



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
σε συνεργασία με
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**" ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΚΑΘΗΛΩΣΗ - ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΚΑΙ ΗΘΙΚΩΝ
ΔΙΛΗΜΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ
ΤΜΗΜΑΤΑ "**

υπό

ΦΩΤΕΙΝΗΣ Δ. ΑΓΟΡΗ

Νοσηλεύτρια ΠΕ

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες»

Λάρισα, 2023

Επιβλέπων:

Ευάγγελος Φραδέλος Επίκουρος Καθηγητής Κλινικής Νοσηλευτικής Τμήμα
Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Ευάγγελος Φραδέλος Επίκουρος Καθηγητής Κλινικής Νοσηλευτικής Τμήμα
Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
2. Άννα Μαυροφόρου, Καθηγήτρια Δεοντολογίας-Βιοηθικής Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
3. Πολυξένη Μαγγούλια, Επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής και
Ψυχοφαρμακολογίας, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:

MECHANICAL RESTRAINT - INVESTIGATION OF THE OPINIONS AND
ETHICAL DILEMMAS OF NURSES WHO WORK IN PATHOLOGICAL
DEPARTMENTS

Πίνακας Περιεχομένων

| | |
|--|----|
| Πίνακας Περιεχομένων | 3 |
| Ευχαριστίες | 5 |
| Περίληψη | 6 |
| Abstract | 7 |
| Κατάλογος Πινάκων | 8 |
| Κεφάλαιο 1 Εισαγωγή | 9 |
| 1.1 Ορισμός και χαρακτηριστικά της μηχανικής καθήλωσης..... | 9 |
| 1.2 Λόγοι μηχανικής καθήλωσης..... | 10 |
| 1.3 Αντίκτυπος μηχανικής καθήλωσης σε ασθενείς και νοσηλευτές | 14 |
| 1.4 Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα της μηχανικής καθήλωσης | 16 |
| 1.5 Σκοπός και σημαντικότητα έρευνας..... | 21 |
| Κεφάλαιο 2 Μεθοδολογία | 22 |
| 2.1 Ερευνητικά ερωτήματα..... | 22 |
| 2.2 Μέθοδος και συλλογή δεδομένων | 22 |
| 2.3 Δείγμα..... | 23 |
| 2.4 Ανάλυση δεδομένων..... | 24 |
| 2.5 Ηθική και δεοντολογία της έρευνας | 24 |
| 2.6 Εμπόδια-δυσκολίες στην εκπόνηση της έρευνας | 25 |
| Κεφάλαιο 3 Αποτελέσματα | 26 |
| 3.1 Εφαρμογή μηχανικής καθήλωσης στα παθολογικά τμήματα | 26 |
| 3.2 Ενημέρωση και αντιδράσεις ασθενών και συγγενών για τη μηχανική καθήλωση..... | 27 |
| 3.3 Αντιλήψεις και συναισθήματα νοσηλευτών για τη μηχανική καθήλωση..... | 29 |
| 3.4 Ηθικά διλήμματα και ποινική ευθύνη απέναντι στην μηχανική καθήλωση | 31 |
| 3.5 Σχέση μεταξύ καθήλωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης | 32 |
| 3.6 Απόψεις νοσηλευτών για τις αλλαγές που πρέπει να πραγματοποιηθούν | 33 |
| Κεφάλαιο 4 Συζήτηση | 34 |
| 4.1 Σχολιασμός αποτελεσμάτων | 34 |
| 4.2 Περιορισμοί μελέτης | 37 |
| 4.3 Προτάσεις | 37 |

| | |
|--------------------------|-----------|
| 4.4 Συμπεράσματα | 38 |
| Βιβλιογραφία..... | 40 |
| Παράρτημα..... | 46 |

Ευχαριστίες

Θα ήθελα εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου σε όλους εκείνους που ήταν δίπλα μου και με βοήθησαν για την εκπόνηση της διπλωματικής μου. Οι οποίοι με αγκάλιασαν με την εμπιστοσύνη τους και με υποστήριξαν σε κάθε μου βήμα.

Το μεγαλύτερο όμως ευχαριστώ είναι για τους συναδέλφους – Νοσηλευτές του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας που δεχτήκαν να μου μιλήσουν. Που μου εμπιστευτήκαν τις εμπειρίες τους και τις σκέψεις τους για το θέμα που διαπραγματεύεται η διπλωματική μου.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Ευάγγελο Φραδέλο, για το πολύτιμο χρόνο που διέθεσε για την περάτωση της παρούσας εργασίας ο οποίος με την επιμονή, την υπομονή, τις γνώσεις και την εμπειρία του συνετέλεσε τα μέγιστα στο να αισθανθώ προνομιούχα, ως μέλος της ομάδας του, με απόλυτη ελευθερία στις κινήσεις μου και τις επιλογές μου, δείχνοντας αμέριστη εμπιστοσύνη προς το πρόσωπό μου.

Επιπλέον, δεν θα μπορούσα να παραβλέψω φυσικά και να μην ευχαριστήσω την ίδια μου την οικογένεια, η οποία στεκόταν πάντα δίπλα μου, σε όλη την διάρκεια αυτής της προσπάθειας. Είναι οι άνθρωποι που με την αγάπη τους, την υπομονή τους και την διαρκή υποστήριξή τους, έκαναν τις δύσκολες στιγμές να μοιάζουν ευκολότερες δίνοντας μου κουράγιο και χρόνο από την οικογενειακή μας ζωή.

Περίληψη

Η μηχανική καθήλωση είναι ο περιορισμός της ελευθερίας κινήσεων ενός ατόμου με τη χρήση συσκευών όπως ζώνες και αμφίπλευρες ράγες κρεβατιού. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να προσδιοριστούν οι απόψεις και τα ηθικά διλήμματα των νοσηλευτών που εργάζονται σε παθολογικά τμήματα γενικών νοσοκομείων και εφαρμόζουν τη μηχανική καθήλωση σε παθολογικούς ασθενείς. Ο σχεδιασμός της τρέχουσας μελέτης είναι περιγραφικός και χρησιμοποιήθηκε ποιοτική προσέγγιση. Για τη συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις. Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 12 νοσηλευτές που εργάζονται σε παθολογικά τμήματα του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Διαπιστώθηκε ότι η πρακτική της μηχανικής καθήλωσης εφαρμόζεται συχνά στα παθολογικά τμήματα. Οι ασθενείς συνήθως δεν ενημερώνονται γιατί δεν είναι σε θέση να αντιληφθούν τι συμβαίνει και για ποιο λόγο γίνεται η καθήλωση. Επίσης, δεν υπάρχει συνήθως πρωτόκολλο στο νοσοκομείο για τη μηχανική καθήλωση. Παράλληλα, οι νοσηλευτές αισθάνονται ενοχές για την μηχανική καθήλωση, αλλά τη θεωρούν αναγκαίο κακό για να πραγματοποιηθεί η σωστή φροντίδα στον ασθενή. Παρόλα αυτά, η μηχανική καθήλωση είναι αρκετά ψυχοφθόρα για τους ίδιους, και προσπαθούν να μπουν στη θέση του ασθενή. Ακόμη, οι νοσηλευτές έχουν ηθικά διλήμματα απέναντι στη μηχανική καθήλωση. Αντιλαμβάνονται ότι είναι αναγκαία ορισμένες φορές για να φροντίσουν σωστά και αποτελεσματικά τον ασθενή εξασφαλίζοντας την ασφάλειά του, αλλά από την άλλη νιώθουν ότι η μηχανική καθήλωση είναι βάρβαρη και βάνουση. Ταυτόχρονα, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει μια σημαντική σχέση μεταξύ καθήλωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης. Συμπερασματικά, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γίνει αύξηση του αριθμού του νοσηλευτικού προσωπικού, ώστε να μειωθεί η χρήση της καθήλωσης και οι νοσηλευτές να είναι σε θέση να προσφέρουν μια πιο ολιστική και αποτελεσματική φροντίδα υγείας.

Λέξεις κλειδιά: μηχανική καθήλωση, σωματικός περιορισμός, παθολογικά τμήματα, ηθικά διλήμματα

Abstract

Mechanical restraint is the restriction of a person's freedom of movement using devices such as belts and bilateral bed rails. The purpose of this study was to determine the views and ethical dilemmas of nurses working in pathology departments of general hospitals and applying mechanical restraint to pathological patients. The design of the current study is descriptive and a qualitative approach was used. Semi-structured interviews were conducted to collect the data. The research sample consisted of 12 nurses working in pathology departments of the Larissa General Hospital. It was found that the practice of mechanical restraint is frequently applied in the pathology departments. Patients are usually not informed because they are unable to understand what is happening and why the restraint is happening. Also, there is usually no hospital protocol for mechanical restraint. At the same time, nurses feel guilty about mechanical restraint, but consider it a necessary evil to provide proper patient care. However, the mechanical restraint is quite soul-destroying for them, and they try to put themselves in the patient's shoes. Furthermore, nurses have ethical dilemmas regarding mechanical restraint. They understand that it is sometimes necessary to properly and effectively care for the patient and ensure their safety, but on the other hand they feel that mechanical restraint is barbaric and brutal. At the same time, it was found that there is a significant relationship between restraint and burnout. In conclusion, it is particularly important to increase the number of nursing staff so that the use of restraint is reduced and nurses are able to provide a more holistic and effective health care.

Key words: mechanical restraint, physical restraint, pathological departments, moral dilemmas

Κατάλογος Πινάκων

| | |
|--|----|
| Πίνακας 1. Παράγοντες και πιθανές συνέπειες που σχετίζονται με τη μηχανική καθήλωση σε ασθενείς με ψυχιατρικές και νευρολογικές διαταραχές | 12 |
| Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συνεντευξιαζόμενων | 23 |

Κεφάλαιο 1 Εισαγωγή

1.1 Ορισμός και χαρακτηριστικά της μηχανικής καθήλωσης

Η μηχανική καθήλωση είναι ο περιορισμός της ελευθερίας κινήσεων ενός ατόμου με τη χρήση συσκευών όπως ζώνες (σε καρπό και αστράγαλο), και αμφίπλευρες ράγες κρεβατιού. Εφαρμόζεται για να αποτρέψει τους ασθενείς να βλάψουν τον εαυτό τους και το περιβάλλον τους, και να διατηρήσουν τους ασθενείς υπό έλεγχο. Παρά το όφελος για τον ασθενή, είναι μια πράξη που περιορίζει την αυτονομία του ασθενούς, που μπορεί να είναι επιβλαβής και καταχρηστική. Η χρήση ακατάλληλης μηχανικής καθήλωσης μπορεί να οδηγήσει σε σωματική, λειτουργική και ψυχολογική βλάβη στον ασθενή (El-Abidi et al., 2021).

Υπάρχουν τέσσερα είδη καθήλωσης. Το πρώτο είδος είναι η φυσική καθήλωση. Στη φυσική καθήλωση υπάρχει φυσική επαφή μεταξύ του ασθενή που υφίσταται καθήλωση και του ατόμου που εκτελεί την καθήλωση. Το δεύτερο είδος είναι η μηχανική καθήλωση. Στη μηχανική καθήλωση χρησιμοποιούνται μάντες και μηχανικά μέσα για την καθήλωση του ασθενή. Στο πρώτο είδος, η καθήλωση έχει μικρή διάρκεια, ενώ στο δεύτερο είδος έχει μεγαλύτερη διάρκεια (Καπρίνης, 2009). Σύμφωνα με τον Husum και τους συνεργάτες του (2010) υπάρχει και η απομόνωση και η χημική καθήλωση. Στην απομόνωση, ο ασθενής τοποθετείται μόνος του σε κάποιο δωμάτιο. Η χημική καθήλωση είναι η αναγκαστική χορήγηση φαρμάκων στον ασθενή.

Οι περιοριστικές παρεμβάσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν φυσική και μηχανική καθήλωση, έχουν μακρά ιστορία στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η φυσική καθήλωση στη φροντίδα της ψυχικής υγείας ορίζεται ως η χρήση σωματικής αλληλεπίδρασης που προτείνεται για την αποφυγή, τον περιορισμό ή την καταστολή της κανονικής κίνησης οποιουδήποτε μέρους του σώματος του ασθενούς. Η μηχανική καθήλωση περιλαμβάνει περιοριστικές παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν τη χρήση, τον έλεγχο και την αφαίρεση μηχανικών εργαλείων στερέωσης όπως ζώνες, βραχίονες και ράγες με στόχο τον περιορισμό της σωματικής κινητικότητας κάποιου. Η μηχανική καθήλωση εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση και κίνδυνο για κάθε ψυχίατρο που

εργάζεται στην καθημερινή κλινική πράξη. Αν και αυτή η πρακτική είναι παρωχημένη, δυνητικά επικίνδυνη και μη θεραπευτική, χρησιμοποιείται συχνά με επιπολασμό που μπορεί να είναι διαφορετικός σε διαφορετικές χώρες (De Berardis et al., 2020).

1.2 Λόγοι μηχανικής καθήλωσης

Η χρήση περιορισμών είναι γνωστό ότι υπάρχει σε οξείες και χρόνιες συνθήκες και σχετίζεται στενά με τα χαρακτηριστικά των ιδρυμάτων και το προφίλ των ασθενών τους. Ο επιπολασμός των φυσικών περιορισμών ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των διαφόρων χωρών, από κατά μέσο όρο 6% στην Ελβετία έως πάνω από 31% στον Καναδά. Στην Ισπανία, ο επιπολασμός κυμαίνεται από 23,8% έως 36%. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η μηχανική καθήλωση χρησιμοποιείται για λόγους ασφαλείας. Οι επαγγελματίες υγείας δικαιολογούν τη χρήση τους ως απαραίτητη για την πρόληψη των πτώσεων, την επίτευξη ορθοστατικού ελέγχου και τη διευκόλυνση της εφαρμογής θεραπευτικών μέτρων ή διαδικασιών (Carrero-Planells, Urrutia-Beaskoa & Moreno-Mulet, 2021).

