειτουργικότητα:

Χαμηλή Μέσου Βαθμού Υψηλή

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Δείκτης Αξιοπιστίας

2018

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,917	13

2019

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,929	26

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

Περιγραφή Δύο Ομάδων

Descriptives				
	Group		Statistic	Std. Error
ICF1.2018	MII	Mean	2,09	,112
		Median	2,00	
		Std. Deviation	,526	
	OE	Mean	2,00	,132
		Median	2,00	
		Std. Deviation	,617	
ICF2.2018	MII	Mean	2,18	,125
		Median	2,00	
		Std. Deviation	,588	
	OE	Mean	2,05	,180
		Median	2,00	
		Variance	,712	
ICF3.2018	MII	Mean	2,27	,150
		Median	2,00	
		Std. Deviation	,703	
	OE	Mean	2,73	,176
		Median	3,00	
		Std. Deviation	,827	
ICF4.2018	MII	Mean	2,32	,138
		Median	2,00	
		Std. Deviation	,646	
	OE	Mean	2,36	,233
		Median	2,00	
		Std. Deviation	1,093	
ICF5.2018	MII	Mean	2,55	,109

		Median	3,00	
		Std. Deviation	,510	
		OE		
	Mean	2,64	,259	
	Median	3,00		
ICF6.2018	MII	Std. Deviation	1,217	
		Mean	2,50	,158
		Median	3,00	
	OE	Std. Deviation	,740	
		Mean	2,68	,250
		Median	3,00	
ICF7.2018	MII	Std. Deviation	1,171	
		Mean	2,45	,127
		Median	2,50	
	OE	Std. Deviation	,596	
		Mean	2,59	,204
		Median	3,00	
ICF8.2018	MII	Std. Deviation	,959	
		Mean	2,32	,153
		Median	2,00	
	OE	Std. Deviation	,716	
		Mean	2,68	,250
		Median	3,00	
ICF9.2018	MII	Std. Deviation	1,171	
		Mean	2,27	,164
		Median	2,00	
	OE	Std. Deviation	,767	
		Mean	2,05	,154
		Median	2,00	
		Std. Deviation	,722	

ICF10.2018	MII	Mean	2,18	,169
		Median	2,00	
		Std. Deviation	,795	
	OE	Mean	2,00	,161
		Median	2,00	
		Std. Deviation	,756	
ICF11.2018	MII	Mean	2,09	,207
		Median	2,00	
		Std. Deviation	,971	
	OE	Mean	2,18	,169
		Median	2,00	
		Std. Deviation	,795	
ICF12.2018	MII	Mean	1,86	,151
		Median	2,00	
		Std. Deviation	,710	
	OE	Mean	1,91	,185
		Median	2,00	
		Std. Deviation	,868	
ICF13.2018	MII	Mean	1,41	,142
		Median	1,50	
		Std. Deviation	,666	
	OE	Mean	2,32	,258
		Median	2,50	
		Std. Deviation	1,211	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

Σύγκριση Δύο Ομάδων

T-Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
ICF1.2018	Equal variances assumed	,059	,809	,526	42	,602	,091
	Equal variances not assumed			,526	40,978	,602	,091
ICF2.2018	Equal variances assumed	1,312	,258	,622	42	,538	,136
	Equal variances not assumed			,622	37,519	,538	,136
ICF3.2018	Equal variances assumed	,580	,451	-1,965	42	,056	-,455
	Equal variances not assumed			-1,965	40,929	,056	-,455
ICF4.2018	Equal variances assumed	7,022	,011	-,168	42	,867	-,045
	Equal variances not assumed			-,168	34,085	,868	-,045
ICF5.2018	Equal variances assumed	13,830	,001	-,323	42	,748	-,091
	Equal variances not assumed			-,323	28,148	,749	-,091
ICF6.2018	Equal variances assumed	3,965	,053	-,616	42	,541	-,182
	Equal variances not assumed			-,616	35,474	,542	-,182

