



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

---

## **ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας στις  
ψυχιατρικές κλινικές μέσα από την οπτική των νοσηλευτών»**

Γεωργία Καψάλη  
ΠΕ Νοσηλεύτρια

### **ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΦΡΑΔΕΛΟΣ ΕΠ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ  
ΦΩΤΕΙΝΗ ΜΑΛΛΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ-ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ  
ΜΑΓΓΟΥΛΙΑ ΠΟΛΥΞΕΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

**Λάρισα, 2023**

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ-ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

**“The revolving door phenomenon in psychiatric clinics from  
the perspective of nurses”**

## Περιεχόμενα

Εισαγωγή .....	1
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Εννοιολογικός Προσδιορισμός Περιστρεφόμενης Πόρτας</b> .....	<b>3</b>
1.1. Ορισμός.....	3
1.2 Αίτια/Παράγοντες και Επιδημιολογικά Στοιχεία.....	4
1.3 Θεραπευτικές στρατηγικές.....	9
<b>2. Το πρόβλημα της Περιστρεφόμενης Πόρτας στον άστεγο πληθυσμό</b> .....	<b>10</b>
2.1 Περιστρεφόμενη πόρτα και άστεγος πληθυσμός .....	10
2.2 Γενικά μοντέλα παρέμβασης μετάβασης στη φροντίδα .....	12
2.3 Αποτελεσματικές παρεμβάσεις μετάβασης στη φροντίδα στην ψυχιατρική και την ψυχική υγεία.....	13
<b>3. Επιβάρυνση του φαινομένου της Περιστρεφόμενης Πόρτας</b> .....	<b>16</b>
<b>4. Έρευνες αναφορικά με τις απόψεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με το φαινόμενο της Περιστρεφόμενης Πόρτας</b> .....	<b>19</b>
<b>5. Συμπεράσματα Γενικού Μέρους – Ερευνητικό Κενό</b> .....	<b>21</b>
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	<b>23</b>
<b>1. Ποιοτική Έρευνα</b> .....	<b>23</b>
1.1 Εισαγωγή.....	23
1.2 Εννοιολογικός Προσδιορισμός Ποιοτικής Έρευνας .....	24
1.3 Η Νοσηλευτική Έρευνα .....	25
<b>2. Μεθοδολογική Προσέγγιση της Έρευνας</b> .....	<b>26</b>
2.1 Σκοπός – Ερευνητικά Ερωτήματα.....	26
2.2 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων - Συνέντευξη.....	28
2.3 Ερευνητικό Δείγμα.....	30
2.4 Ανάλυση Δεδομένων .....	32
2.5 Ερευνητικά Ηθικά Ζητήματα.....	33
<b>3. Ερευνητικά Ευρήματα</b> .....	<b>33</b>
<b>4. Αποτελέσματα Ερευνητικών Ευρημάτων</b> .....	<b>48</b>
<b>Συμπεράσματα</b> .....	<b>59</b>
<b>Βιβλιογραφία</b> .....	<b>64</b>

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όσους με υποστήριξαν κατά την διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας. Ο καθένας με υποστήριξε με τον δικό του τρόπο. Ένα μεγάλο ευχαριστώ στον υπεύθυνο καθηγητή και επιβλέποντα της εργασίας μου, τον κύριο Φραδέλο Ευάγγελο ο οποίος με την χρόνια γνώση του, τις εμπειρίες του και με την υπομονή του με βοήθησε να φέρω εις πέρας την διπλωματική μου εργασία. Η συμπαράσταση καθώς επίσης και η υποστήριξή του με βοήθησαν να τα καταφέρω. Επιπλέον θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής. Την κα Φωτεινή Μάλλη και την κα Μαγγούλια Πολυξένη για την πολύτιμη συμβολή τους στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας ως μέλη της τριμελούς επιτροπής. Η ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας θα ήταν αδύνατη χωρίς την βοήθεια κι άλλων ανθρώπων που μου μίλησαν για την εμπειρία τους και τα συναισθήματά τους κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων. Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένεια μου και το φιλικό περιβάλλον για όλη την στήριξη, την συμπαράσταση και την κατανόηση τους καθ'όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

*ΚΑΨΑΛΗ ΓΕΩΡΓΙΑ*

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτα» αποτελεί αντικείμενο διερεύνησης των διαφόρων κλινικών επιστημών κατά τις τελευταίες κυρίως δεκαετίες.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας διπλωματικής διατριβής αποτελεί η διερεύνηση των απόψεων και αντιλήψεων καθώς και συναισθημάτων των νοσηλευτών που εργάζονται σε ψυχιατρικές κλινικές, σχετικά με το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας».

**Μεθοδολογία:** Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας ακολουθήθηκε ποιοτική μεθοδολογία ανάλυσης και ειδικότερα πραγματοποιήθηκαν ημι-δομημένες συνεντεύξεις με τους νοσηλευτές. Για την επεξεργασία του ερευνητικού υλικού εφαρμόστηκε η μέθοδος της απομαγνητοφώνησης και η θεματική ανάλυση περιεχομένου, μέσα από το οποίο αναδείχθηκαν τα ζητήματα τα οποία εξεταστήκαν.

**Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας καταγράφονται τέσσερις θεματικές στις οποίες εστιάζουν οι νοσηλευτές της έρευνας. Οι μεγαλύτερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν κατά την εξάσκηση του επαγγέλματος τους, οι παράγοντες εκδήλωσης φαινομένου «περιστρεφόμενης πόρτας», οι σκέψεις και τα συναισθήματα τους για τις επανεισαγωγές των ασθενών και τέλος οι προτάσεις τους για τον περιορισμό του φαινομένου της «περιστρεφόμενης πόρτας».

**Συμπεράσματα:** Από τα ευρήματα της παρούσας εργασίας αναδεικνύεται η σημαντικότητα της διεπαγγελματικής συνεργασίας προς όφελος του ασθενούς, η συνεχιζόμενη διεπαγγελματική εκπαίδευση καθώς και η ορθή επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και φροντιστών.

**Λέξεις – κλειδιά:** περιστρεφόμενη πόρτα, ψυχιατρική κλινική, ασθενείς, νοσηλευτές.

## **Abstract**

**Introduction:** The phenomenon of the "revolving door" has been the subject of investigation by various clinical sciences during the last decades.

**Purpose:** The purpose of this diploma thesis is to investigate the opinions and perceptions as well as feelings of nurses working in psychiatric clinics, regarding the "revolving door" phenomenon.

**Methodology:** In the context of the present research, a qualitative analysis methodology was followed and in particular semi-structured interviews were carried out with the nurses. For the processing of the research material, the method of transcription and thematic content analysis was applied, through which the issues that were examined were highlighted.

**Results:** According to the results of the research, four topics are recorded on which the research nurses focus. The biggest difficulties they face in practicing their profession, the factors that cause the "revolving door" phenomenon, their thoughts and feelings about patient readmissions, and finally their suggestions for limiting the "revolving door" phenomenon.

**Conclusions:** The findings of this paper highlight the importance of interprofessional collaboration for the benefit of the patient, ongoing interprofessional education as well as proper communication and collaboration between nurses and caregivers.

**Keywords:** revolving door, psychiatric clinic, patients, nurses.

## Εισαγωγή

Το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας απευθύνεται σε άτομα τα οποία υποβάλλονται συχνά σε επανεισαγωγή σε ψυχιατρικές μονάδες ή κλινικές παγκοσμίως. Η παρούσα διπλωματική διατριβή διερευνά κυρίως το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας σε ψυχιατρικούς ασθενείς. Αφορά άτομα τα οποία εισάγονται επανειλημμένα στον χώρο του νοσοκομείου αλλά δεν χρειάζονται μακροχρόνια ιδρυματική φροντίδα. Μόλις οι ασθενείς αυτοί λάβουν εξιτήριο τότε επιστρέφουν πίσω με ένα προσεκτικά μελετημένο πακέτο ρυθμίσεων κοινοτικής φροντίδας το οποίο θα πρέπει να ακολουθηθεί πιστά (Shaw, 2004).

Τις περισσότερες φορές οι ασθενείς αυτοί που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας αντιμετωπίζουν οδυνηρά αισθήματα με αποτέλεσμα να καταλήγουν σε μια κατάσταση κατά την οποία, ούτε οι ίδιοι αλλά ούτε και οι συγγενείς τους, δύναται να αντιμετωπίσουν. Για το λόγο αυτό και οι νοσηλεύτριες συνάπτουν θεραπευτικές σχέσεις με σκοπό να βελτιώσουν τα αισθήματα συγκράτησης και ασφάλειας. Ακόμη, οι νοσηλεύτριες εστιάζουν στα άτομα και όχι στους ασθενείς, κατανοώντας το ίδιο το άτομο αλλά και τις εμπειρίες του και δημιουργούν την σωστή προσέγγιση έναντι του συναισθηματικού περιορισμού. Με τη θετική ατμόσφαιρα που αναπτύσσεται αυξάνεται η ικανοποίηση και ενισχύεται η θεραπευτική συμμαχία. Μια καλή θεραπευτική σχέση αποφέρει καλύτερα αποτελέσματα υγείας για τους ασθενείς, ενισχύει την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων στην ενδονοσοκομειακή φροντίδα ψυχικής υγείας και βελτιώνει τόσο την ευημερία των ασθενών όσο και του νοσηλευτή (Missouridou et al., 2022).

Σχετικά με τη διάκριση των ψυχιατρικών κλινικών, οι χώροι εκεί καταγράφονται σε "κλειστούς" και "ανοιχτούς". Στο "ανοιχτό" τμήμα οι ασθενείς περιέγραψαν την νοσηλευτική φροντίδα ως αποδοχή προς εκείνους, ως πραγματικό σεβασμό απέναντι τους, ως διασφάλιση των δικαιωμάτων τους, ως διαπραγμάτευση και όχι επιβολή. Ο ασθενής στον ανοιχτό θάλαμο μένει γιατί θέλει να ακολουθήσει το θεραπευτικό πλαίσιο, έχει εμπιστοσύνη και θέλει να βοηθηθεί.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως δημιουργείται μια αμφίδρομη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενή και νοσηλευτή/τριας με την οποία όλα λειτουργούν υποστηρικτικά και θεραπευτικά για την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Οι νοσηλευτές/τριες από την άλλη υποστηρίζουν ότι βελτιώνεται η διατήρηση ενός καλού κλίματος και ηρεμίας. Οπότε όλη αυτή η κατάσταση ωφελεί και τους ασθενείς διότι διασφαλίζεται η καλύτερη θεραπεία και η μείωση των συγκρούσεων μεταξύ τους (Missouridou, Xiarhou, et al., 2021). Από την άλλη υπάρχουν και οι νοσηλευτές που υποστηρίζουν πως ένα κλειστό τμήμα ισοδυναμεί με καλύτερο έλεγχο. Όταν η πόρτα είναι κλειδωμένη είναι πιο εύκολο να ελέγχουν τον μεγάλο αριθμό ασθενών και τις δραστηριότητές τους. Είναι γεγονός πως πολλοί ασθενείς έχουν δηλώσει ότι αισθάνονται περισσότερο προστατευμένοι και ασφαλείς, είτε ο κίνδυνος που τους απειλεί είναι ένας άλλος ασθενής ή σύμπτωμα της ασθένειάς τους. Σε αυτή την περίπτωση όμως ο νοσηλευτής/τρια νιώθει πως χάνει το ρόλο του/της και δουλεύει συχνά ως φρουρός (Missouridou, Resoulai, et al., 2021).

Η παρούσα διπλωματική διατριβή χωρίζεται σε δύο μέρη, το γενικό μέρος και το ειδικό μέρος. Στο γενικό μέρος της εργασίας πραγματοποιείται ανασκόπηση της υπάρχουσας διεθνούς και εγχώριας βιβλιογραφίας. Η επισκόπηση της βιβλιογραφίας έγινε στις διεθνείς βάσεις δεδομένων Science Direct, PubMed, Cinahl, Scopus καθώς και στο διαδίκτυο με τη χρήση των λέξεων – κλειδιά: Περιστρεφόμενη πόρτα (revolving door), ψυχιατρική (psychiatry), κλινική (clinic), νοσοκομείο (hospital), νοσηλευτές (nurses), ασθενείς (patients). Στο πλαίσιο της αναζήτησης ορίστηκε η 10ετία ως η χρονολογική περίοδος για την εύρεση των επιστημονικών άρθρων. Στο δεύτερο μέρος της διπλωματικής εφαρμόστηκε ποιοτική έρευνα σε νοσηλευτές εργαζομένους της ψυχιατρικής κλινικής αναφορικά με τις απόψεις και αντιλήψεις τους σχετικά με το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας. Η εργασία ολοκληρώνεται με την αποτύπωση των συνολικών ευρημάτων της μελέτης.



## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

# **1. Εννοιολογικός Προσδιορισμός Περιστρεφόμενης Πόρτας**

## **1.1. Ορισμός**

Η νοσηλεία για χρόνιες ψυχιατρικές παθήσεις αποτελεί ένα εξαιρετικό είδος θεραπείας στη σύγχρονη εποχή. Πολλοί συγγραφείς θεωρούν ότι είναι μια αντανάκλαση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα συστήματα εξωνοσοκομειακής ή/και κοινοτικής φροντίδας στη διαχείριση ασθενών με ψυχικές ασθένειες. Ο όρος «περιστρεφόμενη πόρτα» (revolving door) υποδηλώνει επαναλαμβανόμενες νοσηλεύσεις του ίδιου ασθενούς σε ψυχιατρικές μονάδες. Οι ψυχιατρικές κλινικές αντιπροσωπεύουν τεράστια επιβάρυνση από άποψη κόστους και άγχους (Fagundes Júnior, et al., 2016).

Τα δημόσια συστήματα ψυχικής υγείας προσπαθούν να διατηρήσουν ψυχικά άρρωστα άτομα στην κοινότητα, επειδή η νοσηλεία αποτελεί την πιο δαπανηρή κατηγορία περίθαλψης. Οι ψυχιατρικοί ασθενείς που επανεισάγονται συχνά σε νοσοκομεία, δηλαδή ασθενείς με 3 ή περισσότερες ψυχιατρικές εισαγωγές σε μια περίοδο 2 ετών, αναφέρονται ως ασθενείς με «περιστρεφόμενη πόρτα». Ο όρος «υποτροπιάζοντες» χρησιμοποιείται επίσης συχνά για να περιγράψει ασθενείς που υποτροπιάζουν σε προηγούμενες εγκληματικές συνήθειες ή/και νοσηλεύονται επανειλημμένα σε ψυχιατρικές κλινικές, καθώς και τον όρο «βαρείς χρήστες», υποδηλώνοντας τους ασθενείς που εμφανίζουν χρήση άνω του μέσου όρου ιατρική περίθαλψη. Κατά τη βιβλιογραφία, ένας καταλληλότερος όρος για τους ασθενείς που εισάγονται επανειλημμένα στο νοσοκομείο και παραμένουν καλά για σύντομες χρονικές περιόδους είναι «συχνοί χρήστες» ή «χρήστες υψηλής συχνότητας» (Elhassan, et al., 2020; Bravo, et al., 2022).

Οι μεταβλητές του συστήματος υπηρεσιών, όπως η στροφή σε εξωτερική περίθαλψη, ενδέχεται να επηρεάσουν την εισαγωγή και την επανεισδοχή στο νοσοκομείο. Ορισμένες μελέτες εικάζουν ότι το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας είναι προϊόν ανεπαρκών υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας που απορρέουν από πολιτικές αποϊδρυματοποίησης, ανεπαρκείς εγκαταστάσεις αποκατάστασης ή

ανεπαρκή συνέχεια της εξωτερικής θεραπείας. Άλλοι προτείνουν ότι είναι συνάρτηση χαρακτηριστικών της ψυχικής ασθένειας. Οι περισσότερες μελέτες υποδεικνύουν ότι η επανάληψη στο νοσοκομείο δεν σχετίζεται σημαντικά με προβλήματα στέγασης, οικογένειας ή χρηματικών πόρων, αλλά είναι μάλλον συνάρτηση των συμπτωμάτων των ασθενών και της έλλειψης συμμόρφωσης στα θεραπευτικά σχήματα. Οι μεταβλητές που συσχετίζονται επανειλημμένα με το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας είναι η ακούσια πρώτη νοσηλεία, η χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών, η μη συμμόρφωση με φάρμακα, ο αριθμός προηγούμενων νοσηλείων και ο αυτοτραυματισμός (Bravo, et al., 2022; Elhassan, et al., 2020).

Οι προσπάθειες μείωσης του φαινομένου της περιστρεφόμενης πόρτας περιλαμβάνουν τη μετατροπή σε αποθήκευση της φαρμακευτικής αγωγής πριν από την έξοδο από το νοσοκομείο, σε μια προσπάθεια να διευκολυνθεί η τήρηση των φαρμάκων κατά τη μετάβαση στην περίθαλψη εξωτερικών ασθενών.

Η πολιτική δέσμευση εξωτερικών ασθενών, όταν χρησιμοποιείται με σύνεση, φαίνεται να συμβάλλει στη διατήρηση υποτροπέων νοσοκομείων ή ασθενών με ιστορικό εγκληματικής ή/και επιθετικής συμπεριφοράς στην κοινότητα. Η εξουσιοδοτημένη από το δικαστήριο θεραπεία εξωτερικών ασθενών μπορεί να βελτιώσει τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα ενθαρρύνοντας τις προσπάθειες διαχείρισης περιπτώσεων, κινητοποιώντας υποστηρικτικούς πόρους, βελτιώνοντας τη συμμόρφωση με τη θεραπεία στην κοινότητα, μειώνοντας τα ψυχιατρικά συμπτώματα και την επικίνδυνη συμπεριφορά των πελατών, βελτιώνοντας την κοινωνική τους λειτουργία και, τέλος, μειώνοντας την πιθανότητα υποτροπή της νόσου και επανεισαγωγή στο νοσοκομείο (Bravo, et al., 2022; Elhassan, et al., 2020).

## ***1.2 Αίτια/Παράγοντες και Επιδημιολογικά Στοιχεία***

Η πρώιμη επανεισαγωγή στο νοσοκομείο είναι ένα πρόβλημα παγκοσμίως και ένα δυσμενές αποτέλεσμα κλινικής φροντίδας. Υπολογίζεται ότι κοστίζει 17 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες (ΗΠΑ). Σε χώρες υψηλού εισοδήματος, το 13% των ψυχιατρικών ασθενών εισάγονται ξανά μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Επιπρόσθετα, το 50% όλων των ψυχιατρικών ασθενών που έλαβαν εξιτήριο εισάγονται ξανά εντός 1 έτους (Bravo, et al., 2022).

Ο όρος περιστρεφόμενη πόρτα σημαίνει πολλαπλές επανεισδοχές σε περίοδο 30, 60 ή 90 ημερών, σύμφωνα με διαφορετικές μελέτες. Αυτοί οι ασθενείς καταναλώνουν έως και το 30% των πόρων υγειονομικής περίθαλψης, αν και αντιπροσωπεύουν μόνο το 10% του συνολικού αριθμού ασθενών (di Lorenzo, et al., 2016).

Οι κύριοι παράγοντες που συνδέονται με το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας παραμένουν αβέβαιοι (Korparal, et al., 2021). Μελέτες διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με περιστρεφόμενη πόρτα είναι νεότεροι, άγαμοι, με χαμηλή εκπαίδευση και άνεργοι. Υποφέρουν συχνά από ψύχωση και χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών (Fernandes, et al., 2021; Laliberté, et al., 2019). Επίσης, έχουν μικρότερη ηλικία έναρξης της νόσου, κακή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας και εθελοντικές εισαγωγές (Fonseca Barbosa, 2022).

Υπάρχουν διάφοροι λόγοι για την αύξηση της επανεισδοχής στο νοσοκομείο. Ένας από τους κύριους παράγοντες είναι η έλλειψη υποστήριξης από το περιβάλλον ή το σύστημα φροντίδας του ασθενούς. Μια άλλη αιτία είναι η πρόωμη έξοδος του ασθενούς πριν την επίτευξη κλινικής ύφεσης και ο μη συντονισμός της φαρμακευτικής αγωγής με τον ασθενή ή την οικογένεια. Επίσης, η έλλειψη σχεδιασμού μετάβασης στη φροντίδα και η επαρκής επικοινωνία μεταξύ του νοσοκομειακού προσωπικού, των ασθενών, της οικογένειας και των παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας επιδεινώνουν τα αποτελέσματα (Bravo, et al., 2022).

Αυτό το φαινόμενο άρχισε να εμφανίζεται μετά τις πολιτικές αποϊδρυματοποίησης, που έλαβαν χώρα στις περισσότερες χώρες του πρώτου κόσμου στο δεύτερο μισό του 20<sup>ού</sup> αιώνα (di Lorenzo et al., 2016). Η νέα οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είχε οδηγήσει στη σταδιακή διάλυση των ψυχιατρικών νοσοκομείων και στην ίδρυση κοινοτικών υπηρεσιών, με μείωση του αριθμού των οξέων και υποξείων ψυχιατρικών κλινών. Ενώ αυτές οι πολιτικές διευκόλυναν την ένταξη των χρηστών ψυχικής υγείας στο κοινωνικό τους περιβάλλον, διαπιστώθηκε η τάση ενός μέρους των ασθενών να απαιτούν συχνές επανανοσοκομείες σε οξεία ψυχιατρικές μονάδες, οδηγώντας στην εννοιολόγηση του φαινομένου της περιστρεφόμενης πόρτας. Το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας φαίνεται να επηρεάζει διαφορετικές χώρες με παρόμοιες συχνότητες, παρά τις διαφορές τους στις υπηρεσίες φροντίδας ψυχικής υγείας (di Lorenzo et al., 2016).

Μια επιπλέον αιτία του φαινομένου της περιστρεφόμενης πόρτας μπορεί να σχετίζεται με το γεγονός ότι μεταξύ 6% και 35% των ψυχιατρικών ασθενών βγαίνουν από το νοσοκομείο παρά την ιατρική συμβουλή. Η πρόωρη έξοδος μπορεί να εμποδίσει τους ασθενείς να αντλήσουν το πλήρες όφελος της νοσηλείας και μπορεί να οδηγήσει σε ταχεία επανεισαγωγή στο νοσοκομείο (19).

Στη σύγχρονη έρευνα των de Moura και συν. (2017) αξιολόγησαν τη συχνότητα των επανεισαγωγών και τα χαρακτηριστικά των ασθενών που υποβάλλονται σε δύο ή περισσότερες νοσηλεύσεις για την ίδια ψυχιατρική πάθηση. Πραγματοποίησαν αναλύσεις αναδρομικών δεδομένων από ιατρικά αρχεία ασθενών που εισήχθησαν στη Μονάδα Εντατικής Ψυχικής Υγείας του Σάντος της Βραζιλίας μεταξύ Ιανουαρίου 2010 και Αυγούστου 2016. Οι ψυχιατρικοί ασθενείς που εισήχθησαν στη μονάδα τουλάχιστον τρεις φορές θεωρήθηκε ότι πληρούσαν τα κριτήρια της «περιστρεφόμενης πόρτας». Σύμφωνα με τα ευρήματα από το σύνολο των 2579 εισαγωγών κατά την περίοδο της μελέτης, οι 636 (24,6%) θεωρήθηκαν περιπτώσεις «περιστρεφόμενης πόρτας». Οι ασθενείς που πληρούσαν αυτό το κριτήριο της «περιστρεφόμενης πόρτας» ήταν νεότεροι ( $p=0,001$ ), κυρίως άνδρες (59,1%) και παρέμειναν στο νοσοκομείο για 4,8 ημέρες περισσότερο από άλλους ασθενείς ( $p=0,01$ ). Οι πιο συχνές διαγνώσεις για ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια της «περιστρεφόμενης πόρτας» ήταν οι μη συναισθηματικές ψυχωσικές διαταραχές (39,6%) και οι περιπτώσεις χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών (30,3%). Ήταν σύνηθες οι ασθενείς να παρουσιάζουν συνδυασμό δύο ή περισσότερων διαγνώσεων. Συμπερασματικά, στην έρευνα τους σχεδόν το ¼ των ασθενών που εισήχθησαν σε μια εξειδικευμένη μονάδα υγειονομικής περίθαλψης ήταν περιπτώσεις «περιστρεφόμενης πόρτας».