Όσον αφορά την Ελλάδα, στην έρευνα του Bilanakis και των συνεργατών του (2010) διαπιστώθηκε ότι η καθήλωση συμβαίνει με ποσοστό 1,8% και η απομόνωση με ποσοστό σχεδόν 10%. Επίσης, η μέση χρονική διάρκεια της καθήλωσης είναι 65 ώρες.

Οι Evans και FitzGerald (2002) διαπίστωσαν πως ο κυριότερος λόγος της καθήλωσης είναι η ασφάλεια του νοσηλευτή. Στην υπάρχουσα βιβλιογραφία, οι κυριότεροι λόγοι της καθήλωσης έχει βρεθεί ότι είναι οι εξής: βίαιη και επιθετική συμπεριφορά ασθενούς, παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις, αυτοκτονικές τάσεις (Migon et al., 2008; Bower et al., 2003; Husum et al., 2010). Ακόμη, ο Migon και οι συνεργάτες του (2008) ανέφεραν ως λόγους την έλλειψη προσωπικού και τη διευκόλυνση του θεραπευτικού σχήματος.

Η χρήση της μηχανικής καθήλωσης είναι σχετικά κοινή πρακτική και σε άλλες ιατρικές ειδικότητες εκτός της ψυχιατρικής, όπως η γηριατρική, και η χειρουργική. Χρησιμοποιείται συχνά σε ηλικιωμένους όταν η άνοια και τα συμπτώματα συμπεριφοράς γίνονται εμφανή και δυσεπίλυτα. Επιπλέον, είναι συχνό να

χρησιμοποιείται μηχανική καθήλωση όταν ο ασθενής είναι σε σύγχυση και ο κύριος λόγος είναι η πρόληψη των πτώσεων (Minnick et al., 2007).

Επιπλέον, σε χειρουργικούς ασθενείς, η μετεγχειρητική πορεία μπορεί να περιπλέκεται από σύγχυση και διέγερση με κίνδυνο πτώσεων. Ωστόσο, ο πιο συνηθισμένος λόγος της μηχανικής καθήλωσης είναι η αποφυγή της αφαίρεσης επεμβατικών ή ενοχλητικών συσκευών (Souza et al., 2019).

Ένας άλλος λόγος για τη χρήση της μηχανικής καθήλωσης είναι το πρόβλημα της κατάχρησης ουσιών και της μέθης. Σχεδόν όλες οι μελέτες για την υιοθέτηση της μαγνητικής τομογραφίας επισημαίνουν την παρουσία οξείας κατάχρησης ουσιών ακόμη και απουσία κλινικά εμφανούς ψυχιατρικής διαταραχής. Ωστόσο, ο Martensson και οι συνεργάτες του (2019) διαπίστωσαν ότι τα άτομα με διπλές διαγνώσεις ήταν πιο συχνά μηχανικά καθηλωμένα από τα άτομα με μόνο ψυχιατρικές διαταραχές ή διαταραχή χρήσης ουσιών. Τόνισαν ότι, σε όλες τις ομάδες, η κύρια αιτία για την μηχανική καθήλωση ήταν ο κίνδυνος, ο βανδαλισμός ή η επίθεση, υποστηρίζοντας επομένως την άποψη ότι οι επιθετικές συμπεριφορές παίζουν σημαντικό ρόλο στην αιτιολογική οδό για αυτήν. Αυτά τα ευρήματα επιβεβαιώθηκαν ουσιαστικά από τον Lykke και τους συνεργάτες του (2020), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι η χρήση ψυχοδιεγερτικών συσχετίστηκε σημαντικά με βίαιες και επιθετικές συμπεριφορές και, ως εκ τούτου, με υψηλότερο κίνδυνο μηχανικής καθήλωσης. Από την άλλη πλευρά, σημείωσαν επίσης ότι οι εστιασμένες παρεμβάσεις ενδέχεται να μειώσουν τη συχνότητα εμφάνισης της μηχανικής καθήλωσης, βελτιώνοντας έτσι τα αποτελέσματα της θεραπείας.

Επιπλέον, η κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ είναι συχνή σε άτομα με διαταραχή προσωπικότητας (ιδιαίτερα αντικοινωνικές και οριακές διαταραχές προσωπικότητας), η οποία μπορεί να ενισχύσει περαιτέρω τις επιθετικές συμπεριφορές που παρατηρούνται συχνά σε αυτά τα άτομα. Ο Kodal και οι συνεργάτες του (2018) επεσήμαναν ότι στο 82% από τις 114 περιπτώσεις μηχανικής καθήλωσης, οι ασθενείς διαγνώστηκαν με διαταραχές προσωπικότητας.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί ότι η μηχανική καθήλωση εφαρμόζεται κυρίως στην ψυχιατρική, αν και υφίσταται και σε άλλα τμήματα, όπως για παράδειγμα στα παθολογικά. Παρόλα αυτά, όλες οι διαθέσιμες έρευνες έχουν εστίασει στην συντριπτική τους πλειονότητα στην εφαρμογή της μηχανικής καθήλωσης σε

ψυχιατρικά τμήματα, ενώ καμία δεν έχει μελετήσει την εφαρμογή της σε παθολογικά τμήματα. Επίσης, η ελληνική βιβλιογραφία γενικά για τη μηχανική καθήλωση είναι ελάχιστη.

Ορισμένοι παράγοντες μπορεί να συνδέονται με την αυξημένη χρήση της μηχανικής καθήλωσης σε ασθενείς με ψυχιατρικές και νευρολογικές διαταραχές. Έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς που καθιλώνονται συχνότερα είναι άνδρες νεαρής ηλικίας και χρήστες ουσιών (Migon et al., 2008; Knutzen et al., 2007). Μερικές από αυτές είναι συχνά δύσκολο να αλλάξουν καθώς περιλαμβάνουν περιβαλλοντικά στοιχεία. Η μηχανική καθήλωση γενικά έχει χρησιμοποιηθεί σε εγκαταστάσεις υγείας σε μη κρίσιμο και μη ανακλαστικό τρόπο. Ωστόσο, τα διαθέσιμα στοιχεία υποδεικνύουν ότι αυτή η πρακτική σχετίζεται με αρκετές επιπλοκές που σχετίζονται με την αναγκαστική ακινητοποίηση, όπως τραυματισμούς άκρων, πνευμονία, εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση και άλλα σημαντικά συμβάντα που περιλαμβάνουν θάνατο λόγω τραυματικής ασφυξίας. Αξίζει να σημειωθεί ότι η αναγκαστική ακινητοποίηση μπορεί επίσης να προκαλέσει ψυχολογική δυσφορία και να έχει καταστροφική επίδραση στις γνωστικές ικανότητες και λειτουργίες (De Berardis et al., 2020).

Πίνακας 1. Παράγοντες και πιθανές συνέπειες που σχετίζονται με τη μηχανική καθήλωση σε ασθενείς με ψυχιατρικές και νευρολογικές διαταραχές

| Συχνοί παράγοντες που συνδέονται με αυξημένη πιθανότητα μηχανικής καθήλωσης | Πιθανές επιπτώσεις της μηχανικής καθήλωσης |
|--|--|
| Ανδρικό φύλο | Αυξημένη νευρική σε περίπτωση παρατεταμένης καθήλωσης |
| Κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση ή/και άστεγοι | Χειροτέρευση συμπτωμάτων σε περίπτωση παρατεταμένης καθήλωσης |
| Νέοι ή ηλικιωμένοι | Σωματικά τραύματα αν η καθήλωση δεν είναι σωστή και είναι παρατεταμένη |
| Ακούσια νοσηλεία | Αντιλήψεις ότι είναι σωματικά και ψυχικά κακοποιημένοι ή ότι τους |

| | |
|---|---|
| | φέρονται σαν εγκληματίες |
| Πολλαπλές προηγούμενες εισαγωγές στο νοσοκομείο | Αισθήματα γελιοποίησης |
| Ψυχοκινητική διέγερση με βία | Έλλειψη εμπιστοσύνης στο προσωπικό |
| Ιστορικό επιθετικότητας | Μειωμένη συμμόρφωση στη θεραπεία σε περίπτωση παρατεταμένης καθήλωσης |
| Επίθεση στο προσωπικό | Μειωμένη αυτοεκτίμηση |
| Αυτοκτονικές συμπεριφορές | Αυξημένη αίσθηση ότι είναι αβοήθητοι |
| Κατάχρηση ουσιών ή μέθη | Διαταραχή μετατραυματικού στρες |
| Σχιζοφρένια και άλλες ψυχωτικές διαταραχές | Αρνητικό αντίκτυπο στους επαγγελματίες υγείας που σχετίζονται άμεσα με τον καθηλωμένο ασθενή |
| Διαταραχές προσωπικότητας | Μόνιμες βλάβες (στους καρπούς, στα πόδια, στα νεύρα κλπ) |
| Ντελίριο | Θάνατος (φλεβική θρομβοεμβολή, εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, πνευμονική εμβολή, μηχανική ασφυξία, αναρρόφηση και αναπνευστικές δυσκολίες, μυοκαρδιοπάθεια από στρες, ηπατική βλάβη που προκαλείται από φάρμακα) |

(Ανατύπωση από: De Berardis et al., 2020)

1.3 Αντίκτυπος μηχανικής καθήλωσης σε ασθενείς και νοσηλευτές

Η μηχανική καθήλωση σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα σωματικών και ψυχολογικών τραυματισμών τόσο στους ασθενείς όσο και στο προσωπικό. Προωθεί επίσης αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις και έχει επιζήμιες συνέπειες για τη σχέση του ασθενούς και του επαγγελματία (Vedana et al., 2018).

Ένας από τους σημαντικότερους λόγους που υπάρχουν αντιδράσεις για την πρακτική της καθήλωσης είναι οι άσχημες επιπτώσεις της στους ασθενείς. Εκτός από τις ψυχολογικές επιπτώσεις, η καθήλωση μπορεί να έχει και επιπτώσεις αναφορικά με τη σωματική υγεία του ασθενούς, ειδικά αν γίνεται για μεγάλο χρονικό διάστημα. Συγκεκριμένα, η παρατεταμένη ακινησία εγκυμονεί κινδύνους για μυϊκή ατροφία, προβλήματα στη βάδιση, έλκη εξαιτίας της κατάκλισης, και θρόμβωση φλεβών στα κάτω άκρα. Επίσης, αν οι ιμάντες καθήλωσης δεν χρησιμοποιούνται σωστά, μπορεί να προκληθούν μώλωπες, κατάγματα, κακώσεις, και σπάνια μπορεί να προκληθεί ασφυξία. Έχουν αναφερθεί επίσης περιστατικά στραγγαλισμού και ραβδομύλωσης (Berzlanovich, Schöpfer & Keil, 2012). Γίνεται λοιπόν αντιληπτό, ότι εύκολα η μηχανική καθήλωση μπορεί να μετατραπεί από μια ‘‘αναγκαία για την ασφάλεια του ασθενή πρακτική’’ σε μια κακοποιητική πρακτική εις βάρος του ασθενή.

Στη Σουηδία το 2017, ένας 34χρονος άνδρας πέθανε μετά από μηχανική καθήλωση για 42 ώρες σε ψυχιατρική μονάδα. Το ίδιο έτος στην Ισπανία, μια 26χρονη γυναίκα πέθανε μετά από μηχανική καθήλωση για 75 ώρες σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Άλλες μελέτες έχουν δείξει επίσης αρνητικές επιπτώσεις στη χρήση των περιορισμών. Η καθήλωση συχνά θεωρείται από τους ασθενείς ως τραυματική, εκφοβιστική, στιγματιστική και τιμωρητική, και συχνά πυροδοτεί προηγούμενα τραύματα (Rudhe, 2021).

Στην Ιταλία, η «υπόθεση Mastrogiovanni» είχε προκαλέσει μεγάλη αναταραχή, διαμάχη, αναταραχή και κάλυψη από τα μέσα ενημέρωσης. Η «περίπτωση του Mastrogiovanni» αναφέρεται σε έναν ασθενή που εισήχθη σε ψυχιατρικό τμήμα του οποίου η μηχανική καθήλωση ήταν για 84 ώρες, η πιο παρατεταμένη περίοδος καθήλωσης που έχει αναφερθεί ποτέ στη βιβλιογραφία. Αυτή η μηχανική καθήλωση έληξε με το θάνατο του ασθενούς και προκάλεσε νομικές συνέπειες για όλους σχεδόν τους εμπλεκόμενους ψυχιάτρους και νοσηλευτές με αρκετές ποινικές καταδίκες. Ακόμα κι αν ο θάνατος ενός ατόμου κατά τη διάρκεια της μηχανικής καθήλωσης

είναι ακραίο και άσχημο αποτέλεσμα, η χρήση παρατεταμένης και αδέξιας καθήλωσης μπορεί να οδηγήσει σε αρκετές συνέπειες και βλάβες που, σε ορισμένες περιπτώσεις, είναι πολύ σοβαρές και μόνιμες τόσο από σωματική όσο και από ψυχολογική άποψη. Αυτές οι βλάβες κυμαίνονται από εκδορές δέρματος έως θάνατο και απογοήτευση έως διαταραχή μετατραυματικού στρες. Επιπλέον, το προσωπικό που εφαρμόζει μαγνητική τομογραφία μπορεί να υποστεί και σωματικούς τραυματισμούς (De Berardis et al., 2020).

Σε διεθνές επίπεδο, είναι αδιαμφισβήτητο εάν η χρήση καθήλωσης πρέπει να μειωθεί όσο το δυνατόν περισσότερο. Η καθήλωση είναι επέμβαση που μπορεί να παραβιάζει τα ανθρώπινα δικαιώματα και την ελευθερία κινήσεων ενός ατόμου, συμπεριλαμβανομένης της παρατήρησης, της απομόνωσης, του χειροκίνητου περιορισμού, και του μηχανικού περιορισμού. Η χρήση σωματικού περιορισμού αποτελεί καταπάτηση των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων και έχει αρνητικές συνέπειες για τους ασθενείς (π.χ. αυξημένο κίνδυνο πτώσεων, παραλήρημα, τραυματισμό) και τους φροντιστές (π.χ. αγωνία) (Thomann et al., 2022; De Berardis et al., 2020).