ICF7.2018	Equal variances assumed	5,575	,023	-,566	42	,574	-,136
	Equal variances not assumed			-,566	35,107	,575	-,136
ICF8.2018	Equal variances assumed	4,499	,040	- 1,243	42	,221	-,364
	Equal variances not assumed			- 1,243	34,792	,222	-,364
ICF9.2018	Equal variances assumed	2,426	,127	1,012	42	,318	,227
	Equal variances not assumed			1,012	41,847	,318	,227
ICF10.2018	Equal variances assumed	1,963	,169	,777	42	,441	,182
	Equal variances not assumed			,777	41,894	,441	,182
ICF11.2018	Equal variances assumed	2,169	,148	-,340	42	,736	-,091
	Equal variances not assumed			-,340	40,419	,736	-,091
ICF12.2018	Equal variances assumed	,567	,456	-,190	42	,850	-,045
	Equal variances not assumed			-,190	40,417	,850	-,045
ICF13.2018	Equal variances assumed	11,413	,002	- 3,086	42	,004	-,909
	Equal variances not assumed			- 3,086	32,650	,004	-,909

Mann-Whitney Test

Test Statistics ^a													
	ICF1. 2018	ICF2. 2018	ICF3. 2018	ICF4. 2018	ICF5. 2018	ICF6. 2018	ICF7. 2018	ICF8. 2018	ICF9. 2018	ICF10. 2018	ICF11. 2018	ICF12. 2018	ICF13. 2018
Mann-Whitney U	224,00 0	213,00 0	173,00 0	235,00 0	209,00 0	204,00 0	220,50 0	181,50 0	193,00 0	204,00 0	239,50 0	241,50 0	136,00 0
Wilcoxon W	477,00 0	466,00 0	426,00 0	488,00 0	462,00 0	457,00 0	473,50 0	434,50 0	446,00 0	457,00 0	492,50 0	494,50 0	389,00 0
Z	-,514	-,753	-1,744	-,175	-,827	-,943	-,544	-1,496	-1,252	-,962	-,062	-,013	-2,599
Asymp. Sig. (2-tailed)	,607	,451	,081	,861	,408	,346	,586	,135	,210	,336	,950	,990	,009
a. Grouping Variable: Group													

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI

Σύγκριση ΜΠ 2018-2019

T-Test

Paired Samples Test									
		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	ICF1 - ICF1.2018	-,773	,612	,130	-1,044	-,501	-5,923	21	,000
Pair 2	ICF2 - ICF2.2018	-,636	,658	,140	-,928	-,345	-4,537	21	,000
Pair 3	ICF3 - ICF3.2018	-,818	,733	,156	-1,143	-,493	-5,238	21	,000
Pair 4	ICF4 - ICF4.2018	-,545	,596	,127	-,810	-,281	-4,294	21	,000
Pair 5	ICF5 - ICF5.2018	-,636	,581	,124	-,894	-,379	-5,137	21	,000
Pair 6	ICF6 - ICF6.2018	-,636	,658	,140	-,928	-,345	-4,537	21	,000
Pair 7	ICF7 - ICF7.2018	-,545	,510	,109	-,771	-,319	-5,020	21	,000
Pair 8	ICF8 - ICF8.2018	-,500	,598	,127	-,765	-,235	-3,924	21	,001
Pair 9	ICF9 - ICF9.2018	-,864	,640	,136	-1,147	-,580	-6,333	21	,000
Pair 10	ICF10 - ICF10.2018	-,591	,734	,157	-,916	-,265	-3,775	21	,001
Pair 11	ICF11 - ICF11.2018	-,955	,575	,123	-1,210	-,699	-7,780	21	,000
Pair 12	ICF12 - ICF12.2018	-,591	,666	,142	-,886	-,296	-4,161	21	,000
Pair 13	ICF13 - ICF13.2018	-,727	,703	,150	-1,039	-,416	-4,856	21	,000

Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics ^a													
	ICF1.20 18 - ICF1	ICF2.20 18 - ICF2	ICF3.20 18 - ICF3	ICF4.20 18 - ICF4	ICF5.20 18 - ICF5	ICF6.20 18 - ICF6	ICF7.20 18 - ICF7	ICF8.20 18 - ICF8	ICF9.20 18 - ICF9	ICF10.2 018 - ICF10	ICF11.2 018 - ICF11	ICF12.2 018 - ICF12	ICF13.2 018 - ICF13
Z	-3,690 ^b	-3,276 ^b	-3,448 ^b	-3,207 ^b	-3,500 ^b	-3,276 ^b	-3,464 ^b	-3,051 ^b	-3,755 ^b	-2,968 ^b	-4,001 ^b	-3,127 ^b	-3,358 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,001	,001	,001	,000	,001	,001	,002	,000	,003	,000	,002	,001

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.