Ο Gobbicchi και οι συνεργάτες του (2021) ανέλυσαν τους κλινικούς παράγοντες που σχετίζονται με την Περιστρεφόμενη Πόρτα σε ψυχιατρική πτέρυγα οξέων εσωτερικών ασθενών. Σε μια 5ετή μελέτη κοόρτης, εντοπίστηκαν άτομα που νοσηλεύτηκαν τρεις ή περισσότερες φορές σε 12 μήνες (θέματα περιστρεφόμενης πόρτας- revolving door subjects). Συνολικά 1.324 άτομα νοσηλεύτηκαν. Τα άτομα με περιστρεφόμενη πόρτα αντιπροσώπευαν το 6,3% ( $n = 84$ ) του συνόλου του δείγματος με συνολικά 337 νοσηλείες με περιστρεφόμενη πόρτα (περιστρεφόμενη πόρτα νοσηλείας- revolving door hospitalizations) (16,7% όλων των εισαγωγών). Τα άτομα της περιστρεφόμενης πόρτας ήταν νεότερα, ανύπαντροι, με συννοσηρείς διαταραχές

σχετιζόμενες με ουσίες, με διαταραχές της διάθεσης ή ψυχωσικές διαταραχές και επηρεάζονταν από συννοσηρές ιατρικές καταστάσεις. Μετά τον έλεγχο για την ηλικία, το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση, η πιο έντονα συνδεδεμένη μεταβλητή με τη νοσηλεία με περιστρεφόμενη πόρτα ήταν η συννοσηρότητα μεταξύ των διαταραχών διάθεσης και χρήσης ουσιών. Άλλοι σχετιζόμενοι παράγοντες ήταν η παρουσία μιας συννοσηρής κατάστασης και η μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής. Η δέσμευση για τις εγκαταστάσεις στέγασης της κοινότητας και η θεραπεία με ένα αντιψυχωτικό μακράς δράσης πρώτης γενιάς συνδέθηκαν επίσης με τη νοσηλεία με περιστρεφόμενη πόρτα. Αντίθετα, οι εισαγωγές στην ψυχιατρική μονάδα για μανιακό/υπομανιακό επεισόδιο ή για αυτοκατευθυνόμενη επιβλαβή συμπεριφορά συσχετίστηκαν αντιστρόφως με τη νοσηλεία με περιστρεφόμενη πόρτα. Θα πρέπει να δοθεί προσοχή σε αυτές τις κλινικές μεταβλητές προκειμένου να μειωθεί η περιστρεφόμενη πόρτα.

Όσον αφορά παράγοντες κινδύνου για την περιστρεφόμενη πόρτα σε παιδιά και εφήβους με ψυχιατρικές διαταραχές, πρόσφατα οι D' Aiello και συν. (2021) πραγματοποίησαν μια αναδρομική μελέτη για την ορθότερη κατανόηση του φαινομένου. Στην μελέτη περιλαμβάνονταν 224 παιδιά και έφηβοι (165 γυναίκες και 59 άνδρες, ηλικίας 6–16 ετών) με νοσηλεία σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, λαμβάνοντας μαζί τους πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου. 108 ασθενείς με πολλαπλές νοσηλεύσεις και 116 ασθενείς με μία μόνο νοσηλεία συγκρίθηκαν ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις κλινικές καταστάσεις, την παραμονή στο ψυχιατρείο και τους παράγοντες διαχείρισης μετά το εξιτήριο. Περισσότεροι από τους μισούς ψυχιατρικούς ασθενείς εισήχθησαν ξανά εντός τριών μηνών από το εξιτήριο. Οι ασθενείς με περιστρεφόμενη πόρτα παρουσίασαν μεγαλύτερη σοβαρότητα ασθένειας, χρειάζονταν μεγαλύτερη παραμονή και τοποθετούνταν συχνότερα σε εγκαταστάσεις κατοικίας από τους ασθενείς με μη περιστρεφόμενη πόρτα. Ο μη αυτοκτονικός αυτοτραυματισμός και η υιοθεσία ήταν οι κύριοι προγνωστικοί παράγοντες των ασθενών με περιστρεφόμενη πόρτα. Κλινικά όργανα που ανίχνευαν συμπεριφορικά και συναισθηματικά συμπτώματα, τη σοβαρότητα του αυτοκτονικού ιδεασμού και το επίπεδο έκπτωσης της λειτουργικότητας του ατόμου ήταν χρήσιμα για τον εντοπισμό ασθενών υψηλού κινδύνου για περιστρεφόμενη πόρτα. Συμπερασματικά, τα ευρήματά επισήμαναν ότι πρέπει να ληφθούν υπόψη αρκετοί παράγοντες κινδύνου

για την καλύτερη κατανόηση και, στο μέλλον, την πρόληψη του φαινομένου της Περιστρεφόμενης Πόρτας.

Σύμφωνα με την έρευνα των Kaur και συν. (2016) η ψυχική ασθένεια αποτελεί μια παγκόσμια ανησυχία για τη δημόσια υγεία. Το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας παρατηρήθηκε σε συνδυασμό με τη διαδικασία επανιδρυματοποίησης ψυχιατρικών ασθενών. Η ψυχιατρική επανεισαγωγή ασθενών επιβάλλει βαριά βάρη στους φροντιστές/οικογένειες. Στην έρευνά τους διεξήχθη μια μελέτη σχετικά με τη διερεύνηση των παραγόντων που αντιλαμβάνονταν οι φροντιστές που σχετίζονται με τα φαινόμενα της περιστρεφόμενης πόρτας μεταξύ ασθενών με ψυχιατρικές ασθένειες. Συνολικά 160 φροντιστές ασθενών με ψυχιατρικές παθήσεις επιλέχθηκαν με τεχνική σκόπιμης δειγματοληψίας και αναπτύχθηκε ένα ημιδομημένο πρόγραμμα συνεντεύξεων για τη συλλογή δεδομένων. Τα ευρήματα της μελέτης αποκάλυψαν ότι ο επιπολασμός των φαινομένων της περιστρεφόμενης πόρτας ήταν 164/1000 του πληθυσμού. Ψυχολογικοί, προσωπικοί και πολιτισμικοί παράγοντες διερευνήθηκαν ως παράγοντες που συμβάλλουν έντονα, ενώ παράγοντες που σχετίζονται με ασθένειες, Φυσιολογικές και Ψυχικές Υπηρεσίες Υγείας, ως παράγοντες χαμηλής συμβολής που σχετίζονται με φαινόμενα περιστρεφόμενης πόρτας, όπως αντιλαμβάνονται οι φροντιστές. Η ανάλυση του αντικειμένου αποκάλυψε ότι οι κύριοι παράγοντες ήταν η καχυποψία του ασθενούς, η έλλειψη γνώσης, η παράληψη λήψης φαρμάκου από τους ασθενείς, η αμέλεια της θεραπείας, το άγχος, η συναισθηματική διαταραχή, η μακροχρόνια θεραπεία, το κόστος θεραπείας, η αισθητή κοινωνική απομόνωση, η μη συμμόρφωση με τη θεραπεία, η επιβάρυνση του παρόχου φροντίδας, η έλλειψη διορατικότητας, η χρήση ναρκωτικών/αλκοόλ και οι πολιτισμικές πεποιθήσεις, μύθοι. Παρατηρήθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών του ασθενούς και των προσωπικών, ψυχολογικών, κοινωνιολογικών, οικονομικών και πολιτισμικών παραγόντων. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν πολλοί παράγοντες που βρέθηκαν να συμβάλλουν στα φαινόμενα της περιστρεφόμενης πόρτας μεταξύ ασθενών με ψυχιατρική νόσο και επίσης παρατήρησε ότι πολλοί από αυτούς τους παράγοντες είναι τροποποιήσιμοι.

### **1.3 Θεραπευτικές στρατηγικές**

Στη βιβλιογραφία καταγράφονται διάφορες θεραπευτικές στρατηγικές για τη μείωση της επανεισδοχής στο νοσοκομείο, όπως: η χρήση ενέσιμων αντιψυχωσικών μακράς δράσης, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία συντήρησης και οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην κοινότητα (συζητούνται παρακάτω). Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ηλεκτροσπασμοθεραπεία χρειάζονται ένα μέλος της οικογένειας ή φροντιστή για να τους παρακολουθεί για 24 ώρες μετά από κάθε συνεδρία.

Όσοι δεν έχουν οικογενειακή ή κοινωνική υποστήριξη είναι ευάλωτοι στην περιστρεφόμενη πόρτα. Για την επίλυση αυτού του προβλήματος, σε ορισμένες κλινικές γίνονται δεκτοί την προηγούμενη ημέρα της διαδικασίας. Υποβάλλονται σε ηλεκτροσπασμοθεραπεία και παίρνουν εξιτήριο μετά από 24 ώρες. Ένα μεταβατικό στοιχείο φροντίδας τους παρακολουθεί μέσω τηλεφώνου, υπενθυμίζοντάς τους το πρόγραμμά τους για να διασφαλιστεί ότι δεν θα χάσουν τη θεραπεία συντήρησης με ηλεκτροσπασμοδία (Bravo, et al., 2022).

## 2. Το πρόβλημα της Περιστρεφόμενης Πόρτας στον άστεγο πληθυσμό

### 2.1 Περιστρεφόμενη πόρτα και άστεγος πληθυσμός

Η έλλειψη στέγης είναι ένα κοινωνικό πρόβλημα με τεράστια σημασία για τη δημόσια υγεία παγκοσμίως. Σύμφωνα με τον ορισμό του Υπουργείου Στέγασης και Αστικής Ανάπτυξης των ΗΠΑ, ως χρόνια άστεγος είναι κάποιος που έχει βιώσει έλλειψη στέγης για ένα χρόνο ή περισσότερο ή που έχει βιώσει τουλάχιστον τέσσερα επεισόδια αστέγου τα τελευταία τρία χρόνια (συνολικά 12 μήνες) και που έχει αναπηρία (U.S. HUD, 2015)

Το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας για την έλλειψη στέγης χρήζει ιδιαίτερης προσοχής, καθώς αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την εμμονή του προβλήματος των αστέγων και έχει σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής του πάσχοντος. Οι Kuhn και Culhane (1998) βρήκαν τρία διαφορετικά μοτίβα διαμονής σε καταφύγιο μεταξύ του πληθυσμού των αστέγων των άγαμων ενηλίκων, τα οποία προσδιόρισαν ως «μεταβατικά», «επεισοδιακά» ή «χρόνια». Η «επεισοδιακή» ομάδα αστέγων είχε τα περισσότερα επεισόδια μη στέγασης. Παρά το γεγονός ότι ήταν νεότερη από τους χρόνιους άστεγους, η επεισοδιακή ομάδα αστέγων είχε παρόμοια προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας με τη χρόνια ομάδα, συμπεριλαμβανομένης της κατάχρησης ουσιών (Roca, et al., 2019).

Εκτός από τον χρόνο που έμεινε άστεγος και τον αριθμό των επεισοδίων, σύμφωνα με τον ορισμό του U.S. HUD (2015), για να θεωρηθεί ένα άτομο χρόνιο άστεγο πρέπει να είναι «άστεγος με αναπηρία», δηλαδή να πάσχει από μια φυσική ή ψυχική κατάσταση που περιορίζει τις κινήσεις, τις αισθήσεις ή τις δραστηριότητες ενός ατόμου. Αυτές οι τρεις πτυχές (χρόνος παραμονής χωρίς στέγη, αριθμός επεισοδίων αστέγου και αναπηρίας) σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό μεταξύ τους. Τα προβλήματα υγείας φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σημαντικοί παράγοντες στις διαδικασίες επιστροφής στην έλλειψη στέγης μετά την απόκτηση πρόσβασης σε ανεξάρτητη στέγαση. Ομοίως, η παραμονή άστεγος αποτελεί απειλή για την υγεία επιδεινώνοντας τις υπάρχουσες ασθένειες, αποτρέποντας την ανάρρωση από αυτές τις ασθένειες και προκαλώντας νέες ασθένειες. Τα άτομα που είναι χρόνια άστεγοι και ανάπηροι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αρνητικών συνεπειών στην υγεία λόγω



αυξημένου επιπολασμού προβλημάτων ψυχικής υγείας, διαταραχών κατάχρησης ουσιών και υψηλότερου επιπέδου αποσύνδεσης από την προληπτική ιατρική περίθαλψη. Από αυτή την άποψη, η αναπηρία φαίνεται να σχετίζεται με τη χρόνια έλλειψη στέγης, έτσι ώστε οι άστεγοι με αναπηρίες να παραμένουν άστεγοι για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους (Panadero & Muñoz, 2017).

Οι άστεγοι αποτελούν έναν ευάλωτο πληθυσμό και η περιστρεφόμενη πόρτα ανιχνεύεται σε υψηλά ποσοστά στον πληθυσμό αυτόν. Έχουν περισσότερες ιατρικές συννοσηρότητες και περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας. Ένας λόγος για αυτά τα ζητήματα μπορεί να είναι ο τρόπος ζωής τους. Έχουν δυσκολότερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη στην κοινότητα και δεν λαμβάνουν επαρκή ιατρική περίθαλψη (Laliberté, et al., 2019; Khatana, et al., 2020).

Μια μεγάλη μελέτη σε τρεις ΗΠΑ εξέτασε τη σχέση της έλλειψης στέγης με τις επανεισαγωγές στο νοσοκομείο. Οι τέσσερις πιο συχνές αιτίες ήταν: ψυχικές ασθένειες, περιγεννητικές επιπλοκές, καρδιακές παθήσεις και ασθένειες του πεπτικού συστήματος (Bravo, et al., 2022).

Μια μελέτη στη Νικαράγουα επικεντρώθηκε στο ζήτημα του φύλου στην έλλειψη στέγης. Ο γυναικείος πληθυσμός βρίσκεται σε ιδιαίτερα ευάλωτη θέση. Η «περιστρεφόμενη πόρτα για τους άστεγους» είναι πιο διαδεδομένη αφού περνούν πολλά επεισόδια ζώντας ως άστεγοι αφού έχουν πρόσβαση σε ανεξάρτητη στέγαση. Επίσης, είχαν περισσότερα εμπόδια στην εύρεση κανονικής εργασίας. Αποδείχθηκε επίσης ότι οι άνδρες παρέμειναν άστεγοι για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Ένα μεγαλύτερο ποσοστό από αυτούς είχε προβλήματα με τη χρήση αλκοόλ. Πέρασαν επίσης χρόνο στη φυλακή. Οι γυναίκες ήταν πιο επιρρεπείς στο να χρησιμοποιήσουν ένα κανονικό μέρος για να περάσουν τη νύχτα. Ένα σημαντικό ποσοστό από αυτούς υπέστη σεξουαλική βία ως ανήλικος. Υπέστησαν επίσης βία από τον σύντροφο και σωματική βία ως ενήλικες. Η έλλειψη στέγης στις γυναίκες δημιουργεί ένα άλλο πρόβλημα. Τα παιδιά υπό τη φροντίδα τους έχουν αυξημένο κίνδυνο να υποστούν σεξουαλική, σωματική ή λεκτική βία (Vázquez, et al., 2022).

Το ένα τέταρτο έως το ένα τρίτο των αστέγων έχουν σοβαρή ψυχική ασθένεια. Η σχιζοφρένεια, η διπολική διαταραχή ή η μείζονα κατάθλιψη είναι οι πιο διαδεδομένες καταστάσεις. Το κόστος των εισαγωγών στα νοσοκομεία των αστέγων είναι πολύ υψηλότερο από ό, τι στο γενικό πληθυσμό. Οι άστεγοι με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιούν υπηρεσίες οξείας και έκτακτης

ανάγκης. Επίσης, είναι λιγότερο πιθανό να λάβουν γενική πρωτοβάθμια φροντίδα από άλλους πληθυσμούς (Currie, et al., 2018).

Η ψυχική ασθένεια είναι ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για την έλλειψη στέγης. Οι άγαμοι ενήλικες με σοβαρή ψυχική ασθένεια έχουν 25-50% κίνδυνο να μείνουν άστεγοι κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Fernandes, et al., 2021). Όταν η έλλειψη στέγης και η ψυχική ασθένεια συνδυάζονται, η επιβάρυνση του συστήματος υγείας αυξάνεται. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τέσσερις φορές μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τον στεγασμένο πληθυσμό. Οι άστεγοι έχουν χαμηλή πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας που βασίζονται στην κοινότητα. Παρά το γεγονός ότι είναι ευάλωτος πληθυσμός (με υψηλότερη βαρύτητα της νόσου και μεγαλύτερη ανάγκη για συνέχεια φροντίδας), έχουν κακή φροντίδα μετά το εξιτήριο (Laliberté, et al., 2019; Doran, et al., 2013).

Ορισμένοι συγγραφείς πρότειναν ότι οι άστεγοι με ψυχικές ασθένειες πρέπει να γίνουν αντικείμενο της Μαροντολογίας. Αυτός ο όρος προέρχεται από την ελληνική λέξη *marontos* που σημαίνει ανεπιθύμητος. Αυτό το προτεινόμενο πεδίο είναι μια προσπάθεια να δοθεί καλύτερη απάντηση στις ιδιαίτερες προκλήσεις αυτού του πληθυσμού (Gama Marques & Bento, 2020). Άλλοι συγγραφείς πρότειναν ότι η εκ περιτροπής Ψυχιατρική του δρόμου θα πρέπει να αποτελεί μέρος της κατοικίας στην Ψυχιατρική (Lo, et al., 2022).

## **2.2 Γενικά μοντέλα παρέμβασης μετάβασης στη φροντίδα**

Ένα από τα πιο γνωστά μοντέλα παρέμβασης στη γενική ιατρική είναι το Care Transitions Intervention που δημιουργήθηκε από τον Eric Coleman και την ομάδα του. Συνίσταται στο να δοθεί η δυνατότητα στον ασθενή και την οικογένεια να γίνουν ανεξάρτητοι παρέχοντάς τους τα εργαλεία και τις πληροφορίες που απαιτούνται. Χρησιμοποιεί έναν εκπαιδευτή μετάβασης που αλληλεπιδρά με τον ασθενή και την οικογένεια και βασίζεται σε τέσσερις πυλώνες: αυτοδιαχείριση φαρμάκων, καταγραφή με επίκεντρο τον ασθενή, παρακολούθηση και κόκκινες σημαίες. Ο εκπαιδευτής μετάβασης επισκέπτεται τον ασθενή στο νοσοκομείο και στο σπίτι μετά το εξιτήριο. Αργότερα παρακολουθεί τον ασθενή μέσω τηλεφώνου για 28 ημέρες. Σύμφωνα με αυτήν την τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή, αυτή η παρέμβαση

μείωσε την πρόιμη επανεισδοχή από 13,9% στην ομάδα ελέγχου σε 8,3% στην ομάδα παρέμβασης μετά από 180 ημέρες (Bravo, et al., 2022).

Μια προοπτική μελέτη κούρτης που επικεντρώθηκε σε μια παρέμβαση μετάβασης στη φροντίδα έδειξε σημαντική μείωση του ποσοστού επανεισδοχής σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (20,0 έναντι 12,8%, αντίστοιχα). Ήταν μια παρέμβαση βασισμένη στην καθοδήγηση για να ενδυναμώσει τους ασθενείς να διαχειριστούν την υγεία τους και να βελτιώσουν την επικοινωνία τους με τους παρόχους τους. Η πλήρης παρέμβαση λαμβάνει χώρα σε 30 ημέρες και περιλαμβάνει μια επίσκεψη στο σπίτι εντός 3 ημερών, μια πρώτη τηλεφωνική κλήση εντός 7-10 ημερών και την τελική τηλεφωνική κλήση την ημέρα 30 (Bravo, et al., 2022).

### **2.3 Αποτελεσματικές παρεμβάσεις μετάβασης στη φροντίδα στην ψυχιατρική και την ψυχική υγεία**

Στη βιβλιογραφία καταγράφονται περισσότερες έρευνες για τις παρεμβάσεις μετάβασης στη φροντίδα στη Γενική Ιατρική παρά στην ψυχιατρική (Vigod, et al., 2013). Ωστόσο, αρκετές μελέτες έχουν δείξει τη θετική επίδραση ενός σχεδίου φροντίδας στη μετάβαση από την οξεία ψυχική υγεία ενδονοσοκομειακή στην κοινοτική φροντίδα (Mayer-Amberg, et al., 2016; Stergiopoulos, et al., 2018). Σύμφωνα με μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση (Vigod, et al., 2013), οι αποτελεσματικές παρεμβάσεις στην ψυχιατρική περιλαμβάνουν διάφορες πτυχές, και συγκεκριμένα: (1) ψυχοεκπαίδευση πριν και μετά το εξιτήριο, (2) έγκαιρη κοινοποίηση του σχεδίου εξιτηρίου στον πάροχο εξωτερικών ασθενών, (3) εκπαίδευση φαρμάκων πριν από την εξαγωγή, (4) τηλεφωνική παρακολούθηση και (5) διαχειριστής μετάβασης.

Όσον αφορά τα μοντέλα μετάβασης φροντίδας στην ψυχική υγεία, οι μελέτες Critical Time Intervention του Ezra Susser στη Νέα Υόρκη (35) ήταν από τις πρώτες που έδειξαν μακροπρόθεσμο αντίκτυπο και ήταν οικονομικά αποδοτικές στην πρόληψη της έλλειψης στέγης. Κάθε άτομο ανατέθηκε σε έναν εργαζόμενο στην Παρέμβαση στον Κρίσιμο Χρόνο και παρείχε κοινοτική στέγαση. Ο εργαζόμενος θα παρείχε στενή υποστήριξη και θα χτίσει μακροχρόνιους δεσμούς μεταξύ ασθενών και μακροχρόνιας υποστήριξης (οικογένεια, φροντιστές, ψυχίατρος, γενικός ιατρός). Περιλάμβανε κατ' οίκον επισκέψεις, συνοδεία ασθενών σε ραντεβού, παροχή

υποστήριξης και συμβουλές και μεσολάβηση συγκρούσεων μεταξύ ασθενών και φροντιστών.

Άλλες παρεμβάσεις κρίσιμης ώρας, έδειξε σημαντική μείωση των αστέγων και των επανεισδοχών. Αυτό υπογραμμίζει τη σημασία των στρατηγικών που περιλαμβάνουν σταθερότητα στέγασης για τη μείωση της περιστρεφόμενης πόρτας στους άστεγους ασθενείς.

Μια ιδέα που βασίζεται σε δίκτυο ενσωματώνει διαφορετικούς ειδικούς της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό περιλαμβάνει ψυχιάτρους, εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και παιδαγωγούς. Έμφαση δίνεται στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη και ψυχοεκπαίδευση. Άλλα χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν κοινωνικο-θεραπεία, φροντίδα επισκέψεων και οικογενειακή υποστήριξη. Αυτό το πρόγραμμα περιλαμβάνει επίσης εξειδικευμένη νοσηλευτική για την παροχή κατ' οίκον θεραπείας. Υπάρχει συνεργασία με το νοσοκομείο σε περίπτωση εισαγωγής. Η υπηρεσία κρίσης είναι διαθέσιμη 24/7 για ασθενή και οικογένεια. Ο ψυχίατρος είναι υπεύθυνος για τη θεραπεία και είναι η προτιμώμενη επαφή για τον ασθενή (Mayer-Amberg, et al., 2016).

Μια άλλη παρέμβαση έδειξε βελτιώσεις στην κατάσταση της ψυχικής και σωματικής υγείας, την κατάχρηση ουσιών και τον αριθμό των εισαγωγών στο νοσοκομείο. Προσέφερε διαχείριση περιπτώσεων, υποστήριξη από ομοτίμους, πρόσβαση στην πρωτοβάθμια ψυχιατρική περίθαλψη και κοινοτικές υπηρεσίες. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει τη θετική επίδραση ενός σχεδίου φροντίδας στη μετάβαση από τις μονάδες οξείας ψυχικής υγείας στην κοινοτική φροντίδα (Mayer-Amberg, et al., 2016; Stergiopoulos, et al., 2018).

Στην προοπτική μελέτη τους οι Phillip και συν. (2022) προσπάθησαν να προσδιορίσουν την επίδραση μιας τηλεφωνικής κλήσης μετά το εξιτήριο στα ποσοστά επανεισδοχής 30 ημερών σε μια βραχυπρόθεσμη ψυχιατρική εγκατάσταση εσωτερικών ασθενών. Ο πληθυσμός ασθενών αποτελούνταν από αγγλόφωνους ενήλικες ηλικίας 18-65 ετών με λύκειο ή ανώτερη εκπαίδευση και πληρούσε κριτήρια ακούσιας δέσμευσης. Οι συμμετέχοντες έλαβαν ένα τηλεφώνημα 72 ώρες μετά την έξοδο τους χρησιμοποιώντας ένα τυπικό σενάριο. Τριακόσιοι σαράντα δύο ασθενείς ολοκλήρωσαν τη μελέτη. Οι συνολικές επανεισαγωγές μειώθηκαν κατά 3,4% ( $p = 0,004$ ) κατά τη διάρκεια της παρέμβασης σε σύγκριση με ασθενείς που έλαβαν τυπική φροντίδα το προηγούμενο έτος. Κατά την περίοδο παρέμβασης, το μέσο ποσοστό

επανεισδοχής ήταν 9,9% (95%CI 5,9-12,1%). Συμπερασματικά, η έρευνα καταλήγει ότι η συστηματική τηλεφωνική παρακολούθηση έχει τη δυνατότητα να μειώσει τα ποσοστά επανεισδοχής 30 ημερών για ψυχιατρικές εγκαταστάσεις εσωτερικών ασθενών.