Στα περιβάλλοντα νοσηλείας, το νοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζει κρίσιμους ρόλους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων καθώς και στην εφαρμογή του περιορισμού, καθώς εμπλέκεται πιο εντατικά στη φροντίδα των ασθενών. Είναι γνωστό ότι η διαδικασία λήψης αποφάσεων για τη χρήση της μηχανικής καθήλωσης επηρεάζεται όχι μόνο από τα συμφραζόμενα (π.χ. διαθεσιμότητα κατευθυντήριων γραμμών) και από παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή (π.χ. επιθετική συμπεριφορά) αλλά και από τις ατομικές συνθήκες του προσωπικού (Gunawardena & Smithard, 2019; Αλεβιζόπουλος, et al., 2017).

Ο υψηλός φόρτος εργασίας των νοσηλευτών συμβάλλει στη χρήση μηχανικής καθήλωσης. Επίσης, εάν το νοσηλευτικό προσωπικό έχει ευνοϊκή ή κριτική στάση απέναντι στον περιορισμό μπορεί να επηρεάσει τη χρήση του. Έτσι, η γνώση και η αντιμετώπιση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στη μείωση της μηχανικής καθήλωσης (Perez et al., 2019).

Οι Cemal, Maneverse και Kubra (2018) μελέτησαν τις απόψεις και τις συμπεριφορές 93 νοσηλευτών που εφαρμόζουν σωματικό περιορισμό. Διαπιστώθηκε ότι η απόφαση

έναρξης/τερματισμού του σωματικού περιορισμού λαμβάνεται κυρίως (63,4%) από τον ιατρό και το νοσηλευτή μαζί και συχνά (96,8%) χρησιμοποιούνται ζώνες καρπού. Ενώ το ένα τρίτο των νοσηλευτών (33,4%) εφαρμόζει τον περιορισμό για περισσότερες από 7 ημέρες, το 21,4% δεν σταματάει ποτέ τον σωματικό περιορισμό. Το 28% των νοσηλευτών αντιμετωπίζει αντίσταση λόγω του περιορισμού. Το 78,5% των νοσηλευτών λαμβάνουν ενημερωμένη συγκατάθεση για τον περιορισμό, ενώ το 51,6% πιστεύει ότι η συγκατάθεση δεν είναι απαραίτητη. Μόνο το 9,7% των νοσηλευτών καταγράφει την πρακτική στο διάγραμμα παρατήρησης ασθενών. Επιπρόσθετα, υπάρχει σχέση μεταξύ της μονάδας, των ασθενών που φρόντιζαν καθημερινά, των ετών στο επάγγελμα και των απόψεων των νοσηλευτών για τον περιορισμό.

Ποιοτικές μελέτες σχετικά με τις απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με τη χρήση της μηχανικής καθήλωσης σε ψυχιατρικά περιβάλλοντα έδειξαν ότι η καθήλωση είναι ένα δύσκολο θέμα και μπορεί να εκληφθεί ως αποδεκτό εργαλείο και διαδικασία με πολλαπλούς σκοπούς, όπως έλεγχος, βοηθητική θεραπεία, θεραπευτικό μέτρο και για την πρόληψη της βλάβης (Fereidooni Moghadam, et al., 2014). Οι αποφάσεις σχετικά με τον περιορισμό περιλαμβάνουν πολύπλοκα διλήμματα (Marangos-Frost & Wells, 2000) και η οργανωτική κουλτούρα παίζει ρόλο στην ανάπτυξη της υπερβολικής χρήσης του περιορισμού, ειδικά μέσω της νομιμοποίησης του εξαναγκασμού (Paterson et al., 2013). Μη κλινικοί παράγοντες όπως οι πολιτισμικές προκαταλήψεις, οι αντιλήψεις και οι στάσεις συμβάλλουν ουσιαστικά στη συχνότητα του περιορισμού (Knox & Kolloman, 2012).

1.4 Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα της μηχανικής καθήλωσης

Η αυτονομία αναφέρεται στην ικανότητα ενός ατόμου να λαμβάνει αποφάσεις σύμφωνα με την προσωπική του αξία. Έτσι, στη νοσηλευτική πρακτική, η λήψη της ενημερωμένης συγκατάθεσης είναι βασική για τον σεβασμό της αυτονομίας των ασθενών. Αναμφίβολα, η χρήση μηχανικής καθήλωσης παραβιάζει την αρχή της αυτονομίας επειδή παραβιάζει την ελευθερία των ασθενών. Η απόκτηση της ενημερωμένης συγκατάθεσης από τους ασθενείς είναι αδύνατη υπό διάφορες συνθήκες, ιδιαίτερα την ακούσια εισαγωγή ασθενών. Η χρήση καθήλωσης χωρίς την άδεια των ασθενών παραβιάζει την αυτονομία τους. Ως εκ τούτου, μια τέτοια

πρακτική θα πρέπει να θεωρείται παράνομη. Ομοίως, το ιατρικό προσωπικό θα κριθεί ότι παραβιάζει την αυτονομία των ασθενών, εκτός εάν μπορεί να εξηγήσει το σκεπτικό στους ασθενείς πριν προβεί σε μια τέτοια πρακτική (Ye et al., 2017).

Στη σύγχρονη κοινωνία, η προσωπική αυτονομία έχει σημαντική αξία. Έτσι, υπό οποιαδήποτε περίπτωση, η αυτονομία των ασθενών θα πρέπει να γίνεται σεβαστή και να μην αγνοείται η νοσηλευτική πρακτική, ακόμη και για ασθενείς με ανεπάρκεια νοητικής λειτουργίας. Επιπλέον, οι ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται στο ελάχιστο περιοριστικό περιβάλλον και με την ελάχιστη ακούσια θεραπεία δεδομένων των αναγκών υγείας τους και της ασφάλειας των άλλων. Συνήθως, οι ασθενείς με σοβαρή ψυχική διαταραχή έχουν επιθετική συμπεριφορά και αρνούνται οποιοδήποτε μέσο ιατρικής παρέμβασης. Πράγματι, μόνο μετά την κατάλληλη παρέμβαση μπορεί να μετριαστεί αποτελεσματικά η επιθετικότητα. Ωστόσο, όσον αφορά την ασφάλεια, η εφαρμογή μηχανικής καθήλωσης εγγυάται το ενδιαφέρον των περισσότερων ανθρώπων και αποτρέπει το προσωπικό, τον ασθενή και άλλους ασθενείς από τη βία, αλλά η απόκτηση της συγκατάθεσης μέσω ακούσιας θεραπείας είναι δύσκολη και πρέπει να συνοδεύεται από μέσα που να διασφαλίζουν τη συγκατάθεση (Petrini, 2013).

Όσον αφορά τη δικαιοσύνη, οι ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως «άνθρωποι» αντί να χαρακτηρίζονται «παράφρονες» υπό οποιοδήποτε συνθήκες. Τα θεμελιώδη δικαιώματα των ασθενών με ψυχικές ασθένειες δεν πρέπει να στερούνται. Επιπλέον, οι ψυχιατρικοί ασθενείς δεν βρίσκονται συνεχώς σε τόσο ακραία κατάσταση. Έτσι, δικαιούνται να συμπεριφέρονται ως κανονικοί άνθρωποι. Συγκεκριμένα, η ξαφνική εφαρμογή καθήλωσης σε επιθετικούς ασθενείς έχει ως αποτέλεσμα την αποτυχία κατανόησης του ασθενούς ως άνθρωπο (Elcock & Lewis, 2016).

Η ευεργεσία ορίζεται απλώς ως η εφαρμογή του μέτρου προς όφελος των ασθενών. Συγκεκριμένα, η ωφέλεια στην εφαρμογή μηχανικής καθήλωσης αναφέρεται ως επιλεκτική ευεργεσία που αυτή η προστατευτική παρέμβαση έχει σχεδιαστεί για να αποτρέπει τους ασθενείς από σωματικό τραυματισμό. Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει την υποχρέωση να φροντίζει κατάλληλα τους ασθενείς και να προάγει την υγεία τους. Η διασφάλιση της ασφάλειας των ασθενών είναι σημαντικό μέρος της νοσηλευτικής πρακτικής. Ωστόσο, η έκπτωση της συναισθηματικής και γνωστικής

λειτουργίας έχει ως αποτέλεσμα μη φυσιολογικές συμπεριφορές. Ορισμένοι τύποι ακραίας συμπεριφοράς μπορεί να θέτουν σοβαρούς κινδύνους για τους άλλους και τους ίδιους τους ασθενείς, συγκεκριμένα, επιθετικότητα, αυτοκτονία και αυτοτραυματισμό. Όσον αφορά την ευεργεσία, η καθήλωση είναι το άμεσο μέτρο για τη μείωση της κίνησης των ασθενών για τον έλεγχο της επείγουσας περίπτωσης. Εν τω μεταξύ, οι ασθενείς με σοβαρή ψυχική διαταραχή με συνεχή διέγερση λαμβάνουν καταναγκαστική θεραπεία για να τους καταστήσουν μερικώς νοητικά ανάπηρους. Έτσι, οι ψυχιατρικοί ασθενείς θέτουν απειλητικό για τη ζωή τους άλλους ή τους εαυτούς τους, καθώς δεν μπορούν να λάβουν αποφάσεις μεμονωμένα. Μια παρέμβαση με σαφή θεραπευτικό στόχο μπορεί να διεξαχθεί χωρίς συγκατάθεση. Τα εμπειρικά στοιχεία έχουν αποδείξει ότι η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να ανακουφίσει αποτελεσματικά τα συμπτώματα διέγερσης. Συνεπώς, οι ασθενείς με σοβαρή ψυχική διαταραχή πρέπει να τηρούν τη θεραπεία. Δεδομένου ότι οι ασθενείς ενδέχεται να αρνηθούν οποιαδήποτε ιατρική παρέμβαση, ο εξαναγκασμός, όπως ο σωματικός περιορισμός, είναι η τελευταία λύση για τη διατήρηση της υποχρεωτικής θεραπείας. Ωστόσο, η ευεργεσία έχει τη σύγκρουση με την αυτονομία από την άποψη των ηθικών αρχών (Ye et al., 2017).

Τέλος, ο κώδικας και η κατευθυντήρια γραμμή διέταξαν αυστηρά ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε σωματικούς περιορισμούς πρέπει να παρακολουθούνται στενά από επαγγελματία ιατρό για όσο διάστημα διεξάγεται ο περιορισμός. Προφανώς, το φάρμακο σπάνια έχει αποτέλεσμα μόλις ληφθεί και χρειάζονται μερικά λεπτά, ώρες ή ημέρες για να μειωθεί η διέγερση. Επιπλέον, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε σωματικούς περιορισμούς λαμβάνουν αυστηρή παρακολούθηση, η οποία είναι ευεργετική για την παρατήρηση των αλλαγών στην κατάστασή τους. Εν ολίγοις, η αξιολόγηση και η επιθεώρηση απαιτούνται για να ελαχιστοποιηθούν οι δυσμενείς επιπτώσεις των φυσικών περιορισμών και να διασφαλιστεί ότι τα συμφέροντα των ασθενών δίνονται σε προτεραιότητα (Elcock & Lewis, 2016).

Εκτός από την ευεργεσία, οι παρενέργειες των φυσικών περιορισμών τους κάνουν αμφιλεγόμενους. Η ηθική αρχή του μη βλάπτει σημαίνει καμία βλάβη, η οποία απαιτεί από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να εξισορροπούν τους θεραπευτικούς στόχους και τις παρενέργειες. Ωστόσο, οι σωματικοί περιορισμοί θα προκαλέσουν σωματική βλάβη και ψυχολογικό τραύμα στους ασθενείς. Από τη μία πλευρά, οι σωματικοί περιορισμοί υποστηρίζεται ότι προκαλούν σωματική βλάβη,

συμπεριλαμβανομένου του τραυματισμού του δέρματος, της βλάβης του νευρικού συστήματος, της πνευμονικής νόσου, της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης ή ακόμα και του θανάτου. Ένας άλλος τύπος σωματικού τραυματισμού είναι η συνέπεια της καταναγκαστικής ακινητοποίησης, με αποτέλεσμα λειτουργική αναπηρία, βλάβη του μυϊκού τόνου και σύσπαση. Επιπλέον, ο σωματικός τραυματισμός θα οδηγήσει σε παρατεταμένη νοσηλεία. Από την άλλη πλευρά, οι καθηλωμένοι ασθενείς αναφέρεται ότι έχουν βιώσει ψυχολογικό τραύμα που σχετίζεται με σωματικούς περιορισμούς, όπως απογοήτευση, φόβος, θυμός και απώλεια αξιοπρέπειας. Επιπλέον, τέτοιοι περιορισμοί επιδεινώνουν την απάθεια και την κατάθλιψη των ασθενών και μειώνουν την κοινωνική τους λειτουργία. Εμπειρικά ευρήματα έχουν επιβεβαιώσει ότι οι παρενέργειες της μηχανικής καθήλωσης αντιτίθενται στην ηθική αρχή της ευεργεσίας. Έτσι, το ηθικό δίλημμα των φυσικών περιορισμών είναι πώς να εξισορροπηθεί η ευεργεσία και η μη βλάβη προς τον ασθενή. Ωστόσο, η εφαρμογή της αρχής του διπλού αποτελέσματος για την ερμηνεία της ορθολογικότητας της εφαρμογής φυσικών περιορισμών θα είναι κατάλληλη. Δεδομένης της αρχής του διπλού αποτελέσματος, οι σωματικοί περιορισμοί εκτελούνται με ευεργετικές προθέσεις (διασφάλιση της ασφάλειας των ασθενών και του προσωπικού) αλλά οδηγούν σε βλαβερές συνέπειες (προκαλώντας βλάβη στους ασθενείς) και θα γίνουν ηθικά αποδεκτοί με καλή πρόθεση ή εάν το επιθυμητό αποτέλεσμα δεν προκαλεί άμεσα τις παρενέργειες (Hughes & Lane, 2016).