### 3. Επιβάρυνση του φαινομένου της Περιστρεφόμενης Πόρτας

Τα τελευταία πέντε χρόνια στην ιατρική υπήρξε μια προσπάθεια για τους γιατρούς να διακρίνουν την απαραίτητη από την περιττή χρήση των πόρων υγειονομικής περίθαλψης. Μαζί με την πιο συνετή χρήση των εξετάσεων και των θεραπειών, ζητήθηκε από τους παρόχους φροντίδας να βοηθήσουν στη μείωση του κόστους μεταφέροντας τη διαχείριση ασθενών με χρόνιες παθήσεις πίσω στην κοινότητα και μειώνοντας τις εισαγωγές στο νοσοκομείο που μπορούν να αποφευχθούν (Kuehn, 2014).

Στην έρευνά τους, ο Tricco και οι συνεργάτες του (2014) εξέτασαν ποιες στρατηγικές βελτίωσης της ποιότητας για τον συντονισμό της φροντίδας περιορίζουν αποτελεσματικότερα την επαναλαμβανόμενη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Για τη μετα-ανάλυσή τους, οι συγγραφείς έλαβαν δεδομένα για 7494 συχνούς χρήστες υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που συμπεριλήφθηκαν σε 36 τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές στρατηγικών για τη μείωση των επισκέψεων στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, των εισαγωγών σε νοσοκομεία ή επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία.

Διαπίστωσαν μείωση 20% στον κίνδυνο εισαγωγής στο νοσοκομείο μετά την εφαρμογή παρεμβάσεων που περιλαμβάνουν πρωτόκολλα διαχείρισης περιπτώσεων, αλλαγές ομάδας, προώθηση της αυτοδιαχείρισης των ασθενών ή εκπαίδευση των ασθενών. Όταν ταξινομούνται ανά τύπο ασθενούς (αυτοί με ψυχικές ασθένειες έναντι εκείνων με χρόνιες ιατρικές παθήσεις εκτός από ψυχικές ασθένειες· ηλικία  $\geq 65$  v.  $< 65$  ετών), σημαντικές μειώσεις στις εισαγωγές στο νοσοκομείο παρέμειναν μόνο μεταξύ ασθενών με χρόνιες ιατρικές παθήσεις εκτός από ψυχικές ασθένειες. Σε πρόσθετες αναλύσεις υποομάδας, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στο ποσοστό των ασθενών που επισκέπτονταν τα τμήματα επειγόντων περιστατικών μόνο μεταξύ ασθενών 65 ετών και άνω. Καμία από τις παρεμβάσεις που μελετήθηκαν δεν είχε αντίκτυπο στις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία (Tricco, et al., 2014).

Δυστυχώς σε αντίθεση με τους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις που κατέγραψαν θετικές επιδράσεις, οι παρεμβάσεις που μελετήθηκαν στη μετα-ανάλυση δεν μείωσαν τη χρήση υγειονομικής περίθαλψης σε ασθενείς με ψυχικές ασθένειες. Εξετάστηκαν διάφορες στρατηγικές — διαχείριση περιπτώσεων, αλλαγές ομάδας, προώθηση της

αυτοδιαχείρισης, υποστήριξη αποφάσεων, συστήματα κλινικών πληροφοριών, πλοηγοί ασθενών και δραστηριότητες ενημέρωσης — αλλά καμία δεν κατάφερε να μειώσει τις επισκέψεις στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, τις εισαγωγές στο νοσοκομείο ή τις επισκέψεις κλινικής μεταξύ ασθενών που ήταν άστεγοι. είχαν διαταραχές κατάχρησης ουσιών ή είχαν σχιζοφρένεια ή σοβαρή διπολική διαταραχή (Tricco, et al., 2014).

Μια εξήγηση γιατί οι περιβαλλοντικές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις απέτυχαν να μετριάσουν την επαναλαμβανόμενη χρήση υγειονομικής περίθαλψης από ασθενείς με ψυχικές ασθένειες περιλαμβάνει τη νευροβιολογία και τις εκδηλώσεις αυτών των καταστάσεων. Οι ασθενείς με μη αντιρροπούμενη σχιζοφρένεια μπορεί να παρουσιάσουν δυσκολίες στην επικοινωνία, έλλειψη διορατικότητας, παρανοϊκές ιδέες, ασυνεργατικότητα και κοινωνική και συναισθηματική απόσυρση, γεγονός που θα καθιστούσε δύσκολη την εφαρμογή της διαχείρισης περιστατικών και των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων. Παρόμοιοι περιορισμοί υπάρχουν για τους άστεγους ασθενείς και όσους πάσχουν από διαταραχές κατάχρησης ουσιών (Tannenbaum, 2014).

Ωστόσο, οι κλινικοί γιατροί που αποφασίζουν να μην εφαρμόσουν τις στρατηγικές βελτίωσης της ποιότητας που περιγράφονται στη μετα-ανάλυση για ασθενείς με ψυχικές ασθένειες θα πρέπει να το επανεξετάσουν. Προτού εφαρμοστούν τα αποτελέσματα οποιασδήποτε συστηματικής ανασκόπησης ή μετα-ανάλυσης, πρέπει να γίνει μια αξιολόγηση σχετικά με τη γενίκευση των ευρημάτων στον πληθυσμό ασθενών που ενδιαφέρει. Οι κλινικοί γιατροί που φροντίζουν πρωτίστως ασθενείς με κατάθλιψη και άγχος θα σημειώσουν ότι ο Tricco και οι συνεργάτες του δεν εξέτασαν την επίδραση των παρεμβάσεων συντονισμού φροντίδας στη μείωση της χρήσης υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ ασθενών που είχαν κατάθλιψη ή άγχος ως κύρια διάγνωση (Murad, et al., 2014).

Μόνο οι ασθενείς που συμπεριλήφθηκαν σε τυχαιοποιημένες δοκιμές με βάση τη διάγνωση μιας από τις στοχευμένες διαταραχές ψυχικής υγείας ταξινομήθηκαν στην ομάδα ψυχικών ασθενειών για ανάλυση υποομάδας. Ως αποτέλεσμα, είναι δύσκολο να προσδιοριστεί με βεβαιότητα εάν οι παρεμβάσεις που μελετήθηκαν θα ήταν αποτελεσματικές για ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία μόνο για την κατάθλιψη ή το άγχος.

Ένα ανείπωτο ερώτημα που αιωρείται πίσω από τις επιπτώσεις αυτής της μετα-ανάλυσης είναι «Έχουμε καταλήξει σε συναίνεση σχετικά με το τι συνιστά αξία στην υγειονομική περίθαλψη;» Η φροντίδα υψηλής αξίας για πολλούς υπεύθυνους λήψης αποφάσεων και διαχειριστές μεταφράζεται ξεκάθαρα σε μείωση της χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, για τους ασθενείς και τους κλινικούς ιατρούς, η φροντίδα υψηλής αξίας μπορεί να αντιπροσωπεύει μια επένδυση σε ουσιαστικές σχέσεις γιατρού-ασθενούς, εστίαση στην επικοινωνία και τη συνέχεια της φροντίδας και μακροπρόθεσμες αλληλεπιδράσεις που υποστηρίζουν την ποιότητα ζωής, τη λειτουργία και την ανεξάρτητη διαβίωση (Tannenbaum, 2014).

Τα άτομα με ψυχικές ασθένειες μπορεί να εξαρτώνται από νοσοκομειακή περίθαλψη για ανάπαυλα και ασφαλή επίβλεψη όταν συμβαίνουν οξεία επεισόδια ψύχωσης ή κατάθλιψης. Μέχρι το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης να προσφέρει ένα εναλλακτικό σημείο πρόσβασης σε αυτές τις υπηρεσίες ή να εκπαιδεύσει και να υποστηρίξει επαρκώς τους φροντιστές να φροντίζουν τα αγαπημένα τους πρόσωπα στο σπίτι κατά τη διάρκεια περιόδων έξαρσης της ασθένειας, η περιστρεφόμενη πόρτα που επιτρέπει την είσοδο στο νοσοκομείο θα συνεχίσει να παίζει ουσιαστικό ρόλο στη φροντίδα ασθενών με χρόνιες παθήσεις (Tannenbaum, 2014).



#### **4. Έρευνες αναφορικά με τις απόψεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με το φαινόμενο της Περιστρεφόμενης Πόρτας**

Σύμφωνα με τα ευρήματα οι ασθενείς με «περιστρεφόμενη πόρτα» αναφέρθηκαν ότι είχαν τρία βασικά χαρακτηριστικά, είχαν παράλογες προσδοκίες, παρουσίαζαν ανάρμοστες συμπεριφορές και είχαν ακάλυπτες ανάγκες υγείας. Μια σειρά από παραβιάσεις των ορίων αναφέρθηκαν επίσης όταν ασθενείς με «περιστρεφόμενη πόρτα» αλληλεπιδρούσαν με το προσωπικό.

*Missouridou, E., Fradelos, E.C., Kritsiotakis, E., Mangoulia, P., Segredou, E. & Papathanasiou, I.V. (2022). Containment and therapeutic relationships in acute psychiatric care spaces: the symbolic dimensions of doors. BMC Psychiatry, 22(1), 2. doi: 10.1186/s12888-021-03607-2.*

Παρατηρείται μια αυξανόμενη τάση των πρακτικών κλειδώματος θυρών στην οξεία ψυχιατρική περίθαλψη. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εξετάσει τις συμβολικές διαστάσεις των θυρών στις εμπειρίες των Ελλήνων νοσηλευτών ψυχικής υγείας από ανοιχτούς και κλειστούς χώρους εργασίας.

Ένας διαδοχικός σχεδιασμός μικτής μεθόδου διερεύνησε τις εμπειρίες των νοσηλευτών που εργάζονταν τόσο σε ανοιχτές όσο και σε κλειστές μονάδες οξείας ψυχιατρικής φροντίδας. Οι εμπειρίες των συμμετεχόντων αποκάλυψαν τέσσερις τύπους θυρών που σχετίζονται με την ποιότητα της φροντίδας που προσανατολίζεται στην αποκατάσταση: (α) η ανοιχτή πόρτα, (β) η αόρατη πόρτα, (γ) η πόρτα συγκράτησης (περιοριστική πόρτα) και (δ) η περιστρεφόμενη πόρτα. Οι ανοιχτές πόρτες και οι διαπερατοί χώροι δημιούργησαν εμπιστοσύνη και διευκόλυναν τη διάχυση της έντασης και την απαραίτητη αντίληψη του αισθήματος ασφάλειας για τη συμμετοχή στη θεραπευτική ενασχόληση. Όταν η κλειστή μονάδα βιώθηκε ως περιβάλλον φροντίδας, οι κλειδωμένες πόρτες έμοιαζαν να είναι «αόρατες».

Οι περιοριστικές πόρτες συμβόλιζαν την απώλεια ελέγχου, την κοινωνική απόσταση και το στίγμα που απηχεί τις συνέπειες του περιορισμού του κρίσιμου

ελέγχου του υπερχώρου κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 σε σχέση με τη βία μέσα σε οικογένειες, ομάδες και κοινότητες. Η περιστρεφόμενη πόρτα (απαίτηση/επανεισδοχή χρηστών υπηρεσίας) συμβόλιζε την απόρριψη του προσφερόμενου θεραπευτικού περιβάλλοντος και ήταν πηγή αγανάκτησης και κόπωσης συμπόνιας τόσο σε ανοιχτούς όσο και σε κλειδωμένους χώρους που αποδίδονταν σε εσωτερικά δομικά χαρακτηριστικά οξείας φροντίδας (περιορισμένα επίπεδα προσωπικού, υποστήριξη, πόρους και δραστηριότητες για χρήστες υπηρεσιών) καθώς και «κλειδωμένες πόρτες» στην κοινότητα (περιορισμένη ή καθόλου συνέχεια φροντίδας και στίγμα).

Ο αντίκτυπος των περιορισμών του COVID-19 στον κρίσιμο έλεγχο του χώρου από τους ανθρώπους παρέχει μια ώθηση για την ανέγερση φραγμών καλυμμένων από το πέπλο της συνήθειας και την επανεξέταση του αντίκτυπου της απλής πράξης αφήνοντας την πόρτα ανοιχτή/κλειδωμένη ώστε να επιτραπεί τόσο στο προσωπικό της μονάδας οξείας ψυχιατρικής φροντίδας όσο και στην υπηρεσία χρήστες για να αξιοποιήσουν τις δυνατότητές τους.

*Williamson, A.E., Mullen, K. & Wilson, P. (2014). Understanding "revolving door" patients in general practice: a qualitative study. BMC Fam Pract., 15, 33. doi: 10.1186/1471-2296-15-33.*

## 5. Συμπεράσματα Γενικού Μέρους – Ερευνητικό Κενό

Σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που πραγματοποιήθηκε η σοβαρή ψυχική ασθένεια συχνά πιστεύεται ότι ακολουθεί μια φυσική πορεία με χρόνια, υποτροπιάζοντα επεισόδια της υποκείμενης νόσου. Μετά την εισαγωγή της σύγχρονης φαρμακευτικής αγωγής (νευροληπτικά, αντιψυχωσικά, αντικαταθλιπτικά) στο δεύτερο μισό του 20<sup>ού</sup> αιώνα, μια πρώην μόνιμη απομόνωση ψυχιατρικών ασθενών σε κλειστά νοσοκομεία αντικαταστάθηκε από επαναλαμβανόμενες νοσηλεύσεις. Τέτοιες επαναλαμβανόμενες νοσηλείες χρόνιων ασθενών διαδόθηκαν με τον όρο «φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας».

Ο ακριβής προσδιορισμός των παραγόντων κινδύνου για την επανεισαγωγή στο νοσοκομείο είναι πολύ σημαντικός για διάφορους λόγους. Πρώτον, η πρόβλεψη των παραγόντων κινδύνου για την επανεισαγωγή στο νοσοκομείο είναι κλινικά σημαντική κατά τον προγραμματισμό της εξόδου ενός ασθενούς. Δεύτερον, η γνώση σχετικά με την πορεία των χρόνιων ψυχιατρικών παθήσεων και τις επιπτώσεις των θεραπειών είναι σημαντική για την οργάνωση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και την κατανομή των πόρων της δημόσιας υγείας. Ειδικότερα, η κατανομή των δημόσιων πόρων μεταξύ, π.χ., ενδονοσοκομειακών και εξωτερικών ιατρείων απαιτεί γνώση των τροχιών των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές. Τρίτον, πολύ πρόσφατα τονίστηκε η συνάφεια των επιδημιολογικών δεδομένων για τον εντοπισμό νευρικών μηχανισμών ψυχιατρικών παθήσεων.

Στη βιβλιογραφία της τελευταίας 10ετίας έχει καταγραφεί πλειάδα ερευνών αναφορικά με τους παράγοντες που ωθούν στο φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας καθώς και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που δύναται ως ένα σημείο να μετριάσουν το χρονικό πλαίσιο των εισαγωγών των ψυχιατρικών ασθενών στα νοσοκομεία.

Η σύγχρονη βιβλιογραφία αναλύει επίσης και τον άστεγο πληθυσμό ως ένα σημαντικό μέρος της «περιστρεφόμενης πόρτας» στα νοσοκομεία εστιάζοντας ιδιαίτερος στους λόγους που αναδεικνύεται το φαινόμενο στον συγκεκριμένο πληθυσμό. Πολλοί συγγραφείς αποτύπωσαν γενικά μοντέλα παρέμβασης για τον έλεγχο της φροντίδας των άστεγων ασθενών στις ψυχιατρικές κλινικές.

Αυτό το οποίο δεν έχει εξεταστεί επαρκώς αφορά στη διερεύνηση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας, και ειδικά των νοσηλευτών, σχετικά με το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας» στις ψυχιατρικές κλινικές. Στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που πραγματοποιήθηκε βρέθηκαν μόλις δύο έρευνες που εξετάζουν τις αντιλήψεις και απόψεις των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας» χωρίς όμως να εμβαθύνουν ιδιαίτερα. Δεν διαπιστώθηκε ούτε μια έρευνα η οποία να διερευνά τις σκέψεις των νοσηλευτών σχετικά με τους ασθενείς με «περιστρεφόμενη πόρτα», τα συναισθήματα τους, πως θεωρούν ότι επηρεάζεται η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης με τους ασθενείς,

ποιους βασικούς λόγους καταγράφουν οι ίδιοι για την επανείσοδο των ασθενών στην ψυχιατρική κλινική, ποια τα βασικά χαρακτηριστικά που ανιχνεύουν στους ασθενείς με «περιστρεφόμενη πόρτα» και τι προτάσεις δίνουν για να μπορέσει να αποφευχθεί το φαινόμενο. Όλους τους παραπάνω παράγοντες καλείται να εξετάσει η παρούσα μελέτη με τη χρήση ποιοτικής έρευνας και τη χρήση συνεντεύξεων σε νοσηλευτές εργαζόμενους στην ψυχιατρική μονάδα. Το κενό της βιβλιογραφίας καταγράφεται τόσο σε έρευνες αναφορικά με τη διερεύνηση του φαινομένου της περιστρεφόμενης πόρτας σε ψυχιατρικούς ασθενείς όσο και στη διερεύνηση των απόψεων και αντιλήψεων των ίδιων των νοσηλευτών που εργάζονται σε αυτές τις μονάδες.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **1. Ποιοτική Έρευνα**

#### ***1.1 Εισαγωγή***

Αναμφισβήτητα, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξημένο ενδιαφέρον στη διεθνή βιβλιογραφία για την ποιοτική έρευνα. Στη χώρα μας, η ποιοτική μέθοδος έρευνας τείνει να χρησιμοποιείται όχι μόνο στον τομέα της εκπαίδευσης και της ψυχολογίας αλλά στο σύνολο των κοινωνικών επιστημών ευρύτερα. Όσον αφορά στις επιστήμες υγείας, αν και η ποσοτική έρευνα αποτελεί την πλέον συνήθη επιλεγόμενη μέθοδο, παρατηρείται σήμερα μία διαρκώς αυξανόμενη τάση διεξαγωγής ποιοτικών ερευνών δεδομένου ότι με την ποιοτική έρευνα διερευνώνται και τελικά ερμηνεύονται εις βάθος οι ανθρώπινες πεποιθήσεις, οι αντιλήψεις και οι αξίες. Στόχος της ποιοτικής έρευνας είναι η διερεύνηση και συγχρόνως η εις βάθος κατανόηση των

ποικίλων κοινωνικών φαινομένων. Κι αυτό γιατί παρέχει τη δυνατότητα κατανόησης της συμπεριφοράς και των βιωμάτων των συμμετεχόντων.

Στην παρούσα εργασία αρχικά γίνεται ο εννοιολογικός προσδιορισμός της ποιοτικής έρευνας, παρουσιάζονται η αξία της έρευνας στη νοσηλευτική, οι μεθοδολογίες που ακολουθούνται για τη διεξαγωγή μίας ποιοτικής έρευνας, με έμφαση στις συνεντεύξεις, καθώς και το ερευνητικό δείγμα. Στη συνέχεια εκτίθενται αναλυτικά τα ευρήματα που προέκυψαν από την διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας σε 8 νοσηλευτές ψυχιατρικών μονάδων αναφορικά με το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας» στις ψυχιατρικές κλινικές κι ακολουθεί συζήτηση των συμπερασμάτων που προέκυψαν.

Όσον αφορά στην ποιοτική έρευνα, αυτή διεξάγεται σε πραγματικές συνθήκες μελετώντας τους ανθρώπους στον χώρο όπου ζουν κι εργάζονται κι όχι σε ελεγχόμενες πειραματικές συνθήκες όπως συμβαίνει στην ποσοτική έρευνα. Σε μία ποιοτική έρευνα ο ερευνητής καλείται να απαντήσει σε ερωτήματα που αφορούν στο γιατί και το πώς των προς μελέτη ζητημάτων. (Πουρκός, 2013).

## **1.2 Η Νοσηλευτική Έρευνα**

Με τον όρο νοσηλευτική έρευνα εννοούμε τη διαδικασία υποβολής ερωτημάτων από τους νοσηλευτές με στόχο την απόκτηση νέων γνώσεων και τελικά τη βελτίωση της υγείας των ασθενών. Αφορά δηλαδή στη διαδικασία της νοσηλευτικής φροντίδας καθώς και στην ερμηνεία κι επίλυση προβλημάτων που τυχόν ανακύπτουν κατά την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Στόχος λοιπόν της νοσηλευτικής έρευνας είναι τελικά η εύρεση των κατάλληλων λύσεων στα εκάστοτε προβλήματα κατά τη διαδικασία της νοσηλευτικής πρακτικής (Fain, 2017)

## **2. Μεθοδολογική Προσέγγιση της Έρευνας**

### **2.1 Σκοπός - Ερευνητικά Ερωτήματα**

Κατόπιν της ανασκόπησης της υφιστάμενης βιβλιογραφίας αναφορικά με το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας», γίνεται εύκολα κατανοητό ότι υπάρχει

ανάγκη κατανόησης των παραγόντων που οδηγούν στην εκδήλωση του εν λόγω φαινομένου εστιάζοντας κατά κύριο λόγο στο νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρικών μονάδων που καθημερινά έρχονται αντιμέτωποι με το εν λόγω φαινόμενο. Μία ποιοτική ερευνητική προσέγγιση κρίνεται απαραίτητη δεδομένου ότι οι υφιστάμενες έρευνες στη χώρα μας έχουν εστιάσει στα αριθμητικά στοιχεία του φαινομένου όπως πχ στη συχνότητα εκδήλωσης αυτού.

Οι απόψεις, οι αντιλήψεις, τα συναισθήματα, ο αντίκτυπος του φαινομένου της «περιστρεφόμενης πόρτας» στις σχέσεις που αναπτύσσουν με τους ασθενείς τους και στην παρεχόμενη προς αυτούς φροντίδα και τελικά ο τρόπος που βιώνουν οι νοσηλευτές εργαζόμενοι της ψυχιατρικής κλινικής το φαινόμενο αυτό είναι το αντικείμενο του ενδιαφέροντός μας γι' αυτό κι επιλέχθηκε η ποιοτική μέθοδος διεξαγωγής της έρευνάς μας. Επιθυμούμε να διερευνήσουμε την ιδιαιτερότητα του προαναφερθέντος φαινομένου και να κατανοήσουμε σφαιρικά τις επιμέρους πτυχές του κι όχι να περιοριστούμε σε μία στατική -αριθμητική του μελέτη. Επιπλέον, θέλουμε να κατανοήσουμε τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν καθημερινά κατά την άσκηση του νοσηλευτικού τους επαγγέλματος, πώς προσπαθούν να τις αντιμετωπίσουν αλλά και τις προτάσεις τους προκειμένου να επιτευχθεί βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης.

Όσον αφορά στα ερευνητικά ερωτήματα, αυτά είναι τα εξής:

1. Ποιες είναι οι αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού για το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας»;
2. Ποιες είναι οι σκέψεις των νοσηλευτών για τους ασθενείς που επανεισάγονται για θεραπεία;
3. Ποια είναι τα συναισθήματα των νοσηλευτών για τους ασθενείς που επανεισάγονται για θεραπεία;
4. Οι συχνές εισαγωγές επηρεάζουν την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή;
5. Ποιοι είναι οι λόγοι που παρατηρείται το εν λόγω φαινόμενο σύμφωνα με τους νοσηλευτές;
6. Ποια είναι τα χαρακτηριστικά των ασθενών που κάνουν συχνές επανεισαγωγές;

7. Ποιες είναι οι προτάσεις των νοσηλευτών για να περιοριστεί το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας»;

## **2.2 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων - Συνέντευξη**

Αναμφισβήτητα, οι μέθοδοι συλλογής δεδομένων στην ποιοτική έρευνα διαφέρουν άρδην από αυτές της ποσοτικής έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, οι μέθοδοι συλλογής δεδομένων που συναντώνται συχνότερα στην ποιοτική έρευνα είναι η παρατήρηση, οι συνεντεύξεις, οι ομάδες επικέντρωσης κι η μέθοδος Delphi. (Γαλάνης, 2017; Γαλάνης 2018).

Η πλέον διαδεδομένη μέθοδος συλλογής των δεδομένων στην ποιοτική έρευνα είναι η συνέντευξη. Οι συνεντεύξεις, αυτές είναι ατομικές και πραγματοποιούνται με στόχο την κατανόηση των απόψεων των συμμετεχόντων στον μέγιστο δυνατό βαθμό. Οι προαναφερθείσες συνεντεύξεις δύναται να είναι δομημένες βασιζόμενες σε ένα αυστηρά προκαθορισμένο αριθμό ερωτήσεων όσον αφορά στο περιεχόμενο και στη σειρά υποβολής τους κι οι οποίες μάλιστα τίθενται με ενιαίο, ίδιο τρόπο στο σύνολο των συμμετεχόντων, ημι-δομημένες, με τον ερευνητή να ξεκινάει με ορισμένες συγκεκριμένες ερωτήσεις ή ορισμένα προκαθορισμένα θέματα προς συζήτηση, χωρίς ωστόσο να αποκλείεται η εξέλιξη της συζήτησης και προς άλλες κατευθύνσεις, όπως αυτές προκύπτουν από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, ή μη δομημένες, όπου απουσιάζει ένας συγκεκριμένος-προκαθορισμένος οδηγός για τη συζήτηση, δίνοντας τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες να κατευθύνουν οι ίδιοι τη συζήτηση όπως επιθυμούν. Προϋποθέτει έρευνα, σωστό σχεδιασμό, συστηματική προετοιμασία, πρέπει να στηρίζεται σε συγκεκριμένες επιστημολογικές αρχές και να είναι συνδεδεμένη με τα προς διερεύνηση ερωτήματα. Ωστόσο, έχει πολλά πλεονεκτήματα: παρέχει τη δυνατότητα εις βάθος διερεύνησης αντιλήψεων, απόψεων κι αξιών, κατανόησης της πολυπλοκότητας της εκάστοτε ανθρώπινης εμπειρίας και συμπεριφοράς, της ανάδειξης της «φωνής» και του λόγου των ίδιων των συμμετεχόντων και της διαδραστικής επικοινωνίας μαζί τους, της διερεύνησης θεμάτων μη προκαθορισμένων εκ των προτέρων ακόμη και της τροποποίησης του

αρχικού σχεδιασμού της ερευνητικής διαδικασίας (Τσιώλης, 2014 ; Γαλάνης, 2017; Γαλάνης 2018).

Όσον αφορά στη δική μας έρευνα, χρησιμοποιήσαμε τη μέθοδο των δομημένων συνεντεύξεων. Κι αυτό γιατί θέλαμε να καταγράψουμε τις διαφορετικές απόψεις κι αντιλήψεις του συνόλου των συμμετεχόντων για το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας» αλλά και για την άσκηση του νοσηλευτικού τους επαγγέλματος γενικότερα θέτοντας κοινές ερωτήσεις με την ίδια σειρά. Οι ερωτήσεις ήταν ανοικτού τύπου καθώς και ερωτήσεις γνώμης. Πριν από τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων, διενεργήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για να καταστεί καλύτερα αντιληπτό το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας». Οι συνεντεύξεις με τους συμμετέχοντες πραγματοποιήθηκαν τον Μάρτιο του 2023 τηλεφωνικά. Η ημέρα κι η ώρα της συνέντευξης καθορίστηκε έπειτα από συνεννόηση με τους συμμετέχοντες κι αφού τους είχε προηγηθεί ενημέρωση αναφορικά με το περιεχόμενο και τον σκοπό της παρούσας μελέτης. Κάθε συνέντευξη είχε διάρκεια 25 με 30 λεπτά και καταγράφηκε ψηφιακά με την άδεια του ερωτηθέντος. Στην αρχή της κάθε συνέντευξης, γίνονταν μια μικρή αναφορά στο περιεχόμενο και τον σκοπό της έρευνας ενώ δίνονταν η δυνατότητα σε κάθε συμμετέχοντα να θέσει οποιαδήποτε απορία είχε αναφορικά με το σύνολο της διαδικασίας. Οι συνεντεύξεις ξεκίνησαν με τη συλλογή δημογραφικών δεδομένων όπως για παράδειγμα την ηλικία, τα έτη εξάσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος και τα έτη εργασίας στην εκάστοτε ψυχιατρική κλινική. Για τις εν λόγω συνεντεύξεις χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο 16 προκαθορισμένων ερωτήσεων με στόχο την καταγραφή στοιχείων που αφορούν στις εμπειρίες τους από την εργασία στον τομέα της ψυχιατρικής, στους παράγοντες που επιδρούν θετικά και αρνητικά στην καθημερινή φροντίδα των ασθενών και στην ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες προς αυτούς υπηρεσίες, στους λόγους που συντελούν στην υποτροπή των ασθενών και κατ' επέκταση στο φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας», στις μετέπειτα ανάγκες για τη φροντίδα αυτών, στους παράγοντες επικινδυνότητας, σε τρόπους καλύτερης διαχείρισης του χρόνου εργασίας τους καθώς και σε προτάσεις-συμβουλές προς τους νέους νοσηλευτές αναφορικά με τις επανεισαγωγές των ασθενών. Ακολούθησε εποικοδομητική συζήτηση με όλους τους συμμετέχοντες. Οι συνεντεύξεις καταγράφηκαν και στη συνέχεια απομαγνητοφωνήθηκαν κατά λέξη.



Γίνεται λοιπόν κατανοητό ότι ερευνήτρια και ερωτώμενος/η αποτέλεσαν τα κύρια πρόσωπα στην ερευνητική διαδικασία, σύμφωνα με τα πρότυπα της ποιοτικής μεθόδου, αναδεικνύοντας την αξία του λόγου και συγχρόνως την ενεργή συμμετοχή των ερωτώμενων στην έρευνα.

### **Σημαντικότητα της έρευνας**

Η προκείμενη μελέτη κρίνεται σημαντική και αυτό συμβαίνει διότι αναφέρεται κυρίως σε νοσηλευτές οι οποίοι καταλήγουν να αντιμετωπίσουν την σωματική και την ψυχολογική πίεση της δουλειάς, των ασθενών καθώς επίσης και του ίδιου του εαυτού τους μιας και οι περισσότεροι επιστρέφουν στην οικεία τους με όλη την σωματική κούραση και το ψυχολογικό φορτίο. Έτσι λοιπόν αυτό το αρνητικό κλίμα μεταφέρεται και ταλανίζει συλλογικά την ζωή τους σε όλα τα επίπεδα.

### **2.3 Ερευνητικό Δείγμα**

Με τον όρο ερευνητικό δείγμα εννοούμε το επιλεγόμενο δείγμα των συμμετεχόντων μίας έρευνας από το σύνολο των πιθανών συμμετεχόντων. Είναι γεγονός ότι στην ποιοτική έρευνα δεν υπάρχουν αριθμητικοί περιορισμοί κι αυστηροί κανόνες σχετικά με το μέγεθος και την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Αυτό που πρέπει να χαρακτηρίζει το εκάστοτε ερευνητικό δείγμα μίας ποιοτικής έρευνας είναι η καταλληλότητα, η γνώση για το προς διερεύνηση θέματος αλλά και η προθυμία να συμμετέχει σε αυτή.

Όσον αφορά στη διεξαγωγή της δικής μας ποιοτικής έρευνας η δειγματοληψία χαρακτηρίζεται σκόπιμη δεδομένου ότι οι συμμετέχοντες διαθέτουν ορισμένα χαρακτηριστικά προκειμένου με τις απαντήσεις τους να μπορέσουν να καλύψουν στο μέγιστο δυνατό βαθμό τα ερωτήματα της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, το ερευνητικό μας δείγμα απαρτίζεται από 8 νοσηλευτές-εργαζόμενους σε ψυχιατρικές μονάδες με μεγάλη εργασιακή εμπειρία που καθημερινά έρχονται σε επαφή με ασθενείς που πάσχουν από αυτό που ονομάζουμε «περιστρεφόμενη πόρτα». Τρεις από αυτούς εργάζονται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Δαφνί, τέσσερις στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Δρομοκαϊτειο ενώ, ένας στο Σισμανόγλειο Νοσοκομείο. Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν τα 47 έτη. Έξι εξ' αυτών ήταν γυναίκες και δύο άνδρες. Ο μέσος όρος ετών εξάσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος ήταν τα 23,5 έτη. Για τη συλλογή δεδομένων επελέγησαν οι αφηγήσεις προκειμένου να γίνουν

αντιληπτές οι εμπειρίες που βιώνουν οι νοσηλευτές των ψυχιατρικών μονάδων οι οποίοι έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με μεγάλες δυσκολίες και να γίνει μία προσπάθεια κατανόησης του φαινομένου της «περιστρεφόμενης πόρτας» από τη σκοπιά του νοσηλευτικού προσωπικού που βρίσκεται σε διαρκή επαφή με τους επανεισαγόμενους ψυχικά ασθενείς.

#### Δημογραφικά Δεδομένα

Φύλο	Ηλικία	Οικογενειακή Κατάσταση	Εκπαιδευτικό Επίπεδο	Ειδικότητα	Χρόνια Προϋπηρεσίας
Γυναίκα	54	Άγαμη	Εκπαιδύτρια Μεταπτυχιακού	ΤΕ Νοσηλεύτης	31
Άνδρας	45	Άγαμος	ΑΕΙ ΠΕ Νοσηλευτική	ΠΕ Νοσηλεύτης	19
Γυναίκα	44	Παντρεμένη, 1 παιδί	ΔΕ Νοσηλευτική	Βοηθός Νοσηλευτή	23
Γυναίκα	45	Παντρεμένη, 2 παιδιά	Μεταπτυχιακό	Νοσηλεύτης Ψυχικής Υγείας	25
Άνδρας	41	Παντρεμένος,	ΤΕ	ΤΕ	17

		1 παιδί	Νοσηλευτική	Νοσηλευτής	
Γυναίκα	51	Άγαμη, 1 παιδί	ΠΕ Νοσηλευτική, Μεταπτυχιακό	ΠΕ Νοσηλευτής	26
Γυναίκα	58	Παντρεμένη 2 παιδιά	ΤΕ Νοσηλευτική, Μεταπτυχιακό	ΤΕ Νοσηλευτής	27
Γυναίκα	42	Άγαμη	Πτυχίο ΤΕΙ, Μεταπτυχιακό	ΤΕ Νοσηλευτής	20

## 2.4 Ανάλυση Δεδομένων

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν αναλύθηκαν με τη μέθοδο της ποιοτικής ανάλυσης περιεχομένου σύμφωνα με την οποία εξετάζεται συστηματικά τόσο η λεκτική όσο και η μη λεκτική επικοινωνία. Η ανάλυση του κειμένου υλοποιήθηκε κάνοντας χρήση τόσο της προφανούς/δηλωτικής όσο και της λανθάνουσας/άδηλης ποιοτικής ανάλυσης περιεχομένου, δεδομένου ότι η συγκεκριμένη μέθοδος κρίθηκε κατάλληλη για την ανάλυση των αφηγήσεων.

Πιο συγκεκριμένα, η ανάλυση των δεδομένων ξεκίνησε με την ερευνήτρια να ακούει τις ηχογραφήσεις και στη συνέχεια να διαβάζει αρκετές φορές το απομαγνητοφωνημένο κείμενο ώστε να αποκτήσει μία συνολική εικόνα του υλικού που συνέλεξε. Για την επίτευξη του εν λόγω σκοπού απαιτήθηκε ενεργητική αναζήτηση νοημάτων, θεμάτων και μοτίβων που είχαν σημασία για το υπό εξέταση φαινόμενο. Έπειτα η ερευνήτρια συνέχισε με την κατάταξη, την οργάνωση, την ταξινόμηση και τη γενικότερη διαχείριση των δεδομένων. Τα δεδομένα ταξινομήθηκαν βάσει θεματικών κριτηρίων ενώ η μέθοδος οργάνωσης που επιλέχθηκε ήταν η διατμηματική. Η ερευνήτρια κατέγραψε τις αρχικές της ιδέες πριν ξεκινήσει το δεύτερο στάδιο της ανάλυσης που είναι κωδικοποίηση. Στο στάδιο της κωδικοποίησης, η ερευνήτρια προχώρησε στην παραγωγή κωδικών με διεξοδική εξέταση των κειμένων. Πιο συγκεκριμένα, σε κάθε απόσπασμα του κειμένου

απέδωσε έναν εννοιολογικό προσδιορισμό – έναν κωδικό ο οποίος εκφράζει σύντομα το νόημα που απέδωσε στο συγκεκριμένο τμήμα των δεδομένων.

Στη συνέχεια, η ερευνήτρια εστίασε στην αναζήτηση θεμάτων ή υποθεμάτων αναζητώντας πιθανά θέματα ή μοτίβα που προκύπτουν μέσα από τα δεδομένα. Αφού είχαν διαμορφωθεί ορισμένα πιθανά θέματα, η ερευνήτρια προχώρησε σε επανεξέταση αυτών προκειμένου να αφαιρεθούν όσα δεν πληρούσαν τα κριτήρια για να συμπεριληφθούν ή όσα τυχόν επικαλύπτονταν. Έτσι, προχώρησε στον ορισμό και στην ονομασία των θεμάτων προκειμένου αυτά να είναι περιεκτικά, ενδιαφέροντα και να δίνουν άμεσα στον αναγνώστη μια εικόνα σχετικά με το τι περιλαμβάνει το εκάστοτε θέμα. Τέλος, αφού συγκέντρωσε το σύνολο των πλήρως επεξεργασμένων θεμάτων που προέκυψαν από το ερευνητικό υλικό, η ερευνήτρια προχώρησε στην τελική ανάλυση και στη συγγραφή των ερευνητικών ευρημάτων.

## ***2.5 Ερευνητικά Ηθικά Ζητήματα***

Αρχικά το σχέδιο εγκρίθηκε από το επιστημονικό συμβούλιο έρευνας ηθικής δεοντολογίας του Πανεπιστημίου της Θεσσαλίας και η μελέτη διεξήχθη σύμφωνα με τον πρότυπο οδηγό σπουδών του τμήματος. Σε κάθε ποιοτική έρευνα, τα ηθικά ζητήματα σχετίζονται άρρηκτα με την αλληλεπίδραση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον ερευνητή και στους συμμετέχοντες. Πρωταρχικό στόχο αποτελεί η διαφύλαξη των δικαιωμάτων του συνόλου των συμμετεχόντων.

Στη διεξαγωγή της δικής μας έρευνας, σε μία πρώτη φάση το πρωτόκολλο έλαβε τη γραπτή έγκριση της αρμόδιας επιτροπής έτσι ώστε να διασφαλιστεί η διεξαγωγή της βάσει συγκεκριμένων ηθικών αρχών και προς όφελος τόσο των συμμετεχόντων όσο και του γενικότερου καλού. Κατά τη διαδικασία των συνεντεύξεων, έγινε σεβαστή η αυτονομία και η αυτοδιάθεση του δείγματος και σε καμία περίπτωση δεν ασκήθηκε πίεση στους συμμετέχοντες για την εκμείωση πληροφοριών. Το περιβάλλον που διαμορφώθηκε ήταν κατάλληλο και οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε ώρες που εξυπηρετούσαν τους συμμετέχοντες. Αναμφισβήτητα, η προστασία του απορρήτου ήταν εξέχουσας σημασίας ενώ δεν μεταφέρθηκαν οι απόψεις του ενός συμμετέχοντα στον άλλο. Τέλος, πριν την έναρξη της έρευνας οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό, τη μεθοδολογία, τα αναμενόμενα οφέλη, τον απαιτούμενο χρόνο, τη δυνατότητα επιλογής συμμετοχής ή όχι σε αυτή αλλά κι αποχώρησης οποιαδήποτε στιγμή. Τηρουμένων όλων των

παραπάνω, εξασφαλίσαμε ότι η έρευνά μας συμμορφώνεται πλήρως με τους ισχύοντες κανόνες ηθικής. Μια δυσκολία που έπρεπε να αντιμετωπισθεί για να συνεχιστεί η διαδικασία της συνέντευξης ήταν πως οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν ήταν εξοικειωμένοι με την διαδικασία της συνέντευξης, ούτε γνώριζαν προσωπικά την ερευνήτρια και αυτό τους προκάλούσε το αίσθημα άγχους και ίσως ένιωθαν άβολα κατά την διάρκεια της συνέντευξης.

### **3. Αποτελέσματα**

Οι θεματικές ενότητες που προκύπτουν βάσει της εννοιολογικής προσέγγισης του φαινομένου της «περιστρεφόμενης πόρτας» είναι οι εξής: α) Προκλήσεις και δυσκολίες κατά την άσκηση της ψυχιατρικής νοσηλευτικής, β) Τα αίτια του φαινομένου «περιστρεφόμενης πόρτας» γ) Η επιβάρυνση των νοσηλευτών από το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας δ) Ανάγκη για ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα.

#### **Προκλήσεις και δυσκολίες κατά την άσκηση της ψυχιατρικής νοσηλευτικής**

Όπως προέκυψε από τα ευρήματα της διεξαχθείσας ποιοτικής έρευνας, το μεγαλύτερο πρόβλημα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι νοσηλευτές των ψυχιατρικών κλινικών είναι η έλλειψη προσωπικού. Ενδεικτικό είναι το γεγονός ότι νοσηλευτές που συμμετείχαν στην εν λόγω έρευνα είναι καθημερινά υπεύθυνοι για 12-30 ασθενείς. Μάλιστα, σε αρκετές περιπτώσεις οι νοσηλευτές επιβαρύνονται και με επιπλέον καθήκοντα λόγω έλλειψης βοηθητικού προσωπικού. Αδιαμφισβήτητα, αν κι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχουν σχεδιαστεί με στόχο την παροχή ενός ασφαλούς περιβάλλοντος για τους ασθενείς προκειμένου αυτοί να λάβουν την κατάλληλη θεραπεία και να καταστούν λειτουργικοί μετά το πέρας της νοσηλείας, οι μεγάλες ελλείψεις προσωπικού δυσχεραίνουν αυτόν τον σκοπό. Παράλληλα, οι ελλείψεις νοσηλευτών σε συνδυασμό με τις συχνές επιπλέον βάρδιες κι υπερωρίες και τις ιδιαίτερες απαιτητικές συνθήκες εργασίας συχνά οδηγούν έναν μεγάλο αριθμό νοσηλευτών σε επαγγελματική εξουθένωση και κατά συνέπεια σε αδυναμία παροχής ποιοτικών υπηρεσιών φροντίδας προς τους ασθενείς. Ενδεικτική είναι η απάντηση του Κ.Μ. *«Πολλές φορές είμαστε φύλακες, παίζουμε διάφορους ρόλους εκτός της*

νοσηλευτικής. *Οπότε όλο αυτό μας παίρνει από τον χρόνο μας αρκετά ώστε να μπορούμε να ασχοληθούμε με έναν τέτοιο ασθενή».*

Επιπλέον, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας έρχονται συχνά αντιμέτωποι με την εκδήλωση βίαιων συμπεριφορών προς το πρόσωπό τους, συγκριτικά με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Η ασφάλεια τόσο των ίδιων όσο και των ασθενών βρίσκεται σε διαρκή κίνδυνο, δεδομένης της ιδιαιτερότητας των ψυχικών παθήσεων. Τα προαναφερθέντα σε συνδυασμό με την υποστελέχωση έχουν ως αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να μην μπορούν να εφαρμόσουν τις γνώσεις τους και να αναλώνουν το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους σε ρόλους εκτελεστικούς όπως είναι η σίτιση και η φύλαξη των ασθενών. Χαρακτηριστικά είναι τα λόγια του Κ.Ι. *«Θα αναφερθώ στην επιθετικότητα των ασθενών στην οποία μπορείς να τραυματιστείς πολύ εύκολα είτε από χέρια είτε με μπουνιές ή με αιχμηρό αντικείμενο».*

Αδιαμφισβήτητα, η επικοινωνία με τους ασθενείς των ψυχιατρικών κλινικών θεωρείται καθοριστικής σημασίας και μάλιστα η ανάγκη αυτή καθίσταται επιτεταμένη κι αυξημένη συγκριτικά με αυτούς των υπόλοιπων νοσοκομείων. Σύμφωνα με έναν μεγάλο αριθμό μελετών, η ιατρονοσηλευτική πρακτική γίνεται αποτελεσματικότερη και συγχρόνως βελτιώνεται η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και κατά συνέπεια η έκβαση της ψυχικής υγείας του ασθενή όταν υπάρχει επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό που έρχεται σε καθημερινή επαφή. Οι ψυχικά ασθενείς έχουν ανάγκη να μιλήσουν με τους νοσηλευτές για όλα όσα τους προβληματίζουν και τους απασχολούν, να περάσουν δημιουργικό χρόνο μαζί τους και τελικά να αναπτύξουν μία σχέση εμπιστοσύνης. Ωστόσο, συνέπεια της προαναφερθείσας υποστελέχωσης που παρατηρείται σε αρκετές ψυχιατρικές κλινικές είναι η ανάγκη επικοινωνίας να μένει ανικανοποίητη και λόγω έλλειψης χρόνου οι νοσηλευτές να μην ακούν προσεκτικά τους ασθενείς, να μην τους δίνουν την απαραίτητη σημασία, να μην περνούν ποιοτικό χρόνο μαζί τους ακόμα και να μην ασχολούνται πολύ μαζί τους. Χαρακτηριστικά είναι όσα είπε η Κ.Γ. *«Δεν υπάρχει πάντα χρόνος για επικοινωνία κι αλληλεπίδραση αλλά προσπαθώ να βρω χρόνο γιατί έτσι μέσα από την επικοινωνία με τον ασθενή μπορείς να μάθεις πράγματα που θα βοηθήσουν στην πορεία της νόσου του».*

Συμπερασματικά λοιπόν, σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, προκύπτει, ότι παρατηρείται σημαντική έλλειψη προσωπικού στις μονάδες ψυχικής υγείας. Αυτή εξάλλου είναι κι η μεγαλύτερη δυσκολία που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι νοσηλευτές που εργάζονται σε αυτές. Το εν λόγω πρόβλημα έχει αρνητικό αντίκτυπο τόσο στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών προς τους ασθενείς όσο και στην ψυχολογία αλλά και την υγεία των νοσηλευτών οδηγώντας τους σε αρκετές περιπτώσεις στην επαγγελματική εξουθένωση. Μάλιστα, δεδομένου ότι οι ψυχικά ασθενείς χρήζουν ιδιαίτερης, εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας περισσότερο από κάθε άλλο ασθενή κρίνεται απαραίτητη η άμεση στελέχωση των ψυχιατρικών μονάδων με επαρκή προσωπικό.

- **Τα αίτια του φαινομένου «περιστρεφόμενης πόρτας»**

Αναμφισβήτητα, οι παθήσεις ψυχικής φύσεως χρήζουν μακροχρόνιας στήριξης και παρακολούθησης προκειμένου να προλαμβάνεται η υποτροπή της νόσου, η οποία στην πληθώρα των περιπτώσεων οδηγεί σε επανεισαγωγή του ασθενή σε κάποια ψυχιατρική κλινική, στο λεγόμενο φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας». Η διερεύνηση κι ο εντοπισμός των προβλεπτικών παραγόντων που συνδέονται άρρηκτα με το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας» θεωρούνται ιδιαίτερος σημαντικά.