Τα παραπάνω συμφωνούν και με τον ελληνικό κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας. Βάσει του Προεδρικού Διατάγματος υπ' αριθμ. 216/25-7-2001, διασαφηνίζεται ότι ο νοσηλευτής πρέπει να μεριμνά για τον ασθενή ως πνευματική και βιοψυχοκοινωνική οντότητα (άρθρο 2), να σέβεται τις ιδεολογίες του ασθενή (άρθρο 3) και την προσωπικότητά του, και να μην κάνει ενέργειες που θίγουν την ελεύθερη βούληση και προσωπική ελευθερία του ασθενούς (άρθρο 5). Επίσης, ο νοσηλευτής οφείλει να διαφυλάττει την ασφάλεια του ασθενούς όπως επίσης και τα ατομικά του δικαιώματα (άρθρο 9). Πρέπει ακόμη να ενημερώνει άρτια τον ασθενή σχετικά τη διάγνωση, θεραπεία, την πρόγνωση, όπως επίσης και να λαμβάνει τη συναίνεση του ασθενή πριν από κάποια νοσηλευτική πράξη (άρθρο 10). Σύμφωνα επίσης με το καθηκοντολόγιο των νοσηλευτών (ΦΕΚ 4262/10-8-22), ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή σχετικά με τις εξετάσεις και τη θεραπεία που πρέπει να κάνει. Αν ο εκάστοτε νοσηλευτής δεν τηρεί τα παραπάνω, υπάρχουν ποινικές και νομικές κυρώσεις.

Παράλληλα, η American Nurses Association (2020) αναφέρει ότι οι νοσηλευτές έχουν καθήκον να προωθούν μια κουλτούρα χωρίς καθήλωσεις σε όλα τα κλινικά και θεραπευτικά περιβάλλοντα. Ενδέχεται να ζητηθεί από τους νοσηλευτές να μην χρησιμοποιούν συστήματα καθήλωσης και απομόνωσης ασθενών για να διασφαλίσουν την ασφάλεια του ασθενούς του νοσηλευτή και του προσωπικού για να διευκολύνουν την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Σε αυτές τις κλινικές καταστάσεις, οι νοσηλευτές θα πρέπει να σέβονται και να υποστηρίζουν την αυτονομία και την εγγενή αξιοπρέπεια και τα ανθρώπινα δικαιώματα όλων των εμπλεκόμενων ατόμων. Οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν και να εξισορροπούν το δικαίωμα του ασθενούς στην αυτοδιάθεση με τα δικαιώματα υγείας και ευημερίας αυτών στο κλινικό περιβάλλον. Θα πρέπει να χρησιμοποιούνται τεκμηριωμένες παρεμβάσεις που υποστηρίζουν τις ηθικές αξίες όλων των εμπλεκόμενων .

Επομένως, από ηθικής πλευράς, η καθήλωση πρέπει να εφαρμόζεται μόνο ως τελευταία λύση, και να μην γίνεται βίαια ώστε να μην είναι τραυματική για τον ασθενή. Οι ιατροί και οι νοσηλευτές πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί, να τηρούν αυστηρά το πρωτόκολλο και να ελέγχουν τακτικά τον ασθενή και τα ζωτικά του σημεία. Παράλληλα, για τη σωστή καθήλωση θα πρέπει να γίνονται οι εξής ενέργειες (Χριστοδούλου, Μιχόπουλος & Λύκουρας, 2008):

- Να μην πιέζονται ζωτικής σημασίας σημεία όπως ο θώρακας και ο λαιμός
- Ο ασθενής θα πρέπει να μπορεί να αναπνέει και να κάνει μικρές κινήσεις
- Πρέπει να υπάρχει επίβλεψη του ασθενούς και πιστή τήρηση μέτρων που διασφαλίζουν την ασφάλεια του ασθενούς
- Η καθήλωση πρέπει να γίνεται για όσο το δυνατόν μικρότερο χρονικό διάστημα
- Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι άρτια καταρτισμένο
- Πρέπει να είναι εύκολα προσβάσιμα συσκευές υποστήριξης όπως παροχή οξυγόνου, ambu και ατροπίνη, και να είναι διαθέσιμος αναισθησιολόγος για άμεση ανάγκη
- Κάθε ένα τέταρτο πρέπει να παρατηρούνται τα ζωτικά σημεία του ασθενούς
- Πρέπει να υπάρχει σεβασμός στον ασθενή και τα δικαιώματά του

1.5 Σκοπός και σημαντικότητα έρευνας

Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να προσδιοριστούν οι απόψεις και τα ηθικά διλήμματα των νοσηλευτών που εργάζονται σε παθολογικά τμήματα γενικών νοσοκομείων και εφαρμόζουν τη μηχανική καθήλωση σε παθολογικούς ασθενείς. Η μηχανική καθήλωση είναι ένα ευαίσθητο θέμα, και αποτελεί μια πρακτική που εφαρμόζεται κατά κύριο λόγο σε ψυχιατρικούς ασθενείς. Επίσης, η υπάρχουσα ελληνική βιβλιογραφία έχει εστιάσει στη μηχανική καθήλωση μόνο σε ψυχιατρικούς ασθενείς. Για το λόγο αυτό, είναι σημαντικό να διερευνηθεί η πρακτική της μηχανικής καθήλωσης σε παθολογικά τμήματα. Μέσα από την καταγραφή των απόψεων και των ηθικών διλημάτων των νοσηλευτών, θα προκύψουν ευρήματα που μπορεί να οδηγήσουν σε βελτίωση των εργασιακών συνθηκών και της παροχής της περίθαλψης, και κατά συνέπεια, βελτίωσης της υγείας και της ευημερίας των ασθενών.

Κεφάλαιο 2 Μεθοδολογία

2.1 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι τα εξής:

- Πόσο συχνά εφαρμόζεται μηχανική καθήλωση των ασθενών στα παθολογικά τμήματα;
- Υπάρχει ενημέρωση των ασθενών όταν γίνεται μηχανική καθήλωση;
- Υπάρχει πρωτόκολλο στο νοσοκομείο για την μηχανική καθήλωση;
- Ποιες είναι οι απόψεις των νοσηλευτών για την ψυχική και συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς που βρίσκεται σε μηχανική καθήλωση;
- Ποια είναι η σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και μηχανικής καθήλωσης;
- Υπάρχουν ηθικά διλήμματα απέναντι στη μηχανική καθήλωση;

2.2 Μέθοδος και συλλογή δεδομένων

Ο σχεδιασμός της τρέχουσας μελέτης είναι περιγραφικός και χρησιμοποιήθηκε ποιοτική προσέγγιση. Πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα ώστε να γίνει μια εις βάθος κατανόηση της πρακτικής της μηχανικής καθήλωσης. Οι ποιοτικές μελέτες θεωρούνται ολιστικές και βοηθούν στην σφαιρική κατανόηση ενός φαινομένου (Ιωσηφίδης, 2003). Ακόμη, το ίδιο το ερευνητικό πρόβλημα, δηλαδή η μηχανική καθήλωση, αφορά την ανάλυση, την αιτιολόγηση και την περιγραφή της πρακτικής της μηχανικής καθήλωσης, και όχι σε μετρήσιμα και ποσοτικά δεδομένα (Γεωργιάδου, 2011). Επιπρόσθετα, η μηχανική καθήλωση είναι ένα αρκετά ευαίσθητο θέμα, συνεπώς χρειάζεται την αμεσότητα μεταξύ ερευνητή-συνεντευξιζόμενου που εξασφαλίζει η ποιοτική προσέγγιση (Ιωσηφίδης, 2003).

Για τη συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις. Πριν πραγματοποιηθούν οι συνεντεύξεις, έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση για την καλύτερη κατανόηση της πρακτικής της μηχανικής καθήλωσης, και διεξήχθη μια πιλοτική συνέντευξη. Βάσει της πιλοτικής συνέντευξης, δημιουργήθηκε το

πρωτόκολλο για τη συνέντευξη, το οποίο αποτελούνταν από 11 περιγραφικές ερωτήσεις ανοιχτού τύπου.

Αναλυτικότερα, οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε έναν διακριτικό χώρο του νοσοκομείου στο οποίο εργάζονταν οι συμμετέχοντες. Η διακριτικότητα του χώρου είναι σημαντική για να νιώσουν ασφαλείς οι συμμετέχοντες και να περιγράψουν ελεύθερα τα συναισθήματά τους (Γεωργιάδου, 2011). Στην αρχή έγινε καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συνεντευξιαζόμενων και στη συνέχεια ρωτήθηκαν τις ερωτήσεις του πρωτοκόλλου που είχε δημιουργηθεί. Ενδεικτικές ερωτήσεις ήταν οι εξής: «Πόσο συχνά εφαρμόζεται μηχανική καθήλωση των ασθενών στα παθολογικά τμήματα;», «Υπάρχει ενημέρωση των ασθενών όταν γίνεται μηχανική καθήλωση;», «Ποιες είναι οι αντιδράσεις των ασθενών στη μηχανική καθήλωση;», «Πως νιώθετε ως νοσηλεύτης εφαρμόζοντας αυτή την πρακτική;», «Ποιες σκέψεις περνούν από το μυαλό σας για την ψυχική/συναισθηματική κατάσταση του ασθενή που βρίσκεται σε μηχανική καθήλωση;», «Τι θεωρείτε ότι πρέπει να αλλάξει;». Μετά την καταγραφή των συνεντεύξεων, έγινε η απομαγνητοφώνησή τους. Κάθε συνέντευξη διήρκεσε περίπου 15 λεπτά.

2.3 Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 12 νοσηλεύτες που εργάζονται σε παθολογικά τμήματα του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Χρησιμοποιήθηκε απλή τυχαία δειγματοληψία.

Αναλυτικότερα, το δείγμα αποτελούνταν από 11 γυναίκες και 1 άνδρα. Πέντε συνεντευξιαζόμενοι έχουν πτυχίο ΤΕΙ Νοσηλευτικής, 4 ΠΕ Νοσηλευτικής και 3 έχουν πτυχίο ΔΕ Βοηθών Νοσοκόμων. Τα έτη προϋπηρεσίας κυμαίνονταν μεταξύ 5 και 25 ετών. Δυο συνεντευξιαζόμενοι είχαν 5 έτη προϋπηρεσίας, 1 είχε 8 έτη, 1 είχε 10 έτη, 1 είχε 15 έτη, 1 είχε 19 έτη, 3 είχαν 20 έτη και 3 είχαν 25 έτη.

Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συνεντευξιαζόμενων

| Φύλο | Εκπαιδευτικό επίπεδο | Έτη προϋπηρεσίας | |
|---------|----------------------|------------------|---|
| Γυναίκα | ΤΕ Νοσηλευτικής | 25 | Μ |
| Γυναίκα | ΔΕ Βοηθών Νοσοκόμων | 20 | Ε |

| | | | |
|---------|---------------------|----|---|
| Γυναίκα | ΤΕ Νοσηλευτικής | 5 | Φ |
| Γυναίκα | ΠΕ Νοσηλευτικής | 20 | Ν |
| Γυναίκα | ΠΕ Νοσηλευτικής | 20 | Β |
| Γυναίκα | ΤΕ Νοσηλευτικής | 5 | Γ |
| Γυναίκα | ΠΕ Νοσηλευτικής | 25 | Δ |
| Γυναίκα | ΠΕ Νοσηλευτικής | 25 | Ζ |
| Γυναίκα | ΤΕ Νοσηλευτικής | 10 | Φ |
| Γυναίκα | ΤΕ Νοσηλευτικής | 15 | Κ |
| Γυναίκα | ΔΕ Βοηθών Νοσοκόμων | 19 | Χ |
| Άνδρας | ΔΕ Βοηθών Νοσοκόμων | 8 | Κ |

2.4 Ανάλυση δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε ποιοτική ανάλυση του περιεχομένου. Με τον τρόπο αυτό γίνεται συστηματική εξέταση της λεκτικής και της μη λεκτικής επικοινωνίας. Χρησιμοποιήθηκε δηλωτική και άδηλη ποιοτική ανάλυση περιεχομένου, γιατί η μέθοδος αυτή εξασφαλίζει τόσο την περιγραφή όσο και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων (Γεωργιάδου, 2011).

Συνοπτικά, υπήρξαν 6 στάδια κατά την ανάλυση των δεδομένων (Γεωργιάδου, 2011):

1) απομαγνητοφώνηση δεδομένων, διάβασμα συνεντεύξεων και γράψιμο σκέψεων-παρατηρήσεων, 2) κωδικοποίηση δεδομένων για τις έννοιες που βρέθηκαν, 3) αναζήτηση θεματικών, 4) έλεγχος των θεματικών και της σύνδεσής τους με τα ερευνητικά ερωτήματα, 5) δημιουργία ενοτήτων, 6) σημείωση απαντήσεων που συνδέονται με την εκάστοτε ερευνητική ερώτηση.

2.5 Ηθική και δεοντολογία της έρευνας

Η έρευνα εγκρίθηκε από το επιστημονικό συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας (απόφαση υπ' αριθμ. 8^{ης} ΤΑΚΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ 07.11.2022 ΘΕΜΑ 25ο) και έγινε με βάση τον οδηγό σπουδών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Όλοι οι συνεντευξιζόμενοι ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας καθώς και για το γεγονός ότι οι απαντήσεις τους θα είναι απολύτως ανώνυμες και εμπιστευτικές. Επίσης, οι συνεντευξιζόμενοι μπορούσαν ανά πάσα στιγμή να διακόψουν τη

συνέντευξη αν άλλαζαν γνώμη και δεν ήθελαν να συμμετάσχουν στην μελέτη. Επίσης, τους δόθηκαν στοιχεία επικοινωνίας σε περίπτωση που είχαν απορίες ή ήθελαν διευκρινήσεις.