Πρωταρχικός παράγοντας για την εκδήλωση του εν λόγω φαινομένου είναι η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Κι αυτό γιατί η σωστή αντιμετώπιση του ψυχικά ασθενούς βασίζεται στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Πράγματι, οι περισσότερες περιπτώσεις νέου επεισοδίου σε έναν ψυχικά ασθενή σχετίζονται με τη λανθασμένη διακοπή του φαρμάκου με πρωτοβουλία του ασθενή. Η ελλιπής ή η μη φαρμακευτική συμμόρφωση των ψυχικά ασθενών συνιστά ένα πρόβλημα που προκαλείται από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες όπως είναι η απουσία οικογενειακού και κοινωνικού υποστηρικτικού περιβάλλοντος, οι παρενέργειες που προκαλούν τα φάρμακα, η σύγχυση σχετικά με τον τρόπο και το χρόνο λήψης των φαρμάκων, η απροθυμία και σε ορισμένες περιπτώσεις η λογική ότι η θεραπεία δεν είναι πλέον απαραίτητη ή ότι δεν τους βοηθά. Μάλιστα, ένας μεγάλος αριθμός ασθενών αγνοεί τους τυχόν κινδύνους που ενδέχεται να προκύψουν για την υγεία τους σε περίπτωση που διακόψουν, παραλείψουν ακόμα και μειώσουν τις δόσεις των φαρμάκων. Χαρακτηριστικά η Κ.Β. είπε «*Η μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική*

*θεραπεία, οι παρενέργειες που μπορεί να έχουν τα φάρμακα και ειδικά στους νέους ασπούμε. Επίσης η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος».*

Παράλληλα, ακόμα και στις ημέρες μας που έχει σημειωθεί ένας εξορθολογισμός των αντιλήψεων και μία πρόοδος της επιστημονικής σκέψης, εξακολουθεί να υφίσταται το στίγμα προς τις ψυχικές ασθένειες και τους ψυχικά ασθενείς. Οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα που ακολουθούν την ψυχική ασθένεια δυστυχώς προδιαγράφουν την αρνητική αντιμετώπιση του ψυχικά ασθενούς κι εκφράζονται επηρεάζοντας τις συμπεριφορές και τις διακρίσεις εις βάρος του οδηγώντας τον τελικά στον κοινωνικό αποκλεισμό. Πράγματι, ο ψυχικά ασθενής αντιμετωπίζεται με φόβο και δυσπιστία ενώ συχνά υφίσταται διακρίσεις και στερείται δικαιώματα σε καίριους τομείς της καθημερινότητάς του όπως είναι η αγορά εργασίας, η εύρεση κατοικίας ακόμα και οι υπηρεσίες υγείας σε ορισμένες περιπτώσεις. Το στίγμα λοιπόν συνιστά εμπόδιο στην προσπάθειά του να είναι λειτουργικός και να διαβιώσει αξιοπρεπώς στην κοινωνία υποβαθμίζοντας μάλιστα την ποιότητα ζωής του. Πέραν όμως από τον ίδιο, οι συνέπειες του στίγματος επηρεάζουν τόσο το οικογενειακό όσο και το κοινωνικό του περιβάλλον ευρύτερα. Συγκεκριμένα, η οικογένεια του ψυχικά ασθενούς βιώνει την απόρριψη ενώ το εν λόγω στίγμα λειτουργεί απαξιωτικά και στην κοινωνική του αλληλεπίδραση οδηγώντας σε πρακτικές διαχωρισμού ή απόρριψης. Τα προαναφερθέντα λοιπόν υποχρεώνουν κι επιφέρουν τελικά τη διακοπή της στήριξης τόσο από το οικογενειακό όσο κι από το φιλικό περιβάλλον καθώς και τη στέρηση της αποδοχής τους. Ο ψυχικά ασθενής όμως έχει απόλυτη ανάγκη ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος που θα τον στηρίξει, θα τον αποδέχεται και συγχρόνως θα μεριμνάει για τη σωστή λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής και τον τακτικό επανέλεγχο από τον θεράποντα ιατρό. Δυστυχώς, σε αρκετές περιπτώσεις, ο ψυχικά ασθενής σε μία προσπάθεια υποστύλωσης της ταυτότητάς του και αποσιώπησης της ασθένειάς του που αποτελεί την αιτία για την αρνητική αντιμετώπισή του ή τη μη αποδοχή του διακόπτει τη φαρμακευτική αγωγή οδηγούμενος τελικά σε υποτροπή. *Η Κ.Α. είπε σχετικά «Αν δεν έχει υποστηρικτικό περιβάλλον στο σπίτι του, ο ασθενής θα βρεθεί πάλι μόνος του. Είναι ξεκρέμαστος. Η κοινωνία τον έχει απομονώσει άρα δεν μπορεί να σταθεί ούτε εργασιακά, ούτε οικονομικά, ούτε κοινωνικά και κάπου ματαιώνεται. Υπάρχει η ματαίωση και ο παραγκωνισμός».* Επίσης, η Β.Α. ανέφερε *«Κουράζεται το οικογενειακό περιβάλλον, υπάρχει κόπωση και ψυχολογική και σωματική. Ο φόβος που νιώθει η πολυκατοικία ή οι συγγενείς τον φέρνουν ξανά στο ψυχιατρείο».*



Πέραν των παραπάνω, ανάμεσα στους παράγοντες που συγκαταλέγονται στην συχνή επανεισαγωγή των ψυχικά ασθενών στις μονάδες νοσηλείας είναι το αλκοόλ και οι τοξικές ουσίες. Μάλιστα, ο συνδυασμός φαρμάκων και αλκοόλ ή τοξικών ουσιών δύναται να αλλάξει ή να επιτείνει τη δράση και των δύο οδηγώντας σε δυσάρεστες καταστάσεις. Τόσο το αλκοόλ όσο και οι τοξικές ουσίες έχουν επιπτώσεις στον εγκέφαλο και μπορούν να επηρεάσουν τα νεύρα και το μυαλό. Η μακρόχρονη κατανάλωσή τους οδηγεί σε επιδείνωση της ψυχικής διάθεσης και στην καλλιέργεια συναισθημάτων, όπως είναι η ευερεθιστότητα και η κατάθλιψη, καθώς και καχύποπτων ή δυσάρεστων σκέψεων. Τα προαναφερθέντα γίνονται εντονότερα σε ανθρώπους που πάσχουν από ψυχικά νοσήματα οδηγώντας τους στην πληθώρα των περιπτώσεων σε υποτροπή και στην ανάγκη επανανοσηλείας. Η Κ.Γ. είπε χαρακτηριστικά *«Η διακοπή φαρμακευτικής αγωγής, αλκοόλ, τοξικές ουσίες»*.

Επιπροσθέτως, η υπολειτουργία ακόμα και η ανυπαρξία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Ψυχικής Υγείας συνιστά παράγοντα εκδήλωσης του φαινομένου της «περιστρεφόμενης πόρτας». Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι αυτή που φέρνει τη φροντίδα υγείας κοντά στο χώρο όπου οι πολίτες ζουν κι εργάζονται αποτελώντας ουσιαστικά την πρώτη επαφή τους με το σύστημα υγείας. Δυστυχώς, στη χώρα μας η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Ψυχικής Υγείας χαρακτηρίζεται ελλιπής όσο αφορά τόσο στην πρόσβαση όσο και στην παρακολούθηση της φροντίδας των ασθενών. Επιπλέον, δεν υπάρχουν οι δομές εξωνοσοκομειακής υποστήριξης που θα μπορούσα να συνδέουν τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Ψυχικής Υγείας με τα ψυχιατρικά νοσοκομεία στηρίζοντας τόσο τους ίδιους τους ασθενείς όσο και τις οικογένειες αυτών. Γίνεται λοιπόν φανερό ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα στην Ψυχική Υγεία αδυνατεί να καλύψει και να αντιμετωπίσει τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών μετά το τέλος της νοσηλείας τους, δε διαθέτει σύστημα αξιολόγησης των ασθενών μέσω του οποίου θα μπορούσαν να προβλεφθούν και τελικά να περιοριστούν κάποιες υποτροπές ενώ παρατηρείται και ανεπάρκεια υποδομών ιδιαίτερα στην επαρχία. Χαρακτηριστική είναι η απάντηση της Β.Α. *«Δεν υπάρχει μία συνέχεια στην αντιμετώπιση του ασθενούς, δηλαδή δεν υπάρχουν εξωτερικές δομές για να μπορούμε να έχουμε μία επικοινωνία με τον ασθενή. Θα μπορούσαν να είχαν αναπτυχθεί εξωνοσοκομειακές δομές»*. Τέλος, ανάμεσα στους παράγοντες που συντελούν στην εκδήλωση του φαινομένου της «περιστρεφόμενης πόρτας» είναι η απουσία

μακροπρόθεσμων στόχων που θα λειτουργούν ως κίνητρο για τους ασθενείς, η φτώχεια και η χρονιότητα της νόσου.

Σύμφωνα λοιπόν με όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, μία σειρά παραγόντων ευθύνονται για τις συχνές υποτροπές και την ανάγκη συχνών επανεισαγωγών των ψυχικά ασθενών στις ψυχιατρικές μονάδες επιφέροντας τελικά μείωση της λειτουργικότητάς τους και ‘απόσυρσή’ τους με αποτέλεσμα τελικά τη χρονιότητα της νόσου, το στίγμα ακόμα και τον ιδρυματισμό τους.

- **Η επιβάρυνση των νοσηλευτών από το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας**

Είναι γεγονός ότι η λήψη αποφάσεων αποτελεί καθημερινή πρακτική για τους νοσηλευτές. Οι νοσηλευτές στον τομέα της ψυχικής υγείας οφείλουν να είναι καλά προετοιμασμένοι προκειμένου να είναι ικανοί να λύνουν περίπλοκα ζητήματα καθώς και δεοντολογικά ζητήματα που είναι άμεσα συνυφασμένα με τη φύση των ψυχικών ασθενειών. Είναι ουσιαστικά οι άμεσοι εκφραστές των αναγκών των ασθενών αλλά και οι υπερασπιστές τους.

Οι ασθενείς με ψυχικά νοσήματα αποτελούν από τους πλέον ευάλωτους πληθυσμούς της κοινωνίας μας. Οι ψυχικά ασθενείς που νοσηλεύονται στις ψυχιατρικές κλινικές συχνά χρειάζονται βοήθεια για να εκτελέσουν ακόμα και τις πιο απλές καθημερινές τους ανάγκες. Οι νοσηλευτές λοιπόν λειτουργούν ως υποστηρικτές και συμπαραστάτες τους κι είναι οι πιο δικοί τους άνθρωποι κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας των ασθενών ανήκει στους νοσηλευτές, οι οποίοι προσφέρουν τόσο σωματική όσο και ψυχολογική βοήθεια στους νοσηλευόμενους ασθενείς. Εξάλλου, η θεραπεία και η φροντίδα συνιστούν την ‘καρδιά’ και την αποστολή της νοσηλευτικής.

Οι επανεισαγωγές των ασθενών στις ψυχιατρικές μονάδες δημιουργούν στους νοσηλευτές ένα αίσθημα ματαίωσης κι απογοήτευσης όπως αποτυπώθηκε

στην έρευνα που διεξήχθη. Η πτώση του επιπέδου της αυτοεκτίμησης οδηγεί στο αίσθημα ματαιώσης και στην πεποίθηση ότι η φροντίδα που προσέφεραν, οι νοσηλευτικές υπηρεσίες που παρείχαν, ακόμα και η κριτική τους ικανότητα αναφορικά με την ετοιμότητα του ασθενούς να εξέλθει από το νοσοκομείο και να είναι λειτουργικός δεν ήταν σωστές και επαρκείς. Πράγματι οι νοσηλευτές βιώνουν συναισθήματα αναξιότητας, χαμηλής αυτοεκτίμησης, ανικανότητας και έντονης πίεσης – στρες. Τα αρνητικά συναισθήματα που επικρατούν στην ψυχολογία τους αυξάνουν τα επίπεδα ψυχολογικής πίεσης επηρεάζοντας τελικά αρνητικά τα επίπεδα της ψυχικής τους ανθεκτικότητας γενικότερα. Οι νοσηλευτές παύουν να αισθάνονται ικανοποίηση από την εργασία τους ενώ είναι και δυσαρεστημένοι από την προσωπική τους επαγγελματική απόδοση. Καλλιεργούνται έτσι αισθήματα αυτό - αμφισβήτησης και ηττοπάθειας.

Κατά τη παραμονή του ασθενούς στο ψυχιατρικό νοσοκομείο αναπτύσσεται μία στενή σχέση και μία οικειότητα με τον νοσηλευτή τέτοια ώστε να επιτρέψει στον ασθενή να αισθανθεί εμπιστοσύνη και άνεση. Ο νοσηλευτής από τη μεριά του αισθάνεται συμπόνια, η οποία αποτελεί μέρος της συναισθηματικής προσφοράς φροντίδας. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι στις περιπτώσεις επανεισαγωγών, οι νοσηλευτές θεωρούν τον εαυτό τους συνυπεύθυνο για την αποτυχία επίτευξης του στόχου που δεν είναι άλλος από την ίαση του ασθενούς σε τέτοιο βαθμό ώστε με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και ένα υποστηρικτικό περιβάλλον να μπορεί να διαβιώνει αρμονικά και λειτουργικά στην κοινωνία. Χαρακτηριστικά είναι τα λόγια της Β.Α. *«Φυσικά και νιώθεις μια ματαιώση. Νιώθουμε μια απογοήτευση που αφορά αν θέλετε και τον ασθενή που έχουμε απέναντί μας αλλά και τον ίδιο μας τον εαυτό. Λέμε όλος αυτός ο αγώνας που κάναμε τι έγινε, χάθηκε.. είναι δηλαδή σαν να μην έχει τελειωμό όλο αυτό το πράγμα..»*

Ωστόσο, στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι στις περιπτώσεις επανεισαγωγών των ασθενών, οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται ότι μετά το πέρας της νοσηλείας κάτι δεν λειτούργησε σωστά στο εξωνοσοκομειακό περιβάλλον με αποτέλεσμα να σημειωθεί υποτροπή και να χρειαστεί εκ νέου νοσηλεία. Στην πραγματικότητα λοιπόν δεν είναι οι ίδιοι οι βασικοί υπεύθυνοι για τυχόν υποτροπές αλλά μία σειρά εξωγενών παραγόντων. Δεδομένου όμως ότι όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, στην πληθώρα των περιπτώσεων η διακοπή της

φαρμακευτικής αγωγής ευθύνεται για έναν μεγάλο αριθμό επανεισαγωγών, αυτό που οφείλουν να εξασφαλίζουν οι νοσηλευτές στο μέγιστο δυνατό βαθμό είναι η εκπαίδευση των ασθενών καθώς και η ευαισθητοποίησή τους αναφορικά με την αναγκαιότητα λήψης της φαρμακευτικής αγωγής μετά το τέλος της νοσηλείας.

Είναι λοιπόν σημαντική μια τέτοια προσέγγιση εκ μέρους των νοσηλευτών η οποία θα επικεντρώνεται στους ίδιους τους ψυχικά ασθενείς, αντιμετωπίζοντάς τους σαν ολότητα και καλύπτοντας τις ανάγκες τους. Με τον τρόπο αυτό θα γίνει μία αξιόλογη προσπάθεια περιορισμού των επανεισαγωγών των ασθενών και κατά συνέπεια θα περιοριστεί το αίσθημα ματαιώσης που ταλαιπωρεί τους νοσηλευτές, ενώ παράλληλα θα νιώθουν χρήσιμοι γι' αυτούς τους ανθρώπους και έτσι θα τονώνεται το αίσθημα της αυτοπραγμάτωσης και της ικανοποίησης.

- **Ανάγκη για ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα**

Οι ψυχικά ασθενείς, οι οποίοι στην πληθώρα των περιπτώσεων βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό, συνιστούν μία ιδιαίτερος ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα. Η χρόνια ψυχική ασθένεια έχει σημαντικές επιπτώσεις τόσο στη ζωή του ίδιου του ασθενούς όσο και στην οικογένειά του και το κοινωνικό του περιβάλλον ευρύτερα. Απαιτούνται πολύπλευρες θεραπευτικές προσεγγίσεις προκειμένου να αντιμετωπισθούν οι επιπτώσεις και τελικά ο ασθενής να μη χρειάζεται να νοσηλεύεται συχνά σε ψυχιατρικές μονάδες αλλά να μπορεί να είναι λειτουργικός στην κοινωνία. Στόχος της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι να βοηθήσει τους ασθενείς που νοσηλεύονται σε κάποια ψυχιατρική κλινική να αυξήσουν τη λειτουργικότητά τους στο περιβάλλον και τελικά να ανακτήσουν τον κοινωνικό τους ρόλο ως ισότιμα μέλη της κοινωνίας.

Πρωταρχικό μέλημα του νοσηλευτικού προσωπικού για τον περιορισμό των επανεισαγωγών πρέπει να είναι η καλλιέργεια ενός ισχυρού δεσμού με τους νοσηλευόμενους ψυχικά ασθενείς. Αναμφισβήτητα, χωρίς την ύπαρξη εμπιστοσύνης ο ασθενής δε θα μπορέσει να αποκτήσει ποτέ το κίνητρο και την αυτοπεποίθηση που χρειάζεται. Ο νοσηλευτής πρέπει να αποδέχεται τον ψυχικά ασθενή ως έναν άνθρωπο που έχει αξία και δικαίωμα να ζήσει όπως όλοι οι άλλοι άνθρωποι. Η εν λόγω αποδοχή συνεπάγεται αυτόματα ενδιαφέρον προς αυτόν χωρίς όρους και

προϋποθέσεις και δημιουργία ενός άνετου, έμπιστου κι ασφαλούς περιβάλλοντος. Πρόκειται για μία ενσυνείδητη θεραπευτική στάση η οποία επιδιώκει την αλλαγή του παθολογικού τρόπου συμπεριφοράς του ασθενούς προκειμένου να είναι δυνατή η αρμονική του συμβίωση με άλλους ανθρώπους. Ο σεβασμός του νοσηλευτή εκφράζεται με προσεκτική ακρόαση του ασθενούς, διαρκή επικοινωνία, συνεργασία για την επίτευξη κοινών σκοπών και διαβεβαίωσή ότι στην προσπάθειά του θα τον έχει δίπλα του ως προστασία κι ασφάλεια.

Οι ψυχικά ασθενείς έχουν ανάγκη από επικοινωνία. Ο ρόλος της επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτή και ψυχικά ασθενούς κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικός και διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο τόσο στην ψυχολογία των ασθενών όσο και στην έκβαση της θεραπείας τους. Ο νοσηλευτής λοιπόν πρέπει να ακούει διαρκώς τα λόγια του ασθενή αλλά και να παρατηρεί τη στάση του σώματός του προκειμένου να αποκωδικοποιεί τα μηνύματα που μεταβιβάζονται χωρίς λόγια. Πρέπει να μιλάει λίγο και να ακούει πολύ. Το πιο σημαντικό όμως είναι να δημιουργήσει τις συνθήκες αυτές που θα επιτρέψουν στον ασθενή να μιλήσει άνετα, ελεύθερα για όλα όσα τον απασχολούν. Επίσης, πρέπει να είναι δίπλα του δείχνοντας ενδιαφέρον για την φροντίδα του και την ενδυνάμωσή του προκειμένου να μπορέσει να αντιμετωπίσει με θάρρος την κατάσταση που βιώνει και τελικά να επανακτήσει μία υγιή συμπεριφορά. Συγχρόνως, ο νοσηλευτής συμβάλλει στη συμβουλευτική βοήθεια του ασθενούς κάθε φορά που αυτός χρειάζεται. Η θεραπευτική σχέση νοσηλευτή – ασθενή πρέπει λοιπόν να οικοδομείται σε θεμέλια εμπιστοσύνης και σεβασμού. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι σε αρκετές περιπτώσεις ο φόρτος εργασίας αλλά και οι ελλείψεις σε προσωπικό δεν επιτρέπουν την επικοινωνία λόγω περιορισμένου χρόνου. Ωστόσο, οι νοσηλευτές πρέπει να κάνουν τη μέγιστη δυνατή προσπάθεια ώστε να βρίσκουν κάποιες στιγμές, ακόμα και λίγες, να αφιερώνουν στην επικοινωνία με τους ασθενείς και να περνούν ποιοτικό χρόνο μαζί τους.

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η ψυχική ασθένεια πέραν από τον ίδιο τον ασθενή επηρεάζει όλες τις πτυχές της ψυχοσυναισθηματικής και κοινωνικής ζωής της οικογένειας αποδιαρθρώνοντας τις οικογενειακές σχέσεις και την οικογενειακή ατμόσφαιρα γενικότερα. Σε αρκετές περιπτώσεις, το οικογενειακό περιβάλλον αδυνατεί ή δυσκολεύεται πολύ να αποδεχτεί ότι το αγαπημένο τους άτομο πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια. Παράλληλα, στο κοινωνικό σύστημα η οικογένεια του ασθενούς έρχεται αντιμέτωπη με τον φόβο και τις προκαταλήψεις του κοινού με

απώτερη συνέπεια τον στιγματισμό και τον αποκλεισμό. Έτσι οι οικογένειες των ασθενών αισθάνονται μόνες και αδύναμες να αντιμετωπίσουν την ασθένεια και σε αρκετές περιπτώσεις δεν είναι υποστηρικτικοί, ακόμα και εγκαταλείπουν, τον άνθρωπό τους - ψυχικά ασθενή. Προκειμένου λοιπόν ο νοσηλευτής να μπορέσει να συμβάλει στην ολιστική θεραπεία του ασθενούς και να αποφύγει το ενδεχόμενο επανεισαγωγής του μελλοντικά, οφείλει να συνεργαστεί και να εκπαιδεύσει το οικογενειακό του περιβάλλον ώστε κι αυτό με τη σειρά του να σταθεί δίπλα του και να τον υποστηρίξει. Στην κατεύθυνση αυτή, οι νοσηλευτές οφείλουν να ενημερώσουν υπεύθυνα την οικογένεια ώστε να κατανοήσει την ψυχική διαταραχή και τις σύγχρονες θεραπείες, να την εκπαιδεύσει ώστε να αποκτήσει τις κατάλληλες δεξιότητες για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ασθένειας και την αποτελεσματική επίλυση των προβλημάτων και των δυσκολιών που προκύπτουν και τέλος να την υποστηρίξει τόσο πρακτικά όσο και συναισθηματικά προκειμένου να μπορέσει να αντιπαλέψει τα συναισθήματα απομόνωσης και στιγματισμού. Κρίνεται λοιπόν απαραίτητη η διαρκής επαφή με το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών με στόχο την ενθάρρυνση, την παροχή των σωστών κατευθύνσεων-συμβουλευτικής ώστε αυτό (το οικογενειακό περιβάλλον) με τη σειρά του να μπορέσει να σταθεί δίπλα στον δικό του άνθρωπο-ασθενή μετά το πέρας της νοσηλείας και να τον βοηθήσει να ενταχθεί ομαλά στον κοινωνικό ιστό και στην καθημερινότητά του. Οι νοσηλευτές πρέπει να μεταφέρουν στις οικογένειες των ασθενών τη γνώση που χρειάζονται, γιατί η γνώση είναι δύναμη και βοηθά στην κατανόηση και την αποδοχή της αρρώστιας. Και την ίδια ώρα να καταστήσουν σαφές ότι η αποδοχή δεν σημαίνει παραίτηση από την ελπίδα για θεραπεία!

Επιπλέον, καθοριστικής σημασίας για την αποφυγή του φαινομένου της «περιστρεφόμενης πόρτας» κρίνεται η εκπαίδευση των ασθενών, ήδη από τα πρώτα στάδια της νοσηλείας τους, αναφορικά με την ανάγκη αδιάκοπης λήψης της φαρμακευτικής τους αγωγής. Κι αυτό γιατί η θεραπεία των ψυχικών ασθενειών και η ανακούφιση από τα συμπτώματα προϋποθέτουν τη λήψη μίας σωστής φαρμακευτικής αγωγής σε βάθος χρόνου. Δυστυχώς, σε αρκετές περιπτώσεις οι ψυχικά ασθενείς διακόπτουν τη λήψη της φαρμακευτικής τους αγωγής μετά το πέρας της νοσηλείας καθώς είτε αισθάνονται καλύτερα και συνεπώς πιστεύουν ότι δεν τη χρειάζονται πια είτε αντιμετωπίζουν κάποια ανεπιθύμητες παρενέργειες και θέλουν να τις αποφύγουν. Οι νοσηλευτές οφείλουν να καταστήσουν σαφές στους ασθενείς ότι η σύσταση των ιατρών αναφορικά με την φαρμακευτική αγωγή αποβλέπει στην επίτευξη

συγκεκριμένων επιθυμητών αποτελεσμάτων αναφορικά με την ψυχοσωματική τους υγεία με απώτερο στόχο τη βέλτιστη διαχείριση διάφορων παθολογικών καταστάσεων και την αποφυγή τυχόν υποτροπών. Αναμφισβήτητα, η μη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής δημιουργεί αυξημένες πιθανότητες για εξέλιξη της ασθένειας, εμφάνιση παρενεργειών κι επιζήμιων συνεπειών, αποτυχία της θεραπείας και τελικά επανανοσηλεία. Ο ρόλος λοιπόν του νοσηλευτή είναι λοιπόν να μεταφέρει τη γνώση στους ασθενείς αλλά συγχρόνως να δημιουργήσει και τα κατάλληλα κίνητρα λαμβάνοντας πάντα υπόψη τα συναισθήματα και τις προσδοκίες του ασθενούς και τελικά να τον καταστήσει ενεργό συμμετέχο στη διαδικασία της περίθαλψής του και της λήψης της φαρμακευτικής του αγωγής.

Κλείνοντας, ανάμεσα στις προτάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού για την αποφυγή των επανεισαγωγών των ασθενών είναι η διαρκής παρατήρησή τους κι ο εντοπισμός ακόμη και μικρών αλλαγών στην κλινική τους εικόνα ή τη συμπεριφορά τους, η παροχή εξατομικευμένης φροντίδας ήδη από την πρώτη μέρα της νοσηλείας, η καλλιέργεια κλίματος συναισθηματικής ασφάλειας κι αποδοχής, η διαρκής εκπαίδευση κι ενημέρωση για τη φύση των ψυχικών ασθενειών και τις βέλτιστες πρακτικές νοσηλευτικής φροντίδας, η τήρηση και παρακολούθηση αρχείου αναφορικά με τις απαραίτητες επισκέψεις επανελέγχου ή λήψης αγωγής βραδείας αποδέσμευσης από τους ασθενείς και τέλος η επένδυση του κρατικού μηχανισμού στην πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας και στο θεσμό των κοινοτικών δομών και των κοινοτικών νοσηλευτών. Χαρακτηριστικά είναι όσα δήλωσε ο Κ.Ι. *«Ο νοσηλευτής πρέπει να παρατηρεί τη συμπεριφορά του ασθενούς, το πώς κινείται μέσα στην κλινική, αν τρώει. Να αφήνει τον ασθενή να του μιλάει, να μην τον διακόπτει. Τον αφήνεις τον ασθενή να μιλάει να βγάζει πράγματα από μέσα του»* καθώς και της Κ.Γ. *«Εξατομικευμένη φροντίδα, συνεχή εκπαίδευση και ενημέρωση και ανάπτυξη εμπιστοσύνης και επικοινωνίας με τον άρρωστο»*.

## 4. Συζήτηση - Συμπεράσματα

Η παρούσα διπλωματική εργασία με τίτλο «Το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας στις ψυχιατρικές κλινικές μέσα από την οπτική των νοσηλευτών» πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των απόψεων και συναισθημάτων των νοσηλευτών ψυχιατρικής κλινικής για το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας».

Για την πραγματοποίηση της έρευνας επιλέχθηκε η ποιοτική μεθοδολογία και συγκεκριμένα η ημι-δομημένη συνέντευξη με ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, λόγω της φύσης του ερευνητικού προβλήματος, καθώς στόχος η διερεύνηση, η περιγραφή, η ανάλυση και η ερμηνεία ενός ζητήματος που υπάρχει όχι μόνο στον εργασιακό χώρο αλλά και μετά τον φόρτο της εργασίας κατά την διάρκεια που ο άνθρωπος ηρεμεί σωματικά και ψυχικά. Μέσω της ποιοτικής έρευνας δόθηκε η δυνατότητα στον ερευνητή να κατανοήσει τους συμμετέχοντες νοσηλευτές καλύτερα ώστε να υπάρξει το βέλτιστο αποτέλεσμα.

Σύμφωνα με τα ευρήματα που προέκυψαν διαπιστώνουμε ότι από τα σημαντικότερα ζητήματα που θέτουν οι νοσηλευτές είναι η έλλειψη προσωπικού που παρατηρείται στις ψυχιατρικές μονάδες θέτοντας σε κίνδυνο την υγεία και ασφάλεια των ασθενών και των ιδίων. Κατά τα τελευταία έτη εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, δεν γίνονται μαζικές προσλήψεις των νοσηλευτών και των επαγγελματιών υγείας στο δημόσιο τομέα με αποτέλεσμα να έχουν προκύψει τεράστια προβλήματα, τα οποία δυσχεραίνουν διαχρονικά το έργο των νοσηλευτών στις υπηρεσίες υγείας. Τα προβλήματα αυτά είναι άμεση απόρροια της μεγάλης αριθμητικής μείωσης των νοσηλευτών, εξαιτίας των συνταξιοδοτήσεων, των μακροχρόνιων αναρρωτικών



αδειών πχ λόγω χρόνιων νοσημάτων, κυρίως από το μεγάλο μέσο όρο ηλικίας των νοσηλευτών που ανέρχεται στα 47.5 έτη, η οποία, συνδυαστικά με την αυξανόμενη ζήτηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας - η δύναμη κλινών ανά ψυχιατρική κλινική υπερβαίνει το ποσοστό κάλυψης στην πλειοψηφία των περιπτώσεων - προκαλεί εργασιακή «ασφυξία» στο ελάχιστο πλέον εναπομείναν νοσηλευτικό προσωπικό. Σύμφωνα με τα δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Mental Health Atlas 2017), αναλογούν 23.5 νοσηλευτές/100,000 κατοίκους στις χώρες με υψηλό εισόδημα, 6,8/100.000 στις χώρες με μεσαίο εισόδημα, 1.4/100.000 στις χώρες με χαμηλό – μεσαίο εισόδημα και 0.3/100.000 όσον αφορά την Ελλάδα. Σχετικά με την Ελλάδα, η συγκεκριμένη αναλογία, δεν ανταποκρίνεται πλήρως την πραγματικότητα, επειδή ο αναφερόμενος αριθμός αναφέρεται στο σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού, χωρίς να καταγράφεται ο διαχωρισμός μεταξύ νοσηλευτών ΠΕ/ΤΕ και των εξειδικευμένων νοσηλευτών ψυχικής υγείας δηλαδή στους κατόχους της νοσηλευτικής ειδικότητας ψυχικής υγείας.

Ακόμη, αναφορικά με τα διεθνή δεδομένα, σχετικά με τη στελέχωση των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας με νοσηλευτές σε σχέση με τους ασθενείς, οι αντιστοιχίες νοσηλευτών–ασθενών ανέρχονται σε 1:6. Συγκεκριμένα, όσον αφορά την ενδονοσοκομειακή ψυχιατρική νοσηλεία, η αντιστοιχία νοσηλευτικού προσωπικού (νοσηλευτές–βοηθοί νοσηλευτών) σε σχέση με τους ασθενείς φτάνει στην καλύτερη περίπτωση κατά την πρωινή βάρδια 5:35-40 (μαζί με τον Προϊστάμενο Νοσηλευτή), στην απογευματινή και νυχτερινή βάρδια 2:35 – 40 (στην πλειοψηφία χωρίς την παρουσία Νοσηλευτή, με την παρουσία μόνο βοηθών νοσηλευτών) (ΣΥΝΟΨΥΝΟ ΕΣΥ, 2020).

Μέσα σε αυτό το ήδη βεβαρυμμένο εργασιακό περιβάλλον, προτίθεται το μεγάλο ποσοστό ακούσιων νοσηλειών δηλαδή οι εισαγγελικές παραγγελίες νοσηλείας – αναγκαστική νοσηλεία, το οποίο καλύπτει το 60% από τις συνολικές εισαγωγές των ασθενών, είτε αυτές αφορούν την πρώτη είσοδο (εισαγωγή), είτε έχουν να κάνουν με επανείσοδο, τις ημέρες εφημερίας (Πάλλης και συν 2007). Η ακούσια νοσηλεία χρειάζεται μια πιο εξατομικευμένη νοσηλευτική και διεπιστημονική προσέγγιση για την ορθή διαχείριση του ασθενή, μιας και, μόνο από ο «ορισμός» της, καταγράφει την «παρά τη θέληση νοσηλεία», κάτι το οποίο από μόνο του αναδεικνύει την σοβαρή πιθανότητα εκδήλωσης βίαιων συμπεριφορών (Schmidt& Uman, 2020).

Αναφορικά με τους παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνιση της περιστρεφόμενη πόρτας, οι νοσηλευτές της έρευνας επιβεβαιώνοντας τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας, αναφέρουν τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, τις προκαταλήψεις και τα στερεότυπα αναφορικά με την ψυχική νόσο με αποτέλεσμα να στιγματίζονται οι ασθενείς, το αλκοόλ και οι τοξικές ουσίες και τέλος η υποστελέχωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Ψυχικής Υγείας που έχει σαν συνέπεια την μη ορθή λειτουργία του (Di Lorenzo, et al.,2016).

Σχετικά με τα συναισθήματα καθώς και τις σκέψεις των νοσηλευτών της έρευνας για την επανεισαγωγή των ασθενών, κατεγράφησαν έντονα συναισθήματα απογοήτευσης καθώς και αισθήματα ματαιώσης, καθώς νιώθουν σαν να αναιρούνται οι προσπάθειες τους και η φροντίδα τους προς τους ασθενείς αυτούς. Αισθάνονται ότι φέρουν μεγάλη ευθύνη για τους ασθενείς τους και το γεγονός της επανεισαγωγής τους δρα αρνητικά στην ψυχολογία τους. Τα αποτελέσματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες σε νοσηλευτές ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα η Μισσουρίδου και συν (2022), αναφέρουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό βιώνει μια πολύπλευρη επιβάρυνση εξαιτίας των συχνών επανεισαγωγών των ασθενών.

Τέλος, σχετικά με τις προτάσεις των νοσηλευτών για τον περιορισμό του φαινομένου της «περιστρεφόμενη πόρτας» αναδεικνύεται η ανάγκη δημιουργίας ενός ισχυρού δεσμού μεταξύ ασθενή και νοσηλευτή εστιάζοντας ιδιαίτερα στις παραμέτρους της επικοινωνίας, της ασφάλειας και της αποδοχής. Μόνο μέσα από αυτό το πρίσμα ο ασθενής μπορεί να νιώσει εμπιστοσύνη προς το πρόσωπο του νοσηλευτή και να ακολουθήσει τις υποδείξεις του. Ακόμη, σημαντικός παράγοντας για τον περιορισμό επανεισόδου των ασθενών στις ψυχιατρικές κλινικές αποτελεί και η ορθή εκπαίδευση και κατάρτιση των νοσηλευτών. Η διεπιστημονική συνεργασία είναι επίσης καταλυτικός παράγοντας για την ασφάλεια των ασθενών και την προστασία τους από την επανεισαγωγή τους στην ψυχιατρική κλινική (Lauer & Brownstein, 2008).

Σύμφωνα με τα ευρήματα της εργασίας αναδεικνύονται ορισμένα σημαντικά προς περαιτέρω διερεύνηση ζητήματα τα οποία αφορούν στην διεπαγγελματική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας στις ψυχιατρικές κλινικές καθώς επίσης και οι

σχέσεις νοσηλευτών με τους φροντιστές όπως επίσης και η συνεχιζόμενη διεπαγγελματική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Η ψυχιατρική πρακτική εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από την καλή συνεννόηση και επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών. Όταν αυτό δεν υπάρχει ή απειλείται, η κλινική φροντίδα είναι μειωμένη. Ιστορικά, η σχέση γιατρού-νοσηλευτή έχει αποκτήσει το καθεστώς μιας ειδικής σχέσης. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στο πλαίσιο των ασθενών και στη θεραπεία ατόμων με σοβαρές ψυχικές ασθένειες, όπου γίνεται η κυρίαρχη δυάδα, επηρεάζοντας άλλες διεπιστημονικές αλληλεπιδράσεις και, ειδικότερα, τη φύση της σχέσης με τους ασθενείς (Webster & Harrison, 2004).

Η φύση της αλληλεπίδρασης γιατρού-νοσηλευτή αλλάζει με ουσιαστικούς τρόπους. Απομακρυνόμενοι από την παραδοσιακή σχέση, με τις σημαντικές διαφορές σε δύναμη και επιρροή, οι νοσηλευτές και οι γιατροί γίνονται πλέον ισότιμοι εταίροι στον κλινικό τομέα. Αν και είναι σημαντικό να κατανοήσουμε τους ιστορικούς παράγοντες που καθόρισαν τους ρόλους και τις ευθύνες κάθε επαγγέλματος, καθώς και τους τομείς συγκρούσεων και διαφωνιών, είναι η αμοιβαία αλληλεξάρτηση νοσηλευτών και γιατρών που θα οδηγήσει στην αληθινή συνεργατική κλινική εργασία στην ψυχιατρική. Η φύση της ψυχιατρικής πρακτικής καθιστά ακόμη πιο ζωτικής σημασίας την επικοινωνία και την αποσαφήνιση των τρόπων με τους οποίους αυτή η σχέση μπορεί να επηρεαστεί από τις δυναμικές αλληλεπιδράσεις με ασθενείς σε περιβάλλοντα κοινότητας και νοσηλείας. Στο πλαίσιο αυτό είναι απαραίτητη η συνεχιζόμενη διεπαγγελματική εκπαίδευση. Η διεπαγγελματική εκπαίδευση αναγνωρίζεται σε εθνικό επίπεδο σε όλους τους υποτομείς της υγειονομικής περίθαλψης ως μια αποτελεσματική πρακτική διδασκαλίας που προετοιμάζει τους επαγγελματίες υγείας να εργαστούν καλά σε ομάδες. Η υγειονομική περίθαλψη είναι ένας τεράστιος, συνεχώς εξελισσόμενος κλάδος που χρειάζεται ικανούς, συμπονετικούς επαγγελματίες που μπορούν να επικοινωνούν και να συνεργάζονται μεταξύ τους για να παρέχουν δίκαιη, οικονομικά προσιτή και αποτελεσματική φροντίδα (Webster & Harrison, 2004).

Η συνεχιζόμενη διεπαγγελματική εκπαίδευση αντικατοπτρίζει σκόπιμες πρωτοβουλίες που στοχεύουν στη βελτίωση της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και στη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης στα περίπλοκα περιβάλλοντα του χώρου εργασίας, μέσω της εμπλοκής δύο ή περισσότερων επαγγελματιών υγείας από διαφορετικό επαγγελματικό υπόβαθρο στη

μάθηση μεταξύ τους. Οι πρωτοβουλίες συνεχιζόμενης διεπαγγελματικής εκπαίδευσης είναι κατά κύριο λόγο κατάλληλες για επαγγελματίες υγείας μετά την αρχική τους κατάρτιση και μπορεί να είναι μια εναλλακτική λύση στα παραδοσιακά προγράμματα συνεχούς επαγγελματικής ανάπτυξης για την προώθηση της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Webster & Harrison, 2004).

Οι πρωτοβουλίες συνεχιζόμενης διεπαγγελματικής εκπαίδευσης θα πρέπει να αναπτυχθούν με σαφή κατανόηση της δυναμικής, της δομής του χώρου εργασίας και των κυρίαρχων στάσεων και προκαταλήψεων των στοχευμένων επαγγελματιών υγείας που να στηρίζονται σε υγιή θεωρητικά πλαίσια. Η θεωρία της κοινωνικής ταυτότητας, η αναστοχαστική και βιωματική θεωρία μάθησης και η μάθηση μέσα σε κοινότητες πρακτικής είναι εγγύς θεωρίες που μπορούν να εμφυσηθούν στο σχεδιασμό και την παράδοση των πρωτοβουλιών συνεχιζόμενης διεπαγγελματικής εκπαίδευσης. Οι πρωτοβουλίες συνεχιζόμενης διεπαγγελματικής εκπαίδευσης θα πρέπει να έχουν σαφή εστίαση στις πρακτικές διεπαγγελματικές ανταλλαγές που εντοπίζονται στον χώρο εργασίας μέσω της αλληλεπίδρασης και της συν-συμμετοχής όλων των επαγγελματιών υγείας. Οι μοναδικές πτυχές κάθε χώρου εργασίας και οι σχετικές συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα των πρωτοβουλιών συνεχιζόμενης διεπαγγελματικής εκπαίδευσης.

Εδώ θα πρέπει να υπογραμμιστεί και η σημαντικότητα της συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτών και φροντιστών ειδικά στον χώρο της ψυχικής υγείας. Η φροντίδα των ατόμων με ψυχική νόσο αποτελεί μια περίπλοκη και πολυσύνθετη διαδικασία με πλειάδα αλλαγών στην οικογενειακή ζωή των ίδιων. Οι οικογένειες που φροντίζουν άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας συχνά διακατέχονται από αμφιθυμικά συναισθήματα για τον ασθενή και τη νόσο, τις επανειλημμένες εισαγωγές στο νοσοκομείο, τον κοινωνικό στιγματισμό, καθώς και τις επιπτώσεις στην επαγγελματική και κοινωνική τους ζωή.

Δυστυχώς όμως στην Ελλάδα η συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών και των φροντιστών, δεν είναι γενικά, αυτή που απαιτείται και ειδικά στην ψυχιατρική μονάδα. Στην μεγάλη πλειοψηφία τους οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν τους φροντιστές σαν άτομα τα οποία δεν έχουν την απαιτούμενη γνώση αλλά και την εκπαίδευση ώστε να αντιμετωπίσουν όλες τις ανάγκες των ασθενών. Την ίδια άποψη σε γενικά πλαίσια έχουν και οι φροντιστές για τους νοσηλευτές, καθώς δεν πιστεύουν

ότι είναι ικανοί να κατανοήσουν ολοκληρωτικά τις ανάγκες που έχουν οι ασθενείς καθώς και οι ίδιοι. Αυτές οι απόψεις και αντιλήψεις κυριαρχούν ιδίως σε χώρους κλειστής νοσηλείας όπου οι νοσηλευτές θεωρούν τους φροντιστές απλά ως βοηθούς. Όμως, απαιτείται να παρέχεται στους φροντιστές όλη η απαιτούμενη γνώση, η εκπαίδευση, η σωστή πληροφόρηση για τη θεραπεία και τους μηχανισμούς υποστήριξης, για να μπορέσουν και οι ίδιοι να συνεισφέρουν τα μέγιστα. Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να επικεντρωθούν εντονότερα στην ορθή ενημέρωση των φροντιστών μιας κι αυτό θα συμφέρει διπλά, τόσο μέσω της καλής ψυχικής υγείας των φροντιστών και της παροχής ορθής φροντίδας στον ασθενή με στόχο την απόκλιση της επανεισαγωγής του στην ψυχιατρική κλινική.

## **Βιβλιογραφία**

### **Ελληνόγλωσση**

- Γαλάνης Π. (2017). Βασικές αρχές της ποιοτικής έρευνας στις επιστήμες υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 34, 834–840
- Γαλάνης Π. (2018). Μέθοδοι συλλογής δεδομένων στην ποιοτική έρευνα στις επιστήμες υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 35, 268–277
- Γαλάνης Π. (2017). Μεθοδολογία σχεδιασμού των μελετών. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 34, 559–566
- Ίσαρη Φ., & Πουρκός Μ. (2015). *Ποιοτική Μεθοδολογία Έρευνας*, Εφαρμογές στην Ψυχολογία και στην Εκπαίδευση.
- Πάλλης, Δ., Αποστόλου, Ν., Οικονόμου, Μ., & Στεφανής, Κ (2007). Αναγκαστική νοσηλεία και βέλτιστη φροντίδα ψυχικής υγείας: Η ευρωπαϊκή προοπτική και το παράδειγμα της Ελλάδος. *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*, 18 (4), 307-314
- Πουρκός, Μ. (2010). Η Διαμάχη μεταξύ Ποιοτικής και Ποσοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες: Διευρύνοντας τις Προοπτικές στη Μεθοδολογία και τον Ερευνητικό Σχεδιασμό. Στο Μ. Πουρκός & Μ. Δαφέρμος (επιμ.), *Ποιοτική Έρευνα στις Κοινωνικές Επιστήμες: Επιστημολογικά, Μεθοδολογικά και Ηθικά Ζητήματα* (σσ. 131-176). Αθήνα: Τόπος.
- Πουρκός, Μ. (2013). *Δυνατότητες και Όρια των Στρατηγικών Διεύρυνσης του Ερευνητικού Σχεδιασμού (Μείξης των Μεθοδολογιών) στην Κοινωνική, Ψυχολογική και Εκπαιδευτική Έρευνα*. Στο Μ. Πουρκός (επιμ.), *Δυνατότητες και Όρια της Μείξης των Μεθοδολογιών στην Κοινωνική, Ψυχολογική και Εκπαιδευτική Έρευνα: Επιστημολογικά και Μεθοδολογικά Ζητήματα των Προοπτικών Διεύρυνσης του Ερευνητικού Σχεδιασμού* (σ. 133-182). Αθήνα: Ίων.
- ΣΥ.ΝΟ.ΨΥ.ΝΟ. – Ε.Σ.Υ (2020, January 9). Υπόμνημα για την Υποστελέχωση από Νοσηλευτές στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας - Πανελλήνια Συνδικαλιστική Νοσηλευτική Ομοσπονδία ΕΣΥ. Πανελλήνια Συνδικαλιστική Νοσηλευτική Ομοσπονδία ΕΣΥ. <https://www.pasyno.gr/υπόμνημα-για-την-υποστελέχωση-από-νοσ/>

Τσιώλης, Γ. (2014). Μέθοδοι και τεχνικές ανάλυσης στην ποιοτική κοινωνική έρευνα. Αθήνα: Κριτική.

## Ξενόγλωσση

Bravo, J., Buta, F.L., Talina, M. & Silva-dos-Santos, A. (2022). Avoiding revolving door and homelessness: The need to improve care transition interventions in psychiatry and mental health. *Front. Psychiatry*, 13, 1021926. doi: 10.3389/fpsyt.2022.1021926

Currie, L.B., Patterson, M.L., Moniruzzaman, A., McCandless, L.C. & Somers, J.M. (2018). Continuity of care among people experiencing homelessness and mental illness: does community follow-up reduce rehospitalization? *Health Serv Res.*, 53, 3400–15. doi: 10.1111/1475-6773.12992

D'Aiello, B, Menghini, D., Aversa, R., Labonia, M. & Vicari, S. (2021). Risk Factors for Revolving Door in Children and Adolescents with Psychiatric Disorders. *J Clin Med.*, 10(21), 5004. doi: 10.3390/jcm10215004.

de Moura, E.C., Venturini, F., Bastos, P.A.S., Martins, L.C. & Fragoso, Y.D. (2017). “Revolving Door” In Psychiatric Units Seems To Remain a Common Phenomenon in the 21<sup>st</sup> Century. *J Psychiatry Depress Anxiety*, 3, 008. Doi: 10.24966/PDA-0150/100008

di Lorenzo, R., Sagona, M., Landi, G., Martire, L., Piemonte, C. & del Giovane, C. (2016). The revolving door phenomenon in an Italian acute psychiatric ward: a 5- year retrospective analysis of the potential risk factors. *J Nerv Ment Dis.*, 204, 686–92. doi: 10.1097/NMD.0000000000000540

Doran, K.M., Ragins, K.T., Iacomacci, A.L., Cunningham, A., Jubanyik, K.J. & Jenq, G.Y. (2013). The revolving hospital door: hospital readmissions among patients who are homeless. *Med Care*, 51, 767–73. doi: 10.1097/MLR.0B013E31829FAFBB

- Elhassan, N.M., Elhusein, B., Al Abdulla, M., Saad, T.A. & Kumar, R. (2020). Sociodemographic and clinical characteristics of patients with recurrent psychiatric readmissions in Qatar. *J Int Med Res.*, 48(12), 300060520977382. doi: 10.1177/0300060520977382.
- Fain J.(2017). *Reading, Understanding and Applying Nursing Research* (5<sup>th</sup> ed.). F.A. Davis Company, Philadelphia
- Fagundes Júnior, H.M., Desviat, M. & Silva, P.R. (2016). Psychiatric Reform in Rio de Janeiro: the current situation and future perspectives. *Cien Saude Colet.*, 21(5), 1449-60. English, Portuguese. doi: 10.1590/1413-81232015215.00872016.
- Fernandes, A.M., Marques, J.G., Bento, A. & Telles-Correia, D. (2021). Mental illness among 500 people living homeless and referred for psychiatric evaluation in Lisbon, Portugal. *CNS Spectr.*, 1–10. doi: 10.1017/S1092852921000547
- Fitzpatrick J & McCarthy G. (2014). *Theories Guiding Nursing Research and Practice: Making Nursing Knowledge Development Explicit*. Springer Publishing Company, New York.
- Fonseca Barbosa, J.C. (2022). Revolving Door in Severe Mental Disorders: A Systematic Review. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Gama Marques, J. & Bento, A. (2020). Marontology: Comorbidities of homeless people living with schizophrenia. *Acta Med Port.*, 33, 292. doi: 10.20344/AMP.13561
- Gobbicchi, C., Verdolini, N., Menculini, G., Cirimbilli, F., Gallucci, D., Vieta, E. & Tortorella, A. (2021). Searching for factors associated with the "Revolving Door phenomenon" in the psychiatric inpatient unit: A 5-year retrospective cohort study. *Psychiatry Res.*, 303, 114080. doi: 10.1016/j.psychres.2021.114080.
- Houser J. (2018). *Nursing Research: Reading, Using and Creating Evidence* (4<sup>th</sup> Ed.) Jones & Bartlett Learning, Burlington



- Kaur, D., Pareek, B. & Sujata, N. (2016). Revolving Door Phenomena and its Associated Factors among Patients with Psychiatric Illnesses. *Int. J. Adv. Nur. Management*, 4(3), 283-288. doi: 10.5958/2454-2652.2016.00063.9
- Khatana, S.A.M., Wadhera, R.K., Choi, E., Groeneveld, P.W., Culhane, D.P., Kushel, M, et al. (2020). Association of Homelessness with Hospital Readmissions-an Analysis of Three Large States. *J Gen Intern Med.*, 35, 2576–83. 10.1007/S11606-020-05946-4
- Koparal, B., Ünler, M., Utku, H. & Candansayar S. (2021). Revolving door phenomenon and related factors in schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychotic disorders. *Psychiatr Danub.*, 33, 18–24. doi: 10.24869/PSYD.2021.18
- Kuehn, B.M. (2014). Guidelines, online training aim to teach physicians to weigh costs of care, become better stewards of medical resources. *JAMA*, 311, 2368–70
- Laliberté, V., Stergiopoulos, V., Jacob, B. & Kurdyak, P. (2019). Homelessness at discharge and its impact on psychiatric readmission and physician follow-up: a population-based cohort study. *Epidemiol Psychiatr Sci.*, 29, e52. doi: 10.1017/S2045796019000052
- Lauer, M., & Brownstein, R. (2008). Replacing the revolving door: A collaborative approach to treating individuals in crisis. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 46(6), 24-32.
- Lo, E., Balasuriya, L. & Steiner, J.L. (2022). A street psychiatry rotation for medical trainees: humanizing the care of people experiencing homelessness. *Acad Psychiatry*, 46, 248–53. doi: 10.1007/S40596-021-01461-8
- Mayer-Amberg, N., Woltmann, R. & Walther, S. (2016). An integrated care initiative to improve patient outcome in schizophrenia. *Front Psychiatry*, 6, e00184. doi: 10.3389/fpsy.2015.00184
- Missouridou, E., Fradelos, E. C., Kritsiotakis, E., Mangoulia, P., Segredou, E., & Papathanasiou, I.V. (2022). Containment and therapeutic relationships in acute psychiatric car spaces: the symbolic dimensions of doors. *BMC Psychiatry*, 22(1).