2.6 Εμπόδια-δυσκολίες στην εκπόνηση της έρευνας

Σε θεωρητικό επίπεδο, υπήρξε η δυσκολία της εύρεσης βιβλιογραφίας καθώς η υπάρχουσα βιβλιογραφία έχει εστιάσει στην εφαρμογή της πρακτικής της μηχανικής καθήλωσης σε ψυχιατρικά τμήματα. Είναι σημαντικό να αναφερθεί, ότι καμία μελέτη δεν έχει διερευνήσει τη μηχανική καθήλωση σε παθολογικά τμήματα. Επίσης, αναφορικά με την ελληνική βιβλιογραφία, γενικά για τη μηχανική καθήλωση είναι πολύ περιορισμένη.

Σε πρακτικό επίπεδο, υπήρξε η δυσκολία της εύρεσης της κατάλληλης ώρας για τις συνεντεύξεις καθώς οι νοσηλευτές είχαν διαφορετικά ωράρια και ο χρόνος τους ήταν αρκετά περιορισμένος.

Κεφάλαιο 3 Αποτελέσματα

3.1 Εφαρμογή μηχανικής καθήλωσης στα παθολογικά τμήματα

Με βάση τις απαντήσεις των συνεντευξιαζόμενων διαπιστώθηκε ότι η μηχανική καθήλωση εφαρμόζεται συχνά στα παθολογικά τμήματα.

Οι συνεντευξιαζόμενοι υποστήριξαν πως η μηχανική καθήλωση γίνεται σε περίπτωση που ο ασθενής είναι βίαιος και διατρέχει κίνδυνο ο ίδιος ή οι γύρω του. Εφαρμόζεται επίσης σε ασθενείς που βγάζουν τους καθετήρες. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων εφαρμόζεται σε ασθενείς με μειωμένο επίπεδο συνείδησης, είναι σε παραλήρημα και έχουν ψυχικές διαταραχές που είναι σε διέγερση και η καθήλωση γίνεται, όπως χαρακτηριστικά ανέφερε η Δ. για «την αντιμετώπιση της ασθένειας τους σε περιπτώσεις στις οποίες κρίνεται αναγκαίο ανάλογα με την πάθηση ανάλογα με το ιατρικό και νοσηλευτικό ιστορικό τους». Η Μ. ανέφερε επίσης ότι γίνεται καθήλωση και «σε εκείνους που δεν έχουν συνοδούς να τους επιβλέπουν και να τους φροντίζουν.».

Παράλληλα, οι νοσηλευτές υποστήριξαν ότι συνήθως δεν εφαρμόζουν μηχανική καθήλωση σε ασθενείς τελικού σταδίου, γιατί τότε εστιάζουν στην παρηγορητική φροντίδα τόσο του ίδιου όσο και της οικογένειάς του. Σημαντική είναι η απάντηση της Μ.: «Οφείλουμε τουλάχιστον να σεβαστούμε τον άνθρωπο που φεύγει.». Όσον αφορά την περίπτωση που εφαρμόζουν καθήλωση, η Χ. δήλωσε τα εξής: «Αν είχαν θέμα και είναι διεγερτικοί να τους καθηλώνουμε... παραδείγματος χάρι ασθενείς με ηπατική εγκεφαλοπάθεια σε τελικό στάδιο. Αυτά τα άτομα έχουν διέγερση και λεκτική βία. Επίσης αυτά τα άτομα έχουν πολλές κεντρικές γραμμές αν της αφαιρούσαν θα φτάναμε πιο γρήγορα κοντά στο θάνατο. Αν όμως είναι ασθενείς ηλικιωμένοι με πολλά προβλήματα και είναι κοντά στο θάνατο λόγω ηλικίας όχι. Διότι δεν υπάρχει λόγος για αυτούς τους ανθρώπους έχουν ήδη χάσει σιγά-σιγά τις δυνάμεις τους.».

Μόνο τρεις νοσηλευτές ανέφεραν ότι υπάρχει πρωτόκολλο στο νοσοκομείο για τη μηχανική καθήλωση. Τονίστηκε βέβαια ότι το πρωτόκολλο τροποποιείται ανάλογα τον εκάστοτε ασθενή και τις ανάγκες του και τη θεραπεία του. Οι υπόλοιποι νοσηλευτές τόνισαν ότι δεν υπάρχει πρωτόκολλο στο νοσοκομείο για την μηχανική καθήλωση. Όπως δήλωσαν πρόκειται για έναν «άγραφο και άτυπο κανόνα».

Οι νοσηλευτές ανέφεραν επίσης ότι ξεκινούν με την τοποθέτηση προστατευτικών κρεβατιού (κάγκελα). Αν αυτή η πρακτική βρεθεί ότι δεν αρκεί, συνεννοούνται με τον παθολόγο, ψυχίατρο, νευρολόγο ώστε να δοθεί ήπια φαρμακευτική αγωγή. Στην περίπτωση που ούτε αυτή η πρακτική αποβεί αποτελεσματική, τότε χρησιμοποιούν την περίδεση με αυτοσχέδιους ιμάντες. Στην πλειοψηφία πάντως των περιπτώσεων, ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν ιμάντες στα άκρα και αυτό γίνεται για όσο το δυνατόν μικρότερο χρονικό διάστημα.

Τέλος, η καθήλωση αποφασίζεται από τον ιατρό που εφημερεύει στην κλινική σε συνεννόηση με το νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και τους συγγενείς. Σε ορισμένες περιπτώσεις η απόφαση παίρνεται και με βάση τον υπεύθυνο βάρδιας αν λείπει ο γιατρός, αλλά και πάλι ενημερώνεται τηλεφωνικά ο ιατρός για την καθήλωση.

3.2 Ενημέρωση και αντιδράσεις ασθενών και συγγενών για τη μηχανική καθήλωση

Οι νοσηλευτές υποστήριζαν ότι οι ασθενείς συνήθως δεν γνωρίζουν για τη μηχανική καθήλωση. Χαρακτηριστική είναι η απάντηση της Α.: *«Φυσικά και δεν γνωρίζει για την καθήλωση του. Κανένας ασθενής δεν θα δεχόταν. Ούτως ή άλλως αν υπήρχε η δυνατότητα να μπορούσαμε να συνεννοηθούμε μαζί του και να μπορούσε να συνεργαστεί μαζί μας θα ήταν όλα πολύ καλύτερα και ίσως να αποφεύγαμε αυτή την πρακτική. Όμως δεν μπορεί να συνεργαστεί και δεν μπορεί να καταλάβει και να νιώσει ότι γίνεται η καθήλωση.»*. Η Ε. ανέφερε επίσης τα εξής: *«Κάποιοι ασθενείς το γνωρίζουν το καταλαβαίνουν, τους εξηγούμε τους λόγους που προβαίνουμε στην καθήλωση άλλοι συμμορφώνονται άλλοι πάλι όχι από κει και πέρα αν η καθήλωση υπάρχει πιθανότητα να προκαλέσει χειρότερα προβλήματα τότε με οδηγία γιατρού προχωρούμε σε φαρμακευτική καθήλωση.»*. Επίσης, η Ζ. ανέφερε ότι η μηχανική καθήλωση συνήθως οδηγεί σε μεγαλύτερη επιθετικότητα. Συγκεκριμένα δήλωσε τα εξής: *«Σε αυτή την πρακτική γενικά εγώ θα προτιμούσα πάντα να μπορούσαμε να λύσουμε το θέμα φαρμακευτικά με τους ψυχιάτρους. Η συμβουλή του ψυχιάτρου επιπρόσθετα για το πως μπορείς να περιορίσεις κάποιον μηχανικά θα βοηθούσε διότι η όλη διαδικασία μερικές φορές συνήθως εξελίσσεται πολύ δυσάρεστα γιατί γίνονται*

περισσότερο επιθετικοί μπορεί να μας κάνουνε ακόμα και ισχαιμία πάνω στην υπερδιέγερση».

Στην περίπτωση πάντως που ενημερώνονται οι ασθενείς για την μηχανική καθήλωση, ενστικτωδώς προσπαθούν να αντιδράσουν όπως αναφέρθηκε. Όπως ανέφερε η Ν., οι ασθενείς που καθιλώνονται είναι «φοβισμένοι και κλαίνε», και η Σ. ανέφερε ότι οι ασθενείς αισθάνονται «ντροπιασμένοι και αγχωμένοι». Από την άλλη, η Μ. ανέφερε ότι: *«Μερικοί ασθενείς το γνωρίζουν αυτό εννοείται. Τους εξηγεί ο θεράπων γιατρός οι νοσηλευτές βέβαια κάποιοι δεν έχουνε την αντίληψη οπότε δεν καταλαβαίνουν τι έγινε κάποιοι συνεργάζονται και έχουμε πολύ καλύτερα αποτελέσματα στη θεραπεία.»*. Επίσης, η Γ. ανέφερε τα εξής: *«Θεωρώ ότι ο ασθενής αισθάνεται άσχημα και άβολα. Νομίζει ότι θέλουμε το κακό του. Επίσης δεν έχει τη δύναμη να αντιδράσει και αυτό του δημιουργεί ψυχολογικά προβλήματα.»*. Από την άλλη, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, οι συγγενείς ενημερώνονται για την καθήλωση από τον θεράποντα ιατρό. Αρκετές φορές βέβαια έχουν αντιρρήσεις, ενώ η συναισθηματική φόρτισή τους είναι μεγάλη. Όπως αναφέρει η Δ.: *«...κάποιες φορές το βλέπουνε σαν να είναι τιμωρία για τον άνθρωπο τους αλλά όταν ενημερωθούν σωστά καταλαβαίνουν ότι αυτό είναι για το καλό του ασθενή και όχι για τιμωρία.»*. Η Ζ. ανέφερε ότι οι συγγενείς θεωρούν «απάνθρωπη» τη μηχανική καθήλωση, και υποστήριξε ότι: *«Η γνώμη τους είναι ότι ίσως να υπάρχουν άλλοι τρόποι ώστε να συνεργαστεί ο ασθενής, όπως η συζήτηση μαζί τους αλλά θέτουμε τα επιχειρήματά μας και πείθονται ότι είναι η καλύτερη επιλογή.»*. Χαρακτηριστική είναι και η απάντηση της Β. η οποία ανέφερε: *«Εγώ προσωπικά σα συγγενής δε θα ήθελα να δω τον άνθρωπο μου έτσι.»*.

Σε περίπτωση που οι συγγενείς έχουν έντονες αντιρρήσεις, αναλαμβάνουν οι ίδιοι την παρακολούθηση ή βάζουν αποκλειστική φροντίδα (επί πληρωμή νοσηλευτή). Ενδιαφέρον είναι η απάντηση της Ε. η οποία ανέφερε ότι οι συγγενείς ενημερώνονται πάντα κατά κανόνα, δεν έχουν αντιρρήσεις, και μεταθέτουν πλήρως την ευθύνη στον νοσηλευτή. Όπως υπογράμμισε: *«Οι συγγενείς ενημερώνονται κατά κανόνα, δεν έχουν συνήθως αντιρρήσεις. Από όσο βλέπουμε στη διάρκεια της εργασίας μας οι συγγενείς προσπαθούν να αποφύγουν τις ευθύνες προσπαθούν να της μεταθέσουν στους νοσηλευτές και στους γιατρούς σε περίπτωση που υπάρχει αντίδραση συστήνεται η παραμονή πλησίον του αρρώστου για να αποφύγουμε οποιαδήποτε άλλη εξέλιξη»*.

Ενδιαφέρουσα είναι και η άποψη του Κ. ο οποίος ανέφερε τα εξής: «..Στην αρχή συνήθως έχουν αντιρρήσεις...Όμως όταν έχουν μέρες στο νοσοκομείο φτάνουν στο σημείο να το ζητήσουν οι ίδιοι για τον άνθρωπό τους, διότι έχουν κουραστεί.».

Ταυτόχρονα, η Ζ. ανέφερε πως συνήθως δεν ενημερώνουν τους συγγενείς γιατί τα περιστατικά υπερδιέγερσης συνήθως συμβαίνουν βραδινές ώρες και οι συγγενείς δεν είναι στην κλινική. Συγκεκριμένα αναφέρει: «Δεν ζητούμε εκ των προτέρων από τους συγγενείς την έγκριση τους, γιατί συνήθως πολλές φορές οι ασθενείς εμφανίζουν τον αποπροσανατολισμό και τις συνθήκες υπερδιέγερσης και τις αντιδράσεις συνήθως προς το βράδυ κυρίως δηλαδή τα πιο συχνά φαινόμενα πιο συχνές καταστάσεις γίνονται μέσα στη νύχτα οπότε δεν μπορούμε να τους πάρουμε και να ζητήσουμε έκκριση. Κάποιες φορές παλαιότερα που υπήρχε επισκεπτήριο και οι συγγενείς ήταν εκεί τους καλούσαμε να τους μιλήσουν οι ίδιοι. Τους εξηγούσαμε γιατί πρέπει να θέσουμε τέτοιου είδους μέτρα καθήλωσης μήπως μπορέσουν ως οικεία τους πρόσωπα να τους καμάρουν λίγο αλλά και αυτό πάλι δεν είχε και πάντα αποτελέσματα. Γιατί όταν ήταν σε πλήρη διέγερση ήταν πολύ δύσκολο να τους χειριστούμε εμείς και οι ίδιοι οι συγγενείς. Οπότε δεν αποκλείεται και να τους ενημερώσουμε αλλά δεν είναι το σύνηθες.».

3.3 Αντιλήψεις και συναισθήματα νοσηλευτών για τη μηχανική καθήλωση

Οι νοσηλευτές υποστήριξαν ότι η μηχανική καθήλωση είναι και αυτή στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας, αλλά πρέπει να γίνεται αυστηρά μόνο όταν είναι απαραίτητη και αποτελεί την τελευταία λύση. Νιώθουν ότι έχουν ευθύνη πάνω στον περιορισμό και την έκβαση που αυτός μπορεί να έχει, αλλά όπως ανέφεραν έχουν την ευθύνη για οποιαδήποτε νοσηλευτική πράξη εκτελούν στον ασθενή. Χαρακτηριστική είναι η απάντηση της Α.: «Έχουμε ευθύνη φυσικά αλλά είναι απαραίτητο. Δεν μου είναι ευχάριστο βέβαια αλλά δεν γίνεται και διαφορετικά γιατί ο ασθενής αυτός έρχεται για κάποιο λόγο στο νοσοκομείο και πρέπει να ολοκληρωθεί σωστά η θεραπεία του. Χωρίς την καθήλωση δεν θα έχει σωστά αποτελέσματα εφόσον δεν είναι συνεργάσιμος. Έχω ευθύνη να εκτελέσω σωστά τη δουλειά μου και να τον θεραπεύσω . Άλλωστε για όλες τις νοσηλευτικές πράξεις έχουμε ευθύνη.».