- Missouridou, E., Resoulai, Sakavara, Fradelos, E. C., Kritsiotakis, E., Mangoulia, P., Kasidi, E., Stefanou, E., Liapis, C., Segredou, E., Koutelekos, J., & Evagelou, E. (2021). Psychiatric Care in Acute Care Units with Locked Doors: Nursing Care Providers' Perceptions and Experiences. *In Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1337, 99–106.
- Missouridou, E., Xiarhou, P., Fradelos, E. C., Mangoulia, P., Kasidi, K., Kritsiotakis, M., Stefanou, E., Liapis, C., Dimitriadis, A., Segredou, E., Dafogianni, C., & Evagelou, E. (2021). Nurses' Experiences of Psychiatric Care in Acute Care Units with an Open Door Policy. *In Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1337, 127–135
- Murad, M.H., Montori, V.M., Ioannidis, J.P.A., et al. (2014). How to read a systematic review and meta-analysis and apply the results to patient care: users' guides to the medical literature. *JAMA*, 312, 171–9
- Nirmala V, Edison J.S & Sumi M.S (2011). *Research Methodology in Nursing*. Jaypee Brothers Medical Publishers, New Delhi.
- Panadero, S., Vázquez, J.J., & Martín, R.M. (2017). Alcohol, poverty and social exclusion: Alcohol consumption among the homeless and those at risk of social exclusion in Madrid. *Adicciones*, 29(1), 33-36. doi: 10.20882/adicciones.830
- Phillip, A., Rossi, G. & DeSilva, R. Stopping the Revolving Door: Reducing 30-Day Psychiatric Readmissions With Post-discharge Telephone Calls. *Cureus.*, 14(1), e21174. doi: 10.7759/cureus.21174.
- Roca, P., Panadero, S., Rodríguez-Moreno, S., Martín, R. M., & Vázquez, J. J. (2019). The revolving door to homelessness. The influence of health, alcohol consumption and stressful life events on the number of episodes of homelessness. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 35(2), 175–180. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.297741>
- Shaw, I. (2004). Doctors, “dirty work” patients, and “revolving doors. *Qualitative Health Research*, 14(8), 1032–1045.
- Schmidt, M., & Uman, T. (2020). Experiences of acute care by persons with mental health problems: An integrative literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(6), 789-806.

- Stergiopoulos, V., Gozdzik, A., Nisenbaum, R., Durbin, J., Hwang, S.W., O' Campo, P., et al. (2018). Bridging hospital and community care for homeless adults with mental health needs: outcomes of a brief interdisciplinary intervention. *Can J Psychiatry*, 63, 774–84. doi: 10.1177/0706743718772539
- Tannenbaum, C., Martin, P., Tamblyn, R., et al. (2014). Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Intern Med.*, 174, 890–8
- Tannenbaum, C. (2014). Hospital admissions: can we slow down the revolving door? *CMAJ.*, 186(15), 1125-6. doi: 10.1503/cmaj.141050
- Tricco, A.C., Antony, J., Ivers, N.M., et al. (2014). Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ.*, 186, E568–78
- U.S. Department of Housing and Urban Development (2015). Homeless Management Information System. Retrieved from <https://www.hudexchange.info/hmis/>
- Vázquez, J.J., Cala-Montoya, C.A. & Berríos, A. (2022). The vulnerability of women living homeless in Nicaragua: A comparison between homeless women and men in a low-income country. *J Community Psychol.*, 50, 2314– 25. doi: 10.1002/JCOP.22777
- Vigod, S.N., Kurdyak, P.A., Dennis, C.L., Leszcz, T., Taylor, V.H., Blumberger, D.M., et al. (2013). Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: Systematic review. *Br J Psychiatry*, 202, 187–94. doi: 10.1192/bjp.bp.112.115030
- Webster, S., & Harrison, L. (2004). The multidisciplinary approach to mental health crisis management: an Australian example. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(1), 21-29.
- Williamson, A.E., Mullen, K. & Wilson, P. (2014). Understanding "revolving door" patients in general practice: a qualitative study. *BMC Fam Pract.*, 15, 33. doi: 10.1186/1471-2296-15-33

## A) Φροντίδα Ασθενών & Σχέσεις Νοσηλευτή-Ασθενούς

- 1. Αριθμός κλινών & Αριθμός ασθενών υπό την ευθύνη του νοσηλευτή καθημερινά:** Στην ερώτηση αναφορικά με τον αριθμό των υφιστάμενων κλινών η Κ.Γ. απάντησε ότι υπάρχουν 28 κλίνες, η Κ.Β. 27-30, η Κ.Α. 27 επισημαίνοντας ωστόσο ότι στα οξέα τμήματα οι ασθενείς συχνά υπερβαίνουν τον αριθμό των κλινών, η Κ.Ε. 27, ο Κ.Μ. 24 και ο Κ.Ι δεν ανέφερε τον αριθμό των κλινών. Όσον αφορά στον αριθμό των ασθενών για τους οποίους είναι υπεύθυνοι, η Κ.Γ. ανέφερε ότι είναι υπεύθυνη για 28 ασθενείς, η Κ.Β. για 27-30 τονίζοντας ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή σε ψυχιατρικό τμήμα είναι ιδιαίτερα δύσκολο, γεμάτο προκλήσεις, απαιτεί γνώσεις, δεξιότητες, ετοιμότητα, κριτική σκέψη και προϋποθέτει την αγάπη και το σεβασμό στα δικαιώματα των ασθενών. Ωστόσο ο νοσηλευτής λαμβάνει ικανοποίηση παρά τις μεγάλες δυσκολίες που συναντά σε καθημερινή βάση. Η Κ.Γ. δήλωσε ότι είναι υπεύθυνη για 15 ασθενείς δεδομένου ότι σε κάθε βάρδια υπάρχουν 2 νοσηλευτές, η Κ.Ε. είναι υπεύθυνη για 27 ασθενείς καθώς είναι προϊσταμένη, ο Κ.Ι. για 30 ασθενείς και ο Κ.Μ. για 12. Η Β.Α. και η Ν.Ε. δεν αναφέρθηκαν σε αριθμό ασθενών αλλά μόνο σε κλίνες δηλώνοντας η πρώτη ότι έχει υπό την ευθύνη της 31 κλίνες ενώ η δεύτερη 30 δεδομένου ότι δεν υπάρχει ατομικός νοσηλευτής συνεπώς είναι υπεύθυνη για όλες.
- 2. Περιγραφή της έως σήμερα εμπειρίας από τη φροντίδα ασθενών με ψυχικές παθήσεις:** Στο ερώτημα αναφορικά με την έως σήμερα εμπειρία των νοσηλευτών στον τομέα της φροντίδας ασθενών με ψυχικές παθήσεις, η Κ.Γ. ανέφερε ότι είναι μία μοναδική εμπειρία σημειώνοντας χαρακτηριστικά ότι «έχεις να κάνεις με μία εντελώς διαφορετική πάθηση άρα καθημερινά είναι και μία καινούρια γνώση, η οποία μάλιστα συμβάλλει στην εξέλιξη της επαγγελματικής πορείας του νοσηλευτή». Η Κ.Β. ανέφερε ότι η εμπειρία με τους ασθενείς με ψυχικές παθήσεις δεν είναι πάντα εύκολη αλλά «υπάρχει... επί της ουσίας υπάρχει επικοινωνία ειδικά όταν πρόκειται για τον νοσηλευτή που είναι με τον ασθενή όλο το 24ωρο». Η Κ.Α. χαρακτήρισε την έως σήμερα εμπειρία της δύσκολη δεδομένου ότι πρόκειται για δύσκολους- ιδιαίτερους

ασθενείς κι επεσήμανε ότι απαιτείται συνεχής εκπαίδευση κι ιδιαίτερη προσέγγιση, διαφορετική από αυτή που απαιτείται για έναν ασθενή που πάσχει από οργανικό νόσημα, «σίγουρα θα πρέπει να εξασφαλιστεί η ασφάλεια, η εμπιστοσύνη, η επικοινωνία, καταλαβαίνουμε όμως ότι σε αυτού του είδους τους ασθενείς είναι δύσκολο να το εξασφαλίσουμε» δηλώνει και συγχρόνως σημειώνει ότι στα 20 χρόνια εργασιακής της εμπειρίας τη μεγαλύτερη ανταμοιβή την έχει λάβει από ασθενείς. Όσον αφορά στην Κ.Ε., χαρακτήρισε την έως σήμερα εμπειρία της ενδιαφέρουσα και είπε ότι της αρέσει πολύ που βρίσκεται σε αυτόν τον χώρο. Επεσήμανε μάλιστα ότι «δεν μπορείς να δουλέψεις στο ψυχιατρείο αν δε σου αρέσει καθώς είναι ένα περιβάλλον δύσκολο». Ο Κ.Ι. απάντησε ότι όσον αφορά στη δουλειά και στη νοσηλεία είναι ικανοποιημένος καθώς είναι πιο ξεκούραστη συγκριτικά με τα γενικά νοσοκομεία. Ωστόσο, το βασικό πρόβλημα κι η δυσκολία έγκειται στην επικινδυνότητα που συναντάται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία λόγω των επιθέσεων των ασθενών στους νοσηλευτές δεδομένου του μεγάλου χρόνου που περνάνε μαζί τους. Η όποια σωματική κούραση περιορίζεται στην εξυπηρέτηση ορισμένων αναγκών τους όπως π.χ. το μπάνιο. Η Β.Α. περιέγραψε την έως σήμερα εμπειρία της στον τομέα της φροντίδας ασθενών με ψυχικές παθήσεις απαιτητική και στρεσογόνα καθώς πρόκειται για ανθρώπους που χρίζουν ειδικής αντιμετώπισης και σε αρκετές περιπτώσεις η νοσηλεία τους είναι ακούσια καθώς δεν παραδέχονται ότι αντιμετωπίζουν πρόβλημα. Τα προαναφερθέντα καθιστούν τη συνεννόηση και τη διαχείριση αυτών των ασθενών ιδιαίτερα δύσκολη, σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμα κι επικίνδυνη. Η Ν.Ε. δήλωσε πως έχει ανάμεικτα συναισθήματα δεδομένου ότι πρόκειται για μία άκρως κουραστική αλλά συγχρόνως και ανανεωτική εμπειρία. Τέλος, ο Κ.Μ. υποστήριξε ότι οι ασθενείς με ψυχικές παθήσεις συνιστούν μία ιδιαίτερη κατηγορία ασθενών που χρίζουν ολιστικής προσέγγισης και απαιτούν μεγάλη κατανόηση, καλλιέργεια εμπιστοσύνης και κυρίως συνεχή επικοινωνία κι ακρόαση όλων όσων τους απασχολούν.

- 3. Επικοινωνία με τους ασθενείς:** Στο ερώτημα σχετικά με την επικοινωνία των νοσηλευτών με τους ασθενείς, η Κ.Γ. απάντησε ότι αν και η εν λόγω επικοινωνία δεν επιτυγχάνεται πάντα, η ίδια το προσπαθεί καθώς μέσω αυτής μπορεί «να μάθει πράγματα που θα βοηθήσουν στην πορεία της νόσου τους». Οι Κ.Β. και Κ.Α. δήλωσαν ότι αν κι ο χρόνος είναι στις περισσότερες

περιπτώσεις περιορισμένος, υπάρχει η δυνατότητα για τον νοσηλευτή να δεθεί με τον ασθενή και να τον γνωρίσει καλύτερα αρκεί να το θέλει (ο νοσηλευτής) και να το προσπαθήσει. Εξάλλου, οι ασθενείς με ψυχικές παθήσεις έχουν απόλυτη ανάγκη για επικοινωνία δεδομένου ότι η κοινωνία τους έχει στο περιθώριο. Η Κ.Ε. απάντησε ότι πάντα επικοινωνεί με τους ασθενείς και πάντα βρίσκει χρόνο για αλληλεπίδραση μαζί τους. Ο Κ.Ι. δήλωσε ότι αν ο νοσηλευτής επιθυμεί να ασχοληθεί με τους ασθενείς του, βρίσκει πάντα χρόνο. Η Β.Α. απάντησε ότι υπάρχει χρόνος προκειμένου να αναπτυχθεί επικοινωνία κι αλληλεπίδραση με τους ασθενείς καθώς οι νοσηλεύειες έχουν μικρή χρονική διάρκεια συγκριτικά με αυτές άλλων νοσοκομείων και κλινικών. Η Ν.Ε. υποστήριξε ότι η σχέση της με τους ασθενείς είναι πάντα άριστη, υπάρχει επικοινωνία αλλά προσωπικά η ίδια θα ήθελε ακόμα περισσότερο χρόνο. Τέλος, ο Κ.Μ. δήλωσε ότι η επικοινωνία και η αλληλεπίδραση με τους ασθενείς αποτελεί στόχο των νοσηλευτών ειδικότερα μάλιστα με αυτούς που το έχουν μεγαλύτερη ανάγκη.

- 4. Ικανοποίηση από τη φροντίδα των ασθενών:** Στο ερώτημα αναφορικά με την ικανοποίησή τους για τη συμβολή τους στη φροντίδα των ασθενών, η Κ.Γ. δήλωσε ότι καθημερινά επιβραβεύει τον εαυτό της κάνοντας ένα νέο βήμα καθώς «κάθε μέρα είναι ένα καινούριο βήμα στη συγκεκριμένη νόσο, μία καινούρια εμπειρία». Η Κ.Β. απάντησε θετικά, δεδομένων μάλιστα των δύσκολων συνθηκών που επικρατούν και της μεγάλης προσπάθειας που καταβάλλει να έχει μία ουσιαστική επικοινωνία με τους ασθενείς βρίσκοντας μάλιστα ευκαιρία ακόμα και σε κάποια γιορτή ή αργία. Η Κ.Α. απάντησε ότι δεν είναι ικανοποιημένη από τη φροντίδα που προσφέρει προς τους ασθενείς ωστόσο επεσήμανε ότι γι' αυτό δεν ευθύνεται η ίδια αλλά η έλλειψη του χρόνου, των μέσων καθώς και η επικρατούσα νοοτροπία αναφορικά με την ομάδα και τον συνάδερφο γιατρό. Η Κ.Ε. δήλωσε ότι είναι πολύ ικανοποιημένη, το ίδιο και ο Κ.Ι. Η Β.Α. απάντησε πως κάνοντας τον απολογισμό της αισθάνεται ικανοποιημένη ενώ η Ν.Ε. δήλωσε ότι είναι μερικώς ικανοποιημένη δεδομένου ότι αισθάνεται πως έχει ξεχάσει ή δεν έχει προλάβει να κάνει κάποια πράγματα για κάποιους ασθενείς. Τέλος, ο Κ.Μ. απάντησε πως είναι ικανοποιημένος.

- 5. Αισθήματα για τους ασθενείς που υποτροπιάζουν κι επιστρέφουν στην κλινική:** Στο ερώτημα αναφορικά το πώς νιώθουν οι νοσηλευτές σε περιπτώσεις που ο ασθενής υποτροπιάζει κι επιστρέφει στην κλινική, η Κ.Γ. απάντησε ότι αισθάνεται ματαίωση καθώς πάντα ελπίζει στη μη επιστροφή των ασθενών αν και ενδόμυχα γνωρίζει ότι κάτι τέτοιο είναι μη εφικτό. Μάλιστα, κατά την επικοινωνία με τους ασθενείς μπορεί να καταλάβει ποιοι θα διακόψουν στη συνέχεια τη φαρμακευτική τους αγωγή, φαινόμενο που εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες δεδομένου ότι επηρεάζεται η σεξουαλική τους ικανότητα. Η Κ.Β. δήλωσε επίσης ότι αισθάνεται ματαίωση ειδικά σε περιπτώσεις που αυτό γίνεται σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Η Κ.Α. απάντησε ότι κι αυτή αισθάνεται ματαίωση κι απογοήτευση ενώ αναφέρθηκε και σε ένα συγκεκριμένο περιστατικό υποτροπής ασθενούς καταδεικνύοντας τα οδυνηρά αποτελέσματα της διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής και την ανάγκη ύπαρξης ελέγχου από το οικογενειακό περιβάλλον. Η Κ.Ε. ανέφερε ότι στη δική της περίπτωση στα τόσα χρόνια που ασκεί το νοσηλευτικό επάγγελμα δεν έχει συναντήσει τέτοιου είδους υποτροπές ενώ τόνισε ότι υπάρχει πρόληψη και στενή παρακολούθηση κατά την περίοδο ακόμα της νοσηλείας ή του τακτικού ραντεβού των ασθενών. Ο Κ.Ι. απάντησε ότι αισθάνεται σαν να ξεκινάει πάλι από την αρχή, νιώθει απογοητευμένος αλλά συγχρόνως κατανοεί ότι κάτι δεν έχει γίνει σωστά στο εκτός νοσοκομείου περιβάλλον. Η Β.Α. δήλωσε ότι αισθάνεται ματαίωση κι απογοήτευση τόσο για τον ασθενή όσο και για τον ίδιο της τον εαυτό. Η Ν.Ε. αισθάνεται ματαίωση και συγχρόνως λύπη και τέλος ο Κ.Μ. αισθάνεται κι αυτός ματαίωση και συγχρόνως διακατέχεται από ένα περίεργο συναίσθημα.
- 6. Φροντίδα επανεισαγόμενων ασθενών:** Στο ερώτημα αναφορικά με τις τη φροντίδα των επανεισαγόμενων ασθενών κι αν διαφέρει από αυτή που προσέφεραν κατά την προγενέστερη νοσηλεία, η Κ.Γ. δήλωσε ότι κάθε φορά αυτή εξατομικεύεται ενώ είναι απαραίτητη η εστίαση στην επικοινωνία με διαφορετική όμως προσέγγιση προκειμένου να μη χάνεται η θεραπευτική σχέση. Η Κ.Β. υποστήριξε ότι η φροντίδα των επανεισαγόμενων ασθενών παραμένει ίδια και μάλιστα ο εκάστοτε νοσηλευτής γνωρίζει καλύτερα τις ανάγκες τους, γεγονός ωστόσο που σε ορισμένες περιπτώσεις εγκυμονεί τον κίνδυνο μη έγκαιρης αναγνώρισης τυχόν μικρής διαφοράς. Η Κ.Α. απάντησε ότι η φροντίδα παραμένει ίδια ενώ η Κ.Ε. ανέφερε ότι σε ορισμένες

περιπτώσεις δύναται να τροποποιηθεί η φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση μίας οξείας κρίσης. Ωστόσο «από θέμα συμπεριφοράς είμαστε πάντα ευγενικοί και δίπλα στον ασθενή». Κατά τον Κ.Ι. η φροντίδα δεν αλλάζει αλλά ελέγχεται πιο σχολαστικά η λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, η προσωπική υγιεινή των ασθενών, οι αλλαγές στη συμπεριφορά τους καθώς και ο νυχτερινός τους ύπνος. Υπάρχει δηλαδή αυξημένη παρατηρητικότητα από την πλευρά των νοσηλευτών. Η Β.Α. απάντησε ότι η φροντίδα παραμένει η ίδια ή βελτιώνεται δεδομένου ότι υπάρχει ήδη μία σχέση με τον ασθενή και συνεπώς δεν αναλώνονται στην προσπάθεια καλλιέργειας αυτής. Η Ν.Ε. υποστήριξε ότι η φροντίδα παραμένει ίδια εκτός από τις περιπτώσεις που έχει καταλάβει τι δε λειτούργησε σωστά οπότε εφαρμόζει τις απαραίτητες τροποποιήσεις. Τέλος, ο Κ.Μ. απάντησε ότι η φροντίδα παραμένει ίδια δεδομένου ότι συνιστά πλέον ρουτίνα γι' αυτόν γεννώντας του συναισθήματα ματαίωσης.

## **B) Εργασιακή Ρουτίνα & Καθημερινότητα Νοσηλευτών**

- 1. Παράγοντες που επιδρούν θετικά & αρνητικά στην εκτέλεση του νοσηλευτικού έργου:** Στο ερώτημα σχετικά με τους παράγοντες που επιδρούν τόσο θετικά όσο και αρνητικά στην εκτέλεση του νοσηλευτικού τους έργου, η Κ.Γ. ανέφερε τη συνεργασία με τους συναδέλφους ως θετική επίδραση και την υλική υποδομή ως αρνητική. Η Κ.Β. συμπεριέλαβε στους θετικούς παράγοντες την αγάπη για τον ασθενή αλλά και για το ίδιο το επάγγελμα καθώς και τη μειωμένη σωματική κούραση συγκριτικά με τα γενικά νοσοκομεία ενώ, στους αρνητικούς την έλλειψη χρόνου σε αρκετές περιπτώσεις αν και «η θεραπεία στηρίζεται πολύ στην επικοινωνία», τη δυσκολία της επικοινωνίας με αυτού του είδους τους ασθενείς (σχιζοφρενείς) και την παρουσία των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια περιορισμού-νοσηλείας του ασθενή χωρίς τη θέλησή του. Η Κ.Α. δεν ανέφερε κάποιον θετικό παράγοντα ενώ, σαν αρνητικό επεσήμανε την έλλειψη ή περιορισμένη διάθεση των μέσων και του προσωπικού που διαθέτουν τα νοσοκομεία προκειμένου να αντιμετωπιστούν διάφορες καταστάσεις «Ο ψυχικά ασθενής δε σημαίνει ότι δεν έχει οργανικά προβλήματα. Αυτά δεν έχουμε τα μέσα να τα αντιμετωπίσουμε άμεσα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, μία ανακοπή θα



αντιμετωπισθεί μόνο με ΚΑΡΠΑ, χωρίς απινιδωτή». Η Κ.Ε. ανέφερε τις γνώσεις, την εμπειρία και τις τεχνικές στους θετικούς παράγοντες ενώ, στους αρνητικούς την μεγάλη έλλειψη προσωπικού καθώς και κατάλληλου κι επαρκή εξοπλισμού. Ο Κ.Ι αναφέρθηκε στο οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών επισημαίνοντας ότι η επεμβατικότητα και η χειριστικότητα που συχνά τους διακατέχει δυσχεραίνει το έργο του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά συγχρόνως σε αρκετές περιπτώσεις οι συγγενείς προσφέρουν βοήθεια φέρνοντας στους ασθενείς κάποια υλικά αγαθά που χρειάζονται όπως πχ τσιγάρα και τρόφιμα. Η Β.Α. απάντησε ότι η έγκαιρη προσέλευση των ασθενών στην κλινική σε συνδυασμό με την ανάπτυξη συνεργασίας με το οικογενειακό περιβάλλον και την κατάλληλη φροντίδα (θεραπευτικές υπηρεσίες, φαρμακευτική αγωγή) αποτελούν τους παράγοντες που έχουν θετική επίδραση στο έργο των νοσηλευτών. Στους αρνητικούς συγκαταλέγεται η απουσία μακροπρόθεσμου στόχου από την πλευρά των ασθενών, η δυσκολία τους για κοινωνική ένταξη καθώς και η απουσία κοινωνικής μέριμνας. Η Ν.Ε. ανέφερε τους συναδέρφους και την ύπαρξη ανοιχτών τμημάτων στους θετικούς παράγοντες ενώ στους αρνητικούς ξανά τους συναδέρφους και την έλλειψη εκπαίδευσης και υλικοτεχνικού εξοπλισμού. Τέλος, ο Κ.Μ. αναφέρθηκε μόνο σε αρνητικούς παράγοντες και κατά κύριο λόγο στην ανάλωση του χρόνου τους σε καθήκοντα πέραν αυτών της νοσηλευτικής όπως π.χ. του φύλακα γεγονός που καθιστά δύσκολη την ουσιαστική ενασχόληση με τους ασθενείς.

- 2. Αντιμετώπιση πολύ δύσκολων συνθηκών:** Στο ερώτημα αναφορικά με την ανάγκη αντιμετώπισης πολύ δύσκολων, ακόμα και μη διαχειρίσιμων, συνθηκών η Κ.Γ. απάντησε ότι αυτό συμβαίνει κάθε φορά που εφημερεύει το νοσοκομείο στο οποίο εργάζεται κι έρχεται ένα καινούριο περιστατικό δεδομένου ότι κάθε περιστατικό είναι μοναδικό. Η Κ.Β. απάντησε θετικά ιδιαίτερα μάλιστα σε περιπτώσεις επιθετικών ασθενών και σημείωσε ότι σε αυτές τις περιπτώσεις ο νοσηλευτής φωνάζει τον εφημερεύοντα ή ζητάει βοήθεια από τον συνάδερφο προκειμένου να είναι σωστός στη δουλειά του. Η Κ.Α. δήλωσε ότι υπάρχουν δύσκολες καταστάσεις που ο νοσηλευτής καλείται να αντιμετωπίσει γι' αυτό και πρέπει να θέτει τα όριά του. Η Κ.Ε. απάντησε επίσης θετικά για την ύπαρξη δύσκολων συνθηκών επισημαίνοντας ωστόσο ότι σε αρκετές περιπτώσεις οι συνθήκες είναι διαχειρίσιμες καθώς κι ότι

διαθέτει τις κατάλληλες γνώσεις για την αποκλιμάκωση τυχόν κρίσεων. Ο Κ.Ι. εστίασε στην επιθετικότητα των ασθενών εξαιτίας της οποίας μπορεί ο νοσηλευτής εύκολα να τραυματιστεί «Όπως για παράδειγμα εγώ που πήγε να με σκοτώσει ο άλλος με πιρούνι στο λαιμό». Η Β.Α. απάντησε ότι πολύ συχνά έρχεται αντιμέτωπη με δύσκολες καταστάσεις, με ασθενείς που έχουν καθυστερήσει να πάνε για νοσηλεία συνεπώς είναι ιδιαίτερα επιθετικοί και δύσκολα διαχειρίσιμοι. Επιπλέον, σε αρκετές περιπτώσεις οι ασθενείς παίρνουν και ουσίες, γεγονός που περιορίζει τη φαρμακευτική συμβολή. Η Ν.Ε. δήλωσε ότι καθημερινά έρχεται αντιμέτωπη με δύσκολες συνθήκες εργασίας εξαιτίας της βίας και της διεγερτικότητας των ασθενών, της έλλειψης προσωπικού και της ελλιπούς εκπαίδευσης των θεραπειών. Τέλος, ο Κ.Μ. απάντησε ότι καλείται να αντιμετωπίσει δύσκολες συνθήκες πολύ συχνά κάνοντας λόγο για τις περιπτώσεις διέγερσης ενός ασθενή που δεν μπορείς εύκολα να κατευνάσεις.

- 3. Πηγές άντλησης δύναμης:** Στο ερώτημα αναφορικά με τις πηγές άντλησης δύναμης σε περιπτώσεις που οι συνθήκες εργασίας δυσκολεύουν, η Κ.Γ. ανέφερε την αγάπη της για τον άνθρωπο και τον άρρωστο. Η Κ.Β. δήλωσε ότι αντλεί δύναμη από το γεγονός ότι ήταν προσωπική της επιλογή η εργασία στον συγκεκριμένο χώρο αλλά κυρίως από τα μικροπράγματα που της χαρίζουν οι ασθενείς όπως π.χ. μία ζωγραφιά, ένα ποίημα ή το να τη θυμούνται και να της μιλάνε όταν επιστρέφουν για να συνταγογραφήσουν φάρμακα. Η Κ.Α. απάντησε ότι η μοναδική πηγή άντλησης δύναμης είναι ο ίδιος της ο εαυτός ενώ επεσήμανε ότι στα 20 χρόνια εργασιακής της εμπειρίας στον συγκεκριμένο χώρο δεν υπάρχει δυστυχώς υποστήριξη από κανέναν, απουσιάζει η υποστηρικτική ομάδα. Η Κ.Ε. κατέδειξε την αυτοεκπαίδευση και τις γνώσεις που διαθέτει ως πηγές άντλησης δύναμης. Ο Κ.Ι. απάντησε ότι δεν υπάρχει κάποιος εξωτερικός παράγοντας από τον οποίο αντλεί δύναμη. Προσεύχεται στο Θεό, έχει πολλή υπομονή και κυρίως επιδιώκει να ηρεμεί, να ξεκουράζεται κάποιες ώρες και ημέρες και να παίρνει άδεια «Στο μήνα πάνω ή στο δίμηνο θες οπωσδήποτε μία εβδομάδα άδειας για να συνεχίσεις. Αν δεν πάρεις θα κλατάρεις». Η Β.Α. δήλωσε ότι αντλεί δύναμη αρχικά από τους συνεργάτες της και στη συνέχεια από την πολύχρονη εμπειρία της και την ανάγκη υπέρβασης των συναισθημάτων της με στόχο την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος δηλαδή την ασφάλεια τόσο του ασθενούς όσο και

του προσωπικού. Η Ν.Ε. επεσήμανε ότι το βασικό της κίνητρο είναι οι ασθενείς κι από αυτούς αντλεί δύναμη καθώς κι από τον ίδιο της τον εαυτό. Τέλος, ο Κ.Μ. απάντησε ότι αντλεί δύναμη από το οικογενειακό του περιβάλλον.

**4. Αποφόρτιση μετά την εργασία – ελεύθερος χρόνος:** Στο ερώτημα αναφορικά με τους τρόπους αποφόρτισης μετά τη λήξη του ωραρίου καθώς και με την εκμετάλλευση του ελεύθερού τους χρόνου, η Κ.Γ. απάντησε ότι βασική της ασχολία είναι η φροντίδα του παιδιού της και της οικογένειάς της γενικότερα καθώς και τυχόν δραστηριότητες που προκύπτουν μέσα στην ημέρα. Η Κ.Β. δήλωσε ότι ασχολείται με τη μουσική που αγαπά πολύ ενώ συγχρόνως της αρέσουν οι βόλτες στη θάλασσα, το διάβασμα και οι ταινίες κι απολαμβάνει να φροντίζει το κατοικίδιό της. Η Κ.Α. δεν αναφέρθηκε σε τυχόν ασχολίες-χόμπι κατά τον ελεύθερό της χρόνο αλλά τόνισε ότι γι' αυτήν το πιο σημαντικό, ήδη από όταν εισήχθη στη σχολή, είναι η οριοθέτηση εξηγώντας πως όταν τελειώνει τη δουλειά της όλα όσα σχετίζονται με αυτή τα αφήνει πίσω της κι αντίστοιχα το πρωί που έρχεται στη δουλειά της όλα όσα σχετίζονται με την οικογένειά της τα αφήνει πίσω της. Η Κ.Ε. απάντησε ότι επιλέγει το διάβασμα και το γυμναστήριο. Ο Κ.Ι. δήλωσε ότι τελειώνοντας τη δουλειά του ξεπλώνει για να ξεκουραστεί ενώ κατά τον ελεύθερό του χρόνο αθλείται καθώς έτσι αποφορτίζεται από την ένταση της δουλειάς. Η Β.Α. ανέφερε την επικοινωνία με τους φίλους και τον σύντροφό της, την παρακολούθηση τηλεόρασης, την άσκηση στο γυμναστήριο, την έξοδο με φίλους, τις δουλειές του σπιτιού. Η Ν.Ε. απάντησε την άθληση, την εκπαίδευση και τη φροντίδα του παιδιού της. Τέλος, ο Κ.Μ. απάντησε ότι έχει διάφορα χόμπι όπως πχ το μπάσκετ και το διάβασμα ενώ ασχολείται και με την οικογένειά του.

**5. Αλλαγές στο καθημερινό πρόγραμμα & την εργασιακή ρουτίνα:** Στο ερώτημα αναφορικά με τυχόν αλλαγές που θα ήθελαν να υλοποιήσουν στο καθημερινό πρόγραμμα και στην εργασιακή τους ρουτίνα, η Κ.Γ. απάντησε ότι θα ήθελε να υπήρχε μεγαλύτερη επάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού έτσι ώστε να μπορούσε να περάσει περισσότερο χρόνο με τον κάθε ασθενή. Η Κ.Β. υποστήριξε επίσης ότι αν και δεν υπάρχουν μεγάλες δυνατότητες για αλλαγές η ίδια θα ήθελε να υπάρχει το απαραίτητο προσωπικό ώστε να έχει

την ευκαιρία να περάσει ποιοτικό χρόνο με τους ασθενείς όπως π.χ. «να κάνεις ένα παιχνίδι με τους ασθενείς, να φτιάξεις ένα παζλ, να δεις μία ταινία, να έρθεις πιο κοντά τους, να καθίσεις λίγο στο σαλόνι μαζί τους». Η Κ.Α. δήλωσε ότι δεν την κουράζουν ούτε η δουλειά ούτε οι ασθενείς. Ωστόσο αυτό που θα ήθελε να αλλάξει είναι οι επαγγελματικές σχέσεις διευκρινίζοντας ότι θα τις έκανε πιο ανθρώπινες και περισσότερο επαγγελματικές. Η Κ.Ε. απάντησε ότι θα άλλαζε το κτήριο και θα ήθελε να βελτιωθεί σε μεγάλο βαθμό η επικοινωνία με τους συναδέλφους της. Ο Κ.Ι. δήλωσε ότι θα άλλαζε το ωράριο καθώς το κυκλικό ωράριο είναι κουραστικό. Η Β.Α. απάντησε ότι μετά από τόσα χρόνια εργασίας στον τομέα της ψυχικής υγείας έχει πραγματοποιήσει όσες αλλαγές επιθυμούσε και συνεπώς δε θα άλλαζε κάτι. Η Ν.Ε. δήλωσε ότι θα τοποθετούσε στη διοίκηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων ανθρώπους που έχουν σχέση με την ψυχική υγεία κι είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι. Τέλος, ο Κ.Μ. απάντησε ότι ιδανικά θα άλλαζε τον τρόπο προσέγγισης του ψυχικά πάσχοντα στο σύνολό του κι επεσήμανε ότι έχει πλέον συνηθίσει το καθημερινό πρόγραμμα και τις καθημερινές δυσκολίες που καλείται να αντιμετωπίζει.

## Γ) Υγεία του Ασθενούς & Υποτροπές

- 1. Παράγοντες, πέρα των ιατρικών, που συμβάλλουν στην πορεία της νόσου των ασθενών:** Στο ερώτημα αναφορικά με τους παράγοντες, μη συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών, που συμβάλλουν στην εξέλιξη της νόσου των ασθενών η Κ.Γ. ανέφερε την πολύ καλή επικοινωνία με τον ασθενή καθώς και τη συνεργασία με την οικογένειά του, η οποία ωστόσο είναι πάρα πολύ δύσκολη, δεδομένου ότι ακόμα και σήμερα εξακολουθεί να υφίσταται το στίγμα με αποτέλεσμα οι δικοί του άνθρωποι να αδυνατούν να δεχτούν την νόσο του ασθενή «συμπεριφέρονται φυσιολογικά και στον ίδιο τον ασθενή αλλά είναι και παρεμβατικοί στη δική μας δουλειά». Η Κ.Β. εστίασε στο υποστηρικτικό περιβάλλον, στην οικονομική δυνατότητα, στη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή, στην ίδια την ιδιοσυγκρασία του ασθενούς καθώς και στη σχέση του με τις ιατρικές υπηρεσίες και το νοσηλευτικό προσωπικό. Η Κ.Α. κατέδειξε την οικογένεια, τον κοινωνικό περίγυρο, την κοινωνική αποκατάσταση, την πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής

υγείας και το λεγόμενο σύστημα ελέγχου εννοώντας «τα κέντρα ψυχικής υγείας για την παρακολούθηση του ασθενούς, ο έλεγχος της ιατροφαρμακευτικής αγωγής μέσω της εκπαίδευσης τόσο της οικογένειας όσο και του ίδιου του ασθενούς». Η Κ.Ε. έκανε λόγο για την ανάγκη επάρκειας προσωπικού ώστε να υπάρχει η δυνατότητα ποιοτικής ενασχόλησης με τον ασθενή κι εκπαίδευσης αυτού προκειμένου να είναι λειτουργικός και ικανός να ενταχθεί μετέπειτα στην κοινότητα. Ο Κ.Ι. αναφέρθηκε στις φαρμακευτικές ουσίες που πρέπει να λαμβάνουν οι ασθενείς και στη μη λήψη αυτών με αποτέλεσμα σε ορισμένες περιπτώσεις να κρίνεται τελικά απαραίτητη η ενέσιμη αγωγή. Η Β.Α. απάντησε την ύπαρξη υποστηρικτικού οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος καθώς και μίας θέσης εργασίας που θα λειτουργήσει σαν κίνητρο και στόχο για τον ασθενή ενώ στα πλαίσια της νοσηλείας του την εξασφάλιση ενός καλού περιβάλλοντος. Η Ν.Ε. ανέφερε την ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, το είδος της ψυχικής νόσου και το σύνολο των θεραπειών. Τέλος, ο Κ.Μ. απάντησε την ενασχόληση του νοσηλευτικού προσωπικού με τους ασθενείς και τη συνεχή επικοινωνία μαζί τους η οποία ωστόσο δεν επιτυγχάνεται πάντα λόγω έλλειψης χρόνου.

## **2. Βελτίωση ή σταθεροποίηση της υγείας των ασθενών μετά τη νοσηλεία:**

Στο ερώτημα αναφορικά με την πορεία της υγείας μετά το πέρας της περιόδου νοσηλείας, η Κ.Γ. απάντησε ότι όταν οι ασθενείς εξέρχονται από το νοσοκομείο η υγεία τους είναι βελτιωμένη. Στη συνέχεια όμως, προκειμένου να αποφύγουν το «στίγμα», σταματούν τη φαρμακευτική τους αγωγή με αποτέλεσμα να υποτροπιάζουν. Η Κ.Β. συμφώνησε ότι η υγεία των ασθενών είναι βελτιωμένη μετά το τέλος της θεραπείας τους στο νοσοκομείο αλλά στη συνέχεια δεν είναι ελέγξιμη, το περιβάλλον δεν είναι υποστηρικτικό, συχνά διακόπτουν τη φαρμακευτική τους αγωγή με αποτέλεσμα να επιστρέφουν στο χώρο του νοσοκομείου νιώθοντας μάλιστα μεγαλύτερη ασφάλεια εκεί «έξω υπάρχει το στίγμα, η μη αποδοχή, η κούραση της οικογένειας που κακά τα ψέματα εξαντλείται». Η Κ.Α. απάντησε ότι μετά το πέρας της νοσηλείας η υγεία των ασθενών βελτιώνεται αλλά στη συνέχεια η απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος και η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής επιφέρουν την εκ νέου υποτροπή της υγείας τους. Η Κ.Ε. δήλωσε ότι η βελτίωση ή σταθεροποίηση της υγείας των ασθενών μετά το πέρας της νοσηλείας εξαρτάται από τους ίδιους καθώς κι από την ηλικία τους, τη διάγνωση, την

αντίδρασή τους στις θεραπευτικές παρεμβάσεις και συνήθως υπάρχει μία σταθεροποίηση. Ωστόσο απαιτείται αρκετός χρόνος. Ο Κ.Ι. απάντησε ότι σε ορισμένους ασθενείς βελτιώνεται ενώ σε κάποιους μένει ίδια. Δυστυχώς όμως στη συνέχεια διακόπτουν τη φαρμακευτική τους αγωγή με αποτέλεσμα να επιστρέφουν στο νοσοκομείο και συνήθως μάλιστα είναι ίδιοι αυτοί που επιστρέφουν. Η Β.Α. δήλωσε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών η υγεία τους βελτιώνεται μετά το πέρας της νοσηλείας όπως επίσης και η Ν.Ε. διευκρινίζοντας ωστόσο ότι υπάρχει μία κλίμακα βελτίωσης η οποία κυμαίνεται από ελαφρά έως πολύ μεγάλη. Τέλος, ο Κ.Μ. απάντησε ότι με τη φαρμακευτική αγωγή η υγεία των ασθενών βελτιώνεται. Μάλιστα, η βελτίωση αυτή είναι μεγαλύτερη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του λόγω της επικοινωνίας και της σχέσης που αναπτύσσεται με τον νοσηλευτή. Δυστυχώς όμως, η βελτίωση αυτή είναι βραχυπρόθεσμη και διαρκεί όσο διαρκεί και η νοσηλεία του.

- 3. Παράγοντες υποτροπής της υγείας των ασθενών μετά τη νοσηλεία:** Στο ερώτημα αναφορικά με τους παράγοντες που επιφέρουν υποτροπή της υγείας των ασθενών μετά τη νοσηλεία, η Κ.Γ. απάντησε ότι η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, το αλκοόλ, οι τοξικές ουσίες και η μη στήριξη από την οικογένεια συνιστούν παράγοντες υποτροπής των ασθενών. Η Κ.Β. ανέφερε τη μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική θεραπεία, τις τυχόν παρενέργειες των φαρμάκων ιδιαίτερα στους νέους όπως π.χ. το αίσθημα ατονίας - αδυναμίας και την απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Η Κ.Α. απάντησε την απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος που έχει σαν αποτέλεσμα ο ασθενής να βρεθεί πάλι μόνος του, τους περιορισμένους οικονομικούς πόρους, την κοινωνική απομόνωση καθώς και το αίσθημα ματαίωσης και παραγκωνισμού. Η Κ.Ε. αναφέρθηκε στη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, στην απουσία στήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον καθώς και στην απουσία ελέγχου κι επεσήμανε ότι δυστυχώς στη χώρα μας απουσιάζει η πρωτοβάθμια φροντίδα στην ψυχική υγεία με αποτέλεσμα τον αυξημένο αριθμό επανεισαγωγών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Ο Κ.Ι. κατέδειξε τη μη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής από τους ασθενείς καθώς και τη διατάραξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Η Β.Α. αναφέρθηκε στην ανυπαρξία υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος, στη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, στην απουσία ενός

εξωνοσοκομειακού ελεγκτικού μηχανισμού όπως πχ τα κέντρα ψυχικής υγείας καθώς και στην μειωμένη οικονομική δυνατότητα των ασθενών. Η Ν.Ε. απάντησε την απουσία follow up, τη χρονιότητα της ψυχικής νόσου από την οποία πάσχει ο ασθενής η οποία σε συνδυασμό με τις παρενέργειες των φαρμάκων συχνά οδηγεί σε διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Τέλος, ο Κ.Μ. εστίασε στη μη παρακολούθηση και στη μη παραπομπή του ασθενούς σε κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας μετά το πέρας της νοσηλείας του.

- 4. Αιτίες υποτροπής και επανεισαγωγής ασθενών:** Στο ερώτημα αναφορικά με τις αιτίες υποτροπής κι επανεισαγωγής (φαινόμενο «περιστρεφόμενης πόρτας») των ασθενών, η Κ.Γ. ανέφερε τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, το αλκοόλ και τη χρήση τοξικών ουσιών. Η Κ.Β. απάντησε την απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος, τη μη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής καθώς και την πρόωρη έξοδο από το νοσοκομείο. Η Κ.Α. θεωρεί αιτίες του εν λόγω φαινομένου τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής και την ανυπαρξία υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος. Η Κ.Ε. κατέδειξε τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, τη μη τήρηση των μηνιαίων ραντεβού με τους ψυχιάτρους – θεράποντες ιατρούς, την απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος καθώς και ένα συμβάν όπως π.χ. ο θάνατος ενός αγαπημένου συγγενή. Ο Κ.Ι. επεσήμανε την απουσία οικογενειακού περιβάλλοντος, τη μη λήψη της ενδεδειγμένης αγωγής καθώς και την απουσία πρωτοβάθμιας φροντίδας η οποία θα λειτουργήσει ελεγκτικά προς τον ασθενή. Η Β.Α. υποστήριξε ως αιτίες του εν λόγω φαινομένου την απουσία υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος, το οποίο μάλιστα θα διασφαλίζει την ορθή τήρηση της θεραπευτικής αγωγής και συγχρόνως θα λειτουργεί ως κίνητρο, τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, την άρνηση της ίδιας τους της νόσου, την ανυπαρξία στόχων, την ψυχολογική και σωματική κόπωση της οικογένειας καθώς και τον στιγματισμό από το ευρύτερο κοινωνικό και φιλικό περιβάλλον. Η Ν.Ε. κατέδειξε τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, την απουσία υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος και την έλλειψη κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας. Τέλος, ο Κ.Μ. υπογράμμισε ότι η συνολική προσέγγιση της ψυχιατρικής νόσου στη χώρα μας είναι λανθασμένη καθώς ο ασθενής οδηγείται σε νοσηλεία, λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή κι όταν πλέον η υγεία του βελτιώνεται κι εξέρχεται από το νοσοκομείο δεν υπάρχει ένας μηχανισμός ελέγχου με αποτέλεσμα αυτός να διακόπτει τη

φαρμακευτική του αγωγής, να υποτροπιάζει και τελικά να οδηγείται σε επανεισαγωγή.

5. **Συμβουλές προς τους νέους νοσηλευτές για τις επανεισαγωγές:** Στο ερώτημα αναφορικά με τις συμβουλές που θα έδιναν στους νεοεισερχόμενους νοσηλευτές για τις επανεισαγωγές των ασθενών, η Κ.Γ. απάντησε ότι θα πρότεινε εξατομικευμένη φροντίδα, συνεχή εκπαίδευση κι ενημέρωση καθώς και καλλιέργεια εμπιστοσύνης κι επικοινωνίας με τους ασθενείς. Η Κ.Β. δήλωσε ότι αυτό που θα πρέπει να προσέχουν ιδιαίτερα είναι οι μικρές διαφορές που ενδέχεται να παρουσιάζει ο κάθε ασθενής και να ερευνούν τους λόγους που τους ανάγκασαν να νοσηλευτούν ξανά. Αναμφισβήτητα θα πρέπει να φέρονται στους επανεισαγόμενους ασθενείς σαν να ήταν καινούριοι, να τους δίνουν την πρέπουσα σημασία και κυρίως να σέβονται τα δικαιώματά τους, να τους φέρονται όπως θα ήθελαν οι ίδιοι να τους φερθούν σε αντίστοιχη περίπτωση. Η Κ.Α. τόνισε την ανάγκη να τίθενται όρια προκειμένου ο νοσηλευτής να μπορεί να αποφορτίζεται και κατά συνέπεια να αποδίδει καλύτερα. Έπειτα, ανέφερε ότι το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας» είναι ένα τεράστιο πρόβλημα για το οποίο όμως δεν ευθύνεται ο νοσηλευτής κι αυτό πρέπει να γίνει αντιληπτό. Πλέον, χάρη στο υφιστάμενο αρχείο του νοσοκομείου και σε συνεργασία με τους κοινοτικούς νοσηλευτές το εν λόγω φαινόμενο έχει περιοριστεί. Κατά την Κ.Α. οι ασθενείς έχουν ανάγκη από αποδοχή, συναισθηματική ασφάλεια κι ανθρωπιά. Σύμφωνα με την Κ.Ε., κάθε υποτροπή είναι πιο δύσκολη συγκριτικά με την προηγούμενη. Αυτό που πρέπει να ελέγχουν διαρκώς οι νοσηλευτές είναι τα προσωπικά αντικείμενα των ασθενών για την ύπαρξη τυχόν αιχμηρών αντικειμένων, η χορήγηση της φαρμακευτικής τους αγωγής έως ότου ρυθμιστούν καθώς και τη συμπεριφορά τους ώστε να μην προκαλέσουν κάποια σωματική βλάβη. Σύμφωνα με τον Κ.Ι. οι νοσηλευτές πρέπει απαραίτητως να είναι παρατηρητικοί «να παρατηρούν τη συμπεριφορά τους, το πώς κινούνται μέσα στην κλινική, αν τρώνε, την κλινική τους εικόνα γενικότερα». Επίσης, πρέπει να αφήνουν τους ασθενείς τους να τους μιλάνε ώστε να τους δίνουν ουσιαστικά την ευκαιρία να βγάζουν πράγματα από μέσα τους και να δίνουν ιδιαίτερη σημασία στον τρόπο συμπεριφοράς τους προς τους άλλους



νοσηλευτές αλλά και τους ασθενείς. Η Β.Α. υποστήριξε ότι η ίδια θα συμβούλευε τους νέους νοσηλευτές να είναι προσεκτικοί, να μεριμνούν πρωτίστως για την ασφάλεια τόσο των ίδιων όσο και των ασθενών, να συνεχίζουν τη σχέση τους με τους ασθενείς από εκεί που την άφησαν, να είναι υπομονετικοί, να εκπαιδεύονται διαρκώς και να διαμορφώνουν ένα τέτοιο περιβάλλον νοσηλείας στο οποίο ο ασθενής θα αισθάνεται προστατευμένος. Η Ν.Ε. απάντησε ότι θα τους συμβούλευε να αναζητήσουν τρόπους αποφόρτισης για τον ίδιο τους τον εαυτό, να εκπαιδευτούν και να προσπαθήσουν να αναπτύξουν αντιστάσεις στο αίσθημα ματαίωσης που γεννούν οι επανεισαγωγές ασθενών. Τέλος, ο Κ.Μ. δήλωσε ότι δε θα συμβούλευε τους νεοεισερχόμενους νοσηλευτές αποκλειστικά για τις επανεισαγωγές αλλά θα τους υπογράμμιζε την ανάγκη αλλαγής της προσέγγισης των ψυχικά ασθενών στο σύνολό τους, την ανάγκη συνεχούς επιστημονικής εκπαίδευσης και κατάρτισης καθώς και επένδυσης σε νέες ιδέες.