Όσον αφορά τα συναισθήματα που τους προξενεί η μηχανική καθήλωση, οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι τους δημιουργεί αισθήματα λύπης, αγωνίας, συμπόνοιας

και ενσυναίσθησης. Επίσης, οι νοσηλευτές μερικές φορές έχουν τύψεις όταν εφαρμόζουν καθήλωση. Μπαίνουν στη θέση του ασθενή, για αυτό και όπως ανέφερε ο Κ. μακάρι να μην καταλαβαίνουν οι ασθενείς την καθήλωση. Σίγουρα λοιπόν η μηχανική καθήλωση αποτελεί μια ψυχοφθόρα διαδικασία για τους νοσηλευτές. Όπως δήλωσε η Κ.: *«Όμως εφόσον έχω ιατρική οδηγία και νοσηλευτική κρίση και από τη στιγμή που κρίνεται απαραίτητο για την ασφάλεια του ασθενή και έχω εξαντλήσει όλες τις ενδεδειγμένες πρακτικές, αν είναι η τελευταία λύση για να τον βοηθήσω να επανέλθει θα το κάνω. Το σίγουρο είναι ότι ως νοσηλεύτρια εφαρμόζω μια ακραία πρακτική που δε συνάδει με το επάγγελμα μας...Βλέποντας έναν ασθενή σε αυτή την κατάσταση δεν σκεφτόμαστε μόνο τη σωματική του υγεία του αλλά και την ψυχική, περνάει από το μυαλό μας ότι μπορεί να είναι φοβισμένος αγχωμένος, ανήμπορος να αντιδράσει καθώς επίσης να νιώθει μόνος και εγκαταλελειμμένος από τα συγγενικά του πρόσωπα. Νιώθει ότι καταπατάται η ατομική του ελευθερία και η αξιοπρέπεια, εφόσον η νοητική του και η ψυχική του κατάσταση το επιτρέπει.»*

Ορισμένοι βέβαια νοσηλευτές ανέφεραν ότι δεν επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό συναισθηματικά από την εφαρμογή της πρακτικής της μηχανικής καθήλωσης γιατί γνωρίζουν πως το κάνουν προς όφελος του ασθενή. Άλλοι πάλι νοσηλευτές ανέφεραν ότι έχουν δευτερες σκέψεις για την καθήλωση, αλλά τότε σκέφτονται το καλό του ασθενή. Όπως δήλωσε η Χ.: *«Πολλές φορές από τη μία νιώθω ανακούφιση από την άλλη θυμό, λύπη, αγανάκτηση γιατί δεν μπορούμε να εφαρμόσουμε κάποια άλλα μέτρα ή έχουμε εξαντλήσει όλα τα μέτρα και καταλήγουμε σε αυτή. Πολλές φορές όμως νιώθω και ανακούφιση γιατί υπάρχει αυτός ο τρόπος.»*

Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές θεωρούν βάρβαρη και βάνανυση την πρακτική της μηχανικής καθήλωσης, αλλά όπως υπογράμμισαν, μερικές φορές είναι η μόνη λύση για να βοηθηθεί αποτελεσματικά ο ασθενής. Παρόλα αυτά, η Μ. την χαρακτήρισε ως μια *«κακοποιητική αν και αναγκαία ορισμένες φορές πρακτική»*. Επίσης, ο Κ. την χαρακτήρισε *«αναγκαστική»* για να προστατέψει τον ασθενή, και η Χ. ανέφερε ότι *«ο σκοπός αγιάζει τα μέσα»*. Παρόμοια άποψη είχε και η Φ.: *«Κάποιες φορές είναι λυτρωτική για το προσωπικό υγείας αλλά κάποιες φορές και για τον ίδιο τον ασθενή και για τους συγγενείς συνοδούς.»*

Όσον αφορά τις σκέψεις που περνούν από το μυαλό των νοσηλευτών για την ψυχική/συναισθηματική κατάσταση του ασθενή, ανέφεραν πως σίγουρα νιώθουν

θυμωμένοι, αγανακτισμένοι, λυπημένοι, θεωρούν ότι τους έχουν εγκαταλείψει και δεν μπορούν να κατανοήσουν γιατί περιορίζονται. Όπως ανέφερε η Ε.: *«Πολλές φορές και λόγω της ενσυναίσθησης και μπαίνοντας στη θέση αυτού του ανθρώπου πραγματικά καταλαβαίνω ότι είναι πολύ δύσκολο να περιορίζεσαι όντας άρρωστος άνθρωπος και να σου στερούν την ελευθερία σου αλλά όπως είπαμε υπάρχουν καταστάσεις οι οποίες πολλές φορές είναι τόσο δύσκολες που τελικά επιβάλλεται για το καλύτερο... Σκέφτομαι ότι ίσως νιώθει αποκλεισμένος νιώθει περιορισμένος αναπτύσσει κλειστοφοβία και μπορεί να υπάρχει επιδείνωση από πίσω αν υπάρχει ένα ψυχιατρικό υπόβαθρο. Προσπαθούμε όσο το δυνατόν να ηρεμήσουμε τον ασθενή κρατώντας ήρεμη τη φωνή μας και να τους εξηγήσουμε για ποιο λόγο συμβαίνει αυτό και πόσο θα διαρκέσει πρέπει να προσπαθούμε να τους περάσουμε τη δική μας ηρεμία έτσι ώστε να συνεργαστούμε καλύτερα.»*

Τέλος, διαπιστώθηκε ότι κάποιες φορές υπάρχουν αντιρρήσεις από τη διεπιστημονική ομάδα για την εφαρμογή της μηχανικής καθήλωσης. Όπως ανέφερε η Δ., *«κάποιες φορές ναι κάποιες φορές όχι ανάλογα με τον εφημερεύοντα γιατρό και το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό»*. Από την άλλη, η Μ. επεσήμανε την έλλειψη διεπιστημονικής ομάδας. Όπως τόνισε: *«Μακάρι να υπήρχε μια ολοκληρωμένη διεπιστημονική ομάδα. Συνήθως η ομάδα συμπληρώνεται κατά περίπτωση ανάλογα τα περιστατικά. Έτσι σε αυτή την περίπτωση δεν έχουμε αντιρρήσεις διότι οι μόνοι που είναι συνεχώς στην κλινική και βλέπουν τον ασθενή είναι οι νοσηλευτές. Συνήθως δεν έχουμε.»*

3.4 Ηθικά διλήμματα και ποινική ευθύνη απέναντι στην μηχανική καθήλωση

Οι νοσηλευτές σχεδόν όλοι υποστήριξαν πως έχουν ηθικά διλήμματα σχετικά με τη μηχανική καθήλωση και ότι είναι μια πράξη που δεν τη διενεργούν με ευχαρίστηση καθώς, έρχονται αντιμέτωποι με τη συνείδηση τους. Χαρακτηριστική είναι η απάντηση της Α.: *«Όταν το νοσηλευτικό προσωπικό κρίνει απαραίτητο ότι για τη φροντίδα και ασφάλεια του ασθενή πρέπει να προβεί σε αυτή την πρακτική μέθοδο έρχεται αντιμέτωπο με κάποια ηθικά διλήμματα όπως η αξία της έννοιας της ζωής τα δικαιώματα του ασθενή τη νοσηλευτική δεοντολογία την οικογένεια τη θρησκεία.»*. Υποστήριξαν επίσης πως όσο περισσότερα χρόνια εργάζονται, τόσο κάμπτουν τα ηθικά τους διλήμματα. Από την άλλη, η πλειοψηφία των νοσηλευτών ανέφεραν ότι η

μηχανική καθήλωση είναι ενάντια στα πιστεύω τους. Χαρακτηριστική είναι η άποψη της Γ.: «*Εννοείται ότι έχω ηθικά διλήμματα σε αυτόν τον περιορισμό και κατά βάθος δεν συμφωνώ. Θεωρώ ότι είναι αντίθετο με το χαρακτήρα μου και τα πιστεύω μου απέναντι σε τέτοιου είδους πράξεις. Νιώθω ότι ο περιορισμός αυτός είναι μία μορφή βίας.*». Σημαντική είναι και η άποψη της Ν., η οποία ανέφερε τα εξής: «*Νομίζω ότι προδίδω το επάγγελμά μου που εννοείται σαν αρχή έχει να φροντίζει και να βοηθά τον ασθενή.*».

Οι περισσότεροι νοσηλευτές ανέφεραν πως δεν φέρουν ποινική ευθύνη απέναντι στο σωματικό περιορισμό, τονίζοντας μάλιστα ότι η καθήλωση αποφασίζεται από τον ιατρό. Όπως αναφέρει η Δ.: «*Δεν φέρουμε ποινική ευθύνη μόνο στην περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι ικανός να κρίνει και να καταλάβει πόσο σημαντική είναι η νοσηλευτική και ιατρική παρέμβαση για την υγεία του. Εδώ βέβαια θέλουμε τη συγκατάθεση των οικείων του. Γενικά όποια νοσηλευτική παρέμβαση και να κάνουμε στους ασθενείς μας έχουμε πάντα ευθύνη και πάντα θα είμαστε υπόλογοι και για ποινική ευθύνη. Ας εκτελούμε και ιατρική οδηγία.*».

Ορισμένοι νοσηλευτές υποστήριξαν από την άλλη πως έχουν ποινική ευθύνη. Όπως χαρακτηριστικά ανέφερε η Μ: «*Θεωρώ ότι φέρουμε ποινική ευθύνη διότι εφαρμόζουμε μια βάρβαρη άλλα συνάμα αναγκαία πρακτική. Δεν είμαστε σίγουροι αν κάποια στιγμή μας ζητηθούν ευθύνες από τους οικείους ή από τον ίδιο. Μπορεί να εκτελώ ιατρική οδηγία όμως έχουμε και εμείς μερίδιο ως προς την πρακτική.*».

3.5 Σχέση μεταξύ καθήλωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι νοσηλευτές υποστήριξαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι αποτέλεσμα έλλειψης προσωπικού, χαρακτηρίζοντας ως τον κύριο παράγοντα που ενισχύει την πρακτική της καθήλωσης. Όπως ανέφερε η Χ.: «*Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού ενδεχομένως να ενισχύει τη χρήση περιοριστικών μέτρων διότι δεν μπορούν να προσφέρουν τα βέλτιστα στους ασθενείς τους με αποτέλεσμα αυτό να έχει επίπτωση τόσο στους ασθενείς όσο και στην παροχή ποιοτικής φροντίδας..*». Χαρακτηριστική είναι και η άποψη της Δ.: «*Είναι αλληλένδετη η σχέση τους πολλές φορές σε μεγάλα νοσοκομεία όταν δύο νοσηλευτές έχουνε δύναμη 40 ασθενείς και μέσα στη νύχτα ή στη διάρκεια της βάρδιας ένας ασθενής μπορεί να κάνει μία ανακοπή ή πνευμονική εμβολή*».

αυτοί οι νοσηλευτές θα ασχοληθούν με το περιστατικό. Άρα όλη κλινική θα είναι στον αυτόματο και λογικά πριν ασχοληθούν με το επείγον ίσως να χρειαστεί να καθιλώσουν κάποιους ανήσυχους ασθενείς. Όλη αυτή η κατάσταση δημιουργεί ένα στρεσογόνο περιβάλλον για τους νοσηλευτές που σιγά-σιγά τους οδηγεί στην εξουθένωση. Η καθήλωση είναι μία αναγκαστική πράξη για τους νοσηλευτές είναι πράξη αναγκαιότητας.».

Αναφέρθηκε επίσης ότι η καθήλωση ειδικά αν γίνεται συχνά προκαλεί στρες και άγχος, οδηγώντας έτσι σε επαγγελματική εξουθένωση. Χαρακτηριστική είναι η απάντηση της Κ.: *«Προφανώς και έχει σχέση γιατί η επαγγελματική εξουθένωση προκύπτει από δυσάρεστες καταστάσεις που δημιουργούνται μέσα στις κλινικές εν ώρα εργασίας ,οι οποίες δεν είναι πολύ ευχάριστες για τους νοσηλευτές.... δε μιλώ μόνο για την σωματική κόπωση ... ούτως η άλλως το επάγγελμα μας είναι κουραστικό. Υπάρχουν νοσηλευτές οι οποίοι είναι πιο ψυχικά ευάλωτοι , η πράξη της καθήλωσης τους φορτίζει έντονα και να φτάνουν πιο γρήγορα στην επαγγελματική εξουθένωση. Γιατί όπως είπαμε η καθήλωση δεν είναι μία ευχάριστη κατάσταση..... όταν καθιλώνεις έναν ασθενή με εντολή κάποιου άλλου, νιώθεις τη δυσαρέσκεια του και την απογοήτευση του..... αν αυτό γίνεται σε καθημερινή βάση και είσαι άτομο με ανεπτυγμένη ενσυναίσθηση όλο αυτό περνά στο ψυχισμό του νοσηλευτή ... σίγουρα δεν είναι ευχάριστο συναίσθημα.... με αποτέλεσμα να υπάρχει συσσώρευση αρνητικών συναισθημάτων άγχους και στρες.».*

3.6 Απόψεις νοσηλευτών για τις αλλαγές που πρέπει να πραγματοποιηθούν

Ο επαρκής αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού αναφέρθηκε από την πλειοψηφία των νοσηλευτών ως ένας παράγοντας που οδηγεί στην παροχή μιας πιο εξατομικευμένης και αποτελεσματικής φροντίδας ενός ασθενή. Οι νοσηλευτές ανέφεραν επίσης τη σημαντικότητα της αύξησης του αριθμού του νοσηλευτικού προσωπικού για τη μείωση των περιστατικών καθήλωσης αλλά και για την αύξηση της παροχής ψυχολογικής υποστήριξης στους ασθενείς. Τόνισαν επίσης την αναγκαιότητα δημιουργίας πρωτοκόλλου σχετικά με την καθήλωση ώστε να εκτελείται με τα ενδεδειγμένα μέσα και σωστά, και σε ασθενείς που πραγματικά είναι αναγκαίο.

Ο Κ. ανέφερε επίσης την αναγκαιότητα για «καλύτερες συνθήκες εργασίας ώστε να μπορούμε να συγκεντρωθούμε στη φροντίδα των ασθενών μας...να αναπτύξουμε τεχνικές επικοινωνίας, να υπάρξει όντως πρωτόκολλο καθήλωσης και εκπαίδευση για την σωστή πρακτική εφαρμογής της.».

Τέλος, οι νοσηλευτές τόνισαν και τη σημασία της δημιουργίας διεπιστημονικής ομάδας σε όλες τις κλινικές του νοσοκομείου για την παροχή μιας ολιστικής και ολοκληρωμένης φροντίδας προς όλους τους νοσηλευόμενους.

Κεφάλαιο 4 Συζήτηση

4.1 Σχολιασμός αποτελεσμάτων

Η μελέτη αυτή διερεύνησε τις απόψεις και τα ηθικά διλήμματα των νοσηλευτών που εργάζονται σε παθολογικά τμήματα αναφορικά με τη μηχανική καθήλωση.

Διαπιστώθηκε ότι η πρακτική της μηχανικής καθήλωσης εφαρμόζεται συχνά στα παθολογικά τμήματα. Παρόλα αυτά, οι νοσηλευτές πρώτα εφαρμόζουν τα προστατευτικά κάγκελα και την ήπια φαρμακευτική αγωγή, κι αν τότε αυτά τα δυο δεν έχουν αποτέλεσμα, τότε χρησιμοποιούν τη μηχανική καθήλωση.

Οι ασθενείς συνήθως δεν ενημερώνονται γιατί δεν είναι σε θέση να αντιληφθούν τι συμβαίνει και για ποιο λόγο γίνεται η καθήλωση. Επίσης, δεν υπάρχει συνήθως πρωτόκολλο στο νοσοκομείο για τη μηχανική καθήλωση. Αποτελεί μια πρακτική που γίνεται άτυπα επί χρόνια ανάλογα τις ανάγκες του ασθενούς. Ο ασθενής που καθηλώνεται συνήθως είναι βίαιος, επιθετικός, είναι σε παραλήρημα, έχει μειωμένο επίπεδο συνείδησης, είναι επικίνδυνος για τον εαυτό του ή/και τους γύρω του και συνήθως έχει κάποια ψυχική ασθένεια.

Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς αντιδρούν άσχημα στη μηχανική καθήλωση. Αισθάνονται φοβισμένοι, ανήμποροι, εγκαταλελειμμένοι, αγχωμένοι και νιώθουν ότι τιμωρούνται, ενώ κάποιες φορές γίνονται περισσότερο επιθετικοί.

Παράλληλα, οι νοσηλευτές αισθάνονται ενοχές για την μηχανική καθήλωση, αλλά τη θεωρούν αναγκαίο κακό για να πραγματοποιηθεί η σωστή φροντίδα στον ασθενή. Παρόλα αυτά, η μηχανική καθήλωση είναι αρκετά ψυχοφθόρα για τους ίδιους, προσπαθούν να μουν στη θέση του ασθενή, και για αυτό μάλιστα ανέφεραν ότι ελπίζουν να μην καταλαβαίνει ο ασθενής τι γίνεται για να μην του δημιουργηθούν ισχυρά ψυχικά τραύματα.

Ακόμη, οι νοσηλευτές έχουν ηθικά διλήμματα απέναντι στη μηχανική καθήλωση. Αντιλαμβάνονται ότι είναι αναγκαία ορισμένες φορές για να φροντίσουν σωστά και αποτελεσματικά τον ασθενή εξασφαλίζοντας την ασφάλειά του, αλλά από την άλλη νιώθουν ότι η μηχανική καθήλωση είναι βάρβαρη, βάνουση, τραυματική και κακοποιητική, και αισθάνονται άσχημα που περιορίζουν την ελευθερία του ασθενούς.

Οι περισσότεροι νοσηλευτές θεωρούν ότι δεν υπάρχει ποινική ευθύνη εφαρμόζοντας τη μηχανική καθήλωση, γιατί δεν την αποφασίζουν οι ίδιοι, αλλά ο εκάστοτε ιατρός, και εκείνοι απλώς εκτελούν τις ιατρικές εντολές, προσπαθώντας βέβαια να κάνουν σωστά την πρακτική της καθήλωσης ώστε να μην τραυματιστεί ο ασθενής. Παρόλα αυτά, νιώθουν ότι έχουν ευθύνη για κάθε νοσηλευτική πράξη που πραγματοποιούν.

Ταυτόχρονα, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει μια σημαντική σχέση μεταξύ καθήλωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι νοσηλευτές θεωρούν ότι η καθήλωση μπορεί να δημιουργήσει στρες και άγχος οδηγώντας έτσι σε επαγγελματική εξουθένωση, αλλά μπορεί και η επαγγελματική εξουθένωση σε συνδυασμό με τον μεγάλο φόρτο εργασίας να οδηγήσει σε συχνότερη χρήση της μηχανικής καθήλωσης.

Ακόμη, διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές τόνισαν τη σημαντικότητα αύξησης του νοσηλευτικού προσωπικού ώστε να μειωθεί η πρακτική της μηχανικής καθήλωσης και να προσφέρεται μια πιο αποτελεσματική νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί ότι οι απόψεις και τα ηθικά διλήμματα των νοσηλευτών που διαπιστώθηκαν στην τρέχουσα μελέτη συμφωνούν με την υπάρχουσα βιβλιογραφία.

Στην πρόσφατη έρευνά τους, οι Bachmann, Vatne & Mundal (2022) επιβεβαίωσαν ότι οι νοσηλευτές θεωρούν τη μηχανική καθήλωση ως την τελευταία λύση, και ότι αντιτίθεται στα προσωπικά τους πιστεύω. Ο Suzuki και οι συνεργάτες του (2019) βρήκαν ότι οι νοσηλευτές αμφιταλαντεύονται ανάμεσα στην πρακτική του σωματικού περιορισμού και του σεβασμού στον ασθενή και της εστίασης σε μια φροντίδα προσανατολισμένη στον ασθενή. Επίσης, οι Haugom, Ruud και Hynnekleiv (2019) διαπίστωσαν ότι τα ηθικά διλήμματα των νοσηλευτών βασίζονταν στην ισορροπία μεταξύ της ειλικρινούς επιθυμίας του προσωπικού να παρέχει καλή θεραπεία και της συμπεριφοράς των ασθενών που καθιστά τον έλεγχο απαραίτητο. Ειδικότερα, τα ευρήματα έδειξαν πώς ο έλεγχος του ασθενούς μπορεί να είναι ηθικά δύσκολος και επαχθής και ότι η εργασία κάτω από τέτοιες συνθήκες μπορεί να οδηγήσει σε ψυχοκοινωνική πίεση στο προσωπικό.

Ακόμη, οι Lee, Välimäki και Lantta (2021) βρήκαν ότι γενικά, οι νοσηλευτές είχαν καλές γνώσεις σχετικά με την καθήλωση, με ικανοποιητικές στάσεις και πρακτικές, αν και τα επίπεδα γνώσης, οι στάσεις και οι πρακτικές τους σχετικά με τον περιορισμό διέφεραν. Η ύπαρξη υψηλότερης ηλικίας, προϋπηρεσίας και μορφωτικού επιπέδου συνέβαλε σε ένα υψηλότερο επίπεδο γνώσεων που σχετίζεται με την καθήλωση. Οι άντρες νοσηλευτές επέδειξαν πιο επιθυμητές πρακτικές (δηλαδή φροντίδα των ασθενών με περιορισμό), ενώ οι νοσηλευτές με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ήταν πιο πιθανό να αποφύγουν την καθήλωση. Η γνώση των νοσηλευτών σχετικά με τον περιορισμό συσχετίστηκε θετικά με τις πρακτικές περιορισμού.

Επίσης, η Siegrist-Dreier και οι συνεργάτες της (2022) διαπίστωσαν ότι δεν υπάρχει πάντα ενημέρωση των συγγενών για την μηχανική καθήλωση, και ότι οι νοσηλευτές έρχονται στη θέση του καθηλωμένου ασθενή και αισθάνονται θλίψη, και οι Balci και Arslan (2018) βρήκαν ότι οι νοσηλευτές έχουν αρνητικές απόψεις σχετικά με τη μηχανική καθήλωση. Επιπλέον, ο Gandhi και οι συνεργάτες του (2018) έδειξαν ότι όσο μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία έχουν οι νοσηλευτές τόσο περισσότερο θετικότερες είναι οι απόψεις τους σχετικά με την αναγκαιότητα της μηχανικής καθήλωσης. Αυτό το εύρημα διαπιστώθηκε και στην μελέτη του Kassew και των συνεργατών του (2020).

Ακόμη, οι Huseyin Guvercin, Samur και Pinar Gurkan (2018) διαπίστωσαν ότι η απόφαση έναρξης/τερματισμού του σωματικού περιορισμού λαμβάνεται κυρίως (63,4%) από τον ιατρό και το νοσηλευτή μαζί και συχνά (96,8%) χρησιμοποιούνται ζώνες καρπού. Ενώ το ένα τρίτο των νοσηλευτών (33,4%) εφαρμόζει τον περιορισμό για περισσότερες από 7 ημέρες, το 21,4% δεν χαλαρώνει ποτέ τον σωματικό περιορισμό. Το 28% των νοσηλευτών αντιμετωπίζει αντίσταση λόγω του περιορισμού. Το 78,5% των νοσηλευτών λαμβάνουν ενημερωμένη συγκατάθεση για τον περιορισμό, ενώ το 51,6% πιστεύει ότι η συγκατάθεση δεν είναι απαραίτητη.

Παρόλα αυτά, βρέθηκαν και κάποιες διαφορές σε σύγκριση με τις υπάρχουσες μελέτες. Στην μελέτη των Teece, Baker και Smith (2019) διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές είχαν τον πρώτο λόγο στην απόφαση σχετικά με τη μηχανική καθήλωση. Επίσης, οι Azzopardi και Grech (2022) διαπίστωσαν ότι προτιμάται η μηχανική καθήλωση από τη φαρμακευτική καθήλωση. Ακόμη, ο Ferrão και οι συνεργάτες του (2021) διαπίστωσαν ότι οι Πορτογάλοι νοσηλευτές έχουν σχετικά θετικές απόψεις για το σωματικό περιορισμό.

4.2 Περιορισμοί μελέτης

Η μελέτη αυτή έχει δυο περιορισμούς. Ο πρώτος είναι το γεγονός ότι το δείγμα είναι σχετικά μικρό, αποτελείται κατά κύριο λόγο από γυναίκες, και όλοι οι συμμετέχοντες εργάζονταν σε ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο (το Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας). Επομένως, τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευθούν. Ο δεύτερος περιορισμός είναι το γεγονός ότι δεν μελετήθηκε εάν κάποιος ασθενής έχει τραυματιστεί λόγω της μηχανικής καθήλωσης και τι είδος τραυματισμού είχε.

4.3 Προτάσεις

Λόγω της απουσίας μελετών αναφορικά με τη χρήση της μηχανικής καθήλωσης σε παθολογικά τμήματα, κρίνεται αναγκαίο να ερευνηθεί περαιτέρω το φαινόμενο αυτό. Μελλοντικές έρευνες μπορούν να εστιάσουν στη συχνότητα της μηχανικής καθήλωσης μελετώντας νοσοκομεία από όλη την Ελλάδα και στην καταγραφή των

εμπειριών ασθενών που είχαν καθήλωθεί. Όσον αφορά τις προτάσεις για την κλινική πράξη, είναι σαφές ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γίνει αύξηση του αριθμού του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, ώστε να μειωθεί η χρήση της καθήλωσης και οι νοσηλευτές να είναι σε θέση να προσφέρουν μια πιο ολιστική και αποτελεσματική φροντίδα υγείας. Επίσης, προτείνεται η μεγαλύτερη εστίαση στην τεχνική της καθήλωσης και στα πιθανά προληπτικά μέτρα μη εφαρμογής, στα μαθήματα των Πανεπιστημίων, ώστε οι νοσηλευτές να είναι πλήρως καταρτισμένοι για τη σωστή εφαρμογή της η αποφυγής της, αφού πέρα από τα άσχημα ψυχολογικά τραύματα που μπορεί να προξενήσει στον ασθενή, μπορεί να τον τραυματίσει σοβαρά και να προκληθεί μέχρι και θάνατος. Η επιμόρφωση επομένως των νοσηλευτών είναι κρίσιμης σημασίας.

4.4 Συμπεράσματα

Η μηχανική καθήλωση έχει ψυχολογικό και σωματικό αντίκτυπο σε ασθενείς και επαγγελματίες. Υπάρχουν προκλήσεις, αρνητικά συναισθήματα, παρανοήσεις, βάσανα, ηθικές συγκρούσεις, δυσκολίες που σχετίζονται με την καθήλωση και διαφορετικές αντιλήψεις για τον σκοπό της. Είναι σημαντικό να μειωθεί αυτή η πρακτική στη νοσηλευτική και να γίνει επένδυση στην ανάπτυξη, διερεύνηση και εφαρμογή εναλλακτικών και αποτελεσματικών παρεμβάσεων και πολιτικών για την προώθηση θεσμικών αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας σχετικά με την καθήλωση. Αυτές οι αλλαγές περιλαμβάνουν την εισαγωγή επιτροπών ανασκόπησης περιπτώσεων, παρακολούθηση δεδομένων, ενημέρωση ασθενή, επίβλεψη προσωπικού, βελτιώσεις στην αναλογία προσωπικού-ασθενούς και επένδυση στην ενίσχυση της ηγεσίας, συνεχή εκπαίδευση, μείωση των ατυχημάτων στο χώρο εργασίας, ομαδικές συζητήσεις, καθιέρωση πρωτοκόλλων και ρουτίνες, πρότυπα για αξιολογήσεις συμπεριφοράς, οργανωμένη προσέγγιση και σαφήνεια και συνοχή στα κριτήρια για τη χρήση της καθήλωσης. Ένα περιορισμένο ρεπερτόριο παρεμβάσεων ενισχύει την ανάγκη για αυτοσυγκράτηση. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να γίνει επένδυση στην ικανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού να χρησιμοποιεί ένα μεγάλο φάσμα στρατηγικών για τη διαχείριση της επιθετικής συμπεριφοράς λιγότερο

καταναγκαστικά. Η έννοια της επιθετικής συμπεριφοράς και της καθήλωσης επηρεάζουν τις κλινικές αποφάσεις. Αυτό ενισχύει τη συνάφεια της επένδυσης για τη μείωση του κοινωνικού στίγματος, την προώθηση της συναισθηματικής υποστήριξης και προβληματισμών σχετικά με τη θεσμική βία, την ηθική και τα ανθρώπινα δικαιώματα και ευνοεί την καλύτερη κατανόηση της επιθετικής συμπεριφοράς για την προώθηση εξειδικευμένης, ασφαλέστερης, εξανθρωπισμένης και κατάλληλης φροντίδας.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

American Nurses Association (2020). The Ethical Use of Restraints: Balancing Dual Nursing Duties of Patient Safety and Personal Safety. Available at: <https://www.nursingworld.org/~48f80d/globalassets/practiceandpolicy/nursing-excellence/ana-position-statements/nursing-practice/restraints-position-statement.pdf> [accessed 4/12/2022].

Azzopardi, I.M., & Grech, P. (2022). Nursing Students' Perceptions of the Use of Physical Restraints in Acute Care Hospital Settings. *International Journal of Nursing Student Scholarship*, 9, 62.

Bachmann, L., Vatne, S., & Mundal, I. P. (2022). Safeguarding patients while implementing mechanical restraints: A qualitative study of nurses and ward staff's perceptions and assessment. *Journal of Clinical nursing*, 10.1111/jocn.16249.

Balci, H., & Arslan, S. (2018). Nurses' Information, Attitude and Practices towards Use of Physical Restraint in Intensive Care Units. *Journal of Caring Sciences*, 7(2), 75–81.

Berzlanovich, A.M., Schöpfer, J., & Keil, W. (2012). Deaths Due to Physical Restraint. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(3), 27-32.

Bilanakis, N., Kalampokis, G., Christou, K., & Peritogiannis, V. (2010). Use of coercive physical measures in a psychiatric ward of a general hospital in Greece. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 402-411.

Bower, F. L., McCullough, C. S., & Timmons, M. E. (2003). A synthesis of what we know about the use of physical restraints and seclusion with patients in psychiatric and acute care settings: 2003 update. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(1), 1-29.

Carrero-Planells, A., Urrutia-Beaskoa, A., & Moreno-Mulet, C. (2021). The Use of Physical Restraints on Geriatric Patients: Culture and Attitudes among Healthcare Professionals at Intermediate Care Hospitals in Majorca. A Qualitative Study Protocol. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7509.

- Cemal, H.G., Maneverse, S., & Kubra, P.G. (2018). The Other Side of the Coin: Nurses' Views and Behavior on Physical Restraint. *Acta Bioethica*, 24 (2), 253-264.
- De Berardis, D., Ventriglio, A., Fornaro, M., Vellante, F., Martinotti, G., Fraticelli, S., & Di Giannantonio, M. (2020). Overcoming the Use of Mechanical Restraints in Psychiatry: A New Challenge in the Everyday Clinical Practice at the Time of COVID-19. *Journal of Clinical Medicine*, 9(11), 3774.
- El-Abidi, K., Moreno-Poyato, A. R., Toll Privat, A., Corcoles Martinez, D., Aceña-Domínguez, R., Pérez-Solà, V., & Mané, A. (2021). Determinants of mechanical restraint in an acute psychiatric care unit. *World Journal of Psychiatry*, 11(10), 854–863.
- Elcock, S., & Lewis, J. (2016). Mechanical Restraint: Legal, Ethical and Clinical Issues. In B. Vollm & N. Nedopil (eds), *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care* (pp.315–331). Berlin: Springer.
- Evans, D., & FitzGerald, M. (2002). Reasons for physically restraining patients and residents: A systematic review and content analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 39(7), 735-743.
- Fereidooni Moghadam, M., Fallahi Khoshknab, M., & Pazargadi, M. (2014). Psychiatric nurses' perceptions about physical restraint: A qualitative study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2(1), 20–30.
- Ferrão, S. A. D. S., Bleijlevens, M. H. C., Nogueira, P. J., & Henriques, M. A. P. (2021). A cross-sectional study on nurses' attitudes towards physical restraints use in nursing homes in Portugal. *Nursing Open*, 8(4), 1571–1577.
- Gandhi, S., Poreddi, V., Nagarajaiah, Palaniappan, M., Reddy, S. S. N., & BadaMath, S. (2018). Indian nurses' Knowledge, Attitude and Practice towards use of physical restraints in psychiatric patients. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 36(1), 10.
- Gunawardena, R., & Smithard, D. G. (2019). The Attitudes Towards the Use of Restraint and Restrictive Intervention Amongst Healthcare Staff on Acute Medical and Frailty Wards-A Brief Literature Review. *Geriatrics*, 4(3), 50.

- Haugom, E., Ruud, T., & Hynnekleiv, T. (2019). Ethical challenges of seclusion in psychiatric inpatient wards: a qualitative study of the experiences of Norwegian mental health professionals. *BMC Health Services Research*, 19(1), 879.
- Hughes, L., & Lane, P. (2016). Use of physical restraint: ethical, legal and political issues. *Art Science*, 19, 23–27.
- Huseyin Guvercin, C., Samur, M., & Pinar Gurkan, K. (2018). The Other Side of the Coin: Nurses' Views and Behavior on Physical Restraint. *Acta Bioethica*, 24 (2), 1-9.
- Husum, T. L., Bjorngaard, J. H., Finset, A., & Ruud, T. (2010). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: Patient, staff and ward characteristics *BMC Health Services Research*, 10(1), 89.
- Kassew, T., Dejen Tilahun, A., & Liyew, B. (2020). Nurses' Knowledge, Attitude, and Influencing Factors regarding Physical Restraint Use in the Intensive Care Unit: A Multicenter Cross-Sectional Study. *Critical Care Research and Practice*, 2020, 4235683.
- Knox, D. K., & Holloman, G. H. (2012). Use and avoidance of seclusion and restraint: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry project beta seclusion and restraint workgroup. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 35–40.
- Knutzen, M., Sandvik, L., Hauff, E., Opjordsmoen, S., & Friis, S. (2007). Association between patients' gender, age and immigrant background and use of restraint—a 2-year retrospective study at a department of emergency psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(3), 201-206.
- Kodal, J. S., Kjær, J. N., & Larsen, E. R. (2018). Mechanical restraint and characteristics of patient, staff and shifts in a psychiatric ward. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(2), 103–108.
- Lee, T. K., Välimäki, M., & Lantta, T. (2021). The Knowledge, Practice and Attitudes of Nurses Regarding Physical Restraint: Survey Results from Psychiatric Inpatient Settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6747.

- Lykke, J., Hjorthøj, C., Thomsen, C. T., & Austin, S. F. (2020). Prevalence, predictors, and patterns of mechanical restraint use for inpatients with dual diagnosis. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), 20–27.
- Marangos-Frost, S., & Wells, D. (2000). Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: A decision dilemma. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 362–369.
- Mårtensson, S., Johansen, K. S., & Hjorthøj, C. (2019). Dual diagnosis and mechanical restraint - a register based study of 31,793 patients and 6562 episodes of mechanical restraint in the Capital region of Denmark from 2010-2014. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(3), 169–177.
- Migon, M. N., Coutinho, E. S., Huf, G., Adams, C. E., Cunha, G. M., & Allen, M. H. (2008). Factors associated with the use of physical restraints for agitated patients in psychiatric emergency rooms *General Hospital Psychiatry*, 30(3), 263-268.
- Minnick, A. F., Mion, L. C., Johnson, M. E., Catrambone, C., & Leipzig, R. (2007). Prevalence and variation of physical restraint use in acute care settings in the US. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(1), 30–37.
- Paterson, B., McIntosh, I., Wilkinson, D., Mccomish, S., & Smith, I. (2013). Corrupted cultures in mental health inpatient settings. Is restraint reduction the answer? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(3), 1-16.
- Perez, D., Peters, K., Wilkes, L., & Murphy, G. (2019). Physical restraints in intensive care-An integrative review. *Australian Critical Care*, 32(2), 165–174.
- Petrini, C. (2013). Ethical considerations for evaluating the issue of physical restraint in psychiatry. *Annali Dell'Istituto Superiore di Sanita*, 49(3), 281–285.
- Rudhe, J. (2021). Mechanical restraint in psychiatric healthcare facilities, A helpful tool, or torture or other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment in disguise? Stockholm: Stockholm University.
- Siegrist-Dreier, S., Barbezat, I., Thomann, S., Richter, D., Hahn, S., & Schmitt, K. U. (2022). Restraining patients in acute care hospitals-A qualitative study on the experiences of healthcare staff. *Nursing Open*, 9(2), 1311–1321.

Souza, L. M. D. S., Santana, R. F., Capeletto, C. D. S. G., Menezes, A. K., & Delvalle, R. (2019). Factors associated with mechanical restraint in the hospital environment: a cross-sectional study. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 53, e03473.

Suzuki, M., Suzuki, M., Sunaga, S., Yoshimura, H., Munakata, M., Morimoto, T., & Ito, Y. (2019). Factors related to the physical restriction practiced by nurses in acute care hospitals: An analysis using nurses' self-assessment. *Japanese Journal of Geriatrics*, 56(2), 146–155.

Teece, A., Baker, J., & Smith, H. (2019). Identifying determinants for the application of physical or chemical restraint in the management of psychomotor agitation on the critical care unit. *Journal of Clinical Nursing*. doi:10.1111/jocn.15052.

Thomann, S., Gleichner, G., Hahn, S., & Zwakhalen, S. (2022). Attitudes of Nursing Staff in Hospitals towards Restraint Use: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 7144.

Vedana, K. G. G., da Silva, D. M., Ventura, C. A. A., Giaccon, B. C. C., Zanetti, A. C. G., Miasso, A. I., & Borges, T. L. (2018). Physical and mechanical restraint in psychiatric units: Perceptions and experiences of nursing staff. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(3), 367–372.

Ye, J., Xiao, A., Yu, L., Wei, H., Wang, C., & Luo, T. (2017). Physical restraints: An ethical dilemma in mental health services in China. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(1), 68–71.

Ελληνική βιβλιογραφία

Αλεβιζόπουλος, Γ., Μποζίκας, Β., & Τουλούμης, Χ. (2017). Περιορισμός ασθενών στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα: Δεοντολογία, πρακτική και κόστος. *Ψυχιατρική*, 28(4), 306-318.

Γεωργιάδου, Π. (2011). Δεοντολογία έρευνας στην Κλινική & Συμβουλευτική Ψυχολογία. Στο Α. Σταλίκας (επιμ.), *Μέθοδοι Έρευνας στην Κλινική Ψυχολογία* (σελ. 225-251). Αθήνα: Τόπος.

Ιωσηφίδης, Θ. (2003). *Ανάλυση Ποιοτικών Δεδομένων στις Κοινωνικές Επιστήμες*. Αθήνα: Κριτική.

Καπρίνης, Σ.Τ. (2009). Κλινική Ψυχιατρική. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.

Προεδρικό Διάταγμα 216/2001. Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας. ΦΕΚ 167/Α/25-7-2001.

ΦΕΚ 4262/10-8-22. Καθηκοντολόγιο νοσηλευτών. Διαθέσιμο στο: <https://sepdye.gr/wp/wp-content/uploads/2022/08/%CE%A6%CE%95%CE%9A-4262-10-8-2022-1.pdf> [accessed 1/12/2022].

Χριστοδούλου Χ, Μιχόπουλος, Ι., & Λύκουρας, Ε. (2008). Η διαχείριση της επιθετικής συμπεριφοράς στο Γενικό Νοσοκομείο. *Hellenic Psychiatry General Hospital*, 5(1), 28-36.

Παράρτημα

Οδηγός συνέντευξης

Δημογραφικά στοιχεία

Φύλο:

Εκπαιδευτικό επίπεδο:

Έτη προϋπηρεσίας:

Ερωτήσεις

1. Πόσο συχνά εφαρμόζεται μηχανική καθήλωση των ασθενών στα παθολογικά τμήματα;
2. Υπάρχει ενημέρωση των ασθενών όταν γίνεται μηχανική καθήλωση;
3. Υπάρχει πρωτόκολλο στο νοσοκομείο για την μηχανική καθήλωση;
4. Είναι σε θέση οι ασθενείς να κατανοήσουν τους λόγους της μηχανικής καθήλωσης;
5. Ποιες είναι οι αντιδράσεις των ασθενών στη μηχανική καθήλωση;
6. Πως νιώθετε ως νοσηλεύτης εφαρμόζοντας αυτή την πρακτική;
7. Ποιες σκέψεις περνούν από το μυαλό σας για την ψυχική/συναισθηματική κατάσταση του ασθενή που βρίσκεται σε μηχανική καθήλωση;
8. Έχετε ηθικά διλήμματα απέναντι στη μηχανική καθήλωση;
9. Γνωρίζεται αν υπάρχει ποινική ευθύνη εφαρμόζοντας μηχανική καθήλωση;
10. Ποια θεωρείτε ότι είναι η σχέση μεταξύ καθήλωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης;
11. Τι θεωρείτε ότι πρέπει να αλλάξει;

